



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA

TRABAJO ACADÉMICO

**“SÍNDROME DE ABSTINENCIA NEONATAL EN UN PACIENTE
RECIÉN NACIDO DEL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA,
2016”**

Presentado por:

Luz Delia Meneses Lopez

Cecilia Margarita Ramos Arias

Trabajo Académico desarrollado para optar el Título de Segunda
Especialidad Profesional de Especialista en Neonatología

Docente asesor:

Dra. Juana María Marcos Romero

Chincha, Ica, 2016

Índice

Índice	2
Dedicatoria	4
Resumen.....	4
I. Introducción	5
II. Marco teórico	9
III. Antecedentes	16
IV. Bases teóricas	20
Capítulo I: Tema del caso clínico	21
1. Definición	21
2. Incidencia	21
3. Etiología	22
4. Epidemiología.....	22
5. Patogenia	23
6. Fisiopatología	23
7. Diagnóstico diferencial	25
8. Factores de riesgo.....	25
9. Clasificación	26
10. Las formas clínicas y frecuencia de presentación	28
11. Repercusiones	29
12. Tratamiento	29
Capitulo II: Caso clínico	30
1. Introducción.....	30
2. Objetivos	31
3. Material y método.....	31
4. Caso clínico.....	31
4.1. Anamnesis.....	31

4.2. Exploración física	31
4.3. Pruebas complementarias.....	32
4.4. Diagnóstico.....	32
4.5. Tratamiento	32
4.6. Evolución.....	33
5. Discusión y análisis	33
6. Conclusiones y resultados	33
Bibliografía	33
Anexo	36

Dedicatoria

A las personas y familiares que confiaron en nosotras y un especial agradecimiento a Dios por estar a siempre a nuestro lado.

Resumen

El uso de drogas adictivas entre las mujeres durante el embarazo expone a los recién nacidos a trastornos potencialmente graves. Un grupo de síntomas conocido como síndrome de abstinencia neonatal (NWS, por sus siglas en inglés, o NAS en sus siglas en español) puede aparecer en bebés nacidos de madres adictas a ciertos medicamentos porque, al nacer, los bebés de repente se quedan aislados del suministro de medicamentos.

Las clases de medicamentos que causan el NAS son aquellas que producen adicción en los adultos, incluidos los opioides (heroína, metadona, morfina), barbitúricos, alcohol y benzodiazepinas. Muchas de las manifestaciones de NAS ocurren independientemente de la clase de fármaco, incluida la irritabilidad, la hiperactividad, el patrón de sueño anormal, el llanto agudo, el temblor, los vómitos, la diarrea, la pérdida de peso y la falta de aumento de peso. El hecho de que estos síntomas no sean específicos hace que sea difícil identificar el NAS a menos que se busque específicamente.

El inicio, la duración, y la gravedad del trastorno difiere según factores tales como la droga adictiva utilizada, el tiempo y la cantidad de la última dosis de la madre y la tasa de eliminación de la droga del recién nacido. La intervención farmacológica puede ser necesaria para controlar los síntomas y signos graves. Los medicamentos más comunes utilizados para modificar la abstinencia son fenobarbital, paregórico, clorpromazina y diazepam. El tratamiento se complica por información contradictoria sobre la efectividad de varios agentes.

I. Introducción

Las drogas pueden afectar al feto de múltiples maneras. Al inicio de la gestación, durante la etapa embrionaria, los fármacos pueden tener efectos teratogénicos significativos. Sin embargo, durante el período fetal, después de que se completa el desarrollo estructural principal, los medicamentos tienen efectos más sutiles, incluidos el crecimiento y / o la maduración anormales, las alteraciones en los neurotransmisores y sus receptores y la organización cerebral. Estos se consideran los efectos directos de las drogas. Sin embargo, los fármacos también pueden ejercer un efecto farmacológico en la madre y, por lo tanto, afectar indirectamente al feto.

Por ejemplo, la nicotina actúa sobre los receptores colinérgicos nicotínicos dentro de la vía mesolímbica, y las neuropatías activadas por alcohol mejoran la y inhibitoria. Los receptores de ácido aminobutírico (GABA) y reducen la actividad del receptor de glutamato. Las drogas de abuso imitan a los neurotransmisores naturales, de modo que la marihuana actúa como anandamidas, los opiáceos actúan como endorfinas, y la cocaína y los

estimulantes actúan dentro de las vías dopaminérgicas mesolímbicas para aumentar la dopamina y la serotonina en las sinapsis (Stahl, 2000).

Otros efectos indirectos de las drogas de abuso en el feto incluyen la entrega alterada del sustrato al feto con fines nutricionales, ya sea por insuficiencia placentaria o por comportamientos de salud materna alterados atribuibles a la adicción de la madre. Estas conductas alteradas, que incluyen mala nutrición, menor acceso / cumplimiento con la atención médica, mayor exposición a la violencia y mayor riesgo de enfermedad mental e infección, pueden poner al feto en riesgo (Bauer, 2002).

Las concentraciones de nicotina son más altas en el compartimento fetal (placenta, líquido amniótico, suero fetal) en comparación con las concentraciones séricas maternas. La nicotina es solo uno de los más de 4000 compuestos a los que el feto está expuesto a través del tabaquismo materno. De estos, ~30 compuestos se han asociado con resultados adversos para la salud. Aunque se desconocen los mecanismos exactos por los cuales la nicotina produce efectos fetales adversos, es probable que la hipoxia, la desnutrición del feto y los efectos vasoconstrictores directos en los vasos placentarios y umbilicales jueguen un papel. También se ha demostrado que la nicotina tiene efectos nocivos significativos en el desarrollo cerebral, incluidas las alteraciones en el metabolismo cerebral y los sistemas de neurotransmisores y el desarrollo cerebral anormal (Joschko, 1991). La toxicidad adicional de los compuestos en el humo, como el cianuro y el cadmio, contribuye a la toxicidad.

El etanol atraviesa fácilmente la placenta en el feto, con una concentración significativa del fármaco identificado en el líquido amniótico, así como en la sangre materna y fetal. Se ha planteado la hipótesis de una variedad de mecanismos que explican los efectos del alcohol en el feto. Estos incluyen los efectos teratogénicos directos durante la etapa embrionaria y fetal del desarrollo, así como los efectos tóxicos del alcohol en la placenta, la síntesis de proteínas y prostaglandinas alteradas, las alteraciones hormonales, los efectos nutricionales, los niveles alterados de neurotransmisores en el cerebro, la morfología cerebral alterada y el desarrollo neuronal e hipoxia (se

cree que es atribuible a la disminución del flujo sanguíneo placentario y las alteraciones en el tono vascular en los vasos umbilicales) (Kennedy, 1984).

Aunque el principal compuesto químico en la marihuana, el δ -9-tetrahidrocannabinol (THC), atraviesa rápidamente la placenta, su principal metabolito, el 11-nor-9-carboxi-THC, no lo hace. A diferencia de otras drogas, la placenta parece limitar la exposición fetal a la marihuana, ya que se ha documentado que las concentraciones de THC fetal son más bajas que las concentraciones maternas en estudios de varias especies animales. Se piensa que los efectos nocivos de la marihuana en el feto son atribuibles a las acciones farmacológicas complejas en el desarrollo de sistemas biológicos, el flujo sanguíneo uterino alterado y los comportamientos de salud materna alterados. Al igual que otras drogas, se ha demostrado que la marihuana altera los neurotransmisores cerebrales y la bioquímica cerebral, lo que produce una disminución de la síntesis de proteínas, ácidos nucleicos y lípidos (Walters, 1986). La marihuana puede permanecer en el cuerpo hasta por 30 días, prolongando así la exposición fetal. Además, fumar marihuana produce tanto como 5 veces la cantidad de monóxido de carbono que fumar cigarrillos, tal vez alterando la oxigenación fetal (Chiriboga, 2003).

