



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

Prevalencia de parto prematuro en gestantes consumidoras de cocaína,
opioides y cannabis en el Hospital General Monte Sinaí durante el
Periodo 2019 – 2023

AUTORES

**Silva Dueñas Diana Leonor
Vargas Lombeida Raúl David**

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

TUTOR

Dr. Yuen Chon Monroy Vicente Enrique

Guayaquil, Ecuador

28 de mayo del 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Diana Leonor Silva Dueñas** y **Raúl David Vargas Lombeida** como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTOR

f.  FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR:
VICENTE ENRIQUE
YUEN CHON MONROY
CARRERA DE MEDICINA DE LA FACULTAD

Dr. Yuen-chon Monroy Vicente Enrique

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez, Juan Luis

Guayaquil, a los 28 días del mes de mayo del año 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **Diana Leonor Silva Dueñas** y **Raúl David Vargas Lombeida**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de Parto Prematuro en Gestantes Consumidoras de Cocaína, Opioides y Cannabis en el Hospital General Monte Sinaí durante el Periodo 2019 – 2023**; previo a la obtención del **título de Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias bibliográficas. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del presente Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 28 días del mes de mayo del año 2025

AUTORES:

f.  **Diana Leonor Silva Dueñas**


Diana Leonor Silva Dueñas

f.  **RAÚL DAVID VARGAS LOMBEIDA**

Raúl David Vargas Lombeida



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Diana Leonor Silva Dueñas** y **Raúl David Vargas Lombeida**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación **Prevalencia de Parto Prematuro en Gestantes Consumidoras de Cocaína, Opioides y Cannabis en el Hospital General Monte Sinaí durante el Periodo 2019 – 2023**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 28 días del mes de mayo del año 2025

AUTORES:

f.  **Diana Leonor Silva Dueñas**


Diana Leonor Silva Dueñas

f.  Firmado electrónicamente por:
RAUL DAVID VARGAS LOMBETA

Raúl David Vargas Lombeida

REPORTE DE SISTEMA ANTIPLAGIO

CAPITULO III Y IV (2)

0%
Textos sospechosos

0% Similitudes (ignorado)
0% similitudes entre comillas
0% entre las fuentes mencionadas
6% Idiomas no reconocidos (ignorado)





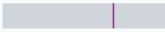

Nombre del documento: CAPITULO III Y IV (2).pdf
ID del documento: 15881e884692c24c2ad632407190a15225be35a5
Tamaño del documento original: 416,86 kB
Auto: RAUL VARGAS

Depositante: RAUL VARGAS
Fecha de depósito: 9/5/2025
Tipo de carga: url_submission
fecha de fin de análisis: 9/5/2025

Número de palabras: 2404
Número de caracteres: 15.128

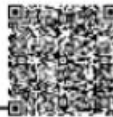
Ubicación de las similitudes en el documento:

Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	 hdl.handle.net Cribado del Trastorno Obsesivo Compulsivo en adolescentes del... http://hdl.handle.net/10952/7729	< 1%		 Palabras idénticas: < 1% (10 palabras)
2	 Documento de otro usuario #36c13c El documento proviene de otro grupo	< 1%		 Palabras idénticas: < 1% (10 palabras)

TUTOR

f. _____



VICENTE ENRIQUE
YUEN CHON MONROY

Dr. Yuen-chon Monroy Vicente Enrique

DEDICATORIA

Se lo dedico a Dios por ser el camino, la verdad y la vida.

Se lo dedico a mis padres, a mi familia y amigos simplemente por amarme y acompañarme.

-Diana Leonor Silva Dueñas.

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi roca y mi guía en cada paso de este largo camino.

A mis padres, por enseñarme con el ejemplo el valor del sacrificio y el amor incondicional.

A mi compañera de vida, por caminar a mi lado sin soltar mi mano, por tu paciencia y fe en mí.

Y a mí, por no rendirme, por creer, por seguir.

-Raúl David Vargas Lombeida

AGRADECIMIENTO

Agradezco profundamente a Dios por guiarme, protegerme y bendecirme a lo largo de toda mi vida pero por sobre todo a lo largo de esta carrera. Sin su norte como dirección nada de esto hubiera sido posible, fue él quién estuvo para sostenerme en cada desaliento y también para engrandecer cada éxito, fue Dios quien fortaleció mi espíritu para enfrentar con valentía cada obstáculo que se presentó durante estos años y que al final terminó siendo una enseñanza que me he llevado a vivir una felicidad indescriptible. Con profundo agradecimiento también me dirijo a mis padres Leonor Dueñas y José Silva , quienes son el motor de mi vida y mi motivación día a día para no desfallecer en el camino, quienes han sacrificado muchísimas cosas por amor hacia su hija y quienes incondicionalmente jamás han dejado de creer en mi, a ellos les dedico todo con amor y gratitud mis triunfos, a mi padre por ser el doctor a quien más admiro de este mundo y a mi madre por ser la mejor guía del hogar. Agradezco a mis hermanos José Silva y Maryann Silva por su profundo amor y compañía aún en la distancia, por su paciencia y comprensión en los momentos de dudas e inquietudes, gracias por esperarme a que pronto pueda regresar a casa. Agradezco a mi abuelita Rosa Escalante por ser una piedra angular muy importante durante mi formación, quien siempre me ha recibido con cariño y ha esperado pacientemente cada visita y regreso a su hogar. Agradezco a mis tíos Mario Silva y Jeanette Aspiazu, a mis primas Janeth Silva y Maria Isabel Silva por ser un pilar fundamental y guías en mi llegada a la ciudad de Guayaquil, quienes con mucho amor me enseñaron a como vivir con amor y precaución, siempre bajo la dirección del amor de Dios y a quienes estoy segura que me han llevado siempre en sus oraciones. Nuevamente le agradezco a Dios por darme el don de la familia un regalo y tesoro invaluable.

Agradezco también a mis amigos, Gabriela Palm, Carolina Palacios, Georgette Delgado, Bj Merchan, Martin Guevara, Johao Contreras y Maria Fernanda Muñoz, quienes me enseñaron que un hogar lo puedes formar con las personas idóneas, a quienes admiro muchísimo por sus virtudes, mis amigos quienes a lo largo de muchísimos años han sido incondicionales en los momentos de aflicción y regocijo, quienes jamás han tenido una obligación conmigo pero quienes por su amor sincero han permanecido firmes a mi lado durante tantos años. Agradezco también a mis amigos del internado quienes llegaron a mi vida en forma de bendición, Víctor Iñiguez, Priscila Lapo y Joseph Jimenez, con quienes compartimos risas genuinas, lágrimas sinceras y abrazos profundos, fue un año lleno de aprendizajes pero gracias a ustedes también fue un año lleno de amor. Agradezco profundamente a mis compañeras de departamentos que con el paso del tiempo se convirtieron en mis hermanas mayores Emilia Rivadeneira, Liria Rivadeneira y Yokasta Rivadeneira a quienes admiro por las maravillosas mujeres llenas de virtudes, integridad y bondad que poseen.

Agradezco también a cada persona que formó parte de este camino donde pasé muchos años lejos de mi familia mas sin embargo sin ningún interés a cambio me brindaron soporte, cuidado, preocupación, amor, cariño y protección. A quienes me miraron con amor y acompañaron con paciencia en cada paso, en cada acierto y desacierto que tuve, donde a pesar de todo jamás dejaron de creer en mi y de una u otra forma me vieron crecer en todos mis aspectos, y me brindaron una familia y un hogar repentino.

-Diana Leonor Silva Dueñas.

AGRADECIMIENTO

Agradezco profundamente a Dios, por ser mi refugio y mi norte en este largo recorrido. Por darme claridad cuando más lo necesitaba, fortaleza en los momentos de debilidad y por no soltarme nunca, aun cuando todo parecía cuesta arriba. Ha sido su presencia la que me ha sostenido y su amor el que me ha empujado a seguir, incluso en los días más difíciles.

A mis padres, Dubal Vargas y Marcia Lombeida, gracias por enseñarme con su ejemplo el verdadero significado del amor incondicional. Han estado presentes en cada tropiezo y cada logro, sosteniéndome con paciencia y fe. A mi padre, que ha sido mi superhéroe, el hombre que con su fuerza y ternura me ha ayudado a levantarme cada vez que caí. Y a mi madre, por estar siempre ahí, guiándome con sus consejos sabios, con su amor firme, evitando que me derrumbe en los momentos más duros.

A mis hermanos, Andrés Vargas y Andrea Vargas, con quienes he compartido tantas experiencias, desvelos y risas. En especial a mi hermana Andrea, que hoy empieza a recorrer el mismo camino que yo elegí: la medicina. Verte comenzar este viaje me llena de orgullo y alegría.

A mis abuelitos, Piedad Rivadeneira y Aureliano Lombeida, por su amor incondicional y su presencia constante, y a mi tío Walter Lombeida, quien ha sido como un segundo padre para mí. Su apoyo firme y silencioso ha sido una de las columnas más importantes en esta etapa de mi vida.

A mi mejor amiga y compañera de vida, Victoria Avecillas. Gracias por ser mi apoyo más fiel, por caminar a mi lado en cada etapa de esta carrera. Desde aquella primera clase en la que coincidimos y te pregunté sobre un deber, supe que había encontrado a alguien especial. Juntos compartimos desvelos, apuntes, proyectos, momentos de cansancio y también de risa. Cuando uno flaqueaba, el otro seguía. Incluso en el internado, el haber coincidido en el mismo hospital fue una bendición: cada guardia, cada asistencial, se hizo más llevadera contigo al lado. Nuestra complicidad y apoyo mutuo han sido claves para no rendirme. Gracias por estar, siempre.

Y a todos aquellos amigos que hice durante el internado, gracias por su ejemplo de trabajo, dedicación y humanidad. En medio del cansancio y el esfuerzo, ustedes lograban sacarme una sonrisa cada día. Compartir este tramo final con ustedes lo convirtió en una etapa más llevadera, llena de momentos que guardaré con mucho cariño.

