

11202



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México La Ciudad de la Esperanza



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCIÓN DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION
EN ANESTESIOLOGIA

FRECUENCIA DE PACIENTES CON TOXICOMANIAS EN EL AREA
ANESTESICO QUIRURGICA EN EL HOSPITAL GENERAL DE TICOMAN

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

PRESENTADO POR
DRA. ELSA PEREZ HERNANDEZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
ANESTESIOLOGIA

DIRECTOR DE TESIS
DRA. HERLINDA MORALES LOPEZ

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**FRECUENCIA DE PACIENTES CON TOXICOMANIAS EN EL ÁREA
ANESTÉSICO QUIRÚRGICA EN EL HOSPITAL GENERAL DE TICOMÁN**

DRA. ELSA PÉREZ HERNÁNDEZ

Vo. Bo.

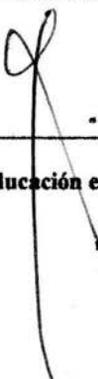
DRA. MARIA MARICELA ANGUIANO GARCÍA



Profesor Titular del curso de especialización en Anestesiología

Vo. Bo.

DR. ROBERTO SÁNCHEZ RAMÍREZ



Director de Educación e Investigación

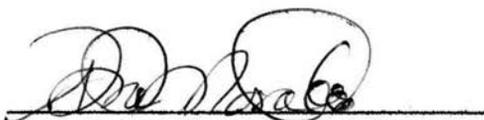
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
E INNOVACIÓN
SECRETARÍA DE
SALUD DEL ESTADO FEDERAL

**FRECUENCIA DE PACIENTES CON TOXICOMANIAS EN ÁREA ANESTÉSICO
QUIRÚRGICA EN EL HOSPITAL GENERAL DE TICOMÁN**

DRA. ELSA PÉREZ HERNÁNDEZ

Vo. Bo.

DRA. HERLINDA MORALES LÓPEZ

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dra. Herlinda Morales López', is written over a solid horizontal line.

Asesor de Tesis

Jefa de Anestesiología del Hospital

General de Ticomán

AGRADECIMIENTOS

- A ti Señor porque cuando veía las huellas del camino recorrido, eran las tuyas que me levantabas para seguir adelante.
- A Rodrigo y Daniel ¡ Hijitos ustedes me siguen manteniendo en pie ¡ los amo.
- A mis padres porque han procurado cada peldaño que he escalado
- A Alberto y Analine por su cariño
- Angélica siempre seremos amigas
- A la Dra. Anguiano por ser la piedra angular de este hermoso sueño y brindarme infinita paciencia
- A la Dra. Morales por su apoyo y dedicación en todo momento
- Al Dr. Navarro por su gran apoyo en la realización de este trabajo
- Dra. Gómez, Dra. Licona ¡ Mil gracias ¡ sus enseñanzas transpasaron la anestesia
- Al Dr. Gerardo Mafara que me enseñó la responsabilidad del anesthesiologo y me brindo su cariño en tiempos difíciles
- A mis compañeros por todos los momentos compartidos
- A todos mis maestros por sus enseñanzas, comprensión, tolerancia, dedicación
- A todos mis pacientes que fueron mi mejor libro de aprendizaje

INDICE

CONTENIDO	PAGINA
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2-4
MATERIAL Y MÉTODOS	5
RESULTADOS	6
CONCLUSIONES	7
ANEXOS	8
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	9-10

RESUMEN

Antecedentes.- Las adicciones (farmaco-dependencia) a sustancias psicotrópicas se han incrementado en todo el mundo, ya sea a un tipo de sustancia o a la combinación de dos o más de ellas, para alcanzar los efectos placenteros que al inicio se obtuvieron.

En México, las sustancias psicotrópicas más frecuentemente empleadas en la población general son: 1.- Tabaco, 2.- Cafeína, 3.- alcohol, 4.- marihuana, 5.- Cocaína, 6.- Solventes, 7.- alucinógenos, 8.- fármacos (benzodiacepinas, anfetaminas, opiáceos etc.)

Objetivo.- Determinar el número de pacientes que consumen alguna sustancia adictiva.

Material y Métodos.- El estudio es retrospectivo, transversal y descriptivo. La información se obtuvo de la bitácora diaria de procedimientos anestésicos que se encuentra en el área de teco-cirugía del Hospital General de Ticomán. El periodo que se analizó fue del 01 de septiembre del 2001 al 01 de septiembre del 2002. Las variables analizadas fueron: Edad, género, talla, índice de masa corporal, diagnóstico, procedimiento anestésico, complicaciones, drogas adictivas que se especifican, drogas adictivas que no se especifican, tasa de consumo de fentanil, riesgo anestésico quirúrgico.

Resultados.- El total de pacientes registrados en la bitácora fueron 4000, de los cuales 112 se registraron con consumo de sustancia o sustancias adictivas y representan 2.8% de los cuales 57 corresponden al sexo masculino (50.89%) y 55 al sexo femenino (49.1%). En la edad para hombres 41.6+ 17 y para mujeres 31.5+17. La tasa de fentanil para hombres 2.35+ 4.27 y para mujeres 1.38+ 3.02.

Conclusiones.- En estos pacientes es de suma importancia realizar una valoración preanestésica detallada, a menudo el anestesiólogo enfrenta la negativa del paciente a tener dependencia o abuso de alguna sustancia, cuando se identifica la enfermedad, debe informarse de manera inmediata al psicólogo o a un psiquiatra, para que en el momento adecuado proporcionen apoyo y manejo del paciente, antes y/o posterior a la cirugía (en los procedimientos electivos) , así mismo también estos datos ayudarán al anestesiólogo para planear el procedimiento anestésico y los medicamentos que más convengan al paciente o pacientes con adicciones y disminuir la morbi-mortalidad en el transoperatorio.