En los seres humanos, los opiáceos atraviesan rápidamente la placenta, con un equilibrio del fármaco entre la madre y el feto. Se ha demostrado que los opiáceos disminuyen el crecimiento cerebral y el desarrollo celular en los animales, pero los estudios de sus efectos en los niveles de neurotransmisores y receptores de opioides han producido resultados mixtos (Zagom, 1982).

Los estudios farmacológicos de la cocaína en modelos animales que utilizan una variedad de especies han demostrado que la cocaína atraviesa fácilmente tanto la placenta como la barrera hematoencefálica y puede tener efectos teratogénicos significativos en el feto en desarrollo, directa e indirectamente. 90 Los efectos teratogénicos de la cocaína son el resultado más probable de la interferencia con los roles neurotróficos de los transmisores monoaminérgicos durante el desarrollo cerebral, que pueden afectar significativamente el desarrollo neuronal cortical y pueden llevar a

anomalías morfológicas en varias estructuras cerebrales, incluida la corteza cingulada frontal (Harvey, 2004).

También parece que el desarrollo de áreas del cerebro que regulan la atención y el funcionamiento ejecutivo es particularmente vulnerable a la cocaína. Por lo tanto, las funciones como la excitación, la atención y la memoria pueden verse afectadas negativamente por la exposición prenatal a la cocaína. Además, los insultos al sistema nervioso durante la neurogénesis, antes de que los mecanismos reguladores homeostáticos se desarrollen completamente, difieren de los de los sistemas maduros. Por lo tanto, se puede esperar que la exposición a la cocaína que se produce durante el desarrollo del sistema nervioso produzca cambios permanentes en la estructura y función del cerebro, lo que puede producir una respuesta alterada a los desafíos ambientales o farmacológicos en el futuro (Stanwood, 1999)

La metanfetamina es un miembro de un grupo de medicamentos simpaticomiméticos que estimulan el sistema nervioso central. Pasa fácilmente a través de la placenta y la barrera hematoencefálica y puede tener efectos significativos en el feto. Después de una dosis única de metanfetamina para ratones embarazadas, se encontró que los niveles de sustancia en el cerebro fetal eran similares a los encontrados en bebés humanos después de la exposición prenatal a metanfetamina, con la acumulación y distribución del fármaco que probablemente dependa del transporte monoaminérgico sistema. Es posible que el mecanismo de acción de la metanfetamina sea una interacción con y una alteración de estos sistemas de neurotransmisores en el cerebro fetal en desarrollo, así como alteraciones en la morfogénesis cerebral (Cui, 2006).

II. Marco teórico

El síndrome de abstinencia neonatal se describió por primera vez en la literatura en la década de 1970 por la Dra. Loretta Finnegan (Connaughton, 1975). Aunque este síndrome ha sido reconocido por más de cuatro décadas, ha habido cambios sustanciales en los últimos 10 años, incluyendo un aumento dramático en la prevalencia y cambios tanto en la sustancia de exposición como en el manejo clínico. También se ha realizado una considerable investigación sobre el síndrome de abstinencia neonatal y se han desarrollado estrategias de manejo efectivas. Sin embargo, aún existen lagunas, incluida la falta de claridad y coherencia en la forma en que se define, mide y controla el síndrome. Además, gran parte de la investigación se ha centrado en el infante aislado de la madre, y muchos hospitales carecen de protocolos para guiar el tratamiento. El propósito de esta revisión es resumir la literatura actual sobre el síndrome de abstinencia neonatal, incluidas las características clínicas, la prevención, la identificación y el tratamiento. Los enfoques de atención que reconocen la importancia de la diada bebé-madre se enfatizan cuando es posible (Schumacher & all, 2012).

La investigación sobre el uso de opioides durante el embarazo ha documentado los efectos negativos en la mujer embarazada, el feto y el neonato. El uso ilícito de opioides a menudo se complica por un estilo de vida caótico que incluye conductas de apoyo y búsqueda de drogas. Este estilo de vida puede dificultar el acceso o el compromiso con los servicios médicos y sociales, lo que conlleva riesgos sustanciales de enfermedad y muerte. Estos riesgos pueden mitigarse con el tratamiento de sustitución de opioides, que tiene beneficios tanto para la salud como para los resultados sociales. La metadona es actualmente el tratamiento más comúnmente prescrito para la adicción a los opioides durante el embarazo, aunque la evidencia sugiere que la buprenorfina puede estar asociada con una abstinencia neonatal menos grave que la metadona. Independientemente de si el feto está expuesto a opioides recetados o ilícitos, el síndrome de abstinencia neonatal es un resultado prevalente.

El síndrome de abstinencia neonatal se refiere a un síndrome de abstinencia de opioides postnatal que puede ocurrir en 55 a 94% de los recién nacidos cuyas madres fueron adictas o tratadas con opioides durante el embarazo. También se han usado otros términos para describir el síndrome, incluyendo el síndrome de abstinencia neonatal, el síndrome de abstinencia a medicamentos neonatales ⁸ y la abstinencia neonatal. Aunque el síndrome de abstinencia neonatal es el término usado con mayor frecuencia en la literatura, la abstinencia neonatal es probablemente una descripción más precisa del síndrome, ya que la abstinencia implica una intención de abstenerse, y los neonatos carecen de la capacidad para tal intención.

Algunos investigadores han utilizado una definición más liberal del síndrome de abstinencia neonatal que incluye la exposición a sustancias no opioides. Esto puede ser problemático porque las herramientas de evaluación para el síndrome de abstinencia neonatal se desarrollaron para bebés expuestos a opioides. Sin embargo, el uso de sustancias múltiples es común entre quienes usan opioides, y no siempre es posible atribuir la causa del síndrome de abstinencia neonatal a la exposición a opioides solos.

La terminología inconsistente puede llevar a desafíos para comprender la magnitud y la complejidad del síndrome, los signos de presentación y las estrategias de tratamiento más efectivas. En esta revisión, nos centramos en el síndrome de abstinencia neonatal como resultado de la exposición de opioides, reconociendo que muchos casos implican el uso de una o más sustancias, además de los opioides, lo que puede complicar la evaluación y el tratamiento del síndrome.

El síndrome de abstinencia neonatal se ha descrito como un trastorno complejo que afecta principalmente al sistema nervioso central y autónomo y al sistema gastrointestinal. Las manifestaciones clínicas del síndrome varían que van desde temblores leves e irritabilidad hasta fiebre, pérdida excesiva de peso y convulsiones. Los signos clínicos generalmente se desarrollan dentro de los primeros días después del nacimiento, aunque el momento de su aparición, así como su gravedad, pueden variar. Esta variación es poco conocida y se cree que es multifactorial. En particular, el

tipo de opioide y la dosis y el momento de la exposición pueden alterar el riesgo de abstinencia. Las manifestaciones clínicas pueden desarrollarse más adelante en los bebés que han estado expuestos a opioides con una vida media más larga (p. Ej., Metadona y buprenorfina) que en los niños expuestos a opioides de acción corta. La exposición a sustancias adicionales, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), las benzodiazepinas y la nicotina, también pueden alterar la aparición del síndrome, así como la gravedad de los síntomas. Además, otras variables pueden influir en el desarrollo del síndrome de abstinencia neonatal, incluidos los factores maternos (mala nutrición o estrés), el metabolismo de los opioides placentarios, las variables genéticas, las condiciones neonatales (prematuridad o infección) y factores ambientales como la atención temprana que reciben los recién nacidos (grado de estimulación y alojamiento en casa vs. cuidado en un vivero). Teniendo en cuenta estas consideraciones, la hospitalización típica de 24 a 48 horas para recién nacidos a término debería extenderse para los recién nacidos expuestos a opioides. La Academia Americana de Pediatría ha recomendado que los neonatos expuestos a opioides se observen entre 3 y 7 días antes del alta, mientras que la evidencia reciente sugiere que un período de 5 días es adecuado.

