

## **Mejorar los resultados para los recién nacidos expuestos a opioides: Juntos podemos hacerlo mejor**

Robinn Yu: Bienvenidos todos. Y gracias por esperar. Me llamo Robinn Yu y soy la asistente del programa del Centro de Aprendizaje y Conocimiento en la Primera Infancia. Me complace darles la bienvenida al seminario web de hoy. Antes de comenzar con la presentación, tengo algunos anuncios para ustedes. Todos los participantes serán silenciados durante la presentación. En el sistema del seminario web se mostrará una presentación de diapositivas. Y también un video. Asegúrense de que el volumen de los altavoces de sus computadoras esté alto.

Si tienen alguna pregunta técnica, escríbanla en el cuadro de chat. Y trataremos de ayudarlos. Hay mucho que cubrir en la próxima hora. Pueden enviar sus preguntas en cualquier momento escribiéndolas en el cuadro de chat en su pantalla. Y haremos todo lo posible para responderlas al final del seminario web. Tendrán una encuesta de opinión y se entregará sus certificados después del seminario web. El seminario web se está grabando y se enviará un enlace para verlo en los próximos días y también se publicará en nuestro sitio web más adelante. Ahora dejaré a Sangeeta continuar.

Sangeeta Parikshak: Hola. Buenas tardes a todos. Muchas gracias al Centro Nacional de Salud y Bienestar en la Primera Infancia por organizar este encantador seminario web. Esta es la segunda parte de nuestra serie de seminarios web de tres partes, que se centra en los efectos de los opioides en los bebés expuestos. Mi nombre es Sangeeta Parikshak. Soy la líder de salud conductual en la primera infancia en la Oficina Nacional de Head Start de la Administración para Niños y Familias. Y estoy muy feliz de estar aquí con la directora de la Oficina Nacional de Head Start y de Desarrollo en la Primera Infancia de ACF, la Dra. Deborah Bergeron o, como nos gusta llamarla en la oficina, Dra. B. Antes de presentar a nuestra oradora de hoy, a la Dra. B y a mí nos gustaría brindarles a todos un poco de contexto de Head Start, lo que estamos viendo con respecto a la epidemia de opioides en los programas y cómo se está abordando a través de nuestra oficina federal y a nivel de los programas. Eso dicho, me gustaría presentar a la Dra. B.

Dra. Deborah Bergeron: Buenas tardes a todos. Gracias por tomarse el tiempo para unirse a nosotros. Y quiero agradecer a Sangeeta en el centro y a Marco por todo su arduo trabajo en torno a los opioides y el trastorno por uso de sustancias durante el último año y hasta este año. Logramos otra ronda de increíbles encuentros y seminarios web. Realmente sentimos que esto ha puesto a Head Start un paso por delante en este tema y realmente esperamos poder ser un recurso en este campo. Así que solo vamos a darles un poco en contexto. Es posible que ya conozcan parte de esta información, pero es bueno preparar el terreno. Como ya sabrán, los programas Head Start y Early Head Start atienden a más de un millón de niños, desde el nacimiento hasta los 5 años. Y eso incluye a las mujeres embarazadas, lo cual es realmente importante en esta discusión de hoy. Mucha gente piensa que Head Start es preescolar.

Ciertamente es educación temprana, pero también hay muchas otras cosas, como salud y nutrición y desarrollo social y emocional, servicios familiares, desde encontrar un trabajo hasta encontrar una casa, realmente lograr tener una familia estable, porque sabemos que cuando las familias son más estables, los niños están más preparados para la escuela cuando llega el primer día de kindergarten. Tenemos más de 16,000 beneficiarios. Eso incluye los territorios. Y ofrecemos todo tipo de servicios, cuidado infantil familiar basado en el centro y visitas domiciliarias. Entonces verán que los niños inscritos en Head Start nunca salen de su casa. Los de Early Head Start pueden tener un visitador del hogar o pueden estar yendo a un centro a tiempo completo. Hemos hecho mucho. Hacemos mucho para recopilar información de nuestros beneficiarios. Y hemos aprendido mucho sobre cómo el uso indebido de sustancias, en particular los opioides, podría estar afectando a nuestra gente en este momento.

Sin duda vemos un aumento en la cantidad de mujeres inscritas que usan indebidamente opioides y otras sustancias en el embarazo. Entonces, se da la situación de que posiblemente un bebé nazca adicto, pero probablemente lo más importante es que los bebés y niños pequeños se están criando en entornos realmente caóticos. Entonces tenemos bebés y niños que llegan a la atención con síndrome de abstinencia neonatal, retrasos en el desarrollo relacionados con las drogas o desafíos conductuales relacionados con el trauma. Y realmente creo que el último es la clave. Lo que hemos de veras aprendido durante el último año en relación con los opioides en particular es que el impacto en un recién nacido es significativo, pero se puede superar. Creo que es ese tipo de entornos caóticos e inconsistentes en los que vive un bebé, un niño pequeño, que proporcionan esa condición para el trauma que termina teniendo un verdadero impacto en la escuela.

Y estamos viendo que los maestros dicen, realmente no sabemos qué hacer con estos comportamientos, personas que han estado enseñando durante décadas que dicen que nunca antes habían visto este tipo de cosas. Y luego están estas cosas fuera de lo normal que ni siquiera podríamos anticipar, como la escasez de conductores de autobuses porque no pasan las pruebas de drogas. Por lo tanto, está impactando nuestro campo de muchas maneras. Y realmente estamos tratando de ser receptivos y solidarios. Siempre me gusta mostrar esta diapositiva cuando hablo con la gente sobre Head Start desde el punto de vista de los recursos, porque lo que quiero que entiendan es que tenemos el potencial de impactar en el terreno de varias maneras diferentes. El área del trastorno por uso de sustancias, los opioides en particular, no es una excepción. Estos puntos representan todas nuestras aulas de Head Start. Y verán que están por todo el país. Y lo bueno es que podemos contactar a estas personas desde nuestra oficina en cualquier momento.

Entonces tenemos un alcance directo a la raíz. Podemos impactar rápidamente. Podemos compartir información fácilmente, ciertamente más que los programas que brindan subvenciones en bloque a nivel estatal, que en ese momento, realmente se pierde el impacto. Esta próxima diapositiva superpone lo anterior a las tasas de mortalidad por intoxicación por drogas. Esto es de 2016. Y este mapa realmente es solo una vista rápida para mostrarles. Pueden ver dónde se encuentra Head Start en la mezcla de enfermedades. Y los rojos son obviamente los más significativos. Y se ven algunas áreas del país que realmente también tienen pocos recursos. Esto ilustra eso también. Hemos hecho algunas cosas muy específicas para combatir el uso indebido de opioides, mucha capacitación sobre sensibilización y sensibilidad. Y estamos descubriendo que sirve el simple hecho de ser más conscientes, particularmente para el personal. Asociarnos con hospitales parece ser un verdadero punto de inflexión para Early Head Start.

