

FORMACIÓN
CONTINUADA

87

Recién nacidos
de madres
drogodependientes

M^a. Rosa Martínez Barellas,
Isabel Chaure López, María
Inarejos García, Roser Álvarez Miró

Enfermeras. Profesoras titulares de la E.U.E. de la
Universidad de Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La incidencia de madres adictas a sustancias consideradas «drogas» está creciendo espectacularmente. Por dichas sustancias entendemos aquellas drogas socialmente aceptadas (como el alcohol y el tabaco) y las incluidas en el grupo de las «no-legales» (heroína, cocaína, crack...) sin que podamos olvidar la dependencia farmacológica a sedantes o estimulantes.

Cada una de estas sustancias presenta unos problemas, en ocasiones similares y en otras diferenciados, pero lo que es evidente es que todas ellas originan secuelas graves en el feto. El neonato de madre alcohólica, farmacodependiente, adicta a la heroína, etc. con toda seguridad será un recién nacido de «alto riesgo», no sólo por la alta posibilidad de presentar «síndrome de abstinencia», sino también porque pueden aparecerle un amplio espectro de complicaciones médicas y obstétricas que van desde el insomnio, temblor, llanto agudo... hasta microcefalia, anomalías gastrointestinales y otras mucho más terribles como la infección por el VIH o el virus de la hepatitis B.

En consecuencia el tema de recién nacidos de madres drogadictas presenta una incidencia creciente y las actuaciones de Enfermería que requieren dichas situaciones hace necesaria una mayor y mejor comprensión de todos los aspectos relacionados con este terrible problema que, además, suele predominar en familias con un nivel socio-económico y cultural bajo.

PREGUNTAS

1 ¿Qué tipo de droga ingerida por la madre durante la gestación se considera tóxica para el recién nacido?

- a) El alcohol y la nicotina.
- b) Solamente las drogas administradas por vía parenteral.
- c) Solamente las drogas inhaladas.

2 ¿El alcohol puede causar síndrome de abstinencia en el recién nacido?

- a) No.
- b) Sí.
- c) Sólo cuando se asocia con anfetaminas.

3 La fisonomía característica de la embriopatía alcohólica fetal es la siguiente:

- a) Microcefalia, cataratas, labio inferior grueso, lesiones cutáneas.
- b) Microcefalia, implantación baja de las orejas, fisuras palpebrales cortas, comisuras caídas.
- c) Megacefalia, ojos en sol poniente y apéndices cutáneos.

4 ¿Un recién nacido hijo de padre alcohólico puede presentar los rasgos dismórficos anteriormente citados?

- a) No.
- b) Sí.
- c) Sólo cuando se trata de un alcohólico severo.

5 De las siguientes afirmaciones, ¿cuál sería la correcta?

- a) El tabaquismo en la mujer gestante aumenta el riesgo de problemas perinatales.
- b) El porcentaje de fumadoras en edad fértil ha aumentado en Cataluña en los últimos diez años.
- c) Ambas.

6 La vía más frecuente de administración de la cocaína es:

- a) Endovenosa.
- b) Inhalada o fumada.
- c) Subcutánea.

