

Consenso para la atención integral de recién nacidos expuestos a sustancias psicoactivas durante la gestación

Mario Moraes ¹, Adriana Boccarato ², Gabriela Bazan ², Susana Grunbaum ³, Ma. del Carmen Canavessi ⁴, Alicia Hoppe ⁵, Antonio Pascale ⁶, Gabriel González ⁷, Beatriz Ceruti ⁸, Daniel Borbonet ⁹

Introducción

El presente abordaje parte de un concepto integral de salud desde una perspectiva de género, de derechos humanos y derechos del niño.

1. El consumo problemático de sustancias psicoactivas se considera un fenómeno multicausal en el cual intervienen diversos factores: socioeconómicos, culturales, personales y familiares.

Se focaliza la atención en el consumo de pasta base de cocaína (PBC) por su alto impacto a nivel de la salud de la mujer y del recién nacido. Este consumo puede asociarse al de otras sustancias psicoactivas: alcohol, tabaco, marihuana, sicofármacos (policonsumo) que potencian y adicionan sus efectos deletéreos sobre el feto. Las mujeres que consumen PBC presentan frecuentemente comorbilidad con trastornos psicoemocionales; antecedentes de abuso, violencia, delincuencia y exclusión social que agravan esta situación ^(1,2).

2. El embarazo y puerperio constituyen una etapa de crisis en la vida de la mujer, así como el asumir la paternidad es también un hecho importante en la vida de los varones. Es ésta, en muchos casos, la mejor oportunidad para el inicio de tratamientos en relación al abandono de la adicción. Cuando la mujer está acompañada por su pareja el éxito del tratamiento aumenta. La presencia de la familia es un factor de protección relevante y debe tenerse presente para un

adecuado abordaje ⁽¹⁾. No obstante, el embarazo y nacimiento de un hijo es también un factor de riesgo para la presentación o recaída de trastornos mentales. Los trastornos depresivos previos y la depresión posparto son algunos de los que el equipo de salud debe estar muy atento en el puerperio ^(3,4).

3. Los equipos de salud requieren de capacitación y contención para el abordaje de estas pacientes, debido al riesgo de asumir una postura punitiva y arbitraria que puede determinar una atención inadecuada, así como de apoyo interdisciplinario para enfrentar esta compleja realidad ^(1,5).
4. A la mujer usuaria de los servicios de salud se le debe asegurar su derecho a la información en el caso que se proponga la realización de exámenes paraclínicos confirmatorios de exposición intrauterina y se le solicitará consentimiento verbal para búsqueda de drogas en orina. No informar a las pacientes se asocia a peor adherencia a los tratamientos y al control del embarazo ^(4,5).
5. El consumo de cocaína en el embarazo se asocia a mayor incidencia de infecciones maternas bacterianas, infecciones de transmisión sexual entre ellas sífilis, HIV y hepatitis B y C. Producen parto prematuro, desprendimiento de placenta normoinsera, abortos y óbito ⁽⁶⁾. En los años 80 se acuñó el término “*crack baby*” debido a estudios descriptivos pequeños y de reportes de casos con el cual se asociaba la presencia de múltiples malformaciones congénitas en los hijos

1. Profesor Adjunto, Departamento de Neonatología, CHPR, Facultad de Medicina, UDELAR.

2. Pediatra neonatóloga. Servicio de Recién Nacidos, CHPR, ASSE.

3. Psiquiatra de niños y adolescentes. Coordinadora de Adicciones. Salud Mental, Unidades Especializadas, ASSE.

4. Jefe Dpto. de Trabajo Social. CHPR, ASSE.

5. Psiquiatra. Servicio de Salud Mental. CHPR, ASSE.

6. Médico toxicólogo. Secretaría Nacional de Drogas.

7. Profesor Agregado de Neuropediatría, Servicio de Neuropediatría, CHPR. Facultad de Medicina, UDELAR..

8. Pediatra neonatóloga, Jefa del Servicio de Recién Nacidos; CHPR, ASSE.

9. Profesor Director Departamento de Neonatología, CHPR. Facultad de Medicina, UDELAR.

Departamento de Neonatología, Facultad de Medicina, UDELAR; Servicio de Recién nacidos CHPR; Servicio de Salud Mental CHPR, Servicio de Neuropediatría CHPR; Dpto. de Trabajo Social del CHPR; SERENAR, ASSE.

