

## **Optimización de los resultados para mujeres embarazadas y bebés afectados por la crisis de opioides**

Robinn Yu: Buenas tardes a todos. Bienvenidos y gracias por esperar. Mi nombre es Robinn Yu, y soy asistente del programa del Centro Nacional de Salud y Bienestar en la Primera Infancia. Me complace darles la bienvenida al seminario web de hoy. Antes de comenzar con la presentación, tengo algunos anuncios. Todos los participantes serán silenciados durante la parte de presentación del seminario web. Se mostrará una presentación de diapositivas en todo el sistema de seminarios web. Si tiene una pregunta técnica, escríbala en el cuadro de chat. Hay mucho que cubrir en la próxima hora. Puede enviar sus preguntas en cualquier momento escribiéndolas en el cuadro de chat y las responderemos al final del seminario web. Inmediatamente después del seminario web, será redirigido al foro de comentarios de la encuesta. Al final de la encuesta, podrá descargar una copia de su certificado. Este seminario web se está grabando y se le enviará una versión archivada durante la semana. Ahora continuará Sangeeta Parikshak.

Sangeeta Parikshak: Buenas tardes a todos, bienvenidos al primer seminario web sobre nuestra serie de tres partes para descubrir cómo los programas Head Start y Early Head Start pueden apoyar a los niños y las familias afectadas por los opioides y otros trastornos por el uso de sustancias. Mi nombre es Sangeeta Parikshak. Soy psicóloga clínica infantil y líder de salud conductual de la primera infancia en la Oficina Nacional de Head Start de la Administración para Niños y Familias. Antes de presentar a nuestro orador de hoy, me gustaría brindarles a todos un contexto relacionado con Head Start, lo que estamos viendo con respecto a la epidemia de opioides y los programas, y cómo se está abordando a través de nuestra oficina federal y a nivel de programa. Solo para ubicarnos un poco sobre de quiénes estamos hablando hoy aquí, Head Start y Early Head Start atienden a más de un millón de niños desde el nacimiento hasta los 5 años, incluidas las mujeres embarazadas.

A menudo, recibimos preguntas como: "Oh, estamos realmente sorprendidos de escuchar que Head Start está en la mesa discutiendo la epidemia de opioides". Pero, de hecho, cuando vemos la amplitud con la que realmente servimos y a quién servimos, tiene mucho sentido que hablemos de niños pequeños y mujeres embarazadas cuando se trata tanto de la epidemia de opioides como de los trastornos por uso de sustancias en general. Los programas Head Start también brindan a los niños y sus familias servicios de salud, nutrición, sociales, emocionales y familiares. Por lo tanto, tenemos diferentes mecanismos a través de los cuales podemos abordar la epidemia de opioides. En los últimos años, hemos estado hablando con los beneficiarios, y nuestra directora, la Dra. Deborah Bergeron, ha estado en persona con muchos beneficiarios para escuchar directamente de ellos cómo les está afectando la epidemia de opioides. Y estas son algunas de las cosas que realmente nos llamaron la atención.

Los beneficiarios han estado reportando informalmente que las mujeres inscritas, las mujeres embarazadas usan indebidamente opioides y otras sustancias mientras están embarazadas. Los bebés y niños que ingresan a Early Head Start y Head Start vienen con un diagnóstico de síndrome de abstinencia neonatal y los programas no saben cómo tratarlo. También están informando problemas de comportamiento que atribuyen al abuso de sustancias en el hogar y otros traumas que pueden resultar del abuso de sustancias. También hemos escuchado a los beneficiarios informar sobre la escasez de conductores de autobuses porque los solicitantes no pueden pasar la prueba de drogas, lo cual es particularmente preocupante. Tenemos algunos datos nacionales que indican que los programas Head Start han brindado a las familias una variedad de servicios para abordar el abuso de sustancias. Y esto incluye cosas como remisiones para salud mental, prevención de abuso de sustancias y remisiones para tratamientos.

También hemos incluido información sobre servicios para más de 31,000 niños que viven en cuidado adoptivo temporal, ya que hemos escuchado que hay un aumento de niños que ingresan en cuidado adoptivo temporal

debido a la epidemia de opioides. Como pueden imaginar, nuestros beneficiarios han estado intentando acelerar un poco lo que están haciendo en sus programas para abordar esta crisis. Estas son algunas de las diferentes actividades que hemos estado escuchando en todo el país y que han estado haciendo, cosas como brindar capacitación de sensibilización y conciencia sobre los trastornos por uso de sustancias en general, así como el uso indebido de opioides específicamente. Nos han estado hablando sobre asociarse con hospitales, bienestar infantil e instalaciones de tratamiento locales para obtener realmente ese cuidado integral para las familias. Desarrollar intervenciones dentro del programa para mejorar el vínculo entre padres e hijos.

Y algunos incluso brindan grupos de apoyo mensuales para los abuelos, ya que hemos estado escuchando de un aumento en el cuidado por parientes. Y finalmente, hay bastantes programas que nos han estado hablando acerca de capacitar al personal para llevar y administrar naloxona, que es un medicamento diseñado para revertir rápidamente la sobredosis de opioides. Entonces, como hemos estado escuchando todo esto durante los últimos años, la Oficina Nacional de Head Start a nivel federal ha invertido una cantidad significativa de recursos para descubrir cómo podemos impactar más en esta área. Y así, la Oficina Nacional de Head Start financia una variedad de centros nacionales que nos brindan investigación, capacitación informada y asistencia técnica. Y el Centro Nacional de Salud y Bienestar en la Primera Infancia que nos está ayudando con este seminario web hoy realmente está encabezando los esfuerzos en esta área con nosotros. Eso incluye la Academia Estadounidense de Pediatría, así como la Universidad de Georgetown.

Y tenemos varios otros centros nacionales, como el Centro Nacional del Compromiso de Padres, Familias y Comunidad, que realmente se está asociando estrechamente con nosotros en esta área. Así que hemos hecho varias cosas probablemente desde mediados de 2018. Lo primero fue hacer un grupo de trabajo de expertos que convocara, verán el título aquí, ¿Cómo pueden Head Start y Early Head Start y otros servicios de cuidado y educación en la primera infancia ayudar a los niños pequeños y sus familias afectadas por los opioides y otros trastornos por uso de sustancias? Y este fue realmente un foro para que aprendiéramos por primera vez cómo podemos ayudar a los niños y las familias, niños pequeños y familias, cuando se trata del abuso de opioides. Y nuestro orador, el Dr. Stephen Patrick, a quien presentaré en breve, vino y habló con nosotros. Y realmente nos cautivó lo que dijo y hemos utilizado muchas de sus sugerencias para ayudar a los beneficiarios. También hemos comenzado 11 reuniones regionales, donde reunimos a equipos estatales y a equipos de beneficiarios de Head Start, a menudo por primera vez, en todo el país.

Así que hemos tenido unas cinco de estas hasta ahora. Y el propósito de estas reuniones es realmente proporcionar información sobre los opioides y otros trastornos por el uso de sustancias, proporcionar ese foro para debates estatales y de beneficiarios, e intercambiar ideas sobre qué elementos son realmente la clave del éxito para garantizar que realmente podamos ayudar intencionalmente a los niños y las familias. Y lo bueno de estas reuniones es que, como dije, realmente proporcionan un foro para las personas que a menudo trabajan en el mismo tema y que quizás no se hayan reunido antes para continuar realmente planeando juntas a largo plazo. Entonces se encuentran en estas reuniones, y luego hacen un plan. Y nosotros hacemos un seguimiento a través de nuestra oficina y el Centro Nacional más adelante. Solo un par de cosas más para que todos sepan lo que tenemos para ofrecer a través de Head Start. Tenemos el Centro de Aprendizaje y Conocimiento en la Primera Infancia de Head Start. Y en este sitio web, tenemos recursos relacionados con la salud del comportamiento en ECLKC.

