



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA

CARRERA DE ENFERMERÍA

Dimensión Práctico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de Licenciado(a) en Enfermería

TEMA DEL CASO CLÍNICO

Proceso de Atención de Enfermería en neonato con diagnóstico de Síndrome de Abstinencia Neonatal, perteneciente al área CIN en el Hospital General Guasmo Sur

AUTOR

Ledesma Serrano Anthony Nestor

TUTOR

Lic. Jimenez Suarez Reyna Maritza, MSc.

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2019

ÍNDICE GENERAL

| | |
|---|-----|
| DEDICATORIA | I |
| AGRADECIMIENTO | II |
| TÍTULO DEL CASO CLINICO | III |
| RESUMEN | IV |
| ABSTRACT | V |
| INTRODUCCIÓN | VI |
| I. MARCO TEÓRICO..... | 6 |
| 1.1 Justificación | 6 |
| 1.2 Objetivos | 7 |
| 1.2.1 Objetivo general..... | 7 |
| 1.2.2 Objetivos específicos..... | 7 |
| 1.3 Datos generales..... | 8 |
| II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO..... | 9 |
| 2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente..... | 9 |
| 2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis). | 9 |
| 2.3 Examen físico (exploración clínica) | 10 |
| 2.4 Información de exámenes complementarios realizados | 12 |
| 2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo | 15 |
| 2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar..... | 15 |
| 2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales | 18 |
| 2.8 Seguimiento | 19 |
| 2.9 Observaciones | 22 |
| CONCLUSIONES | 23 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | |
| ANEXOS | |

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi madre que es mi ejemplo a seguir y ha sido mi guía en los momentos más duros y en los más felices también, por su dedicación y todo su amor. A mi padre y a mis hermanos por su apoyo incondicional, a mi familia por brindarme su ayuda moral y económica para poder culminar con éxito mis estudios universitarios. A mis amigos y cada una de las personas que fueron parte importante a lo largo de mi carrera.

Anthony Nestor Ledesma Serrano

AGRADECIMIENTO

Con gran aprecio agradezco a mi alma mater Universidad Técnica de Babahoyo y a la escuela de Enfermería. A las autoridades y a cada uno de los docentes que arduamente dedican su tiempo y esfuerzo a la consolidación de nuevos conocimientos en los estudiantes, motivándolos día a día a ser profesionales de calidad y excelencia.

Por ultimo quiero agradecer a mi tutora, la cual que me ha guiado en este proceso de titulación, y a cada una de las instituciones que abrieron sus puertas permitiéndome poner en practica mis conocimiento teóricos adquiridos a lo largo de mi carrera.

Anthony Nestor Ledesma Serrano

TÍTULO DEL CASO CLINICO

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN NEONATO CON
DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE ABSTINENCIA NEONATAL,
PERTENECIENTE AL ÁREA CIN EN EL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR**

RESUMEN

El Síndrome de abstinencia neonatal se define como un conjunto de síntomas que experimenta el recién nacido tras la retirada de drogas que causan adicción. Actualmente el consumo de sustancias de abuso es uno de los problemas sanitarios más importantes de nuestra sociedad. El consumo de drogas por parte de las mujeres embarazadas es una situación relativamente frecuente e implica graves secuelas para los recién nacidos.

La intensidad de la clínica, su momento de inicio y su duración, depende de la sustancia o sustancias que la madre haya consumido, de su patrón de uso, de la cantidad consumida y de la última dosis recibida.

Se caracteriza por signos de hiperexcitabilidad del sistema nervioso central (irritabilidad, hiperactividad, hipertoniá, temblor, llanto agudo, lesiones cutáneas de rascado, convulsiones), vegetativos (sudoración, bostezos, hipersecreción mucosa, hipertermia, exantemas fugaces), digestivos (regurgitaciones y vómitos, apetito voraz o rechazo del alimento, diarrea de difícil tratamiento) y respiratorios (estornudos, congestión nasal, taquipnea con o sin distrés). Su tratamiento consiste en medidas de soporte y tratamiento farmacológico.

Palabras clave: Neonato, Síndrome de Abstinencia, Opioide, Irritabilidad, Cuidados de Enfermería.

ABSTRACT

Neonatal abstinence syndromes defined as a group of symptoms experienced by the newborn after the withdrawal of addictive drugs. Currently substance abuses one of the most important health problems in our society. Drug abuse by pregnant women is a relatively common condition and involves serious consequences for newborns.

The intensity of the clinic, its time of onset and its duration, depends on the substance or substances that the mother has consumed, its pattern of use, the amount consumed and the last dose received.