Centro Nacional de Información y Referencia Red Drogas- Portal Amarillo, ASSE.

de madres que consumieron cocaína en el embarazo⁽⁷⁻³¹⁾. Nuevos estudios bien diseñados, con grupos control y seguimiento prolongado no demuestran que el consumo de cocaína cause mayor incidencia de malformaciones congénitas que en la población general⁽³²⁻³⁵⁾. Es importante contar con ecografía obstétrica para valorar la anatomía fetal. Si es normal no se requieren otros estudios anatómicos, si no están indicados por la situación clínica particular. Los estudios ecográficos posnatales y de valoración anatómica general o del sistema nervioso central serán guiados por los hallazgos clínicos y no como *screening* debido al consumo de PBC.

6. Los metabolitos de PBC pasan a través de la leche materna y pueden producir daño al recién nacido. Así mismo, los psicofármacos utilizados tanto en el tratamiento de los síntomas psiquiátricos, la desintoxicación, como su uso indebido para enmascarar otros consumos, también producen efectos en el recién nacido. Reportes de casos clínicos y estudios de *screening* en usuarias de cocaína previo al parto evidencian la detección de cocaína, benzoilecgonina y otros metabolitos en leche materna en las primeras 48 a 72 horas luego del último consumo materno. Para evitar complicaciones derivadas de la exposición neonatal a cocaína a través de la leche materna, las usuarias que se encuentren en un período de abstinencia igual o mayor a una semana podrían amamantar a su hijos. En nuestro país la alimentación con sucedáneos de la leche materna es segura y accesible, por lo cual los riesgos de mantener la lactancia materna superan los beneficios potenciales si la mujer mantiene el consumo^(36,37). La negatividad de la detección de metabolitos por técnicas de inmunoensayo no excluye consumo más allá de las 72 h previas para cocaína y 7 días para marihuana, con una sensibilidad

menor para PBC, comparada a clorhidrato de cocaína^(38,39).

Valoración prenatal

El pediatra de guardia conjuntamente con integrantes del equipo de Salud Mental, de Trabajo Social y Ginecoobstétrico valorará cada caso en particular, para realizar intervención prenatal con fines diagnósticos de la situación materna. Es importante constatar la presencia de factores de protección y de riesgo:

Son factores de protección:

- Desea dejar de consumir, buscó ayuda o la solicita para lograrlo.
- La realización de controles en el embarazo, considerando un número mínimo de 3 controles.
- Que la pareja no tenga relación de dependencia a PBC o estar en tratamiento si la tuviera.
- Presencia de redes sociales de apoyo.

Son factores de riesgo importantes:

- Consumo de sustancias en la pareja y familia.
- Patología psiquiátrica previa (sin tratamiento)
- Situación de calle, ejercicio de la prostitución.
- Antecedentes de institucionalización, abandono, maltrato.
- Ruptura de vínculos con redes sociales personales e institucionales.

Valoración en sala de partos si es el primer contacto con la embarazada.

Se fomentará:

- El contacto temprano del recién nacido con su madre cuando las condiciones de salud lo permitan en cumplimiento de la Ley 17386.
- La alimentación a pecho materno según las buenas prácticas de alimentación del lactante y niño/a pequeño/a en maternidades y consultorios.

Posibles escenarios clínicos y conductas a seguir

- a) **Mujer que se encuentra en abstinencia en el último trimestre, con un mínimo de 3 controles en el embarazo. Manifiesta su voluntad de abandonar el consumo aceptando el tratamiento de deshabitación. Refiere que desea criar a su hijo y alimentarlo con pecho materno. Examen físico neonatal normal.**
En este caso el recién nacido se derivará a alojamiento conjunto con su madre alimentado a pecho directo exclusivo, luego de evaluar su seguridad bajo la supervisión estricta del personal asistencial. Durante la internación será evaluada la situación por equipos de trabajo social y salud mental para deter-

minar la conducta luego del alta y movilizar las redes sociales de apoyo. En todo momento según lo observado en la internación podrá reverse la decisión con respecto a la madre y su bebé.

Durante el período de deshabitación se realizarán tests de detección de metabolitos de cocaína en orina con la obtención previa de consentimiento; con el fin de comprobar analíticamente la abstinencia. De presentar un resultado positivo se suspenderá la lactancia^(38,39).

