

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Síndrome de abstinencia neonatal

Almudena Benítez Florido

Enfermera en el Hospital Comarcal de Melilla.

RESUMEN

Fundamentos: El consumo de drogas durante la gestación es uno de los problemas más relevantes de la sanidad pública, puesto que, provoca graves complicaciones no solo en la madre sino que también el feto, como puede ser el síndrome de abstinencia neonatal.

Métodos: A través de una búsqueda bibliográfica intensiva acerca de este tema en diferentes bases de datos como Medline, Up to date, Cochrane, revistas y páginas científicas se han seleccionado los artículos que han cumplido todos los requisitos de inclusión.

Resultados: Para el diagnóstico del SAN es necesario realizar una valoración y detección precoz del problema, minimizando al máximo las consecuencias en el feto. Además, se muestra la importancia del trabajo en equipo y en especial, el de la enfermería durante todo el proceso.

Conclusiones: En la actualidad, continúan habiendo discordancias en cuanto a la dosis de fármacos para tratar dicho síndrome en neonatos, por ello, esto nos permite abrir nuevas líneas de investigación futuras para unificar así criterios.

Palabras claves: Síndrome de abstinencia neonatal, embarazo, drogas, efectos tóxicos y neonato.

ABSTRACT

Basis: Drug use during pregnancy is one of the most relevant public health problems, since it causes serious complications not only in the mother but also in the fetus, such as neonatal abstinence syndrome.

Methods: Through an intensive bibliographic search on this topic in different databases such as Medline, Up to date, Cochrane, journals and scientific pages, articles that have met all the inclusion requirements have been selected.

Results: For the diagnosis of SAN, it is necessary to carry out an assessment and early detection of the problem, minimizing the consequences on the fetus as much as possible. In addition, it shows the importance of teamwork and especially that of nursing throughout the process.

Conclusions: Currently, there are still disagreements regarding the dose of drugs to treat this syndrome in neonates, the-

refore, this allows us to open new lines of future research to unify criteria.

Key words: Neonatal Abstinence Syndrome, pregnancy, drugs, toxics effects and neonate.

ABREVIATURAS

- LM: Lactancia Materna
- FNASS: Finnegan Neonatal Abstinence Scoring System
- RN: Recién nacido
- SAN: Síndrome de Abstinencia Neonatal
- SNC: Sistema Nervioso Central

INTRODUCCIÓN

Drogas y prevalencia del consumo de drogas

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define las drogas como: "Sustancias de compuestos naturales o sintéticos que genera alteraciones en el sistema nervioso central en funciones como pensamientos, emociones y el comportamiento; según el tipo de sustancia y el consumo de esta puede generar dependencia física, psicológica o ambas"(1).

Esta dependencia puede convertirse en un trastorno crónico y recurrente, caracterizado por la necesidad imperiosa de dicha sustancia y la pérdida de la capacidad de controlar la necesidad de consumo, lo cual, conlleva consecuencias en diferentes planos de la vida (salud, trabajo, familia) (1).

Las drogas se clasifican, en dos grupos, en primer lugar las drogas legales, pueden ser como es el tabaco, alcohol o la cafeína. Por otro lado, se encuentran las drogas ilegales, las cuales, están prohibidas y no pueden ser comercializadas como la cocaína, cannabis o heroína, entre otras (2).

El consumo de drogas tiene un efecto sobre el sistema nervioso central, y según la actividad que provoque, se pueden clasificar en (3):

- **Drogas estimulantes:** son aquellas que producen una activación del SNC, provocando así un aumento de la energía de la actividad motriz. Los usuarios que consumen este tipo de droga refieren sentir sensación de euforia y disminución de fatiga o sueño. Ej: café.
- **Drogas depresoras:** en este caso estas bloquean la actividad del SNC, provocando relajación, sedación, somnolencia. Ej: alcohol o heroína.
- **Drogas perturbadoras:** estas provocan una alteración de la consciencia y generan en el individuo que las consume una falsa percepción de la realidad. Cursa con alucinaciones que pueden ser, de tipo visual, auditiva o táctil. Estas drogas perturbadoras son las drogas de síntesis o alucinógenos.