It is characterized by signs of hyperexcitability of the central nervous system (irritability, hyperactivity, hypertonia, tremor, acute crying, skin lesions scratching, convulsions), vegetative (sweating, yawning, mucous hypersecretion, hyperthermia, fleeting rashes), digestive (regurgitation and vomiting, voracious appetite or rejection of food, diarrhea difficult to treat) and respiratory (sneezing, nasal congestion, tachypnea with or without distress). Its treatment consists of support measures and pharmacological treatment.

Key words: Neonate, Abstinence Syndrome, Opioid, Irritability, Nursing Care.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de abstinencia neonatal es el conjunto de manifestaciones clínicas presentado por recién nacidos expuestos a opioides durante su vida intrauterina, caracterizado por la hiperactividad del sistema nervioso central y autónomo y el tracto gastrointestinal.

Debido a la supresión de la historia clínica por parte de la madre, a menudo se pasa por alto el diagnóstico de síndrome de abstinencia neonatal. Suele aparecer en el 60-70 % de los recién nacidos de madres adictas y se inicia entre las 4 y las 24 horas de vida. Al nacer, la dependencia del neonato a la sustancia consumida por la madre continúa y debido a la ausencia de la droga en el sistema circulatorio, el SNC del recién nacido se hiperestimula, dando lugar a los síntomas de abstinencia.

La exposición intrauterina a las drogas por parte de las madres no es un hallazgo poco común en nuestra sociedad. Según la (OMS, 2018). A nivel mundial el consumo de drogas se ha convertido en un problema de salud pública afectando a varios grupos prioritarios, entre los cuales observamos la participación de la mujer embarazada con un gran porcentaje que oscila entre el 5% y 8% del total de consumidores de estas.

El presente estudio se llevó a cabo teniendo la finalidad de aplicar el proceso de atención de enfermería en un neonato de sexo femenino con diagnóstico: síndrome de abstinencia neonatal; del área CIN, en el Hospital General Guasmo Sur.

I. MARCO TEÓRICO

SÍNDROME DE ABSTINENCIA NEONATAL

El Síndrome de abstinencia neonatal se define como un conjunto de síntomas que experimenta el recién nacido. El cese brusco del aporte de algunas sustancias de abuso al recién nacido en el momento del parto, al cortar el cordón umbilical, hace que el niño pueda iniciar, en las horas o días siguientes, un cuadro de deprivación aguda de dichas sustancias. Descrito clásicamente para los opiáceos, actualmente también se considera el síndrome de abstinencia neonatal para las benzodiazepinas y para otras drogas.

La intensidad de la clínica, su momento de inicio y su duración, depende de la sustancia o sustancias que la madre haya consumido, de su patrón de uso, de la cantidad consumida y de la última dosis recibida.

Se puede dividir la clínica en tres grandes grupos:

1. Irritabilidad de SNC: Los recién nacidos presentan temblores, sueño escaso o fragmentado, llanto frecuente y agudo, hipertonia, reflejos hiperactivos, bostezos, estornudos e, incluso, pueden llegar a presentar convulsiones.
2. Disfunción gastrointestinal: Los niños tienen dificultades para su alimentación, con succión incoordinada, vómitos, diarrea, deshidratación, escasa ganancia ponderal y otros problemas relacionados.
3. Signos autonómicos: Pueden presentar taquicardia, taquipnea, cianosis, sudoración profusa, congestión nasal, fiebre, piel moteada o inestabilidad térmica, sin causa aparente.

Medio de diagnóstico

1) Historia Clínica: investigar antecedentes de consumo, el tipo de droga, el tiempo de exposición y la cantidad son las preguntas que frecuentemente se deben

realizar. Sospechar ante puérperas que desean abandonar el hospital inmediatamente tras el parto, madres con signos de adicción, y aquellas que reclaman medicación de forma frecuente y en grandes dosis.

2) Pruebas de Laboratorio:

- Inmunoensayos: arroja más falsos positivos y menos negativos.
- Orina: se puede realizar en la madre y en el neonato. Refleja la exposición a la droga en los últimos días antes del nacimiento.
- Meconio: es fácil de obtener y nos indica el uso de drogas después del tercer trimestre hasta tres días después del parto.
- Cabello: se puede realizar en el neonato y en la madre, es la prueba más sensible. El cabello crece aproximadamente 1 a 2 cm por mes y se segmenta; da información del abuso de drogas durante todo el embarazo.

3) Otros estudios: Escala o Test de Finnegan

- Es el primer sistema de puntuación para el SAN, valora el control evolutivo del recién nacido posterior a recibir tratamiento y el más utilizado.
- Diagnóstico diferencial: Se debe descartar otras patologías como: Infección (sepsis neonatal), hipoglicemia, hipocalcemia, crisis convulsivas, entre otros.

