

Sustancias adictivas y embarazo: Cuidados de enfermería a la mujer embarazada y al recién nacido para minimizar sus efectos

Addictive substances and pregnancy: Nursing care for pregnant women and the newborn to minimize its effects

Xana Menéndez García, Nuria Álvarez García, M^a Julia García Rodríguez

EIR EFyC. Centro de Salud de Pola de Laviana. Área VIII

*Manuscrito recibido: 14-12-2017
Manuscrito aceptado: 29-01-2018*

Cómo citar este documento

Menéndez García X, Álvarez García N, García Rodríguez MJ. Sustancias adictivas y embarazo: Cuidados de enfermería a la mujer embarazada y al recién nacido para minimizar sus efectos. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2018 Mayo; 6 (2): 34-49.

Resumen

Introducción

El consumo de sustancias o drogas psicoactivas por parte de la mujer tiene efectos negativos para su salud, pero en caso de que esté embarazada se generarán problemas en el desarrollo del feto y dependencia en el recién nacido, pudiendo éste desarrollar el Síndrome de Abstinencia Neonatal.

Descripción

La adicción a las drogas por parte de las mujeres embarazadas tiene consecuencias en el desarrollo del feto y puede llegar a producir dependencia en el neonato, dando lugar al Síndrome de Abstinencia Neonatal, que se caracteriza por un conjunto de síntomas y signos de hiperexcitabilidad debido al cese del aporte de las sustancias adictivas. La enfermera de Atención Primaria tiene una función importante, no solo en la captación precoz de mujeres embarazadas consumidoras de sustancias adictivas, sino también en la prevención de ese consumo antes del embarazo, con el objetivo de que la mujer realice un cambio en sus conductas de riesgo.

Conclusiones

Las enfermeras debidamente formadas tienen una función importante en la detección precoz de mujeres embarazadas con adicción y en la valoración de los recién nacidos susceptibles de desarrollar Síndrome de Abstinencia Neonatal, así como en el cuidado de los que ya lo han desarrollado, para minimizar sus efectos y ayudar a su bienestar.

Palabras clave

Recién Nacido, Embarazo, Síndrome de Abstinencia Neonatal, Enfermería Neonatal, Atención Primaria de Salud.

Abstract

Introduction

The consumption of psychoactive substances or drugs by women has negative effects on their health. However, in case of pregnancy, problems will arise in the development of the fetus and dependence on the newborn, which may develop the Neonatal Abstinence Syndrome.

Description

Addiction to drugs during pregnancy has consequences in the development of the fetus and can cause dependence on the neonate, resulting in the Neonatal Abstinence Syndrome, which is characterized by a set of symptoms and signs of hyperexcitability due to cessation of addictive substances. The nurse has an important role, not only in the early recruitment of pregnancy women who are consuming addictive substances, but also in the care of the newborn with neonatal abstinence.

Conclusions

Well-trained nurses play an important role in early detection of pregnant women with addiction and in the assessment of susceptible newborns to develop Neonatal Abstinence Syndrome, as well as in the care of those who have already developed it, to minimize the effects and to help to improve the newborns' well-being.

Keywords

Newborn, Pregnancy, Neonatal Abstinence Syndrome, Neonatal Nursing, Primary Health Care.

Introducción

La Real Academia de la Lengua (RAE) recoge que una droga es “*una sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno*” (1). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una sustancia o droga psicoactiva es aquella sustancia que cuando se consume afecta a los procesos mentales (2).

Según el efecto que tengan las drogas sobre el Sistema Nervioso Central (SNC), existen tres grandes grupos para su clasificación: depresoras, estimulantes y perturbadoras. Las drogas depresoras disminuyen o enlentecen las funciones del SNC, las estimulantes aceleran el normal funcionamiento del SNC y, por último, las perturbadoras alteran el funcionamiento del cerebro (3).

El consumo de este tipo de sustancias puede generar una dependencia, definida por el DSM V como un consumo compulsivo, además de una pérdida del control de su uso. Todo ello conlleva a unas consecuencias a nivel físico, psicológico y social (4-5).

El Informe 2015 del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías recoge que las drogas legales más consumidas en el año 2013, en los últimos doce meses son, el alcohol (78%), el tabaco (41%) y los hipnosedantes (12%). En el caso de las drogas ilegales, las más consumidas son el cannabis (9%) y la cocaína (2%) (6).

El consumo de todas ellas supone riesgos de problemas de salud o conducta y en algunos casos pueden llegar a ser adictivas (7,8).

En España, el 81,3% de las mujeres de entre 15 y 34 años ha consumido bebidas alcohólicas en el último año. El consumo de tabaco supone otro gran problema, ya que el 45,3% de las mujeres de entre 25 y 34 años fuma diariamente. Entre las drogas ilegales, el cannabis y la cocaína son las drogas más consumidas entre las mujeres (9).

En cuanto al riesgo de consumo de drogas, las mujeres tienen más riesgo de ser adictas a estas sustancias en un menor marco de tiempo, aunque consuman una menor cantidad (10). Además, el abuso de algunas de estas sustancias supone un mayor riesgo de relaciones sexuales sin protección y, como consecuencia, riesgo de embarazos no deseados (11,12).

Los datos de mujeres embarazadas que consumen drogas ilegales pueden variar debido a que no siempre declaran el consumo o dicen la verdad sobre la dosis consumida (13-15).