La identificación de los bebés en riesgo de síndrome de abstinencia neonatal es importante para garantizar una evaluación clínica precisa, promover la intervención temprana y mitigar los signos de abstinencia en el recién nacido. Sin embargo, muchas mujeres son reacias a divulgar el uso de sustancias debido a las consecuencias sociales y legales. Una reciente revisión sistemática de la "atención relacional" mostró que el compromiso con los servicios perinatales para mujeres que consumen sustancias mejora cuando los médicos establecen relaciones respetuosas, empáticas y de colaboración con los pacientes. Por lo tanto, se recomienda el uso de un enfoque sin prejuicios y abierto para entrevistar a todas las mujeres embarazadas (en comparación con aquellas con factores de riesgo) sobre el uso de sustancias durante el embarazo, y alentarlas a reportar el uso de sustancias, para facilitar la divulgación. En ausencia de autoinforme materno, hay

herramientas de evaluación disponibles para ayudar a los profesionales a identificar el uso de sustancias durante el embarazo; sin embargo, la efectividad de las herramientas puede mejorarse cuando se usan sin juzgar.

Además del autoinforme, los resultados de las pruebas biológicas de la mujer embarazada o del recién nacido pueden garantizar una evaluación precisa de la exposición a sustancias y pueden guiar el tratamiento. La evidencia sugiere que cuando las muestras biológicas se analizan para detectar la presencia de drogas, la tasa de resultados positivos es mayor que la tasa de consumo de sustancias autoinformado. Las pruebas toxicológicas de la mujer embarazada requieren su consentimiento, mientras que no existe una política consistente con respecto al consentimiento materno para las pruebas biológicas en el neonato. Los proveedores de atención médica deben conocer la política específica en su entorno de práctica. Además, faltan recomendaciones con respecto a la detección universal versus dirigida. La principal ventaja de la selección universal sobre la selección dirigida es una mayor sensibilidad y especificidad. La detección selectiva permite la identificación de mujeres con mayor riesgo y se cree que es más rentable que la detección universal.

Las muestras biológicas del neonato incluyen meconio, cabello, sangre del cordón umbilical y orina. Cada método de prueba toxicológica es beneficioso para identificar la exposición a sustancias en el recién nacido, pero las pruebas tienen limitaciones, que incluyen el momento en que se toma la muestra y el período de detección de la exposición al medicamento. Por lo tanto, aunque el análisis de muestras biológicas es útil para aumentar la detección de la exposición a sustancias, debe considerarse un complemento de la evaluación clínica. Se recomienda un enfoque multimétodo para identificar a los bebés en riesgo de síndrome de abstinencia neonatal y un protocolo para el cribado neonatal por su consistencia y precisión.

La evaluación objetiva de los recién nacidos que tienen signos del síndrome de abstinencia neonatal es esencial para cuantificar la gravedad de los signos y síntomas, proporcionar orientación para el tratamiento farmacológico y facilitar el destete estructurado. Hay varias herramientas

disponibles para ayudar en la evaluación de los recién nacidos para el síndrome, cada uno con fortalezas y limitaciones. La herramienta de puntuación de abstinencia neonatal de Finnegan es la herramienta de evaluación más utilizada en su formato original de 1975 o en una versión modificada según lo recomendado por la Academia Americana de Pediatría. Las críticas de la herramienta original de Finnegan apuntan a su complejidad, con demasiados elementos para su uso práctico. Por lo tanto, la versión modificada fue desarrollada por practicidad y facilidad de uso. Sin embargo, una preocupación es que ha habido muchas adaptaciones de la herramienta modificada, y ninguna versión modificada única se ha aplicado universalmente. En general, la subjetividad de las herramientas de evaluación existentes también es preocupante, y su confiabilidad y validez varían. Aunque la investigación original indica que las herramientas existentes son válidas, no se han publicado propiedades psicométricas específicas de las herramientas, con la excepción de la escala NAS de MOTHER y la Escala de síndrome de abstinencia neonatal de Finnegan: forma corta. Sin embargo, los hallazgos de estas herramientas fueron limitados y ninguno ha sido identificado como superior. Se requiere el desarrollo continuo de la herramienta.

Independientemente de la herramienta de puntuación que se use, se requieren protocolos para su uso y deben incluir capacitación para los miembros del personal que realizan evaluaciones de recién nacidos. Se recomienda una tasa de confiabilidad entre observadores del 90% o más entre los proveedores de atención médica que completen las evaluaciones. Esto es de particular importancia para los proveedores de atención médica que trabajan en organizaciones que no observan con frecuencia a los bebés con abstinencia y para los nuevos miembros del personal que no están familiarizados con la evaluación de los bebés que tienen el síndrome de abstinencia neonatal. A pesar de estas recomendaciones para la práctica, muchas organizaciones no cuentan con protocolos de detección y a menudo faltan materiales de capacitación.

Los bebés con el síndrome de abstinencia neonatal tienen un mayor riesgo de ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatales, complicaciones

en el parto, la necesidad de tratamiento farmacológico, y una estancia hospitalaria prolongada, resultados que separan a la madre y su bebé en un momento crítico para el desarrollo y la vinculación infantil. La duración promedio de la estadía de los bebés con el síndrome de abstinencia neonatal es de 17 días en total y de 23 días para los que requieren tratamiento. La hospitalización prolongada resulta en el uso de una mayor parte de los recursos de atención médica para el cuidado de los bebés con el síndrome de abstinencia neonatal que para aquellos sin el síndrome.

Se necesitan estrategias de prevención primaria para abordar la epidemia de uso de opioides y el desarrollo asociado del síndrome de abstinencia neonatal. La vigilancia continua es esencial para informar los esfuerzos relacionados con la salud pública orientados a la prevención. (Chiriboga, 2003) La evidencia sugiere que en los Estados Unidos, los estados con las tasas más altas de uso de opioides con receta también tienen las tasas más altas de síndrome de abstinencia neonatal. Por lo tanto, las iniciativas específicas para abordar las prácticas de prescripción pueden ayudar a reducir el uso de opioides en mujeres en edad fértil y prevenir el desarrollo posterior del síndrome de abstinencia neonatal. Se están realizando esfuerzos para abordar la prescripción excesiva de opioides, como la introducción de programas para monitorear las prácticas de prescripción de medicamentos opioides, la regulación de las clínicas de tratamiento del dolor y el establecimiento de umbrales de dosis de opioides. 44 Se alienta a los proveedores de atención médica a practicar la prescripción segura y juiciosa de opioides a mujeres en edad fértil. Debido a que diversos medicamentos, como los ISRS y las benzodiazepinas, pueden exacerbar los signos del síndrome de abstinencia neonatal, (Connaughton, 1975) deben evaluarse los riesgos y beneficios de todos los medicamentos que se toman durante el embarazo, y luego se brinda educación para mujeres embarazadas que usan sustancias asociadas con el síndrome. . Además, se deben ofrecer estrategias para dejar de fumar a las mujeres que fuman. Dado que pocas jurisdicciones tienen programas de tratamiento de abuso de sustancias diseñados específicamente para mujeres embarazadas, establecer dichos programas y aumentar la accesibilidad del tratamiento con metadona

también puede ayudar a prevenir el síndrome de abstinencia neonatal. Se debe desalentar la legislación punitiva para las mujeres que consumen sustancias durante el embarazo, ya que las consecuencias negativas de revelar el uso de sustancias pueden impedir que las mujeres busquen atención prenatal. Todas estas intervenciones sugeridas deben ser parte de un programa de atención integral que sea sensible a las necesidades de las mujeres que usan sustancias que están asociadas con el síndrome de abstinencia neonatal.

