



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid



Curso 2019-2020
Trabajo de Fin de Grado

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL
RECIÉN NACIDO CON
SÍNDROME DE ABSTINENCIA**

Marina Aparicio Sanz
Tutor/a: María Ángeles Barba Pérez

RESUMEN

El consumo de sustancias de abuso es un problema con repercusión clínica, social, familiar y psicológica. Entre las consecuencias clínicas se encuentra el síndrome de abstinencia neonatal, que es el resultado de la exposición intrauterina a sustancias adictivas. Este síndrome se caracteriza por una serie de signos clínicos observables principalmente a nivel nervioso: hiperactividad, irritabilidad, temblores, hipertonía, llanto agudo... Además de alteraciones en el patrón de alimentación y de descanso. Existen dos vertientes de tratamiento para paliar la sintomatología. El no farmacológico, basado en medidas de apoyo, es siempre la primera elección. No se recurrirá a la segunda vertiente, el farmacológico a menos que haya indicaciones expresas para hacerlo. Estas son la irritabilidad progresiva o puntuaciones desmesuradas obtenidas en la Escala de Finnegan, considerada la herramienta de valoración más apta y completa en la evaluación de este tipo de neonatos.

Enfermería es la principal responsable de la aplicación de toda terapia de soporte que forma parte del tratamiento no farmacológico y que ayuda a restablecer las necesidades básicas del neonato que se encuentran alteradas. Se realiza revisión bibliográfica para desarrollar un plan de cuidados de enfermería, con el objetivo de estandarizar y facilitar la práctica. Estos cuidados de enfermería se fundamentan en la variante conocida como cuidados centrados en el neurodesarrollo que atienden al recién nacido tomando en consideración su desarrollo neurosensorial. La orientación de los cuidados enfermeros irá dirigida tanto al neonato como a los padres, a los cuales se los considerará parte del tratamiento de su hijo.

PALABRAS CLAVE

Síndrome de abstinencia neonatal, Enfermería, Drogas, Neurodesarrollo

ÍNDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	4
MATERIAL Y MÉTODOS	4
MARCO TEÓRICO.....	5
Aspectos generales	5
Sintomatología del SAN.....	6
Diagnóstico del SAN.....	7
Valoración del SAN	8
Tratamiento del SAN	9
Repercusiones del SAN.....	10
Lactancia materna	11
PLAN DE CUIDADOS DEL RN CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA	12
DISCUSIÓN/IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA.....	27
CONCLUSIÓN	28
BIBLIOGRAFÍA.....	29
ANEXOS.....	31

ANEXO n° 1: Escala de Finnegan

ANEXO n° 2: Farmacoterapia en el SAN

ANEXO n° 3: Recomendaciones a la lactancia materna

ANEXO n° 4: Infecciones y lactancia materna

ANEXO n° 5: Tienda de campaña en cuna

INDICE DE ABREVIATURAS

AP: Atención Primaria

NIDCAP: Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment

PAE: Proceso de Atención de Enfermería

RN: Recién Nacido

RPM: Revolución Por Minuto

SAN: Síndrome de Abstinencia Neonatal

SNC: Sistema Nervioso Central

INTRODUCCIÓN

El **Síndrome de Abstinencia Neonatal (SAN)** es un problema de salud que compromete la vida del recién nacido (RN) debido al consumo materno de drogas durante la gestación. El abuso continuo de estas sustancias deriva en la necesidad de consumir cada vez más dosis, lo que se conoce como adicción. Esta adicción no solo se manifiesta en la mujer, sino que también la padece el feto debido al paso de estas sustancias a través de la placenta (1). En el momento en el que la droga deja de estar disponible, se produce en los consumidores el síndrome de abstinencia. De igual manera lo padecen todos los recién nacidos que han sido sujetos pasivos de la adicción, tras el cese del suministro de estas sustancias en el momento del parto, conociéndose este fenómeno como síndrome de abstinencia neonatal. Fue descrito por primera vez en 1975 por Finnegan, y aunque al principio solamente se relacionaba con el consumo de opiáceos, posteriormente se generalizó para denominar así la abstinencia del neonato a cualquier psicoactivo (2). Este síndrome se caracteriza principalmente por una hiperexcitabilidad del sistema nervioso central (SNC), traducido, sobre todo en irritabilidad, hiperactividad e hipertonia. Aunque también son comunes las alteraciones digestivas como vómitos o diarreas, mala alimentación, las alteraciones cardiorrespiratorias, entre las que se encuentran la taquicardia y taquipnea, y las alteraciones vegetativas, como una sudoración característica e incluso erupciones en mucosas y piel (1).

Este síndrome suele ir acompañado de un perfil materno característico y distintivo, determinado por policonsumo de varias drogas, malnutrición y padecimiento de algún tipo de infección, normalmente por el virus de la inmunodeficiencia humana o el de la hepatitis B o C (1,3). Suelen ser mujeres jóvenes, que no acuden a los controles obstétricos, que pueden presentar signos de adicción (huellas de pinchazos...) y suelen tener un historial de abuso físico o sexual, o de enfermedades psicológicas, físicas o de transmisión sexual... (2, 4). Siempre se ha sugerido que la prevención desde Atención Primaria (AP) es el elemento clave de la red asistencial en un cuadro de síndrome de abstinencia, que es considerada una enfermedad evitable (2,5). Por ello es necesario realizar un diagnóstico de sospecha en mujeres que presentan dicho perfil (2).

Cabe destacar que no todos los SAN son resultado de una drogadicción, aunque es esta la causa principal y la que va a tratarse en este trabajo. El consumo habitual de opioides puede ser legalmente prescrito por dolores crónicos en la madre, o también pueden tener

un origen iatrogénico, debido a la administración continua de opioides en unidades de cuidados intensivos neonatales utilizados para analgesia o sedación en niños sometidos a tratamientos médicos (6,7).

Las drogas son sustancias o preparados medicamentosos que actúan sobre el sistema nervioso, sobre el que pueden tener efecto estimulante, deprimente narcótico o alucinógeno. Por lo general, se distinguen tres tipos de drogas. Las depresoras son aquellas que ralentizan las funciones del sistema nervioso central, como el alcohol, los derivados del opio o los hipnóticos. Por el contrario, las estimulantes aceleran el funcionamiento de este, perteneciendo a este grupo la cocaína, anfetaminas, nicotina, caféina... Por otro lado, las perturbadoras son aquellas que alteran el funcionamiento del cerebro, como los alucinógenos, drogas sintéticas o derivados del cannabis (2). Las vías de administración son variadas. Se emplea la vía oral en el caso del alcohol, opioides, o drogas de síntesis; la vía inhalatoria en el crack, aunque en esta vía se incluye también toda la droga que se toma fumada (tabaco, cannabis, heroína...); la vía intranasal para la droga esnifada como la cocaína y la vía intravenosa, en el caso de la heroína (7). La drogadicción es uno de los problemas sociales más importantes en la actualidad. Deacon afirma que el consumo de drogas ha aumentado desmesuradamente (5). Según un análisis realizado por el observatorio europeo de las Drogas y Toxicomanías, un tercio de la población adulta española confiesa haber consumido drogas en algún momento de su vida (3). El consumo y abuso es frecuente sobre todo en la gente joven, siendo los 21 años la edad media del primer consumo en drogas como cocaína o anfetaminas, los 24 años en el caso de la heroína, o los 16 años en el cannabis, actualmente la droga ilegal más consumida en España, ya que es la más accesible (3,7). Según las estimaciones sobre el abuso de drogas, España es el país con el porcentaje más elevado de consumo de cocaína entre la población de adultos jóvenes (15-34 años) en la Unión Europea. Un estudio realizado en 2014 afirmaba que un 2.5% de las mujeres españolas en edad fértil confesaron haberla consumido en el último año (8). Es muy habitual también el consumo de hipnosedantes entre los jóvenes de 15 a 35 años (8). Según el informe de 2019 del Observatorio Nacional de Drogas el consumo en España en 2017 en mujeres entre 15- 65 años de cannabis y cocaína fue del 11.5 y del 1.4 respectivamente (más bajo que en 2015: 14.4 y 2.2%) (3). Por lo tanto, se estima que existen mujeres consumidoras en edad fértil, e incluso en el embarazo, a pesar de todos los riesgos que esto conlleva.

Se considera que los recién nacidos con síndrome de abstinencia presentan una condición fisiológica delicada que requiere una atención de calidad. Debido a la dificultad del cuidado y control, es habitual que los primeros días de vida permanezcan ingresados en el hospital, a causa de su irritabilidad, alteraciones digestivas, riesgo de convulsión, o por la necesidad de tratamiento específico que puede incluir fármacos como la metadona (1). Se intentarán mantener medidas no farmacológicas para paliar algunos síntomas en este tipo de pacientes, que en muchos casos bastarán; por lo que solo se recurrirá al tratamiento farmacológico en casos estrictamente necesarios. Estos casos se diferenciarán mediante la valoración continua del estado de estos recién nacidos, siendo el test de Finnegan el sistema más utilizado para ello. Esta escala permite conocer la intensidad del síndrome o la necesidad de emplear tratamiento farmacológico. Nos indica si el tratamiento elegido es el adecuado y sirve de guía en la pauta de la medicación hasta su retirada (9).

