



Enfermería Actual en Costa Rica

E-ISSN: 1409-4568

anaguz2610@yahoo.com

Universidad de Costa Rica

Costa Rica

Campos Vargas, Grettel; López Vargas, Criss; Montero Rodríguez, Vivian
Protocolo para la atención de Enfermería intrahospitalaria dirigido a las gestantes afectadas por el
consumo de drogas y su recién nacido (a)
Enfermería Actual en Costa Rica, núm. 20, abril-septiembre, 2011
Universidad de Costa Rica
San José, Costa Rica

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44821178005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Protocolo para la atención de Enfermería intrahospitalaria dirigido a las gestantes afectadas por el consumo de drogas y su recién nacido (a)¹

Grettel Campos Vargas

Criss López Vargas

Vivian Montero Rodríguez

Instituciones: Hospital San Vicente de Paul, Heredia
Universidad de Costa Rica

COMO CITAR



Campos Vargas, Grettel; López Vargas, Criss y Montero Rodríguez, Vivian. Protocolo para la atención de Enfermería intrahospitalaria dirigido a gestantes afectadas por el consumo de drogas y su recién nacido. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica [en línea]. 2011, No.20 [citado (fecha)]. Disponible World Wide Web: <<http://www.revenf.ucr.ac.cr/protocolo.pdf>> ISSN

RESUMEN

El objetivo de este artículo es presentar como resultado final un protocolo de Enfermería para la atención intrahospitalaria de gestantes afectadas por el consumo de drogas y sus recién nacidos. La muestra estuvo constituida por 15 personas que trabajan en el Hospital San Vicente de Paúl, en los servicios de Emergencias, Sala de Partos, Ginecología, Obstetricia y Neonatología. Para ello, inicialmente se llevó a cabo un diagnóstico mediante la aplicación de un cuestionario autoadministrado; posteriormente, se coordinaron reuniones con el personal para elaborar los flujogramas de atención de los cuales se obtuvo como resultado el protocolo. Los resultados indican que es viable la elaboración de un protocolo de Enfermería, así como su implementación, y que se contó con los recursos humanos y materiales. Se concluye que elaborar un protocolo para la atención intrahospitalaria de Enfermería dirigido a gestantes con problemas de drogas y a su recién nacido, es una necesidad en ese hospital, debido a la falta de normativas al respecto y al aumento de los casos relacionados con la temática.

Palabras claves: Drogas, Gestante, Recién -nacido, Protocolo-de-Enfermería.

¹ Fecha de recepción: 12 de febrero del 2011

Fecha de aceptación: 3 de marzo de 2011

² Licenciada en Enfermería, Universidad de Costa Rica. Lugar de trabajo: Brigestone. Correo electrónico: grecamposv@yahoo.es

³ Licenciada en Enfermería, Universidad de Costa Rica. Correo electrónico: kalova_21@hotmail.com

⁴ Licenciada en Enfermería, Universidad de Costa Rica. Lugar de trabajo: Hogar de Ancianos Alfredo y Delia González F. Correo electrónico: vmr2204@gmail.com



Protocol for hospital nursing care aimed at pregnant women affected by drug use and her newborn

San Vicente de Paul Hospital, Heredia.
University of Costa Rica

Grettel Campos Vargas.
Criss López Vargas.
Vivian Montero Rodríguez.

Cited



Campos Vargas, Grettel; López Vargas, Criss y Montero Rodríguez, Vivian. Protocol for hospital nursing care aimed at pregnant women affected by drug use and her newborn. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica [en línea].2011, No.20 [citado (fecha)]. Disponible World Wide Web: <<http://www.revenf.ucr.ac.cr/gestantedrogas.pdf>>

ABSTRACT

The objective of this study is to present as a final result, a protocol for hospital care of pregnant women who are affected by drug use and their newborn. The sample was 15 workers of Emergency, Delivery Room, Gynecology Obstetrics and Neonatology Services in Hospital San Vicente de Paul. To do this, first of all, we conducted diagnosis, through the application of a self administered questionnaire, and then we coordinated meetings with the workers to develop the attention flowcharts that show the active involvement and commitment of Nursing towards this population, given as a result the treatment protocol. The results showed that the guided practice is viable because it had human and material resources for its development. We conclude that the development of a protocol for hospital nursing care aimed at pregnant women with drug problems and their newborns, is a necessity in that hospital, due to the lack of regulations on this and the increase in cases related to theme.

Key Words: Drugs, Pregnant-women, Newborn, Nursing -protocol.

INTRODUCCIÓN

Debido a lo observado durante las prácticas clínicas en el área de Ginecología, Maternidad, Obstetricia, Sala de Partos y Neonatología dentro del antiguo Hospital San Vicente de Paúl respecto de la atención a las gestantes afectadas por el consumo de drogas y su recién nacido brindada por los y las profesionales en Enfermería, se decidió llevar a cabo este estudio.



Tomando en cuenta que dicha atención puede ser mejorada, nace el interés de las investigadoras por indagar acerca del tema, ya que es una población vulnerable cuyo número incrementa, por tanto, se pretende brindar una atención integral que supla las necesidades nacidas de su condición actual.

La investigación se llevó a cabo en el Hospital San Vicente de Paúl, el cual debe cumplir con el compromiso de mejora continua al atender a los pacientes, situación que justifica este protocolo, pues su fin es mejorar la atención intrahospitalaria de Enfermería dirigida a las gestantes afectadas por el consumo de drogas y a su recién nacido, tomando en cuenta que la drogadicción es un problema de salud pública.

Un protocolo se define como “*el conjunto de aplicaciones estandarizadas desarrolladas mediante un proceso formal que incorpora la mejor evidencia científica de efectividad con asesoría experta.*” ([Fernández, Ferrer Giraldo y Casado, 2006, sp](#)).

Según [Fernández y col \(2006\)](#), las características básicas relacionadas con el contenido del protocolo son: validez, fiabilidad y reproducibilidad, aplicabilidad clínica y flexibilidad. Asimismo, señalan las siguientes características relacionadas con la elaboración del protocolo: claridad, proceso multidisciplinario, revisión explícita/planificada y documentación.

Tomando en cuenta las características anteriores, se elabora el protocolo con la finalidad de establecer las pautas que deben seguir los y las profesionales en Enfermería a la hora de abordar a las gestantes afectadas por la drogadicción que acuden a ese centro hospitalario, así como a la hora de brindar el cuidado a los bebés de esas madres.

[Vallenilla, Saulny y Villaroel \(1999\)](#) elaboraron un estudio titulado *Recién nacidos de madres drogadictas en la Maternidad Concepción Palacios*, llevado a cabo en la ciudad de Caracas en Venezuela. En él se estudiaron las complicaciones que producen las drogas ilícitas en las embarazadas y en los recién nacidos (as), al respecto se concluyó que al analizar las historias clínicas de 47 embarazadas drogadictas que parieron entre octubre de 1979 y enero de 1998, ellas admitieron el consumo de drogas ilícitas durante su embarazo. Los recién nacidos fueron evaluados por los servicios de pediatría en busca de los efectos de la drogadicción (sp).

[Echeverría \(2003\)](#) en su estudio *Drogas en el embarazo y morbilidad neonatal*, realizado en la Unidad de Neonatología del Servicio de Pediatría del Hospital Donosita en San Sebastián, España, establece que debido a las características sociales que concurren en los grupos de usuarios de drogas “*el abuso de sustancia ilícitas durante el embarazo está originando la necesidad de crear programas de atención sanitaria preparto y posparto, con especial énfasis en el apoyo social madre-hijo*” (p.521).

[Calvo \(2004\)](#) en su artículo *Maternidad, infancia y drogas: implicaciones clínicas*, hecho en España, concluye que los niños y niñas expuestos prenatalmente a drogas pueden ser considerados un caso especial de infancia en riesgo por lo que

es necesario investigar el impacto real de la exposición prenatal a sustancias psicoactivas y la relevancia de otros factores en su pronóstico a medio y largo plazo. Asimismo, es necesario implicar y formar a diferentes profesionales, tales como obstetras, ginecólogos y pediatras, y coordinar la intervención de las diferentes instituciones, para mejorar la atención prestada a la mujer drogodependiente y a sus hijos (p.01).



[Lugones, Madruga, Yero y Peraza](#), presentan un caso de cocainomanía en embarazo, dicho estudio fue realizado en el año 2004 en el Hospital Psiquiátrico de la Habana. Los autores concluyen que los problemas sociales son frecuentes en estas personas, además de que presentan ansiedad, depresión, sentimientos de culpa; finalmente rescatan que “*todos estos aspectos resaltan la necesidad de brindar un enfoque y una atención multidisciplinaria a esta paciente*” (p.05). Asimismo, [Lugones y López \(2005\)](#) realizan otra investigación llamada *Cocaína complicaciones obstétricas, médicas y perinatales. Características clínicas y tratamiento a estas pacientes*. En esta se revisan los efectos generales de la cocaína en embarazo y en el recién nacido (a) y se hacen consideraciones acerca del manejo integral de esta población.

En el artículo de [Arana y Germán \(2005\)](#), *Las personas usuarias de drogas especialmente vulnerables y los derechos humanos: personas usuarias con patología dual y mujeres usuarias de drogas*, efectuado en España, se enfatizan varios aspectos como los estudios sobre mujeres usuarias de drogas, la perspectiva de género, el consumo de drogas entre las mujeres, causas y motivaciones del consumo de drogas por parte de ellas, los tipos de drogas consumidas, las consecuencias del consumo, nuevas tendencias, especial situación de vulnerabilidad y marginación de la mujer usuaria de drogas, el doble rechazo (ser mujer y usuaria de drogas), autopercepción de las mujeres consumidoras, la maternidad e hijos de mujeres usuarias de drogas y la custodia de esos hijos. Finalmente, enfatizan la necesidad de “*desarrollar instancias de capacitación para la formación de profesionales que trabajan en el desarrollo de programas de prevención y rehabilitación*” (p.208).

