



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado

***Proyecto educativo: prevención del
síndrome de abstinencia neonatal por
opioides.***

Alumno: Lucía García Piñero

Director: Lourdes Navalpotro Fuster

Madrid, mayo de 2025

Índice

Resumen.....	1
Abstract.....	2
1. Presentación.....	3
2. Estado de la cuestión	4
2.1. Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema.....	4
2.1.1. Definición de síndrome de abstinencia neonatal.....	6
2.1.2. Epidemiología.....	7
2.1.3. Diagnóstico.....	8
2.1.4. Costos.....	9
2.1.5. Factores de riesgo.....	11
2.1.6. Pronóstico.....	12
2.1.7. Tratamiento.....	13
2.2. Justificación.....	15
3. Población y captación	16
3.1. Población diana	16
3.2. Captación	16
4. Objetivos.....	18
4.1 Objetivos generales	18
4.2. Objetivos específicos	18
5. Contenidos.....	20
6. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales.....	21
7. Evaluación	25
7.1 Evaluación de la estructura y el proceso	25
7.2 Evaluación de resultados	26
BIBLIOGRAFÍA.....	27
ANEXOS	30

Resumen

Introducción: el síndrome de abstinencia neonatal por opioides consiste en la manifestación de un conjunto de signos y síntomas en los recién nacidos expuestos a dicha sustancia durante el embarazo. El síndrome de abstinencia neonatal puede producir diversas complicaciones, afectando la calidad de vida del recién nacido. Debido al aumento del consumo de analgésicos opioides por parte de mujeres embarazadas, este síndrome se ha convertido en un problema de salud pública, por lo que la educación sanitaria dirigida a mujeres en edad fértil se convierte en una herramienta para poder prevenir este problema.

Objetivo: reducir la incidencia del síndrome de abstinencia neonatal por opioides.

Metodología: proyecto educativo dirigido a mujeres en edad fértil de entre 20 y 34 años pertenecientes al centro de salud de Tres Forques, Valencia. Se realizarán 3 sesiones de 1 hora y 30 minutos cada una.

Implicaciones para la práctica enfermera: este proyecto educativo supone una oportunidad para reforzar el papel de la enfermería en la promoción de la salud, la identificación de factores de riesgo y la intervención en comunidades vulnerables.

Palabras clave: síndrome de abstinencia neonatal, trastornos relacionados con sustancias, embarazo, recién nacido, analgésicos opioides.

Abstract

Introduction: neonatal opioid withdrawal syndrome is a set of signs and symptoms that appear in newborns exposed to opioids during pregnancy. Neonatal withdrawal syndrome can cause various complications, affecting the newborn's quality of life. Due to the increased consumption of opioid analgesics by pregnant women, this syndrome has become a public health problem, so health education aimed at women of childbearing age becomes a tool to prevent this problem.

Objective: to reduce the incidence of neonatal opioid withdrawal syndrome.

Methodology: educational project aimed at women of childbearing age between 20 and 34 years old belonging to the Tres Forques health centre, Valencia. There will be 3 sessions of 1 hour and 30 minutes.

Implications for nursing practice: This educational project represents an opportunity to strengthen the role of nursing in promoting health, identifying risk factors and intervening in vulnerable communities.

Key words: neonatal abstinence syndrome, substance-related disorders, pregnancy, infant, opioid analgesics.

1. Presentación

El síndrome de abstinencia neonatal es un conjunto de manifestaciones clínicas que experimentan los recién nacidos al suspenderse de forma brusca la exposición intrauterina a sustancias adictivas utilizadas por la madre durante el embarazo. Este síndrome ha ganado importancia en los últimos años, debido especialmente al aumento del consumo de analgésicos opioides por parte de la población.

Elegí este tema porque me interesa el mundo de los fármacos y sus efectos adversos y pensé que llevando a cabo este trabajo podría estudiar más a fondo los diferentes mecanismos de acción que llevan a que un recién nacido experimente un síndrome de abstinencia por el hecho de que su madre consumiera sustancias adictivas durante el embarazo.

Una vez que empecé a informarme sobre el tema, me di cuenta de que en realidad este problema me interesaba estudiarlo más desde una perspectiva diferente. Pensé que sería más útil e interesante enfocar este trabajo en desarrollar estrategias de educación y prevención, ya que se trata de un problema de salud pública.

La enfermería juega un papel fundamental a la hora de poder prevenir el síndrome de abstinencia neonatal. Esto se puede lograr, por ejemplo, a través de la educación a mujeres en edad fértil sobre los riesgos derivados del consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo, tanto para ellas como para el feto.

Con este trabajo finalmente he querido estudiar cómo la profesión enfermera es capaz de contribuir de manera eficaz en la prevención del síndrome de abstinencia neonatal causado por el consumo de analgésicos opioides.

2. Estado de la cuestión

2.1. Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema

En este trabajo se van a tratar temas relacionados con el síndrome de abstinencia neonatal causado por el consumo de opioides durante el embarazo. Los temas tratados van desde las causas de su aparición y su diagnóstico, hasta las consecuencias derivadas de ello, como los costos y problemas de salud a largo plazo, y en consecuencia, la importancia de su prevención.

Para poder llevar a cabo este trabajo, se ha realizado una búsqueda completa de artículos en bases de datos como Pubmed y Medline.

Durante la búsqueda se usó la combinación de las palabras claves anteriormente mencionadas, a través de operadores booleanos, obteniéndose numerosos resultados. Para poder concretar la búsqueda de artículos y facilitar la lectura de resúmenes, se optó por la utilización de filtros (publicados en los últimos 5 años). Los resultados de la búsqueda se muestran en las tablas 1 y 2.

Resultados de búsqueda en Pubmed				
Ecuaciones de búsqueda. Operadores Booleanos	Resultados totales	Publicados en los últimos 5 años	Pertinentes (lectura de resúmenes)	Seleccionados por su relevancia
Substance Withdrawal Syndrome AND Infant	977	176	30	8 (3, 5, 7, 8, 10, 17, 18, 22)
Pregnancy AND Illicit Drugs AND Neonatal Abstinence Syndrome	114	15	10	3 (1, 4, 14)
Illicit Drugs AND Pregnancy	1.136	101	20	2 (6,23)
TOTAL				13

Tabla 1. Resultados de búsqueda en Pubmed.

Resultados de búsqueda en Medline				
Ecuaciones de búsqueda. Operadores Booleanos	Resultados totales	Publicados en los últimos 5 años	Pertinentes (lectura de resúmenes)	Seleccionados por su relevancia
Substance Withdrawal Syndrome AND Infant	781	45	12	2 (2, 9)
Pregnancy AND Drugs AND Neonatal Abstinence Syndrome	1.097	150	6	1 (1)
Illicit Drugs AND Pregnancy	1.420	164	8	2 (13, 16)
TOTAL				5

Tabla 2. Resultados de búsqueda en Medline.

Los artículos utilizados en el trabajo no incluidos en las tablas 1 y 2 se obtuvieron a partir de la lectura de los artículos seleccionados y mencionados en dichas tablas.