Los programas que he visto que brindan tratamiento terapéutico son más exitosos cuando hay un hospital o un centro médico que se asocia directamente con Early Head Start, no solo para brindar servicios contractuales, sino una verdadera asociación. Combinar las instalaciones locales que ofrecen bienestar, bienestar infantil y tratamiento, formando un sistema integrado real, es lo que funciona. Las intervenciones dentro del programa para mejorar el vínculo del niño con los padres son realmente importantes. Y si volvemos a esa primera viñeta, vemos que esa capacitación de sensibilidad es clave porque hay una tendencia a juzgar cuando vemos a un padre que vive de una manera tan contraproducente para el desarrollo infantil. Y la realidad es que en el momento en que juzgamos, perdemos capacidad de generar confianza con ese padre. Y eso no es lo que conviene para tener éxito a largo plazo. Hemos visto mucho acercamiento de parientes, abuelos, bisabuelos, tías, tíos, que están asumiendo la responsabilidad de criar a sus familiares.

Y luego, incluso nos sorprendió un poco, creo, ver en nuestra encuesta que nuestro personal realmente está capacitando, los líderes están enseñando al personal a administrar naloxona. Y eso dice mucho de que están viendo esto en la calle, es significativo, y están tomando medidas bastante importantes para asegurarse de estar preparados. Esta última diapositiva que voy a revisar muestra algunas cosas que hemos aprendido en el terreno, con respecto a su respuesta. Definitivamente estamos viendo un aumento en los casos remitidos a servicios de

salud mental, en los casos de respuesta al maltrato y descuido de menores. Estamos viendo familias con servicios de prevención de abuso de sustancias en aumento y remisiones a tratamientos y ese tipo de cosas. Y luego lo que realmente se ha disparado es el número de niños que viven en cuidado adoptivo temporal. Eso está aumentando. Y luego también diría que si se combina eso con el cuidado de parientes, ese número aumenta drásticamente. Y una de las conversaciones serias que hemos tenido es ¿cómo se relaciona el cuidado de parientes con el cuidado adoptivo temporal? Y esa es información que podrían estar recibiendo pronto para entender mejor eso, porque es algo confuso para muchas personas que trabajan con familias.

Sangeeta: Gracias, Dra. B. Soy Sangeeta. Hemos escuchado mucho de los programas, como dijo la Dra. B, sobre lo que están haciendo. Los trastornos por el uso de sustancias han existido durante mucho tiempo, pero la epidemia de opioides realmente ha brotado rápida y furiosamente. Y los programas han hecho todo lo posible por ponerse al día. Y estamos muy impresionados con lo que está sucediendo a nivel local y cómo la gente simplemente ha hecho lo mejor posible con los recursos que tenían, pero desde la Oficina Federal pensamos que era importante que hiciéramos todo lo posible para apoyar a los programas. Y lo que hemos hecho es, el Centro Nacional de Salud y Bienestar en la Primera Infancia ha encabezado nuestros esfuerzos en torno al uso indebido de opioides y los trastornos por uso de sustancias y nos ayudó a organizar un grupo de trabajo de expertos hace aproximadamente un año, donde básicamente dijimos, no estamos muy seguros de qué es lo que, según la evidencia, son las mejores prácticas y estrategias para el cuidado y la educación en la primera infancia.

Todos hablan de adultos. Se habla de impactos a largo plazo, pero ¿qué podemos hacer específicamente en relación con el cuidado y la educación en la primera infancia? Y el resultado fue que aprendimos bastante sobre qué estrategias son efectivas. Y pensamos que era realmente importante llevarlo al nivel local. Y por eso hemos sido anfitriones de reuniones regionales en todo el país. Hemos hecho cinco hasta ahora. Y ahora, haremos la región 10 a fines de octubre. Y de ahí es de donde provienen estos seminarios web nacionales. Pensamos que era muy importante llevar a las audiencias nacionales a los mejores oradores plenarios que hemos visto en cada una de estas regiones. Entonces, la persona que van a escuchar hoy está en la región 1. Y no es para presionarlo, pero me han dicho que probablemente sea uno de los mejores oradores plenarios que hemos tenido hasta ahora. Así que estoy muy emocionada de poder aprender de él.

Sin embargo, antes de pasar a eso, lo último que quería mostrarles es que es muy importante para nosotros poder escuchar específicamente a las personas que han pasado por esto, que han tenido un trastorno por uso de sustancias y han salido adelante. Y, de hecho, hemos tenido representación de los padres en cada uno de estos eventos regionales. Y tuvimos una madre llamada Gina, que estuvo dispuesta a compartir su historia con nosotros en la región 3. Y el Centro Nacional ha hecho un video. Y esperaba poder mostrarles eso aquí. Probablemente necesitará algunos ajustes. Bien, aquí vamos. Entonces, este video está por comenzar. Saldrá a través de los altavoces de sus computadoras. Así que súbanlos si no puedes escuchar. Voy a pulsar reproducir.

Gina: Crecí en una casa en la que siempre hubo adicción a las drogas y al alcohol. Las cosas del pasado a veces le pasan factura a uno. Comencé a usar drogas a los 26 años. Durante este tiempo, estuve presa dos años seguidos. Hasta me perdí el segundo cumpleaños de mi hijo. Un día, estando en la cárcel, mi asistente social me llamó a su oficina y me dijo que tenía un mensaje de la guardería de mi hijo. Que algunos miembros querían venir a visitarme y tratar de llevar a mi hijo también. Yo me quedé sorprendida. En ese momento me di cuenta de que aún había personas en este mundo que no solo se preocupaban por mí, la adicta hecha un desastre, sino por el bienestar de mi hijo y mi familia. Venía del corazón, como lo sentí. Volví de la cárcel y fui directamente a la guardería a agradecerles a todos esos miembros del personal. Esas mujeres creyeron en mí y vieron más en mí cada día. Me dieron folletos para vacantes de empleo y me llevaban y traían a las citas para guiarme en un camino positivo y estable en mi vida. Y entonces, la meta es ser una mejor mamá, una mejor persona. Y estoy sobria. [Risas] ¿Se imagina? Así es.