También hay una comunidad MyPeers que está disponible para los beneficiarios de Head Start. Si se desplazan hacia abajo hasta la parte inferior de esta página, pueden encontrarla en Enlaces rápidos, en la parte inferior de la página ECLKC. Y allí hay una comunidad dedicada específicamente al abuso de opioides y trastornos por uso de sustancias. Y pueden encontrar recursos allí y conversar con sus colegas, por lo que es un lugar realmente agradable para ir si está trabajando en Head Start. Y por último, tenemos una página de inicio de abuso de sustancias. Si están buscando recursos específicamente relacionados con el abuso de sustancias, pueden ir aquí y

echarle un vistazo. Y, por supuesto, queremos asegurarnos de que estamos al día, así que tenemos una aplicación para eso. Tenemos la aplicación ECLKC. Por lo tanto, pueden extraer esos recursos donde quiera que estén en cualquier momento y usarlos. Ahora, me gustaría presentarles a nuestro orador de hoy, el Dr. Stephen Patrick. Él hablará con nosotros sobre cómo mejorar los resultados para las familias afectadas por los opioides.

Es el director del Centro Vanderbilt de Política de Salud Infantil, y profesor asistente de pediatría y política de salud en la Escuela de Medicina de la Universidad de Vanderbilt, y un neonatólogo asistente en el Hospital de Niños Monroe Carell Jr. en Vanderbilt. Su investigación financiada por el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas se enfoca en mejorar los resultados para los bebés expuestos a opioides y mujeres con trastornos por consumo de sustancias y evaluar las políticas estatales y federales de control de drogas. Anteriormente se desempeñó como asesor principal de política científica de la Oficina de Política Nacional de Control de Drogas de la Casa Blanca y es miembro del Comité para la prevención y uso de sustancias, de la Academia Estadounidense de Pediatría. Ha recibido numerosos premios y reconocimientos, y ha publicado en una variedad de revistas científicas importantes, incluido el *New England Journal of Medicine*. Y ahora sí, quisiera darle la palabra al Dr. Patrick. Bienvenido, estamos encantados de que esté hoy con nosotros.

Dr. Stephen Patrick: Es un honor estar con todos ustedes. Y me encanta la actividad que ya hay en el cuadro de chat, incluso desde casi donde nací. Beckley, Virginia Occidental. Nací en Bluefield, no tan lejos. Así que me encanta la comunicación allí para ver de dónde son todos y qué están haciendo. Hoy voy a hablar un poco. Me aseguraré de tener suficiente tiempo para preguntas. Voy a proporcionar una visión general de la crisis de los opioides y cómo ha afectado tanto a las embarazadas como a los bebés. Veamos aquí. No tengo conflictos de intereses que revelar. Así que esto es lo que vamos a ver. Vamos a hablar brevemente sobre la crisis de los opioides, algo así de cómo llegamos aquí. Hablaremos sobre el uso de sustancias en el embarazo, el síndrome de abstinencia neonatal. Voy a hablar un poco sobre cómo prestamos atención de manera diferente en Vanderbilt y hablaré sobre algunos resultados a largo plazo que creo que pueden ser aplicables a lo que están viendo. A veces me gusta comenzar aquí cuando doy charlas.

Esto es del estado de Tennessee, donde vivo, la Sociedad Médica en 1892. En esta época, podías ir a recoger tu frasco de heroína. Ahí está en la esquina de la pantalla. Y esta es en realidad una serie de casos de mujeres embarazadas que usaron morfina durante el embarazo y sus bebés tuvieron abstinencia. Pueden ver una descripción aquí de una mujer que usó morfina. Y luego nació el bebé y se le veía bien, pesaba alrededor de siete u ocho libras. Y luego, en 24 horas, el niño comenzó a ponerse inquieto y nervioso. Y luego, poco después, el niño empeoró. Y luego, este niño murió. Y esa fue la historia natural de la abstinencia de opioides en ese momento. Y, por supuesto, esto fue en Tennessee en la década de 1880, por lo que pueden adivinar cómo tratábamos la abstinencia de opioides en recién nacidos en esa época. Era opio y whisky, y no estaba claro si era Jack Daniel's o algún otro tipo de whisky, pero así era como se trataba. Entonces, por supuesto, lo que hemos visto ahora es una creciente complejidad de la crisis de los opioides.

Y los CDC ahora lo enmarcan como tres oleadas. Escuché que algunas personas lo llaman como un pastel en capas porque los tres todavía están sucediendo. Pero esto realmente comenzó con el aumento del uso y el abuso de opioides recetados. Luego vimos heroína y ahora fentanilo sintético. Y cada vez, podemos hablar sobre por qué ha ocurrido este cambio y hacer preguntas si queremos, pero cada vez, hemos tenido un nivel creciente de complejidad con la forma en que estamos respondiendo a la crisis, pero en general, ha sido una gran cantidad de nuestra población en los Estados Unidos la que se vio afectada. Pero así es como me presentaron la crisis de los opioides, y está en mis pacientes. Soy un neonatólogo. Cuido niños enfermos en la UCI neonatal. Y principalmente, los tipos de bebés que estaba tratando de cuidar son bebés que nacen muy temprano o con defectos de nacimiento complejos. Pero comenzamos a ver bebés que eran diferentes.

Y estos eran bebés que tenían abstinencia de opioides hace unos años atrás. Y son diferentes. No están gravemente enfermos como muchos de nuestros bebés, pero aún requieren tratamiento. Y se pueden imaginar que si alguno de ustedes ha estado en una UCI neonatal, han caminado, hay un montón de máquinas y bebés con respiradores artificiales. Y luego hay bebés que tienen abstinencia de drogas, y son bebés grandes y quisquillosos, por lo que tienden a destacarse. Bueno, el uso de sustancias no es tan raro en el embarazo. Entonces, estos datos se están volviendo un poco viejos, y acabo de ver que estos datos se han actualizado hoy en realidad, pero alrededor del 7.5 % de las mujeres jóvenes de 18 a 25 años usaron alguna sustancia ilícita en el embarazo y alrededor del 5 % en general. Lo importante de eso es que todavía es menos que la población general. Eso es alrededor del 12.5 %. Y, por supuesto, siempre es útil recordar que las sustancias legales también se usan comúnmente. Alrededor del 13 % de las mujeres embarazadas fuman cigarrillos, aproximadamente 1 de cada 10 bebe alcohol. Y esto es importante porque generalmente no es una sustancia que vemos.

Suele ser múltiple. Y aunque ahora nos centramos tanto en la crisis de los opioides, no podemos olvidarnos de ellos porque sabemos que el alcohol, por ejemplo, es la principal causa prevenible de retraso del desarrollo en los niños. Pero si miramos juntos, alrededor de 440,000 bebés están expuestos a sustancias ilícitas o alcohol por año, pero solo detectamos alrededor del 5 % al nacer. Y eso tiene mucho que ver con algunas de las herramientas de detección que tenemos y también está relacionado con el estigma. Quiero hablar un poco sobre cómo tratamos a las embarazadas con trastorno por consumo de opioides porque creo que es importante ya que pensamos en cómo son sus bebés. Bueno, realmente el estándar de atención es usar un medicamento como la buprenorfina o la metadona. Y la buprenorfina tiene varios nombres: Subutex o Suboxone. ¿Y por qué hacemos eso?

Bueno, hay pruebas que indican que para las mujeres con trastorno por consumo de opioides, particularmente aquellas que usan heroína, si están tomando estos medicamentos, tienen un menor riesgo de muerte por sobredosis, recaída, hepatitis C y VIH. Y para el bebé, también hay un efecto. Es más probable que nazcan a término y nazcan con mayor peso, pero esto conlleva cierto riesgo de abstinencia de drogas. Pueden imaginar lo que está sucediendo si hay un trastorno de uso de opioides no controlado. Los bebés y las madres pasan por estos ciclos rápidos de intoxicación y abstinencia, intoxicación y abstinencia. Lo que hacen estos medicamentos es que eliminan ese ciclo y estabilizan el embarazo. Entonces, de alguna manera, lo que estamos intercambiando son estos bebés muy prematuros que a veces nacen en el marco de un trastorno de uso de opioides no controlado por bebés a término que tienen abstinencia. Muchas mujeres no pueden recibir tratamiento, y ese es un problema real en todo el país.

