

# SÍNDROME DE ABSTINENCIA NEONATAL

M. J. ÁLVAREZ MORENO, R. DEL VIEJO MARROQUÍN, M. P. SAYAGO ATALAYA,  
M. S. SANGUINO GALVÁN,

*Unidad de Neonatología y UCIP. Hospital Materno Infantil. Badajoz*

## INTRODUCCION

El aumento alarmante de drogadicción en la población de nuestro tiempo no exime a la mujer en edad de concebir. Un número elevado de mujeres consume drogas legales e ilegales durante el embarazo lo que conlleva una situación de riesgo para la madre el feto y el recién nacido.

La gestante consumidora de drogas no utiliza una única sustancia sino que con frecuencia asocia varios tipos, consume tabaco y/o alcohol, está mal nutrida, padece algún tipo de infección (VHB, VHC, VIH, etc.) y lleva un mal control prenatal.

Se da en todos los estratos socioeconómicos, si bien es de mayor incidencia en los grupos de población más desfavorecidos.

El SÍNDROME de ABSTINENCIA NEONATAL (SAN) es la principal manifestación en el RN de la utilización de drogas durante el embarazo y se produce cuando cesa el suministro de la sustancia al nacimiento.

## OBJETIVOS

1. Conocer las características clínicas y la necesidad de tratamiento y su relación con el tipo de droga consumida durante el embarazo.
2. Mostrar la experiencia acumulada en la atención de enfermería de estos pacientes y definir las acciones más efectivas.

## IDENTIFICACIÓN DEL RN CON RIESGO DE SAN

Con frecuencia existe dificultad para identificar al neonato que ha estado expuesto intraútero a drogas, con el riesgo de ser dado de alta hospitalaria y sufrir posteriormente problemas tanto médicos y sociales. Para evitarlo se hará en primer lugar una historia completa tanto clínica como psicosocial en la que se buscarán las manifestaciones de sospecha de drogadicción materna como:

- Ansiedad.
- Marcas de punciones venosas.
- Gran resistencia a los analgésicos.
- Insistencia en ser dada de alta.

La confirmación diagnóstica viene dada por el estudio cromatográfico en orina de los productos de desdoblamiento de la droga que se considere.

La detección en meconio y pelo son más sensibles para la detección de abuso de drogas, pero son más costosas y no se encuentran disponible de modo tan amplio como el estudio en orina.

La repercusión que las drogas van a tener sobre el feto y en el RN va a depender del tipo de drogas, de la dosis consumida y del tiempo de drogadicción materna. Las más frecuentes son:

**OPIACEOS-** Su consumo se ha asociado al aumento de incidencia de crecimiento intrauterino retardado (CIR) y sufrimiento perinatal. Resaltar que RN hijos de heroínómanas tienen menor incidencia de ictericia neonatal y de membrana hialina ya que la heroína actúa como inductor enzimático hepático y estimula la síntesis de surfactante

**COCAINA-** Se ha relacionado con malnutrición prenatal (por su efecto anorexígeno), malformaciones congénitas (anomalías cardíacas, defectos craneales, malformaciones genitourinarias), atresia intestinal, infarto cerebral perinatal, enterocolitis necrotizante y aumento de incidencia de muerte súbita en el lactante.

Los neonatos expuestos intraútero a cocaína no son los típicos del SAN, es más frecuente observar en ellos patrones del sueño anormales, disminución del tono muscular, temblores, incapacidad para ser consolados, alteraciones transitorias del EEG y de los potenciales evocados visuales.

**ALCOHOL**-Droga de abuso frecuente en la actualidad. El riesgo de afectación del feto está relacionado con la dosis y duración del consumo. Con dosis pequeñas pueden aparecer abortos espontáneos y aumento de riesgo de anomalías congénitas y deterioro intelectual. Su manifestación más severa en el RN es el síndrome de alcoholismo fetal (FAS) que puede provocar: macrocefalia, retraso en el crecimiento, rasgos faciales dismórficos (hipoplasia facial media, puente nasal bajo, adelgazamiento del labio superior, pliegues epicánticos, hendiduras parpebrales) problemas cardiacos, hidronefrosis, mayor incidencia de retraso mental, trastornos motores y alteraciones de la conducta.

