

**Universidad de Zaragoza
Escuela de Enfermería de Huesca**

Grado en Enfermería

Curso Académico 2018/ 2019

TRABAJO FIN DE GRADO

**REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: SINDROME DE ABSTINENCIA
NEONATAL**

Autor/a: Joseline Isabel Ayala Dávila

Director: Nuria Puig Comas

ÍNDICE

RESUMEN.....	.2
ABSTRACT.....	.3
INTRODUCCIÓN .....	.4
OBJETIVOS.....	.5
METODOLOGÍA.....	.6
DESARROLLO.....	.7
• SIGNOS Y SÍNTOMAS.....	.8
• DIAGNÓSTICO .....	.9
• TRATAMIENTO.....	.9
• PREVENCIÓN.....	.11
• PAPEL DE ENFERMERÍA.....	.12
• LACTANCIA MATERNA.....	.14
CONCLUSIONES.....	.15
BIBLIOGRAFÍA.....	.17
ANEXOS.....	.21

RESUMEN

Introducción:

El consumo de drogas durante la gestación es uno de los problemas sanitarios más importantes en la actualidad. La manifestación más relevante de este abuso de tóxicos es el Síndrome de Abstinencia Neonatal. Este se define como un conjunto de signos y síntomas que experimenta un recién nacido cuando cesa este aporte de sustancias adictivas. El saber reconocer la clínica, la realización de la valoración de las manifestaciones y los cuidados de Enfermería que se prestan contribuyen al mantenimiento de la salud y la recuperación del neonato. Conocer la situación actual de este problema nos aportaría elementos útiles para visualizar su existencia y el abordaje integral.

Objetivo:

Conocer en qué consiste el Síndrome de Abstinencia Neonatal y la forma adecuada de abordarlo.

Metodología:

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en bases de datos y buscadores. Además, una búsqueda manual en la biblioteca del Colegio de Enfermería de Huesca.

Conclusiones:

El síndrome de abstinencia neonatal es un conjunto de signos y síntomas que presenta el neonato cuando este deja de estar expuesto a las sustancias tóxicas que la madre ha estado consumiendo durante el embarazo. Para abordarlo se debe reconocer los signos y síntomas, las pruebas de detección, los distintos tipos de tratamientos que existen y las maneras de prevenirlo. Además, las intervenciones de enfermería y el suministro de lactancia materna ayudan a la recuperación temprana del recién nacido.

Palabras clave:

Síndrome de abstinencia neonatal, enfermería, trastornos relacionados con opioides, lactancia materna, partería, cuidados del recién nacido.

ABSTRACT

Introduction:

Drug use during pregnancy is one of the most important health problems today. The most relevant manifestation of this toxic abuse is Neonatal Abstinence Syndrome. It is defined as a set of signs and symptoms that a newborn experiences when this addictive substance supply ceases. Knowing how to recognize the clinic, evaluating the manifestations and nursing care provided contribute to the maintenance of health and the recovery of the newborn. Knowing the current situation of this problem would provide us with useful elements to visualize its existence and the integral approach.

Objective:

To Know what Neonatal Abstinence Syndrome is and how to address it properly.

Methodology:

A bibliographic search has been carried out on databases and search engines. In addition, a manual search in the library of the College of Nursing of Huesca.

Conclusions:

Neonatal Abstinence Syndrome is a series of signs and symptoms that are shown by a neonate when it stops being exposed to the toxic substances consumed by the mother during pregnancy. To be able to address it, its signs and symptoms, screening tests, different types of treatments and ways to prevent it must be recognized. Furthermore, nursing interventions and breastfeeding contribute to the early recovery of the newborn.

Keywords:

Neonatal abstinence syndrome, nursing, opioid related disorders, breastfeeding, midwifery, newborn care.

INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas tanto legales como ilegales ocasiona en las mujeres embarazadas graves alteraciones en el desarrollo del feto y en el recién nacido⁽¹⁾, y causa alta morbilidad maternofetal, por lo que se ha convertido en un problema grave de salud pública. Se considera una gestación de alto riesgo, ya que además, se asocia el consumo de varias sustancias y la posibilidad de padecer alguna enfermedad infecciosa (VIH, VHB, VHC) y de llevar un mal control prenatal⁽²⁾.

Durante la gestación, pasan desde el torrente sanguíneo de la madre al feto a través de la placenta, creándole a este una dependencia, y en el momento del parto, cuando éste deja de estar expuesto a ellas, el recién nacido padece un Síndrome de Abstinencia Neonatal (SAN). El SAN es definido como un conjunto de signos y síntomas que experimenta el neonato cuando se le retira la exposición a esas sustancias adictivas que la madre ha estado consumiendo⁽¹⁾. Su inicio y duración varía en relación al tipo de droga; al intervalo de tiempo transcurrido entre la última dosis y el parto; y el tiempo de drogadicción de la madre, si es un período muy largo, el cuadro de abstinencia padecido por el neonato es más intenso⁽²⁾.

Los primeros signos pueden aparecer al nacimiento o a las dos semanas de vida, aunque lo más frecuente, es que se manifiesten a las setenta y dos horas tras el parto, con una duración de entre ocho a dieciséis semanas. No obstante, puede retrasarse, ya que cuanto más cercano al parto sea el consumo de la sustancia más tarde se manifiestan los signos y síntomas⁽³⁾. El SAN puede afectar al sistema nervioso central y autónomo, gastrointestinal y respiratorio, y los signos clínicos pueden variar mucho⁽²⁾.

