

Consenso para el abordaje del consumo problemático en la etapa perinatal.

Año 2025

Autoridades

Gobernador de la Provincia de Santa Fe

Maximiliano Pullaro

Ministra de Salud

Silvia Ciancio

Secretaria de Salud

Andrea Ubaldi

Directora Provincial por la Salud Integral de Niñez y Adolescencias

María Fernanda Di Giacinti

Elaboración de contenido

Dra. Pediatra María Fernanda Di Giacinti

Dra. Pediatra Natalia Porta

Dr. Pediatra Neonatólogo Alejandro Maccarrone

Lic. En Psicología María Lucía Forastieri

Colaboradoras/es

Cristina Gentile

Subsecretaria de Salud Mental de la Pcia. de Santa fe

Dra Maria Cecilia Travella

Médica Pediatra Toxicóloga. Presidenta de la Asociación Toxicológica

Argentina 2024-2025

Dra Aranza Martinez

Especialista en toxicología

Sonia Colacelli

Dirección de planificación estratégica y gestión de la Secretaría de Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Igualdad y Desarrollo Humano

Resumen

Este documento establece un consenso para el abordaje del consumo problemático de sustancias en personas gestantes y durante la lactancia, promoviendo un cuidado integral y no punitivo. Se prioriza la construcción de un vínculo de confianza y el acceso temprano a información y tratamiento, con el objetivo de reducir o eliminar el consumo, garantizando la accesibilidad al sistema de salud.

El contenido se organiza en cuatro apartados: Marco teórico y perspectivas de abordaje; Recomendaciones para un consenso provincial; Recurso adaptable a cada localidad; Anexos con información sobre sustancias y herramientas de apoyo.

El enfoque es integral y basado en derechos, buscando proteger la salud y el bienestar de las personas gestantes y sus hijos/as, teniendo en cuenta las particularidades de cada caso y región.

Dirigido a los equipos multidisciplinarios responsables del cuidado del binomio afectado por el consumo problemático de sustancias, en las etapas pre y post natal.

Índice

1. Marco teórico	9
1.1 ¿Qué son las “drogas”?	10
1.2 ¿Cuándo hablamos de adicción?	10
1.3 ¿Cuándo un consumo se vuelve problemático?	11
1.4 ¿Por qué consumen las personas?	11
1.5 ¿Y el entorno, qué papel juega?	11
1.6 ¿Qué consecuencias puede tener en el recién nacido? ¿Cuáles son las principales complicaciones?	12
2. Propuestas de acción	14
2.1 Prevención y abordaje	15
2.2 Estrategias de acción	15
2.2.1. Recomendaciones generales para los equipos interdisciplinarios: Estrategia de APS	15
A. Búsqueda activa y coordinación intersectorial	15
B. Atención Centrada en la Persona Gestante: vinculación temprana y alianza terapéutica	16
C. Colaboración interprofesional y desarrollo de acuerdos	16
D. Involucramiento de la red de contención	16
2.2.2. Recomendaciones específicas para equipos interdisciplinarios	17
A. Comunicación efectiva: Primera escucha	17
B. Acciones de abordaje psicosocial para personas gestantes con consumo problemático	17
C. Acciones y recomendaciones para los equipos tratantes.	18
D. Consumo y Lactancia. Recomendaciones generales.	19
2.3. Detección de drogas. ¿Cómo y cuándo?	20
A. ¿Cuándo? ¿Debe implementarse siempre?	20
B. ¿Cómo?	21
2.4. Posibles escenarios clínicos y conductas a seguir	22
A. Gestante en abstinencia en el último trimestre.	22
B. Gestante que no se encuentra en abstinencia en el último trimestre y no se controló al menos en 3 oportunidades el embarazo.	23
C. Gestante no comprometida con el abandono de la	

dependencia con la sustancia y que manifiesta su voluntad de permanecer con su hijo. Exámen físico neonatal normal	23
D. Riesgo significativo para el recién nacido	24
E. Recién nacido que presente elementos clínicos de síndrome de abstinencia	24
F. Gestante que manifieste su deseo de desvincularse del bebé independientemente de la situación de consumo	26
3. Síndrome de abstinencia en neonatos expuestos a alcohol y drogas: un abordaje integral.	29
Síndrome de Abstinencia Neonatal (SAN)	30
Tratamiento del SAN	32
Seguimiento post alta	34
ANEXOS	36
Anexo 1. Marco legal	37
Anexo 2. Efectos de cada sustancia	40
Anexo 3. Carnet de Salud Perinatal	43
Anexo 4. Consentimientos para el examen de orina del bebé y la persona gestante	44

Introducción

El abordaje del consumo problemático de sustancias en personas gestantes y durante la lactancia, ha emergido como una preocupación sanitaria significativa en nuestra provincia, inquietud que se ha visto exacerbada por el aumento generalizado del consumo en la población, el estigma social que rodea a quienes enfrentan estas situaciones y la preocupación y dificultades que manifiestan los equipos de trabajo al momento de enfrentar estas complejas realidades.

El embarazo, el posparto y las responsabilidades de crianza representan momentos de cambio y transformación **para la persona gestante y para su entorno**. Momentos y períodos que pueden ser vividos como **factores de riesgo**, exacerbando la vulnerabilidad de las personas, o como **oportunidades** para el inicio de tratamientos, especialmente cuando existe un entorno familiar de apoyo y un abordaje adecuado por parte de los profesionales de la salud.

Los equipos de salud requieren de capacitación, fortalecimiento y construcción de redes para el abordaje de esta **problemática de complejidad múltiple** (física, mental, social, etc); siendo esencial establecer un **proceso de atención y cuidado que sea integral y no punitivo, garantizando la accesibilidad y permanencia** de las personas gestantes y sus familias al sistema de salud.

Por último, los **procesos de estigmatización asociados** a estas situaciones pueden llevar a que las personas oculten su consumo, privándolas de la oportunidad de recibir el asesoramiento y acompañamiento adecuados.

Por todo, **es indispensable trabajar de manera integrada y adaptada a cada caso, priorizando el establecimiento de un vínculo de confianza entre la persona gestante y el equipo de profesionales tratantes**, que brinde el apoyo necesario para trabajar interdisciplinariamente en favor de su salud y la del recién nacido (RN de aquí en más), facilitando el acceso temprano a información relevante y promoviendo la adherencia al tratamiento con el objetivo de reducir el consumo durante la gestación y la lactancia, e idealmente suspenderlo.

El objetivo de esta guía es proponer **un abordaje integral** de las situaciones de

consumo problemático de sustancias durante el embarazo y la lactancia **que sea común para los equipos de salud y organismos involucrados**, fortaleciendo los conocimientos ya existentes en el interior de cada uno y brindando nuevas herramientas, a los fines de proteger la salud y el bienestar de las personas gestantes y sus hijos/as; teniendo en cuenta las particularidades y realidades de cada región de nuestra provincia, desde un marco integral y de derechos.

En esta línea el documento comienza con un **primer apartado** detallando el marco teórico desde el que se pretende sentar las bases y perspectivas para abordar la problemática, y recomendaciones. Luego un **segundo apartado** con recomendaciones a los fines de llegar a un consenso provincial para el abordaje de estas situaciones. Un **tercer apartado** con un recurso para completar y adaptar a cada localidad y/o efector. Finalmente, **los anexos**, donde se detallan características de cada una de las sustancias legales y no legales más frecuentes y otras herramientas que se consideran necesarias para un circuito de información óptimo y funcional.

Esta guía no pretende ser exhaustiva sino que se propone como un documento abierto con invitación a que, cada efector, sector y/o región pueda aportar sus particularidades, fortalezas, experiencias y dificultades.

Un documento vivo y dinámico que, ante todo, tiene como objetivo reforzar lazos, consensos y visibilizar recursos entre quienes participan en los procesos de atención.

Marco Teórico

1. Marco teórico

Hablar de consumo problemático de sustancias en personas gestantes implica considerar los riesgos que este accionar puede tener para el recién nacido (RN de aquí en más) a nivel biológico, psicológico y social, pero también desde qué perspectiva se considera a la persona gestante y cuál es la mejor forma de abordar estas situaciones, priorizando el cuidado del vínculo de la diáda madre-hijo.