A la hora de tomar en cuenta las características para elaborar acciones para atender a esta población, [Navarro \(2007\)](#) en su investigación *El consumo de alcohol y otras drogas entre las mujeres. Informe de resultados de las encuestas a mujeres en general y escolares*, la cual fue realizada para el Instituto de la Mujer de Madrid, (España) brinda algunas ideas obtenidas de las propias mujeres toxicómanas:

- Las ayudas consideradas más importantes son “centros especializados de toxicomanías” (72,1%), la “familia” (44,9%), las “asociaciones de exdrogadictos” (31,6%) y los “servicios médicos generales” (26,6%). Y ya a más distancia el “médico o psiquiatra privado” (21%), los “psicólogos” (18,3%), las “comunidades terapéuticas” (18,2%) y los “centros municipales de drogodependencias” (17,3%).
- Las medidas más eficaces para luchar contra las drogas son, con mucho, la “educación sobre las drogas en las escuelas” (75,1%) y las “campañas publicitarias explicando los riesgos de las drogas” (64,4%). En un siguiente escalón estarían el “tratamiento voluntario a consumidores” (33,2%), el “control policial y de aduanas” (28%) y las “leyes estrictas ante las drogas” (23,5%). (p.19)

El único protocolo encontrado, aunque no es de abordaje propiamente de Enfermería, es el de [Mur, López y Payá \(2008\)](#), quienes elaboraron un protocolo diagnóstico – terapéutico para la Asociación Española de Pediatría y la Sociedad Española de Pediatría, en el área de Neonatología, llamado *Abusos de tóxicos y gestación* realizado en el Hospital del Mar, de la Universidad Autónoma de Barcelona. En éste se establece la problemática durante la gestación, durante el parto y la etapa neonatal; así como la profilaxis en la transmisión vertical del VIH, la prevención en la transmisión vertical del VHB y VHC. Además, cuentan con unas tablas sobre la conducta obstétrica en la gestación de toxicómanas durante los tres trimestres del embarazo, la patología del hijo de madre



drogadicta, la escala de puntuación del grado de abstinencia neonatal a opiáceos y otras tablas que establecen el tratamiento por seguir con mujeres gestantes VIH positivas.

[Gutiérrez y otros \(2008\)](#) en su estudio *Hijos de madres adictas con síndrome de abstinencia en Terapia Intensiva Neonatal* (México) con el objetivo de “caracterizar una muestra de neonatos, hijos de madres adictas a drogas ilícitas y que desarrollaron síndrome de abstinencia, así como conocer la respuesta terapéutica del fenobarbital en estos pacientes” (sp). Los resultados fueron:

- Noventa y dos neonatos desarrollaron Síndrome de Abstinencia Neonatal (SAN) durante el período evaluado.
- La media de la edad materna fue de 22 años con un bajo nivel educacional.
- La droga más utilizada por las madres fue la cocaína.
- 10 de ellas resultaron VIH-positivas.
- La edad gestacional promedio fue de 37 semanas.
- El peso al nacer, la talla corporal y el conteo de Apgar promedios fueron de 2 600 g, 47 cm y 9 puntos respectivamente.
- El síntoma más frecuente fue la irritabilidad (77% de la muestra) y en todos los casos el tratamiento con fenobarbital resultó adecuado para el control clínico de los síntomas y signos.

[Sánchez \(sf\)](#) en su estudio sobre las drogas y perspectiva de género realizado en Galicia, (España) menciona que “el consumo de tabaco, alcohol u otras drogas durante el embarazo implica graves riesgos para el feto y el recién nacido, puesto que estas sustancias atraviesan la barrera placentaria y hematoencefálica (...) y pasan también a la leche materna” (p.161). Asimismo, recalca que la adicción a las drogas “plantea graves dificultades para el ejercicio de la maternidad, en gran medida relacionadas con la ausencia de una adecuada respuesta a las necesidades de estas mujeres” (p.168), por lo que resulta necesario “contar con protocolos de atención precoz, seguimiento y apoyo sociosanitario adaptados a las mujeres con consumos problemáticos o adictas a drogas” (p.169).

La [Cruz Roja de España \(2009\)](#) cuenta con un programa para la atención a la mujer toxicómana embarazada el cual proporciona:

Atención psicológica y social a este colectivo durante todo el proceso de gestación y los primeros meses de vida del neonato, garantizando que queden sus necesidades cubiertas. Por tanto se realiza intervención a través del tratamiento que reciben, motivando y derivando a los recursos pertinentes (ginecología, planificación familiar, protección de menores...). Del mismo modo se trabaja en la medida de lo posible en la mejora de las relaciones familiares, así como en la búsqueda de empleo y vivienda (sp).

Asimismo, se hace una revisión acerca del desarrollo de este tema en Costa Rica: se encontró que algunas estadísticas obtenidas por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), en su publicación sobre el estado del fenómeno de las drogas durante el 2006, indican que las drogas de mayor consumo en nuestro país son el alcohol, el tabaco, la marihuana y el crack.

Aún así, no se cuenta con estadísticas específicas para gestantes toxicómanas. En el país, a pesar de que las investigaciones son escasas, la Ley General de Salud de 1973, reformada por el artículo 74 de la Ley No. 7600 de



2 de mayo del 1996, establece en su artículo No.12 que “*toda madre gestante tiene derecho a los servicios de información materno-infantil, al control médico durante su embarazo; a la atención médica del parto y a recibir alimentos para completar su dieta, o la del niño, durante el período de lactancia*”. Igualmente, en sus artículos 29, 30, 31, 32 y 33 hace referencia a las personas drogodependientes.

Se observa que, en lo referente a gestantes toxicómanas, en Costa Rica principalmente se cuenta con antecedentes jurídicos, mas no con estudios específicos que aborden a esta población en estudio, de modo que permitan seguir una línea adecuada de acción.

Siguiendo esta línea jurídica, en cuanto al abordaje de gestantes toxicómanas en el país, el Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica, en su Código de Ética y Moral Profesional, establece respecto del principio de justicia que los y las profesionales en Enfermería deben atender a esta población con respeto, igualdad, sin discriminación por la condición en la que se encuentran, aún así no se establecen las acciones a seguir en el tratamiento de las gestantes toxicómanas.

Uno de los estudios encontrados en Costa Rica sobre las gestantes adictas a las drogas y sus bebés es el de [Celado \(1998\)](#) llamado *La madre adicta a la cocaína y el producto de su embarazo*, llevado a cabo en el Hospital San Juan de Dios durante el año de 1994. En él se describe la incidencia de nacimientos de hijos de madres adictas a cocaína en dicho hospital, el cual resultó ser de cuatro por cada mil nacimientos. Los hallazgos permiten caracterizar a las madres adictas a la cocaína como de bajo nivel socioeconómico, una historia obstétrica con mayor número de embarazos y un aumento en la proporción de abortos, así como también presentan un bajo nivel de control prenatal. Los hijos de madres adictas se caracterizan por presentar una alta proporción de bajo peso al nacer (40%), menor talla y circunferencia cefálica, así como un aumento en la prevalencia de malformaciones congénitas, una alta incidencia de sífilis congénita y, finalmente, una estancia hospitalaria que es el doble que la de los controles.

Un estudio de la Comisión Interamericana para el control del abuso de las drogas ([CICAD/OEA](#)) y la Organización Panamericana de la Salud ([OPS/OMS](#)) llamado *Normas de atención, la dependencia de las drogas y su tratamiento. Una experiencia en las Américas, guías y criterios básicos para el desarrollo de programas de evaluación de calidad y normas para la atención de la dependencia de drogas*, realizado en el año 2000 menciona respecto del abordaje de Costa Rica en la temática de las drogas:

Participó en el proceso de pruebas de campo de las “Tablas para evaluación de asistencia dispensada en el tratamiento del abuso de sustancias psicoactivas” (OMS, 1988). En 1989 fue creado el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia IAFA, el cual tiene a su cargo “el estudio, prevención, tratamiento y rehabilitación del alcoholismo y la farmacodependencia, así como la coordinación y aprobación de todos los programas públicos y privados orientados a aquellos mismos fines” marco legal (Ley Orgánica del Ministerio de Salud, Costa Rica, 1988). Desde 1996 cuenta con el “Manual de normas y procedimientos para la Aprobación y seguimiento técnico a Programas públicos y privados en el fenómeno droga”, el cual se refiere a un conjunto de normas y procedimientos a ser acatados por los programas públicos y privados dedicados a la Prevención, Tratamiento y Rehabilitación del fenómeno droga, para obtener el objetivo de acreditación para su funcionamiento, con base en la “Guía para la elaboración de programas en farmacodependencia (Guía Técnica)” del [IAFA \(p.17\)](#).



Por último, el Dr. Franklin Jiménez, del Instituto Nacional de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), crea un protocolo de normas por seguir, cuyo título es *“Síndrome de Intoxicación y Abstinencia a Drogas Psicoactivas Recomendaciones para su Manejo”*. Aunque este documento no es específico para gestantes toxicómanas, en él se pretende dar un enfoque de manejo integral a las personas con problemas de dependencia a diferentes drogas de acuerdo con las diversas necesidades a las que se enfrentan. Asimismo brindan

estrategias dirigidas a disminuir y recobrar las situaciones críticas provocadas en el individuo, directamente, por el consumo de las drogas psicoactivas, es decir, el abordaje de las condiciones de intoxicación y síndrome de abstinencia” (p.02). Además, se describe que el objetivo principal de la creación de este protocolo “es el de fortalecer la calidad en las acciones que ameritan las personas consumidoras de drogas, buscándoles la máxima efectividad y mayor seguridad posible (p.03).

Con la creación de la Ley N° 8204, *“Sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, legitimación de capitales y actividades conexas”*, del año 2001, en su artículo 166 se establece que el Estado Costarricense concedió un plazo de cuatro años a la Caja Costarricense de Seguro Social para brindar tratamiento a las personas farmacodependientes.

Por otro lado, *“la Sala Cuarta obliga al Ministerio de Salud, al IAFA y a la Caja Costarricense de Seguro Social a brindar una solución de tratamiento a personas menores de edad adictas”* (Echandi, sf). Además, para lograr dicho tratamiento, el Patronato Nacional de la Infancia (PANI) deberá dictar las medidas de protección necesarias dispuestas en el Código de la Niñez y la Adolescencia.

Sin embargo, esas disposiciones no se han cumplido totalmente. En la actualidad en el IAFA existe un centro para la atención de menores afectados por el consumo de drogas; sin embargo, las organizaciones no gubernamentales son quienes brindan una mayor cobertura de tratamiento a las personas toxicómanas, lo cual evidencia que las instituciones del Estado no cumplen una labor relevante que haya logrado un impacto positivo en la sociedad costarricense.

En el Instituto Materno Infantil Dr. Adolfo Carit existe un manual de [*Normas de Atención a la Mujer Embarazada Consumidora de Alcohol y Drogas \(1997\)*](#), en el que se brindan los lineamientos y conocimientos básicos que permiten y facilitan la atención de esta población a nivel operativo. También, se establecen las pautas de atención de Enfermería, no obstante, las acciones por seguir por este personal son pasivas y asistenciales, es decir, no reflejan una atención integral hacia dicha población.

Tomando en cuenta que el problema de la drogadicción aumenta constantemente en el país, en el que cada día se realizan más decomisos de drogas, y el número de personas adictas aumenta sin hacer diferencia de las edades, sexo, razas o estratos sociales, es necesario realizar un protocolo de atención de Enfermería para gestantes afectadas por las drogas y su recién nacido, llevado a cabo en el Hospital San Vicente de Paúl, especialmente cuando las estadísticas muestran que no hay diferencias en cuanto al consumo y género. Al respecto se dice que la mujer se encuentra más vulnerable *“que en el pasado a prácticas de consumo anteriormente reservadas para los varones y que, al parecer, muestran un crecimiento importante, a juzgar por los hallazgos que se han efectuado en poblaciones jóvenes escolarizadas”* (IAFA, 2009).



