



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÌA

PROYECTO DE TESINA

**Abuso de Drogas Durante el Embarazo y Nivel de Síndrome De Abstinencia Neonatal que
presentan los Recién Nacido a Término**

Por: Enf. Beisel, Yanina

Directora: Lic. Sponton, Danisa

Docente Asesor: Prof. Lic. Nores, Rosana

Rosario, Noviembre de 2017

Protocolo de Investigación para regularizar la Actividad Académica Tesina.

"....Sólo quienes sean capaces de encarnar la utopía serán aptos para el combate decisivo, el de recuperar cuanto de humanidad hayamos perdido".

Ernesto Sábato

RESUMEN

El consumo de Drogas durante el embarazo representa en los últimos años un problema para la Salud pública debido al incremento de casos, como consecuencia del abuso de estas sustancias, surge el Síndrome de Abstinencia Neonatal la cuál es una de las principales manifestaciones en el Recién Nacido expuesto a drogas intra-útero. Esto sucede cuando el gestante deja de recibir la droga o en el momento del parto cuando cesa el suministro materno al neonato.

El objetivo de este estudio es Describir la relación que existe entre el Abuso de Drogas durante el embarazo y el Nivel de Síndrome de Abstinencia en los Recién Nacidos a término, internados en UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales), de un Hospital Municipal de la Ciudad de Rosario, en el año 2018.

La estrategia Metodológica será de tipo Cuantitativo, se llevará a cabo un Estudio No Experimental, Descriptivo de corte trasversal, mediante Entrevistas a aquellas Madres que hayan abusado de drogas durante el embarazo, utilizando como Instrumento un Cuestionario de opción múltiple y a Recién Nacidos Término Hijo de estas madres que hayan ingresado a UCIN y presenten signos y síntomas de SAN (Síndrome Abstinencia Neonatal) a través de la aplicación de la Escala de Finnegan, instrumento validado, siendo ésta una lista de cotejo.

Los datos serán analizados mediante la Estadística Descriptiva y se presentarán en gráficos de distribución de frecuencia y Gráfico circulares.

Palabras Claves: Abuso de drogas, Embarazo, Síndrome Abstinencia Neonatal, Recién Nacido a Término.

ÍNDICE

Resumen y Palabra Clave	2
Índice General	3
Introducción	4
Marco Teórico	10
Material y Método	28
Diseño.....	28
Sitio y Contexto.....	28
Población.....	29
Instrumentos y Técnicas de Recolección de Datos	30
Personal a Cargo de la recolección de Datos	30
Plan de Análisis.....	34
Plan de Trabajo y Cronograma.....	35
Anexos	
I. Instrumento y Guía de Convalidación de sitio.....	36
II. Instrumentos de Medicación.....	37
III. Informe del Estudio Exploratorio	39
IV. Resultado de la Prueba Piloto de los Instrumento.....	42
Bibliografía	43

INTRODUCCIÓN

El uso de Droga es un problema que repercute de manera preocupante en la sociedad, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) las drogas psicoactivas son aquellas que actúan sobre el sistema nervioso central generando alteraciones conductuales o cognitivas, debido a la capacidad de generar hábitos o comportamiento relacionado a su uso, siendo más conocido como dependencia química, éstas se clasifican en legales e ilegales.

El incremento del abuso de drogas en mujeres embarazadas es un problema creciente, que produce preocupación en la salud pública y con un incremento en los últimos diez años, repercutiendo así en un aumento del Síndrome de Abstinencia Neonatal.

En la Ciudad de México, la Encuesta Nacional de Adicciones arroja el siguiente dato: en cuanto al uso de drogas en el embarazo; la prevalencia de consumo se da en mujeres de 12 a 25 años de edad, entre las mujeres de la población urbana se observa que las drogas de preferencia es la marihuana seguida por la cocaína; el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico muestra una tendencia similar a la de la cocaína. De las mujeres con dependencia a sustancias, solamente la minoría ha asistido a tratamiento, de tal manera que se desconoce hacia dónde se dirigen las mujeres para solucionar su problema de consumo de drogas, o en el caso de que no busquen ayuda, cuál es el motivo de esto. En las mujeres que se embarazan y son usuarias de drogas, se observo que ante programas de tratamientos dirigidos específicamente a esta población, se obtuvieron buenos resultados, el porcentaje de mujeres que abandonan totalmente la sustancia o que disminuyen su consumo es mayor, es por eso que a mayor número de visitas prenatales y mayor contacto con personal capacitado para el tratamiento de las adicciones, son mejores los resultados obtenidos. ¹

El artículo que se cita a continuación es más lejano a los que se consideran para ésta investigación, por ello no se la tomará en cuenta, pero considero de importancia nombrarla por la relación directa de las variables en estudio y como fue desarrollándose en el tiempo.

El Hospital Civil Fray Antonio Alcalde de la ciudad de Guadalajara, México llevo a cabo un estudio prospectivo entre el 1 de enero del 2003 al 20 de diciembre de 2007, que incluyo a todos los recién nacidos Hijos de madres adictas a sustancias ilícitas que desarrollaron signos y síntomas del síndrome de abstinencia neonatal y que se internaron en Terapia Intensiva Neonatal. Se estudiaron 2628 neonatos de los cuales 92 (3,5%) neonatos desarrollaron SAN; la edad gestacional promedio de los Recién nacidos fue de 37 semanas, los cuales se derivaron a la Unidad de Cuidados Intensivos, sin alteraciones en el apgar, peso y la talla, siendo el síntoma mas frecuente la irritabilidad 77% relacionando que la mayor afección se daba según el consumo

de la madre durante el periodo prenatal, en todos los casos se debieron tratar con fenobarbital para control clínico de los signos y síntomas, aplicando para su diagnóstico la escala de Finnegan considerando una escala igual o superior a 8 puntos como criterio de inclusión. El tiempo promedio de estadía en UCIN fue de entre 3 y 5 días con cuidados y vigilancia por parte de trabajadores sociales al alta. Del total de madres 73 (79%) reconocieron su adicción, la media de edad materna fue 22 y 24 años, bajo nivel educacional 64%, y que la droga más utilizada fue la cocaína 35% seguida por la marihuana e inhalantes con el 20%.²

Por otra parte, una investigación publicada por la agencia Reuters indicó, que entre el 2004 y el 2012, siete de cada 1.000 recién nacido presentaba dependencia física de narcóticos, al final del 2013 la cifra aumentó a 27 de cada 1.000. “Entre el 60% y el 80% de los bebés expuestos a drogas dentro del vientre materno presentan abstinencia cuando son separados de su madre” indicó la doctora Loretta Finnegan, médica especialista en adicción prenatal, desarrolló la metodología mayormente utilizada para determinar y tratar la abstinencia neonatal denominada “Escala de Finnegan”.³

El aumento de la oferta y el contexto social favorecedor, permitió la difusión del consumo de numerosas sustancias tóxicas, tanto de las lícitas como de las ilícitas que conlleva a una incidencia creciente en los hospitales de pacientes hijos de madres consumidoras de sustancias. En EE. UU.; Desde el año 2013 se ha producido un incremento en los casos de recién nacido con SAN, Cerca de 27.000 bebés nacieron con dependencia a las drogas a las que eran adictas sus madres durante los meses de la gestación, según BBC Mundo. El Hospital Materno Provincial de Córdoba, Argentina, en el año 2013 realizó un estudio retrospectivo de corte transversal descriptivo donde se abordaron a hijos de madres adictas a drogas ilícitas arrojó un promedio anual de 1504 internados de los cuales 53 ingresos eran diagnosticados como “hijo de madre adicta a drogas ilícitas” de éstos, 29 ingresaron a neonatología, el 6,1% presentó algún signo o síntoma de SAN, con una edad gestacional promedio de 37,4 semanas y un promedio de internación de 12 días. El estudio muestra un mayor consumo de cocaína (58,5%), seguida por la Marihuana (38,5%) ambas siempre en combinación con otras sustancias como el tabaco y el alcohol (56% aprox.). Con respecto a las madres se consideraron aquellas que refirieron consumo en forma explícita en el 1er, 2do y 3er trimestre de embarazo y sospechosas de consumo; las embarazadas resultaron ser un 38,7% primíparas con más de la mitad (55,3%) sin o con escasos controles prenatales, una edad materna promedio fue de 25 años con nivel de instrucción alcanzado: primario completo. En este estudio el síndrome de abstinencia en los recién nacidos estuvieron relacionados con el abuso múltiple de sustancias Para este estudio se realizó un relevamiento a partir del análisis de las Historias Clínicas Maternas y Neonatales.⁴

Asimismo, existen más estudios que demuestran las repercusiones del consumo de distintas drogas durante el embarazo, para el feto o neonato e incluso en el desarrollo del niño, se han seleccionado una serie de drogas, los considerados como más significativos o de más frecuentes usos, como pueden ser: cocaína, marihuana y la heroína.

El Abuso de drogas ilícitas durante el embarazo, considerado un fenómeno social, se ha transformado en un tema de preocupación, debido al constante incremento de mujeres que consumen drogas durante el periodo prenatal. Actualmente a nivel mundial 6 millones de mujeres en edad fértil abusan de drogas, siendo EE.UU. (9,6%) y Canadá (17,2%) quienes se imponen con un mayor porcentaje en los últimos años. En España ha habido un importante aumento de la drogadicción que no excluye a las embarazadas, con una prevalencia del 3 % en gestantes que consumen drogas ilegales, con un consecuente aumento en la prevalencia del SAN (síndrome abstinencia neonatal), según éste estudio realizado en el año 2014 sobre el Síndrome, existe una alta prevalencia e incidencia en los últimos diez años.⁵

Todas las drogas lícitas e ilícitas ingeridas por la mujer embarazada pasan fácilmente a la circulación fetal a través de la placenta. El tipo de Droga, frecuencia y el momento de la gestación en que consumió va a determinar la aparición del SA (síndrome de abstinencia) en su Recién Nacido⁶. El Síndrome de Abstinencia Neonatal (SAN), se define como un conjunto de síntomas que experimenta el recién nacido tras la retirada de drogas que causan adicción, se estima que uno de cada diez recién nacidos vivos puede haber estado expuesto a drogas durante el período intrauterino, provocando alteraciones a Nivel Respiratorio, Vegetativo, Gastrointestinales y del Sistema Nervioso Central. En el momento del nacimiento, la droga deja de estar disponible, las manifestaciones clínicas varían dependiendo del tipo de sustancia implicada, del metabolismo y excreción de la droga. Con respecto a la vida media de eliminación de la droga, cuanto mayor sea la vida media de la misma, más tardía es la aparición del síndrome. El cuadro de abstinencia es más intenso en niños cuya madre ha sido usuaria de drogas por largo tiempo, y cuanto más cerca del parto sea el consumo de la droga, mayor será el retraso de aparición y más intensos los signos.

