	SERVEI OBSTETRÍCIA	
TÍTOL DOCUMENT:	TRASTORN PER ÚS DE SUBSTÀNCIES I GESTACIÓ	
TIPUS DOCUMENT:	PROTOCOL MÈDIC	
Elaborat per:	Roser Fibla	
CODI DOCUMENT: OBS-PM-068		Pàgina núm. 1 de 18

GESTIÓ DE LES MODIFICACIONS


Periodicitat de revisió: 5 anys

REVISIÓ	DATA REVISIÓ	DESCRIPCIÓ DE LES MODIFICACIONS	AUTORS	VALIDAT PER	DATA VALIDACIÓ
01	1/12/2025	Elaboració	Dra. Roser Fibla	Cap de Servei i Cap de Secció de Obstetrícia	19/12/2025

DISTRIBUCIÓ DEL DOCUMENT


Relació de destinataris del document.

DESTINATARI
DCTGO
Direcció Mèdica HUGTIP
ASSIR corona 1 GTMN
Unitat de Neonatologia, Servei de Pediatria
Servei de Psiquiatria

	<p>CODI DOCUMENT: OBS-PM-68</p>	<p>Revisió: 01 Pàgina núm. 2 de 18 Data última revisió: 01/12/2025</p>
<p>TRASTORN PER ÚS DE SUBSTÀNCIES I GESTACIÓ</p>		

ÍNDEX:

1.- Introducció	3
2.- Epidemiologia	4
3.- Detecció i tractament de TUS durant la gestació	5
4.- Tipus de substàncies i efectes en la gestant i la descendència	7
4.1.- Alcohol	7
4.2.- Tabac i nicotina	8
4.3.- Cànnabis	9
4.4.- Opiacis	10
4.5.- Psicoestimulants	11
5.- Control gestacional	12
6.- Control i assistència al part	13
7.- Quart trimestre	13
8.- Lactància materna	14
9. Documents relacionats	17
10. Bibliografia	17

	<p>CODI DOCUMENT: OBS-PM-068</p>	<p>Revisió: 01 Pàgina núm. 3 de 18 Data última revisió: 01/12/2025</p>
<p>TRASTORN PER ÚS DE SUBSTÀNCIES I GESTACIÓ</p>		

1.- INTRODUCCIÓ:

L'ús d'alcohol, drogues il·lícites i altres substàncies psicoactives durant l'embaràs és comú i constitueix un problema de salut, que pot comportar riscos per a la salut de la mare, del nadó i de l'entorn familiar.

La gestació és una finestra d'oportunitat per a millorar la salut de la mare d'una manera permanent, així com de la seva criatura i de tota la unitat familiar canviant el patró de consum d'alcohol i altres substàncies. Des de l'assistència sanitària que es presta a les dones embarassades amb trastorn per ús de substàncies (TUS) és necessari entendre la complexitat social, mental i física de la dona per a proporcionar l'assessorament i el suport adequats durant la gestació i el postpart².


La majoria de drogues d'abús creuen la barrera placentària i tenen afectació en el desenvolupament cerebral del fetus; aquest fet pot conduir a una àmplia varietat de dèficits cerebrals com discapacitats en l'aprenentatge, malalties mentals i limitació en l'adaptació neuronal.

Les drogues poden alterar el desenvolupament fetal mitjançant un àmplia varietat de mecanismes. En primer lloc, el pas de la substància a través de la placenta actua directament en el fetus. En segon lloc, les drogues també poden actuar directament sobre la placenta i l'úter. Aquests efectes produeixen alteracions en l'activitat secretora de la placenta i en el flux sanguini úter-placentari. D'altra banda, els efectes de la droga poden actuar en la fisiologia materna produint posteriorment un efecte a nivell fetal, com per exemple l'increment de secreció de les hormones secundàries a l'estrès o alteracions en el comportament maternal respecte a la salut¹.

Remarcar que els estudis en gestants amb TUS i l'efecte aïllat de la droga és molt complex donat que trobem diferents factors amplificadors com són: consum de diferents tòxics en una mateixa gestant, comorbiditat psiquiàtrica, pitjor cura prenatal, pitjor nutrició, problemes crònics mèdics, pobresa, violència de gènere, pitjor vincle mare-nadó, etcètera^{1,3}.

La majoria d'estudis disponibles en l'actualitat amb els que s'ha realitzat la revisió per a la realització del protocol estan basats en la declaració de consum en la història clínica, sense aportar dades sobre la quantificació del consum, cronicitat i concentració de cannabinoides consumits; a més dels factors amplificadors que es comporten com a factors de confusió en molts estudis, pel que s'han d'interpretar les recomanacions amb precaució³.

A més, el consum d'alcohol i d'altres drogues durant l'embaràs pot danyar greument les habilitats parentals, de parella i fins i tot desencadenar violència contra la parella i intrafamiliar, i afectar significativament el desenvolupament físic, mental i emocional de l'infant. Les gestants consumidores de substàncies poden presentar un ventall complex de problemes mèdics, obstètrics, socials i psicològics cada vegada més greus a mesura que augmenta la quantitat i la freqüència del

	CODI DOCUMENT: OBS-PM-068	Revisió: 01 Pàgina núm. 4 de 18 Data última revisió: 01/12/2025
TRASTORN PER ÚS DE SUBSTÀNCIES I GESTACIÓ		

consum. Si no es detecten, poden produir un augment de morbiditat en les dones i els seus fills i filles.

Així, en el context del seguiment de l'embaràs, qualsevol consum de substàncies (alcohol, cocaïna, haixix, heroïna, benzodiazepines, etc.) amb efectes psicoactius i susceptibles de generar dependència, en especial de l'alcohol, es pot considerar de risc, ja que **no s'ha descrit cap dosi segura**⁴.

2.- EPIDEMIOLOGIA:

La prevalença del consum de tòxics al llarg de la vida de les dones és variable segons el tipus de substància, l'edat, origen i el medi estudiat entre molts altres factors.

Tot i que el consum i els problemes associats al consum d'alcohol i drogues són més prevalents entre els homes, excepte en el cas dels hipnosedants, que ho són més en dones de 30-64 anys, el cert és que en els darrers anys ha augmentat el nombre de dones joves que beuen alcohol i consumeixen drogues per sobre dels nivells considerats de risc⁴.

El risc de màxim consum es troba en les dones d'entre 18 i 29 anys, cosa que engloba gran part del període reproductiu.


