

# Recién nacidos de madres drogadictas en la Maternidad “Concepción Palacios”

Drs. Jesús Mata Vallenilla, Jacqueline Saulny de Jorges, Winston Villarroel

Servicio de Psiquiatría, Departamento de Obstetricia y Ginecología. Maternidad “Concepción Palacios”, Caracas

## RESUMEN

**Objetivo:** Estudiar las complicaciones que producen las drogas ilícitas en la embarazada y el recién nacido.

**Método:** Se analizaron las historias clínicas de 47 embarazadas drogadictas que parieron entre octubre de 1979 a enero de 1998, y admitieron el consumo de drogas ilícitas durante su embarazo. Los recién nacidos fueron evaluados por los Servicios de Pediatría en busca de los efectos de la drogadicción.

**Ambiente:** Hospital “Maternidad Concepción Palacios”, Caracas.

**Resultados:** La edad promedio del grupo estudio fue de 24 años con extremos entre 15 y 42 años. La droga más usada fue la cocaína. De las 47 pacientes 17 (36,17%) refirieron consumir sólo un tipo de droga. El resto 30 casos (63,82%) consumieron más de una. El 72,34% (34 casos) no realizaron control prenatal. La mortalidad perinatal global fue 14,89% con una mortalidad neonatal 6,38%.

**Conclusiones:** El embarazo en la mujer drogadicta es un problema de salud pública y tiene severas repercusiones sobre el feto y el recién nacido. Hay un aumento del parto prematuro y de niños desnutridos in útero. En vista de que es un embarazo no deseado y rechazado, estos niños tendrán un futuro incierto, podrán sufrir de alguna enfermedad mental que los convertirá en una carga para el estado y la sociedad.

**Palabras clave:** Embarazada drogadicta. Morbimortalidad perinatal y neonatal.

## SUMMARY

**Objective:** To study the complications produced for illicit drugs in pregnant mother and the newborn.

**Method:** Were analyzed 47 records of pregnant patients addicted to drugs between October 1979 until January 1998, who admitted consume of illicit drugs during pregnancy. The newborns were evaluated at the Pediatric Services looking for drug addiction effects.

**Setting:** Hospital “Maternidad Concepcion Palacios”, Caracas.

**Results:** Mean age of the study group was 24 years ranged from 15 to 42 years old. The drug more used was cocaine. From 47 patients, 17 (36.17%) used only one drug. The remaining 30 cases (63.82%) used more than one drug. The 72.34% (34 cases) did not have prenatal care. Global perinatal morbidity was 14.89% with a neonatal mortality of 6.38%.

**Conclusions:** Pregnancy in a women addicted to drugs is a public health problem with severe repercussions on fetus and newborn. There is an increase in premature delivery and in utero malnutrition. Because it is an unwanted and rejected pregnancy, this children have an uncertain future, can have a mental illness becoming a charge for the State and the society.

**Key words:** Pregnants addicted to drugs. Perinatal and neonatal morbimortality.

## INTRODUCCIÓN

No existen dudas de que el consumo de sustancias ilícitas durante el embarazo afectan directamente al feto. Ellas atraviesan muy rápido la placenta por difusión simple y llegan al compartimiento fetal en minutos. A pesar de esta rápida distribución al feto, los niveles de muchas drogas son más bajos que en la madre después de una sola exposición.

MacGregor y Keith (1) en su excelente capítulo de revisión sobre abuso de droga durante el embarazo exponen que de acuerdo a las cifras del Instituto Nacional sobre abuso de droga (*National Institute on Drug Abuse-NIDA*) una tercera parte de la población en Estados Unidos mayores de 12 años ha consumido drogas ilícitas y 34 millones de mujeres americanas entre 15 y 44 años son usuarias de dichas sustancias. Según los autores, el consumo de alcohol, opiáceos, marihuana y drogas psicoterapéuticas

Recibido: 10-7-99

Aceptado para publicación: 31-10-99

no ha cambiado mucho desde la última década; sin embargo el uso de la cocaína ha aumentado de forma dramática y, se estima que más de 2 millones de mujeres en edad reproductiva la utilizan.

El consumo de estas sustancias está asociado a resultados perinatales adversos, sin embargo es difícil relacionarlos con una droga específica, porque la mayoría de las drogadictas utilizan mezclas, lo que dificulta la evaluación de cada una de ellas.