El abuso de sustancias Psicoactivas durante el embarazo se considera siempre un abuso, independientemente del tiempo de instalación, conlleva múltiples efectos en el feto y en el recién nacido a corto y largo plazo, generalmente unida de forma casi habitual a una problemática psicosocial importante y a una escasa o nula vigilancia prenatal⁷. La Maternidad del Hospital de Maldonado de la Republica Uruguay ha realizado entre el 1 de enero de 2014 y el 31 de enero de 2015 un estudio descriptivo para estimar la frecuencia del consumo de sustancia durante el embarazo y describir las características de ellas y sus hijos. Se consideraron

todas la mujeres embarazadas que ingresaron en trabajo de parto, que se auto declararon consumidoras en algún momento del embarazo y las que a pesar de negarlo, presentaban factores de riesgo de consumo y metabolitos de estas drogas en orina, con menos de 5 controles prenatales y con sintomatología de intoxicación al momento del parto y todos los recién Nacidos hijos de estas madres, utilizando como parámetros: perímetro cefálico, edad gestacional, apgar, talla peso, síndrome de abstinencia por escala de Finnegan. Los resultados que arrojaron fueron que de 684 partos, en 26 se detectó consumo 16 por auto-reporte y 10 que a pesar de negarlo presentaron factores de riesgo con metabolitos de estas sustancias en orina, una edad media de 25 años y la droga de mayor consumo la cocaína asociadas a otras drogas como el tabaco y el alcohol, por consecuencia se internaron 10 recién nacidos (30% aprox.), hijos de estas madres adictas que presentaron signos y síntomas de abstinencia en su evaluación a las 48 hs de vida, con una media de edad gestacional de 37,4 semanas, se suspendió la lactancia materna y ninguno requirió tratamiento farmacológico. Para realizar este estudio utilizaron un dispositivo de detección en orina Abon TM multidroga para las madres y la escala de Finnegan para los recién nacidos, concluyendo en que es necesario un abordaje integral para la embarazada y su recién nacido así como la utilización de métodos de Tamizaje para detectar posibles complicaciones en el niño recién nacido expuesto a estas sustancias psicoactivas.⁸

Actualmente en la Maternidad Mariana de Jesús de la Ciudad de Guayaquil, se realizó un estudio no experimental, retrospectivo, descriptivo, de corte transversal de prevalencia desde mayo de 2015 a mayo de 2016 donde se describieron las características clínicas, diagnóstico y tratamiento de síndrome de abstinencia neonatal en Recién Nacidos expuestos a drogas durante la vida prenatal. Se identificaron 83 neonatos con SAN en el periodo de estudio, con promedio de edad gestacional 38,5. De las 83 madres, el 41% consumieron heroína durante el embarazo, el 34,9% consumió cocaína, el 21,7% consumió marihuana y heroína, la edad promedio materna fue de 21 años. Se valoró signos y síntomas del recién nacido a través de la escala de Finnegan y con un promedio de 7/8 días de Hospitalización. Las manifestaciones clínicas más frecuente fue irritabilidad con un promedio de 55,4%, succión con avidez con promedio de 45,8% y reflejo de Moro hiperactivo con promedio de 41%.⁹ En conclusión estos estudios demuestran una relación directa entre las variables en estudio. Debido a esto y a la importancia de esta problemática, es indispensable el abordaje y apoyo interdisciplinario a estas madre así como la atención a su recién nacido hospitalizado en UCIN (unidad de cuidados intensivos neonatales), considerando como estrategia la promoción y prevención para evitar el consumo de drogas en el embarazo y en consecuencia el SAN. El tomar conocimiento y conciencia como equipo de salud a cerca de este Síndrome nos permitirá identificar signos y síntomas tempranos que pudieran relacionarse

a la exposición de drogas intrauterinas a través del correcto uso de la escala de Finnegan para su diagnóstico y tratamiento oportuno, fomentando el contacto del recién nacido con su madre cuando las condiciones de salud de ambos lo permitan.

En función de estos datos, surge como problema de investigación: ¿Que relación existe entre el Abuso de Drogas durante el Embarazo y el Nivel de Síndrome de Abstinencia Neonatal en el Recién Nacidos a término, internados en UCIN, de un Hospital Municipal de La Ciudad de Rosario durante el año 2018?

Del mismo se desprende las siguientes Hipótesis:

- El Consumo asociado de Drogas lícitas e ilícitas durante el Embarazo desarrollará mayor nivel de abstinencia en el recién nacido término, que aquellas madres que solo hayan consumido drogas Lícitas durante el embarazo.
- El consumo de opiáceos durante el embarazo producirá un mayor nivel de síndrome de abstinencia en su Recién nacido que aquellas embarazadas que hayan consumido solamente cocina y marihuana.
- La frecuencia y el periodo de consumo durante el embarazo determinará la presencia de signos y síntomas del síndrome de abstinencia en el recién nacido.
- Toda embarazada que haya abusado de drogas durante el 3er periodo de embarazo hasta horas antes del parto producirán signos y síntomas de abstinencias más tempranos en el recién nacido, que aquellas madres que hayan consumido solamente durante el primer y segundo periodo de gestación.
- Un mayor consumo de Cocaína y Marihuana durante el embarazo, provoca en su Recién nacido mayor alteraciones en el Sistema Nervioso Central.

Planteando como Objetivo General: Describir la relación entre el Abuso de Drogas durante el embarazo y el Nivel de Síndrome de Abstinencia Neonatal en los Recién Nacidos a términos, internados en UCIN, de un Hospital Municipal de la Ciudad de Rosario, en el año 2018.

Como Objetivos Específicos:

- Identificar el tipo de droga y frecuencia de consumo durante el embarazo y su relación con el nivel de Síndrome de Abstinencia Neonatal en el Recién Nacido a Término.
- Determinar signos y síntomas más frecuentes del Síndrome de Abstinencia neonatal en el Recién Nacido hijo de madre adicta.
- Analizar la relación entre Tipo, frecuencia y Tiempo de Consumo durante el embarazo y el Nivel de Síndrome de abstinencia neonatal en los Recién nacidos Término.

El Propósito de esta investigación será presentar los resultados obtenidos a la Dirección de la Maternidad y a los Superiores del Servicio de Neonatología, proporcionándoles información

básica, que genere interés sobre esta problemática al equipo interdisciplinario y conjuntamente elaborar un protocolo que sea utilizado como instrumento para orientar y consolidar la atención hacia la madre adicta y el Recién Nacido que pudiera presentar signos y síntomas de Síndrome de Abstinencia Neonatal y se encuentre internado en el Servicio de UCIN, implementando estrategias que aseguren una calidad de atención y nos permita realizar ajustes del proyecto para un mejoramiento como institución.

MARCO TEORICO

Antes de comenzar a introducirnos en éste Marco Teórico, considero de importancia exponer un Glosario básico con definiciones, para un mejor entendimiento.

Droga: son aquellas sustancias cuyo consumo pueden producir dependencia, estimulación o depresión del sistema nervioso central o que dan como resultado un trastorno en la función del juicio del comportamiento o del ánimo de la persona.

Legal: toda sustancia admitida por la sociedad que forma parte de las costumbres (alcohol, tabaco,)

Ilegal: toda sustancia que está social y legalmente prohibida, lo que implica una actitud severa hacia su consumo (cocaína, marihuana, opiáceo, heroína, LDC, anfetaminas, Benzodiacepina).¹⁰

Sustancias psicoactivas: sustancia natural o sintética que al ser introducida en el organismo y por sus efectos en el sistema nervioso central, es capaz de alterar el estado anímico, las facultades cognitivas o el comportamiento de la persona.

Uso de sustancia: consumo de la sustancia en forma aleatoria (sin razones particulares); la vida de la persona así como sus relaciones no se encuentran dañadas, se define como aquel patrón de consumo en el que, por la cantidad, por la frecuencia o por la situación física, psíquica o social de la persona, no se detectan consecuencias inmediatas sobre el consumidor ni sobre el entorno después del consumo.

Abuso de sustancia: el consumo tiene una frecuencia sistemática, es el uso regular de la droga donde existen episodios de intoxicación. La persona busca la sustancia; aparecen perturbaciones en su vida, en la relación con los otros, con las obligaciones.

Dependencia: es un estado psicofísico que se caracteriza por modificaciones de conducta y otras reacciones, que implican un deseo invencible de tomar la droga continuamente para experimentar sus efectos y evitar el malestar de la privación.¹¹

Recién Nacido Término: El neonato a término es aquel cuyo nacimiento ocurre entre las 37 y 41 semanas de edad gestacional y cuando su peso es adecuado a la edad de gestación muestra las características clínicas y el desarrollo funcional propios de su período de adaptación a la vida extrauterina.(OMS)

Síndrome de Abstinencia Neonatal: es aquella entidad clínica caracterizada por irritabilidad del sistema nervioso central, signos de afección gastrointestinal, problemas Respiratorios y síntomas neurovegetativos en presencia de antecedentes de exposición a drogas de Abuso intra-útero.²

La Neonatología es una de las Ciencias con mayor éxito en la medicina moderna de la segunda mitad del siglo XX, se ocupa de uno de los periodos mas vulnerables del ser Humano, los primeros 28 días de vida, el cuidado y tratamiento que se realizan a los neonatos han experimentado un desarrollo importante, sustentado en el diagnostico prenatal y perinatal del recién nacido de alto riesgo, el cuidado especializado y el avance de la tecnología que permiten la sobrevivencia de los Recién nacidos críticamente enfermos basado en la Bioética como herramienta indispensable para el manejo del recién Nacido y su entorno.

La Maternidad seleccionada es una Institución pública de la Ciudad de Rosario que efectúa el mayor número de partos anuales. Presenta un modelo de **Maternidad Abierta Centrada en el Niño y la Familia** que promueve la idea de que la mujer y su entorno tomen un rol activo en el proceso del embarazo, parto, posparto y participen en su desarrollo y evaluación, orientados a la atención integral de la madre y el niño bajo el concepto de parto respetado. La misma cuenta con el Servicio de UCIN (Cuidados Intensivos Neonatales) en el cual se abordan los Recién Nacidos de Riesgo: “ Son aquellos Neonatos que han sido expuestos a procesos que comprometieron su embriogénesis, la salud fetal durante la gestación o durante la transición a la vida extrauterina y que son susceptibles a padecer enfermedad e incluso a morir a causa de trastornos físicos o complicaciones en el parto, incluyendo los recién nacidos vivos de embarazos no controlados o de los que se carece de anamnesis completa, por las consecuencias inmediatas que pueden derivar de esta situación en el momento de su nacimiento.”¹² En este proyecto se abordaran como unidad de análisis a los Recién Nacido Terminado, debido a que por sus características madurativas evitara que se produzcan sesgos en la relación de las variables, y a las madres de entre 18 y 25 años que abusaron de drogas durante su embarazo, en este grupo etáreo es donde se da una mayor tasa de consumo¹³. Cabe destacar que se trata de una etapa con tendencia a la experimentación y minimización del peligro relacionada con una percepción de capacidad de control. Por este motivo es frecuente la aparición de comportamientos de riesgo entre los que se encuentran el consumo de tóxicos. En los últimos años se ha producido una tendencia a la normalización del uso de drogas en la población adolescente de manera que aparece un modelo de consumo juvenil como forma de realización personal y de relacionarse socialmente. Si bien se mantiene un alto consumo de alcohol, tabaco y marihuana, hay un notable crecimiento en el consumo de cocaína, y heroína en edades cada vez más precoz.