Palabras clave: Anestesia, toxicomanías, adicción, técnica anestésica, riesgo anestésico-quirúrgico, sustancias adictivas.

INTRODUCCIÓN

La drogadicción en América es un fenómeno difundido que trasciende fronteras de género, raza, clase social, región y edad ⁽¹⁾. Las mujeres alcohólicas y las drogadictas con frecuencia informan antecedentes familiares de dichos problemas, en particular alcoholismo. En una muestra de 150 mujeres que ingresó a tratamiento para alcoholismo, 61% señaló que tuvo al menos un familiar cercano con un problema de alcoholismo; en otra muestra de 301 mujeres en tratamiento para alcoholismo, 42% notificó que su padre tuvo un problema de alcoholismo, y 13% el problema lo tenía la madre.

En otro estudio en mujeres que ingresaron para tratamiento por consumo de heroína, 60% informó tener un familiar cercano que era alcohólico. Algunos datos sugieren que en las mujeres toxicómanas puede haber aún más probabilidades de que tengan antecedentes familiares de consumo de sustancias, que en varones drogadictos.

Cuando las personas que consumen drogas informan que un progenitor también tiene el mismo problema, hay más probabilidades de que ese progenitor sea el padre, lo que no sorprende dada la prevalencia más alta de drogadicción en varones que en mujeres ⁽²⁾. El consumo de sustancias por parte de la madre puede tener una participación de importancia particular en la vida de las toxicómanas. Por ejemplo, al comparar a mujeres y varones de raza negra que usaban cocaína, y que estaban buscando tratamiento, 55% tuvo un padre que fue alcohólico, y 18% uno adicto a drogas ilícitas, con porcentajes similares para pacientes de ambos sexos. Aún así, en 46% de las pacientes, la madre era alcohólica, en comparación con sólo 8% de los pacientes varones. En un estudio metaanalítico de la transmisión del alcoholismo, en el que se combinaron de 32 estudios acerca de alcoholismo familiar, se confirmó que los alcohólicos de uno u otro sexo, en comparación con la población general, provienen más a menudo de hogares en los cuales el padre es alcohólico. De cualquier modo, las alcohólicas, pero no los alcohólicos varones, provienen más a menudo de hogares de una madre alcohólica ⁽³⁾.

El paciente adicto representa muchos retos para el anestesiólogo, entre las toxicomanías la regla es el uso de múltiples drogas más bien que la excepción y se incluyen narcóticos, anfetaminas, marihuana, alcohol y cigarrillo, cada una de ellas implica una complicación latente durante el manejo anestésico ⁽⁴⁾.

La prevalencia del uso de cocaína ha aumentado espectacularmente durante el último decenio incluso en pacientes obstétricas ⁽⁵⁾. La cocaína es un derivado de la planta *Erythroxylon coca*. se usa mucho en la forma alcalinizada, que puede fumarse y se conoce como "crack". Sus efectos son mediados a través de sistemas neurotransmisores con noradrenalina, dopamina y serotonina ⁽⁶⁾. Al impedir la recaptación presináptica de noradrenalina, la cocaína causa cúmulo de este neurotransmisor y efectos indeseables, que incluyen hipertensión, taquicardia y vasoconstricción, ésta última en el caso de pacientes obstétricas se ha observado también en el útero ⁽⁷⁾, relacionándose con muchas complicaciones maternas como desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, neumotórax, rotura uterina, ^{(8),(9)} trabajo de parto pretérmino, ⁽¹⁰⁾ insuficiencia renal, ⁽¹¹⁾ rotura hepática ⁽¹²⁾ y disritmias cardíacas, ⁽¹³⁾ y dentro de las complicaciones fetales se encuentran muerte intrauterina, ⁽¹⁴⁾ anomalías congénitas ⁽¹⁵⁾ e isquemia miocárdica. ⁽¹⁶⁾

Las complicaciones médicas vinculadas con el uso de éste alcaloide incluyen : infarto miocárdico agudo ; arritmias cardíacas, incluso ventriculares que ponen en peligro la vida,

rotura de la aorta ascendente; apoplejía, convulsiones, isquemia intestinal; hipertermia; desnutrición, enfermedades de transmisión sexual y hepatitis⁽¹⁷⁾

Las anfetaminas son simpaticomiméticos con potencial de producir estimulación intensa del sistema nervioso central, produce signos y síntomas similares a los de la cocaína⁽¹⁸⁾. Su ingestión aguda aumenta los requerimientos de dosis de anestésicos generales, en tanto que la crónica produce decremento en la concentración alveolar mínima (MAC) de los agentes volátiles⁽¹⁹⁾

El abuso de narcóticos se vincula con numerosos problemas médicos que incluyen SIDA, hepatitis, endocarditis, neumatías, nefropatías y cardiopatías⁽²⁰⁾⁽²¹⁾. Puede detectarse el síndrome agudo de privación, por temblores, ansiedad, dolores musculares, náusea, vómito, anorexia, dolor gastrointestinal, taquicardia, hipertensión, midriasis, manifestaciones que alcanzan el máximo 48 -72 hrs después de la última dosis de narcótico.⁽²²⁾ Cuando se abusa de opioides los síntomas de privación incluyen bostezos, lagrimeo, rinorrea, diarrea, deshidratación, fiebre y diaforesis, éstos suelen empezar 12 horas después de la última dosis de opioide⁽²³⁾

En el caso del alcoholismo, este se ha vinculado con cardiomiopatía, disminución de la concentración de albúmina, coagulopatía, hepatopatía ascitis y anomalías electrolíticas. En el embarazo se ha conocido como teratógeno incluyéndose anomalías craneofaciales, cardíacas, renales y musculocutáneas incluso se relaciona con el síndrome de alcoholismo fetal⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾

Los efectos del tabaquismo pudieran deberse a cualquiera de las numerosas sustancias químicas en el humo del tabaco, pero además del monóxido de carbono y la nicotina, se sabe poco de los efectos de las otras toxinas, que pueden alcanzar la cifra de casi 1000.⁽²⁶⁾ Los efectos respiratorios del humo del tabaco incluyen anomalías en la secreción de moco, el transporte ciliar y la función de las vías respiratorias pequeñas⁽²⁷⁾ En el embarazo se observa retardo en el crecimiento intrauterino, aborto espontáneo, rotura prematura de membranas, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera y síndrome de muerte súbita^{(28),(29)}.

