

ENTRE LA AUTONOMÍA Y LA BENEFICENCIA: UN CASO DE CONSUMO ACTIVO DE COCAÍNA EN EMBARAZO

Maria Rosa Mansilla, Martí Guinovart, Deyanira Bartulós, Irina Olasz, Ana Izquierdo, Carmen Massons.

INTRODUCCIÓN

El consumo de cocaína durante la gestación se asocia con **múltiples complicaciones materno-fetales**, incluyendo parto prematuro, bajo peso al nacer, retraso del crecimiento intrauterino y desprendimiento de placenta. Por este motivo, el embarazo representa una oportunidad para el tratamiento de trastornos por uso de sustancias, ya que constituye el momento vital en el que las mujeres suelen estar más motivadas hacia comportamientos saludables. Sin embargo, aquellos casos en los que la motivación al tratamiento es parcial, pueden presentarse dilemas éticos en los que entran en conflicto el principio de autonomía de la madre y el potencial daño fetal derivado del mantenimiento del consumo.

Presentación del caso:

Paciente mujer de 23 años, con embarazo de 15 semanas y consumo activo de cocaína y cannabis, vinculada al servicio de atención a drogodependencias del Hospital Parc Taulí desde 2023. Presenta disminución en la funcionalidad y a nivel social de años de evolución. Constan antecedentes de episodios psicóticos en contexto de intoxicación, alta vulnerabilidad social (domicilio inestable y pareja con problemática legal), y mínima motivación al cambio. Requirió de dos ingresos en Comunidad Terapéutica que no fueron exitosos, con posterior abandono de la abstinencia. El embarazo no fue planificado, pero la paciente expresa firme deseo de continuarlo, minimizando riesgos asociados a sustancias.

Durante el seguimiento por Obstetricia, Psiquiatría, Psicología y Trabajo Social confirma consumo prácticamente diario y rechaza desintoxicación estructurada y controles toxicológicos. Se plantea seguimiento desde la perspectiva de reducción de daños con foco en vínculo terapéutico y psicoeducación.



INTERVENCIONES REALIZADAS DESDE CASD:

El manejo de este caso requirió un abordaje multidisciplinario integral que combinó estrategias de reducción de daños con intervenciones psicosociales basadas en evidencia.

1. Fase inicial - Reducción de daños y vinculación:

El equipo multidisciplinario (Psiquiatría, Obstetricia, Psicología y Trabajo Social) inició un seguimiento intensivo desde la semana 9 de gestación. Se realizó psicoeducación sobre los riesgos del consumo para la madre y el feto, manteniendo una aproximación no punitiva centrada en preservar el vínculo terapéutico. Se ofreció desintoxicación ambulatoria/hospitalaria que inicialmente fue rechazada, respetando la autonomía de la paciente mientras se continuaba el trabajo motivacional.

2. Intervenciones psicosociales específicas:

Se aplicó la entrevista motivacional durante todo el proceso para abordar la ambivalencia hacia el cambio, identificando barreras personales y sociales para la cesación del consumo. Esta técnica centrada en la persona permitió explorar las prioridades y valores de la paciente, facilitando el cambio conductual intrínseco.

Aunque, el manejo de contingencias representa la intervención con mayor evidencia de eficacia para el trastorno por uso de cocaína en pacientes embarazadas, en este caso no se ha implementado por imposibilidad. Esta técnica utiliza reforzamiento positivo mediante incentivos (económicos, privilegios) contingentes a abstinencia verificada o asistencia a citas prenatales. En este caso, no se ha implementado. Se trabajó también con la familia de la paciente en la adquisición de técnicas para el manejo conductual en el domicilio y en la creación de alianza terapéutica.

3. Ingreso en hospital de día (semana 18): Actualidad

Tras lograr una semana de abstinencia, la paciente aceptó la derivación en régimen voluntario en hospital de día, representando un punto de inflexión en su evolución clínica. Este logro demuestra la efectividad del enfoque no coercitivo de reducción de daños.

RIESGOS MATERNOS Y FETALES/NEONATALES

Riesgos maternos: La cocaína fumada aumenta significativamente el riesgo de desprendimiento de placenta (OR 4.5), parto prematuro (OR 2.22-3.38), y muerte perinatal (OR 2.1). Los episodios psicóticos recurrentes inducidos por cocaína requieren vigilancia psiquiátrica estrecha, y existe riesgo elevado de sobredosis y de infecciones transmisibles por conductas de riesgo. El periodo posparto representa un momento de vulnerabilidad particular, con riesgo de recaída en el consumo del 27-41% y casi 20% de riesgo de depresión posparto.

