



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

Prevalencia, complicaciones y tratamiento del síndrome de abstinencia neonatal en recién nacidos de madres adolescentes consumidoras de drogas, ingresadas en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2018 – 2019

AUTOR:

Béjar Pérez, María Isabel

Osorio Lapo, Nicole Solange

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de

MÉDICO

TUTOR:

Dra. Ramírez Barriga María Isabel

Guayaquil, Ecuador

1 de mayo del 2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad **por Béjar Pérez, María Isabel y Osorio Lapo, Nicole Solange**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTOR (A)

f. María Isabel Ramírez

Dra. Ramírez Barriga, María Isabel

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez, Juan Luis

Guayaquil, 1 de mayo del 2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, Béjar Pérez, María Isabel

Osorio Lapo, Nicole Solange

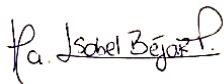
DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia, complicaciones y tratamiento del síndrome de abstinencia neonatal en recién nacidos de madres adolescentes consumidoras de drogas, ingresadas en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2018 – 2019** previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.


En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 1 de mayo del 2021

AUTORES

f. 

Béjar Pérez, María Isabel

f. 

Osorio Lapo, Nicole Solange



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA MEDICINA

AUTORIZACIÓN

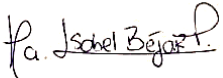
Nosotras, Béjar Pérez, María Isabel

Osorio Lapo, Nicole Solange


Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia, complicaciones y tratamiento del síndrome de abstinencia neonatal en recién nacidos de madres adolescentes consumidoras de drogas, ingresadas en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2018 – 2019**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 1 de mayo del 2021

AUTORES:

f. 

Béjar Pérez, María Isabel

f. 

Osorio Lapo, Nicole Solange

Document Information

Analyzed document TESIS BEJAR - OSORIO P66 docx (D101792508)
Submitted 4/16/2021 5:59:00 AM
Submitted by
Submitter email mirb68@hotmail.com
Similarity 0%
Analysis address jorge.devera.ucsg@analysis.orkund.com

Sources included in the report

- W** URL: <https://www.intramed.net/90950>  **1**
Fetched: 10/2/2019 2:52:36 AM
- W** URL: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007313.htm>  **1**
Fetched: 4/16/2021 6:00:00 AM

Maia Isabel Ramirez

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, el agradecimiento más importante y especial es para Dios, que con su infinita ayuda y amor me guio durante toda la carrera universitaria, permitiéndome cumplir con mis metas y creciendo profesionalmente.

Gracias a mi familia por brindarme su apoyo incondicional en estos años de estudio, por creer en mí en todo momento y sobretodo nunca permitir que decaiga.

Gracias a nuestra tutora, Dra. María Isabel Ramírez Barriga por su tiempo, dedicación y paciencia hacia nosotras durante la elaboración del Trabajo de Titulación. Gracias por ser la herramienta fundamental con su gran experiencia, ideas y observaciones para que este trabajo se pueda cumplir con éxito.

Y por último a la Universidad Católica Santiago de Guayaquil por darnos la oportunidad de formarnos como profesionales de la salud, que, con su excelencia a nivel docente, nos ha permitido llegar a la meta que nos propusimos desde que pisamos sus aulas por primera vez.

Béjar Pérez, María Isabel

Principalmente le doy gracias a Dios que, sin su guía, sin las fuerzas que me dio en no renunciar a lo largo de mi carrera universitaria no estaría logrando esta gran meta. A mis padres por siempre darme su apoyo incondicional en cada etapa de mi vida, ellos han sido una parte esencial en mi vida para lograr mis objetivos. Como hija soy muy consciente de todo el esfuerzo, trabajo, dedicación que han hecho por mí, por eso y más gracias por siempre estar conmigo.

Por último y no menos importante agradezco mucho a mi tía María del Carmen Lapo por todo su apoyo, y no solo a lo largo de mi carrera sino también fuera de ella, sin ella al igual que sin mis padres no hubiese logrado todo que he logrado y lograré.

El apoyo que me ha brindado cada uno de ellos ha sido fundamental para mí, porque toda la trayectoria de mi carrera no ha sido nada fácil, ha habido muchas altas y bajas, buenos y malos momentos, pero a pesar de todo aquí sigo y lo he logrado.

Osorio Lapo, Nicole Solange

DEDICATORIA

Este Trabajo de Titulación está dedicado primordialmente a Dios, por tomarme de mi mano durante toda mi vida universitaria y nunca soltarme, por darme las fuerzas infinitas para seguir adelante con mis objetivos deseados y bendecirme día a día. Sin Él, indudablemente, no lo hubiese logrado.

A mis padres, el Sr. Enrique Béjar y la Sra. Isabel Pérez, por ser un pilar fundamental en mi vida, que con sus ejemplos, consejos y dedicación en cada una de las cosas que han realizado, me han enseñado que nunca hay que rendirse y dar todo de uno. Mi mayor orgullo son ustedes queridos padres, es por esto que les dedico este trabajo. Por ser parte de mi crecimiento profesional, a quienes amo tanto y agradezco infinitamente todo el amor que me han brindado. Definitivamente sin ustedes nada de esto hubiera sido posible.

A mi bello hijo Bruno Blum, que sin duda alguna llegó a mi vida en el momento más especial, razón por la que nunca me rendí y me dio fuerzas y motivación para seguir adelante.

A mi novio Patricio Blum que siempre estuvo conmigo apoyándome incondicionalmente a lo largo de mi carrera, teniendo siempre una palabra de aliento, consejo, admiración y sobretodo mucho amor.

A mi familia por su confianza, motivación y amor constante, especialmente a mi hermano Andrés Béjar. Los amo infinitamente a cada uno de ustedes.

Béjar Pérez, María Isabel

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico con mucho amor y orgullo a mis padres, el Sr. Nicolás Osorio y la Sra. Nancy Lapo, que sin su ejemplo y apoyo incondicional llegar a esta instancia hubiera sido inimaginable e impensable. Porque siempre vi y me enseñaron que para lograr lo que quieres debes hacer sacrificios, todo tiene solución y por más duro que fuera todo se puede lograr. Les puedo decir que para mí es un orgullo ser su hija, por esto y más este trabajo de titulación es suyo.

A mi familia, mi novio Pedro Balladares y mi hermoso hijo Joaquín Balladares, quienes llegaron a mi vida en el momento indicado y necesario, ellos quienes me dieron la fuerza de siempre seguir adelante brindándome su amor incondicional, dándome un abrazo cuando más lo necesitaba, mi hijo que con su luz supo cómo reiniciarme el día con solo sonreírme, mi novio por darme las palabras de apoyo necesario y por jamás dejarme abandonar todo lo que ya estaba logrando.

Y a ti Dios por guiarme todo mi camino, por poner las personas necesarias en mi camino, por siempre estar al lado mío por protegerme y siempre darme las fuerzas de jamás dejarme vencer, que con cada caída pude saber levantarme.

Los amo inmensamente a todos, cada logro mío es por y para ustedes.

Osorio Lapo, Nicole Solange



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DR. AGUIRRE MARTINEZ JUAN LUIS, MGS

DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

DR. AYON GENKUONG ANDRES MAURICIO

COORDINADOR DE TITULACION

f. _____

OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO	VI
DEDICATORIA	VII
ÍNDICE DE TABLAS	XII
ÍNDICE DE GRÁFICAS	XII
ÍNDICE DE ANEXOS.....	XII
RESUMEN.....	XIII
ABSTRACT.....	XIV
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO I.....	4
EL PROBLEMA	4
1.1. Planteamiento del problema	4
1.2. Formulación del problema.....	5
1.3. Justificación.....	5
1.4. Preguntas de investigación	6
1.5. Objetivos	6
1.5.1. General	6
1.5.2. Específicos	7
CAPITULO II	8
MARCO TEÓRICO.....	8
2.1. Antecedentes de la investigación	8
2.2. Marco teórico	10
2.2.1. Síndrome de abstinencia neonatal	10
2.2.2. Identificación del síndrome de abstinencia neonatal	10
2.2.4. Características clínicas	14
2.2.5. Evaluación del síndrome de abstinencia neonatal.....	15
2.2.6. Tratamiento	16
2.2.7. Cuidado de la madre y lactancia	19

2.2.8. Atención de seguimiento para el lactante que experimenta síndrome de abstinencia neonatal	21
CAPITULO III	23
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION	23
3.1. Diseño de la investigación	23
3.2. Población.....	23
3.3. Criterios de inclusión y exclusión	23
3.3.1. Criterios de inclusión	23
3.4. Tamaño de la muestra	23
3.5. Método de recolección de datos	24
3.6. Técnicas de recolección de datos	24
3.7. Técnica de análisis estadístico	24
3.8. Variables	24
3.8.1. Independientes:	24
3.8.2. Dependiente:	25
3.9. Operacionalización de las variables	25
3.10. Análisis de resultados.....	27
3.11. Discusión.....	35
CAPITULO IV	37
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	37
4.1. Conclusiones	37
4.2. Recomendaciones.....	38
BIBLIOGRAFÍA	39
ANEXOS	43

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Detección de exposición a opioides	12
Tabla 2. Diagnóstico diferencial del síndrome de abstinencia neonatal.	13
Tabla 3. Atención no farmacológica de la díada materno-infantil afectada por el síndrome de abstinencia neonatal.....	16
Tabla 4. El papel del pediatra en el cuidado de la madre con un trastorno por consumo de opioides como parte de una díada de riesgo.....	20
Tabla 5. Características del neonato con SAN.....	27
Tabla 6. Consumo de drogas	29
Tabla 7. Síntomas clínicos.	30
Tabla 8. Síntomas clínicos. Test Apgar.	31
Tabla 9. Principales síntomas clínicos.	32
Tabla 10. Evolución clínica.....	33

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Características del neonato con SAN.....	28
Gráfica 2. Consumo de drogas.....	29
Gráfica 3. Síntomas clínicos.	30
Gráfica 4. Síntomas clínicos. Test Apgar.	31
Gráfica 5. Principales síntomas clínicos.	33
Gráfica 6. Evolución clínica.	34

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de recolección de datos.	43
Anexo 2. Escala de Finnegan.....	45
Anexo 3. Test Apgar.....	46

RESUMEN

La presente investigación tuvo como finalidad identificar la prevalencia, complicaciones y tratamiento del síndrome de abstinencia neonatal en recién nacidos de madres adolescentes consumidoras de drogas en el Hospital General Guasmo Sur entre el periodo de enero 2018 a diciembre 2019. Para ello se estableció una metodología con diseño no experimental de enfoque descriptivo transversal, constituido por 67 recién nacidos cuyas madres adolescentes eran consumidoras de drogas, ingresadas en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2018 – 2019 utilizando como fuente de información la base de datos del centro hospitalario y las historias clínicas de los pacientes. Entre los resultados obtenidos se logró constatar que los recién nacidos tenían un periodo entre 1-3 días de nacidos en un 43% con prevalencia del género masculino en un 61%, cuyo diagnóstico fue develado entre los primeros 3 días 69%. El tipo de droga mayor consumida por las madres fue la cocaína en 40%, 34% heroína y 18% marihuana. Los síntomas principales fueron irritabilidad en un 61%, temblores y somnolencia 49%, vómitos 46% y fiebre 36%. La escala de Finnegan al inicio develó un grado leve en la mayoría de los neonatos 79%, delicados 12% y graves 9%. En conclusión, se debe aplicar medidas correctivas ya sean estrategias con enfoques educativos y terapéuticos para disminuir la incidencia del SAN de recién nacidos.

Palabras clave: Síndrome de abstinencia neonatal, Drogas, Recién nacido, adolescente, Embarazo.

ABSTRACT

The purpose of this research was to identify the prevalence, complications, and treatment of neonatal abstinence syndrome in newborns of drug-using adolescent mothers at the Guasmo Sur General Hospital between the period from January 2018 to December 2019. For this, a methodology was established with Non-experimental design with a descriptive cross-sectional approach, consisting of 67 newborns whose adolescent mothers were drug users, admitted to the General Hospital Guasmo Sur in the period 2018 - 2019 using the database of the hospital center and medical records as a source of information from the patients. Among the results obtained, it was possible to verify that the newborns had a period between 1-3 days of birth in 43% with a prevalence of the male gender in 61%, whose diagnosis was revealed within the first 3 days in 69%. The type of drug most consumed by mothers was 40% cocaine, 34% heroin and 18% marijuana. The main symptoms were irritability in 61%, tremors and drowsiness in 49%, vomiting in 46% and fever in 36%. The Finnegan scale at the beginning revealed a mild grade in most of the neonates 79%, delicate 12% and severe 9%. In conclusion, corrective measures should be applied, whether they are strategies with educational and therapeutic approaches, to reduce the incidence of NAS in newborns.