Las drogas que se consumen en México con mayor frecuencia son:

- 1.- Tabaco
- 2.- Caféina
- 3.- Alcohol
- 4.- Marihuana
- 5.- Cocaína
- 6.- Solventes
- 7.- Alucinógenos
- 8.- Otros (opiáceos, benzodiacepinas, anfetaminas, etc).

Los datos estadísticos arrojan los siguientes resultados porcentuales de consumo por sustancia:

Alcoholismo 66.6% de la población, la mayor proporción se encuentra en personas entre 12 y 18 años de edad (53.7%), la dependencia se reportó en 9.4%. Tabaquismo 54.6% de la población.

Drogas ilegales 3.9% de la población. (Marihuana 3.3% , cocaína 1.5%, Inhalantes 0.5%).⁽³⁰⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según las referencias la drogadicción ha ido en aumento, y el riesgo anestésico quirúrgico aumenta por el tipo de sustancias que se utilizan en el quirófano. En el Hospital general de Ticomán se han suspendido procedimientos quirúrgicos por el riesgo que conlleva el consumo de sustancias, en un período de tiempo corto, antes del procedimiento quirúrgico. De aquí la necesidad de tener antecedentes escritos del perfil del paciente que se atiende en la unidad hospitalaria con algún tipo de drogadicción.

Es vital que el anestesiólogo reconozca y trate a los pacientes toxicómanos y considere la posibilidad de que cualquier anomalía conductual o hemodinámica sea secundaria al uso ilícito de fármacos y preparar el tipo de anestesia que sea el más adecuado para este tipo de pacientes.

JUSTIFICACIÓN

En el Hospital General de Ticomán no se cuenta con un análisis retrospectivo de pacientes con problemas de drogadicción dentro del área anestésico quirúrgica, por lo que se hace necesaria su descripción para prever complicaciones durante el transanestésico.

OBJETIVOS

- Determinar la frecuencia de pacientes que consumen alguna sustancia adictiva.
- Determinar el promedio de pacientes con adicción que se presentaron en el servicio de anestesia dentro del quirófano en el período comprendido del primero de septiembre del 2001 al primero de septiembre del 2002.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se efectuó un estudio descriptivo transversal retrospectivo, en el Hospital General de Ticomán en el área anestésico quirúrgica, en el período comprendido del primero de septiembre del 2001 al primero de septiembre del 2002.

Para su realización se consultó la bitácora diaria del servicio de anestesia, recabando datos que fueron vaciados en una sábana realizada en el programa Excel.

Los criterios de inclusión fueron : todos los pacientes que se encontraron registrados en la bitácora diaria de procedimientos anestésicos y que en la columna de adicciones tengan marcada ésta.

No se tomaron en cuenta criterios de exclusión ni de eliminación ya que por tratarse de un estudio retrospectivo estos no aplican.

El tipo de muestreo fue accidental.

Las variables que se tomaron en cuenta fueron :

- 1.- Diagnóstico quirúrgico
- 2.- Edad
- 3.- Sexo
- 4.- Peso
- 5.- Talla
- 6.-Procedimiento anestésico
- 7.- Complicaciones
- 8.-Drogas que se especifican
- 9.-Drogas que no se especifican
- 10.- Tasa de consumo de fentanil
- 11.- Riesgo anestésico quirúrgico

No se consideró riesgo para la realización de este estudio ya que no se violaron los principios éticos, al no revelar la identidad de los pacientes que presentaron algún tipo de adicción.

RESULTADOS.

De una población total de 4000 pacientes registrados en la bitácora de anestesia 112 refirieron tener algún tipo de adicción representando 2.8% de los pacientes atendidos durante el período comprendido del primero de septiembre del 2001 al primero de septiembre del 2002. De los registros analizados se obtuvieron los siguientes resultados: 57 hombres y 55 mujeres se encontraron con alguna toxicomanía..

El manejo anestésico de estos pacientes fue el siguiente :

- anestesia regional peridural 53
- anestesia regional subaracnoidea 16
- anestesia regional mixta 4
- anestesia general 33
- anestesia general y técnica regional 06

(ver detalles en gráficas correspondientes)

Con respecto al tipo de adicción que presentaron los pacientes se observó que tuvo mayor frecuencia el tabaquismo en combinación con alcoholismo que representa el 38.4% de los 112 pacientes.

En cuanto a grupo etáreo de 31 – 35 años en hombres se registró el mayor número de casos (9).En mujeres de 16 –20 años se registró el mayor número de casos (15) .

(ver gráficos para detalle)

Con respecto al riesgo anestésico quirúrgico se presentó con mayor frecuencia urgencias cirugías mayores con ASA III.

En lo que se refiere a la tasa de fentanil administrada durante el procedimiento anestésico se observó que fue mayor en pacientes con adicción a la cocaína en los 112 pacientes, de predominio en hombres, y en las mujeres esta tasa fue mayor en las que consumen cocaína en combinación con marihuana.

CONCLUSIONES

Las adicciones (fármaco-dependencia) a sus sustancias psicotrópicas se ha incrementado en todo el mundo.