Una vez realizada la búsqueda y selección de los artículos, cabe mencionar que prácticamente todos los artículos relacionados con el tema se han realizado en países diferentes a España, sobre todo en Estados Unidos, por lo que la mayoría de la información aportada en este trabajo hace referencia a la situación en dichos países. Aun así, se ha detectado la necesidad de extrapolar dicha información a nuestro país, ya que los datos epidemiológicos indican que en España también se diagnostica síndrome de abstinencia neonatal, y que el consumo de sustancias en determinados territorios también es habitual.

2.1.1. Definición de síndrome de abstinencia neonatal

El síndrome de abstinencia neonatal (SAN) es un conjunto de manifestaciones clínicas que se observan en los neonatos, debido al cese abrupto de la exposición intrauterina a drogas utilizadas por la madre durante el embarazo. Aunque la evidencia indica que el SAN se atribuye más comúnmente a la exposición a opioides, el uso de otras sustancias como benzodiazepinas o alcohol puede producirlo o aumentar la gravedad del síndrome (1).

Entre 2013 y 2016, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) introdujo una nueva terminología que denomina el síndrome de abstinencia neonatal de opioides (SANO) como la abstinencia neonatal específica de opioides (2). Esta nueva terminología ha surgido debido a que la evidencia sugiere que los aumentos recientes de síndrome de abstinencia neonatal se deben principalmente a la exposición intrauterina a opioides. De hecho, un estudio realizado por Goyal y col. en 2017 confirmó que de los 470 recién nacidos incluidos en el estudio expuestos a sustancias, el 98% fueron expuestos a opioides (3).

En 2018, el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) identificó una brecha de conocimiento clave fundamental en el cuidado de la díada madre-neonato expuesta a sustancias psicotrópicas: la falta de una definición clínica estándar para la abstinencia después de la exposición a opioides en el útero. La falta de una definición estandarizada para la abstinencia de opioides en el neonato impide la atención clínica individualizada. Además, obstaculiza los avances científicos en el campo de la prevención y el tratamiento de la abstinencia de opioides neonatal, debido a la variabilidad en los criterios de ingreso a los ensayos clínicos, la incidencia de SAN, gravedad y la evaluación de los efectos a corto y largo plazo. Para desarrollar esta definición clínica de la abstinencia de opioides en neonatos, el HHS se asoció con expertos nacionales utilizando metodologías Delphi. El consejo estuvo compuesto por 6 expertos en salud materno infantil especializados en atención clínica, investigación y políticas sobre abstinencia de opioides. El estudio demostró que los expertos estaban de acuerdo en la necesidad de exposición a opioides con o sin otras sustancias psicotrópicas junto a la presencia de signos clínicos de abstinencia para poder establecer el diagnóstico de síndrome de abstinencia por opioides en el neonato (2).

Los signos característicos del SAN vienen dados por la interrupción abrupta de la exposición a sustancias, provocando una desregulación neuroconductual, viéndose afectado el sistema nervioso autónomo, el control motor y del tono y el procesamiento sensorial. Con frecuencia el SAN ocurre dentro de las 72 horas posteriores al nacimiento (4). El SAN puede llegar a provocar signos y síntomas como aumento de peso deficiente, dificultades para alimentarse, vómitos, náuseas, heces blandas y diarrea, sudoración, estornudos, fiebre, bostezos,

deterioro de la piel, llanto agudo, temblores, irritabilidad, un reflejo de Moro exagerado y succión deficiente (5).

2.1.2. Epidemiología

Las mujeres representan un tercio de las personas que consumen drogas a nivel mundial. Una proporción significativa de estas mujeres está en edad reproductiva, lo que significa que es probable que el consumo de drogas y el embarazo coincidan (6). En las últimas dos décadas, el consumo de opioides ha crecido significativamente. En concreto, en Estados Unidos ha habido un aumento del uso de opioides y otras sustancias ilícitas entre las mujeres embarazadas, y en consecuencia, el número de bebés diagnosticados con SAN creció casi 7 veces entre el año 2000 (con una incidencia media de 1,2%) y el 2014 (con una incidencia media de 14,4%), mostrándose así un aumento de la prevalencia a nivel global (7). Un estudio realizado en 2019 por Wolf y col. concluyó que la incidencia media del SAN fue de 6 por cada 1.000 nacidos vivos, variando entre 1 por cada 1.000 nacidos vivos en Hawái y 36 por cada 1.000 nacidos vivos en Vermont, relacionándose con las tasas de dependencia o abuso de drogas ilícitas y prescripción de opioides (8). Sin embargo, la tasa del SANO aumentó en Estados Unidos a nivel nacional entre 2010 y 2017 del 4,0 a 7,3 por cada 1.000 hospitalizaciones de nacimiento (9) .

La incidencia en la región censal del centro sur este de Estados Unidos (Kentucky, Tennessee, Mississippi y Alabama) es la más alta de Estados Unidos, con 16,2 nacimientos de neonatos con SAN por cada 1000 habitantes en 2015 (10).

En España, por primera vez se preguntó a nivel nacional sobre el uso de analgésicos opioides tanto con receta como sin receta en 2018 a través de la encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES). Dicha encuesta ha sido actualizada a lo largo de los años, y en el 2024 el 15,2% de las personas, tanto mujeres como hombres, de 15 a 64 años, reconoce haber consumido opioides alguna vez en la vida, el 6,6% en los últimos 12 meses y el 3,9% en los últimos 30 días (en 2018 la prevalencia fue de 14,5% alguna vez en la vida, 7,1% en los últimos 12 meses y 2,9% en los últimos 30 días).

Según esta encuesta, en 2024 la prevalencia de consumo de opioides con y sin receta en mujeres de 15 a 64 años en los últimos 12 meses fue de 7,6%.

En el caso de los opioides sin receta, el consumo en mujeres de 15 a 64 años en los últimos 12 meses ha sido de 1%, siendo la edad media de inicio de consumo 26 años. En dicha encuesta se mencionan las razones que motivaron el consumo de opioides tanto con receta como sin receta, siendo éstas el dolor agudo en un 66,7 %, dolor crónico en un 20,2% y después de una operación en un 26,2%.

El 65,7% de las mujeres de 15 a 64 años conoce el riesgo asociado al consumo de sustancias psicoactivas y que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas. Para las mujeres de 15 a 64 años la percepción de disponibilidad de drogas, es decir, de conseguirlas en 24 horas de manera relativamente fácil, es del 25,1% (11).

Según los últimos datos de 2020 de la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, la prevalencia de la prescripción de opioides en España en mujeres de entre 15 y 64 años es del 0,7% (12). La prevalencia de consumo de analgésicos opioides con y sin receta en mujeres de 15 a 64 años es diferente en cada comunidad autónoma, mostrándose así en la figura 1.