En el caso específico de madres afectadas por las drogas, no existe una estadística que refleje la realidad respecto de esta problemática, ya que hay un gran sesgo en el registro de estos casos, lo cual contradice tanto lo observado por las investigadoras como lo referido por el personal de dicho centro hospitalario.

Se indagó con el personal de los servicios de Emergencias, Obstetricia, Ginecología, Sala de Partos y Neonatología, acerca del conocimiento de la existencia de algún tipo de protocolo de atención dirigido a gestantes afectadas por las drogas y sus bebés, sin embargo, las respuestas fueron siempre negativas.

Ante la sospecha un caso de gestantes afectadas por las drogas o de alguna alteración en exámenes rutinarios como el examen general de orina (EGO), el personal refiere que el procedimiento consiste en realizar los exámenes correspondientes para verificar la presencia de drogas: primeramente, se hace un examen de tóxicos en sangre en el que se detecta el tipo específico de tóxico que se encuentra en la sangre de la madre y en qué cantidades, si ésta es muy alta, la madre se interna para darle seguimiento al caso.

Si la madre llega en el momento del parto, primeramente, se reporta a Trabajo Social para que realice una intervención; deben indagar la posibilidad de que la madre pueda cuidar de su bebé o si cuenta con el apoyo de algún familiar que se haga cargo, en caso contrario, se refiere al Patronato Nacional de la Infancia (PANI). Posteriormente, se reporta a Pediatría para que valoren el riesgo y si existe la necesidad de internar al bebé en Neonatología, donde a la madre se le permite estar con él o ella, pero la lactancia materna queda prohibida en caso de toxicomanía.

Además, Trabajo Social indicó que el o la bebé solo pueden ser internados en caso de que el ingreso haya sido diagnosticado por un médico (por ejemplo síndrome de niño agredido) y no por un problema social como puede ser la toxicomanía materna, ya que el hospital debe actuar conforme dicta la ley respectiva.

Por estas razones, se justifica la necesidad de un manejo adecuado para estas mujeres y sus bebés; por otra parte, urge promover la toma de conciencia en el personal de Enfermería, ya que tiene mayor contacto, para que reconozcan signos de alerta y realicen las medidas de atención necesarias, mediante un abordaje integral e interdisciplinario.

Asimismo, se promueve la aplicación de los principios de bioética para atender a dicha población; el trabajo conjunto de los profesionales en Enfermería favorece una atención de calidad humana, mediante la construcción y aplicación de dicho protocolo que, a su vez, promueve el liderazgo de Enfermería y la toma de decisiones en el cuidado de las personas, aspecto que propicia el desarrollo de la disciplina.

Este estudio fue viable, debido a que contó con los recursos humanos y materiales para su elaboración.

El objetivo fue elaborar un protocolo para la atención de Enfermería intrahospitalaria dirigido a las gestantes afectadas por el consumo de drogas y su recién nacido en el Hospital San Vicente de Paúl.



MATERIALES Y MÉTODOS

La población participante estuvo constituida por 15 profesionales en Enfermería del Hospital San Vicente de Paúl, quienes laboran en los servicios de Emergencias, Sala de Partos, Ginecología, Obstetricia y Neonatología. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: profesionales en Enfermería, anuencia a participar en el proyecto y que estén nombrados a tiempo completo en ese hospital.

El diseño se enmarca en los fundamentos del enfoque cuantitativo, en la modalidad de práctica dirigida, la cual según el reglamento de la Universidad de Costa Rica, consiste en:

la aplicación por parte del estudiante del conocimiento teórico de su especialidad en instituciones o empresas públicas o privadas que la escuela respectiva apruebe (...) El plan de la práctica debe estar estructurado en términos de perfeccionamiento teórico y práctico, apoyándose en sistematizaciones y conceptualizaciones sustentadas en la investigación bibliográfica, y debe culminar en un análisis crítico y creativo de la actividades y líneas de acción en el campo de la disciplina. ([Universidad de Costa Rica, 1980, p.3](#))

A los sujetos actuantes se les aplicó un cuestionario autoadministrado que constó de cinco preguntas semiabiertas y abiertas acerca de la necesidad de elaborar un protocolo de atención, la anuencia a colaborar en la preparación de éste y los aspectos que deben incluir en él.

Desde Junio hasta Diciembre del año 2010 se realizaron sesiones de trabajo en diferentes aulas del hospital; se contó con la participación del personal profesional de Enfermería en conjunto con las investigadoras con el fin de evaluar más a fondo las necesidades de las gestantes afectadas por el consumo de drogas y sus recién nacidos sus posibles abordajes, mediante conversatorios, exposición de casos, antecedentes de abordaje con esta población, experiencias laborales, manifestación de limitaciones y necesidades de los y las profesionales de Enfermería. La información recopilada se introdujo en una matriz de datos; los cuestionarios se tabularon en Excel; posteriormente, se realizó una triangulación entre análisis de casos, experiencia y cuestionario. Dicha triangulación se contrastó con documentos científicos que brindaron recomendaciones sobre la temática para luego elaborar y exponer una propuesta de atención por parte de las investigadoras. Finalmente, se concluyó el trabajo al diseñar flujogramas de atención y el correspondiente protocolo.

Por otro lado, para elaborar el protocolo se siguieron las fases recomendadas por [Fernández y col \(2006\)](#). En la fase de preparación, las investigadoras realizaron una búsqueda y clasificación de los datos relacionados con el tema, así como sesiones con expertos; también, se estableció el problema de salud por protocolarizar y se calendarizaron las fechas para las sesiones del grupo de trabajo.

En la fase de elaboración se definió el problema de salud por tratar, se analizó los beneficios esperados para la población meta, así como para los y las profesionales involucradas. Durante las sesiones de trabajo, se logró elaborar el flujograma de atención para cada servicio involucrado en la investigación. Finalmente se elaboró un documento previo con los resultados obtenidos a lo largo de las reuniones de trabajo y la bibliografía revisada por las investigadoras.



Durante la fase de análisis crítico el documento redactado se sometió a discusión y crítica por parte el Comité de Bioética del Hospital San Vicente de Paúl (HSVP), así como por la directora y lectores; posteriormente, se anotaron las recomendaciones y se elaboró un nuevo documento.

Para la fase de difusión y de implantación, el protocolo propuesto fue difundido entre el Comité de Bioética del Hospital y los y las profesiones de Enfermería de los servicios involucrados.

En este caso, la fase de evaluación deberá ser continuada por el personal de Enfermería de dicho hospital, tanto para su mejoramiento como para su actualización.

Como nota aclaratoria de parte de las investigadoras se señala que, por motivos legales, no se puede poner a prueba el protocolo, ya que actualmente las investigaciones que involucren a seres humanos están vetadas por la Sala Cuarta en Costa Rica. Por este motivo, el protocolo se entregó al Comité de Bioética del HSVP y de ahí se decidirá su implantación o referencia a la Caja Costarricense de Seguro Social para su ejecución.

Consideraciones bioéticas

Para los principios bioéticos, esenciales para el desarrollo del trabajo, se tomó en cuenta las descripciones realizadas por [Amaro y col \(1996\)](#); las investigadoras se basaron en el *enfoque principalista* que hace referencia a cuatro principios:

- El principio de la *beneficencia*: Los y las profesiones en Enfermería practican la beneficencia a partir del momento en que se preocupan y dedican atención preferente a su autosuperación para mantener la competencia y desempeño profesional que les permitirá brindar una atención de calidad.
- El principio de *no maleficencia*: Los y las profesiones en Enfermería practican la no maleficencia conociendo que su profesión les proporciona una capacidad peculiar, la cual los faculta específicamente para contribuir al bien de la persona, la familia o comunidad que atiende. A su vez, implica un deber con la sociedad.
- *Principio de autonomía (respeto)*: La expresión más clara del pleno ejercicio de la autonomía, por parte de las personas, es el consentimiento informado, el cual protege, en primer lugar, a personas y sujetos de experimentación, previniendo riesgos y daños posibles; pero también protege y beneficia a todos y todas en la sociedad, incluyendo profesionales de la salud e instituciones.
- *El principio de la justicia*: El y la profesional de Enfermería aplican este principio cuando gestionan adecuadamente sus acciones correspondientes.

RESULTADOS

De 15 profesionales de Enfermería que respondieron el cuestionario, 13 son mujeres y 2 hombres con edades entre los 27 y 62 años. Los grados académicos varían entre licenciaturas y maestrías. El tiempo de laborar en el hospital osciló entre 4 meses y 27 años.

En relación con el conocimiento sobre la existencia de un protocolo de Enfermería para la atención intrahospitalaria tanto de gestantes afectadas por el consumo de drogas como de su recién nacido, una persona contestó que sí lo conoce, además, mencionó que la acción por seguir es separar al recién nacido de la madre para



su desintoxicación. Luego, la mujer es referida a trabajo social y al Patronato Nacional de la Infancia (PANI). El resto de personas consultadas dice no conocer ningún protocolo; de ellas, tres destacaron que las acciones por seguir en dicha intervención son: suspender lactancia materna hasta que no se conozca el grado de riesgo, enviar muestra para examen de orina de la madre y recién nacido para detección de tóxicos y que el médico refiera los casos a trabajo social para el seguimiento respectivo.

Los y las 15 participantes mencionaron que es necesario crear un protocolo en el que se definan las acciones intrahospitalarias brindadas a esta población catalogada como vulnerable.

Del total de participantes (15), 13 estuvieron de acuerdo en participar en el equipo de trabajo para la elaboración del protocolo, las dos personas que no estuvieron interesadas en el trabajo mencionaron que no cuentan con tiempo suficiente y que próximamente concluirían su labor profesional; sin embargo, destacaron la importancia de este esfuerzo. De las 13 personas interesadas en llevar a cabo la elaboración del protocolo, ocho de ellas expresaron diversas razones para hacerlo; ante la última pregunta del cuestionario la cual indagó sobre los aspectos por tomar en cuenta para la elaboración del protocolo, las respuestas se muestran en la tabla 3.