En Europa la evolución de este síndrome ha sido poco estudiada, en cambio en Norteamérica, existen diversos estudios que hablan de la prevalencia e incidencia⁽³⁾. En España se ha aumentado de forma preocupante la drogadicción en la sociedad actual que incluye a la mujer gestante, con un índice de consumo de drogas ilegales de casi un 3%. En Reino Unido, se estima que el 5-10% de los partos han sido de mujeres que han consumido drogas, con una prevalencia del 0,9%⁽¹⁾.

La prevalencia de SAN en España aumentó entre 1982-2008, del 60 al 68% en las adictas a heroína y del 77 al 85,7% en adictas a metadona. En Norteamérica, según un estudio publicado en Ontario (Canadá), se informó de un aumento casos por cada 1000 nacimientos de 1,3 en 2004 a 4,3 en 2009. En EEUU se refleja un aumento de recién nacidos con SAN pasando de 1,20 a 3,39 casos por cada 1000 nacimientos entre 2000-2009. En Australia se muestra un aumento de la tasa de SAN desde 0,97 en 1980 hasta 35,1 por cada 10000 nacidos vivos en el año 2005, y llegando a una tasa máxima en 2011 de 42,4 casos⁽³⁾.

El tratamiento farmacológico dependerá de la gravedad de los signos y síntomas detectados en la escala Finnegan (Anexo I) y su duración, se basará en la evolución clínica. La dosis se ajusta en base a la puntuación obtenida en la escala, descendiendo lenta y progresivamente para evitar efectos rebote⁽²⁾.

Las enfermeras deben conocer qué es el SAN y sus manifestaciones clínicas, para poder ser capaces de valorar y prestar los cuidados adecuados, ya que son ellas las que están en contacto permanente con el neonato desde su nacimiento⁽³⁾.

He escogido este trabajo porque creo que este tema es poco conocido en España, y lo considero un tema importante de tratar y de dar a conocer las consecuencias que traen el consumo de opioides de la madre en el neonato.

OBJETIVOS

Objetivo general

Conocer en qué consiste el Síndrome de Abstinencia Neonatal y la forma adecuada de abordarlo.

Objetivos específicos

- Reconocer los signos y síntomas de alarma identificativos de este síndrome.
- Conocer los distintos tipos de diagnósticos y tratamientos.
- Saber el papel de enfermería en los cuidados en el síndrome de abstinencia neonatal.

- Conocer la mejor forma de prevención materna de abuso de opioides.
- Saber la importancia de la lactancia materna relacionada con este síndrome.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos biomédicas y buscadores, Pubmed, Science Direct, Alcorze y Dialnet. Además se ha realizado una búsqueda manual en la biblioteca del Colegio de Enfermería de Huesca.

El periodo de tiempo en el que he ceñido mi búsqueda es de cinco años. He seleccionado artículos que estuvieran en castellano y en inglés, con acceso a texto completo. No obstante, he utilizado un libro del año 2006 y un artículo del 2013, porque los he considerado importantes para este trabajo.

Las palabras utilizadas en la búsqueda concuerdan con los descriptores de la Salud. He combinado con el operador booleano "AND" mis palabras claves Síndrome de abstinencia neonatal, enfermería, trastornos relacionados con opioides, lactancia materna, partería y cuidados del recién nacido, como se muestra en la siguiente tabla (tabla 1).

BASES DE DATOS	COMBINACIONES	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
PUBMED	"Neonatal Abstinence Syndrome"[Mesh]	312	6
	"Neonatal Abstinence Syndrome"[Mesh] AND "Breast Feeding"[Mesh]	27	1
	"Breast Feeding"[Mesh] AND "Midwifery"[Mesh]	61	2
	"Neonatal Abstinence Syndrome"[Mesh] AND "Opioid-Related Disorders"[Mesh]	136	2
SCIENCE DIRECT	"neonatal abstinence syndrome" AND "nursing" AND "breast feeding"	21	1

	"neonatal abstinence syndrome" AND "infant care"	35	1
	"neonatal abstinence syndrome" AND "breast feeding"	36	1
	"neonatal abstinence síndrome"	574	5
DIALNET	Síndrome de abstinencia neonatal	23	3
COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA HUESCA	Enfermería maternal y del recién nacido	2	2
TOTAL			24

TABLA 1: Metodología

DESARROLLO

El síndrome de abstinencia neonatal (SAN) es el resultado de la interrupción repentina de la exposición fetal a ciertas sustancias (metadona, heroína, cocaína, etc.) que la madre consumió durante el embarazo y que fueron transmitidas a través de la placenta⁽⁴⁾⁽⁵⁾ .

La vida media de los opioides a los que son expuestos los recién nacidos influye considerablemente, ya que si estos son de una vida media corta, desarrollan los síntomas a las pocas horas de nacer, a diferencia de los de vida media larga, que las manifestaciones clínicas se desarrollan más adelante⁽⁶⁾ .

Existen varios factores que contribuyen al desarrollo del SAN, como los factores maternos (mala nutrición o estrés), el metabolismo de los opioides placentarios, las variables genéticas, las condiciones neonatales (prematuridad o infección) y factores ambientales como la atención temprana que reciben los recién nacidos⁽⁶⁾ .

La hospitalización media del recién nacido a término es de unas cuarenta y ocho horas, y en lo que respecta a los expuestos a opiodes, este tiempo debe prolongarse. Esto supone un aumento en el uso de los recursos de atención sanitaria para el cuidado de estos neonatos, ya que ingresan en la unidad de cuidados intensivos neonatales, donde están diecisiete días, y si requieren tratamiento farmacológico, unos veintitrés⁽⁶⁾.