El consumo de sustancias adictivas por parte de la gestante tiene una gran repercusión tanto para la salud de la mujer como para el correcto desarrollo del embarazo, pudiendo llegar a producirse malformaciones congénitas y/o retraso en el crecimiento del feto. Además, el neonato puede desarrollar el Síndrome de Abstinencia Neonatal (SAN) en las primeras horas de vida (16).

El SAN consiste en un conjunto de síntomas que experimenta el RN, y que puede afectar a su sistema nervioso, gastrointestinal y respiratorio (17). Fue descrito por primera vez por Finnegan, en el año 1975 (18). Por ello es fundamental identificar a la gestante consumidora de algún tipo de sustancia adictiva, así como determinar lo antes posible qué droga o drogas, con el objetivo de disminuir los riesgos y efectos secundarios que pueda estar ocasionando tanto a la madre como a su futuro hijo (19). Sin embargo, el miedo a ser juzgada, la culpa, el remordimiento y la vergüenza pueden hacer que la mujer no revele su consumo, retrasando o evitando la consulta prenatal (14,15). En caso de acudir a la consulta de control del embarazo, puede que la mujer niegue el consumo, o que afirme consumir cantidades menores a las que en realidad consume (20).

Objetivos

Objetivo general:

- Conocer los cuidados de enfermería en mujeres consumidoras de sustancias adictivas durante el embarazo así como la atención al RN para minimizar los efectos secundarios de dichas sustancias.

Objetivos específicos:

- Enumerar las sustancias adictivas más frecuentes e identificar el perfil más habitual de las mujeres que las consumen.
- Conocer la prevalencia del consumo de sustancias adictivas en gestantes y de los RN afectados por el SAN.
- Describir las consecuencias de los efectos nocivos de las sustancias adictivas sobre la gestante y el RN, y detallar las necesidades requeridas por ambos.
- Describir el papel de la enfermera en el cuidado de la gestante y del RN para minimizar los efectos nocivos de las sustancias adictivas.

Método

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica desde Diciembre de 2015 a Febrero de 2016 en diversas bases de datos (**Tabla 1**), utilizando DeCS, MeSH y lenguaje libre.

Tabla 1. Palabras Clave

DeCS	MeSH	Lenguaje Libre
<ul style="list-style-type: none"> • Etanol. • Atención Primaria de Salud. • Recién Nacido. • Síndrome de abstinencia neonatal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Neonatal Abstinence Syndrome. • Nurses. • Fetal Alcohol Spectrum Disorders. • Prevalence. • Pregnancy. • Street drugs. • Infant, New born. • Substance Withdrawal Syndrome. • Neonatal Nursing. 	<ul style="list-style-type: none"> • Drogas. • Síndrome de abstinencia. • Alcohol. • Embarazo. • Enfermera neonatal.

Fuente: Elaboración propia

La búsqueda de documentos se ha llevado a cabo en diversas fuentes de datos:

- Primarias, como revistas biomédicas, priorizando las de enfermería.
- Secundarias, recurriendo a bases de datos nacionales e internacionales en el ámbito de ciencias de la salud. (Cuiden, PubMed, Cinahl, Lilacs y La biblioteca Cochrane.)
- Páginas Web de organismos oficiales nacionales e internacionales: OMS, Ministerio de Sanidad, Asociación Española de Pediatría (AEP).

Como **criterios de inclusión** de los artículos científicos recuperados, se ha tenido en cuenta:

- Enfoque enfermero.
- Artículos publicados en los últimos 5 años o hace más de 5 años pero que continúen siendo la versión más actualizada.
- Artículos que se adapten a los objetivos planteados en el trabajo.
- Artículos en inglés y/o en español.

Criterios de exclusión

- Artículos que enfoquen el tema a estudio en países en desarrollo.

De los documentos seleccionados se ha realizado una lectura minuciosa y crítica con el fin de determinar la calidad de la información del estudio y su relación con los objetivos planteados.

Desarrollo

1. Sustancias adictivas: definición y tipos.

Existen una serie de términos relacionados con el tema de este trabajo y que la RAE define como (1):

- **Droga:** Sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno.
- **Psicoactivo:** Sustancia que actúa sobre el sistema nervioso, alterando las funciones psíquicas.
- **Adictiva:** Dicho especialmente de una droga, sustancia que empleada de forma repetida genera una necesidad y hábito.

A lo largo del desarrollo de este trabajo, se utilizarán de forma indistinta los términos droga, sustancia psicoactiva y sustancia adictiva.

Las sustancias psicoactivas alteran las funciones del SNC y se pueden clasificar en tres grupos, según el tipo de acción (3):

- **Drogas depresoras**, que disminuyen o enlentecen las funciones del SNC. En este grupo están incluidos el alcohol, los derivados del opio, ansiolíticos, hipnóticos y los relajantes musculares.
- **Drogas estimulantes**, que actúan acelerando el funcionamiento del SNC. Se incluyen las anfetaminas, la cocaína, la nicotina y la cafeína.
- **Drogas perturbadoras**, que actúan alterando el funcionamiento del SNC. Están incluidos en este grupo los alucinógenos, los derivados del cannabis, drogas sintéticas y drogas que se inhalan.