Sabem que el consum de tòxics durant la gestació està infra-reportant degut a l'estigmatització de les consumidores, la culpabilització, un cribratge no òptim, i la por a perdre la custòdia entre d'altres causes.

En el cas de les dones que pateixen un trastorn per ús de substàncies es produeix una taxa més elevada de gestacions no planificades, motiu pel qual és més complicat el tractament de deshabitació, l'inici del control gestacional i les cures prenatales en si.

A Catalunya, l'alcohol és la substància més consumida seguida del tabac, el cànnabis, els hipnosedants i la cocaïna. Les tendències observades en els darrers anys assenyalen que el consum d'alcohol i hipnosedants augmenta, que disminueix el consum de les altres substàncies i que el policonsum de drogues (legals i il·legals) és un patró cada vegada més freqüent⁴.

El consum d'**alcohol** durant l'embaràs al nostre medi és molt elevat, fins un 45,7% de dones gestants havien consumit alcohol durant la gestació, segons biomarcadors, en una cohort de baix nivell socioeconòmic⁶. Les prevalències auto-reportades disminueixen al llarg de l'embaràs, sent de 40% en el primer trimestre, 23% en el segon trimestre i 17% en el tercer trimestre (la majoria de consums eren esporàdics amb una freqüència mensual)⁷.

El consum de **cànnabis** en dones en edat fèrtil ha anat en augment en paral·lel a la percepció de l'absència de risc que s'ha anat estenent en l'embaràs i lactància, sobretot en les zones on el consum s'ha despenalitzat³, aquest consum està molt estès en tot el món, sent la tercera droga més

	<p>CODI DOCUMENT: OBS-PM-068</p>	<p>Revisió: 01 Pàgina núm. 5 de 18 Data última revisió: 01/12/2025</p>
<p>TRASTORN PER ÚS DE SUBSTÀNCIES I GESTACIÓ</p>		

consumida després de l'alcohol i el tabac. A més a més, les enquestes posen de manifest que és la droga il·legal el consum del qual s'inicia a una edat més primerenca³.

Els efectes del **tabac** en la salut de l'embarassada, els fetus i els infants són especialment rellevants tenint en compte que la prevalença del tabaquisme entre les dones continua sent elevada a Catalunya. Aquesta situació suposa que actualment al nostre país una de cada tres dones són fumadores tot i saber que estan embarassades, la qual cosa mostra que el tabaquisme és un problema prevalent també en aquest col·lectiu⁴.

3.- DETECCIÓ I TRACTAMENT DE TUS DURANT LA GESTACIÓ:

La majoria de les gestants que es visiten a la consulta d'Alt Risc Obstètric-TUS són derivades des de ASSIR de zona per cribratge positiu en el test de tòxics o bé des d'urgències maternals/planta d'hospitalització del nostre centre on s'han visitat per alguna complicació.

Es realitza amb els instruments de cribratge validats per als diferents tòxics a l'inici del control gestacional com ja està instaurant en el protocol de seguiment d'embaràs a Catalunya.

Per a la detecció **efectiva i respectuosa** del TUS, s'ha de generar confiança en les primeres visites per així poder establir un vincle terapèutic. Posteriorment podrem preguntar de manera estructurada i en cada visita sobre el consum de substàncies.


El cribratge es farà en el marc de recollida d'informació, tant sobre hàbits alimentaris, consum de medicaments i exposició a tòxics. Aquesta s'ha de realitzar en totes les dones, sense prejudicar a determinats col·lectius per raó d'edat, origen cultural o aspecte físic.

En l'entrevista clínica determinarem quines substàncies prenen, quin patró de consum realitzen (quantitat i freqüència) i els problemes associats que se'n deriven, per així realitzar la intervenció més adequada en cada cas⁵. Preguntarem sobre el cribratge actual i recent (per exemple en els darrers 3-6 mesos).

- **Cribratge del tabac:** preguntar a la dona si és fumadora, en cas positiu registrar i avaluar. En cas de les dones fumadores es pot utilitzar el **qüestionari gestant i el test de Fagerström*** en la seva versió breu, per valorar el grau de la dependència, tindrem en compte les característiques del consum de tabac abans de l'embaràs.

Les mesures conductuals són la primera opció terapèutica dels programes de cessació durant l'embaràs⁴.

En el cas que la dona no pugui assolir l'abstinència total només amb tècniques conductuals, s'ha de considerar l'ús del tractament farmacològic amb substitutius de nicotina, acompanyats del suport i del seguiment professional. El test de Fagerström ens pot orientar per a conèixer el nivell de dependència i escollir la dosificació més propera a les necessitats de la gestant. La tolerància física pot variar en les dones embarassades, això pot fer que en

	<p>CODI DOCUMENT: OBS-PM-068</p>	<p>Revisió: 01 Pàgina núm. 6 de 18 Data última revisió: 01/12/2025</p>
<p>TRASTORN PER ÚS DE SUBSTÀNCIES I GESTACIÓ</p>		

un consum baix de cigarretes la dificultat per a deixar el tabac sigui elevada (insistir que la gestant no pot fumar mentre segueix teràpia substitutiva amb nicotina)⁴.

Les altres modalitats de tractament farmacològic de cessació tabàquica (bupropió i vareniclina) NO estan aconsellades durant l'embaràs i la lactància⁴.

- **Cribatge de l'alcohol i d'altres drogues***: A Catalunya, no s'han validat instruments específics per detectar el consum d'alcohol i de drogues durant l'embaràs, però n'hi ha de validats en atenció primària (AUDIT-C, AUDIT, i ASSIST) que poden ser d'utilitat si s'adapten al context del seguiment de l'embaràs. Es pot avaluar per separat el risc pel que fa a l'alcohol amb l'**AUDIT-C/AUDIT** i per la resta de drogues amb l'**ASSIST**⁴. El protocol no inclou de manera sistemàtica el control de tòxics en orina, i en cas de sol·licitar-ne cal el consentiment de la mare.

Un cop identificat i confirmat un problema relacionat amb el consum del tabac, l'alcohol i/o altres drogues s'hauran d'avaluar altres factors de risc psicològic, la comorbiditat física i mental i els antecedents psiquiàtrics i obstètrics personals (pèrdues gestacionals recurrents, síndrome d'abstinència neonatal, etcètera) i antecedents familiars, així com explorar l'estat psicopatològic durant l'embaràs i el postpart que identifiqui a les mares amb patologia dual⁵.

Posteriorment es realitzarà una intervenció breu orientada a l'abstenció del consum fins i tot de petites dosis, a totes les embarassades o dones que estiguin planificant embaràs.