El aumento de la incidencia del síndrome de abstinencia neonatal y los aumentos crecientes en los costos de atención de salud asociados justifican un enfoque coherente e integral para mitigar los resultados negativos para los bebés afectados, sus madres y el sistema de atención de salud. Las innovaciones recientes en el manejo incluyen protocolos estandarizados para el tratamiento, que tienen efectos positivos en resultados importantes, como la duración del tratamiento con opioides, la duración de la estancia hospitalaria y el uso de fármacos complementarios. Además, la evidencia de los modelos farmacocinéticos apoya el desarrollo de protocolos de dosificación basados empíricamente. La lactancia materna y el alojamiento en habitación son estrategias no farmacológicas prometedoras que también pueden mejorar los resultados para los bebés y las madres, incluida la satisfacción materna y la participación en el cuidado del recién nacido. Sin embargo, Existen barreras para la implementación de estas prácticas. Se necesita una investigación rigurosa para proporcionar evidencia que respalde el desarrollo de protocolos, incluida una herramienta de evaluación estandarizada y validada y pautas basadas en la evidencia para tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. También se necesita más investigación sobre medicamentos, como clonidina y buprenorfina, para el tratamiento de bebés afectados y sobre métodos alternativos de atención, como el destete ambulatorio del tratamiento farmacológico del síndrome de abstinencia neonatal.

III. Antecedentes

En el artículo publicado en 2009, titulada “Aumento de la prevalencia del síndrome de abstinencia neonatal: estudio poblacional de factores maternos y participación de la protección infantil”. Objetivos. El uso de drogas ilícitas durante el embarazo es un importante problema de salud pública, con efectos adversos en el recién nacido e implicaciones para la crianza posterior. El objetivo de este estudio fue medir la prevalencia al nacer del síndrome de abstinencia neonatal a lo largo del tiempo, las características maternas asociadas y la participación de la protección infantil. Métodos: Este es un estudio de cohorte retrospectivo que utilizó bases de datos vinculadas de salud y protección infantil para todos los nacidos vivos en Australia Occidental desde 1980 hasta 2005. Las características maternas y la salud mental, y la historia médica relacionada con las agresiones se evaluaron mediante el uso de modelos de regresión logística. Resultados. La prevalencia al nacer del síndrome de abstinencia neonatal aumentó de 0,97 a un máximo de 42,2 por 10 000 nacidos vivos, una meseta después de 2002. Las madres con un ingreso previo de salud mental, bajo nivel de habilidad, estado aborígen o que fumaban durante el embarazo eran significativamente más propensas a tener Un bebé con síndrome de abstinencia neonatal. Estos bebés corrían un mayor riesgo de tener una acusación justificada de maltrato infantil y entrar en un hogar de acogida. El aumento del riesgo de maltrato se asoció con madres de menos de 30 años, con antecedentes sociales desfavorecidos, con estatus aborígen y con un ingreso relacionado con salud mental o asalto. Conclusiones. Ha habido un marcado aumento en el síndrome de abstinencia neonatal en los últimos 25 años. Las características maternas específicas identificadas deberían facilitar la planificación para la identificación e intervención tempranas de estas mujeres. Los hallazgos demuestran un camino importante hacia el maltrato infantil y resaltan la necesidad de programas bien apoyados para mujeres que consumen drogas ilícitas durante el embarazo, así como la necesidad de un apoyo sostenido a largo plazo después del parto (Melisa, 2009).

Antecedentes. Los estudios anteriores sobre maltrato de niños nacidos de mujeres que consumieron cocaína durante el embarazo se basaron en muestras seleccionadas de bebés identificados al nacer o en muestras sesgadas de alto riesgo referidas a servicios de protección. Objetivo. Para determinar el riesgo relativo de maltrato o colocación fuera del hogar durante los primeros 2 años de vida en niños nacidos de mujeres que consumieron cocaína durante el embarazo en comparación con un grupo de comparación socio demográficamente similar. Los pacientes. Revisamos los registros médicos de partos consecutivos en el Hospital Yale-New Haven desde el 1 de agosto de 1989 hasta el 30 de septiembre de 1990. De las 1140 mujeres elegibles para el estudio, 173 tuvieron un historial positivo y / o un análisis de orina positivo para cocaína; 139 de los niños fueron incluidos en el estudio. Se seleccionó un grupo de comparación de lactantes de 526 mujeres cuyos registros obstétricos indicaron que no habían consumido cocaína durante el embarazo basándose en al menos dos anotaciones separadas en el registro. Para cada uno de los 139 bebés expuestos a la cocaína, se eligió a un bebé del grupo de comparación en función de siete características coincidentes: fecha de nacimiento, raza, método de pago por la hospitalización, edad gestacional, paridad de la madre, edad de la madre al momento del parto y tiempo de la primera visita prenatal. Principales medidas de resultados. Los registros médicos de los niños en los dos únicos hospitales de la región, los dos centros de salud del vecindario y la única organización de mantenimiento de la salud se revisaron desde el nacimiento hasta los 2 años de edad. Cada lesión fue clasificada por dos revisores independientes que utilizaron criterios predefinidos para distinguir el maltrato (abuso físico, abandono o abandono) de las lesiones no intencionales. Las colocaciones fuera del hogar se categorizaron según si la colocación estaba en cuidado de crianza o con un familiar. Resultados principales. Los niños eran principalmente afroamericanos (80%) y la mayoría estaban inscritos en Medicaid (96.5%). A los 2 años de edad, el 9,3% de los bebés en el grupo expuesto a la cocaína frente al 1,4% en el grupo de comparación había sido maltratado [riesgo relativo pareado = 6,5; El intervalo de confianza (IC) del 95% = 1,47, 28,80], y el 25,9% frente al 8,6% había pasado algún tiempo en la colocación (riesgo relativo pareado = 5,0; IC del 95% = 2,08, 12.01).

Después de controlar las diferencias entre los grupos en las variables clínicas y sociales de referencia, los odds ratios ajustados para ambos maltratos (3,98; IC del 95% = .81, 22.80) y la colocación (1.66; IC del 95% = .74, 17.83) disminuyeron y Ya no es estadísticamente significativo. Conclusión. En este estudio poblacional, los niños nacidos de mujeres que consumieron cocaína durante el embarazo tenían un riesgo sustancialmente mayor de maltrato o colocación fuera del hogar en comparación con un grupo de comparación socio demográficamente similar. Sin embargo, las diferencias en las variables de referencia entre los dos grupos explicaron parcialmente este aumento del riesgo. Por lo tanto, el uso de cocaína por parte de una madre es más probable que sea un marcador de mayor riesgo en lugar de una sola variable explicativa (Leventhal, 1997).