Tratamiento

El tratamiento del síndrome de abstinencia agudo se divide en dos partes: el tratamiento de soporte no medicamentoso y el tratamiento farmacológico. Ambos son complementarios y no se debe utilizar el segundo sin haber iniciado el primero. Como norma general, la decisión sobre el inicio del tratamiento farmacológico se realizará de forma individual en cada caso.

El tratamiento inicial o de soporte consiste en medidas no farmacológicas encaminadas a disminuir la clínica de ansiedad del niño. Entre estas medidas están la disminución de la estimulación sensorial al niño, evitando ruidos y luces intensas, la alimentación con leche hipercalórica a pequeñas y frecuentes tomas, el acunarlo o mecerlo, evitar los cambios de temperatura. El objetivo del tratamiento farmacológico es tratar los síntomas del SAN, y disminuir las complicaciones.

Indicaciones del tratamiento:

- Cuando la terapia de soporte no puede controlar los síntomas
- Cuando el promedio de tres valoraciones de Finnegan suman 8 o más
- Cuando dos valoraciones consecutivas tienen puntuaciones de 12 o más.

El tratamiento de SAN se basa en la evidencia anecdótica o experiencia del profesional en estos casos, ya que el valor de la escala de Finnegan no debe tratarse como un valor definitivo para el tratamiento.

Basándonos en el protocolo de atención en intoxicación aguda por opioide y SAN del Ecuador el tratamiento de elección es la Morfina cuando se abusa de una droga, sin embargo cuando existe abuso de múltiples sustancias la segunda alternativa es el Fenobarbital o ambos.

El tratamiento con Morfina se realiza dependiendo de la sintomatología del paciente y de acuerdo a la Escala de Finnegan con una puntuación mayor a 8. Es decir que la dosis puede aumentar cada 4 horas desde el inicio de los síntomas hasta que estos disminuyan en frecuencia y cesen. Posteriormente se realiza la reducción con una disminución de la dosis al 10% de la última dosis que fue administrada.

Como norma general, se comienza con fenobarbital a 5 mg/kg/día, en dos dosis. Desde esta dosis, vamos subiendo o bajando según sea necesario. Para valorar su efectividad, utilizamos el test de Finnegan.

1.1 Justificación

El uso de sustancias de abuso es una problemática creciente en la población mundial, siendo el principal factor de riesgo para que se presente el síndrome de abstinencia neonatal, una enfermedad que genera grandes retos en la práctica clínica.

En Ecuador, según la Organización de los Estados Americanos, es alta la tendencia de crecimiento del consumo de drogas, por lo menos, 25% de consumidores son mujeres, mientras que el 12% de ellas son gestantes (OEA, 2013). Se estima que uno de cada diez recién nacidos vivos puede haber estado expuesto a drogas durante el período intrauterino. El conocimiento de la clínica, la valoración de las manifestaciones y los cuidados de enfermería que se prestan a estos neonatos contribuyen de manera importante al bienestar del recién nacido y por tanto a su recuperación.

Al pertenecer las mujeres embarazadas y los recién nacidos con síndrome de abstinencia a dos de los grupos prioritarios de mayor importancia para el desarrollo social del país, se estaría garantizando el buen vivir de la sociedad local, a través del fortalecimiento de las intervenciones de enfermería para este grupo prioritario, de conformidad con el primer objetivo del Plan Nacional de Desarrollo.

La misión del personal de enfermería gira alrededor de los cuidados, por ello se puede afirmar que Enfermería es la ciencia del arte de cuidar la salud y el bienestar de las personas, por ello es de suma importancia la elaboración del Proceso de Atención de Enfermería de acorde a las necesidades presentadas por el paciente bajo cuidado.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Desarrollar el Proceso de Atención de Enfermería en un neonato con diagnóstico de síndrome de abstinencia neonatal, perteneciente al área CIN en el Hospital General Guasmo Sur.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar los principales problemas o necesidades del paciente
- Elaborar un plan de cuidados basándose en la taxonomía NANDA, NIC Y NOC.
- Evaluar resultados obtenidos al aplicar los cuidados de enfermería en el paciente.

1.3 Datos generales

Nombres y Apellidos: NN

Fecha de nacimiento: 07/04/2019

Sexo: Femenino

Raza: Mestizo

Lugar de nacimiento: Guayaquil

Lugar de Residencia: Guayaquil

Nivel sociocultural/económico: Medio

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

Neonato que cursa 15 horas de vida, en el área de alojamiento conjunto del Hospital General Guasmo Sur, con un cuadro clínico de taquipnea y taquicardia, retracciones intercostales bajas, irritable, eutérmico, normoglicémico, deshidratado. Se solicita cupo al área CIN.