- b) **Mujer que no se encuentra en abstinencia en el último trimestre y no se controló al menos en 3**

oportunidades el embarazo. Manifiesta su voluntad de permanecer con su hijo y asume una posición comprometida con el abandono del consumo. Examen físico neonatal normal.

Para decidir si el bebé permanece con su madre en alojamiento conjunto se valorará la salud del recién nacido y los factores de riesgo maternos (comorbilidad psiquiátrica, síndrome de abstinencia). Es importante considerar la presencia de factores protectores y entre ellos la presencia del padre o familiares para acompañarla en el cuidado del niño. El sólo hecho del consumo de sustancias psicoactivas no habilita la separación de la madre y el bebé, siendo esta decisión, por el contrario en muchos casos, contraproducente para el abandono del consumo materno y el desarrollo del bebé^(4,5,40).

Si se dan las condiciones mencionadas, el bebé se derivará a alojamiento conjunto con su madre bajo la supervisión del personal asistencial durante las 24 horas. Si el consumo es reciente pueden aparecer manifestaciones clínicas en un recién nacido aparentemente sano, por lo que se debe asegurar el control clínico estricto. Esta situación contraindica el alta temprana pudiendo ser necesaria la observación por un lapso aproximado de una semana, plazo en que se atenderá también la situación de la madre que podrá permanecer internada para iniciar su desintoxicación. Se debe realizar examen neonatal seriado con vigilancia del tono, succión, deglución, irritabilidad, temblores y trastornos del sueño.

Si el examen del recién nacido es normal, la madre manifiesta su deseo de dar de mamar a su bebé y la detección seriada de metabolitos de cocaína en orina es negativa se le instruirá en la extracción de leche y se descartará hasta que se haya asegurado la desintoxicación y la abstinencia materna. No se alimentará al bebé con leche materna hasta una semana después de abandonado el consumo, plazo en el cual se asegura que no existe excreción de cocaína y metabolitos a través de la leche materna^(36,37).

Se estimulará el ajuste madre-bebé para promover las conductas de apego.

La derivación al alta será evaluada en conjunto por el equipo de salud (enfermería, pediatra, trabajo social, salud mental), con la participación de la madre, compañero y/o familiar continente (que no esté relacionado con el consumo de sustancias). Se realizarán tests de control en orina en las madres para asegurar la abstinencia.

Es función del trabajador social la evaluación de los riesgos sociales y de la red de apoyo con que cuenta la familia.

c) Madre no comprometida con el abandono de la dependencia con la sustancia y que manifiesta su voluntad de permanecer con su hijo. Examen físico neonatal normal.

El recién nacido se mantendrá en un sector de internación del servicio asistencial que asegure la supervisión permanente de la salud del niño con amplias posibilidades de permanencia de la madre con el bebé, fomentando y supervisando el vínculo. Si el consumo es reciente pueden aparecer manifestaciones clínicas en un recién nacido aparentemente sano, por lo que se debe asegurar el control clínico estricto. El equipo de salud valorará la derivación del bebé junto a su madre si se dan las condiciones de contención institucional, condiciones de salud del bebé y ausencia de comorbilidad materna que comprometa la salud y seguridad del recién nacido.

Se intentará mantener a la madre con su hijo, ya que el desvínculo puede ser más negativo para el desarrollo del niño. Asimismo se ha demostrado que la presencia del hijo es un estímulo importante para que la madre deje el consumo^(1,3-5,41).

Se suspenderá la lactancia hasta que exista la confirmación que la madre abandonó el consumo.

Si la mujer manifiesta su deseo de no abandonar la lactancia se la instruirá para que se ordeñe y descarte la leche, luego de asegurada la abstinencia por un tiempo adecuado se podrá reinstalar la lactancia. Si la mujer no desea amamantar o tiene contraindicación absoluta podrá utilizarse bromocriptina para inhibir la lactancia.

La derivación al alta será evaluada en conjunto por el equipo de salud (enfermería, pediatra, trabajo social, salud mental), con la participación de la madre, compañero y/o familiar continente (que no esté relacionado con el consumo de sustancias). Se realizarán tests de control en orina en las madres para asegurar la abstinencia.

Es función del trabajador social la evaluación de los riesgos sociales y de la red de apoyo que cuenta la familia^(1,32).

d) Situación en la que valorados los riesgos para el recién nacido no se aconseja su permanencia con la madre debido a consumo reciente. Examen neonatal normal.