Sabemos que aproximadamente la mitad de las embarazadas que incluso llegan al tratamiento, solo aproximadamente la mitad recibe medicamentos para el trastorno por consumo de opioides. Esto es de una pequeña encuesta que hicimos en Appalachia. Llamamos a proveedores para ver si aceptaban un seguro para el trastorno por uso de opioides. En general, vimos que solo la mitad de los proveedores aceptaban algún tipo de seguro. Y en mi estado de Tennessee, las tasas de aceptación fueron muy bajas. Pueden ver las tasas de seguro privado alrededor del 40 % y la aceptación del seguro de Medicaid, alrededor del 14 %. Solo alrededor de la mitad de los proveedores ni siquiera aceptaban mujeres embarazadas. Por lo tanto, existen innumerables barreras para las embarazadas que intentan recibir tratamiento. Entonces, ¿qué es el síndrome de abstinencia neonatal? Es un síndrome de abstinencia de drogas que los recién nacidos experimentan poco después del nacimiento.

Y generalmente sigue a una exposición a opioides, aunque si miramos en la bibliografía, se han implicado otros medicamentos, como las benzodiazepinas, estas son medicamentos como Valium, o barbitúricos, medicamentos como el fenobarbital. La bibliografía indica que alrededor del 40 % al 80 % de los bebés que están expuestos a heroína o metadona desarrollan abstinencia de drogas, pero de alguno de nuestros otros trabajos, aproximadamente el 5 % de los que están expuestos a analgésicos opioides, como Vicodin. Por lo tanto, generalmente describimos a un bebé que tiene abstinencia de drogas como un bebé con cólicos multiplicado por

cinco. Para aquellos de nosotros que tenemos hijos, podemos recordar tener a nuestros hijos apenas nacieron y ser quisquillosos. Así es como son estos bebés. Y pueden pensar en cómo se ve la abstinencia de drogas según la ubicación de los receptores de opioides en el cuerpo. Y tienden a estar en el tracto gastrointestinal, así como en el sistema nervioso central.

Por lo tanto, los signos gastrointestinales comunes son mala alimentación, vómitos y heces blandas. Y esto puede conducir a la deshidratación y al aumento de peso deficiente. Los bebés pueden perder mucho peso rápidamente. De hecho, he tenido bebés que pierden el 10 % de su peso corporal en solo un par de días. Los signos comunes del SNC son temblores, hipertensión, aumento del tono muscular, irritabilidad, disminución del sueño, algunos reflejos exagerados, como el reflejo de lucha muy lindo o el Moro que hacen los bebés. Y con menos frecuencia, también pueden tener convulsiones. Así que aquí está lo que hemos visto. Y esto es de parte de nuestro trabajo a nivel nacional. Aquí, en el eje y, verán la tasa de síndrome de abstinencia neonatal. Esto es a nivel nacional por cada 1,000 nacimientos en hospitales. Y en el eje x está el año. Y hemos visto un aumento de siete veces en el número de bebés diagnosticados con abstinencia de drogas en todo el país. Y en 2016, nació alrededor de un bebé cada 15 minutos con abstinencia de drogas en todo el país, un aumento bastante marcado de donde estábamos hace solo unos años.

En total, este también ha sido un problema muy costoso. Y tratamos de hablar sobre los costos en parte porque personalmente creo que, la forma en que estamos usando los recursos ahora para atender el síndrome de abstinencia neonatal es realmente ineficiente. Estamos gastando mucho dinero en UCIN, cuando podríamos estar gastando dinero para lograr que las madres reciban tratamiento y pensar en cómo podemos financiar mejores servicios, como la intervención temprana y Head Start. Y no digo esto solo para complacer a la audiencia. De hecho, creo eso. Entonces, ¿cómo tratamos esto? El objetivo del tratamiento del síndrome de abstinencia neonatal es primero controlar los signos clínicos de abstinencia de drogas y minimizar las complicaciones. Y eso realmente comienza con medidas no farmacológicas, por lo que tratamos de no usar un medicamento para tratarlo si no es necesario. Eso se puede hacer con alojamiento. Hablaré un poco sobre eso.

Tradicionalmente, los bebés son separados de sus madres si tienen abstinencia de drogas, pero sabemos que si los mantenemos juntos, a los bebés les va mejor y las madres tienen mejor lactancia materna cuando es apropiado. La abstinencia aguda requiere el uso de un medicamento, como un opiáceo: morfina o metadona. Así que básicamente sobrecargamos al bebé para controlar sus signos clínicos, y luego lo reducimos lentamente durante un período de días. Entonces, ¿qué estamos haciendo de manera diferente? Esto es a lo que me refería hace un poco. Parece que los gráficos no están del todo bien, así que lo siento, pero el modelo tradicional, y probablemente sea el modelo más común todavía en los Estados Unidos, para los bebés expuestos a opiáceos y aquellos que presentan abstinencia de drogas es que con frecuencia los transfieren a un centro de atención terciaria. La mamá y el bebé a menudo son separados, y los bebés se colocan en una UCI, que es ruidosa y caótica.

La lactancia materna no está permitida, o al menos es irregular. Muchas veces nos centramos en el medicamento correcto, por lo que estamos usando morfina o metadona, en lugar del proceso de atención correcto, que sabemos es importante. Es bastante común el agotamiento entre los proveedores. . Y hemos tenido una falta de procesos de atención informados por traumas, que honestamente era un nuevo término para mí hasta que comencé a hacer este trabajo. Los procesos de atención no están estandarizados y hemos tenido estadías y tratamientos realmente largos. Entonces, por ejemplo, si miran nuestra bibliografía sobre el síndrome de abstinencia neonatal e incluso conversaciones con personas, vemos períodos de estadía de 60 días para los bebés que tienen abstinencia de drogas. Y ninguna otra población tiene realmente abstinencia de drogas que dure tanto tiempo. Entonces, ¿qué estamos haciendo de manera diferente? Potencialmente, no estamos transfiriendo bebés a un centro de atención terciaria si no es necesario.

Dicho esto, muchos hospitales locales y pequeñas comunidades, en particular las comunidades rurales que se ven afectadas de manera desproporcionada, pueden no tener los recursos para atender esto en el hogar y en sus instituciones locales, pero tal vez no. Intentamos mantener la diada intacta fuera de la UCI cuando sea posible. Y eso es lo que hacemos en Vanderbilt ahora. El tratamiento del bebé incluye a la madre. Alentamos y apoyamos la lactancia materna. Existen pautas nacionales sobre cuándo las madres pueden amamantar. Nos centramos en el proceso de atención, no solo en los medicamentos. Involucramos al personal en la atención informada por trauma. Utilizamos protocolos estandarizados. Hay buena evidencia de que simplemente hacer lo mismo cada vez mejora los resultados. Y hemos tenido una mayor satisfacción del paciente y hemos reducido la duración de la estadía. Entonces, la cantidad de tiempo que los bebés con abstinencia de drogas permanecen en el hospital es aproximadamente la mitad de lo que solía ser en Vanderbilt.

Entonces, lo que hemos construido es algo que llamamos Team HOPE. Y es intencionalmente interdisciplinario. Incluye médicos, enfermeras, trabajadores sociales, especialistas en vida infantil, consultores de lactancia y voluntarios. Hemos tenido alrededor de 210 bebés. Y eso es en los primeros 15 meses del programa. Alrededor de una cuarta parte tenían abstinencia de drogas. Encontramos que si intervenimos temprano, no se intensifican en términos de signos clínicos para obtener ese diagnóstico. Y solo estamos tratando aproximadamente el 18 % con morfina. Y eso es menos de la mitad de lo que solíamos estar haciendo. Entonces, mantener a las madres y los bebés juntos, proporcionar recursos para la lactancia y apoyar a la familia realmente marca una gran diferencia. Es una intervención de poca tecnología que realmente importa. Alrededor del 80 % de nuestros bebés han sido atendidos por especialistas en vida infantil. Nos estamos preparando en términos de voluntarios. Para la lactancia materna, aproximadamente el 70 % de nuestras madres son elegibles para amamantar.