El uso irresponsable de drogas legales e ilegales, capaces de modificar el comportamiento, se considera hoy un fenómeno multicausal en lo cual intervienen factores socioeconómicos, culturales, personales y familiares. La drogadicción en embarazadas es un problema sanitario de preocupación para la Salud pública, la importancia y la frecuencia de la drogadicción en la

población en general han aumentado considerablemente en los últimos años, como se ha demostrado en los artículos antes mencionados.

El embarazo no constituye una tregua para la drogadicción, pues está demostrado que cuando se consumen distintas drogas en una población, siempre habrá mujeres embarazadas que los usen, a veces de forma casual y por recreación, pero otras muchas como parte de una verdadera adicción. El consumo de drogas durante el embarazo se considera siempre un abuso, más allá del riesgo que conlleva para la madre, las mismas pueden ocasionar un variado grupo de alteraciones en el feto y en el Neonato dependiendo el tipo de droga, la frecuencia, el periodo de gestación y la combinación entre ellas. El Síndrome de Abstinencia Neonatal (SAN) es la principal manifestación en el Recién Nacido como consecuencia de la utilización de drogas durante el embarazo y se produce cuando cesa el suministro de la sustancia al Nacimiento.¹⁴

DROGA Y EMBARAZO: FISIOPATOLOGIA/ASPECTOS TOXICOLOGICOS

El abuso de drogas en la mujer embarazada, compromete al feto debido a que la droga atraviesa la barrera placentaria y se acumula al poseer propiedades hidrosolubles, lipofílicas y de bajo peso molecular, debido a la inmadurez del sistema renal fetal. El transporte placentario de sustancias, de la madre al feto y del feto a la madre, se establece alrededor de la quinta semana de vida embrionaria. Sin embargo, antes de formarse la placenta, cualquier sustancia puede actuar directamente sobre las células embrionarias o, por otra vía, sobre los órganos maternos, en este caso alterando su función y afectando de forma indirecta al feto. Casi todas las sustancias de abuso cruzan fácilmente la placenta durante el embarazo, exponiendo al embrión/ feto a concentraciones iguales o superiores, a las que tiene su madre en sangre.

El desarrollo del sistema nervioso, es un proceso complejo en el cual se produce proliferación celular, migración neuronal esquemáticamente organizada en sentido céfalo-caudal, formación y estabilización sináptica. En este adecuado proceso intervienen factores genéticos, metabólicos, nutricionales maternos y fetales. Al alterarse cualquiera de estos se pueden producir alteraciones severas o leves de la función cerebral.

El embarazo de la mujer adicta es frecuentemente un embarazo de alto riesgo debido a complicaciones como retardo en el crecimiento intrauterino, aborto, muerte fetal, prematuridad, hipertensión, síndrome de abstinencia neonatal y una gran variedad de infecciones como hepatitis B y C, celulitis, endocarditis y enfermedades sexualmente transmisibles incluyendo el VIH. En el primer trimestre de gestación, durante la etapa embrionaria, las drogas pueden tener efectos teratogénicos significativos, afectando la cito y la histogénesis.

En el segundo y tercer trimestre, durante el período fetal, puede comprometer a procesos progresivos como crecimiento y la diferenciación cerebral (alteraciones en los neurotransmisores y sus receptores, organización del cerebro) o procesos regresivos como muerte cerebral programada.

“Los efectos de la exposición prenatal a drogas dependen de la intersección del tipo y cantidad de droga, del momento y región del cerebro en el que ocurre la exposición, y si la droga actúa en el periodo crítico del desarrollo en el que la estructura o circuito cerebral son sensibles a los efectos de dicha droga.”¹⁵

El consumo de dos o más sustancias psicoactivas en forma secuencial o simultánea se denomina policonsumo. Este patrón de consumo es muy frecuente en usuarios de drogas y habitualmente genera dificultades para establecer una clara relación entre la exposición a una o más sustancias.

“No existe una dosis o frecuencia tóxica establecida, por lo que dicho de otra forma, no existe una dosis o frecuencia segura a la cual la exposición no ocasione daño lo que reafirma el concepto de que el consumo de sustancias durante el embarazo constituye un abuso”.¹⁶

Debido a que no se encuentran de forma “específica” datos trabajados sobre el Periodo y Frecuencia de Consumo, se consideraron datos estimativos a tener en cuenta para la relación de variables.

TIPOS DE DROGAS: GENERALIDADES, EFECTOS EN EL RECIEN NACIDO

COCAINA: La cocaína es un anestésico local y un potente estimulante del sistema nervioso central. El uso de la cocaína recreativa por lo general es por inhalación, por inyección o al fumar crack, que es un derivado de la cocaína. Los neonatos expuestos intraútero a cocaína se ha relacionado con malnutrición prenatal, 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, SAN es frecuente observar en ellos patrones del sueño anormales, disminución del tono muscular y temblores, la droga pasa por la sangre del feto directamente al cerebro produciendo toxicidad, irritabilidad y daños en el Sistema Nervioso Central. Todavía no se ha determinado qué cantidad de cocaína puede causar malformaciones congénitas y otros desenlaces adversos para un bebé que ha sido expuesto. La cocaína y sus productos de descomposición se pueden quedar por 30 horas en la orina de la mujer embarazada y de dos a siete días en el recién nacido después de

haberse usado el fármaco. La cocaína, al pasar de la circulación de la madre a la del feto, hacen que el feto también sea vuelva adicto. Al nacer, la dependencia del bebé a la sustancia continúa, pero la droga ya no está disponible por lo que el sistema nervioso del bebé se hiperestimula, dando lugar a los síntomas de abstinencia. Algunas de estas complicaciones pueden durar entre ocho y diez semanas después del parto. **Estos síntomas pueden aparecer incluso si la madre solo consumió cocaína en el tercer trimestre.**¹⁷

MARIHUANA: Conocida también como Cannabis, es un alucinógeno-depresor. Utilizada por inhalación del humo (fumando) y menos frecuentemente por vía oral, constituye una de las drogas ilícitas más usada. Debido a que habitualmente las usuarias de esta droga la asocian al alcohol, tabaco u otras drogas, no se pueden separar los daños de estas sustancias, por lo que sus efectos sobre el feto no son del todo claros. Su principal agente activo es el delta-9 tetrahidrocannabinol (THC), esta atraviesa la placenta en el feto a término, pero no se conoce este hecho durante otras etapas de la gestación; además se distribuye en la leche materna. Este hábito fue asociado también a una leve restricción del crecimiento intrauterino.

El estudio por *Ottawa Prenatal Prospective Study* sobre **El cannabis y su efecto en el desarrollo del Niño**, mostró resultados que sugieren que en el recién nacido, las alteraciones del estado y la respuesta visual alterada pueden estar asociadas con la exposición in utero a la marihuana, se observó en el período neonatal un incremento del temblor, respuestas motoras exageradas, disminución de la respuesta visual y en algunos casos con un síndrome de abstinencia leve.”¹⁸. El consumo de 5 o más cigarrillos de marihuana a la semana es suficiente para provocar este tipo de alteraciones.

OPIACEOS: Los opiáceos son alcaloides derivados del opio. La mayor parte de los opiáceos tienen un uso difundido como medicamentos, para analgesia y sedación. Los opiáceos más consumidos son la Heroína como opiáceo semi- sintético y la morfina como opiáceo natural. La sustancia atraviesa la placenta ocasionando intoxicación fetal, son altamente liposolubles y afectando de forma directa al sistema nervioso central. La acción tóxica directa de la droga es un riesgo de vida para el binomio madre-hijo, puede ocasionar depresión neonatal precoz y en especial Síndrome de Abstinencia Neonatal (SAN) caracterizado por signos de hiper excitabilidad del sistema nervioso central (irritabilidad, hiperactividad, hipertensión, temblor, llanto agudo, lesiones cutáneas de rascado, convulsiones) que aparecen entre las 24 y 72 horas después de su nacimiento presentando signos de En algunos casos se han observado convulsiones y alteración de la temperatura corporal. El cuadro dura de 8 a 16 semanas y las manifestaciones pueden tener un comienzo leve y transitorio, intermitente o tardío, o comenzar de manera aguda, mostrar mejoría y cambiar a un cuadro de abstinencia subaguda. El cuadro de

abstinencia es más intenso en niños cuya madre ha sido usuaria de estas drogas por largo tiempo y cuanto más cerca del parto sea el consumo de la droga mayor será el retraso de aparición. El consumo de opiáceos también se ha asociado al Retardo de crecimiento intrauterino (RCIU), sufrimiento perinatal y la muerte súbita del lactante.¹⁹

HEROINA: Derivado de la morfina (hidrocloruro de diacetilmorfina), es una droga narcótica altamente adictiva y de acción más rápida. Se comercializa en forma de polvo blanco o marrón, o como una sustancia negra. Es una droga no muy utilizada actualmente en America Latina, sin embargo en EE.UU. es una de las droga de mas abuso. Su consumo se produce por la vía endovenosa, o en menor frecuencia por vía intramuscular o inhalatoria.

Las complicaciones neonatales incluyen *Síndrome de Abstinencia Neonatal*, complicaciones derivadas de la prematurez, microcefalia, deficiencia en el crecimiento postnatal, problemas neuroconductuales, mayor mortalidad neonatal y aumento del síndrome de muerte súbita del lactante. El síndrome de abstinencia neonatal se presenta con mucha frecuencia en los recién nacidos de madres dependientes de esta droga, con signos y síntomas de insomnio, irritabilidad, taquipnea, hiperactividad, gritos agudos prolongados, hiperreflectividad, hipertonía, hiperacusia, diarrea, sudoración abundante, coordinación deficiente de la succión, pérdida o ausencia de aumento de peso y en los casos más graves, crisis epilépticas.