Se ingresará al recién nacido en un sector del servicio de internación con control de personal de salud las 24 horas hasta que se evalúe la situación por el equipo de salud. Si el consumo es reciente pueden aparecer manifestaciones clínicas en un recién nacido

do aparentemente sano por lo que se debe asegurar el control clínico estricto⁽³³⁾.

Se alimentará con leche modificada.

e) Recién nacido que presente elementos clínicos de síndrome de abstinencia.

El síndrome de abstinencia es frecuente pero generalmente leve y la mayoría de los casos no requiere tratamiento farmacológico⁽¹⁴⁾. El 30% de los recién nacidos expuestos a la cocaína en su vida intrauterina presentan síndrome de abstinencia, siendo las manifestaciones más frecuentes alteraciones del reflejo de succión, problemas de alimentación, trastornos vasomotores, irritabilidad, hipertonia y con menor frecuencia convulsiones. Los síntomas de abstinencia se presentan en las primeras 72 horas después del parto, desapareciendo en los primeros meses^(32,42). Es importante destacar que los estudios internacionales se refieren a cocaína y no a PBC, sobre la cual aún existe poca bibliografía pudiendo haber efectos diferentes por los contaminantes presentes que actualmente son investigados como hipótesis de trabajo.

Como guía para decidir el inicio del tratamiento, proponemos la Escala de Finnegan (tabla 1)⁽⁴³⁾.

Las determinaciones serán realizadas en cada turno por el personal de enfermería. El tratamiento se inicia si el puntaje es mayor de 8.

Las primeras medidas que se instituyen son disminuir al mínimo los estímulos sensoriales, nociceptivos y establecer medidas de contención.

Si con estas medidas no se logra revertir la sintomatología con un puntaje de Finnegan mayor de 8, se administrará fenobarbital vía oral a la dosis de 3 mg/kg/día en dos dosis. Se coordinará consulta con neuropediatra o pediatra especializado en neurodesarrollo para el seguimiento y definir la conducta terapéutica a seguir. Si presenta convulsiones se indicará el tratamiento habitual.

Se alimentará con leche modificada por succión o sonda orogástrica de acuerdo a las condiciones clínicas del recién nacido si no existe contraindicación. En estos pacientes se realizará la determinación de drogas en orina luego de informar a la madre.

Cuando la situación clínica lo permita se derivará al recién nacido en conjunto con su madre previo al alta hospitalaria, favoreciendo el vínculo. Estas pacientes requieren una observación estricta y contención durante la internación lo cual favorece el vínculo y la adhesión al tratamiento. El equipo de salud (trabajo social, salud mental, pediatra y enfermería) revalorará la situación previo al alta hospitalaria.

f) Mujer que manifieste su deseo de desvincularse del bebé independientemente de la situación de consumo.

Tabla 1. Score de abstinencia neonatal (escala de Finnegan)

Llanto excesivo.	2
Llanto continuo	3
Duerme < 1h	3
Duerme < 2 h	2
Duerme <3 h	1
Moro hiperactivo	2
Moro muy hiperactivo	3
Temblor leve a la estimulación	1
Temblor moderado/ severo a la estimulación	2
Temblor leve espontáneo	3
Temblor moderado/ severo espontáneo	4
Hipertonía	2
Excoriaciones	1
Sacudidas mioclónicas	33
Convulsiones generalizadas	5
Sudoración	1
Fiebre <38,4° rectal	1
Fiebre > o igual de 38,4° rectal	2
Piel marmorata	1
Congestión nasal	1
Estornudos > 3 ó 4 veces tiempo observación	1
Aleteo nasal	2
Bostezos frecuentes >3 ó 4 veces tiempo obs.	1
FR >60 rpm	1
FR > 50 rpm y retracción intercostal	2
Succión excesiva.	1
Mal apetito	2
Regurgitación	2
Vómitos proyectivos	3
Heces blandas	2
Heces líquidas	3

En ese caso el bebé será separado de la madre y se seguirán los pasos que determina el protocolo de atención al desvínculo recién nacido – madre de origen.