Antecedentes prenatales

Madre de 21 años de edad. Con gestas: 0 partos: 0 cesárea: 0 abortos: 0. Diagnóstico: embarazo de 40.3 semanas de gestación + trabajo de parto + compromiso de bienestar (líquido teñido). Controles: 6 en CS. Cisne 2. Refiere fístula 2 semanas e infección de vías urinarias y leucorreas tratadas y no curadas.

Antecedentes posnatales

Sexo femenino, obtenido por cesárea. Membranas rotas, líquido amniótico teñido ++ cantidad escasa, clampeo del cordón umbilical a los 3 minutos. Apgar 8-9-9. Valorado en 39.2 semanas de gestación por escala de Capurro. Antropometría al nacer: peso 3.109 g; talla 50cm; pc 34cm; pt 34cm; pa 33.5cm.

2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).

Se recibe a neonato de sexo femenino del área de alojamiento conjunto, cursando +/- 18 horas de vida. Quien en el área de referencia presenta taquipnea, taquicardia, retracciones intercostales bajas, eutérmico, normoglicémico, llenado capilar de 3-

4", test de Finnegan de 7. Madre poco colaboradora, niega antecedentes de consumo, refiere fistula amniótica de 1 semana.

Al momento de ingreso, en condiciones clínicas de cuidado. Dentro de su evolución y abordaje, se cita:

- Neurológico: Irritabilidad, taquipnea, succión con avidez, clínica sugestiva de síndrome de abstinencia por lo que se indica dosis de fenobarbital (5mg/kg/dosis).
- Respiratorio: Se indica requerimientos de O2 suplementario por medio de cánula por Blender.
- Digestivo: Sin datos de alarma abdominal, se suspende alimentación de leche materna, se inicia alimentación con leche de banco hasta obtener exámenes maternos (panel de drogas).
- Infeccioso: Esquema antibiótico de primera línea, con dosis a cobertura de SNC.

2.3 Examen físico (exploración clínica)

Signos vitales

- PA: 69/45 mmHg
- FC: 148 x min
- FR: 48 x min
- T°: 36.5 °C
- SatO2: 98 %

Valoración céfalo caudal

- Cabeza: Normocefalo.

- Cuello: Móvil, no masas, no adenopatías. Clavículas indemnes.
- Tórax: Tiraje intercostal bajo.
- Abdomen: Blando depresible, no se palpa visceromegalias, no masas.
- Cordón umbilical: Nacarado, dos arterias una vena.
- Genitales: Femenino, no sinequias.
- Ano: Esfínter anal visible. En posición correcta.
- Columna: Móvil, simétrica.
- Extremidades: Simétricas, no edema. Moro hiperactivo, temblores finos.

Valoración por patrones funcionales

- **Patrón 1. Percepción de la Salud**
Madre poco colaboradora a interrogatorio, neonato presenta signos de abstinencia
- **Patrón 2. Nutricional / Metabólico**
Lactancia materna interrumpida, se inicia alimentación con leche de fórmula, 25ml cada 3 horas por succión.
- **Patrón 3. Eliminación.**
Presencia de diuresis y heces. Presencia de vómitos.
- **Patrón 4. Actividad / Ejercicio**
Se ha evidenciado irritabilidad y dificultad respiratoria.
- **Patrón 5. Sueño / Descanso**
Dificultad para conciliar el sueño.
- **Patrón 6. Cognitivo / Perceptivo**
Activo, reactivo, signos de irritabilidad. Se indica valorar Finnegan.
- **Patrón 7. Autopercepción / autoconcepto**
No refiere.
- **Patrón 8. Rol / Relaciones**
Madre hospitaliza, padre permanece en sala de espera.
- **Patrón 9. Sexualidad / Reproducción**
No refiere por su edad
- **Patrón 10. Afrontamiento / Tolerancia al Estrés**

Interrupción de lactancia materna por consumo sustancias (Opioide). Permanece en termocuna abierta, separado de la madre. Manipulación mínima indicada debido a presencia de irritabilidad. Se evidencia taquipnea y bradicardia.

- **Patrón 11. Valores / Creencias**

Familiares católicos.