Sangeeta: Quiero agradecer a Gina por ser tan valiente y estar dispuesta a contar su historia. Entonces, con eso, quería presentar a nuestro orador del día, porque sé que tenía cosas realmente geniales para compartir con nosotros. Y en caso de que no sepan a dónde ir para obtener información sobre el uso indebido de sustancias, aquí está nuestra página. Así que es un placer anunciar al Dr. Munish Gupta. Es un neonatólogo permanente y director de mejoras de calidad para el Departamento de Neonatología del Centro Médico de Beth Israel Deaconess y profesor asistente de pediatría en la Facultad de Medicina de Harvard. Sus intereses académicos se centran en enfoques innovadores para mejorar la calidad y la seguridad del paciente. Es el presidente de la Colaboración para la Mejora de la Calidad Neonatal de Massachusetts y ha trabajado ampliamente con los esfuerzos estatales y nacionales para fomentar el desarrollo de la colaboración perinatal de calidad basada en el estado. Dr. Gupta, bienvenido, estamos encantados de que pueda estar hoy con nosotros.

Dr. Munish Gupta: Genial. Muchas gracias. ¿Pueden escucharme?

Sangeeta: Sí, perfectamente.

Dr. Gupta: Estoy muy emocionado de estar aquí. Gracias a todos por unirse al seminario web. Probablemente nunca he estado en un seminario web con tanta actividad en el chat. Es evidente que las personas están atentas. Sí, no estoy tan emocionado por seguir la historia de los padres. Siempre es difícil seguir algo así. Y si obtienes algo de este seminario web, es recordar haber escuchado la historia de Gina, porque esas historias lo dicen todo. Estoy realmente emocionado de estar aquí, en parte porque creo que esto... Bueno, sobre todo, porque creo que esta asociación... lo que estamos haciendo como colaboradores estatales de calidad perinatal y como comunidad Head Start y Early Head Start puede realmente cambiar las cosas gracias al trabajo que estamos haciendo en torno al uso perinatal de opioides y el cuidado de los recién nacidos expuestos a opioides. Entonces creo que esto es muy importante. Y el hecho de que todos ustedes estén presentes y participen es excelente.

Un resumen rápido de lo que trataré de cubrir durante los próximos 35, 40 minutos más o menos, voy a hacer algunos comentarios sobre el estigma solo para comenzar. Voy a hablar un poco sobre el uso perinatal de opioides y el SAN. Dedicaré la mayor parte de mi tiempo a hablar sobre los esfuerzos por mejorar aquí en Massachusetts. Como parte de eso, les hablaré un poco sobre cómo mejorar los resultados, lo que sabemos y lo que no sabemos. Y luego al final con un par de comentarios sobre el seguimiento. Una advertencia rápida, hay muchos temas para intentar cubrir, así que voy a ir bastante rápido, pero también hay muchas cosas que no voy a cubrir. Hay tanto de lo que hablar en este tema que este es solo un punto de partida. Sé que el primer seminario web de esta serie fue de Stephen Patrick. Espero estar hablando de algunos de los mismos temas y puntos que él, si no, que alguien me lo haga saber. Un par de advertencias, estoy hablando en nombre de muchas personas que han trabajado muy duro en este esfuerzo aquí en este estado.

Me centraré principalmente en Massachusetts, pero hay muchos otros hospitales y muchos otros estados que han realizado un trabajo similar. Y tiendo a hablar un poco rápido. Espero que puedan entenderme. Hagan un comentario rápido o algo así si voy demasiado rápido. Primero, una pregunta para ustedes que la Dra. Bergeron ya planteó en sus comentarios iniciales, pero digamos que hay una madre que tiene un largo historial de uso indebido de heroína, que normalmente toma metadona. Ella da a luz a un recién nacido con abstinencia aguda. El bebé está angustiado e inconsolable y lo está pasando muy mal. Y si estuviesen involucrados en el cuidado de esta madre y este bebé, les pregunto, ¿qué tan enojados estarían con esta madre por hacer pasar al bebé por esto? Y creo que si nos lo preguntamos sinceramente, muchos de nosotros no estaríamos entusiasmados con la situación. Pero ¿y si les dijera que la madre lleva un par de años tomando metadona y eso le ha permitido tener una vivienda estable y conseguir un trabajo, y ahora, en realidad, tiene un hogar bastante estable?

Entonces, ¿estamos tan furiosos con ella o enojados con ella? Si no, ¿qué pasa si les digo que acaba de comenzar a tomar metadona hace un mes, pero que está trabajando para recibir tratamiento y salir de un estilo de vida difícil?

¿Entonces seguimos enojados con ella? Es importante pensarlo, porque creo que incluso por dentro, después de mucho trabajo realizado, todavía hay una buena cantidad de estigma en torno al uso perinatal de opioides. Aquí hay un titular del Boston Globe, un diario que creo que es realmente un gran diario y muy progresista. Esto fue hace varios años, cuando comenzamos nuestro trabajo en Massachusetts. Y pueden ver este titular, "Casos de recién nacidos con adicciones en aumento". Y luego la foto no es la mejor. Lección número uno. Los bebés no nacen adictos a los opioides. La adicción es un término cargado que tiene muchos significados, pero los bebés no nacen adictos, y esto persistió: "Suben las tasas de bebés adictos en el estado", "Adicción a los opioides en las salas de partos". Tenemos que tener cuidado. Y este último es del año pasado.

Tenemos que tener cuidado con cómo describimos a estos bebés y este problema. Y este estigma no está solo en los diarios. Esta es una publicación o infografía de los NIH. Y dicen que cada 15 minutos nace un bebé que sufre de abstinencia de opioides y sugiere que este es un mal resultado y que algo malo le está sucediendo a este bebé. Esto es de la semana pasada o hace dos semanas en el New York Times: "Estos bebés recién nacidos lloran por drogas, no por leche", de Nicholas Kristof, que es un columnista con buenas ideas. Y luego veamos un par de citas de este artículo. Así es como empieza. "Su cuerpo depende de los opioides. Se retuerce, tiembla y llora. Está cansado, pero no puede dormir. Vomita, apenas come y ha perdido peso. Es un bebé de solo un mes de nacido. Lloro en la guardería. Un voluntario viene y lo abraza. Está inconsolable. Lo que su cuerpo anhela es heroína". Y otra cita de este artículo: "Está agitadoísimo", dijo el Dr. Maxwell, sobre el bebé que sufre abstinencia.

"El bebé no está durmiendo, no está comiendo, no está creciendo. Es un desastre". Esto es de hace dos semanas. Estoy tratando de alentarlos a que piensen en los próximos 20 o 30 minutos que esto puede no ser un desastre, que un bebé que pasa por abstinencia puede ser un signo de algo importante. Eso es algo bueno para este bebé y su familia. La cuestión del estigma es crucial. Y pensamos en esto, y esto es para Massachusetts, nuestra campaña StigMA, lo pensamos principalmente cuando hablamos de adultos con trastorno por consumo de opioides y no usamos palabras como drogadicto, adicto, drogón y otras cosas. Pero lo que les voy a decir es que este estigma también se aplica a las madres y los bebés y al uso perinatal de opioides. Hay mucho para decir a favor de que, si logramos superar el estigma, podemos cambiar bastante esta epidemia de opioides.