Y eso es un indicativo de que las madres están en tratamiento. Entonces, las madres que tienen un tratamiento estable pueden amamantar tranquilamente. Todavía alrededor del 80 % de nuestras madres están dando leche materna al momento del alta. Y eso es extraordinario para esta población. A la mayoría de nuestros bebés se les da de alta fuera de la UCIN. Y de nuevo, eso es una gran victoria para nosotros en términos de cultura. Y por eso a menudo digo, no es solo el hecho de que estamos manteniendo juntos a las mamás y sus bebés. Pero pueden pensar en mí: soy intensivista y mi mentalidad cuando entro en una habitación es que tengo que hacer algo. Tengo que poner un tubo de respiración o algo así. Y estos bebés no necesitan esa mentalidad. Lo que necesitan es una mentalidad de normalización: tenemos que mantener a la madre y al bebé juntos, promover cosas que son normales, en lugar de mucha intervención. Creo que para muchos de estos bebés, menos es más. Hacer las cosas que son intuitivas realmente ayuda.

Por lo tanto, tenemos una duración promedio de estadía para todos los asistentes, aproximadamente cinco días y para SAN, son aproximadamente 13 días. Pero hemos estado pensando mucho en mejorar las transiciones a casa. Y quería centrarme en eso aquí porque creo que resalta muchos de los desafíos que enfrentan las familias cuando dejan el hospital. Así que muchos de los desafíos emergentes que estamos empezando a ver son cosas en las que simplemente no habíamos pensado antes. Y uno de ellos es la hepatitis C. Así que esto es parte de nuestra asociación con el Departamento de Salud de Tennessee que analiza las tasas de hepatitis C entre las mujeres embarazadas en los Estados Unidos. Aquí, cuanto más oscuro es el color, las tasas de mujeres con hepatitis C son más intensas. Pueden ver mi estado natal de Virginia Occidental: 1 de cada 50 bebés estuvo expuesto a la hepatitis C en 2014. Y eso probablemente ha aumentado desde entonces.

Y entonces, ¿por qué importa eso? Es importante porque a pesar de que hay una baja tasa de transmisión de madre a bebé, es aproximadamente del 6 %, no tenemos buenos sistemas de atención que realicen un seguimiento a estos bebés para ver si terminan adquiriendo hepatitis C. La exposición de los bebés a la hepatitis C es silenciosa. No sabremos a menos que lo busquemos. Entonces, algunos datos del Departamento de Salud de Wisconsin encontraron que solo un tercio se hizo las pruebas recomendadas para ver si la habían adquirido. En

algunos de nuestros trabajos realizados por uno de nuestros colegas, encontramos que aproximadamente al 22 % de los bebés de Tennessee se les dio seguimiento para ver si contraían hepatitis C, con un problema de equidad en la salud bastante grande en términos de una diferencia en los bebés afroamericanos, que eran aproximadamente 60 % menos propensos a ser examinados que los bebés caucásicos. Entonces, ¿cómo se vería el alta óptima? Debería haber agregado Early Head Start a esta diapositiva, pero creo que comienza con la hospitalización.

Entonces, ¿cómo podemos involucrar a las familias temprano? Creo que a menudo la forma en que se construyen nuestros sistemas está diseñada para desconectar a las familias. Transferimos a los bebés a la UCIN. No involucramos a las familias en absoluto. Entonces, comenzar temprano promoviendo la lactancia materna, involucrando a la familia, evaluando las necesidades de la familia, no solo las necesidades del bebé, incluidas las madres que necesitan tratamiento, evaluando otros riesgos, riesgos de salud mental, así como hepatitis C tanto para la madre como para el bebé. Y considerar las necesidades posteriores al alta, cosas como Early Head Start, visitas al hogar, un buen compromiso con el sistema de bienestar infantil, que es algo en lo que también hemos estado tratando de trabajar, intervención temprana, seguimiento más frecuente de pediatras y atención bien coordinada. Sí, veo EHS. Estoy totalmente de acuerdo, Early Head Start. Entonces, ¿qué hemos hecho? Hicimos algunas cosas bastante poco tecnológicas en ese espacio.

Simplemente creamos una lista de verificación. Somos un grupo bastante comprometido. que se enfoca en esta población. Entonces dijimos, bueno, si te vas a casa, creemos que debes tener un seguimiento pediátrico programado, debes tener un seguimiento de hepatitis C si es relevante, seguimiento del desarrollo, EI. Y la pregunta era, ¿estábamos haciendo esto cada vez? Y la respuesta fue no. Estábamos haciendo esto con regularidad, todas esas cosas, el 2 % del tiempo. Y todo lo que hicimos fue introducir una lista de verificación, y la aumentamos al 60 % en promedio. Y ahora, está más cerca de aproximadamente el 90 %. Pasa esas por cuestión de tiempo. Bien, quiero hablar un poco sobre la comunidad. Gran parte de nuestro trabajo, gran parte de nuestra investigación realmente se centra en el panorama general en términos de lo que está sucediendo. Por lo tanto, trabajamos en torno a diversos accesos al tratamiento para bebés.

Y en un artículo anterior, trabajamos un poco pensando en las comunidades. Por lo tanto, la evidencia reciente indica que las condiciones económicas adversas, la falta de oportunidades económicas pueden estar asociadas con lo que estamos viendo en términos de muertes por sobredosis. Hay un grupo de economistas que han denominado esto "muertes por desesperación". En realidad, mucha gente llama a su trabajo "muertes por desesperación". Sabemos que las complicaciones relacionadas con los opioides, incluida la SAN, son desproporcionadas en entornos rurales y empobrecidos. Y queríamos entender cómo el síndrome de abstinencia neonatal puede verse afectado por la oferta de acceso, como a los profesionales de la salud mental, y cómo el desempleo a largo plazo puede afectar las tasas de síndrome de abstinencia neonatal. Así que miramos 580 condados en ocho estados para tratar de entender, me voy a centrar mucho aquí en las consecuencias económicas, lo que estaba sucediendo.

Así que aquí, destacaremos tres estados donde vivo en Appalachia. Entonces, aquí en Kentucky, Carolina del Norte y Tennessee, esta es la tasa de síndrome de abstinencia neonatal para 1,000 nacimientos en hospitales. Y comenzaremos con 2009 y continuaremos. No puedo ver lo asombrados que están, pero pueden ver cómo esto ha aumentado y se ha propagado como una epidemia en estos estados. Y en particular en Appalachia se ha profundizado, las tasas han aumentado. Y esto también es cierto en otras partes del país, por lo que la UP y Michigan se ven muy similares y otros entornos rurales en todo el país también. Entonces, estas son las tasas de síndrome de abstinencia neonatal superpuestas con desempleo a largo plazo. Observamos un promedio móvil de desempleo de 10 años. Y pueden ver que algunos condados realmente se destacan en términos de que tienen altas tasas de desempleo, así como el síndrome de abstinencia neonatal. Entonces, encontramos que los condados que

tenían altas tasas de desempleo a largo plazo en condados rurales remotos tenían aproximadamente el doble de la tasa de síndrome de abstinencia neonatal.

E incluso después de que tomamos en cuenta una serie de otros factores, incluidos el suministro clínico y los tipos de trabajo, esto persistió: los condados, particularmente los condados rurales remotos, que tenían recesiones económicas a largo plazo se asociaron con tasas más altas de síndrome de abstinencia neonatal. Y miren, por cierto, pueden jugar con esto en nuestro sitio web. Nuestro sitio web es [childpolicy.org/nas](http://childpolicy.org/nas). Pueden ingresar en cualquiera de los 580 condados. Esa es Apalachicola, Florida. Creo que vi a alguien del estado de Florida allí. En Apalachicola, Florida, está la Universidad de Florida. ¡Vamos, cocodrilos! Pero pueden ir allí, poner su condado y jugar con las características. También pueden ver cómo vienen los estados en términos de incidencia del síndrome de abstinencia neonatal y jugar un poco con las cosas. Pero lo que esto significa es que creo que una de las cosas que a menudo no hacemos es pensar mucho sobre cómo hay causa y efecto en términos del suministro de medicamentos. Y el suministro de medicamentos es importante, ¿verdad?