Riesgos fetales/neonatales: La exposición a cocaína se asocia con bajo peso al nacer (reducción media de 492g), retraso del crecimiento intrauterino (OR 3.23-4.00), parto prematuro (OR 3.38), microcefalia (reducción de 1.65 cm en perímetro cefálico), infartos cerebrales y lesiones vasculares, así como alteraciones del neurodesarrollo a largo plazo. El consumo comórbido de cannabis añade riesgos adicionales: bajo peso al nacer (OR 1.75), retraso del crecimiento intrauterino (OR 1.57), parto prematuro (OR 1.52), ingreso en UCIN (OR 1.40), y alteraciones cognitivas y conductuales en la infancia y adolescencia. Los efectos adversos son dosis-dependientes, por lo que cualquier reducción del consumo puede disminuir el riesgo.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Principio de autonomía vs. beneficencia: El respeto a la autonomía materna no justifica el abandono del feto, pero las intervenciones coercitivas (ingreso involuntario) están desaconsejadas por las principales sociedades médicas. Las políticas punitivas favorecen una mayor desvinculación en la atención prenatal y tratamiento, empeorando los resultados para madre e hijo.

Enfoque ético: Se recomienda priorizar aproximación no punitiva centrada en la persona, entrevista motivacional y toma de decisiones compartida; evitar lenguaje estigmatizante; informar transparentemente sobre implicaciones legales, y considerar el embarazo como una oportunidad terapéutica. La preocupación por el bienestar del feto no debe priorizarse sobre la salud de la madre gestante, ya que el bienestar de ambos está intrínsecamente conectado. Resulta prioritario mantener el vínculo terapéutico, creando un espacio de seguridad y confianza en el que la madre gestante se sienta en libertad de considerar distintas opciones sin temor a sentirse estigmatizada.

CONCLUSIÓN

Este caso ilustra la complejidad del manejo de trastornos por uso de sustancias durante el embarazo. El ingreso en hospital de día tras lograr una semana de abstinencia representa un avance significativo que demuestra la efectividad del enfoque no punitivo de reducción de daños. **Las intervenciones multidisciplinarias**, integrales y centradas en mantener el vínculo terapéutico son fundamentales para optimizar los resultados materno-fetales. El desafío ético no plantea si vulnerar la autonomía materna, sino cómo **maximizar el apoyo** y los recursos para proteger tanto a la madre como al feto, reconociendo que su bienestar está intrínsecamente relacionado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estadística de la práctica clínica sobre el manejo del trastorno por consumo de estimulantes. *Journal of Addiction Medicine*. 18 (15 Suppl 3): 1-56. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000299> Sociedad Estadounidense de Medicina de la Adicción. (2024). Guía de práctica clínica ASAM/AAAP sobre el manejo del trastorno por consumo de estimulantes. *Journal of Addiction Medicine*. 18 (15 Suppl 3): 1-56. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000299>
2. Consecuencias asociadas al uso de crack durante el período gestacional: una revisión sistemática y metanálisis. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. Dos Santos, JF, de Melo Bastos Cavalcante, C., Barbosa, FT, Giat, DLG, Mariniago, LVM, & de Melo Neto, VI. (2018). Consecuencias maternas, fetales y neonatales asociadas con el uso de crack durante el período gestacional: una revisión sistemática y metanálisis. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 298 (3): 487-503. <https://doi.org/10.1007/s00404-018-4833-2>
3. Trastorno de sustancias en el embarazo. *American Family Physician*. 407 (5): 547-550. Fitzgerald, RM (2023). Trastorno por consumo de sustancias en el embarazo. *American Family Physician*. 107 (5): 547-550.
4. Consumo durante el embarazo sobre el bajo peso al nacer y el parto prematuro: Revisión sistemática y metanálisis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 204 (4): 340.e1-340.e12. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.11.013>
5. Consumo durante el embarazo: resultados perinatales. *American Journal of Epidemiology*. 133 (8): 818-825. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a115061> Handler, A., Kistler, N., Davis, F., & Ferré, C. (1991). Consumo de cocaína durante el embarazo: resultados perinatales. *American Journal of Epidemiology*. 133 (8): 818-825. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a115061>
6. Cuestiones para mujeres embarazadas dependientes de la cocaína y sus bebés. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 846: 329-334. Kaltenbach, K., & Finnegan, L. (1998). Cuestiones de prevención y tratamiento para mujeres embarazadas dependientes de la cocaína y sus bebés. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 846: 329-334.
7. Las leyes de bienestar relacionadas con el consumo de drogas. McCourt, AD, White, SA, Bandura, S., Saha, K., Terplan, M., & Schiff, DM (2022). Desarrollo e implementación de leyes estatales y federales de bienestar infantil relacionadas con el consumo de drogas durante el embarazo. *The Milbank Quarterly*. 100 (4): 1076-1120. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12591>