En España, según el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida entre las mujeres, con un consumo de entre el 55,2% y el 60,8% en función de la franja de edad. El tabaco es la segunda sustancia adictiva más consumida tras el alcohol, con un consumo de entre el 25,6% y el 28,9%. El cannabis es la sustancia ilegal más consumida en España, variando su consumo entre un 2,6% y un 9,1%, según la edad de las mujeres consumidoras (6).

En el caso de que estas sustancias sean consumidas mientras la mujer está embarazada, no solo se producirá dependencia y adicción en la gestante, también el feto y el futuro RN sufrirán sus consecuencias, pudiendo durante su desarrollo sufrir malformaciones y llegar una vez que nace a desarrollar SAN. Este efecto tiene lugar al atravesar las drogas la barrera placentaria pasando, por tanto, de la madre al feto (8).

En España no se han encontrado datos que muestren el estado actual del consumo de drogas entre las gestantes.

Como son muchas las sustancias adictivas, y muy variados sus efectos, a continuación se hará referencia a las principales sustancias consumidas mencionando los daños que dichas sustancias provocan, tanto en el desarrollo del embarazo como en el feto.

1.1. Cannabis

En España, según recoge el último informe del Observatorio Español de Drogas de 2015, el mayor consumo de cannabis entre las mujeres se produce en la franja de edad de 15-24 años (14'4%) y desciende hasta el 2,1% entre los 35-44 años (6). En Asturias, el cannabis es la droga ilegal más consumida. Entre las mujeres, el 2,6% ha consumido estas sustancias en los últimos doce meses (21).

No todos los estudios sobre los efectos del cannabis en la gestante, el feto y el RN tienen los mismos resultados. Algunos estudios afirman que existe el riesgo de crecimiento intrauterino retardado (CIR), bajo peso al nacer o déficits durante la infancia. Sin embargo, otros estudios no han encontrado relación entre el consumo de esta sustancias y problemas a esos niveles, ni riesgo de malformaciones en el feto (4, 12, 15).

Durante el periodo neonatal, se ha observado un aumento del temblor (18), respuestas motoras exageradas, disminución de la respuesta visual, además de, en algunos casos, síndrome de abstinencia leve (4, 11). En la etapa escolar se ha descrito una mayor hiperactividad, dificultad para resolver problemas o para mantener la atención (4, 11, 12), pese a que en la etapa preescolar, no hay evidencias de alteraciones del comportamiento o del crecimiento (11, 12).

1.2. Tabaco

El tabaco también supone un grave riesgo para la salud de la madre, del feto y del RN. Además, los efectos secundarios derivados de su consumo son una de las causas prevenibles y más comunes de mortalidad y morbilidad infantil (15).

En España no hay datos sobre el consumo de tabaco entre las gestantes. La prevalencia del consumo de esta sustancia entre las mujeres en los últimos 30 días (en relación a la fecha de realización de la encuesta) varía desde el 25,6% hasta el 30,3% según la franja de edad (6). En Asturias, el porcentaje de mujeres consumidoras varía según si el consumo ha sido en los últimos 12 meses (40,3%) o en los últimos 30 días (37,9%) (21).

La mujer fumadora tiene mayor riesgo de sufrir un embarazo ectópico, ruptura prematura de membranas, desprendimiento prematuro de placenta o parto de un feto muerto por aborto espontáneo (4, 15). El número de cigarrillos fumados por la gestante (18) tiene una gran influencia en el riesgo de que el RN tenga bajo peso al nacer (4, 11, 12). Otros riesgos para el feto y el RN incluyen CIR (18), parto prematuro, defectos al nacimiento como labio leporino o paladar hendido (15, 18) y Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (4, 15).

Esta sustancia tiene un efecto dañino en el desarrollo cerebral (18), además el nacimiento prematuro del RN puede ser un factor de riesgo para que se produzca parálisis cerebral, problemas de aprendizaje e incluso la muerte (15).

1.3. Opioides y opiáceos

Los opioides son sustancias con un bajo peso molecular, solubles al agua, con afinidad por los lípidos, y capaces de cruzar la placenta y la barrera hematoencefálica (13, 22, 23).

Las complicaciones derivadas de su consumo durante el embarazo incluyen parto pretérmino, ruptura prematura de las membranas, CIR, corioamnionitis (inflamación de las membranas de la placenta) o muerte perinatal (24).

La heroína cruza rápidamente la placenta y en 1 hora ya está acumulada en el líquido amniótico. El útero no tiene la capacidad de metabolizar estas sustancias y por ese motivo hay un alto riesgo de que el neonato presente y/o desarrolle SAN. El consumo de heroína se relaciona con el abuso de otras drogas, además de existir un mayor riesgo de contraer infecciones por parte de la mujer (24).

El primer caso de Síndrome de Abstinencia a opioides fue descrito por primera vez por Finnegan et al en 1975, y se caracteriza por una serie de síntomas y signos en el RN debido al cese de la sustancia de abuso tras el parto (18).

1.4. Alcohol

Aunque se conocen los efectos negativos y dañinos que tiene el alcohol durante el embarazo, esta droga continúa siendo habitualmente consumida por un número considerable de mujeres embarazadas (25).