Seguimiento al alta hospitalaria

- Estos recién nacidos se derivarán por Programa Aduana con control en la policlínica de referencia correspondiente.
- Contarán con seguimiento domiciliario dispuesto por el Ministerio de Salud Pública.
- Primer control a las 48 h del alta en policlínica.
- El seguimiento se realizará en coordinación con neuropediatra o pediatra especializado en neurodesarrollo debido a que estos niños pueden presentar alteraciones en el neurodesarrollo^(32,34,44-48).
- Corresponde a los usuarios de ASSE seguimiento en SERENAR.
- Se fomentará especialmente el vínculo de apego madre-bebé-familia.
- Los estudios paraclínicos serán realizados en conjunto con los especialistas consultados según la situación clínica del recién nacido.
- Los controles posteriores tendrán la frecuencia requerida por la situación clínica.
- Debe asegurarse la coordinación entre los programas de seguimiento existentes en cada comunidad.
- Se debe promover desde el nivel central y/o comunitario la participación en los Centros CAIF.
- Las pacientes atendidas en el CHPR serán derivadas al Portal Amarillo, grupo de género (tel 23 09 10 20).
- Si existieran dudas acerca de aspectos toxicológicos se consultará con CIAT tel. 1722 las 24 horas.
- Se podrá consultar tanto en Montevideo como Interior al teléfono de la red drogas que funciona en el Portal Amarillo 2309 1020 de 8 a 22 horas todos los días del año.
- Los agentes socioeducativos cumplen un rol fundamental en el seguimiento post alta y la contención de la madre, el niño y su familia.
- Es función del trabajador social convocar a diferentes técnicos o profesionales para el seguimiento de las situaciones, previa evaluación de los recursos institucionales existentes específicos del área geográfica a la que la usuaria pertenece. En este sentido el abordaje en red es tanto un mecanismo de diagnóstico como de apoyo-contención.

Abordaje de la madre por salud mental

“Hay mujeres que han consumido durante todo el embarazo y es durante el puerperio, ante el contacto físico con el bebé, que surge la motivación al cambio”⁽¹⁾.

Cuando el consumo problemático de sustancias se detecta durante el embarazo, parto o puerperio debe verse como una valiosa oportunidad ya que puede constituir el inicio de un proceso terapéutico.

El trabajo de salud mental tiene que ser interdisciplinario y coordinado con enfermería, trabajo social, ginecología-obstetricia, neuropediatría, neonatología y pediatría.

El primer abordaje es la **entrevista**, cuya meta es realizar una evaluación diagnóstica situacional. Se trata de una entrevista de encuentro con una paciente que se halla en uno de los momentos más peculiares de su vida. Se busca establecer un vínculo que transmita seguridad, apoyo y contención, evitando o disminuyendo los sentimientos de discriminación y castigo que están presentes desde el momento en que la mujer reconoce su consumo. Sobre esta base vincular se intenta reforzar su estabilidad emocional. Estas características hacen de la entrevista **un encuentro terapéutico**.

Se buscará conocer la relación de la mujer con el uso **actual** de sustancias, identificar la presencia de factores psicosociales y de trastornos psiquiátricos asociados, y la existencia o ausencia de sostén y apoyo afectivo y material de la pareja, familiares, amigos u otros referentes.

El diagnóstico psiquiátrico será únicamente una aproximación; el puerperio es un período de gran movilización emocional por lo que **no** es el momento adecuado para realizarlo.

El diagnóstico definitivo se realizará en la evolución.

Los cuadros más frecuentemente relacionados a personas con problemas asociados al consumo de drogas son:

- Síndromes depresivos.
- Síndromes angustiosos y mixtos.
- Trastornos de personalidad.
- Trastornos alucinatorios que, en la generalidad de los casos, son de carácter esporádico, pero requieren de intervención terapéutica y/o farmacológica.

Es importante recordar que no es conveniente realizar un diagnóstico definitivo de trastorno de personalidad antes de seis meses de abstinencia, dado que se ha observado una disfunción transitoria de la personalidad como producto del consumo de drogas, en especial, entre consumidores de pasta base de cocaína⁽¹⁾.

La motivación al cambio en relación al abuso de sustancias es uno de los aspectos importantes de la evaluación.

Algunas pacientes manifiestan su deseo de dejar de consumir (A), algunas lo hicieron al comienzo del embarazo (B), mientras que otras no se plantean abandonar el consumo (C).

- A) A estas pacientes se debería ofrecer la posibilidad de internación por al menos 1 semana en el mismo centro hospitalario para realizar la desintoxicación.