Tabla 3

Hospital San Vicente de Paúl: Distribución de la opinión de profesionales de Enfermería sobre los aspectos por tomar en cuenta para la elaboración del protocolo para la atención de gestantes afectadas por drogas y sus recién nacidos. 2010. (Frecuencias absolutas)

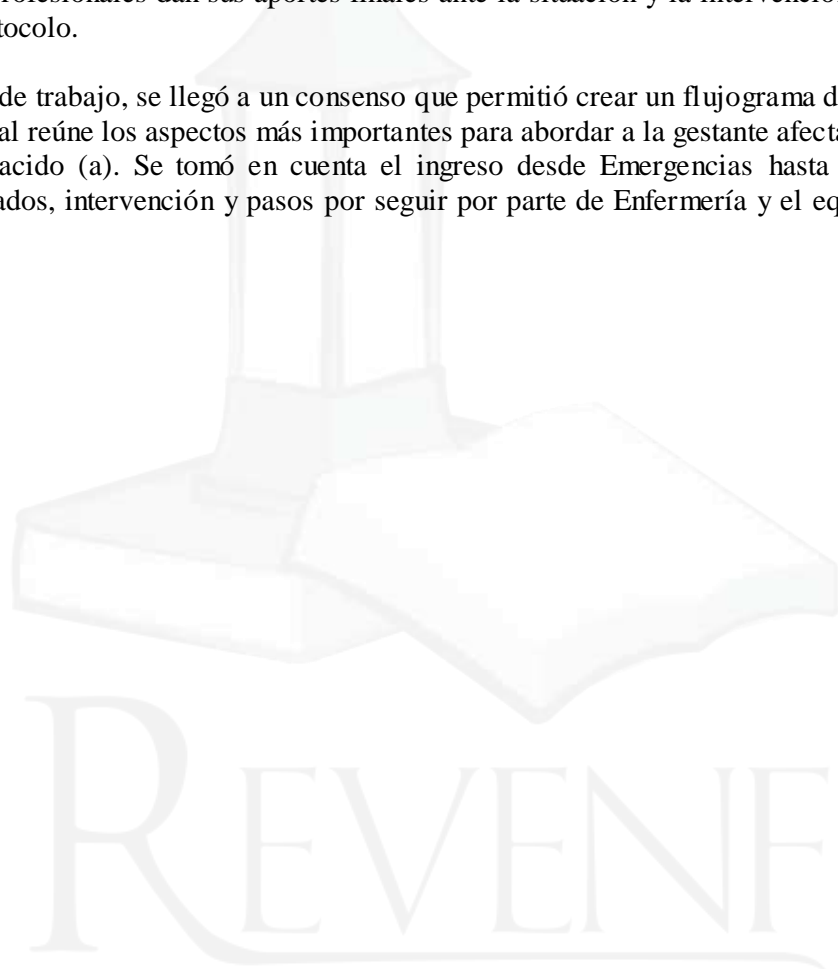
Opinión	No. de participantes
Redes de apoyo	7
Complicaciones del recién nacido	6
Apoyo interdisciplinario	5
Normatización	3
Manejo según sustancia de consumo	3
Promover calidad de vida	3
Sensibilización de profesionales	3
Aspectos socioeconómicos	2
Tratamiento intra y extrahospitalario	2
Educación	2
Cuando reiniciar lactancia materna	1
Gestión administrativa	1
Edad de la gestante	1
Género	1
Conducta	1
Detección temprana	1



Respecto de la fase de elaboración del protocolo, se empezó a trabajar en conjunto con profesionales de Enfermería dispuestos a participar de forma activa. Primeramente, se presentó el proyecto y ellos manifestaron interés por participar en el desarrollo de éste.

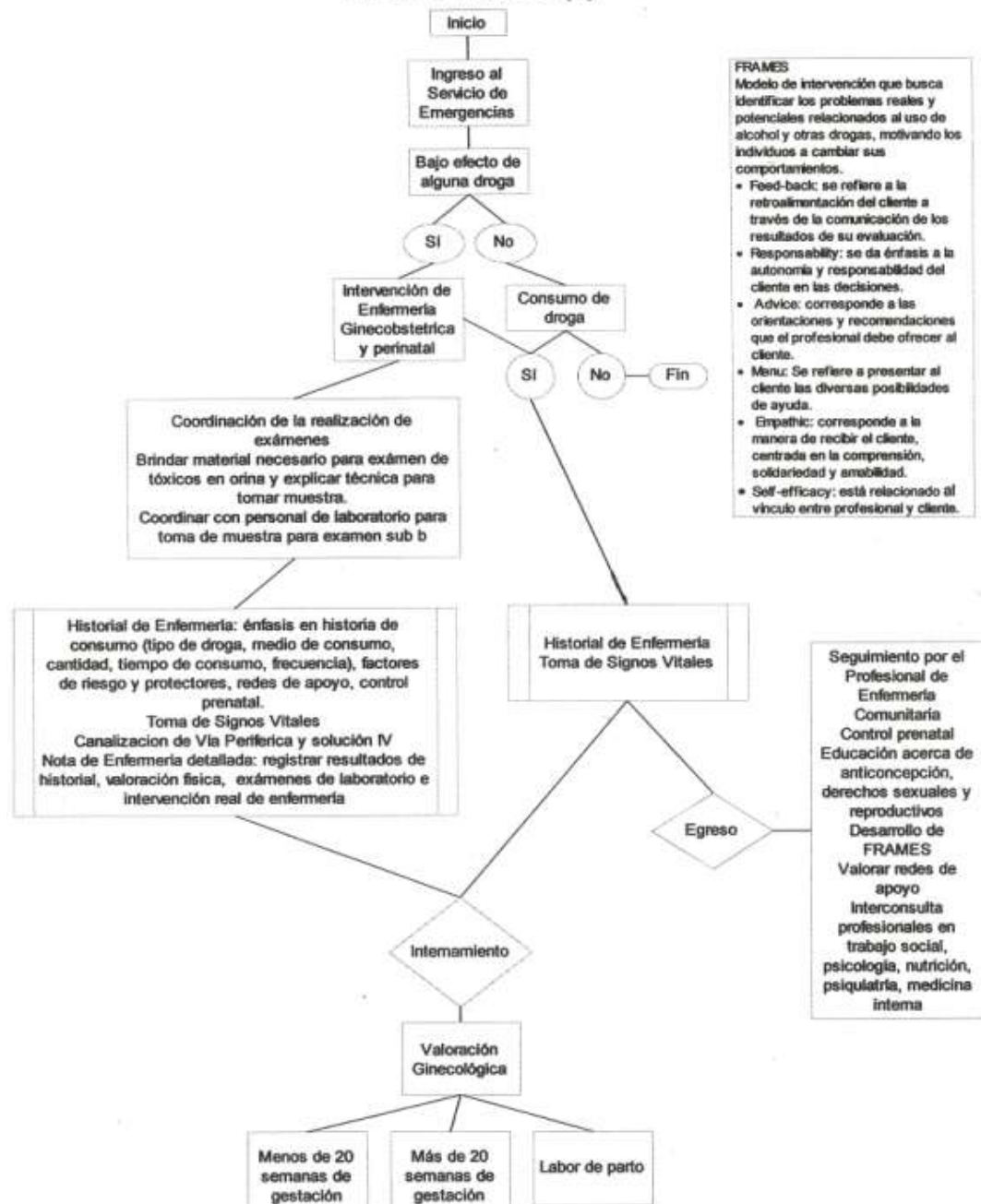
Se les expuso un caso hipotético relacionado con la temática con el fin de que ellos y ellas expresaran la importancia de la elaboración del protocolo para brindar un abordaje integral a las personas involucradas. Durante esa sesión, la población interesada en participar se dispuso a firmar el consentimiento informado. También se describieron las posibles áreas de intervención por desarrollarse en el protocolo y, con el análisis del caso hipotético, las y los profesionales dan sus aportes finales ante la situación y la intervención que se puede brindar al grupo meta del protocolo.

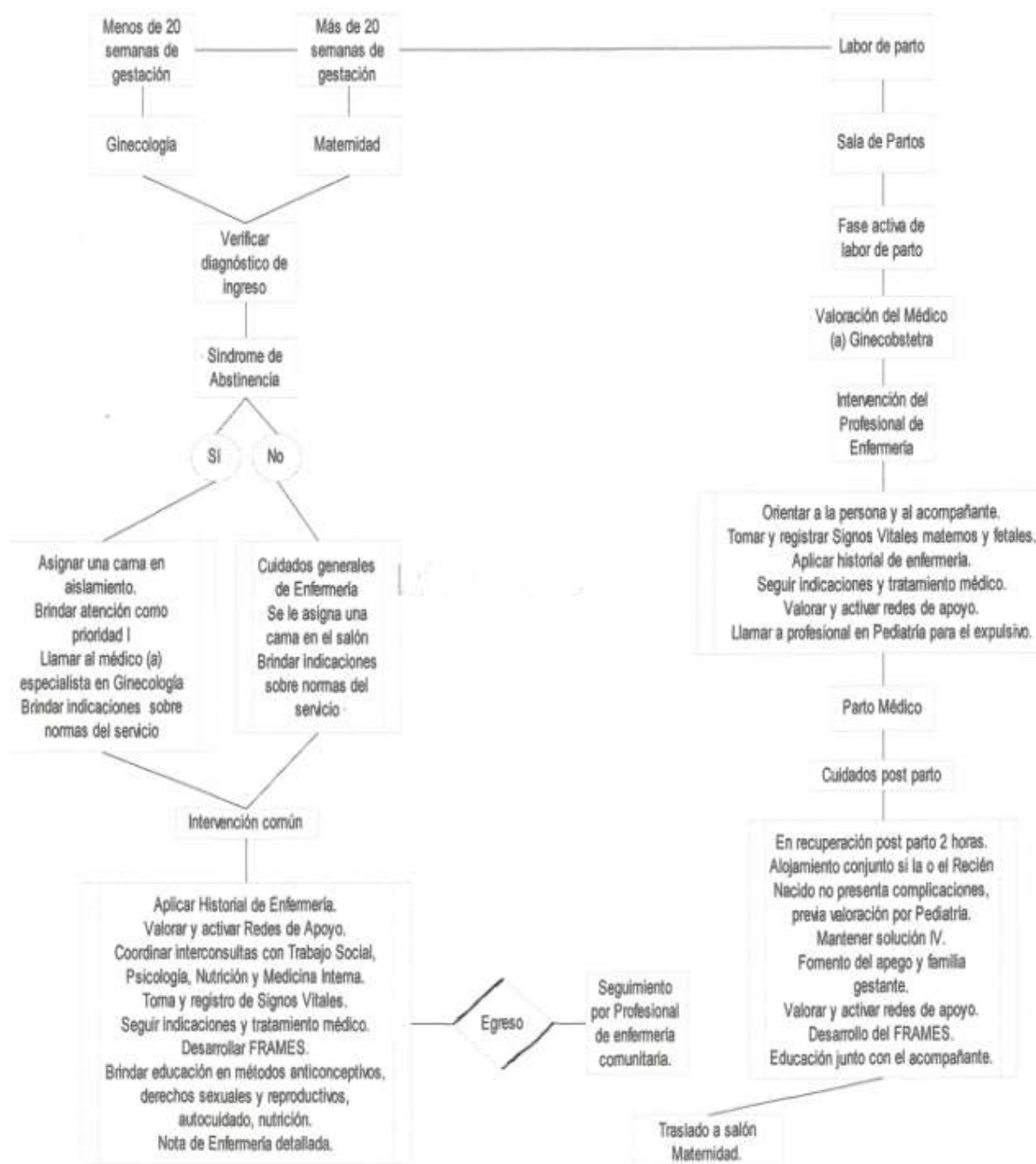
En la segunda sesión de trabajo, se llegó a un consenso que permitió crear un flujograma de atención (se muestra a continuación), el cual reúne los aspectos más importantes para abordar a la gestante afectada por el consumo de drogas y su recién nacido (a). Se tomó en cuenta el ingreso desde Emergencias hasta su eventual egreso de Maternidad, sus cuidados, intervención y pasos por seguir por parte de Enfermería y el equipo multidisciplinario del hospital.