Un estudio realizado por investigadores de la Universidad Case Western Reserve en Cleveland encontró que los niños expuestos a la cocaína antes del nacimiento tenían el doble de probabilidades de tener retrasos significativos en las habilidades mentales a los 2 años, en comparación con otros niños pequeños con antecedentes similares, pero cuyas madres no habían consumido cocaína durante el embarazo. Según los investigadores, es probable que estos niños expuestos a la cocaína continúen teniendo dificultades de aprendizaje y una mayor necesidad de servicios educativos especiales cuando alcancen la edad escolar. El estudio, que fue financiado por el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA), se publica en el número del 17 de abril de 2002 del Journal of the American Medical Association. El Dr. Glen R. Hanson, Director Interino de NIDA, dijo: "Este estudio agrega nuevas pruebas importantes a un creciente cuerpo de conocimiento. Es el primer informe de una relación clara entre la cocaína prenatal y el rendimiento de las pruebas mentales a los dos años. Estos los hallazgos nos recuerdan la importancia de los esfuerzos continuos para determinar qué niños y familias están en riesgo debido a la exposición a la cocaína, por lo que podemos prevenir o mejorar las consecuencias negativas del uso de esta droga". Añadió: "Es importante que en este proceso de investigación, evitemos etiquetar o estigmatizar inadvertidamente a un gran número de niños pequeños debido al consumo de drogas por parte de sus

madres durante el embarazo. Queremos utilizar este tipo de investigación para ayudarnos a ser más eficaces en la forma en que trabajar con estos niños". Los investigadores siguieron el curso de desarrollo de 415 bebés, cuyas madres embarazadas fueron reclutadas en el estudio en un gran hospital urbano del condado entre los años 1994 y 1996. Todas las mujeres embarazadas reclutadas en el estudio eran de alto riesgo y de nivel socioeconómico bajo fondos de estado. Se tomaron muestras de orina de las mujeres y se tomaron muestras de meconio de cada bebé. Estas muestras fueron examinadas para el uso de drogas maternas. Se encontró que doscientos dieciocho bebés estaban expuestos a la cocaína y 197 estaban libres de cocaína. Cada niño fue examinado para el progreso del desarrollo a los 12 y 24 meses de edad. A los bebés se les administró las Escalas de Bayley de Desarrollo Mental y Motor Infantil, una evaluación ampliamente utilizada del desarrollo infantil. Las puntuaciones en esta evaluación miden la memoria, el lenguaje y las habilidades de resolución de problemas, así como el control y la coordinación de los motores finos y gruesos. Si bien no se detectaron efectos en la Escala del motor de Bayley, los niños expuestos a la cocaína tuvieron un peor desempeño en la Escala Mental de la Bahía de Bayley que los niños no expuestos, después de ajustar otras variables (como el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas; edad materna; prenatal). cuidado y calidad del ambiente del hogar). Aunque los puntajes del índice de desarrollo mental disminuyeron con el tiempo en ambos grupos de bebés, los niños expuestos prenatalmente a la cocaína tuvieron puntajes que disminuyeron más rápido. De 6 a 24 meses, el puntaje promedio de los bebés expuestos a la cocaína disminuyó en 14 puntos en comparación con 9 puntos para los niños no expuestos. Casi el 14 por ciento de los bebés expuestos a la cocaína tuvieron puntajes en el rango de retraso mental, 89 veces más alto de lo esperado en la población general. El porcentaje de niños con retrasos leves o mayores fue del 38 por ciento, casi el doble que el grupo no expuesto a la cocaína. Los bebés de madres con evidencia de un consumo más alto y más frecuente de cocaína durante el embarazo obtuvieron los peores resultados. El investigador principal, el Dr. Lynn T. Singer dijo que existen varios mecanismos posibles por los cuales la exposición a la cocaína durante el embarazo puede afectar el resultado

infantil. El desarrollo de sistemas neurales del cerebro fetal puede verse afectado de manera directa y adversa por la exposición a la cocaína. Otra posible explicación es que el uso de cocaína durante el embarazo puede constreñir el sistema vascular, disminuyendo posteriormente el flujo de sangre a través de la placenta y dando como resultado niveles bajos de oxígeno (hipoxemia) en el feto. Las diferencias en los lactantes expuestos a la cocaína se observaron al nacer. Estos bebés tenían una edad gestacional más baja, menor peso al nacer y una circunferencia y longitud de la cabeza más pequeñas que los bebés no expuestos. Hubo más bebés prematuros, con bajo peso al nacer y pequeños para la edad gestacional en el grupo expuesto. Hubo 11 muertes en el momento en que los bebés tenían 2 años, 8 en niños positivos a la cocaína y 3 en niños negativos a la cocaína. El síndrome de muerte súbita infantil (SMSI) fue la causa principal de muerte en ambos grupos. Se estima que 1 millón de niños han nacido después de la exposición fetal a la cocaína desde mediados de la década de 1980, cuando surgió la llamada epidemia de crack con la disponibilidad de una forma barata, potente y fumable de cocaína (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas., 2002).

IV. Bases teóricas

El síndrome de abstinencia neonatal se refiere a la abstinencia de drogas ilícitas, alcohol y ciertos medicamentos.

Los síntomas del síndrome de abstinencia neonatal incluyen llanto excesivo, temblor, convulsiones y mala alimentación.

Envoltura y pequeñas tomas frecuentes de una fórmula alta en calorías son formas comunes de controlar esta condición.

Todas las madres deben consultar a sus médicos cuando toman medicamentos durante la lactancia.

El síndrome de abstinencia neonatal es una condición que algunos bebés experimentan cuando se retiran de ciertos medicamentos que su madre ha tomado durante el embarazo. Cuando una mujer está embarazada y toma

uno de estos medicamentos, su bebé nonato puede acostumbrarse al medicamento mientras está en el útero. Una vez nacido, el bebé todavía depende de la droga; Como el medicamento ya no está disponible, el bebé experimenta síntomas de abstinencia.

Capítulo I: Tema del caso clínico

1. Definición

El síndrome de abstinencia neonatal (NAS) es un término para un grupo de problemas que experimenta un bebé cuando se retira de la exposición a narcóticos.

El síndrome de abstinencia neonatal o abstinencia neonatal es un síndrome de abstinencia en bebés después del nacimiento causado por la exposición en el útero a drogas de dependencia. Hay dos tipos de NAS: prenatal y postnatal. El NAS prenatal es causado por la interrupción de los medicamentos que toma la madre embarazada, mientras que el NAS posnatal es causado por la interrupción de los medicamentos directamente al bebé.

2. Incidencia

La incidencia del síndrome de abstinencia neonatal ha aumentado sustancialmente en la última década. En 2012, el síndrome se diagnosticó en 21,732 bebés en los Estados Unidos, lo que representa un aumento de 5 en los 12 años anteriores. Esto es consistente con la mayor prevalencia del síndrome de abstinencia neonatal en otros lugares, incluidos Inglaterra, Canadá y Australia Occidental, y refleja un problema mundial en aumento. El aumento en los casos de síndrome de abstinencia neonatal se corresponde con el aumento reportado en el uso de opioides durante el embarazo, que se atribuye al uso más liberal de opioides prescritos para el

control del dolor en mujeres embarazadas, el uso ilícito de opioides como la oxicodona y la heroína, y un aumento dramático en los programas de sustitución de opioides para el tratamiento de la adicción a los opioides. El patrón de uso de opioides también se ha desplazado de una población de bajos recursos de la ciudad a una población con mayor diversidad socioeconómica y demográfica que incluye a las mujeres embarazadas. Las causas del síndrome de abstinencia neonatal son igualmente diversas, incluida la exposición en el útero a opioides prescritos o ilícitos y a los agentes utilizados para el tratamiento de la adicción a los opioides maternos.