La intervenció breu ha de ser individualitzada i ha d'incloure la retroalimentació i consell per a l'abandonament del consum d'alcohol i drogues durant l'embaràs, el seguiment de la dona embarassada i la derivació a tractament per aquelles dones que no puguin abandonar el consum des d'una actitud de caire motivacional, incloent a la parella en tot el procés i, en el cas de que també sigui consumidora, aconsellar deixar de consumir-ne⁵.

Les persones que facin un consum elevat és més difícil que l'abandonin i caldrà intensificar les intervencions en funció de la substància consumida i el risc que presenti per la mare i el fetus⁵.

En la intervenció breu és important oferir una intervenció estructurada que consisteix en una comunicació terapèutica o preventiva de curta duració (entre 5 i 15 minuts) on es donarà un feedback del resultat del test realitzat, s'aconsejarà a les pacients que redueixin el consum (basant-nos en un reducció de riscos i danys), es marcaran uns objectius, s'exploraran motivacions, necessitats i fortaleces i, posteriorment, es farà un seguiment⁵.

Aquesta intervenció es realitzarà des de la motivació amb tres pilars fonamentals: comunicar amb empatia, promoure l'autoeficàcia i emfatitzar la responsabilitat vers el seu propi canvi; Donant la informació sobre l'estat de salut i els riscos, avaluant la consciència, donant consell, negociant els objectius i estratègies i monitoritzant el progrés, sempre demanant permís i des de una actitud conciliadora que eviti la culpabilització i estigmatització de la gestant i la seva família⁵.

A Catalunya disposem dels Centres d'atenció i seguiment a les drogodependències (CAS), on prioritzaran les dones gestants donat que tenim una urgència temporal molt important, on treballaran informació i motivació pel canvi, desintoxicació, manteniment de l'abstinència i prevenció de recaigudes o la reducció de riscos i danys en cas que la persona no aconsegueixi l'abstinència⁵.

	CODI DOCUMENT: OBS-PM-XX	Revisió: 01 Pàgina núm. 7 de 18 Data elaboració novembre 2025
TRASTORN PER ÚS DE SUBSTÀNCIES I GESTACIÓ		

La **prevenció de recaigudes** és un procés llarg que té una **duració mínima de 2 anys** on es realitzaran intervencions farmacològiques, psicològiques i socials. Majoritàriament es realitzaran a nivell ambulatori tot i que una petita part de les pacients poden requerir ingrés⁵.

**Trobareu tots els qüestionaris al: Protocol de Seguiment de l'embaràs a Catalunya.*

4.- TIPUS DE SUBSTÀNCIES I EFECTES EN LA GESTANT I LA DESCENDÈNCIA:

Els tòxics consumits per la mare passen directament al fetus pel cordó umbilical i poden acumular-se en el líquid amniòtic cosa que fa que persisteixi l'efecte nociu durant un període més llarg de temps. Aquests tòxics es poden detectar tant a nivell del teixit de cordó umbilical, com del líquid amniòtic, com en el meconi del nou-nat¹.

4.1. ALCOHOL:

L'**alcohol** és un agent **teratogènic** sent la principal causa evitable de malformacions congènites i de trastorns del neurodesenvolupament. El fetus metabolitza l'alcohol a un 10% de la velocitat a la que ho fa la mare, pel que s'arriben a uns nivells tòxics amb molta facilitat.

Aquest tòxic està relacionat amb **avortament espontani, òbit fetal, baix pes al néixer, part preterme, retràs en el creixement intrauterí, petit per edat gestacional, despreniment de placenta, corioamnionitis, anomalies congènites, dèficits cognitius i problemes de conducta**, incloent la síndrome alcohòlica fetal (SAF) i la seva forma incompleta, el trastorn de l'espectre alcohòlic fetal (TEAF)⁸.

La **síndrome alcohòlica fetal (SAF)** inclou efectes morfogènètics en el desenvolupament de les extremitats i la cara, reducció del pes cerebral i del pes al néixer, retards cognitius i deficiències. Tanmateix, s'ha aplicat el terme "**trastorns de l'espectre alcohòlic fetal**" (TEAF) per caracteritzar una àmplia gamma de deficiències presents en individus amb o sense dismorfologia facial que van ser exposats a l'alcohol prenatalment. Els TEAF representen actualment la principal causa de retard mental a Amèrica del Nord, per davant de la síndrome de Down i la paràlisi cerebral¹.


Un informe de l'*Institute of Medicine* va afirmar que, de totes les substàncies d'abús, **l'alcohol produeix amb diferència els efectes neuroconductuals més greus en el fetus**¹.

Els estudis d'imatge revelen alteracions en el volum de la matèria gris en diverses regions cerebrals després d'una exposició baixa-moderada a l'alcohol. L'alcohol fetal també s'ha associat amb una sèrie de **deficiències cognitives i conductuals**, incloent-hi: dèficits d'atenció, problemes de memòria, fluïdesa verbal reduïda, dificultats en les funcions executives, temps de reacció més lent i problemes d'aprenentatge motor¹.

El TEAF també s'associa a malalties metabòliques, immunològiques i cardiovasculars en adults².

La gravetat dels dèficits pot estar modulada tant per la quantitat total d'alcohol consumida com pels **patrons de consum**; per exemple, un consum "moderat" pot tenir un impacte més gran si la mare consumeix diverses begudes en un sol dia en lloc de la mateixa quantitat distribuïda en diversos dies¹.

A nivell cel·lular, l'etanol té diverses dianes i produeix efectes amplis que depenen de la dosi, la durada i el moment de l'exposició. L'alcohol pot causar danys interferint amb molècules que regulen

	CODI DOCUMENT: OBS-PM-XX	Revisió: 01 Pàgina núm. 8 de 18 Data elaboració novembre 2025
TRASTORN PER ÚS DE SUBSTÀNCIES I GESTACIÓ		

processos de desenvolupament clau, alterant factors tròfics que regulen la neurogènesi i la supervivència cel·lular, i/o induint una mort cel·lular excessiva mitjançant estrès oxidatiu o activació de proteases. També s'han identificat efectes de la baixa exposició a l'alcohol en el desenvolupament de les neurones serotoninèrgiques. L'exposició a l'etanol interromp la proliferació de la glia i dels precursors neuronals en el sistema nerviós central en desenvolupament i pot alterar dràsticament el comportament. Les anàlisis transcripcionals també destaquen gens relacionats amb el desenvolupament neuronal que es veuen afectats per l'exposició fetal a l'etanol. A més, l'alcohol fetal pot provocar alteracions en la metilació de l'ADN i en l'expressió i funció dels microARN¹.