2.4 Información de exámenes complementarios realizados

Panel de drogas (madre)

| TOXICOS | RESULTADOS |
|----------------------------|-------------------|
| COCAÍNA | NEGATIVO |
| CANABINOIDES | NEGATIVO |
| ANFETAMINAS | NEGATIVO |
| FELICICLIDINA | NEGATIVO |
| BENZODIACEPINAS | NEGATIVO |
| OPIOIDE | POSITIVO + |
| BARBITÚRICOS | NEGATIVO |
| ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS | NEGATIVO |

Paciente: Lopez Vaca Rn
 F. Orden: 07/04/2019 19:31:31
 U. Medica: HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR
 Médico: Administrador Administrador

Cédula: KA1LOV09201904071
 Turno: 1190407429
 Edad: 0 años
 Género: MUJER

Resultados

Smt

| Examen | Resultado | Unidad | Rango Referencial |
|-----------------|-----------|--------|-------------------|
| GRUPO SANGUINEO | | | |
| FACTOR RH | POSITIVO | | |
| GRUPO SANGUINEO | O | | |

* Muestra Adecuada.

Serologia

| Examen | Resultado | Unidad | Rango Referencial |
|-----------|--------------------------------|--------|-------------------|
| SEROLOGIA | | | |
| VDRL | NEGATIVO (PARA ANTICUERPOS) | | |

* Muestra Adecuada.

Hematología

| Examen | Resultado | Unidad | Rango Referencial |
|------------------|-----------|-----------------------|-------------------|
| HEMOGRAMA | | | |
| Leucocitos | 8.72 | 10 ³ /uL | 4 - 12 |
| Hematies | 4.65 | x 10 ⁶ /μL | 3.5 - 5.2 |
| Hematocrito | 44.0 | % | 42 - 60 |
| Hemoglobina | 15.4 | g/dl | 12 - 16 |
| MCV | 94.8 | fL | 80 - 100 |
| MCH | 33.1 | pg | 27 - 34 |
| MCHC | 35.0 | g/dl | 31 - 37 |
| RDW-CV | 14.7 | % | 11 - 16 |
| RDW-SD | 50.4 | fL | 35 - 56 |
| Plaquetas | 220 | 10 ³ /uL | 100 - 300 |
| VPM | 9.5 | fL | 6.5 - 12 |
| Neutrofilos% | * 71.6 | % | 50 - 70 |
| Linfocitos% | 21.0 | % | 20 - 40 |
| Monocitos% | 7.0 | % | 3 - 10 |
| Eosinofilos% | * 0.3 | % | 0.5 - 5 |
| Basofilos% | 0.1 | % | 0 - 1 |
| Neutrofilos# | 6.25 | 10 ³ /uL | 2 - 8 |
| Linfocitos# | 1.83 | 10 ³ /uL | 0.8 - 7 |
| Monocitos# | 0.61 | 10 ³ /uL | 0.12 - 1.2 |
| Eosinofilos# | 0.02 | 10 ³ /uL | 0.02 - 0.8 |
| Basofilos# | 0.01 | 10 ³ /uL | 0 - 0.1 |

Bioquímica Sanguínea

| Examen | Resultado | Unidad | Rango Referencial |
|-----------------------------|-----------|--------|-------------------|
| BIOQUÍMICA SANGUÍNEA | | | |
| PCR Cuantitativo | 0.25 | mg/L | Hasta 10 mg/L |
| Glucosa | * 89 | mg/dl | 40 - 60 |
| ENZIMAS | | | |
| TGO (AST) | * 42.2 | U/L | 0.1 - 39.9 |
| TGP (ALT) | 7.9 | U/L | 0.1 - 32.9 |

* Muestra Adecuada.

| ELECTROLITOS | | | |
|---------------------|-------|--------|-----------|
| SODIO | 136 | mmol/L | 136 - 145 |
| POTASIO | * 2.4 | mmol/L | 3.5 - 5.1 |
| CLORO | 106 | mmol/L | 98 - 107 |

* Muestra Adecuada.

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

- Diagnóstico presuntivo: Riesgo sepsis temprana.
- Diagnóstico diferencial: Abstinencia por exposición a sustancias.
- Diagnóstico definitivo: Síndrome Abstinencia neonatal.

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar

En la valoración clínica por patrones funcionales aplicados al paciente neonato se reflejan los siguientes patrones alterados:

- Afrontamiento / Tolerancia al Estrés
- Nutricional / Metabólico

NANDA: 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés
NOC: Salud fisiológica
NIC: (3) Conductual

00116 Conducta desorganizada del lactante

R/C: Exposición a sustancias (opioides).