En España, el consumo de alcohol entre las mujeres fértiles varía dependiendo de si se tiene en cuenta los últimos doce meses o si el consumo es en el último mes. En el primer caso los datos varían entre un 73,5% y un 79,4%; y en el segundo caso oscilan entre un 55,2% y un 60,8% (6). En Asturias, el consumo de alcohol entre las mujeres de 15-64 años fue del 67% en los últimos 30 días (21, 26).

Entre estas mujeres la probabilidad de que su embarazo sea no deseado es mayor, ya que el consumo de esta droga se relaciona con conductas sexuales de riesgo, como mantener relaciones sexuales sin protección (27).

Cuando el alcohol es consumido por una gestante, hay que tener presente que atraviesa fácilmente la barrera placentaria (20, 27, 28), generando un riesgo para el feto durante todo el embarazo. Las consecuencias varían según la edad gestacional, produciéndose malformaciones durante el periodo embrionario, y CIR y defectos neurológicos durante el periodo fetal (20). Además, el alcohol tiene un efecto tóxico sobre la placenta (18, 27), por lo que es habitual que se produzcan complicaciones obstétricas en la gestante, como aborto espontáneo y metrorragias (27).

El término Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal (Siglas en inglés FASD) se usa para describir el amplio número de efectos que se pueden ver en los RN expuesto a alcohol en su vida intrauterina. Estos efectos pueden incluir problemas físicos, de conducta y de aprendizaje. Con frecuencia, cuando una persona presenta este trastorno, sufre varios de estos problemas a la vez (15, 25, 28, 29).

No se sabe qué cantidad de alcohol se puede consumir durante el embarazo sin que existan riesgos para la madre, el feto y el RN. Por ello, lo que se recomienda es no consumir esta sustancia durante la gestación (15, 20, 27, 28). En el caso de que la mujer embarazada lo consuma durante su gestación, es importante llevar a cabo un diagnóstico precoz del problema (15).

Debido a que el alcohol puede generar un amplio número de consecuencias diferentes, es necesario que la enfermera conozca los signos y síntomas asociados a esta droga ya que también será un buen apoyo para los padres (25).

1.5. Cocaína

En España, el consumo de cocaína en polvo y/o base varía según el sexo y los grupos de edad. Entre las mujeres de 15-24 años, el consumo de esta sustancia es del 2,2%, mientras que entre los 15 y los 44 años, el consumo desciende a un 1,2% (9).

En Asturias, el consumo de esta sustancia también varía según la edad. En los últimos doce meses, entre los 15-24 años el consumo fue de un 2,2%, entre los 25-34 años de un 2,8% y entre los 35-44 años el porcentaje descendió hasta un 0,5% (21).

Problemas que pueden derivarse del consumo de esta sustancia:

- Desprendimiento de placenta (4, 12, 15, 30), normalmente normo-inserta (30).
- Ruptura prematura de membranas (4, 12, 15).
- Nacimiento prematuro (4, 12, 15, 30).
- Muerte fetal (12).
- Crecimiento Intrauterino Retardado (CIR) (4, 12, 15, 30).
- Bajo peso al nacer y perímetro craneal pequeño (4, 12, 15).
- Migrañas y convulsiones en la gestante (12, 15).

También existe el riesgo de que el feto tenga anomalías craneofaciales, deformidades en las extremidades (12) o anomalías en el tracto urinario (4, 12).

2. Diagnóstico precoz del consumo de sustancias adictivas por la mujer gestante

Es importante captar a las gestantes consumidoras de sustancias adictivas para poder detectar, lo antes posible, la exposición fetal a drogas, para ello existen dos métodos: **La entrevista y las muestras biológicas** (18).

La entrevista que el profesional de salud realiza a la gestante tiene una gran importancia por la información que puede obtenerse a través de ella siendo el único método a través del cual se puede saber el tiempo de exposición a una sustancia y la cantidad consumida (18, 20).

Es necesario llevar a cabo un diagnóstico de sospecha en mujeres que puedan estar consumiendo drogas durante su gestación (11), pero aún más importante es prevenir este consumo desde antes del embarazo. El objetivo ideal sería que la mujer realizase un cambio en sus conductas de riesgo, no consumiendo sustancias perjudiciales para ella y para el futuro RN. De esa manera, disminuirán los riesgos obstétricos, además de disminuir la incidencia del SAN. Para ello, es necesario que la comunidad tenga estrategias que ayuden a concienciar a las mujeres en edad reproductivas del impacto tan grave que genera el consumo de drogas durante el embarazo (16).

En la consulta, todas las mujeres, sin tener en cuenta su estatus socioeconómico, deben de responder a preguntas acerca del consumo de alcohol, tabaco u otras drogas (4). Para lograr que la mujer revele la verdad acerca del posible consumo, es importante establecer un clima de confianza y confidencialidad, se deben de realizar preguntas abiertas, pero lo más importante es no juzgar nunca a la mujer (4), ya que hay que tener en cuenta que muchas de estas mujeres quieren hacer las cosas de forma correcta, pero la adicción que sufren es tan fuerte que no pueden tomar medidas para paliar esa situación. Sufren al ver a sus hijos hospitalizados o al saber que sus hijos nacerán con problemas, pero la dependencia a las sustancias que consumen es mucho más fuerte y continúan con su consumo, pese a saber las consecuencias (10).

En la **Tabla 2** se refleja el perfil de la mujer consumidora de drogas durante el embarazo.