-Raúl David Vargas Lombeida



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

Dr. Vásquez Cedeño, Diego Antonio

COORDINADOR DEL ÁREA

f. _____

OPONENTE

INDICE GENERAL

INTRODUCCION	2
CAPOTULO 1	3
EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACION	3
1.1 Identificación, valoración y planteamiento	3
1.2 Formulación del problema	4
1.3 pregunta de investigación	4
1.4 Justificación del problema	4
1.5 Objetivos	5
CAPITULO II	6
MARCO TEORICO	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Marco teórico	7
Capítulo II	21
Metodología	21
2.1 Diseño de investigación:	21
2.2 Recolección e información de los datos:	21
2.3 Población de estudio:	21
2.5 Criterios de exclusión:	21
2.6 Cálculo del tamaño de la muestra:	22
Tabla de operacionalización de variables:	22
Capitulo III	24
Resultados y Discusión	24
Capitulo IV	32
Conclusiones y recomendaciones	32
4.1 Conclusiones	32
4.2 Recomendaciones	32
Bibliografía:	34

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Sustancias de abuso repostadas por las pacientes del Hospital General Monte Sinaí	24
Tabla 2. Nivel de educación en pacientes gestantes	25
Tabla 3. Frecuencia de complicaciones del embarazo	25
Tabla 4. Distribución de los pacientes en función de su edad gestacional	25
Tabla 5. Edad materna	26
Tabla 6. Relación de las sustancias de abuso y la edad gestacional al momento del parto	27
Tabla 7. Probabilidad de ocurrencia de parto pretérmino frente a la exposición a sustancias como cocaína, marihuana y opiáceos.	28

RESUMEN

Introducción: El parto prematuro es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad neonatal. Diversos factores de riesgo han sido identificados, incluyendo el consumo de sustancias psicoactivas como la cocaína, opioides y cannabis durante el embarazo, los cuales pueden alterar negativamente el desarrollo gestacional. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo-analítico en pacientes gestantes consumidoras de cocaína, opioides y cannabis atendidas en el Hospital General Monte Sinaí entre 2019 y 2023. La información fue recolectada del registro clínico y procesada mediante los programas Excel y SPSS. Se aplicó la prueba chi-cuadrado de Pearson y se calcularon odds ratios (OR) con intervalos de confianza del 95%. **Resultados:** Se evaluaron 200 gestantes, con una prevalencia de consumo de marihuana (55%), cocaína (25%) y opioides (20%). El 70% de los partos fueron prematuros (<37 semanas), destacando una alta incidencia entre las consumidoras de cocaína (88%). El consumo de cocaína mostró una asociación significativa con parto prematuro (OR: 4.125; IC 95%: 1.651–10.308; $p = 0.001$). La asociación entre consumo de marihuana u opioides y parto pretérmino no fue estadísticamente significativa. Se observó una asociación moderada entre el tipo de sustancia y la edad gestacional (V de Cramer = 0.295; $p < 0.001$). **Conclusión:** El consumo de cocaína durante el embarazo se asoció significativamente con un mayor riesgo de parto prematuro. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de estrategias preventivas dirigidas a mujeres gestantes consumidoras de sustancias, especialmente aquellas en situación de vulnerabilidad social.

Palabras clave: parto prematuro, cocaína, opioides, marihuana, embarazo de alto riesgo

ABSTRACT

Introduction: Preterm birth is one of the leading causes of neonatal morbidity and mortality. Various risk factors have been identified, including the use of psychoactive substances such as cocaine, opioids, and cannabis during pregnancy, which may negatively affect gestational development. **Methodology:** A descriptive-analytical study was conducted among pregnant women who used cocaine, opioids, and cannabis and were treated at Monte Sinaí General Hospital between 2019 and 2023. Data were collected from clinical records and processed using Excel and SPSS software. The chi-square test of Pearson was applied, and odds ratios (OR) with 95% confidence intervals were calculated. **Results:** A total of 200 pregnant women were evaluated. Marijuana use was the most prevalent (55%), followed by cocaine (25%) and opioids (20%). Preterm births (<37 weeks) occurred in 70% of cases, with a high incidence among cocaine users (88%). Cocaine use was significantly associated with preterm birth (OR: 4.125; 95% CI: 1.651–10.308; $p = 0.001$). No statistically significant association was found for marijuana or opioid use. A moderate association was observed between the type of substance used and gestational age at birth (Cramér's $V = 0.295$; $p < 0.001$). **Conclusion:** Cocaine use during pregnancy was significantly associated with an increased risk of preterm birth. These findings underscore the need for preventive strategies targeting pregnant women who use drugs, particularly those in socially vulnerable situations. **Keywords:** preterm birth, cocaine, opioids, cannabis, high-risk pregnancy

INTRODUCCIÓN

El parto prematuro, definido como el nacimiento antes de las 37 semanas (menos de 259 días) de gestación, en particular entre los bebés extremadamente prematuros, es decir menor a 28 semanas, es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad neonatal en todo el mundo. Las complicaciones asociadas con el parto prematuro pueden tener efectos duraderos en la salud del recién nacido, incluyendo problemas respiratorios, neurológicos y de desarrollo. La identificación y comprensión de los factores de riesgo que contribuyen a la ocurrencia de partos prematuros es crucial para implementar intervenciones efectivas y mejorar los resultados de salud materno-infantil (1). Entre los factores que influyen en el riesgo de parto prematuro, el consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo ha ganado atención significativa en la investigación clínica. La cocaína, los opioides y el cannabis son drogas que, a pesar de sus diferencias en mecanismo de acción y efectos fisiológicos, comparten un potencial para alterar negativamente el curso del embarazo. La cocaína, por su acción vasoconstrictora y efectos sobre la placenta, ha sido asociada con un aumento en la incidencia de parto prematuro (2). Los opioides, que afectan tanto a la salud materna como a la fetal, pueden contribuir a complicaciones como hipertensión y disfunción placentaria, elevando así el riesgo de partos prematuros (3). El cannabis, aunque a menudo considerado menos perjudicial que otras sustancias, también ha sido implicado en alteraciones en el desarrollo fetal y posibles complicaciones durante el embarazo (4). El objetivo de esta tesis es evaluar la prevalencia de parto prematuro en mujeres gestantes que consumen cocaína, opioides y cannabis, con el fin de proporcionar una comprensión más clara de cómo el uso de estas sustancias específicas afecta la probabilidad de partos prematuros. A través de un análisis de datos clínicos y epidemiológicos, esta investigación busca no sólo cuantificar la prevalencia de esta condición en el contexto del consumo de drogas, sino también determinar su afectación en la presencia de complicaciones neonatales en el Hospital General Monte Sinaí. Al abordar esta problemática, se espera contribuir a información valiosa para el desarrollo de estrategias de prevención y tratamiento dirigidas a reducir el riesgo de parto prematuro en mujeres gestantes.

CAPÍTULO 1

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Identificación, valoración y planteamiento

El consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo es un problema creciente y multifactorial que tiene implicaciones significativas para la salud materna y fetal. En Ecuador, se ha reportado que el 15% de la población entre 15 y 40 años ha consumido sustancias psicoactivas. Este fenómeno encuentra en la disfunción familiar (58.3%) y la baja autoestima (37.9%) de las jóvenes las principales causas sociales que predisponen a este comportamiento durante el embarazo (4).

A nivel global, el consumo de drogas durante el embarazo afecta aproximadamente a 1.93 millones de niños expuestos a sustancias nocivas durante el período prenatal. Un estudio muestra que el 15,9% de las mujeres embarazadas fumaba, el 8,5% consumía alcohol y el 5,9% utilizaba drogas ilegales, con el consumo de tabaco liderando estas estadísticas, seguido por el alcohol, la marihuana y la cocaína. Además, el 50% de estas mujeres presentó un consumo múltiple de sustancias, evidenciando una tendencia preocupante hacia la poliadicción (5).

El informe mundial sobre drogas de 2019 destacó que más del 5% de la población mundial ha usado algún tipo de droga ilícita, con un aumento constante en su consumo. Este fenómeno se ha convertido en un problema de salud pública global, particularmente en el contexto del embarazo, debido a los desafíos médicos y sociales que implica para la salud materna e infantil. La prevalencia de consumo de drogas ilícitas varía ampliamente según el método de evaluación utilizado; estudios basados en autoinformes muestran una prevalencia del 1,65%, mientras que los basados en análisis toxicológicos alcanzan el 12,28%. De manera alarmante, entre las adolescentes embarazadas, la prevalencia alcanza el 5,16%, lo que pone de manifiesto la necesidad de estudios adicionales y estrategias de intervención enfocadas en esta población vulnerable (6).

Este aumento es motivo de preocupación, ya que los partos prematuros están asociados con una serie de complicaciones médicas tanto para la madre como para el neonato. Por lo tanto, se busca conocer la prevalencia de parto prematuro en gestantes consumidoras de cocaína, opioides y cannabis en el Hospital General Monte Sinaí y por consecuencia motivar protocolos para reducir los riesgos de morbi-mortalidad en neonatos. El problema a investigar en este estudio radica en la necesidad de evaluar y comprender a fondo el riesgo y las consecuencias del parto prematuro en pacientes gestantes consumidoras de Cocaína, Opioides y Cannabis en el Hospital General Monte Sinaí durante el Periodo 2019 – 2023.

1.2 Formulación del problema

Determinar la prevalencia de parto prematuro en gestantes consumidoras de cocaína, opioides y cannabis en el Hospital General Monte Sinaí durante el período 2019-2023.

1.3 pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia de parto prematuro en gestantes consumidoras de cocaína, opioides y cannabis en el Hospital General Monte Sinaí durante el período 2019-2023?

1.4 Justificación del problema

El parto prematuro representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad neonatal en el ámbito mundial, con efectos duraderos sobre la salud del recién nacido que incluyen problemas respiratorios, neurológicos y de desarrollo. En este contexto, el consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo, como cocaína, opioides y cannabis, ha emergido como un factor de riesgo significativo que exacerba esta problemática. Este fenómeno no solo afecta el curso del embarazo, sino que también tiene implicaciones directas en la salud materno-infantil, incrementando el riesgo de complicaciones neonatales y aumentando la carga sanitaria en los sistemas de salud.

A pesar de la gravedad del problema, existen brechas significativas en la literatura respecto a la prevalencia y las consecuencias específicas del consumo

de estas sustancias durante el embarazo en contextos locales como el de Ecuador. Estudios internacionales han identificado que aproximadamente 1.93 millones de niños están expuestos a sustancias nocivas durante el período prenatal, y se ha reportado un alto porcentaje de consumo múltiple de drogas en mujeres embarazadas, lo que evidencia la magnitud y complejidad del problema.

En el ámbito local, el Hospital General Monte Sinaí es una institución clave para la atención de gestantes y neonatos, convirtiéndolo en un escenario idóneo para el desarrollo de esta investigación. Este estudio busca aportar datos relevantes sobre la prevalencia de parto prematuro en mujeres gestantes consumidoras de sustancias psicoactivas, proporcionando así evidencia que pueda servir como base para la formulación de protocolos clínicos y estrategias preventivas que reduzcan la incidencia de partos prematuros y mejoren los resultados de salud materno-infantil.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Determinar la prevalencia de parto prematuro en gestantes consumidoras de cocaína, opioides y cannabis en el Hospital General Monte Sinaí durante el período 2019-2023.

1.5.2 Objetivos específicos

- Conocer la prevalencia de las sustancias de abuso que consumieron las gestantes en el período 2019-2023 en el Hospital General Monte Sinaí.
- Identificar las características clínicas y sociodemográficas asociadas al parto pretérmino en gestantes consumidoras de cocaína, opioides y cannabis en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo de estudio.
- Determinar la prevalencia de partos prematuros en función del tipo de sustancias de abuso y su asociación.
- Cuantificar al probabilidad de parto prematuro frente a la exposición de los tipos de sustancia de abuso utilizados por las participantes del estudio.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes

En el estudio titulado “*Prevalencia del consumo de sustancias de abuso durante el embarazo en mujeres atendidas en el parto en el Nuevo Hospital Civil de Guadalajara ‘Dr. Juan I. Menchaca’*”, realizado por Gómez Ruiz, Larissa María, se emplearon métodos avanzados de análisis como la Cromatografía Líquida de Ultra-Alta Resolución acoplada a Espectrometría de Masas de Alta Resolución (UHPLC-HRMS) para detectar drogas ilícitas en el cabello materno. Este enfoque permitió una detección detallada y retrospectiva del consumo de sustancias, ampliando significativamente la ventana de detección desde el inicio hasta el final del embarazo. Para confirmar el consumo de alcohol, se utilizó la detección de etilglucurónido mediante Cromatografía Líquida de Ultra-Alta Resolución acoplada a Espectrometría de Masas en Tándem (UHPLC-MS/MS). De los análisis realizados, se obtuvo que el 18.7% de las mujeres presentaron exposición a alguna sustancia ilícita durante el embarazo, siendo las más detectadas los opioides (6.5%), cannabis (5.9%), y cocaína (3.7%). En cuanto al consumo de alcohol, el 22.4% de las participantes presentó evidencia de exposición a etilglucurónido, lo que indica consumo significativo durante la gestación. Además, el 12.3% de las mujeres mostró consumo de múltiples sustancias, lo cual aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas y neonatales (7).