Existen varios factores que tienen influencia sobre la distribución de la droga en la madre como es la vía de administración. Las drogas de consumo oral se metabolizan en el hígado pero pueden ser absorbidas en el intestino por disminución de la motilidad durante el embarazo.

El feto elimina la droga a través del riñón y/o por biotransformación, sin embargo puede ocurrir su acumulación en el líquido amniótico, lo que conduce a un reservorio de drogas *in útero*. Cuando esto sucede, la eliminación se produce por difusión a través de las membranas dentro de la circulación materna y por deglución fetal. La biotransformación hepática fetal ha sido sugerida como un mecanismo alternativo, pero aún no es posible valorar esta biotransformación para la eliminación total de la droga (1).

La cocaína es un estimulante del sistema nervioso central y aumenta la concentración de noradrenalina en la sangre, lo que produce vasoconstricción periférica e hipertensión. Los efectos euforizantes de la droga se atribuyen a la concentración de dopamina en las regiones mesolímbica y mesocortical (2,3). Little y col. (4) en 1989 estudiaron el resultado del embarazo y la salud de los niños nacidos de 53 madres usuarias de cocaína y las compararon con otro grupo de 100 mujeres no consumidoras. Hubo un significativo aumento de parto pre término y complicaciones en los recién nacidos tales como: taquicardia, bajo peso al nacer y anomalías cardíacas congénitas.

Nosotros queremos dar a conocer nuestra experiencia y resultados materno-fetales en un grupo de madres drogadictas estudiadas en la Maternidad "Concepción Palacios".

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron las historias clínicas de 47 mujeres drogadictas atendidas por el Servicio de Psiquiatría que parieron en el hospital en el lapso comprendido entre octubre de 1979 y enero de 1998. Se incluyen

solamente aquellas pacientes que admitieron haber abusado del consumo de drogas durante el embarazo. Se excluyeron los casos en los cuales a pesar de haber indicios, referencias o acusaciones de drogadicción, la misma fue negada por las pacientes. Tampoco se incluyeron los casos de pacientes sometidas a abortos ni aquellas cuyo parto no fue reportado oportunamente o se produjo en una institución diferente a la Maternidad "Concepción Palacios". Las pacientes que consumían exclusivamente alcohol tampoco fueron consideradas para el estudio.

Todas las pacientes y sus recién nacidos fueron atendidas por los Servicios de Psiquiatría, Obstetricia, Anestesiología, Medicina Interna y Pediatría bien en las consultas externas, hospitalización o en ambas. No se practicaron pruebas de laboratorio para investigar drogas de abuso porque ellas no se realizan actualmente en la institución.

La herramienta fundamental para el diagnóstico en psiquiatría es la entrevista psiquiátrica. Como la presente investigación se enfila a la drogadicción en el embarazo, la mayoría de los puntos investigados están dedicados a la gestación, los diferentes aspectos relacionados con ella y al recién nacido. No hemos descuidado algunas variables consideradas "típicas" en todo estudio sobre drogadicción.

Se controlaron en el Servicio de Psiquiatría 172 mujeres que testimoniaron haber consumido drogas ilícitas durante su gestación, pero incluimos sólo 47 de ellas que parieron en el hospital y sus niños fueron atendidos por médicos de la institución en el parto o después del nacimiento.

En el estudio analizamos los siguientes datos: 1. edad de las pacientes, edad en que se inició el consumo de drogas y tiempo de uso, 2. tipo de drogas utilizadas, 3. patología psiquiátrica asociada, 4. reacción emocional durante el embarazo, 5. estado civil, 6. antecedentes obstétricos y datos del embarazo actual, 7. resultados perinatales.

## RESULTADOS

La edad promedio fue de 24 años con extremos entre 15 y 42 años. Dos de las pacientes tenían 15 años para el momento del parto, en una de ellas el embarazo fue producto de violación por un primo con quien fumaba cocaína y marihuana; durante su hospitalización tuvo una crisis psicótica que ameritó tratamiento farmacológico. Esta paciente ingresó a la Maternidad en dos oportunidades más, una por

aborto provocado al siguiente año y luego a los 20 años de edad por complicaciones del embarazo con pielonefritis y anemia drepanocítica, luego fue esterilizada y continúa asistiendo a la consulta externa de psiquiatría. La otra paciente adolescente precoz se embarazó durante su visita conyugal al concubino preso por robo y tráfico de estupefacientes.