ANFETAMINAS: Constituyen un grupo drogas utilizados como estimulante del sistema nervioso central, anorexígeno y en el tratamiento de la narcolepsia. Este grupo lo forman la anfetamina, metanfetamina (speed) y la dexanfetamina. No se disponen de datos en la mujer gestante. Se observaron una mayor incidencia de labio leporino en los niños de madres expuestas durante los primos 56 días de gestación y se describió además un *síndrome de abstinencia neonatal* consistente en irritabilidad, llanto agudo, movimientos espasmódicos repentinos, estornudos, alteraciones en el sueño. La anfetamina se distribuye a la leche materna.

LISERGIDA: Conocida también como LSD, es alucinógena obtenida solamente mediante síntesis química, sin que aparentemente produzcan dependencia física. Se desconoce si cruza la placenta humana pero por el bajo peso molecular se esperar que lo haga. No hay evidencias de que sea teratógeno. Son escasos los estudios realizados sobre las consecuencias de su exposición en ausencia de otras drogas durante el embarazo, pero no parece relacionarse a complicaciones obstétricas, alteraciones en el peso fetal o la presencia del *síndrome de abstinencia fetal*.

BENZODIACEPINA (SEDANTES): pertenecen al grupo de los psicofármacos, presentando entre sus propiedades, efectos sedantes y ansiolíticos. Actualmente son los psicofármacos de mayor prescripción o de Automedicación. En cuanto al consumo de Benzodiacepina, se observa sobre todo asociado a otras drogas. Estos fármacos son utilizados con fines de abuso o por

dependencia, en ocasiones mezclándolas con alcohol, potenciando los efectos depresores sobre el SNC. El uso de esta droga durante los tres primeros meses de gestación se ha asociado a mayor riesgo de paladar hendido, asimetría craneofacial y si consume en un periodo más próximo al término de su embarazo existe riesgo de depresión neonatal, representado por un cuadro de letargia, llanto letárgico, dificultad para alimentarse denominado Síndrome del recién nacido flácido o por otra parte puede presentar *Síndrome de Abstinencia Neonatal* caracterizado por irritabilidad, temblor, hipertonia y en casos severos vómitos, diarrea, hipertermia, convulsiones, alteración de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial. Su aparición puede tardar varios días luego del nacimiento, debido a la poca capacidad de eliminar la sustancia.

“Todas las Drogas Ilícitas ingeridas por la mujer embarazada pasan fácilmente a la circulación fetal a través de la placenta. Los efectos sobre el feto dependerán del agente específico, la frecuencia y momento de la gestación y su combinación con el alcohol y el tabaco”⁴

TABACO: La asociación del tabaco con el embarazo es perjudicial tanto para la madre como para el feto/ recién nacido. El efecto de la nicotina y otros tóxicos disminuye el flujo placentario y el aporte de oxígeno, todos los factores que van a determinar un retardo de crecimiento pulmonar provocando cambios estructurales e inflamatorios en la vía aérea

Según la Encuesta Nacional de Estudiantes de Enseñanza Media (2009), el tabaco es la segunda droga más consumida en nuestro país. Para la mujer la edad de mayor consumo es entre los 18 y 25 años. El consumo de tabaco durante el embarazo se ha asociado a mayor riesgo de aborto espontáneo, embarazo ectópico, restricción del crecimiento intrauterino, rotura prematura de membranas, parto prematuro. El recién nacido presenta una mayor prevalencia de bajo peso al nacer, enfermedades respiratorias, síndrome de muerte súbita del lactante.

El consumo de tabaco en embarazadas consumidoras de otras drogas de abuso como cocaína y marihuana es muy frecuente. Los efectos tóxicos de dichas drogas pueden verse agravados por el tabaquismo; como por ejemplo, las sustancias que alteran los vasos sanguíneos placentarios, uterinos y fetales (alcohol, tabaco, cocaína, anfetaminas, marihuana) y que ejercen efectos sinérgicos potenciando su toxicidad.²⁰

ALCOHOL: El alcohol es la droga lícita de mayor uso en el mundo, es una sustancia socialmente aceptada, aún cuando la Organización Mundial de la Salud la considere como la segunda droga en peligrosidad consumida por el hombre. El alcohol atraviesa la placenta alcanzando niveles en sangre fetal mucho más elevados que en la madre, el consumo durante el embarazo aumenta el riesgo de restricción del crecimiento intrauterino y puede determinar la interrupción del mismo por complicaciones como el aborto espontáneo o la muerte fetal. No existe una dosis segura de

consumo de alcohol durante el embarazo recomendándose la abstinencia absoluta en la gestación.

El período de la gestación durante el cual se produjo la exposición puede determinar la naturaleza de la alteración.

- Primer trimestre: malformaciones congénitas.
- Segundo y tercer trimestre: restricción del crecimiento uterino.
- Todo el embarazo: afectación del SNC y trastornos del neurodesarrollo.²⁰

La manifestación clásica y más grave de este grupo de trastornos se conoce como SINDROME ALCOHOL FETAL, caracterizado por restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y retardo del crecimiento posnatal, dimorfismo facial característico y trastornos del neurodesarrollo (estructurales y funcionales). El pasaje de los derivados del alcohol a través de la leche materna parecería estar relacionado con afectación del desarrollo motor del lactante, por lo cual la alimentación a pecho debe considerarse en cada caso en particular, sobre todo, si no puede asegurarse el cese de la ingesta por la madre. Después del nacimiento, pueden presentar succión débil, fácil distracción durante la succión. Si manifiestan Síndrome de Abstinencia los neonatos tendrán mayor riesgo de hipoglicemia, irritabilidad, temblores, convulsiones, inestabilidad térmica, desorganización.

METODOS DE DETECCION DE ABUSO DE DROGAS EN EL EMBARAZO

La asociación de una buena historia clínica toxicológica y la utilización de los biomarcadores podrán demostrar las drogas consumidas por la gestante. El investigar antecedentes de consumo, el tipo de droga, el tiempo de exposición y la cantidad, son las preguntas que frecuentemente se deben realizar. Sospechar ante puérperas que desean abandonar el hospital inmediatamente tras el parto, madres con signos de adicción, y aquellas que reclaman medicación de forma frecuente y en grandes dosis, poder detectarlas y realizar la intervención adecuada de forma multidisciplinaria.

Dentro de los métodos utilizados para la detección de abuso de drogas durante el embarazo se encuentran:

- Test de Tamizaje en orina: la detección de metabolitos en orina es un método fácil y no se requiere de muchos recursos por eso es el más frecuente y utilizado; se pueden encontrar grandes concentraciones de tóxicos, sin embargo es un método de baja sensibilidad (37%), detecta el consumo de cocaína en los últimos tres días y de marihuana en los últimos 7 días, requiriendo de altas concentraciones de metabolitos, de otra manera existe la posibilidad de falsos negativos.

- Metabolitos en el pelo: presenta una sensibilidad del 100% y con alta especificidad. Pero no es utilizado como técnica frecuente.

- Metabolitos en Meconio: presenta una alta sensibilidad, mayor 85% y una especificidad cercana al 100% y es de fácil recolección. Las primeras heces se empiezan a formar alrededor de las 12 semanas de gestación detectando el consumo luego del primer trimestre.⁸

La detección oportuna mediante la historia clínica, la exploración del neonato, la aplicación de la escala de Finnegan y la confirmación de la presencia de restos de alguna sustancia adictiva en los líquidos corporales, permite hacer el diagnóstico integral del recién nacido y su madre e iniciar un tratamiento oportuno y temprano.

SINDROME DE ABSTINENCIA NEONATAL (SAN)/ HIJO DE MADRE ADICTA

La incidencia del síndrome de abstinencia neonatal ha aumentado sustancialmente la década pasada. En 2012, el síndrome fue diagnosticado en 21.732 lactantes en Estados Unidos, con el aumento de la prevalencia en otros lugares, incluyendo Inglaterra, Canadá y Australia. La mayoría de los estudios proceden de Norteamérica, siendo más escasos en nuestro entorno, en el que encontramos más documentación relacionada con la descripción de su etiología y patogénesis.

El Síndrome de Abstinencia es la principal manifestación del Recién Nacido de la utilización de drogas durante el embarazo, la vida media de las drogas es prolongada en el feto, la mayoría se unen a receptores del SNC o afectan la liberación de neurotransmisores produciendo un efecto tóxico duradero sobre el cerebro en desarrollo. Cuando la gestante deja de consumir la droga o en el momento del parto cuando cesa el suministro materno de la sustancia al neonato se desarrolla el SINDROME DE ABSTINENCIA. Algunas drogas tienen más posibilidades de provocar síndrome de abstinencia que otras, pero todas tienen efectos sobre el Recién Nacido.

“Loretta Finnegan 1969: El Síndrome Abstinencia Neonatal se define como un conjunto de síntomas que experimenta el neonato tras la retirada de drogas que provocan adicción y que pueden evidenciarse en mayor o menor gravedad”²¹

El SAN es un trastorno multisistémico, la aparición depende del Tipo de droga consumida durante el embarazo, Intervalo de tiempo entre la última dosis consumida y el parto, además de la frecuencia y semivida de eliminación de la droga; cuanto mayor sea la vida media, más tarde la aparición de los síntomas. El cuadro de abstinencia es más intenso en niños cuya madre ha sido usuaria de drogas por largo tiempo y cuanto más cerca del parto sea el consumo de la droga,

mayor será el retraso de aparición y más intensos los signos. El SAN por lo común es más leve en el Recién nacido pretérmino que en el Recién Nacido Término, debido a la inmadurez de su Sistema Nervioso Central y al menor tiempo de exposición total de la droga intra- útero. El síndrome de abstinencia se asocia en su mayoría al consumo de opiáceos (66%), pero también puede ser producido por cualquier otra droga ilícita como la cocaína, marihuana asociada al consumo del alcohol y el tabaco.

Los signos y síntomas del Síndrome de Abstinencia Neonatal se caracterizan por:

- *Alteraciones del Sistema Nervioso Central*: Hipertonía, temblores, hiperreflexia, irritabilidad e inquietud, llanto agudo, perturbaciones del sueño, convulsiones generalizadas, excoriaciones, mioclonías, reflejo del moro hiperactivo.

- *Alteraciones Digestivas*: Regurgitaciones, vómitos, rechazo al alimento, deposiciones blandas, diarrea y succión con avidez.

- *Alteraciones Vegetativas*: Sudoración, hipersecreción de mucosas, fiebre, erupciones cutáneas, bostezos frecuentes.