Enfermería cumple una función importante en el manejo terapéutico de este tipo de recién nacidos, sobre todo del tratamiento no farmacológico (medidas de apoyo, relajación...) tanto durante su ingreso en el hospital, como en la preparación para el alta (2). Resulta necesaria la participación de los padres en los cuidados de su hijo mientras está hospitalizado. Por lo tanto, otra de las competencias de la enfermera en el síndrome de abstinencia neonatal es la educación de los padres/tutores de cara al alta, donde deben abordarse los principales aspectos para lograr la continuidad de cuidados y el adecuado desarrollo y crecimiento del niño (10).

OBJETIVOS

Objetivo principal:

Elaborar un plan de cuidados de enfermería en el Síndrome de Abstinencia Neonatal.

Objetivos específicos:

- Estandarizar los cuidados de enfermería en el Síndrome de Abstinencia Neonatal
- Reconocer la sintomatología del recién nacido con síndrome de abstinencia y describir las intervenciones que permiten controlarla.
- Utilizar e interpretar objetivamente el Test de Finnegan.
- Valorar la respuesta del recién nacido al tratamiento.
- Preparar el alta del recién nacido para mantener la continuidad de cuidados

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una revisión bibliográfica como punto de partida para elaborar un plan de cuidados, buscando información sobre el síndrome de abstinencia neonatal y los cuidados que requiere y comparando distintos planes publicados para estandarizar los cuidados.

Las fuentes de datos consultadas han sido bases científicas como Pubmed, Cochrane, Google académico, y otras fuentes como libros, guías de práctica clínica y páginas institucionales.

Estrategia de búsqueda: En la búsqueda en las bases de datos previamente descritas se han utilizado los descriptores de salud, DeCS y sus MeSH: “síndrome de abstinencia neonatal” (“neonatal abstinence syndrome”), enfermería (“nursing”), “drogas” (“drugs”), “embarazo” (“pregnancy”) con el operador booleano “AND”.

Criterios de inclusión: Artículos, libros, informes o guías de práctica clínica publicados en los últimos 10 años, aunque se han incluido algunos de fecha anterior considerados de interés para el trabajo. Artículos en español y en inglés y artículos completos.

Criterios de exclusión: Artículos de pago o no disponibles a texto completo y artículos cuyo contenido no resultara óptimo ni de utilidad.

MARCO TEÓRICO

Aspectos generales

Se conoce como **Síndrome de Abstinencia Neonatal (SAN)** al conjunto de problemas que sufre el recién nacido (RN) que es retirado de la exposición a drogas a la que ha sido sometido durante el embarazo (11). Estas sustancias son, por lo general, lipofílicas y de bajo peso molecular, lo cual favorece su paso a través de la placenta desde la madre consumidora hasta el feto, que llega a convertirse en drogodependiente (11,12). Aunque todas las drogas mencionadas anteriormente le provocan adicción, los hijos de madre adicta a opioides son los que más frecuentemente presentan el síndrome (7).

Un estudio que examinó la prevalencia del SAN desde 1994 hasta 2014, reveló un incremento, relacionado con un mayor consumo de drogas en toda la población, especialmente en la joven, incluyendo en este grupo a las mujeres en edad fértil (8).

El momento del comienzo del SAN varía desde poco después del nacimiento, hasta incluso después de más de dos semanas de vida. La manifestación de síntomas ocurre, generalmente, a partir de las 24-48 horas postparto (7, 11, 13). En el caso de la heroína o el alcohol la aparición es precoz (3-12h de vida), sin embargo, la aparición por benzodiazepinas o metadona puede alargarse incluso hasta los 20-30 días de vida (14). La duración del cuadro de abstinencia es variable y depende del tipo de droga, cantidad consumida, o de la fecha de consumo antes del parto, pero puede durar hasta 8-16 semanas o incluso más (5, 8, 11).

Las drogas actúan de forma que se unen a receptores del SNC e interfieren en la liberación de neurotransmisores, lo que se traduce en una hiperexcitación neurológica, síntoma más característico (9). Por otra parte, entre los efectos de las drogas se ha descrito que la heroína y la cocaína reducen la aparición del síndrome de distrés respiratorio idiopático neonatal ya que actúan como inductores enzimáticos de los hepatocitos, consiguiendo así una maduración precoz del sistema enzimático y estimulando la síntesis de surfactante (9, 15). Otra consecuencia de este efecto hepático de la heroína es que también reduce el riesgo de ictericia neonatal (14, 15). Con lo que respecta a la cocaína, existe controversia, pues mientras que algunos informes relacionan su consumo con fatales consecuencias como enterocolitis necrosante, hipertensión, hemorragias e infartos intracraneales, convulsiones... otros consideran que estos informes son casos mal estudiados, con factores de confusión que no se tuvieron en cuenta. Por lo que no queda muy clara dicha

asociación (9). Una singularidad del cannabis es que se absorbe muy rápido a nivel gastrointestinal y pulmonar, para después acumularse en tejido adiposo y cerebral, y, sin embargo, atraviesa muy difícilmente la barrera placentaria (7).

Sintomatología del SAN

Los signos que el neonato experimenta son variables, la Asociación Española de Pediatría (1) describe como más característicos:

Hiperexcitabilidad del SNC: hiperactividad, irritabilidad excesiva, temblores, hipertonía, llanto agudo, patrón del sueño alterado y escaso, mioclonías y en los peores casos, convulsiones.

Alteraciones digestivas: vómitos y regurgitaciones, diarrea, avidez excesiva al alimentarse, succión desorganizada, mala alimentación y pérdida ponderal.

Alteraciones vegetativas: estornudos y bostezos, sudoración, hipersecreción de mucosas, fiebre, escoriaciones y erupciones cutáneas.

Alteraciones cardiorrespiratorias: apneas, taquipnea, taquicardia, congestión nasal.

A veces, los síntomas subagudos perduran durante meses (4, 7, 13). Entre ellos se encuentran las alteraciones en el comportamiento como agresividad, hiperactividad o hipertonía sobre todo en el caso de la cocaína o el alcohol, que pueden durar hasta 18 meses. O temblores, vómitos, diarrea, fiebre e incluso convulsiones de 6 meses de duración en el caso del síndrome por opioides (15). También se asocian al SAN a largo plazo retrasos madurativos y ponderoestaturales, deficiencias en el habla y lenguaje, dificultades para dormir, alimentarse y tranquilizarse o incluso el síndrome de muerte súbita del lactante (2, 5, 14). Aunque hay que tener en cuenta que algunas de estas alteraciones pueden estar condicionadas por el entorno familiar y social que rodea al recién nacido (14). Debido a la situación de estas familias, en ocasiones, no se sabe con certeza si los problemas son consecuencia de la droga a largo plazo o de factores que condicionen la salud, como un ambiente desfavorable en el hogar, una falta de cuidado o la presencia de maltrato infantil (7, 13).

Resulta evidente que el cuadro de abstinencia es más intenso en niños cuya madre ha consumido drogas durante más tiempo (5, 11). Por el contrario, resulta más leve en el RN pretérmino ya que su nacimiento precoz supone un tiempo menor de exposición a la droga (8, 11) y porque su sistema nervioso es más inmaduro (14, 15).

Diagnóstico del SAN

Detectar precozmente el SAN ayuda a la instauración temprana de medidas para controlarlo (9,12). El diagnóstico se realizará en base a:

Datos maternos:

La obtención de datos a partir de su historia clínica. Sería la forma más sencilla de establecer el diagnóstico y permitiría estar alerta ante la posibilidad de aparición del SAN, sin embargo, la mayoría de las mujeres no admiten su consumo, y en caso de hacerlo, suelen mentir (9). Conocer su perfil puede ayudarnos a identificarlas o a establecer la sospecha: suelen ser mujeres jóvenes, con nulo o escaso control obstétrico durante el embarazo, habitualmente desean abandonar el hospital de forma temprana e injustificada tras el parto, algunas tienen historial de enfermedades psicológicas, físicas, o de abuso, y, además, suelen sufrir algún tipo de infección, sobre todo las relacionadas con la administración de drogas por vía parenteral y de transmisión sexual (Hepatitis B o C, Sífilis, VIH). También son hallazgos habituales que se encuentren desnutridas, clase social baja, con un bajo nivel socioeconómico y educativo, suelen estar desempleadas y en la mayoría de los casos son solteras, separadas o divorciadas (1, 2, 4, 5, 7, 9, 12,13)

Pruebas de laboratorio.

Utilizadas para detectar la presencia de tóxicos cuando existe la sospecha y la madre niega o no confirma el consumo. Son las siguientes:

Orina del recién nacido: Se considera el mejor screening porque es una prueba fácil de realizar y por ello, la más habitual (15). La muestra óptima es la primera orina del recién nacido o en su caso de las primeras horas. Tiene dos limitaciones, no detecta todas las drogas y solo refleja el consumo de los últimos días antes del parto, por lo que un resultado negativo no significa que no haya habido exposición a sustancias (2).

Meconio del recién nacido: la muestra se obtiene con facilidad y pueden encontrarse drogas hasta 3 días después del parto. Tiene la ventaja de que refleja un consumo a largo plazo, en un periodo más prolongado que la orina. Es más sensible. Su principal limitación es que es una prueba más complicada, costosa, y no todos los laboratorios pueden realizarla (9, 16).