La paciente de mayor edad tenía 42 años, gran múltipara, inició su consumo a los 9 años con varios tipos de drogas (alcohol, marihuana, cocaína, biperiden, etc..) vida sexual promiscua, sin vivienda ni conviviente fijo y los hijos habidos anteriormente los regaló, luego el Instituto Nacional del Menor se hizo cargo de ellos.

El consumo de drogas de comienzo más tardío ocurrió a los 35 años con historia de sólo un año de abuso (cocaína y bazuco), otras dos pacientes también refirieron un año de consumo. Del total de la muestra sólo se pudo determinar la edad de inicio en 34 casos (72,34%), de ellas 24 (70,58%) comenzaron el consumo entre los 9 años y 17 años con un promedio de 8,76 años de consumo, aunque la mayoría admitió el consumo durante todo el embarazo y algunas hasta pocas horas antes del parto e incluso durante su hospitalización.

Como puede verse en el Cuadro 1 la mayoría de las pacientes consumidoras de drogas que paren en la Maternidad tienen menos de 25 años lo cual se corresponde con la etapa más fértil de la mujer y con el grupo etéreo de la población que con mayor frecuencia consume drogas.

La droga más frecuentemente usada por las pacientes que constituyen la muestra fue la cocaína con sus diferentes nombres (perico, bazuco, piedra, crack, echao pa atrás, etc.). La vía de administración más popular es la inhalación nasal. La vía oral fumada en cigarrillos, pipas, o bien diluida en bebidas, tiene cierto auge en la actualidad. Nos llamó la atención que una de las pacientes consumía el polvo de cocaína deglutida, forma de administración poco usual. Cuatro (8,51%) de las madres usaron la cocaína intravenosa y en ningún caso reportaron las vías subcutánea o intramuscular, tal vez por los inconvenientes que genera como dolor e irritación local con producción de abscesos. La segunda droga más utilizada fue la marihuana sola o acompañada de la cocaína. También reportaron la dietilamida del ácido lisérgico (LSD), alucinógeno de uso en la década de los 60. El mandrax, producido originalmente por los laboratorios farmacéuticos

Cuadro 1

Edad		
Años	Casos	%
15 – 19	12	25,53
20 – 24	15	31,91
25 – 29	11	23,40
30 – 34	2	4,25
35 – 39	6	12,76
más 40	1	2,12
mínima 15 años	máxima 42 años	promedio 24,74 años

con el nombre genérico de metacualona se usó como hipnótico y fue retirado del mercado por su alto poder adictivo, continuó produciéndose en forma artesanal y clandestina en Colombia.

También figuran como drogas de abuso en nuestras historias clínicas los medicamentos trihexifenidilo, biperiden y flunitrazepan. El alcohol fue un acompañante muy frecuente en el grupo de mujeres estudiadas.

El 36,17% (17 pacientes) refirieron consumir sólo un tipo de droga (derivados de la coca o marihuana), 17 (36,17%) usaron mezcla de dos drogas y 13 (27,65%) admitieron el uso de tres o más drogas.

De las 47 parturientas que integraron la casuística 23 de ellas le adjudicamos otros diagnósticos psiquiátricos, 11 casos con trastornos de conducta que se basó en la información obtenida de comprobadas violaciones a las leyes, con detenciones policiales y condenas por diferentes delitos, el más frecuente tráfico de estupefacientes. Tres de ellas provenían de la cárcel donde se encontraban y tenían custodia policial dentro de la maternidad. En 5 el diagnóstico fue psicosis, 2 maníacas, 1 orgánica de tipo confusional y 2 no específicas. No se pudo precisar cuántas pacientes tenían antecedentes de cuadros psicóticos previos. Hubo además 5 casos con diagnóstico de epilepsia o convulsiones y en todas ellas las características clínicas corresponden con crisis tipo gran mal, en uno de los casos la etiología era postraumática. Dos tenían retardo mental sin especificar el grado. Hubo 2 pacientes con diagnóstico de depresión y otras 2 con alucinaciones auditivas consecuencia del consumo de drogas. La reacción de ansiedad y síndrome de abstinencia aparecen una vez cada uno. Tres pacientes tenían antecedentes de hospitalización

psiquiátrica previa al embarazo por intentos suicidas. No es rara la aparición en una misma paciente de más de un cuadro psicopatológico, por ejemplo la asociación de retardo mental y epilepsia o de psicosis y trastornos de conducta, esto es bastante frecuente en psiquiatría (Cuadro 2).