<p>7 La heroína, ¿a qué grupo de sustancias químicas pertenece?</p> <p>a) Estimulantes. b) Sedantes. c) Opiáceos.</p>	<p>13 Serán consideradas contraindicaciones para la lactancia materna:</p> <p>a) Heroína. b) Todo tipo de drogas. c) Alcohol.</p>
<p>8 De las siguientes afirmaciones, una es incorrecta:</p> <p>a) La inyección de droga en vena puede producir gangrena. b) La inyección de droga en vena puede producir una hepatitis A. c) La inyección de droga en vena puede producir una hepatitis B.</p>	<p>14 El deshabitamiento a los narcóticos en el niño puede durar:</p> <p>a) 1 mes. b) 1-2 meses. c) 6 meses.</p>
<p>9 ¿Los recién nacidos pueden ser pasiva y fisiológicamente adictos a las drogas que hayan tomado sus madres durante el embarazo?</p> <p>a) Sólo en ocasiones. b) Siempre. c) Nunca.</p>	<p>15 En el síndrome de abstinencia neonatal una intervención de Enfermería podría ser:</p> <p>a) Reconocer los síntomas principales. b) Asegurar que las medidas profilácticas oculares hayan sido realizadas. c) Ambas.</p>
<p>10 Los signos y síntomas del síndrome de abstinencia neonatal suelen aparecer:</p> <p>a) 24 horas - 4 semanas de vida. b) 2-5 semanas de vida. c) Después del mes de vida.</p>	<p>16 En la planificación de los cuidados al recién nacido con síndrome de abstinencia, y ante la irritabilidad y la falta de descanso con llanto agudo, ¿cómo se debe actuar?:</p> <p>a) Cogerle en brazos y distraerle para que no lllore. b) Organizar los cuidados en los períodos de sueño interrumpido. c) No proporcionar chupete entre tomas.</p>
<p>11 Las manifestaciones del síndrome de abstinencia neonatal consisten en:</p> <p>a) Apetito voraz, vómitos, diarrea, fiebre. b) Convulsiones, temblores, llanto en tono agudo. c) a y b son ciertas.</p>	<p>17 Para estimular la responsabilidad paterna en el cuidado de su hijo ¿por dónde empezaría?</p> <p>a) Contacto frecuente padres-niño. b) Infundirles miedo y culpabilizarles. c) Remitirlos al asistente social.</p>
<p>12 El tratamiento inicial consiste en:</p> <p>a) Envolver al niño en mantas y mantenerlo en una habitación tranquila y oscura. b) Tratamiento farmacológico. c) En caso de diarreas, no administrar tratamiento profiláctico.</p>	<p>18 En la evaluación de los cuidados del recién nacido, una de las siguientes afirmaciones no pertenece a esta etapa:</p> <p>a) El recién nacido mantiene un estado metabólico normal. b) La enfermera avisa al pediatra de una conducta sospechosa. c) El niño mantiene una oxigenación adecuada y no presenta signos de dificultad respiratoria.</p>

RESPUESTAS

1 a) Las drogas más habitualmente tomadas durante la gestación son el alcohol y la nicotina, aunque socialmente están aceptadas. El alcohol atraviesa fácilmente la placenta y alcanza rápidamente al feto (se encuentra en el líquido amniótico y en sangre de cordón). La exposición crónica al alcohol «in útero» en hijos de madres alcohólicas moderadas o severas, puede presentar diversos síntomas que varían desde leves a severos, con mayor índice de abortos y mortinatos espontáneos, anomalías congénitas y/o retraso mental. La severidad y la frecuencia de estos efectos se relacionan con la dosis, el período de gestación y la susceptibilidad individual. El riesgo de anomalías congénitas en los hijos de madres adictas al alcohol es el siguiente: 10% si las madres consumen más de 30 a 60 cm de alcohol absoluto por día; 19% si consumen más de 60 cm de alcohol absoluto; y 40% si consumen más de 150 cc de alcohol absoluto por día durante la gestación.

2 b) Después del nacimiento, los niveles de alcohol en sangre son mayores en el recién nacido y se eliminan más lentamente que en la madre. Si bien la abstinencia alcohólica aguda es más propia en el adulto, lo cierto es que están descritos casos en recién nacidos. El síndrome se caracteriza por: olor alcohólico en el aliento durante varias horas después del nacimiento, una fase de hiperactividad, temblores y convulsiones durante 72 horas seguida de una fase de letargo que persiste durante 48 horas y, finalmente, normalización de la actividad y la respuesta.

3 b) El síndrome de alcoholismo fetal o embriopatía alcohólica se caracteriza por una facies dismórfica que se va acentuando a medida que el niño crece. En general el perímetro cefálico está disminuido y muestra una expresión triste con las comisuras caídas y filtrum hipoplásico, implantación baja de las

orejas que a veces son aladas, retrognatia y separación ocular excesiva, fisuras palpebrales cortas y a veces epicantus.

Esta fisonomía especial suele ir acompañada de retraso mental, debido al daño del sistema nervioso central, secundario al alcohol y/o sus metabolitos.

También se acompaña de déficit de crecimiento que continúa durante la infancia, y pueden presentarse anomalías tales como cardiopatías congénitas, defectos articulares, luxación de cadera, anomalías de los genitales externos y hemangiomas cutáneos.

4 a)

La transmisión de los genes no interviene en el síndrome alcohólico fetal. La alcoholemia materna es la responsable directa del daño fetal.

5 c)

Los diferentes estudios que se han ocupado de los efectos del consumo del tabaco durante la gestación muestran una relación directa entre el nivel de tabaco consumido y la incidencia de placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, hemorragias durante el embarazo, y rotura prematura de membranas con el consecuente mayor riesgo de nacimientos prematuros o pérdidas fetales. También se ha relacionado con el retraso de crecimiento intrauterino.