En un recuadro de este artículo a principios de este año, había una idea sencilla que podría ayudar a terminar con la epidemia de opioides en Estados Unidos y era que tratemos la adicción como una enfermedad y no como una elección de comportamiento. Y que nos deshagamos del estigma. Entonces, mi punto de vista bastante importante, pero quizás no tan obvio, es que, en primer lugar, es posible que un aumento del número de recién nacidos con SAN sea positivo, al menos a corto plazo. Así que voy a tratar de explicar esta idea durante los próximos 15, 20 minutos y espero conseguir que piensen que un bebé con SAN no es necesariamente un mal resultado. Un poco de información sobre el uso perinatal de opioides y SAN. Voy a pasar por esto muy rápido por cuestiones de tiempo. Por lo tanto, el síndrome de abstinencia neonatal, SAN, es un síndrome de abstinencia postnatal en recién nacidos después de la exposición a medicamentos intrauterinos.

Está asociado principalmente con la exposición a opioides. Hay una cuestión biológica. Se desarrolla en aproximadamente el 40 % a 90 % de los bebés con exposición perinatal a los opioides, es decir que no en todos. Realmente no existe una relación limpia entre la dosis de opioides en el útero y la gravedad del SAN. Y SAN no es un gran nombre. Al igual que los bebés no nacen adictos, la palabra abstinencia también sugiere ciertos comportamientos, elecciones o cosas que asociamos más con los adultos. Entonces, es posible que vean que hay una tendencia a llamar a este Síndrome de Abstinencia de Opioides Neonatal, en lugar de SAN. Deberíamos hacer una pausa rápida para reconocer que la exposición a los opioides en el embarazo, aunque es importante, no es tan común como el uso de otras sustancias en el embarazo que podrían tener un impacto aun mayor en un bebé; es decir, los cigarrillos, el alcohol, la marihuana y otras sustancias.

Nos centraremos en la exposición a los opioides y el impacto de estos, pero no perdamos de vista el hecho de que también hay otras sustancias que podrían tener un impacto aun mayor en la salud pública. Características clínicas de SAN, aquí voy a pasar por alto esto, pero es un síndrome de abstinencia. Entonces hay signos neurológicos, autonómicos, gastrointestinales. ¿Cuándo aparece? Generalmente unos días después del nacimiento, dependiendo de la exposición real a los opioides. El manejo de SAN, esto es solo lo más básico. Necesitamos identificar a estos bebés, ya sea mediante pruebas diagnósticas o exámenes. Tenemos escalas de puntuación estandarizadas sobre cómo evaluar cualquier síntoma. Cada vez más están reconociendo que la atención no farmacéutica puede ser un pilar del tratamiento de SAN en términos de un ambiente relajante, alojamiento con los padres, lactancia materna y nutrición. El viejo pilar de la terapia SAN solía ser la terapia farmacológica.

Por lo tanto, trataríamos a estos bebés generalmente con morfina y luego iríamos retirando eso lentamente para controlar los síndromes de abstinencia. Cada vez más, la terapia farmacológica está siendo reemplazada por una terapia no farmacológica. Y esta última pieza es crucial, apoyo familiar, asociación con la familia, trabajo social, asegurando que tengamos buenos sistemas y seguimiento. DCF es nuestra agencia estatal de protección infantil, por lo que trabaja en estrecha colaboración con nuestras agencias estatales en torno a la manutención familiar y la manutención infantil. No es ninguna sorpresa que la epidemiología de SAN ha ido en aumento de manera constante. Y por cada mil nacimientos, pueden ver que en general pasó de aproximadamente 1 cada 1,000 a seis cada 1,000 en 2014. Esto es para todos los pagadores. Hay diferencias regionales en esto. Este también es un artículo de Stephen Patrick, a quien escucharon la última vez.

Pueden ver que Nueva Inglaterra, nuestra región está más afectada. El sur, supongo que dicen, está particularmente afectado. Hay alguna variación regional. Explicaré algo aparte rápido. Estos son datos de Massachusetts, en el caso de SAN identificado con datos ICD-9 o ICD-10. Muchos estados están rastreando esto utilizando datos administrativos estatales, incluidos los códigos ICD. Es importante, pero sabemos que los códigos ICD no son perfectos. Podemos saber de 50 a 60, y hay un cambio en ICD-9 a ICD-10. Y parece que eso impacta un poco nuestro seguimiento. Las líneas amarillas oscuras de aquí son bebés con un diagnóstico de SAN por ICD-9 antes de 2015, ICD-10 después de 2016. Las líneas amarillas más claras son bebés con diagnóstico de SEN. Si van a rastrear esto en su estado, es cada vez más importante observar los diagnósticos tanto de SAN como de exposición a sustancias para tener una idea clara de lo que está sucediendo. Ahora, voy a dedicar un tiempo a hablar sobre los esfuerzos de mejora en Massachusetts.

Y esto se ha hecho principalmente a través de nuestra colaborativa estatal de calidad perinatal. Tal vez sepan que las colaboraciones de calidad perinatal del estado existen, muchos estados las tienen. Incluso hay una red nacional de colaboraciones de calidad perinatal. No voy a entrar en lo que son los PQC, pero los animo a todos, como proveedores de Early Head Start o Head Start, si están trabajando desde esta base, asegúrense de comunicarse con su PQC estatal. Existen grandes probabilidades de que también estén trabajando en esta base desde el punto de vista del hospital clínico. Así que pueden ser grandes socios para su trabajo. En Massachusetts, por nuestro trabajo en torno al uso perinatal de opioides, se nos ocurrió este marco, donde tratamos de identificar oportunidades durante el embarazo, en el período del recién nacido y luego de recién nacido hasta los primeros meses de vida.

Fijamos metas para cada caso, mejorando la atención de las madres con trastorno por uso de opioides, mejorando la atención del recién nacido a través del compromiso familiar, incluido el seguimiento. Para cada uno de estos, establecimos parámetros mensurables— el porcentaje de madres en MAT, el porcentaje de estos bebés que se alimentan de leche materna como un signo de compromiso familiar. Y esto es importante. Inicialmente, cuando comenzamos este trabajo, nuestra medida principal para el seguimiento fue un porcentaje de estos niños inscritos en una intervención temprana. Durante mucho tiempo, hemos sabido que EI es un socio crucial para estas familias. Ahora, cada vez más, solo en el último año, estamos reconociendo el rol que Head Start debería cumplir en esto

también. Por lo tanto, es probable que estos objetivos cambien pronto. Los componentes de nuestro proyecto a lo largo de los años han sido seminarios web y talleres de capacitación.