Por tanto, y a los fines de establecer un lenguaje en común, se considera indispensable considerar algunas perspectivas y conceptos clave.

1.1 ¿Qué son las “drogas”?

Según la OMS, “una droga es toda sustancia psicoactiva (natural o sintética) que al ingresar al organismo **altera el funcionamiento del sistema nervioso**, provocando cambios en la regulación de pensamientos, emociones y comportamientos. Estas alteraciones pueden afectar el estado de conciencia, la toma de decisiones, la memoria, la resolución de problemas, el ciclo sueño-vigilia y el humor, entre otros aspectos” (OPS, 2024).

Se habla de “drogas” en plural para abarcar la diversidad de sustancias existentes, incluyendo:

- **Drogas legales:** como el alcohol y el tabaco
- **Drogas ilegales:** como la cocaína y la marihuana.
- **Drogas de venta regulada:** como algunos medicamentos.

1.2 ¿Cuándo hablamos de “adicción”?

La adicción surge cuando una persona desarrolla una **dependencia física y/o psicológica** a una sustancia, lo que dificulta enormemente dejar su consumo. Este se convierte en el **centro de su vida**, afectando su bienestar y el de su entorno, suponiendo un gran **sufrimiento y malestar** tanto para la persona como para sus familiares y amigos.

Aún así, *no siempre el consumo implica directamente una dependencia*, por eso resulta importante diferenciar entre el **uso ocasional, el abuso y la dependencia**, según el vínculo que la persona tiene con la sustancia:

- El **uso ocasional** se refiere a un consumo aislado, episódico, ocasional, sin tolerancia ni dependencia.

- El **abuso** se refiere a cualquier consumo de una droga que dañe o amenace con dañar la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de otros individuos o de la sociedad en general.
- La **dependencia**, a diferencia de los anteriores, es el hábito del consumo de drogas, con fenómenos de tolerancia y dependencia, con el predominio de las conductas de búsqueda de droga por encima de otras prioridades importantes y aún sabiendo que puede causar un daño mental o físico en el individuo.

1.3 ¿Cuándo un consumo se vuelve problemático?

El consumo se vuelve problemático cuando **se pone en riesgo la propia persona o su entorno**, afectando negativamente, en forma ocasional o crónica, su salud física o mental; sus relaciones con la familia, pareja, amigos, el funcionamiento en el trabajo, estudio y su relación con la Ley. En este sentido **todo consumo puede volverse problemático**, no sólo de sustancias, sino también puede presentarse adicción a la comida, al trabajo, a las compras, al juego.

En el caso de personas menores de 18 años y personas gestantes, todo consumo es problemático por los efectos negativos en el desarrollo del sistema nervioso y en el embarazo, con posibles consecuencias para el RN.

1.4 ¿Por qué consumen las personas?

La respuesta va más allá del alcance de esta guía.

Las razones para consumir son múltiples y no excluyentes entre sí, como problemas familiares, escolares o traumas, por lo que **no se puede abordar el consumo desde posturas simplistas**, sino que **requiere un enfoque multidimensional** que contemple su complejidad y las individualidades de cada caso.

1.5 ¿Y el entorno, qué papel juega?

El entorno puede actuar como **facilitador** o como **obstaculizador**. Un **entorno de apoyo** actúa como red de contención favoreciendo el cuidado de la persona gestante y del RN, mientras que **uno desfavorable** puede dificultar el proceso, no sólo por la posibilidad de consumo en miembros del entorno sino también por el cuidado de los espacios físicos en los que transcurrirán los cuidados del niño/a (superficie para cambiarlo/a, higiene al momento de tenerlo/a en brazos, etc).

Por esto, la planificación de estrategias de abordaje debe considerar el entorno físico

y social, y coordinar con organismos de protección de derechos de niñas, niños y adolescentes cuando sea necesario.

1.6 ¿Qué consecuencias puede tener en el RN? ¿Cuáles son las principales complicaciones?

El consumo de sustancias (lícitas o ilícitas) durante el embarazo y la lactancia puede causar **complicaciones graves** en el RN, afectando tanto el desarrollo inmediato como a largo plazo, siendo algunas de las más frecuentes:

- **Parto prematuro:** Puede generar problemas respiratorios, dificultades de alimentación y otras complicaciones asociadas con la inmadurez de órganos.
- **Bajo peso al nacer:** Incrementa el riesgo de infecciones, dificultades de crecimiento y problemas de salud a lo largo de la vida.
- **Mayor mortalidad perinatal:** Aumenta el riesgo de muerte fetal o neonatal.
- **Defectos congénitos:** Afectan el desarrollo físico y funcional, como malformaciones cardíacas o defectos del tubo neural.
- **Síndrome de abstinencia neonatal (SAN):** Bebés expuestos a opioides, cocaína o marihuana pueden presentar irritabilidad, convulsiones, vómitos y dificultades para dormir.
- **Problemas neurológicos persistentes:** Incluyen hipertonia, temblores, convulsiones y alteraciones en el tono muscular.
- **Problemas respiratorios:** Riesgo de apnea, dificultades respiratorias y necesidad de ventilación mecánica.
- **Infecciones:** Mayor susceptibilidad a infecciones debido al efecto inmunosupresor de algunas sustancias.
- **Complicaciones metabólicas:** Hipoglucemias, hipocalcemia e hipomagnesemia.
- **Problemas gastrointestinales:** Vómitos, diarrea y riesgo de enterocolitis necrotizante.
- **Problemas cardiovasculares:** Incluyen taquicardia, hipertensión y miocarditis.
- **Muerte súbita del lactante:** Especialmente en casos de exposición prenatal a opioides y cocaína.

El efecto teratogénico de las drogas sobre el desarrollo embrio-fetal.

La **teratogenia** se refiere a las alteraciones morfológicas o funcionales en el período postnatal debido a la exposición a agentes teratógenos (químicos, físicos o infecciosos) durante el período embrionario o fetal.

Respecto al consumo de sustancias, es muy difícil establecer una relación causal directa, ya que **el impacto varía según:**

- **Dosis y frecuencia de consumo.**
- **Momento del embarazo en el que ocurre la exposición.**
- **Policonsumo y factores genéticos.**

En este sentido, es esencial que los profesionales de la salud estén alerta para detectar y manejar precozmente estas complicaciones en los recién nacidos expuestos a sustancias durante el embarazo, y que se brinde apoyo y orientación adecuados a las personas gestantes para reducir los riesgos asociados con el consumo de drogas durante el embarazo y la lactancia.

Para profundizar sobre las complicaciones asociadas al consumo de drogas durante la gestación y los efectos producidos por el consumo de sustancias en la gestación (ver **anexo 3**).

Propuestas de acción

2. Propuestas de acción

2.1 Prevención y abordaje

Desde esta perspectiva entonces, se sugiere un abordaje y tratamiento que, además de priorizar la salud del RN y el interés superior del niño, se enfoque en la persona gestante como **sujeto pleno** de derechos, más allá de su rol de "consumidora".

La **prevención del consumo problemático de sustancias** requiere diseñar estrategias y programas orientados a reducir riesgos y daños, fortaleciendo factores protectores y enfocándose en las personas y su entorno social y personal, más allá de las sustancias psicoactivas.

Esto implica reconstruir lazos sociales y fortalecer redes inclusivas que visibilicen y atiendan las múltiples vulneraciones que enfrentan las personas. Para lograrlo, es fundamental articular de manera coordinada componentes sanitarios, culturales y sociales.

En este contexto, se promueve el **modelo de abordaje integral comunitario**: un enfoque relacional, integral y multidimensional que considera la interacción entre los procesos subjetivos de las personas, las sustancias psicoactivas y los entornos sociales y culturales. Este modelo sitúa a cada persona en el centro, valorando sus trayectorias de vida y experiencias individuales y colectivas, desde una perspectiva de derechos y en relación con el contexto económico, político y cultural.