Anteriormente se distinguían sustancias “ para ricos” y sustancias “ para pobres” pero actualmente, esas sustancias para ricos han bajado sus costos por la combinación de cocaína con óxido y zinc. Así mismo hay sustancias legales como el tabaco, la cafeína y el alcohol, algunas sustancias como la cafeína, muchas veces no se considera como droga por la población.

La OMS define a una droga como “una sustancia química que introducida voluntariamente en el organismo, posee la propiedad de modificar las condiciones físicas, químicas o ambas del organismo”; la drogadicción “ en su consumo voluntario, abusivo, periódico o crónico, nocivo para el individuo y la sociedad”; y la dependencia como el impulso irreprimible de continuar administrándose la droga o un fármaco de forma periódica o crónica^(3b)

1.- El presente estudio describe el número de pacientes que tienen consumo de sustancias adictivas, detectados a través de la bitácora diaria de registro de pacientes del área de anestesiología; este trabajo abre pautas para realizar más trabajos de investigación retrospectivos y realizar un análisis más extenso y exhaustivo en el expediente clínico y el manejo anestésico de dichos pacientes, trabajos, que en la práctica anestésica mexicana son muy escasos.

2.- Cada día el consumo de sustancias adictivas está en aumento y el anestesiólogo se enfrenta a estos pacientes en su quehacer diario. Es necesario que se estudie bien al paciente desde el interrogatorio debido a que las complicaciones en el trans- anestésico pueden ser graves. Debemos tomar en cuenta la negativa del consumo de tóxicos de los pacientes en el interrogatorio.

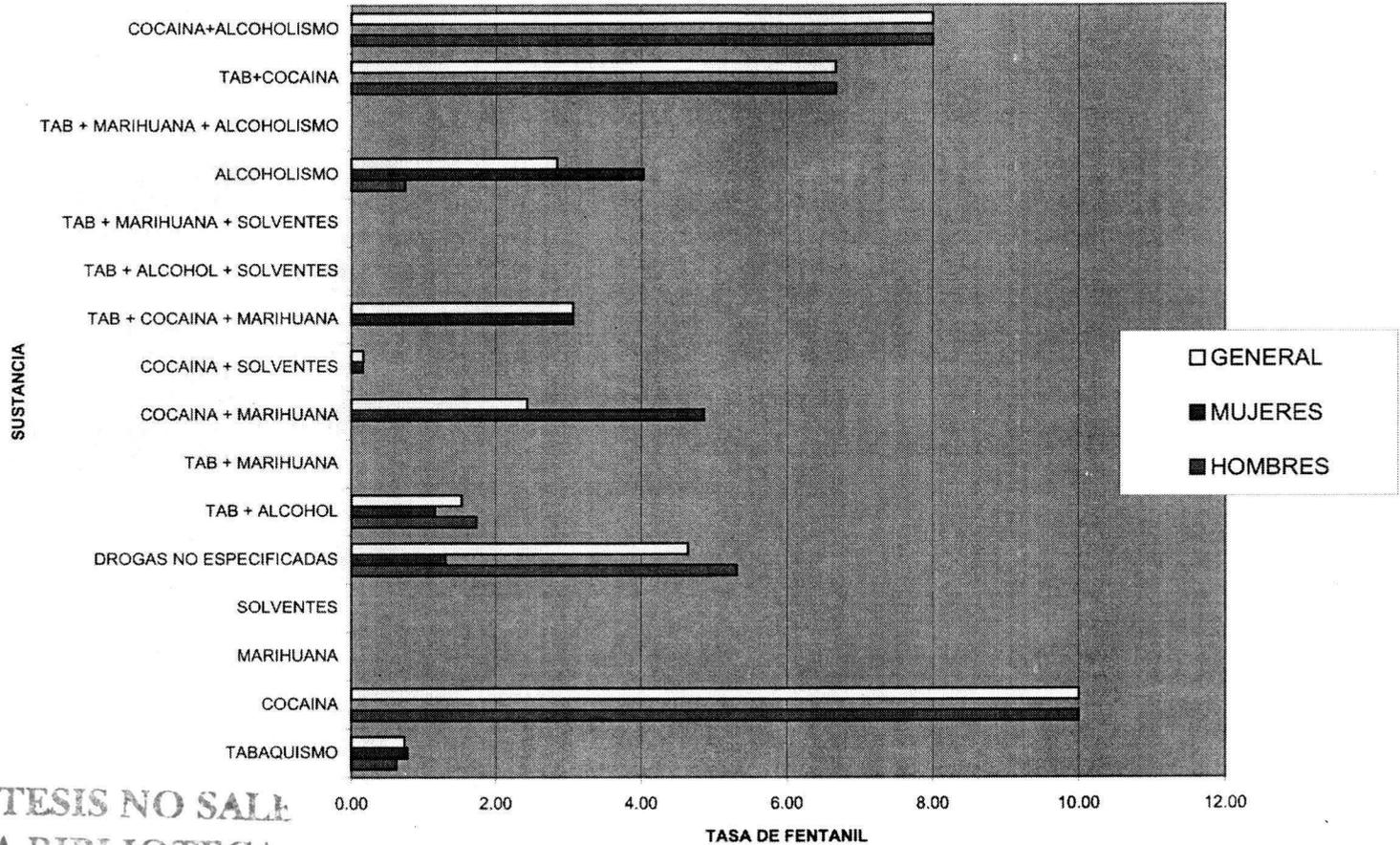
3.- En este estudio no se encontró consumo de cafeína probablemente a un sesgo de información y a que, erróneamente, no se considera como sustancia adictiva, hasta por el propio personal sanitario.