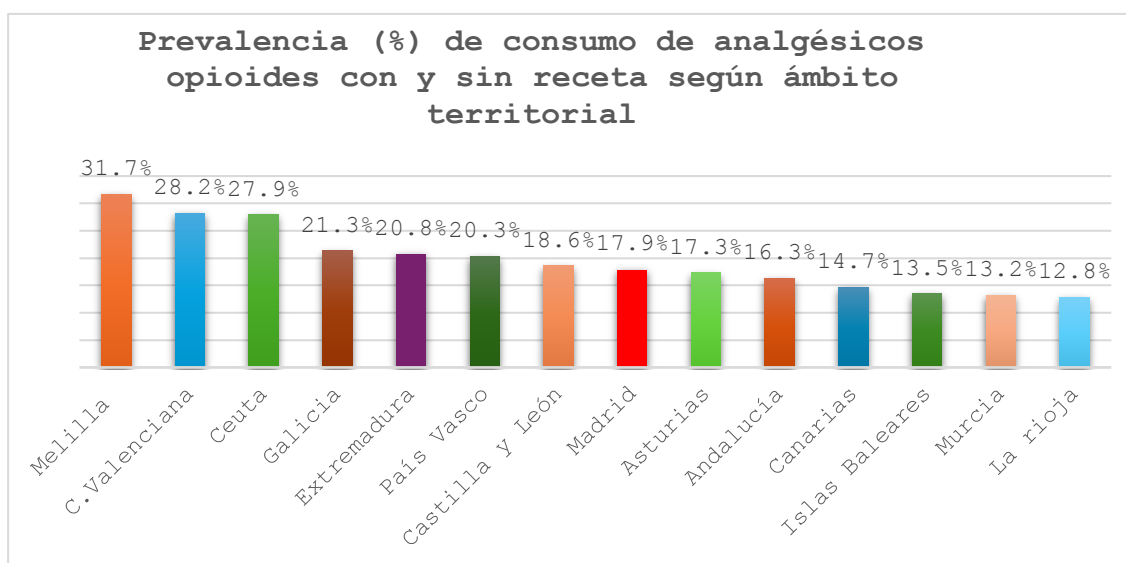


Figura 1. Prevalencia (%) de consumo de analgésicos opioides con y sin receta, en mujeres de entre 15 y 64 años, al menos una vez en la vida, según ámbito territorial. Elaboración propia a partir de (11).

2.1.3. Diagnóstico

El aumento de las tasas de consumo de sustancias adictivas por parte de las mujeres embarazadas hace que se vean incrementados los casos de SAN, provocando así múltiples efectos negativos en los neonatos. Esta situación también puede provocar complicaciones durante el parto y un aumento del riesgo de mortalidad infantil (13).

Los recién nacidos que sufren los efectos del síndrome de abstinencia neonatal también tienen problemas asociados, como tasas más altas de defectos congénitos y desarrollo cerebral alterado, por lo que es importante que la abstinencia se evalúe con precisión. Actualmente, se usan dos métodos para evaluar el síndrome de abstinencia neonatal: La escala de Finnegan y el método Comer, Dormir, Consolar.

La escala de Finnegan se basa en la observación de más de 30 signos clínicos de abstinencia que son calificados subjetivamente por una enfermera cada tres o cuatro horas. La subjetividad de la puntuación puede generar sesgo en la evaluación, por lo que varios investigadores se han centrado en desarrollar métodos de puntuación más objetivos para el tratamiento (14).

En 2018, Grossman ideó un nuevo enfoque en el que las enfermeras realizan una evaluación estructurada de la alimentación del recién nacido, la duración del sueño entre las tomas y la capacidad de ser consolado. Las pautas que se utilizan para la evaluación son las siguientes:

- Comer: capacidad del recién nacido de amamantar con éxito o comer al menos 1 oz (28 gramos) por toma.
- Sueño: capacidad del recién nacido de dormir sin interrupciones durante un mínimo de una hora.
- Consolar: capacidad del recién nacido de recibir consuelo en un plazo de 10 minutos.

Con este nuevo enfoque, Grossman demostró que se reducía el tratamiento farmacológico en neonatos con síndrome de abstinencia en comparación con lo que se preveía usando la escala de Finnegan (15).

Sin embargo, la Escala de abstinencia neonatal de Finnegan todavía se utiliza para la evaluación clínica del 52% al 65% de los recién nacidos con síndrome de abstinencia neonatal (14).

Otra de las razones por las que realizar un adecuado diagnóstico, es la similitud de los signos del SAN con otras condiciones como:

- Sepsis: se presenta con irritabilidad e inestabilidad en la temperatura.
- Encefalopatía hipóxico- isquémica: se presenta con anomalías del tono, irritabilidad y convulsiones.
- Trastornos endocrinos como hipertiroidismo: se presenta con inestabilidad en la temperatura, irritabilidad y heces blandas (16).

2.1.4. Costos

El objetivo principal de evitar el síndrome de abstinencia neonatal por opioides es mejorar la salud de los recién nacidos, pero además, podemos potenciar la importancia de su prevención destacando el elevado coste que supone su atención, ya que implica estancias prolongadas en el hospital después del nacimiento y tratamientos costosos.

Un estudio realizado por Jenkins y col. en 2022 quiso demostrar las diferencias de coste en la atención en recién nacidos con SAN y sin SAN. Realizaron un estudio de cohorte que utilizó

y analizó información de la base de datos de la agencia de Medicaid de Alabama de neonatos nacidos con diagnóstico de SAN entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2020. Entre dicho período nacieron un total de 346.259 neonatos, que se pudieron incluir en el estudio. En el estudio se centraron en estimar a través de los datos obtenidos el costo total durante los 10 primeros años de vida y la distribución anual de este gasto. Esto incluyó los costos relacionados con el diagnóstico inicial y el tratamiento del síndrome de abstinencia neonatal.

De la muestra total de recién nacidos incluidos en el estudio, se identificaron 4.027 nacidos con SAN (1,2%) y 342. 232 nacidos sin SAN (98,8%).

En la tabla 3 se muestran las estimaciones de los costos anuales medios durante los 10 primeros años de vida en nacidos con SAN y sin SAN.

Año de vida	Costo anual sin SAN (euros)	Costo anual con SAN (euros)	Diferencia media (euros)
1	11.727	33.886	22.159
2	3.260	5.513	2.253
3	2.360	2.918	3.451
4	2.212	2.699	2.404
5	2.305	3.177	2.344
6	2.358	3.173	1.888
7	2.488	4.047	1.559
8	2.572	3.969	1.397
9	2.702	3.855	1.152
10	2.672	3.151	479
Total en 10 años	32.296	66.388	34.092

Tabla 3. Estimación de los costos anuales medios durante los 10 primeros años de vida en nacidos con SAN y sin SAN. Elaboración propia a partir de (10).

Se muestra que la mayor diferencia de costos se produce durante el diagnóstico y primer año de vida, con una diferencia de 22.159 euros entre los nacidos con SAN y sin SAN.

Los hallazgos del estudio actual sugieren que el síndrome de abstinencia neonatal tiene consecuencias para la salud que se extienden más allá del primer año de vida. Este estudio es un paso importante para hacer ver las consecuencias del síndrome de abstinencia neonatal para el sistema de atención médica. Teniendo en cuenta que según el modelo de este estudio,

el síndrome de abstinencia neonatal representa un gran gasto económico, queda clara la necesidad de intervención para poder reducir la incidencia del SAN (10).

Por otro lado, Liu y col. descubrieron que las personas con un diagnóstico de SAN, poco después del nacimiento usaban los servicios de atención médica con una tasa mayor hasta los 8 años de edad, con costos casi del doble que los niños sin un diagnóstico de SAN (17).