Pelo de la madre: es, sin duda, la prueba con mayor sensibilidad debido a que las drogas se acumulan en el pelo, que crece 1-2 cm por mes, por lo que su análisis permite conocer cómo ha sido el abuso de drogas durante todo el embarazo. Existe relación directa entre

la cantidad consumida y la presente en el pelo (9). Es una prueba muy costosa que no se realiza en la actualidad en condiciones normales. Además, la muestra puede alterarse por la contaminación ambiental o el uso de productos cosméticos para el pelo (2). Para realizar la prueba de detección, se necesita el consentimiento de la mujer. Otra opción sería analizar el pelo del RN, porque la droga se acumula en él de la misma manera.

También puede analizarse el consumo mediante pruebas en otros medios (sangre, cordón umbilical, leche humana o líquido amniótico) aunque actualmente están en desuso (2).

Valoración del SAN

El abordaje del recién nacido con SAN debe ser integral, por ello se necesitan herramientas que permitan su valoración de forma completa, objetiva y que aseguren la fiabilidad interobservadores (7). Por otra parte, ningún síntoma debe atribuirse inmediatamente al SAN, es necesaria la realización de pruebas ya que, algunas de sus manifestaciones son compatibles con otros procesos (hipoglucemia, hipocalcemia, sepsis, meningitis...). Por ello, se requiere la realización de un análisis de sangre completo y revisión de los antecedentes, que descarten la presencia de otras patologías y diagnostiquen con certeza el síndrome de abstinencia neonatal (7, 9, 11, 14, 15).

La mejor herramienta y la más utilizada internacionalmente en las unidades neonatales para la valoración del SAN es la Escala de Finnegan. En un principio se creó para la abstinencia a opiáceos, pero hoy se utiliza para todo tipo de droga (14,15). Es una escala apta para la detección precoz del comienzo de síntomas, permite conocer la progresión del síndrome y valora la necesidad de farmacoterapia y la respuesta a las intervenciones terapéuticas (11). Sin embargo, al no tratarse de un valor totalmente objetivo, como puede ser un dato de laboratorio, no se deben interpretar sus valores de manera absoluta (9).

Existe controversia sobre su frecuencia de realización. Eulogio (11) defiende valorar a los RN sospechosos a las dos horas postparto y después cada cuatro horas. Zamora (15) comparte lo mismo y, a mayores, detalla que conviene hacer la valoración cada cuatro horas durante los primeros 2-3 días y cada 8 o 12 horas durante los días posteriores hasta que el neonato se estabilice. Sin embargo, Gomella (9) propone realizar la evaluación cada 12 horas y cambiar su frecuencia solo si las puntuaciones aumentan con rapidez. Además, como también permite realizar el seguimiento del síndrome, si en algún momento la puntuación es ≥ 8 puntos, se recomienda aumentar la frecuencia de su realización a cada dos horas durante al menos 24 horas. Una puntuación ≥ 8 en tres

mediciones consecutivas indica iniciar farmacoterapia, ya que significa que el tratamiento no farmacológico no está resultando efectivo (5, 8, 11). Una vez terminado el tratamiento con fármacos, la realización del test se mantendrá hasta tres días después de la última dosis para comprobar que no hay recaídas (7).

El test cuenta con una serie de ítems que recogen las manifestaciones más frecuentes. Cada síntoma es una entidad independiente con una puntuación específica (ver tabla en anexo nº 1). Para conocer la puntuación total, se suman las puntuaciones de todos los ítems valorados de manera que, a mayor puntuación, mayor grado de abstinencia (7). Se considera que una puntuación ≥ 8 y < 12 es un SAN leve, entre 12 y 16 moderado, mientras que una puntuación > 16 puntos indica la presencia de abstinencia severa (8).

Tratamiento del SAN

Debido a la condición fisiológica tan delicada que presentan estos neonatos, se necesita un tratamiento especializado, individualizado y acorde a la gravedad de las manifestaciones que incluye terapia farmacológica y no farmacológica (14,15). Las medidas de apoyo son suficientes y en algunos casos no se necesita recurrir al tratamiento con fármacos (5, 7, 8). Sin embargo, de un 50 a un 75% de los casos requieren farmacoterapia (7, 8). Indistintamente del tratamiento aplicado, sus objetivos son disminuir las manifestaciones clínicas, mantener al RN tranquilo, mejorar el patrón de alimentación y el aumento de peso, conseguir un patrón del sueño regular, prevenir convulsiones, disminuir la hospitalización y mejorar la relación madre-hijo (15, 17).

Las indicaciones que sugieren la necesidad de iniciar farmacoterapia son: irritabilidad progresiva, dificultad continua con la alimentación, pérdida significativa de peso o valores anormales obtenidos en la escala de Finnegan (calificación total ≥ 12 en dos valoraciones consecutivas, valor > 8 en tres determinaciones o si el promedio de las tres últimas valoraciones consecutivas es >8) (7, 9, 15).

El tiempo que se mantiene el tratamiento es variable, depende de la evolución clínica. La retirada se hará de forma gradual mediante un descenso de la dosis lento y progresivo (5, 11). Generalmente se va reduciendo un 10% cada día, siempre que el descenso sea bien tolerado, no se produzca reincidencia y se considere que se ha alcanzado el control (14). El control se determina por el logro de ciclos de alimentación y sueño regulares, el manejo

sencillo de la irritabilidad, una ganancia ponderal continua y adecuada y la obtención de puntuaciones < 8 en la escala de Finnegan (5,11).

Uno de los principales inconvenientes del tratamiento farmacológico es que un mal ajuste de dosis expone al neonato a complicaciones, que enfermería debe saber reconocer. Estas son la depresión neurológica (ausencia de reflejos, hipotonía, disminución de respuesta al dolor), cianosis y alteraciones de los patrones respiratorio (apnea) y circulatorio (bradicardia, pulso débil, paro cardíaco o alteración hemodinámica) (7).

Muchos expertos recomiendan que el fármaco elegido sea del mismo tipo que el causante de la abstinencia. En el caso de SAN provocado por opiáceos, se utilizarán, por tanto, opiáceos para su tratamiento (5, 7,11, 14).

Rodríguez López sugiere empezar el tratamiento con un solo fármaco, elegido según la sintomatología predominante (neurológica, gastrointestinal o ambas) y probar tolerancia. Si se consigue un fracaso, puede añadirse un segundo fármaco (7). Sin embargo, Osborn propone la incorporación de un sedante al tratamiento con opiáceo ya que demuestra que el tratamiento simultáneo de un sedante como el Fenobarbital o Diazepam y un opiáceo como la Metadona disminuye la gravedad de la abstinencia y reduce la dosis necesaria de opioide, así como el tiempo de hospitalización. En su ensayo clínico se comparó la efectividad de diferentes sedantes y resultó ser el Fenobarbital el más efectivo e indicado para utilizarse conjuntamente con un opioide como la Metadona (17)..

En la tabla del Anexo nº 2 se describen los fármacos más utilizados en el tratamiento del SAN, sus principales indicaciones y los inconvenientes de su uso.

Repercusiones del SAN

El SAN constituye un problema de salud con repercusión clínica, familiar, social y psicológica (11). Entre las consecuencias que acontecen se encuentra, además de los graves efectos en la salud del RN, la interrupción de la relación padres-hijos (1, 4, 17).

En cuanto a la repercusión familiar, el ingreso del RN en Neonatología provoca la separación de este de sus padres, creando así una interferencia en el proceso de apego que afectará negativamente a la futura relación padres-hijo. En este aspecto, el equipo multiprofesional debe trabajar de forma integrada con los padres para conseguir la vinculación de los mismos en el cuidado de su hijo, y así fomentar la relación. Esta actuación por parte del personal sanitario resulta esencial ya que se ha demostrado que la

incorporación de la familia en el cuidado del recién nacido hospitalizado mejora su recuperación y, además, los prepara con seguridad para el alta domiciliaria, donde ellos serán los únicos cuidadores (10).

En muchas ocasiones, el desconocimiento y la falta de experiencia de los padres, unidos a su modo de vida y comportamiento, derivan en la retirada de la custodia y la separación del niño de un ambiente desprotegido que puede ponerle en riesgo (5). La evidencia constata que la dependencia a las drogas reduce la capacidad de afrontamiento de situaciones nuevas, en este caso, la maternidad (7). Se consideran factores de riesgo: edad materna (el riesgo aumenta inversamente a la edad), tiempo de consumo de la droga, el ámbito y apoyo familiar deficiente, estilo de vida desorganizado, condiciones del hogar, las razones por las que participa en programas de drogas (por mandato judicial obligatorio o por voluntad propia) y la capacidad para el cuidado del recién nacido (15).

En ocasiones y por estigma social, a estas mujeres se les niega su derecho demasiado pronto. Sin embargo, la evidencia señala que esta práctica no es siempre necesaria ya que a veces los resultados obtenidos no son los deseados. Es preferible que sea la misma madre la que brinde el cuidado cuando ella desea realizar la función materna, aunque sea con supervisión, que la retirada de la custodia (7). En caso de que se conceda la custodia del RN, pero existan sospechas sobre la competencia de los padres, deben pautarse visitas de seguimiento frecuentes y los servicios sociales tendrán también que participar haciendo su labor de control de la situación familiar en el domicilio (9).