En resum, **l'exposició a l'alcohol durant el desenvolupament indueix alteracions conductuals, cognitives i neuronals que són específiques, replicables, persistents i altament dependents del moment de l'exposició.**

Tot i que el risc per al fetus és especialment elevat en les gestants que consumeixen quantitats molt elevades d'alcohol, el fet que **no s'hagi identificat una dosi segura**, i que el període crític per a l'augment del risc d'anomalies anatòmiques fetals es trobi en les primeres setmanes de gestació, fan **desaconsellar qualsevol consum d'alcohol durant l'embaràs**, i fins i tot quan es planifica⁴.

4.2. TABAC i NICOTINA:

El consum de qualsevol substància psicoactiva durant la gestació és un important factor de risc durant l'embaràs. S'ha demostrat que el tabac incrementa el risc de complicacions obstètriques com: **avortaments espontanis, ruptura prematura de membranes, part preterme, baix pes al néixer i síndrome de la mort sobtada de l'infant**^{4,12,15}. També s'ha descrit insuficiència o despreniment de placenta, mort intrauterina, augment de la freqüència de llavi leporí, malformacions cardíques, d'extremitats i gastrointestinals¹².


Tant en el cas de part preterme com en el baix pes al néixer, l'abandonament de l'hàbit tabàquic durant el primer trimestre iguala el risc amb les gestants no fumadores¹⁵.

El tabaquisme en la dona, a més de produir malalties respiratòries, cardiovasculars i tumorals, disminueix la fertilitat i avança l'edat de la menopausa⁴.

En cas que els progenitors fumin, l'exposició a l'aire contaminat pel fum del tabac afavoreix l'aparició d'infeccions respiratòries i d'asma en els infants, especialment quan és la mare qui fuma. Per això, cal ajudar les dones fumadores embarassades a deixar de fumar i a mantenir-se sense fumar després del part, per a la qual cosa són fonamentals l'aconsellament i el suport dels professionals sanitaris⁴.

És important, també, tenir en compte si la gestant respira un aire contaminat per fum de tabac a casa o altres llocs com al cotxe, ja que el fum que sorgeix de la combustió del cigarret conté una concentració molt elevada de substàncies tòxiques; per això, és important vetllar perquè l'ambient que envolta l'embarassada estigui lliure de fum⁴.

A més d'aquestes complicacions directes, cal tenir en compte que el tractament substitutiu amb nicotina (TSN), utilitzat per deixar de fumar, tot i ser més segur que el tabac, no està exempt de riscos

	CODI DOCUMENT: OBS-PM-XX	Revisió: 01 Pàgina núm. 9 de 18 Data elaboració novembre 2025
TRASTORN PER ÚS DE SUBSTÀNCIES I GESTACIÓ		

i hi ha dades que suggereixen un possible augment del risc de còlic i de Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat (TDAH), similar al que s'observa amb el consum de tabac. No obstant això, estudis en humans amb més de 2000 dones no han demostrat que el TSN hagi causat danys a la mare o al fill i exposar-se només a la nicotina del TSN és menys perjudicial que l'exposició als 7000 productes químics del tabac¹².

4.3. CANNABINOIDS:

Els efectes coneguts del cànnabis en el sistema nerviós central són generats principalment per el **tetrahidrocannabinol** (Delta-9-THC), la principal substància psicoactiva de la planta sativa i que és comunament coneguda com **THC**³.

El sistema reproductor femení i el sistema endocannabinoide estan íntimament relacionats. Les fluctuacions hormonals que es produeixen durant el cicle menstrual i durant la gestació condueixen a canvis d'expressió dels receptors cannabinoïdes, endocannabinoïdes i la seva relació amb la síntesis i el metabolisme d'enzims en el cervell, ovari, trompes, úter i la circulació sanguínia. L'alteració del sistema endocannabinoide per l'acció del delta-9-tetrahidronacannabinol pot potencialment alterar el bon funcionament del sistema reproductor de la dona, al exercir efectes inhibidors sobre l'alliberació hipotalàmica de la hormona alliberadora de gonadotrofina (GnRH) i alterar l'eix hipotàlam-hipofisiari-ovari amb risc potencial de disrupció del sistema reproductor³. Durant la gestació s'ha vist que juga un important paper en la **implantació, el manteniment de l'embaràs i la preparació pel part**, a més d'un increment de presència **d'anèmia materna**^{3,11}.


No hi ha dades consistents sobre la teratogènia secundària a l'ús de cànnabis. El THC travessa la barrera placentària i es pot trobar en el fetus en una concentració aproximada d'un 10% de la materna, depenent de la quantitat, concentració i freqüència de consum¹. En un metaanàlisi han vist que les concentracions de THC en la sang fetal són aproximadament d'un terç a una desena part de les concentracions maternes¹¹.

Donat que els cannabinoïdes són lipofílics, travessen la barrera hemato-encefàlica fetal i afecten al desenvolupament cerebral fetal, ja que presenta receptors CB1 cerebrals a partir de les 14 setmanes de gestació, necessaris per al seu desenvolupament³.

L'exposició prenatal al cànnabis pot **modificar la maduració dels sistemes de neurotransmissió** en el cervell fetal, especialment els sistemes de dopamina i opioïdes que regulen la recompensa i la motivació. Estudis post mortem en cervells fetals humans han mostrat una reducció en l'expressió del gen del receptor de dopamina D2 en el complex nuclear basal de l'amígdala i en el nucli accumbens en individus exposats al THC prenatalment¹¹.

L'ús matern de cànnabis durant l'embaràs també pot afectar l'expressió fetal de gens relacionats amb els opioïdes en àrees involucrades en la regulació emocional, la recompensa i el comportament dirigit a objectius.

S'han suggerit **canvis epigenètics** amb conseqüències immunològiques per a la descendència i efectes transgeneracionals a llarg termini¹¹.