Otro estudio realizado por Grossarth y col. en 2023 corrobora que los bebés con SANO tienen hospitalizaciones significativamente más prolongadas y con mayores costos de hospitalización en comparación con los que no tienen SANO (9).

2.1.5. Factores de riesgo

Existen diferentes factores maternos, infantiles y/o ambientales que pueden alterar la expresión del síndrome de abstinencia neonatal.

Dentro de los factores maternos, se incluyen el consumo de sustancias como heroína, cocaína, marihuana, benzodiazepinas y nicotina junto a los opioides. Esta exposición a múltiples sustancias aumenta la expresión del SAN, además de su gravedad (7).

En 2019 Smith y col. realizaron un estudio transversal en madres que dieron su consentimiento para la realización de pruebas de detección de drogas universales durante el parto. Se analizaron 2.531 muestras y la prevalencia del consumo de múltiples sustancias fue del 15%. Llegaron a la conclusión de que muchas mujeres que consumen analgésicos opioides también consumen otro tipo de sustancias, lo que puede exacerbar el síndrome de abstinencia neonatal por opioides (18).

Dentro de los factores infantiles, se ha detectado que el sexo masculino tiene una expresión más grave. También se ha documentado que los bebés prematuros tienen una expresión menos grave de SAN, relacionado con el menor tiempo de exposición intraútero y un menor número de receptores desarrollados (16). Otro factor infantil de interés, que fue estudiado por Sealschott y col., fue el tipo de microbiota intestinal de los recién nacidos. En su estudio, sugieren que la microbiota intestinal puede desempeñar un papel en la modificación de la variabilidad en la expresión y la gravedad de los síntomas asociados con el síndrome de abstinencia neonatal. Los autores reconocen la necesidad de realizar investigaciones futuras comparando la microbiota intestinal en bebés con SAN y sin SAN, explorando la expresión de los síntomas en relación con la colonización aberrante de la microbiota intestinal (19).

Por otro lado, los factores ambientales, como el entorno físico, pueden modificar esa gravedad. Por ejemplo, un neonato tratado en la UCI neonatal puede tener un síndrome de abstinencia más grave que si se mantiene junto a la madre (7).

2.1.6. Pronóstico

En 2022 Grossarth y col. realizaron un estudio de cohorte retrospectivo de 390.075 bebés nacidos entre 2007 y 2018 de madres de entre 15 y 44 años de edad que estuvieron inscritas en Medicaid de Tennessee desde 183 días antes del parto hasta 28 días después del parto. El objetivo del estudio fue la caracterización del riesgo de mortalidad infantil postneonatal entre bebés con diagnóstico de síndrome de abstinencia por opioides.

Su cohorte comprendió bebés que estaban vivos el día 29 después del nacimiento e iniciaron el seguimiento el día 29 para que coincidiera con la definición estándar de mortalidad infantil postneonatal. A partir del día 29, hicieron un seguimiento de los bebés hasta su muerte o hasta el día 365 después del nacimiento.

Tuvieron en cuenta tanto el diagnóstico de síndrome de abstinencia por opioides, como el diagnóstico de trastorno por consumo de opioides en las embarazadas (TCO), definiendo así 4 grupos de exposición excluyentes entre ellos.

Los 4 grupos de exposición fueron: TCO materno con SANO (TCO positivo/SANO positivo), TCO materno sin SANO (TCO positivo/SANO negativo), TCO materno no documentado con SANO (TCO negativo/SANO positivo) y un grupo de referencia de lactantes no expuestos (TCO negativo/SANO negativo).

Los resultados fueron los siguientes:

- TCO positivo/SANO positivo: 4.922 nacidos
- TCO positivo/SANO negativo: 7.196 nacidos
- TCO negativo/SANO positivo: 2.239 nacidos
- TCO negativo/SANO negativo: 375.718 nacidos

El equipo de estudio observó 1.317 muertes infantiles postneonatales correspondientes a 3,67 muertes por 1.000 personas-año.

El estudio demostró una tasa de mortalidad infantil postneonatal mayor en aquellos con cualquier TCO/SANO en comparación con los TCO negativos/SANO negativos siendo de la siguiente forma las tasas obtenidas:

- TCO positivos/SANO positivos: 7,72 (38 muertes de 4.922 nacidos).
- TCO positivos/SANO negativos: 8,19 (59 muertes de 7.196 nacidos).
- TCO negativos/SANO positivos: 8,48 (19 muertes de 2.239 nacidos).
- TCO negativos/SANO negativos: 3,19 (1.201 muertes de 375.718 nacidos).

Aunque los resultados a largo plazo de los bebés nacidos de personas con TCO o diagnosticados con SANO no se han caracterizado bien, en este gran estudio de cohorte

retrospectivo, se ha observado que los bebés con estos diagnósticos tenían un mayor riesgo de mortalidad infantil postneonatal en comparación con los bebés sin dichas exposiciones (9).

2.1.7. Tratamiento

El consumo de analgésicos opioides durante el embarazo es un problema de salud pública que está vinculado a varias consecuencias nocivas para la madre y el feto. Existen pocos tratamientos para el consumo de sustancias durante el embarazo y éstos comprenden principalmente intervenciones farmacológicas y conductuales.

En el caso del tratamiento farmacológico, los dos fármacos más usados son la metadona y la buprenorfina. La conversión del uso ilícito de opioides a la terapia de mantenimiento con opioides en un entorno supervisado médicamente disminuye la morbilidad materna y neonatal. Se usan ya que ofrecen una mayor prevención de recaídas con un régimen de dosificación constante de opiáceos, reduce las conductas de riesgo, mejora el cumplimiento de la atención prenatal y conduce a mejores resultados neonatales. En cuanto a cuál de los dos es más óptimo, un ensayo controlado aleatorio que comparó la metadona y la buprenorfina en usuarias de opioides embarazadas mostró que los bebés cuyas madres recibieron buprenorfina necesitaron menos tratamiento para el SAN, dosis sustancialmente más bajas de morfina para tratar los síntomas del SAN y tuvieron estancias más cortas en el hospital, en comparación con los bebés de mujeres que recibieron metadona (20). En estos casos, no se recomienda la abstinencia de opioides durante el embarazo, ya que puede resultar en parto prematuro, sufrimiento o muerte fetal (21). La buprenorfina generalmente se prefiere a la metadona dada su seguridad y eficacia equivalentes, así como la mayor facilidad con la que se puede obtener el medicamento. Las mujeres que reciben metadona deben asistir al centro diariamente para poder obtener el medicamento, mientras que las mujeres que reciben buprenorfina pueden recoger el fármaco en la farmacia a través de una receta.

En cuanto a terapias no farmacológicas, la lactancia materna ha demostrado reducir la gravedad del síndrome de abstinencia neonatal por opioides y se ha asociado con una reducción media en la duración de las estancias hospitalarias de 3 a 7 días. Se recomienda la lactancia materna incluso para las mujeres que usan farmacoterapia con metadona o buprenorfina. Otros métodos usados consisten en envolver al bebé en una manta, asegurar un entorno de baja estimulación y el alojamiento conjunto con la madre. Dichos métodos se han asociado con una disminución de 3 a 17 días en la duración de la estancia hospitalaria (22).