Lactancia materna

El amamantamiento en la mujer drogadicta es un tema polémico y que, entre otras cuestiones, depende del tipo de consumo, (tipo de droga, si la madre está en proceso de rehabilitación, su situación emocional, familiar y social). En la tabla del anexo nº 3 se relaciona el tipo de droga con la recomendación correspondiente respecto a la lactancia materna. Además, como se ha mencionado anteriormente, la mujer gestante consumidora de tóxicos suele estar infectada por VIH, Hepatitis B o C. Este dato es de interés también a la hora de emprender la lactancia materna. En anexo nº 4 se relacionan las distintas infecciones con las consideraciones sobre lactancia materna correspondientes.

PLAN DE CUIDADOS DEL RN CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA NEONATAL (SAN)

El hijo recién nacido de una madre consumidora de drogas requiere unos cuidados de enfermería especiales. Valorar correctamente al neonato, reconocer los signos clínicos, así como saber evaluar la respuesta al tratamiento y proporcionarle unos cuidados adecuados por parte de enfermería, contribuirá positivamente a su bienestar, evolución y pronóstico. Aunque los cuidados de enfermería no deben centrarse solamente en el RN, sino que habrá que proporcionar cuidado, apoyo y asesoría, sobre todo psicológica, a la familia, en especial a la figura materna, que también será protagonista de parte de este plan de cuidados. Por lo que, es evidente que enfermería tiene un papel importante en el proceso de recuperación de un recién nacido con síndrome de abstinencia neonatal (1,8).

El objetivo de este trabajo de fin de grado es elaborar un plan de cuidados acorde a las necesidades de un recién nacido con síndrome de abstinencia. Se seguirán las etapas del proceso de atención de enfermería (PAE): valoración, diagnósticos, planificación, ejecución y sistemas de evaluación del plan, descritos a continuación.

VALORACIÓN

Para la valoración de necesidades del neonato con SAN se utilizará el modelo de las necesidades básicas de Virginia Henderson. Según su teoría, el objetivo de enfermería es asistir al paciente y su familia en la satisfacción de necesidades en las que muestre dependencia. A partir de la valoración de necesidades, que detecta alteraciones, puede desarrollarse un plan de acción. Los cuidados de enfermería en el SAN irán destinados a lograr el bienestar del recién nacido, consiguiendo una ganancia de peso suficiente y una correcta integración en el entorno que lo rodea (2). A continuación, se detallan las necesidades que cobrarán importancia en la atención de estos RN (5, 7, 11).

Respiración: Entre los síntomas respiratorios más frecuentes se encuentra sobre todo taquipnea e inestabilidad cardiorrespiratoria. Y en muchos casos también se observa congestión nasal, aleteo nasal y estornudos (11). La escala de Finnegan dedica varios ítems a la valoración de esta primera necesidad básica. Entre ellos se encuentran (7):

- El valor de la frecuencia respiratoria: puntuado con 1 si es mayor de 60 rpm (revolución por minuto) y con 2 si es de 50 rpm y se acompaña de tiraje o retracción intercostal.

- En presencia de síntomas como sudoración, falta de ventilación nasal, congestión nasal, o bostezos frecuentes se suma un punto (por cada uno).

Comida y bebida: existe deficiencia y dificultad en la alimentación debido al rechazo al alimento y a los vómitos y regurgitaciones. La presencia de regurgitaciones se califica en la escala de Finnegan con 2 puntos y los vómitos proyectivos con 3. Además, algunos RN no tienen todavía el reflejo de deglución por lo que la alimentación resulta más complicada. Su succión es correcta e incluso excesiva, pero a veces es ineficaz y no son capaces de realizar la toma completa. Esta succión excesiva se califica en la escala de Finnegan con 1 punto (7).

Eliminación: son frecuentes las deposiciones diarreicas. La escala de Finnegan adjudica 2 puntos a las blandas y 3 a las acuosas (11).

Movimiento: existe una serie de síntomas a nivel del sistema nervioso entre los que destacan la hipertonía, la hiperreflexia, el temblor, una característica irritabilidad e inquietud y, en los peores casos, convulsiones, que puntúan en el test de Finnegan 5 puntos (5). Además, debido a la irritabilidad, suelen tener tendencia al llanto agudo, calificado con 3 puntos si es continuo y con 2 si es esporádico (7).

La mayoría de estos recién nacidos presenta un reflejo de moro hiperactivo. Dependiendo si este es moderado o exageradamente marcado, será evaluado en el Finnegan con 2 y 3 puntos respectivamente. También es frecuente que tengan mucha rigidez, sobre todo de tronco y piernas, y que sean capaces de mantener la cabeza levantada antes que los RN sanos. Suelen presentar temblores, que se califican con 2 puntos si son moderados-severos cuando se perturba al RN, con 3 los temblores leves sin perturbación, y con 4 los temblores moderados-severos sin estimulación alguna. En caso de aparición de convulsiones se vigilará su tipo, duración, localización y si son generales o parciales (7).

Sueño: la mayoría de neonatos con SAN tienen alterada la necesidad de reposo ya que presentan grandes perturbaciones y dificultades para conciliar el sueño (11). Es frecuente la aparición de bostezos. Uno de los ítems del Finnegan es el tiempo dormido tras la toma, menos de tres, dos y una hora corresponden a 1, 2 y 3 puntos respectivamente (9).

Temperatura corporal: suelen tener sudoración excesiva y febrícula. La fiebre es un ítem que se valora en el test de Finnegan, con un 1 si es $< 38.4^{\circ}\text{C}$ y con 2 si es mayor (9).

Limpieza corporal: su piel presenta manchas irregulares, excoriaciones y lesiones por el continuo roce o arañazos en la cara. En los nudillos suelen presentar eritema e incluso excoriaciones por succión frenética de los puños (7).

Seguridad: estos niños suelen mostrarse irritables, inquietos, temblorosos, con tono aumentado y con una respuesta exagerada ante estímulos (5).

Comunicación: es frecuente el vínculo ineficaz entre padres e hijo (5).

Trabajar/realizarse: es posible que los padres de estos niños debido a las circunstancias personales tengan dificultades para ofrecerles un ambiente acorde a sus necesidades (11).

Aprendizaje: Resulta esencial la integración de los padres en el cuidado de su hijo mediante la enseñanza del personal facultativo durante el ingreso hospitalario (10).

La valoración de estas alteraciones debe realizarse con una herramienta válida, como es la **escala de Finnegan**. La enfermera tiene un papel esencial en su realización porque no se valora al recién nacido en momentos concretos, sino que se abarcan periodos de tiempo amplios (según necesidades). La puntuación debe reflejar la situación durante todo el periodo de valoración y no solo en el momento preciso que se registra (2, 7). La enfermera tiene contacto continuo y directo con el neonato, pero para poder hacer una valoración correcta necesita una escala estándar completa, que abarque todos los síntomas que deben tenerse en cuenta, objetiva y neutral, para evitar sesgos de subjetividad (2, 14).

DIAGNÓSTICOS. PLANIFICACIÓN. EJECUCIÓN

Tras realizar una búsqueda en la taxonomía enfermera NANDA, se han seleccionado una serie de diagnósticos de enfermería reales o de riesgo que puede presentar el recién nacido con Síndrome de Abstinencia Neonatal y/o su familia.

En las tablas desarrolladas a continuación se citan los principales diagnósticos enfermeros en los que se incluye a los neonatos con SAN. Los diagnósticos NANDA van acompañados de su correspondiente planificación e intervención, que se traduce en los NOC (resultados) y NIC (intervenciones) de cada diagnóstico. Precisamente en la última revisión de la taxonomía NANDA de 2018- 2020 se ha incorporado un diagnóstico específico para el neonato con SAN.

[00264] SÍNDROME DE ABSTINENCIA NEONATAL (18).

Este nuevo diagnóstico en la actualización de la taxonomía NANDA 2018-2020 se ha incluido en el dominio 9 (Afrontamiento/Tolerancia al estrés) dentro del subapartado “Estrés neuro-comportamental”.

Definición	Constelación de síntomas observados en los RN como resultado de la exposición intrauterina a sustancias adictivas, o por la gestión farmacológica del dolor postnatal
Factores relacionados	Contraindicaciones para la lactancia materna, separación madre-niño, hospitalización del niño

En estos niños se pueden aplicar los modelos de cuidados centrados en el neurodesarrollo. Tienen como finalidad fomentar el desarrollo neurosensorial y emocional, sobre todo mediante técnicas que reducen el estrés, como las que van a ser a continuación descritas en los apartados de actividades de enfermería (2).

[00116] CONDUCTA DESORGANIZADA DEL LACTANTE (18,19).

Definición	Desintegración de los sistemas de funcionamiento fisiológicos y neurocomportamentales
Factores relacionados	Enfermedad, funcionamiento neurológico inmaduro e intolerancia a la alimentación
Planificación (NOC)	[0118] Adaptación del recién nacido [0802] Signos vitales [0909] Estado neurológico
Ejecución (NIC)	[6824] Cuidados del lactante: recién nacido [6900] Succión no nutritiva [5460] Contacto

Actividades de enfermería:

Calma del llanto cogiéndolo en brazos, acariciándolo o acunándolo (7). Algunos expertos aconsejan mecer sin mirarle a los ojos, ni hablarle o estimularle de ninguna forma (5).

Vigilancia de las características del llanto, su duración, si es excesivo, continuo, si está relacionado con maniobras, si puede ser secundario al dolor, etc. (7).