- *Alteraciones Cardiorrespiratorias*: Taquipnea, obstrucción nasal, estornudos frecuentes, aleteo nasal, taquicardia, dificultad respiratoria/ tiraje.²²

Para el diagnóstico y manejo del SAN se usa con frecuencia la Escala de Finnegan. El “Test de Finnegan” resulta útil para el control evolutivo del RN con síndrome de abstinencia. Loreta P. Finnegan lo elaboró en 1975, siendo modificado posteriormente por J. Yoon, y su uso está indicado en neonatos expuestos a opiáceos intra- útero. Actualmente es utilizado para diagnósticos de otras drogas que pudieran causar Síndrome de abstinencia, como instrumento validado modificado o No, según lo requieran. Esta escala evalúa 31 ítems en las áreas neurológicas, respiratorias, vegetativas y gastrointestinales. El recién nacido recibe un puntaje asignado para cada síntoma dependiendo de su severidad y la suma de los puntos es usada para determinar el nivel de abstinencia y su posible tratamiento. Esta escala es la herramienta más utilizada para la detección y valoración de la respuesta a las intervenciones terapéuticas en la evolución del SAN, considerando una puntuación igual o superior a 8 y menos de 12 era compatible con la presencia SA Leve, entre 12 y 16 moderado y más de 16 severo (**figura 1**).⁵ Independientemente de la herramienta de puntuación que se utiliza, son necesarios protocolos para su uso además de la formación de los miembros del personal de salud que realizara la evaluación de los recién nacidos, el cuidado debe ser multidisciplinario, no juicioso, y basado en las necesidades del binomio madre- niño, para que el cuidado del recién nacido no ocurra aisladamente de la madre.

A. Alteraciones del sistema nervioso central

Llanto agudo	2
Llanto continuo	3
Duerme < 1 hora después de comer	3
Duerme < 2 horas	2
Duerme < 3 horas	1
Reflejo de Moro hiperactivo	2
Reflejo de Moro marcadamente hiperactivo	3
Temblo ligero al ser estimulado	1
Temblo moderado o grave al ser molestado	2
Temblo ligero espontáneo	3
Temblo moderado o grave espontáneo	4
Hipertonía muscular	2
Excoriaciones	1
Mioclonías	3
Convulsiones generalizadas	5

B. Alteraciones vegetativas y respiratorias

Sudoración	1
Temperatura 37.2-38.3° C	1
Temperatura 38.4° C	2
Bostezos frecuentes	1
Erupciones cutáneas fugaces	1
Obstrucción nasal	1
Estornudos frecuentes	1
Aleteo nasal	2
Frecuencia respiratoria > 60/min	1
Dificultad respiratoria y tiraje	2

C. Alteraciones gastrointestinales

Succión con avidez	1
Rechazo del alimento	2
Regurgitaciones	2
Vómitos intensos	3
Heces blandas	2
Heces líquidas	3

Figura 1

El tratamiento del síndrome de abstinencia neonatal excede el objetivo de este trabajo, pero a modo de resumen es importante resaltar los cuidados que se pueden brindar a este Recién Nacido con Síndrome de abstinencia, la mayoría no requiere de tratamiento farmacológico.

- *Tratamiento de soporte No medicamentoso:* consiste en medidas no farmacológicas encaminadas a disminuir la clínica de ansiedad del niño. Entre estas medidas están la disminución de la estimulación sensorial al niño, evitando ruidos y luces intensas, la alimentación con leche hipercalórica a pequeñas y frecuentes tomas, el acunarlo medidas de contención, evitar los cambios de temperatura.

- *Tratamiento farmacológico:* El tratamiento farmacológico será un escalón terapéutico más, complementario al tratamiento inicial de soporte, si con este no pudiéramos aliviar la clínica. La decisión de iniciar este tratamiento debe tomarse de forma individualizada para cada recién nacido y no existen reglas que puedan generalizarse.^{23 24}

EVALUACION DEL RECIEN NACIDO CON PROBABLE SINDROME DE ABSTINENCIA NEONATAL

Una buena historia clínica y el interrogatorio de la madre ayudaran al diagnóstico. El estudio de orina solo permite detectar exposición reciente, y para detectar exposición alejada en el embarazo se debe obtener muestra de meconio o muestra de pelo del niño o de la madre como se ha descrito anteriormente.

Es recomendable el monitoreo para la evaluación del neonato con una presentación clínica compatible con el SAN. El Neonato hijo de madre adicta deberá ser ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales para vigilar, la posible aparición del SAN, además de cualquier otro daño que pudiera ocasionado por el consumo de Drogas durante su gestación, para efectuar un diagnóstico precoz y limitar el daño.²⁴

Existen otras características que no se medirán en ésta investigación, pero se considera importante mencionarlas porque forma parte del contexto favorecedor para la relación de estas dos grandes variables complejas como son el Abuso de Droga y el Síndrome de Abstinencia en el Recién Nacido.

LACTANCIA MATERNA EN EL RECIEN NACIDO CON SAN: La lactancia materna está contraindicada en madres con consumo activo de sustancia de abuso ya que, la mayoría de ellas, pasan a la leche humana en cantidades apreciables pudiendo ocasionar problemas al recién nacido, igualmente la decisión de la lactancia debe ser sometida a un análisis individual en cada caso.

CARACTERÍSTICAS PSICO-SOCIOCULTURALES

La dependencia a sustancias no solo afecta al individuo, sino que afecta a la familia, amigos, sistema de salud y sociedad como un todo. La predisposición socio-cultural, biológica y psicológica en un ambiente determinado va a permitir a lo largo del tiempo que una persona tenga unas características propias que lo van a diferenciar de otras personas. La cultura es el conjunto de pautas de comportamiento aprendido y compartidas por los miembros de una comunidad, en cada cultura aprendemos, como parte que somos de un grupo social concreto, las creencias, expectativas y conductas deseables, el cual, tiene gran relevancia para el bienestar psicológico y social de los individuos. El problema con las drogas, actualmente, es que ha perdido parte del sentido cultural que tenían, por los cambios sociales que se han producido y se ha convertido en un producto más de consumo, hoy la diversión o el deseo de buscar y descubrir nuevas experiencias, cada vez esta más asociada al consumo de drogas, por este motivo es frecuente la aparición de comportamientos de riesgo entre los que se encuentran el consumo de tóxicos, relaciones sexuales precoces y sin protección. Esto es un fenómeno que afecta en la actualidad a la adolescencia y a la primera juventud²⁵

El abuso de drogas durante el embarazo es un fenómeno multicausal, y que va en aumento, en general el abuso de sustancias en una mujer embarazada se da en un contexto psicosocial y de desarrollo personal disfuncional y complejo. El consumo de drogas se ve asociado con mayor frecuencia con los estilos de vida poco saludables, falta de acceso a la atención prenatal, la pobreza, el estrés y los trastornos psicológicos; es por ello que se debe actuar en forma multidisciplinaria tras el arribo de la paciente y considerar esta situación como un embarazo de alto riesgo obstétrico; por lo que los efectores de salud deben adoptar un calendario de visitas frecuentes que permita un perfecto seguimiento de cualquier anomalía que surja durante la gestación. Muchas de estas mujeres crecen en familias donde uno o los dos padres tienen problemas de adicción, no tienen unos buenos modelos en la crianza de los niños y con frecuencia tienen problemas legales, económicos, de violencia intrafamiliar y de vivienda. La exposición intraútero a drogas deriva en morbilidad perinatal y a largo plazo entre los niños expuestos. En los últimos años ha cambiado el perfil de la mujer consumidora, ha aumentado el consumo de cocaína, cannabis, alucinógenos y anfetaminas y se ha estabilizado el de opioide.

La poca conciencia y la naturalidad de estas madres que consumen esta ligada a la dificultad para la detección y de ésta forma el maltrato prenatal.²⁶

SISTEMA PERINATAL

Sistema Informático Perinatal Este sistema “está dedicado a la salud de las madres y los niños, desde el comienzo del embarazo, durante el parto y el puerperio. Es una herramienta para la toma de decisiones y el mejoramiento de las prácticas de salud dirigidas a dichos grupos y etapas. Su objetivo es mejorar la salud perinatal mediante el acceso a un lenguaje común de registro que haga posible la evaluación de la atención perinatal”

Es una propuesta orientada al manejo de información Perinatal para la gestión de políticas públicas, programas y servicios de salud Materno Perinatal y reproductiva, elaborado por el Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer Reproductiva (CLAP/SMR) y la Organización Panamericana de Salud (OPS). Está constituido por la Historia Clínica perinatal, Carnet Perinatal y Sistema Computarizado y Programas para almacenamiento de Información de los RN y de las Historias Clínicas neonatales. (**Figura 2**)

PREVENCIÓN

“Se entiende por Prevención a todo acto que se realiza para evitar que algo ocurra, o que genere un mal mayor”.

Por ende, prevención de adicciones “es el conjunto de acciones encaminadas a promover la salud de las personas para reducir la probabilidad de aparición de problemas relacionados con el consumo de drogas”

Existen tres tipos de prevención, Primaria (detecta y neutraliza condiciones que implican riesgo de inicio en el uso de sustancias psicoactivas) Secundaria (reduce la incidencia a través de un diagnóstico precoz y un tratamiento efectivo) Terciaria (reduce la incidencia de secuelas y apunta a la rehabilitación y reinserción de los individuos usuarios de sustancias psicoactivas). Lo ideal, es poder arribar esta problemática de manera interdisciplinaria desde el primer eslabón de la prevención. Como se ha dicho, la consulta tardía por parte de las madres al equipo de salud, hace que esto sea sumamente dificultoso.

Se propone lo siguiente:

Prevención Primaria:

- a. Involucrar a la comunidad en el conocimiento de los factores que contribuyen al inicio y desarrollo del consumo indebido de sustancias psicoactivas, sus consecuencias y los mecanismos relevantes para su solución.
- b. Educación de la salud de a la población subrayando los aspectos nocivos de la droga en el embarazo, tanto para la madre como para el feto, en el marco de una verdadera educación sanitaria o prevención educativa.

c. Proporcionar información sobre contracepción, riesgos de embarazos no deseados y enfermedades transmisibles sexualmente.

Prevención secundaria:

d. Anamnesis detallada en el primer contacto con el equipo de salud en busca de embarazadas consumidoras

e. Brindarle atención a toda embarazada adicta con un equipo interdisciplinario para planificar tratamiento personalizado

f. Capacitación pediatras de atención primaria respecto a criterios de detección y diagnóstico del síndrome de abstinencia en el recién nacido y de abstinencia tardío.