**TABACO**-El retraso en el crecimiento intrauterino es la principal causa de bajo peso en RN expuestos a tabaquismo materno. Hay una fuerte relación dependiente de la dosis entre el tabaquismo y el parto pretérmino, el aborto espontáneo, el desprendimiento prematuro de placenta normoinsera y hemorragias durante el embarazo

**BARBITÚRICOS**-Se han asociado a anomalías del SNC dismorfología facial y retraso mental. Los síntomas son indistinguibles de los de abstinencia a narcóticos.

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL SAN

El inicio de la clínica es variable y va a depender de:

- El tipo de droga consumida por la madre.
- El tiempo transcurrido entre la última dosis materna y el parto.
- La semivida de eliminación de la droga.

DROGA	COMIENZO	DURACIÓN
Heroína	1-144 h	7-20 d
Metadona	1-14 d	20 -45 d
Cocaína	18-20 h	1-3 d
Alcohol	6-12 h	
Barbitúricos	1 h-14 d	11 d-6 m

Los **signos y síntomas** que componen el SAN son muy variados:

- Hiperexcitabilidad del SNC- Irritabilidad, hipertonia, hiperactividad, temblor, llanto agudo, convulsiones.
- Vegetativas- Sudoración, bostezos, hipersecreción mucosa, hipertermia, exantemas fugaces.
- Digestivos- Regurgitaciones y vómitos, apetito voraz, rechazo al alimento.
- Alteraciones cardio-respiratorias- Taquicardia, congestión nasal y taquipnea.

Cuando un recién nacido presenta algunos de estos signos clínicos no debería atribuirse únicamente al SAN sin haberle efectuado una evaluación completa. El **diagnóstico diferencial** habrá que hacerlo con innumerables patologías que cursan con incremento de la actividad neurológica como puede ser: hipoglucemia, sepsis, meningitis, hipocalcemia, etc.

#### TRATAMIENTO

El objetivo general del tratamiento es permitir que los patrones de sueño y alimentación sean lo más cercanos posibles a la normalidad. Para ello es necesario:

- Ingresar al RN en una unidad de neonatología.
- Se administrará vacunación e inmunoglobulinas de la hepatitis B.
- Se estudiarán las posibles infecciones transmitidas por la madre para efectuar un tratamiento precoz. Igualmente se tratará el posible bajo peso o prematuridad.

En el RN con SAN el **tratamiento inicial** será de **apoyo** que incluye:

- Disminuir los estímulos externos procurando un ambiente oscuro y tranquilo.
- Cambio de pañales y de posición estimulando la flexión y no la extensión.
- Administración de tomas frecuentes y pequeñas de alimentos, ademas si es posible, considerando las mayores necesidades calóricas de estos neonatos. En casos graves puede ser necesario la instauración de sueroterapia IV o nutrición parenteral.
- Evitar el llanto excesivo del niño cogiéndolo en brazos o acunándolo e inmovilizándolo con toallas o sabanita como profilaxis o tratamiento de la irritabilidad extrema.

El **tratamiento farmacológico** del SAN debe ser individualizado y se debe basar en el tipo de droga que produjo dicho síndrome y en la gravedad de los signos y síntomas de los mismos. Para valorarlo utilizaremos la escala de FINNEGAN modificada.