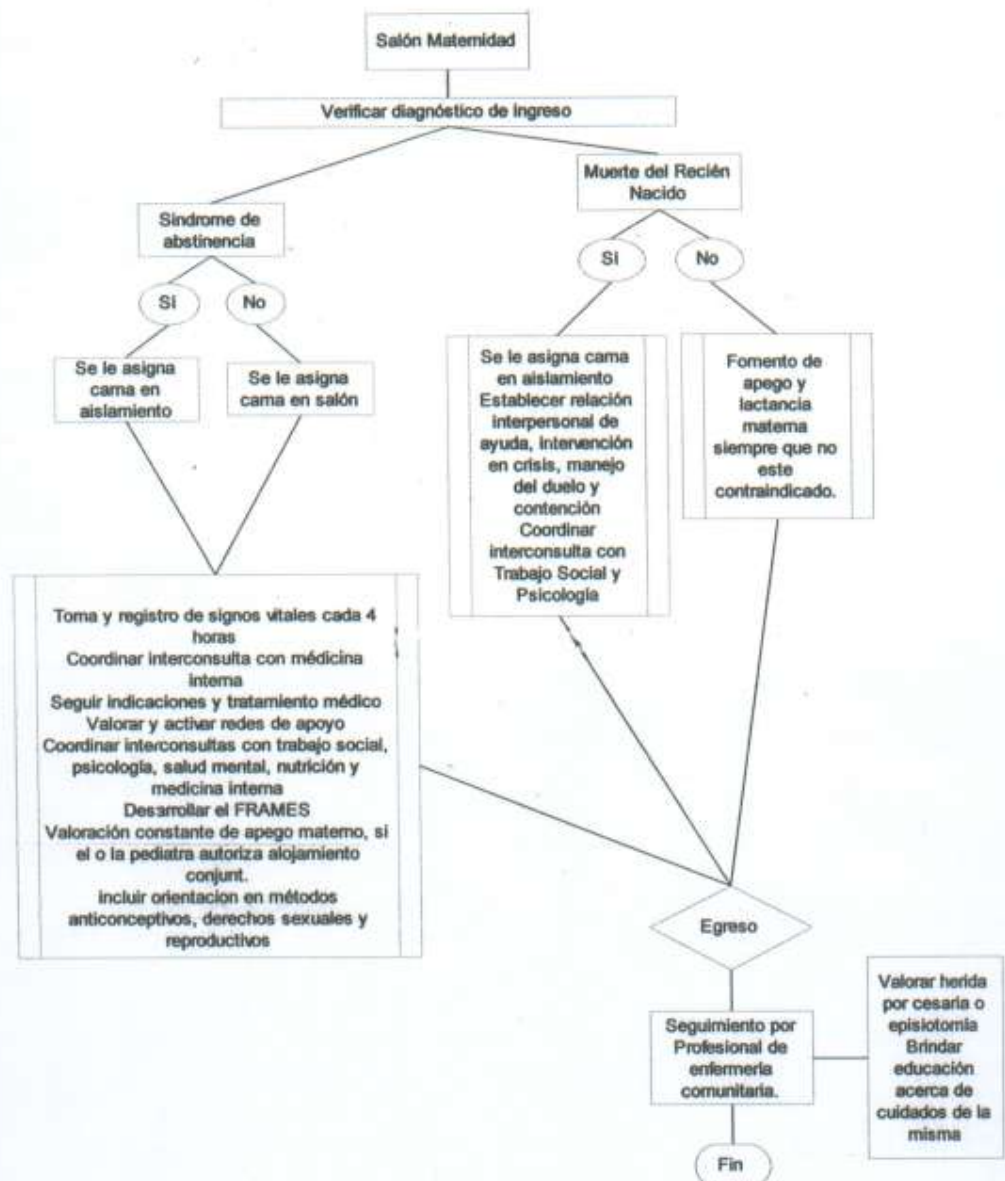




Flujograma del protocolo para la atención intrahospitalaria de Enfermería dirigido a gestantes afectadas por el consumo de drogas y su recién nacido (a)

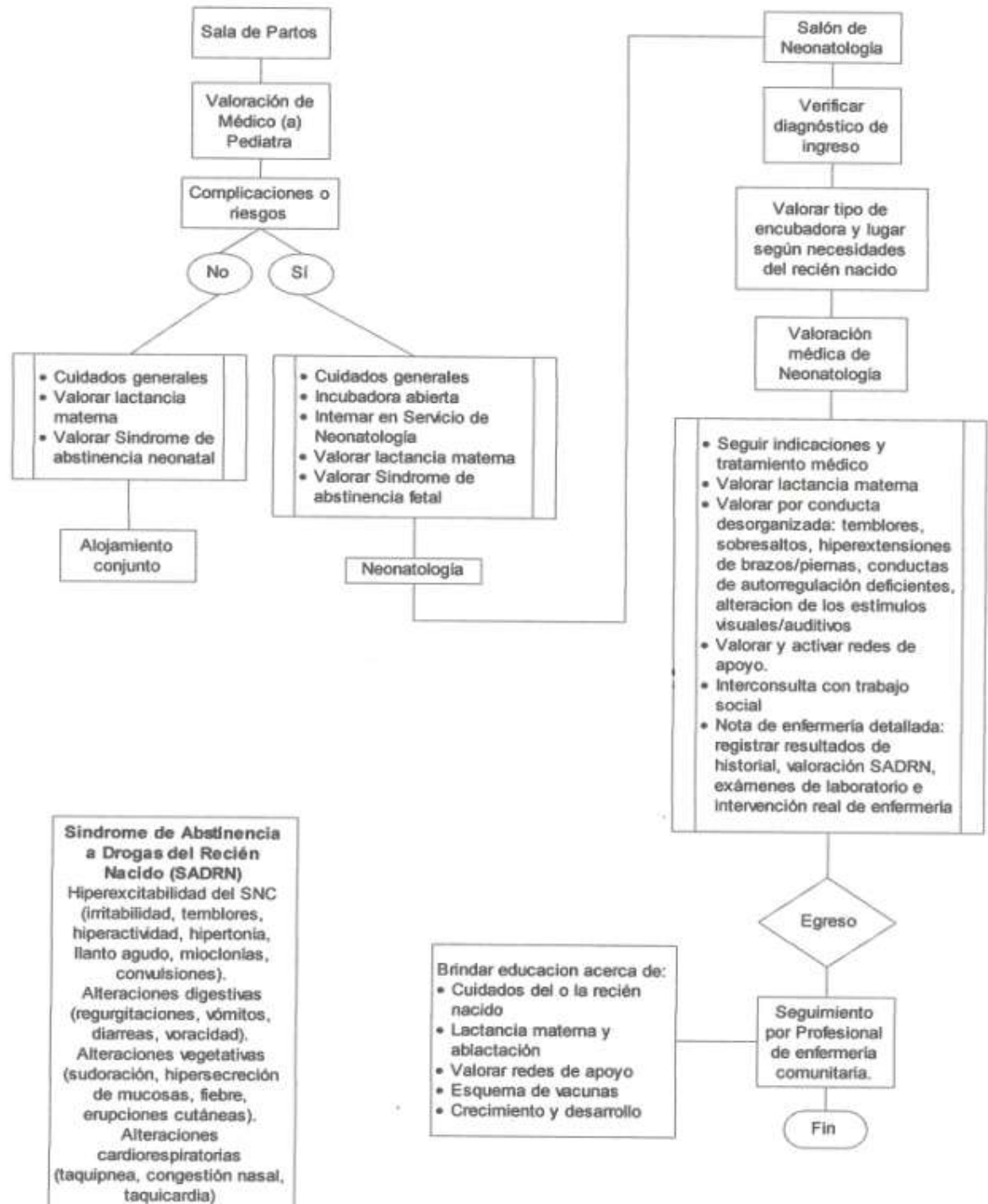








Intervención con la o el Recién Nacido





Finalmente, como parte de la retroalimentación del proceso llevado a cabo con los sujetos actuantes en la investigación, se entregó una copia del protocolo a cada uno de ellos, del cual obtuvieron resultados gratificantes. Al respecto, hubo comentarios como: “¡qué bueno! Estoy anuente a su implementación”, “esto es súper importante dentro de los diferentes servicios”, “las felicito por la iniciativa”, “esto es una buena oportunidad para abordar a poblaciones en riesgo”, entre otras.

Este protocolo queda a la espera de la aprobación y ejecución por parte de las autoridades del Hospital San Vicente de Paúl.

DISCUSIÓN

El consumo de drogas en Costa Rica es un problema de salud pública que ataca cada día con mayor fuerza. Aunque no cuenta con estadísticas específicas, el consumo de drogas en mujeres ha ido en aumento con el pasar de los años. El [Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, IAFA, \(2009\)](#) señala que los reportes mundiales sobre tendencias de abuso indican que el problema de las drogas ilícitas continúa extendiéndose geográficamente ya que la mayoría de países reportan incrementos en la prevalencia en vez de una reducción en la demanda de estas sustancias. En el país, la situación es similar a la reportada en este tipo de informes mundiales.

Se considera de suma importancia elaborar un protocolo de Enfermería para la atención adecuada y oportuna de mujeres que sufren las consecuencias del consumo de drogas, dada la necesidad que existe de captar tempranamente estos casos, dado que en algún momento pueden enfrentarse a un embarazo.

Según las revisiones realizadas, en el país no existen lineamientos que sustenten una intervención dirigida a las gestantes que consumen drogas durante su embarazo, lo cual refuerza aun más la necesidad de establecer dicha guía de atención. Al respecto [Castaños y col \(2007\)](#) mencionan que

cuando se ha abordado el tema de la maternidad y drogadicción habitualmente se ha focalizado la atención casi exclusivamente en las criaturas, prestando poco interés a las madres como mujeres drogodependientes como sujetos de análisis e intervención a partir de sus intereses y necesidades (p.137).

Aunado a lo anterior, se considera de vital importancia establecer o activar redes de apoyo que colaboren con el mejoramiento de la calidad de vida de ellas y sus bebés para lograr una oportuna inserción social de las gestantes. Las redes de apoyo se definen, según [Guzmán y col \(2003\)](#), como “la serie de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios de información” (p. 40), por lo tanto, es un vínculo vital que puede ser activado por el personal de Enfermería en conjunto con trabajo social y otras disciplinas.

Además, los profesionales de Enfermería estuvieron de acuerdo con que la creación de este protocolo se fundamenta también en la necesidad de brindar una atención integral a dicho grupo, así lo resaltan [Lugones y col \(2004\)](#), quienes mencionan que se deben valorar “las complicaciones médicas y obstétricas que pueden ocurrir como consecuencia de esta adicción y se destaca la importancia de la atención integral de estos pacientes y de la prevención” (p.01). De igual forma, los (as) niños (as) nacidos (as) de mujeres afectadas por las drogas corren el



riesgo de desarrollar problemas relacionados con estas sustancias, motivo de preocupación mayor para la salud pública.