2.2 Estrategias de acción

2.2.1. Recomendaciones **generales** para los equipos interdisciplinarios.

Estrategia de APS

La estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) ofrece una oportunidad única para brindar un cuidado integral e integrado a lo largo de todo el ciclo vital. En este contexto, los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) desempeñan un papel esencial gracias a su cercanía con la comunidad y sus habitantes. Para abordar problemáticas complejas, como el consumo de sustancias psicoactivas en personas gestantes y sus efectos en los recién nacidos, es clave que los equipos interdisciplinarios adopten **enfoques colaborativos e intersectoriales**.

En este sentido se detallan algunas recomendaciones generales a tener en cuenta:

A. Búsqueda activa y coordinación intersectorial

- La búsqueda activa es fundamental para la detección temprana, el tratamiento

oportuno y el seguimiento continuo de las problemáticas sociosanitarias. Cobran un rol fundamental la referencia y contrarreferencias entre los diferentes niveles de salud.

- Se debe promover un trabajo integrado y articulado entre los diferentes niveles de complejidad en salud, las organizaciones barriales, los comedores comunitarios, las vecinales y los equipos de desarrollo social, con el objetivo de garantizar una atención integral y la construcción de redes.

B. Atención Centrada en la Persona Gestante: vinculación temprana y alianza terapéutica

- Las personas gestantes tienen mayores probabilidades de adherir al tratamiento cuando sus necesidades son escuchadas y atendidas.
- El contacto temprano, idealmente al inicio del embarazo, facilita la construcción de una alianza terapéutica que puede motivar cambios positivos, no solo por el bienestar del recién nacido, sino también por el desarrollo personal de la gestante.

C. Colaboración interprofesional y desarrollo de acuerdos

- La colaboración entre profesionales de áreas como salud mental, atención prenatal, pediatría, trabajo social y enfermería es crucial para superar prejuicios y garantizar un enfoque integral y respetuoso hacia las personas gestantes con consumo problemático.
- Además, la implementación de acuerdos o protocolos entre equipos y sectores contribuye a superar barreras y asegurar una atención coordinada y efectiva.

D. Involucramiento de la red de contención

- La participación de la red de apoyo, que incluye a padres, parejas, familiares, amigos y allegados, es esencial durante el embarazo, el parto, el posparto y el seguimiento pediátrico. Este involucramiento promueve la construcción de un proyecto de vida saludable para la persona gestante y su entorno familiar.
- Es importante considerar que algunas personas gestantes logran suspender el consumo durante el embarazo, pero necesitan apoyo adicional para mantener la abstinencia después del parto. La identificación de otros adultos como figuras de apoyo en la crianza es clave para fortalecer los procesos de cuidado del recién nacido (RN). En este contexto, los equipos sociales pueden articular con los equipos del sistema de protección local para establecer acuerdos y diseñar un

Plan de Cuidados que contemple tanto el bienestar del RN como el acompañamiento de la progenitora y su grupo familiar o comunitario de referencia.

2.2.2. Recomendaciones específicas para equipos interdisciplinarios

A. Comunicación efectiva: Primera escucha

El primer abordaje en el control prenatal es fundamental y comienza con una **entrevista diagnóstica situacional**. Este encuentro busca evaluar la situación integral de la persona gestante, quien atraviesa un momento especialmente significativo en su vida.

El objetivo principal es establecer un vínculo basado en la **seguridad, el apoyo y la contención**.

Aspectos clave para la primera entrevista:

- **Escucha activa y sin interrupciones:** Si la persona menciona consumo de sustancias psicoactivas, indagar con sensibilidad sobre el tipo de sustancias, frecuencia y modalidad, y relacionar esta información con las posibles medidas de cuidado y apoyo que podrían implementarse desde ese mismo momento.
- **Tiempo y comprensión:** Permitir que la persona exprese sus emociones y preocupaciones para comprender mejor sus necesidades.
- **Empatía y construcción de acuerdos:** Identificar deseos y necesidades, y establecer consensos en aquellas cosas que sea posible acordar y que estén relacionadas con los cuidados y el tratamiento.

En esta etapa pueden presentarse situaciones diversas:

- **Crisis/urgencia/estado de angustia:** Algunas personas pueden atravesar estados de angustia, que pueden manifestarse físicamente (temblores, taquicardia, sensación de desmayo) y psicológicamente (sensación de desamparo).
- **Abordaje ante la angustia:** Ofrecer amparo y contención. Si la persona está en condiciones de hablar, escuchar atentamente puede ser un gran alivio.

B. Acciones de abordaje psicosocial para personas gestantes con consumo problemático

El abordaje psicosocial de las personas embarazadas con consumo problemático debería contemplar las siguientes acciones:

- **Trato respetuoso:** Reducir sentimientos de vergüenza y culpa, reconociendo la desconfianza que muchas personas sienten hacia los profesionales que las examinan y el descontrol que perciben en sus vidas; crear un entorno seguro y libre de juicios que promueva el respeto y la confianza.
- **Atención integral:** Incluir al tratamiento del consumo problemático, si fuera necesario: atención médica, controles prenatales, planificación familiar, nutrición y asesoramiento sobre temas como violencia y drogas.
- **Participación activa:** Fomentar la implicación de las personas gestantes en áreas de su vida donde deseen trabajar, facilitando el acceso a redes de servicios sociales bien articuladas.
- **Colaboración y coordinación intersectorial:** Promover un trabajo interdisciplinario entre actores sociosanitarios, estableciendo acuerdos que integren el abordaje del consumo problemático y el acompañamiento de la persona gestante.
- **Gestión de situaciones:** puede incluir realizar visitas domiciliarias, mantener contacto telefónico o facilitar transportes según sea necesario.
- **Cuidado posparto:** Proporcionar apoyo continuo durante el posparto, un período crítico en el que muchas personas gestantes enfrentan nuevos desafíos y pueden necesitar ayuda para mantener la abstinencia.

C. Acciones y recomendaciones para los equipos tratantes.

- Reconocer que el consumo problemático es un síntoma que refleja un padecimiento relacionado con el cuerpo, el contexto y la historia de vida de la persona. No es un problema de voluntad individual ni se trata de algo que se hace “en contra” de otros. **No le adjudiquen mala intención al consumo.**
- **Evitar juicios y prejuicios:** No discriminar, juzgar ni expulsar a las personas que atraviesan estas situaciones.
- **Demostrar empatía y tolerancia:** Acompañar con respeto y sensibilidad forma parte esencial del cuidado.
- **Promover el trabajo en equipo:** Si como profesionales sienten que no puede abordar la situación en solitario, invite a otros miembros del equipo interdisciplinario a participar.
- **Buscar asesoramiento:** Consulten y reciban apoyo de equipos especializados, como los Equipos Soporte Territoriales en Rosario, Fortalecimiento Santa Fe o

Di.S.E.R. para SAMCos, según corresponda.

D. Lactancia y consumo problemático de sustancias, ¿qué tener en cuenta?

Hay tres pilares que necesitamos tener muy en claro respecto a este tema como términos generales:

1- El consumo de sustancias no es per se una contraindicación para la lactancia materna.

2- El acto de amamantar, la evaluación de sus riesgos y beneficios, no implica solo un plano biológico sino, social y emocional.

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

La lactancia materna es, sin duda, la nutrición óptima para el recién nacido: fortalece el sistema inmune, promueve el desarrollo cerebral y mejora el vínculo madre-hijo. Además, trae beneficios para la salud de la madre, como menor riesgo de cáncer de mama y ovarios, y mejor regulación de la respuesta de estrés..

En mujeres con antecedentes de consumo de sustancias, estos beneficios pueden tener un valor aún mayor. Por ejemplo, amamantar puede disminuir la severidad del síndrome de abstinencia neonatal y fortalecer el apego, especialmente en madres con culpa o inseguridad por su rol de cuidado.

Sin embargo, **la consideración de la lactancia en este contexto requiere una evaluación de riesgos de la diáda que sea: individualizada, exhaustiva y libre de prejuicios negativos;** teniendo en cuenta las condiciones maternas y del lactante, y la toxicidad asociada con la sustancia o sustancias utilizadas.

En esta línea, algunas consideraciones generales a tener en cuenta:

A- Condiciones maternas

Por lo general, las personas con antecedentes de consumo de sustancias son capaces de lograr la abstinencia durante el embarazo pero la recaída después del parto puede ser frecuente, sobre todo en contextos de depresión o escaso apoyo.