En referencia a los datos que se tienen sobre el consumo de drogas, el Observatorio Español de las drogas y adicciones informa que según la encuesta EDADES de 2019/2020, las drogas con mayor prevalencia de consumo en la población española de 15-64 años, son el alcohol, el tabaco y los hipnosedantes o con sin recetas, seguidos del cannabis y la cocaína (4).

El alcohol sigue siendo la sustancia más consumida, el 77,2% ha consumido alcohol en los 12 últimos meses, el caso del tabaco el 38,4%, los hipnosedantes 12%, seguido del cannabis el 10,5%, y por último lugar alucinógenos, anfetaminas y éxtasis por debajo del 1%(4).

En cuanto al consumo de sustancias por sexo, es más frecuente el consumo de drogas en hombres que en mujeres, exceptuando los hipnóticos con o sin receta, en el que se encuentran las mujeres en primer lugar (4).

Consumo de drogas en la gestación

El consumo de sustancias adictivas durante el embarazo, es algo que preocupa pero que no se ha podido recabar datos estadísticos suficientes como para analizarlos, ya que, es difícil obtener información por la falta de colaboración (5).

Según la información que se tiene, las mujeres en edad reproductiva consumen, pero en menor medida que los hombres. Existen ciertas características que pueden influir en el consumo de sustancias como: Mayor susceptibilidad biológica, comorbilidad médico-psiquiátrica, aspectos socio familiares y culturales, entre otros (2). Es relevante añadir que esto tiene consecuencias negativas sobre todo si es durante la etapa reproductiva o embarazo, puesto que, las consecuencias son aún mayores para la salud del binomio materno-fetal. Son múltiples las complicaciones que puede conllevar el consumo de sustancias adictivas tanto en el embarazo (parto prematuro, rotura de membranas, muerte fetal), como en el propio recién nacido (síndrome de abstinencia neonatal, bajo peso al nacer, alteraciones neurológicas...) (5).

OBJETIVOS

Objetivo principal

- Realizar una revisión bibliográfica y analizar la información sobre el Síndrome de Abstinencia Neonatal (SAN).

Objetivos específicos

- Dar a conocer qué es el Síndrome de Abstinencia Neonatal.
- Determinar las sustancias que más se consumen y producen dicho síndrome.
- Observar el papel que desempeña la enfermería en el diagnóstico, valoración y tratamiento del Síndrome de Abstinencia Neonatal.
- Conocer los tratamientos disponibles para tratar el síndrome de abstinencia en los neonatos.



Simón Melchor L. Jiménez Sesma ML, Solano Castán J, Simón Melchor A. Síndrome de Abstinencia Neonatal. [Imagen]. 2018 (7).

MATERIAL Y MÉTODOS

Esta revisión bibliográfica se ha llevado a cabo en diferentes bases de datos en las que se ha encontrado información relacionada con el síndrome de abstinencia neonatal.

En cuanto a las bases de datos a las que se recurrió fue Dialnet, Medline, Up to date, Scielo y Cuiden. También se utilizó Google Académico para la búsqueda de artículos científicos. Por otro lado, se ha recurrido a revistas científicas como Revista Pediatría, Revista RQR, Enfermería Comunitaria y Anales de Pediatría, entre otras.

Además, se visitaron páginas webs como Academia de Pediatría Americana, Biblioteca de la Universidad Autónoma de Madrid, o la Stanford Children's Health.

En cuanto a los descriptores DeCS (descriptores en Ciencias de la Salud) que se emplearon para la búsqueda fueron: Síndrome de abstinencia neonatal, embarazo, drogas, efectos tóxicos y neonatos. El operador booleano que se ha utilizado por excelencia ha sido "AND".