También, los y las enfermeras participantes mencionan que faltan lineamientos de atención, carencia que no es diferente en muchos ámbitos nacionales e internacionales relacionados con esta problemática; al respecto [Echeverría \(2003\)](#) comenta que *“el abuso de sustancias ilícitas durante el embarazo está originando la necesidad de crear programas de atención sanitaria preparto y posparto, con especial énfasis en el apoyo social madre e hijo”* (p.521), y enfatiza la necesidad de unir esfuerzos para ofrecer los servicios de atención a las madres y sus hijos e hijas.

En cuanto a la promoción de la salud, otra de las respuestas al porqué de participar en dicho protocolo toma en cuenta que *“la promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla”* ([OMS, 1998](#)).

Tal y como lo mencionaron los y las enfermeras participantes para lograr lo anterior se requiere iniciativa, así como de considerar el desarrollo de las condiciones potenciales de la calidad de vida en la persona, la familia y la comunidad y la identificación de factores protectores y de riesgos individuales, comunitarios y estrategias de apoyo social.

En conjunto con los y las profesionales de Enfermería se establecen aspectos fundamentales que debe contener el protocolo para abordar la población meta. Destaca la importancia de la edad de la gestante, aún cuando el fenómeno de las drogas no excluye edad, sexo o condición social. Además, es elemental una detección temprana que ayude a establecer las conductas de consumo de la mujer gestante para así elaborar el plan de atención individualizado según sus necesidades. Tal tarea se debe realizar con cuidado y de una forma muy profesional asertiva, ya que como menciona [Calvo \(2004\)](#) *“no es infrecuente encontrar sentimientos cruzados de apego, ansiedad y rechazo hacia el neonato, lo que unido al miedo a la estigmatización social, produzca un alejamiento de los servicios sanitarios y sociales más que un acercamiento a los mismos”* (p. 12).

Otro aspecto por considerar para la elaboración del protocolo son los lineamientos para el tratamiento intra y extrahospitalario, en los cuales se tome en cuenta que

el enfoque terapéutico aplicado en un establecimiento está determinado por el diagnóstico individual de los estados patológicos y los trastornos que presentan los consultantes al mismo. Una evaluación precisa integral de los demandantes de atención permite planear el tratamiento y adaptarlo a las necesidades particulares de cada sujeto” ([Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, Organización Panamericana de la Salud; 2000, p.33](#)).

Se menciona que la evaluación integral incluye: Evaluación física, psiquiátrica y social, exámenes de laboratorio generales y específicos (toxicológicos), registro y diagnóstico y, finalmente, el plan de tratamiento (p.34).

Igualmente, se destaca la importancia de incluir las complicaciones del recién nacido dentro del protocolo, ya que *“en concreto, el consumo de drogas en la mujer embarazada puede ocasionar numerosas alteraciones embrionarias, fetales, perinatales y neonatales, con consecuencias que pueden afectar, posteriormente, el desarrollo normal del niño”* ([Martín, 2003, p.577](#)).



También incluye los diferentes manejos que se abordan según las sustancias que consuma la gestante, ya que es sabido que, generalmente, ella no utiliza una única sustancia, *“sino que con frecuencia asocia otras drogas, consume tabaco y/o alcohol, está mal nutrida, padece alguna infección, en las que destacan hepatitis B, hepatitis C o infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y lleva un mal control prenatal”* ([Echeverría, 2003, p. 519](#)).

De igual forma, se enfatiza la necesidad de incluir aspectos relacionados con la lactancia materna, debido a que es conocido que las sustancias psicoactivas se excretan por la leche, medio de alimentación que se torna contraproducente.

Covington, mencionado por [Castaños y col \(2007\)](#), señala que para la efectividad del tratamiento en las mujeres se necesita un ambiente que facilite la recuperación, que brinde seguridad, sin abusos físicos, emocionales o sexuales. Una relación profesional no autoritaria, con actitud de escucha, empatía y respeto y que fomente una adecuada toma de decisiones en las mujeres respecto de sus vidas.

En cuanto a la gestión administrativa, las [Naciones Unidas \(2003\)](#) mencionan que:

la toxicomanía genera problemas sociales graves, generalizados y costosos. Independientemente de que el abuso de sustancias sea un pecado, un delito, una mala costumbre o una enfermedad, la sociedad tiene derecho a esperar que una política pública o un planteamiento eficaz para abordar el "problema del abuso de drogas" sirva para disminuir la delincuencia, el desempleo, la disfunción de las familias y el uso desproporcionado de servicios de atención médica causados por las drogas (p iii).

Igualmente, al hablar de la normatización de las acciones para la atención de esta población se debe tomar en cuenta que:

la adopción de normas no sólo contribuye a mejorar la calidad de la atención brindada en los establecimientos públicos y privados, sino que también promueve la confianza del consumidor nocivo o dependiente de drogas en los servicios de tratamiento. Es factible que también se facilite el acceso a los servicios y sensibilice al sistema de salud y a sus profesionales en cuanto a su responsabilidad de atender la demanda de atención de las personas con problemas de adicción ([Comisión Interamericana para el control del abuso de drogas, Organización Panamericana de la Salud, 2000, p.15](#)).

Para brindar atención a la gestante afectada por el consumo de drogas, [González Merlo y col \(2006\)](#) mencionan que ésta se encuentra condicionada fundamentalmente por tres hechos: 1) Gestación y parto de riesgo elevado, 2) Esta población gestante constituye un grupo particular de mujeres con características psicosociales comunes y 3) Los cuidados prenatales constituyen una magnífica ocasión para realizar la prevención secundaria y terciaria de la drogadicción de la gestante.

Tomando en cuenta que el primer contacto que tienen las gestantes en esta condición es con la unidad de Emergencias, es necesario plantear las acciones desde su ingreso a este servicio, así como su continuidad en Ginecología u Obstetricia, Obstetricia A o Sala de Partos, según el periodo de gestación en el que se encuentre.



Inicialmente, se debe realizar el examen sub β^5 . En caso de que esta prueba salga negativa, ahí se terminaría la intervención. Pero en caso de ser positiva, el siguiente paso es realizar la prueba de tóxicos en orina. Según la enciclopedia médica [Medline Plus \(2009\)](#), este examen con frecuencia se utiliza en situaciones médicas de emergencia y puede emplearse para evaluar posibles sobredosis o intoxicación accidental o intencional. Asimismo, puede ayudar a determinar la causa de toxicidad aguda por drogas, vigilar la farmacodependencia y determinar la presencia de sustancias en el cuerpo para propósitos médicos o legales.

Cuando esta prueba sale negativa, se finaliza la intervención. Cuando el resultado es positivo se debe tomar en cuenta el período de gestación de la mujer. Si tiene menos de 20 semanas se interna en Ginecología para su valoración y abordaje; si tiene más de 20 semanas, en Obstetricia A, y si llega en labor de parto se traslada directamente a la Sala de Partos.

En el caso de que llegue al salón de Ginecología u Obstetricia, es necesario hacer una entrevista a profundidad para conocer más de la gestante y sus dimensiones. Para esto, el y la profesional se debe identificar y decir el objetivo de esta entrevista, respetando la decisión de la mujer. Es importante familiarizarse con el vocabulario usado, evitar los tecnicismos y aclarar las dudas que surjan.

Otros aspectos por tomar en cuenta para el abordaje son (adaptación según [Baño, 2006](#)): procurar un ambiente seguro, cómodo y de confianza; evitar la presencia de estímulos externos, evitar acompañantes, procurar que siempre sea un o una única entrevistadora, no invadir su espacio, escuchar atentamente, mantener una actitud y mente abierta, mantener un tono de voz bajo, no responder a las agresiones, procurar empatía con la persona; finalmente, en cuanto al consumo, se debe preguntar la cantidad, el tiempo de adicción (edad inicio, droga principal, otras drogas y vías de administración), la frecuencia (experimental, ocasional, episódica, sistemática), forma de inicio (terapéutica, experimental), clasificación de la sustancia según su acción farmacológica (depresoras: opiáceos, alcohol, hipnóticos, etc; estimulantes: cocaína, anfetaminas, nicotina, xantinas (café), perturbadoras del sistema nervioso: alucinógenos, derivados del cannabis, drogas de síntesis, etc).

A la hora del ingreso es importante valorar su diagnóstico, así como la toma de una vía periférica y valorar si presenta o no síndrome de abstinencia⁶.

En el caso de que la gestante presente este síndrome, se debe llamar al ginecólogo para su valoración y medicación. También, debe iniciarse una atención integral, valorar sus redes de apoyo, coordinar las citas con trabajo social, psicología, psiquiatría, nutrición y demás consideradas necesarias. Además, se desarrolla el FRAMES, el cual es un modelo de intervención que busca identificar los problemas reales y potenciales relacionados con el uso de alcohol y otras drogas, lo cual motiva a los individuos a cambiar sus comportamientos.

⁵ Consiste en determinar precisamente esta subunidad de la hormona gonadotropina coriónica humana (HCG) en suero o en orina, "una vez producida la fecundación y la implantación del blastocisto en la decidua endometrial, las células trofoblásticas empiezan a sintetizar HCG" ([Lozano y col, 1998, p.435](#)).

⁶ El síndrome de abstinencia se define como el "grupo de signos y síntomas que aparecen en el individuo como consecuencia de la supresión o reducción del consumo de una droga y que son característicos de cada tipo de droga" ([Martínez y col, sf, p.04](#)).



La intervención breve incluye seis elementos esenciales, que la caracterizan y que son identificados por medio de la palabra “FRAMES” originada en la primera letra de los vocablos en inglés. [Pillon \(2000\)](#) los explica así:

Feed-back: se refiere a la retroalimentación del cliente a través de la comunicación de los resultados de su evaluación. En general se usan instrumentos para la identificación del uso nocivo de alcohol (CAGE, AUDIT). Una vez verificada la puntuación, el profesional clarifica su significado y brinda orientación sobre los riesgos de las personas que presentan tales datos.

Responsability: se da énfasis a la autonomía y responsabilidad del cliente en las decisiones, es decir, implica un autoproyección y un compromiso con el cambio de comportamientos.

Advice: corresponde a las orientaciones y recomendaciones que el profesional debe ofrecer al cliente, con base en evidencias directas y desvinculadas de juzgamiento de valor moral o social, siempre preservando la autonomía y la decisión del cliente.

Menu: Se refiere a presentar al cliente las diversas posibilidades de ayuda que se tiene para ofrecer, o sea, los grupos de auto-ayuda y las opciones de tratamiento disponibles.

Empathic: corresponde a la manera de recibir el cliente, centrada en la comprensión, solidaridad y amabilidad. Se trata de la relación interpersonal, por tanto, terapéutica, desarrollada por el profesional.

Self-efficacy: está relacionado con el vínculo entre profesional y cliente; se centra en alcanzar la confianza y buscar desarrollar en el cliente su deseo de realizar las metas asumidas. El propósito debe ser ampliar la autoeficacia del cliente en el enfrentamiento de sus problemas, por ende, él mismo disminuirá las creencias negativas sobre sí y tendrá mayor motivación para dar continuidad al tratamiento o a su vida diaria (pp. 19-21).