Por tanto, es muy importante tener en cuenta que, aunque quisiera, **la sola decisión de la mamá de amamantar no incluye necesariamente la abstinencia** de drogas, porque el éxito va a depender no solo de su voluntad, sino del nivel de toxicidad de las sustancias consumidas, del contexto de apoyo familiar y comunitario, y de las herramientas que esa madre cuenta (o no).

B - Condiciones del lactante

La evaluación de riesgos en bebés expuestos a sustancias va más allá de la farmacocinética de las sustancias e incluye variables sociales y emocionales.

Por un lado, se debe considerar las dificultades que pueden presentar los lactantes con síndrome de abstinencia a opiáceos o a sustancias depresoras para ser amamantados, debido a que la hipertonicidad o la incoordinación entre succión y deglución puede llevar a una ganancia de peso insuficiente.

Pero por otro, se debe considerar el estado emocional de la mujer lactante y todo lo que significa que ese bebé acompañe a su mamá en todo momento, pudiendo quedar expuesto en entornos de alto riesgo.

Por ello, es clave que el equipo interdisciplinario —especialmente salud mental— identifique situaciones que requieran intervención social o legal, abordando tanto el consumo como los factores sociofamiliares asociados.

C - Toxicidad asociada a las sustancias utilizadas durante el embarazo.

Los riesgos de la lactancia materna en mujeres dependientes de sustancias incluyen la toxicidad directa de la sustancia transmitida a la leche materna y, de manera indirecta, por la contaminación del ambiente con drogas fumadas (Min Salud, 2024).

En cada caso, se deberán tomar las acciones pertinentes en relación al nivel de riesgo evaluado, **debiendo suspender la lactancia SI, Y SOLO SI, el riesgo supera los beneficios.**

La clave está en realizar una evaluación integral, libre de prejuicios, y siempre centrada en el bienestar de la diáda madre-bebé.

2.3. Detección de drogas, ¿cómo y cuándo?

A- ¿Cuándo? ¿Debe implementarse siempre?

- **NO, no siempre se recomienda la pesquisa universal de drogas ilícitas en orina.**

Por el contrario, sólo debe utilizarse como **método complementario** a una anamnesis adecuada relacionada con el consumo de sustancias por parte de la persona gestante y ser tenida en cuenta para el diagnóstico diferencial, en caso de síntomas compatibles o sintomatología en el/la recién nacido/a que no pueda explicarse por otras causas.

- Además, el **método tiene limitaciones**.
 - Baja sensibilidad (37 - 52%).

- Detecta solo el consumo efectuado en las últimas 72 horas.
- No detecta todas las drogas de abuso.
- Para la cocaína, sólo detecta consumos elevados

IMPORTANTE

En casos de consumo problemático de alcohol, no se requiere la recolección de muestras toxicológicas. Sin embargo, el alcohol continúa siendo una de las principales causas de consumo debido a su accesibilidad, legalidad y aceptación social.

B- ¿Cómo?

- **Se debe informar a la gestante** que se le va a realizar este estudio al recién nacido explicando los motivos (**IMPORTANTE**: clarificar que la muestra tiene el objetivo de evitar el pasaje de sustancias al RN y que su determinación no tiene ningún efectivo punitivo, facilitará la colaboración en la calidad de la misma)
- **Se recomienda realizar la prueba en los siguientes casos:**
 - Ausencia de controles prenatales
 - Hipertensión arterial de difícil manejo en la persona gestante.
 - Abruptio placentae
 - Parto pretérmino sin causa aparente.
 - RCIU.
 - Accidente cerebrovascular en la persona gestante.
 - Comunicación actual o historia de uso de drogas.
 - Alteraciones en el comportamiento de la persona gestante, compatibles con consumo de sustancias.
 - Complicaciones del sistema nervioso central, sin otra causa aparente, en el recién nacido.
 - Síntomas compatibles con abstinencia en el recién nacido.
 - Cambios en la conducta neonatal.
- **Procedimiento de recolección:**
 - Utilizar un **recipiente limpio**
 - Recoger la muestra **lo antes posible tras el contacto con el tóxico**.
 - La toma de la muestra debe ser **supervisada por un profesional de salud** para evitar alteraciones.

- Conservar la muestra refrigerada (4°C-8°C) hasta por una semana o congelar a -20°C para periodos más largos.
- **Interpretación de resultados:** Los resultados de detección de drogas en orina deben interpretarse con cautela:
 - **Resultado positivo:** No confirman que la persona esté bajo los efectos de la sustancia, ya que los metabolitos pueden detectarse días después del consumo.
 - **Falso positivo:** Pueden ocurrir debido a reacciones cruzadas con medicamentos u otras sustancias presentes en la orina.
 - **Resultados negativos:** No garantizan la ausencia de drogas; esto puede deberse a concentraciones inferiores al nivel de corte o a sustancias no incluidas en el panel de análisis.

La confiabilidad del resultado depende del método empleado y las condiciones de la prueba.

A continuación se detalla el *procedimiento recomendado para cada situación*.

2.4. Posibles escenarios clínicos y conductas a seguir

Desde una perspectiva de **reducción de riesgos y daños**, priorizando la salud de la persona gestante y el recién nacido, se proponen las siguientes líneas de acción, adaptadas a las características de cada caso:

A- Gestante en abstinencia en el último trimestre.

Características:

- Ha asistido a un mínimo de tres controles prenatales.
- Manifiesta voluntad de abandonar el consumo y acepta el tratamiento de deshabituación.
- Refiere que desea criar a su hijo y alimentarlo con leche materna.
- Examen físico neonatal normal.

Acciones a seguir:

- El recién nacido permanecerá junto a su gestante y será alimentado exclusivamente con leche humana, evaluando que sea seguro bajo estricta supervisión.
- Durante la hospitalización, el equipo de salud mental y trabajo social evaluará redes de apoyo social para planificar el cuidado posterior al alta.
- La decisión de mantener a gestante e hijo juntos podrá modificarse según la evolución observada durante la estadía.

- Con el **consentimiento** de la persona gestante, se realizarán pruebas de orina en el recién nacido para detectar metabolitos de tóxicos a los fines de comprobar abstinencia. Si los resultados son positivos, se suspenderá la lactancia.

B- Gestante que no se encuentra en abstinencia en el último trimestre y no se controló al menos en 3 oportunidades el embarazo.

Características:

- Manifiesta voluntad de permanecer con su hijo y compromiso de abandonar el consumo.
- Examen físico neonatal normal.

Acciones a seguir:

- Para considerar si el RN continúa con la gestante, se evaluará la salud del mismo, factores de riesgo de la madre (comorbilidades psiquiátricas, síndrome de abstinencia) y la presencia de factores protectores (pareja o familiares de apoyo).
- El consumo por sí solo no justifica la separación, dado que puede ser perjudicial para ambos.
- Si las condiciones lo permiten, el recién nacido permanecerá en alojamiento conjunto bajo supervisión las 24 horas.
- Control clínico estricto por consumo reciente, ante manifestaciones en recién nacidos aparentemente sanos.
- Pruebas de orina y exámenes seriados en la gestante para confirmar abstinencia.
- Lactancia suspendida hasta que se confirme la desintoxicación.
- El alta será decidida por un equipo interdisciplinario, evaluando el entorno de apoyo disponible, con la participación de la persona gestante y compañero/a y/o familiar continente.

C- Gestante no comprometida con el abandono de la dependencia con la sustancia y que manifiesta su voluntad de permanecer con su hijo. Exámen físico neonatal normal.

Acciones a seguir:

- El recién nacido se mantendrá en un sector que permita la supervisión permanente de su salud y la estadía de la gestante para fomentar el vínculo.
- Se asegurará un estricto control clínico ante manifestaciones en aparentemente sanos por consumo reciente.