La reacción emocional ante el embarazo fue lo más difícil de registrar. En algunas la indiferencia fue lo más llamativo seguido por el rechazo al mismo sobre todo cuando el embarazo fue producto de violación y las que llevaban una vida sexual promiscua. Muy pocas pacientes manifestaron genuina preocupación por la salud fetal y no pudimos precisar con exactitud cuántas de ellas dejaron de consumir drogas por esa razón o manifestaron deseos de rehabilitación. Ninguna reportó maniobras abortivas.

Tenemos la creencia, más no la certeza, de que en muy pocos casos el embarazo fue deseado, tres de las pacientes estuvieron hospitalizadas antes del embarazo en instituciones especializadas para librarse de la adicción pero sin resultados satisfactorios.

En cuanto al estado civil de las pacientes tenemos que decir que todas las historias del Servicio de Psiquiatría lo tienen en la hoja frontal de identificación porque el mismo tiene implicaciones legales y psicológicas mucho mayor cuando la mujer se embaraza. El concubinato cuando es estable y duradero funciona desde el punto de vista emocional igual al matrimonio legal. En el Cuadro 3 se observa el estado civil de nuestros casos.

Entre los antecedentes obstétricos las primigestas ocuparon el primer lugar en cuanto al número de embarazos (Cuadro 4). La mayoría de las gestantes no hizo control prenatal 34 casos (72,34%) y el resto 13 pacientes (27,65%) si se controló, sin embargo es importante decir que de este grupo debido al rechazo y/o indiferencia ante el embarazo, aunado a las pobres condiciones socioeconómicas, 2 embarazadas (8,69%) estuvieron hospitalizadas anteparto por un promedio de 2 meses, otra presentó desnutrición severa con consecuencias nefastas para el feto y, sólo acudió a la consulta 5 veces de manera irregular; 8 mujeres cumplieron más de 6 controles.

La edad del embarazo se presenta en el Cuadro 5 y en el Cuadro 6 observamos las complicaciones del mismo, donde el 65,95% (31 casos) tuvo alguna complicación y, entre las patologías asociadas hubo una paciente con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) positiva y 8 (17,02%) con VDRL positivo.

Cuadro 2  
Otros diagnósticos psiquiátricos

Patología	Casos
Trastornos de conducta	11
Psicosis	5
Epilepsia o convulsiones	5
Retardo mental	2
Depresión	2
Alucinaciones	2
Reacción de ansiedad	1
Síndrome de abstinencia	1
Antecedentes de intentos suicidas	3
Total	32

Agunas pacientes presentaron más de una categoría diagnóstica.

Cuadro 3

Estado civil	Casos	%
Solteras	39	82,79
Se ignora	4	8,51
Casadas	1	2,12
Divorciadas	1	2,12
Viudas	1	2,12
Información contradictoria	1	2,12

Cuadro 4  
Número de embarazos

Gesta	Casos	%
I	12	25,53
II	9	19,14
III	8	17,02
IV	7	14,89
V	5	10,63
Más de V	5	10,63
Desconocido	1	2,12

15 pacientes tuvieron entre 2 y 5 abortos anteriores

Cuadro 5  
Edad del embarazo

Semanas	Casos	%	PEG	%
37 o más	31	65,95	14	45,1
36 – 32	10	21,27	4	28,57
31 – 27	4	8,51		
Desconocido	2	4,25		

RN DE MADRES DROGADICTAS

Cuadro 6

Complicaciones del embarazo		Patología asociada			
		Casos	%	Casos	%
Ninguna	15	31,01	VDRL reactivo	8	17,02
RCIU	11	23,40	VIH positivo	1	2,12
P. prematuro	9	19,14	Desnutrición sev.	1	2,12
SFA	3	6,38	Tara drepanocít.	1	2,12
Natimueertos	4	8,51	Infección genital	2	4,25
Infección urinaria	2	4,25	Diabetes	1	2,12
HIE	2	4,25	DPP	1	2,12

RCIU = retardo del crecimiento intrauterino.  
 SFA = sufrimiento fetal agudo.  
 HIE = hipertensión inducida por el embarazo.  
 DPP = desprendimiento prematuro de placenta.