Keywords: Neonatal withdrawal syndrome, Drugs, Newborn, adolescent, Pregnancy.

INTRODUCCIÓN

En la sociedad moderna, el consumo de drogas se considera un problema y una amenaza grave de género, clase social y grupo étnico. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera una sustancia que ingresa al cuerpo por cualquier vía de administración, cambia la función natural del sistema nervioso central de una persona y también puede provocar adicción ya sea mental, físicamente o ambos.

El uso de sustancias psicoactivas siempre conlleva un cierto riesgo de efectos adversos en diversos órganos y sistemas, que pueden ocurrir a corto plazo, en el caso de intoxicaciones, que también aumentan el riesgo de lesiones por accidentes o agresiones. El uso repetido y prolongado de estas sustancias a lo largo del tiempo contribuye al desarrollo de trastornos por adicción, que son trastornos crónicos y recurrentes caracterizados por una necesidad aguda de la sustancia y una pérdida de la capacidad de controlar su consumo a pesar de los efectos adversos para la salud o interpersonales, trastornos familiares, funcionamiento académico, profesional o legal (1).

En otro sentido, estas sustancias afectan a las mujeres de una forma particular dado que, aunque el uso entre hombres y mujeres es de dos a uno, los efectos en las mujeres tienden a ser mayores, sobre todo cuando están embarazadas, lo que las convierte en un grupo vulnerable al cual se le debe prestar una atención especial (2).

El síndrome de abstinencia neonatal (NAS) es considerado como un conjunto de manifestaciones irregulares que expresan los recién nacidos posterior a la exposición materna intrauterina a fármacos. Tras el cese de la transferencia de fármacos por vía umbilical, las presentaciones incluyen síntomas de abstinencia leves y transitorios (nicotina, ISRS) o toxíndromes por efecto directo del fármaco (cocaína). Por el contrario, la exposición prolongada en el útero a los opioides se asocia con un síndrome de abstinencia más específico ya menudo severo. El vínculo etiológico ha llevado a un nombre propuesto de síndrome de abstinencia de opioides neonatal (NOWS) en lugar del NAS más inespecífico (3).

Durante el embarazo, aumenta la ingesta de estupefacientes, especialmente los opioides lo que genera por consecuencia una prevalencia concomitante del NAS. Es

considerado un proceso patológico donde intervienen múltiples afecciones orgánicas en el neonato. El NAS se debe principalmente a la exposición del feto de las sustancias psicotrópicas durante el periodo de gestación y suspendida posterior al nacimiento, creando un efecto de dependencia de las sustancias ilícitas. A partir de ese momento el recién nacido empieza a experimentar síntomas que afectan al sistema nervioso central, gastrointestinales y múltiples órganos. El diagnóstico del NAS está contemplado principalmente en la revisión detallada de la historia clínica de la madre y del recién nacido. Hay varias herramientas de evaluación disponibles, pero el sistema de evaluación tradicional finlandés se usa más comúnmente para evaluar a los recién nacidos y tomar decisiones de manejo (4).

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La creciente prevalencia del uso de opiáceos en el embarazo ha llevado a un aumento concomitante de cinco veces en el síndrome de abstinencia neonatal durante la última década, de 1,2 a 5,8 por 1000 nacimientos en hospitales. Un análisis reciente del estado de Tennessee encontró que dos tercios de los casos de síndrome de abstinencia neonatal estaban asociados con recetas legales, y el 28% de las mujeres inscritas en el programa estatal de Medicaid recibieron al menos una receta para un opioide. Para 2012, casi 22,000 bebés nacían con síndrome de abstinencia neonatal en los EE. UU. Cada año, lo que se traduce en un bebé nacido cada 30 minutos y resulta en \$ 1.5 mil millones en cargos hospitalarios en todo el país (5).

Los datos nacionales de una muestra representativa de altas hospitalarias en los Estados Unidos señalaron un aumento de más de 5 veces en la incidencia entre 2004 y 2014 de 1,5 a 8,0 por 1000 nacidos vivos entre todos los pagadores. Las tendencias en Canadá son similares, con una incidencia nacional triplicada entre 2003 y 2014 (1,8 CAD a 5,4 por 1000 nacidos vivos) y un aumento en los costos totales de \$ 15,7 millones a CAD \$ 26,9 millones (6).

En Latinoamérica, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), más de 1 millón de mujeres en edad adecuada para procrear presentan adicciones con el consumo de drogas. Un estudio en Colombia mostró un aumento del 3,5% en el uso de sustancias como marihuana, éxtasis, heroína en personas entre 15 y 65 años, lo que sugiere que entre 2011 y 2016 se reportaron un total de 80 casos de consumo de sustancias en mujeres embarazadas (7).

Por su parte, Piñuñuri et al., (2015) demuestra que el consumo de drogas en Chile suele concentrarse entre los 12 y los 34 años, lo que puede llevar al abuso de sustancias durante el embarazo, ya que es la época fértil. Un informe semestral publicado recientemente sobre el programa de planes de tratamiento y rehabilitación de personas con problemas causados por el uso de drogas ilícitas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas muestra que en el primer semestre de 2014 el 28% de los atendidos eran mujeres.

En Ecuador, en la actualidad existen cifras alarmantes de drogadicción en la población donde se incluyen mujeres embarazadas dado que en su mayoría son jóvenes. Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, el número de casos de síntomas de abstinencia en recién nacidos aumentó en 2012. La población femenina ingiere sustancias ilícitas durante la gestación, lo cual es común en las zonas urbanas del país y representa un riesgo para la madre y el niño, el feto o el recién nacido (9).

En Guayaquil, según un estudio del Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús de Guayaquil, la incidencia de mujeres embarazadas drogadictas está aumentando. Por lo tanto, se espera un aumento en el número de lactantes con síntomas de abstinencia por causa del abuso de sustancias y, por ende, numerosas complicaciones. Basado en los informes anunciados por el departamento de estadística e informática del hospital, la incidencia de casos de niños con SAN se elevó para el 2014 (10).

En vista de lo antes planteado, la presente investigación toma un enfoque dirigido a identificar la prevalencia, complicaciones y tratamiento del síndrome de abstinencia neonatal en recién nacidos de madres adolescentes consumidoras de drogas en el Hospital General Guasmo Sur entre el periodo de enero 2018 a diciembre 2019, cuyos instrumentos utilizados será a través de las historias clínicas, prueba toxicológica y pruebas complementarias que permitirá determinar los resultados y análisis de los objetivos propuestos.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la prevalencia, complicaciones y tratamiento del síndrome de abstinencia neonatal en recién nacidos de madres adolescentes consumidoras de drogas

1.3. Justificación

La adicción a las drogas es una de las situaciones graves más comunes en la actualidad. En algunas partes de la ciudad, el consumo está aumentando ya que los jóvenes pueden encontrar fácilmente distribuidores, por su parte, la abstinencia neonatal representa un problema global que amenaza la vida de la gestante o madre como la del feto o recién nacido. La frecuencia real del abuso de sustancias durante el embarazo es difícil de determinar porque la admisión personal del abuso no es confiable y las pruebas toxicológicas para la mayoría de las sustancias muestran un uso breve de drogas durante un período corto de tiempo (11).

Posee un impacto social debido a su incidencia ya que los jóvenes en edad fértil son los mayores consumidores de psicotrópicos generando una gran preocupación por la población gestante. Por tal razón es su intervención con propósitos de aportar soluciones viables y factibles para mitigar su incidencia.

Posee un enfoque práctico dado que la investigación va dirigida a determinar la prevalencia de la abstinencia neonatal en recién nacidos de madres adolescentes consumidoras de drogas en el Hospital General Guasmo Sur entre el periodo de enero 2018 a diciembre 2019, posterior a ello establecer las complicaciones existentes que pongan en riesgo la salud de la madre y el bebé y un tratamiento adecuado y oportuno que mejore la calidad de vida de los afectados.

Para el cumplimiento de los objetivos propuestos, se plantea una metodología ordenada y sistemática con enfoque mixto cuali-cuantitativo basado en caracterizar y cuantificar a través de análisis los resultados obtenidos que posterior a ello se puedan proponer soluciones viables para el problema en curso. También, la investigación deja un aporte útil para la comunidad académica y profesional para el desarrollo del tema en curso por futuros investigadores.

1.4.Preguntas de investigación

2. ¿Cuáles son las características del recién nacidos con síndrome de abstinencia neonatal?
3. ¿Cuál es la droga con mayor consumo por las madres durante el periodo de gestación?
4. ¿Cuál es la severidad de los síntomas clínicos en los recién nacidos con síndrome de abstinencia neonatal?
5. ¿Cuál es la evolución clínica del recién nacido asociado a la terapia farmacológica y a la escala de Finnegan?

1.5. Objetivos

1.5.1. General

Establecer la prevalencia, complicaciones y tratamiento del síndrome de abstinencia neonatal en recién nacidos de madres adolescentes consumidoras de drogas en el Hospital General Guasmo Sur entre el periodo de enero 2018 a diciembre 2019.

1.5.2. Específicos

- Describir las características del recién nacido con síndrome de abstinencia neonatal.
- Identificar la droga con mayor consumo por las madres durante el periodo de gestación.
- Develar la severidad de los síntomas clínicos en los recién nacidos con síndrome de abstinencia neonatal.
- Conocer la evolución clínica del recién nacido asociado a la terapia farmacológica y a la escala de Finnegan.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Un estudio realizado por Zimmermann, et al., (12) basado en el tratamiento de la abstinencia de opioides en recién nacidos con morfina, fenobarbital o clorpromazina mediante un ensayo aleatorizado doble ciego dirigido a 146 niños. Se compararon tres compuestos adecuados (morfina, clorpromazina y fenobarbital) para tratar el síndrome de abstinencia neonatal en un ensayo prospectivo multicéntrico, doble ciego. Los recién nacidos expuestos a opioides en el útero se asignaron al azar a uno de los tres grupos de tratamiento. Cuando se alcanzó un umbral predefinido de una puntuación de Finnegan modificada, se inició el tratamiento y se incrementó gradualmente hasta que se controlaron los síntomas. Si los síntomas no se pudieron controlar con la dosis máxima predefinida de un solo fármaco, se añadió un segundo fármaco.

De los 143 niños reclutados, 120 necesitaron tratamiento farmacológico. La mediana de duración del tratamiento para la morfina fue de 22 días, para la clorpromazina 25 días y para el fenobarbital 32 días. En el grupo de morfina, sólo el 3% de los lactantes (1/33) necesitaron un segundo fármaco; en el grupo de clorpromazina, esta proporción fue del 56% (24/43), y en el grupo de fenobarbital del 30% (13/44). Ninguno de los fármacos probados para el tratamiento del síndrome de abstinencia neonatal resultó en una duración de tratamiento significativamente más corta que la otros (12).

Por otro lado, estudio realizado por Flannery, et al., (13) basado en desarrollar un índice para determinar qué neonatos expuestos a opioides tienen el síndrome de abstinencia neonatal (SAN) más severo dirigido a 116 recién nacidos a término de madres que recibieron metadona o buprenorfina se inscribieron en 8 sitios en un ensayo clínico aleatorizado de morfina frente a metadona. El análisis de conglomerados se utilizó para definir la gravedad del NAS alta ($n = 21$) y baja ($n = 77$). En comparación con los lactantes del grupo de gravedad NAS baja, los lactantes del grupo de gravedad NAS alta tuvieron una estancia más prolongada y una dosis total más alta del fármaco del estudio, tenían más probabilidades de haber recibido fenobarbital ($p < 0,001$), de haber sido tratados con morfina ($p = 0,020$), y tener un perfil NNNS atípico ($p = 0,005$). Los 2 grupos no difirieron en términos de puntuación máxima de Finnegan.

Por su parte, Yang et al., (14) en su estudio basado en determinar si los bebés expuestos en el útero a antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina (SRI) o un trastorno del estado de ánimo definido por DSM-IV-TR tienen significativamente más signos de interrupción neonatal en comparación con un grupo de bebés no expuestos a las 2-4 semanas después del nacimiento dirigida a 114 madres. Entre los resultados obtenidos se encontró que, las tasas de presencia de signos (definida como una puntuación ≥ 2 en la escala de Finnegan) en los grupos SRI, trastorno del estado de ánimo y comparación fueron similares en 34,1%, 35,1% y 30,4%, respectivamente. Las mujeres del grupo SRI tuvieron una tasa de partos prematuros significativamente más alta (24,4%) en comparación con los otros 2 grupos (7,4% y 8,9% en los grupos Trastorno del estado de ánimo y Comparación, respectivamente. Los recién nacidos prematuros tuvieron una tasa de signos significativamente más alta en comparación con los recién nacidos a término (54% frente a 31%) se observó una relación significativa entre los signos de Finnegan y el parto prematuro. La presencia de signos neonatales a las 2-4 semanas se asoció más estrechamente con la prematuridad que con la exposición intrauterina al SRI o al trastorno del estado de ánimo.