Es importante que el tratamiento se comience de forma precoz, pero en muchas ocasiones las mujeres que se encuentran en estas circunstancias retrasan o evitan la atención prenatal y otros encuentros de atención médica, debido al miedo a ser detectadas y la posterior pérdida

de la custodia del bebé y la participación en la justicia penal. Un estudio realizado por Simmons y col. detectó diferencias en el momento del inicio de la atención prenatal entre las mujeres embarazadas que informaron y no informaron del consumo de sustancias ilícitas (a los 3,7 meses las que informaron y a los 2,9 meses las que no informaron). El inicio tardío de la atención prenatal entre las mujeres que informaron haber consumido sustancias ilícitas durante el embarazo es preocupante, dadas las necesidades a menudo complejas de servicios sociales y de salud de esta población y los beneficios demostrados de la atención prenatal para promover resultados maternos e infantiles óptimos (23).

2.2. Justificación

El consumo de analgésicos opioides por parte de las mujeres ha aumentado en los últimos años. Cuando el uso descontrolado de dichos fármacos se produce en determinados momentos vitales, como es durante el embarazo, no se pone en riesgo solo la salud de las mujeres, sino también la salud de los futuros neonatos.

El síndrome de abstinencia neonatal es una condición que afecta a los recién nacidos expuestos a sustancias adictivas durante el embarazo. Después de conocer los riesgos y problemas que supone en los recién nacidos sufrir este síndrome, y de los elevados costes que implica esta condición, se ha detectado la necesidad de prevenir el consumo de analgésicos opioides por parte de mujeres embarazadas con el objetivo de evitar futuros síndromes de abstinencia neonatal por opioides.

El papel de la enfermería en la atención a mujeres en edad fértil o en mujeres embarazadas es esencial para prevenir la aparición de síndrome de abstinencia neonatal, ya que las enfermeras pueden ofrecer educación, apoyo y cuidados especializados. A través de la educación, las enfermeras desempeñan un rol muy importante en la detección de factores de riesgo y en la promoción de conductas saludables.

Con este trabajo se pretende reforzar el papel de la enfermera en el ámbito de la prevención, ya que se estudiará cómo la enfermería puede influir de manera positiva en la reducción del síndrome de abstinencia neonatal por opioides a través de programas de educación para la salud dirigidos a mujeres en edad fértil, realizándose en las zonas en las que existe una mayor prevalencia de consumo de analgésicos opioides por parte de las mujeres.

3. Población y captación

3.1. Población diana

La actividad educativa va dirigida a mujeres en edad fértil, de entre 20 y 34 años, pertenecientes al centro de salud Tres Forques (Distrito Olivereta, Valencia).

La población del barrio de Tres Forques en 2023 era de 9.556 habitantes, de los cuales 4.942 (51,71%) eran mujeres y 4.614 (48,28%) eran hombres. El total de mujeres de edad entre 20 y 34 años era de 844 (17,07%).

Teniendo en cuenta que el centro de salud de Tres Forques tiene asignada una población adulta de 16.587 personas, se puede deducir que, manteniendo los porcentajes demográficos, 8.577 serían mujeres, de las cuales 1.464 mujeres tendrían entre 20 y 34 años. Por tanto, se espera que la población diana sea en torno a 1.464 mujeres. Los grupos para la realización de la actividad educativa estarán formados por aproximadamente 15 participantes.

Se ha elegido esta población diana basándose en la prevalencia de consumo de analgésicos opioides con y sin receta en mujeres de entre 15 y 64 años al menos una vez en la vida (28,2%), siendo la Comunidad Valenciana la zona con mayor prevalencia de la España peninsular en 2024. Por otro lado, se ha elegido este centro de salud, ya que el barrio de Tres Forques es uno de los más afectados en cuanto a vulnerabilidad por nivel de estudios de la Comunidad Valenciana, lo cual supone un factor de riesgo para comenzar a consumir opioides.

3.2. Captación

El lugar de captación será el propio centro de salud de Tres Forques, el cual está situado en la calle de les Tres Forques, 98, L´Olivereta, Valencia. Las enfermeras serán las encargadas de ofrecer la actividad educativa a las mujeres que tengan entre 20 y 34 años.

El centro de salud de Tres Forques está distribuido en cuatro plantas. En la planta baja está situada la zona de pediatría, la zona de maternidad y la zona de extracciones. La primera planta cuenta con 14 consultas de medicina familiar y en la segunda planta existen ocho consultas más de medicina familiar y la zona de administración. En el sótano cuentan con almacenes y vestuarios de personal.

En cuanto a la plantilla que trabaja en este centro, está formada por 13 enfermeras, 12 médicos de familia, 2 pediatras, 1 trabajador social, 1 matrona, 4 técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, 2 celadores y 6 administrativos.

Serán varios los mecanismos por los que el personal de enfermería ofrecerá la actividad a las mujeres. Por una parte, en la consulta de enfermería, cuando dichas mujeres acudan por otro motivo, se aprovechará para realizar la captación. Por otro lado, se realizarán llamadas telefónicas a las mujeres que cumplen los requisitos para ofertar la actividad educativa, encargándose cada enfermera de su cupo de población asignado. También se colgarán pósteres informativos (Anexo I) en diferentes zonas del centro de salud. Por último, las matronas del centro de salud aprovecharán para ofertar la actividad a las mujeres que acuden a su consulta para realizarse el cribado del cáncer de cérvix, ya que éste comienza a realizarse a los 25 años, y repitiéndose a los 28, 31 y 34 años.

En el momento en que una mujer exprese su deseo de participar en la actividad, se le entregará un formulario de inscripción (Anexo II).

4. Objetivos

4.1 Objetivos generales

- **Objetivo de salud**

Reducir la incidencia de síndrome de abstinencia neonatal por opioides a través de un taller educativo impartido a mujeres en edad fértil de entre 20 y 34 años.

- **Objetivo de comportamiento**

Las participantes se concienciarán del no consumo de analgésicos opioides durante el embarazo.

4.2. Objetivos específicos

- **Área cognitiva**

Las participantes conocerán qué es el síndrome de abstinencia neonatal.

Las participantes identificarán los signos y síntomas del síndrome de abstinencia neonatal.

Las participantes conocerán cuales son las causas del síndrome de abstinencia neonatal.

Las participantes diferenciarán entre el uso terapéutico y el uso de abuso de opioides.

Las participantes comprenderán los efectos negativos del consumo de opioides durante el embarazo y la importancia de evitarlo.

Las participantes reconocerán los factores de riesgo para comenzar a consumir opioides.

- **Área afectiva**

Las participantes reforzarán su autoestima y autoconfianza.

Las participantes desarrollarán una mayor conciencia sobre la importancia de su bienestar emocional.

Las participantes fortalecerán su vínculo emocional con la idea de un embarazo saludable.

Las participantes relatarán situaciones en las que se hayan visto involucradas con el consumo de sustancias.

- **Área de habilidades**

Las participantes adquirirán estrategias de gestión del dolor con alternativas a los opioides.

Las participantes aprenderán a planificar rutinas saludables.