Succión no nutritiva (chupete) para calmar la succión excesiva. Aunque se trata de un tema polémico por la competencia con la lactancia materna, en contra de lo que suele recomendarse en los RN sanos, en este tipo de neonatos se ha comprobado su eficacia para tranquilizar y aminorar la succión entre tomas (5,15).

Evaluación del grado de tono muscular mediante maniobras como el estiramiento de brazos y piernas para valorar la resistencia que opone, o levantarlo cogido de las manos para valorar su rigidez (7).

En presencia de temblores: determinar localización, intensidad y cuándo se producen (7).

[00214] DISCONFORT (18,19).

Definición	Percepción de falta de tranquilidad, alivio y transcendencia
Factores relacionados	Incapacidad para relajarse, inquietud, intranquilidad, irritabilidad, llanto, ansiedad, cambios en el patrón del sueño
Planificación (NOC)	[2008] Estado de comodidad [1214] Nivel de agitación [2301] Respuesta a la medicación
Ejecución (NIC)	[5820] Disminución de la ansiedad [6482] Manejo ambiental: confort [6040] Terapia de relajación

Actividades de enfermería:

Disminución de los estímulos sensoriales: se intentará evitar todo estímulo (luz, ruido o temperatura) que pueda causar sobreexcitación en el RN. Se logrará el mantenimiento de un ambiente con luz tenue y tranquilo, por ejemplo, mediante la colocación de una “tienda de campaña” en la cuna (ver Imagen nº1 en Anexo nº5) (5, 9, 15).

Mínima manipulación posible. Se intentará organizar el trabajo agrupando las actividades para que el niño tenga largos periodos de reposo (hacer coincidir la manipulación y la administración de medicación a la vez que la alimentación, por ejemplo). E intentar reducir las manipulaciones y técnicas agresivas a mínimo imprescindible (5, 7, 9).

Técnicas de relajación: masajes, camas de agua o baños de relajación (5).

[00146] ANSIEDAD (18, 19).

Definición	Sensación vaga e intranquilizadora de malestar acompañada de una respuesta autónoma y sentimiento de aprensión
Factores relacionados	Abuso de sustancias
Planificación (NOC)	[1211] Nivel de ansiedad
Ejecución (NIC)	[5820] Disminución de la ansiedad [6040] Terapia de relajación [6480] Manejo ambiental [4400] Musicoterapia

Actividades de enfermería:

Técnicas relajadoras y manejo ambiental: explicadas en el diagnóstico anterior.

Musicoterapia: el uso de música tranquila y relajante 3 veces al día durante una hora mejora la frecuencia cardíaca, la oxigenación y disminuye la irritabilidad (15).

[00107] PATRÓN DE ALIMENTACIÓN INEFICAZ DEL LACTANTE (18,19).

Definición	Deterioro de la capacidad del niño para coordinar la respuesta de succión/deglución, que da lugar a una nutrición oral inadecuada
Fact. relacionados	Alteraciones neurológicas
Planificación (NOC)	[1020] Estado nutricional del lactante [0602] Hidratación [1016] Establecimiento de la alimentación con biberón: lactante
Ejecución (NIC)	[1052] Alimentación con biberón [2380] Manejo de la medicación [1100] Manejo de la nutrición [1260] Manejo del peso [6650] Vigilancia

Actividades de enfermería: todas aquellas destinadas al suministro de una nutrición óptima y al mantenimiento de la hidratación.

Administración de la alimentación lentamente y con pausas. Se recomiendan las tomas fraccionadas, de poco volumen, pero abundantes calorías, y en intervalos más cortos de tiempo (5, 15). Sin embargo, existe controversia respecto a este tema ya que otros autores sostienen que la alimentación debe de ser a demanda (9). Tras las tomas, conseguir que eructe (7).

Modificación de la técnica de administración de alimentación hasta encontrar la mejor tolerada. Existe la suministrada mediante biberón, e incluso la sonda nasogástrica para poder alimentar sin despertar, al niño que tenga extremas dificultades para conciliar el sueño o para la alimentación (5).

Vigilancia y observación de vómitos y regurgitaciones si las hubiera (color, cantidad, si es atónico o en proyectil...) (7).

Evidenciar y reconocer la deshidratación mediante la valoración de la sequedad de mucosas, el color, el estado de la piel, el balance hídrico y el peso (11).

Descartar la presencia de otras posibles causas que puedan ocasionar rechazo del alimento (sepsis, hipoglucemia, obstrucciones intestinales...) (7).

[00105] INTERRUPCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA (18,19).

Definición	Interrupción en la continuidad del amamantamiento, que puede comprometer el estado nutricional del neonato/lactante
Factores relacionados	Enfermedad del lactante, contraindicaciones para la lactancia materna, hospitalización del niño
Planificación (NOC)	[1020] Estado nutricional del lactante [1017] Realización de la alimentación con biberón [1500] Lazos afectivos padres-hijos [1904] Control del riesgo: consumo de drogas
Ejecución (NIC)	[6710] Fomentar el apego [1052] Alimentación con biberón [5510] Educación para la salud

[00013] DIARREA (18,19).

Definición	Eliminación de heces líquidas, no formadas
Factores relacionados	Abuso de sustancias y aumento del nivel de estrés
Planificación (NOC)	[0500] Continencia intestinal [0501] Eliminación intestinal [1008] Estado nutricional
Ejecución (NIC)	[430] Control intestinal [460] Manejo de la diarrea [1260] Manejo del peso [1750] Cuidados perineales

Actividades de enfermería:

Registro y control del número y características de las deposiciones (7).

Registro y control del peso diariamente y vigilancia del equilibrio de líquidos (5).

Mantenimiento de la integridad de la zona perianal por las deposiciones, extremando la higiene en esa zona y aplicando tratamientos tópicos adecuados. A veces resulta efectivo no usar pañal y dejar secar al aire (7).

[00007] HIPERTERMIA (18,19).

Definición	Temperatura corporal central superior al rango normal
Factores relacionados	Enfermedad, aumento de la tasa metabólica, deshidratación
Planificación (NOC)	[0801] Termorregulación recién nacido [0802] Signos vitales [0602] Hidratación
Ejecución (NIC)	[3900] Regulación de la temperatura [3740] Tratamiento de la fiebre [6480] Manejo ambiental [6680] Monitorización de los signos vitales [1380] Aplicación de calor o frío

Actividades de enfermería:

Toma de temperatura al menos dos veces al día, o cuando se sospeche aumento.

Evitar la alta temperatura ambiental (7).

[00198] TRASTORNO DEL PATRÓN DEL SUEÑO (18,19).

Definición	Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos
Fact relacionados	Patrón de sueño no reparador y dificultad para conciliar el sueño
Planificación (NOC)	[0004] Sueño [2009] Estado de comodidad: entorno
Ejecución (NIC)	[1850] Mejorar el sueño]6482] Manejo ambiental: confort [6040] Terapia de relajación [4400] Musicoterapia

Actividades de enfermería

Postura en decúbito supino y flexión, manteniendo la contención del cuerpo con sábanas de algodón, bien envuelto (15). Podría utilizarse el decúbito lateral o prono, aunque se desaconseja su uso salvo que estén monitorizados (5).

Disminución de estímulos externos (luz y ruido) (5, 9, 15).

Control del tiempo dormido tras la ingesta y registro en la escala de Finnegan (7).

Evaluar si el tratamiento farmacológico (en caso de que estuviera sometido al mismo) mejora el descanso de recién nacido (7).

[00032] PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ (18,19).

Definición	Inspiración y/o espiración que no proporciona una ventilación adecuada
Factores relacionados	Ansiedad, alteración neurológica, inmadurez neurológica
Planificación (NOC)	[0403] Estado respiratorio
Ejecución (NIC)	[3140] Manejo de la vía aérea [6680] Monitorización de los signos vitales [6650] Vigilancia

Actividades de enfermería:

Observación de las características respiratorias (ritmo y patrón respiratorio, apneas...), color (indicador de cianosis), monitorización saturación O₂ y grado de obstrucción nasal, que resulta de interés por si llega a impedir la respiración o incluso la alimentación (7).

[00047] RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (18,19).

Definición	Vulnerable a una alteración en la epidermis y/o la dermis
Factores riesgo	Hipertermia, excreciones
Planificación (NOC)	[1101] Integridad tisular: piel y membranas mucosas [0602] Hidratación
Ejecución (NIC:)	[3590] Vigilancia de la piel [3584] Cuidados de la piel: tratamiento tópico [2316] Administración de medicación: tópica [1610] Baño [1750] Cuidados perineales [840] Cambio de posición

Actividades de enfermería.

Cambios posturales para evitar úlceras en áreas de presión como occipucio, sacro, rodillas, codos y talones (9).

Protección de manos (manoplas o sellado de las mangas de las camisetas) para impedir que lesione sus nudillos por la succión frenética que presentan. Mantenimiento de las uñas cortas para evitar lesiones por rascado (7).

Mantenimiento del cuerpo del neonato limpio, seco y bien hidratado (7).

[00039] RIESGO DE ASPIRACIÓN (18,19).

Definición	Susceptible de penetrar secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, sólidos o líquidos en el árbol traqueobronquial, que puede comprometer la salud
Factores riesgo	Tos ineficaz, deterioro de la deglución
Planificación (NOC)	[0415] Estado respiratorio [1010] Estado de deglución [1618] Control de náuseas y vómitos
Ejecución (NIC)	[3140] Manejo de la vía aérea [3200] Precauciones para evitar la aspiración [3160] Aspiración de las vías aéreas

Actividades de enfermería:

Todas aquellas destinadas a favorecer la respiración, con procedimientos como la aspiración de secreciones nasales (si precisa) o la colocación tras las tomas, en decúbito lateral o decúbito prono, en ligero antitrendelemburg para evitar la aspiración (7).