La detección del fármaco depende de la cantidad y la duración de la exposición al mismo, el método de administración materna y el metabolismo individual y la depuración del fármaco en la madre y su feto⁽⁶⁾.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

El SAN es un trastorno complejo que afecta principalmente al sistema nervioso central y autónomo y al sistema gastrointestinal. Las manifestaciones clínicas varían, ya que van desde llanto excesivo, temblores leves e irritabilidad hasta fiebre, pérdida excesiva de peso y convulsiones⁽⁶⁾ (Anexo II).

Los signos clínicos normalmente se desarrollan dentro de los primeros días después del nacimiento, aunque el momento de su aparición y su gravedad, pueden variar por múltiples factores, como el tipo de opioide, la dosis y el momento de la exposición⁽⁶⁾.

A pesar de la gran variedad de signos y síntomas iniciales que pueden presentarse inicialmente en este síndrome, las tres características más específicas son temblores leves, aumento del tono muscular y un reflejo de Moro exagerado⁽⁷⁾.

El SAN empieza a manifestarse de forma corta pero intensa, comienza con temblores, convulsiones, irritabilidad, problemas de alimentación, vómitos, diarrea, hipertermia y otros signos sistémicos, que duran de una a dos semanas. Asimismo puede ir seguida de un curso prolongado crónico y recurrente que incluye hiperirritabilidad, trastornos del sueño, hiperfagia y otros signos neurológicos y autónomos, que duran semanas o incluso meses⁽⁴⁾.

DIAGNÓSTICO

Es necesaria la confirmación toxicológica, ya que se debe identificar el tipo exacto de sustancias que la madre estaba tomando durante el embarazo para poder tratar al neonato⁽⁴⁾. Las pruebas a realizar consisten en tomar una muestra de la orina, del meconio, de sangre del cordón umbilical o del cabello del bebé⁽⁷⁾, siendo las dos primeras las pruebas de elección, al ser no invasivas, reproducibles y económicas⁽⁴⁾.

El análisis de orina es la más utilizado⁽⁴⁾, en ella se debe recolectar la orina lo más pronto posible, preferiblemente la primera micción. Esta prueba refleja el consumo materno de sustancias de los días previos a la semana anterior al parto, y será positivo durante dos o cuatro días, según el tipo y el momento de exposición⁽⁷⁾.

La extracción de sangre del cordón umbilical también refleja exposiciones recientes, de horas a días, pero en general se consideran menos sensibles que las demás pruebas⁽⁷⁾.

La prueba de meconio es más sensible que la prueba de la orina y tiene una ventana de detección más larga, desde las veinte semanas de edad gestacional⁽⁴⁾. No obstante, requiere tiempo para la recolección, ya que puede no estar disponible dentro de las primeras horas de vida, especialmente de bebés prematuros o en el caso de existir meconio en el útero⁽⁵⁾. A la hora de extraer la muestra debe hacerse meticulosamente para evitar contaminación cruzada con la orina. Para que esta prueba tenga mayor precisión, debe extraerse antes de la primera toma⁽⁷⁾.

El análisis del cabello puede realizarse hasta meses después del nacimiento, se realiza menos⁽⁷⁾.

Puede haber resultados falsos positivos y los falsos negativos, por lo tanto, estos deben interpretarse en el contexto de cada caso⁽⁷⁾.

TRATAMIENTO

El tratamiento del neonato puede ser no farmacológico y farmacológico. La terapia de primera elección es la no farmacológica en todos los casos y puede ser suficiente en casos de abstinencia leve con una puntuación de

Finnegan menor de ocho⁽⁷⁾. Es fácilmente aceptable, menos costosa y menos controvertida.

Los métodos comunes de atención no farmacológica incluyen:

- El **control ambiental**, que incluye habitaciones silenciosas y poco iluminadas, envoltura, posicionamiento y tipos de camas. El ajuste de los estímulos ambientales, como el sonido y la luz, intenta garantizar que no se sobre-estimule al recién nacido⁽⁸⁾.
El envolvimiento, (Anexo 3) consiste en envolver fuertemente al bebé en un arrullo, lo que se ha demostrado que disminuye la excitación, prolonga el sueño, mejora el desarrollo neuromuscular y disminuye el malestar fisiológico.
El tipo de posicionamiento influye en la reducción de los síntomas. La postura adecuada es la posición prona, ya que consigue menos despertares y mayor tiempo de sueño tranquilo, más sueño con umbrales de activación más altos, menores niveles de actividad, mejor control respiratorio y disminución de la variabilidad de la frecuencia cardíaca.
El tipo de cama elegida es la cama de agua no oscilante, ya que disminuye la irritabilidad y aumenta los períodos de sueño.
- Los **métodos de alimentación**, la lactancia materna y artificial. La primera es de las intervenciones más utilizadas⁽⁸⁾. Todas las madres clínicamente estables que participan en programas exitosos de recuperación y abstinencia para el abuso de sustancias deben ser asesoradas y alentadas a amamantar⁽⁵⁾.
- La **integración social**, donde se aloja con los padres y se fomenta el contacto piel con piel que facilita la unión de la madre con el bebé⁽⁸⁾.

