

ORIENTACIÓN TÉCNICA PARA EL MANEJO DE RECIÉN NACIDO/A EXPUESTO A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DURANTE LA GESTACIÓN

Departamento de Ciclo Vital
División de Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública
2025



MINISTERIO DE SALUD DE CHILE

Subsecretaría de Salud Pública. División de Prevención y Control de Enfermedades.

Este material corresponde a un documento en revisión.

Prohibida su copia o distribución.

Resolución N° del

Primera Edición:

Derechos reservados ISBN:



Responsables Técnicos

Elizabeth López Tagle. Jefa de División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública.

Soledad Martínez Gutiérrez. Jefa de División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública. Período 2023 – 2025.

Margarita Ramos Martínez. Jefa Departamento de Ciclo Vital, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública.

Autoras

Ruth Aburto Vallejos. Encargada Oficina Nacional de Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes. Departamento de Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública.

Javiera Gaete Jara. Departamento de Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública.

Colaboradores Ministerio de Salud

Paulina Aracena. Departamento de Salud Mental, División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.

Paola Arévalo. Departamento Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia. Subsecretaria de Redes Asistenciales.

Nicole Garay. Departamento de Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública.

Alejandra Gutiérrez. Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), División de Planificación Sanitaria (DIPLAS). Subsecretaría de Salud Pública.

Alejandra Lavín. Departamento Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia. Subsecretaria de Redes Asistenciales.



Cecilia Mellado. Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), División de Planificación Sanitaria (DIPLAS). Subsecretaría de Salud Pública.

Carolina Méndez. Asesora Gabinete Ministerial. Ministerio de Salud.

Rodrigo Neira. Departamento de Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública.

Pablo Norambuena. Departamento de Salud Mental, División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.

Waldo Osorio. Departamento Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia. Subsecretaria de Redes Asistenciales.

Macarena Riquelme. Departamento de Cuidados Integrales en Salud. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Pamela Sanhueza. Departamento Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia. Subsecretaria de Redes Asistenciales.

Verónica Veliz. Departamento de Cuidados Integrales en Salud. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Colaboradores de la Red Asistencial

Claudia Jiménez. Médica Pediatra Post becada Neonatología. Hospital San Juan de Dios.

Rodrigo Donoso. Médico Pediatra Neonatólogo. Jefe Servicio Neonatología. Hospital Puerto Montt.

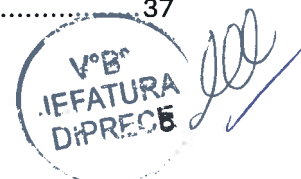
Colaboradores Intersector

Gabriel Mendoza. Jefe Unidad de Coordinación Intersectorial. Dirección Nacional. Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia.

A handwritten signature in blue ink is positioned over a circular official stamp. The stamp contains text in Spanish, including "SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA" and "CHILE". The number "4" is visible at the bottom right of the stamp.

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO	5
GLOSARIO.....	7
INTRODUCCIÓN.....	8
Objetivos	11
Objetivo general	11
Objetivos específicos	11
Alcance	12
Población objetivo	13
Marco Teórico	13
Marco Jurídico	15
ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	17
Comportamiento del consumo de sustancias en gestantes y puérperas en Chile	17
Caracterización de recién nacidos/as expuestos a sustancias psicoactivas durante la gestación.....	19
EFFECTOS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS DURANTE LA GESTACIÓN	24
Efectos según tipo de sustancia	24
Opioides	24
Cannabis	25
Cocaína y pasta base.....	26
Alcohol	27
Policonsumo	27
Sustancias Emergentes	28
Trastornos del espectro alcohólico fetal.....	29
TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO DEL CONSUMO EN LA GESTACIÓN	32
Limitaciones y Desafíos del Tamizaje en Gestantes	33
PRINCIPIOS PARA LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO EXPUESTO A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DURANTE LA GESTACIÓN.....	35
Confidencialidad y No Estigmatización	35
Continuidad del Cuidado	35
MANEJO CLÍNICO DEL RECIÉN NACIDO/A EXPUESTO A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DURANTE LA GESTACIÓN	37
Evaluación Inicial.....	37



Síndrome de Abstinencia Neonatal.....	39
Manejo del Síndrome de Abstinencia Neonatal.....	40
Lactancia Materna	46
Contacto piel a piel	48
Consideraciones para el Egreso Hospitalario	49
SEGUIMIENTO Y CONTROL POST NATAL.....	52
Evaluación de Crecimiento y Neurodesarrollo	52
Parámetros que evaluar en cada control	53
Peso, talla y Circunferencia Cefálica	53
Curvas de crecimiento longitudinales.	53
Evaluación del neurodesarrollo	53
Pesquisa de signos de abstinencia y SAF	54
Plan de seguimiento ambulatorio	55
Evaluación de 0 a 36 meses	56
Manejo ambiental: cuidados seguros en domicilio.	59
Articulación del Sistema de Salud	61
Articulación con el Sistema de Garantías	62
REFERENCIAS	66
ANEXOS	78
Anexo N°1: Diagnóstico de Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF)	78
4-Digit Diagnostic Code	78
Anexo N°2: Tamizaje del Consumo en la Gestación.	80
4 P's plus.....	80
Anexo N°3: Diagnóstico del Síndrome de Abstinencia Neonatal (SAN).....	81
Anexo N°3.1: Escala de Finnegan.	81
Anexo N°3.2: Herramienta ESC (Eat, Sleep, Console/Comer, Dormir, Consolar)	82
Anexo N°3.3: Clasificación del Síndrome de Abstinencia Neonatal.....	83

GLOSARIO

APS	Atención Primaria en Salud
CESFAM	Centro de Salud Familiar
EEDP	Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor
EPsA	Evaluación Psicosocial Abreviada
ESC	Eat- Sleep- Confort
LM	Lactancia Materna
MADI	Modalidad de apoyo al Desarrollo Infantil
MAI	Mesas de Articulación Interinstitucional
MINSAL	Ministerio de Salud
NNA	Niños, Niñas y Adolescentes
OLN	Oficinas Locales de la Niñez
OMS	Organización Mundial de la Salud
PENS	Protocolo de Evaluación Neurosensorial
RCIU	Restricción del Crecimiento Intrauterino
RN	Recién Nacido/a
SAN	Síndrome de Abstinencia Neonatal
SAF	Síndrome Alcohólico Fetal
SENDA	Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol
SNC	Sistema Nervioso Central
SNSS	Sistema Nacional de Servicios de Salud
SPA	Sustancias Psicoactivas
SPE	Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia
TEAF	Trastorno Espectro alcohólico Fetal
TEPSI	Test de Desarrollo Psicomotor



INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas (SPA) durante la gestación constituye un problema relevante de salud pública, debido al impacto que puede generar tanto en la salud de la persona gestante como en el desarrollo fetal, el parto y el recién nacido (RN) (1). Diversas investigaciones han demostrado que la exposición intrauterina a estas sustancias puede conllevar efectos adversos graves, tales como anomalías congénitas, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), parto prematuro, síndrome de abstinencia neonatal y alteraciones del neurodesarrollo (1–3).

En Chile, los datos provenientes de la base nacional de egresos hospitalarios indican un aumento sostenido en las hospitalizaciones de menores de un año con diagnósticos relacionados con drogadicción materna, particularmente desde el año 2015. Solo en 2023 se registraron 356 egresos hospitalarios bajo el código CIE-10 P04.4 (Feto y recién nacido afectados por drogadicción materna), cifra que representa un incremento del 58,2 % respecto al año anterior. Además, el 87,7 % de estos egresos ocurren en los primeros siete días de vida, lo que evidencia una exposición prenatal significativa y precoz (4).

A lo anterior se suma que un porcentaje significativo de estos RN presenta como diagnósticos secundarios anomalías congénitas, principalmente del sistema circulatorio, lo que refuerza la necesidad de una detección oportuna, reporte (a través del Registro Nacional de Anomalías Congénitas de Chile, RENACH) seguimiento estrecho y manejo integral desde el nacimiento (4).

El abordaje clínico de esta población en la red de salud ha sido históricamente heterogéneo, sin una orientación técnica unificada que permita estandarizar prácticas asistenciales, favorecer la continuidad de cuidados y reducir brechas en la atención. Esta situación se ve agravada por barreras estructurales y culturales que enfrentan las personas gestantes con consumo problemático de SPA, existiendo tasas superiores de problemas de salud mental, y mayores niveles de estigmatización y criminalización donde el temor, la culpa y vergüenza se configuran como una barrera para reconocer el problema y solicitar



ayuda, lo que limita el acceso a servicios de salud, tratamiento oportuno (5,6) y sin duda, afecta el potencial de desarrollo del niño o niña que está por nacer.

Desde una perspectiva sanitaria, el abordaje del RN expuesto también representa una carga significativa para el sistema público. En 2023, esta población requirió hospitalizaciones prolongadas, con un promedio de 24 días de estancia para quienes presentaban exposición prenatal a drogas (CIE-10 P04.4) (4). Esta situación tensiona la capacidad hospitalaria, especialmente en unidades de neonatología, e incrementa el gasto en cuidados intensivos, diagnósticos complementarios y tratamiento especializado. A ello se suman los costos asociados al seguimiento clínico ambulatorio, intervenciones psicosociales y apoyo a la madre y su entorno, en contextos que suelen requerir mayor coordinación intersectorial (7).

Si bien Chile no cuenta con una estimación directa del costo económico asociado a esta condición, experiencias internacionales muestran que la atención de un RN con síndrome de abstinencia neonatal implica estancias hospitalarias más largas y costos notablemente mayores que la de un RN sin exposición a SPA (8). Además, los gastos derivados de complicaciones perinatales vinculadas al consumo de SPA pueden extenderse durante toda la infancia, con repercusiones en los sistemas de salud, educación y protección social. Por tanto, contar con lineamientos técnicos que favorezcan la detección precoz, el manejo oportuno y la articulación efectiva de redes no solo responde a principios de equidad y derechos, sino que también contribuye a optimizar la respuesta del sistema sanitario.

En este contexto, la presente orientación técnica busca responder a la necesidad de contar con una directriz que estandarice el manejo integral del RN expuesto a SPA durante la gestación, desde una perspectiva de derechos, género, salud pública, intersectorialidad, interculturalidad y territorialidad. Esta herramienta pretende contribuir a mejorar la calidad y oportunidad de la atención del binomio madre-hijo/a, fortalecer la detección precoz, fomentar el acceso a intervenciones integrales y promover la coordinación efectiva entre los distintos niveles del sistema de salud, programas sociales y redes de apoyo intersectorial.



El documento entrega lineamientos técnicos y operativos para la detección, evaluación, manejo clínico, derivación del recién nacido/a expuesto a sustancias psicoactivas durante la gestación. Se incluyen indicaciones para la hospitalización, tratamiento del síndrome de abstinencia neonatal, pesquisa de anomalías congénitas y seguimiento clínico posterior al alta, así como orientaciones para la articulación intersectorial.

Objetivos

Objetivo general

Entregar orientaciones técnicas actualizadas para el manejo y cuidado integral del recién nacido/a expuesto a sustancias psicoactivas durante la gestación, que contribuyan a la estandarización de las prácticas clínicas en la red de salud, promoviendo una atención oportuna y de calidad, libre de estigmas y centrada en los derechos del binomio madre-hijo/a.

Objetivos específicos

1. **Promover un enfoque de atención integral**, continua y centrada en el binomio madre-hijo/a, que considere los principios de derechos humanos, equidad, no discriminación, perspectiva de género y curso de vida.
2. **Fomentar la detección precoz y la intervención oportuna** de condiciones clínicas, de problemáticas o trastornos de salud mental y riesgos biopsicosociales que puedan afectar el desarrollo del recién nacido/a expuesto a sustancias psicoactivas.
3. **Establecer criterios clínicos y procedimientos estandarizados** para la identificación, evaluación, manejo y seguimiento del recién nacido/a expuesto a sustancias psicoactivas durante la gestación, en los distintos niveles de atención de la red de salud.
4. **Fortalecer la capacidad técnica de los equipos de salud y reducir la variabilidad en la práctica clínica** mediante orientaciones basadas en evidencia científica y buenas prácticas nacionales e internacionales que permitan la estandarización de procedimientos en la red asistencial, con enfoque territorial y pertinencia cultural.
5. **Contribuir a la articulación inter e intrasectorial** para garantizar la continuidad del cuidado, la protección de derechos, la implementación de acciones preventivas y la vinculación con las Oficinas Locales de la Niñez, programas de apoyo psicosocial y comunitarios que sean pertinentes.



Alcance

La presente orientación técnica es de aplicación nacional y está dirigida a todos los equipos de salud que trabajan en establecimientos de la red pública de salud del país y que brindan atención perinatal, tanto en el nivel hospitalario como en la atención primaria de salud.

Es un documento que puede ser utilizado como marco de referencia por el Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, en particular por los equipos profesionales de residencias de protección para lactantes y preescolares, de la línea de acción de cuidados alternativos, para dar respuesta a las necesidades de salud, de seguimiento y de articulación intersectorial que presentan los niños y niñas expuestos prenatalmente a sustancias psicoactivas durante la gestación y que, a razón de haber sido víctima de vulneraciones de derechos y de no contar con un adulto de su familia con capacidad para ejercer su cuidado y garantizar su bienestar requieren una medida de protección e ingresar a estas residencias como medida excepcional y de última ratio. La inclusión de estos equipos permite asegurar continuidad en el cuidado, estandarizar prácticas y garantizar la detección oportuna de necesidades de salud, contribuyendo a una atención integral y centrada en derechos.

Población objetivo

Recién nacidos/as atendidos en la red pública de salud que han estado expuestos al consumo de sustancias psicoactivas durante la gestación, de forma conocida, sospechada o detectada a través de instrumentos de tamizaje (EPsA, ASSIST, 4P's Plus) u otras estrategias de pesquisa.

Personas gestantes o puérperas con antecedentes o diagnóstico de consumo problemático o dependencia de alcohol u otras sustancias psicoactivas, cuyo recién nacido/a requiera evaluación o seguimiento.

Marco Teórico

El manejo del recién nacido/a expuesto a sustancias psicoactivas requiere integrar distintos marcos conceptuales que orientan la práctica clínica y las políticas públicas. Esta guía se fundamenta en los siguientes enfoques y modelos en salud:

- **Enfoque de derechos de niños, niñas y adolescentes (9):** reconoce a los Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) como sujetos plenos de derechos. Toda atención debe priorizar el interés superior del NNA, evitando prácticas discriminatorias y asegurando entornos seguros y protectores.
- **Enfoque de curso de vida (10):** reconoce la importancia de la etapa perinatal como determinante de la trayectoria futura de salud y desarrollo, promoviendo intervenciones tempranas y preventivas.
- **Enfoque de riesgo y protección (11):** busca identificar y reducir factores de riesgo (exposición prenatal, ausencia de redes, violencia) y fortalecer factores protectores (apego seguro, estabilidad familiar, acceso a salud y protección social).
- **Enfoque de género (12):** reconoce que las desigualdades y estigmas de género condicionan la salud y el acceso a atención. Se promueve una atención libre de juicios, que respete la autonomía de la mujer y sus derechos reproductivos.



- **Enfoque determinantes sociales de la salud y el desarrollo (13):** enfatiza que las condiciones de vida —educación, ingresos, vivienda, redes sociales, discriminación— impactan directamente en el bienestar y las oportunidades del niño o niña. Su incorporación implica articular la atención biopsicosocial del equipo de salud con acciones intersectoriales y políticas públicas orientadas a reducir inequidades, fortalecer la protección social y garantizar entornos más saludables y seguros.
- **Enfoque intercultural en salud(14):** reconoce la diversidad cultural como un determinante de la salud y promueve la complementariedad entre el sistema biomédico y los saberes y prácticas de las comunidades. Este enfoque orienta a brindar una atención con pertinencia cultural, respetuosa de la identidad, creencias y tradiciones de las personas y familias, especialmente en contextos indígenas y migrantes, reduciendo barreras de acceso, evitando la discriminación y fortaleciendo la equidad en salud.
- **Modelo biopsicosocial(15):** considera que la salud resulta de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. El cuidado del binomio madre-hijo/a debe integrar apoyo clínico, psicosocial y familiar, coordinando intersectorialmente las necesidades de ambos.
- **Modelo ecológico(16):** plantea que el desarrollo ocurre en múltiples entornos interrelacionados (familia, servicios, comunidad, políticas). Orienta el uso de redes de apoyo en el territorio de manera integral y permanente con la finalidad de reducir la exposición a riesgos.