3. Etiología

La NAS puede involucrar una fase inicial corta pero intensa, que consiste en temblores, convulsiones, irritabilidad, problemas de alimentación, vómitos, diarrea, hipertermia y otros signos sistémicos (que duran de 1 a 2 semanas). Esta fase inicial puede ir seguida de un curso prolongado crónico y recurrente que incluye hiperirritabilidad, trastornos del sueño, hiperfagia y otros signos neurológicos y autónomos (que duran desde unas pocas semanas hasta unos pocos meses).

4. Epidemiología

Un estudio de 2016 de la Universidad de Michigan y la Universidad de Pittsburgh, publicado en el Diario de la Asociación Médica Americana, analizó información sobre 7.4 millones de descargas de 4,121 hospitales en 44 estados, para medir tendencias y costos asociados con NAS en la última década. El estudio indicó que entre 2000 y 2009, el número de madres que consumían opiáceos aumentó de 1.19 a 5.63 por cada 1.000 nacimientos en hospitales por año. Los recién nacidos con NAS tenían un 19% más de probabilidades de tener bajo peso al nacer que todos los demás partos hospitalarios y un 30% más de tener complicaciones respiratorias. Entre 2000 y 2009, se estima que los cargos hospitalarios totales para casos de NAS, ajustados por inflación, aumentaron de \$190 millones a \$720 millones.

5. Patogenia

El inicio puede retrasarse con la buprenorfina, especialmente en dosis más altas. El inicio tardío también se observa cuando los opioides se usan junto con barbitúricos o benzodiazepinas. En general, los bebés nacidos a término, los bebés con buen peso al nacer, los recién nacidos expuestos a las drogas múltiples y los bebés con un metabolismo farmacológico retardado son más propensos a la abstinencia grave y prolongada. Los factores de riesgo adicionales para el aumento de la NAS pueden incluir el tabaquismo materno, el uso de metadona y el género masculino. El aumento de la duración de las estancias hospitalarias y la mayor necesidad de farmacoterapia en la NAS se han observado recientemente entre los neonatos con el gen del receptor μ -opioide (OPRM1) y la catecol-Ometiltransferasa (COMT.) gen.

6. Fisiopatología

Las parteras le enseñarán maneras de consolar y acomodar a su bebé. Aprender cómo y cuándo usar las técnicas que mejor se adapten a su bebé lo ayudará a sentirse seguro para cuidarlo en casa. Estas técnicas reflejan las pautas actuales de sueño seguro y pueden ser útiles para calmar o consolar a su bebé.

Llanto prolongado: manténgalos cerca de su cuerpo, tal vez envueltos en una manta o sábana. Reduzca los ruidos fuertes, las luces brillantes y el manejo excesivo.

Insomnio -Reducir los ruidos fuertes, luces brillantes y palmaditas o tocar al bebé demasiado. La música suave y suave o el balanceo pueden ayudar, al igual que un pañal limpio y un fondo seco. Alimenta a tu bebé si parece que tiene hambre.

Succionar excesivamente los puños: cubra las manos de su bebé con guantes o mitones si su piel se daña. Mantenga limpias las áreas de la piel

dañada con agua y jabón para bebés. Evite las lociones y cremas ya que su bebé puede chuparlas. Utilice un maniquí cuando sea necesario.

Alimentación difícil o deficiente: alimente en entornos tranquilos y tranquilos con el mínimo ruido y molestias. Dar alimentos más pequeños con mayor frecuencia puede ayudar. Mantenga a su bebé en posición semi-sentada y bien apoyado. Si se alimenta con biberón, use una tetilla lenta. Alimente a su bebé lentamente, dejando tiempo para descansar entre intervalos de succión.

Evite que su bebé duerma boca abajo, siempre duerma boca arriba.

Estornudos, congestión nasal o problemas para respirar: mantenga la nariz y la boca del bebé limpias y evite cubrir demasiado a su bebé o envolverlo demasiado. Si las dificultades respiratorias continúan o empeoran, comuníquese con su médico de cabecera u hospital.

Hiperactividad : use mantas de franela suaves para mayor comodidad. Habla suavemente a tu bebé y toca música suave y relajante.

Regurgitación y / o vómitos: queme a su bebé cada vez que deje de succionar y después de amamantar. Apoye las mejillas de su bebé y la mandíbula inferior para mejorar los esfuerzos de succión y deglución. Las pautas para dormir seguro recomiendan "volver a dormir", es decir, solo dormir a su bebé boca arriba. Los bebés girarán sus cabezas hacia un lado cuando vomiten si sus cabezas están libres de tapaderas. Mantenga a su bebé limpio y su ropa de cama libre de vómitos.

Temblor: mantenga a su bebé en una habitación cálida y tranquila. Evite el manejo excesivo.

Fiebre - esta es una temperatura superior a 37.2°C elcius. Mantenga la ropa al mínimo, evite el exceso de ropa de cama. Coloque a su bebé en una habitación fresca con un ventilador, pero evite que el ventilador sople directamente hacia ellos. Consulte a un médico si la temperatura de su bebé se mantiene elevada durante más de cuatro horas o si aparecen otros síntomas.

Excoriación de la zona del pañal: garantizar el cambio rápido de los pañales sucios. Limpie la parte inferior de su bebé con agua tibia y aplique una crema protectora.

7. Diagnóstico diferencial

La confirmación de la presencia de abstinencia en el neonato puede evaluarse a partir de un historial médico detallado de la madre. En algunos casos, la abstinencia neonatal de medicamentos puede confundirse con trastornos del sistema nervioso central. Por lo general, las pruebas ordenadas son: hemograma completo, análisis de cabello, detección de drogas (de la madre y el bebé), niveles de tiroides, electrolitos y glucosa en sangre. Las radiografías de tórax pueden confirmar o debilitar la presencia de defectos cardíacos. El diagnóstico para los bebés con signos de abstinencia se puede confirmar con las pruebas de detección de la orina o las heces del bebé. La orina de la madre también será analizada.

Hay al menos dos sistemas de puntuación diferentes para el síndrome de abstinencia neonatal. Una dificultad con ambos es que se desarrollaron para evaluar la abstinencia de opiáceos. El sistema de puntuación de Finnegan es más ampliamente utilizado.

8. Factores de riesgo

La abstinencia neonatal se evita si la madre se abstiene del abuso de sustancias. En algunos casos, es posible que un medicamento recetado deba interrumpirse durante el embarazo para prevenir la adicción del bebé. La atención prenatal temprana puede identificar conductas adictivas en el sistema materno y familiar. Las referencias a los centros de tratamiento son apropiadas. Algunos medicamentos recetados no deben interrumpirse sin supervisión médica o pueden producirse daños. Las mujeres pueden hablar sobre todos los medicamentos, el consumo de alcohol y tabaco con su proveedor de atención médica y obtener asistencia para ayudar a detener el

consumo de drogas lo antes posible. Indicaciones de que una mujer necesita ayuda si es:

- Uso de drogas no médicamente. • Usar drogas no recetadas a ella.
- Usando alcohol o tabaco.