Cuando las medidas ambientales y de apoyo no son suficientes para gestionar el cuadro clínico, la farmacoterapia es esencial para la atención de los neonatos con SAN⁽⁵⁾. Los objetivos de la terapia farmacológica son aliviar el malestar infantil, permitir una nutrición y desarrollo adecuados y fomentar el vínculo entre los padres⁽⁸⁾. Los sistemas de puntuación del SAN

ayudan a respaldar el proceso de decisión terapéutica⁽⁵⁾. La herramienta más común para evaluar a los neonatos es el Sistema de puntuación de abstinencia neonatal de Finnegan (Anexo I). Este ayuda a determinar qué neonatos requieren terapia farmacológica, cómo se debe aumentar la dosis y cuándo deben abandonar el tratamiento⁽⁹⁾. Cataloga los signos y síntomas del SAN y los divide en tres categorías principales: sistema nervioso central, metabólico / vasomotor / respiratorio y gastrointestinal.

Es una herramienta que mide veintiún signos diferentes de abstinencia, por lo general requiere calificar a los bebés a intervalos de dos a seis horas, e indica el inicio de la terapia farmacológica cuando un bebé tiene tres puntuaciones consecutivas mayor de ocho⁽⁷⁾.

Los fármacos más utilizados son la morfina, metadona y la buprenorfina, que pueden complementarse con fenobarbital y clonidina cuando se alcanza la dosis máxima de opioides sin la respuesta terapéutica deseada⁽⁵⁾.

La morfina oral generalmente se inicia a 0.04-0.1 mg / kg cada tres a cuatro horas. La corta vida media de esta permite una rápida valoración del efecto clínico⁽¹⁰⁾. Una alternativa es la metadona, que tiene una vida media más larga y requiere una administración menos frecuente. Por lo general, las dosis comienzan alrededor de 0.2 mg / kg / día en dos a seis dosis diarias⁽⁹⁾.

La buprenorfina se administra por vía sublingual en volúmenes de 0,5 ml o menos, se inserta con un chupete en la boca y la absorción se completa en dos minutos. Tiene una larga vida media, que permite una dosificación al día⁽⁸⁾.

El fenobarbital es utilizado como complemento para el tratamiento de SAN no opioides cuando los síntomas se agravan. También se usa en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales como antiepileptico⁽⁸⁾.

PREVENCIÓN

La detección universal del abuso de opiáceos de las madres podría mejorar los resultados neonatales, disminuir la estancia y los costes de hospitalización y prevenir la transmisión de enfermedades de transmisión

sexual, hepatitis, VIH u otras enfermedades neonatales y complicaciones asociadas al uso y retirada de drogas⁽¹¹⁾.

Entre las mujeres que abusan de los opioides, el 86% de los embarazos no son planeados⁽¹²⁾. Las medidas de salud pública para prevenir y tratar la dependencia antes y durante el embarazo son esenciales para reducir la incidencia de SAN y su carga relacionada con la atención médica. Las estrategias incluyen prescripción responsable de opioides, acceso a la atención preconcepcional, servicios de planificación familiar, detección y tratamiento durante el embarazo y estandarizar el tratamiento postnatal para los bebés con SAN⁽¹¹⁾. Es necesaria una atención integrada, proporcionada por medicina familiar, obstetricia, enfermería, psiquiatras, asesores y profesionales en el tratamiento del abuso de sustancias⁽¹³⁾.

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos recomienda que todas las mujeres sean evaluadas para detectar el uso de drogas y /o alcohol durante el embarazo, mediante un cuestionario y un examen de orina. Se realizan una serie de preguntas verbales o escritas sobre el alcohol, el tabaco, el uso de drogas ilegales pasadas y actuales y el consumo no médico de medicamentos recetados⁽¹⁴⁾.

Las embarazadas con dependencia a opioides sufren alto riesgo de sufrir violencia sexual, falta de vivienda, prostitución y encarcelamiento. Muchas no tienen entornos de vida seguros y libres de drogas, por lo que se derivan a servicios sociales para ayudarles a proporcionar una vivienda segura. La detección de un entorno de vida seguro y de apoyo debe realizarse de manera privada, en la primera visita de atención prenatal y durante todo el embarazo⁽¹⁴⁾.

PAPEL DE ENFERMERÍA

El cuidado del recién nacido de abstinencia a drogas consiste en reducir los síntomas de la abstinencia y promover una respiración, temperatura y nutrición adecuadas⁽¹⁵⁾.

Las enfermeras neonatales evalúan los estados fisiológicos y de comportamiento del recién nacido, la gravedad de los signos y síntomas de

abstinencia y realizan terapias no farmacológicas y apoyo a la familia, así como fomentar a los padres en la participación en el cuidado⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾.

Las intervenciones de enfermería en el ambiente hospitalario incluyen:

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	
Regulación de la temperatura	Medicación según instrucciones
Monitorización del pulso y la respiración cada 15 minutos hasta la estabilización	Colocar al niño sobre el lado derecho para evitar en lo posible la aspiración de vómitos y secreciones
Estimular si aparece apnea	Monitorizar con frecuencia las diarreas y los vómitos y pesar al niño cada 8 horas durante la abstinencia
Tomas pequeñas y frecuentes, especialmente en presencia de vómitos, regurgitación o diarrea	Envolverlo en un arrullo
Tratamiento intravenoso si fuera necesario	Acunar suave y verticalmente
Colocar al recién nacido en una zona tranquila y con poca luminosidad en el nido	Proporcionar contacto piel con piel
Alentar lactancia materna cuando sea posible	Enseñar cuidados del recién nacido a los padres

Tabla 2: Intervenciones de Enfermería

El puntaje de la escala de Finnegan dirige el tratamiento, por lo que la evaluación de la enfermera debe ser muy precisa.