Townsel, et al., en su investigación basada en determinar si la expresión de ARNm de aromatasa placentaria difiere en placentas expuestas a metadona o buprenorfina y se asocia con la gravedad de NOWS, bajo un estudio prospectivo de cohorte observacional multicéntrico de julio de 2016 a diciembre de 2017 dirigida a embarazadas ≥ 18 años en una gestación mayor a 34 semanas. La puntuación de Finnegan se correlacionó con la expresión de ARNm placentario y se comparó con los niveles de fármacos y metabolitos del cordón umbilical. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva, paramétrica y no paramétrica y análisis de regresión.

Entre los resultados obtenidos se logró evidenciar que, la metadona y la buprenorfina fueron utilizadas por 29/38 (76%) y 9/38 (24%) de los pacientes, respectivamente. 19/38 (50%) bebés tenían NOWS grave. La expresión de ARNm de la aromatasa / actina placentaria fue significativamente menor en las placentas de los bebés con NOWS grave. Las proporciones medias de 2-etiliden-1,5-dimetil-3,3-difenilpirrolidina (EDDP) / metadona del cordón umbilical fueron significativamente más altas en los lactantes con NOWS grave. La expresión del ARNm de la aromatasa placentaria se correlacionó de débil a moderada con la metadona del cordón umbilical, la buprenorfina y sus concentraciones de metabolitos. La expresión de ARNm de aromatasa placentaria fue

más baja y las proporciones de EDDP / metadona del cordón umbilical fueron más altas en bebés con NOWS grave. Se necesita una investigación adicional de la aromatasa placentaria en embarazos expuestos a metadona y buprenorfina.

2.2. Marco teórico

2.2.1. Síndrome de abstinencia neonatal

El síndrome de abstinencia del recién nacido es un conjunto de síntomas que se presentan en un recién nacido después de suspender el uso de drogas. Estos síntomas también se presentan en las madres. El uso de estas sustancias psicotrópicas está provocando en la actualidad uno de los problemas sanitarios más consecuentes en la población puesto que el consumo de estas sustancias durante el embarazo constituye un impacto negativo en la salud física y neurológica del recién nacido (15).

2.2.2. Identificación del síndrome de abstinencia neonatal

La identificación del lactante en riesgo de NAS es importante para iniciar la atención no farmacológica, la puntuación del NAS y el tratamiento materno, y no tiene la intención de someter a la madre a medidas punitivas. La detección del uso o abuso de opioides en todas las mujeres embarazadas debe realizarse periódicamente y puede realizarse utilizando uno de los muchos instrumentos de detección disponibles (17).

-Historia materna

El reconocimiento de los bebés con altas probabilidades de abstinencia neonatal es imprescindible optimizar una valoración de síntomas clínicos riguroso que permita facilitar la intervención temprana y aliviar los síntomas de abstinencia neonatal. Sin embargo, muchas mujeres se encuentran indispuestas a revelar información sobre el consumo de sustancias debido a efectos dentro de la sociedad y asuntos legales (18). Por lo tanto, se aconseja una metodología racional e imparcial al momento de entrevistar a todas las gestantes sobre el abuso de psicotrópicos durante el periodo de gestación (19).

-Pruebas toxicológicas

Los resultados de las pruebas biológicas de una mujer embarazada o un bebé recién nacido pueden proporcionar una estimación exacta de los efectos de una sustancia y ayudar al tratamiento. Los datos disponibles muestran que el análisis de drogas en muestras biológicas tiene un porcentaje más alto de resultados positivos que el uso de sustancias psicoactivas auto informado (20).

Las muestras biológicas de recién nacidos incluyen meconio, cabello, sangre del cordón umbilical y orina. Todos los modos empleados para valoración resultan útiles para determinar los efectos de una sustancia en un bebé recién nacido. Sin embargo, existen limitaciones para estas pruebas, incluido cuándo tomar una muestra y cuánto tiempo lleva demostrar que los medicamentos están funcionando (21). Aunque el análisis de muestras biológicas ayuda a detectar mejor la exposición a estas drogas, es necesario establecerlo como un complemento para la valoración clínica. Se recomienda la aplicación de diagnósticos generales que integren los signos y síntomas manifestados en los recién nacidos con riesgo de NAS y un plan de detección neonatal para mantener la coherencia y la precisión.

Idealmente, un niño con signos de NAS debe tener un historial claro de exposición a opioides y la madre recibirá atención integral y tratamiento de mantenimiento con metadona o buprenorfina para tratar la OUD. La utilidad del examen toxicológico universal de la orina de los niños para el uso o abuso de sustancias se debate hoy en día. Si un bebé nacido de una madre que niega el uso o mal uso de opioides muestra signos de NAS, puede ser necesario un examen de toxicología con orina (infantil o materna), meconio, sangre del cordón umbilical o plasma materno.

Sin embargo, existen inconvenientes que suceden en cada método como se observa en la tabla 1, los más comunes incluyen:

- Los resultados negativos no descartan un OUD.
- Se pueden obtener resultados positivos con analgésicos recetados y no representan un OUD.
- Los resultados positivos no cuantifican el uso; el alcohol, que posiblemente tiene el mayor impacto en el feto, no se detecta debido a su corta vida media.
- La detección de OUD al nacer no tiene ningún valor para mitigar los efectos teratogénicos al comienzo del embarazo.

Tabla 1. Detección de exposición a opioides

Bio-matriz	Detección de exposición	Propiedades	Inconvenientes
Pruebas de toxicología en orina materna o infantil	Generalmente de 1 a 3 días; más tiempo para THC y benzodiazepinas	Fácil de recolectar Económico Resultados fácilmente disponibles	Las mujeres con OUD pueden tener resultados negativos al abstenerse de su uso justo antes del parto o "manipular" (proporcionar orina que no sea la suya)
Plasma materno	12 a 72 h; más tiempo para THC y benzodiazepinas	Relativamente barato Resultados fácilmente disponibles	Moretones Refleja solo la exposición reciente
Meconio	Durante el segundo y tercer trimestre	Puede ser difícil o imposible de recolectar (puede perderse en el útero) Puede tardar hasta 5 d en estar disponible. Costoso	Es posible que la información sobre el uso de opioides en el segundo y tercer trimestre no refleje la abstinencia más cerca del término, y puede que no sean pruebas apropiadas, especialmente para las mujeres en tratamiento con OUD
Cordón umbilical	Durante el segundo y tercer trimestre	Fácil de recolectar Costoso	Los resultados pueden demorarse varios días

Elaboración: propia.

Fuente: Jansson & Patrick (22).

El NAS debe considerarse un diagnóstico de exclusión, y es importante considerar otros diagnósticos, porque muchos bebés con NAS tienen un riesgo elevado de infecciones y otras comorbilidades como se evidencia en la tabla 2. Además, algunos signos clínicos de NAS (como irritabilidad) pueden estar presentes con otras afecciones, incluida la sepsis. También es importante evitar atribuir todos los aspectos de la adaptación infantil en el período postnatal temprano al NAS. El manejo insensible, el dolor, los toxidromes relacionados con la exposición a sustancias o medicamentos, el hambre, los entornos físicos subóptimos y la taquipnea transitoria del recién nacido son factores que pueden

malinterpretarse como signos de NAS; sin embargo, todo puede ocurrir concomitantemente en un bebé que experimenta NAS.

Tabla 2. *Diagnóstico diferencial del síndrome de abstinencia neonatal.*

Signo NAS específico	Diagnóstico diferencial
Irritabilidad	-Reflujo GE -Dolor / malestar -Septicemia -Daño cerebral
Fiebre	-Sepsis (especialmente el virus del herpes simple) -Hipertiroidismo
Problemas de alimentación	-Disfunción promotora -Anomalías (p. Ej., Paladar hendido, micrognatia, secuencia de Pierre Robin, síndromes genéticos como Prader Willi) -Policitemia -Inmadurez, incluido el parto prematuro tardío -Daño cerebral -Septicemia
Nerviosismo	-Hipoglucemia -Hipocalcemia -Inmadurez -Lesión del sistema nervioso
Sacudidas mioclónicas	-No es infrecuente en los lactantes expuestos a opioides y puede confundirse con la actividad convulsiva
Convulsiones (poco frecuentes en bebés con NAS)	-Hipocalcemia -Hipoglucemia -Encefalopatía hipóxico-isquémica -Hemorragia cerebral / accidente cerebrovascular

Elaboración: propia.

Fuente: Jansson & Patrick (22).

La aparición de signos de NAS varía con la sustancia materna utilizada y su vida media. Los bebés expuestos a la heroína muestran los primeros signos de abstinencia, típicamente entre las 12 y las 24 horas de edad; mientras que los bebés expuestos a metadona y buprenorfina comienzan a mostrar síntomas entre las 48 y las 72 horas de edad. La aparición de NAS puede retrasarse en algunos bebés, comenzando entre los 5 y los 7 días de edad, a veces después de que el bebé ha sido dado de alta del hospital (23).

2.2.4. Características clínicas

Las manifestaciones se presentan en diferentes ámbitos: desde signos de alteraciones nerviosas como enfermedades gastrointestinales. Otras son claramente visibles como los temblores incontrolados, convulsiones y señales de irritabilidad. También es necesario prestar atención a la temperatura corporal del recién nacido puesto que la fiebre es otro síntoma común en NAS (24).

El síndrome de abstinencia neonatal (NAS) es un trastorno de desregulación neuroconductual; por tanto, es importante considerar el desarrollo de la capacidad reguladora para comprender este trastorno. Cada bebé tiene un repertorio funcional específico y competencias neuroconductuales que son únicas (22).

Según el modelo de Als (25) de organización sinactiva del desarrollo conductual, el desarrollo representa fundamentalmente el surgimiento de formas más complejas e integradas de autorregulación a lo largo de la vida. Esta capacidad de autorregulación sirve para el propio funcionamiento del bebé, así como las conductas y respuestas del cuidador. Cada uno de los 4 subsistemas conductuales (control autónomo, control motor y de tono, control y atención del estado y procesamiento sensorial) apoya a los demás e interactúa con el entorno del bebé. Cuando se altera el desarrollo del recién nacido, como ocurre con la exposición a sustancias o las respuestas inadecuadas del cuidador, pueden producirse alteraciones en la autorregulación y alteraciones en las trayectorias del desarrollo.

Los síntomas clínicos pueden manifestarse en los lactantes expuestos a sustancias psicotrópicas con una vida media más prolongada que en los lactantes expuestos a sustancias de acción corta. También, el SAN puede verse afectado por factores asociados a la madre durante el periodo de gestación tales como la mal nutrición, emociones constantes como la ansiedad y el estrés (26).

Los recién nacidos con NAS poseen un alto riesgo de ser trasladados a la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), sufrir complejidades durante el parto, necesidades de medicación y estadías prolongadas en el hospital, lo que resulta en la separación de la madre y el niño en un momento crítico del desarrollo del niño. Desarrollo y comunicación. La estancia media de los niños con síntomas de abstinencia en los recién nacidos es de 17 días y de los niños que necesitan tratamiento de 23 días. Las estancias

hospitalarias más prolongadas son sinónimos de mayor atención prestada, recursos utilizados en neonatos con SAN que en niños sanos (27).

2.2.5. Evaluación del síndrome de abstinencia neonatal

La valoración inicial de los lactantes con NAS es relevante para valorar la severidad de los signos y síntomas, orientar la farmacoterapia y permitir un destete estructurado. Existen varias herramientas para evaluar el síndrome del recién nacido, cada una con sus propias fortalezas y debilidades (28).

La evaluación periódica y frecuente del lactante con NAS utilizando herramientas de evaluación estandarizadas, como una modificación de la escala de Finnegan, es actualmente el estándar de atención en los Estados Unidos. Estas herramientas están diseñadas para evaluar / reevaluar frecuentemente al bebé y para determinar si es necesario iniciar la terapia con medicamentos (en aproximadamente el 50% -60% de los bebés expuestos a opioides), los parámetros de dosificación y la elegibilidad para el destete. Idealmente, la puntuación infantil debería incluir información de la madre cuando sea apropiado. Los inconvenientes de estas herramientas son la notificación subjetiva de signos / síntomas por parte de los cuidadores; por lo tanto, se recomienda que se realicen entrenamientos periódicos de confiabilidad entre evaluadores.