Encuestamos las prácticas para identificar variaciones y prácticas entre hospitales. Tenemos un kit de herramientas, un sitio web con muchos recursos, capacitación en MC para nuestros equipos. Ahora tenemos una base de datos compartida, donde los equipos informan datos a nivel de pacientes sobre estas mamás y bebés. Así, recibimos informes de progreso regulares para los equipos sobre cómo les está yendo. Tenemos informes de progreso a nivel estatal. Verán algunos de esos datos. Hacemos visitas, donde salimos y vemos lo que la gente está haciendo en sus hospitales locales. Esta es una excelente manera de crear ideas y compartir. Y luego dos veces al año, tenemos cumbres estatales, donde reunimos a toda la comunidad para compartir el progreso y compartir ideas y aprender unos de otros. Aquí hay una muestra de esfuerzos de mejora. Les comento, en nuestro proyecto, tenemos muchos socios: nuestro departamento de salud pública, EI, Early Head Start, el Departamento de Niños y Familias, en fin, muchos socios.

Pero el grupo central de nuestro proyecto son los equipos de mejora que trabajan en hospitales. Por lo tanto, los profesionales de obstetricia y salud perinatal trabajan en equipo, formando equipos de mejora hospitalarios. Y aquí hay una muestra de lo que han hecho estos equipos a lo largo de los años, aumentando la detección del trastorno por uso de opioides en el embarazo, asegurándose de tener buenos sistemas para identificar madres que sufren trastorno por uso de opioides y darles acceso a tratamiento, mejorando la posibilidad de encontrar cualquier SAN, protocolos estandarizados de farmacias, mucho trabajo en torno a la atención no farmacéutica, la leche materna, alojamiento conjunto, programas de abrazos, y luego asegurarnos de que tengamos mejores procesos para obtener referencias a EI. Así que eso es solo un breve resumen de cosas que se han hecho. Ahora, voy a trabajar y hablar de lo que realmente hemos aprendido y cómo hemos mejorado los resultados. Revisaré cada uno de estos períodos de tiempo uno a la vez.

Entonces, ¿qué aprendimos de la parte sobre el embarazo? ¿Y sobre la de cuidado de recién nacidos en el hospital? ¿Y qué aprendimos sobre la de la infancia posterior al alta? Entonces, en la parte de embarazo, voy a volver a ese punto que mencioné anteriormente. Y voy a repetir mi importante, aunque quizás no tan obvio, punto de partida número uno. Los resultados para las familias y los bebés afectados por el uso de opioides durante el embarazo mejoran muchísimo cuando las madres se inscriben y participan en un programa de tratamiento. Así que déjenme entrar en esto. Sabemos que el tratamiento funciona. Esta es una diapositiva que presentó nuestra directora de la Oficina de Servicios de Abuso de Sustancias, la agencia estatal que es una fuente principal de servicios de tratamiento para muchos pacientes afectados por el trastorno por uso de opioides, ella presentó esto en su primera reunión en este proyecto. Y ella solo quería mostrarnos con claridad que el tratamiento para el trastorno por uso de opioides de veras funciona.

Estas son las admisiones de desintoxicación por año. Las grandes líneas azules muestran antes del inicio de la metadona y luego están las barras rojas y verdes, que representan después del inicio. Entonces, ¿con qué frecuencia las pacientes con trastorno por consumo de opioides ingresaron para desintoxicación? Desglosado en antes y después de arrancar con la metadona. Y los resultados hablan por sí mismos. El tratamiento con metadona funciona para el trastorno por consumo de opiáceos. El tratamiento asistido con medicamentos, de los cuales la metadona es un tipo, funciona. Tiene que darse en el contexto de muchas otras cosas, pero este tratamiento, sabemos cómo hacerlo. Este es un comentario de ACOG, ACOG nos recuerda que para las mujeres embarazadas con un trastorno por uso de opioides, la farmacoterapia con agonistas opioides, el tratamiento asistido con medicamentos, es la terapia recomendada y es preferible a la abstinencia. Nuestro objetivo no es sacar a estas madres de los opioides. Si identificamos a una embarazada con trastorno por consumo de opioides, el objetivo es llevarla a MAT.

Hay muchos datos científicos que validan eso, no voy a ahondar en esto ahora, pero si intentamos que las mujeres embarazadas dejen los opioides a través de la abstinencia supervisada, eso es difícil y suele llevar a una alta tasa de recaída y peores resultados generales. Entonces, nuestro objetivo es lograr que las madres identificadas con trastorno por uso de opioides pasen la terapia, incluida la terapia asistida con medicamentos. Pero aquí es donde surge ese punto. Entonces, es mejor que las madres entren en tratamiento, incluido MAT, pero si hacemos un mejor trabajo en la detección, identificando a las madres con trastorno por consumo de opioides e iniciándolas en el tratamiento, ¿eso no conducirá a más SAN? ¿Y no es SAN malo para los bebés? Y esto resulta duro, es duro. Un problema relativamente grande es que no sabemos mucho sobre los resultados a largo plazo de SAN.

Pero, y les mostraré un par de diapositivas que intentan apoyar esto, lo que sí sabemos indica que la exposición a los opioides en el útero, particularmente si esa exposición es MAT, puede tener efectos limitados en los resultados a largo plazo para los niños, y que los factores sociales que rodean el uso de opioides juegan un papel mucho más importante en la determinación del crecimiento y el desarrollo. Y lograr que las mamás ingresen a MAT puede ser una de las formas más importantes en que podemos impactar estos factores sociales. Aquí hay algo sobre los resultados. Sabemos que hay algunos estudios a nivel de población. Aquí hay otro estudio del mismo Dr. Patrick, muestra que los resultados después de SAN podrían ser más difíciles. Se trata de tasas de reingreso, a los 30 días y al año para bebés diagnosticados con SAN. Son más altos en comparación con los recién nacidos a término. Y son similares a los bebés prematuros tardíos.

Por lo tanto, los bebés con SAN tienen una mayor probabilidad de ser readmitidos. Estos son datos de nivel de población de Australia, donde analizaron el rendimiento escolar en los grados 3, 5 y 7. Y los niños que habían tenido el diagnóstico de SAN tuvieron un rendimiento escolar más bajo que otros niños, incluido el grupo de control. Los datos son preocupantes, pero les digo que es muy difícil tener un grupo de control para los factores de riesgo sociales, económicos y de otro tipo que podrían estar teniendo efecto en estos resultados. Se ha intentado hacer eso en un par de estudios. Este es un estudio que analizó a 87 bebés con un diagnóstico de SAN. Y observaron los puntajes de Bayley a los 2 años. Y concluyeron que los puntajes de Bayley eran un poco más bajos que las medias de población. Para esta prueba, el puntaje debería ser 100. Se normalizó a 100. Y concluyeron que sus puntajes eran un poco más bajos. Así que concluyeron que los niños con SAN estaban en riesgo de tener puntajes de desarrollo más bajos.