El estudio titulado “*Embarazo y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en Ecuador*”, realizado por Placencia López, Bárbara Miladys y García Navarrete, Cinthya Katherine, abordó el consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo adolescente, utilizando una metodología cualitativa y descriptiva basada en una revisión bibliográfica de literatura publicada entre 2016 y 2021, obtenida de bases de datos como Scielo, OPS, OMS, Realdyc, Medline y Google Académico. Los resultados evidenciaron que el consumo de estas sustancias comienza a edades tempranas, lo que genera graves efectos adversos en el embarazo, como partos prematuros, restricción del crecimiento intrauterino y aborto espontáneo, así como complicaciones

neonatales, entre ellas bajo peso al nacer, síndrome de abstinencia neonatal y alteraciones en el desarrollo neuroconductual. Asimismo, se identificaron factores sociales asociados, como la falta de acceso a programas de prevención y educación sexual. (8).

El estudio titulado “*Abuso de drogas durante el embarazo y su impacto neonatal. Análisis de los períodos 2002-2008 y 2009-2017*”, realizado por Silvia Maya-Enero, Carolina Guarddon Pueyo, Antonio Mur-Sierra y María Ángeles López-Vílchez, tuvo como objetivo determinar la prevalencia del abuso de drogas entre gestantes y analizar las características de sus embarazos, partos y recién nacidos. A través de una metodología retrospectiva y observacional, se evaluaron a un grupo de neonatos nacidos entre el 1 de enero de 2009 y el 31 de diciembre de 2017 quienes fueron hijos de madres consumidoras, y se compararon los resultados con un análisis previo realizado entre 2002 y 2008. Entre los resultados se observó una disminución en el consumo de opioides como la heroína, sin embargo el de cannabis y drogas sintéticas como las metanfetaminas denotaron un incremento. Por otro lado, se observó una reducción del síndrome de abstinencia neonatal asociado al consumo de metadona y benzodiazepinas. El estudio concluye destacando que la disminución en el consumo de heroína y cocaína ha permitido un mejor control del proceso de gestación, mientras que el aumento del consumo de cannabis y metanfetaminas continúa presentando riesgos significativos de complicaciones sociales asociadas al consumo de estas última sustancias (9).

2.2 Marco teórico

Embarazo Prematuro

El embarazo prematuro se define como aquel en el que el nacimiento ocurre antes de completar las 37 semanas de gestación (10,11). Este fenómeno que se presenta con una incidencia de aproximadamente 15 millones de neonatos anualmente en todo el mundo, representando una tasa global de nacimientos prematuros cercana al 11% (11,12).

Clasificación del Embarazo Prematuro

El parto prematuro puede clasificarse en tres subcategorías según la edad gestacional del neonato:

- **Extremadamente prematuro:** nacimientos antes de las 28 semanas de gestación.
- **Muy prematuro:** nacimientos entre las 28 y menos de 32 semanas de gestación.
- **Moderado a tardío prematuro:** nacimientos entre las 32 y antes de completar las 37 semanas de gestación (13,14).

Además, el embarazo prematuro puede ser el resultado de un trabajo de parto espontáneo o de una indicación médica para inducir el parto o realizar una cesárea debido a complicaciones maternas o fetales (14).

Epidemiología del Embarazo Prematuro

A nivel global, los nacimientos prematuros representan la principal causa de mortalidad en niños menores de 5 años, siendo responsables de aproximadamente el 18% de las muertes en este grupo de edad y del 35% de las muertes neonatales (12,14). Cada año, cerca de 1 millón de niños mueren debido a complicaciones relacionadas con la prematuridad, y otros enfrentan discapacidades a largo plazo, como problemas de aprendizaje, visuales y auditivos (14,15).

Existen importantes desigualdades en las tasas de supervivencia de los neonatos prematuros dependiendo del nivel de ingresos del país. En los países de ingresos bajos, casi la mitad de los neonatos nacidos antes de las 32 semanas mueren debido a la falta de cuidados básicos y accesibles, mientras que en los países de ingresos altos, la mayoría sobrevive gracias a tecnologías avanzadas (14).

Factores de riesgo asociados al parto prematuro

El parto prematuro, está asociado a diversos factores de riesgo entre los cuales se incluyen condiciones maternas, obstétricas, médicas, socioeconómicas y relacionadas con el estilo de vida.

Entre los factores maternos, la edad materna juega un papel fundamental. Las gestantes menores de 20 años y mayores de 40 años tienen un riesgo significativamente mayor de presentar partos prematuros en comparación con

aquellas entre los 20 y 39 años, consideradas en el grupo de menor riesgo (16,17). Además, la falta de educación formal y el acceso limitado a controles prenatales, como no recibir hierro, calcio o vitaminas durante el embarazo o realizar menos de cuatro visitas prenatales, incrementan la probabilidad de un nacimiento prematuro (16).

Desde un punto de vista obstétrico, se destaca la paridad como un factor relevante. Las mujeres nulíparas (sin antecedentes de partos) presentan mayor susceptibilidad a complicaciones en comparación con las multíparas, quienes han tenido partos previos (17). Asimismo, los embarazos múltiples o multifetales presentan un mayor riesgo de parto prematuro debido a las demandas fisiológicas y espaciales que conllevan, en comparación con los embarazos de feto único (17,18). La longitud cervical menor a 25 mm entre las semanas 16 y 24 de gestación, el sangrado vaginal en etapas tempranas o tardías, y la preeclampsia constituyen también importantes factores de riesgo obstétricos asociados al parto prematuro (18).

En lo que respecta a los antecedentes maternos, las mujeres con historia de parto prematuro en embarazos previos enfrentan una mayor probabilidad de recurrencia en gestaciones futuras (17). De igual forma, un intervalo intergenésico menor a 12 meses y los antecedentes de aborto espontáneo o partos prematuros médicamente indicados incrementan la posibilidad de partos antes de término (18).

Entre las condiciones médicas, se encuentran enfermedades como la anemia, la vaginosis bacteriana, la bacteriuria asintomática y la enfermedad periodontal, todas ellas con un impacto negativo sobre la salud materno-fetal (18). Además, la presencia de trastornos médicos crónicos o adquiridos durante el embarazo eleva significativamente el riesgo de complicaciones obstétricas (17).

Por otro lado, factores socioeconómicos y demográficos también influyen en la incidencia del parto prematuro. Las circunstancias desfavorables, tales como la falta de recursos económicos, el hecho de ser madre soltera, y la ausencia de apoyo social durante la gestación, constituyen elementos que incrementan el riesgo de complicaciones (18).

Drogas Psicoactivas: Cocaína, Opioides y Cannabis en el Embarazo

Las drogas psicoactivas, son sustancias que alteran el funcionamiento cerebral y pueden clasificarse en legales o ilegales, naturales o sintéticas, y según su efecto sobre el sistema nervioso central (SNC) en depresoras o estimulantes (19). Su uso en mujeres embarazadas plantea serios riesgos tanto para la madre como para el feto, ya que están asociadas con complicaciones obstétricas graves, alteraciones en el desarrollo fetal y consecuencias a largo plazo en el niño. La prevalencia de su uso está subestimada debido a factores como el estigma, la falta de diagnóstico temprano y el uso combinado de múltiples sustancias (20,21).

A nivel mundial, entre el 3% y el 10% de las mujeres embarazadas consumen cannabis, entre el 0.5% y el 3% consumen cocaína. El consumo de cocaína ha experimentado un aumento dramático en la población en general, incluyendo a mujeres en edad reproductiva y específicamente en la población obstétrica. Este incremento en el uso de cocaína está asociado con múltiples factores, entre los que se incluyen características sociodemográficas, comportamientos de riesgo, exposición a situaciones de violencia y el consumo de sustancias legales como el alcohol y el tabaco.(22) De hecho, diversos estudios señalan que la presencia de cocaína en mujeres embarazadas, ya sea por un uso agudo o crónico, genera una toxicidad significativa en el sistema cardiovascular. (23) Esto se manifiesta con un aumento considerable de la presión arterial, taquicardia y una disminución tanto del gasto cardíaco como de la frecuencia cardíaca, cuando se compara con mujeres no embarazadas.

Una proporción creciente utiliza opioides debido a la crisis global de esta clase de sustancias. (20,24) Aunque algunas mujeres utilizan estas sustancias de manera recreativa o para aliviar molestias del embarazo, como las náuseas, los riesgos asociados son significativos e incluyen abortos espontáneos, partos prematuros, malformaciones congénitas y déficits neurológicos en el niño (20,24). Es bien sabido que estas alteraciones en el flujo sanguíneo pueden desencadenar complicaciones graves durante el embarazo, tales como desprendimiento prematuro de la placenta, parto pretérmino, bajo peso al nacer, abortos espontáneos y síntomas de abstinencia a sustancias en el recién nacido. (22)

Cocaína en el Embarazo

Farmacocinética y Farmacodinamia

La cocaína, derivada de la planta *Erythroxylon coca*, es un estimulante que afecta los sistemas de neurotransmisores dopamina, noradrenalina y serotonina. Estas alteraciones químicas inducen euforia y aumentan la frecuencia cardíaca, pero también generan vasoconstricción, lo que limita el flujo sanguíneo uteroplacentario (20,22). La cocaína atraviesa la barrera placentaria con facilidad, y sus niveles en la sangre fetal pueden igualar los de la madre. Este mecanismo aumenta el riesgo de isquemia y daño fetal. Además, su acción sobre el miocardio y los vasos sanguíneos maternos contribuye a complicaciones cardiovasculares y obstétricas graves (20).

Efectos Maternos

Las mujeres embarazadas que consumen cocaína pueden experimentar hipertensión severa, desprendimiento placentario, preeclampsia y muerte súbita (24). Además, el uso prolongado está asociado con problemas nutricionales, infecciones de transmisión sexual, arritmias y hemorragias intracerebrales (20).

Efectos Fetales y Neonatales

En el feto, la exposición a cocaína está vinculada a microcefalia, defectos del sistema urinario, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y anomalías cardíacas. Los neonatos presentan con frecuencia convulsiones, problemas respiratorios y reflejos anormales, dependiendo del momento del consumo durante la gestación (20). Estudios con resonancia magnética han demostrado reducciones en estructuras cerebrales como el cuerpo calloso y el tálamo, así como un aumento en el tamaño de la amígdala, lo que se traduce en alteraciones conductuales y emocionales a largo plazo (20).

Estadísticas Globales

En 2020, se informó que entre el 0.5% y el 3% de las gestantes utilizaban cocaína. En cifras registradas en Estados Unidos, la prevalencia de consumo de este estupefaciente en la población de mujeres embarazadas fue del 20.84% (19).