Hemos visto, si vieron las noticias, solo en las últimas semanas, mucha atención en torno a las compañías farmacéuticas, en particular vertiendo cargas de opioides en comunidades como Virginia Occidental. Y eso es importante, pero no es el único problema. Así que no podemos simplemente abordar la oferta. Tenemos que abordar muchos de estos problemas centrales, como la oportunidad económica. Entonces, una de las cosas de las que creo que es importante que hablemos es que nos enfrentamos a la crisis de opioides ahora de una manera muy diferente a la que nos enfocamos en la epidemia de cocaína en crack hace solo unos años. Esta era la opinión de, esta es la portada de la revista Time que es "Niños Crack". Y es un lenguaje realmente estigmatizado. Y pueden ver que esto afectó desproporcionadamente a las poblaciones minoritarias. Ahora, tenemos una epidemia que afecta desproporcionadamente a los caucásicos.

Y nuestro lenguaje es muy diferente y nuestras políticas también han sido algo diferentes. Y creo que es realmente importante que tengamos en cuenta los pasos en falso que hemos dado antes. Y a medida que esta crisis crece y cambia, este lenguaje de compasión, este lenguaje de salud pública persiste cuando otras poblaciones también se ven afectadas. Porque no es solo la forma en que se enmarca en la prensa. Ha sido la forma en que se enmarca en términos de formulación de políticas, también, en términos de políticas punitivas, particularmente en torno a las familias afectadas por la crisis de la cocaína antes. Muchas de las preocupaciones que teníamos antes, de las que hablaremos, sobre la crisis de la cocaína y el desarrollo de los niños, realmente no fueron ciertas. El consumo materno de drogas no ocurre de forma aislada. A menudo ocurre en el contexto de mala salud, mala nutrición, inseguridad alimentaria, mala atención prenatal, estrés social y violencia.

Y creo que aquí es donde el cuidado intergeneracional, como el trabajo que ustedes hacen, es tan importante, cuando pensamos en la complejidad de estos problemas. Cada una de estas cosas puede estar asociada con malos resultados obstétricos, y cada uno podría ser un factor en los resultados del desarrollo neurológico. Y digo esto porque vamos a hablar un poco sobre los resultados del desarrollo, y realmente tenemos que entender que mucha de esta bibliografía sobre resultados del desarrollo está realmente confundida con estos problemas, así como con el consumo de alcohol. El consumo de alcohol es con frecuencia bajo o completamente desconocido. Y es la principal causa prevenible de retraso del desarrollo en los niños. Es bastante común, particularmente entre las madres que también abusan de los opioides. Entonces, en algunos de nuestros trabajos, aproximadamente el 20 % de las embarazadas que abusaron de los opioides en el último año también beben alcohol cuando están embarazadas. ¿Y cómo explicamos esto en términos de nuestros resultados a largo plazo?

Y la respuesta es que no lo hacemos muy bien. Lo otro sobre el trauma y el estrés tóxico. Sabemos que el trauma es muy común para las mujeres en tratamiento, pero el 74 % informa abuso sexual, 72 % abuso emocional y aproximadamente la mitad, abuso físico. Y ciertamente sabemos que las experiencias adversas en los niños también son comunes en estas familias. Las personas con experiencias adversas en la infancia tienen ocho veces

más probabilidades de consumir sustancias de por vida. Aproximadamente 10 veces más probabilidades de usar drogas inyectables. Muchos de los resultados a largo plazo pueden no tener en cuenta estas cosas. Los factores estresantes adicionales, las experiencias adversas de salud, el trauma. Y creo que eso es importante ya que pensamos en algunas de las cosas de las que vamos a hablar. Entonces, ¿qué sugiere la bibliografía?

Los bebés con SAN parecen tener diferentes patrones de utilización. Conocemos algunos de estos datos de Australia, en realidad. Es más probable que sean readmitidos en el hospital en los primeros años por cosas como ansiedad, trastornos conductuales o emocionales, estrabismo, intoxicación, maltrato o agresión. ¿Qué hay de los resultados del desarrollo neurológico? Muchos de estos datos son algo más antiguos, como pueden ver. La metadona versus un grupo de control, analizando las diferencias. Intenta tener en cuenta la raza, el estado socioeconómico, el sexo, el peso al nacer y la edad gestacional. Pero hay diferencias en el consumo de tabaco y alcohol. Inicialmente, encontraron en este pequeño estudio diferencias en el habla, el retraso del lenguaje, pero encontraron que los factores mejoraron con el tiempo. De manera similar, pueden ver lo pequeño aquí, heroína y metadona versus el grupo de control se encontró inicialmente alguna discapacidad intelectual.

Pero después de tener en cuenta el riesgo prenatal, el entorno del hogar, estas cosas no tuvieron éxito en términos de ser factores significativos después de tener en cuenta esas cosas. Entonces, teniendo en cuenta otras exposiciones, tener en cuenta los otros riesgos es realmente importante. Otro estudio de Australia analizó las pruebas a largo plazo y descubrió que los bebés, esto es a nivel de grado 3, 5 y 7, obtuvieron resultados más bajos que otros bebés. Y menciono esto solo porque es realmente importante entender cómo se construyen estos estudios. Una de las preocupaciones de este estudio es que esos controles de comparación coincidían con cuatro factores al momento del nacimiento. Edad gestacional, nivel socioeconómico, lo que sea que signifique eso. Creo que eso es realmente difícil de definir, así como el sexo. Pueden ver cómo cambiarían estas cosas. Quiero decir, esas son cosas al nacer. ¿Cómo podría ser diferente en el momento de un tercer, quinto grado?

Así que creo que tenemos que tomar todos estos estudios con un poco de escepticismo. Así que voy a cerrar un poco y hablar sobre el cambio de política, porque es realmente relevante para lo que creo que están pasando muchas de nuestras familias. Esto es de parte de nuestro trabajo que analiza recientemente la cantidad de bebés que han sido colocados en cuidado adoptivo temporal. Y hemos visto un aumento de aproximadamente 10,000 de 2001 a 2017. Eso significa que 50,000 bebés por año son colocados en cuidado adoptivo temporal. Eso es un poco más del 1 % de todos los bebés en los Estados Unidos. Sabemos que al menos la mitad se debe al uso de sustancias por parte de los padres. Creemos que la variable de uso parental de sustancias en los datos que se recopilan probablemente subestima el uso parental de sustancias. Varía mucho de un estado a otro en términos de colocación en cuidado adoptivo temporal. Entonces pueden ver, nuevamente, que está comparando 2011 y 2017.

Nuevamente, mi estado natal de Virginia Occidental. Más del 4 % de los bebés en Virginia Occidental están en cuidado adoptivo temporal. Entonces pueden ver que refleja mucho de dónde la crisis de opioides se ha visto desproporcionadamente afectada. Recientemente ha habido muchos cambios en el sistema de bienestar infantil en términos de cambios federales. Una es la Ley de Servicios de Prevención de Familias Primero. Y lo que hace es que les permite a los estados usar fondos de bienestar infantil para la prevención, incluso para focalizar el tratamiento para las madres. La Ley de Presupuesto, una de las leyes de presupuesto aprobadas el año pasado, permite la financiación de los Planes de Atención Segura planificados, y podemos hablar de algo si ustedes han participado en Planes de Atención Segura. Se supone que los Planes de Atención Segura son planes que involucran a la familia, incluidas las necesidades de tratamiento de las madres para mantener al bebé seguro, pero también tienen en cuenta cómo hacemos que las madres reciban tratamiento.