Marco Jurídico

La presente orientación técnica se fundamenta en un marco normativo que incorpora instrumentos internacionales y nacionales sobre el ejercicio de derechos de niños y niñas, que establecen obligaciones para todos los sectores del Estado. Reviste particular preocupación los derechos del recién nacido/a y de la persona gestante como sujetos de especial protección, asegurando el acceso a una **atención en salud integral, oportuna, de calidad y libre de estigmas**. Este marco legal establece obligaciones tanto para el sector salud como para el conjunto de los organismos del Estado en el resguardo del binomio madre-hijo/a. A continuación, se nombran las principales normativas y acuerdos que sustentan esta orientación:

- **Convención Sobre los Derechos del Niño (1989, ratificada por Chile en 1990) (9):** Establece el derecho de todo niño, niña y adolescente a una vida segura y sana, al disfrute del más alto nivel posible de salud y al acceso a los servicios sanitarios y médicos.
- **Ley N° 21.430 – Sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia (2022) (17):** Establece importantes avances en el reconocimiento y resguardo del pleno ejercicio de los derechos humanos de los niños, niñas y adolescentes. La ley crea el Sistema de Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia.
- **Ley N° 20.379 – Crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e Institucionaliza el Subsistema de Protección Integral a la Infancia "Chile Crece Contigo" (2009) (18):** El Ministerio de Salud, a través de los establecimientos de la red asistencial, implementa el componente de salud del programa Chile Crece Contigo, cuyo propósito es acompañar, proteger y apoyar integralmente la trayectoria del desarrollo de todos los niños y niñas. Para ello, se despliegan acciones y servicios de carácter universal, junto con apoyos focalizados para aquellos que presentan mayores situaciones de vulnerabilidad, con un fuerte énfasis en el fortalecimiento de las habilidades parentales y en la detección oportuna de riesgos biopsicosociales,



los cuales deben ser gestionados tanto a nivel sectorial como intersectorial en el territorio.

- **Ley N° 19.968 – Crea los Tribunales de Familia (2004) (19):** Instituye un sistema de justicia con competencia especializada para conocer y resolver casos que involucren la protección de los derechos de niños, niñas y adolescentes, facultando la adopción de medidas cautelares y de protección frente a situaciones de vulneración, en resguardo del interés superior del niño o la niña.
- **Ley N° 20.000 – Sustituye la Ley N°19.366, que sanciona el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas (conocida como “Ley de Drogas”) (2005) (20):** Regula el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, estableciendo sanciones penales y disposiciones para la prevención del consumo y la atención de personas afectadas. Crea un Fondo Especial administrado por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), destinado a financiar programas y proyectos de prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social de personas con consumo problemático.

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Comportamiento del consumo de sustancias en gestantes y puérperas en Chile

El consumo de SPA —incluyendo alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, pasta base, metanfetaminas y opioides entre otros— en personas gestantes y puérperas es una preocupación significativa para la salud pública tanto a nivel nacional como internacional, debido a los riesgos asociados tanto para ellas como para sus hijos e hijas (1). Los estudios de prevalencia de consumo de alcohol y otras drogas en personas gestantes y puérperas son variados. En general este grupo consume menos que otras mujeres o que ellas mismas cuando no estaban embarazadas (5). Una revisión europea mostró que la prevalencia de consumo durante la gestación es de 20–30 % para tabaco, 15 % para alcohol, 3–10 % para cannabis y entre 0,5–3 % para la cocaína (21).

En Chile, según datos publicados el año 2022, el 5% de las personas gestantes que ingresó al sistema de control prenatal de la atención primaria, declaró haber consumido alcohol y/u otras drogas durante los últimos 30 días (22). Es necesario tener en cuenta que esta cifra puede ser mayor si se considera el fenómeno del subreporte, debido al estigma asociado al consumo y la baja percepción de riesgo, lo que se configura como una barrera para reconocer el problema y solicitar ayuda (1,5).

En Chile, el alcohol es la droga más consumida por las personas gestantes. Se ha señalado que entre el 20–65 % de las personas consumen alcohol en algún momento de la gestación, y entre el 5–10 % lo hace a niveles que ponen en mayor riesgo al feto (23). No obstante, es importante precisar que este consumo no constituye la principal causa del aumento de egresos hospitalarios en el país. Dicho incremento se relaciona principalmente con diagnósticos vinculados a drogadicción materna, tal como se explicó previamente.

Al analizar el uso de otras sustancias, a partir de los datos obtenidos desde el Sistema de Registro y Estadística de los Programas de Tratamiento (SISTRAT) de SENDA, las SPA más



frecuentes en el inicio de historial de consumo es marihuana en un 37,8 %, seguida por el alcohol en el 36,6 % y la sustancia principal de ingreso a tratamiento es la pasta base en un 66 % de los casos. Le siguen alcohol con 13,4 % y cocaína con 11,4 % (5).

Los consumos de alcohol y otras drogas son de diverso tipo. Generalmente corresponden a consumos ocasionales o esporádicos, previo a la noticia del estado de gestación, pero que pueden afectar el desarrollo embrionario. Los casos más graves de consumo de alcohol y otras drogas durante la gestación (aquellos agrupados bajo las categorías de consumo perjudicial o dependencia), se asocian a mayores riesgos y daños propios del consumo, sumado a una situación psicosocial que requiere múltiples apoyos (5).

Es importante considerar que los riesgos asociados al consumo de SPA durante la gestación varían según la sustancia consumida. **En el caso del alcohol, no existe una cantidad segura durante la gestación**, por lo que cualquier consumo debe ser considerado de riesgo. La evidencia demuestra que incluso consumos bajos pueden asociarse a retraso del crecimiento intrauterino, malformaciones, daño en el neurodesarrollo y al desarrollo, manifestaciones que son parte del Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF) (24,25).

Los casos más severos, en los que se observa consumo perjudicial y/o dependencia de sustancias junto con sus daños asociados, tienden a concentrarse en determinados grupos poblacionales y no se presentan de manera uniforme en toda la población (25).

En mujeres en situación de vulnerabilidad social, estudios internacionales señalan una alta tasa de experiencias de **abuso sexual, coocurrencia de otros trastornos de salud mental, experiencias de violencia contra la mujer y problemas con el sistema judicial** (26).

El uso problemático de alcohol y otras drogas es más frecuente entre mujeres que viven en condiciones de **marginalidad y exclusión social**, las que con frecuencia presentan comorbilidad con otros problemas de salud, tanto físicos como mentales(1).

El perfil sociodemográfico de las personas gestantes chilenas que se encuentran en tratamiento de rehabilitación se caracteriza por tener una edad promedio entre 24 y 35 años, atenderse principalmente en el sistema público de salud, ser chilena, con educación media incompleta, soltera, cesante o dedicada a los quehaceres del hogar de forma no remunerada (5).

Caracterización de recién nacidos/as expuestos a sustancias psicoactivas durante la gestación

El consumo de SPA durante la gestación puede generar una serie de efectos adversos sobre el RN, tanto inmediatos como a largo plazo (1). En Chile, la caracterización clínica y epidemiológica de los RN con diagnóstico relacionado a drogadicción materna ha sido objeto de seguimiento sistemático desde el año 2003, permitiendo describir su perfil clínico, evolución hospitalaria y asociación con otras condiciones neonatales.

A continuación, se presenta una caracterización actualizada de los RN nacidos en Chile, expuestos a SPA durante la gestación, a partir del análisis de egresos hospitalarios registrados bajo los códigos CIE-10 P04.3 (RN afectado por consumo materno de alcohol), P04.4 (RN afectado por consumo materno de drogas adictivas no especificadas) y P96.1 (síntomas de abstinencia neonatal por uso materno de drogas adictivas) durante los años 2003 a 2024(4).

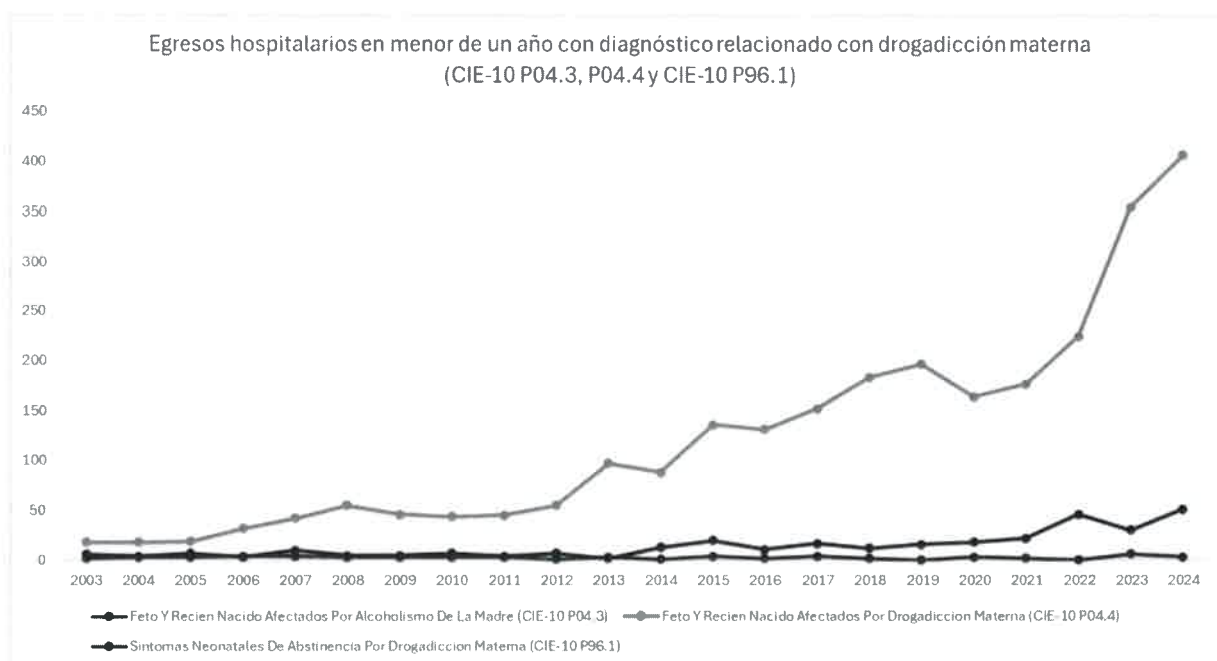
Durante el período analizado, se han registrado más de 3.066 egresos hospitalarios en menores de un año con diagnóstico principal relacionado al consumo de sustancias por parte de la madre. Solo durante el año 2023, se notificaron: 356 egresos con CIE-10 P04.4, correspondiente a “RN afectado por consumo materno de drogas adictivas no especificadas”, 6 egresos con CIE-10 P04.3, correspondiente a “RN afectado por consumo materno de alcohol” y 30 egresos con CIE-10 P96.1, correspondiente a “síntomas de abstinencia neonatal por uso materno de drogas adictivas”.

V.B.
EFATURA
DIPRECE
19



Estas cifras representan un aumento del 58,2 % respecto a 2022 y al analizar el periodo entre el 2015 y el 2023 refleja un incremento en 2,5 veces aproximadamente en el diagnóstico RN afectado por consumo materno de drogas adictivas no especificadas, que concentra el mayor volumen de casos. Esta tendencia refleja un aumento sostenido en la exposición prenatal a SPA, y un mayor reconocimiento clínico y diagnóstico por parte del equipo de salud, como se observa en el gráfico N°1:

Gráfico N°1: Egresos hospitalarios en menores de un año con diagnóstico relacionado a drogadicción materna. SNSS, 2003-2024.



Fuente: Base de datos de egresos hospitalarios 2003-2024, 2024 de carácter preliminar con fecha de extracción 12-03-2025.
Disponible en: deis.minsal.cl

Los RN expuestos a SPA durante la gestación presentan un perfil perinatal de mayor riesgo, en comparación con la población general de RN (1). En Chile, en el año 2021, el 9,49% de los nacimientos fueron partos prematuros y un 1,4 % correspondió a partos prematuros extremos con menos de 32 semanas de edad gestacional (EG) (27). En contraste, los RN

expuestos a SPA presentan una edad gestacional promedio de 38 semanas, pero con una prevalencia de prematuridad significativamente mayor, alcanzando el 16,18 % del total de casos. De estos, un 3,57 % corresponde a menores de 32 semanas de EG.

El peso de nacimiento promedio entre los RN expuestos a SPA es de 3.060 gramos. No obstante, el 12,14 % de estos presenta bajo peso al nacer (definido como <2.500 gramos), lo que contrasta significativamente con la prevalencia observada en la población general, que alcanza el 6,7 % (28).

De los egresos hospitalarios analizados, un 3,03 % de RN presentan como diagnóstico secundario anomalías congénitas, siendo mayor en el grupo relacionado al consumo materno de drogas adictivas no especificadas. Las anomalías congénitas más frecuentes corresponden en el 53,76 % de los casos a anomalías del sistema circulatorio, y dentro de este grupo el más común es el diagnóstico defecto del tabique auricular, correspondiendo al 32 % de ellas. La segunda malformación más común corresponde al grupo de las anomalías congénitas del sistema nervioso, siendo el diagnóstico de microcefalia el mayor de este grupo con un 54 % de los casos consignados. Lo siguen anomalías congénitas del sistema urinario, musculoesquelético, anquiloglosia y otras anomalías congénitas no especificadas (4).

Lo anterior evidencia la asociación entre la exposición prenatal a SPA, RCIU, prematuridad, bajo peso al nacer, y anomalías congénitas, con implicancias clínicas relevantes para la adaptación neonatal y el pronóstico del desarrollo infantil.

Estudios internacionales refuerzan estos hallazgos, señalando que el uso de SPA durante la gestación se asocia con mayor tasa de prematuridad, bajo peso al nacer, RCIU y anomalías congénitas, alteraciones que comprometen la adaptación neonatal y elevan el riesgo de morbilidad a corto y largo plazo (29–32). De acuerdo con la evidencia reciente, estos factores sitúan a estos niños y niñas dentro del concepto de **recién nacido/a pequeño/a y vulnerable**, definido como aquel que presenta mayores probabilidades de experimentar resultados adversos en salud debido a la combinación de riesgos biológicos, prenatales y contextuales que interactúan desde la gestación y persisten durante la primera infancia. Esta



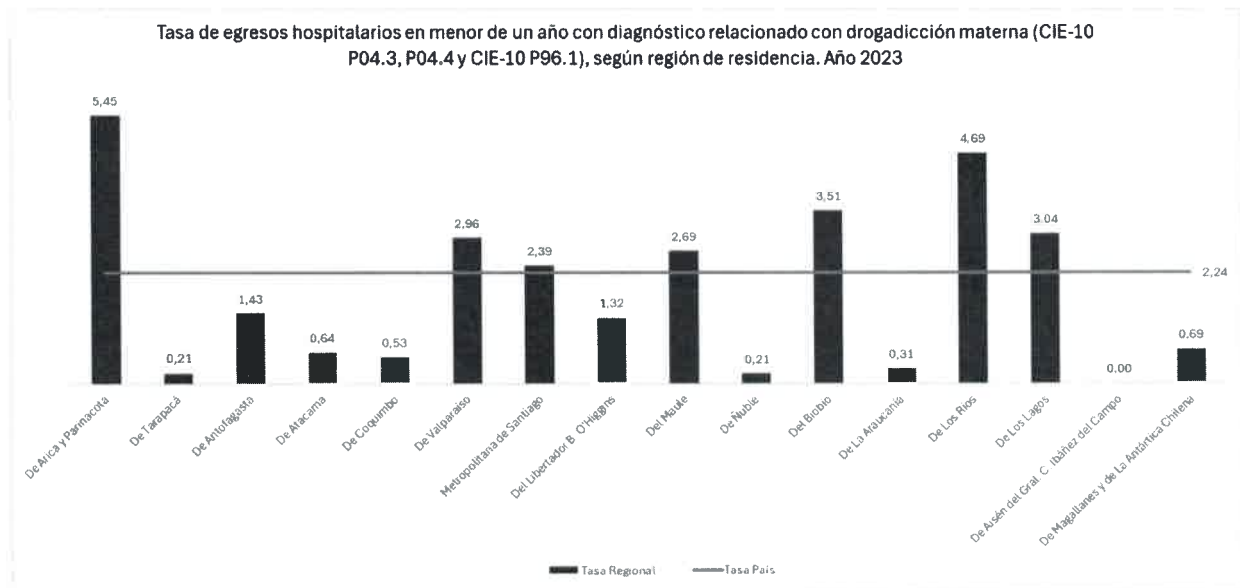
A handwritten signature in blue ink, likely belonging to a medical professional or researcher.

clasificación enfatiza la necesidad de intervenciones tempranas, longitudinales e integrales para mitigar los riesgos acumulativos y mejorar su trayectoria de desarrollo (33).