Prevención terciaria:

g. Acceso a planes de desintoxicación donde existan equipos de apoyo social, con extensión en el control post natal.

h. Estructuración de equipos sociales para apoyo y control posparto de la evolución del niño y su madre, tras la utilización de drogas en el embarazo.²⁶

Debido a todo lo anterior es necesario replantear este tema dentro de las instituciones, planificar y normatizar pautas para el manejo, contención y seguimiento de esta población en estudio. Como he dicho al principio, como Maternidad abierta centrada en el niño y la familia, que basa sus cuidados en ellos, considero correcto abarcar algunos conceptos y definiciones de tres Teoristas de Enfermería: **Ramona Mercer “Adopción del rol materno- convertirse en madre”, Hildegard Peuple “Teoría psicodinámica/relaciones interpersonales”, Madeleine Leininger “Teoría De los cuidados Culturales”**²⁷. Enfermería como Profesión es considerada es una Ciencia emergente que utiliza el Proceso de Atención de Enfermería como método científico, describiendo conceptos, definiciones que serán de ayuda para el desarrollo de la práctica, basados en modelos y teorías de Enfermería.

Para abarcar esta problemática, se debe considerar el rol de madre como un proceso interactivo y de desarrollo que se va produciendo en el tiempo en el cual la madre crea un vínculo con el recién nacido y aprende las tareas de cuidado, expresa el placer y gratificación de ello, se tendrán en cuenta el entorno del recién nacido y su madre para aplicar los cuidados, así como su cultura y sus relaciones interpersonales con el equipo de salud quien deberá abarcar a esa madre adicta y a su Recién Nacido internado en UCIN, respetando creencias, sin juzgar, sino aceptarlo tal cual es, estableciendo así un proceso que sea significativo terapéutico e interpersonal y que sea de beneficio para el paciente y el equipo de salud. El abordaje de las madres con abuso de drogas durante el embarazo y de su recién nacido con síndrome de abstinencia requieren de una capacitación del personal de salud para una contención de los mismos, debido al riesgo de asumir una postura arbitraria o punitiva que puede determinar una atención inadecuada.

El embarazo y puerperio constituyen una etapa de crisis en la vida de la mujer, por eso aquellas que han consumido durante todo el embarazo, es durante el puerperio, ante el contacto físico con el bebé, que surge la motivación al cambio. Cuando el consumo problemático de sustancias se detecta durante el embarazo, parto o puerperio debe verse como una valiosa oportunidad ya que puede constituir el inicio de un proceso terapéutico para la madre y para el Recién nacido. El trabajo del equipo sanitario debe ser interdisciplinario y coordinado con enfermería, trabajo social, ginecobstetricia, salud mental neonatología y pediatría.

Ramona Mercer y su Teoría “ Adopción del Rol Maternal” , propone la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción de este rol materno, considerando a enfermería como profesión dinámica, la cual fomenta la salud y previene la enfermedad, proporcionando cuidados a aquellos que necesitan asistencia profesional para conseguir un nivel óptimo y funcionamiento, investigando para mejorar las bases del conocimiento y proporcionar cuidados enfermeros excelente a individuos familia y comunidades. Considerando a la madre una entidad independiente pero en interacción con el niño y su familia o personas significativas.²⁸

MATERIAL Y METODO

DISEÑO

La estrategia Metodológica será de tipo Cuantitativo, delimitando el problema, seleccionando las variables en estudio y operacionalizándolas, el tipo de Estudio es No experimental Descriptivo, según el momento de ocurrencia Prospectivo de corte transversal. Se estudiarán las variables tal como se presentan en su contexto natural, en una población específica, describiendo lo que sucede con las mismas y su posible asociación en un lugar y tiempo determinado. Se medirán de forma simultánea en un periodo comprendido entre el 16/01/18 al 16/11/18, recolectando datos primarios de las todas las embarazadas que ingresen a la institución y hayan abusado de drogas, y a los recién nacidos que presenten Síndrome de Abstinencia neonatal.

SITIO Y CONTEXTO

Para la selección del sitio se aplicó un instrumento de “Convalidación de Sitio” (**Anexo I**) el cual corresponde al 1er control de Validez Interna, se aplicó en 3 Servicios de Neonatología ubicados en distintos distritos de la Ciudad de Rosario, con dependencia Provincial y Municipal.

(Anexo III)

La Maternidad seleccionada que reúne los requisitos para llevar a cabo esta investigación, es una institución ubicada en la zona Centro de la Ciudad de Rosario, Depende de la Secretaria de Salud Pública de la Municipalidad, cuenta con alta tecnología para brindar la mejor atención de los recién nacidos y sus madres. Como modelo primordial, es una Maternidad centrada en la familia, promoviendo la idea de que la mujer y su entorno tomen un rol activo en el proceso del embarazo, parto, posparto y participación en su desarrollo y evaluación. La política Institucional se basa en ser una maternidad de “puertas abierta”, es decir sin rechazo de usuarios tengan o no cobertura social, aunque con prioridad a aquellos que no presenten obra social o prestadoras de servicio de salud. Esta institución cuenta con un Comité de Investigación y Docencia, aparte de un Centro de Estadísticas de donde se obtuvo la información sobre la población en estudio.

El servicio de Neonatología esta ubicada en el 6º piso, constituida de paredes vidriadas, cuenta con 30 unidades asistenciales totales, 21 incubadoras, 9 cunas, Guardia neonatal, Un espacio para informes médicos y reuniones con los los Padres, Lactario y Office de Enfermería con vista completa a la sala. El grupo interdisciplinario esta conformado por 7 u 8 Enfermeros, Jefa de Enfermeros, Un supervisor por Turno, Médicos de Guardia, de Cabeceras y Jefa de Médicos, Kinesiólogo/ Estimulación Temprana, Área Social y de Salud mental (Staff de Psicólogos). En la misma se asiste a recién nacidos que hayan nacido en la maternidad y requieran de una

atención en Neonatología dentro de la cuál se encuentran los Recién Nacidos Término hijos de madres con abuso de drogas durante el embarazo que hayan presentado signos y síntomas de SAN (Síndrome de Abstinencia Neonatal) y aquellos derivados de otras instituciones para la realización de distintas cirugías, debido a que actualmente se la considera “Centro de Derivación Quirúrgica”.

POBLACION Y MUESTRA

- Mis unidades de análisis serán: Todas las embarazada entre 18 y 25 años que ingresen a la institución y hayan Auto-declarado o No haber consumido drogas durante el embarazo y los RNT (Recién Nacido Término) de 37 a 40 semanas de EG que ingresa al Servicio de Neonatología y presente signos o síntoma del Síndrome de Abstinencia Neonatal.

Para determinar las mismas se tendrán en cuenta los **Criterios de Inclusión/Exclusión**, el cuál corresponde el 2do Control de Validez Interna:

Serán parte:

- Madres que no hayan declarado consumir durante el embarazo y presenten Test de Tamizaje en orina positiva durante las primeras horas post parto.
- Madres presenten signos de intoxicación durante el parto.
- Recién Nacidos Término entre 37 y 40 semanas de EG que hayan ingresado a UCIN (unidad de cuidados intensivos neonatales) con signos y síntomas Síndrome de Abstinencia Neonatal.
- Recién Nacidos Término que presente Signos Y síntomas del Síndrome Abstinencia durante las primeras 48 o 72 hs. de internación en UCIN.

Tamaño de la población

El Número aproximado de población que cuenta con los criterios necesarios para la investigación, basado en los resultados que arroja el Centro de Estadística de la Institución en el último año, son de 21 Neonatos que se han reconocido ya que responden a los Criterios de inclusión/ exclusión. Teniendo en cuenta la relación de variables específicamente el consumo de drogas en las madres, es probable que éste Número se incremente. (**Anexo III**)

En cuanto a la validez externa, los resultados no son generalizables para todos los Servicios de Neonatología y su población, debido a que presentan diferentes características.

INTSRUMENTO Y TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En este proyecto se utilizará la Observación como Técnica y la Escala de Finnegan como Instrumento validado por Loretta Finnegan en 1969 (**Anexo II**), siendo ésta una lista de cotejo, para medir la Variable: Nivel de SAN, variable dependiente-cualitativa-compleja, cuyas dimensiones son “signos y síntomas del Síndrome de Abstinencia Neonatal”. La recolección de los datos serán realizadas por personal de Enfermería a través de la aplicación del test de Finnegan que consta de 31 indicadores organizados en tres sistemas que corresponden a Subdimensiones : alteraciones del sistema nervioso central, alteraciones respiratorias/vegetativas y alteraciones gastrointestinales. Esta se aplica cada 4 horas los 2-3 primeros días (cada 2 horas si se incrementa la puntuación) y después cada 8-12 horas. Este instrumento, nos permitirá obtener información tal y cual ocurre, sin requerir de mucho tiempo para su aplicación, es de fácil manejo para el evaluador ya que incluye solamente marcar lo observado y no implica juicios de valor.

Para la Variable: “Abuso de Drogas”, Variable independiente-cualitativa-compleja, cuya dimensiones son: Drogas lícitas e ilícitas, periodo y frecuencia de consumo; se utilizará como Técnica La Entrevista personal cara a cara y como Instrumento un cuestionario de opción múltiple, contemplando para la recolección de estos datos los Principios Bioéticos, es decir se evitará exponerlas a un daños psíquico, respetando la confidencialidad se sus datos, respetando su derecho a la participaron voluntariamente o no a la entrevista, otorgándole toda la información necesaria sobre el estudio de investigación, a través de un Consentimiento informado. (**Anexo II**). Concediéndole un trato justo y siempre preservando su intimidad. Este instrumento nos ofrece como ventaja una mejor interacción y accesibilidad a la persona entrevistada, obteniendo datos mas objetivos, con una desventaja que fue poder crear la confianza suficiente entre el entrevistador y la entrevistada, ya que es un tema de sensibilidad para algunas madres.

El lugar donde se realizará la misma, es la sala destinada para informes médicos y reuniones del Servicio de Neonatología, con un tiempo estimado de veinte minutos por entrevista.

Las entrevistas se llevarán a cabo en forma conjunta con el área de salud mental, ya que son quienes trabajan diariamente con este grupo y esta problemática.

Tanto el personal de enfermería como los psicólogos serán orientados y adiestrados para el uso del instrumento, que fue validado mediante la aplicación de una prueba piloto, Tercer Control de Validez Interna. (**Anexo IV**)

		- Frecuencia	<ul style="list-style-type: none"> - todos los días - mas de 3 veces por semana - menos de tres veces por semana.
<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de Síndrome de abstinencia Neonatal. 	<p>El síndrome de abstinencia neonatal, es aquella entidad clínica caracterizada por irritabilidad del sistema nervioso central, signos de afección gastrointestinal, problemas Respiratorios y síntomas neurovegetativos en presencia de antecedentes de exposición a drogas de Abuso intra-útero. Se presenta en todo recién nacido que experimenta privación de una sustancia adictiva, de consumo habitual y de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración en el SNC (Sistema Nervioso Central) 	<ul style="list-style-type: none"> - llanto Agudo - llanto continuo. - duerme menos de 1 hora. - duerme menos de 2horas. - duerme menos de 3 horas - Reflejo de moro hiperactivo. - Reflejo de moro marcadamente hiperactivo. - temblor ligero a ser estimulado. - temblor moderado/ severo a la estimulación. - temblor ligero espontáneo. - temblor moderado o grave espontáneo. - hipertonía muscular.