Tabla 2: Perfil de la mujer consumidora de drogas durante el embarazo

- Mujeres sin controles obstétricos.
- Mujeres con signos de adicción (huellas de pinchazos...).
- Mujeres que desean abandonar el hospital de forma inmediata tras el parto.
- Mujeres polimedicadas o que reclamen medicación de forma frecuente y en grandes dosis.
- Mujeres con consumo conocido de alguna droga (En el pasado o actualmente).
- Historial de enfermedades psicológicas o físicas.
- Historial de abuso físico o sexual.
- Mujeres jóvenes.
- Mujeres presionadas por su entorno.
- Mujeres con fácil acceso a este tipo de sustancias y/o bajo nivel de estudios, por lo que pueden desconocer las consecuencias del consumo en el feto y el recién nacido.
- Factores demográficos como raza, estado civil, ingresos, uso diario de alcohol.
- Parto repentino, episodios de hipertensión, desprendimiento de placenta, cambios severos de humor, accidentes cerebrovasculares, infarto de miocardio.
- Abortos espontáneos repetidos o muerte fetal intrauterina previa inexplicable.

Fuente: Elaboración propia (10, 11, 13, 15, 19)

Las gestantes consumidoras ponen en peligro su salud y la de su hijo al retrasar o evitar acudir a la consulta. La causa son los sentimientos de miedo, culpa, vergüenza y remordimiento, o para evitar sufrir consecuencias legales o sociales (14, 15).

Para conseguir una relación de confianza con la mujer, es fundamental usar una comunicación adecuada, no juzgarla y ofrecerle la ayuda que necesite o que demande. Además, es más probable que las mujeres se comprometan mejor con los cuidados prenatales si los profesionales son receptivos a sus dudas y problemas, no la juzgan y reconocen su valentía y persistencia para enfrentarse a esa situación tan difícil que está viviendo (4, 18).

Una vez que se ha confirmado el consumo de drogas en el embarazo, el objetivo principal es conseguir una disminución del daño. Para ello, se aconsejará a la mujer una reducción o abstinencia del consumo, tratamiento de los síntomas de la abstinencia, asesoramiento por otros profesionales y farmacoterapia (4).

Debido a que no se realizan exámenes biológicos de forma rutinaria, y muchas mujeres no revelan el consumo de drogas, es difícil de cuantificar con exactitud el número de gestantes que consumen este tipo de sustancias (10, 20). La realización de una historia clínica toxicológica completa de la madre, junto con la realización de pruebas con biomarcadores ayudará al diagnóstico de consumo de drogas por parte de la gestante (30).

"Una vez que se ha confirmado el consumo de drogas en el embarazo, el objetivo principal es conseguir una disminución del daño. Para ello, se aconsejará a la mujer una reducción o abstinencia del consumo, tratamiento de los síntomas de la abstinencia, asesoramiento por otros profesionales y farmacoterapia"

Los tres exámenes biológicos más comunes son la orina, el meconio y el pelo (18). El más usado es el análisis de la orina, tanto para la madre como para el RN. Sin embargo, tiene como inconveniente que solo refleja el consumo reciente de drogas (16, 18). La primera orina del RN es la más óptima para su detección. También hay que tener en cuenta que un negativo en esta prueba no significa que no haya habido exposición a este tipo de sustancias, sólo indica que no ha habido exposición reciente (16).

El análisis o el examen del meconio refleja la exposición a drogas durante el segundo y tercer trimestre, ya que es cuando se forma (4, 16, 18).

En cuanto al examen del pelo decir que las muestras son sencillas de recoger y reflejan, durante un periodo largo de tiempo (30) el consumo de drogas, ya que se quedan atrapadas en él. Sin embargo, su uso es controvertido, ya que hay factores que pueden alterar la muestra, como la contaminación ambiental, el color y textura natural del pelo, el uso de productos cosméticos para el pelo, así como la cantidad de muestra necesaria (18).

También existen otros tipos de muestras biológicas, pero que no son tan usadas, como la sangre y el tejido del cordón umbilical, la leche humana y el líquido amniótico (18).

3. Síndrome de abstinencia neonatal: descripción y cuidados de enfermería

El SAN se caracteriza por un conjunto de síntomas y signos de hiperexcitabilidad del sistema nervioso, vegetativo, digestivo y respiratorio, debido a la retirada de las drogas que causan la adicción (7, 16, 17, 21, 24, 31). Fue descrito por primera vez en 1975 por Finnegan et al (18) y, aunque lo relacionaba con el consumo de opiáceos (El SAN se desarrolla en el 55%-94% de los neonatos nacidos de madres consumidoras de esa sustancia) (19), también puede ser producido por otras sustancias, como el alcohol, las benzodiazepinas, la cocaína, etc. (30).

El inicio y la duración del SAN varían según el tipo de droga, cantidad consumida y momento del consumo en relación con la fecha del parto (7, 14, 22, 32). La Asociación Española de Pediatría dice que aparece en el 70% de los hijos de madres consumidoras.

El SAN manifiesta síntomas a nivel del SNC y gastrointestinal, además de a nivel del sistema nervioso autónomo y del sistema cardiorrespiratorio que, de forma esquemática, se recogen en la **Tabla 3**.