- B) A estas pacientes se deberá ofrecer la asistencia ambulatoria en grupos terapéuticos para mantener la abstinencia.
- C) A estas pacientes se deberá proveer formación para la reducción de riesgos y daños para sí mismas y atender la particular situación emocional en caso de desvinculación del recién nacido.

Existe un **grupo especial** de pacientes constituido por aquellas mujeres cuyos bebés nacieron con problemas severos y atribuibles al efecto del consumo.

Estas pacientes requieren un abordaje terapéutico específico.

Recomendaciones generales para la realización de la primera entrevista ⁽⁴⁹⁾:

- Escuchar sin cuestionamiento, permitiéndole vaciar su historia.
- Ser técnico mujer, pues se produciría una “empatía de género” en un encuentro en el cual son respetadas y validadas.
- Hablar en un lenguaje más cercano y coloquial.
- Permitir el contacto físico (tocar o dar un abrazo).
- Mostrar cuidado (ofrecer agua, dejar que lllore).

Es frecuente que exista una historia de abuso sexual y maltrato infantil. Las mujeres tienen necesidad de ser escuchadas aunque no lo demuestren en forma inmediata. La violencia doméstica puede ser parte de sus vidas en el momento actual. Más frecuente que la existencia de un trastorno psiquiátrico asociado es la presencia de sentimientos, emociones, actitudes y comportamientos que generan malestar para sí mismas y muy frecuentemente para los otros de su entorno: irritabilidad, apatía, inquietud, aislamiento, enojo, agresividad, tristeza, culpa y otros.

Con respecto a la medicación:

Se utilizará en los casos necesarios midiendo siempre la relación costo/ beneficio, ya que la mayoría de estos fármacos están en las categorías C y D de la FDA y de la categorización realizada por la Academia Nacional de Pediatría ⁽⁴⁹⁾.

- Si predominan síntomas de ansiedad y/o excitación moderada (generalmente asociados al deseo de consumir o a un síndrome de abstinencia) se usará en primera instancia una benzodiazepina de vida media corta: **lorazepam**. como segunda elección se puede administrar **levomepromazina**.
- Si existen síntomas depresivos la droga de elección es la **sertralina**.

- Si existe mayor componente de inquietud, excitación psicomotriz y riesgo de conductas impulsivas, se usará **risperidona**.

La administración de psicofármacos debe realizarse cuando no han respondido a las entrevistas de apoyo o cuando la sintomatología las expone a riesgos en cuanto a su salud física y mental, así como también al feto y/o recién nacido o a terceros.

Referencias bibliográficas

1. **Chile. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE)**. Proyecto de tratamiento y rehabilitación con perspectiva de género para mujeres adultas con consumo problemático de drogas. Santiago de Chile: CONACE, 2006.
2. Información Cualitativa: En: Pasta Base de Cocaína. Prácticas y Gestión de riesgos en adolescentes uruguayos [en línea]. Montevideo: Junta Nacional de Drogas, 2006: 38-83. Disponible en: <http://www.infodrogas.gub.uy> [consulta: 13 ag. 2010].
3. **Australia. NSW Department of Health**. National clinical guidelines for the management of drug use during pregnancy, birth and the early development years of the newborn [en línea]. Sidney: NSW, 2006. Obtenido de: www.health.nsw.gov.au [consulta: 13 ag. 2010].
4. **Poland ML, Dombrowski MP, Ager JW, Sokol RJ**. Punishing pregnant drug users: enhancing the flight from care. *Drug Alcohol Depend*; 31(3): 199-203.
5. **Annas GJ**. Testing poor pregnant patients for cocaine—physicians as police investigators. *N Engl J Med* 2001; 344: 1729-32.
6. **Keegan J, Parva M, Finnegan M, Gerson A, Belden M**. Addiction in pregnancy. *J Addict Dis* 2010; 29(2): 175-91.
7. **Bauchner H, Zuckerman B**. Cocaine, sudden infant death syndrome, and home monitoring. *J Pediatr* 1990; 117: 904-6.
8. **Bingol N, Fuchs M, Diaz V, Stone RK, Gromisch DS**. Teratogenicity of cocaine in humans. *J Pediatr* 1987; 110: 93-6.
9. **Chasnoff IJ, Burns WJ, Schnoll SH, Burns KA**. Cocaine use in pregnancy. *N Engl J Med* 1985; 313: 666-9.
10. **Chasnoff IJ, Bussey ME, Savich R, Stack CM**. Perinatal cerebral infarction and maternal cocaine use. *J Pediatr* 1986; 108: 456-9.
11. **Chasnoff IJ, Chisum GM, Kaplan WE**. Maternal cocaine use and genitourinary tract malformations. *Teratology* 1988; 37: 201-4.
12. **Chavez GF, Mulinare J, Cordero JG**. Maternal cocaine use during early pregnancy as a risk factor for congenital urogenital anomalies. *JAMA* 1989; 262: 795-8.
13. **Chen C, Duara S, Silva Neto G, et al**. Respiratory instability in neonates with in utero exposure to cocaine. *J Pediatr* 1991; 119: 111-3.
14. **Chiriboga CA, Bateman DA, Brust JC, Hauser WA**. Neurologic findings in neonates with intrauterine cocaine exposure. *Pediatr Neurol* 1993; 9: 115-9.
15. **Chiriboga CA, Vibbert M, Malouf R, Suarez MS, Abrams EJ, Heagarty MC, et al**. Neurological correlates of