E/P: Bradicardia, taquicardia, Irritabilidad

M
E
T
A
S

Dominio II: (2) SALUD FISIOLÓGICA

Clase: J-NEUROCOGNITIVA

Etiqueta: 0909 ESTADO NEUROLÓGICO

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

Campo: (3) CONDUCTUAL

Clase: O-TERAPIA CONDUCTUAL

Etiqueta: 4514 TRATAMIENTO POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS: RETIRADA DE LAS DROGAS

ESCALA DE LIKERT

| INDICADORES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------------------|---|---|---|---|---|
| Bradicardia | | | X | | |
| Taquicardia | | | X | | |
| Irritabilidad | X | | | | |
| Patrón de sueño-descanso | | X | | | |

- ACTIVIDADES**
- Monitorizar los signos vitales.
 - Monitorizar los sistemas respiratorio y cardíaco.
 - Monitorizar los síntomas de abstinencia.
 - Proporcionar tratamiento sintomático.
 - Administrar medicamentos (Fenobarbital), siendo conscientes de la tolerancia cruzada.
 - Proporcionar una nutrición adecuada
 - Mantener un entorno de baja estimulación.
 - Brindar apoyo a la familia o allegados, según corresponda.
 - Instruir al paciente y la familia sobre el proceso de consumo de drogas y la dependencia.

NANDA: 2 Nutrición
 NOC: II Salud fisiológica
 NIC: 1. Fisiológico: básico

(00105) INTERRUPCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

R/C: Contraindicaciones para la lactancia materna

E/P: Enfermedad de la madre (drogodependencia)

Dominio II: SALUD FISIOLÓGICA

Clase: K-DIGESTIÓN Y NUTRICIÓN

Etiqueta: 1016 ESTABLECIMIENTO DE LA ALIMENTACIÓN CON BIBERÓN: LACTANTE

Campo: 1. FISIOLÓGICO: BÁSICO

Clase: D-APOYO NUTRICIONAL

Etiqueta: 1160 MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL

ESCALA DE LIKERT

| INDICADORES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Reflejo de succión | | | X | | |
| Capacidad para ingerir la leche o fórmula del biberón | | | X | | |
| Tolerancia a la alimentación | | X | | | |
| Vómitos | | | X | | |

ACTIVIDADES

- Pesar al paciente.
- Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso.
- Observar la presencia de náuseas y vómitos.
- Evaluar la deglución.
- Identificar las anomalías de la defecación.
- Terapia intravenosa.
- Balance hídrico.
- Vigilar datos de alarma abdominal.

M
E
T
A
S

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales

El presente proceso de atención de enfermería está fundamentado con el modelo de Virginia Henderson, el cual establece 14 necesidades básicas. De acuerdo con este modelo, la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí.

Define la enfermería como la “asistencia al individuo tanto sano como enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o su recuperación o a lograr una muerte digna; actividades que realizaría por él mismo si tuviera la fuerza, el conocimiento o la voluntad necesarias, con la finalidad de que le ayude a ganar la independencia”.

Henderson identifica tres niveles de función de enfermería:

- Sustituta: la función es compensatoria, proporcionando aquello de lo que carece el paciente.
- Ayudante: diseña las intervenciones clínicas.
- Compañera: construye una relación terapéutica con el paciente y actúa como miembro del equipo de salud.

Virginia Henderson abogó por el desarrollo de un plan de cuidados enfermero por escrito.

2.8 Seguimiento

Día 1

Se recibe producto único, sexo femenino, obtenido por cesárea. Membranas rotas, líquido amniótico teñido ++ cantidad escasa, clampeo del cordón umbilical a los 3 minutos. Apgar de 8 al minuto de vida, 9 a los 5 minutos y 9 a los 10 min. Valorado en 39.2 semanas de gestación por escala de Capurro. Antropometría: peso 3.109 g; talla 50cm; pc 34cm; pt 34cm; pa 33.5cm. Signos vitales: FC: 148 lpm; FR: 48 x min; T: 36.5 °C; SatO2: 94%.

Neonato en buenas condiciones clínicas generales, se mantiene con suficiencia cardiorrespiratoria, buena adaptación al medio extrauterino, permanece en apego materno. Se indica:

- Apego precoz inmediato
- Fitomenadiona 1mg IM Stat.
- Vacuna para Hepatitis B 0.5cc IM
- BCG ID Stat
- Profilaxis oftálmica.
- Grupo sanguíneo y factor Rh + VDRL
- Fomentar lactancia materna
- Alojamiento conjunto

Día 2

Neonato en condiciones clínicas graves, irritable, taquipnea, taquicardia, con retracciones intercostales bajas, eutermia, normoglicemia, aparentemente deshidratado, Finnegan valorado en 7. Signos vitales del neonato al momento: T°: 36.9°C; FC: 190xmin; FR: 75xmin; TA: 60/32mmHg.