[00209] RIESGO DE ALTERACIÓN DE LA DÍADA MATERNO FETAL (18,19).

Definición	Susceptibilidad de una alteración de la relación simbiótica materno/fetal como resultado de afecciones relacionadas con el embarazo, que puede comprometer la salud del feto
Factores riesgo	Abuso de sustancias, cuidados prenatales inadecuadas
Planificación (NOC)	[1500] Lazos afectivos padres-hijo [1805] Conocimiento: conducta sanitaria
Ejecución (NIC)	[7140] Estimulación de la integridad familiar: familia con niño [6800] Cuidados del embarazo de alto riesgo [5440] Aumentar los sistemas de apoyo

Actividades de enfermería:

Estimulación de la integridad familiar mediante la variante de “Cuidados centrados en la familia” que convierte a la familia en partícipes activos de la evolución del RN durante su hospitalización. Su objetivo es la eficacia en el establecimiento del vínculo con el hijo. Se debe intervenir sobre todo en la fase “Periodo materno sensitivo”, que según Klaus y Kennel, es el momento en el que se inicia el encariñamiento entre padres e hijo. El equipo multidisciplinar que forma la unidad de Neonatología debe involucrarse con los padres para conseguir su vinculación (10). Con este objetivo, han surgido distintas alternativas y programas, entre ellos:

- NIDCAP: es un modelo específico de cuidados centrados en el neurodesarrollo que, además considera a los padres el referente permanente en la vida del RN (2).
- ROOM IN: modelo fundado en Canadá en 2007. Detectó la inminente necesidad de un cambio en la práctica asistencial del neonato con SAN. Aboga por un enfoque más integral, incluyendo a la familia en los cuidados de forma que el alojamiento sea compartido. Pretende reemplazar a los programas estándar que eliminan la figura materna del centro de cuidado. El principal inconveniente es que precisa de una fuerte financiación (20).

Vigilar el establecimiento del vínculo eficaz y detectar un posible fracaso provocado por el comportamiento del RN, caracterizado por gran irritabilidad, posturas de arqueamiento, resistencia a medidas tranquilizadoras... Aunque también es frecuente encontrar un vínculo ineficaz motivado por falta de experiencia y capacidad de la madre. Este hecho, unido a la gravedad de la toxicomanía, a su modo de vida, y a su perfil psicológico, la convierten en un perfil materno de alto riesgo (5).

[00057] RIESGO DEL DETERIORO PARENTAL (18,19).

Definición	Vulnerable a la incapacidad del cuidador principal para mantener un entorno que promueva el óptimo crecimiento y desarrollo del niño
Factores de riesgo	Conocimiento insuficiente sobre la salud del niño y sobre las habilidades parentales, falta de implicación, incapacidad para poner las necesidades del niño por delante de las propias, recursos insuficientes, cuidado prenatal insuficiente, antecedentes de mal uso de sustancias, dificultades legales, trastorno conductual del recién nacido
Planificación (NOC)	[2211] Desempeño del rol de padres [1500] Lazos afectivos padre-hijo [1819] Conocimiento: cuidado del lactante [2604] Normalización de la familia
Ejecución (NIC)	[6710] Fomentar el apego [8300] Fomentar el rol parental [7104] Estimulación de la integridad familiar: familia con niño [7110] Fomentar la implicación familiar [5520] Facilitar el aprendizaje

Actividades de enfermería: destinadas a la restauración de la relación:

- Explicar el funcionamiento de la unidad y presentar al equipo multidisciplinar a los padres en su primera visita a Neonatología. Entrega de folletos informativos (10).
- Informar del curso de la enfermedad y plan de tratamiento. El estar documentado aporta seguridad y ayuda a reducir el estrés (10).
- Mostrarse siempre disponible para responder dudas y preguntas de los padres. Animarlos a que verbalicen sus sentimientos y preocupaciones (10).

- Crear una relación terapéutica con los padres, crear un ambiente de confianza (5).
- Organizar encuentros semanales de programas de apoyo con otras familias (10).
- Estimular las visitas, promover horarios flexibles (10).
- Durante las visitas, orientar la atención de los padres hacia el hijo y no hacia las alarmas del monitor (10).
- Ayudarlos a vincularse emocional y tempranamente con sus hijos, incentivarlos al contacto durante las mismas (5).
- Promover el contacto piel con piel en el neonato estable (10).

[00164] DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL ROL PARENTAL (18,19).

Definición	Patrón de provisión de un entorno para los niños que promueve el crecimiento y desarrollo, que puede ser reforzado
Factores riesgo	Abuso de sustancias, cuidados prenatales inadecuados
Planificación (NOC)	[2900] Desempeño del rol de padres: seguridad física del lactante y del niño pequeño [1819] Conocimiento: cuidados del lactante [2601] Clima social de la familia
Ejecución (NIC)	[5568] Educación parental: lactante [5565] Enseñanza: estimulación del lactante (0-4 meses) [5645] Enseñanza: seguridad del lactante (0-3 meses) [7040] Apoyo al cuidador principal [5370] Potenciación de roles

Actividades de enfermería

Educación para la salud y enseñanza a los padres:

- Comprometerlos en los cuidados desde las primeras visitas (cambio de pañal, alimentación, higiene) (10).
- Explicarles que la irritabilidad de su hijo no significa rechazo hacia ellos. Ayudarles a interpretar las distintas formas de comunicación de su hijo, enseñarles a reconocer sus gestos y gustos (5).
- Hablarles de los beneficios del contacto y la importancia del establecimiento de un vínculo eficaz, haciéndolos sentir partícipes del tratamiento (5).

Evaluar la capacidad de cuidado del RN durante las visitas (15). Se pondrá a prueba la paciencia del cuidador y se evaluará el riesgo de maltrato infantil (7).

Observar si presentan disposición para mejorar el rol parental.

Notificar a los servicios sociales de protección infantil en caso de sospecha de descuido o maltrato infantil es un deber sanitario recogido por ley (7, 15). Los derechos del RN a la salud y a recibir una atención adecuada son prioridad (5).

La retirada de la custodia no debe ser percibida de manera negativa por parte de los trabajadores sanitarios. Se intentará explicar a la madre desde una actitud no enjuiciadora, que es necesario que su hijo se desarrolle en un entorno estable y protegido.

Se emprenderá la enseñanza de los planes que guíen la vuelta al hogar cuando se advierte competencia por parte de los padres, con el objetivo de mantener el cuidado del pequeño (5). La orientación suministrada debe de ser concisa, clara y simple de entender, por ejemplo, mediante folletos informativos (10). También deben de ser informados acerca de los signos de inicio tardío, para ser capaces de reconocerlos. Se advertirá sobre los posibles futuros problemas en sus funciones neuroconductuales, que conllevarán a una situación doméstica complicada (7, 9).

EVALUACIÓN

Se trata de una actividad constante que hay que ir ejecutando durante todo el proceso. Consiste en la revisión de los objetivos propuestos, NOC, y la comprobación de su alcance en el tiempo esperado. Además, es una herramienta crítica, que evalúa si las intervenciones planteadas eran las más adecuadas, o se pueden mejorar.

El test de Finnegan es una herramienta de evaluación que permite valorar la intensidad del síndrome, la necesidad de tratamiento farmacológico y su adecuación y sirve de guía para el control terapéutico y la retirada lenta y progresiva de la medicación (9). Como se ha comentado, a mayor puntuación del test, mayor intensidad, de manera que el control clínico se refleja en una puntuación en descenso. Durante la fase de disminución de la medicación debe irse adaptando el plan de atención de enfermería, de manera que los cuidados enfermeros, que constituyen el tratamiento no farmacológico, son un pilar esencial en el manejo terapéutico de estos niños y facilitan la retirada de la medicación y el control del síndrome.