Al analizar la estancia hospitalaria del año 2023, si bien el 95,66 % de los egresos se produce dentro de los primeros 7 días de vida, se observa que el promedio de hospitalización son 23 días, siendo los RN con diagnóstico relacionado a consumo materno de drogas los que tienen más días de hospitalización, aumentando si se asocia a síntomas de abstinencia neonatal o cuando coexisten anomalías congénitas. Esto implica una carga asistencial considerable para las unidades neonatales del sistema público, además de un aumento en los costos hospitalarios, la complejidad del manejo clínico y la necesidad de articulación con dispositivos psicosociales para el alta segura.

A nivel territorial, durante el año 2023 la región de Arica y Parinacota presentó la tasa más alta de hospitalización de menores de un año con diagnóstico relacionado a RN expuesto a SPA durante la gestación, seguida de Los Ríos, Del Biobío, De los Lagos, Valparaíso, Maule y Metropolitana, como se observa en el gráfico N°2.

Gráfico N°2: Tasa de egresos hospitalarios en menor de un año con diagnóstico relacionado con drogadicción materna, según región de residencia. Chile, año 2023.



Tasa por 1.000 nacidos vivos inscritos en el año 2023

Fuente: Base de datos de egresos hospitalarios 2023. Elaboración propia DEIS MINSAL.

La caracterización clínica y epidemiológica de los **RN expuestos a SPA durante la gestación** revela un patrón persistente de mayor vulnerabilidad perinatal, expresado en **mayores tasas de prematuridad, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino, anomalías congénitas, hospitalizaciones prolongadas y una elevada demanda de cuidados especializados.**

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de implementar estrategias sistemáticas de detección precoz, seguimiento clínico integral y abordaje intersectorial desde la gestación, con énfasis en los territorios con mayor prevalencia. La comprensión de este perfil epidemiológico no solo permite dimensionar la magnitud del fenómeno en el sistema público de salud, sino que constituye un insumo clave para el diseño de políticas públicas orientadas a reducir la exposición prenatal a SPA y mitigar sus consecuencias en la salud y el desarrollo infantil.



EFECTOS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS DURANTE LA GESTACIÓN

El impacto del consumo SPA durante la gestación sobre el feto y el RN depende de múltiples factores, como el tipo de SPA utilizada, el momento del consumo durante la gestación, si existe o no policonsumo, el patrón de uso (esporádico o crónico), y los determinantes sociales y ambientales asociados. A continuación, se detallan los efectos adversos según la sustancia implicada.

Efectos según tipo de sustancia

Opioides

Los opioides son un grupo de sustancias naturales, semisintéticas y sintéticas que actúan sobre los receptores opioides del sistema nervioso central (SNC), modulando la percepción del dolor y produciendo efectos analgésicos, sedantes y, en algunos casos, euforizantes. Entre los principales opioides se encuentran la morfina, codeína, heroína, oxicodona, fentanilo, metadona y tramadol (31,32).

Durante la gestación, la exposición a opioides —ya sea por consumo ilícito, uso médico crónico no controlado o tratamiento de sustitución— se ha asociado a múltiples desenlaces perinatales adversos. Estos efectos se deben a la capacidad de los opioides para atravesar la placenta y unirse a receptores μ -opioides fetales, los cuales están presentes desde etapas tempranas del desarrollo y participan en procesos de organogénesis, maduración neurológica y regulación cardiovascular (31,32). La activación crónica de estos receptores puede interferir con el crecimiento y diferenciación celular, comprometer la vascularización placentaria y alterar la oxigenación y nutrición fetal, lo que se traduce en un mayor riesgo de **RCIU, bajo peso al nacer y parto prematuro** (32,34). Además, se ha documentado una mayor prevalencia de **anomalías congénitas**, particularmente del

sistema nervioso central, musculoesquelético y cardiovascular (29,32). Uno de los principales efectos clínicos es el desarrollo del **síndrome de abstinencia neonatal**, que afecta hasta el 50–80 % de los RN expuestos a SPA, y que puede requerir tratamiento farmacológico y hospitalización prolongada (30,31). También se ha descrito un mayor riesgo de **alteraciones neuroconductuales** en etapas posteriores del desarrollo (35,36).

Cannabis

La cannabis es una sustancia psicoactiva de origen vegetal derivada de la planta *Cannabis sativa*, cuyos principales compuestos activos son el tetrahidrocannabinol (THC) y el cannabidiol (CBD). El THC, responsable de los efectos psicoactivos, atraviesa fácilmente la barrera placentaria y puede alterar el desarrollo del SNC fetal mediante su interacción con el sistema endocannabinoide, el cual cumple un rol fundamental en procesos como la neurogénesis, diferenciación celular, migración neuronal y formación de sinapsis (37).

La exposición prenatal a cannabis se ha asociado a diversos desenlaces adversos, incluyendo **RCIU, parto prematuro, bajo peso al nacer** y mayor necesidad de ingreso a unidades de cuidados intensivos neonatales (37,38). Además, estudios recientes han evidenciado **alteraciones en la función placentaria**, como disminución del flujo sanguíneo útero-placentario y aumento del riesgo de insuficiencia placentaria (37). A nivel del **neurodesarrollo**, se ha descrito una mayor probabilidad de **alteraciones neuroconductuales**, presentar déficit atencional, dificultades en la autorregulación, alteraciones del sueño y problemas de conducta durante la infancia y adolescencia en hijos e hijas expuestos a SPA intraútero (37–39).

Si bien algunas percepciones sociales tienden a minimizar los riesgos asociados al consumo de cannabis en la gestación, la evidencia acumulada indica que no existe un umbral seguro de exposición, y que su uso durante la gestación debe ser activamente desaconsejado en todos los niveles de atención de salud (1,37–39).



A handwritten signature in blue ink, consisting of stylized cursive letters, located to the right of the circular stamp.

Cocaína y pasta base

La cocaína es un alcaloide estimulante del SNC, extraído de las hojas de *Erythroxylum coca*. Actúa bloqueando la recaptación de neurotransmisores como la dopamina, noradrenalina y serotonina, lo que produce una activación simpática intensa, euforia y un marcado efecto vasoconstrictor. La pasta base de cocaína es un derivado fumable, crudo e impuro de la cocaína, que contiene una mezcla de alcaloides de coca, solventes tóxicos, queroseno, ácidos y otros contaminantes. Su uso produce efectos similares a la cocaína, pero con mayor toxicidad neurológica y cardiovascular. Ambos tienen riesgo elevado de dependencia y adicción (40).

Durante la gestación, tanto la cocaína como la pasta base atraviesan la barrera placentaria y ejercen un potente **efecto vasoconstrictor a nivel uteroplacentario**, lo que compromete el flujo sanguíneo fetal y la oxigenación. Este mecanismo se asocia a un aumento en el riesgo de desprendimiento prematuro de placenta, hemorragia uterina, RCIU, parto prematuro y, en casos graves, muerte fetal intraútero (30,40).

En los RN expuestos prenatalmente a estas sustancias se han reportado signos de **disfunción neurológica** como hipertonía, irritabilidad, temblores, alteraciones del sueño, dificultades en la succión y alteraciones en la autorregulación. También se ha documentado una mayor prevalencia de **anomalías congénitas**, especialmente cardiopatías estructurales y anomalías del tracto genitourinario, atribuibles al impacto del consumo durante el primer trimestre de la gestación (30,34,40).

A largo plazo, la exposición prenatal a cocaína y sus derivados ha sido asociada a **alteraciones neuroconductuales** como dificultades en el apego, trastornos del comportamiento, déficit atencional, impulsividad, y un mayor riesgo de alteraciones en el desarrollo cognitivo, emocional y social durante la infancia y adolescencia (40,41). Estos efectos pueden verse potenciados por contextos de vulnerabilidad psicosocial y falta de redes de apoyo postnatales (41).

Alcohol

El alcohol etílico (etanol) es una sustancia psicoactiva de uso legal, presente en bebidas fermentadas o destiladas, con efectos depresores del SNC. Su consumo durante la gestación se asocia a un amplio rango de consecuencias adversas para el feto, debido a su **alto potencial teratogénico**. El alcohol atraviesa fácilmente la barrera placentaria, alcanzando concentraciones similares a las maternas en el compartimento fetal, pero sin posibilidad de ser metabolizado eficientemente por el hígado inmaduro del feto. Esto prolonga su efecto tóxico sobre tejidos en desarrollo, especialmente durante el primer trimestre, etapa crítica para la organogénesis (25,42).

La exposición prenatal al alcohol puede provocar un conjunto de alteraciones clínicas conocidas como **Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF)**, que van desde formas leves a severas. Los efectos más característicos incluyen: RCIU, malformaciones craneofaciales (como filtrum liso, labio superior delgado y puente nasal plano), daño estructural cerebral, anomalías cardíacas y alteraciones del sistema nervioso central, que se traducen en deterioro neurocognitivo, trastornos del lenguaje, dificultades de aprendizaje, impulsividad y problemas de conducta persistentes (23–25,42).

No se ha identificado una dosis mínima segura de alcohol durante la gestación (23–25,42). **Incluso el consumo ocasional o social puede conllevar riesgos para el desarrollo fetal** (42). Por esta razón, las principales organizaciones de salud pública recomiendan la abstención total de alcohol durante la gestación y en personas que estén planificando un embarazo, como medida preventiva para proteger el desarrollo neurológico y físico del feto (43,44).

Policonsumo

El policonsumo —definido como el uso simultáneo o secuencial de dos o más SPA durante la gestación— es altamente prevalente en contextos de vulnerabilidad social y se



asocia a una sumatoria de riesgos perinatales (30,32). Estos incluyen aumento de prematuridad, bajo peso, RCIU, mortalidad perinatal, y mayor necesidad de soporte clínico al nacer (32). La exposición combinada dificulta el diagnóstico clínico de efectos atribuibles a cada sustancia y suele acompañarse de condiciones de riesgo social que afectan la vinculación madre-hijo/a y la adherencia a controles de salud, aumentando el riesgo de consecuencias adversas a largo plazo (30,32).

Sustancias Emergentes

En los últimos años se ha observado un aumento en el consumo de nuevas SPA entre las que se incluyen cannabinoides sintéticos, catinonas sintéticas, derivados anfetamínicos, opioides sintéticos de alta potencia y ketamina de uso recreativo. Estas drogas se caracterizan por su rápida aparición en el mercado, variabilidad en la composición química y ausencia de regulación, lo que dificulta su pesquisa en tamizajes habituales y limita la evidencia disponible sobre sus efectos durante la gestación. Aunque la evidencia es incipiente, los posibles riesgos perinatales son comparables o incluso superiores a los descritos para sustancias tradicionales. Ante esta incertidumbre, resulta fundamental aplicar el principio precautorio, desaconsejando el consumo de SPA durante la gestación, fortaleciendo la pesquisa activa en gestantes y desarrollando estrategias de vigilancia epidemiológica que permitan reconocer oportunamente sus efectos en el binomio madre-hijo/a (45,46).

Trastornos del espectro alcohólico fetal

El daño producido por el alcohol durante la gestación no ha sido suficientemente difundido, considerando que puede tener consecuencias muy graves. Existe un umbral muy variable al daño fetal, dependiendo de la edad de la persona gestante, las características específicas de acetilación de la gestante y otras variables, incluyendo algunas genéticas no bien conocidas. El daño cerebral que se produce es la consecuencia más relevante, con compromiso del desarrollo del lóbulo frontal y trastornos cognitivos y conductuales, con pobre control de impulsos e intolerancia a la frustración.

Por esta razón, toda persona susceptible de embarazarse o embarazada debe evitar absolutamente el alcohol, incluyendo medicamentos de base alcohólica. Es necesario enfatizar nuevamente en que **no existe dosis segura de consumo de alcohol durante la gestación**, por lo que la única forma de evitar completamente estas consecuencias es el no consumo. A partir de un trago los riesgos aumentan considerablemente.

Los Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF)¹ son desórdenes relacionados con retraso del crecimiento, dismorfia facial y alteraciones del SNC (estructurales, neurológicas y funcionales) que se producen en niños, niñas y adolescentes que han estado expuestos al consumo de alcohol durante la gestación. El punto más severo de este espectro está constituido por el Síndrome Alcohólico Fetal (SAF²).

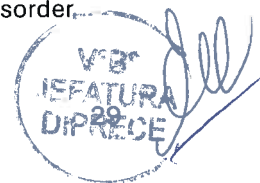
Si bien el SAF fue descrito en 1973, en Chile la investigación en esta materia ha sido limitada, destacando las valiosas contribuciones de los equipos liderados por María Mena durante la década de 1980 (47–51).

En Chile no existen datos recientes sobre la prevalencia de TEAF. La única excepción corresponde al trabajo de Sofía Aros y colaboradores, quienes desarrollaron un estudio de cohorte en niños expuestos a altos niveles de alcohol durante la gestación (52–54).

En el ámbito internacional se ha generado una cantidad creciente de evidencia en los últimos años, con especial énfasis en la elaboración de guías de práctica clínica para el

¹ En algunos documentos también bajo la sigla FASD, por el inglés Fetal Alcohol Spectrum Disorder.

² Así como la nota anterior, en la literatura también FAS, Fetal Alcohol Syndrome.



diagnóstico e intervención de los TEAF (55–57), así como en estudios de prevalencia en Italia, Sudáfrica y estimaciones mundiales (58–61).

La evidencia internacional muestra que la prevalencia del SAF en países desarrollados oscila entre 4 y 12 por 1.000 nacidos vivos, mientras que en Sudáfrica se han reportado tasas de hasta 55 por 1.000. Para el espectro amplio de los TEAF, las estimaciones en países desarrollados varían entre 20 y 50 por 1.000, alcanzando hasta 113 por 1.000 en Sudáfrica (61).

Hay, por lo tanto, razones para pensar que en Chile existen casos, tanto de TEAF como de SAF. La red de salud debe estar preparada para conocerlos, diagnosticarlos y abordarlos adecuadamente.

Los elementos claves a considerar en el diagnóstico de TEAF son:

1. Alteración del crecimiento.
2. Dismorfia facial.
3. Alteración estructural-funcional del SNC.
4. Historia de exposición prenatal al alcohol.

El diagnóstico de los TEAF resulta complejo en el período neonatal, ya que sus manifestaciones clínicas suelen delimitarse con mayor claridad a partir del inicio de la vida escolar. No obstante, es fundamental mantener una vigilancia activa frente a posibles indicadores, con el fin de informar y articular oportunamente la respuesta de la red asistencial. Esto permite asegurar controles periódicos, reevaluar regularmente la presencia de signos sugestivos de TEAF y considerar la evaluación del resto de los hijos e hijas de la madre, dado el riesgo de haber estado expuestos a condiciones similares durante la gestación. Asimismo, resulta esencial planificar una evaluación diagnóstica integral al inicio de la etapa escolar y, de ser necesario, implementar estrategias de abordaje específicas.

INDICADORES DE ALERTA EN EL PERÍODO NEONATAL INCLUYEN:

- Retraso del crecimiento (bajo peso y/o talla al nacer), sin otra causa explicativa;
- Perímetro encefálico disminuido sin explicación conocida.
- RN con perfil TORCH alterado en ausencia de causas identificables.
- Antecedentes de consumo de alcohol materno durante la gestación, especialmente cuando se trate de consumo sostenido, en el primer trimestre (por sus consecuencias en la organogénesis) o en el último trimestre.
- Otros factores de alerta: consumo problemático de alcohol por parte del padre y controles prenatales escasos, tardíos o ausentes.

En el Anexo N° 1 se detallan los instrumentos de apoyo para la evaluación y diagnóstico de los TEAF.



A handwritten signature in blue ink, consisting of stylized cursive letters.

TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO DEL CONSUMO EN LA GESTACIÓN

En Chile, se aplica a toda persona gestante, en el primer control de embarazo y luego en el tercer trimestre, **Pauta de Evaluación Psicosocial Abreviada (EPsA)** para la detección e intervención precoz de factores de riesgo psicosocial, incluido el riesgo asociado a consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, con el objetivo de evitar o reducir el impacto negativo que los riesgos pesquisados podrían tener en la gestación y en el desarrollo del niño o niña en sus primeros años de vida (62). Considerando que la pregunta planteada en esta evaluación inicial sobre el uso o abuso de sustancias es de respuesta cerrada (Sí/No), la respuesta positiva debe ser complementada con otros instrumentos usados en la red pública de salud para detectar el nivel de riesgo de consumo de alcohol y otras drogas que, si bien están pensadas para población general, pueden resultar útiles en mujeres gestantes o púerperas, tales como CRAFT, AUDIT o ASSIST, según corresponda a la situación de cada una.

Es importante considerar que **las herramientas de cribado no están diseñadas para diagnosticar un trastorno debido al consumo de sustancias**, sino para determinar si la persona gestante puede estar en riesgo de desarrollar problemas asociados al consumo de alcohol o drogas, y si se beneficiaría de una evaluación más exhaustiva por parte de un médico especialista o con formación específica en salud mental.

En el marco de las prestaciones para la pesquisa del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas implementadas en la red de Atención Primaria de Salud a nivel nacional (63), los instrumentos utilizados son:

- **AUDIT:** La prueba de **Identificación de Trastornos debido al Consumo de Alcohol** (AUDIT por Alcohol Use Disorders Identification Test), es un cuestionario de aplicación rápida, que puede ser auto aplicado y que está validado en Chile. Contempla 10 ítems, separados en tres dominios: Consumo de riesgo de alcohol, Síntomas de dependencia y Consumo perjudicial de alcohol.
- **ASSIST:** La prueba de **detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias** (The Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test, ASSIST) validada en

Chile, utilizada principalmente para detectar el consumo de drogas, pero puede utilizarse también para detectar el consumo de alcohol y tabaco, especialmente en entornos donde el consumo es alto. **Permite identificar tres tipos de consumo: de bajo riesgo, de riesgo y posible abuso o dependencia**(61). La prueba se considera una herramienta clave para medir el consumo de diferentes sustancias psicoactivas.

- **CRAFFT**: Es una herramienta recomendada para la **detección del consumo de riesgo de alcohol y otros trastornos por consumo de drogas en adolescentes y jóvenes** (Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble, por sus siglas en inglés). Consiste en una serie de 6 preguntas desarrolladas para una detección eficaz, destinada a evaluar si se requiere profundizar sobre el contexto de uso, la frecuencia, y otros riesgos y consecuencias del alcohol y otras drogas y, eventualmente, una derivación a tratamiento (65).

Limitaciones y Desafíos del Tamizaje en Gestantes

Aunque los instrumentos descritos anteriormente son recomendados para el tamizaje del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en las distintas poblaciones, todos ellos **presentan limitaciones a la hora de evaluar el consumo de alcohol y otras drogas durante la gestación**, pues basan sus resultados en categorías de consumo (bajo riesgo, de riesgo y alto riesgo) que operan de forma diferente en las gestantes, **en cuyo caso todo consumo se considera de riesgo**. Por tanto, **cualquier puntaje, a partir de 1 punto, debe considerarse un tipo de consumo riesgoso que requiere de, a lo menos, una intervención breve**. De todas formas, la utilización de los instrumentos previamente descritos puede resultar útil para caracterizar el **patrón de consumo** y orientar el manejo del riesgo, ya que indagan en la cantidad, frecuencia, presencia de síntomas de dependencia y consecuencias asociadas al consumo.



En relación con los instrumentos específicos recomendados para la pesquisa en mujeres gestantes, la evidencia internacional sugiere el uso de cuestionarios como **4 P's Plus**, el cual se encuentra disponible en el Anexo N° 2.

PRINCIPIOS PARA LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO EXPUESTO A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DURANTE LA GESTACIÓN

Confidencialidad y No Estigmatización

El respeto a la **confidencialidad** constituye un principio ético, legal y clínico en la atención de los RN expuestos a SPA y sus madres. Toda información clínica recabada durante el proceso de atención debe ser manejada de manera reservada, resguardando la privacidad tanto del RN como de la madre. La divulgación de antecedentes vinculados al consumo de SPA solo se realizará cuando exista consentimiento, obligación legal o requerimiento judicial, siempre privilegiando el interés superior del NNA.

El principio de **no estigmatización** implica que el personal de salud debe abstenerse de emitir juicios de valor o tener actitudes discriminatorias hacia la madre o el RN, entendiendo que el consumo problemático de SPA es una condición de salud, no un defecto moral. El abordaje clínico debe realizarse desde un enfoque de derechos, género e interculturalidad, utilizando un lenguaje respetuoso, centrado en la persona y libre de estigmas. La estigmatización y la discriminación son factores que han demostrado **reducir la adherencia al control prenatal, obstétrico y pediátrico**, limitando las posibilidades de detección temprana y de intervención oportuna (1,66). Por ello, la atención debe orientarse a crear un ambiente de respeto y confianza que facilite la continuidad de los cuidados y la vinculación terapéutica con la madre y su familia. Asimismo, es fundamental reconocer que la gestación constituye una oportunidad para fortalecer la motivación hacia la disminución o el cese del consumo, favoreciendo intervenciones oportunas que promuevan el bienestar materno y neonatal.

Continuidad del Cuidado

La atención del RN expuesto a SPA no debe comprenderse como un episodio aislado, sino como parte de un **continuo de cuidados que inicia en la gestación y se extiende**



durante todo el curso de vida. El principio de continuidad busca evitar la fragmentación de la atención, asegurando un acompañamiento integral y sostenido en el tiempo.

Para cumplir con este principio, es fundamental:

- **Planificar el egreso hospitalario de manera anticipada**, asegurando que las familias cuenten con indicaciones claras y con las derivaciones ya coordinadas a la APS, atención de salud mental en el nivel secundario u otro.
- Garantizar la **contrarreferencia efectiva a la APS**, incluyendo la notificación al equipo de cabecera, la derivación a controles de supervisión de salud integral infantil, de salud mental y otras prestaciones de apoyo familiar.
- Asegurar la **articulación con programas de protección especializada y redes intersectoriales** en aquellos casos en que existan vulneraciones de derechos.
- Establecer **planes de seguimiento estructurados**, con controles agendados, evitando que la carga de la gestión recaiga en las familias, ya que ello favorece la discontinuidad de cuidados. Estos planes de cuidado integral deben ser consensuados con la persona gestante y/o puérpera.

El alta médica debe ser entendida como un momento clave de transición, en el cual el equipo clínico tiene la responsabilidad de activar todas las herramientas disponibles para sostener el cuidado. La omisión de este paso puede llevar a que el RN quede en situación de abandono asistencial, con el consecuente riesgo de reingresos hospitalarios, deterioro de la salud y dificultades en el desarrollo infantil.

La continuidad del cuidado requiere, además, que los equipos multidisciplinarios actúen de manera coordinada y articulada, abordando integralmente las diversas necesidades clínicas, emocionales y sociales que presenta esta población. Dichos equipos deben trabajar de forma colaborativa, con enfoque de curso de vida, asegurando que las intervenciones no se



interrumpan y que se promueva la **construcción de un vínculo temprano y seguro entre madre/padre e hijo/a**, o adulto/a significativo lo que constituye un factor protector fundamental frente a los efectos adversos de la exposición prenatal a SPA.

MANEJO CLÍNICO DEL RECIÉN NACIDO/A EXPUESTO A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DURANTE LA GESTACIÓN

Evaluación Inicial

La decisión clínica de hospitalizar o no a un RN expuesto a SPA durante la gestación debe considerar factores propios del RN, las condiciones maternas, el contexto psicosocial de la dupla madre/padre-hijo/a y las capacidades del centro hospitalario en cuanto a infraestructura y recurso humano (67).

Se debe **priorizar el alojamiento conjunto del RN con su madre durante el puerperio**, ya que esta práctica favorece el vínculo, reduce la severidad de los síntomas de abstinencia y disminuye la necesidad de hospitalización prolongada (68).

No obstante, esta decisión debe basarse en una **evaluación integral** que considere el tipo de sustancia consumida, los antecedentes de la gestación y la entrevista realizada por el equipo psicosocial. Siempre que la condición clínica lo permita, corresponde **favorecer la lactancia materna (LM) como parte fundamental del cuidado**, ajustando su indicación según la sustancia detectada, de manera de resguardar la seguridad del RN, tal como se profundizará más adelante en la sección *Lactancia materna*.

En caso de **antecedentes objetivados de consumo reciente o de alta sospecha clínica**, se sugiere realizar un test de drogas en orina a la puérpera y/o al RN, idealmente lo más cercano posible al momento del parto, junto con la evaluación integral del equipo psicosocial.



- **Si el resultado es negativo**, la madre y el RN permanecerá en alojamiento conjunto en puerperio, con LM y bajo vigilancia clínica orientada a la detección precoz de síntomas sugerentes de Síndrome de Abstinencia Neonatal (SAN).
- **Si el resultado es positivo**, este deberá confirmarse con un segundo test en orina.

Una vez corroborado:

- Se promoverá la **hospitalización conjunta en puerperio**, siempre que la evaluación del equipo tratante no identifique riesgos que comprometan la seguridad del RN.³
- La **LM no debe suspenderse de manera automática**; corresponde ajustar la indicación según el tipo de sustancia detectada.
- Durante la hospitalización, se deberá **vigilar activamente la aparición de signos y síntomas compatibles con SAN**, asegurando una intervención oportuna.

En aquellos establecimientos donde las condiciones clínicas o asistenciales **no permitan que la hospitalización conjunta asegure una vigilancia adecuada para la pesquisa precoz de sintomatología asociada al SAN**, el RN deberá ser hospitalizado en una unidad que asegure observación continua y manejo oportuno. No obstante, se debe avanzar progresivamente hacia la implementación de la hospitalización conjunta en puerperio, dado que constituye una práctica recomendada para favorecer el vínculo, la lactancia y el bienestar del RN.

³ La hospitalización conjunta no exime de la evaluación clínica del recién nacido/a. Todo RN deberá ser evaluado por un profesional médico competente (médico/a general, pediatra o neonatólogo/a) y contar con la documentación clínica correspondiente a una hospitalización, incluyendo hoja de evolución, indicaciones médicas, registros de enfermería y la emisión de una epicrisis al momento del alta.



Síndrome de Abstinencia Neonatal

El síndrome de Abstinencia Neonatal (SAN), corresponde a un conjunto de manifestaciones clínicas derivadas de la interrupción brusca de la exposición intrauterina a SPA (30,31). El SAN no solo genera impacto clínico en el periodo neonatal, sino que se asocia a mayores riesgos de morbilidad y mortalidad a lo largo de la infancia y adolescencia (69).

Debe considerarse en todo RN de madre con antecedentes conocidos o sospechados de consumo de SPA durante la gestación. Los **criterios de sospecha** incluyen (30,31):

- **Antecedentes maternos:** consumo declarado, pesquisa en controles prenatales (ej. EPsA), o resultado positivo en tamizaje toxicológico.
- **Manifestaciones clínicas típicas en RN:**
 - Alteraciones neurológicas: irritabilidad, llanto inconsolable, hipertonía, temblores, convulsiones.
 - Trastornos del sueño y dificultades de autorregulación.
 - Síntomas gastrointestinales: succión desorganizada, vómitos, diarrea, pérdida de peso.
 - Signos autonómicos: fiebre, diaforesis, taquipnea, estornudos y bostezos frecuentes, cambios de coloración.

El diagnóstico del SAN es principalmente **clínico** y se apoya en una evaluación integral que combine historia materna, observación neonatal y, cuando sea necesario, pruebas complementarias:

1. **Historia clínica y pesquisa prenatal:** indagación activa en consumo de SPA con instrumentos validados (ej. 4P's Plus, T-ACE).
2. **Herramientas estandarizadas de evaluación clínica:**



- **Escala de Finnegan y sus modificaciones:** la más utilizada históricamente, aunque con limitaciones de subjetividad interobservador (Ver anexo N°3.1) (70).
 - **Método Eat, Sleep, Console (ESC):** enfoque centrado en la funcionalidad del RN (capacidad de alimentarse, dormir y ser consolado), que ha demostrado reducir uso de fármacos, días de hospitalización y costos (Ver anexo N°3.2) (71). **Es el método sugerido para la evaluación del SAN.**
3. **Exámenes complementarios:** análisis toxicológico en orina, meconio o cordón umbilical pueden confirmar exposición, pero no reemplazan la evaluación clínica ni determinan la severidad (72).
 4. **Clasificación:** Si bien no existe una clasificación universalmente aceptada para definir la severidad del SAN, para efectos de esta Orientación Técnica se adopta una clasificación operacional basada en la capacidad funcional del recién nacido/a, la cual se detalla en el Anexo N°3.3.
 5. **Diagnóstico diferencial:** infecciones (sepsis, meningitis), alteraciones metabólicas (hipoglicemia, hipocalcemia), encefalopatía hipóxico-isquémica y trastornos neurológicos deben ser descartados (67).

Manejo del Síndrome de Abstinencia Neonatal

El tratamiento para SAN se realizará a todos los RN expuestos a SPA que presenten síntomas y/o signos sugerentes de este síndrome **independiente del resultado del test de orina.**

Tratamiento no farmacológico

La evidencia internacional recomienda la **terapia no farmacológica como primera línea de tratamiento en RN con SAN independiente de la severidad**. En **SAN no severo**, esta puede implementarse en el contexto de **hospitalización conjunta en puerperio**, lo que se asocia con **menor duración de la estancia hospitalaria**, así como con un mayor **fortalecimiento del vínculo madre-hijo/a**, **promoción de la LM** y **reducción de la severidad de los síntomas de abstinencia** (31,73).

Es importante considerar que esta estrategia está indicada en **RN con SAN no severo** y en establecimientos que cuenten con los recursos humanos necesarios para realizar una vigilancia adecuada del binomio madre-hijo/a durante el puerperio. Esto incluye la **aplicación sistemática de la herramienta Eat, Sleep, Console (ESC tool)** cada 2 a 4 horas (ver Anexo N°3.2) y la capacidad de mantener la hospitalización conjunta por un período mínimo de 7 días, **según la realidad local** (31,67,73,74).

En situaciones donde el recién nacido deba ser trasladado a otro establecimiento, se deberá **garantizar el traslado conjunto del binomio madre-hijo/a**, de acuerdo con lo establecido por la **Ley Mila**, asegurando su acompañamiento continuo durante todo el proceso asistencial y resguardando la continuidad de las intervenciones no farmacológicas.

V-3
FSEATURA
UPRE-41



En caso **de hospitalizar al recién nacido**, se deberá priorizar el resguardo del binomio madre-hijo/a, promoviendo el contacto y la participación en los cuidados. Asimismo, se debe **favorecer la participación activa de los padres** en el proceso y **asegurar la implementación de los componentes del manejo no farmacológico**, ajustados a la realidad y capacidades de cada establecimiento. En este contexto, la **Ley Mila** garantiza el **derecho del recién nacido a estar acompañado**, por lo que los establecimientos deben facilitar la presencia continua de la madre, padre o cuidador significativo, incluso en unidades críticas, como parte fundamental del cuidado y bienestar del RN.

Cuando existan limitaciones para implementar el manejo no farmacológico, se deberán realizar **ajustes razonables** tales como disminuir al máximo estímulos como la luz y el ruido, organizar los cuidados en clúster y favorecer el contacto piel a piel o el consuelo del RN por parte de un cuidador significativo. En estos casos, la **Ley Mila** garantiza el **derecho del recién nacido a estar acompañado**, por lo que se debe facilitar la presencia continua de la madre, padre o cuidador significativo, incluso en unidades críticas, con el fin de apoyar las medidas no farmacológicas y contribuir a la regulación y bienestar del RN.