En relación al tipo de parto, 36 casos (76,59%) parieron normal, 7 (14,89%) fue por cesárea y a 4 (8,51%) se les aplicó fórceps. El Cuadro 7 muestra el peso de los recién nacidos y el Cuadro 8 la talla. Hubo un total de 43 nacidos vivos, la morbilidad neonatal se describe en el Cuadro 9. Del total de niños nacidos vivos 3 murieron; 2 (5%) por asfixia severa y prematuridad y 1 por sepsis quien presentó síndrome de abstinencia. La mortalidad perinatal global fue 14,89%; mortinatalidad 8,51% y, la mortalidad neonatal 6,38%.

La morbilidad materna se presentó en 15 casos (32%), 8 madres tenían VDRL positivo (17,02%), 2 (4,25%) presentaron endometritis puerperal y otras complicaciones se observan en el Cuadro 10. No hubo muerte materna.

Cuadro 7

Peso del recién nacido

Peso (g)	Casos	%
840	1	2,32
1 000 - 1 500	1	2,32
1 501 - 2 000	3	6,97
2 001 - 2 500	10	23,25
2 501 - 3 000	13	30,23
3 001 - 3 500	13	30,23
más de 3 500	2	4,65

Total	43 nacidos vivos	
Peso mínimo	Peso máximo	Promedio
840 g	3 800 g	2 500 g

Cuadro 8

Talla del recién nacido

Talla (cm)	Casos	%
24 - 29	1	2,32
35 - 40	1	2,32
41 - 46	14	32,55
47 - 52	24	55,81
53 - 58	2	4,65
Desconocido	1	2,32

Talla mínima 29 cm máxima 54 cm promedio 46,7 cm

Cuadro 9

Morbilidad neonatal

Patología asociada	Casos	%
Ninguna	28	65,11
Ictericia	6	13,95
SDR	3	6,97
S. abstinencia	2	4,65
Malformaciones	2	4,65
S. convulsivo	1	2,32
Corioamnionitis	1	2,32
VIH positivo	1	
Lues congénita	1	

Cuadro 10

Morbilidad materna

Patología concomitante	Casos	%
VDRL reactivo	8	17,02
Endometritis puerperal	2	4,25
Anemia severa	2	4,25
S. abstinencia	1	2,12
VIH positivo	1	2,12
Absceso de pared	1	2,12
Absceso glándula de Bartolin	1	
Hepatitis	1	

Total 15 31,88



## DISCUSIÓN

El embarazo en la mujer drogadicta se considera un problema de salud pública porque no sólo compromete la salud materna en general, por ser estas desnutridas, con poco o ningún control prenatal, con enfermedades infecciosas asociadas, estrés psicosocial grave, sino que también existe gran compromiso de la salud fetal (5).

Al analizar nuestros resultados observamos que el mayor consumo de drogas se produjo en pacientes con edades entre 15 y 29 años, edad donde se presenta el mayor número de usuarias como lo reportan MacGregor y Keith (1). La mayoría del grupo estudiado no realizó control prenatal, lo que era de esperarse porque 23 de las embarazadas son pacientes psiquiátricas y 11 presentaban trastornos de conducta. Sin embargo 31 embarazos (65,95%) llegaron a término de los cuales 14 recién nacidos (45,16%) eran pequeños para la edad de gestación (PEG) o desnutridos *in útero*, complicación reportada por otros autores (4-7).