Opioides en el Embarazo

Farmacocinética y Farmacodinamia

Los opioides como la heroína, metadona y codeína, son narcóticos que interactúan bioquímicamente con los receptores opioides del cerebro causando sintomatología como analgesia, somnolencia y euforia (19). Durante el embarazo, los opioides cruzan la barrera placentaria lo que repercute en el desarrollo neurológico del feto, siendo aún más riesgoso cuando se exponen ante estas sustancias durante las primeras semanas de gestación. Además, la exposición prenatal está asociada con defectos del tubo neural, como anencefalia y espina bífida, así como con la alteración de la mielinización y el desarrollo de la sustancia blanca (20).

Efectos Maternos

El consumo de opioides puede causar complicaciones tales como hemorragias en el tercer trimestre, infecciones asociadas a jeringas, preeclampsia y malnutrición materna asociada a la adicción. Además, las madres con dependencia de consumo de este tipo de sustancias presentan un alto riesgo de desarrollar síndrome de abstinencia debido a la dependencia química compartida a través de la placenta (20,24).

Efectos Fetales y Neonatales

Los neonatos expuestos a opioides durante el embarazo pueden desarrollar síndrome de abstinencia neonatal, caracterizado por irritabilidad extrema, problemas de alimentación y dificultad para ganar peso. Los efectos a largo plazo incluyen puntuaciones más bajas en pruebas cognitivas y psicomotoras, así como problemas de adaptación social durante la infancia y la adolescencia (20).

Estadísticas Globales

El uso de opioides entre mujeres en edad fértil ha aumentado dramáticamente, especialmente en países con epidemias de opioides. En cohortes específicas, se ha informado que los opioides representan el 65.82% de las drogas consumidas por mujeres embarazadas (19).

Cannabis en el Embarazo

Farmacocinética y Farmacodinamia

El tetrahidrocannabinol (THC), el componente psicoactivo del cannabis, atraviesa la barrera placentaria y se acumula en el tejido fetal. Su acción en los receptores cannabinoides altera el flujo sanguíneo hacia la placenta y compromete el intercambio de nutrientes y oxígeno. Además, el consumo de cannabis puede aumentar la permeabilidad de la placenta a otras toxinas (20).

Efectos Maternos

El cannabis genera efectos como euforia, relajación y aumento del apetito, pero también altera la percepción y puede inducir paranoia y desorientación (19). Durante el embarazo, su uso está asociado con un mayor riesgo de ruptura prematura de membranas y parto prematuro (24).

Efectos Fetales y Neonatales

Aunque las investigaciones aún son limitadas, los estudios han demostrado que la exposición prenatal al cannabis afecta el desarrollo neurológico del feto, resultando en déficits en la memoria, la atención y el lenguaje en la infancia (20). Los neonatos también presentan tasas más altas de hiperactividad e impulsividad, así como problemas en el desarrollo motor fino y grueso (24).

Estadísticas Globales

A nivel mundial, entre el 3% y el 10% de las mujeres embarazadas utilizan cannabis, y su prevalencia es mayor en países donde su consumo está legalizado o socialmente aceptado (25).

Interacción entre Drogas Psicoactivas y el Embarazo Prematuro

El embarazo prematuro, definido como el parto antes de las 37 semanas de gestación (26), es un problema crítico de salud pública debido a sus consecuencias para la morbilidad y mortalidad perinatal. Más del 75% de las muertes neonatales están relacionadas con nacimientos prematuros, y estos recién nacidos enfrentan un mayor riesgo de problemas respiratorios, gastrointestinales y cognitivos (26). La exposición a drogas psicoactivas, como la cocaína, los opioides y el cannabis, incrementa significativamente este riesgo debido a los efectos adversos directos e indirectos que estas sustancias tienen en el cuerpo materno, la placenta y el desarrollo fetal (27,28).

Cocaína y el Riesgo de Embarazo Prematuro

Farmacocinética y Efectos sobre el Feto

La cocaína, atraviesa fácilmente la barrera placentaria, afectando la circulación uteroplacentaria y provocando vasoconstricción fetal. Disminuyendo el aporte de oxígeno y nutrientes al feto, lo que repercute en una restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), desprendimiento placentario y en algunos casos parto prematuro espontáneo (27,28). Además, su uso durante el embarazo se asocia con alteraciones cardiovasculares y neurológicas en el feto, incluyendo defectos en el sistema nervioso central y cerebral (29).

Efectos sobre el Parto Prematuro

Las embarazadas consumidoras de cocaína presentan 3 veces más probabilidad de parto prematuro en comparación con las gestantes no consumidoras (28). Las gestantes que consumen cocaína tienen un riesgo elevado de parto muy prematuro es decir menor a 32 semanas (30). Las complicaciones obstétricas asociadas, como el desprendimiento placentario y la ruptura prematura de membranas (PPROM, por sus siglas en inglés), contribuyen a este resultado (26).

Estadísticas Globales

En Estados Unidos, aproximadamente 750,000 mujeres embarazadas utilizan cocaína anualmente (29). Esta sustancia se encuentra frecuentemente en consumidores de múltiples drogas, dificultando la separación de sus efectos individuales sobre el embarazo prematuro (28).

Opioides y el Embarazo Prematuro

Farmacodinámica y Efectos sobre el Desarrollo Fetal

Los opioides, como la heroína y la metadona cruzan la barrera hemato-placentaria y alteran el desarrollo neurológico del feto. Afectando el cierre del tubo neural durante las primeras semanas de gestación, lo que puede causar defectos como espina bífida y anencefalia (29,31). Además, los opioides alteran la mielinización y el crecimiento cerebral, lo que da como resultado en un menor

volumen cerebral y una reducción en la circunferencia cefálica de los neonatos expuestos (29).

Relación con el Parto Prematuro

El uso de opioides durante el embarazo está asociado con un aumento significativo en el riesgo de parto prematuro espontáneo e inducido, con tasas que oscilan entre el 20% y el 30% dependiendo del contexto socioeconómico y del acceso a tratamientos sustitutivos como la metadona (28). La exposición previo al embarazo incrementa la probabilidad de muerte perinatal y además de aumentar la probabilidad de padecer síndrome de abstinencia neonatal, este último caracterizado por irritabilidad, temblores y problemas respiratorios en el neonato (29).

Estadísticas Globales

En países como Estados Unidos donde el consumo de opioides incrementa, el consumo en mujeres embarazadas ha crecido exponencialmente. Se plantea la hipótesis de que los opioides están implicados en la mayoría de los casos de síndrome de abstinencia neonatal, repercutiendo en la salud materna y neonatal (29).

Cannabis y el Embarazo Prematuro

Farmacocinética y Mecanismos

El delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), el principal componente activo del cannabis, cruza la barrera placentaria y se acumula en los tejidos fetales. Este mecanismo interfiere con el flujo sanguíneo placentario, comprometiendo el transporte de nutrientes y oxígeno hacia el feto (27). La percepción errónea de que el cannabis es una sustancia segura durante el embarazo ha contribuido a un aumento significativo en su consumo, especialmente entre mujeres jóvenes y de bajos ingresos (27).

Efectos sobre el Parto Prematuro

Algunos estudios asocian su consumo con un mayor riesgo de bajo peso al nacer, ruptura prematura de membranas y partos prematuros espontáneos antes de las 35 semanas (27,32). Sin embargo, otros análisis no han podido separar

los efectos del cannabis de los de otras sustancias como el tabaco y el alcohol (27).

Estadísticas Globales

El consumo de cannabis durante el embarazo varía entre el 2% y el 28%, dependiendo de factores geográficos y socioeconómicos. Pues, en regiones de Estados Unidos donde su uso es legalizado, las tasas son significativamente más altas entre mujeres jóvenes y urbanas (27).

Uso de Múltiples Sustancias y su Impacto en el Embarazo Prematuro

El consumo simultáneo de múltiples sustancias psicoactivas, es denominado poli-uso. Esta práctica complica la identificación de los efectos individuales de cada droga y amplifica los riesgos de desenlace de embarazo prematuro (28). Las mujeres que consumen múltiples sustancias, incluidas cocaína, opioides y cannabis, tienen un riesgo aún más elevado de partos muy prematuros antes de las 32 semanas (30,33).

Manejo Perinatal en mujeres adictas a drogas psicoactivas

El manejo de mujeres embarazadas con trastornos por consumo de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés) constituye una tarea desafiante debido a las implicaciones para la salud tanto de la madre como del bebé. Además, suelen sufrir estigma social, discriminación y consecuencias legales que complican aún más su situación (34). Factores psicológicos como la preocupación por la salud del bebé, el deseo de estabilidad, el miedo a perder la custodia de sus hijos y la búsqueda de un entorno seguro lejos de la violencia o la falta de hogar, suele impulsar a estas mujeres a buscar ayuda (34). Además, la falta de recursos, como transporte, cuidado infantil y programas de tratamiento específicos para embarazadas, dificulta su acceso a la atención. En muchos casos, las mujeres también desconocen la existencia de programas especializados o tienen información incorrecta sobre ellos (34).

Frente a estas barreras, los modelos de atención integrales y específicos para el género han demostrado ser efectivos. Estos programas incluyen tratamiento farmacológico con metadona o buprenorfina, que, aunque pueden predisponer al NAS, ayudan a reducir el consumo de opioides durante el embarazo y mejoran

los resultados generales para la madre y el bebé. Además, la atención multidisciplinaria que combina servicios obstétricos, psiquiátricos y pediátricos en un mismo lugar, como el modelo del Centro para la Adicción y el Embarazo (CAP) en Baltimore, ha mostrado beneficios significativos al minimizar la fragmentación del tratamiento (34).

Además, Muchas mujeres en esta población han experimentado altos niveles de abuso y violencia. Proporcionar un entorno seguro y sin prejuicios es esencial para su recuperación emocional y física. Además, es importante que los proveedores de salud sean capacitados en herramientas de detección temprana y protocolos de intervención, como el empleo de la herramienta SBIRT, para identificar e iniciar con el manejo y control de las mujeres embarazadas con SUD de manera oportuna.(34)

Por último, para mejorar el acceso al tratamiento, es fundamental abordar las barreras estructurales, sociales y legales. Esto incluye aumentar la disponibilidad de camas en los programas de tratamiento, ofrecer servicios de cuidado infantil asequibles y garantizar transporte accesible. También es necesario educar a la comunidad para reducir el estigma y ofrecer apoyo legal que permita a las mujeres buscar ayuda sin temor a represalias (34).

El tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides ha demostrado ser una estrategia clave para abordar la dependencia a opiáceos en mujeres embarazadas. Desde los años 70, la metadona ha sido el estándar de atención debido a su capacidad para proporcionar niveles estables de opioides en la sangre materna, evitando así los efectos nocivos de las fluctuaciones en los niveles de opiáceos sobre el feto. Sin embargo, su uso no está exento de riesgos, ya que puede inducir dependencia y abstinencia en los neonatos (35,36).

Otra alternativa es la buprenorfina, un tratamiento de mantenimiento que presenta menor transferencia placentaria en comparación con la metadona. Esto podría traducirse en una menor gravedad del NAS, aunque los resultados no siempre son consistentes entre los estudios. También se ha evaluado el uso de morfina de liberación lenta, la cual ha mostrado reducir el consumo de heroína en el tercer trimestre del embarazo, aunque no se observaron diferencias

significativas en otros resultados neonatales como el peso al nacer o la duración del tratamiento para el NAS (35,36).