Debe asegurarse de que los padres del bebé estén preparados para cuidar al niño después del alta, y que las necesidades sociales complejas no atendidas pueden ser perjudiciales⁽¹⁶⁾.

En el momento del alta, se debe alertar a la madre de que el recién nacido puede presentar inquietud e irritabilidad, que puede mantenerse durante ocho a dieciséis semanas, dependiendo de la gravedad inicial de la abstinencia. La enfermera debe enseñarle las técnicas de alimentación, las medidas de consuelo, cómo reconocer las indicaciones del recién nacido, y las respuestas maternas adecuadas. Los padres deben ser aconsejados

sobre los recursos disponibles, como los grupos de apoyo, y los signos y síntomas que indican la necesidad de cuidados adicionales⁽¹⁵⁾.

Debido a los problemas a largo plazo es necesaria una evaluación continuada. El seguimiento de las citas acerca a los padres al sistema sanitario, consiguiendo así mejores resultados, y promoviendo un ambiente positivo e interactivo después del parto⁽¹⁵⁾.

LACTANCIA MATERNA

Se ha demostrado que la lactancia materna tiene muchas ventajas para la madre y el recién nacido. No obstante, en el caso de madre adicta a drogas, es importante que cumpla una serie de requisitos para lograr una lactancia segura para el neonato. Debe participar y cumplir con la atención prenatal, estar inscritas en un programa de abuso de sustancias, seguir adecuadamente el tratamiento de desintoxicación después del parto, haber estado sin tomar esa sustancia noventa días antes del parto y obtener un resultado negativo en el examen de toxicología en el momento del parto⁽¹⁸⁾.

Según la Academia de Pediatría, el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología y la Academia Americana de Medicina de Adicciones, es compatible con el tratamiento que llevan las madres tratadas con metadona y buprenorfina⁽¹⁹⁾, ya que estas están presentes en cantidades relativamente bajas en la leche materna. Además, la lactancia materna es un tratamiento importante para el SAN debido a los efectos calmantes asociados que esta proporciona y al contacto piel con piel⁽²⁰⁾. También disminuye la estancia hospitalaria, la necesidad de tratamiento farmacológico o de la dosis de este si fuera necesario, reduce el estrés, aumenta la confianza materna y mejora del vínculo entre la madre y el bebé⁽¹⁴⁾. Por tanto, si la madre cumple con todas las indicaciones y desea amamantar, se debe alentar siempre a que lo hagan⁽²⁰⁾.

Se debe empezar la lactancia materna inmediatamente, en el periodo postparto. Las enfermeras y matronas promueven la lactancia materna respetando las opciones de la mujer, les enseñan el correcto posicionamiento de la madre y del bebé en el pecho y como el neonato debe

agarrarse al pezón. Además brindan un apoyo individualizado y permanecen el tiempo necesario con la madre y el bebé para responder dudas y comprobar si la técnica se realiza adecuadamente⁽²¹⁾⁽²²⁾⁽²³⁾.

CONCLUSIONES

- El síndrome de abstinencia neonatal (SAN) es el resultado de la interrupción repentina de la exposición fetal a drogas consumidas por la madre durante la gestación, que han sido transmitidas al feto a través de la placenta.
- Los primeros signos y síntomas se suelen manifestar a las setenta y dos horas después del nacimiento. Existen factores que influyen en el desarrollo de este síndrome, como el tipo de opioide, la dosis y el momento de exposición. Afecta al sistema nervioso central y autónomo y al sistema gastrointestinal. Las características específicas son los temblores, aumento del tono muscular y un exagerado reflejo del Moro.
- Para tratar al neonato es necesario saber qué tipo de sustancia ha estado consumiendo la madre durante la gestación y por ello existen diferentes métodos de diagnóstico para averiguarlo. El análisis de la orina es el más frecuente y para conseguir un resultado más preciso, lo correcto sería recoger la primera micción. Además, existen el análisis del meconio, de la sangre del cordón umbilical y del cabello del bebé.
- El tratamiento no farmacológico es siempre la terapia de primera elección. Este lo realizan las enfermeras neonatales, y consiste principalmente en disminuir la irritabilidad del recién nacido, mediante técnicas como el envolvimiento y el posicionamiento. También se encargan de evaluar al neonato cada tres o cuatro horas mediante la escala Finnegan, cuya puntuación resultante indicará el tratamiento farmacológico que se le aplicará posteriormente, siendo los fármacos de primera línea la morfina, la metadona y la buprenorfina.
- La prevención del abuso de opioides de la madre es esencial para evitar el desarrollo de este síndrome. Se requiere de un seguimiento prenatal más preciso en el que participan medicina familiar, enfermería, obstetricia, psiquiatría, profesionales en el tratamiento del abuso de sustancias y muchas son derivadas a los servicios sociales.