En general, el lactante en riesgo de experimentar NAS se evalúa con una puntuación cada 3 a 4 horas durante toda la estancia hospitalaria, y la puntuación representa el período desde la última evaluación. Se recomienda una nueva puntuación para la institución o el aumento de la medicación para NAS, para permitir la evaluación de los entornos externos (es decir, pañales sucios, manipulación inadecuada) o internos (es decir, hambre) del bebé y su posible contribución a la exhibición del bebé. En estos casos, se vuelve a calificar al bebé dentro del plazo de 4 horas después de que se haya completado el cuidado de los estímulos nocivos. Cuando se usan medicamentos de acción corta como la morfina para el tratamiento, los intervalos de puntuación de más de 4 horas pueden resultar en una expresión de NAS más severa o de rebote a medida que se metaboliza el medicamento. Por lo tanto, se recomienda comenzar a puntuar al lactante aproximadamente a las 3 horas, cuando esté justificado, para evitar ir más allá de la ventana de tratamiento de 4 horas.

2.2.6. Tratamiento

Dentro de los objetivos principales en SAN es necesario promover el crecimiento y el desarrollo normales y prevenir o minimizar las consecuencias negativas, incluidas las molestias y convulsiones en el bebé y la interrupción de la conexión materna. En general, no existen pautas para la atención no farmacológica, dado que no existen estudios de ensayos aleatorios que evidencien su eficacia farmacológica con SAN (29).

El manejo óptimo del bebé con NAS incluye lo siguiente:

- Tratamiento no farmacológico del lactante, que comienza en el nacimiento y continúa durante la hospitalización y después del alta.
- Tratamiento farmacológico para el subconjunto de lactantes que no pueden prosperar con la atención no farmacológica sola.
- Cuidado integral de la madre

-Atención no farmacológica

La atención no farmacológica es un conjunto de intervenciones, idealmente aplicadas tanto en el período prenatal como en el posparto, que conduce a un conocimiento profundo del bebé, la madre y su interacción, lo que da como resultado modificaciones en la atención y el entorno para optimizar la regulación de la díada como se observa en la tabla 3. Requiere un enfoque en cada díada madre-hijo única y, cuando se implementa de manera efectiva, puede reducir o eliminar la necesidad de medicación para el tratamiento del NAS (30).

Tabla 3. Atención no farmacológica de la díada materno-infantil afectada por el síndrome de abstinencia neonatal.

Evaluación del funcionamiento de:	Objetivo de:
Infantil	-Implementar técnicas reconfortantes y modificaciones ambientales que disminuyan los signos de desregulación neuroconductual. -Promover la autorregulación del bebé -Fomentar el desarrollo saludable y las capacidades interactivas
Madre	-Promoción de la autorregulación materna -Fomentar y apoyar la confianza de los padres -Fomentar la capacidad materna para apoyar el desarrollo saludable de su hijo y maximizar su capacidad de interacción
Pareja	Comunicación bidireccional y sincronía diádica

Elaboración: propia.

Fuente: Jansson & Patrick (22).

-Cuidados de apoyo

La atención inicial de todos los bebés que han estado expuestos a sustancias en el útero debe ser individualizada, de apoyo y no farmacológica. Este enfoque implica la creación de un espacio óptimo con un impulso insignificante por tranquilizar al bebé. Los parámetros actuales para el cuidado de bebés expuestos a opioides incluye limitar la exposición a la luz y el ruido, fomentar un enfoque en minimizar la incomodidad y promover el descanso, envolverlos y abrazarlos, y brindar la lactancia materna sin nutrientes (31).

El régimen nutricional para mitigar la malnutrición debe formar dentro de los métodos utilizados para la terapia. Es posible que los bebés con bajo peso deban aumentar la frecuencia de alimentos ricos en calorías y sin lactosa para mitigar algunos de los efectos de la abstinencia del recién nacido, incluido el incremento del consumo energético, el reflujo, emesis y las deposiciones. Por su parte, las acciones de apoyo implementadas incluyen la musicoterapia, sesiones de masajes relajantes, camas de agua y reclutamiento de voluntarios para sostener al bebé (32).

Las investigaciones han demostrado que los recién nacido que son atendidos con lactancia materna exclusiva salen manifestar síntomas más leves que sumado a ello tiene una terapia farmacológica corta al igual que la estancia hospitalaria en comparación a los bebés que solo reciben receta médica. Por lo tanto, se debe promover la lactancia materna para las madres que se encuentran estables y que reciben terapia de reemplazo de opioides, a excepción de que existan indicaciones contrapuestas como la infección por el VIH o el abuso continuado de psicotrópicos ilegales (33).

-Atención farmacológica

Los medicamentos son una parte importante del tratamiento cuando la no medicación es insuficiente para aliviar los signos y síntomas de los síntomas de abstinencia en los recién nacidos. Se estima que el 60-80% de los niños con el síndrome no obtienen buena adherencia terapéutica farmacológica lo que podría generar desde síntomas mínimos a una escala mayor como convulsiones, hipertermia, desnutrición (34). Para pacientes con NAS el tratamiento farmacológico es esencial, sin embargo, carece de estudios que evidencien un estándar de tratamiento generalmente aceptado y en la práctica actual existen diferencias en el uso de dosis según el peso o los síntomas, así como los umbrales

para iniciar el tratamiento, los valores para las dosis de inicio, los protocolos de destete y suplemento farmacológico.

La medicación que se usa para tratar la expresión de NAS más grave generalmente comienza cuando el bebé alcanza una cierta puntuación numérica basada en una herramienta de puntuación, lo que indica que el bebé no está prosperando solo con atención no farmacológica. Aunque los paradigmas de puntuación y tratamiento óptimos no se han definido científicamente, existen 2 métodos generales de abordaje, algoritmos de tratamiento basados en síntomas y basados en el peso.

El enfoque basado en el peso trata a los bebés en mg por kg, proporcionando dosis iniciales más altas de medicación y dosis más altas para los bebés de mayor peso. En el enfoque basado en síntomas, se pueden administrar dosis iniciales más bajas a bebés con expresión menos severa, lo que teóricamente permite que los bebés levemente afectados sean tratados con menos medicación y sean dados de alta antes del hospital. En cambio, los bebés con síntomas más significativos de NAS reciben dosis iniciales más altas. Anteriormente se publicó un ejemplo de un enfoque basado en síntomas.

No se han definido los medicamentos óptimos para el NAS, aunque los medicamentos de primera línea para la abstinencia inducida por opioides deben consistir en opioides, como morfina o metadona. La clonidina en combinación con un opioide o como monoterapia puede ser igualmente eficaz, pero se necesitan ensayos clínicos. Se ha sugerido la buprenorfina como medicamento de primera línea y los datos recientes sobre este medicamento son prometedores. El uso de medicamentos de segunda línea está reservado para aquellos casos de abstinencia severa o compleja (generalmente inducida por múltiples sustancias) y se instituye cuando el bebé no puede ser tratado con un solo medicamento. Estos medicamentos suelen ser clonidina o fenobarbital (35).

El destete a un bebé de los medicamentos utilizados para tratar el NAS se realiza de forma escalonada, lentamente a lo largo del tiempo, con un período de observación al final, antes del alta. Ocasionalmente, un bebé que se somete a un destete de la medicación experimenta una escalada de los signos de NAS, lo que requiere un aumento de la medicación. Estos aumentos son generalmente en dosis más bajas que la dosis inicial escalonada. Algunas instituciones han optado por dar de alta a los bebés en el hogar con destete de medicamentos; sin embargo, aunque esta práctica acorta las estancias

hospitalarias, se asocia con tratamientos prolongados que pueden no ser necesarios y potencialmente tener un efecto negativo sobre el desarrollo (36).

Existe evidencia emergente con respecto a las consecuencias de la buprenorfina sublingual para el tratamiento de los RN con SAN. A diferencia de la morfina, la buprenorfina es un agonista parcial, asociada a la reducción del tratamiento (23 días frente a 38 días) y la duración de la estancia hospitalaria (32 días frente a 42 días).(37).

Además, un estudio de cohorte reciente mostró que la buprenorfina sublingual era superior a la metadona. Los niños que recibieron buprenorfina tuvieron ciclos de tratamiento significativamente más cortos y estancias hospitalarias más cortas que los neonatos que se les administraron metadona (38). En evidencia de los resultados se cree que la buprenorfina como tratamiento elegido para dependencia de opioides durante el periodo de gestación y en SAN son favorables.

También, existe un método farmacocinético para la buprenorfina que llega a ser útil para desarrollar un protocolo de dosificación basado en evidencia. Sin embargo, debido a que la buprenorfina contiene cantidades significativas de etanol, la seguridad es la máxima prioridad. Los problemas de seguridad, las ineficiencias y los efectos secundarios han llevado a la recomendación de no usar tintura de opio paragógica o diazepam en bebés con síntomas de abstinencia en recién nacidos (39).

2.2.7. Cuidado de la madre y lactancia

Aunque a menudo los proveedores pediátricos no brindan atención materna, es importante reconocer que el bienestar de la madre para la díada expuesta a opioides de alto riesgo es imperativo para que el bebé prospere y se desarrolle de manera óptima. Las mujeres con OUD tienen un alto riesgo de comorbilidades psiquiátricas, con mayor frecuencia depresión, pero también ansiedad, trastorno por estrés postraumático y trastorno por déficit de atención con hiperactividad, abuso (físico, sexual y emocional), y preocupaciones médicas (relacionadas con el uso de sustancias, la prostitución u otros factores asociados con el estilo de vida de las mujeres con trastornos por uso de sustancias) (40).

Los pediatras están bien posicionados para evaluar la díada y observar las dificultades que interfieren con el bienestar tanto de la madre como del bebé como se evidencia en la tabla 4. Los proveedores pediátricos también pueden proporcionar el único vínculo con cualquier tipo de atención para la díada una vez que el bebé sea dado de alta del

hospital. Como tal, la responsabilidad de la atención de la díada en riesgo, a diferencia de solo el paciente pediátrico, debe ser primordial. Los proveedores de pediatría deben poder proporcionar vínculos con el tratamiento apropiado de la OUD materna (idealmente, programas de atención integral específicos de género que acepten la presencia del bebé) y atención psiquiátrica si es necesario (41).

La lactancia materna puede proporcionar un beneficio particular para la díada expuesta a los opioides y no está contraindicada en la mayoría de las mujeres con OUD; la alimentación con fórmula no debe ser la opción predeterminada. Los medicamentos que se usan para tratar la OUD materna (como la metadona, la buprenorfina y algunos medicamentos psiquiátricos) no son incompatibles con la lactancia. En general, se recomienda la lactancia materna para las mujeres que no están en patrones de uso activo de cualquier sustancia de abuso o uso indebido (incluida la marihuana) y que han mantenido la abstinencia del uso de sustancias durante un período de tiempo antes del parto (42).

Tabla 4. *El papel del pediatra en el cuidado de la madre con un trastorno por consumo de opioides como parte de una díada de riesgo.*

Recomendación	Cosas para reconsiderar	Comportamiento
Piensa fuera de la caja	<p>Considere a la madre y sus necesidades únicas.</p> <p>Considere el entorno en el que reside la díada.</p> <p>Considere el entorno en el que reside la díada</p>	<p>-Consulte el programa de tratamiento integral de OUD que aceptará la presencia del bebé, si es necesario.</p> <p>-Referir para atención informada sobre trauma, si se justifica.</p> <p>-Referir para atención psiquiátrica, cuando esté justificado.</p> <p>-Discutir las necesidades de otras personas importantes (p. Ej., Tratamiento para trastornos por uso de sustancias) y las necesidades físicas de la madre (p. Ej., Legales, de vivienda, etc.)</p>
Brindar atención multidisciplinaria, que es el estándar de oro para las díadas expuestas a opioides.	<p>-Discutir la atención diádica con los proveedores de obstetricia.</p> <p>-Discutir la díada con los proveedores de tratamiento por abuso de sustancias, si están presentes (con el consentimiento por escrito de la madre).</p>	<p>-Asegurar la atención posparto adecuada, incluidos los servicios anticonceptivos, si así lo desea.</p> <p>-Todas las mujeres que toman metadona o buprenorfina para el tratamiento de OUD tienen un proveedor de tratamiento de adicciones y un plan de atención escrito.</p> <p>-Discutir el cuidado necesario y específico del bebé como parte del cuidado integral de la madre.</p>

<p>Tener cuidado de socavar abierta o encubiertamente el apego y la comunicación diádica, tanto dentro de la díada como con los cuidadores.</p>	<p>Reconocer que el lenguaje y los términos utilizados son importantes.</p>	<p>Evite el uso de términos estigmatizantes como "recién nacido adicto", "bebé NAS", "bebé con metadona", "bebé abstinencia", "si su bebé fuera un bebé normal", etc. Todos estos términos son peyorativos y pueden afectar negativamente al interés de la madre con OUD de buscar y participar en el tratamiento médico y psicosocial necesario para ella y su bebé.</p>
<p>Brindar atención informada sobre el trauma</p>	<p>Tenga en cuenta que los traumas sexuales, físicos y emocionales son comunes en las mujeres con OUD y, a menudo, no se diagnostican antes del parto</p>	<p>-Derivar para atención psiquiátrica especializada tan pronto como se sospeche un historial de trauma.</p> <p>-Modificar el ambiente y el cuidado para asegurar la comodidad de la madre en base a sus experiencias únicas. Esto puede incluir solo personal de enfermería femenino, no visitas nocturnas, estar consciente de exponer el cuerpo de la madre, evitar las vías intravenosas de pie que la "amarran" a la cama.</p> <p>-Reconocer que puede haber obstáculos para la lactancia, incluido el abandono temprano.</p>

Fuente: Jansson & Vélez, (42).