Madre no colabora con el interrogatorio, niega antecedentes de consumo, refiere fistula amniótica de 1 semana, con score de sepsis en la analítica de laboratorio. Se sospecha de sepsis temprana y de abstinencia neonatal, se indica canalizar vía periférica, pasar carga de solución salina a 10ml/kg, soporte de oxígeno de alto flujo (al momento no disponible) por lo que se coloca soporte de bajo flujo a 3lt x min, inicio de antibioticoterapia de primera línea a dosis de neuroinfección, mantener eutermia, con monitorización continua.

Se indica:

- Control de signos vitales
- Control de glicemia
- Pasar bolo de solución salina 31cc en 1 hora
- Ampicilina 321mg IV cada 12 horas (día 0)
- Gentamicina 12.3 mg IV cada día (día 1)
- Oxígeno por cánula nasal a 3lts x min
- Pase a CIN
- Recabar panel de drogas en la madre

Día 3

Se recibe a neonato del área de alojamiento conjunto, cursando +/- 18 horas de vida. Al momento de su ingreso, en condiciones de cuidado. Presenta irritabilidad, taquipnea, succión con avidez, clínica sugestiva de síndrome de abstinencia por lo que se indica dosis de fenobarbital (5mg/kg/dosis). Se indica requerimientos de O2 suplementario por medio de cánula por Blender. No presenta datos de alarma abdominal, se mantiene alimentación pero de leche banco hasta obtener exámenes maternos (panel de drogas). Se mantiene esquema antibiótico de primera línea con dosis a cobertura de SNC.

Se indica:

- Monitorización continua, balance hídrico, mantener eutermia, manipulación mínima, cuidados de enfermería, valorar Finnegan
- Leche de banco 20ml cada 3 horas por succión, vigilar datos de alarma abdominal.
- Administrar O2 por Blender; Dw: 10% sin electrolitos 10ml/h; Fenobarbital 16mg IV Stat; Ampicilina 620mg IV cada 12 horas (1); Gentamicina 12mg IV Qd (1).

Día 4

Madre poco colaboradora, niega antecedentes de consumo, se recaba panel de drogas materno, con reporte de opioides positivo. Finnegan en 9, se indica dosis de mantenimiento de fenobarbital, 8mg IV cada 12 horas.

Día 5

Mantiene discreto esfuerzo respiratorio con soporte de cánula nasal a 1 litro. Con un Finnegan de 7, se mantiene eutermico, normoglicemico.

Día 6

Neonato con signos vitales dentro de los parámetros normales, buen reflejo de succión, mejora la frecuencia de sueño, se observa piel hidratada, activo, reactivo, no vomito. Se retira soporte de oxígeno, se indica alimentación con formula.

Día 7

Medico indica pre-alta, se le indica a familiares los tramite de alta médica. Se brinda educación a los familiares sobre los signos y síntomas de alerta; complicaciones y riesgos del neonato, para que pueda acudir a la unidad hospitalaria más cercana.

Día 8

Neonato es dado de alta en condiciones estables.

2.9 Observaciones

El caso clínico que se presentó es el de un neonato del área de Cuidados Intermedios Neonatales (CIN) del Hospital General Guasmo Sur, el cual fue diagnosticado con síndrome de abstinencia neonatal. Al momento de presentar los signos y síntomas de la enfermedad se encontraba en alojamiento conjunto en el área de Ginecología 2, en donde permanecía en apego y recibiendo lactancia materna con su madre.

Se le realizó una entrevista a la madre para recolectar datos que ayuden al oportuno diagnóstico, pero esta se mostró poco colaboradora. Ante sospechas de posible consumo de sustancias se indicó recabar un panel de drogas, obteniendo un posterior reporte de opioides positivo.

El neonato fue internado en el área CIN, en donde se brindó un oportuno tratamiento acorde a la condición clínica presentada, obteniendo una evolución favorable logrando de esta manera su recuperación.

El paciente fue dado de alta bajo el cuidado del padre a quien se brindó la información adecuada, referente a la patología presentada.

CONCLUSIONES

El SAN es una complicación cada vez más frecuente en los hijos de madres consumidoras, lo cual obliga a realizar un abordaje multidisciplinario e implementar estrategias de prevención.

El proceso de atención de enfermería constituye una herramienta básica y primordial en la labor cotidiana del personal de enfermería, debido a que mediante esta metodología de trabajo el profesional interactúa con el paciente obteniendo los datos necesarios para la formulación del diagnóstico de enfermería, aplicando las intervenciones correctas para satisfacer las necesidades que se presenten.