Las participantes aprenderán a autorregularse emocionalmente, para manejar el estrés, la ansiedad y otras emociones difíciles, fortaleciendo sus habilidades de afrontamiento.

5. Contenidos

Lo que se pretende con este proyecto es concienciar a las mujeres en edad fértil de entre 20 y 34 años, del no consumo de analgésicos opioides durante el embarazo, para poder evitar así el síndrome de abstinencia neonatal.

Para poder llevarlo a cabo, se exponen los siguientes contenidos que incluirá el proyecto educativo:

- Conocimientos sobre la patología.
 - Definición de síndrome de abstinencia neonatal.
 - Descripción de los signos y síntomas.
 - Descripción de las causas.
- Concepto de uso terapéutico y abuso de opioides.
 - Diferencias entre el uso terapéutico y uso de abuso.
 - Factores de riesgo asociados al consumo.
- Condiciones para un bienestar físico y emocional durante el embarazo.
 - Ejercicios para fomentar la autoestima y el bienestar emocional.
 - Recomendaciones sobre alimentación y ejercicio.
- Estrategias para el manejo del dolor y el control del estrés.
 - Técnicas para la gestión del dolor sin necesidad de fármacos.
 - Dinámicas de control del estrés y relajación.
- Reflexión sobre el consumo de sustancias.
 - Puesta en común de experiencias personales en relación con el consumo de sustancias.

6. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales

La actividad educativa propuesta en este trabajo se llevará a cabo en 3 sesiones, de 1 hora y 30 minutos cada una. El primer taller se llevará a cabo durante los lunes 5, 12 y 19 de mayo de 2025, y se repetirá en fechas posteriores, aún no fijadas, hasta poder llegar a la máxima población diana posible.

Los grupos estarán formados aproximadamente por 15 participantes, todas mujeres con edades entre 20 y 34 años. Las docentes encargadas de impartir la actividad educativa serán una enfermera especialista en pediatría, la matrona y una trabajadora social del propio centro de salud. La actividad educativa se realizará en la sala de reuniones destinada para ello, en el propio centro de salud. En la tabla 4 se muestra la distribución general de las sesiones.

Sesiones	Duración	Contenidos
1ª Sesión (5 de mayo de 2025)	1 hora 30 minutos	Conocimientos sobre el síndrome de abstinencia neonatal y diferencias entre consumo de abuso y terapéutico.
2ª Sesión (12 de mayo de 2025)	1 hora 30 minutos	Factores de riesgo asociados al consumo y condiciones para un bienestar físico y emocional durante el embarazo.
3ª Sesión (19 de mayo de 2025)	1 hora 30 minutos	Estrategias para el manejo del dolor y puesta en común de experiencias personales en relación con el consumo.

Tabla 4. Distribución general de las sesiones de la actividad educativa.

En las tablas 5, 6 y 7 se reflejan los contenidos y recursos empleados en las sesiones primera, segunda y tercera, respectivamente.

1ª Sesión				
Objetivos	Contenidos	Técnica	Tiempo	Recursos
Presentación del taller, participantes y evaluación de conocimientos.	Explicación del taller y presentación de los profesionales. Presentación de cada participante y expectativas sobre el taller. Breve evaluación de nivel de conocimientos.	Técnica del ovillo (técnica de iniciación grupal). Cuestionario de conocimientos pre-taller.	35 min	Ovillo de lana. Cuestionario de conocimientos.
Definir el concepto de síndrome de abstinencia neonatal.	Explicación sobre qué es el síndrome de abstinencia neonatal y su importancia clínica.	Charla-coloquio (técnica expositiva).	15 min	Ordenador, proyector y presentación ppt.
Descripción de los signos y síntomas.	Identificación y explicación de los principales signos y síntomas (temblores, irritabilidad, llanto agudo, etc).	Vídeo con discusión (técnica expositiva).	10 min	Ordenador, proyector, pantalla y vídeo explicativo.
Descripción de las causas.	Análisis de las principales causas como el consumo materno de opioides.	Análisis de texto (técnica de análisis).	15 min	Fichas impresas del texto, bolígrafos y folios.
Diferenciar entre el uso terapéutico y uso de abuso.	Explicación sobre el uso médico de opioides para el dolor vs. el abuso de sustancias durante el embarazo y sus efectos en el neonato.	Caso (técnica de análisis).	15 min	Tarjetas con casos prácticos, pizarra y rotuladores.

Tabla 5. Distribución de los contenidos y recursos empleados en la primera sesión.

2ª Sesión				
Objetivos	Contenidos	Técnica	Tiempo	Recursos
Identificar los principales factores de riesgo que pueden conducir al consumo de sustancias.	Factores personales, sociales y familiares. Factores físicos y emocionales.	Tarjeta-semáforo (técnica de investigación de aula).	20 min	Tarjetas de color verde, rojo y amarillo. Ordenador, proyector y presentación ppt
Fortalecer la autoestima y las habilidades emocionales para prevenir conductas de riesgo.	Reflexión personal y ejercicios de autoconfianza y manejo emocional.	Ejercicios. Técnica usada para reflexionar y analizar las propias actitudes, comportamiento y soluciones (técnica de análisis).	40 min	Cartulinas, rotuladores de colores y fichas con frases positivas.
Reconocer la importancia de la alimentación y la actividad física para el bienestar.	Recomendaciones sobre alimentación y beneficios del ejercicio para la salud mental y física.	Tormenta de ideas (técnica de investigación de aula).	15 min	Pizarra y rotuladores.
Planificar rutinas saludables.	Poner en práctica las recomendaciones sobre alimentación y ejercicio a través del desarrollo de sus propias rutinas saludables.	Demostración práctica con entrenamiento (técnica de desarrollo de habilidades)	15 min	Cuadernos, bolígrafos y subrayadores.

Tabla 6. Distribución de los contenidos y recursos empleados en la segunda sesión.

3ª Sesión				
Objetivos	Contenidos	Técnica	Tiempo	Recursos
Poner en práctica métodos para el manejo del dolor alternativos a los fármacos.	Técnicas de respiración, mindfulness y ejercicios de relajación.	Demostración con entrenamiento (técnica de desarrollo de habilidades).	45 min	Esterillas, cojines, velas aromáticas y música relajante.
Autorregulación emocional para la gestión y reducción del estrés.	Practicar respiraciones profundas, meditación y relajación progresiva.			
Poner en común experiencias personales sobre el consumo de sustancias.	Espacio para que las participantes cuenten voluntariamente vivencias en relación con el consumo.	Foto-palabra (técnica de investigación de aula).	30 min	Fotografías de diferentes temáticas numeradas.
Cierre y evaluación.	Resolver dudas y breve evaluación sobre el aprendizaje del taller.	Cuestionario de conocimientos post-taller.	15 min	Cuestionario de conocimientos.

Tabla 7. Distribución de los contenidos y recursos empleados en la tercera sesión.

7. Evaluación

A continuación se muestra una valoración detallada del desarrollo del proyecto educativo, a través de la evaluación de la estructura, el proceso y los resultados. Con ello se pretende identificar los aspectos positivos y las posibles mejoras del taller.