La encuesta sobre drogodependencia realizada por el Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat, demuestra que el hábito de fumar en las mujeres en edad fértil ha experimentado un significativo y progresivo aumento en Cataluña.

Debe convencerse a la gestante para que elimine el consumo de tabaco, evitando los efectos nocivos sobre su hijo.

6 b)

La cocaína se absorbe bien a partir de todas las vías de administración. La vida media depende de la dosis y vía. El «crack» un alcaloide de la cocaína, resulta la más utilizada: es barata y se inhala o fuma; su absorción es muy rápida por el pulmón.

El abuso de cocaína y de «crack» se asocia significativamente a abortos espontáneos, muertes fetales, prematuridad, retraso de crecimiento intrauterino, microcefalia y anomalías gastrointestinales en el recién nacido (atresia intestinal, enterocolitis).

7 c)

La heroína (diamorfina), juntamente con la metadona, morfina y codeína pertenecen al grupo de los opiáceos.

Entre los estimulantes se encuentran las anfetaminas («éxtasis»), cocaína, nitocina.

En el grupo de los tranquilizantes aparecen las benzodiazepinas (diazepán, lorazepán).

Como sedantes: los barbitúricos, el alcohol.

En disolventes: acetona, tolueno, benceno, tricloroetileno.

8 b)

La inyección de droga en vena no está definida como causante de la hepatitis A.

La inyección endovenosa crea un alto riesgo de adicción, sobredosis y envenenamiento.

La técnica incorrecta puede provocar necrosis tisular local y gangrena de la parte distal afectada.

El uso de material no estéril comporta riesgo de septicemia, hepatitis B y SIDA.

9 a)

En determinados casos los recién nacidos pueden ser pasiva y fisiológicamente adictos a las drogas que hayan tomado sus madres y presentar signos del síndrome de abstinencia neonatal.

10 a)

Las manifestaciones del síndrome de abstinencia neonatal pueden aparecer inmediatamente después del nacimiento o en la primera semana de vida, ya que el aporte al niño es abruptamente finalizado en el parto. En el caso de la heroína suelen aparecer entre 1-5 días de vida y a las 1-4 semanas en el caso de la metadona. La incidencia de abstinencia depende de la dosis ingerida, de la duración de la adicción materna, menor de 1 año (55%) o mayor de 1 año (73%), y del tiempo transcurrido de la última dosis (24 h antes del nacimiento, la incidencia es elevada).

11 c)

Los recién nacidos con síndrome de abstinencia presentan: estornudos, bostezos, apetito voraz, vómitos, diarrea, fiebre, sudoración, taquipnea, llantos agudo, temblores, accesos de furia, sueño escaso, rechazo del alimento y convulsiones.

La enfermedad tiende a ser más grave en el caso de abstinencia a la metadona.

12 a)

El tratamiento inicial depende de los casos. En ocasiones bastará con envolver al niño en mantas y mantenerlo en una habitación tranquila y oscura. Se resuelve espontáneamente en pocos días.

Cuando la hiperactividad es constante y la irritabilidad interfiere con el sueño y la alimentación o cuando aparece diarrea o convulsiones, está indicado un tratamiento farmacológico. En general las convulsiones se tratan con fenobarbital y diazepam, solos o en combinación. Los demás síntomas pueden controlarse con dosis sustitutivas de narcóticos para calmar al lactante. Muchas unidades utilizan un sistema de evaluación mediante puntuación del síndrome de abstinencia para decidir la necesidad del tratamiento y su eficacia.

13 a)

La lactancia materna ha sido motivo de controversia en la madre drogodependiente. El camino más fácil consiste en no permitirla, basándose en que las drogas secretadas por la leche afectan al niño. Sin embargo, esta política restrictiva crea una barrera en el vínculo materno-filial.

La Academia Americana de Pediatría sólo identifica la heroína como contraindicación para la lactancia materna. No obstante existe evidencia de que la cocaína y el alcohol pasan libremente a la leche materna. Todo ello hace que deba individualizarse muy cuidadosamente la indicación o no de la lactancia materna.

14 b)

El deshabituamiento a los narcóticos en el niño puede prolongarse más de 1-2 meses.

15 c)

La enfermera deberá estar familiarizada con los principales signos que presenta un recién nacido con síndrome de abstinencia, lo que facilitará un diagnóstico precoz y, a su vez, reducirá la incidencia de morbilidad y mortalidad de estos recién nacidos de alto riesgo.