Componentes del manejo no farmacológico (75)

Evaluación y vigilancia sistemática • Aplicación de escala ESC cada 2- 4 horas por cuidador principal y equipo de salud (ver anexo N°3.2). • Minimice la manipulación, atención de enfermería o matronería en clúster (agrupar procedimientos).
Entorno físico seguro y regulado • Ambiente tranquilo con mínima estimulación sensorial (luz tenue, silencio o música suave). • Contención adecuada (envolver al bebé, sostenerlo firmemente y cerca del cuerpo, balanceo suave, tarareo).
Cuidados de confort y vínculo familiar • Favorecer contacto piel con piel para estabilizar signos vitales y favorecer el vínculo.
Alimentación adaptada y lactancia • Fomentar LM siempre que sea posible. • Alimentación frecuente en ambiente tranquilo. • Apoyo en succión y tomas, incluyendo pausas según necesidad del RN.
Intervenciones no farmacológicas complementarias • Masajes, musicoterapia, contención y estímulos relajantes (ajustado a la realidad local). • Evitar procedimientos innecesarios y manipulación excesiva, centralizando cuidados.
Uso racional de medicación • Solo si no mejora con medidas no farmacológicas.



Tratamiento farmacológico

SAN severo o que no responde a terapia de soporte no farmacológica:

Si el SAN no responde al manejo no farmacológico o se asocia a convulsiones, a severa deshidratación por vómitos o diarrea o fiebre no explicada por otra causa, se deberá iniciar manejo farmacológico en una unidad neonatal que cuente al menos con monitoreo no invasivo, asegurando el manejo de la deshidratación y alteraciones metabólicas e hidroelectrolíticas asociadas, ya sea por vía enteral o parenteral.

El tratamiento específico se dividirá en dos grupos:

- **SAN secundario a opiáceos:** En estos casos el tratamiento de elección será la morfina oral, pudiéndose utilizar también metadona (31,76) (ver tabla N°1).

Tabla N° 1: Tratamiento farmacológico SAN secundario a opiáceos.

FARMACO	DOSIS INICIAL	DOSIS DE MANTENIMIENTO	CONSIDERACIONES Y EFECTOS SECUNDARIOS
MORFINA	0,05 mg/kg cada 3h vía oral	Si el RN continúa siendo incapaz de E-S-C después de 2 dosis de morfina aumente la morfina en 0,01 mg / kg / dosis. La dosis máxima es de 0,12 mg/kg/dosis. Comience el destete una vez que el RN esté en una dosis estable con capacidad constante de E-S-C durante 24 horas. Disminución: 10% de la dosis estable por día.	Baja biodisponibilidad oral y vida media corta. Riesgo depresión respiratoria e hipotensión.
METADONA	0,07 mg/kg/dosis cada 8 horas vía oral	Se puede aumentar la dosis, máximo cada 24 horas. Titulación: 0.13mg/kg/dosis- 0.2mg/kg/dosis- 0.27mg/kg/dosis- Fraccionado cada 8 horas. Comience el destete una vez que el RN esté en una dosis estable con capacidad constante de E-S-C durante 24 horas. Disminución: 10% de la dosis estable por día.	Buena biodisponibilidad oral. Se debe realizar monitorización de frecuencia cardíaca, presión arterial y ECG por riesgo de prolongación del intervalo QT y bradicardia. Los RN deben ser monitoreados durante 48 horas sin metadona antes del alta a casa.

- **SAN secundario a SPA no opiáceas:** No existe un fármaco de elección universalmente recomendado. El fenobarbital puede considerarse como terapia coadyuvante, particularmente en contextos de coexposición a sedantes y/o alcohol. Clonidina es otra opción coadyuvante en cuadros refractarios o de poliexposición. Si se utiliza se recomienda monitorización de presión arterial y frecuencia cardiaca por riesgo de hipotensión y bradicardia (76)(ver tabla N°2).

Tabla N° 2: Tratamiento farmacológico SAN secundario a no opiáceos.

FARMACO	DOSIS INICIAL	DOSIS DE MANTENIMIENTO	CONSIDERACIONES Y EFECTOS SECUNDARIOS
FENOBARBITAL	15mg/kg/dosis vía oral	3.5 -5 mg/kg/día, fraccionado cada 12 horas Puede aumentar la dosis en un 10% cada 24 horas Destete en un 20% de la dosis más alta cada 48 horas	Controlar con niveles plasmáticos. Riesgo de sedación, hipotensión y posibles efectos adversos a largo plazo en el desarrollo neurológico.
CLONIDINA	1 mcg/kg cada 8h (neonatos a término)	Puede aumentar en 0,5 mcg/kg/dosis cada 8 horas Dosis máxima: 2 mcg/kg VO cada 6 horas Destete en 0,5 mcg/kg/dosis según lo tolere hasta que la dosis sea de 0,5 mcg/kg cada 6 horas, luego espaciar a cada 8 horas, luego suspender.	Riesgo de bradicardia e hipotensión. Su suspensión debe ser gradual para evitar hipertensión de rebote.



[Handwritten signature]

Lactancia Materna

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros organismos internacionales recomiendan que madres con uso de sustancias (incluyendo a aquellas que presentan un trastorno debido al consumo de sustancias) sean animadas a amamantar, a menos que los riesgos sobrepasen claramente los beneficios (1,77). En el documento *“Lactancia materna. Contenidos técnicos para profesionales de la salud”*, aprobado por Resolución Exenta N° 109 del 2 de marzo de 2010 del MINSAL, se señalan aspectos concretos y específicos a ser tenidos en cuenta, en relación con el manejo de la lactancia en mujeres que consumen alcohol u otras drogas (78). Esta información también está disponible en el documento *“Recomendaciones de la Comisión Nacional de la Lactancia Materna sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y lactancia materna”* de septiembre de 2022 (77).

Respecto a la evaluación del riesgo, su realización debe ser integral, indagando en el tipo de sustancia utilizada y el patrón de consumo, adherencia a controles prenatales, relación con la red general de salud, situación sociofamiliar, red de apoyo, motivación al cambio, entre otros aspectos (1,77). En cuanto al efecto de determinada sustancia psicoactiva durante la lactancia, se debe considerar su influencia en la fisiología de la lactancia, los efectos sobre la actitud de la madre y los efectos sobre el lactante (66).

Es importante diferenciar entre mujeres con consumo problemático y aquellas con consumo ocasional de sustancias psicoactivas (SPA). Frente a un **consumo problemático** activo y persistente (particularmente de cocaína, metanfetaminas o alcohol) se recomienda la **suspensión absoluta de la LM**. En el caso de un **consumo ocasional**, la lactancia debe **suspenderse de manera transitoria**, hasta la aclaración de la sustancia utilizada y bajo consejería clínica individualizada (1,66,77).

Tabla N°3: Suspensión de LM en consumo ocasional.

SUSTANCIA PSICOACTIVA	PERIODO
Alcohol	Al menos 2 horas por cada 10g de alcohol y de 4 a 8 horas después de consumir más de una bebida alcohólica en una misma ocasión.
Cocaína	Al menos 48 horas, recomendar extracción de leche con posterior eliminación (descartar leche). Reanudar lactancia con test de orina negativo en madre.
Opiáceos	Al menos 48 horas, recomendar extracción de leche con posterior eliminación (descartar leche). Reanudar lactancia con test de orina negativo en madre.
Anfetaminas y otros estimulantes	Al menos 72 horas, recomendar extracción de leche con posterior eliminación (descartar leche). Reanudar lactancia con test de orina negativo en madre.
Cannabis	Al menos 24 horas, recomendar extracción de leche con posterior eliminación (descartar leche). Reanudar lactancia con test de orina negativo en madre.
Consumo crónico de alcohol, cocaína, cannabis, anfetaminas u opiáceos	Suspensión absoluta de la lactancia materna.

Fuente: Elaboración propia en base a recomendaciones ABM, CONALMA, OMS, LACTMED.

No existe consenso respecto al número de horas consideradas seguras para retomar la lactancia tras la exposición a SPA. Por ello, cada situación debe ser evaluada de manera **individual y multidisciplinaria**, considerando la sustancia implicada, el patrón de consumo y las condiciones maternas y del lactante, siempre con el objetivo de **favorecer la LM** cuando los beneficios superen los riesgos.



Un test de drogas con resultado positivo debe ser utilizado con fines terapéuticos, promoviendo el cambio en la paciente, sin discriminar ni estigmatizar, habilitando la posibilidad de retomar la lactancia cuando el test arroje un resultado negativo. Esto, independiente de las posibles medidas judiciales a iniciar o en curso (30,31,66,77).

Es fundamental considerar que en aquellos casos donde, **debido a un test positivo, se suspenda transitoriamente la lactancia**, esto no es sinónimo de destetar o cesar definitivamente la lactancia. Se **debe educar a la madre en estrategias para mantener la producción de leche**, como lo es la extracción frecuente de esta (66,77,78).

En los casos en que la puérpera decida voluntariamente suspender la lactancia, o cuando, tras una evaluación clínica integral, se determine que los riesgos de mantenerla superan los beneficios para la madre y/o el niño o niña, se debe brindar **educación sobre estrategias para disminuir gradualmente la producción de leche** y, cuando esté indicado, considerar el uso de **alternativas farmacológicas para inhibir la secreción de prolactina** (66,77,78).

Contacto piel a piel

Respecto al **contacto piel a piel**, la OMS ha enfatizado su relevancia, señalando que debe ser activamente promovido en aquellas madres que, aun con uso de sustancias, conservan la capacidad de responder adecuadamente a las necesidades de su hijo o hija. Esta práctica debe incentivarse desde el momento del parto, bajo **supervisión directa del equipo de salud**, incluso cuando se haya definido una modalidad alternativa de alimentación (1,66,79).

El contacto piel a piel constituye una práctica fundamental para el bienestar del recién nacido y el fortalecimiento temprano del vínculo afectivo. Desde el componente de salud del Subsistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo, se promueve el primer contacto físico entre madre, padre e hijo/a mediante el indicador que mide el

porcentaje de recién nacidos con peso ≥ 2.500 gramos que reciben contacto piel a piel por un tiempo igual o superior a 30 minutos.

Esta práctica, facilitada por el equipo de salud, contribuye a establecer una relación sensible entre el bebé y su madre o padre, favorece la regulación del estrés inherente al nacimiento y al cambio de ambiente, promueve el inicio oportuno de la lactancia materna, aporta contención emocional y fortalece el desarrollo de un apego seguro.

Consideraciones para el Egreso Hospitalario

El egreso hospitalario se considerará cuando exista estabilidad clínica sostenida por ≥ 48 horas sin requerimientos de farmacoterapia, se cuente con un plan de continuidad de cuidados en la red sectorial e intersectorial y se garantice un entorno seguro de cuidado (30,75,80). El equipo tratante es responsable de evaluar estas condiciones, coordinar las derivaciones necesarias, elaborar el plan de seguimiento y asegurar que la familia o cuidadores comprendan las indicaciones de cuidado y signos de alarma.

CONDICIÓN CLÍNICA DEL RN.

- Alimentación eficaz y progresión ponderal acorde a la edad.
- Regulación del sueño y capacidad de consuelo compatibles con el hogar (cumple metas *come–duerme–se consuela* con apoyo no farmacológico).

EDUCACIÓN Y PREPARACIÓN DEL CUIDADOR.

- Brindar educación estandarizada a madre/cuidador(es) sobre señales de alarma, técnicas de consuelo y sueño seguro, con material escrito y verificación de comprensión.



LACTANCIA.

- Establecer plan de lactancia y realizar derivación asistida a consulta de lactancia de alerta en APS.

ARTICULACIÓN DE RED DE SALUD Y PROTECCIÓN

- **Agendar antes del egreso** los controles de salud y de apoyo necesarios, **sin delegar en los cuidadores** la obtención de horas.
- Gestión de casos a través de los Comités de Protección a la Infancia o de la dupla psicosocial, según la realidad local, para seguimiento y eventual articulación con las Oficinas Locales de la Niñez (OLN) en casos complejos.

DOCUMENTACIÓN DE EGRESO.

La epicrisis debe incluir un resumen detallado: diagnósticos, exposiciones prenatales, evolución clínica, herramientas de evaluación utilizadas (ESC/Finnegan), tratamientos y plan de seguimiento. Además del contenido habitual de una epicrisis emitida por una unidad de Neonatología, en particular se debe registrar lo siguiente(32,81):

- **Datos maternos:** Caracterizar la exposición (tipo de sustancia, dosis/frecuencia, último uso, tratamiento materno y policonsumo), antecedentes de vulneraciones de derechos, comorbilidades y apoyo psicosocial.
- **RN:** antropometría al nacer y al alta; Apgar y complicaciones.
- **Resultado de test toxicológico** del binomio según el protocolo local.
- **Evolución intrahospitalaria** señalando la presencia o ausencia de SAN y las intervenciones implementadas para su manejo (Escala de evaluación: ESC, Finnegan, Escalas neuroconductuales y examen neurológico con fecha, puntaje y observaciones), uso de fármacos requeridos y duración del tratamiento.
- **Alimentación:** Tipo de alimentación (LM exclusiva, mixta o fórmula), frecuencia, problemas identificados en la alimentación (agarre, succión) y acciones realizadas para favorecer la lactancia materna. **En caso de suspensión de LM egresar con**



receta que indique alimentación con fórmula de inicio, volumen y frecuencia para retiro de fórmula en APS durante los primeros días previo al primer control. En caso de que el establecimiento APS requiera un ingreso para retiro de fórmula, priorizar control precoz de control de la diada y/o consulta de alerta LM.

- Indicaciones claras respecto al abordaje extrahospitalario por parte de los cuidadores, incluyendo signos de alarma, plan de controles y derivaciones.
- Entregar por escrito las recomendaciones de manejo ambiental en el domicilio y los signos de alarma.

ACOMPANIAMIENTO MATERNO Y FAMILIAR.

- Favorecer el acceso al tratamiento de trastorno por uso de sustancias, salud mental, anticoncepción posparto y apoyos comunitarios, en un marco no punitivo.
- Derivación asistida al dispositivo de la red asistencial que corresponda para la continuidad del cuidado para la puérpera y su hijo/a.
- Vincular con la Oficina Local de la Niñez (OLN) y con apoyos comunitarios existentes en el territorio.
- Facilitar el acceso a tratamiento para el trastorno por uso de sustancias.

El alta médica es una instancia crítica para la articulación de la red asistencial y del sistema de protección especializada, debiendo emplearse todas las herramientas disponibles para asegurar la continuidad de los cuidados.



SEGUIMIENTO Y CONTROL POST NATAL

El seguimiento requiere un enfoque **multidisciplinario, sensibilizado y capacitado en la temática, y culturalmente pertinente**. Es fundamental considerar el **entorno posnatal** y los **factores socioeconómicos**, tales como el nivel educativo, el estatus laboral, la situación marital, la vivienda y la seguridad alimentaria, tanto de la madre como del eventual tutor legal del paciente(75,80,82).

El policonsumo materno es común y complejiza la interpretación de los efectos específicos, aún más considerando que existen sustancias que no son detectadas por las pruebas de drogas utilizadas habitualmente en la práctica clínica, por lo que la historia clínica durante el puerperio inmediato debe ser lo más detallada posible(72,75,80).

La atención debe sustentarse en un modelo de cuidado basado en el apoyo, no punitivo ni estigmatizante, que ponga el interés superior del niño, niña y adolescente como eje central de toda intervención (1).

Evaluación de Crecimiento y Neurodesarrollo

La exposición fetal durante la gestación a SPA se asocia con un **mayor riesgo de alteraciones en el crecimiento y en el neurodesarrollo infantil**. Aunque la magnitud de estos efectos puede variar y ser sutil, especialmente para la cocaína, su impacto acumulativo y a largo plazo en el **rendimiento académico, la adaptación social y el bienestar general** es significativo. La identificación temprana y las intervenciones oportunas son fundamentales para mejorar los resultados en el curso de vida(30–32).

Parámetros que evaluar en cada control

Peso, talla y Circunferencia Cefálica.

La exposición prenatal a SPA se ha asociado con déficits en estas medidas antropométricas. La disminución de la circunferencia cefálica ha sido utilizada como biomarcador de efecto neurotóxico y es un criterio diagnóstico en el SAF (1,32,82).

Curvas de crecimiento longitudinales.

Es esencial evaluar la trayectoria de crecimiento a lo largo del tiempo, no solo en un punto. Utilizando las curvas de crecimiento estandarizadas y vigentes al momento del control de salud infantil. Se ha observado que los déficits de crecimiento asociados a la cocaína pueden persistir hasta la edad escolar (83).