A N E X O S

DESCRIPCION DE VARIABLES DE LA POBLACION

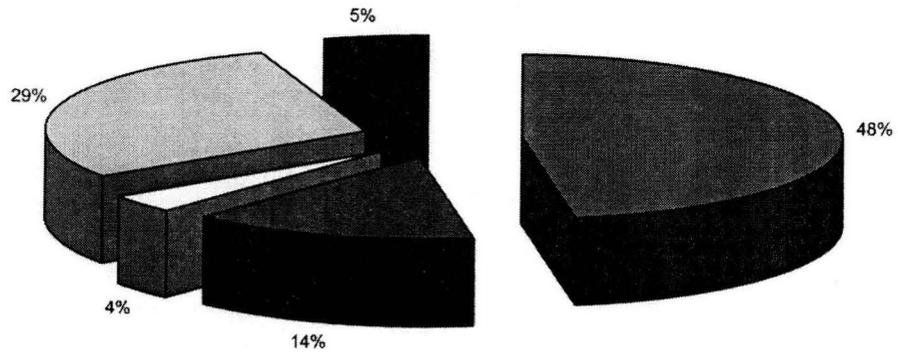
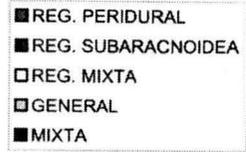
	EDAD (años)	PESO (Kg)	TALLA (mts)	IMC	FENTANIL (mcg)	TIEMPO QX (min)	TASA FENTANIL (mcg/Kg/h)
HOMBRES	41.6 ± 17	70.9 ± 14.3	1.66 ± 0.069	25.7 ± 4.84	87.2807 ± 128.342	97.89 ± 44.04	2.35 ± 4.27
MUJERES	31.5 ± 17	68.6 ± 14.3	1.558 ± 0.06	28.2 ± 5.49	71.3636 ± 93.8936	65.36 ± 53.44	1.38 ± 3.02
GENERAL	36.6 ± 16.63	69.78 ± 13	1.61 ± 0.08	26.94 ± 4.83	79.464 ± 106.13	81.92 ± 47.12	1.87 ± 3.25