PERSONAL A CARGO DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se llevará a cabo por el personal a cargo del proyecto a través de las Técnicas e instrumentos antes mencionados. Se adiestrará al personal de Enfermería y al grupo de Salud mental a través de charlas informativas de 40 minutos de duración, divididas en dos sesiones, en la primera se hará una breve introducción de la problemática donde se presentará el proyecto con sus objetivos y propósito, aquí los integrantes se apropiarán de los instrumentos y en la segunda sesión podrán evacuar sus dudas o inquietudes. A estas charlas se sumarán el resto del grupo interdisciplinario, Médicos, jefes y supervisores de Enfermería. La orientación se dictará en los 4 turnos para los enfermeros y durante la mañana para el resto del grupo, en la sala de reuniones del servicio de UCIN. Éste paso cumple con el 4to Control de Validez Interna.

PLAN DE ANALISIS

Para analizar ambas Variables se empleará una Estadística Descriptiva, los datos serán presentados a través de una distribución de Frecuencia, representados en Gráficos Circulares. La base de datos que utilizaremos para el almacenamiento y análisis de los mismos, será el programa EPIDAT.

- Para la reconstrucción de la Variable “Abuso de Drogas” (independiente-cualitativa-compleja) cuyas dimensiones son:

Dimensión 1: Tipos de Drogas: con 9 indicadores, a ésta se le otorgarán un Número del 1 al 9, donde los N° 1, 2, 3, 4,8 y 9 representan las drogas con mayor riesgo de Abuso y su relación directa con la aparición del SAN (síndrome abstinencia neonatal).

Dimensión 2: Periodo de Consumo: 5 indicadores, codificados con Números del 1 al 5, donde 3, 4, 5 representan los periodos de mayor riesgo para el Recién Nacido de Presentar SAN.

Dimensión 3: Frecuencia de Consumo: 3 indicadores codificados con Números del 1 al 3, donde 1 y 3 representan el mayor tiempo de consumo, con un mayor riesgo de que el recién nacido presente SAN. En éstas 3 dimensiones se aplicarán una Escala Ordinal.

- La Variable “Nivel de SAN” (Dependiente- cualitativa- compleja) presenta: **1**

Dimensión: Signos y síntomas, de ésta se desprenden 4 Subdimensiones:

Subdimensión 1: Alteraciones SNC (sistema nervioso central): 15 indicadores los cuales presentan un puntaje asignado del 1 al 5.

Subdimensión 2 y 3: Alteraciones Vegetativas y Respiratorias: 10 indicadores, con un puntaje del 1 y 2.

Subdimensión 4: Alteraciones Gastrointestinales: 6 indicadores con un puntaje del 1 al 3.

La Reconstrucción de la Variable “Nivel SAN” se realiza de la siguiente Manera:

Del total de los valores provenientes de los 31 indicadores se determinará el Nivel de SAN siendo: de 0 a 7 ptos. No SAN, 8 a 12 ptos. Leve, 13 a 16 ptos. Moderado, Mayor a 16 ptos. Severo. Para cada una de éstas subdimensiones se aplicará una Escala Ordinal, debido a que a menor puntaje los signos y síntomas son más leves.

PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA:

Actividades	Comienzo	Duración	Final	Recursos
- Recolección de Datos	16/01/18	305 días	16/11/18	- Humanos - Financieros - materiales
- Tabulación de Datos	19/11/18	12 días	30/11/18	- Humanos - materiales
- Análisis e interpretación de los datos.	3/12/18	15 días	17/12/18	- Humanos
- Elaboración de conclusiones	18/12/18	3 días	21/12/18	- Humanos
- Redacción de informe Final	26/12/18	3 días	29/12/18	- Humano

ANEXO I

Instrumento y Guía de Convalidación de sitio.

- ¿La institución nos autoriza para la realización de la investigación?
- ¿El efector de salud cuenta con Comité de Investigación y Docencia?
- ¿La institución cuenta con un Centro de Estadística?
- ¿El Servicio recibe ingresos de neonato que Presenten signos y síntomas de Síndrome de Abstinencia Neonatal?
- ¿Se lleva algún tipo de registro de esta población?
- ¿El servicio de Neonatología cuenta con la infraestructura, equipamiento necesaria para la atención de los Recién nacidos con Síndrome de Abstinencia Neonatal?
- ¿El servicio aplica la Escala de Finnegan o algún instrumento para valorar signos y síntomas del Recién Nacido con síndrome de Abstinencia?
- ¿En el Servicio se realiza el Test de Tamizaje en Orina para aquellas madres con sospecha de consumo de drogas durante el embarazo?
- ¿Se cuenta con un lugar acorde para realizar las entrevistas?

ANEXO II

Instrumento de Medicación para “Nivel de Síndrome de Abstinencia Neonatal”

Instrucciones:

- Este instrumento se aplicará al Recién Nacido con signos y síntomas SAN.
- Colocar en el Casillero vacío el número que corresponda según los signos y síntomas que presente el Recién Nacido.
- Sumar el total de los valores al final de la tabla.
- **PUNTAJE:** 0-7 ptos. No SAN.
8-12 ptos. Leve.
13-16 ptos. Moderado.
+16 ptos. Severo.

ESCALA DE FINNEGAN PARA DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE ABSTINENCIA NEONATAL	
---	--

• Alteraciones del Sistema Nervioso Central	Puntaje
1-llanto Agudo	2
2-llanto continuo.	3
3- duerme menos de 1 hora.	3
4- duerme menos de 2 horas.	2
5- duerme menos de 3 horas	1
6- Reflejo de moro hiperactivo.	2
7- Reflejo de moro marcadamente hiperactivo.	1
8- temblor ligero a ser estimulado.	2
9- temblor moderado/ severo a la estimulación.	3
10- temblor ligero espontáneo.	4
11- temblor moderado o grave espontáneo.	2
12- hipertonia muscular.	1
13- excoriaciones.	3
14- mioclonias.	3
15- convulsiones generalizadas.	5

• Alteraciones Vegetativas y Respiratorias	Puntaje	
16- sudoración.	1	
17- Temperatura 37.2/ 38.3 °C	1	
18- Temperatura 38.4 °C	2	
19- Bostezos frecuentes.	1	
20- Erupciones cutáneas fugaces.	1	
21- obstrucción nasal.	1	
22- estornudos frecuentes.	1	
23- aleteo nasal.	2	
24- FR mayor a 60/ minutos	1	
25- dificultad respiratoria y tiraje.	2	
• Alteraciones Gastrointestinales	Puntaje	
26- succión con avidez	1	
27- rechazo al alimento.	2	
28- vómitos intensos.	2	
29- Regurgitaciones.	3	
30- heces blandas.	2	
31- heces líquidas.	3	
TOTAL:		

Instrumento de Medición para “Abuso de Drogas durante el Embarazo”

Instrucciones:

- En este cuestionario usted es libre de contestar o No.
- Deberá marcar con una X dentro del cuadro, la respuesta que usted considere afirmativa.
- Podrá tomarse el tiempo que usted considere necesario.

Fecha:

A. ¿Consumís drogas?

Si No a veces

B. ¿Que tipo de Drogas consumís?

- Heroína	<input type="checkbox"/>		
- Marihuana	<input type="checkbox"/>	- Alcohol	<input type="checkbox"/>
- Pasta Base Cocaína (PBC)	<input type="checkbox"/>	- Tabaco	<input type="checkbox"/>
- Opiáceos	<input type="checkbox"/>		
- Anfetaminas	<input type="checkbox"/>		
- Benzodiacepina	<input type="checkbox"/>		
- LCD	<input type="checkbox"/>		

C. Tiempo de Consumo

- Todo el Embarazo.

- En el 1er Trimestre

- En el 2do Trimestre

- En el 3er Trimestre

- Horas antes del Parto

E. ¿Con que frecuencia?

- Todos los días

- Menos de 3 veces por semana

- Mas de 3 veces por semana

Formulario de Consentimiento Informado

Nos encontramos realizando un Proyecto de Investigación como parte de La Asignatura “Tesina” de la Carrera Licenciatura en Enfermería, de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNR, con el Objetivo de Establecer la relación que existe entre el Abuso de drogas durante el embarazo y el Nivel del síndrome de abstinencia en su Recién Nacido.

Consentimiento:

Mediante la presente doy mi conformidad para participar de la investigación “Abuso de drogas durante el embarazo y el nivel de síndrome de abstinencia neonatal en la UCIN de la Maternidad Martín, Enero 2018- diciembre 2018, después de haberseme explicado la importancia de la misma y la repercusión que tendrá en la institución y comunidad, asegurándoseme la confidencialidad de todos mis datos, los cuales serán utilizados solos con fines científicos, respetando mi anonimato y afirmándome que éste estudio no representará de ningún riesgo o daño físico para mi bebe.

Para que así conste, firmo la presente el día..... del mes..... del año.....

Firma:.....

Aclaración.....

ANEXO III

Justificación del sitio

Se seleccionó el sitio luego de obtener información formal a través de la convalidación de sitio y una fuente informal a 4 Servicios de Neonatología.

El efector provincial ubicado en el microcentro de la Ciudad, cuenta con un servicio de UCIN, en el cual por Regionalización es Centro de derivación de Cardiopatías, en la visita realizada al servicio y con una entrevista otorgada por la jefa del Servicio, me refiere que se reciben Neonatos con características para la investigación, pero no es una población significativa para medir las variables.

El segundo efector excluido es Municipal y se ubica en la zona sur de Rosario, presenta características similares a la seleccionada, se considera como “Maternidad Abierta” y su atención se centra en el “Parto Respetado”; el mismo no presenta una población significativa para la investigación, ya que el número de partos y de ingresos a Neonatología es mucho menor que la seleccionada, por su estructura edilicia. Además de recibir en épocas de alta demanda a los recién nacidos Bronquiolares.

El tercer efector se encuentra en el Área metropolitana de Rosario en el límite de la Ciudad de Granadero Baigorria, es de dependencia Provincial, de dónde se obtuvo la información por medio de una entrevista informal con personal del servicio de Neonatología, se lo considera “Centro de derivación de prematuros extremos” este servicio recibe mayormente Recién Nacidos Prematuro, el cual no representa mi población en estudio.