Evaluación del neurodesarrollo

El neurodesarrollo debe evaluarse de manera integral, con énfasis en la identificación de alteraciones en las siguientes áreas (84,85):

- **Desarrollo cognitivo:** puntajes más bajos en escalas de evaluación y déficit cognitivo leve. Búsqueda activa de ausentismo y fracaso escolar.
- **Desarrollo motor:** alteraciones en el tono, la postura y los movimientos que pueden ser más evidentes en los primeros meses de vida con recuperación posterior.
- **Regulación conductual y emocional:** en recién nacidos se describe irritabilidad, dificultad en el consuelo e hiperexcitabilidad. Posteriormente y desde los 2 años, disminución en la capacidad de autorregulación, problemas de comportamiento externalizante e internalizante, desregulación emocional y conductual.
- **Desarrollo del lenguaje:** retrasos en el desarrollo del lenguaje, incluyendo representaciones semánticas restringidas y déficits cualitativos en el uso de lenguaje complejo.
- **Resultados visuales y sensoriales:** estrabismo, nistagmo y otras alteraciones de la integración sensorial.

Pesquisa de signos de abstinencia y SAF

- **Indagar en patrones de sueño, alimentación y consuelo** buscando señales de abstinencia en base a la escala ESC.
- **Dismorfias faciales:** signos compatibles con SAF que podrían haber pasado inadvertidos previamente (fisuras palpebrales cortas, filtrum liso o aplanado, labio superior delgado y microcefalia).

Todo el personal de salud que participa en la atención del RN y la supervisión de salud de NNA debe realizar de manera sistemática la **pesquisa de alteraciones en el neurodesarrollo** en cada control, utilizando instrumentos y pautas recomendadas según edad. La evaluación debe registrarse en la ficha clínica y **realizar derivación oportuna** cuando se identifiquen desviaciones del desarrollo esperando, siguiendo los flujos de derivación ya establecidos en la red.

La evaluación del neurodesarrollo en recién nacidos y lactantes requiere el uso de instrumentos validados que permitan objetivar hallazgos clínicos, detectar alteraciones de manera temprana y orientar la derivación a intervenciones especializadas. Un ejemplo de ello es el Protocolo Neurosensorial aplicado en el control de salud infantil del primer mes de vida, el cual posibilita identificar precozmente riesgos para la salud y el neurodesarrollo mediante un examen físico y neurológico dirigido, favoreciendo así una intervención oportuna.

Otros instrumentos utilizados en edades posteriores incluyen la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP), aplicable entre los 0 y 2 años, y el Test de Desarrollo Psicomotor (TEPSI), dirigido a niños y niñas de 2 a 5 años, los cuales permiten valorar distintas áreas del desarrollo y orientar adecuadamente las intervenciones necesarias.

El empleo de escalas estandarizadas para la evaluación integral del desarrollo infantil facilita el seguimiento longitudinal, la comunicación entre equipos y la práctica clínica basada en evidencia. Se recomienda que los niños y niñas con antecedentes de exposición

a sustancias psicoactivas durante la gestación reciban una evaluación dirigida del neurodesarrollo, poniendo especial atención en la pesquisa temprana de posibles alteraciones. Para ello, **se deberá derivar a todos los niños y niñas** a los talleres de **promoción temprana del desarrollo motor y del lenguaje** del programa Chile Crece Contigo, así como a las **modalidades de apoyo al desarrollo infantil(MADI)** disponibles en cada territorio.

De ser necesario, debe considerarse la derivación oportuna a neurología, siguiendo los flujos de atención establecidos en cada territorio y en concordancia con los recursos locales disponibles.

Cabe señalar que la descripción y aplicación detallada de las escalas estandarizadas para evaluación integral del desarrollo **no es objeto de la presente guía**, por lo que se remite a los equipos tratantes a utilizar las normativas y protocolos específicos vigentes en la red asistencial.

Plan de seguimiento ambulatorio

El seguimiento de los RN expuestos prenatalmente a SPA constituye una estrategia fundamental para la detección oportuna de alteraciones en el neurodesarrollo, el estado nutricional y la salud integral. Se reconoce que la realidad asistencial varía entre los distintos niveles de complejidad del sistema de salud. Por ello, resulta esencial que cada establecimiento adecúe la implementación del plan de seguimiento a sus recursos locales, garantizando siempre la derivación oportuna a instancias de mayor complejidad cuando se identifiquen factores de riesgo o hallazgos anormales.

En los casos de **Síndrome de Abstinencia Neonatal de mayor gravedad** que requieren manejo farmacológico, el **seguimiento posterior debe realizarse en el nivel secundario** de atención. Esto permite asegurar una vigilancia clínica más estrecha y en caso de ser necesario, ajuste oportuno del tratamiento farmacológico.

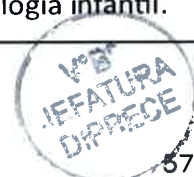


Evaluación de 0 a 36 meses.

Tabla N°4: Controles de salud infantil en APS.

Primera visita Control de Salud de la Diada (Idealmente entre las 48–72 h post- alta)	- Evaluar: hidratación, ictericia, efectividad en la alimentación, patrón de sueño, llanto, vínculo y consuelo. - Aplicar ESC (puntuar según lo que refieran padres en domicilio sobre alimentación, sueño, consuelo Ver anexo N° 3.2). - Si ESC alterado: (Si RN no logra alimentarse adecuadamente, no dormir al menos 1 hora ininterrumpida, no puede ser consolado en menos de 10 minutos): derivación inmediata a Servicio de Urgencia. - Reforzar manejo ambiental. - Realizar las acciones detalladas en el Tomo 3 de la Norma Técnica de Supervisión de la Salud Integral de Niños y Niñas de 0 a 9 años en la APS, actualizada el año 2021. - Derivar a los talleres de promoción temprana del desarrollo motor y del lenguaje del programa Chile Crece Contigo. - Derivar a modalidades de apoyo al desarrollo infantil (MADI). - Agendar la hora de atención para el próximo control de salud, sin delegar en los cuidadores la obtención de la hora.
1 mes	- Evaluar: hidratación, ictericia, efectividad en la alimentación, patrón de sueño, llanto, vínculo y consuelo. -- Aplicar ESC (puntuar según lo que refieran padres en domicilio sobre alimentación, sueño, consuelo. Ver anexo N° 3.2). - Si ESC alterado: (Si RN no logra alimentarse adecuadamente, no dormir al menos 1 hora ininterrumpida, no puede ser consolado en menos de 10 minutos): derivación inmediata a Servicio de Urgencia. - Aplicar Protocolo de Evaluación Neurosensorial (PENS). - Si PENS alterado: derivar a nivel secundario. - Reforzar manejo ambiental.

	- Realizar las acciones detalladas en el Tomo 3 de la Norma Técnica de Supervisión de la Salud Integral de Niños y Niñas de 0 a 9 años en la APS, actualizada el año 2021. - Derivar a los talleres de promoción temprana del desarrollo motor y del lenguaje del programa Chile Crece Contigo. - Derivar a modalidades de apoyo al desarrollo infantil (MADI). - Agendar la hora de atención para el próximo control de salud, sin delegar en los cuidadores la obtención de la hora.
2, 4 y 6 meses	- Aplicar Protocolo de Evaluación Neurosensorial (PENS) y pauta Breve de Evaluación del Desarrollo Psicomotor y acciones detalladas en el Tomo 3 de la Norma Técnica de Supervisión de la Salud Integral de Niños y Niñas de 0 a 9 años en la APS, actualizada el año 2021. - Derivar a los talleres de promoción temprana del desarrollo motor y del lenguaje del programa Chile Crece Contigo. - Mantener estimulación y derivación temprana a MADI. - Agendar la hora de atención para el próximo control de salud, sin delegar en los cuidadores la obtención de la hora. - Ante examen neurológico alterado: derivar a neurología infantil. - Evaluar en todos los controles audición/visión si hubo factores de riesgo.
6 a 36 meses:	- Evaluaciones del desarrollo a los 8, 12, 18, 24 y 36 meses. - Realizar las acciones detalladas en el Tomo 3 de la Norma Técnica de Supervisión de la Salud Integral de Niños y Niñas de 0 a 9 años en la APS, actualizada el año 2021. - Mantener estimulación y derivación temprana a MADI. - Tamizaje para detección del autismo (M- CHAT) entre los 16 y 30 meses, <u>aún con evaluaciones del desarrollo normales</u>. - Ante examen neurológico alterado: derivar a neurología infantil.



	- Agendar la hora de atención para el próximo control de salud, sin delegar en los cuidadores la obtención de la hora
Banderas rojas para derivación inmediata/urgente: mal incremento ponderal, deshidratación, apnea, crisis convulsivas, somnolencia difícil de revertir, signos de abstinencia grave que impiden comer/dormir/ser consolado. Ante la pesquisa de cualquiera de estas situaciones, se deberá evaluar la condición de la madre, el entorno familiar y la red de apoyo disponible, con el fin de detectar tempranamente posibles vulneraciones de derechos que requieran articulación con la OLN.	

Fuente: Elaboración propia, DIPRECE MINSAL.

En caso de exposición significativa a alcohol: paralelamente se debe **identificar precozmente la presencia de SAF** y derivación temprana nivel secundario; el seguimiento debe ser proactivo incluso sin signos al nacer.

Manejo ambiental: cuidados seguros en domicilio.

El manejo ambiental en domicilio es clave para consolidar la estabilidad posterior al alta. Su implementación favorece la autorregulación neuroconductual (menor irritabilidad, mejor sueño y consuelo), disminuye la necesidad de farmacoterapia y apoya la alimentación y el crecimiento, reduciendo la necesidad de nuevas consultas. Debe informarse a los cuidadores respecto a la importancia de mantener un entorno de bajo estímulo (luz tenue, control de ruido, manipulación organizada), la aplicación del enfoque Eat–Sleep–Console/Alimentación- Sueño- Consuelo y **fortalecer las acciones educativas desde Chile Crece Contigo** respecto al uso del porta bebé tipo Mei Tai, vínculo, contacto piel con piel, consuelo efectivo, estimulación según etapa del desarrollo, higiene y cuidados en general. Además, promover LM cuando esté indicada y establecer rutinas predecibles centradas en el binomio madre-hijo/a (31,66,86).

1. Evaluación y vigilancia sistemática

- o Educación a familias y cuidadores sobre aplicación de herramienta ESC (Ver Anexo N°3.2).
- o Evaluación del comportamiento, respuesta a estímulos, alimentación, sueño y consuelo.

2. Entorno físico seguro y regulado

- o Ambiente tranquilo con mínima estimulación sensorial (luz tenue, silencio o música suave).
- o Contención adecuada (abrazar al bebé, uso de mei tai, balanceo suave).
- o Cuidados al dormir: Deben dormir en su propia cuna en la misma habitación de los padres hasta el año de vida, sobre una superficie firme y plana (sobre un colchón), de espalda boca arriba, sin almohadas, sin frazadas sueltas, sin protectores de cuna, con los brazos descubiertos, sin sobreabrigar. **Se recomienda evitar el colecho.**



3. Cuidados de confort y vínculo familiar

- Favorecer contacto piel con piel y favorecer vínculo.

4. Alimentación adaptada y lactancia

- Fomentar LM siempre que sea posible.
- Alimentación frecuente en ambiente tranquilo.
- Apoyo en succión y tomas, incluyendo pausas según necesidad del RN.

5. Intervenciones no farmacológicas complementarias

- Masajes, musicoterapia, y estímulos relajantes.

6. Apoyo y seguimiento a la familia / Red psicosocial

- Evaluar entorno familiar y disponibilidad de cuidadores confiables.
- Derivar a servicios de salud mental, grupos psicosociales o unidades de protección si hay riesgo.
- Brindar apoyo emocional, educación y continuidad de cuidados post alta.

Estas medidas adquieren especial relevancia en contextos de cuidado alternativo, ya sea en dispositivos residenciales o en familias de acogida, donde el niño o niña ha sido separado de su familia de origen por orden del Tribunal como parte de una medida de protección.

En estos entornos, es fundamental asegurar la continuidad de los cuidados, mantener un ambiente de bajo estímulo, aplicar adecuadamente el enfoque Eat–Sleep–Console/Alimentación–Sueño–Consuelo, y fortalecer las acciones educativas dirigidas a promover el vínculo, el consuelo efectivo y la estimulación acorde a la etapa del desarrollo.

Articulación del Sistema de Salud

La atención del RN expuesto a SPA durante la gestación requiere de una **respuesta integral y coordinada** que articule los distintos niveles de la red asistencial. Este proceso se inicia con la detección de riesgos según EPSA cuyos hallazgos deben registrarse en el Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo (SRDM) de Chile Crece Contigo. Dicho registro permite gestionar de manera intersectorial las alertas y alarmas, a través de las Mesas de Articulación Intersectorial Comunal, operando bajo las OLN nueva institucionalidad de coordinación a nivel local establecida por la Ley de Garantías.

Esta articulación debe garantizar continuidad de cuidados desde la gestación hasta el período neonatal, la infancia y adolescencia, favoreciendo el seguimiento clínico y psicosocial evitando discontinuidades o fragmentación de la atención. Todos deben ser derivados a programas de intervención temprana multidisciplinarios, favoreciendo la coordinación entre equipos clínicos y comunitarios.

Los niños, niñas y adolescentes que viven en residencias – administradas por el Servicio Nacional de Protección Especializada y su red de Colaboradores Acreditados- deben estar **inscritos en el CESFAM más cercano a dicha residencia.**

PUNTOS CLAVE DE LA ARTICULACIÓN

- APS: pesquisa temprana con instrumentos estandarizados, derivación a programas de apoyo y tratamiento, y coordinación con el nivel secundario.
- Nivel hospitalario: diagnóstico y manejo inicial del RN expuesto a SPA, hospitalización conjunta cuando sea posible y coordinación inter e intrasectorial.
- Derivación y contrarreferencia: el alta médica es un momento clave para activar la red (controles de supervisión de salud integral en APS y programas especializados), con circuitos claros de contrarreferencia entre hospitales y APS. **Se debe evitar que**



los cuidadores asuman en solitario la gestión de los controles de salud, resguardando la continuidad de cuidados. Asimismo, será necesario que cada Servicio de Salud genere un protocolo de atención que permita asegurar la continuidad del cuidado en todos los niveles asistenciales.

- En el caso de niños y niñas con orden de ingreso a cuidados alternativos de protección especializada, los protocolos deben asegurar la articulación con los actores del Sistema Intersectorial de Salud Integral (SISI) y garantizar el cumplimiento de la obligación establecida en el artículo 16 de la Ley N°21.430, que exige **otorgar prioridad en el acceso a las prestaciones de salud para niños y niñas sujetos a medidas de protección.**
- Gestión de casos complejos: a través de los Comités de Protección a la Infancia o de la dupla psicosocial, según la realidad local, en articulación con las Oficinas Locales de la Niñez (OLN).

Articulación con el Sistema de Garantías

La Ley N° 21.430 sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia (2022) establece un nuevo modelo de protección integral basado en la intersectorialidad, reconociendo a los niños, niñas y adolescentes (NNA) como sujetos plenos de derecho. En este contexto, el sector salud constituye un **actor clave** en la pesquisa temprana de vulneraciones o amenazas graves de vulneración de derechos y en la coordinación de respuestas integrales junto al **Sistema de Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, especialmente con el Servicio Nacional de Protección Especializada (SPE).**

El sistema se organiza a través de las **Oficinas Locales de la Niñez (OLN)**, los **Tribunales de Familia** o con competencia en familia y el **Servicio de Protección Especializada**, que conforman los espacios administrativos y judiciales de protección, a los que salud debe articularse de manera sistemática.

ROL DEL SISTEMA DE SALUD

Los equipos de salud son frecuentemente la **primera puerta de entrada** para detectar riesgos y vulneraciones, como exposición prenatal a SPA, SAN o negligencia en los cuidados.

Sus responsabilidades son:

- **Pesquisa y registro** de factores de riesgo y vulneraciones de derechos.
- **Derivación intersectorial oportuna** a OLN o Tribunales de Familia según la naturaleza y gravedad del caso.
- **Deber de denuncia** ante hechos constitutivos de delito, dentro del plazo legal de 24 horas.
- **Entrega de información clínica pertinente** para la gestión de casos por parte de OLN y SPE, resguardando la confidencialidad establecida por la Ley N° 20.584 de derechos y deberes en salud.