- El equipo de salud evaluará mantener al bebé con la gestante si hay contención institucional, buena salud del bebé y ausencia de comorbilidad materna que comprometa la salud y seguridad del RN.
- Se evitará la desvinculación salvo en casos imprescindibles, priorizando el bienestar del niño y la motivación de la madre para abandonar el consumo.
- Lactancia suspendida. Si desea amamantar, se indicará extracción y descarte de leche para mantener producción hasta asegurar abstinencia.
- El alta será evaluada por el equipo de salud, considerando la red de apoyo disponible y con participación de la gestante, pareja o familiares.
- El equipo de trabajo social evaluará posibilidades de cuidado y redes de apoyo.
- Se realizarán controles de orina en la gestante para confirmar abstinencia.

D- Riesgo significativo para el recién nacido.

Características:

- Una vez realizados los estudios pertinentes, el equipo de salud determina que no es seguro mantener al recién nacido con la madre debido a consumo reciente.
- Examen físico neonatal normal.

Acciones a seguir:

- El recién nacido será ingresado en un sector de internación con supervisión médica las 24 horas. Se mantendrá internado hasta que el equipo de salud evalúe la situación.
- Estricto control clínico para identificar manifestaciones clínicas relacionadas con el consumo reciente de la gestante.
- Alimentación con leche modificada (fórmula) mientras permanezca internado.
- La situación será reevaluada por el equipo de salud antes de tomar decisiones sobre el alta.

Se pondrá en conocimiento de los equipos locales del Sistema de promoción y protección de derechos de NNyA para una abordaje articulado de la situación.

E- Recién nacido que presente elementos clínicos de Síndrome de Abstinencia Neonatal (SAN).

En el próximo apartado encontrarán más detalles sobre el Síndrome de Abstinencia Neonatal.

Características:

- El recién nacido presenta signos clínicos de síndrome de abstinencia.

Acciones a seguir:

- Alojamiento conjunto o Internación en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

Diversos estudios han demostrado que **el alojamiento conjunto** (recién nacido en la misma habitación que la persona gestante) **se asocia con menores tasas de internación en UCIN, menor necesidad de tratamiento farmacológico y una estadía hospitalaria más breve.** Según Grossman y col. (2020) , la duración del ingreso fue de 8,5 días para recién nacidos en alojamiento conjunto, en comparación con 23 días en UCIN y 18 días en modelo combinado. Además, la necesidad de medicación se redujo en un 45 % cuando el neonato permanecía con su madre.

La indicación de internación en UCIN se reserva para casos de SAN severo (dos puntuaciones Finnegans ≥ 8 o una > 12), permitiendo que hasta un 40 % de neonatos puedan ser manejados fuera de terapia intensiva con adecuado monitoreo.

Este enfoque, basado en evidencia, apoya el criterio de internación mínima necesaria y promueve el vínculo temprano madre-hijo, en línea con un modelo de cuidados integrales, seguros y centrados en la diáda.

En relación a los **recién nacidos con cocaína positiva en orina**, si bien no desarrollan un síndrome de abstinencia típico como en el caso de los opioides, requieren una observación clínica prolongada durante los primeros días de vida, debido al riesgo de complicaciones neurológicas, cardiovasculares o infecciosas.

La literatura internacional sugiere una duración media de internación hospitalaria de aproximadamente 7 días, especialmente en presencia de factores como bajo peso, prematuridad o sospecha de policonsumo materno.

Por lo tanto, ante un resultado positivo de cocaína en el neonato, se recomienda:

- Internación durante al menos 7 días, con controles clínicos seriados.
- Evaluación del entorno familiar y red de cuidados antes del alta.
- Articulación con programas de seguimiento de alto riesgo neonatal.
- Tratamiento especializado según protocolos establecidos.

Se pondrá en conocimiento de los equipos locales del Sistema de promoción y protección de derechos de NNyA para una abordaje articulado de la situación.

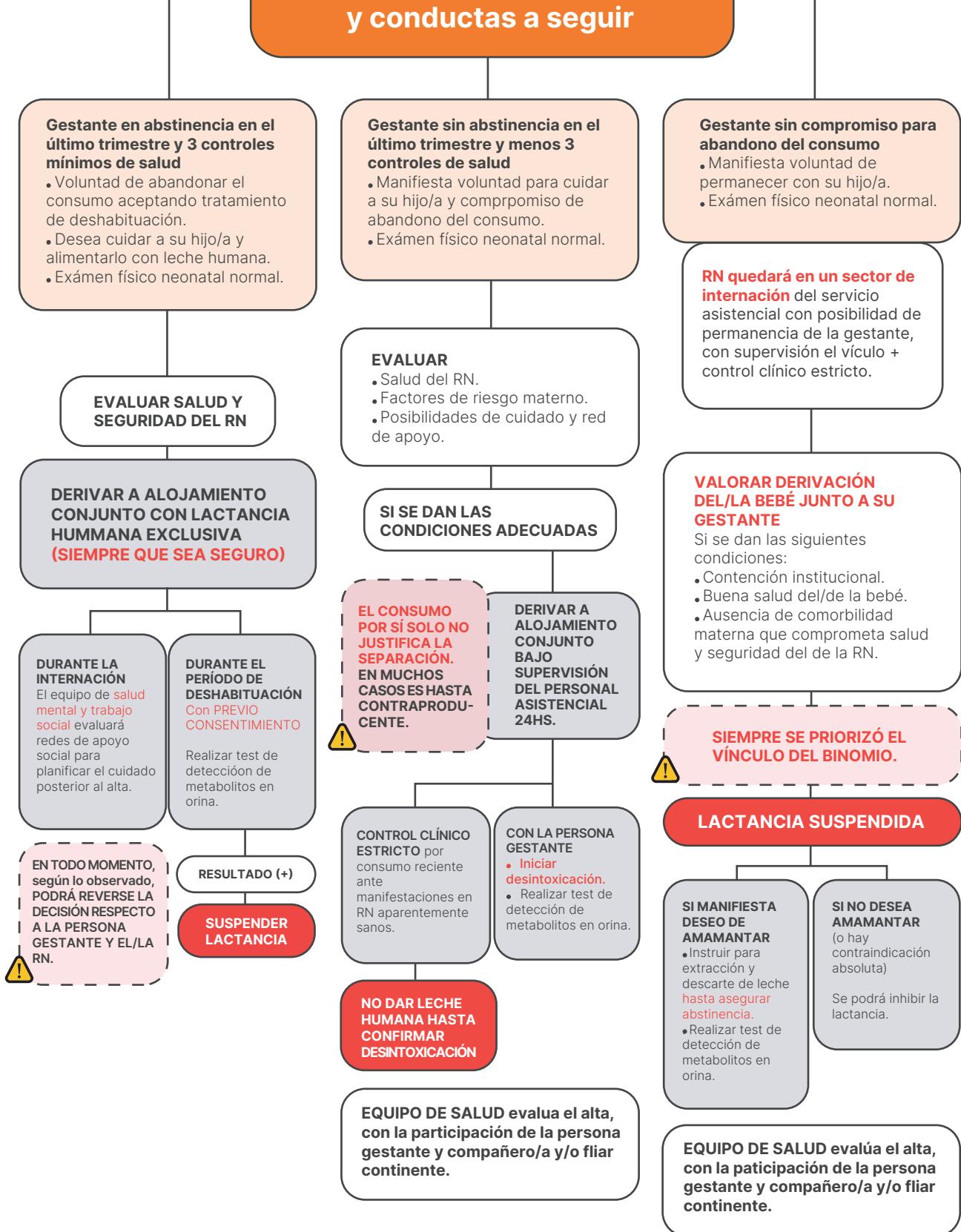
F- Gestante que manifieste su deseo de desvincularse del bebé independientemente de la situación de consumo.

Acciones a seguir:

- En este caso, se procederá según los pasos establecidos en el protocolo de atención al desvínculo gestante-recién nacido, priorizando el bienestar de este último.

Se pondrá en conocimiento a la Dirección de Promoción de los Derechos de la Niñez o Delegación Regional que resulte competente por jurisdicción, en tanto autoridades del Sistema de promoción y protección de derechos de NNyA , para una abordaje articulado de la situación.

Posibles escenarios clínicos y conductas a seguir



Posibles escenarios clínicos y conductas a seguir

RIESGO SIGNIFICATIVO PARA EL RN (previa valoración)
• Exámen neonatal normal.

RN quedará en un sector de **internación** del servicio asistencial con control de personal de salud las 24hs hasta evaluar situación.