Para concluir, cabe destacar que se lograron cumplir los objetivos propuestos al iniciar este estudio de caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Mur Sierra, MA. Lopez-Vilchez, A. Paya Panadès. *Abuso de tóxicos y gestación*. Hospital Universitario del Mar. Universidad Autónoma. Barcelona.
- Academia Americana de Pediatría. Abstinencia neonatal a drogas. Comité sobre drogas. *Pediatría trics* (ed.esp) 1998; 45: 436-46.
- Garcia del Rio M, Lastra Sanchez G, Drogodependencia a opiáceos y su problemática perinatal. *Actualidad medica* 1992; 78: 323-32
- Alban, F. (2015). *Estudio comparativo en la adicción de mujeres embarazadas, síndrome de abstinencia en neonatos*. Mexico: Mexicanos unidos.
- American Psychological Association): Herdman, TH. (2012) (Ed.). *NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación*. 2012-2014. Barcelona: Elsevier
- Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J. & Wagner, C., (Eds.). (2013). *Nursing interventions classification (NIC)* (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (Eds.). (2014). *Nursing outcomes classification (NOC)* (5th ed.). St. Louis: Mosby.
- Porcel Gálvez, A., Ortega Martínez, S., Barrientos Trigo, S., Ferrinho Ferreira, R., & Martínez Lara, C. (2014). Síndrome de Abstinencia Neonatal. *Enfermería Global*, 339.
- Mur A, Viñolas M. *Consumo de drogas durante la gestación y sus repercusiones pediátricas*. *Arch Pediatr* 1995; 46: 9-15.
- The Cochrane Collaboration. *Tratamiento con opiáceos para el síndrome de abstinencia a opiáceos en neonatos*. La Biblioteca Cochrane Plus, 2007, nº 4.
- Secretaría Nacional para la Planificación del Desarrollo. (2017). *Plan Nacional del Desarrollo Toda Una Vida*. Quito, Ecuador: SENPLADES.
- Solís Sánchez, G., Solís Sánchez, J. L. & Díaz González, T. *Exposición prenatal a drogas y efectos en el neonato*. Hospital de Cabueñes (INSALUD), Gijón.

- Garcia del Rio M, Lastra Sanchez G, *Drogodependencia a opiaceos y su problematica perinatal*. Actualidad medica 1992; 78: 323-32
- Zapata Díaz J., Rendón Fonnegra J., Berrouet Mejia M. Síndrome de abstinencia neonatal: revisión de tema. *Pediatr*. 2017;50(2):52-57.
- Erol S, Ozcan B, Celik IH, et al. *Síndrome de abstinencia neonatal debido a exposición prenatal al citalopram: a propósito de un caso*. *Arch Argent Pediatr* 2017;115(6):e424-e427.

ANEXOS

Escala de puntuación del grado de abstinencia neonatal a opiáceos (Modificada de Finnegan).

| A. Alteraciones del sistema nervioso central | |
|---|---|
| 1. Llanto agudo | 2 |
| Llanto agudo continuo | 3 |
| 2. Duerme < 1 hora después de comer | 3 |
| Duerme < 2 horas después de comer | 2 |
| Duerme < 3 horas después de comer | 1 |
| 3. Reflejo de Moro hiperactivo | 2 |
| Reflejo de Moro marcadamente hiperactivo | 3 |
| 4. Temblor ligero al ser molestado | 1 |
| Temblor moderado o grave al ser molestado | 2 |
| 5. Temblor ligero espontáneamente | 3 |
| Temblor moderado o grave espontáneamente | 4 |
| 6. Hipertonía muscular | 2 |
| 7. Excoriaciones | 1 |
| 8. Mioclonías | 3 |
| 9. Convulsiones generalizadas | 5 |
| B. Alteraciones vegetativas | |
| 1. Sudoración | 1 |
| 2. Fiebre 37,2-38,8 °C | 1 |
| Fiebre ≥ 38,4 °C | 2 |
| 3. Bostezos frecuentes | 1 |
| 4. Erupciones cutáneas fugaces | 1 |
| 5. Obstrucción nasal | 1 |
| 6. Estornudos frecuentes | 1 |
| 7. Aleteo nasal | 2 |
| 8. Frecuencia respiratoria > 60/min | 1 |
| Frecuencia respiratoria > 60/min y tiraje | 2 |
| C. Alteraciones gastrointestinales | |
| 1. Succión con avidez | 1 |
| 2. Rechazo del alimento | 2 |
| 3. Regurgitaciones | 2 |
| Vómitos a chorro | 3 |
| 4. Deposiciones blandas | 2 |
| Deposiciones líquidas | 3 |
| Si puntuación > 8 → Iniciar tratamiento | |