La Ley de Apoyo que se firmó en el otoño, brinda muchos más detalles sobre cómo debería ser el Plan de Cuidado Seguro y también aporta algo de dinero. Pueden ver la complejidad aquí. El secretario otorgará subvenciones a los estados con el propósito de ayudar a las agencias de bienestar infantil, bienestar social, tratamiento por abuso de

sustancias, salud pública, salud mental, salud maternoinfantil. Incluso la lista aquí de agencias que deben involucrarse para apoyar a estas familias es un poco desalentadora en términos de la cantidad de lugares, la cantidad de programas públicos que participan. Entonces, ¿quién está comprometido? Todos estos están comprometidos. Y esto es solo específicamente de la legislación. Bien, entonces, ¿qué pasó con la política estatal? Creo que es importante porque vemos que los estados promulgan varias políticas, incluido mi propio estado. Usaré Tennessee como ejemplo. Tennessee tenía algo llamado Ley de Refugio Seguro y se aprobó en 2013. Fue para garantizar que el abuso de drogas orientado a la familia, ese es el lenguaje que usan, o que el tratamiento para la drogodependencia esté disponible.

Y si una mujer se involucrara en el tratamiento antes de la semana 20 de embarazo, no podría haber enjuiciamiento o separación del niño solo por el historial de abuso de drogas. Este es, nuevamente, el lenguaje que ya hemos visto. Estoy de acuerdo en que el lenguaje es importante. Este es el lenguaje de la legislación. El Capítulo público 820 se aprobó poco después, que una mujer podría ser acusada de un delito menor si usaba un narcótico ilegalmente durante el embarazo, y si el bebé, cito: "Sufría daños como resultado, incluyendo el síndrome de abstinencia neonatal". Esta ley estuvo en los libros durante dos años, y un poco más de 100 mujeres fueron arrestadas hasta donde sabemos. Y no fue solo el hecho de que las mujeres fueron arrestadas. Había miedo al abuso, miedo a ser arrestado. Entonces las mujeres estaban dando a luz fuera del hospital, dando a luz en autos. Creo que la preocupación, al menos de todos nosotros por parte de la comunidad médica, era que este enfoque no lleva a las mujeres a buscar tratamiento. Las mantiene alejadas del tratamiento.

Esta fue la política estatal más extrema durante este período de tiempo. Y esta ley caducó en 2016, pero ha reaparecido en la última sesión aquí en Tennessee, y también he visto aparecer el lenguaje en otros estados como Missouri y Carolina del Norte. Luego de esto, mi comité, el Comité para la prevención y uso de sustancias, redactó una declaración de política sobre lo que los estados podrían hacer en términos de un enfoque de salud pública para el uso de opioides en el embarazo, y tiene algunos principios clave que se centran en la prevención, incluyendo mejorar el acceso a formas anticonceptivas altamente efectivas. pruebas diagnósticas generales del uso de alcohol y drogas para que las mujeres reciban tratamiento. Se necesita un consentimiento informado para que las mujeres se sometan a pruebas de drogas, este es un caso de la Corte Suprema sobre esto. Queremos asegurarnos de que esto salga a la luz. Mejorar el acceso a la atención integral prenatal y para la adicción.

Entonces, aquí tenemos una clínica para mujeres con trastorno por uso de opioides que es integral e incluye acceso a atención prenatal, y tratamiento de adicciones. Es muy raro. Esas mujeres viajan de muy lejos para venir a clínicas como esa. Son difíciles de encontrar. Y financiación aprobada para el sistema de bienestar infantil. Hemos visto un poco de aumento en los últimos años. Pero el sistema de bienestar infantil tiene dificultades con fondos y con el cambio a bebés expuestos a sustancias. Realmente fue diseñado para proteger a los bebés del abuso físico agudo. Las familias afectadas por la crisis de opioides y el trastorno por uso de sustancias en general son simplemente diferentes. Bien, dejé mucho tiempo para preguntas al hablar con mi rapidez habitual, así que me disculpo por hablar tan rápido. Pero quería tener tiempo para entablar una conversación. Pero para concluir, las mujeres embarazadas y los bebés se han visto sustancialmente afectados por la crisis de los opioides. Y nuestros enfoques tienen que adaptarse, para que aborden las necesidades específicas de ellos.

Gran parte de la conversación, incluso muchos de los cambios que vemos en el país, se centran en la crisis de los opioides en general. Pero todos sabemos que nuestras familias tienen necesidades únicas que son diferentes a las de un hombre de 50 años. La mejora de los resultados comienza antes del nacimiento. Entonces tenemos que mejorar el acceso al tratamiento para las madres. Esto no se trata solo del uso de drogas. También se trata de la comunidad, la oportunidad económica, la red social y cómo eso ha cambiado. Los datos sobre resultados a largo plazo son inconsistentes, confusos, de baja potencia. Así que creo que debemos tener cuidado con cómo los interpretamos. Pero eso no significa que no debamos proporcionar los recursos para optimizar el desarrollo de los

bebés a través de programas como Early Head Start y EI. Creo que la crisis de los opioides puede ser un vehículo para conectarnos a todos.

El hecho de que estamos hablando juntos ahora y la cantidad de conversaciones diferentes. Estuve en un panel anoche con el juez, y miren, allí, creo que la crisis de los opioides está uniendo a las personas de maneras únicas. Y espero que construyamos puentes que durarán mucho más allá de la crisis de los opioides para mejorar los resultados para las mujeres embarazadas y los bebés. Y creo que tenemos que ir más allá del modelo médico, ¿cierto? Lo que hago en el hospital no importa mucho. Quiero decir que importa un poco, pero son realmente las cosas que hacemos fuera las que importan. Y gran parte de la financiación, gran parte de lo que hacemos es impulsado por el dinero, ¿verdad? La gente responde a incentivos.

Entonces, ¿cómo creamos quizás incluso modelos de pago alternativos que sean innovadores, que incluyan conexión con Early Head Start? ¿Cómo podemos seguir teniendo reformas de bienestar infantil e implementarlas mejor a través de Familias Primero y planes de cuidado seguro? ¿Podemos informar mejor a los programas existentes sobre cosas como el trauma y conectar a la familia con los recursos? ¿Cómo podemos asegurarnos de que Early Head Start también desempeñe un papel central en esto? Mucha gente para reconocer. Cité a un montón de personas aquí de nuestro equipo, así como a nuestros patrocinadores de NIH y del Departamento de Salud de Tennessee y RWJ. Y espero responder preguntas.

Sangeeta: Dr. Patrick, muchas gracias. Tiene razón, habla rápido, pero fue importante porque nos proporcionó mucha información buena. Antes de pasar a las preguntas, solo quiero resaltar algunas cosas que realmente se destacaron mientras hablaba y que creo que serán bien recibidas por nuestra audiencia de Head Start. Usted habló sobre la importancia del compromiso familiar. No creo que lo haya llamado compromiso familiar, necesariamente, pero creo que de eso está hablando. Y eso está realmente en la esencia de Head Start y Early Head Start. Entonces, creo que tiene razón cuando dice que tenemos un papel de liderazgo en la epidemia. Y también me gusta mucho cómo habló sobre cómo esto no se trata solo de opioides. Estamos escuchando a nuestros beneficiarios en ciertas regiones, dicen que el problema no es realmente bueno para nosotros. Es metanfetamina, o es alcohol, o es otra cosa. Pero realmente queremos centrarnos en el abuso de sustancias. También destacó la importancia, y me gusta cómo lo dijo, de un lenguaje de compasión.