SE ALIMENTARÁ CON LECHE MODIFICADA.

La situación será reevaluada por el equipo de salud antes de tomar decisiones sobre el alta.

SE PONDRA EN CONOCIMIENTO DE LOS EQUIPOS LOCALES DEL SISTEMA DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE DERECHOS DE NNYA PARA UN ABORDAJE ARTICULADO DE LA SITUACIÓN.

RN QUE PRESENTA ELEMENTOS CLÍNICOS DE ABSTINENCIA

Internación en Unidad intensiva de cuidados neonatales (UCIN).

ESCALA FINNEGAN
Puntaje >8
INICIAR TRATAMIENTO

Se realizará exámen de metabolitos en orina al RN.
LUEGO DE INFORMAR A LA GESTANTE.

SE ALIMENTARÁ CON LECHE MODIFICADA (si no existe contraindicación).

PERSONA GESTANTE

CUANDO LA SITUACIÓN LO HABILITE: Derivar al RN en conjunto con su gestante previo al alta hospitalaria, favoreciendo el vínculo y la adhesión al tratamiento.

EQUIPO DE SALUD revalorará la situación previo al alta hospitalaria.

SE PONDRA EN CONOCIMIENTO DE LOS EQUIPOS LOCALES DEL SISTEMA DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE DERECHOS DE NNYA PARA UN ABORDAJE ARTICULADO DE LA SITUACIÓN.

GESTANTE QUE MANIFIESTE SU DESEO DE DESVINCULARSE DEL RN, INDEPENDIENTEMENTE DE LA SITUACIÓN DE CONSUMO.

RN será separado de la gestante y se seguirán los pasos que determina el PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL DESVÍNCULO PERSONA GESTANTE - RN, priorizando el bienestar de este último.

SE PONDRA EN CONOCIMIENTO DE LA DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN DE OS DERECHOS DE NNYA O DELEGACIÓN REGIONAL COMPETENTE POR JURISDICCIÓN Y AUTORIDADES DEL SISTEMA DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE DERECHOS DE NNYA PARA ABORDAJE ARTICULADO.



Síndrome de abstinencia en neonatos expuestos a alcohol y drogas: un abordaje integral

3. Síndrome de abstinencia en neonatos expuestos a alcohol y drogas: un abordaje integral.

El **Síndrome de Abstinencia Neonatal (SAN)** se diagnostica clínicamente en personas recién nacidas (RN) como consecuencia de la interrupción repentina de la exposición fetal crónica a sustancias consumidas por la gestante durante la gestación. Es un trastorno multisistémico, que afecta el sistema nervioso central, el sistema nervioso autónomo y el tracto gastrointestinal del RN (*OMS, Guía para Identificación del uso o dependencia a sustancias durante el embarazo, 2015; J Pediatr. 2014;164(4):815-20. doi:10.1016/j.jpeds.2013.11.037*).

Los síndromes de abstinencia que requieren tratamiento farmacológico están asociados principalmente al consumo de: **Benzodiacepinas, Alcohol y Opioides**.

3.1. Signos clínicos más frecuentes

Los signos clínicos del SAN suelen incluir temblor, irritabilidad, llanto excesivo y diarrea. En ocasiones pueden presentarse convulsiones.

- **Sistema Nervioso Central:** Por lo general aparecen primero los signos relacionados con el **sistema nervioso central** –incluyendo irritabilidad, nerviosismo, temblores y llanto excesivo–. La hiperirritabilidad, que es un sello distintivo de este síndrome, puede conducir a agitación, dificultad para dormir y llanto inconsolable. El llanto excesivo de tono alto, incontrolable, requiere inmediata atención. Los temblores, el reflejo de Moro exagerado, la hipertonia, y las mioclonías son más frecuentes durante la discontinuación de metadona. Estos signos pueden imitar a las convulsiones y puede requerirse un electroencefalograma (EEG) para la confirmación. Entre el 2-11% de neonatos con SAN presentan convulsiones. Se cree que el umbral convulsivo disminuye por regulación positiva de canales de sodio debido a inestabilidad del receptor opioide.
- **Sistema nervioso autónomo:** Alteraciones en la frecuencia cardíaca y respiratoria, inestabilidad de la temperatura, sudoración, estornudos y aleteo nasal. El tono muscular y otras respuestas fisiológicas a estímulos se presentan deterioradas, debido a la desregulación y a la inestabilidad del sistema nervioso autónomo.
- **Tracto gastrointestinal:** Succión ávida, rechazo del alimento, vómitos, diarrea y regurgitaciones.

La gravedad del SAN depende del tipo y la dosis de la sustancia consumida, el tiempo desde el último consumo, la exposición total, y características farmacológicas como vida media, afinidad al receptor y transferencia placentaria (OMS, 2015).

3.2. Diagnóstico del SAN

El diagnóstico del SAN en RN se realiza utilizando herramientas como la **Escala Finnegans** (ver tabla 1), que evalúa alteraciones del sistema nervioso central, vegetativo, respiratorio y gastrointestinal .

Tabla 1. ESCALA FINNEGAN

SIGNS Y SÍNTOMAS	PUNTOS
Alteraciones del Sistema Nervioso Central (SNC)	
Llanto excesivamente agudo (u otro)	2
Llanto agudo continuo (u otro)	3
Duerme < 1 hora después de la toma	3
Duerme < 2 horas después de la toma	2
Duerme < 3 horas después de la toma	1
Reflejo de Moro hiperactivo	2
Reflejo de Moro marcadamente hiperactivo	3
Temblores leves a la estimulación	1
Temblores moderados-fuertes a la estimulación	2
Temblores leves espontáneos	3
Temblores moderados-fuertes espontáneos	4
Hipertonía muscular	2
Escoriaciones (especificar el lugar)	1
Sacudidas mioclónicas	3
Convulsiones generalizadas	5
Alteraciones metabólicas, vasomotoras o respiratorias	
Sudoración 1	1
Fiebre < 38,4 °C 1	1
Fiebre ≥ 38,4 °C	2
Bostezos frecuentes (> 3-4 veces/intervalo)	1
Reacción cutánea macular o piel marmorata	1
Falta de ventilación nasal o congestión nasal	1
Estornudos (> 3-4 veces/intervalo)	1
Aleteo nasal	2
Frecuencia respiratoria > 60/min	1
Frecuencia respiratoria > 60/min con tiraje	2

Alteraciones gastrointestinales	
Succión excesiva	1
Mala alimentación	2
Regurgitación	2
Vómitos en proyectil	3
Deposiciones pastosas	2
Deposiciones acuosas	3

INTERPRETACIÓN DE LA ESCALA FINNEGAN

0-7	No SAN.
8-12	SAN leve o moderado.
13-16	SAN moderado a severo.
>16	SAN severo.

*Una puntuación de 8 o superior en tres valoraciones consecutivas requiere tratamiento farmacológico con opiáceos o depresores del SNC.

Los sistemas de puntuación como el de Finnegan modificado son las herramientas más utilizadas actualmente para evaluar el síndrome de abstinencia neonatal, a pesar de no ser perfectos y tener variabilidad inter-observador. Se usan tanto para opioides como no opioides, permitiendo monitorizar, titular y finalizar el tratamiento. La evaluación se realiza cada 3-4 horas tras la alimentación cuando el bebé está despierto, reflejando su estado actual y previo. Si bien son útiles en recién nacidos a término, no lo son en prematuros.

3.3. Tratamiento

3.3.1. Tratamiento no farmacológico:

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

Se basa en reducir al mínimo los estímulos sensoriales y nociceptivos (manipular al bebé con suavidad, mantener luz tenue, minimizar ruidos), **alimentarlo a demanda y no interrumpir su sueño**. El método canguro, contacto piel a piel (COPAP), chupetes, música, masajes y balanceo también ayudan a calmar al bebé.

El arropamiento ayuda a calmar el llanto, reduce la estimulación y promueve un

sueño más profundo. Se recomienda crear un entorno tranquilo con poca luz y ruido para favorecer el desarrollo saludable del recién nacido. **Supervisar alimentación, aumento de peso y sueño es clave.**

Aunque no hay estudios comparativos, detectar y calmar la irritabilidad temprana parece ser especialmente útil para controlar la abstinencia.