Si ya está embarazada y toma medicamentos o medicamentos que no se le recetaron, puede hablar con un proveedor de atención médica sobre la mejor manera de mantener seguro al bebé. Algunos medicamentos no deben interrumpirse sin supervisión médica, ya que pueden producirse daños. Su proveedor de atención médica sabrá la mejor manera de manejar los riesgos.

9. Clasificación

Los bebés que nacen con síndrome de abstinencia neonatal pueden parecer normales al nacer. Los síntomas de abstinencia generalmente surgen en las primeras 24 a 48 horas de vida, aunque a veces los síntomas pueden no aparecer hasta cinco a 10 días después del nacimiento. En la mayoría de los casos, los síntomas son leves y se resuelven en una semana; sin embargo, pueden durar hasta tres semanas.

Los síntomas de abstinencia pueden incluir los siguientes:

- Llanto excesivo y agudo.
- Temblor
- Problemas para dormir
- Tono muscular apretado
- Convulsiones
- Aumento del reflejo de sobresalto.
- Fiebre
- Transpiración
- Aumento de la frecuencia respiratoria.
- Mala alimentación, succión descoordinada o excesiva.
- Vómito
- Heces sueltas o acuosas

Algunos medicamentos causan problemas específicos, por ejemplo:

La heroína es un opioide, y la abstinencia de este medicamento ocurre dentro de las 48 a 72 horas del nacimiento en la mayoría de los bebés nacidos de madres adictas. La metadona, que se usa para tratar la adicción a la heroína, tiene efectos similares a la heroína. El uso de metadona durante el embarazo también está asociado con la restricción del crecimiento fetal, el aumento del riesgo de sufrimiento fetal y el aumento del riesgo de síndrome de sufrimiento infantil repentino (SIDS, por sus siglas en inglés).

La cocaína estimula el sistema nervioso central. El uso prenatal de cocaína puede causar un aumento de la sensación de sobresalto, inquietud, succión excesiva y puede estar asociado con un mayor riesgo de SIDS.

Las anfetaminas, también llamadas "velocidad", estimulan el sistema nervioso central. El uso prenatal de estos medicamentos se asocia con un parto prematuro, bajo peso al nacer o sangrado dentro de la cabeza del bebé, lo que se conoce como sangrado intracraneal.

La exposición prenatal a la nicotina puede llevar a bajo peso al nacer, parto prematuro y muerte fetal. Los bebés expuestos a la nicotina durante el embarazo también pueden nacer con un aumento del reflejo de sobresalto, temblor y otros problemas.

La exposición a la marihuana durante el embarazo puede resultar en bajo peso al nacer, sangrado intracraneal, temblores, bajo nivel de azúcar en la sangre, bajos niveles de calcio en la sangre, una infección de la sangre llamada sepsis y otros problemas como mala alimentación, irritabilidad y respiración rápida. .

Los ISRS se usan para tratar la depresión y otros trastornos del comportamiento. Los bebés expuestos a los ISRS en el tercer trimestre del embarazo pueden tener varios síntomas, como irritabilidad, agitación, temblor, aumento de la frecuencia respiratoria, congestión nasal o diarrea. Estos problemas suelen desaparecer a las dos semanas de vida. Una disminución en el uso de ISRS en el tercer trimestre del embarazo puede disminuir el riesgo de que el bebé desarrolle problemas relacionados con la ISRS; sin embargo, esto debe equilibrarse con los efectos dañinos de la depresión durante el embarazo.

10. Las formas clínicas y frecuencia de presentación

Un bebé expuesto al uso de sustancias de su madre tendrá que permanecer en el hospital por un mínimo de siete días y se le controlará los síntomas de abstinencia utilizando el puntaje de Finnegan. Si no hay signos de NAS, se darán de alta antes del día siete. Si se requiere tratamiento, serán admitidos en la Unidad de Cuidados Críticos Neonatales para una estadía más prolongada.

Cada bebé es tratado individualmente, por lo que no estimamos la duración de la estadía. A veces, los bebés necesitan permanecer en el hospital durante la totalidad de su tratamiento para el Síndrome de abstinencia neonatal, mientras que otros bebés van a casa con medicamentos. Su respuesta individual al tratamiento determinará cuándo serán dados de alta del hospital.

Después del nacimiento de su bebé, pueden ser transferidos con usted a la sala postnatal. Los bebés son admitidos en la Unidad de Cuidados Críticos Neonatales solo cuando:

- La madre no ha asistido a CHAMP ni a otra atención prenatal.
- cuando su uso de drogas es desconocido o fuera de control
 - si el bebé requiere cuidados especiales.

El uso de la Puntuación de Finnegan comienza aproximadamente dos horas después del nacimiento y se realiza una vez cada ocho horas por usted y su partera. Si el puntaje total de Finnegan es tres o más , se incrementa de cuatro a seis por hora. Si el puntaje total de Finnegan es ocho o más, se notifica al pediatra. Si el puntaje continúa siendo ocho o más, se considera la posibilidad de transferir al bebé a la Unidad de Cuidados Críticos Neonatales para una observación más cercana y, posiblemente, para comenzar la medicación.

11. Repercusiones

El tratamiento depende de la droga involucrada, la salud general del bebé, las puntuaciones de abstinencia y si el bebé nació a término o prematuro. Los médicos vigilarán al recién nacido cuidadosamente durante una semana después del nacimiento para detectar signos de abstinencia, problemas de alimentación y aumento de peso. Los bebés que vomitan o que están muy deshidratados pueden necesitar líquidos por vía intravenosa (IV).

Algunos bebés con síntomas severos necesitan medicamentos como la metadona y la morfina para tratar los síntomas de abstinencia. Es posible que estos bebés deban permanecer en el hospital durante semanas o meses después del nacimiento. El objetivo del tratamiento es recetar al bebé un medicamento similar al que usó la madre durante el embarazo y disminuir lentamente la dosis con el tiempo. Esto ayuda a destetar al bebé del medicamento y alivia algunos síntomas de abstinencia.

Si los síntomas son graves, especialmente si se usaron otros medicamentos, se puede agregar un segundo medicamento, como fenobarbital o clonidina. La lactancia materna también puede ser útil si la madre está en un programa de tratamiento con metadona o buprenorfina sin el uso de otras drogas.

Los bebés con esta afección a menudo tienen una erupción grave del pañal u otras áreas de degradación de la piel. Esto requiere tratamiento con ungüento o crema especial. Los bebés también pueden tener problemas con la alimentación o crecimiento lento. Estos problemas pueden requerir una alimentación con mayor contenido calórico que proporcione una mayor nutrición y se administren porciones más pequeñas con mayor frecuencia. Los objetivos del manejo son minimizar los resultados negativos y promover el desarrollo normal.

12. Tratamiento

El síndrome de abstinencia neonatal se usó originalmente para describir el retiro de narcóticos o drogas opioides. Sin embargo, esta definición se ha

ampliado para incluir el retiro de drogas ilícitas, alcohol y ciertos medicamentos, incluidos los medicamentos para la depresión llamados inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Muchos proveedores de atención médica están comenzando a referirse a la condición del síndrome de abstinencia neonatal como un síndrome de dependencia de drogas.