Son intervenciones de Enfermería tanto reconocer los principales síntomas que caracterizan este síndrome e identificar los recién nacidos que probablemente puedan presentarlo, como asegurar que la profilaxis ocular se haya realizado, ya que está descrita una gran incidencia de infección gonocócica en mujeres gestantes adictas a las drogas.

16 b)

Los cuidados se planificarán teniendo en cuenta que deben reducirse todos aquellos estímulos externos que desencadenen hiperactividad e irritabilidad:

—Reducir la capacidad de autoestimulación del recién nacido arropándolo de forma restrictiva y sujetándolo firmemente, y proporcionándole masajes relajantes.

—Minimizar la manipulación y los estímulos ambientales (luz, sonido).

—Organizar los cuidados en los períodos de sueño interrumpido y administrar la medicación coincidiendo con las comidas, excepto si vomita (en este caso es aconsejable hacerlo 30 minutos antes).

—Proteger la piel de los recién nacidos hiperactivos de la irritación y las abrasiones cutáneas (mantener al niño limpio y seco, usar soporte textil o colchón de agua, cambios posturales frecuentes).

—Utilizar chupete entre tomas para tranquilizarle y aminorar la succión frenética.

17 a)

Para estimular la responsabilidad materna en el cuidado de su hijo lo primero que hay que tener presente es el establecimiento precoz del vínculo madre-niño y reforzar la relación parental. El contacto frecuente es fundamental; al establecerse el vínculo es más fácil observar la actitud materna hacia su hijo y evaluar si la madre es capaz de aceptar la responsabilidad del cuidado de su hijo, o si por el contrario ella puede no ser capaz, sentirse angustiada, inadecuada y preocupada, considerando al hijo motivo de carga. Es importante que la madre dé de comer a su hijo y mostrarle los progresos y reacciones positivas del niño; de esta manera se va estimulando la responsabilidad parental y se habla de los sentimientos. En una segunda fase, preparando el alta del niño, se le explicará a los padres la importancia del seguimiento, se les darán a conocer sus posibles conductas (son irritables y descansan poco durante varios meses) y se pondrán en contacto con el asistente social para evitar al máximo los malos tratos por ambiente inestable que pueda afectar el futuro bienestar y desarrollo del pequeño, las infecciones, los fallos de crecimiento, muerte súbita, etc.

18 b)

Avisar al pediatra ante cualquier conducta sospechosa es una intervención de Enfermería. Los resultados esperados en la evaluación serían los siguientes:

—El recién nacido mantiene un estado metabólico normal.

—Alcanza una ingesta adecuada evidenciada por el aumento de peso.

—El niño progresa con pocas complicaciones evidenciadas por su conducta tranquila, aumento de peso y signos vitales estables.

—El niño mantiene una oxigenación adecuada y no presenta signos de dificultad respiratoria.

—El niño está libre de infección tal y como lo demuestran los signos vitales y las pruebas de laboratorio.

—El vínculo materno-filial se establece y se demuestra durante la hospitalización.

BIBLIOGRAFÍA

- Brunner LS and Suddarth SD. The Lippincott Manual of Paediatric Nursing (3ª. ed.). Philadelphia, J.B. Lippincott Company, 1991.
- David TJ. Recent Advances in Paediatrics (n.º 9). Edinburgh, Churchill Livingstone, 1991.
- Fanaroff Avroy A, Martin Richard J. Neonatal Perinatal Medicine. (5ª ed.). St. Luis, Mosby Year Book, 1992.
- Fenichel Gerald M. Clinical Paediatric Neurology. Philadelphia, W.B. Saunders, 1988.
- Robertson NCR. Textbook of Neonatology (2ª ed.). Edinburgh, Churchill Livingstone, 1992.
- Wong DL, Whaley LF. Manual Clínico de Enfermería Pediátrica. Barcelona, Masson-Salvat, 1993.



flammazine®

COMPOSICION: Sulfadiazina Ag. al 1%. Excipiente c.s. **INDICACIONES:** Tratamiento y prevención de las infecciones en quemaduras y tratamiento tópico de las heridas infectadas. **DOSIS Y MODO DE EMPLEO:** Aplíquese una capa de 2-3 mm. de espesor en la zona afectada 1 ó 2 veces al día. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** No se han descrito. **CONTRAINDICACIONES E INCOMPATIBILIDADES:** No se han descrito. **PRECAUCIONES:** Si es posible no se utilizará Flammazine durante el embarazo. No deberán exponer las zonas tratadas a la luz directa del sol para evitar oscurecimiento de la crema. **PRESENTACIONES:** Tubo de 50 gr al día 1%. P.V.P. IVA 3- 420 ptas. Bote con 500 gr al 1%. P.V.P. IVA 3- 2.728 ptas.