Los criterios de inclusión fueron, que hubiesen sido publicados en los últimos cinco años (2016-2021), que estos estuvieran en castellano o en inglés y se pudiera acceder al texto completo, la temática principal de los artículos fuera el síndrome de abstinencia en el neonato y los objetivos marcados en el trabajo.

En relación a los criterios de exclusión, se estableció que se rechazarían si estaban fuera del rango de tiempo establecido, que los artículos no estuvieran ni en castellano ni inglés, que no se pudieran acceder al texto completo o el tema que en cuestión no se encuentre entre la información buscada.

DESARROLLO

Síndrome de abstinencia neonatal

El Síndrome de abstinencia neonatal (SAN) fue descrito por primera vez por Finnegan en 1975, consiste en una complicación que aparece en los hijos e hijas de las madres consumidoras de sustancias adictivas (tabaco, alcohol, cocaína...) tras el nacimiento(2).

Esta complicación se encuentra asociada a un gran espectro de manifestaciones clínicas en el recién nacido (5). Es importante tener en cuenta la sustancia que se consume, ya que, unas tienen más capacidad que otras para cruzar la barrera placentaria, la cantidad, vía de administración, la duración del consumo y en el trimestre en el que se encuentra la gestante (5,6)

A continuación se recogerá en una tabla dichas especificidades, según la droga consumida por la gestante, cuando se iniciaría el Síndrome de Abstinencia Neonatal y la duración del mismo (8):

Tiempo de manifestación		
Droga de abuso	Tiempo de inicio del SAN	Duración del SAN
Opioides	48-72h	6 meses
Alcohol	3-12h	18 meses
Cafeína	24-32h	1-7 días
Nicotina	24-48h	5-15 días
Cocaína	48-72h	7 días
Benzodiazepinas	*	2-8 meses

Fuente: Zapata Díaz JP, Rendón Fonnegra J, Berrouet Mejía. Síndrome de abstinencia neonatal. 2017 (8).

En cuanto a las manifestaciones, que se observan con mayor frecuencia en los recién nacidos que padecen SAN, son las siguientes (2): Irritabilidad, hiperacusia, hiper o hipotonía, reflejo de Moro exagerado, fiebre, bostezos, sudoración, erupciones, congestión nasal, taquipnea, taquicardia, hipo, vómitos, succión excesiva o ineficaz, llanto agudo...

Existen ciertas características de diferentes sustancias que pueden provocar esta complicación en los RN:

- **Opiáceos.** Los opioides son sustancias con un peso molecular bajo, solubles en agua y con una gran afinidad a los lípidos, tiene una gran capacidad para cruzar la placenta por difusión pasiva y la barrera hematoencefálica (8).

Los recién nacidos que se encuentran expuestos a opioides durante su estancia en el vientre materno tienden a padecer trastornos del neurodesarrollo. Además de, bajo peso al nacer y de desarrollar el síndrome de abstinencia (9).

- **Cocaína.** También es una sustancia de bajo peso molecular puede provocar una disminución del riego sanguíneo uterino y por ende, una disminución de la llegada de nutrientes y oxígeno al feto, lo cual, conllevaría a una disminución del tamaño del RN. Otras consecuencias que pueden aparecer son un bajo peso del bebé al nacer, el perímetro cefálico disminuido y malformaciones genitourinarias, cardíacas y del SNC (10).
- **Alcohol.** Esta exposición puede afectar al desarrollo del cerebro del feto, además de: Retraso en el crecimiento intrauterino y retardado posnatal, dismorfismo facial, trastorno del neurodesarrollo estructurales y funcionales.

Este síndrome se asocia a un consumo constante y en grandes cantidades (9).