2.2.8. Atención de seguimiento para el lactante que experimenta síndrome de abstinencia neonatal

Es importante reconocer que el bebé afectado por NAS, independientemente de la necesidad de farmacoterapia para NAS, será dado de alta del hospital con signos residuales que pueden durar meses. Además, en algunos casos, pueden aparecer signos de abstinencia de inicio tardío (en particular, en los lactantes expuestos a opioides y benzodiazepinas), lo que requiere la re hospitalización (43).

Como tal, se debe instituir una atención pediátrica confiable, oportuna y bien informada antes del parto. Esta atención debe ser accesible para la madre, que puede no tener transporte o que tiene la obligación programática de recibir medicamentos a diario. Además, esta atención pediátrica debe instituirse inmediatamente después del alta hospitalaria para evitar complicaciones del NAS que pueden incluir la re hospitalización. La mujer debe estar satisfecha con su proveedor, porque muchas mujeres con OUD pueden tener problemas para confiar en los profesionales médicos debido a experiencias pasadas dañinas, y los proveedores con frecuencia poseen prejuicios contra este grupo de

madres. Idealmente, esta relación debe desarrollarse antes del alta hospitalaria y la madre debe recibir información para poder acceder a la atención cuando la necesite.

La atención pediátrica de los niños expuestos a opioides debe ser frecuente (es decir, mensualmente en los primeros 6 meses, cada 1 a 2 meses hasta 1 año, cada 3 meses en el segundo año y cada dos años o con mayor frecuencia después según sea necesario) para mejorar la detección de fallas de comunicación o necesidades pendientes de la madre. Debe incluir una evaluación periódica del desarrollo para permitir la detección temprana de problemas que justifiquen una intervención, como las preocupaciones sobre el lenguaje expresivo, que son comunes en esta población de niños.

Una buena relación con la madre y una relación de confianza entre la madre y el proveedor es importante para poder discutir temas sobre el tratamiento materno con OUD, la exposición a la violencia o la recaída que son de suma importancia para la salud y el desarrollo del niño. Los servicios de bienestar infantil deben utilizarse cuando se justifique (como en casos de maltrato infantil, negligencia, o daño) pero no automáticamente para casos de recaída materna o preocupaciones psiquiátricas, donde la respuesta más apropiada es la participación materna o la mejora de los servicios. La participación de otras personas importantes también puede ser importante, si corresponde.

Debe estar disponible una lista actualizada de derivaciones para tratamiento en cualquier ámbito, y es importante un seguimiento estrecho para asegurar que la madre pueda obtener este tratamiento. La diada afectada por la exposición a opioides suele ser un desafío para el proveedor pediátrico, pero debe considerarse entre los niños de mayor riesgo por innumerables razones; como tal, estos niños deben recibir atención pediátrica de la más alta calidad con una consideración compasiva por la madre y el medio ambiente.

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION

3.1. Diseño de la investigación

Para la presente investigación se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal en pacientes recién nacidos cuyas madres adolescentes son consumidoras de drogas, ingresadas en el Hospital General Guasmo Sur durante el periodo 2018 – 2019. Así mismo, la implementación de un instrumento para la recolección de datos que posteriormente son analizados con sus respectivas conclusiones.

3.2. Población

La población de estudio estuvo compuesta por 100 historias clínicas de recién nacidos de madres adolescentes consumidoras de drogas, ingresadas en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2018 – 2019.

3.3. Criterios de inclusión y exclusión

3.3.1. Criterios de inclusión

- Neonatos de madres adolescentes consumidoras de drogas.
- Lactantes con diagnóstico de síndrome de abstinencia neonatal atendidos en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2018-2019 con CIE10 P96.1.
- Neonatos con un periodo de vida no mayor a los 28 días.
- Recién nacidos con síntomas de diarrea, llanto excesivo, fiebre, ictericia, palidez, bradicardia, apnea, cianosis, irritabilidad, convulsiones, temblores, vómitos, somnoliento e hipoactivo.

3.3.2. Criterios de Exclusión

- Neonatos con otras patologías sin relación alguna al síndrome de abstinencia neonatal.
- Historias clínicas incompletas

3.4. Tamaño de la muestra

La muestra se obtuvo a través de la selección simple aleatoria utilizando el cálculo de tamaño de la muestra finita el cual dio como resultado un total de 67 neonatos de madres adolescentes consumidoras de drogas, ingresadas en el Hospital General Guasmo Sur en

el periodo 2018 – 2019 que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. La fórmula de cálculo del tamaño de la muestra finita se representa de la siguiente manera:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

Parámetro	Valor
N: es la población de estudio	100
Z: es el parámetro estadístico (nivel de confianza)	1,960
P: probabilidad de éxito	95,00%
Q: probabilidad de fracaso	5,00%
e: error de estimación aceptado	3,00%

n: 67,19 = 67 (es el total de la muestra de estudio).

3.5. Método de recolección de datos

La información es obtenida a través de:

- La revisión de las historias clínicas de los lactantes con síndrome de abstinencia neonatal.
- Exámenes toxicológicos y complementarios
- Valoración de las características clínicas de los neonatos

3.6. Técnicas de recolección de datos

La información recolectada se hizo a través de la base de datos AIRN para la obtención de los datos específicos de los recién nacidos y madres adolescentes consumidoras de drogas, ingresadas en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2018 – 2019.

3.7. Técnica de análisis estadístico

Los datos recolectados son procesados a través del programa Excel representada en tablas y graficas estadísticas en categorías de variable, frecuencia y porcentaje cuyos resultados fueron analizados para sus respectivas conclusiones.

3.8. Variables

3.8.1. Independientes:

Características del neonato, consumo, severidad de síntomas, evolución.

3.8.2. Dependiente:

Síndrome de abstinencia neonatal

3.9. Operacionalización de las variables

Independientes				
Variable	Concepto	Dimensiones	Indicador	Escala
Características del neonato con SAN	Son características definitorias que describen al lactante con SAN	Edad	Tiempo de vida del neonato	1 a 10 días 11 a 20 días 21 a 28 días
		Género	Sexo	Femenino Masculino
		Peso	Peso del neonato	Adecuado Bajo peso
		Tiempo de diagnóstico	Momento de aparición	1 a 3 días 4 a 7 días 8 a 12 días 13 a 16 >16
		Días de hospitalización	Tiempo de estadía hospitalaria	De 0 a 7 días De 8 a 14 días De 15 a 21 días De 22 a 28 días >28 días
Consumo de drogas	Son aquellas sustancias que actúan sobre el sistema nervioso central, ya sea excitándolo o deprimiéndolo	Tipo de drogas	Sustancia psicotrópica consumida durante el embarazo	Cocaína Anfetaminas Marihuana Opio Heroína
		Tiempo de consumo durante el embarazo	Periodo de consumo de psicotrópicos durante la gestación	1 mes 2 a 3 meses 4 a 6 meses >7 meses
Severidad de síntomas clínicos	Grado de afectación del estado físico y mental del neonato	Condición actual	Estable Delicado Grave	
		Test Apgar	Valoración posterior al nacimiento del recién nacido	1 min 5 min 10 min

		Manifestaciones clínicas	Manifestaciones sintomáticas en los recién nacidos con síndrome de abstinencia neonatal	Manchas en la piel Diarrea Llanto excesivo Fiebre Ictericia Palidez Bradycardia Apnea Cianosis Irritabilidad Convulsiones Temblores Vómitos Somnoliento Hipoactivo
Evolución clínica	Agravamiento o mejoramiento de la enfermedad que puede medirse por signos o síntomas observables y diagnosticables	Tratamiento	Terapia farmacológica empleada para disminuir el SAN	Fenobarbital Morfina Fenobarbital/ Morfina
Dependiente				
Variable	Concepto	Dimensiones	Indicador	Escala
Abstinencia neonatal	Estos son un grupo de problemas que ocurren en un recién nacido que ha estado expuesto a medicamentos opioides durante un período de tiempo en el útero.	Escala de Finnegan Inicial	Instrumento para medir la severidad de los síntomas del SAN	0-7 8-12 13-16 >16
		Escala de Finnegan final, posterior al tratamiento		Proceso de valoración del SAN posterior al tratamiento farmacológico

Elaboración: propia.

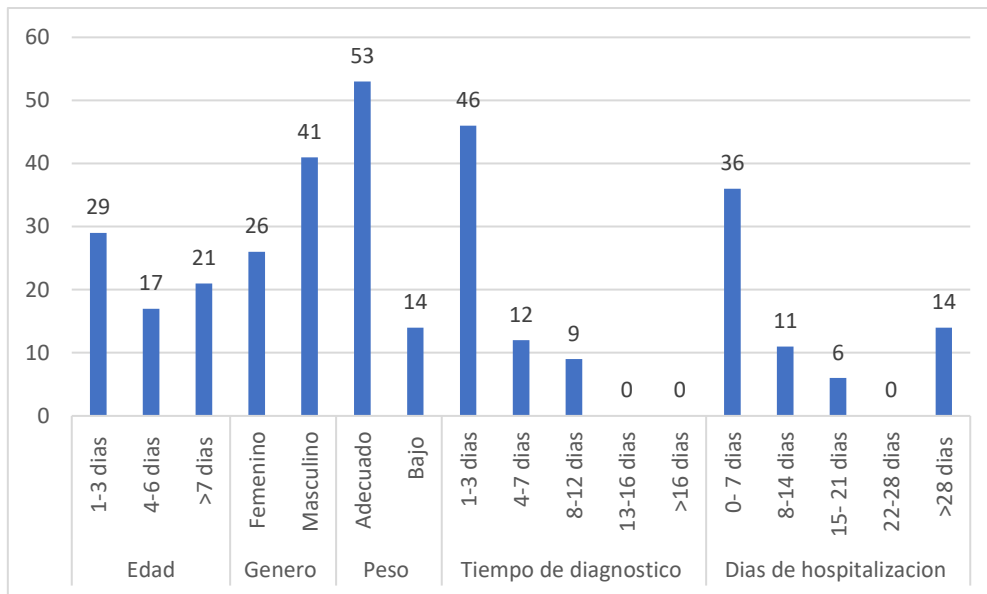
3.10. Análisis de resultados

Dentro de este apartado se ha demostrado un número significativo de niños neonatos diagnosticados con síndrome de abstinencia neonatal de madres drogodependientes a psicotrópicos cuya modalidad está representada en La modalidad se representa en cuadros y gráficas que revelan los datos estadísticos como variable, escala, frecuencia y porcentaje.

Tabla 5. Características del neonato con SAN.

Características del neonato con SAN			
Variable	Escala	Frecuencia	Porcentaje
Edad	1-3 días	29	43%
	4-6 días	17	25%
	>7 días	21	31%
Genero	Femenino	26	39%
	Masculino	41	61%
Peso	Adecuado	53	79%
	Bajo	14	21%
Tiempo de diagnostico	1-3 días	46	69%
	4-7 días	12	18%
	8-12 días	9	13%
	13-16 días	0	0%
	>16 días	0	0%
Días de hospitalización	0- 7 días	36	54%
	8-14 días	11	16%
	15- 21 días	6	9%
	22-28 días	0	0%
	>28 días	14	21%

Elaboración: propia.



Gráfica 1. Características del neonato con SAN.

Como se evidencia en la tabla 5, se presentan los resultados obtenidos del objetivo 1, el cual fue caracterizar al neonato diagnosticado con síndrome de abstinencia neonatal atendidos en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2018 – 2019.