Coordinación con Oficinas Locales de la Niñez

- Las OLN gestionan casos mediante un **modelo de gestión integrada**, que contempla diagnóstico biopsicosocial, plan de intervención personalizado, ejecución y monitoreo.
- Salud debe **derivar alertas y alarmas** a las OLN a través del **Formulario de Alertas Territoriales**, adjuntando antecedentes clínicos y sociales relevantes.
- Una vez ingresado el caso en OLN, los equipos de salud deben **colaborar activamente en la ejecución y monitoreo** del plan de intervención personalizado, informando avances y nuevas necesidades detectadas.



Coordinación con el Servicio de Protección Especializada

- Cuando la OLN determina que un caso requiere de **protección administrativa especializada**, deriva al Servicio de Protección, específicamente al programa Diagnóstico Clínico Especializado.
- Salud debe apoyar este proceso mediante:
 - **Evaluaciones clínicas especializadas** (ej. diagnóstico de SAN, condiciones crónicas).
 - **Atención sanitaria prioritaria** a niños y niñas en residencias de lactantes.
 - **Acompañamiento en planes de restitución de derechos** desde la perspectiva de salud física, mental y del neurodesarrollo.

Coordinación con Tribunales de Familia

- Cuando la vulneración requiere medidas con poder de imperio (ej. separación del cuidador, ingreso inmediato a residencia), corresponde al centro de salud solicitar un requerimiento de medida de protección al Tribunal de Familia o con competencia en Familia.
- El sector salud debe entregar informes médicos y sociales cuando sean solicitados, participar en audiencias si corresponde y asegurar la ejecución de las medidas dictadas.

Mesas de articulación interinstitucional

El Decreto Supremo N° 12 (2023) establece la creación de **Mesas de Articulación Interinstitucional (MAI)** a nivel comunal, regional y nacional (87). Salud participa activamente en estas instancias para:

- Definir protocolos de derivación y contrarreferencia.
- Identificar brechas y necesidades sanitarias de la niñez en protección.



- Fortalecer la coordinación territorial entre OLN, servicios de salud y programas dependientes del Servicio de Protección Especializada.

En caso de pesquisar situaciones de vulneración de derechos contra NNA, estas deben ser informadas al Comité de Protección a la Infancia o a la dupla psicosocial, para activar la derivación intersectorial a la OLN o el requerimiento de medida de protección ante el Tribunal de Familia. Cuando la vulneración pesquisada constituya presumiblemente un delito, corresponde al profesional que toma conocimiento efectuar la denuncia ante Carabineros de Chile, Policía de Investigaciones o el Ministerio Público, en un plazo máximo de 24 horas desde la toma de conocimiento del hecho.



REFERENCIAS

1. World Health Organization. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [citado 8 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/107130>
2. Popova S, Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Global Health. marzo de 2017;5(3):e290-9.
3. Burns L, Coleman-Cowger VH, Breen C. Managing Maternal Substance Use in the Perinatal Period: Current Concerns and Treatment Approaches in the United States and Australia. Subst Abuse. 2016;10(Suppl 1):55-61.
4. Ministerio de Salud de Chile. Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Base de datos de egresos hospitalarios 2003-2024, 2024 de carácter preliminar con fecha de extracción 12-03-2025. MINSAL;
5. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y alcohol (SENDA). Mujeres y tratamiento de alcohol y otras drogas. Embarazo, puerperio y lactancia. [Internet]. Ministerio del Interior y Seguridad Pública; 2016. Disponible en: https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2017/08/Documento_embarazo.pdf
6. Pacho M, Aymerich C, Pedruzo B, Salazar de Pablo G, Sesma E, Bordenave M, et al. Substance use during pregnancy and risk of postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. Front Psychiatry. 9 de noviembre de 2023;14:1264998.
7. Plan de Acción 2024-2030 [Internet]. SENDA. [citado 8 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.senda.gob.cl/plan-2024-2030/>

8. Patrick SW, Schumacher RE, Benneyworth BD, Krans EE, McAllister JM, Davis MM. Neonatal Abstinence Syndrome and Associated Health Care Expenditures: United States, 2000-2009. JAMA. 9 de mayo de 2012;307(18):1934-40.
9. UN. General Assembly (44th sess. : 1989-1990), editor. Convention on the Rights of the Child: resolution [Internet]. New York: UN; 5 [citado 29 de agosto de 2025]. 24 p. Disponible en: <https://digitallibrary.un.org/record/80135>
10. Dr. Lori G. Irwin, Dr. Arjumand Siddiqi, Dr. Clyde Hertzman. Early Child Development: A Powerful Equalizer [Internet]. Vancouver, BC: WHO; 2007 [citado 29 de agosto de 2025]. (Final Report for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health). Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/social-determinants-of-health/early-child-knowledge-network-final-report-2007.pdf?sfvrsn=d2e68257_3
11. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. Child Development. mayo de 2000;71(3):543-62.
12. Sen G, Östlin P. Gender inequity in health: why it exists and how we can change it. Global Public Health. abril de 2008;3(sup1):1-12.
13. Marmot M, Bell R, Goldblatt P. Action on the social determinants of health. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. agosto de 2013;61:S127-32.
14. Pan American Health Organization. Intercultural approach to health: promotes coexistence, respect, and mutual acceptance between systems. In: Policy Ethnicity Health. Washington, DC: PAHO; 2017. [Internet]. [citado 24 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2022-09/ethnicityhealth-policy-2017.pdf>
15. Wade DT, Halligan PW. The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. Clinical Rehabilitation. 2017;31(8):995-1004. doi:10.1177/0269215517709890



- [Internet]. [citado 29 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/0269215517709890>
16. Shelley D Golden, Jo Anne L Earp. Social ecological approaches to individuals and their contexts: twenty years of health education & behavior health promotion interventions [Internet]. Health Education & Behavior; 2012 [citado 29 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/1090198111418634>
 17. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. www.bcn.cl/leychile. 2022 [citado 24 de septiembre de 2025]. Ley 21430 Sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile>
 18. Ministerio de Planificación. Ley 20379 Crea el sistema intersectorial de protección social e institucionaliza el subsistema de protección integral a la infancia «Chile Crece Contigo» [Internet]. 2009 [citado 29 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile>
 19. Ministerio de Justicia. Ley 19968 Crea los tribunales de familia [Internet]. 2004 [citado 29 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile>
 20. Ministerio de Justicia. Ley 19366 Sanciona el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, dicta y modifica diversas disposiciones legales y deroga Ley N° 18.403 [Internet]. 1995 [citado 29 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile>
 21. Lamy S, Thibaut F. État des lieux de la consommation de substances psychoactives par les femmes enceintes. L'Encéphale. 1 de febrero de 2010;36(1):33-8.
 22. CUIDA: Centro de investigación del abuso y la adversidad temprana. Informe Análisis del comportamiento de la escala EPsA. 2022.

23. Aros A S. Exposición fetal a alcohol. Revista chilena de pediatría. noviembre de 2008;79:46-50.
24. Ministerio de Sanidad. Informe sobre alcohol, embarazo y trastorno del espectro alcohólico fetal (TEAF). Madrid. 2021 [Internet]. [citado 8 de agosto de 2025]. Disponible en:
https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/alcohol/embarazo/docs/Informe_AlcoholEmbarazo_TEAF.pdf
25. Popova S, Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Global Health. 1 de marzo de 2017;5(3):e290-9.
26. Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D, et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. The Lancet. 12 de marzo de 2016;387(10023):1123-32.
27. Ministerio de Salud de Chile. Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Base de datos de estadísticas vitales de nacimiento del año 2021.
28. PAHO/OPS. Salud en las Américas. Perfil de País - Chile. 2024 [citado 8 de agosto de 2025]. Perfil de País - Chile. Disponible en: <https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/chile>
29. Wen X, Belviso N, Murray E, Lewkowitz AK, Ward KE, Meador KJ. Association of Gestational Opioid Exposure and Risk of Major and Minor Congenital Malformations. JAMA Netw Open. 13 de abril de 2021;4(4):e215708.
30. Jansson LM, Patrick SW. Neonatal Abstinence Syndrome. Pediatr Clin North Am. abril de 2019;66(2):353-67.



31. Patrick SW, Barfield WD, Poindexter BB, COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN, COMMITTEE ON SUBSTANCE USE AND PREVENTION, Cummings J, Hand I, et al. Neonatal Opioid Withdrawal Syndrome. *Pediatrics*. 1 de noviembre de 2020;146(5):e2020029074.
32. Wouldes TA, Barry M. Lester. Opioid, methamphetamine, and polysubstance use: perinatal outcomes for the mother and infant [Internet]. *Frontiers*; 2023 [citado 8 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/pediatrics/articles/10.3389/fped.2023.1305508/full>
33. Ashorn P, Ashorn U, Muthiani Y, Aboubaker S, Askari S, Bahl R, et al. Small vulnerable newborns—big potential for impact. *The Lancet*. mayo de 2023;401(10389):1692-706.
34. Lind JN, Interrante JD, Ailes EC, Gilboa SM, Khan S, Frey MT, et al. Maternal Use of Opioids During Pregnancy and Congenital Malformations: A Systematic Review. *Pediatrics*. junio de 2017;139(6):e20164131.
35. Balalian AA, Graeve R, Richter M, Fink A, Kielstein H, Martins SS, et al. Prenatal exposure to opioids and neurodevelopment in infancy and childhood: A systematic review. *Front Pediatr* [Internet]. 21 de febrero de 2023 [citado 13 de agosto de 2025];11. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/pediatrics/articles/10.3389/fped.2023.1071889/full>
36. Conradt E, Flannery T, Aschner JL, Annett RD, Croen LA, Duarte CS, et al. Prenatal Opioid Exposure: Neurodevelopmental Consequences and Future Research Priorities. *Pediatrics*. septiembre de 2019;144(3):e20190128.
37. Metz TD, Allshouse AA, McMillin GA, Greene T, Chung JH, Grobman WA, et al. Cannabis Exposure and Adverse Pregnancy Outcomes Related to Placental Function. *JAMA*. 12 de diciembre de 2023;330(22):2191-9.



38. Nguyen VH, Harley KG. Prenatal Cannabis Use and Infant Birth Outcomes in the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. *J Pediatr.* enero de 2022;240:87-93.
39. Krebs MO, Demars F, Frajerman A, Kebir O, Jay T. Cannabis et neurodéveloppement. *Bull Acad Natl Med.* junio de 2020;204(6):561-9.
40. Cestonaro C, Menozzi L, Terranova C. Infants of Mothers with Cocaine Use: Review of Clinical and Medico-Legal Aspects. *Children (Basel).* 5 de enero de 2022;9(1):67.
41. Singer LT, Albert JM, Minnes S, Min MO, Kim JY. Infant Behaviors, Prenatal Cocaine Exposure, and Adult Intelligence. *JAMA Netw Open.* 17 de mayo de 2024;7(5):e2411905.
42. Chung DD, Pinson MR, Bhenderu LS, Lai MS, Patel RA, Miranda RC. Toxic and Teratogenic Effects of Prenatal Alcohol Exposure on Fetal Development, Adolescence, and Adulthood. *Int J Mol Sci.* 16 de agosto de 2021;22(16):8785.
43. Seiler NK. Alcohol and Pregnancy: CDC's Health Advice and the Legal Rights of Pregnant Women. *Public Health Rep.* 2016;131(4):623-7.
44. Schölin L. Prevention of harm caused by alcohol exposure in pregnancy. Rapid review and case studies from Member States. World Health Organization; 2016.
45. Fujiwara R, Journey M, Al-Doori F, Bell P, Judge B, Miracle K, et al. Potential neonatal toxicity of new psychoactive substances. *Pharmacology & Therapeutics.* agosto de 2023;248:108468.
46. Zhang LM, Liu NN, Cao L, Xin Y, Zhang DX, Bai Y, et al. S-ketamine administration in pregnant mice induces ADHD- and depression-like behaviors in offspring mice. *Behavioural Brain Research.* septiembre de 2022;433:113996.
47. Mena R M, Albornoz V C, Puente MC, Moreno C. Síndrome Fetal Alcohólico: Estudio de 19 casos clínicos. *Rev chil pediatr [Internet].* diciembre de 1980 [citado 29 de agosto de 2025];51(6). Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41061980000600003&lng=en&nrm=iso&tlng=en

48. Mena R M, Alvial F C, Asenjo Y G, Allendorf A E, Venegas Y L, Catalan K H. Síndrome Alcohólico Fetal como causa de Desnutrición Secundaria. Rev chil pediatr [Internet]. febrero de 1984 [citado 29 de agosto de 2025];55(1). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41061984000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=en
49. Mena R M, Carrasco R, Barthel E, Arancibia J, Alarcón O. Prevalencia del síndrome alcohólico-fetal entre desnutridos crónicos del consultorio O'Higgins en Concepción. Cuadernos Médico Sociales. 28 de septiembre de 1988;29(3):83-7.
50. Mena R M, Pacheco C V, Lama T A, Otero V C, Tapia Z J, Schurman R R. Malformaciones cardiacas congénitas en el síndrome alcohólico fetal. Rev chil pediatr [Internet]. octubre de 1986 [citado 29 de agosto de 2025];57(5). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41061986000500002&lng=en&nrm=iso&tlng=en
51. Mena R M, Selman C E, Cantin D A, Massardo B A, Adriasola M A. Síndrome fetal alcohólico (S.F.A). Rev chil pediatr [Internet]. diciembre de 1982 [citado 29 de agosto de 2025];53(1-6). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41061982000100015&lng=en&nrm=iso&tlng=en
52. Aros S, Mills JL, Iñiguez G, Avila A, Conley MR, Troendle J, et al. Effects of Prenatal Ethanol Exposure on Postnatal Growth and the Insulin-Like Growth Factor Axis. Horm Res Paediatr. marzo de 2011;75(3):166-73.
53. Aros S, Mills JL, Torres C, Henriquez C, Fuentes A, Capurro T, et al. Prospective identification of pregnant women drinking four or more standard drinks (> or = 48 g) of alcohol per day. Subst Use Misuse. 2006;41(2):183-97.



54. Kuehn D, Aros S, Cassorla F, Avaria M, Unanue N, Henriquez C, et al. A Prospective Cohort Study of the Prevalence of Growth, Facial, and Central Nervous System Abnormalities in Children with Heavy Prenatal Alcohol Exposure. *Alcohol Clin Exp Res.* octubre de 2012;36(10):1811-9.
55. Astley SJ. Validation of the Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD) 4-digit Diagnostic Code. *J Popul Ther Clin Pharmacol.* 2013;20.
56. Jacquelyn Bertrand, PhD, R. Louise Floyd, DSN, Mary Kate Weber, MPH. Guidelines for Identifying and Referring Persons with Fetal Alcohol Syndrome. CDC [Internet]. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2005 [citado 29 de agosto de 2025]. (MMWR. Recommendations and reports : Morbidity and mortality weekly report.). Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5411a1.htm>
57. Center for Substance Abuse Prevention (US). Addressing Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD) [Internet]. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2014 [citado 29 de agosto de 2025]. (SAMHSA/CSAT Treatment Improvement Protocols). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK344239/>
58. May PA, Baete A, Russo J, Elliott AJ, Blankenship J, Kalberg WO, et al. Prevalence and Characteristics of Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Pediatrics.* noviembre de 2014;134(5):855-66.
59. May PA, Blankenship J, Marais AS, Gossage JP, Kalberg WO, Barnard R, et al. Approaching the prevalence of the full spectrum of fetal alcohol spectrum disorders in a South African population-based study. *Alcohol Clin Exp Res.* mayo de 2013;37(5):818-30.
60. May PA, Fiorentino D, Coriale G, Kalberg WO, Hoyme HE, Aragón AS, et al. Prevalence of Children with Severe Fetal Alcohol Spectrum Disorders in Communities Near Rome, Italy: New Estimated Rates Are Higher than Previous Estimates. *Int J Environ Res Public Health.* junio de 2011;8(6):2331-51.



A handwritten signature in blue ink, consisting of stylized cursive letters.