- **Tabaquismo.** En cuanto al consumo de tabaco en gestantes, se han observado múltiples afecciones durante la gestación y el nacimiento del recién nacido: abortos durante el primer trimestre bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino, parto prematuro, puntuación baja en el test de Apgar, muerte fetal y neonatal(5).

También se han encontrado evidencias de respuesta exagerada bronquial, malformaciones orofaciales y retardo del crecimiento en relación a la talla durante la infancia (5).

- **Cannabis.** En los niños con SAN por esta sustancia aparecen temblores e irritabilidad en la primera infancia y posteriormente, déficit de atención, irritabilidad, alteración en la memoria y gastrosquisis (11).
- **Cafeína.** En relación con los psicoestimulantes cabe mencionar a la cafeína. Según diversos autores se ha analizado que el consumo de hasta 300 mg de cafeína no produce efectos teratógenos importantes en el feto (8).

La información que se tiene del desarrollo de SAN en recién nacidos, es relativamente bajo, pero se debe de sospechar cuando la madre nos informa de que ingiere más de la cantidad recomendada de esta sustancia (8).

Valoración del SAN

Para poder realizar un diagnóstico y valoración adecuada es necesario obtener información veraz a través de la entrevista clínica, la historia clínica materna, pruebas toxicológicas y una exploración física, además para valorar todo aquello, contamos con una serie de escalas disponibles para identificar y valorar este síndrome (2).

En la entrevista, el profesional podrá obtener información sobre el tiempo de exposición a la droga y la cantidad consumida. Lo ideal sería prevenir este consumo durante la gestación y que modificara las conductas de riesgo (12,13).

Es importa que la mujer sea sincera acerca del posible consumo, el personal sanitario debe de crear un clima de confianza y confidencialidad, mostrando a la paciente que no se le va a juzgar nunca (12).

Se ha observado cierto perfil en las madres consumidoras de sustancias durante el embarazo, a continuación se muestran ese perfil (5):

Suelen ser mujeres que no acuden a las revisiones ginecológicas, con signos de adicción, madres que muestran el deseo de abandonar en el hospital al bebé tras dar a luz, historial de enfermedades mentales o abusos físicos, mujeres jóvenes con presión social, factores sociales deteriorados, abortos espontáneos continuados...

En el hipotético caso de aparezca el SAN, es necesario recurrir a las pruebas toxicológicas a las cuales se somete-

rán tanto el recién nacido como la madre, para confirmar la exposición del organismo a la droga mediante la presencia de metabolitos de dicha droga en la sangre de ambos (12,14). Es importante contar con el consentimiento para realizar estas pruebas en la madre. Las pruebas más realizadas son la orina, meconio y cabello (12).

Las muestras de orina son fáciles de obtener, pero estas solo nos detectan el consumo de sustancias a corto plazo, menos de 72h. Por ello, un resultado negativo no nos exime que no haya consumido sustancias anteriormente (15).

En el caso del meconio, solo nos muestra el consumo de sustancias en el 2-3 er trimestre de gestación. Es importante tratar la muestra de manera adecuada puesto que, este es sensible a la luz y a la temperatura y una mala gestión de la muestra puede provocar una alteración en los resultados (15).

El análisis del cabello de la madre nos refleja el consumo de drogas durante un mayor periodo de tiempo, puesto que, estas pueden quedar retenidas en la fibra del cabello. Hay ciertos factores, que pueden influir en los resultados como el color y la textura del cabello, la contaminación y la cantidad de la muestra. A través de esta prueba nos puede detectar el consumo de cocaína, anfetaminas y opiáceos (5,13).

Para realizar el diagnóstico de este síndrome se puede recurrir a diferentes escalas como anteriormente se ha mencionado. La escala más usada es la *Finnegan Neonatal Abstinence Scoring System (FNASS)* (2).