Para el abordaje de esta población, se propone trabajar con el programa de “Doce Pasos”, de Alcohólicos Anónimos, la cual es una comunidad de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortalecen la esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo ([Alcohólicos Anónimos, 2010](#)).

Los “Doce Pasos”, según la comunidad de Alcohólicos Anónimos (AA), son un conjunto de principios de naturaleza espiritual que, si se adoptan como una forma de vida, pueden liberar al enfermo de la obsesión por beber y transformarlo en un ser íntegro, útil y feliz. ([Alcohólicos Anónimos, 2009, p.17](#))

Aunque estos pasos estaban dirigidos principalmente a los miembros de AA se ha comprobado que pueden suscitar interés y utilizarse para otras personas afectadas por el consumo de drogas. Incluso, muchas personas no alcohólicas dicen que, como consecuencia de practicar los “Doce Pasos” de AA, han podido enfrentarse a otras dificultades de la vida. Opinan que los “Doce Pasos” pueden significar más que la sobriedad para los bebedores problema. Los consideran como un camino hacia una vida feliz y útil para muchas personas sean o no alcohólicas ([Alcohólicos Anónimos, 2009, p.17](#))

A continuación se mencionan los “Doce Pasos”: (adaptados según [Alcohólicos Anónimos, 2009, p.19-122](#))

1. "Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables"
2. "Llegamos a creer que un Poder superior a nosotros mismos podría devolvernos el sano juicio".
3. "Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos."
4. "Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos".



5. "Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos".
6. "Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de nuestros defectos"
7. "Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos".
8. "Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos reparar el daño que les causamos".
9. "Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros".
10. "Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente"
11. "Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y no diese la fortaleza para cumplirla".
12. "Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar el mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos".

Los pasos anteriores son parte de un proceso de ayuda, de una red de apoyo que al ser activada brinda buenos resultados en la persona. Lo único que se requiere es de un igual que brinde el mensaje y acompañamiento y que siempre está dispuesto a hacerlo.

Luego de la valoración y establecimiento de las medidas de intervención y seguimiento necesarias, se valora el egreso de la gestante, así como también se coordina su seguimiento por parte de enfermería comunitaria.

Durante la atención brindada a la usuaria ya sea en Emergencias, Ginecología, Obstetricia A o Sala de Partos, es esencial evaluar las redes de apoyo las cuales según Chadi (citado por [Silva, 2009](#)) se pueden definir como:

grupo de personas, bien sea miembros de una familia, vecinos, amigos o instituciones, capaces de aportar un apoyo real y duradero a un individuo o familia (...) determinar la "funcionalidad" de una red social depende de la intensidad y reciprocidad de esta, es decir, del grado de vinculación entre sus miembros y del compromiso mutuo entre los integrantes del grupo, de acuerdo con las funciones que cada uno cumple respecto a los demás (p.215).

En el caso de que se ingrese a sala de partos, en fase activa de labor de parto, se deben tomar signos vitales, seguir indicaciones y tratamiento médico, aplicar historial de enfermería, llamar al o la pediatra para valoración en período expulsivo o post nacimiento, valorar y activar redes de apoyo, interconsulta con trabajo social, psicología, nutrición, salud mental, medicina interna y orientar a la persona. Además de dar los cuidados ya establecidos normados durante el parto y posparto.

Con el fin de brindar una atención humanizada, el o la profesional de Enfermería debe fomentar el apego materno cuyo objetivo es favorecer el contacto inmediato del trío madre, padre e hijo (a), para fortalecer lazos afectivos por medio del equipo de salud ([Woodhead y Oates, 2007, p. 02](#)).



Por las complicaciones que se derivan del uso de drogas, no está exento el que se den situaciones como la muerte neonatal, la cual es definida por la [OMS \(1990\)](#) como “la *muerte producida entre el nacimiento y hasta los 28 días de vida*”. Se divide en *mortalidad neonatal precoz*, hasta los 7 días de vida, y *tardía*, de los 7 a los 28 días de vida. [Mejía \(2000\)](#) menciona que tiene que ver con un gran número de factores ambientales, sociales y genéticos los cuales pueden determinar el crecimiento fetal, riesgo de malformaciones, nacimientos prematuros, bajo peso al nacer.

Ante esta situación, se debe brindar contención, apoyo emocional y establecer una relación interpersonal de ayuda a la madre, siendo este actuar una responsabilidad social, ética y simplemente humana del profesional de Enfermería, principalmente, tomando en cuenta que este acontecimiento afecta en un momento en el cual la persona se encuentra emocionalmente susceptible y, además, receptiva ante cualquier ayuda dada su incapacidad para ayudarse a sí.

En caso contrario a la muerte neonatal, se deben brindar los cuidados mediatos e inmediatos normados para la atención del recién nacido en el país. En estos casos, en particular, se debe realizar un examen físico más detallado en miras del posible síndrome de abstinencia neonatal, el cual:

es el término que se usa para designar al grupo de signos y síntomas asociados a la interrupción de la droga en el neonato (...) incluye criterios como: llanto continuo de alto tono, cantidad de horas que duerme después de alimentarse, reflejo de moro hiperactivo, temblor leve, moderado, intenso o perturbado, aumento del tono muscular, excoriaciones, saltos mioclónicos, convulsiones, diaforesis, fiebre, bostezos frecuentes, moteado, obstrucción nasal, estornudos frecuentes, aleteo nasal, frecuencia respiratoria, aspiración excesiva, alimentación deficiente, regurgitación, vómito en proyectil, deposiciones sueltas o acuosas ([Lowdermilk, y col, 1998, pp.1142-1143](#))

La planificación de los cuidados del o la recién nacida hija de una madre afectada por las drogas supone un desafío para el equipo de salud, dado que la individualización de los cuidados y la activación de las redes de apoyo son aspectos esenciales.

Finalmente, si el o la recién nacido (a) y la madre no presentan complicaciones, se brinda alojamiento conjunto de lo contrario, el niño o niña es trasladado al Servicio de Neonatología y la madre al Servicio de Maternidad.

Una vez que se da el ingreso de la madre al Servicio de Obstetricia se debe valorar la existencia de síndrome de abstinencia: si esta es negativa, se le asigna una cama en el salón, pero si es positiva la cama asignada de preferencia debe de ser en aislamiento, con el fin de brindar tratamiento para desintoxicación y los cuidados especiales que requiere. Enfermería debe asegurarse de que se tramiten todas las interconsultas, se cumplan las indicaciones del tratamiento médico, así como de que se valoren y activen las redes de apoyo. También, como parte de la labor de líder del profesional en Enfermería, se debe de fomentar el trabajo en equipo en conjunto con las demás disciplinas de salud, ante esto [Silva \(2009\)](#) menciona que se invita a trabajar de manera interdisciplinaria

puesto que en la acción ha observado que cada profesional y cada área de trabajo se concentra en lo que le corresponde, dificultando la comunicación entre las disciplinas y el surgimiento de la transdisciplinariedad, la cual permitiría aunar recursos para lograr fines comunes” (p. 215-216).



Además, es importante que el personal profesional en enfermería desarrolle la técnica del FRAMES, mencionada y explicada anteriormente.

En el caso de que el o la recién nacida presente complicaciones se ingresará al Servicio de Neonatología. [García del Río y col. \(2002\)](#) mencionan problemas precoces que pueden afectar al hijo (a) de una madre afectada por el consumo de drogas, al respecto indican que:

suelen padecer estrés fetal, con evacuación de meconio y la posibilidad de su aspiración; con cierta frecuencia presenta un test de Apgar bajo; la prematuridad tiene una incidencia elevada, siendo el bajo peso para su edad gestacional casi la regla; la reducción del perímetro craneal, el aumento de malformaciones congénitas, la fragilidad y roturas cromosómicas y los infartos cerebrales también se han descrito en estos RN con más frecuencia que en la población general, así como anomalías en el comportamiento neurológico (p. 120).

Una vez que se da el nacimiento del bebé y éste se enfrenta al ambiente externo, al dejar inconscientemente de consumir la droga, el recién nacido puede sufrir el síndrome de abstinencia a drogas (SADRN), ante tal situación Enfermería debe conocer los signos y síntomas que el neonato presenta para valorar su estado. Los signos y síntomas son muy variados, al respecto, la Asociación Española de Pediatría (AEP) destaca la presencia de hiperexcitabilidad del SNC (irritabilidad, temblores, hiperactividad, hipertonia, llanto agudo, mioclonías convulsiones), alteraciones digestivas (regurgitaciones, vómitos, diarreas, voracidad), alteraciones vegetativas (sudoración, hipersecreción de mucosas, fiebre, erupciones cutáneas) y alteraciones cardiorespiratorias (taquipnea, congestión nasal, taquicardia) ([García del Río y col., 2002, p. 120](#)).

Las mismas autoras enlistan los problemas tardíos que pueden afectar al recién nacido (a) y de los cuales el personal profesional de Enfermería debe estar atento para brindar educación a la familia o las personas que se encuentren a su cargo; en relación con lo mencionado indican que *“se pueden observar alteraciones en su comportamiento (agresividad, hiperactividad), retrasos madurativos, retrasos pondero estaturales, etc., que van a estar muy condicionados por el entorno familiar de estos niños. También se descubre mayor incidencia de síndrome de muerte súbita del lactante”* (p.121).

Asimismo, se debe tomar en cuenta la valoración médica que puede indicar la toma de vía central, uso de halo de lactancia materna, tratamiento del síndrome de abstinencia a drogas del recién nacido (a) y el uso de incubadora.

Los cuidados directos de Enfermería descritos por [Baño \(2006\)](#) son: Ingreso en unidad observatorio (tóxicos en orina, complicaciones de infecciones, profilaxis hepatitis B), evaluación cada 3 horas, ambiente tranquilo, manipulación solo cuando sea necesario, pocos estímulos, no interrumpir el sueño, evitar roces cutáneos, alimentación con toma escasa y frecuente, vigilar calidad de la succión, curva ponderal y observar a los padres. Además, en casos anteriores es importante tomar en cuenta el activar redes de apoyo con la familia y con el o la recién nacida, a fin de que se le brinde el soporte necesario. También, en todo momento, se debe propiciar el trabajo en equipo con otras disciplinas. Posteriormente, se valora el egreso del neonato y, a la vez, se refiere al seguimiento a Enfermería comunitaria.

Como parte de las redes de apoyo es indispensable el seguimiento por una enfermera comunitaria, quien como actor social responda a la *“atención psicológica y social a este colectivo durante todo el proceso de gestación y los primeros meses de vida del neonato, garantizando que queden sus necesidades cubiertas”* ([Cruz Roja d](#)



[España, 2009](#)). Todo esto como parte del compromiso social en miras de la calidad de vida de las personas y el buen desarrollo del país.