7.1 Evaluación de la estructura y el proceso

La evaluación se llevará a cabo a través de la realización de encuestas de satisfacción a los participantes (Anexo III) y de la recopilación de datos por parte de un observador externo (enfermero del centro de salud) y posterior realización de una lista de cotejo o check list (Anexo IV), relacionados con aspectos para la mejora del taller como:

- Número de participantes: se evaluará si el número de asistentes es el adecuado para el desarrollo de la actividad educativa.
- Adecuación del lugar de la intervención: se verá si el lugar cumple con las condiciones necesarias como el equipamiento, espacio suficiente y disposición del mobiliario que permita un desarrollo y participación adecuados.
- Proceso de captación de la población diana: se evaluará mediante la revisión de los métodos empleados para la promoción del taller (folleto informativo).
- Adecuación de la programación: se valorará si las fechas y horarios han facilitado la asistencia de los participantes, y si el número de sesiones ha sido suficiente para abordar los contenidos educativos programados.
- Idoneidad y calidad de los educadores: se evaluará teniendo en cuenta su formación, experiencia, capacidad comunicativa y preparación del taller.
- Contenidos y técnicas educativas: Se verá si se corresponden los contenidos impartidos con los objetivos educativos del proyecto. También se valorarán las diferentes técnicas educativas empleadas y la adecuación de estas.
- Calidad de los materiales usados: Se valorará la calidad y atractivo de los materiales usados en las sesiones.
- Participación de los asistentes: se evaluará el grado de implicación y participación activa de las participantes durante las sesiones.

7.2 Evaluación de resultados

Objetivos educativos:

Para verificar que se han cumplido los objetivos educativos propuestos en las tres áreas de aprendizaje, conocimiento, habilidad y actitud, se realizará una evaluación cuantitativa a las participantes a través de un cuestionario pre y post taller, antes de comenzar y una vez finalizado, acerca de los contenidos trabajados en éste (Anexo V).

Por otra parte, el observador externo también realizará una evaluación cualitativa de los resultados a través de una lista de cotejo o check list, la cual irá cumplimentando a lo largo del taller (Anexo VI).

Objetivos generales:

Los objetivos generales se evaluarán a medio plazo a través de llamadas telefónicas para comprobar si han continuado poniendo en práctica las habilidades y actitudes adquiridas durante el taller, verificando así su concienciación sobre el no consumo de analgésicos opioides. Por otra parte, se evaluará a largo plazo la existencia o no de una disminución de la prevalencia e incidencia del síndrome de abstinencia neonatal. Para ello, se solicitará a los hospitales universitarios de la Comunidad Valenciana datos sobre los nacimientos relacionados con esta problemática a los 12 meses y a los 2 años, y posteriormente se analizarán.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anbalagan S, Falkowitz DM, Mendez MD. Neonatal Abstinence Syndrome. StatPearls Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
2. Jilani SM, Jones HE, Grossman M, Jansson LM, Terplan M, Faherty LJ, et al. Standardizing the Clinical Definition of Opioid Withdrawal in the Neonate. *The Journal of Pediatrics* 2022 - 04-01;243:33–39.e1.
3. Goyal S, Saunders KC, Moore CS, Fillo KT, Ko JY, Manning SE, et al. Identification of Substance-Exposed Newborns and Neonatal Abstinence Syndrome Using ICD-10-CM - 15 Hospitals, Massachusetts, 2017. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020 -07-24;69(29):951–955.
4. ELNahas G, Thibaut F. Perinatal Psychoactive Substances Use: A Rising Perinatal Mental Health Concern. *J Clin Med* 2023 -03-10;12(6):2175.
5. Dumbhare O, Taksande A. Neonatal Abstinence Syndrome: An Insight Over Impact of Maternal Substance Use. *Cureus* 2023 -10;15(10):e47980.
6. Mburu G, Ayon S, Mahinda S, Kaveh K. Determinants of women's drug use during pregnancy: Perspectives from a qualitative study. *Matern Child Health J* [Internet]. 2020;24(9):1170–8.
7. Jansson LM, Patrick SW. Neonatal abstinence syndrome. *Pediatr Clin North Am* [Internet]. 2019;66(2):353–67.
8. Wolf ER, Tong ST, Sabo RT, Woolf SH, Abbinanti K, Pecsok J, et al. A state-level study of opioid use disorder treatment access and neonatal abstinence syndrome. *BMC Pediatr* 2019 -10-23;19(1):371.
9. Grossarth S, Osmundson SS, Wiese AD, Phillips SE, Pham A, Leech AA, et al. Maternal Opioid Use Disorder and the Risk of Postneonatal Infant Mortality. *JAMA Pediatr* 2023 -07-01;177(7):675–683.
10. Jenkins C, Hudhall M, Hanson C, Lewis D, Parton JM. Cost of Care for Newborns With Neonatal Abstinence Syndrome in a State Medicaid Program. *JAMA Netw Open* 2024 -02-05;7(2):e240295.

11. Encuesta sobre alcohol, drogas y otras adicciones en España. Delegación del gobierno para el Plan Nacional de Drogas. Ministerio de Sanidad. 2024. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm
12. Prevalencia del consumo de drogas. Estimaciones regionales. Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito. Disponible en: <https://dataunodc.un.org/dp-drug-use-prevalence-regional>
13. Peltier MR, Roberts W, Verplaetse TL, Burke C, Zakiniaez Y, Moore K, et al. Licit and illicit drug use across trimesters in pregnant women endorsing past-year substance use: Results from National Survey on Drug Use and Health (2009-2019). *Archives of women's mental health* 2022 August 1;25(4):819–827.
14. Casavant SG, Meegan T, Fleming M, Hussain N, Gork S, Cong X. Integrated Review of the Assessment of Newborns With Neonatal Abstinence Syndrome. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2021 -09;50(5):539–548.
15. Grossman MR, Lipshaw MJ, Osborn RR, Berkwitz AK. A Novel Approach to Assessing Infants With Neonatal Abstinence Syndrome. *Hosp Pediatr* 2018 -01;8(1):1–6.
16. Shukla S, Zirkin LB, Pomar EG. Perinatal Drug Abuse and Neonatal Drug Withdrawal. *StatPearls* 2023.
17. Liu G, Kong L, Leslie DL, Corr TE. A Longitudinal Healthcare Use Profile of Children with a History of Neonatal Abstinence Syndrome. *J Pediatr* 2019 -01;204:111–117.e1.
18. Smith BL, Hall ES, McAllister JM, Marcotte MP, Setchell KDR, Megaraj V, et al. Rates of substance and polysubstance use through universal maternal testing at the time of delivery. *J Perinatol* 2022 -08;42(8):1026–1031.
19. Sealschott SD, Pickler RH, Fortney CA, Bailey MT. Integrative Review of Gut Microbiota and Expression of Symptoms Associated with Neonatal Abstinence Syndrome. *Nurs Res* 2020;69(5):S66–S78.
20. Forray A. Substance use during pregnancy 2016 ;5(887):887.
21. Kroelinger CD, Addison D, Rodriguez M, Rice ME, Frey MT, Hickner HR, et al. Implementing a Learning Collaborative Framework for States Working to Improve Outcomes

for Vulnerable Populations: The Opioid Use Disorder, Maternal Outcomes, and Neonatal Abstinence Syndrome Initiative Learning Community. *J Womens Health (Larchmt)* 2020 - 04;29(4):475–486.