Se ha reportado que no hay diferencias significativas entre la metadona y la buprenorfina en cuanto a la tasa de abandono del tratamiento, el uso de la sustancia principal durante el embarazo o el peso al nacer. Sin embargo, en algunos estudios, los neonatos tratados con buprenorfina necesitaron menos morfina para manejar el NAS, lo que podría sugerir un beneficio clínico. Por otro lado, al comparar metadona con morfina de liberación lenta, se observó que esta última podría ser más efectiva en la reducción del consumo de heroína en las etapas finales del embarazo (35,36).

Es necesario aplicar protocolos de prevención y monitoreo durante el embarazo, empleando herramientas como autoevaluaciones repetidas y herramientas objetivas tales como los análisis de orina materna. Este enfoque no solo permite identificar casos de trastorno por uso de opioides (OUD) sino también evaluar la exposición fetal. No obstante, protocolos que se rijan bajo estos principios puede enfrentar resistencia debido a preocupaciones éticas, como el riesgo de estigmatización y el posible desapego de la participación de las mujeres en el cuidado prenatal (36,37).

La farmacoterapia con agonistas opioides, particularmente la buprenorfina, es la opción preferida para el tratamiento del OUD durante el embarazo. A pesar de que la metadona sigue siendo utilizada, la buprenorfina presenta ventajas importantes, como una menor gravedad del síndrome de abstinencia neonatal (NAS), menores ingresos hospitalarios y la posibilidad de regular el uso. Lo que reduce las barreras logísticas para las pacientes. (36,37).

Detección universal y manejo prenatal

La necesidad de implementar herramientas de detección universales durante las visitas prenatales, como el modelo de Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT). Este enfoque permite identificar mujeres en riesgo mediante herramientas validadas, como el cuestionario rápido del Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA Quick Screen). A diferencia de otros

enfoques, el SBIRT incorpora entrevistas motivacionales que fomentan la adherencia al tratamiento, mientras se evita el juicio o la estigmatización, factores clave para establecer confianza en esta población (38,39).

Además, se resalta la importancia de integrar pruebas de laboratorio para detectar enfermedades infecciosas como VIH, hepatitis B y C, y tuberculosis, dado el riesgo asociado con el uso de drogas intravenosas. También se recomienda el uso de ultrasonidos tempranos para evaluar el crecimiento fetal y detectar posibles restricciones intrauterinas (38).

Modelos de atención prenatal

Existen modelos de atención prenatal específicos para mujeres con OUD, así como clínicas especializadas que integran cuidado obstétrico, psiquiátrico y adictivo en un solo lugar. Estos modelos no solo mejoran la retención en el cuidado prenatal, sino que también se asocian con mejores resultados neonatales, como menor incidencia de partos prematuros y mayor peso al nacer. Se menciona el uso del modelo biopsicosocial, que combina servicios médicos con apoyo social, psicológico y educativo (38).

Manejo intraparto y posparto

Durante el parto, se recomienda evitar medicamentos opioides agonistas-antagonistas como la nalbufina, ya que pueden inducir síntomas de abstinencia. En cambio, se prioriza el uso de analgesia epidural temprana y, cuando sea necesario, analgesia autoadministrada con óxido nitroso. También se destaca la importancia de planificar un manejo adecuado del dolor posparto, especialmente en mujeres que han tenido cesáreas, quienes tienden a requerir mayores dosis de opioides para manejar el dolor (38).

Educación y preparación para el síndrome de abstinencia neonatal (NOWS)

La educación prenatal juega un papel clave en preparar a las madres para los cuidados neonatales. Aproximadamente entre el 30 % y el 50 % de los recién nacidos expuestos a opioides desarrollan el síndrome de abstinencia neonatal (NOWS). El artículo destaca el uso de intervenciones no farmacológicas, como la lactancia materna, el alojamiento conjunto y un entorno de baja estimulación,

que han demostrado reducir la duración de la hospitalización y la necesidad de tratamientos farmacológicos en estos recién nacidos (38).

Capítulo II

Metodología

2.1 Diseño de investigación:

La investigación se llevó a cabo mediante un diseño descriptivo y analítico. Este enfoque se centra en detallar, caracterizar y describir variables relacionadas con los antecedentes sociodemográficos y obstétricos de las gestantes consumidoras de sustancias de abuso como la cocaína, marihuana y opioides, así como la relación de estos con el desenlace de parto prematuro.

2.2 Recolección e información de los datos:

La información se otorgada por el departamento de estadística del Hospital General Monte Siani, proporcionando el número de historia clínica de todas las pacientes atendidas en el área de ginecología consulta externa y hospitalización que presentaran antecedentes de embarazo de alto riesgo por consumo de sustancias de abuso. Con los números de historias clínicas se pudo realizar una búsqueda detallada de la información necesaria para completar las variables estudiadas según los objetivos de la investigación. Se utilizaron programas informáticos para la recolección, procesamiento y análisis de los datos, como Excel y el paquete estadístico SPSS.

2.3 Población de estudio:

Pacientes gestantes consumidoras de cocaína, opioides y cannabis del Hospital General Monte Sinaí durante los años 2019 – 2023.

2.4 Criterios de inclusión:

- Gestantes que hayan tenido su parto en el Hospital General Monte Sinaí durante el período de estudio (2019-2023).
- Confirmación de consumo de cocaína, opioides o cannabis durante el embarazo, basado en la historia clínica y/o pruebas toxicológicas.

2.5 Criterios de exclusión:

- Historias clínicas incompletas.
- Gestantes con diagnósticos no relacionados al consumo de sustancias.
- Gestantes que hayan recibido tratamientos farmacológicos que afecten el desarrollo gestacional y no estén relacionados con el consumo de cocaína, opioides o cannabis.

2.6 Cálculo del tamaño de la muestra:

Se obtuvo una población de pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión que comprendían 425 pacientes, sin embargo, se procedió a realizar el cálculo de muestra para una población finita con un error de estimación máximo aceptado del 5%, un nivel de confianza del 95% $Z=1.94$ y una probabilidad de ocurrencia del evento del 50%. Lo que nos dio como resultado un tamaño de la muestra de 200 pacientes.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{(N - 1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}$$

Tabla de operacionalización de variables:

Nombre de Variables	Concepto	Indicador	Tipo de Variable
Tipo de psicotrópico	Sustancia psicoactiva consumida por la gestante.	1: Cannabis, 2: Cocaína, 3: Opioides	Categórica Nominal
Consumo de Cocaína	Uso de cocaína por parte de la gestante durante el embarazo.	1: Sí, 0: No	Categórica Dicotómica
Consumo de Marihuana	Uso de marihuana por parte de la gestante durante el embarazo.	1: Sí, 0: No	Categórica Dicotómica

Consumo de Opioides	Uso de opioides por parte de la gestante durante el embarazo.	1: Sí, 0: No	Categórica Dicotómica
Control Gestacional	Número de consultas prenatales recibidas por la gestante.	Número de controles prenatales	Cuantitativa Discreta
Factores de riesgo obstétrico	Presencia de condiciones que aumentan el riesgo de complicaciones.	1: Sí, 0: No	Categórica Nominal
Edad de la Madre	Edad cronológica de la gestante al momento del parto.	Número en años	Cuantitativa Continua
Escolaridad	Nivel educativo alcanzado por la gestante.	1: Primaria, 2: Secundaria, 3: Universitaria	Categórica Ordinal
Edad gestacional al momento del parto	Número de semanas de gestación al momento del parto.	Número en semanas	Cuantitativa Continua
Parto pretérmino	Parto ocurrido antes de las 37 semanas de gestación.	1: Sí (<37 semanas), 0: No (≥37 semanas)	Categórica Dicotómica

Capítulo III

Resultados y Discusión

3.1 Resultados

Se llevaron a cabo un análisis estadísticos que permitieran determinar la prevalencia del parto prematuro en gestantes consumidoras de cocaína, opioides y cannabis en el hospital General Monte Sinai durante el periodo 2019-2023.

Según los datos que se exponen en la tabla 1, se identificó que la sustancia de abuso con mayor prevalencia en la muestra de 200 pacientes fue la marihuana, con una frecuencia de 110 casos que representa el 55% del total. En segundo lugar, el consumo de cocaína se registró en 50 casos, equivalente al 25% de la muestra y el consumo de opioides fue reportado en 40 casos, que correspondieron al 20% de la muestra.

Tabla 1. Sustancias de abuso reportadas por las pacientes del Hospital General Monte Sinai

Sustancias de Abuso	Frecuencia	Porcentaje
Marihuana	110	55%
Cocaína	50	25%
Opioides	40	20%
Total	200	100%

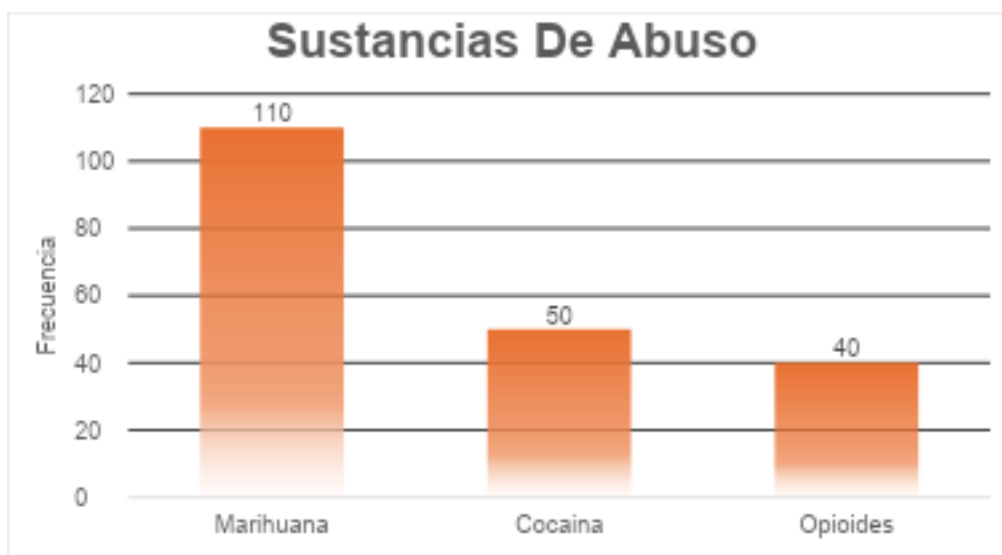


Figura 1. Distribución de la población gestante en función del tipo de sustancia de abuso consumida.

Tabla 2. Nivel de educación en pacientes gestantes

Nivel de educación	Frecuencia/Promedio	Porcentaje/Ds
<i>Solo primaria</i>	129	64.5
<i>Secundaria</i>	71	35.5
<i>Total</i>	200	100%

En la variable nivel educativo, el 64.5% de las gestantes solo cursó educación primaria, en cambio el 35.5% alcanzó la educación secundaria. (Tabla 2.)