Esta escala cuenta con 31 ítems dividido en 3 sectores: Alteraciones del sistema nervioso central, alteraciones vegetativas y gastrointestinales. Esta escala debe administrarse a las 2h del nacimiento y posteriormente, cada 4h. En el caso de que la puntuación continúe aumentando y esta fuese mayor o igual a 8 en tres valoraciones consecutivas es necesario recurrir al tratamiento farmacológico (13).

Interpretación de resultados (13):

0-7: no síndrome de abstinencia y a partir de 8, existe síndrome de abstinencia en diferentes grados.

Existen otras escalas para valorar el síndrome de abstinencia neonatal como: la *Mother NAS scale (MNS)*, *neonatal withdrawal Inventory (NNWI)*, la herramienta *Ostrea* y la herramienta *Lipsitz* (2).

Tratamiento del síndrome de abstinencia neonatal

El tratamiento, es un punto clave para el bienestar del neonato con SAN, se establecerán medidas no farmacológicas y farmacológicas.

La terapia no farmacológica, es la primera opción a la que deben recurrir los profesionales sanitarios para mejorar los síntomas del SAN, en los casos leves, estas medidas serán suficientes para lograr un estado de bienestar completo en el RN (2).

Estos recién nacidos, presentan hipersensibilidad a los estímulos del entorno, debido a la afectación neurológica que

sufren muchos de ellos por el consumo de las drogas por parte de la madre (13). Ciertas medidas pueden mejorar el confort y el descanso del neonato como: Utilizar luz natural siempre que sea posible y que no incidan directamente sobre el recién nacido, disminuir la exposición a luces, evitar el uso de luces brillantes e intensas y proteger la incubadora con algún protector para evitar el exceso de luz (2,13).

Por otro lado cuando aparece un aumento del ruido, es importante no realizar ruidos intensos, hablar en voz baja y disminuir la exposición a ruidos (reducir la intensidad de las alarmas de los monitores, los tonos del teléfono y cualquier aparato electrónico que pueda emitir sonido), además de silenciarlos lo más pronto posible (2,13).

Cuando el niño presenta llanto persistente e hiperactividad, es necesario no manipular mucho al bebé, realizar movimientos suaves, fomentar el piel con piel, medidas de contención y usar sacarosa al 24%, también como medida analgésica para realizar técnicas invasivas (2,13).

Otro problema que aparece en los niños con SAN es el insomnio y se puede poner en práctica ciertas medidas como sonidos blancos, mantener el pañal limpio y seco, despertar lentamente, evitar colocarlo en decúbito prono por el riesgo de muerte súbita (2,13).

El peso en los neonatos de madres consumidoras de sustancias, también se ve afectado, puesto que, la ganancia ponderal es inadecuada, aparecen también dificultades en la alimentación, por la hiperactividad y los síntomas gastrointestinales (16,17).

Además, se ha evidenciado que la lactancia materna favorece a la disminución de síntomas del SAN, por ende, menor necesidad de tratamiento farmacológico así como la estancia hospitalaria se acorta. La LM es compatible con el tratamiento con metadona y buprenorfina, y solo está contraindicada si la madre continua consumiendo sustancias (13,15,17).

También aparecen los problemas a nivel respiratorio, como la congestión nasal o el distrés respiratorio, algunas recomendaciones para paliar estos efectos son (2): Mantener las vías respiratorias limpias, evitar el exceso de ropa y que esta sea apretada, alimentación con periodos de descanso, entre otras.

En el caso de la taquicardia, taquipnea y apneas es necesario monitorizar al RN (2).

Aparecen también diversas intervenciones de apoyo como el método canguro, chupetes, musicoterapia, uso de camas de agua, acupuntura o masajes, los cuales tienen un efecto positivo en el recién nacido (13).

En cuanto al tratamiento farmacológico, este debe instaurarse cuando el estado del neonato no mejora tras las medidas de soporte o aumento de la sintomatología. La elección del tratamiento se basará en la intensidad de los signos y síntomas y el fármaco será similar al causante de la abstinencia. Este se irá ajustando con el paso del tiempo, la clínica y las valoraciones a través de las escalas (15,16).