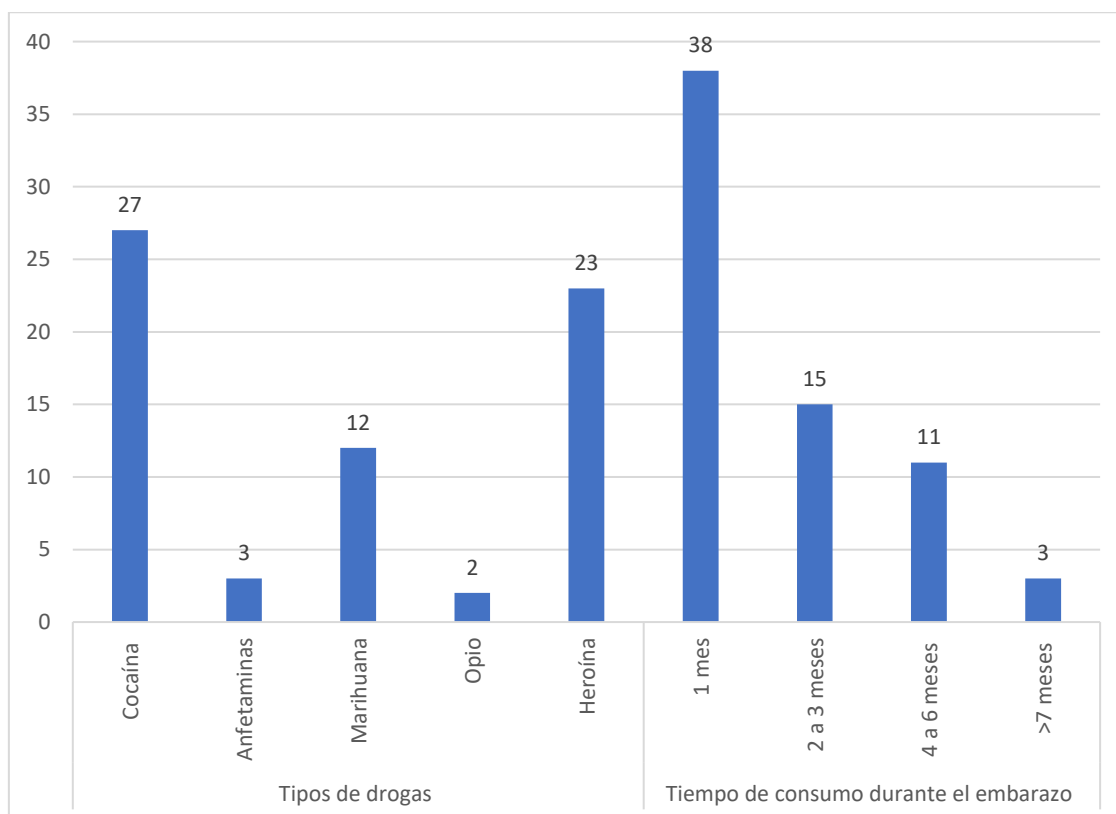
Se logró observar que, 29 de 67 lactantes tenían un periodo de vida de 1-3 días con un valor porcentual en un 43%, donde el género masculino predominó dentro del estudio en un 61%, 53 de 67 neonatos nacieron con un peso ideal 79% lo que representa la mayoría de los casos. Con respecto al tiempo de diagnóstico 46 de ellos, es decir, el 69% fueron diagnosticados en los primeros 3 días con un periodo de estadía hospitalaria en su gran mayoría máximo hasta 7 días en un 54%, a excepción de un 21% cuyos lactantes fueron atendidos en lapso mayor a 28 días.

Tabla 6. Consumo de drogas

Drogas consumidas por las madres durante el periodo de gestación

Variable	Escala	Frecuencia	Porcentaje
Tipos de drogas	Cocaína	27	40%
	Anfetaminas	3	5%
	Marihuana	12	18%
	Opio	2	3%
	Heroína	23	34%
Tiempo de consumo durante el embarazo	1 mes	38	57%
	2 a 3 meses	15	22%
	4 a 6 meses	11	16%
	>7 meses	3	5%

Elaboración: propia.



Gráfica 2. Consumo de drogas.

Como se evidencia en la tabla 6, se presentaron los resultados propuestos por el objetivo 2, el cual destaca el consumo de drogas por las madres durante el periodo de gestación cuyo tipo de estupefacientes con mayor índice de ingesta fue la cocaína en 40%, seguido de la heroína en un 34%, la marihuana en un 18% y en menor medidas las anfetaminas y el opio.

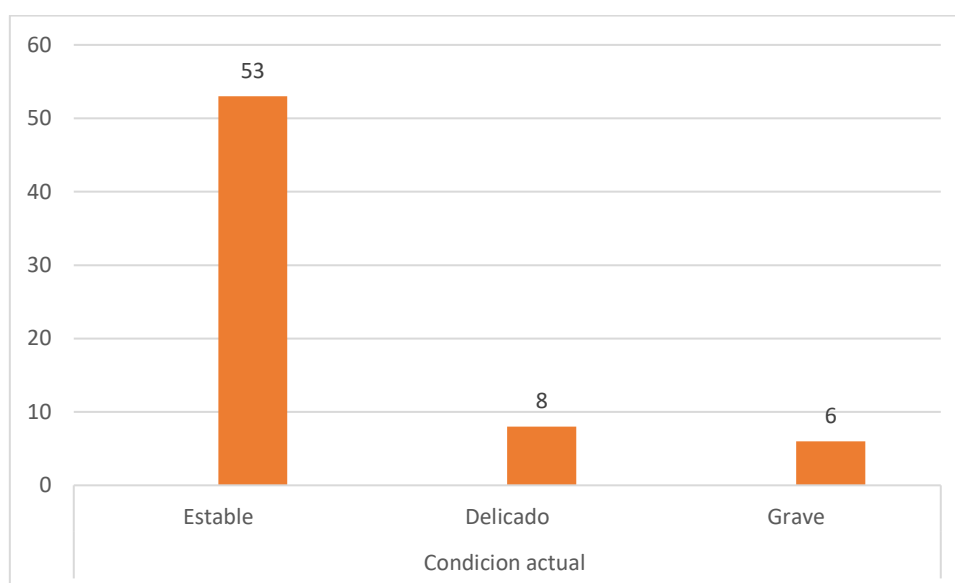
Así mismo, se determinó que la mayoría de las madres consumieron estas sustancias en un periodo de 1 mes durante la gestación indicando un 57%, a diferencia de lo casos más críticos con un tiempo de consumo de 2 a 3 meses en un 22%, 4 a 6 meses en un 16% y 5% mayor a 7 meses.

Tabla 7. *Síntomas clínicos.*

Severidad de los síntomas clínicos de los recién nacidos con SAN

Variable	Escala	Frecuencia	Porcentaje
Condición actual	Estable	53	79%
	Delicado	8	12%
	Grave	6	9%
Total		67	100%

Elaboración: propia.



Gráfica 3. *Síntomas clínicos.*

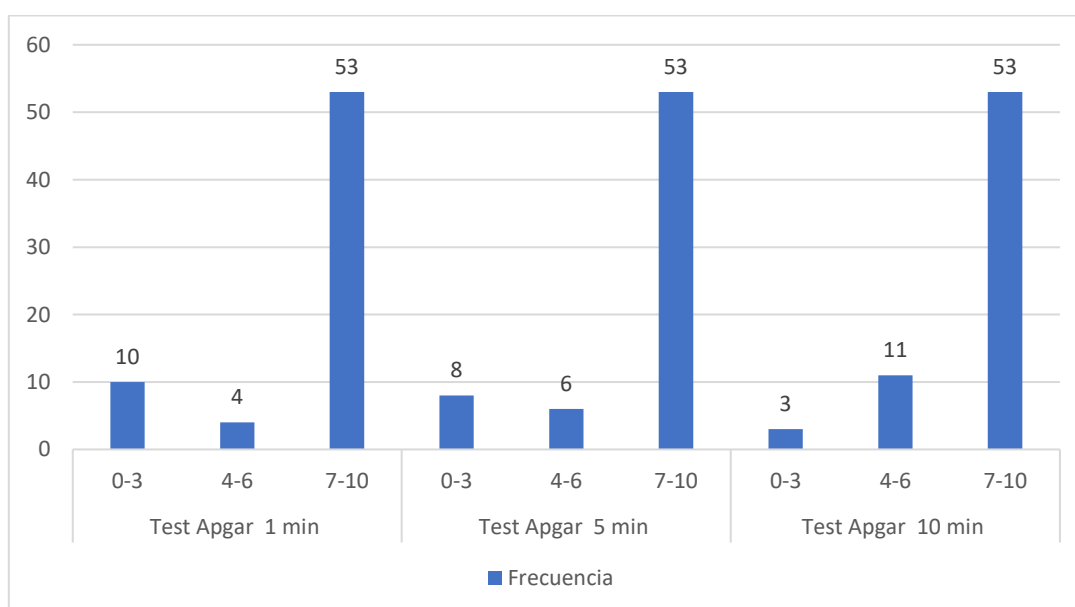
Como se observa en la tabla 7, se develaron los resultados del objetivo 3, el cual consistió en establecer la severidad de los síntomas clínicos de los recién nacidos con síndrome de abstinencia neonatal, dentro de los cuales se conoció que la mayoría de los lactantes, es decir, 53 de 67 (79%) tenían una condición estable a pesar de los síntomas clínicos, por otro lado 8 (12%) de recién nacidos tenían una condición delicada bajo vigilancia y 6 (9%) de ellos tenían un estado grave.

Tabla 8. *Síntomas clínicos. Test Apgar.*

Severidad de los síntomas clínicos de los recién nacidos con SAN

Variable	Escala	Frecuencia	Porcentaje
Test Apgar 1 min	0-3	10	15%
	4-6	4	6%
	7-10	53	79%
Test Apgar 5 min	0-3	8	12%
	4-6	6	9%
	7-10	53	79%
Test Apgar 10 min	0-3	3	5%
	4-6	11	16%
	7-10	53	79%

Elaboración: propia.



Gráfica 4. *Síntomas clínicos. Test Apgar.*

Como se observa en la tabla 8, el test Apgar reveló que, en el primer minuto el 79% de los recién nacidos se mantuvieron en una escala entre 7-10 siendo esta una puntuación normal, 12% en una escala 4-6 y los más críticos entre 0-3 puntos.

Para el minuto 5 hubo diferencias significativas, la escala 0-3 disminuyó a 8 y la puntuación de 4-6 aumento a 6.

Para la valoración del minuto 10 las variaciones se hicieron presentes en las 2 escalas anteriormente mencionadas dado que la puntuación 4-6 aumento a 11 recién nacidos y los valores de 0-3 disminuyo a 3.

Tabla 9. Principales síntomas clínicos.

Severidad de los síntomas clínicos de los recién nacidos con SAN

Variable	Escala	Frecuencia	Porcentaje
Síntomas clínicos	Diarrea	4	6%
	Llanto excesivo	6	9%
	Fiebre	24	36%
	Ictericia	7	10%
	Palidez	6	9%
	Bradicardia	14	21%
	Apnea	14	21%
	Cianosis	6	9%
	Irritabilidad	41	61%
	Convulsiones	6	9%
	Temblores	33	49%
	Vómitos	31	46%
	Somnoliento	33	49%
Hipoactivo	5	7%	

Elaboración: propia.



Gráfica 5. Principales síntomas clínicos.