Tabla 3. Frecuencia de complicaciones del embarazo

Complicaciones del embarazo	Frecuencia/Promedio	Porcentaje/Ds
<i>Preclampsia/Eclampsia</i>	47	23.5
<i>Diabetes Gestacional</i>	45	22.5
<i>Ruptura prematura de membranas</i>	28	14
<i>Desprendimiento de placenta</i>	28	14
<i>oligohidramnios</i>	33	16.5
<i>infección Vaginales/urinarias</i>	19	9.5
<i>Total</i>	200	100%
<i>Sin control gestacional</i>	38	19
<i>Al menos 1 control gestacional</i>	162	81
<i>Total</i>	200	100%

Además, en relación con las características clínicas, el 81% de las gestantes recibió al menos un control prenatal, mientras que el 19% no tuvo control gestacional. El 23.5% de las gestantes presentó preeclampsia o eclampsia, el 22.5% de la muestra fue diagnosticada con diabetes gestacional, el 14% experimentó ruptura prematura de membranas, y en la misma proporción se presentó desprendimiento de placenta. El oligohidramnios se reportó en el 16.5% de los casos y las infecciones vaginales o urinarias se diagnosticaron en el 9.5% de las gestantes. (Tabla. 3)

Tabla 4. Distribución de los pacientes en función de su edad gestacional

Clasificación según la Edad Gestacional.	Frecuencia/Promedio	Porcentaje/Ds
<i>Pretérmino <37 semanas</i>	140	70
<i>A termino</i>	60	30
<i>Total</i>	200	100%

En cuanto a la edad gestacional al momento del parto, el 70% de los nacimientos fueron pretérmino, antes de las 37 semanas de gestación y el 30% de los partos fueron a término. (Tabla 4.)

Tabla 5. Edad materna

Edad Materna	Frecuencia	Porcentaje
15	11	5.5
16	10	5
17	11	5.5
18	11	5.5
19	20	10
20	25	12.5
21	10	5
22	28	14
23	26	13
24	17	8.5
25	24	12
26	7	3.5
Total	200	100
Edad promedio y Desviación estándar	21.02	3.1

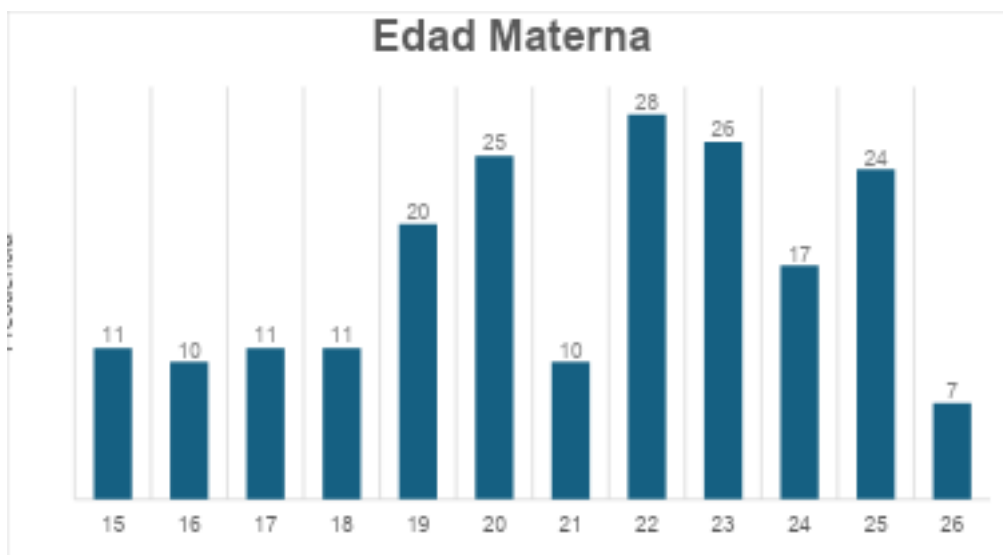


Figura 2. Frecuencia de la edad materna

Al evaluar la edad materna (tabla 3) se encontraron participantes desde 15 años hasta los 26 años, cuya mayor concentración se encontró entre quienes tenían 22 años que representaron 28 participantes (14%), seguido de aquellas con 20 y 19 años las cuales fueron constituyeron 25 (12.5%) y 20 (10%) pacientes

respectivamente. Siendo aquellas de 26 años las que se presentaron en menor frecuencia $n=7$ (3.5%).

Tabla 6. Relación de las sustancias de abuso y la edad gestacional al momento del parto.

Sustancias De Abuso	Edad Gestacional al momento del parto		
	<i>Pretérmino <37 semanas</i>	<i>A termino</i>	<i>Total</i>
<i>Marihuana</i>	77 70.00%	33 30.00%	110 100.00%
<i>Cocaína</i>	44 88.00%	6 12.00%	50 100.00%
<i>Opioides</i>	19 47.50%	21 52.50%	40 100.00%
<i>Total</i>	140 70.00%	60 30.00%	200 100.00%
Chi-cuadrado de Pearson	P-valor	V de Cramer	P-valor
17.357	0.0000	0.295	0.0000

Al evaluar la distribución de la edad gestacional al momento del parto en gestantes consumidoras de sustancias de abuso, se muestra que el 70% de los partos fueron pretérmino (<37 semanas) y el 30% fueron a término. En la distribución según el tipo de sustancia consumida, se observa que, entre las gestantes consumidoras de marihuana, el 70% presentó un parto pretérmino y el 30% partos a término. En el grupo de consumidoras de cocaína, el 88% presentó partos pretérminos, mientras que el 12% tuvo partos a término. Para las gestantes que consumieron opioides, el 47.5% tuvo partos pretérminos y el 52.5% partos a término.

Al realizar una prueba de asociación estadística entre el tipo de sustancia de abuso y la edad gestacional al momento del parto mediante la prueba de chi-cuadrado de Pearson se obtuvo un valor de 17.357, con un p-valor <0.001, demostrando una significancia estadística en la interacción de las variables, con una fuerza de asociación moderada V de Cramer =0.295 p-valor <0.001. (Tabla 6)

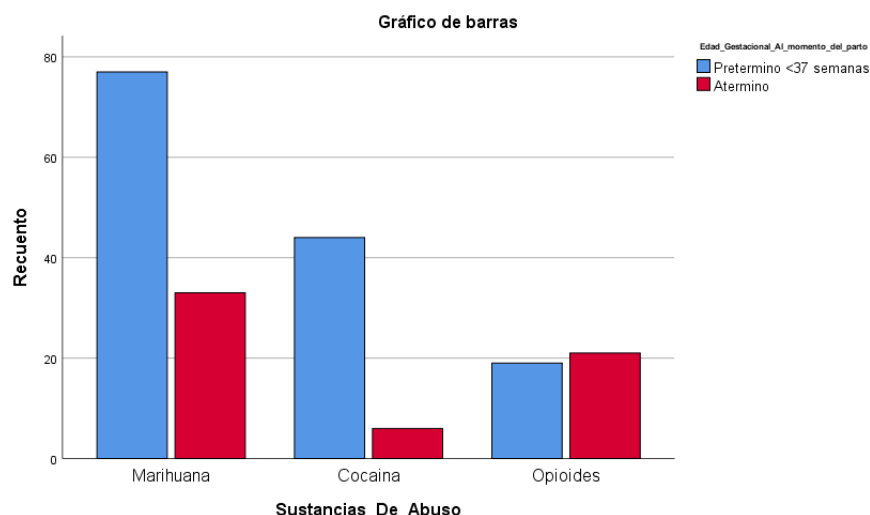


Figura 3. Distribución de la población en función de la edad gestacional al momento del parto de su hijo y el tipo de sustancia de abuso consumida durante la gestación

Al evaluar la probabilidad de ocurrencia de parto pretérmino por exposición a sustancias de abuso como cocaína, marihuana u opioides tablas 4., se observó que el consumo de cocaína presentó una OR de 4.125 (IC 95%: 1.651 - 10.308) con un p-valor de 0.001, es decir que las gestantes que refirieron consumieron cocaína tenían un riesgo aproximadamente cuatro veces mayor de parto prematuro en comparación con el grupo de referencia. Por otro lado el consumo de marihuana presentó un OR de 1 (IC 95%: 0.544 - 1.837) y un p-valor de 0.001 sugiriendo que no existe asociación significativa de las variables. Finalmente, en el caso del consumo de opioides, se observó una OR de 0.292 (IC 95%: 0.142 - 1.028), con un p-valor de 0.001. Aunque este valor sugiere que el consumo de opioides podría estar asociado con un menor riesgo de parto prematuro en comparación con la marihuana, el intervalo de confianza incluye el valor 1, indicando correlación no significativa

Tabla 7. Probabilidad de ocurrencia de parto pretérmino frente a la exposición a sustancias como cocaína, marihuana y opiáceos.

Sustancias de abuso	Riesgo de parto pretérmino			P valor
	OR	Intervalo de confianza de 95 %		
		Inferior	Superior	
Consumo de Cocaína	4.125	1.651	10.308	0.001
Consumo de Marihuana	1	0.544	1.837	0.001
Consumo de Opioides	0.292	0.142	1.028	0.001

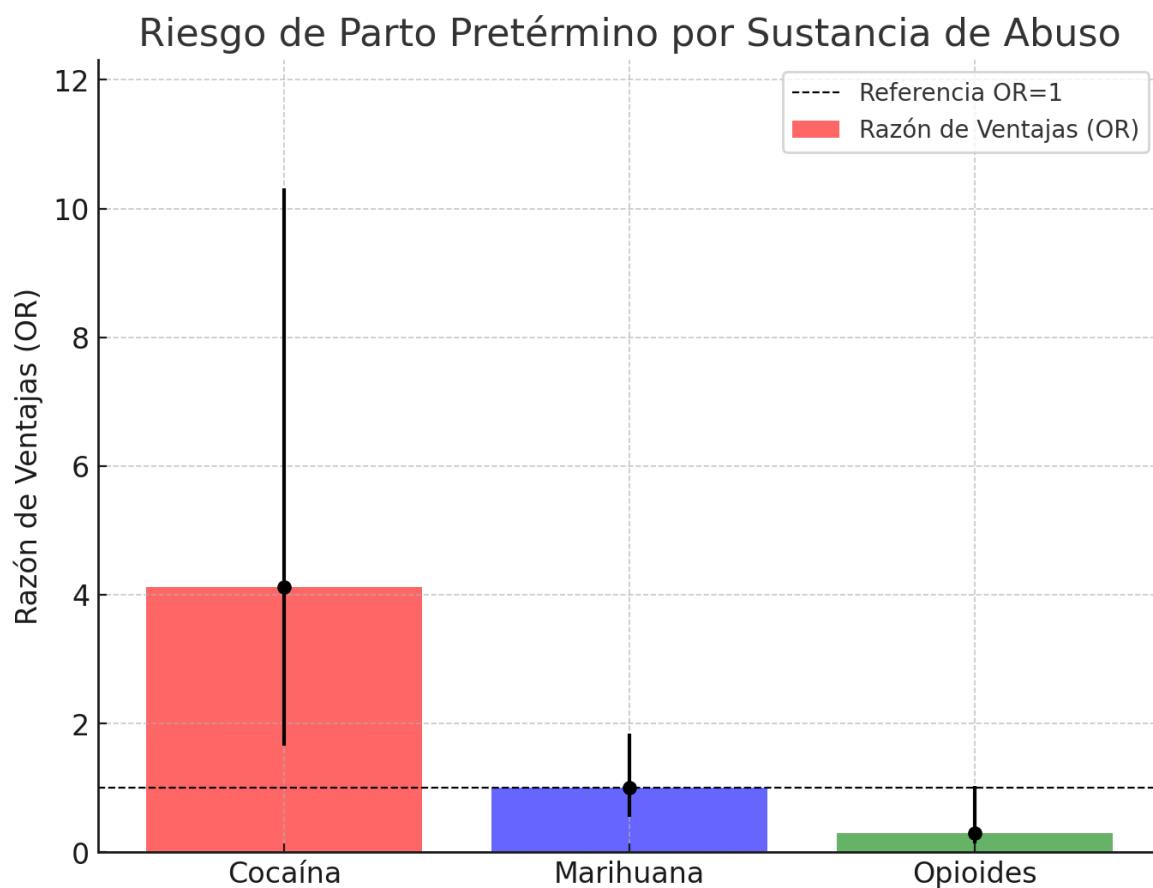


Figura 4. Asociación entre el Consumo de Sustancias de Abuso y el Riesgo de Parto Pretérmino

3.2 DISCUSION

Posterior a la obtención de los análisis de los resultados, en este trabajo, se observó que, con respecto a las sustancias de abuso, la marihuana fue la sustancia con mayor prevalencia, detectada en 55% de las gestantes, seguida de la cocaína (25%) y los opioides (20%). En cambio, en el estudio realizado por Gómez Ruiz Larissa, encontró una prevalencia del 15% de consumo de marihuana en gestantes. Además, en su estudio se mencionó que la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) del 2011 reportó una frecuencia del 8.4 (40). Asimismo, Lucía Miramontes-Buiza reportó a la marihuana como la segunda sustancia más consumida entre la su población analizada arrojando una prevalencia del 26.7%, siendo casi la mitad a la hallada en esta investigación (41). En el estudio realizado por Gloria Celeste Samudio Domínguez et al. Se indicó que la marihuana fue la segunda droga más consumida en el 15% de los casos (42).