Con respecto a, nuevamente, 87 bebés, y todos estos eran bebés diagnosticados con SAN. Otro grupo, y es posible que hayan oído hablar de algunas de estas personas, [Inaudible] Dr. Jones, algunos de los líderes en este campo, observaron a 96 bebés de hasta 3 años de edad. Y son todos bebés nacidos de madres con MAT, por lo tanto, es diferente al otro estudio, que consistía en todos diagnosticados con SAN. Las diapositivas están un poco distorsionadas, me disculpo, o apretadas. Pero desde los 3 meses hasta los 36 meses de edad, los niños expuestos previamente a la buprenorfina o metadona, MAT, se encontraban dentro del rango de desarrollo normal y crecimiento físico medido, desarrollo cognitivo y desarrollo del lenguaje. Estas personas comentaron, esto también está un poco distorsionado, disculpen, pero comentaron sobre otros estudios. Así que aquí tenemos a algunos de esos autores comentando sobre ese otro estudio, el primer estudio que les mostré, sobre esos 87 bebés con SAN. Y ellos dijeron: "Esta explicación causal bien intencionada es probablemente errónea. Los niños experimentan problemas de desarrollo debido a una variedad de razones.

Además, esas razones pueden o no estar relacionadas con el uso de opioides por parte de la madre. Los datos de control sugieren que la mayoría de los niños que experimentan SAN estarán durante los primeros 3 años de vida dentro de los límites normales de desarrollo en una amplia variedad de medidas de función cognitiva y social". Es muy difícil, pero hay datos razonables que sugieren que tal vez no tengan un desarrollo tan diferente los bebés que están expuestos y los que no, particularmente si esa exposición es a MAT. Y sabemos que MAT va a mejorar mucho los resultados para la mamá. Justo este mes en Pediatría, había un artículo de revisión de vanguardia sobre este



tema, Consecuencias del desarrollo neurológico de la exposición perinatal a los opioides. Y en general, las conclusiones de esto fueron que hay pocos estudios. Los estudios que están presentes sugieren que no hay un efecto a corto plazo en estos niños, es decir, 3, 6, 9, 12 meses después, un efecto a largo plazo; es decir, en la infancia.

Algunos de estos estudios sí indican más una asociación, como el que les mostré, pero los resultados son mixtos. Y los estudios reconocen que la pobreza parece ser una causa generalizada de los resultados observados a largo plazo. En general, creo que esta conclusión del Dr. Schiff de Massachusetts y del Dr. Patrick es correcta, ya que los esfuerzos para ampliar las opciones de tratamiento, incluida la terapia con agonistas opioides para mujeres embarazadas con trastorno por consumo de opioides con metadona y buprenorfina, pueden de hecho aumentar el número de casos de SAN, pero esto aún debe considerarse un tratamiento exitoso. Entonces, en el embarazo, nuestro objetivo es que la madre inicie el tratamiento. Para los bebés de la crisis de opioides, la mejor solución puede ser que mamá se recupere. La recuperación de la madre incluirá un tratamiento con medicación, inclusive si eso implica una mayor probabilidad de que estos bebés tengan SAN y hace que más bebés presenten SAN.

Ese ha sido nuestro objetivo en Massachusetts en esta área. Ahora, les voy a mostrar algunos de nuestros números y qué tal lo venimos haciendo. Lo que estamos haciendo, lo que estamos viendo que se mide principalmente es el porcentaje de madres de recién nacidos expuestos a opioides entre los hospitales en nuestra colaborativa que están con MAT. Este es un gráfico a lo largo del tiempo. Van a ver varios gráficos. Este es un cuadro de control. Las líneas de guion son límites de control. Nos dan una forma de evaluar rigurosamente si estamos o no marcando una diferencia. No se preocupen demasiado por eso. Solo concéntrense en la línea azul, que es nuestro principal resultado. Pueden ver en los últimos tres años: 2 años y medio, el porcentaje de madres de recién nacidos expuestos a opioides en nuestro estado, en nuestra colaborativa que están en MAT no ha cambiado. Entonces, como una de nuestras principales medidas de resultado, aquí todavía no estamos logrando una diferencia. Por otro lado, nuestra tasa es alta, 80 %. Así que estamos entusiasmados con eso.

Creo que eso refleja mucho trabajo que el estado viene haciendo hace bastante tiempo para combatir el estigma y lograr que más de estas mamás reciban tratamiento, pero sería genial si conseguimos que este número aumente. Siguiendo área, ahora quiero hablar con ustedes acerca de la atención neonatal después del parto. Cuidar al recién nacido en riesgo de SAN después del nacimiento. Y aquí está mi punto de partida número dos. Creo que este es importante y bastante obvio. Si podemos aumentar el trabajo en equipo y la colaboración con las familias en el cuidado de los recién nacidos expuestos a opioides en esa hospitalización después del parto, eso mejorará los resultados. Tenemos una buena cantidad de datos sobre esto ahora. Este es un documento de nuestros colegas del Boston Medical Center. Analizaron varios resultados diferentes, la duración de la estadía de los bebés, los puntajes de gravedad de SAN, los días de terapia con opioides, la cantidad de terapia con opioides requerida por cada bebé. Examinaron cada uno de estos factores comparado con el porcentaje de tiempo que el padre o madre estuvo presente durante la estadía en el hospital.

Y cuanto más presente esté el padre o madre, mejores serán los resultados en todas estas áreas. Por lo tanto, la presencia paterna durante la hospitalización será buena para el bebé. Aquí hay un metaanálisis en el que se analizó el alojamiento conjunto. Por alojamiento compartido entendemos, ¿ese bebé en riesgo de SAN o con SAN se alojó con la madre en su habitación en lugar de en un área separada, como la UCIN o la sala de cuidados especiales? Y hay múltiples estudios que muestran lo mismo. Mientras más alojamiento compartido tenemos, mejores resultados. Este resultado particular fue la posibilidad de necesitar farmacoterapia. Entonces, ¿qué porcentaje de estos recién nacidos expuestos a opioides, qué porcentaje de estos bebés en riesgo de SAN necesitaban terapia farmacológica para SAN? Y pueden ver que el alojamiento compartido reduce en estos bebés la posibilidad de requerir farmacoterapia para SAN. La terapia no farmacológica funciona. Es posible que hayan oído hablar de esta nueva tendencia de comer, dormir, consolar.