Algo de lo que realmente hemos estado hablando mucho en nuestra oficina, y dentro de las regiones y los programas locales, es cómo tener esta conversación. Y como usted señaló, no hace mucho tiempo que estábamos hablando de la epidemia del crack y los bebés crack. Quiero decir, incluso esa terminología es tan negativa, y no es así como queremos abordar esto. Pero también habló sobre las disparidades y que realmente necesitamos reconocer que existe un acceso desigual al tratamiento. A veces dependiendo del color de tu piel. Me alegro mucho de que también haya planteado esos puntos. Hay un montón de preguntas en el chat. La primera que surgió fue: ¿Puede definir qué se entiende por retrasos en el desarrollo relacionados con los medicamentos? Y hubo un par de otras preguntas que cayeron en ese balde, donde había una pregunta sobre el síndrome de abstinencia neonatal y la conexión con el autismo. ¿Hay alguna conexión allí? Y solo en mi propia experiencia, he escuchado a los beneficiarios decir que están notando un aumento en los problemas de comportamiento y preguntándose si existe un vínculo con la exposición en el útero a sustancias. Tal vez podría tomar eso.

Dr. Patrick: Por supuesto. No conozco un vínculo entre el autismo y el síndrome de abstinencia neonatal. La bibliografía, las cosas que tienen más peso en la bibliografía, son la falta de atención y algunos problemas de comportamiento. Pero los déficits afectados únicamente por los opioides no parecen ser profundos. Al menos en la bibliografía que tenemos. Ahora, dicho todo eso, la bibliografía es bastante pobre. Y creo que hay un par de estudios en curso. NIDA está haciendo un estudio muy amplio en este momento. Entonces, hay cosas que se están lanzando que pueden darnos mejores respuestas, porque escucho anécdotas todo el tiempo de los maestros, sobre déficits y retrasos en los niños, y creo que hay cosas que están ahí. La pregunta es de dónde vienen. ¿Es el

opioide en sí? ¿Es el uso conjunto del alcohol lo que no entendemos? Creo que esa es realmente una de las preguntas.

Y una de las razones por las que es importante enmarcar esto cuidadosamente, es por el concepto de reducción de daños. Lo que no queremos es que las mujeres embarazadas no entren en tratamiento con Subutex porque piensan que Subutex va a dañar a su hijo, o crear sistemas que disuadan a las madres de entrar en tratamiento, porque creen que dañará a su hijo. Porque sabemos que los resultados son mejores, incluidos los resultados a largo plazo, si la madre está en tratamiento. Así que es una especie de mensaje matizado, un poco. Ustedes saben cuál es la compensación entre los resultados potenciales de desarrollo del consumo incontrolado de heroína y el trastorno por consumo de opioides, comparado con una madre que toma Subutex. Probablemente sea mejor, pero Dios, simplemente no tenemos buenos datos.

Sangeeta: Por lo tanto, parece que no estamos seguros de cuáles serán los impactos a largo plazo, necesariamente. Pero ¿estaría de acuerdo en que, independientemente de cuál sea el origen, si un niño acude a un programa Head Start con quizás problemas de conducta o un diagnóstico de autismo, lo trataríamos de manera diferente si el niño hubiese estado expuesto en el útero?

Dr. Patrick: No, no lo creo. Creo que uno responde a lo que tiene delante. Porque es realmente difícil y no sé si eso cambiaría lo que tienes. Creo que a veces el síndrome neonatal [inaudible], si representa algo, es un mayor riesgo. Es una representación de muchos de los estresantes sociales que existen. Pero creo que si tienes un bebé o un niño con problemas de comportamiento, vas a responder a ese niño y a esa familia de la forma en que respondas. Y creo que hay, y también he visto en el hilo aquí, un aumento en los desafíos y la complejidad de la enfermedad mental materna y el trastorno de consumo de sustancias no controlado, que es un desafío adicional. Pero creo que respondes al niño frente a ti como lo harías normalmente.

Sangeeta: Gracias. Tenemos otra pregunta aquí. Habló sobre Team Hope. ¿Cómo ayuda Team Hope a las madres pobres y sus bebés después de la hospitalización? Además, ¿cómo ayuda con la inquietud inicial que algunas madres pueden tener acerca de haber ingresado a la drogodependencia, lo que lleva a un seguimiento legal o inquietudes de que serán separadas de sus hijos después de su estadía en el hospital?

Dr. Patrick: Dos preguntas realmente buenas. Diría que ahora estamos en el proceso de apoyar a las familias después del alta. Tenemos algunas subvenciones para tratar de tener una clínica de atención primaria coordinada para madres y bebés. Es realmente una cuestión de recursos. No tenemos los recursos para hacer algunas de las cosas posteriores al alta que creo que nos gustaría hacer. Entonces, lo que estamos haciendo es depender de socios, como las visitas al hogar. Tenemos un programa local al que remitimos y otros grupos para ayudarnos con eso. Y trabajamos con pediatras de la comunidad para asegurarnos de que haya una buena transferencia. Pero, creo que es inadecuado. Creo que necesitamos una mejor atención coordinada para eso. Y en términos del potencial, hay dos preguntas que hicieron en términos de: están las ramificaciones legales y está el bienestar infantil, y a menudo son ligeramente diferentes.

Entonces, lo que hemos estado tratando de hacer es trabajar de manera proactiva con el sistema de bienestar infantil para crear un cuidado seguro. Para que podamos ayudar, particularmente a las madres que se recuperan a largo plazo, minimizamos la intervención que puede ocurrir. Tenemos que mantener seguros a los bebés, ¿correcto? Esa es nuestra prioridad. Pero a menudo la forma en que responde el sistema es con irregularidad, para ser honesto. Entonces, ¿cómo podemos proporcionar datos e información que puedan ayudar a nuestros socios en el bienestar infantil? En general, creo que alrededor del 10 % de nuestros bebés terminan sin irse a casa con sus madres. Lo que estamos tratando de hacer es comenzar a crear una atención planificada y segura que comience en nuestra clínica prenatal, para que podamos decir: "Esta madre lleva recibiendo tratamiento durante tanto tiempo

y está haciéndolo todo bien. Aquí está la información". Eso a veces es útil para un sistema de bienestar infantil sobrecargado que a menudo se entera del niño el día del alta.

Sangeeta: Ya veo. Y luego, al momento del alta, generalmente se colabora con los servicios de protección infantil, ¿o solo depende de la situación?

Dr. Patrick: Cada estado es algo diferente. Es posible que muchos hayan oído hablar de CAPTA, la Ley de tratamiento para la prevención del abuso infantil. Y ha sido modificado por algunas leyes diferentes desde entonces. Entonces, aquí es donde se informa al bienestar infantil, algunos estados consideran que todos los bebés expuestos a sustancias tienen que ser reportados al bienestar infantil. Los estados están innovando en torno a eso. En algunos casos, como en Connecticut, es como un informe agregado que va a los estados. Por lo tanto, lo que requiere cada estado es realmente único. Entonces, esto es algo en lo que estamos trabajando con socios a nivel nacional y estamos trabajando de manera local para poder ayudar a apuntar a las familias que más lo necesitan.

Muchas de las necesidades de estas familias no tienen nada que ver con el bienestar infantil, y muchas veces el sistema de bienestar infantil se utiliza, incluso por parte de proveedores como yo, para cosas para las que no fue diseñado. He visto proveedores decir: "Oh, tienen problemas de vivienda, así que los remitiremos a bienestar infantil". Bueno, ese puede no ser el lugar correcto para enviarlos. Así que creo que estamos tratando de descubrir una forma en que podamos enfocar recursos a nivel nacional como la vivienda, cosas como esa, primero, y luego para la familia que realmente necesita el sistema de bienestar infantil, involucrarlos en ese momento. Pero eso también es algo que está en proceso, creo a nivel nacional.

Sangeeta: Muy bien. Y luego hemos hablado mucho sobre las madres y la lactancia materna, pero ¿qué pasa con la participación del padre? ¿Qué ha visto en su práctica clínica en relación con la participación de los padres en la transición a la atención al hogar?

Dr. Patrick: Sucede, seguro. Creo que también es un área en la que debemos estar más comprometidos. Creo que tenemos que reconocer al menos nosotros que a veces los padres, y digo esto como padre, algunos padres añaden valor y a veces no. Y en esta población, puede haber cierta complejidad. A veces hay violencia doméstica, a veces. Así que creo que tenemos que hacer eso cuidadosamente. Donde hay un socio solidario y comprometido, entonces debemos ser solidarios y comprometidos. A menudo eso es difícil, pero hay objetivos específicos que son importantes.