TASA DE FENTANIL POR SEXO, SEGUN SUSTANCIA DE ADICCION

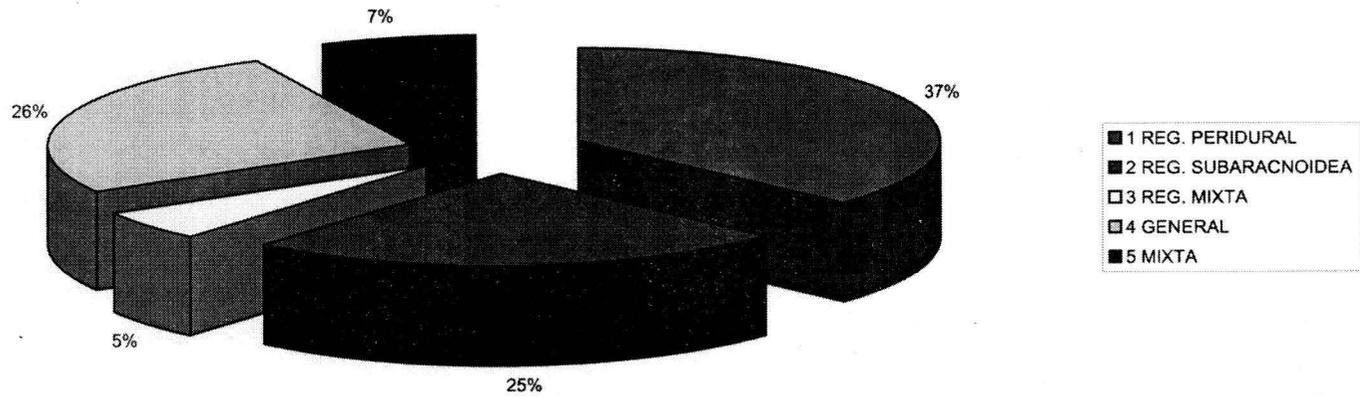


ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

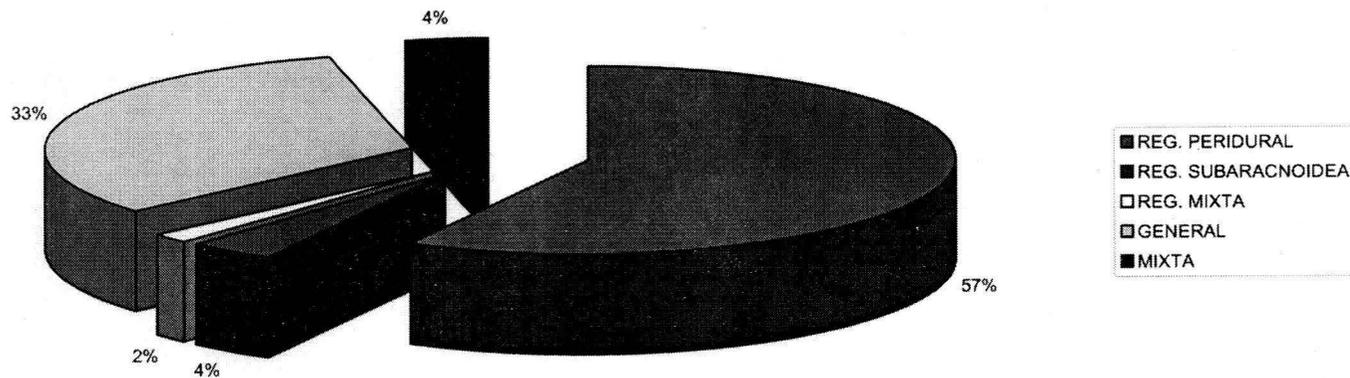
TÉCNICA ANESTÉSICA

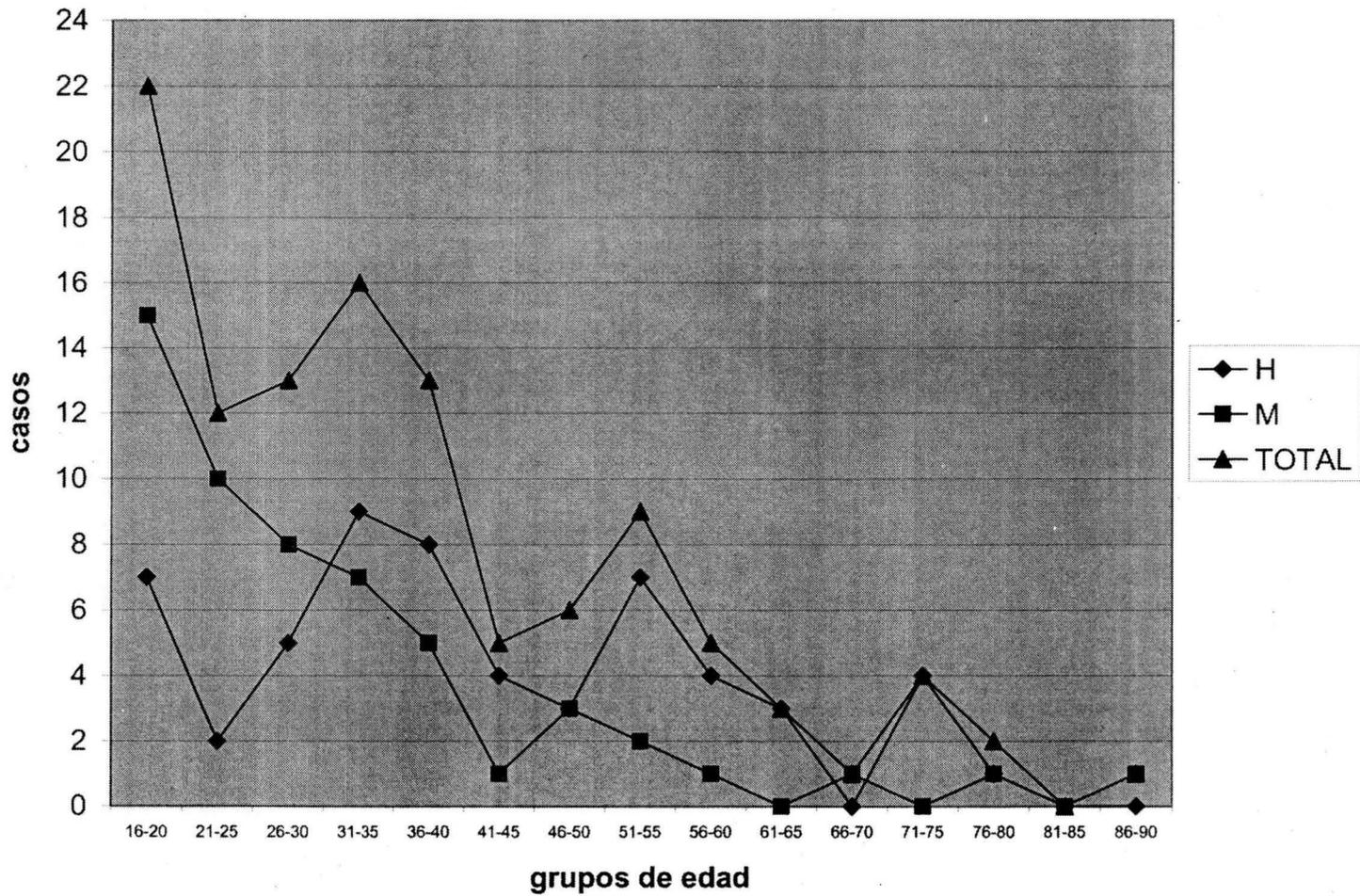


TECNICA ANESTÉSICA HOMBRES

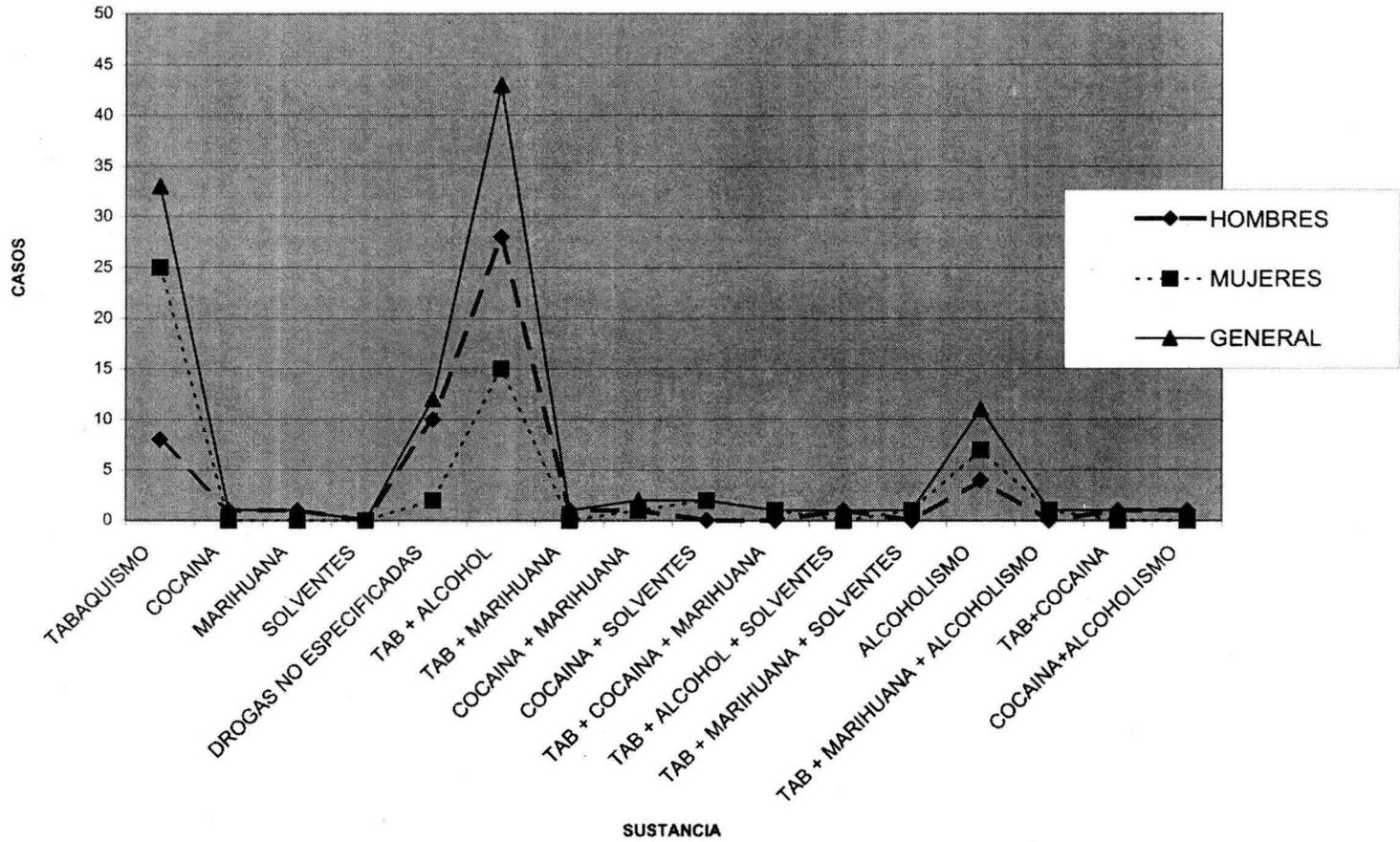


TÉCNICA ANESTÉSICA MUJERES

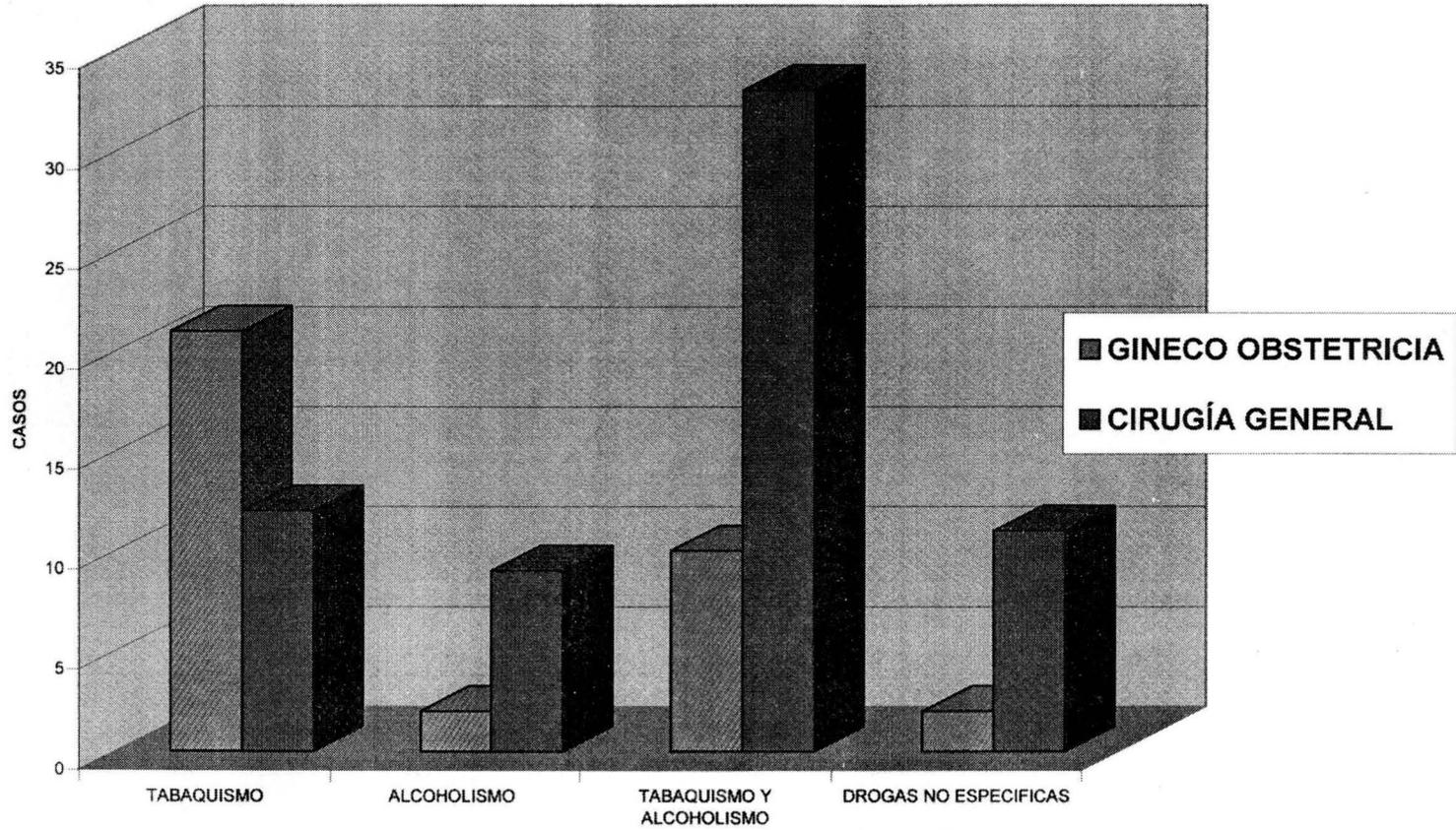




CASOS DE ADICCION SEGUN SUSTANCIA POR SEXO Y POBLACION GENERAL



FRECUENCIA DE TOXICOMANIA POR SERVICIO



BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Clínicas de Perinatología Vol 1/1999. EXPOSICIÓN PRENATAL A DROGAS Y RESULTADOS EN EL NIÑO. Ed Mac Graw Hill Interamericana Sydney L. Hans Ph. D.
- 2.- Características demográficas y psicosociales de embarazadas que consumen drogas. Blumes : Women and alcohol : a review JAMA 256 : 1467, 1986.
- 3.- Bohman M, Sigvardsson S, Cloninger. C.R. : Maternal inheritance of alcohol abuse : crossfostering analysis of adopted woman. Arch Gen Psychiatry 38 : 965, 1981.
- 4.- Clínicas de anestesiología de Norteamérica. Vol 2/1998. Anestesia y la parturienta que abusa de drogas Ed Mc Graw Hill Interamericana. David J. Birnbach, MD.
- 5.- Rozenak D, Diamant. YZ, Yaffe H, et al : Cocaine : Maternal use during pregnancy and its effect on the mother, the fetus and the infant. Obstet Gynecol Surv 45 : 348-359, 1990.
- 6.- Gold MS, Washton AM, Dackis CA : Cocaine abuse : Neurochemistry, phenomenology, and treatment. Natl Inst. Drug abuse Res Monograph Ser 61 : 130-150, 1985.