Este fue el artículo que lo inició. Este es del Dr. Grossman y sus colegas de Yale, donde dijeron, miren, reconsideremos la forma en que abordamos el tratamiento SAN. En vez de que a los bebés con SAN los saquen, los pongan en la UCIN, les den morfina, ¿por qué no los mantenemos con las mamás? Trabajemos en la lactancia materna y en el alojamiento compartido. No llamaron a esto "comer, dormir, consolar". Simplemente usaron esos términos para decir: Bueno, si los bebés no pueden comer, si no pueden dormir, si no pueden ser consolados, esas cosas básicas, solucionemos eso. Así vieron una caída dramática en el porcentaje de bebés que necesitaran terapia de morfina. De nuevo, el porcentaje de bebés en riesgo de SAN que necesitaron la terapia farmacológica que se le da a un adicto bajó muchísimo. Nuestros colegas del Centro Médico de Boston, el Dr. Rothman y el grupo, hicieron un proyecto similar adoptando este método "comer, dormir, consolar" o ESC, como se conoce ahora. Y también bajaron bastante su tasa o porcentaje de niños que necesitaron terapia farmacológica.

Entonces, en Massachusetts, hemos comenzado a implementar esto. Muchos hospitales están interesados. Quieren adoptarlo, por lo que hemos recopilado herramientas y recursos de planificación para los hospitales que lo deseen. Es importante destacar que creemos que debemos rastrear los resultados de estos niños. Esto presenta algunos datos prometedores, pero no sabemos nada acerca de los resultados a largo plazo. En el caso de que se le dé de alta más pronto, no sabemos si les está yendo bien en casa o si van a regresar al hospital más veces. Así que estamos tratando de rastrear ese tipo de cosas para realmente tener una idea de si la técnica ESC está marcando una diferencia tanto a corto como a largo plazo. Hasta la fecha, en Massachusetts, alrededor de 10 hospitales han implementado ESC. Diré que muchos más han mejorado en gran medida las prácticas de cuidado no farmacéutico y el alojamiento compartido, la lactancia materna y los abrazos. Y diré y pienso y creo que mucha gente estará de acuerdo en que esas cosas son aun más importantes.

ESC, al final, es esa herramienta de puntuación que uno usa. Ya sea que uno use la Finnegan o ellos usan esta evaluación de comer, dormir y consolar. La parte de atención no farmacéutica es la parte más grande, la parte más importante. Y pueden hacerlo ya sea que estén usando ESC o no. Entonces, ¿cómo estamos en Massachusetts en esta área? Esto también está mejorando el cuidado del recién nacido después del parto. Observamos varios resultados. Uno es el porcentaje de estos bebés que necesitó atención en la sala de cuidados especiales o UCIN. Entonces, como estado, estamos tratando de que cada vez más niños se alojen con sus madres en un entorno de cuidados no intensivos. Y parece que estamos marcando una diferencia. Comenzamos alrededor del 40 %, 50 %. Ahora [Inaudible] alrededor del 30 % de estos niños están recibiendo atención en un entorno de cuidados intensivos. Y eso es una caída de más de un tercio. Al igual que esos otros artículos, respecto a terapia farmacológica, vimos un descenso en la misma del 50 % a alrededor del 35 %.

Entonces, más de 1/3 de disminución en el porcentaje de estos bebés que necesitan terapia farmacológica. Ahora voy a la siguiente área. Entonces ahora esto es posterior al alta. Así que repasamos la situación en embarazo, repasamos la situación de atención hospitalaria. Muy rápido, debo reconocer, pero al menos vimos los puntos clave. Y ahora, esto es posterior al alta. Así que aquí está mi bastante importante, pero demasiado obvio punto número tres. Deberíamos mejorar el seguimiento y los servicios para los bebés con SAN y las madres con OUD después del alta. Como mencioné, no sabemos mucho sobre los resultados a largo plazo de SAN. Tampoco sabemos mucho sobre los resultados a corto plazo en términos de lo que sucede después de que salen del hospital, pero sí sabemos que el periodo después del parto es un momento de alto riesgo, especialmente para las madres. Así que aquí hay algunos datos nuevamente de Massachusetts.

Davida Schiff, cuyo nombre han visto antes, hizo esto en colaboración con nuestros colegas estatales de DPH, donde analizaron los casos de sobredosis entre mujeres con trastorno por consumo de opioides antes del embarazo, durante el embarazo y finalmente después del embarazo. En realidad, me estoy dando cuenta, probablemente no puedan ver mi puntero aquí. Pero pueden ver que durante el segundo y tercer trimestre del embarazo, los eventos de sobredosis disminuyeron mucho. Esto es probablemente, porque estamos identificando

a estas mamás, las estamos tratando, pero varios meses después del embarazo es un momento de alto riesgo. Los casos de sobredosis vuelven a subir. Las barras grises aquí son para las madres que no están en farmacoterapia. Entonces esas son las de mayor riesgo. Por lo tanto, estamos haciendo un buen trabajo poniendo a esas madres bajo tratamiento durante el embarazo, al menos según estos datos. Ahora, no estamos haciendo un buen trabajo manteniendo ese nivel de compromiso después del parto.

Aquí hay algunos datos estatales sobre intervención temprana. Entonces, como mencioné, durante bastante tiempo, nos enfocamos en lograr que más de estos bebés ingresen a la IE, principalmente aumentando las tasas de remisiones. Aquí vemos cuántos bebés con SAN nos fueron remitidos dentro de los seis meses posteriores al nacimiento, por año. Estamos progresando aquí, pero pueden ver que esto es del 40 % al 65 %. Sería genial lograr que ese número subiera hasta 80 %, 90 %, 100 %. En Massachusetts, un diagnóstico de SAN es automáticamente elegible para intervención temprana. Sin embargo, en el lado derecho, se encuentra el porcentaje de bebés con un SAN inscritos en EI por año o edad. Esto es mucho más bajo, 35 %, 40 %. Por lo tanto, necesitamos que se remitan más de estos bebés, pero incluso entre los remitidos, todavía hay más trabajo por hacer para inscribirlos. Y algo de esto podría una vez más estar relacionado con ese estigma.

Si las madres no están entusiasmadas con buscar atención o comprometerse con las agencias estatales, debido al estigma en torno al uso de opioides, esa podría ser una razón por la cual algunas familias deciden no involucrarse en una intervención temprana. Aquí hay un gráfico que muestra parte del trabajo que estamos haciendo en esta área. Esto es de un hospital. Entonces, al asociarse con el estado, están tratando de entender realmente por qué las tasas de inscripción son mucho más bajas que las tasas de remisión. Se fijaron, durante varios años, de todos los bebés con SAN, qué porcentaje se remitió a EI, qué porcentaje fue admitido, qué porcentaje se evaluó, qué porcentaje se consideró elegible y finalmente qué porcentaje se inscribió. Y se puede ver en cada etapa, vemos una caída. Por lo tanto, hay oportunidades de mejora en cada etapa de este proceso, desde ser elegible para EI hasta inscribirlos en EI. Entonces, ¿qué tal lo estamos haciendo? Desafortunadamente, la única medida que tenemos para esto es la remisión a la EI.