Tabla 3. Síndrome de Abstinencia Neonatal (SAN)

Sistema Nervioso Central	Irritabilidad, hiperacusia, hipertonía, hipotonía, hiperreflexia, aumento del reflejo de búsqueda, reflejo de Moro exagerado, temblores, insomnio, mioclonias, convulsiones, agitación.
Sistema Nervioso Autónomo	Febrícula, fiebre, bostezos, sudoración, erupciones cutáneas: moteado.
Sistema Cardiorrespiratorio	Congestión nasal, taquipnea/apnea, taquicardia, estornudos/bostezos, cianosis.
Sistema Gastrointestinal	Hipo, vómitos, diarreas, regurgitaciones, succión excesiva o ineficaz, voracidad, rechazo alimentario, distensión abdominal, pérdida de peso, poca ganancia de peso, deshidratación.
Otros	Diaforesis, llanto agudo, hipoglucemias.

Fuente: Elaboración propia (8, 11, 13, 17, 22, 24, 31, 32)

Cuando el SAN finaliza, cerca de un 40% de los RN que lo han sufrido pueden presentar irritabilidad, dificultad para dormir, alimentarse y tranquilizarse. Este problema posterior al SAN se denomina "*manifestaciones persistentes*" (30).

Las enfermeras tienen un papel muy importante a la hora de realizar la valoración y hacer el diagnóstico precoz, ya que están en contacto permanente con el RN desde su Nacimiento (8). Para ello es necesario que conozcan los síntomas y signos del SAN (8).

A través de los cuidados de enfermería, que deben de estar basados en las evidencias actuales, se pretende lograr el bienestar del RN, asegurando que gane un peso suficiente y comience a integrarse en el entorno que le rodea. Todo ello sin la necesidad de utilizar un tratamiento farmacológico⁸⁻¹³⁻¹⁴, ya que organismos como la Academia Americana de Pediatría recogen que el tratamiento no farmacológico debe de ser la primera opción en los casos de SAN leve, además esta terapia es la más indicada y la menos costosa y controvertida²¹.

Los cuidados centrados en el desarrollo o NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program: Programa de Cuidados Individualizados y Evaluación del Desarrollo del Recién Nacido) tienen como objetivo favorecer el desarrollo neurosensorial y emocional del RN. Para ello, se busca reducir el estrés del RN y el reconocimiento de la familia como referente permanente en la vida del niño, ya que los cuidados no solo se deben de centrar en el neonato, siendo lo ideal y recomendable tratar y cuidar a la díada formada por la madre y su hijo. Sin embargo, no es tan sencillo, ya que a día de hoy sigue habiendo unidades neonatales que solo se centran en el cuidado del RN. Por ello, el conseguir ofrecer y llevar a cabo unos cuidados adecuados para ambos es uno de los objetivos a conseguir en todas las Unidades Neonatales y de Obstetricia en un futuro (31).

Conclusiones

1. El consumo de sustancias adictivas es un problema de salud pública, siendo más consumidas en la población española y en el último año, el alcohol y el tabaco, y entre las ilegales figura el cannabis.
2. Está suficientemente demostrado que las sustancias adictivas consumidas por la mujer en el embarazo tienen efectos teratogénicos y adversos en el crecimiento y desarrollo del feto. A pesar de ello, un porcentaje importante de las mujeres consumidoras continúa haciéndolo durante el embarazo, lo que implica el riesgo de que sus hijos desarrollen SAN.
3. Debido a las graves consecuencias que supone el consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo, es necesario llevar a cabo más programas de prevención de su consumo y de diagnóstico precoz del mismo.
4. El SAN es un problema con un gran impacto socioeconómico y que afecta a una parte de la población muy vulnerable, como lo es el RN. Se caracteriza por generarle una serie de síntomas y signos de hiperexcitabilidad del sistema nervioso, vegetativo, digestivo y respiratorio, debido a la retirada de la/s droga/s al independizarse de su madre, implicando una alteración del bienestar del RN, así como posibles secuelas en su desarrollo.
5. Los RN con SAN precisan de unos cuidados especiales para conseguir su bienestar y evitarle las posibles secuelas. Estos cuidados dependen en gran medida de la enfermera de neonatología, requiriendo ésta una formación específica que deberá apoyarse en las guías de práctica clínica y en cuidados basados en las evidencias científicas más actuales.
6. Los cuidados centrados en el desarrollo o NIDCAP incluyen medidas que favorecerían el bienestar del RN, por ello es importante que estos cuidados centrados en el desarrollo estén implantados en todas las unidades neonatales.

Este trabajo ha sido presentado como comunicación oral en el XI Congreso Nacional de Enfermería de la Infancia y XXII Jornadas Nacionales de Enfermería de la Infancia que ha tenido lugar en Alcalá de Henares durante los días 10,11 y 12 de Abril de 2017, organizado por la Asociación Española de Enfermería de la Infancia y la Universidad de Alcalá.

Este trabajo ha sido premiado en los Premios de Investigación del Área Sanitaria VI (2017) en la categoría de Revisión Bibliográfica y Casos Clínicos.