Respecto al consumo de cocaína, los resultados en nuestro estudio el 25% lo reportaron, siendo un porcentaje mayor al resultado descrito por Gómez Ruiz Larissa, quien mediante UHPLC-HRMS en cabello materno identificó una

prevalencia del 4.3% (40), lo que sugiere que los métodos de detección pueden influir en la estimación del consumo real de esta sustancia.

Al revisar el consumo de opioides, en este estudio se registro una prevalencia del 20%, una proporción mucho mayor comparada con el 1.6 al 8.5% descrito por Gomez Ruiz Larissa Et al. (40)

En el presente estudio, se identificó que la edad materna promedio de las gestantes consumidoras de sustancias fue de 21.02 años (DE ± 3.065), mientras que en el estudio de Lucía Miramontes-Buiza, la media de edad fue 22.6 ± 5.6 años en gestantes consumidoras de drogas, y de 25.2 ± 6.5 años en aquellas sin consumo (41). Esto indica una tendencia similar, aunque con una ligera diferencia en la media, lo que puede estar influenciado por la variabilidad en la población estudiada. De manera concordante, el estudio de Gloria Celeste Samudio Domínguez reportó una mediana de edad materna de 23 años, lo que es consistente con los datos presentados en este análisis (42)..

Respecto al nivel educativo, en este estudio se encontró que el 64.5% de las gestantes solo cursó educación primaria y el 35.5% alcanzó la secundaria. De manera similar, en la investigación de Lucía Miramontes-Buiza, se reportó que el 50.4% de las gestantes tenía educación primaria y el 31.7% secundaria, con un 1% con nivel universitario (41). Aunque los valores exactos varían, ambos estudios reflejan un bajo nivel educativo en la población de gestantes consumidoras de sustancias, lo que podría estar asociado con menores oportunidades de acceso a la información sobre salud materno-fetal.

En cuanto al control prenatal, en este estudio se identificó que el 81% de las gestantes recibió al menos una consulta prenatal, mientras que el 19% no tuvo control prenatal. En contraste, en los estudios de Lucía Miramontes-Buiza y Gloria Celeste Samudio Domínguez, el porcentaje de gestantes sin control prenatal fue más alto (57.9% en ambas investigaciones) (41,42). Estas diferencias pueden estar relacionadas con variaciones en el acceso a los servicios de salud o en las estrategias de captación de gestantes en cada hospital. Sin embargo, en todas las investigaciones se destaca que una parte significativa de las gestantes consumidoras de drogas no accede o accede de forma insuficiente a los controles prenatales, lo que incrementa el riesgo de complicaciones obstétricas.

Con respecto a comorbilidades registradas, en nuestro estudio se observó una proporción de 23.5% de gestantes con preclamsia o eclampsia, un valor superior al descrito por Lucía Miramontes-Buiza en su estudio, en el cual estos trastornos hipertensivos se presentaron solo en el 3.2% de su población(41). De manera similar resalta la prevalencia de Ruptura prematura de membranas, la cual en nuestro estudio exhibió una proporción de un 14%, valor superior al 1.6% registrado por Miramontes-Buiza(41).

Por otro lado, en el presente estudio se reportó una prevalencia de parto prematuro del 70%, lo que contrasta con el 26.1% de prematuridad reportado en el estudio de Gloria Celeste Samudio Domínguez (42). Esta discrepancia podría explicarse por variaciones en los factores de riesgo presentes en cada población, como el acceso a la atención prenatal y la gravedad del consumo de sustancias. Sin embargo, ambos estudios coinciden en que el parto prematuro es una complicación frecuente en gestantes consumidoras de drogas.

En nuestro estudio se encontró que el consumo de cocaína se asocia con un riesgo cuatro veces mayor de parto prematuro (OR = 4.125, IC 95%: 1.651 - 10.308, $p = 0.001$). Este hallazgo es coincidente con el estudio de Lucía Miramontes-Buiza, quien también identificó una asociación significativa entre el consumo de drogas ilícitas y los riesgos obstétricos, con una OR de 14.08 (IC 95%: 1.19 - 166.6, $p = 0.04$). Aunque el valor de OR en el estudio de Miramontes-Buiza es considerablemente mayor, ambos estudios destacan que el uso de sustancias ilícitas representa un factor de riesgo importante para el parto prematuro y otras complicaciones materno-fetales. La diferencia en los valores de OR puede deberse a variaciones en la metodología utilizada, la composición de la muestra estudiada o el tipo de drogas consideradas en cada investigación.

Por otro lado, en esta investigación se encontró que el consumo de marihuana presentó una OR de 1.0 (IC 95%: 0.544 - 1.837, $p = 0.001$), lo que indica que no existe una asociación clara con el riesgo de parto prematuro. En contraste, el estudio de Miramontes-Buiza reporta una fuerte relación entre el uso de drogas ilícitas en general y las complicaciones obstétricas, sin discriminar entre los diferentes tipos de sustancias consumidas (41). Esto sugiere que el impacto de la marihuana en el embarazo podría depender de otros factores, como la frecuencia y dosis de consumo.

Capítulo IV

Conclusiones y recomendaciones

4.1 Conclusiones

La marihuana fue la sustancia de abuso más prevalente entre las gestantes atendidas en el Hospital General Monte Sinaí entre 2019 y 2023, con un 55% de los casos, seguida por la cocaína (25%) y los opioides (20%).

Resalta una posible vulnerabilidad social consistente con un factor de riesgo el bajo nivel educativo donde predominó solo a la educación primaria en el 64.5% de los casos, además de la edad promedio de 21 años de las pacientes.

Se reportaron factores de riesgo obstétricos en alrededor de un cuarto de la población principalmente Preeclampsia/eclampsia (23.5%) y diabetes gestacional (22.5%)

El parto pretérmino se observó en la mayor parte de la población (70%) sugiriendo un desenlace probable en pacientes que reportan consumo de sustancias de abuso. Principalmente la cocaína, marihuana y opioides

Existe una asociación moderada estadísticamente significativa entre el tipo de sustancia consumida y la edad gestacional al momento del parto.

4.2 Recomendaciones

Se recomienda implementar tamizajes y protocolos de ayuda y atención en salud en pacientes que se encuentre expuestas a marihuana y otras drogas de abuso sobre todo en adolescentes, especialmente durante el control prenatal, debido a su alta prevalencia en esta población.

Implementar nuevos protocolos y monitoreo de control prenatal integral, en gestantes consumidoras de sustancias de drogas psicotrópicas, para prevenir enfermedades crónicas o discapacitantes tanto para la madre como para su hijo.

Se recomienda desarrollar estrategias de prevención y chequeos frecuentes, en gestantes con antecedentes de consumo de drogas, seguimiento prenatal y control multidisciplinario que involucre especialidades como medicina general, medicina familiar y ginecología.

Se sugiere especificar el tipo de sustancia consumida en el cribado de riesgo obstétrico durante el embarazo, debido a que algunas sustancias como la cocaína están más relacionadas con un parto prematuro

Se recomienda realizar estudios multicéntricos y longitudinales con el objetivo de recopilar información relevante que permita identificar factores causales y de

riesgo para parto prematuro en el contexto de gestantes consumidoras de cocaína, marihuana u opioides

Bibliografía:

1. Estimaciones nacionales, regionales y mundiales de nacimientos prematuros en 2020, con tendencias desde 2010: un análisis sistemático [Internet]. Healthy Newborn Network. [citado 19 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://healthynewbornnetwork.org/es/resource/2023/national-regional-and-global-estimates-of-preterm-birth-in-2020-with-trends-from-2010-a-systematic-analysis/>
2. Chasnoff IJ. Drug use in pregnancy: parameters of risk. *Pediatr Clin North Am.* diciembre de 1988;35(6):1403-12.
3. Mur A, Viñolas M. Consumo de drogas durante la gestación y sus repercusiones pediátricas. *Arch Pediatr.* 1 de enero de 1995;46(s 1):9-15.
4. El Marroun H, Tiemeier H, Steegers EAP, Jaddoe VWV, Hofman A, Verhulst FC, et al. Intrauterine cannabis exposure affects fetal growth trajectories: the Generation R Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* diciembre de 2009;48(12):1173-81.
5. Marangoni SR, Gavioli A, Dias LE, Oliveira MLF de. CONSUMO DE DROGAS DE ABUSO DURANTE EL EMBARAZO ANALIZADO MEDIANTE EL MÉTODO DE DETECCIÓN OPORTUNISTA. *Cogitare Enferm.* 13 de junio de 2022;27:e79282.
6. Tavella RA, De Abreu VOM, Muccillo-Baisch AL, Da Silva Júnior FMR. Prevalence of Illicit Drug Use During Pregnancy: A Global Perspective. *An Acad Bras Ciênc.* 7 de diciembre de 2020;92:e20200302.
7. Gómez Ruiz LM. Prevalencia del consumo de sustancias de abuso durante el embarazo en mujeres atendidas en el parto en el Nuevo Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca". Tesis Dr - Fac - Med Ciênc Salut [Internet]. 18 de enero de 2024 [citado 19 de diciembre de 2024]; Disponible en: <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/213147>
8. García Navarrete CK. Embarazo y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en Ecuador [Internet] [masterThesis]. Jipijapa - Unesum; 2023 [citado 19 de diciembre de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.unesum.edu.ec/handle/53000/5040>
9. Maya-Enero S, Guarddon Pueyo C, Mur-Sierra A, López-Vílchez MÁ. Abuso de drogas durante el embarazo y su impacto neonatal. Análisis de los períodos 2002-2008 y 2009-2017. *Med Clínica.* 27 de agosto de 2021;157(4):159-63.
10. Berghella V, Saccone G. Cervical assessment by ultrasound for preventing preterm delivery - Berghella, V - 2019 | Cochrane Library. [citado 18 de diciembre de 2024]; Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007235.pub4/full>