	CODI DOCUMENT: OBS-PM-XX	Revisió: 01 Pàgina núm. 10 de 18 Data elaboració novembre 2025
TRASTORN PER ÚS DE SUBSTÀNCIES I GESTACIÓ		


El consum de cànnabis durant la gestació pot tenir diversos efectes sobre la descendència, tant a curt com a llarg termini:

- Els efectes en el **fetus** i en el nounat afecten al creixement fetal (**baix pes al néixer, disminució del perímetre cranial, retràs de creixement fetal**), així com també produeix un **augment dels parts preterme i un increment del risc d'ingrés del nounat a la UCIN** ^{1,3,4,11}.
- Efectes en la **infància**: Alguns estudis van mostrar un **deteriorament del desenvolupament mental** en nens exposats al cànnabis prenatalment, tot i que aquests resultats no van ser consistents en tots els estudis. S'han descrit **problemes en les funcions executives** com l'atenció, la planificació i la memòria de treball. El consum prenatal de cànnabis sembla afectar críticament l'atenció/impulsivitat i la resolució de problemes que requereixen la integració d'habilitats visuo-perceptives bàsiques. També s'han observat **problemes de lectura i ortografia**, així com un rendiment escolar inferior. A més, s'han informat **síntomes de comportament externalitzant**, com hiperactivitat, inatenció i impulsivitat¹¹.
- En l'**adolescència** existeix una associació més consistent entre l'exposició prenatal al cànnabis i diversos efectes negatius, incloent-hi **reducció de la percepció visual i augment de la impulsivitat, disminució de la concentració, la memòria visual i el raonament verbal, disminució del raonament abstracte i visual, problemes d'internalització, dificultats d'aprenentatge i memòria, disminució de la puntuació de CI**, i augment de l'**externalització, la depressió, la hiperactivitat i els comportaments relacionats amb la delinqüència**¹¹.
- En l'edat **adulta primerenca** els dèficits en les funcions executives associades al consum prenatal de cànnabis poden persistir. Joves de 18 a 22 anys mostren un **funcionament neuronal alterat durant el processament de la memòria de treball visuoespacial**. També s'han trobat **taxes més altes de símptomes depressius** i un **major risc de psicosi** en adults joves exposats prenatalment al cànnabis¹¹.

És important tenir en compte que molts estudis tenen limitacions per distingir els efectes independents del cànnabis d'altres factors de confusió, com el consum concomitant d'altres drogues (principalment nicotina i alcohol), l'estil de vida o factors socioeconòmics. Tot i això, les evidències actuals suggereixen que el consum de cànnabis durant la gestació pot comportar riscos significatius per al desenvolupament de la descendència¹¹.

4.4. OPIACIS:

L'ús d'opiacis durant la gestació pot produir **alteracions en el desenvolupament neurològic**. L'exposició prenatal als opiacis pot causar una alteració en el temps de maduració i mielinització dels oligodendròcits en les estructures mesolímbiques. També es pot produir una alteració en la senyalització mediada per receptors opioides. En els fetus masculins, s'ha observat un augment de la hiperintensitat en la substància blanca i un augment de l'expressió de gens proinflamatoris en comparació amb els fetus femenins.

	CODI DOCUMENT: OBS-PM-XX	Revisió: 01 Pàgina núm. 11 de 18 Data elaboració novembre 2025
TRASTORN PER ÚS DE SUBSTÀNCIES I GESTACIÓ		

El fetus pot desenvolupar dependència als opiacis durant la gestació i, després del naixement, experimentar el **síndrome d'abstinència neonatal**. Els símptomes d'aquest síndrome inclouen irritabilitat, disminució de les hores de son, hipertonia, tremolors, plor agut, plor inconsolable, badalls, esternuts, augment dels reflexes, moviments anòmals i convulsions a nivell del sistema nerviós central. A nivell gastrointestinal, es poden observar vòmits, diarrea, intolerància digestiva i escàs guany ponderal. Els símptomes autonòmics inclouen inestabilitat tèrmica, febrícula, taquicàrdia, taquipnea, hipertensió, sudoració i congestió nasal.

Mantenir el consum d'opiacis il·legals durant l'embaràs es relaciona amb elevats riscos tant per a la mare com per al fetus.

És important destacar que el tractament substitutiu amb opiacis com la **metadona i la buprenorfina** s'ha demostrat **útil i segur** durant l'embaràs. En el cas de la naltrexona, tot i que pot comportar un menor risc de SAN, presenta un risc de malformacions urogenitals pel que no s'hauria de considerar com a primera opció.

4.5. PSICOESTIMULANTS:

La **metamfetamina** es metabolitza al fetge en dos metabòlits: amfetamina i 4-hidroximetamfetamina. Degut a l'addició del grup metil, METH, tenen una lipofilicitat major a la amfetamina que permet un transport ràpid a través del flux cerebral.

METH té un gran potencial d'abús i addicció ja que actua a nivell de la serotonina i de la dopamina a nivell cerebral.


Malgrat que l'ús de metaamfetamines en dones gestants es produeixen des de fa anys, els seus efectes a curt i llarg termini no són ben coneguts. A curt termini es relacionen amb major risc **d'avortament espontani, preeclàmpsia, despreniment prematur de placenta normoinsera, restricció del creixement, baix pes al néixer, disminució de la talla i de la circumferència cefàlica**.

En alguns estudis es veu afectació de l'adquisició de les habilitats motores a l'any de vida, tot i que no es troben diferències en el seguiment d'aquests nens a partir dels 3 anys de vida.

Quan els nens tenen 5 anys, s'observen un augment de **problemes neuroconductuals** en la infància relacionats amb patrons de estrès i símptomes psicològics experimentats pels cuidadors principals derivats d'alteracions en el comportament dels nens, indicant majors dificultats en la negociació i l'increment de les demandes esperables en l'infant derivades de l'edat escolar i la socialització¹.

Les dones embarassades que consumeixen **cocaïna** tenen un risc augmentat de complicacions obstètriques com la **ruptura prematura de membranes i la hemorràgia**, així com **d'avortament espontani, part preterme, retràs en el creixement intrauterí incloent baix pes al néixer, menor talla, disminució de la circumferència cranial i mort fetal**¹⁴.

- En nadons exposats prenatalment a la cocaïna s'han documentat **alteracions conductuals**, incloent-hi **menor nivell d'alerta, patrons respiratoris anormals, pitjor qualitat de moviment i autoregulació, major excitabilitat, nerviosisme i reflexos no òptims** així com afectació del **sistema auditiu neonatal**¹⁴.

	CODI DOCUMENT: OBS-PM-XX	Revisió: 01 Pàgina núm. 12 de 18 Data elaboració novembre 2025
TRASTORN PER ÚS DE SUBSTÀNCIES I GESTACIÓ		

- Estudis a llarg termini han descrit **efectes variats en la funció executiva**, que inclou atenció, comportament, cognició, memòria de treball i resolució de problemes, i **el rendiment motor a llarg termini**.
- S'ha associat l'exposició a la cocaïna durant el primer trimestre amb **menys sociabilitat i més problemes de conducta retreta, així com comportaments i símptomes ansiosos/depressius** en els nens¹⁴.
- En adolescents l'exposició prenatal a la cocaïna pot estar relacionada amb un **augment de comportaments agressius i tendència a l'addicció a substàncies**¹⁴.