La participación activa de la gestante es la mejor intervención no farmacológica. Involucrarla en el cuidado continuo favorece la conexión afectiva, reduce la necesidad de medicación y permite un alta más rápida.

El tratamiento es adecuado cuando el bebé mantiene un buen ritmo de sueño y alimentación, y gana peso de forma saludable.

Objetivos del tratamiento:

1. Apoyar las funciones vitales: nutrición, sueño y socialización.
2. Fortalecer el vínculo mediante la internación conjunta y, si es posible, lactancia.
3. Prevenir complicaciones: deshidratación, pérdida de peso, lesiones cutáneas, descanso insuficiente, hiperactividad del sistema nervioso y convulsiones.

3.3.2. Tratamiento farmacológico:

Implementar en caso de:

- Los síntomas no se controlan con medidas no farmacológicas.
- Puntuaciones de abstinencia elevadas.
- Signos graves (ej., convulsiones).
- Deshidratación severa asociada a diarrea o vómitos.

Medicamentos de elección:

- **Metadona:** Para SAN por opioides.
- **Fenobarbital:** Para SAN por alcohol o benzodiacepinas.

Los medicamentos como el paregórico o la tintura de opio ya no se usan debido a su toxicidad y alto contenido de alcohol. Los sedantes, como el diazepam y la clorpromazina, no son útiles debido a su prolongada vida media y a sus complicaciones asociadas.

Las demoras en la administración de la terapia farmacológica se asocian con mayor morbilidad y estadías hospitalarias más prolongadas.

3.4. Seguimiento post alta

Los RN con SAN deben ingresar a un protocolo de seguimiento de **Alto Riesgo**, que incluye:

- 1. Evaluación del neurodesarrollo:** Identificar déficits motores, retrasos cognitivos y microcefalia relativa.
- 2. Evaluación psico-conductual:** Detectar hiperactividad, déficit de atención en las niñeces de edad preescolar, ausentismo u otros problemas de comportamiento en niñeces de edad escolar.
- 3. Evaluación oftalmológica:** Diagnosticar nistagmo, estrabismo, errores de refracción y otros defectos visuales.
- 4. Evaluación del crecimiento y nutricional:** Identificar baja talla o falla de medro.
- 5. Evaluaciones del entorno familiar:** Supervisar la continuidad del consumo de sustancias por la gestante y posibles riesgos como maltrato infantil o negligencia u otras circunstancias que puedan vulnerar los derechos del RN.

Se recomienda mantener comunicación fluida entre los equipos de **alto riesgo** y los efectores de atención primaria cercanos al domicilio del binomio madre-hijo.

En cuanto al seguimiento tras el alta, la evidencia disponible indica que la tasa de reingreso no se incrementa en los casos manejados en alojamiento conjunto. En un estudio, solo el 3 % de los bebés reingresaron por síntomas de abstinencia tras el alta, sin diferencias estadísticamente significativas respecto a los que habían estado internados en UCIN. Esto refuerza la seguridad del modelo de alojamiento conjunto cuando se aplican criterios clínicos adecuados y seguimiento interdisciplinario.

Estas medidas apuntan a garantizar un alta segura, prevenir complicaciones posteriores y facilitar un acompañamiento adecuado del binomio en el hogar.

REFERENCIAS

Baeza-Gozalo P, Sola-Cía S, López-Dicastillo O. Lactancia materna y alojamiento en el abordaje del síndrome de abstinencia neonatal. Revisión panorámica. An Sist Sanit Navar 2023; 46(2): e1048. <https://doi.org/10.23938/ASSN.1048>

Diez M, Pawlowicz MP, Vissicchio F, Amendolaro R, Barla JC, Muñiz A, Arrúa L. (2020). Entre la invisibilidad y el estigma: consumo de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas y puérperas de tres Hospitales generales de Argentina. Salud colectiva. 1-19.

Just, J., Saint-Pierre, P., Gouvis-Echraghi, R., Laoudi, Y., Roufai, L., Momas, I., & Annesi-Maesano, I. (2014). Childhood allergic asthma is not a single phenotype. The Journal of Pediatrics, 164(4), 815-820. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.11.037>

Ministerio de Salud Argentina. (2022). Recomendaciones para la prevención del consumo perinatal de sustancias psicoactivas y para la contención y cuidado de las personas afectadas.

Ministerio de Salud Argentina. (2024). Recomendaciones para el cuidado de la Persona Recién Nacida afectada por el consumo problemático de sustancias psicoactivas durante la gestación.

Morae, M., Boccarato, A., Bazan, G., Grunbaum, S., Canavessi, M. C., Hoppe, A., Pascale, A., González. G., Ceruti, B. & Borbonet, D. (2010). Consenso para la atención integral de recién nacidos expuestos a sustancias psicoactivas durante la gestación. Archivos de Pediatría del Uruguay, 81(4), 251-257.

Organización Mundial de la Salud. (2015). Guía para la identificación del uso o dependencia de sustancias durante el embarazo. IRIS PAHO. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49550>

Anexos

Anexo 1 | Marco legal

INTERNACIONALES	
Convención sobre los Derechos del Niño (ONU, 1989)	
Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (1994) (Convención de Belém do Pará)	
NORMAS DE ALCANCE NACIONAL Y PROVINCIALES	
Ley Nacional	Ley Provincial
Ley Nro 26.061/2005.(Decreto Reglamentario No 415/2006) de Protección Integral de los Derechos de los niños, niñas y adolescentes.- https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26061-110778	Ley 12967 Provincial de Promoción y protección integral de los Derechos de Niños, niñas y adolescentes.- https://www.argentina.gob.ar/normativa/provincial/ley-12967-123456789-0abc-defg-769-2100svorpyel
Ley Nacional Nro 25.421/2001. Programa de Asistencia Primaria de la Salud Mental.- https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-25421-66858	"Plan Provincial de Salud Mental . (2022-2028), Por resolución Nro 0990, de fecha 30/04/2023.- https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/248907#
Ley 26.657/2010 Ley Nacional de Salud Mental.- https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977	
Ley Nacional No 24.788/1997 de Lucha Contra el Alcoholismo .- https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24788-42480/texto	Decreto 304/19 Provincial: crea La Agencia de Prevención del Consumo de Drogas y Tratamiento Integral de las Adicciones (APRECOD).- https://www.santafe.gov.ar/boletinoficial/recursos/boletines/29-03-2016decreto419-2016.html
Ley N° 25.673/2002 Nacional Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.- https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-25673-79831	LEY 11.888 PROVINCIAL "CREACIÓN DEL PROGRAMA PROVINCIAL DE SALUD REPRODUCTIVA Y PROCREACIÓN RESPONSABLE.- https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/93166/448170/file/SantaFeLegislacionSaludReproductiva.pdf

<p>Ley N° 25.929/2004 Nacional Derechos de los padres y de la persona recién nacida. (Decreto Reglamentario N° 2035/2015).-</p> <p>https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf</p>	<p>Ley N° 13634 . La provincia de Santa Fe adhiere a la Ley Nacional 25929. Ley de Parto Respetado .-</p> <p>https://www.santafe.gov.ar/boletinoficial/ver.php?seccion=07-08-2017ley13634-2017.html</p>
<p>Ley 26.743/2012 ley Nacional de Identidad de género.-</p> <p>https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26743-197860</p>	<p>Resolución N°1877 de la Provincia DE SANTA FE, EL Ministerio de Salud establece el respeto a la identidad de género.-</p> <p>https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/33935/174246/file/DECRETO%20N</p>
<p>Ley Nro 26.485/2009. Nacional. Protección integral de las mujeres para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.-</p> <p>https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26485-152155</p>	<p>Ley Provincial N° 13.348 Adhesión Provincial de Santa Fe, a la ley Nacional No 26485- "Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales".-</p> <p>https://www.santafe.gov.ar/normativa/item.php?id=109814&cod=411f3fb54a6c32b05a8974b5d2bbf8b0</p>
<p>Ley Nacional N° 26.687/2011. Regulación de la Publicidad, Promoción y Consumo de Productos Elaborados con Tabaco</p> <p>Regulación de la Publicidad, Promoción y Consumo de Productos Elaborados con Tabaco.-</p> <p>https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26687-183207</p>	<p>Ley N° 12432/2005 Provincial de Santa Fe. Créase el Programa de Control del Tabaquismo en el ámbito del Ministerio de Salud de la Provincia.-</p> <p>https://www.santafe.gov.ar/normativa/item.php?id=110042&cod=d6e717404ba6d7cf05db55fbaf8e8d58</p>
<p>Ley Nacional N° 26.862/2013, de Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicaamente asistida.-</p> <p>https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26862-216700</p>	<p>Ley Provincial de Santa Fe N° 13.357, -en adhesión provincial a la Ley Nacional N° 26.862 de "Reproducción Médicamente Asistida".-</p> <p>https://www.santafe.gov.ar/boletinoficial/ver.php?seccion=05-11-2013ley13357-2013.html</p>

