

temprana pueden tener secuelas en su futuro desarrollo físico, psicomotor, neurosensorial, cognitivo, conductual y emocional<sup>2-4</sup>. Por ello, las familias solicitantes de adopción deben ser conocedoras de esta problemática, y aquellas que adopten a un niño con estos antecedentes deben implementar de forma precoz los recursos terapéuticos que puedan evitar o reparar a corto plazo estas consecuencias indeseables del desarrollo.

## Financiación

El autor declara no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

## Bibliografía

1. Servicio de Estadísticas del Estado Federal de Rusia. Ministerio de Salud: Estadísticas Oficiales - Población - Familia, Maternidad e Infancia. [consultado 6 Mar 2019]. Disponible en: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/motherhood](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/motherhood).
2. Fitzgerald E, Boardman JP, Drake AJ. Preterm birth and the risk of neurodevelopmental disorders - Is there a role for epigenetic dysregulation? *Curr Genomics*. 2018;19:507-21.

3. Meher S, Hernandez-Andrade E, Basheer SN, Lees C. Impact of cerebral redistribution on neurodevelopmental outcome in small-for-gestational-age or growth-restricted babies: A systematic review. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2015;46:398-404.
4. Shankar P, Chung R, Frank DA. Association of food insecurity with children's behavioral, emotional, and academic outcomes: A systematic review. *J Dev Behav Pediatr*. 2017;38:135-50.

Gonzalo Oliván-Gonzalvo\*

*Servicios de Pediatría y Adolescencia, Instituto Aragonés de Servicios Sociales, Gobierno de Aragón, Centro de Pediatría y Adopción Internacional de Zaragoza, Zaragoza, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [golivang@gmail.com](mailto:golivang@gmail.com)

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.04.011>  
1695-4033/

© 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Española de Pediatría. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Síndrome de abstinencia neonatal. Manejo y terapéutica en 25 hospitales de España



### Neonatal abstinence syndrome: Management and therapy in 25 hospitals in Spain

Sr. Editor:

Recientemente se han publicado en su revista diferentes trabajos sobre maltrato prenatal que evidencian un aumento del consumo de tóxicos maternos y el consiguiente riesgo asociado de síndrome de abstinencia neonatal (SAN)<sup>1</sup>.

El SAN incluye un espectro variable de síntomas clínicos de disregulación neuroconductual, cuya valoración mediante escalas y tratamiento ha sido claramente establecido<sup>2</sup>. A pesar de la aparente uniformidad de criterios, en nuestro país persiste una variabilidad terapéutica interhospitalaria.

Mediante una encuesta telefónica realizada a médicos de 25 unidades de neonatología de hospitales terciarios españoles, hemos documentado el grado de seguimiento de las recomendaciones.

La identificación de un posible SAN y la utilización de escalas de puntuación son una medida que se considera indispensable en el 100% de los centros. El sistema Finnegan, con mayor aceptación internacional, es utilizado por el 92% de los encuestados.

Desde el punto de vista terapéutico, se considera como pilar fundamental la aplicación precoz de medidas no farmacológicas que incluyen una adecuada contención, garantizar

los aportes nutricionales y la integración exitosa del neonato con sus cuidadores.

Respecto al uso de fármacos, aunque existen datos limitados sobre la pauta óptima, el uso de opioides se considera el tratamiento de primera línea<sup>3</sup>, independientemente de la sustancia implicada o si se trata de una situación de policonsumo. No se evidencian diferencias significativas entre morfina y metadona. En la muestra analizada, un 72% elige los opioides como primera línea en el caso de consumo de una única sustancia. Cuando el SAN aparece en madres con policonsumo de tóxicos, únicamente el 56% los utiliza como primera línea; el 44% restante utiliza fenobarbital. Estudios comparativos publicados no evidencian ventajas del uso de fenobarbital frente a metadona, aunque existen estudios que concluyen que en casos de policonsumo, la terapia combinada (opioides + fenobarbital) reduce la estancia hospitalaria y la duración de los síntomas. Además, distintos ensayos en animales concluyen que el uso de fenobarbital en época neonatal supone un deterioro de la función cerebral. Una revisión retrospectiva de pacientes pediátricos tratados con fenobarbital en periodo neonatal, mostraba una disminución significativa en las funciones cognitivas de estos.

Por otro lado, las recomendaciones actuales incorporan la clonidina como segunda línea terapéutica. Un ensayo aleatorizado doble ciego constata que la asociación de clonidina a la terapia con opioides, reduce la duración de la farmacoterapia. Solo un 8% de los encuestados elige clonidina en terapia combinada<sup>4</sup>.

Por último, estudios recientes demuestran que la buprenorfina sublingual en neonatos con exposición exclusiva a opiáceos, es superior a metadona en duración del

tratamiento y de estancia hospitalaria. Por el momento, en pacientes pediátricos únicamente está aprobado su uso compasivo, aspecto conocido por un 50% de los encuestados.

Consideramos necesario que desde los grupos expertos de nuestro país se sugiera un protocolo de uso común que permita abordar el SAN en las condiciones más adecuadas.

## Agradecimientos

Gracias a las 25 unidades de neonatología que colaboraron en la entrevista realizada.

## Bibliografía

1. Garcia Garcia J, Campistol Mas E, López-Vilchez MÁ, Morcillo Buscato MJ, Mur Sierra A. Analysis of prenatal abuse in catalonia between the years 2011 and 2014 [Article in Spanish]. *An Pediatr (Barc)*. 2018;88:150–9.
2. Grossman MR, Berkwitz AK, Osborn RR, Xu Y, Esserman DA, Shapiro ED, et al. An Initiative to Improve the Quality of Care of Infants With Neonatal Abstinence Syndrome. *Pediatrics*. 2017;139, <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2016-3360>, pii: e20163360.
3. Hudak ML, Tan RC, Committee on drugs; Committee on fetus and newborn; American Academy of Pediatrics. Neonatal drug withdrawal. *Pediatrics*. 2012;129, <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2011-3212>, e540 e560.
4. Kraft WK, Adeniyi-Jones SC, Chervoneva I, Greenspan JS, Abatemarco D, Kaltenbach K, et al. Buprenorphine for the Treatment of the Neonatal Abstinence Syndrome. *N Engl J Med*. 2017;376:2341–8.

Ana Isabel Pastor Tudela<sup>a,\*</sup>,  
Silvia Arriola Rodríguez-Cabello<sup>a,b</sup>  
y Domingo González-Lamuño<sup>a,c</sup>

<sup>a</sup> *Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España*

<sup>b</sup> *Unidad de Neonatología, Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España*

<sup>c</sup> *Unidad de Enfermedades Metabólicas, Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [pastortudela91@gmail.com](mailto:pastortudela91@gmail.com)  
(A.I. Pastor Tudela).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.02.003>  
1695-4033/

© 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Española de Pediatría. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).