Bibliografía

1. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española (23ª ed) [Sede web]. Madrid: RAE; 2014 [Fecha de acceso: 6 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.rae.es/>
2. Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos de alcohol y drogas [Monografía en Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo; 2008. [acceso 6 de febrero de 2016]. Disponible en:
http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
3. Dirección General de Tráfico. Las drogas y los medicamentos [Monografía en Internet]. Madrid: Ministerio del Interior; 2014 [acceso 6 de febrero de 2016]. Disponible en:
http://www.dgt.es/PEVI/documentos/catalogo_recursos/didacticos/did_adultas/drogas.pdf
4. Wong S, Ordean A, Kahan M, Maternal fetal medicine committee, Family physicians advisory committee, medico-legal committee, et al. Substance use in Pregnancy. J Obstet Gynaecol Can [Revista en Internet]. 2011; 33(4):367-384.[acceso 2 de febrero de 2016]. Disponible en:
[http://www.jogc.com/article/S1701-2163\(16\)34855-1/fulltext](http://www.jogc.com/article/S1701-2163(16)34855-1/fulltext)
5. American Psychiatric Association. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª ed. Madrid: Panamericana; 2014.[acceso 2 de febrero de 2016]. Disponible en:
<https://es.slideshare.net/Josefbg/dsm-5-manual-diagnostico-y-estadistico-de-los-trastornos-mentales>
6. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Sendino R, Álvarez E, Brime B, Llorens N et al. Informe 2015. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España [Monografía en Internet] Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2015. [acceso 6 de febrero de 2016]. Disponible en:
http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/INFORME_2015.pdf
7. Porcel Gálvez AM, Ortega Martínez SM, Barrientos Trigo S, Ferrinho Ferreira R, Martínez Lara C. Síndrome de abstinencia neonatal: Evolución en los últimos diez años. Enferm glob [Revista en Internet]. 2014 [acceso 15 de Diciembre de 2015]; 13(4): 337-352. Disponible en:
<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/201631/165821>

8. Cuesta Miguel MJ, Espinosa Briones AB, Val Saurí C. Síndrome de abstinencia neonatal. Enferm Integral [Revista en Internet]. 2013; (103): 24-28. [acceso 20 de enero de 2016]. Disponible en:

<http://www.enfervalencia.org/ei/103/ENF-INTEG-103.pdf>

9. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Sendino R, Álvarez E, Brime B, Llorens N et al. Estadísticas 2015. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España [Monografía en Internet] Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2015. [acceso 6 de febrero de 2016]. Disponible en:

http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/ESTADISTICAS_2015.pdf

10. Maguire D. Mothers on methadone: Care in the NICU. Neonatal Netw [Revista en Internet]. 2013; 32(6): 409-415 [acceso 19 de enero de 2016]. Disponible en:

<http://www.ingentaconnect.com/contentone/springer/jnn/2013/00000032/00000006/art00006>

11. Uberos Fernández J. Hijo de madre adicta a drogas. Bol. SPAO [Revista en Internet]. 2010; 4(4): 190-198 [acceso 20 de enero de 2016]. Disponible en:

<https://documentslide.org/hijo-de-madre-adicta-a-drogas>

12. Holbrook BD, Rayburn WF. Teratogenic risk from exposure to illicit drugs. Obstet Gynecol Clin North Am [Revista en Internet]. 2014; 41(2): 229-239 [acceso 20 de enero de 2016]. Disponible en:

<http://www.obgyn.theclinics.com/article/S0889-8545%2814%2900015-1/fulltext>

13. Hudack ML, Tan RC, The committee on drugs, The committee on fetus and newborn. Neonatal drug withdrawal. Pediatrics [Revista en Internet]. 2012; 129(2): e540-e560 [acceso 17 de enero de 2016]. Disponible en:

<http://pediatrics.aappublications.org/content/129/2/e540>

14. Jensen CL. Improving outcomes for infants with NAS. Clin advis. 2014; 17(6): 85-92 [acceso 20 de enero de 2016]. Disponible en:

<http://www.clinicaladvisor.com/cmece-features/improving-outcomes-for-infants-with-nas/article/349884/>

15. Wendell AD. Overview and epidemiology of substance abuse in pregnancy. Clin Obstet Gynecol [Revista en Internet]. 2013; 56(1): 91-96. [acceso 15 de enero de 2016]. Disponible en:

http://journals.lww.com/clinicalobgyn/Abstract/2013/03000/Overview_and_Epidemiology_of_Substance_Abuse_in.15.aspx

16. Dow K, Ordean A, Murphy-Oikonen J, Pereira J, Koren G, Roukema H, et al. Neonatal Abstinence syndrome clinical practice guidelines for Ontario. J Popul Ther Clin Pharmacol [Revista en Internet]. 2012; 19(3): e488-e506. [acceso 14 de enero de 2016]. Disponible en:

<http://www.jptcp.com/abstract/neonatal-abstinence-syndrome-clinical-practice-guidelines-for-ontario-44011.html>

17. Sublett J. Neonatal Abstinence Syndrome: Therapeutic Interventions. MCN Am J Matern Child Nurs [Revista en Internet]. 2013; 38(2): 102-107 [acceso 10 de enero de 2016]. Disponible en:

http://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=1511258&Journal_ID=54021&Issue_ID=1511064

18. Behnke M, Smith VC. Committee on substance abuse, Committee on fetus and newborn. Prenatal substance abuse: Short- and Long-term effects on the exposed fetus. Pediatrics [Revista en Internet]. 2013; 131(3): e1009-e1024. [acceso 15 de enero de 2016]. Disponible en:

<http://pediatrics.aappublications.org/content/131/3/e1009>

19. Casper T, Arbour M. Evidence-Based Nurse-Driven interventions for the care of newborns with neonatal abstinence syndrome. Adv Neonatal Care [Revista en Internet]. 2014; 14(6): 376-380. [acceso 15 de enero de 2016]. Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/264396317_Evidence-Based_Nurse-Driven_Interventions_for_the_Care_of_Newborns_With_Neonatal_Abstinence_Syndrome

20. Martínez Castillo A. Alcohol y embarazo: Intervención de enfermería en Atención Primaria. Enferm glob [Revista en Internet]. 2011 [acceso 15 de Diciembre de 2015]; 10(1). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/115201/109151>

21. Observatorio sobre Drogas y Adicción a las Bebidas Alcohólicas del Principado de Asturias. Consumo de drogas en la población de 15 y 64 años de Asturias [Monografía en Internet]. Oviedo: Consejería de Sanidad del Principado de Asturias; 2015 [acceso 6 de Febrero de 2016]. Disponible en :

https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Drogas/Observatorio/Informe%20sobre%20Consumo%20de%20Drogas%20en%20la%20poblaci%C3%B3n%20de%2015%20a%2064%20E2%80%A6.pdf

22. Kocherlakota P. Neonatal abstinence syndrome. Pediatrics [Revista en Internet]. 2014; 134(2): 547-561. Fe de erratas en: Pediatrics [Revista en Internet]. 2014; 133(5): 937-938. [acceso 20 de enero de 2016]. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/134/2/e547>

23. Barthell JE, Mrozek JD. Neonatal drug withdrawal. Minn Med [Revista en Internet]. 2013; 96(3): 48-50. [acceso 25 de enero de 2016]. Disponible en:

http://pubs.royle.com/article/Neonatal_Drug_Withdrawal/1330907/148679/article.html

24. Lindsay MK, Burnett E. The use of narcotics and street drugs during pregnancy. Clin Obstet Gynecol [Revista en Internet]. 2013; 56(1): 133-141. [acceso 24 de enero de 2016]. Disponible

en: http://journals.lww.com/clinicalobgyn/Abstract/2013/03000/The_Use_of_Narcotics_and_Street_Drugs_During.20.aspx

25. Roszel EL. Central nervous system deficits in fetal alcohol Spectrum disorder. Nurse Pract [Revista en Internet]. 2015; 40(4): 24-33. [acceso 24 de enero de 2016]. Disponible en:

http://journals.lww.com/tnpj/Abstract/2015/04000/Central_nervous_system_deficits_in_fetal_alcohol.3.aspx

26. González Fernández A, Hevia Fernández JR, Bruno Bárcena J. Situación del consumo de drogas y bebidas alcohólicas en el Principado de Asturias 2014 [Monografía en Internet]. Oviedo: Consejería de Sanidad del Principado de Asturias; 2015 [acceso 6 de Febrero de 2016]. Disponible en :

https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Drogas/Observatorio/SIT_DROGAS_TRIPAS_AF%20con%20cubs.pdf

27. Galé Ederra MI, Irache Ferrández AR, Ramillete Bandrés S. Alcohol y embarazo. Educación Sanitaria. 2011. Pulso [Revista en Internet]. 2011;(68): 37-41. [acceso 15 de enero de 2016]. Disponible en:https://issuu.com/colegioenfermerianavarra/docs/pulso_68

28. Pruet D, Waterman EH, Caughey AB. Fetal alcohol exposure: Consequences, diagnosis, and treatment. Obstet Gynecol Surv [Revista en Internet]. 2013; 68(1): 62-69. [acceso 27 de enero de 2016]. Disponible en:

http://journals.lww.com/obgynsurvey/Abstract/2013/01000/Fetal_Alcohol_Exposure_Consequences_Diagnosis,.24.aspx

29. Foltran F, Gregori D, Franchin L, Verduci E, Giovannini M. Effect of alcohol consumption in prenatal life, childhood, and adolescence on child development. Nutr Rev [Revista en Internet]. 2011;69(11): 642-659. [acceso 16 de enero de 2016]. Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/51747705_Effect_of_alcohol_consumption_in_prenatal_life_childhood_and_adolescence_on_child_development

30. Mur Sierra A, Lopez-Vilchez MA, Paya Panadés A. Abuso de tóxicos y gestación [Monografía en Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2008 [Acceso 15 de Diciembre de 2015]. Disponible en:
https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/17_1.pdf

31. Wiles JR, Isemann B, Ward LP, Vinks AA, Akinbi H. Current management of neonatal abstinence syndrome secondary to intrauterine opioid exposure. J Pediatr [Revista en Internet]. September 2014;165(3):440-446 [acceso 22 de enero de 2016]. Disponible en:

[http://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(14\)00429-6/abstract](http://www.jpeds.com/article/S0022-3476(14)00429-6/abstract)

32. MacMullen NJ, Dulski LA, Blobaum P. Evidence-based interventions for neonatal Abstinence syndrome. Pediatr Nurs [Revista en Internet]. 2014;40(4): 165-203 [acceso 19 de enero de 2016]. Disponible en:

<https://www.pediatricnursing.net/ce/2016/article40051.pdf>