- 7.- Hurd, W.W. Smith AJ, Gauvin JM, et al : Cocaine blocks extraneuronal uptake of norepinephrine by the pregnant human uterus. Obstet Gynecol 78 : 249-253, 1991.
- 8.- Iriye BK, Bristow RE, Hsu CD, et al : Uterine rupture associated with recent antepartum cocaine abuse. Obstet Gynecol 83 : 840-841, 1994.
- 9.- Mishra A, Landzberg BR, Parente JT : Uterine rupture in association with alkaloidal cocaine use. Am J. Obstet Gynecol 173 : 243 -244, 1995.
- 10.- Buehler BA : Cocaine. How dangerous is it during pregnancy ? Neb med J. 80 : 116-117, 1995.
- 11.- Lampley E.C. Williams S, Myers SA : Cocaine – associated rhabdomyolysis causing renal failure in pregnancy. Obstet Gynecol 87: 804-806, 1996.
- 12.- Moen MD, Caliendo MJ, Marshall W, et al . hepatic rupture in pregnancy associated with cocaine use. Obstet Gynecol 82 : 687-689, 1993.
- 13.- Chao CR : Cardiovascular effects of cocaine during pregnancy Semin Perinatol 20 : 107 -114, 1996.

14.- Martínez A, Larabee K, Monga M. Cocaine is associated with intrauterine fetal death in women with suspected preterm labor. *Am J Perinatol* 13:163-166, 1996.

15.- Jasnosx KM, Hermansen MC, Snider, C, et al : Congenital complete absence of the diaphragmatic hernia *Am, J, perinatol* 11: 340-343, 1994.

16.- Mehta SK, Finkelhor RS, Anderson RL, et al : Transient myocardial ischemia in infants prenatally exposed to cocaine. *J. Pediatr* 122 : 945-949 1993.

17.- Birnbach DJ, Stein DJ, Thomas K, et al : Cocaine abuse in parturient. What are the anesthetic implications? *Anesthesiology* 79 : A 988, 1993.