SIGNOS Y SÍNTOMAS	PUNTOS
<b>Alteraciones del SNC</b>	
Llanto excesivamente agudo (u otro)	2
Llanto agudo continuo (u otro)	3
Duerme < 1h después de la toma	3
Duerme < 2h después de la toma	2
Duerme < 3h después de la toma	1
Reflejo de Moro hiperactivo	2
Reflejo de Moro marcadamente hiperactivo	3
Temblores leves a la estimulación	1
Temblores moderados-fuertes a la estimulación	2
Temblores leves espontáneos	3
Temblores moderados-fuertes espontáneos	4
Hipertonía muscular	2
Excoriaciones (especificar el lugar)	1
Sacudidas mioclónicas	3
Convulsiones generalizadas	5
<b>Alteraciones metabólicas/vasomotoras/respiratorias</b>	
Sudoración	1
Fiebre < 38,4	1
Fiebre > 38,4	2
Bostezos frecuentes (>3-4 veces/intervalo)	1
Reacción cutánea macular	1
Falta de ventilación nasal	1
Estornudos (>3-4 veces/intervalo)	1
Aleteo nasal	2
Frecuencia respiratoria 60/ min.	1
Frecuencia respiratoria 50/min. con tiraje	2
<b>Alteraciones gastrointestinales</b>	
Succión excesiva	1
Mala alimentación	2
Regurgitación	2
Vómitos en proyectil	3
Deposiciones pastosas	2
Deposiciones acuosas	3

En esta escala cuando los valores son iguales o superiores a ocho en tres determinaciones consecutivas debe iniciarse el tratamiento con fármacos. Los más usados en el SAN son:

	<b>Ventajas</b>	<b>Inconvenientes</b>
Tintura de Opio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para algunos la 1º elección en la abstinencia a los opiáceos.</li> <li>- Controla todos los síntomas.</li> <li>- Suele mantener la succión normal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sedación.</li> <li>- Estreñimiento.</li> <li>- Sobredosis: narcosis con hiporreflexia, hipotermia, bradicardia, depresión respiratoria.</li> </ul>
Fenobarbital	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De elección en el SA por drogas no narcóticas.</li> <li>- Controla todos los síntomas menos los gastrointestinales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sedación.</li> <li>- No controla la diarrea.</li> <li>- Succión alterada.</li> </ul>

	<b>Ventajas</b>	<b>Inconvenientes</b>
Clorpomacina	- Controla signos del SNC y gastrointestinales en el SA por narcóticos.	- Hipotermia. - Prolongado tiempo de eliminación de sus metabolitos. - Succión alterada.
Metadona	- Tratamiento en el SA por metadona.	- Disminución lenta y mantenida de la concentración plasmática, dada su larga semivida. - Sedación.
Diacepam	- Rápida supresión de los signos del SA a narcóticos.	- Lenta metabolización y eliminación. - No controla diarrea. - Succión débil. - Sedación.

La duración del tratamiento dependerá de la evolución clínica siendo aconsejable ajustar la dosis en función de la puntuación obtenida en la escala de FINNEGAN

- Si la puntuación media es < 8, mantener la dosis durante 72 horas y después ir disminuyendo la dosis hasta retirar el fármaco.
- Si la puntuación media es = 8, mantener la dosis 24 horas y repetir diariamente el formulario de evaluación.
- Si la puntuación media es > 8, aumentar la dosis hasta la última con la que se controlaban los síntomas.

Antes de dar el alta, tener al niño en observación dos o tres días tras la retirada de fármacos.