<p>Ley Nacional N° 26.934/2014 : Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos .-</p> <p>https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26934-230505/texto</p>	<p>Decreto Provincial de Santa Fe N° 0419 / 16. Crea la “AGENCIA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS Y TRATAMIENTO INTEGRAL DE LAS ADICIONES (APRECOD).-</p> <p>https://www.santafe.gov.ar/boletinoficial/recursos/boletines/29-03-2016decreto419-2016.html</p>
<p>Ley Nacional N° 27.610/2020 .Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo.-</p> <p>https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primeras/239807/20210115</p>	<p>Hoja de ruta. Provincia de Santa Fe. Año 2023. Atención integral de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas.-</p> <p>https://www.unicef.org/argentina/informes/atencion-integral-de-ninas-y-adolescentes-menores-de-15-años-embarazadas</p>
<p>La Ley N° 27.611/2020 (1000 días) Nacional de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el embarazo y la Primera Infancia (2020).-</p> <p>https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primeras/239809/20210115</p>	

Anexo 2 | Efectos de cada sustancia

Efectos producidos por el consumo de sustancias psicoactivas en la gestación

Tipo de sustancia	Efecto sobre la persona gestante/ embarazo	Efecto teratogénico estructural	Efecto teratogénico funcional
Alcohol	Aborto espontáneo. Muerte fetal. RCIU (Restricción del crecimiento intrauterino).	Microcefalia. Alteraciones de migración y diferenciación neuronal. Hipoplasia de cuerpo caloso. Dismorfias faciales típicas. Alteraciones oftalmológicas. Cardiopatías congénitas.	Retraso global del desarrollo. Déficit atencional con o sin hiperactividad. Déficit del lenguaje. Déficit procedimental. Disfunción cerebelosa. Alteraciones inmunológicas.
Tabaco	RCIU Parto pretérmino.	Malformaciones de los miembros. Gastrosquisis. Hendiduras labio alveolo palatinas. Aborto. Microcefalia.	Trastornos de la conducta. SMSIL
Cannabis	RCIU. Parto pretérmino.	No existe acuerdo definitivo sobre el potencial teratogénico estructural.	Síntomas neurológicos, temblor, llanto y sueño alterado en período neonatal que remiten luego de 30 días. Déficit atencional con o sin hiperactividad.
Cocaína	RCIU. Parto pretérmino. Abruptio placentae. Rotura uterina. Muerte fetal.	No existe acuerdo definitivo sobre el potencial teratogénico estructural. En algunos estudios se ha encontrado asociación con: Anomalías del tracto urinario. Enterocolitis necrotizante.	Trastorno de lenguaje y escritura. Déficit atencional

Cocaína	<p>RCIU.</p> <p>Parto pretérmino.</p> <p>Abruptio placentae.</p> <p>Rotura uterina.</p> <p>Muerte fetal.</p>	<p>No existe acuerdo definitivo sobre el potencial teratogénico estructural. En algunos estudios se ha encontrado asociación con:</p> <p>Anomalías del tracto urinario.</p> <p>Enterocolitis necrotizante.</p> <p>Porencefalía por infarto cerebral.</p> <p>Agenesia del cuerpo calloso, ausencia del septum pellucidum, displasia septo-óptica, grave alteración de la migración neuronal en la sustancia blanca, disgenesia retiniana y colobomas así como infarto cerebral, hemorragia subaracnoidea, subependimaria o intraventricular, sobre todo por exposición próxima al nacimiento.</p> <p>Isquemia cardíaca.</p>	<p>Trastorno de lenguaje y escritura.</p> <p>Déficit atencional</p>
Opioides	<p>Parto prematuro.</p> <p>Ruptura prematura de membranas.</p> <p>Líquido amniótico meconial.</p> <p>RCIU.</p> <p>Corioamnionitis.</p> <p>Muerte fetal.</p>	<p>Cardiopatía congénita.</p> <p>Defectos del cierre del tubo neural.</p>	<p>Abstinencia neonatal.</p> <p>Agresividad-impulsividad.</p> <p>Déficit atencional.</p> <p>Déficit de memoria.</p> <p>Déficit de percepción.</p>
Benzodiacepinas		<p>Dismorfismo facial.</p> <p>Hipotonía neonatal.</p>	<p>Síndrome de abstinencia neonatal.</p>
Anfetaminas		<p>Fisuras orales.</p> <p>Microcefalia.</p>	<p>Déficit atencional.</p> <p>Ansiedad.</p> <p>Depresión.</p> <p>Agresividad.</p>

Alucinógenos (LSD, MDMA, PCP)	<p>PCP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Microcefalia. • Dismorfias faciales. • Alteración estructural SNC. • Cardiopatía congénita. • Anomalías musculoesqueléticas. <p>LSD:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anomalías de miembros. • Defectos oculares. <p>MDMA (éxtasis):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cardiopatía congénita. • Anomalías musculoesqueléticas. 	
Inhalantes /solventes	<p>Microcefalia.</p> <p>Dismorfias faciales similares a alcohol.</p>	<p>Retraso global del desarrollo. Déficit atencional. Déficit del lenguaje. Disfunción cerebelosa (equilibrio, metría).</p>

Fuente: Recomendaciones para el cuidado de la persona recién nacida afectada por el consumo problemático de sustancias psicoactivas durante la gestación. Ministerio de Salud, 2024.

Anexo 3 | Carnet de Salud Perinatal



ESCANÉA PARA ACCEDER
AL MANUAL Y DESCARGAR
EL CARNÉT DE SALUD PERINATAL.

<https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/248627/1307432/file/Frente%20de%20Historia%20Clinica%20Perinatal.pdf>

Anexo 4 | Consentimientos Examen de Orina bebé y persona gestante.

Fecha/Hora/ Lugar

Al firmar éste documento, autorizo a _____, para efectuar las pruebas necesarias para detectar en mi organismo y/o en de mi hijo/a la presencia de sustancias psicoactivas. Hago constar que he informado al profesional de la salud sobre los medicamentos que he consumido hoy y en los días previos a la toma de éste examen y entiendo que un resultado positivo de esta prueba, indica con alta probabilidad, de la presencia de ésta(s) sustancia(s) en mi organismo. El diagnóstico se realiza examinando mi muestra de orina para detectar la presencia de las sustancias psicoactivas. Existen varias pruebas de laboratorio diseñadas para este propósito las cuales se dividen básicamente en dos tipos: Presuntivas, que en caso de ser positivas indican una posible presencia de las sustancias psicoactivas, y Confirmatorias. La prueba que se realizará inicialmente será de tipo presuntivo y en caso de salir positiva o indeterminada se realizará una prueba confirmatoria. Comprendo que para efectos de la obtención y confiabilidad de la muestra, se me acompañará durante la toma de la misma y que se hará todo esfuerzo razonable para mantener la confidencialidad del resultado de ésta prueba, sin embargo los resultados quedarán registrados en el laboratorio.

Confirmo haber tenido la oportunidad de preguntar y resolver todas mis dudas con respecto al examen. Declaro que he dado ésta autorización voluntariamente y sin coerción:

Nombre Apellido (de la persona que presta el consentimiento para realizar el examen y/o la de su hijo/a)

Firma y DNI

Nombre Apellido de el o la menor

Firma y Sello del Profesional que toma el consentimiento