18.- Ong BH : Hazards to health : Dextroamphetamine poisoning : *N Engl J Med* 266 : 1321-1322, 1962.

19.- Johnston RR, Way WL, Miller RD : Alteration of anesthetic requirement by amphetamine . *Anesthesiology* 36 : 357 -363, 1972.

20.- Kliman L. Drug dependence and pregnancy : Antenatal and intrapartum problems . *Anaesth Intensive Care* 18 : 358 - 360 , 1990.

21.- Rodríguez EM, Mofenson LM , Chang BH, et al . association of maternal drug use during pregnancy with maternal HIV culture positivity and perinatal HIV transmission *AIDS* 10 : 273-282, 1996.

22.- Weintraub SJ, Naulty JS : Acute abstinence syndrome after epidural injection of butorphanol . *Anesth Analg* 64 (4) 452-453, 1985.

23.- Edwards R : Anaesthesia and alcohol . *Br Med J* 291 : 423-424, 1985.

24.- Pietrantonio M, Knupel RA : alcohol use in pregnancy, *Clin Perinatol* 18 : 93 - 111, 1991.

25.- Council on Scientific Affairs, American Medical Association : Fetal effects of maternal alcohol use. *JAMA* 249 (18) :2517-2521, 1983.

26.- Economides D, Braithwaite J : Smoking pregnancy and the fetus *J R Soc Health* 114 : 198-201, 1994.

27.- Pearce Ac, Jones RM : Smoking and anesthesia : Preoperative abstinence and perioperative morbidity. *Anesthesiology* 61 : 576-584, 1984.

28.- Feng T.: Substance abuse in pregnancy. *Curr Opin Obstet Gynecol* 5 (1) : 16-23, 1993.

29.- Kistin N, Handler A, Davis F, et al : Cocaine and cigarettes. A comparison of risks .*Paediatr Perinat Epidemiol* 10 : 269-278, 1996.