En primer lugar, la *morfina* es el medicamento que se utiliza para el síndrome de abstinencia por opiáceos con mayor frecuencia. La administración de este ayuda a reducir las convulsiones y la agitación en el RN (15). La dosis inicial es de 0,05-0,2 ml/kg por vía oral, si no mejora se puede aumentar la dosis hasta 0,8-1,5 ml/kg (2).

La alternativa a la morfina, es la *metadona*. Es un agonista sintético del receptor de los opioides. Se puede administrar vía oral, intramuscular o intravenosa con una dosis de 0,05-0,1 mg/kg/dosis (2). Este fármaco también se utiliza para la abstinencia por opiáceos. Una desventaja que tiene dicho fármaco es que contiene etanol (15).

Por otro lado, es necesario mencionar a la *buprenorfina*, una nueva línea de tratamiento para el SAN, su vía de administración es la sublingual. La dosis de administración es de 4-5 µg/kg cada 8h, este favorece a una disminución de la duración del tratamiento y de la hospitalización. Una desventaja es la gran cantidad de etanol que contiene (15).

Entre los fármacos de segunda línea es necesario mencionar:

El *fenobarbital* se utiliza para la abstinencia neonatal provocado por diversas sustancias. Se usa como coadyuvantes para el tratamiento con morfina o metadona. Se usa además para sintomatología del SAN como: Convulsiones, irritabilidad o insomnio (8). La dosis es un elemento de controversia entre diferentes autores el rango varía entre 15-20 mg/kg hasta 5 mg/kg en la dosis inicial y 5-8 mg/kg a 3-5 mg/kg para el mantenimiento (2).

Otro fármaco, es la *clonidina*. Su dosis de comienzo es de 0,5-1 µg/kg seguido de 0,5-1,25 µg/kg cada 4-6h por vía oral. Es útil para el síndrome de abstinencia a no opiáceos. Este fármaco tiene muchos efectos secundarios (hipotensión, bradicardia o alteraciones del ciclo del sueño) (12).

La *dexmedetomidina* también se utiliza como fármaco coadyuvante, su dosis es de 10-300 µg/kg administrado vía intravenosa, la ventaja es que este fármaco no causa depresión respiratoria (2).

El diazepam se encuentra actualmente en desuso (12).

DISCUSIÓN

A través de la revisión bibliográfica, se ha podido observar la importancia que recalcan todos los autores sobre la prevención del consumo de sustancias en mujeres embarazadas, y las múltiples complicaciones que provoca este hábito tóxico sobre el feto. Sin embargo, en cuanto al tratamiento y a las dosis que se deben de administrar de los diferentes fármacos es un punto de debate entre los diferentes autores, puesto que, cada uno de ellos pautan una dosis diferente.

CONCLUSIONES

1. El consumo de sustancias y en especial, en las mujeres gestantes es un problema de salud pública, que se encuentra en auge en la sociedad española.
2. Tras la revisión de datos y estadísticas, se ha observado una falta de análisis sobre el consumo de sustancias en

mujeres embarazadas y datos epidemiológicos por diversos motivos.