El cuarto efector es el seleccionado, se ubica en la zona Centro de la Ciudad de Rosario, con dependencia Municipal, respondiendo satisfactoriamente a el Instrumento de Convalidación de Sitio. Este presenta el mayor número de partos de la ciudad, en la misma se encuentra la población en estudio y en la cuál no se aplica ningún tipo de rutina o instrumento, por lo que se considero apropiado para realizar la Prueba Piloto del mismo. Según el Centro de Estadísticas de la Institución del un total de 45 Madres que autodeclararon consumir durante el año 2017, 21 de sus Recién nacidos ingresaron a UCIN y presentaron algún signo o síntoma de Abstinencia de ahí es que se toma una población aproximada.

ANEXO IV

Prueba Piloto de los Instrumentos

La prueba Piloto fue realizada en un Efector Municipal, en el servicio de UCIN, a seis unidades de análisis que respondieron a los criterios de inclusión, para validación de los instrumentos. La misma se aplicó en la Institución en donde se llevará a cabo el proyecto, debido a que la población afectada a la investigación no es la misma en el periodo de estudio, por lo tanto no habrá sensibilidad a los instrumentos.

El 1er instrumento (Escala de Finnegan) para la unidad de análisis “Recién Nacidos a término, hijo de madre adicta durante el embarazo con signos y síntomas de SAN” no presento inconvenientes para su aplicación, fue de fácil entendimiento para los colaboradores, no requirió de tiempo extra, sino que se adaptó a los controles habituales del neonato, fueron realizados por un enfermero por turno, el cuál fue adiestrado y capacitado para la manipulación del instrumento.

El Cuestionario como 2do instrumento, se aplicó a través de una entrevista, a las madres de éstos Recién Nacidos, en forma conjunta con el grupo de psicólogos de la Maternidad, en la sala de reuniones del servicio de UCIN fue de forma Individual sin la intrusión de otras personas que pueden opinar o alterar la entrevista, llevando el ritmo y la dirección de la misma, se realizó durante el turno mañana, debido a que es un horario en el cuál las madres se encuentran presentes para recibir el parte diario. Se explicó a cada una de ellas cuál es el propósito del cuestionario, otorgándoles libertad para decidir sobre su participación; el mismo consta de preguntas breves concisas y con un lenguaje comprensible para la entrevistada, fue necesario remarcar sobre la confidencialidad de los datos y mantener su intimidad, por el temor de éstas madres a que se tomen acciones que lo separen de su bebe. En cuanto al tiempo de duración nos excedió de los veinte minutos por cada una de ellas.

Ambos instrumentos respondieron a la medición de las variables y su operacionalización sin necesidad de modificaciones en las mismas.

BIBLIOGRAFIA

-
- ¹ Flores-Ramos M. Uso de sustancias adictivas durante el embarazo. *Perinatol. Reprod. Hum.* [revista en la Internet]. 2012 Sep [citado 2017 Mayo 15] ; 26(3): 169-171. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018753372012000300001&lng=es
- ² Gutiérrez-Padilla José A., González-Garrido Andrés A., Gómez-Velázquez Fabiola R., Torre-Gutiérrez Martha de la, Ávalos-Huizar Luis M., García-Hernández Héctor et al . Hijos de madres adictas con síndrome de abstinencia en Terapia Intensiva Neonatal. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* [revista en la Internet]. 2008
- ³ Servicio de Noticias Científicas de Medicina y Salud Pública de Puerto Rico (MSP) especializada en información sobre medicina, investigaciones, ciencia, salud pública e innovación en Puerto Rico. 26 de Agosto de 2016 <http://www.medicinaysaludpublica.com/el-drama-de-los-recien-nacidos-con-dependencia-a-las-drogas>
- ⁴ Cabanillas, I.,Díaz, B.,Giusti, G. (2013). Diagnóstico Institucional: Abordaje del hijo de madre adicta a drogas ilícitas (primera etapa). *Revista de Salud Pública*, 17(1), 60-69
- ⁵ Porcel Gálvez Ana M., Ortega Martínez Sandra M., Barrientos Trigo S., Ferrinho Ferreira R., Martínez Lara C. Síndrome de abstinencia neonatal: evolución en los últimos diez años. *Enferm. glob.* [Internet].2014 Oct[citado 2017 Ago 15]; 13(36):337351.Disponible http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412014000400019&lng=s
- ⁶ Osorio José Henry. OPIÁCEOS: MECANISMOS DE ACCIÓN, METABOLISMO, Y RELACIÓN CON EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA NEONATAL. *Biosalud* [Internet]. 2009 Dec [cited 2017 May 15] ; 8(1): 153-165. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165795502009000100018&lng=en

⁷ Arroyo-Cabrales Leyla M., Canseco-Herrera Mariana, Castillo-Romero María G., Belmont-Gómez Aurora. Madres adictas: determinación de niveles de drogas y evaluación del crecimiento y desarrollo de sus hijos en los primeros seis meses. *Perinatol. Reprod. Hum.* [revista en la Internet]. 2012 Sep [citado 2017 Ago 14]; 26(3):180-186. Disponible: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018753372012000300003&lng=es.

⁸ CABRERA, María C., Frecuencia y características de las embarazadas y los recién nacidos expuestos a marihuana y cocaína en la Maternidad del Hospital de Maldonado. **Anales de la Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay**, [S.l.], v. 3, n. 1, p. 37-46, sep. 2016. ISSN 2301-1254. Disponible en: <http://anfamed.edu.uy/index.php/rev/article/view/151>.

⁹ Vasquez Cedeño, Diego Antonio Cando Yuquis, Karol Geovanna Cando Yuquis, Mariuxi Cecilia. **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. Publicado: 21 septiembre 2016. Editorial: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/6532>.

¹⁰ Santana Franco., Embarazo y hábitos tóxicos: repercusiones en el recién nacido. Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería y Fisioterapia. Ed. Sede La Palma: Universidad de La Laguna. Año 2016.

¹¹ Alvarez, G; Mujer. Drogas y Embarazo; Revista del Hospital J. M. Ramos Mejia Volumen 15 - N°2 - 2010 Arroyo Cabrales, L; Canseco Herrera M, Castillo-Romero M, Belmont Gómez, A; Madres adictas: determinación de niveles de drogas y evaluación del crecimiento y desarrollo de sus hijos en los primeros seis meses; *Perinatología Reproduccion Humana* Vol 26, No 3 pp 180-186 Año 2012.

¹² Comité Científico Neonatal. Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Profesor. Dr. J.P. Garrahan. *Cuidados en Enfermería Neonatal*. 3ª ed. Buenos Aires: Journal 2009. 720p.

¹³ del Río, M. G., Sánchez, G. L., Soto, A. M., León, M. M., Travé, J. L., & Valverde, A. M. (2002). Enfoque diagnóstico-terapéutico del hijo de madre drogadicta. *Junta Directiva de la Asociación Española de Pediatría*, 111.

¹⁴ Moraes Mario, Boccarato Adriana, Bazan Gabriela, Grunbaum Susana, Canavessi Ma. del Carmen, Hoppe Alicia et al . Consenso para la atención integral de recién nacidos expuestos a sustancias psicoactivas durante la gestación. *Arch. Pediatr. Urug.* [Internet]. 2010 Dic [citado 2017 Sep 11] ; 81(4): 251-257.

¹⁵ Julio Bobes, Miguel Casas y Miguel Gutiérrez. Manual trastornos adictivos. 2ª Ed.: Efectos de la droga en el feto y el niño. Servicios de Edición: Enfoque Editorial, S.C. Año 2011.

¹⁶ Pascalle A. Consumo de drogas durante el embarazo. Efectos sobre el binomio materno-fetal, recién nacido y primera infancia. Modalidades terapéuticas y estrategias de prevención [Internet]. [Montevideo]; [2010] [consultado 2016agos22]. Disponible en: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/07/Consumo-dedrogas-durante-el-embarazo-Revision-MSP.pdf>

¹⁷ NIDA. (2010, marzo 1). Cocaína: Abuso y adicción. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/es/cocaina-abuso-y-adiccion> en 2017.

¹⁸ Fried PA. The Ottawa Prenatal Prospective Study (OPPS): methodological issues and findings--it's easy to throw the baby out with the bath water. *Life Sci.* 1995;56(23-24):2159-68. PubMed PMID: 7539879.

¹⁹ Osorio José Henry. OPIÁCEOS: MECANISMOS DE ACCIÓN, METABOLISMO, Y RELACIÓN CON EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA NEONATAL. *Biosalud* [Internet]. 2009 Dec [cited 2017 May 15] ; 8(1): 153-165. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165795502009000100018&lng=en

²⁰ Pascalle A. Consumo de drogas durante el embarazo. Efectos sobre el binomio materno-fetal, recién nacido y primera infancia. Modalidades terapéuticas y estrategias de prevención [Internet]. [Montevideo]; [2010] [consultado 2016 agos 22]. Disponible en: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/07/Consumo-dedrogas-durante-el-embarazo-Revision-MSP.pdf>

²¹ Porcel Gálvez Ana M., Ortega Martínez Sandra M., Barrientos Trigo S., Ferrinho Ferreira R., Martínez Lara C., Síndrome de abstinencia neonatal: evolución en los últimos diez años. *Enferm. glob.* [Internet]. 2014 Oct [citado 2017 Sep 17]; 13(36): 337-351. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000400019&lng=es.

²² Barrero Virguetti Marcia H., Escalera Solis C. SINDROME DE ABSTINENCIA NEONATAL. *Rev. méd. (Cochabamba)* [revista en la Internet]. 2008 Jul [citado 2017 Sep 17]; 19(29):5460. Disponible: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S207446092008002900010&lng=es .

²³ Sánchez, G. S., Sánchez, J. S., & González, T. D. (2001). Exposición prenatal a drogas y efectos en el neonato. *Trastornos adictivos*, 3(4), 256-262.

²⁴ Sola, A. , Golombek S., Cuidado al Recién Nacido a la Manera del SIBEN TOMO 1, 1ª Ed.- Santa Cruz de la Sierra: EDSIBEN, Año: 2017.

²⁵ Julio Bobes, Miguel Casas y Miguel Gutiérrez. Manual trastornos adictivos. 2ª Ed.: Efectos de la droga en el feto y el niño. Servicios de Edición : Enfoque Editorial, S.C. Año 2011

²⁶Olivera Roulet, G; Del Bene, G; Falcón, N; El enfoque de prevención integral de las adicciones Problemas de salud prevalente, postgrado de Salud Social y comunitaria, Mod 10 Unidad 1, Ministerio de salud, Presidencia de la Nación Argentina; Año 2010.

²⁷ Marriner Tomey, A., Modelos y teorías en enfermería, 5a. ed. Plaza de edición: Madrid. Editorial: ELSEVIER. Año de publicación: 2003.

²⁸ Alvarado, L., Guarín, L., Cañon-Montañez, W. Adopción del rol maternal de la teórica Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la unidad materno infantil. Rev Cuid. 2011; 2 (1): 195-201.