CONCLUSIONES

El uso de un protocolo para la atención intrahospitalaria desde la Enfermería dirigido a gestantes con problemas de drogas y a su recién nacido (a), debe ser orientado a la mejora de la calidad de atención en salud y el servicio que se brinde, contar con el enfoque de promoción de la salud, considerar la perspectiva de género, además de tener iniciativa por parte de los y las profesionales de Enfermería; considerando que éste se hace necesario debido a la falta de normativas al respecto y al aumento de los casos relacionados con la temática.

Es necesario aunar esfuerzos para ofertar atención integral, precisa, oportuna y eficaz a estas madres y sus hijos, proporcionándoles ambientes óptimos para su normal desarrollo. Con tales acciones se verá beneficiada toda la sociedad.

El conocer las características de las personas drogodependientes, la droga consumida y el ambiente en que se desenvuelve, así como sus situaciones de riesgo, es determinante al definir las estrategias de intervención.

Las gestantes que son afectadas por las drogas a menudo tienen una comprensión limitada de la forma en que estas sustancias la afectan, tanto a ellas como a sus bebés; razón por la cual se hace indispensable la intervención holística del profesional de Enfermería.

Los modelos actuales de cuidados deben incluir intervenciones nutricionales, psicosociales y farmacológicas para mejorar el autoestima y el autocuidado de las mujeres y así reducir el daño al feto o recién nacido, cuya madre tiene dificultad para dejar de consumir drogas.

Las redes de apoyo y el seguimiento a largo plazo a las gestantes afectadas por el consumo de drogas son determinantes para registrar los cambios permanentes.

El aumento en el consumo de drogas por parte de la población femenina del país implica un gran compromiso para abordar ese problema de salud pública y, por ende, a la población afectada desde los centros hospitalarios. El tratamiento de la drogodependencia no implica exclusivamente un cese del consumo de las drogas, sino que conlleva un cambio más radical en la vida de las personas con problemas de adicción. Supone cambios en la identidad de muchas de ellas, así como nuevas relaciones sociales y de pareja, necesidad de recursos educativos profesionales o económicos, entre otros.

BIBLIOGRAFÍA

Alcohólicos Anónimos (2010) Programa los 12 pasos. <http://www.asociacionantidroga.org.ar/gacetillas/12pasos.htm>. Extraído 1 febrero 2011

Amaro, M^a C; Marrero, A; Valencia ML; Blanca, S; Maynelo, H. (1996). *Principios básicos de la bioética*. Extraído el 03 de julio de 2010, desde http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol12_1_96/enf06196.htm



Arana X.; Germán, I. Las personas usuarias de drogas especialmente vulnerables y los derechos humanos, personas usuarias con patología dual y mujeres usuarias de drogas. Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología, ISSN 0210-9700, No. 19, 2005, págs. 169-215. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2289381> Extraído 03 de julio del 2010.

Baño, ML. (2006). *Atención de enfermería al drogodependiente*. Extraído el 20 de septiembre del 2010, desde <http://apuntesenfermeria.iespana.es/varios.htm>

Calvo, H. (2004). *Maternidad, infancia y drogas: implicaciones clínicas*. Extraído el 10 de julio del 2010 desde <http://www.adicciones.es/files/Calvo.pdf>

Castañón, M; Meneses, C; Palop, M; Rodríguez, M; Tubert, S. (2007). *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid: Editorial Estilo Estugraf Impresores, S.L.

Celada-Quezada, R. *La madre adicta a la cocaína y el producto de su embarazo*. *Rev. costarric. cienc. méd* [online]. 1998, vol.19, n.3-4 [citado 2010-05-01], pp. 170-176 . Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0253-29481998000300005&lng=es&nrm=iso ISSN 0253-2948.

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, Organización Panamericana de la Salud. (2000). *Normas de atención, Lucha contra la dependencia de las Drogas y su tratamiento: Una experiencia en las Américas. Guías y criterios básicos para el desarrollo de programas de evaluación de la calidad y normas para la atención de la dependencia de drogas*. Extraído el 25 de mayo del 2009, desde <http://www.descentralizadrogas.gov.co/tratamiento/tratamiento.pdf>

Cruz Roja de España. (2009). *Programa para la atención a la mujer toxicómana embarazada*. Extraído el 16 de septiembre del 2009 desde http://www.cruzroja.es/pls/portal30/docs/PAGE/SITE_CRE/INTRANET/ORGANIZA/BALEARES/BALCOORDINACION/SOCIAL/2003/MEMORIA%20ATENCION%20A%20LA%20MUJER%20TOXICOMANA%20EMBARAZADA.PDF

Echeverría, J. (2003). *Drogas en el embarazo y morbilidad neonatal*. Extraído el 17 de septiembre del 2009, desde <http://www.enferalicante.org/ficheros/MATRONAS/drogasyembarazo.pdf>

Fernández, JL; Ferrer, A; Giraldo, F; Casado, C. (2006). *Elaboración de protocolos, trabajos y artículos científicos*. Sociedad española de cirugía plástica reparadora y estética. Extraído el 15 de septiembre del 2009 desde <http://www.secpre.org/documentos%20manuales%2020.html>

García del Río, M; Lastra, G; Medina, A; Marínez, M; Lucena, J; Martínez, A. (2002). *Enfoque diagnóstico – terapéutico del hijo de madre drogadicta*. Extraído el 30 de noviembre del 2010, desde http://hispasante.hispagenda.com/documentacion/guias/medicina/pediatria/neonatalogia/15-Hijo_madre_drogadicta.pdf

González – Merlo, J; Lailla, JM; Fabre, E; y González, E. (2006). *Obstetricia*. 5ª ed. Editorial Masson. Barcelona, España.

Guzmán, J; Huenchuan, S; y Montes de Oca, V. (2003) *Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual*. Extraído el 27 de junio de 2010 desde http://www.eclac.org/celade/noticias/paginas/9/12939/EPS9_JMGSHNVMO.pdf

Gutiérrez y otros. *Hijos de madres adictas con síndrome de abstinencia en Terapia Intensiva Neonatal*. Universidad de Guadalajara. Bol Med Hos Infant Mex. Vol. 65, julio-agosto 2008, págs 276-281. <http://www.mediagraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2008/hi084e.pdf> Extraído 25 de setiembre 2010

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (2009) *Consumo de drogas en Costa Rica, resultados de encuesta nacional 2006*. Extraído el 27 de mayo del 2009, desde: <http://www.iafa.go.cr/Estadisticas%20y%20Estudios/Costa%20Rica.%20ENCUESTA%20NACIONAL%20SOBRE%20EL%20CONSUMO%20DE%20DROGAS%202006.pdf>



Lowdermilk, D.; Perry, S.; y Bobak, I. (1998). *Enfermería Materno Infantil*. Distrito Federal: 6° ed Editorial Harcourt Brace.

Lozano, A; Martínez, F; Santana, S; Coto, R; y García, G. (1998). *Diagnóstico precoz de embarazo en la atención primaria mediante determinación cualitativa de gonadotropina coriónica humana*. Extraído el 23 de septiembre del 2010, desde http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol14_5_98/mgi05598.pdf

Lugones, M; Madruga, M; Yero ME; y Peraza, C. (2004). *Cocainomanía y embarazo. Presentación de un caso*. Extraído el 23 de mayo del 2009, desde <http://www.revistahph.sld.cu/hph0104/hph10104.htm>

Martín, Mª A. (2003). *Consumo de drogas durante el embarazo y morbilidad neonatal: cambios epidemiológicos en los últimos diez años*. Extraído el 25 de septiembre del 2009, desde <http://external.doyma.es/pdf/37/37v58n06a13048088pdf001.pdf>

Martínez, JF; Martín, A; Valero, M; y Salguero, M. (sf). *Síndrome de abstinencia*. Extraído el 25 de septiembre del 2010, desde <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/mono.pdf>

MedlinePlus (2010). *Bebé de una madre toxicómana*. Extraído el 30 de noviembre del 2010, desde <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007238.htm>

Mejía, H. (2000). *Factores de Riesgo para Muerte Neonatal. Revisión sistemática de la literatura*. Extraído el 21 de setiembre del 2010 desde: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/rnsbp00390303.pdf>

Mur, A.; López-Vilchez, MA.; Paya, A. (2008), *Abusos de tóxicos y gestación. Hospital Universitario del Mar. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona: Asociación Española de Pediatría*. http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/17_1.pdf. Extraído 23 mayo 2009.

Naciones Unidas (2003). *Manual sobre tratamiento del abuso de drogas, por qué invertir en el tratamiento del abuso de drogas. Documento de debate para la formulación de políticas*. Extraído el 27 de mayo del 2009, desde http://www.unodc.org/docs/treatment/Investing_S.pdf

Navarro (2007) *El consumo de alcohol y otras drogas entre las mujeres. Informe de resultados de las encuestas a mujeres en general escolares*. Instituto de la mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid: Estilo Estugraf Impresores, S. L.

Normas de Atención a la Mujer Embarazada Consumidora de Alcohol y Drogas (1997). Instituto Materno Infantil Dr. Adolfo Carit. San José: sin editorial.

Organización Mundial de la Salud. (1990). *Las condiciones de la salud en las Américas*. Vol 2, 53-64. Bolivia.

Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la salud, glosario*. Extraído el 10 de julio del 2010, desde http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf

Pillón, S. (2000). *Modalidades de atención: intervención breve. Módulo II el fenómeno de las drogas en las Américas y en el mundo. Parte III aspectos de la atención al uso de drogas teoría y práctica*. CICAD/OEA y EERP.USP, Brasil

Sánchez, P. (sf) *Género y drogas. Drogas y perspectiva de género. Documento marco. Plan de atención integral a la salud de la mujer de Galicia*. Galicia: Krissola diseño, S. L. http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/GyD_DocumentoMarco.pdf Extraído 23 mayo 2009.

Silva, D. (2009). *Redes sociales en el trabajo social*. Revista Trabajo Social, Universidad Nacional de Colombia. Número 2. Extraído el 21 de setiembre desde <http://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/download/15346/16135>.



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

Edición Semestral N°.20, Abril 2011- Setiembre 2011 | ISSN 1409-4568 |



Revista Electrónica Enfermería Actual en Costa Rica

www.revenf.ucr.ac.cr

Universidad de Costa Rica. (1980). *Reglamento de trabajos finales de graduación*. Extraído el 09 de julio del 2010, desde http://www.cu.ucr.ac.cr/normativ/trabajos_finales_graduacion.pdf

Vallenilla, J.; Saulny de Jorges, J.; Villaroel, W. Recién nacidos de madres drogadictas en la Maternidad Concepción Palacios. *Revista Obstet. ginecol. Venezuela*;59(4):237-43, dic. 1999. tab.

Woodhead, M; Oates, J. (2007). *La Primera Infancia en Perspectiva, Relación de Apego, la Calidad del Cuidado en los Primeros Años*. Extraído el 21 de setiembre del 2010 desde http://www.bernardvanleer.org/Relaciones_de_apego_La_calidad_del_cuidado_en_los_primeros_anos.html