En base a los resultados planteados, el perfil esperado de un recién nacido que ha sufrido SAN tras los cuidados de enfermería anteriormente descritos es el de un recién nacido sano, con adecuada adaptación a la vida extrauterina, signos vitales en rango, con un correcto control de la ansiedad y el disconfort. Presentará así mismo, patrones regulares de alimentación, respiración y descanso, estará exento de riesgos y gozará de un ambiente familiar apropiado (15, 17). Sin embargo, debido a los, ya descritos, efectos a largo plazo de las sustancias consumidas, muchas de las manifestaciones perduran durante meses (2). Por lo que, en ocasiones, en el momento del alta, no se tienen todos los objetivos conseguidos, por ello es tan importante la continuidad de cuidados en el domicilio, especialmente por el riesgo de maltrato al que están expuestos este tipo de niños. Una de las medidas a adoptar es el seguimiento de la familia desde Atención Primaria (AP). Se deben establecer visitas periódicas que permitan evaluar la capacidad de cuidado de los padres (en caso de que mantengan la custodia) así como el adecuado desarrollo y crecimiento del recién nacido. Los resultados a largo plazo que deben evaluarse en las consultas sucesivas corresponden al control de todas aquellas manifestaciones que pueden persistir, reaparecer o aparecer como consecuencia a largo plazo (hiperactividad, inquietud, nerviosismo, temblor, respuestas motoras exageradas, crecimiento retardado, problemas de sueño y comportamiento...) (2, 7). El equipo multidisciplinar de atención primaria debe ser capaz de reconocer estos signos y diferenciar si son fruto de la abstinencia a largo plazo, o si, por el contrario, son un reflejo del medio sociofamiliar en el que se cría el niño, que puede desprotegerlo y ponerlo en riesgo (7, 13). Aunque no solo los signos y manifestaciones deben evaluarse en el futuro, sino que también debe hacerse un seguimiento de la relación padres-hijo, ya que debe considerarse que la situación de desatención por parte de los progenitores puede continuar una vez recibido el alta hospitalaria. En numerosas ocasiones su incapacidad de ejercer adecuadamente como padres, unido a la falta de experiencia y desconocimiento deriva en la falta de cuidado de su hijo e incluso en maltrato manifestado en forma de negligencia, abandono, agresiones físicas, etc (7). Conviene recordar que en caso de sospecha de descuido o maltrato infantil se debe notificar desde cualquier punto de la asistencia sanitaria (ya sea atención primaria o especializada) a los servicios sociales de protección infantil (7, 15). Los derechos del recién nacido a la salud y a recibir una atención adecuada son una prioridad (5).

DISCUSIÓN/IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

El síndrome de abstinencia neonatal es una patología relativamente frecuente en nuestro entorno. Causado por el consumo materno de drogas, ha sido suficientemente estudiado y discutido durante años, sin embargo, no de manera uniforme en todo el mundo. La mayoría de los estudios que se han encontrado para la realización de este trabajo, sobre todo aquellos sobre prevalencia del consumo de drogas, pertenecen a la población de Estados Unidos o Canadá, resultando la población europea, escasamente estudiada. En nuestro medio, la mayoría de documentación existente incide en signos, síntomas y tratamiento, fundamentalmente referido al tratamiento farmacológico, que es el aspecto que más variabilidad ha tenido con el paso del tiempo. Antes eran más utilizados fármacos como la morfina o el paregórico, altamente efectivos, pero con efectos adversos. En la actualidad los más empleados son la metadona y el fenobarbital, que ofrecen buenos resultados y menos efectos indeseados. En lo que respecta al tratamiento no farmacológico, de responsabilidad enfermera y que se fundamenta sobre todo en los cuidados centrados en el neurodesarrollo, no se ha encontrado que haya controversia, pues existe la suficiente evidencia clínica sobre la importancia de cuidar al recién nacido desde el desarrollo neurosensorial, centrándose fundamentalmente en proporcionarle confort.

En lo que concierne a la sintomatología, se conocen con certeza los signos clínicos generales pero debido a factores de confusión, no se han encontrado estudios que revelen con suficiente exactitud las manifestaciones inducidas individualmente por cada tipo de droga. Entre estos factores de confusión se encuentra el policonsumo, ya que se suman los efectos de los distintos tipos de droga consumida por la mujer gestante, y la aparición constante de nuevas drogas de síntesis, que pueden ir variando su estructura química y producir efectos absolutamente desconocidos.

El ámbito en el que más controversia se ha encontrado ha sido el amamantamiento de este tipo de recién nacidos, ya que no existe consenso. Se han encontrado autores que contraindican o prohíben la lactancia materna en madres drogodependientes, mientras que otros simplemente no la recomiendan por falta de información acerca de la eliminación de la droga por la leche, e incluso hay otros que la defienden por fomentar el apego materno y como una forma de controlar el síndrome. Por lo tanto, se considera la necesidad de más investigación en este ámbito y de llegar a un acuerdo entre expertos.

CONCLUSIÓN

Los cuidados enfermeros tienen gran repercusión en el síndrome de abstinencia neonatal. Por esta razón, es necesaria la instauración de un plan de cuidados de enfermería que guíe la práctica clínica en las unidades neonatales. De esta manera, se conseguirá trabajar de forma estandarizada y el equipo de enfermería conocerá la patología, será capaz de reconocer sus síntomas, interpretar las escalas de medición como la de Finnegan y valorar la respuesta del recién nacido al tratamiento; además de preparar con seguridad el alta del recién nacido para mantener la continuidad de cuidados adecuadamente en el hogar.

Uno de los aspectos donde enfermería tiene mayor responsabilidad es en la valoración y evaluación de la abstinencia mediante el test de Finnegan. Es una escala apta para la detección precoz del comienzo de síntomas, permite conocer la progresión del síndrome, valora la necesidad de farmacoterapia y la respuesta a las intervenciones terapéuticas. Su papel es esencial ya que su contacto directo y continuo con el recién nacido permite valorarle a intervalos de tiempo más o menos amplios (según necesidades). La puntuación no es un dato puntual referido al momento preciso del registro, sino que debe reflejar la situación durante todo el periodo de valoración.

Este plan de cuidados de enfermería ofrece las actividades enfermeras acorde a las necesidades del paciente con SAN y constituye el tratamiento no farmacológico, fundamental para el control del síndrome. Concretamente, las actividades enfermeras irán destinadas a conseguir la disminución de la ansiedad y el disconfort del recién nacido, establecer un patrón de alimentación y respiración eficaz, controlar la diarrea, mantener la normotermia y evitar los riesgos derivados del síndrome (como aspiración o deterioro de la integridad cutánea).

Por otro lado, las actividades dirigidas a los padres se centrarán en la estimulación de la integridad familiar y el establecimiento de un vínculo y apego eficaz entre padres e hijos.

Por lo tanto, enfermería se considera el soporte fundamental en el síndrome de abstinencia neonatal, especialmente en la instauración del tratamiento no farmacológico y en la valoración y evaluación de la abstinencia mediante el test de Finnegan.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lozano Domínguez M.M, Vargas Aguilar G.M, Tufiño Gavidia C.M, Miele Moreira M. E. Cuidados de enfermería en la atención de neonatos con Síndrome de Abstinencia Neonatal. 2018. Citado en marzo de 2020. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/download/322/html?inline=1>
2. Menéndez García X., Álvarez García N., García Rodríguez MJ. Sustancias adictivas y embarazo: Cuidados de enfermería a la mujer embarazada y al recién nacido para minimizar sus efectos. 2018. Citado en abril 2020. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6490892>
3. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, consumo y bienestar social. Informe sobre drogas 2019. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/delegacionGobiernoPNSD/relacionesInternacionales/unionEuropa/docs/20190725_InformeDrogasEspana2019_EMCCDA_DGPNSD.pdf
4. Pérez Berti, A. Mujeres y tratamiento de alcohol y otras drogas. 2016. Citado en abril 2020. Disponible en: https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2017/08/Documento_embarazo.pdf
5. Deacon, J., O'Neill, P., 2001. Cuidados Intensivos De Enfermería En Neonatos. 2º ed. México. McGraw-Hill Interamericana, pp.698-715.
6. Fernández-Carrión F, Gaboli M, González-Celador R, Gómez de Quero-Masía P, Fernández-de Miguel S, Murga-Herrera V, Serrano-Ayestarán O, Sánchez-Granados J.M, Payo-Pérez R. Síndrome de abstinencia en Cuidados Intensivos Pediátricos. Incidencia y factores de riesgo. 2012. Citado en abril 2020. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-sindrome-abstinencia-cuidados-intensivos-pediatricos--articulo-S0210569112000952>
7. Rodríguez López M.A, González Fernández C.T, Megias Plata D. Enfermería del niño y el adolescente I. 3º ed. Editorial DAE (Grupo Paradigma). 2019. Cap. 19.
8. Porcel Gálvez A M, Ortega Martínez S M, Barrientos Trigo S, Ferrinho Ferreira R, Martínez Lara C. Síndrome de abstinencia neonatal: evolución en los 10 últimos años. 2014. Citado en Marzo de 2020. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000400019
9. Gomella T, Douglas Cunningham M, Eyal F, Zenk K. Neonatología. 5º ed. Buenos Aires. Panamericana. 2005. Cap. 67
10. Nascimento Tamez R. Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. 2º ed. Brasil. Editorial Médica Panamericana. 2003. Cap. 19 y 21
11. Eulogio Mellado J, Pastor Rodríguez J.D, Del Cerro Ortuño F, De Ardanaz Jorreto S, López Ibáñez M. Manejo y control del síndrome de abstinencia neonatal. 2018. Citado en abril 2020. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2592299>
12. Anbalagan S, Mendez M. Neonatal Abstinence Syndrome. 2019. Citado en marzo de 2020. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551498/>