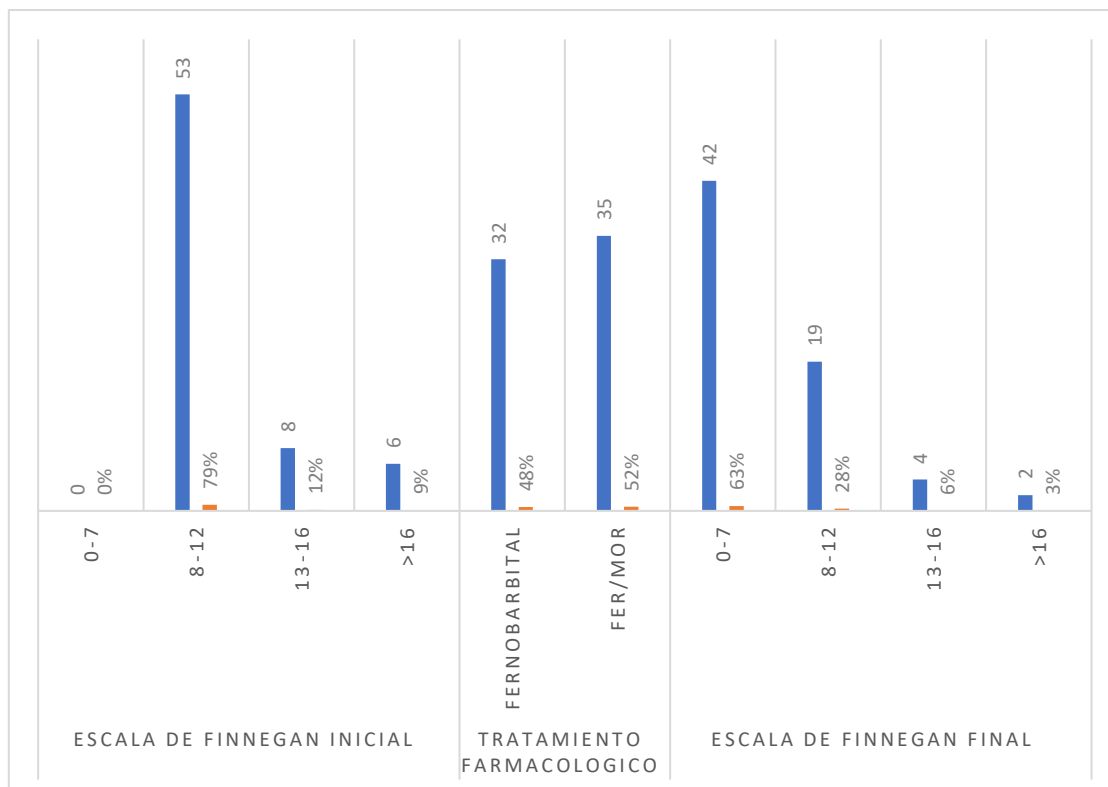
Como se evidencia en la tabla 9, se presentan los síntomas clínicos principales reflejados en los recién nacidos, entre las cuales destaca la irritabilidad en 61%, seguido de los temblores al igual que la somnolencia en un 49%, vómitos en un 46%, fiebre en un 36%, bradicardia y apnea en un 21% y en algunos casos ictericia en un 10%, cianosis, palidez y llanto excesivo en un 9%.

Tabla 10. Evolución clínica.

Evolución clínica del recién nacido asociado a la terapia farmacológica y a la escala de Finnegan

Variable	Escala	Frecuencia	Porcentaje
Escala de Finnegan Inicial	0-7	0	0%
	8-12	53	79%
	13-16	8	12%
	>16	6	9%
Tratamiento Farmacológico	Fenobarbital	32	48%
	Fenor /Mor	35	52%
Escala de Finnegan Final	0-7	42	63%
	8-12	19	28%
	13-16	4	6%
	>16	2	3%

Elaboración: propia.



Gráfica 6. Evolución clínica.

Como se observa en la tabla 9, se presenta la evolución clínica valorada a través de la escala de Finnegan, esta se divide en dos secciones la inicial y posterior al tratamiento farmacológico.

La valoración inicial demostró un 79% en un grado de abstinencia leve, seguido del 12% con un grado moderado y 9% grave.

El tratamiento farmacológico influyó de manera positiva en los recién nacidos cuya terapia fue variante, se demostró que el 52% recibió una administración mixta entre la morfina y el fenobarbital, seguido del 48% con solo terapia a base de fenobarbital el cual fue dirigida a pacientes con SAN leves.

La valoración final de la escala de Finnegan demostró un cambio positivo dado que, la ausencia de síndrome de abstinencia neonatal aumento en un 63%, un 28% con un grado leve, 6% de casos moderados y 3% graves.

3.11. Discusión

El síndrome de abstinencia neonatal representa un conjunto de problemas de salud manifestadas en el recién nacido causadas por la exposición de drogas durante el periodo de gestación. Dentro del estudio se logró evidenciar que de 67 recién nacidos la edad con mayor prevalencia se ubicó en lactantes entre 1-3 días de vida en un 43% siendo el género masculino dominante en un 61% cuyo peso estuvo dentro de los rangos adecuados en un 79%. Así mismo concuerdan los autores Cando y Cando (44), dado que en su estudio revelaron que, el 51% de los neonatos estudiados eran del sexo masculino y un 49% femenino, sin embargo con relación al peso lo autores difieren a los resultados encontrados, puesto que evidenciaron un peso inadecuado en la mayoría de los casos.

El consumo de drogas continuo hasta el punto de llegar al abuso sin duda representa un problema global especialmente si la persona está en gestación dado que la combinación de ambas resulta un alto riesgo para la salud de la madre y del bebe. Se constató que el consumo de drogas con mayor incidencia estuvo representado por la cocaína en un 40%, seguida de la heroína en un 34% y la marihuana en un 18% cuyas madres durante el embarazo continuaron con el abuso de drogas durante 1 mes en un 57%, por más de 2 meses en un 22%, mayor a 4 meses 16% y 5% más de 7 meses. Lo que indica que cuando se trata de un paciente drogodependiente sin importar las condiciones que tenga continuará con la dependencia a los estupefacientes sin medir la consecuencia que estas podrían generar. Por su parte Lara y León (45) demostraron en su estudio que el consumo de drogas por un tiempo prolongado en jóvenes adolescentes no inhibe su continuidad durante el embarazo, puesto que estas mujeres en su gran mayoría ya eran drogodependientes desde hace más de 2 años en un 79%. Sin embargo, Cando y Cando (44) difieren al tipo de consumo de droga más utilizado dado que demostraron prevalencia en la heroína en un 59%, seguido de la marihuana y por último la cocaína.

El consumo de drogas durante el embarazo está vinculado a múltiples síntomas posterior al nacimiento del recién nacido y su gravedad puede variar. Dentro del estudio de los 67 neonatos el 40% tenían una condición estable a diferencia de los graves en un 18% y 5% delicados bajo observación; entre los síntomas con mayor prevalencia la irritabilidad estuvo presente en un 61% acompañado de temblores y somnolencia en 49% y vómitos 46% y fiebre 36%. También existieron otros síntomas con mayor compromiso agravante, pero en menor grado. Así mismo concuerdan Cando y Cando (44) puesto que las autoras

revelaron que la irritabilidad fue el principal síntoma con mayor prevalencia en un 55%, tal y como afirma Caicedo (2) la irritabilidad es el principal síntoma con mayor incidencia en los neonatos con un valor porcentual de 60%.

Es importante tomar acciones de cuidados especializados para disminuir la gravedad de los síntomas a través de terapias farmacológicas para que los recién nacidos puedan tener una evolución favorable de la enfermedad la cuales pueden ser medidas utilizando la escala de Finnegan. Durante la investigación se evidenció que la valoración inicial de los recién nacidos con la escala de Finnegan en su mayoría era leve en un 79% y mejoró significativamente tras la terapia farmacológica de fenobarbital como tratamiento inicial y la combinación de la morfina y el fenobarbital. para la valoración final el 48% tenían resultados favorables sin rasgos de síndrome de abstinencia neonatal. Por su parte Castillo y Espin (46) revelaron en su estudio que la severidad de los síntomas en una valoración inicial de Finnegan demostró un 80% de gravedad en la condición de salud de los neonatos datos que difieren de los encontrados. A diferencia de los autores Cando y Cando (44) señalaron que la gravedad inicial era moderada y posterior al tratamiento obtuvieron resultados satisfactorios con una disminución significativa del SAN.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

- Se logró constatar que de 67 neonatos (43%) de ellos tenían un periodo de vida entre 1 a 3 días.
- Dentro de los hallazgos encontrados en los 3 primeros días la valoración de los lactantes en relación a las condiciones de salud por SAN era estable en un 79%, 12% en condiciones delicadas y 9% severas establecidos por medio el test de Apgar y la escala de Finnegan inicial donde el 79% de los neonatos se mantuvieron en una puntuación de 8-12.
- El sexo masculino resultó el género con mayor prevalencia en el estudio develando un porcentaje de un 61% de las cuales el 79% tenían un peso adecuado.
- Con respecto al tiempo de diagnóstico se constató que el 69% de los recién nacidos fueron valorados en los tres primeros días cuyo periodo de hospitalización se ubicó en 1 semana para los casos leves.
- La droga con mayor consumo fue la cocaína en un 40%, seguida de la heroína 34%, la marihuana 18% y en menor grado las anfetaminas 5% y el opio 3%.
- Con relación al tiempo de consumo durante el periodo de gestación se estableció en un 1 con un 57%, seguido de 2 a 3 meses, también existieron casos críticos de periodo de consumo de 4 a 6 meses y más de 7 meses.
- Las madres que consumieron drogas durante 1 mes los síntomas presentados por los recién nacidos eran leves, al igual que el 22% de las madres que ingirieron estupefacientes durante 2 a 3 meses y un 88% con síntomas moderados; por su parte, las madres que consumieron drogas por 4 a 6 meses los síntomas eran de moderados a graves y mayor a 7 meses presentaron síntomas graves.

- Se logró corroborar que el 79% de los neonatos tenían una condición estable, a excepción de algunos en condiciones delicadas y graves, donde los síntomas principales estuvieron representados por irritabilidad, temblores, vómitos, somnolencia, fiebre, bradicardia, apnea y otros síntomas manifestados en menor grado como: diarrea, llanto excesivo, ictericia, palidez, cianosis e hipoactivo.
- La valoración inicial de Finnegan demostró una prevalencia de SAN leve en la mayoría de los recién nacidos. Posterior a la terapia farmacológica los síntomas presentados disminuyeron significativamente lo cual fue constatada por medio de una valoración final con la escala de Finnegan las cuales aportaron resultados satisfactorios.

4.2. Recomendaciones

- Para las instituciones públicas, se recomienda establecer planes especiales enfocados a educar a las mujeres embarazadas drogodependientes sobre los riesgos y consecuencias del SAN en recién nacidos con la finalidad de crear conciencia y disminuir su incidencia.
- Fortalecer los programas de apoyo dirigidos a los pacientes consumidores de drogas en especial a embarazadas para el abandono de los estupefacientes durante el periodo de gestación.
- Dar charlas a las madres consumidoras de drogas para que conozcan los múltiples síntomas que afectan la calidad de vida del recién nacido y las complicaciones existentes que conllevan a una alta tasa de morbimortalidad.
- Instar a la comunidad académica y profesional a utilizar la escala de Finnegan en neonatos como principal herramienta diagnóstica.

BIBLIOGRAFÍA

1. OPS. Abuso de sustancias. Organ Panam la Salud. 2020;
2. Caicedo K. Síndrome de abstinencia neonatal en hijos de madres adictas; identificación temprana, incidencia y prevalencia en el hospital francisco de icaza bustamante. Univ Catol Santiago Guayaquil. 2020;
3. Mangat A, Schmölzer G, Kraft W. Pharmacological and Non-pharmacological treatments for the Neonatal Abstinence Syndrome (NAS). Semin Fetal Neonatal Med. 2019;24(2):133–141.
4. Anbalagan S, Mendez M. Neonatal Abstinence Syndrome. StatPearls. 2021;
5. Patrick S, Davis M, Lehman C. Increasing incidence and geographic distribution of neonatal abstinence syndrome: United States 2009 to 2012. J Perinatol. 2015;35(8):667.
6. Disher T, Gullickson C, Singh B, Cameron C. Pharmacological Treatments for Neonatal Abstinence Syndrome. JAMA Pediatr. 2019;173(3):234–243.
7. Zapata J, Rendón J, Berrouet M. Síndrome de abstinencia neonatal. Rev Pediatr. 2017;
8. Piñuñuri R, Mardones C, Valenzuela C, Estay P. Exposición prenatal a drogas de abuso y crecimiento de lactantes de CONIN Valparaíso, Chile. Nutr Hosp. 2015;31(5).
9. Monserrate J. Prevalencia del síndrome de abstinencia neonatal en recién nacidos expuestos a heroína durante la etapa prenatal. hospital universitario de guayaquil 2018. Univ Estatal Penins St Elena. 2019;
10. Guaigua S. Síndrome de abstinencia neonatal en la Maternidad Mariana de Jesús en el período 2015 y 2016. Univ Guayaquil. 2017;
11. González J. Propuesta práctica del examen de grado o de fin de carrera (de carácter complejo) investigación documental. Univ Estatal Milagro. 2019;
12. Zimmermann U, Rudin C, Duò A. Treatment of opioid withdrawal in neonates with morphine, phenobarbital, or chlorpromazine: a randomized double-blind trial.