- La lactancia materna es esencial para la recuperación del neonato y para la relación de la madre y el bebé mediante el contacto piel con piel. Tiene un efecto calmante y en algunos casos reduce las posibilidades de recibir tratamiento farmacológico.
- Se debe enseñar a los padres la importancia de los cuidados al alta del bebé, ya que este puede presentar durante las próximas seis u ocho semanas períodos de irritabilidad, y ayudarles a identificar las necesidades que este les comunica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Menéndez García X, Álvarez García N GRMS. Sustancias adictivas y embarazo: Cuidados de enfermería a la mujer embarazada y al recién nacido para minimizar sus efectos. *RqR Enfermería Comunitaria* [Internet]. 2018 [citado 2 Feb 2019]; 6(2):34–49. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6490892>
2. Cuesta Miguel MJ, Espinosa Briones AB Val Saurí C. Síndrome de abstinencia neonatal. *Enfermería Integr* [Internet]. 2013 [citado 2 Feb 2019];(103):24–8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4867873>
3. Porcel Gálvez AM, Ortega Martínez SM, Barrrientos Trigo S, Ferrinho Ferreira R, Martínez Lara C. Síndrome de abstinencia neonatal: Evolución en los últimos diez años. *Enferm Glob* [Internet]. 2014 [citado 2 Feb 2019];13(4):337–352. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4821816>
4. Prabhakar Kocherlakota MD. Neonatal abstinence syndrome. *Pediatrics* [Internet]. 2014 [citado 3 Feb 2019];134(2):547–561. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25070299>
5. Raffaeli G, Cavallaro G, Allegaert K, Wildschut ED, Fumagalli M, Agosti M, et al. Neonatal Abstinence Syndrome: Update on Diagnostic and Therapeutic Strategies. *Pharmacotherapy* [Internet]. 2017 [citado 4 Feb 2019];37(7):814–823. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28519244>
6. McQueen K, R.N., Ph.D. Murphy-Oikonen J, M.S.W. PDT. Neonatal Abstinence Syndrome. *N ENGL J MED* [Internet]. 2016 [citado 6 Feb 2019];375(25):2468–2479. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28002715>
7. Grossman M, Berkwitt A. Neonatal abstinence syndrome. *Semin Perinatol* [Internet]. 2019 [citado 7 Feb 2019];43(2):1–14. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.cuarzo.unizar.es:9443/science/article/pii/S0146000519300072>

8. Mangat AK, Schmölzer GM, KraftK WK. Pharmacological and non-pharmacological treatments for the Neonatal Abstinence Syndrome (NAS). *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*[Internet]. 2019 [citado 8 Feb 2019]; p:0-1. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.cuarzo.unizar.es:9443/science/article/pii/S1744165X19300186>
9. Kraft WK, Stover MW, Davis JM. Neonatal abstinence syndrome: Pharmacologic strategies for the mother and infant. *Semin Perinatol* [Internet]. 2016 [citado 10 Feb 2019];40(3):203–212. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.cuarzo.unizar.es:9443/science/article/pii/S0146000515001974>
10. McPherson C. Pharmacotherapy for Neonatal Abstinence Syndrome: Choosing the Right Opioid or No Opioid at All. *Neonatal Netw* [Internet]. 2016 [citado 9 Feb 2019];35(5):314–320. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27636696>
11. Eichel MM, Johannemann TR. Implementation of universal maternal drug screening to identify neonatal abstinence syndrome candidates. *Newborn Infant Nurs Rev* [Internet]. 2014 [citado 9 Feb 2019];14(1):17–22. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.cuarzo.unizar.es:9443/science/article/pii/S1527336913001335>
12. Ko JY, Wolicki S, Barfield WD, Patrick SW, Broussard CS, Yonkers KA, et al. CDC Grand Rounds: Public Health Strategies to Prevent Neonatal Abstinence Syndrome. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2017 [citado 12 Feb 2019];66(9):242–245. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28278146>
13. Johnson E. Models of Care for Opioid Dependent Pregnant Women. *Semin Perinatol* [Internet]. 2019 [citado 12 Feb 2019]; Disponible en:<https://www-sciencedirect-com.cuarzo.unizar.es:9443/science/article/pii/S0146000519300023>
14. Krans EE, Cochran G, Bogen DL. Caring for opioid dependent pregnant women: prenatal and postpartum care considerations. *Clin Obstet Gynecol* [Internet]. 2015 [citado 13 Feb 2019];58(2):370–379. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25775440>

15. Ladewig PW, London ML, Moberly S, Olds SB. Enfermería maternal y del recién nacido. 5ta ed. España: McGraw-Hill/Interamericana;2006.
16. Smith JG, Rogowski JA, Schoenauer KM, Lake ET. Infants in Drug Withdrawal: A National Description of Nurse Workload, Infant Acuity, and Parental Needs. *J Perinat Neonatal Nurs* [Internet]. 2019 [citado 14 Feb 2019];32(1):72–79. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29373422>
17. Teague AH, Jnah AJ, Newberry D. Intraprofessional Excellence in Nursing: Collaborative Strategies for Neonatal Abstinence Syndrome. *Neonatal Netw* [Internet]. 2015 [citado 14 Feb 2019];34(6):320–328. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26803012>
18. Holmes AP, Schmidlin HN, Kurzum EN. Breastfeeding Considerations for Mothers of Infants with Neonatal Abstinence Syndrome. *Pharmacotherapy* [Internet]. 2017 [citado 15 Feb 2019];37(7):861–869. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28488805>
19. Edwards L, Brown LF. Nonpharmacologic Management of Neonatal Abstinence Syndrome: An Integrative Review. *Neonatal Netw* [Internet]. 2016 [citado 15 Feb 2019];35(5):305–313. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27636695>
20. McLafferty LP, Becker M, Dresner N, Meltzer-Brody S, Gopalan P, Glance J, et al. Guidelines for the Management of Pregnant Women With Substance Use Disorders. *Psychosomatics* [Internet]. 2016 [citado 17 Feb 2019];57(2):115–130. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.cuarzo.unizar.es:9443/science/article/pii/S0033318215002066>
21. Swerts M, Westhof E, Bogaerts A, Lemiengre J. Supporting breastfeeding women from the perspective of the midwife: A systematic review of the literature. *Midwifery* [Internet]. 2016 [citado 20 Feb 2019];37:32–40. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27217235>