Se dice que la cocaína aumenta el número de abortos, partos prematuros y niños PEG porque produce vasoconstricción, taquicardia y aumento brusco de la presión sanguínea. A nivel de los vasos placentarios hay disminución del flujo sanguíneo al feto y contractilidad uterina por aumento de los niveles de norepinefrina (3,5-7). Si tomamos en cuenta el peso de los recién nacidos de nuestro grupo, del total de 43 niños nacidos vivos, hubo 15 (35%) que pesaron 2 500 g al nacer o menos, esto se puede relacionar al efecto de la droga bien en el aumento de recién nacidos prematuros o en la producción del parto prematuro por estimulación de la contractilidad del músculo uterino. Sólo 17 pacientes (36,17%) reportaron usar un tipo de droga, el resto admitió la mezcla de dos o más drogas durante el embarazo y hasta pocas horas antes del parto e incluso durante su hospitalización. Acker y col. (8) reportan la asociación de cocaína con desprendimiento prematuro de placenta (DPP) por hipertensión brusca en la fase aguda del consumo, nosotros tuvimos un caso con esta complicación, y estamos de acuerdo con los autores que debe tenerse en mente el consumo de estupefacientes cuando se presenta esta dramática situación obstétrica.

Otras complicaciones materno-fetales asociadas a la drogadicción durante el embarazo son: sufrimiento fetal agudo (SFA), retardo del crecimiento fetal intrauterino (RCIU), natimueitos, infección

urinaria, rotura prematura de membranas (RPM), hemorragia intraventricular masiva materna con muerte cerebral e isquemia (9-11).

Además se reportan infecciones asociadas como son: sífilis, infección genital de diferente etiología, VIH positivo. Nosotros tuvimos 8 pacientes con lues (17%), una con VIH positivo transmitido al feto, una tara drepanocítica y otra con diabetes.

En cuanto a los recién nacidos que es el objetivo principal del trabajo, son ellos los que llevan la peor parte. Del total de 47 embarazadas hubo 43 nacidos vivos y 4 natimueitos. Dos (4,65%) presentaron síndrome de abstinencia y uno de ellos murió, otros dos casos tuvieron malformaciones congénitas: una imperforación anal más fístula rectovesical y otro con hendidura palatina y labio leporino. La mortalidad perinatal global fue 14,89%; mortinatalidad 8,51% y 6,38% de mortalidad neonatal.

Se han descrito también lesiones cerebrales en niños expuestos a la cocaína durante la vida intrauterina, que pueden observarse por ultrasonografía cerebral tales como: ecodensidades focales, dilatación ventricular, hemorragia subependimaria (HSE) y reacción glial; así lo reportan Dogra y col. (12), algunos piensan que se debe a infarto cerebral fetal y lesiones quísticas a nivel del parénquima cerebral producidos por la norcocaína que atraviesa la barrera sanguínea cerebral. Cohen y col. (13) encuentran quistes subependimarios en recién nacidos de madres que consumen cocaína no asociados a hemorragia ni leucomalacia periventricular. Saulny de Jorges y col. (14) también los describen en un 12% de niños sin causa aparente. Lamentablemente nosotros no realizamos neurosonología a los niños del grupo estudio lo que hubiese permitido comparar resultados.

Todavía no se cuenta con datos precisos sobre la prevalencia del consumo de drogas ilícitas en las embarazadas (15). Las estimaciones se basan en la autoinformación (entrevistas, cuestionarios etc.) y en las pruebas para detectar dichas sustancias en orina, meconio, pelo del recién nacido y de la madre, y en el líquido amniótico (15,2). La combinación de ambas técnicas permite identificar un número mayor de consumidoras que la investigación de ellas en forma aislada. Es necesario que se haga lo imposible para identificar a las mujeres que consumen drogas ilícitas durante la gestación con el fin de minimizar los riesgos y complicaciones tanto para la embarazada como para el feto.

El grave problema social que representa para el

país la procreación de la mujer adicta a las drogas queda reflejada en parte en los resultados del presente trabajo en razón de que el hijo de la drogadicta puede ser un desvalido físico y mentalmente, un enfermo.

Imaginémonos como en las obras de ciencia ficción, una sociedad formada por individuos nacidos de relaciones anónimas entre seres mentalmente perturbados, concebidos en una atmósfera turbia de violaciones y coitos fortuitos, bajo la influencia de las drogas. ¿Cuál sería el porvenir de un mundo integrado con semejante contingente humano?

De los precedentes resultados concluimos que el embarazo de la mujer drogadicta es casi siempre un embarazo no deseado o rechazado. Generalmente los niños nacidos en estas condiciones, no deseados ni por la madre ni por el padre, criados dentro del seno de una familia patológica o en una institución para niños abandonados, sin los cuidados físicos y afectivos adecuados, son candidatos a sufrir tarde o temprano alguna enfermedad mental, perturbación etc. que los convertirá en una carga para el estado y la sociedad, lo cual debe ser motivo de profunda reflexión para médicos, sanitaristas y gobernantes que de alguna manera tienen que ver con la salud mental de nuestra población.