11. Khan MU, Aziz S, Ibraheem S, Butt A, Shahid H. Characterization of Term and Preterm Deliveries using Electrohysterograms Signatures. En: 2019 IEEE 10th Annual Information Technology, Electronics and Mobile Communication Conference (IEMCON) [Internet]. Vancouver, BC, Canada: IEEE; 2019 [citado 18 de diciembre de 2024]. p. 0899-905. Disponible en: <https://ieeexplore.ieee.org/document/8936292/>
12. Muhe LM, McClure EM, Nigussie AK, Mekasha A, Worku B, Worku A, et al. Major causes of death in preterm infants in selected hospitals in Ethiopia (SIP): a prospective, cross-sectional, observational study. *Lancet Glob Health*. 11 de julio de 2019;7(8):e1130-8.
13. Moutquin JM. Classification and heterogeneity of preterm birth. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 1 de abril de 2003;110:30-3.
14. Preterm birth [Internet]. [citado 18 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
15. Kinney MV, Rhoda NR. Understanding the causes of preterm birth: solutions depend on context. *Lancet Glob Health*. agosto de 2019;7(8):e1000-1.
16. Pusdekar YV, Patel AB, Kurhe KG, Bhargav SR, Thorsten V, Garces A, et al. Rates and risk factors for preterm birth and low birthweight in the global network sites in six low- and low middle-income countries. *Reprod Health*. 17 de diciembre de 2020;17(3):187.
17. Chang YK, Tseng YT, Chen KT. The epidemiologic characteristics and associated risk factors of preterm birth from 2004 to 2013 in Taiwan. *BMC Pregnancy Childbirth*. diciembre de 2020;20(1):1-7.
18. Berger R, Rath W, Abele H, Garnier Y, Kuon RJ, Maul H. Reducing the Risk of Preterm Birth by Ambulatory Risk Factor Management. *Dtsch Arztebl Int*. diciembre de 2019;116(50):858-64.
19. Crisóstomo B dos S, Nascimento AS do, Oliveira RA de, Balsells MMD, Ribeiro SG, Gadelha IP, et al. Social determinants of health and psychoactive drug use in pregnancy. *Acta Paul Enferm*. 6 de junio de 2022;35:eAPE0340345.
20. Etemadi-Aleagha A, Akhgari M. Psychotropic drug abuse in pregnancy and its impact on child neurodevelopment: A review. *World J Clin Pediatr*. 9 de enero de 2022;11(1):1-13.
21. Chomchai S, Phuditshinnapatra J, Mekavuthikul P, Chomchai C. Effects of unconventional recreational drug use in pregnancy. *Semin Fetal Neonatal Med*. 1 de abril de 2019;24(2):142-8.
22. Pinto ACPN, Silva RDB da, Ribeiro AMR, Sousa AS de, Cunha RO, Siqueira FG de, et al. The use of cocaine and crack during pregnancy and its effects on newborns and children: a systematic review protocol. *Fisioter Bras*. 26 de octubre de 2023;24(5):729-40.

23. Yamaguchi ET, Cardoso MMSC, Torres MLA, Andrade AGD. Drogas de abuso e gravidez. Arch Clin Psychiatry São Paulo. 2008;35:44-7.
24. ELNahas G, Thibaut F. Perinatal Psychoactive Substances Use: A Rising Perinatal Mental Health Concern. J Clin Med. enero de 2023;12(6):2175.
25. HETEA A, COSCONEL C, STANESCU AAM, SIMIONESCU AA. Alcohol and Psychoactive Drugs in Pregnancy. Mædica. diciembre de 2019;14(4):397-401.
26. Khandre V, Potdar J, Keerti A. Preterm Birth: An Overview. Cureus. 14(12):e33006.
27. Baía I, Domingues RMSM. The Effects of Cannabis Use during Pregnancy on Low Birth Weight and Preterm Birth: A Systematic Review and Meta-analysis. Am J Perinatol. 16 de septiembre de 2022;41:17-30.
28. Garrison-Desany HM, Nawa N, Kim Y, Ji Y, (Susan) Chang HY, Hong X, et al. Polydrug Use During Pregnancy and Preterm Birth in a Low-Income, Multiethnic Birth Cohort, Boston, 1998-2018. Public Health Reports®. 1 de mayo de 2020;135(3):383-92.
29. Peterson BS, Rosen T, Dingman S, Toth ZR, Sawardekar S, Hao X, et al. Associations of Maternal Prenatal Drug Abuse With Measures of Newborn Brain Structure, Tissue Organization, and Metabolite Concentrations. JAMA Pediatr. 1 de septiembre de 2020;174(9):831-42.
30. Baer RJ, Chambers CD, Ryckman KK, Oltman SP, Rand L, Jelliffe-Pawlowski LL. Risk of preterm and early term birth by maternal drug use. J Perinatol. febrero de 2019;39(2):286-94.
31. Blayac L, Ponte C, Lavaud M, Micallef J, Lapeyre-Mestre M. Increase of cannabis and cocaine use by pregnant women in France from 2005 to 2018: Insights of the annual cross sectional OPPIDUM survey. Therapies. 1 de marzo de 2023;78(2):201-11.
32. Shah DS, Turner EL, Chroust AJ, Duvall KL, Wood DL, Bailey BA. Marijuana use in opioid exposed pregnancy increases risk of preterm birth. J Matern Fetal Neonatal Med. 12 de diciembre de 2022;35(25):8456-61.
33. Cestonaro C, Menozzi L, Terranova C. Infants of Mothers with Cocaine Use: Review of Clinical and Medico-Legal Aspects. Children. enero de 2022;9(1):67.
34. Frazer Z, McConnell K, Jansson LM. Treatment for substance use disorders in pregnant women: Motivators and barriers. Drug Alcohol Depend. diciembre de 2019;205:107652.
35. Minozzi S, Amato L, Jahanfar S, Bellisario C, Ferri M, Davoli M. Maintenance agonist treatments for opiate-dependent pregnant women. Cochrane Drugs and Alcohol Group, editor. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 9 de noviembre de 2020 [citado 19 de diciembre de

- 2024];2020(11). Disponible en:
<http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006318.pub4>
36. Rausgaard NLK, Ibsen IO, Jørgensen JS, Lamont RF, Ravn P. Management and monitoring of opioid use in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2020;99(1):7-15.
 37. Preis H, Inman EM, Lobel M. Contributions of psychology to research, treatment, and care of pregnant women with opioid use disorder. *Am Psychol.* 2020;75(6):853-65.
 38. Rizk AH, Simonsen SE, Roberts L, Taylor-Swanson L, Lemoine JB, Smid M. Maternity Care for Pregnant Women with Opioid Use Disorder: A Review. *J Midwifery Womens Health.* septiembre de 2019;64(5):532-44.
 39. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) [Internet]. 2024 [citado 19 de diciembre de 2024]. Disponible en:
<https://www.samhsa.gov/sbirt>
 40. Gómez Ruiz LM. Prevalencia del consumo de sustancias de abuso durante el embarazo en mujeres atendidas en el parto en el Nuevo Hospital Civil de Guadalajara “Dr. Juan I. Menchaca” [Internet] [Ph.D. Thesis]. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa). Universitat de Barcelona; 2024 [citado 28 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/handle/10803/691446>
 41. Miramontes-Buiza L, Lona-Reyes JC, Pérez-Ramírez RO, Magallón-Picazo D, Cordero-Zamora A, Gómez-Ruiz LM, et al. Asociación del consumo de drogas ilícitas en mujeres embarazadas y sífilis congénita en un Hospital Público de México. *Rev Argent Microbiol.* 1 de enero de 2024;56(1):69-73.
 42. Samudio Domínguez GC, Correa A, Brítez Martínez IC, Vera Quintana LM, Ortiz Cuquejo LM. Frecuencia de consumo de drogas adictivas ilícitas en gestantes o púerperas y su detección en recién nacidos en un hospital materno-infantil de Asunción. *Pediatría Asunción.* 26 de abril de 2023;50(1):48-57.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Silva Dueñas Diana Leonor** con C.C: # **0704310093** autor/a del trabajo de titulación: **Prevalencia de Parto Prematuro en Gestantes Consumidoras de Cocaína, Opioides y Cannabis en el Hospital General Monte Sinaí durante el Periodo 2019 – 2023** 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, **28 de mayo de 2025**

f.  **Diana Leonor Silva
Duenas**


Nombre: **Silva Dueñas Diana Leonor**

C.C: **0704310093**

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Vargas Lombeida Raúl David** con C.C: # **0959254376** autor/a del trabajo de titulación: **Prevalencia de Parto Prematuro en Gestantes Consumidoras de Cocaína, Opioides y Cannabis en el Hospital General Monte Sinaí durante el Periodo 2019 – 2023** 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, **28 de mayo de 2025**



f. _____

Nombre: **Raúl David Vargas Lombeida**

C.C: **0959254376**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia de Parto Prematuro en Gestantes Consumidoras de Cocaína, Opioides y Cannabis en el Hospital General Monte Sinaí durante el Periodo 2019 – 2023		
AUTOR(ES)	Diana Leonor Silva Dueñas-Raúl David Vargas Lombeida		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Yuen Chon Monroy Vicente Enrique		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	28 de mayo de 2025	No. DE PÁGINAS:	36
ÁREAS TEMÁTICAS:	Ginecología y obstetricia, Medicina interna, Psiquiatría.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Parto prematuro, cocaína, opioides, marihuana, embarazo de alto riesgo		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>Introducción: El parto prematuro es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad neonatal. Diversos factores de riesgo han sido identificados, incluyendo el consumo de sustancias psicoactivas como la cocaína, opioides y cannabis durante el embarazo, los cuales pueden alterar negativamente el desarrollo gestacional. Metodología: Se realizó un estudio descriptivo-analítico en pacientes gestantes consumidoras de cocaína, opioides y cannabis atendidas en el Hospital General Monte Sinaí entre 2019 y 2023. La información fue recolectada del registro clínico y procesada mediante los programas Excel y SPSS. Se aplicó la prueba chi-cuadrado de Pearson y se calcularon odds ratios (OR) con intervalos de confianza del 95%. Resultados: Se evaluaron 200 gestantes, con una prevalencia de consumo de marihuana (55%), cocaína (25%) y opioides (20%). El 70% de los partos fueron prematuros (<37 semanas), destacando una alta incidencia entre las consumidoras de cocaína (88%). El consumo de cocaína mostró una asociación significativa con parto prematuro (OR: 4.125; IC 95%: 1.651–10.308; p = 0.001). La asociación entre consumo de marihuana u opioides y parto pretérmino no fue estadísticamente significativa. Se observó una asociación moderada entre el tipo de sustancia y la edad gestacional (V de Cramer = 0.295; p < 0.001). Conclusión: El consumo de cocaína durante el embarazo se asoció significativamente con un mayor riesgo de parto prematuro. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de estrategias preventivas dirigidas a mujeres gestantes consumidoras de sustancias, especialmente aquellas en situación de vulnerabilidad social.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593963791039 +593985784917	E-mail: diana.silva02@cu.ucsg.edu.ec raul.vargas@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):::	Nombre: Vásquez Cedeño, Diego Antonio		
	Teléfono: +593-982742221		
	E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			