22. Busch D, Silbert-Flagg JA. Opioid Use Dependency in the Mother Who Desires to Breastfeed Her Newborn: A Case Study. *J Pediatr Heal Care* [Internet]. 2018 [citado 1 Mar 2019];32(3):223-230. Disponible en: <https://www.sciencedirect-com.cuarzo.unizar.es:9443/science/article/pii/S0891524517303243>
23. Alianmoghaddam N, Phibbs S, Benn C. Resistance to breastfeeding: A Foucauldian analysis of breastfeeding support from health professionals. *Women and Birth* [Internet]. 2017 [citado 3 Mar 2019];30(6):281-291. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28648583>
24. Tamez RN. Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. Asistencia del recien nacido de alto riesgo. 5ta ed. Argentina: Panamericana; 2014.

ANEXOS

ANEXO I

Escala de Finnegan ⁽³⁾

Alteraciones en el Sistema Nervioso Central	
• Llanto excesivamente agudo	2
• Llanto agudo continuo	3
• Duerme < 1 hora después de toma	3
• Duerme < 2 horas después de toma	2
• Duerme < 3 horas después de toma	1
• Temblores leves a la estimulación	1
• Temblores moderados a la estimulación	2
• Temblores leves espontáneos	3
• Temblores moderados espontáneos	4
• Hipertonia muscular	2
• Excoriación. (especificar lugar)	1
• Sacudidas mioclónicas	3
• Convulsiones generalizadas	5
Alteraciones metabólicas vasomotoras respiratorias	
• Fiebre de <38,4	1
• Fiebre de >38,4	2
• Bostezos (3-4 veces/intervalo)	1
• Falta de ventilación 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 desligadas	2
• Deposiciones acuosas	3

ANEXO II: Manifestaciones clínicas ⁽⁶⁾

MANIFESTACIONES CLÍNICAS		
METABÓLICAS, VASOMOTORAS Y RESPIRATORIAS	GATROINTESTINALES	SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
Fiebre	Vómitos	Tremblores
Bostezos frecuentes	Regurgitación	Llanto agudo
Estornudos	Heces acuosas	Alteraciones del sueño
Sudores	Pérdida de peso	Aumento del tono muscular
Congestión nasal	Alimentación deficiente	Excoriaciones
Frecuencia respiratoria >60 por minuto con o sin retracciones	Excesivo chupeteo	Ataques mioclónicos
Manchas		Irritabilidad
Taquipnea		Convulsiones

ANEXO III: Técnica de envolvimiento ⁽²⁴⁾



ANEXO IV: Artículos incluidos en la revisión.

TÍTULO	AUTOR/A/ES/A S	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	RESUMEN
Sustancias adictivas y embarazo: Cuidados de enfermería a la mujer embarazada y al recién nacido para minimizar sus efectos.	Menéndez García X, Álvarez García N GRMS.	2018	Revisión bibliográfica	Esta revisión bibliográfica habla sobre el síndrome de abstinencia neonatal, sobre qué, la incidencia en el mundo, los factores de riesgo, los signos y síntomas, las pruebas diagnósticas para identificar este síndrome y la forma más adecuada de abordarlo.
Síndrome de abstinencia neonatal.	Cuesta Miguel MJ, Espinosa Briones AB Val Saurí C.	2013	Artículo de revista	Este artículo trata sobre qué es este síndrome, así como de sus signos y síntomas y sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico para erradicarlo.
Síndrome de abstinencia neonatal: Evolución en los últimos diez años.	Porcel Gálvez AM, Ortega Martínez SM, Barrientos	2014	Revisión bibliográfica	Esta revisión habla sobre el consumo de drogas en el embarazo, sobre el síndrome de abstinencia neonatal y

	Trigo S, Ferrinho Ferreira R, Martínez Lara C.			su aparición durante estos años en el mundo.
Neonatal abstinence syndrome.	Prabhakar Kocherlakota MD.	2014	Artículo de revista	Este artículo describe los síntomas del síndrome de abstinencia neonatal y de las distintas pruebas diagnósticas que se realizan para detectar en el neonato el consumo de drogas durante el embarazo, cómo son la recogida de orina, el análisis del meconio y de la sangre del cordón umbilical.
Neonatal Abstinence Syndrome: Update on Diagnostic and Therapeutic	Raffaeli G, Cavallaro G, Allegaert K, Wildschut ED, Fumagalli M, Agosti M, et al.	2017	Artículo de revista	Aquí se definen los distintos tipos de signos y síntomas que aborda el SAN.
Neonatal Abstinence Syndrome.	McQueen K, R.N., Ph.D. Murphy-Oikonen J, M.S.W. PDT.	2016	Artículo de revista	Este artículo trata sobre los factores de riesgo que aumentan la posibilidad de desarrollar el SAN, de la vida media de los opioides, de los síntomas y signos clínicos, y del tiempo de hospitalización del bebé.
Neonatal abstinence syndrome.	Grossman M, Berkitt A.	2019	Artículo de revista	Se define los distintos tipos de pruebas diagnósticas utilizadas para identificar el SAN y la escala Finnegan, que sirve para evaluar al recién nacido en las primeras horas y en base a esto depende el tratamiento que le quieran pautar.
Pharmacological and non-pharmacological treatments for the Neonatal Abstinence Syndrome (NAS).	Mangat AK, Schmölzer GM, KraftK WK.	2019	Artículo de revista	Se explica los distintos tipos de tratamientos no farmacológicos que se aplican al recién nacido con SAN, en comparación con el farmacológico, el cual se utiliza en estados más avanzados de abstinencia, cuando el no farmacológico no es suficiente.
Neonatal abstinence syndrome: Pharmacologic strategies for the mother and infant.	Kraft WK, Stover MW, Davis JM.	2016	Artículo de revista	Hay distintos fármacos que se pueden utilizar, pero los de primera elección son la morfina, la buprenorfina y metadona.
Pharmacotherapy for Neonatal Abstinence Syndrome: Choosing the Right Opioid or No Opioid at All.	McPherson C.	2016	Artículo de revista	Existen distintas formas de administrar la terapia farmacológica, pero en este caso se administran los fármacos vía oral.