- fetal cocaine exposure: transient hypertonia of infancy and early childhood. *Pediatrics* 1995; 96: 1070-7.
16. **Coles CD, Platzman KA, Smith I, James MA, Falek A.** Effects of cocaine and alcohol use in pregnancy on neonatal growth and neurobehavioral status. *Neurotoxicol Teratol* 1992; 14: 23-33.
 17. **Finnell RH, Toloyan S, van Waes M.** Preliminary evidence for a cocaine-induced embryopathy in mice. *Toxicol Appl Pharmacol* 1990; 103: 228-37.
 18. **Frank DA, Bauchner H, Parker S, Huber AM, Kyei-Aboagye, Cabral H, et al.** Neonatal body proportionality and body composition after in utero exposure to cocaine and marijuana. *J Pediatr* 1990; 117: 622-6.
 19. **Hand IL, Noble I, McVeigh JJ, Kim M, Yoon JJ.** The effects of intrauterine cocaine exposure on the respiratory status of the very low birth weight infant. *J Perinatol* 2001; 21: 372-5.
 20. **Hoyme HE, Jones KL, Dixon SD, Jewett T, Hanson JW, Robinson LK, et al.** Prenatal cocaine exposure and fetal vascular disruption. *Pediatrics*. 1990; 85: 743-7.
 21. **King TA, Perlman JM, Laptook AR, Rollins J, Jackson G, Little B.** Neurologic manifestations of in utero cocaine exposure in near term and term infants. *Pediatrics*. 1995; 96: 259-64.
 22. **Kramer LD, Locke GE, Ogunyemi A.** Neonatal cocaine-related seizures. *J Child Neurol* 1990; 5: 60-4.
 23. **Little BB, Smith LM.** Brain growth among fetuses exposed to cocaine in utero: asymmetrical growth retardation. *Obstet Gynecol* 1991; 77: 361-4.
 24. **McLenan DA, Ayayi OA, Rydman RJ, Pildes RS.** Evaluation of the relationship between cocaine and intraventricular hemorrhage. *J Natl Med Assoc* 1994; 86: 281-7.
 25. **Porat R, Brodsky N.** Cocaine: a risk factor for necrotizing enterocolitis. *J Perinatol* 1991; 11: 30-2.
 26. **Rosenstein BJ, Wheeler JS, Heid PL.** Congenital renal abnormalities in infants with in-utero cocaine exposure. *J Urol* 1990; 144: 110-2.
 27. **Sallee FR, Katikaneni LP, McArthur PD, Ibrahim HM, Nesbitt L, Sethuraman G.** Head growth in cocaine-exposed infants: relationship to neonate hair level. *J Dev Behav Pediatr* 1995; 16: 77-81.
 28. **Silvestri JM, Long JM, Weese Mayer DE, Barkov GA.** Effect of prenatal cocaine on respiration, heart rate, and sudden infant death syndrome. *Pediatr Pulmonol* 1991; 11: 328-34.
 29. **Singer LT, Yamashita TS, Hawkins S, Cairns D, Baley J, Kliegman R.** Increased incidence of intraventricular hemorrhage and developmental delay in cocaine-exposed, very low birth weight infants. *J Pediatr* 1994; 124: 765-71.
 30. **Telsey AM, Merritt TA, Dixon SD.** Cocaine exposure in a term neonate: necrotizing enterocolitis as a complication. *Clin Pediatr (Phila)* 1988; 27: 547-50.
 31. **Weathers WT, Crane MM, Sauvain KJ, Blackhurst DW.** Cocaine use in women from a defined population: prevalence at delivery and effects on growth in infants. *Pediatrics* 1993; 91: 350-54.