#### REFERENCIAS

- MacGregor S, Keith L. Drug abuse in pregnancy. En: Medical diseases during pregnancy. Cap 11.
- Plessinger M, Woods J. Cocaína durante el embarazo. Datos recientes sobre los riesgos materno fetales. Clin Obstet Ginecol 1998;1:89-101.
- Beck WW. Substance abuse in pregnancy. Postgrad Obstet Gynecol 1996;16(2):1-5.
- Little BB, Snell LM, Klein VR, Gilstrap III LC. Cocaine abuse during pregnancy: Maternal and fetal implications. Obstet Gynecol 1998;73:157-160.
- Pritchard JA, MacDonald PC, Gant NF. Williams Obstetrics. 17ª edición. Connecticut: ACC edit; 1985.p.769-791.
- Burkett G, Yasin SY, Palow D, Lavoie L, Martinez M. Patterns of cocaine binging: Effect on pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1994;171(2):372-378.
- Chasnoff IJ, Burns WJ, Schnoll SH, Burns KA. Cocaine use in pregnancy. N Engl J Med 1985;313:666-669.
- Acker D, Sachs B, Tracey K, Wise W. Abruptio placentae associated with cocaine use. Am J Obstet Gynecol 1983;146: 220-221.
- Ney J, Dooley S, Keith L, Chasnoff I, Socol M. The prevalence of substance abuse in patients with suspected preterm labor. Am J Obstet Gynecol 1990;162:1562-1567.
- Matera C, Warren W, Moomjy M, Fink D, Fox H. Prevalence of use of cocaine and other substance in an obstetric population. Am J Obstet Gynecol 1990;163:799-801.
- Yriye B, Asrat T, Adashek J, Carr M. Intraventricular haemorrhage and maternal brain death associated with antepartum cocaine abuse. Br J Obstet Gynaecol 1995;102:68-69.
- Dogra VS, Menon PA, Poblete J, Smeltzer J. Neurosonographic imaging of small for gestational-age neonates exposed and not exposed to cocaine and cytomegalovirus. J Clin Ultrasound 1994;22(2):93-102.
- Cohen H, Sloves J, Laungani Sh, Glass L, DeMarinis P. Neurosonographic findings in full-term infants born to maternal cocaine abusers: Visualization of subependymal and periventricular cysts. J Clin Ultrasound 1994;22(5):327-333.
- Saulny de Jorge J, Morante A, Medina L. Ultrasonido en las lesiones cerebrales del niño nacido a término. Rev Obstet Ginecol Venez 1997;57(2):73-82.
- Kwong TC, Shearer D. Identificación del consumo de sustancias durante el embarazo. Clin Ginecol Obstet. Temas actuales 1998;1:39-52.



## Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela

Invita a

### **XVII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología 60° Aniversario Sociedad de Obstetricia y Ginecología I Congreso Bolivariano de Obstetricia y Ginecología**

**28 de febrero al 3 de marzo del 2000**

#### **XVII Congreso**

##### **CURSOS PRECONGRESO**

- Salud fetal
- Ultrasonido en Obstetricia y Ginecología
- Patología mamaria

##### **SIMPOSIOS OBSTETRICIA**

- La placenta en la práctica clínica
- Enfermedades de transmisión sexual y embarazo
- Enfermedad trofoblástica gestacional

##### **SIMPOSIOS GINECOLOGÍA**

- Ginecología Infanto-Juvenil
- Ginecología en la tercera edad
- Cáncer de ovario
- Innovaciones en Reproducción Humana
- Endoscopia ginecológica

**Hotel Caracas Hilton**

##### **Información e inscripciones:**

- Sede de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, Maternidad Concepción Palacios, Av. San Martín, Caracas.  
Teléfono: (582) 451.5955 462.7147- Fax: (582) 451.0895
- CONGRECA C.A. Av Blandín, Centro Comercial Mata de Coco, Piso 3, Oficina Oeste, La Castellana, Caracas. Teléfono: (582) 263.9733 - Fax: (582) 263.8443 - 3672.