L'exposició paterna a drogues com la cocaïna durant el període d'espermatogènesis podria influir en el desenvolupament cerebral i neuroconductual mitjançant mecanismes epigenètics en models animals¹.

5.- CONTROL GESTACIONAL

El control gestacional de les dones amb TUS es realitzarà a la consulta **ARO-TUS (dimarts alterns)**, ja que és recomana contar amb un equip multidisciplinar i amb experiència format per psiquiatria, psicologia, neonatologia, treball social i obstetrícia.

En aquests casos, és ideal iniciar el seguiment a la unitat el més aviat possible per a que la gestant pugui prendre consciència sobre el problema i poder realitzar canvis profunds per a millorar la seva vida i la de la seva família (no només estem parlant de l'hàbit tòxic sinó també problemes de violència masclista, habitatge, cures prenatales...).


En cas que la gestant només sigui **fumadora** de tabac, es farà el **seguiment de la gestació a l'ASSIR** (en cas de dubte sobre tractament substitutiu de la nicotina es pot posar visita WEB amb Dra. Garcia/Fibla).

Es valorarà de manera individualitzada el **cribratge de infeccions** de transmissió sexual i **citologia** segons factors de risc i proves prèvies ja realitzades prestant especial atenció en dones amb antecedents de violència de gènere i/o treballadores sexuals.

El cribratge de **tòxics en orina (i/o sang en cas de l'alcohol)**, es realitzarà de manera seriada durant la gestació. Els intervals dependran del tipus de substància i de la negativització del resultat durant el seu transcurs.

Es realitzarà una primera visita amb **treball social** per a fer un estudi inicial del risc de la gestant, establir un pla de seguiment de manera conjunta i vincular amb el CAS de referència si és possible. En cas que no estiguin ben vinculades al CAS de referència es podrà valorar l'ingrés d'urgència al nostre centre en casos molt seleccionats (Medicina interna).

En cas de sospita de **trastorn dual** (trastorn mental i trastorn per ús de substàncies) que no estigui en seguiment per psiquiatria/psicologia de manera ambulatoria, es valorarà des de la unitat

	CODI DOCUMENT: OBS-PM-XX	Revisió: 01 Pàgina núm. 13 de 18 Data elaboració novembre 2025
TRASTORN PER ÚS DE SUBSTÀNCIES I GESTACIÓ		

específica la necessitat de realitzar una interconsulta amb psiquiatria perinatal de l'hospital per fer una valoració inicial del cas, especialment en el cas de comorbiditat amb un trastorn mental sever.

També és important realitzar una valoració de la dieta i l'estat nutricional i donar recomanacions i tractament en cas que sigui necessari per millorar la dieta materna¹⁶.

5.1.- Control ecogràfic:

Donats els riscos gestacionals descrits en l'apartat previ, el seguiment ha de ser més intensiu que el convencional i ha d'incloure ecografies seriadades per vigilar el creixement fetal i descartar complicacions com la **restricció de creixement i el part prematur**, pel que es recomana realitzar ecografia de control de PFE a les setmanes **28, 32-34 i 38-39**¹⁵ (segons percentil previ i cessament o no del consum). També valorar afegir la mesura ecogràfica de la longitud cervical a les 28 setmanes en els casos que no hi hagi cessament de l'hàbit tòxic.

6.- CONTROL I ASSISTÈNCIA AL PART

En les gestants que han estat seguides a la unitat d'alt risc obstètric per antecedent de TUS es recomana sol·licitar **tòxics en orina** a la dona quan ingressa en treball de part o acudeix per a realitzar la inducció, sempre amb consentiment verbal previ de la gestant.


En cas que el resultat dels tòxics en la mare sigui positiu (escenari més desfavorable a nivell de salut i social per totes les repercussions que pot tenir i que s'hauria de minimitzar al màxim amb la feina prèvia realitzada durant el seguiment gestacional) es realitzaran els tòxics en orina al nونات, sempre previ consentiment verbal de la mare.

Cal comunicar a l'equip de **neonatologia** que la gestant es troba en treball de part si s'ha produït algun consum de substàncies durant la gestació independentment del resultat dels tòxics en l'ingrés.

Durant l'ingrés a planta d'hospitalització s'haurà de realitzar també una interconsulta a **treball social** per a realitzar el seguiment i reavaluació del cas previ a l'alta (ja siguin ingressos per patologia materna com pel part).

7.- QUART TRIMESTRE:

El quart trimestre es tracta d'un període crític per a la dona i el seu infant, ja que s'assenten les bases per la salut i el benestar a llarg termini (veure protocol específic de **quart trimestre: OBS-PM-64**).

	CODI DOCUMENT: OBS-PM-XX	Revisió: 01 Pàgina núm. 14 de 18 Data elaboració novembre 2025
TRASTORN PER ÚS DE SUBSTÀNCIES I GESTACIÓ		

L'adherència a les visites postpart és variable i l'assistència a aquestes visites disminueix entre la població amb dificultats socio-econòmiques, fet que dificulta l'accés a una contracepció eficaç¹⁷. Per això, aprofitant la vinculació establerta durant el seguiment de l'embaràs, és interessant realitzar la visita al nostre centre en casos seleccionats, fent especial èmfasi en **plans reproductius futurs** (mètode anticonceptiu, desig genèsic, derivació a ginecologia si fos necessari ETB) degut a que les dones amb TUS tenen un risc d'embaràs no desitjat més elevat que la població general.

També inclourem la valoració rutinària al postpart per a totes les pacients assegurant que s'abordi consistentment el benestar físic, emocional i psicosocial, pel que es recomana realitzar la *checklist* que inclou les 5" B" de les cures del postpart (veure Taula 1 de protocol específic de **quart trimestre: OBS-PM-64**).

En aquesta visita també s'ha de vincular la gestant al seu ASSIR de referència (donat que habitualment hauran realitzat el control gestacional de manera hospitalària) i valorar la resta de cribratges i seguiment a llarg termini.

8.- LACTÀNCIA MATERNA:


La decisió de donar el pit a la criatura hauria de tenir en compte els riscos i beneficis de la lactància comparant les alternatives de manera individualitzada. En la majoria dels casos, els beneficis superaran els riscos pel que la recomanació és aconsellar la lactància materna exclusiva fins als 6 mesos de vida i la complementària fins als 2 anys o més.