- Eur J Pediatr. 2020;179(1):141–9.
13. Flannery T, Davis J, Czynski A. Neonatal Abstinence Syndrome Severity Index Predicts 18-Month Neurodevelopmental Outcome in Neonates Randomized to Morphine or Methadone. *J Pediatr.* 2020;227:101–7.
 14. Yang A, Ciolino J, Pinheiro E, Rasmussen-Torvik L. Síndrome de interrupción neonatal en recién nacidos expuestos a antidepresivos serotoninérgicos. *Psiquiatr J Clin.* 2017;78(5):605–11.
 15. Castillo E, Jaya M. Propuesta práctica del examen de grado o de fin de carrera (de carácter complejo) investigación documental. Univ Estatal Milagro. 2019;
 16. McQueen K, Murphy-Oikonen J. Neonatal Abstinence Syndrome. *Rev N Engl J Med.* 2016;375(25):2468–79.
 17. WHO. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. World Heal Organ. 2014;
 18. Clark L, Rohan A. Identifying and assessing the substance-exposed infant. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2015;40(2):87–95.
 19. ACOG Committee on Health Care for Underserved Women, American Society of Addiction Medicine. ACOG Committee Opinion No. 524: Opioid abuse, dependence, and addiction in pregnancy. *Obs Gynecol.* 2012;119(5):1070–6.
 20. Wexelblatt S, Ward L, Torok K, Tisdale E. Universal maternal drug testing in a high-prevalence region of prescription opiate abuse. *J Pediatr.* 2015;166(3):582–6.
 21. Cotten S. Drug testing in the neonate. *Clin Lab Med.* 2012;32(3):449–66.
 22. Jansson L, Patrick S. Neonatal Abstinence Syndrome. *Pediatr Clin North Am.* 2019;66(2):353–367.
 23. Gaalema D, Heil S, Badger G, Metayer J, Johnston A. Time to Initiation of Treatment for Neonatal Abstinence Syndrome in Neonates exposed in utero to Buprenorphine or Methadone. *Drug Alcohol Depend.* 2013;131(1):266–269.
 24. Wiles J, Isemann B, Ward LP, Vinks A. Current Management of Neonatal Abstinence Syndrome Secondary to Intrauterine Opioid Exposure. *J Pediatr.*

- 2014;165(3):440–446.
25. Als H. Neurobehavioral organization of the newborn: opportunity for assessment and intervention. *NIDA Res Monogr.* 1991;114:106–16.
 26. Kraft W, Stover M, Davis J. Neonatal abstinence syndrome: Pharmacologic strategies for the mother and infant. *Rev Semin Perinatol.* 2016;40(3):203–12.
 27. Uebel H, Wright I, Burns L, Hilder L. Reasons for Rehospitalization in Children Who Had Neonatal Abstinence Syndrome. *Pediatrics.* 2015;136(4):e811-20.
 28. Jones H, Seashore C, Johnson E, Horton E. Psychometric assessment of the Neonatal Abstinence Scoring System and the MOTHER NAS Scale. *Am J Addict.* 2016;25(5):370–3.
 29. Kraft W, Stover M, Davis J. Neonatal abstinence syndrome: Pharmacologic strategies for the mother and infant. *Semin Perinatol.* 2016;40(3):203–12.
 30. Velez M, Jansson L. The Opioid dependent mother and newborn dyad: non-pharmacologic care. *J Addict Med.* 2008;2(3):113–120.
 31. Bagley S, Wachman E, Holland E, Brogly S. Review of the assessment and management of neonatal abstinence syndrome. *Addict Sci Clin Pr.* 2014;9(1):19.
 32. MacMullen N, Dulski L, Blobaum P. Evidence-based interventions for neonatal abstinence syndrome. *Pediatr Nurs.* 2014;40(4):165–72.
 33. Wachman E, Schiff D. Bringing attention to a need for a standardized treatment and weaning protocol for neonatal abstinence syndrome. *Transl Pediatr.* 2016;5(1):12–15.
 34. Hudak M, Tan R, COMMITTEE ON DRUGS, American Academy of Pediatrics. Neonatal drug withdrawal. *Pediatrics.* 2012;129(2):e540-60.
 35. Kraft W, Adeniyi-Jones S, Chervoneva I, Greenspan J. Buprenorphine for the Treatment of the Neonatal Abstinence Syndrome. *N Engl J Med.* 2017;376(24):2341–8.
 36. Maalouf F, Cooper W, Slaughter J, Dudley J. Outpatient Pharmacotherapy for Neonatal Abstinence Syndrome. *J Pediatr.* 2018;199(0):151–7.
 37. Kraft W, Dysart K, Greenspan J, Gibson E. Revised dose schema of sublingual

- buprenorphine in the treatment of the neonatal opioid abstinence syndrome. *Addiction*. 2011;106(3):574–80.
38. Hall E, Isemann B, Wexelblatt S, Meinzen-Derr J. A Cohort Comparison of Buprenorphine versus Methadone Treatment for Neonatal Abstinence Syndrome. *J Pediatr*. 2016;179:39-44.e1.
 39. Streetz V, Gildon B, Thompson D. Role of Clonidine in Neonatal Abstinence Syndrome: A Systematic Review. *Ann Pharmacother*. 2016;50(4):301–10.
 40. Velez M, Montoya I, Jansson L. Exposure to violence among substance-dependent pregnant women and their children. *J Subst Abus Treat*. 2006;30(1):31–38.
 41. Sørbø M, Lukasse M, Brantsæter A-L, Grimstad H. Past and recent abuse is associated with early cessation of breast feeding: results from a large prospective cohort in Norway. *BMJ*. 2015;5(12).
 42. Jansson L, Velez M. Lactation and the Substance-Exposed Mother-Infant Dyad. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2015;29(4):277–86.
 43. Patrick S, Burke J, Biel T. Risk of Hospital Readmission Among Infants With Neonatal Abstinence Syndrome. *Hosp Pediatr*. 2015;5(10):513–9.
 44. Cando-Yuquis K, Cando-Yuquis M. Prevalencia y Respuesta al Tratamiento del Síndrome de Abstinencia Neonatal de hijos de madres adictas a opioides en la Maternidad Mariana de Jesús desde Mayo del 2015 a Mayo del 2016. *Univ Catol Santiago Guayaquil*. 2016;
 45. Lara A, Leon S. Síndrome de abstinencia neonatal como consecuencia de la adicción a la heroína durante la gestación. *Univ Guayaquil*. 2018;
 46. Castillo K, Espin J. Efectos del síndrome de abstinencia por heroína en pacientes neonatales del Hospital de especialidades Mariana de Jesús. *Univ Guayaquil*. 2018;

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de recolección de datos.

Edad	1-3 días	
	4-6 días	
	>7 días	
Género	Femenino	
	Masculino	
Peso	Adecuado	
	Bajo peso	
Tiempo de diagnóstico	1 a 3 días	
	4 a 7 días	
	8 a 12 días	
	13 a 16	
	>16	
Días de hospitalización	De 0 a 7 días	
	De 8 a 14 días	
	De 15 a 21 días	
	De 22 a 28 días	
	>28 días	
Tipo de drogas	Cocaína	
	Anfetaminas	
	Marihuana	
	Opio	
	Heroína	
Tiempo de consumo durante el embarazo	1 mes	
	2 a 3 meses	
	4 a 6 meses	
	>7 meses	
Condición actual	Estable	
	Delicado	
	Grave	
Test Apgar	1 min	
	5 min	
	10 min	
Manifestaciones clínicas	Manchas en la piel	
	Diarrea	
	Llanto excesivo	
	Fiebre	

	Ictericia	
	Palidez	
	Bradycardia	
	Apnea	
	Cianosis	
	Irritabilidad	
	Convulsiones	
	Temblores	
	Vómitos	
	Somnoliento	
	Hipoactivo	
Tratamiento	Fernobarbital	
	Morfina	
	Fernobarbital/ Morfina	
Escala de Finnegan Inicial	0-7	
	8-12	
	13-16	
	>16	
Escala de Finnegan final, posterior al tratamiento	0-7	
	8-12	
	13-16	
	>16	

Elaboración: propia.

Anexo 2. Escala de Finnegan.

<i>A. Alteraciones del sistema nervioso central</i>	
1. Llanto agudo	2
Llanto agudo continuo	3
2. Duerme < 1 hora después de comer	3
Duerme < 2 horas después de comer	2
Duerme < 3 horas después de comer	1
3. Reflejo de Moro hiperactivo	2
Reflejo de Moro marcadamente hiperactivo	3
4. Temblor ligero al ser molestado	1
Temblor moderado o grave al ser molestado	2
5. Temblor ligero espontáneamente	3
Temblor moderado o grave espontáneamente	4
6. Hipertonía muscular	2
7. Excoriaciones	1
8. Mioclonías	3
9. Convulsiones generalizadas	5
<i>B. Alteraciones vegetativas</i>	
1. Sudoración	1
2. Fiebre 37,2-38,8 °C	1
Fiebre ≥ 38,4 °C	2
3. Bostezos frecuentes	1
4. Erupciones cutáneas fugaces	1
5. Obstrucción nasal	1
6. Estornudos frecuentes	1
7. Aleteo nasal	2
8. Frecuencia respiratoria > 60/min	1
Frecuencia respiratoria > 60/min y tiraje	2
<i>C. Alteraciones gastrointestinales</i>	
1. Succión con avidez	1
2. Rechazo del alimento	2
3. Regurgitaciones	2
Vómitos a chorro	3
4. Deposiciones blandas	2
Deposiciones líquidas	3
Puntuación total	
Si puntuación > 8 → Iniciar tratamiento	

Anexo 3. Test Apgar.

Signo	0	1	2
Latidos cardiacos por minutos	Ausente	Menos de 100	100 o mas
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Irregular o débil	Regular o llanto
Tono muscular	Flacidez	Flexión moderada de extremidades	Movimientos activos
Irritabilidad reflejada	Sin respuesta	Muecas	Llanto vigoroso o tos
Color de piel y mucosas	Palidez o cianosis generalizada	Cianosis distal	Rosado completamente

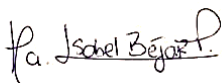
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Béjar Pérez, María Isabel y Osorio Lapo, Nicole Solange**, con C.C: 0926508722; 0923842934 autor/a del trabajo de titulación: **Prevalencia, complicaciones y tratamiento del síndrome de abstinencia neonatal en recién nacidos de madres adolescentes consumidoras de drogas, ingresadas en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2018 – 2019** previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **1 de mayo del 2021**

f.  _____

Béjar Pérez, María Isabel
CI: 0926508722

f.  _____

Osorio Lapo, Nicole Solange
CI: 0923842934

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia, complicaciones y tratamiento del síndrome de abstinencia neonatal en recién nacidos de madres adolescentes consumidoras de drogas, ingresadas en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2018 – 2019.		
AUTOR(ES)	María Isabel, Béjar Pérez; Nicole Solange, Osorio Lapo		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	María Isabel, Ramírez Barriga		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	1 de mayo del 2021	No. DE PÁGINAS:	64
ÁREAS TEMÁTICAS:	Ginecología, Pediatría, Neonatología		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Síndrome de abstinencia neonatal, Drogas, Recién nacido, adolescente, Embarazo, escala de Finnegan.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):	<p>La presente investigación tuvo como finalidad identificar la prevalencia, complicaciones y tratamiento del síndrome de abstinencia neonatal en recién nacidos de madres adolescentes consumidoras de drogas en el Hospital General Guasmo Sur entre el periodo de enero 2018 a diciembre 2019. Para ello se estableció una metodología con diseño no experimental de enfoque descriptivo transversal, constituido por 67 recién nacidos cuyas madres adolescentes eran consumidoras de drogas, ingresadas en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2018 – 2019 utilizando como fuente de información la base de datos del centro hospitalario y las historias clínicas de los pacientes. Entre los resultados obtenidos se logró constatar que los recién nacidos tenían un periodo entre 1-3 días de nacidos en un 43% con prevalencia del género masculino en un 61%, cuyo diagnóstico fue develado entre los primeros 3 días 69%. El tipo de droga mayor consumida por las madres fue la cocaína en 40%, 34% heroína y 18% marihuana. Los síntomas principales fueron irritabilidad en un 61%, temblores y somnolencia 49%, vómitos 46% y fiebre 36%. La escala de Finnegan al inicio develó un grado leve en la mayoría de los neonatos 79%, delicados 12% y graves 9%. En conclusión, se debe aplicar medidas correctivas ya sean estrategias con enfoques educativos y terapéuticos para disminuir la incidencia del SAN de recién nacidos.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593969797269; +593984432255	E-mail: isabejar@outlook.com ; n.osorio94@outlook.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Ayón Genkuong, Andrés Mauricio		
	Teléfono: +593997572784		
	E-mail: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			