22. Rizk AH, Simonsen SE, Roberts L, Taylor-Swanson L, Lemoine JB, Smid M. Maternity Care for Pregnant Women with Opioid Use Disorder: A Review. *J Midwifery Womens Health* 2019 -09;64(5):532–544.

23. Simmons E, Austin AE. Association of prenatal substance use with prenatal and postpartum care: Evidence from the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, 2016-2019. *Prev Med* 2022 -06;159:107065.

24. Hernández Aja A, Rodríguez Alonso R, Rodríguez Suárez I, Gómez Giménez JM, González García I, Córdoba Hernández R, et al. Barrios vulnerables de las grandes ciudades españolas. 1991/ 2001/ 2011. La Villa y Corte de Madrid, España: E.T.S. Arquitectura (UPM); 2018.

ANEXOS

ANEXO I. Póster informativo



TALLER DE PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA EN NEONATOS

El primer día de vida no debería comenzar con sufrimiento.

¿Sientes curiosidad por cómo proteger la salud de los futuros recién nacidos? Si eres mujer y tienes entre 20 y 34 años, este taller es para ti. Te brindaremos información clave sobre la prevención del Síndrome de Abstinencia Neonatal y cómo garantizar un embarazo saludable.

Fecha: Lunes 5, 12, 19 de mayo

Hora: 17:00 a 18:30

Lugar: Calle de les Tres Forques, 98, Valencia

Contacto:
962 936 670
TallerSAN@gmail.com

Anexo II. Ficha de inscripción.

FICHA DE INSCRIPCIÓN AL TALLER

PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA NEONATAL



INFORMACIÓN PERSONAL:

Nombre: _____ Apellidos: _____

Edad: _____ Lugar de nacimiento: _____

Dirección: _____

Provincia: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Email: _____


INFORMACIÓN ADICIONAL:

¿Has recibido información previa sobre el Síndrome de Abstinencia Neonatal? SÍ NO


En caso afirmativo, por favor especifique: _____

¿Cuál es tu principal motivación para asistir al taller? _____

¿Tienes alguna duda o inquietud que te gustaría resolver en el taller? _____

 Centro de Salud Tres Forques. Calle de les Tres Forques, 98, Valencia.

 17:00-18:30

 Lunes 5, 12, 19 de mayo 2025

- Autorizo el uso de mis datos personales para fines educativos y estadísticos.
- Autorizo el uso de mi imagen para fines educativos y estadísticos.
- Compromiso de asistencia: Declaro que los datos proporcionados son verídicos y me comprometo a asistir al taller en la fecha y hora establecidas.

Firma:

Fecha:



Contacto
962 936 670
TallerSAN@gmail.com



Anexo III. Encuesta de satisfacción.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Nombre del taller:

Lugar:

Fecha:

Indique su grado de satisfacción, siendo 1 "muy insatisfecho" y siendo 5 "muy satisfecho".

	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
¿Crees que el número de participantes fue adecuado para favorecer la participación activa y el aprendizaje grupal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Recomendarías este taller a otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Crees que las instalaciones eran adecuadas para el desarrollo de las actividades?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Te gustaría participar en talleres similares?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Consideras que la información proporcionada sobre el taller (contenido, fechas, horarios) fue clara y suficiente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Qué aspectos del taller destacarías como positivos?	<input type="text"/>				
¿Crees que el proceso de inscripción fue sencillo y accesible?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
¿Los educadores facilitaron la participación activa de las asistentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
¿Los educadores resolvían de manera clara y efectiva las dudas planteadas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
¿Los contenidos abordados fueron útiles y se ajustaron a tus expectativas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Qué crees que se podrían mejorar?	<input type="text"/>				
¿Las fechas y horarios establecidos facilitaron tu asistencia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						

Anexo IV. Check list para evaluación de estructura y proceso.

Si/No

- ¿El número de participantes se ajusta a la capacidad prevista para la actividad?
- ¿Se ha observado una asistencia regular a las sesiones?
- ¿Las condiciones ambientales como iluminación, temperatura o ruido han facilitado el desarrollo del taller?
- ¿Las participantes se ajustaron al perfil de la población diana establecida?
- ¿Los educadores han demostrado dominio y conocimientos sobre los contenidos trabajados?
- ¿El número de sesiones ha sido suficiente para abordar los objetivos propuestos?
- ¿Los contenidos trabajados estaban relacionados con los objetivos del taller?
- ¿Se ha observado una participación activa de las participantes durante las sesiones?

Anexo V. Cuestionario pre y post taller.

Nombre y apellidos: _____

Edad: _____

DEL 1 AL 5 INDICA CON UNA X QUE GRADO DE CONOCIMIENTOS TIENES SOBRE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, SIENDO 1 NADA Y 5 MUCHO.	1	2	3	4	5
¿SABES QUE ES EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA NEONATAL?					
¿SABRÍAS IDENTIFICAR ALGUNOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ESTE SÍNDROME?					
¿CONOCES LAS POSIBLES CAUSAS QUE LO PROVOCAN?					
¿SABES EN QUE SE DIFERENCIA EL USO TERAPÉUTICO Y EL USO DE ABUSO DE OPIOIDES?					
¿CONOCES ALGÚN FACTOR DE RIESGO QUE FAVOREZCA EL CONSUMO DE OPIOIDES DURANTE EL EMBARAZO?					
¿CREES QUE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS DURANTE EL EMBARAZO PUEDE AFECTAR A LOS RECIÉN NACIDOS?					
¿CONSIDERAS IMPORTANTE REALIZAR ACTIVIDADES PARA EL CUIDADO DEL BIENESTAR EMOCIONAL?					

RESPONDE CON UNA X SI O NO.	SI	NO	EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE
¿CONOCES ALGÚN MECANISMO PARA REDUCIR EL DOLOR SIN USAR MEDICAMENTOS?			
¿CONOCES ALGUNA TÉCNICA DE CONTROL DEL ESTRÉS?			

Anexo VI. Check list para evaluación de resultados.

Según el grado de cumplimiento de las siguientes cuestiones, marque con una X del 1 al 5, siendo 1 “Muy poco” y 5 “Mucho”.	1	2	3	4	5
¿Las participantes demuestran conocer la definición del síndrome de abstinencia neonatal durante las actividades?					
¿Identifican correctamente los signos y síntomas?					
¿Reconocen la diferencia entre el uso terapéutico y el abuso de opioides?					
¿Mencionan factores de riesgo asociados al consumo de opioides durante el embarazo?					
¿Participan activamente en los ejercicios de autoestima y bienestar emocional?					
¿Muestran interés y se involucraron en las recomendaciones de ejercicio físico y alimentación?					
¿Participan en la práctica de técnicas para el manejo del dolor?					
¿Muestran interés y participan durante las dinámicas de relajación y control del estrés?					
¿Participan en la puesta en común de experiencias sobre el consumo de sustancias?					
¿Expresan una mayor conciencia sobre los riesgos del consumo de sustancias durante el embarazo?					