flammazine® cerio

COMPOSICION: Cada 100 g de crema contienen: Sulfadiazina argéntica 1,0 g. Nitrate de Cerio 2,2 g. Excipiente c.s. **PROPIEDADES:** La sulfadiazina argéntica actúa sólo en la membrana y la pared celular, produciendo sus efectos bactericidas. Ambos componentes, la sulfamida y la plata, son tóxicos selectivamente para las bacterias. La sulfadiazina argéntica es bactericida frente a la mayoría de las bacterias gram-positivas y gram-negativas y también es efectiva frente a levaduras y hongos. Es activa particularmente frente a *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter aerogenes*, *Klebsiella pneumoniae*, *E. coli*, *Serratia sps.*, *Proteus vulgaris*, *Providencia sps*, *Staphylococcus aureus*, *Candida albicans*, *Clostridium perfringens*. La sulfadiazina argéntica puede inhibir bacterias resistentes a otros agentes antimicrobianos y es superior a la sulfadiazina. El nitrate de cerio mejora las bien conocidas propiedades antibacterianas de la sulfadiazina argéntica, ampliando el espectro antimicrobiano y provocando la rápida formación de la escara. **INDICACIONES:** Tratamiento y prevención de infecciones en las quemaduras de segundo y tercer grado. **POSOLOGIA:** Inicialmente se debe lavar y limpiar la herida. Después, con una espátula estéril o con la mano cubierta con un guante estéril, aplicar una capa de 3 mm de grosor sobre la superficie lesionada, cubriéndola con un vendaje adecuado. El vendaje se renovará 1 ó 2 veces/día. En cada cambio de vendaje y reposición del fármaco, se eliminarán primero los restos de la aplicación anterior, lavando previamente la herida con agua hervida tibia o solución isotónica salina. El fármaco no debe ser retirado del régimen terapéutico mientras exista la posibilidad de infección, excepto si se presenta una reacción adversa importante. Es recomendable reservar cada envase para un solo paciente. **CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad conocida a las sulfamidas. Las sulfamidas pueden favorecer el desarrollo de ictericia nuclear ligada a la inmadurez del sistema enzimático. Por esta razón no deberá utilizarse en niños prematuros y recién nacidos menores de dos meses de edad. **PRECAUCIONES:** En pacientes con insuficiencia renal o hepática grave, puede producirse acumulación del producto, al estar disminuida la eliminación. Se evitará en estos casos la aplicación sobre lesiones abiertas. Debido a la falta de información sobre el uso en el embarazo se recomienda sopesar el cociente beneficio/riesgo de su empleo en la mujer embarazada. **INTERACCIONES:** Si se utilizan simultáneamente enzimas proteolíticas por vía tópica, se tendrá en cuenta la posibilidad de inactivación por la plata. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** Dado que es factible la absorción transcutánea, no se puede descartar la posibilidad de que se produzcan los efectos sistémicos propios de las sulfamidas: hematológicos, intestinales, renales y cutáneos. Estos efectos serán más importantes cuando el antiséptico se aplique sobre una superficie extensa bajo vendaje oclusivo o sobre una piel dañada (especialmente quemada). En muy raros casos se ha observado leucopenia que revierte a la normalidad, a veces espontáneamente y siempre al interrumpir el tratamiento. Aunque no se han descrito casos de argirismo, el riesgo no puede ser excluido. Algunos pacientes experimentan sensación de calor después de la aplicación del producto. En general es de corta duración y no requiere tratamiento alguno. En un pequeño número de pacientes se ha observado erupción pero parece estar relacionada con los excipientes (propilenglicol y alcohol cetílico). Aunque el uso de los tratamientos puede inducir metahemoglobinemia, este problema es observado muy raramente en los ensayos clínicos con Flammazine Cerio (menos del 1% de los pacientes, y exclusivamente en pacientes con lesiones extensas). Al retirar la terapia, la metahemoglobinemia desapareció espontáneamente. **INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO:** Si se produjera una absorción masiva del fármaco, debería facilitarse su eliminación por la orina mediante la ingestión de abundantes líquidos bicarbonatados. En caso de cristaluria grave puede ser necesario la cateterización ureteral. **PRESENTACION:** Envase clínico conteniendo 500 g de crema estéril. P.V.P. IVA 3- 2.797 ptas.