3. Debido al incremento de la incidencia de gestantes consumidoras, se ve necesario establecer un mayor número de programas de prevención del consumo de sustancias en mujeres en edad fértil.
4. La importancia de realizar una valoración y un diagnóstico precoz para evitar posibles complicaciones haciendo uso de los recursos sanitarios disponibles.
5. La importancia del trabajo del equipo interdisciplinar en estas circunstancias y el papel fundamental de la enfermería en el tratamiento de soporte y farmacológico para los niños con SAN.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de Salud, Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de Salud; [17 de diciembre 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>
2. Viveros Díez L. Cuidados de enfermería en el síndrome de abstinencia neonatal. Universidad de Valladolid. Facultad de enfermería de Valladolid. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/42061>
3. Valdés Iglesia AJ, Vento Lezcano CA, Hernández Martínez D, Álvarez Gómez AE, Díaz Pita G. Drogas, un problema de salud mundial. Revista Universidad Médica Pinareña [Internet]. 2018 [20 de diciembre 2021]; 14(2): 168-183. Disponible en: <http://galeno.pri.sld.cu/index.php/galeno/article/view/538>
4. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Estadística 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021. Disponible en: ESTADÍSTICAS 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España (sanidad.gob.es)
5. Menéndez García X, Álvarez García N, García Rodríguez M^aJ. Sustancias adictivas y embarazo: Cuidados de enfermería a la mujer embarazada y al recién nacido para minimizar sus efectos. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2018 Mayo; 6 (2): 34-49.
6. Lozano Dominguez MM, Vargas Aguilar GM, Trufiño Gavidia CM, Mielles Moreira ME. Cuidados de enfermería en la atención a neonatos con síndrome de abstinencia. Recimundo. 2018;2: 611-27.
7. Simón Melchor L, Jiménez Sesma ML, Solano Castán J, Simón Melchor A. Síndrome de Abstinencia Neonatal.[Imagen]. España: Enfermería Buenos Aires, 2018. 1 fotografía en color. Disponible en: <https://enfermeriabuenosaires.com/sindrome-de-abstinencia-neonatal/>
8. Zapata Díaz JP, Rendón Fonnegra J, Berrouet Mejía. Síndrome de abstinencia neonatal. Pediatr. 2017; 50 (2): 52-57.

9. Reche Torrecillas DM, Ureña Gálvez SD, Membrilla Beltrán L. Efectos tóxicos del consumo. Las drogas en la gestación. Paraninfo Digital, 2018; XII (28): e 113.
10. Londoño J, Aristizábal LC. Revisión narrativa. Complicaciones en la madre, feto y neonato, derivadas del consumo de cocaína durante la gestación. Med U.P.B. 2016;35(1): 24-31. Disponible en:10.18566/medupb.v35n1.a04
11. Pascale A, Laborde A. Efectos del consumo de cannabis durante el embarazo y la lactancia. Arch Pediatr Urug. 2019; 90 (3): 161-168.
12. McQueen K, Murphy-Oiker J. Neonatal Abstinence Syndrome. N Engl Med [Internet] 2016 [citado 20 de diciembre de 2021]. 375: 2468-2479. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1600879>
13. Aguado Jiménez AC, García Calavia P, Gómez Duro A, Jáuregui Velázquez C. Manejo de la enfermería en el síndrome de abstinencia neonatal. Rev Ocronos [Internet] 2020. [citado 20 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://revistamedica.com/enfermeria-sindrome-de-abstinencia-neonatal/>
14. Stanford Children's Health. Síndrome abstinencia neonatal [Internet]. Santford Childrn's Health.2021[citado el 20 de diciembre 2021]. Disponible en: Neonatal Abstinence Syndrome (stanfordchildrens.org)
15. Centeno González M. Cuidados de enfermería en el síndrome de abstinencia. Universidad de Cantabria. Facultad de enfermería de Cantabria. Disponible en: https://core.ac.uk/display/225316334?utm_source=pdf&utm_medium=banner&utm_campaign=pdf-decoration-v1
16. Jansson LM, Patrick SW. Neonatal Abstinence Syndrome. Pediatr Clin North Am [Internet]. 2019;66(2):353-67. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2018.12.0>
17. Wachman EM, Schiff DM, Silverstein M. Neonatal Abstinence Syndrome: Advances in diagnosis and treatment. JAMA [Internet]. 2018 abr [citado 21 dic 2021];319(13):1362-74. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1001/jama.2018.264>

+ Publicación Tesina
(Incluido en el precio)



Máster en atención de enfermería en las unidades de cuidados intensivos



1500
HORAS
60
ECTS