13. Solís Sánchez G, Solís Sánchez J.L, Díaz González T. Exposición prenatal a drogas y efectos en el embarazo. 2001. Citado en abril 2020. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-exposicion-prenatal-drogas-efectos-el-13021692> en google academic 18/11
14. García del Río M, Lastra Sánchez G, Medina Soto A, Martínez León M, Lucena Travé J, Martínez Valverde A. Enfoque diagnóstico terapéutico del hijo de madre drogadicta. 2002. Citado en abril 2020. Disponible en: <https://mydokument.com/enfoque-diagnostico-terapeutico-del-hijo-de-madre-drogadicta.html>
15. Zamora Pasadas M. Enfermería neonatal. 2º ed. Alcalá La Real (Jaén). Formación Alcalá. 2008. Cap. VII
16. Hockenberry M, Wildon D, Rodgers C. Enfermería pediátrica. 10ª ed. Elsevier. 2019. Capítulo 8.
17. Osborn D., Jeffery H, J. Cole M. Sedantes para la abstinencia de opiáceos en recién nacidos. 2005. Citado en Marzo 2020. Disponible en: <https://www.cochrane.org/es/CD002053/sedantes-para-la-abstinencia-de-opiaceos-en-recien-nacidos>
18. NNNConsult [Internet]. Nnnconsult.com. 2020. Citado en mayo 2020. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>
19. Herdman T, Kamitsuru S. Diagnósticos enfermeros. Barcelona. Elsevier. 2015.
20. Bryne PJ; Foss K; Clarke D; Wismarck J, Cardinal K. Whole family treatment of neonatal abstinence syndrome. 2018. Citado en abril 2020. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29661819>

ANEXOS

Anexo nº 1: Puntuación y valoración del test de Finnegan (8)

<i>Síntoma</i>	<i>Puntuación</i>	<i>Síntoma</i>	<i>Puntuación</i>
Alteraciones del sistema nervioso central		Alteraciones metabólicas, vasomotoras y respiratorias	
Llanto excesivamente agudo	2	Sudoración	1
Llanto agudo continuo	3		
Duerme <1 hora después de las tomas	3	Fiebre de < 38.4°C	1
Duerme <2 horas después de las tomas	2	Fiebre de >38.4°C	2
Duerme <3 horas después de las tomas	1		
Temblores leves a la estimulación	4	Frecuencia respiratoria >60/min	1
Temblores moderados a la estimulación	3		
Temblores leves espontáneos	2	Frecuencia respiratoria >50/min con retracción intercostal	2
Temblores moderados espontáneos	1		
Hipertonía muscular	2	Aleteo nasal	2
Excoriación (especificar lugar)	1	Falta de ventilación nasal	1
Sacudidas mioclónicas	3	Bostezos (3-4 veces/intervalo)	1
Convulsiones generalizadas	5		
Alteraciones gastrointestinales			
Succión excesiva	1		
Mala alimentación	2		
Regurgitación	2		
Vómitos en proyectil	3		
Deposiciones desligadas	2		
Deposiciones acuosas	3		

Anexo n° 2: Farmacoterapia en el SAN

FÁRMACO	TIPO	INDICACIONES Y EFECTOS	EFECTOS SECUNDARIOS E INCONVENIENTES
Fenobarbital	Sedante	<ul style="list-style-type: none"> - Se considera fármaco de elección en SAN tanto por no opiáceos (barbitúricos, sedantes, alcohol) (14,15) como por opiáceos (9). En muchos hospitales es la primera elección (13). - Control de síntomas neurológicos (irritabilidad, agitación, hiperexcitabilidad) 	<ul style="list-style-type: none"> - No controla síntomas gastrointestinales (8,14,15) - Exige una estricta monitorización (7). - Vida media larga (9)
Diazepam	Sedante	<ul style="list-style-type: none"> - De elección en la abstinencia a narcóticos y benzodiazepinas (7, 9, 14, 15). - Efecto rápido (14,15). - Menor duración del efecto (7). 	<ul style="list-style-type: none"> - Contraindicado en prematuros y RN con ictericia ya que metaboliza en hígado (8, 14, 15). - Succión débil (14,15). - No resulta tan efectivo como Fenobarbital, Clorpromazina o Paregórico (7). - Peor control de las convulsiones en comparación con Metadona (7). - Provoca apnea (7).
Clorpromacina	Sedante	<ul style="list-style-type: none"> - Está indicado en la abstinencia a narcóticos y a no narcóticos (9). - Control total de síntomas (gastrointestinales y neurológicos) (8, 14, 15). - Disminuye el umbral de las convulsiones (9). 	<ul style="list-style-type: none"> - Altera la succión (14, 15). - Sus efectos secundarios son signos extrapiramidales e incluso convulsiones (7). - Puede provocar disfunción cerebelosa y problemas hematológicos (9). - Prolongado tiempo de eliminación de sus metabolitos (14). - En desuso actualmente (13). Es la última opción, lo desaconsejan (9,15).

Metadona	Opioide	-Es el más indicado para tratar la abstinencia a sí mismo y a los opioides en general (8, 14). - Es el fármaco más usado en el control del SAN.	- Sedación (14,15). - Larga semivida: disminución lenta y mantenida de su concentración en plasma (14, 15).
Solución de morfina	Opioide	- Control de toda la sintomatología (14, 15). - Mantiene la succión normal (14).	- Sedación (15). - Estreñimiento (15).
Paregórico (Tintura de opio alcanforada)	Opioide	-De elección en el SAN por narcóticos (9). -Fácil control de todas las manifestaciones (7). -En comparación con Fenobarbital: mejor succión, aporte calórico, ganancia de peso y control de las convulsiones (7, 9).	- Efecto tóxico por contener alcanfor, alcohol y ácido benzoico (9,11). - Tratamiento prolongado (7). - Necesidad de altas dosis de fármaco para conseguir el efecto deseado (7). - En desuso en la actualidad (13).

Anexo nº 3: Recomendaciones a la lactancia materna

DROGA	CONSIDERACIONES
Cocaína (5)	Contraindicada. La cocaína permanece en el cuerpo incluso 60 horas tras la ingesta.
Cannabis	Deacon (5) afirma que no es recomendable el amamantamiento, ya que se ha relacionado con alteraciones en la formación de ADN, ARN y aprovechamiento de proteínas esenciales. Por otro lado, la Asociación Americana de Pediatría (7) prohíbe la lactancia, ya que, aunque no existan evidencias que aseguren riesgos en el recién nacido, se ha comprobado que el THC (al ser soluble en grasa) se acumula en la leche.
Heroína (5)	Contraindicada.
Metadona	Deacon (5) y Gomella (9) coinciden en que no se conoce la cantidad de metadona que aparece en la leche materna y qué niveles son inofensivos para el recién nacido. Por ello, se permitirá amamantar a las mujeres que toman metadona a dosis bajas, y serán advertidas de los riesgos a altas dosis. Ambos expertos concuerdan también en que, en caso de querer abandonar la lactancia materna, conviene que no se haga de repente, si no gradualmente para evitar el desarrollo de la abstinencia. Gomella (9) manifiesta que una decisión sensata por parte del personal sanitario sería persuadir a estas madres de amamantamiento.
Anfetaminas (5)	Contraindicada. Provoca alteraciones en el patrón de sueño y una mayor irritabilidad.
Alcohol	El recién nacido recibe una pequeña parte de alcohol ingerido por la madre. Además, este interfiere en la liberación de oxitocina, encargada del reflejo de bajada de la leche y modifica el sabor y el olor de la leche por lo que suele acabar provocando el rechazo de la leche (7). Su consumo a altas dosis deriva en afectaciones en la formación cerebral y alteraciones en el sueño y vigilia: duermen más profundamente, pero en periodos más cortos de tiempo (5,7). También se observa en estos lactantes, una modificación en el tipo de succión: al principio lo hacen con avidez, y posteriormente rechazan, por lo que, a mayores, resulta alterado el patrón de alimentación (7) La Asociación Americana de Pediatría considera compatible la lactancia con un consumo que no supere los 0.5g/kg/día de alcohol (en caso de mujeres lo suficientemente prudentes y con las consideraciones oportunas: no beber inmediatamente antes de las tomas, etc) (7).
Tabaco (7)	La nicotina se excreta por la leche materna, sin embargo, no está contraindicado el amamantamiento. Se recomienda que abandonen el hábito tabáquico y se insiste en que el tabaco es tóxico para el recién nacido. En caso de no ser posible, conviene que disminuyan el consumo de cigarros y nicotina, y que no lo hagan durante el amamantamiento ni en presencia del recién nacido.

Anexo n° 4: Infecciones y lactancia materna

INFECCIÓN	CONSIDERACIONES
VIH (5, 16)	<ul style="list-style-type: none">- En mujeres seropositivas: No recomendable- En mujeres seronegativas, pero con peligro de seroconversión: Es recomendable que reciban información sobre la transmisión por la leche, sus riesgos y llegar a un acuerdo común.
Hepatitis B (5)	<p>El virus atraviesa la leche materna en mujeres positivas.</p> <p>No obstante, no se considera una contraindicación a la lactancia materna si se administra al recién nacido inmunoglobulina contra la hepatitis B y la vacuna contra tal virus.</p>
Hepatitis C (5)	<p>El virus atraviesa la leche humana en mujeres positivas.</p> <p>No se valora que sea un riesgo importante para el recién nacido, por lo que no está contraindicado. Se recomienda explicar a la madre los riesgos y beneficios, y tomar una decisión.</p> <p>Sí que debe tenerse cuidado con la exposición del neonato a la sangre de los pezones agrietados, si existieran.</p>

Anexo nº 5: “Tienda de campaña en cuna”



Fuente: Zamora Pasadas M. Enfermería neonatal. 2º ed. Alcalá La Real (Jaén).
Formación Alcalá. 2008. Cap. VII

Se trata de un método utilizado para la disminución de los estímulos sensoriales en los recién nacidos con síndrome de abstinencia neonatal. De esta manera, se reduce principalmente el estímulo luminoso que puede causar sobreexcitación en el neonato. Es preferible que la cuna se coloque en un lugar con poco ruido y poco tránsito.