Sangeeta: Parece que todo lo relacionado con esta población y la transición al hogar los debemos hacer cuidadosamente, ¿verdad? Realmente no hay un tipo de método establecido, pero hay socios que uno usa de manera regular.

Dr. Patrick: Creo que eso está bien. Creo que el problema es que lo que ha sucedido es que todo sucede de manera predeterminada, y es como una imagen dispersa de todos estos programas potenciales, y no se hablan entre sí, y no está bien coordinado o dirigido. Pero sabemos por los programas de salud materno-infantil, por ejemplo, WIC, como la mitad de las mujeres embarazadas elegibles para WIC no están inscritas. Así que tenemos nuestro trabajo establecido de tratar de coordinar esto mejor de lo que lo hacemos actualmente. Y estamos haciendo lo que estamos haciendo de manera local. Creo que es un cambio estructural lo que espero que la crisis de los opioides continúe teniendo tanto a nivel estatal como federal.

Sangeeta: Nos surgieron algunas preguntas más. Hay algunas preguntas sobre el apoyo a los padres que luchan con su propia salud mental. Dentro de Head Start, requerimos que todos los programas tengan acceso a consultas de salud mental, que es diferente del tratamiento. Pero la gente tiene curiosidad acerca de cómo hay diferentes maneras en las que ha notado el apoyo a los padres que tienen su propio problema de salud mental.

Dr. Patrick: Sí, es muy común. Tener un trastorno de salud mental concurrente, ansiedad, depresión es muy común en esta población. Lo que hemos hecho, y lo que estamos desarrollando, es un OB de psiquiatría combinada, así es como funciona nuestra clínica ahora y seguimos creciendo. Para que podamos abordar tanto el trastorno por uso de sustancias como los problemas de salud mental, y de hecho estamos construyendo asociaciones con enfermedades infecciosas tanto para las madres como para los bebés, porque a menudo hay enfermedades infecciosas no tratadas tanto ITS como la hepatitis C que necesitan ser abordadas.

Así que es muy común, muchas veces poco reconocido. Y a menudo es una de las cosas que precede al uso de sustancias. Sabemos que los trastornos de salud mental no tratados son un factor de riesgo para el uso posterior de sustancias. En este estudio, expuse antes las recesiones económicas a largo plazo, lo otro que analizamos con la escasez de salud mental, la escasez de proveedores. Descubrimos que particularmente en las áreas urbanas que no tienen acceso a proveedores de salud mental, era un factor de riesgo para tasas más altas de síndrome de abstinencia neonatal.

Sangeeta: Y eso me llevó a pensar en todos los grandes esfuerzos que hemos hecho en torno a la depresión materna. Particularmente esos primeros tres meses después del parto, y cómo se ve eso en esa población. Quiero decir, ¿tiene evaluadores que usa en su clínica de manera bastante regular con personas con un trastorno por uso de sustancias y sin él?

Dr. Patrick: Sí, y de hecho en realidad es un cuidado estándar. El trabajo de parto de cada mujer que ingresa es sometido a un examen de eso, de violencia doméstica. Es un proceso bastante estándar. Y hay una mayor atención no solo para los obstetras, sino también para que los pediatras piensen en el cuarto trimestre y los riesgos particulares para las madres en términos de depresión después del parto. Un elemento, aquí también, porque algunas mujeres perderán el seguro de salud a los 60 días si están en Medicaid, y están en un estado que no expandió Medicaid. Algunas mujeres perderán la cobertura y, posteriormente, también perderán su tratamiento de adicción a los 60 días. Así que creo que ese es otro elemento que se suma a la complejidad de la necesidad que tienen muchas de estas familias.

Sangeeta: Sí, y también hemos escuchado hablar de eso a nuestros beneficiarios. Y cómo nuestros programas están tratando de continuar ayudando a las madres a mantener su cobertura de seguro. Pero a veces no depende de ellas, ¿verdad?

Dr. Patrick: Sí, la elegibilidad es diferente.

Sangeeta: Exacto. Hay otra pregunta aquí. Patty Casper dice: Le agradezco que reconozca la importancia de mantener la díada unida en el período postnatal. La lactancia materna y los vínculos en este período son muy beneficiosos. ¿En qué casos no permite la lactancia materna?

Dr. Patrick: Esa es una buena pregunta. El VIH es una contraindicación. Si hay sangrado o pezones agrietados, y tiene hepatitis C, eso también es una contraindicación. Y uso activo de sustancias. Entonces, la recaída, generalmente decimos que la recaída en los últimos 30 días es una contraindicación. De lo contrario, si una madre está estable con un medicamento de mantenimiento, puede amamantar sin problema.

Sangeeta: Y luego esta última pregunta aquí, nuevamente, se relaciona con el tipo de resultados futuros para el niño. Pero esta pregunta es, ¿tiene una prueba diagnóstica que pueda hacerle al bebé para ver si cuando crezca tendrá algún trastorno por uso de sustancias?

Dr. Patrick: No, no tenemos. No hay buena evidencia de que ese sea el caso. Y de nuevo, volviendo a la crisis de la cocaína de hace unos años, hay algunos estudios pequeños que analizaron a los bebés que estuvieron expuestos a la cocaína, para ver si desarrollaron dependencia a la cocaína y la respuesta fue que no. Creo que estas cosas son complejas. No creo que tengamos muchas respuestas a eso. Pero una de las cosas que creo que todos sabemos

sobre los bebés, sobre los niños es cómo modificar los recursos, el trabajo que todos hacemos, para optimizar sus resultados es realmente importante. Incluso si pudiéramos calificarlos, una de las cosas que diría es que lo que debemos hacer es proporcionar los recursos integrales para que estas familias optimicen el resultado, independientemente de ese riesgo.

Sangeeta: Maravilloso. Sé que solo quedan unos minutos. Yo tengo una pregunta. Mencionó al comienzo de su presentación involucrar en su clínica al personal y la atención informada sobre el trauma, y tengo curiosidad sobre cómo es eso. Debido a que el personal de nuestros programas Head Start y Early Head Start está muy interesado en la atención informada sobre traumas, y se ha convertido en una especie de palabra de moda. Así que tenía curiosidad por saber si había algún tipo de capacitación estándar de la que estaba hablando, o qué quería decir con eso.

Dr. Patrick: Sí, lo estamos desarrollando, de hecho, algunas de las enfermeras que forman parte de nuestro equipo lo están desarrollando con psiquiatría. Hemos realizado algunas capacitaciones específicas con ellos, entendiendo las diferentes experiencias de las personas y cómo eso afecta y cómo usamos el lenguaje. También hay algunas herramientas de un grupo con el que nos asociamos antes, llamado la red Vermont Oxford. Tuvieron un enfoque colaborativo en esto de 2013 a 2015, y produjeron una serie de videos que creo que pueden ser realmente útiles, algo perspicaces para saber por lo que están pasando las familias. No sé cuán disponibles están en este momento, para ser honesto. Pero tengo el DVD en mi escritorio que sigue a las familias a través de su experiencia para poder comprenderlas. Eso es lo que hemos hecho. Estoy de acuerdo en que es una palabra popular. Pero creo que para nosotros parte de esto ha significado involucrarnos en este proceso con personas que lo tratan comúnmente, y piensan en eso, y esos han sido nuestros colegas de psiquiatría.

Sangeeta: Entendido, sí. Creo que en nuestra oficina central aquí, en la Oficina Nacional de Head Start, es lo que estamos intentando hacer para impulsar realmente la atención informada sobre el trauma, y lo que significa, por lo que hemos estado reuniendo pruebas al respecto. Así que eso es genial. Nos encantaría verlo cuando lo hayan terminado de desarrollar. Sería interesante.

Dr. Patrick: Pensé en repetir el nombre del DVD. Se llama, "Nurture the Mother, Nurture the Child".