61. Roozen S, Peters GJY, Kok G, Townend D, Nijhuis J, Curfs L. Worldwide Prevalence of Fetal Alcohol Spectrum Disorders: A Systematic Literature Review Including Meta-Analysis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2016;40(1):18-32.
62. Ministerio de Salud de Chile. Pauta de riesgo psicosocial. Evaluación Psicosocial Abreviada (EPsA). 2010.
63. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones Técnico Administrativas para la Detección, Intervención Breve y Referencia Asistida para el consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas en Atención Primaria. 2017 [Internet]. [citado 29 de agosto de 2025]. Disponible en: https://eligenofumar.cl/wp-content/uploads/2024/04/2017.11.27_OOTT_Administrativas-Programas-Final-1.pdf
64. Fathalla MF, Fathalla MMF. Guía práctica de investigación en salud. Washington, D.C.: OPS, Oficina Regional de la Organización Mundial para la Salud; 2008.
65. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones técnicas para la detección, intervención motivacional y referencia a tratamiento para el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes. 2015 [Internet]. [citado 29 de agosto de 2025]. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2017/12/OT-Detecci%C3%B3n-IM-y-referencia-drogas-adolescentes.pdf
66. Harris M, Schiff DM, Saia K, Muftu S, Standish KR, Wachman EM. Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #21: Breastfeeding in the Setting of Substance Use and Substance Use Disorder (Revised 2023). *Breastfeed Med*. 1 de octubre de 2023;18(10):715-33.
67. Perinatal Services BC. Care of the Newborn Exposed to Substances During Pregnancy: Instruction Manual. [Internet]. Vancouver, BC; 2024 [citado 8 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://cms.psbchealthhub.ca/sites/default/files/2023-09/Practice%20Resource%20ESC_WEB%202020_11_20.pdf



68. Ryan G, Dooley J, Gerber Finn L, Kelly L. Nonpharmacological management of neonatal abstinence syndrome: a review of the literature. J Matern Fetal Neonatal Med. [Internet]. [citado 8 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://www.infantjournal.co.uk/pdf/inf_111_7353.pdf
69. Lee E, Schofield D, Dronavalli M, Lawler K, Uebel H, Burns L, et al. Health Care Needs and Costs for Children Exposed to Prenatal Substance Use to Adulthood. JAMA Pediatr. 1 de septiembre de 2024;178(9):888.
70. Johnson K, Berkwitt A, Yankova L, Osborn R. Comparisons of management approaches in neonatal opioid withdrawal syndrome: The eat, sleep, console approach vs. the Finnegan approach. Seminars in Perinatology. febrero de 2025;49(1):152021.
71. Ismaiel A, Sheikh N, Campbell D. "Is eat, sleep, console the key to safer and faster discharge for newborns with neonatal opioid withdrawal syndrome?" J Perinatol. 2025;45(4):562-4.
72. Cestonaro C, Menozzi L, Terranova C. Infants of Mothers with Cocaine Use: Review of Clinical and Medico-Legal Aspects. Children (Basel). 5 de enero de 2022;9(1):67.
73. MacMillan KDL, Rendon CP, Verma K, Riblet N, Washer DB, Volpe Holmes A. Association of Rooming-in With Outcomes for Neonatal Abstinence Syndrome: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Pediatr. 1 de abril de 2018;172(4):345-51.
74. Grossman MR, Lipshaw MJ, Osborn RR, Berkwitt AK. A Novel Approach to Assessing Infants With Neonatal Abstinence Syndrome. Hosp Pediatr. 1 de enero de 2018;8(1):1-6.
75. Society CP. Managing newborns at risk for neonatal abstinence syndrome (NAS)/neonatal opioid withdrawal syndrome (NOWS): Updates and emerging best practices | Canadian Paediatric Society [Internet]. [citado 15 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://cps.ca/en/documents/position/nas-nows>



76. Consensus Guidelines for Management of Neonatal Opioid Withdrawal Syndrome (NOWS) & Drug-Exposed Infants: UCSF Northern California Neonatal Consortium (NCNC). 2023 [Internet]. [citado 15 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://55933-bcmed.s3.amazonaws.com/bcp/branded/css/ucs/pediatrics/consortium/NCNC-NOWS-Guideline.pdf>
77. Comisión Nacional de Lactancia Materna (CONALMA). Recomendaciones de la Comisión Nacional de Lactancia Materna sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y lactancia materna. 2022 [Internet]. [citado 29 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/09/Recomendacion-Drogas-CONALMA-Final-Septiembre-2022-1.pdf>
78. Ministerio de Salud de Chile. Lactancia materna: Contenidos técnicos para profesionales de la salud. 2010.
79. Ministerio de Salud de Chile. Norma General Técnica para la Atención Integral del Recién Nacido en la Unidad de Puerperio en Servicios de Obstetricia y Ginecología. 2017 [Internet]. [citado 1 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/Norma-194-Atenci%C3%B3n-del-Recien-Nacido.Versi%C3%B3n-WEB.pdf>
80. Mascarenhas M, Wachman EM, Chandra I, Xue R, Sarathy L, Schiff DM. Advances in the Care of Infants With Prenatal Opioid Exposure and Neonatal Opioid Withdrawal Syndrome. *Pediatrics*. 1 de enero de 2024;153(2):e2023062871.
81. Chaiyachati BH, Deutsch SA. Improving health and well-being for infants with prenatal substance exposure. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*. febrero de 2024;54(2):101572.
82. Triplett RL, Lean RE, Parikh A, Miller JP, Alexopoulos D, Kaplan S, et al. Association of Prenatal Exposure to Early-Life Adversity With Neonatal Brain Volumes at Birth. *JAMA Netw Open*. 12 de abril de 2022;5(4):e227045.

83. Richardson GA, Goldschmidt L, Larkby C. Effects of Prenatal Cocaine Exposure on Growth: A Longitudinal Analysis. *Pediatrics*. 1 de octubre de 2007;120(4):e1017-27.
84. Yeoh SL, Eastwood J, Wright IM, Morton R, Melhuish E, Ward M, et al. Cognitive and Motor Outcomes of Children With Prenatal Opioid Exposure: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 12 de julio de 2019;2(7):e197025.
85. Singer LT, Powers G, Kim JY, Minnes S, Min MO. Cognitive and functional outcomes at age 21 after prenatal cocaine/polydrug exposure and foster/adoptive care. *Neurotoxicology and Teratology*. marzo de 2023;96:107151.
86. Young LW, Ounpraseuth ST, Merhar SL, Hu Z, Simon AE, Bremer AA, et al. Eat, Sleep, Console Approach or Usual Care for Neonatal Opioid Withdrawal. *N Engl J Med*. 22 de junio de 2023;388(25):2326-37.
87. Ministerio de Desarrollo Social y Familia; Subsecretaría de la Niñez. Decreto 12 Aprueba reglamento que determina la integración y funcionamiento de las mesas de articulación interinstitucional de la oferta dirigida a niños, niñas y adolescentes, según lo previsto en la letra i) del artículo 66 de la Ley N°21.430, sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia [Internet]. 2023 [citado 22 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile>
88. Dörrie N, Föcker M, Freunscht I, Hebebrand J. Fetal alcohol spectrum disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1 de octubre de 2014;23(10):863-75.
89. Susan J. Astley. Diagnostic Guide for Fetal Alcohol Spectrum Disorders. The 4-Digit Diagnostic Code. University of Washington; 2004.
90. Chasnoff IJ, McGourty RF, Bailey GW, Hutchins E, Lightfoot SO, Pawson LL, et al. The 4P's Plus© Screen for Substance Use in Pregnancy: Clinical Application and Outcomes. *J Perinatol*. junio de 2005;25(6):368-74.



ANEXOS

Anexo N°1: Diagnóstico de Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF)

4-Digit Diagnostic Code

El **Código de 4 Dígitos (4-Digit Diagnostic Code)** es un instrumento diagnóstico ampliamente utilizado, que clasifica los hallazgos en un espectro, según la presencia e intensidad de los signos clínicos(88).

Tabla N°5: Criterios Diagnósticos TEAF.

Dominio	Criterios
1. Retraso del crecimiento	Peso y/o talla $\leq$ percentil 10 en cualquier momento del período prenatal y/o postnatal.
2. Dismorfia facial	- Fisuras palpebrales pequeñas ($< p10$). - Filtrum largo y aplanado (score 4–5, Guía labio/filtrum Univ. Washington). - Labio superior delgado (score 4–5).
3. Alteraciones del SNC	Estructurales: • Perímetro craneano $\leq p10$. • Anormalidades estructurales cerebrales clínicamente significativas (p. ej., microcefalia, agenesia parcial o total del cuerpo calloso, hipoplasia cerebral). Alteraciones Neurológicas: • Signo neurológico fuera de rango, no atribuible a injuria postnatal. Funcionales: • Retraso global del desarrollo o déficit cognitivo. • CI < -2 DE. • Déficit funcional (< -1 DE) en ≥ 3 áreas: cognitiva, motora, ejecutiva, atención, lenguaje, memoria, social, sensorial.
4. Exposición prenatal al alcohol	Confirmada o no.

Fuente: Elaboración propia en base a Dörrie et al, 2014.

De esta manera, los 4 elementos clave en los TEAF se evalúan y su presencia/ausencia determinará cuál de los trastornos del espectro alcohólico fetal está más fuertemente vinculado(89).

Tabla N°6: Clasificación Diagnóstica TEAF.

Trastorno del espectro alcohólico fetal	Retraso del crecimiento	Dismorfia facial	Alteraciones del SNC	Exposición prenatal al alcohol
SAF (Síndrome Alcohólico Fetal)	Presente	Presente	Severas	Confirmada o no
SAFP (Síndrome Alcohólico Fetal Parcial)	No necesario	Presente	Severas	Confirmada o no
EE/EA (Encefalopatía estática / con exposición a alcohol)	No necesario	No necesario	Severas	Confirmada o no
TN/EA (Trastorno neuroconductual / con exposición a alcohol)	No necesario	No necesario	Moderadas	Confirmada o no

Fuente: Elaboración propia en base a Astley, 2013.



Anexo N°2: Tamizaje del Consumo en la Gestación.

4 P's plus

El **4 P's Plus** es un instrumento breve y validado que ha demostrado efectividad para el cribado de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas durante la gestación. Su aplicación es simple, rápida (1–2 minutos) y permite indagar en cuatro áreas clave, de las cuales sólo una hace referencia directa al consumo durante el embarazo(90).

Tabla N°7: Cuestionario 4 P's Plus.

Dimensión	Pregunta
Padres	¿Alguno de tus padres ha tenido alguna vez un problema por consumo de alcohol u otras drogas?
Pareja	¿Tu pareja ha tenido alguna vez un problema por consumo de alcohol u otras drogas?
Pasado	¿Has consumido alguna vez cerveza, vino, licores u otra droga?
Presente	En el último mes antes de saber que estabas embarazada: • ¿Cuántos cigarros fumabas? • ¿Cuánto alcohol consumías (cerveza, vino, licor)? • ¿Consumías alguna otra droga?
INTERPRETACIÓN	Mayor riesgo: cualquier respuesta positiva en el área “Presente” (cualquier consumo de alcohol u otras drogas y/o más de 3 cigarrillos diarios). Riesgo potencial: respuestas positivas en las áreas “Padres”, “Pareja” o “Pasado”, aun sin consumo actual reportado, ya que se han asociado con subreporte y con mayor probabilidad de consumo durante la gestación.

Fuente: Elaboración propia en base a Chasnoff, 2005.

Una respuesta positiva en cualquiera de las áreas debe ser considerada un **indicador de riesgo**, motivando una evaluación más profunda y la implementación de estrategias de apoyo y seguimiento tanto para la mujer como para el hijo/a en gestación.

Anexo N°3: Diagnóstico del Síndrome de Abstinencia Neonatal (SAN)

Anexo N°3.1: Escala de Finnegan.

Instrumento utilizado para la evaluación clínica del síndrome de abstinencia neonatal. Permite cuantificar la severidad de los síntomas y orientar la indicación terapéutica(70).

Tabla N°8: Escala de Finnegan

Signo o síntoma	Criterio	Puntaje
1. Llanto	Agudo	2
	Continuo	3
2. Duración del sueño tras la toma	< 1 hora	3
	< 2 horas	2
	< 3 horas	1
3. Reflejo de Moro	Aumentado	2
	Muy aumentado	3
4. Temblores	Leves con estímulo	1
	Moderados con estímulo	2
	Leves espontáneos	3
	Moderados espontáneos	4
5. Hipertonía	—	2
6. Excoriaciones cutáneas	—	1
7. Mioclonías	—	3
8. Convulsiones	—	5
9. Sudoración	—	1
10. Fiebre	< 38,4 °C	1
	≥ 38,4 °C	2
11. Bostezos	—	1
12. Cutis marmorata	—	1
13. Congestión nasal	—	1
14. Estornudos	—	1
15. Aleteo nasal	—	2
16. Frecuencia respiratoria	> 60 rpm	1
	> 60 rpm + tiraje	2
17. Succión excesiva	—	1
18. Inapetencia	—	2
19. Regurgitaciones	—	2
20. Vómitos	—	3
21. Diarrea	Pastosa	2
	Acuosa	3

INTERPRETACIÓN DE PUNTAJES

0–7 puntos: No indica síndrome de abstinencia.

8–12 puntos: Síndrome de abstinencia leve a moderado.

13–16 puntos: Síndrome de abstinencia moderado a grave.

≥ 17 puntos: Síndrome de abstinencia grave

Fuente: Extraído de Johnson, 2005.



Anexo N°3.2: Herramienta ESC (Eat, Sleep, Console/Comer, Dormir, Consolar)

Instrumento clínico simplificado que evalúa la **funcionalidad del recién nacido con síndrome de abstinencia neonatal**, priorizando intervenciones no farmacológicas y el cuidado centrado en la díada madre-hijo/a(86).

Tabla N°9: Herramienta ESC.

Dominio	Criterio de evaluación	Interpretación clínica
Comer (Eat)	¿El RN logra alimentarse adecuadamente, succionando y tomando la cantidad suficiente para su edad y peso?	Si NO logra alimentarse, considerar intervención.
Dormir (Sleep)	¿El RN puede dormir al menos 1 hora ininterrumpida?	Si NO logra dormir, considerar intervención.
Consolar (Console)	¿El RN puede ser consolado en menos de 10 minutos con medidas habituales (contención, succión no nutritiva, contacto piel a piel)?	Si NO logra consolarse, considerar intervención.
Interpretación	Si el recién nacido no logra cumplir uno o más de estos criterios , se considera que presenta dificultad significativa atribuible al síndrome de abstinencia neonatal	Debe evaluarse la necesidad de intensificar medidas no farmacológicas o iniciar tratamiento farmacológico en nivel secundario .

Fuente: Elaboración propia en base a Young, 2003.



Anexo N°3.3: Clasificación del Síndrome de Abstinencia Neonatal

No existe una definición única ni universal aceptada para clasificar el SAN. **Para efectos de esta Orientación Técnica, se propone una clasificación** operacional del SAN **basada en la funcionalidad** del recién nacido/a. Este enfoque permite valorar el impacto clínico real de la abstinencia sobre el bienestar del RN y orientar de manera más precisa la necesidad de intervenciones no farmacológicas y farmacológicas(76).

Tabla N°10: Clasificación del Síndrome de Abstinencia Neonatal.

SAN no severo (funcionalidad conservada)	SAN severo (alteración funcional significativa)
RN mantiene su capacidad funcional y responde favorablemente a tratamiento <u>no</u> farmacológico.	RN presenta dificultades funcionales persistentes , pese a recibir tratamiento no farmacológicas.
• Come adecuadamente, logrando un volumen apropiado para su edad o una succión eficaz sin dificultades persistentes. • Duerme al menos una hora continua entre tomas. • Se consuela en menos de 10 minutos, ya sea por el cuidador o mediante medidas no farmacológicas.	• No logra alimentarse adecuadamente: succión ineficaz, ingesta insuficiente, vómitos frecuentes o fatiga marcada durante la alimentación. • No puede dormir períodos continuos de al menos una hora, debido a irritabilidad, discomfort o síntomas autonómicos. • No se consuela en más de 10 minutos, incluso con apoyo adecuado del cuidador. • se asocia a convulsiones, deshidratación, vómitos, diarrea o fiebre no explicada por otra causa.

Fuente: Elaboración propia en base UCSF Northern California Neonatal Consortium. Consensus Guidelines for Management of Neonatal Opioid Withdrawal Syndrome. 2023.