El contacte pell amb pell és molt important independentment de la decisió de lactància materna, mixta o artificial, pel que hem d'animar i recomanar a les mares que el realitzin, informant dels beneficis relacionats amb l'establiment del vincle mare-nadó².

Les dones amb TUS tenen menys probabilitats d'iniciar i mantenir la lactància en comparació amb aquelles que no tenen TUS, per això s'ha de fomentar la lactància materna en mares amb trastorns per ús de substàncies, tret que els riscos superin clarament els beneficis².

Pel que fa el consum d'**alcohol** i la lactància materna, la recomanació general és la del consum zero d'alcohol, tanmateix es pot estratificar el risc segons el consum. En cas d'un consum d'alcohol moderat-alt es recomana evitar donar el pit, ja que pot produir somnolència, canvis en el patró d'alimentació i un possible **impacte en el neurodesenvolupament** a llarg termini, ja que els nivells d'alcohol passen a la llet materna per difusió passiva als 30-60 minuts i són similars als nivells d'alcohol en sang. Per tant, en dones amb dependència crònica a l'alcohol o que consumeixen grans quantitats de forma compulsiva, la lactància materna és d'alt risc i no es recomana.

La ingesta d'alcohol ocasional durant la lactància, esperant **2-2,5 hores** per beguda consumida (10g d'alcohol pur) i 4-8 hores després de consumir més d'una beguda en una sola ocasió, posteriorment reprenent la lactància, és una opció segura, ja que no hi ha acumulació a la llet materna a causa del perfil farmacocinètica de l'alcohol.

	CODI DOCUMENT: OBS-PM-XX	Revisió: 01 Pàgina núm. 15 de 18 Data elaboració novembre 2025
TRASTORN PER ÚS DE SUBSTÀNCIES I GESTACIÓ		

També s'ha de tenir en compte que l'alcohol disminueix la producció de oxitocina i prolactina, reduint la quantitat de llet materna pel nadó fins en un 20%².

Encara que s'hauria de desaconsellar el consum de **tabac** durant la lactància, fumar no és una contraindicació absoluta per aquesta^{10, 11}.

Les complicacions per al lactant derivades de la criança en ambients amb fum de tabac són: l'increment **de infeccions de vies respiratòries, més episodis de asma, otitis i hospitalitzacions derivades per aquestes causes**. També hi ha un l'increment de risc de **mort sobtada del lactant**. Per això és important el cessament de l'hàbit tabàquic en ambdós membres de la parella i s'ha d'aconsejar no fumar en presència del nadó per minimitzar l'efecte negatiu de la inhalació secundària de fum passiu¹⁰.

Hi ha menys pas de nicotina si s'espera per alletar **2 hores** o més després de l'última cigarreta.

Tot i que la **nicotina** s'excreta en quantitats moderades per la llet materna, la **teràpia substitutiva amb nicotina** és una alternativa útil i segura en mares fumadores que volen alletar a la criatura. Els nivells plasmàtics de nicotina en lactants de mares que utilitzaven pegats de nicotina per a deixar de fumar van ser del 13% dels nivells plasmàtics materns, tot i així, el consum de tabac és molt més perjudicial, ja que aquest es veu exposat als nombrosos productes químics del fum¹¹.


A més, la lactància materna es considera un factor protector contra la recaiguda en el tabaquisme als 6 mesos postpart¹¹.

S'ha demostrat la presència de **THC** en llet materna en percentatges variables segons la quantitat i freqüència del consum matern. El THC és excretat i concentrat en llet materna podent arribar a tenir fins a 7,5-8 vegades més la concentració del plasma matern, amb detecció fins a 6 dies posteriors al seu consum^{3,2,11}. A més, és important tenir en compte l'**exposició del lactant al THC per consum passiu** (matern o patern) o per l'alè exhalat de la mare, ja que s'ha detectat THC durant 2 hores després d'un sol cigarret de cànnabis¹¹.

L'exposició al cànnabis a través de la llet materna durant el primer mes de vida del lactant s'ha associat amb una **disminució del desenvolupament motor a l'any**. També s'han descrit efectes com **sedació, retard del creixement, baix to muscular i succió deficient**. Estudis amb usuàries ocasionals no van mostrar efectes discernibles en els lactants. Tanmateix, a causa del potencial de concentracions elevades de THC en usuàries cròniques o habituals, les toxicitats del fum i el possible efecte sobre el desenvolupament infantil, hi ha un risc significatiu. En casos d'ús intens de cànnabis, pot ser més segur no alletar quan hi hagi alternatives segures i assequibles^{5,11}.

L'exposició directa o passiva en la mare del lactant també ha de ser evitada ja que també és possible la seva absorció i excreció la llet materna³.

Les **benzodiazepines** es prescriuen freqüentment a dones dependents de drogues i també s'abusen o s'usen indegudament. S'han reportat taxes d'esdeveniments adversos en lactants del 0 al 50% per a diversos agents (letargia, irritabilitat, augment de pes deficient i apnea). L'ús de benzodiazepines prescrites durant el període postpart normalment és compatible amb la lactància materna¹⁸. No hi ha literatura disponible sobre l'abús o ús indegut de benzodiazepines i la lactància materna. En dones amb poliaddicció, els riscos poden ser significatius a causa de la possible sinergia de drogues². En cas de necessitat cal prioritzar les benzodiazepines de vida mitja-curta com Lorazepam a la mínima dosi eficaç^{10, 18}.

	CODI DOCUMENT: OBS-PM-XX	Revisió: 01 Pàgina núm. 16 de 18 Data elaboració novembre 2025
TRASTORN PER ÚS DE SUBSTÀNCIES I GESTACIÓ		

En el grup dels **opioids**, la **morfina**, a dosis ajustades i utilitzada a curt termini per al control del dolor, es considera segura per a les dones que alleten.

L'**heroïna** es transfereix a la llet materna i es converteix en morfina, però el consum freqüent de dosis elevades la fa perillosa, també en el cas de l'ús indegut de fàrmacs, que contenen opioides amb recepta (com l'oxicodona) de manera que provoca cicles d'intoxicació i abstinència, probablement presenten un risc significatiu per al seu lactant per la qual cosa es desaconsella aquesta pràctica².