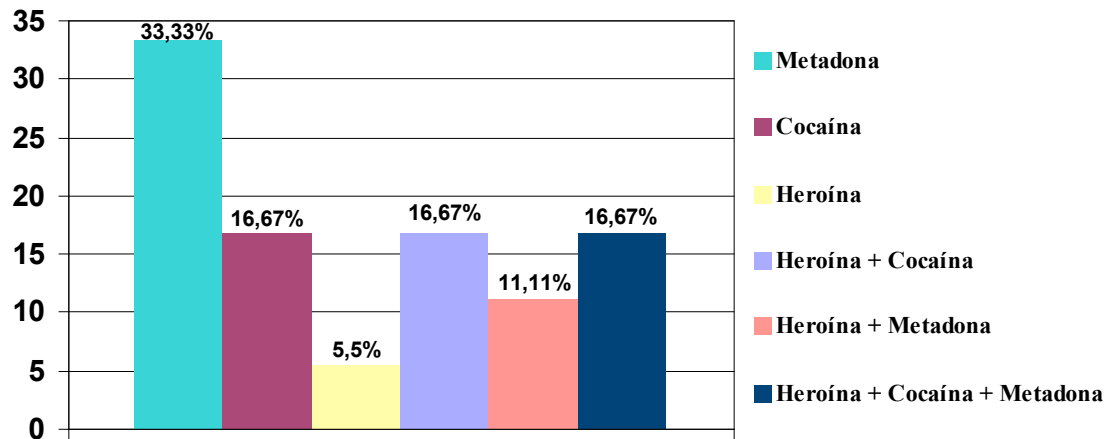
## **MATERIAL Y MÉTODO**

Se revisan las historias clínicas de 36 RN de nuestro centro que presentaron SAN en el periodo comprendido entre Enero de 2000 y Diciembre de 2004.

El diagnóstico del mismo se basó en la existencia del autorreconocimiento materno del consumo y/o la existencia de metabolitos de drogas en orina del RN.

## **RESULTADOS**

- La incidencia acumulada de SAN fue del 2,65% de los recién nacidos vivos en nuestro hospital.
- La incidencia clínica compatible con SAN en expuestos del 82,2%.
- El número de embarazos no controlados fue del 66,67%.
- La edad gestacional media fue de 38,1 semanas.
- El peso medio de estos RN al nacer fue de 2.816,6 gramos.
- La incidencia de infección materna (VHB, VHC, VIH, etc.) fue del 55,56%.
- El 77,78% de los RN que presentaron SAN necesitó tratamiento farmacológico, siendo el de elección en nuestro hospital el Fenobarbital.
- La distribución de frecuencias para la droga implicada fue: metadona: 33,33% (12 casos), cocaína 16,67% (6 casos), heroína 5,5% (2 casos), heroína + cocaína 16,67% (6 casos), heroína + metadona 11,11% (4 casos) y heroína + cocaína + metadona 16,67% (6 casos).



Distribución de las drogas implicadas en el síndrome de abstinencia neonatal

### CONCLUSIONES

Es necesario tomar medidas preventivas para evitar el consumo de drogas en toda la población y en especial en el grupo de mujeres en edad de concebir dirigiendo la actuación a diferentes áreas como son:

- La promoción del control a toda mujer embarazada desde el punto de vista infeccioso y social.
- Acceso a planes de desintoxicación donde existan grupos de apoyo social, con extensión en el control postparto del evolutivo del niño y su madre.
- Los pediatras de atención primaria deben conocer la patología del SAN y sus síntomas, tanto para el control de los niños diagnosticados, como para posibles diagnósticos tardíos que puedan aparecer tras altas precoces de la maternidad en madres diagnosticadas como usuarias de droga.

La repercusión de estas medidas en el niño va a ser muy importante, no sólo por la disminución de la morbilidad en el periodo neonatal, sino por su buen desarrollo físico psicoafectivo y neurológico, así como su correcta integración social durante los primeros años de vida.

### BIBLIOGRAFÍA

- García del Río, M., Lastre Sánchez, G. Drogodependencia a opiáceos y su problemática perinatal. Actualidad médica. 1992; 78: 323-332.
- Moro Serrano, M. El hijo de madre adicta a drogas. En: De Paz Garnelo, J.A. Pediatría preventiva y social (3ª ed.). Interbinder, Madrid, 1997.
- Díez- Delgado Rubio, J. Análisis del Síndrome de Abstinencia Neonatal en nuestro medio. Revista Española de pediatría, 2001, 57: 342: 491.
- Echeverría Lecuona, j. Drogas en el embarazo y morbilidad neonatal. Anales de pediatría, 2003, 58(6): 519-522.
- Marti, M. Cabrera, J. C., Reyes, D., Castillo de Vera, M., Toledo, L., Calvo, F. Repercusión en el neonato de la drogadicción materna. BSCP Can Ped, 2001, 25 nº3.
- Schechner, S. Abusos y abstinencia de drogas. En: Manual de cuidados neonatales. Masson, 1999; 19: 237-249.