Los siguientes medicamentos están frecuentemente asociados con el síndrome de abstinencia neonatal:

- Codeína
- Fentanilo
- Heroína y metadona
- Meperidina (demerol)
- Morfina
- Pentazocina
- Propoxifeno
- Barbitúricos
- Cafeína
- Clordiazepóxido
- Cocaína
- Anfetaminas
- El diazepam y el lorazepam
- Difenhidramina
- Etanol
- Marijuana
- Nicotina
- Fenciclidina
- ISRS (fluoxetina , paroxetina, sertralina, citalopram)

Capitulo II: Caso clínico

1. Introducción

El síndrome de abstinencia es un grupo de problemas que ocurren en un recién nacido que estuvo expuesto a drogas adictivas ilegales o recetadas

mientras estaba en el útero de la madre. Los bebés de madres que beben durante el embarazo pueden tener una afección similar, por lo que el conocimiento de los criterios de sospecha es de vital importancia en la atención al recién nacido.

El SAF, ocurre en un 40% de las mujeres más de 70mL. De alcohol al día (Kenneth, 2001).

2. Objetivos

Conocer el estado de un neonato nacido con diagnóstico de síndrome de abstinencia neonatal en el hospital San José de Chincha.

3. Material y método

Los materiales y métodos utilizados fueron la observación, la entrevista y la toma de apuntes, para conocer el avance del paciente.

4. Caso clínico

4.1. Anamnesis

Madre de 48 años de edad, vive con dos hijos con aparente diagnóstico sano, el padre de 49 años, separados ambos. Familiares refieren que consumida de 4 a 6 cervezas por día la cual dan un promedio de 280 cervezas durante los primeros meses. El padre con diagnóstico de consumo de alcohol crónico y fumador.

4.2. Exploración física

El neonato nacida a término, de 37 semanas, con El síndrome de Dubowitz (SD) es un síndrome congénito múltiple poco frecuente caracterizado principalmente por retraso del crecimiento, microcefalia, dismorfia facial distintiva, eczema cutáneo, déficit intelectual de leve a

grave y anomalías genitales. Nacido con 3225 gr. Con talla de 50 cm con un perímetro cefálico de 33 centímetros, y su perímetro torácico de 33 cm, y su perímetro abdominal de 34 cm, su longitud de brazos y pernas de 12 cm, el parto via vaginal, con un Apgar 3, 7 y 10 al 15. Y 10 min. Hipoactivo, con reflejo de Moro asimétrico,

4.3. Pruebas complementarias

Se complementaron estudios de gabinete. Rx (cardiomegalia) a las 5 horas de vida presenta cianosis, llanto fuerte con S/ A=3 a las 10 horas una descompensación cardíaca, cianosis central, crépitos bilaterales con hígado a 5 cms B.R.C.D. presentaron además salida de orina por cordón umbilical por lo que se pensó en uraco permeable, se inicia cobertura antibiótica uso de furosemida y dado el deterioro progresivo se colocó en apoyo ventilatorio no pudiéndose revertir el proceso (tórax restrictivo) falleciendo a las 15 horas de vida.

4.4. Diagnóstico

El diagnóstico es básicamente clínico y basado en los antecedentes maternos de alcoholismo durante el embarazo con las siguientes características clínicas: microcefalia, fisura palpebral corta, labio superior delgado, nariz corta, retardo mental, temblores, hiperreactividad, exoftalmos, ptosis palpebral, pérdida de audición, fisura palpebral corta, anomalías cardíacas (defecto septal. Tetralogía de Fallot), anomalías de genitales externos. Histológicamente hay: alteraciones de osificación endocardial, hipertrofia de discos de crecimiento, que sugiere anomalías esqueléticas.

4.5. Tratamiento

No se le pudo brindar un tratamiento dado el tiempo limitado de vida, el paciente falleció a las 15 horas de nacido.

4.6. Evolución

Se ha estimado que aproximadamente dos millones de mujeres en U.S.A. son alcohólicas. Con la prevalencia de 1-2/1000 nacidos vivos y única causa de retardo mental altamente prevenible. El 25-50% de los niños con SAF incluyen anomalías cardíacas, el 80% de ellos son pequeños para su edad gestacional (Toledano, 1986).

5. Discusión y análisis

Se estima que existen aproximadamente dos millones de mujeres alcohólicas, con una prevalencia de 1-2 personas en 1000 nacidos vivos. El embarazo en exposición de alcohol es frecuente de abortos espontáneos en mujeres que consumen entre 30 y 40% por un contenido de 60mL por día. El diagnóstico es básicamente clínico y basado en los antecedentes maternos de alcoholismo. La marcada dificultad respiratoria causada por una caja torácica pequeña (tórax restrictivo) es la causa de muerte más frecuente en los recién nacidos.

6. Conclusiones y resultados

El propósito de esta investigación fue describir a un paciente neonato de una madre de 48 años, con consumo elevado de alcohol en el embarazo, como resultado con características clínicas, radiológicas que diagnosticaron síndrome de alcoholismo fetal (SAF), que por complicaciones fallece a las 15 horas de nacida. Se recomienda el seguimiento de caso en la madre debido al consumo de alcohol.

Bibliografía

- Bauer, C. R. (2002). El Estudio del estilo de vida materno: exposición a drogas durante el embarazo y resultados maternos a corto plazo. *APP News & Journals Gateway*, 487 - 495.
- Chiriboga, C. A. (2003). Alcohol fetal y efectos de drogas. *APP News & Journals Gateway*, 267 - 279.
- Cui, C. S. (2006). Alteraciones histológicas del cerebro después de la exposición prenatal a metanfetamina en ratas . *Congenit Anom (Kyoto)*, 180 - 187.
- Harvey, J. A. (2004). Efectos de la cocaína en el cerebro en desarrollo: estado actual . *Neurosci Biobehav Rev .*, 751 - 764.
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas., N. (2002). Deficiencias significativas en las habilidades mentales observadas en niños pequeños expuestos a la cocaína antes del nacimiento. *ScienceDaily*, 6.
- Joschko, M. A. (1991). Los efectos teratogénicos de la nicotina in vitro en ratas: un estudio con microscopio óptico y electrónico . . *Neurotoxicol Teratol*, 307 - 316 .
- Kennedy, L. A. (1984). La patogenia de las anomalías cerebrales en el síndrome del alcoholismo fetal: una hipótesis integradora . *Teratología*, 363 - 368.
- Kenneth, J. (2001). Caso clínico de alcoholismo. *Tratado de la Pediatría*, 3.
- Leventhal, J. M. (1997). Maltrato a niños nacidos de mujeres que consumieron cocaína durante el embarazo: un estudio basado en la población. *AAP News & Journals Gateway*, 4.
- Melisa, O. e. (2009). Aumento de la prevalencia del síndrome de abstinencia neonatal: estudio poblacional de factores maternos y participación de la protección infantil. *APP News & Journals*, 1 - 2. Obtenido de www.pediatrics.org/cgi/content/full/123/4/e614
- Stahl, S. (2000). Psicofarmacología esencial: base de neurociencia y aplicación práctica. *APP News & Journals Gateway*, 3.

Stanwood, G. D. (1999). Exposición al fármaco en edades tempranas: repercusiones funcionales de los cambios neurofarmacológicos durante los períodos sensibles del desarrollo cerebral . *Curr Opin Pharmacol*, 96 - 99.

Toledano, R. G. (1986). *Atlas y compendio*. España: McGraw Hill.

Walters, D. A. (1986). Cambios en los mecanismos de catecolamina cerebral luego de la exposición perinatal a la marihuana. *Pharmacol Biochem Behav*, 763 - 768.

Zagom, E. S. (1982). Los opiáceos, las endorfinas y el organismo en desarrollo: una bibliografía completa. *Neurosci Biobehav Rev* , 439 - 479.

Anexo