Els agents utilitzats per al tractament de la dependència d'opioides com la **metadona** i la **buprenorfina** són compatibles amb la lactància materna². La metadona es distribueix a la llet materna en concentracions baixes. Donat que habitualment la dona lactant que requereix els agonistes opioides els ha pres durant la gestació, és recomana la LM exclusiva molt especialment en aquestes criatures, ja que forma part de les estratègies per a evitar la síndrome d'abstinència en aquests nadons, tot i que l'evidència és escassa i en ocasions contradictòria, ja que les quantitats en llet materna d'aquestes substàncies és baixa².

És important tenir en compte que en el cas d'una dona en tractament substitutiu té un consum puntual d'opiacis il·lícits, es recomana rebutjar la llet materna durant **24 hores** després del consum.

En cas de tractament amb antagonistes opioides com la **Naltrexona** està desaconsellada la lactància materna ja que en estudis amb animals s'ha vist l'increment de tumors².


Les **amfetamines** es concentren a la llet materna en una proporció de 2,8 a 7,5 vegades a la del plasma matern. S'han reportat símptomes en lactants com irritabilitat i agitació, i fins i tot la mort. No hi ha informació precisa sobre la seguretat de l'abús/ús indegut de metamfetamina durant la lactància².

La **cocaïna** i el seu metabòlit es troben a la llet materna i a causa de la seva naturalesa química, s'esperen concentracions elevades. Els nadons són especialment sensibles a la cocaïna perquè el seu metabolisme és més lent. Per a les consumidores ocasionals de cocaïna, s'ha recomanat un període d'abstinència de la lactància materna de **24-48 hores** quan hi hagi alternatives segures i assequibles. En consumidores cròniques o dependents, és probable que els riscos de la lactància superin els beneficis².

És crucial realitzar una avaluació completa de la díada mare-nadó també en el postpart immediat per considerar els beneficis i els riscos de la lactància materna en el context de l'ús de substàncies tòxiques. S'han de tenir en compte factors com l'estat mèdic i psiquiàtric de la mare, la història de consum de drogues i el tractament, els sistemes de suport, els plans de seguiment postpart i la disponibilitat d'alternatives segures i assequibles a la llet materna².

L'educació prenatal sobre la lactància, específica per al context de TUS, podria ajudar a animar a més mares amb TUS a abandonar el consum i lactar.

Es recomana el seguiment dels nadons per part de neonatologia-pediatria durant els primers anys de vida.


	CODI DOCUMENT: OBS-PM-XX	Revisió: 01 Pàgina núm. 17 de 18 Data elaboració novembre 2025
TRASTORN PER ÚS DE SUBSTÀNCIES I GESTACIÓ		

9.-DOCUMENTS RELACIONATS:

DOCUMENT	CODI DOCUMENT
Defectes de creixement fetal	OBS-PM-002
Prevenció del part preterme: cèrvix curt i insuficiència cervical	OBS-PM-055
Quart trimestre	OBS-PM-64

10.- BIBLIOGRAFIA:

1. Ross EJ, Graham DL, Monkey KM, Stanwood GD. Developmental consequences of fetal exposure to drugs: what we know and what we still must learn. *Neuropsychopharmacology Reviews*. 2015;40:61-87.
2. World Health Organization. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva: WHO; 2014.
3. Socidrogalcohol. Cannabis: guía clínica de Socidrogalcohol. Guías clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica. Socidrogalcohol; año no disponible.
4. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya. 3a edició revisada. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2018.
5. Dozet D, Burd L, Popova S. Screening for alcohol use in pregnancy: a review of current practices and perspectives. *Int J Ment Health Addict*. 2023;21(2):1220-39. doi:10.1007/s11469-021-00655-3.
6. Blasco-Alonso M, González-Mesa E, Gálvez Montes M, Lozano Bravo I, Merino Galdón F, Cuenca Campos F, et al. Exposure to tobacco, alcohol and drugs of abuse during pregnancy: a study of prevalence among pregnant women in Malaga (Spain). *Adicciones*. 2015;27(2):99-108.
7. Garcia-Algar O, et al. Consum de alcohol en l'embaràs, prevenció, diagnòstic i atenció temprana dels Trastorns de l'Espectre Alcohòlic Fetal (TEAF). 2021.
8. Popova S, Dozet D, Shield K, Rehm J, Burd L. Alcohol's impact on the fetus. *Nutrients*. 2021;13(10):3452. doi:10.3390/nu13103452.

	CODI DOCUMENT: OBS-PM-XX	Revisió: 01 Pàgina núm. 18 de 18 Data elaboració novembre 2025
TRASTORN PER ÚS DE SUBSTÀNCIES I GESTACIÓ		

9. National Library of Medicine (US). Levonorgestrel. In: Drugs and Lactation Database (LactMed) [Internet]. Bethesda (MD): NLM; 2019. p. 63-7.
10. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012;129(3):e827-41. doi:10.1542/peds.2011-3552.
11. Navarrete F, García-Gutiérrez MS, Gasparyan A, Austrich-Olivares A, Femenía T, Manzanares J. Cannabis use in pregnant and breastfeeding women: behavioral and neurobiological consequences. *Front Psychiatry*. 2020;11:586447. doi:10.3389/fpsy.2020.586447.
12. Havard A, Chandran JJ, Oei JL. Tobacco use during pregnancy. *Addiction*. 2022;117(6):1801-10. doi:10.1111/add.15792.
13. Forray A, Foster D. Substance use in the perinatal period. *Curr Psychiatry Rep*. 2015;17:91. doi:10.1007/s11920-015-0626-5.
14. Martin MM, Graham DL, McCarthy DM, Bhide PG, Stanwood GD. Cocaine-induced neurodevelopmental deficits and underlying mechanisms. *Birth Defects Res C Embryo Today*. 2016;108(2):147-73. doi:10.1002/bdrc.21132.
15. Carmona Camacho R, López Carpintero N, Barrigón ML, Ruiz Nogales C, Menéndez I, Sánchez Alonso M, et al. Substance use, mental health and dual disorders on pregnancy: results of prevalence and treatment rates in a developed country. *Adicciones*. 2022;34(4).
16. Pérez López JA. Embarazo y drogodependencia: actuación en atención primaria. *Med Integral*. 2002;39(3):110-20.
17. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Servei d'Obstetrícia. Protocol Quart Trimestre. 1a edició. Badalona: HUGTIP; 2025.
18. APILAM. E-lactancia [Internet]. Disponible en: <https://www.e-lactancia.org>
19. NSW Health, Centre for Alcohol and Other Drugs. *Clinical Guidance for the Management of Substance Use in Pregnancy, Birth and the Postnatal Period*. North Sydney: NSW Health; 30 Jul 2024. ISBN 978-1-76023-879-7.