Implementation of universal maternal drug screening to identify neonatal abstinence syndrome candidates.	Eichel MM, Johannemann TR.	2014	Artículo de revista	La detección universal y la atención primaria es fundamental para la prevención del consumo de drogas durante la gestación.
CDC Grand Rounds: Public Health Strategies to Prevent Neonatal Abstinence Syndrome.	Ko JY, Wolicki S, Barfield WD, Patrick SW, Broussard CS, Yonkers KA, et al.	2017	Artículo de revista	Un alto porcentaje de las mujeres que abusan de opioides tienen embarazos no deseados, es por eso que se requiere de una atención más específica e incidir en los métodos de anticopcepción.
Models of Care for Opioid Dependent Pregnant Women.	Johnson E.	2019	Artículo de revista	La atención integrada es fundamental para detectar el consumo de drogas durante la gestación.
Caring for opioid dependent pregnant women: prenatal and postpartum care considerations.	Krans EE, Cochran G, Bogen DL.	2015	Artículo de revista	La realización de cuestionarios y preguntas abiertas sin juzgar es esencial en la detección del consumo de drogas de la madre durante el embarazo. Es importante el apoyo de los servicios sociales, ya que estas mujeres suelen tener problemas de esta índole.
Enfermería maternal y del recién nacido.	Ladewig PW, London ML, Moberly S, Olds SB.	2006	Libro	Este libro habla sobre el papel de enfermería en el cuidado del recién nacido con SAN, ya sea intrahospitalario o al alta.
Infants in Drug Withdrawal: A National Description of Nurse Workload, Infant Acuity, and Parental Needs.	Smith JG, Rogowski JA, Schoenauer KM, Lake ET.	2019	Artículo de revista	El papel de la enfermera neonatal es esencial para la recuperación del neonato con SAN y es ella la que se encarga de realizar el tratamiento no farmacológico.
Intraprofessional Excellence in Nursing: Collaborative Strategies for Neonatal Abstinence Syndrome.	Teague AH, Jnah AJ, Newberry D.	2015	Artículo de revista	La enfermera de Atención Primaria también realiza un papel importante después del alta del recién nacido. Esta proporciona apoyo a los padres y consejos sobre las necesidades del neonato y les resuelve cualquier duda que puedan tener.
Breastfeeding Considerations for Mothers of Infants with Neonatal Abstinence Syndrome.	Holmes AP, Schmidlin HN, Kurzum EN.	2017	Artículo de revista	La madre adicta a drogas debe cumplir una serie de requisitos para poder dar lactancia materna, ya que de no cumplir tan solo uno de ellos, esta estaría contraindicada.
Nonpharmacologic Management of Neonatal Abstinence Syndrome: An Integrative Review.	Edwards L, Brown LF.	2016	Artículo de revista	Según la Academia de Pediatría, el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología y la Academia Americana de Medicina de Adicciones la

					lactancia materna es compatible con el tratamiento que llevan las madres tratadas con metadona y buprenorfina, por ello se alenta siempre a que si ellas lo desean, la posibilidad de realizarla.
Guidelines for the Management of Pregnant Women With Substance Use Disorders.	McLafferty LP, Becker M, Dresner N, Meltzer-Brody S, Gopalan P, Glance J, et al.	2016	Artículo de revista	Una de las terapias no farmacológicas para tratar el SAN es la lactancia materna, ya que se ha comprobado sus efectos calmantes sobre el neonato y el beneficio de esta en lo que refiere al contacto piel con piel, mejorando la relación madre-hijo.	
Supporting breast-feeding women from the perspective of the midwife: A systematic review of the literature.	Swerts M, Westhof E, Bogaerts A, Lemiere J.	2016	Revisión bibliográfica	La matrona recomienda siempre lactancia materna, y esta proporciona consejos a las madres sobre la postura adecuada para amamantar y les muestra la forma correcta del agarre al pecho del recién nacido. Estas brindan apoyo y persisten hasta que las madres sepan hacerlo correctamente.	
Opioid Use Dependency in the Mother Who Desires to Breastfeed Her Newborn: A Case Study.	Busch D, Silbert-Flagg JA.	2018	Artículo de revista	La lactancia materna requiere de paciencia e interés por parte de la madre de darle el pecho a su bebé. No obstante esto no es tan fácil y pueden aparecer complicaciones, por ello se pueden recomendar ciertas técnicas para ayudar a la lactancia.	
Resistance to breastfeeding: A Foucauldian analysis of breastfeeding support from health professionals.	Alianmoghaddam N, Phibbs S, Benn C.	2017	Artículo de revista	Este artículo habla sobre el papel de enfermería en la lactancia materna, en la importancia de su promoción y apoyo a las madres en el periodo postparto.	
Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal.	Tamez RN.	2014	Libro	Este libro habla de las intervenciones de enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatales, acompañado de varias imágenes representativas.	