 32. **Bauer CR, Langer JC, Shankaran S, Bada HS, Lester B, Wright LL, et al.** Acute neonatal effects of cocaine exposure during pregnancy. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005; 159: 824-34.
 33. **Fulroth R, Phillips B, Durand DJ.** Perinatal outcome of infants exposed to cocaine and/or heroin in utero. *Am J Dis Child* 1989; 143: 905-10.
 34. **Bada HS, Das A, Bauer CR, Shankaran S, Lester B, LaGasse LL, et al.** Impact of prenatal cocaine exposure on child behavior problems through school age. *Pediatrics* 2007; 119: 348-59.
 35. **Koren G, Graham K, Shear H, Einarson T.** Bias against the null hypothesis: the reproductive hazards of cocaine. *Lancet* 1989; 2: 1440-2.
 36. Cocaine. In: Brigg G, Freeman R, Yaffe S. *Drugs in Pregnancy and Lactation. A reference guide to fetal and neonatal risk.* 8 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008: 404-7.
 37. National Library of Medicine. Cocaine. In: *Drugs and Lactation Database (LactMed)* [base de datos en línea]. Bethesda: NLM, 2009. Obtenido de: <http://toxnet.nlm.nih.gov> [consulta: 10 ag. 2010].
 38. **Hoffman R.** Cocaine. In: Flomenbaum N, Goldfrank L, eds. *Goldfrank's Toxicologic Emergencies.* 8 ed. New York: McGraw Hill, 2006: 1133-47.
 39. **Lizasoain I, Moro MA, Lorenzo P.** Cocaína: aspectos farmacológicos. *Adicciones* 2002; 14 (1): 57-64.
 40. **Mc Guigan M.** Cannabinoids. In: Flomenbaum N, Goldfrank L, eds. *Goldfrank's toxicologic emergencies.* 8 ed. New York: McGraw Hill, 2006: 1213-21.
 41. **Chasnoff IJ, Burns WJ, Schnoll SH, Burns KA.** Cocaine use in pregnancy. *N Engl J Med* 1985; 313: 666-9.
 42. **Burgos A, Burke B.** Neonatal abstinence Syndrome. *NeoReviews* 2009; 10: e222-e229.
 43. **Finnegan LP, Connaughton JF Jr, Kron RE, Emich JP.** Neonatal abstinence syndrome: assessment and management. *Addict Dis* 1975; 2: 141-58.
 44. **Thompson BL, Levitt P, Stanwood GD.** Prenatal exposure to drugs: effects on brain development and implications for policy and education. *Nat Rev Neurosci* 2009; 10(4): 303-12.
 45. **Stone KC, LaGasse LL, Lester BM, Shankaran S, Bada HS, Bauer CR, et al.** Sleep problems in children with prenatal substance exposure: the Maternal Lifestyle study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010; 164(5): 452-6.
 46. **Ackerman JP, Riggins T, Black MM.** A review of the effects of prenatal cocaine exposure among school-aged children. *Pediatrics*. 2010 Mar; 125(3): 554-65.
 47. **Bandstra ES, Morrow CE, Mansoor E, Accornero VH.** Prenatal drug exposure: infant and toddler outcomes. *J Addict Dis* 2010; 29(2): 245-58.
 48. **Stone KC, High PC, Miller-Loncar CL, LaGasse LL, Lester BM.** Longitudinal Study of Maternal Report of Sleep Problems in Children with Prenatal Exposure to Cocaine and Other Drugs. *Behav Sleep Med* 2009; 7(4): 196-207.
 49. **Dell'Acqua C.** Drogas, embarazo y lactancia. En: Uruguay. Ministerio de Salud Pública; Junta Nacional de Drogas. Programa Nacional de Atención a Usuarios Problemáticos de Drogas. Montevideo: MSP; JND: 121-9.