Estamos trabajando con el estado para obtener datos para la inscripción en el EI, pero dado que, en general, todavía somos una colaborativa con base en el hospital, los datos que tenemos son la remisión a EI para el momento del alta hospitalaria. Aquí, todavía no hemos realizado mejoras. Estamos alrededor del 75 %. Y queremos que este número suba a tope. Queremos que de todas las reuniones salga una remisión a EI al menos para cuando salgan del hospital. También estamos rastreando solo para saber el porcentaje de estos bebés que son dados de alta con su familia biológica. Sabemos que hay muchas cosas que determinan si un hogar es o no seguro para un bebé y si determinadas familias están en las mejores condiciones para llevarlo a casa. Entonces, esperamos que este número vaya aumentando con el tiempo, pero reconocemos que puede llevar algo de tiempo. Nos complace que el 75 % de estas personas recién nacidas expuestas a opioides se vayan a casa con un padre o madre biológico. Creo que todos apreciaríamos que este número aumentara.

Así que aquí es donde voy a entrar un poco en Head Start. Sabemos que mediante atención integral, longitudinal y centrada en la familia, el apoyo desde el embarazo hasta el nacimiento y durante la infancia se logrará que las familias con uso de opioides perinatales tengan las mejores oportunidades para lograr una recuperación y mejorar su salud a largo plazo. Lo sabemos por los datos. Además, lo sabemos porque hay cosas que son obvias y tienen mucho sentido. ¿Y no es esto exactamente lo que hacen Early Head Start y Head Start? Brindar atención integral, longitudinal, centrada en la familia. Creo que para muchos de nosotros que estamos en el hospital cuidando a madres y bebés al nacer, Early Head Start y Head Start no son socios típicos. No sabemos mucho sobre lo que hacen. Los de pediatría generalmente sí lo saben, pero nosotros no. Pero tenemos que aprender, porque tiene todo el sentido del mundo para nosotros asociarnos con EI, para que más de estas familias cuenten con los servicios, para ayudar con esta atención longitudinal centrada en la familia.

Durante los próximos minutos resumiré algunos puntos importantes para que tengan en cuenta: hacer que las madres con trastorno por consumo de opioides inicien tratamiento, incluido MAT, puede ser la intervención más importante que podamos hacer. Y reconoceré que no tenemos datos excelentes sobre los resultados a largo plazo de SAN, pero creo que tenemos suficientes datos, particularmente sobre el impacto de MAT en las personas con trastorno por consumo de opioides, para saber que este es el camino correcto a tomar. Por lo tanto, no debemos pensar en SAN como un mal resultado. Si nace un bebé y tiene síntomas de SAN, pero porque nació de una madre con trastorno por consumo de opioides que se pasó a la metadona y está estable con metadona, comprometida con el tratamiento, eso es un éxito. Ese es un buen resultado. Sabemos que funciona la atención no farmacéutica, centrada en la familia, y es bueno para el bebé y la familia.

Y tenemos que pensar en oportunidades para mejorar el seguimiento tras el alta. Si se fijan un poco en el contexto que armé, creo que estamos logrando un gran progreso para mejorar la atención de un trastorno limitado por uso de opioides en el embarazo. Creo que hemos progresado mucho en la mejora de la atención del recién nacido durante la consulta de nacimiento, particularmente en torno a la atención centrada en la familia y la atención no farmacológica. Y creo que aquí hay un punto débil. Creo que hay muchas oportunidades en este período de los primeros meses de vida, una vez dada el alta, de brindar apoyo a la madre y al bebé, y apoyar al niño. Y por eso es que es tan importante este seminario web y todo el trabajo que ustedes están haciendo. Los equipos hospitalarios servirán, pero realmente vamos a necesitar socios, como todos ustedes, para tener un impacto a largo plazo.

Bueno, solo algunas reflexiones finales, me parece a mí y a muchos de nosotros que los proveedores de EHS y Head Start, pueden observar desde un lugar prioritario las necesidades de la vida real de estas familias y ofrecer intervenciones de primera línea. Creo que a todos nos vendría bien más capacitación sobre estigma, adicción, un tipo de atención con perspectiva de traumas. E incluso aquellos de nosotros que tenemos buenas intenciones, aún tenemos formas de seguir reconociendo que se trata de madres con una enfermedad prolongada que buscan mejorar. Y debemos asegurarnos de que los programas Early Head Start y Head Start estén bien conectados con los hospitales y pediatras de su área. Y escuchamos esto en los comentarios de introducción.

Y lo único que los PQC y hospitales pueden hacer al respecto es integrar a Head Start y EHS dentro de la misma comunidad que está tratando de trabajar en el hospital al menos. Y si están trabajando en esta área, no se queden con el diagnóstico de SAN, sino presten más atención a todos los bebés afectados por uso de opioides en el embarazo. Les mostré los números de SAN comparados a los de exposición a opioides. El hecho de que un bebé tenga o no síntomas de abstinencia no importa tanto como el hecho de que la familia se ve afectada por el trastorno por consumo de opioides y va a necesitar compromiso y tratamiento a largo plazo. No pierdan contacto con las familias. Que no abandonen el tratamiento. Hemos visto el mejor ejemplo de eso con ese video de la historia de Gina. Escuchen las historias de las familias. En nuestras cumbres y reuniones, cada vez más familias vienen y comparten sus historias y son parte de nuestros equipos y parte de los descubrimientos que hacemos.

Y esta es una madre que contó su historia a toda nuestra comunidad hace unos meses, 400 personas en la sala y ella se levantó valientemente y contó la historia al comienzo del día. Tiene dos hijos. Ellos están muy bien, pero ella está trabajando muy, muy duro para mantenerse en el camino correcto y seguir su recuperación. Y podríamos haber terminado la conferencia allí mismo, hubiera sido un éxito. Para aquellos de ustedes que están en Massachusetts o en el área, nuestra próxima cumbre estatal se realizará el 21 de noviembre. Siéntanse con libertad de inscribirse y venir. Va a ser un gran día. Creo que muchos estados tienen cumbres similares. Con suerte, pueden encontrar uno en su área, pero siéntanse con libertad de acompañarnos si se encuentran en Nueva Inglaterra. En esta cumbre se hablará mucho de Early Head Start. Bueno, creo que ese es el final de mi presentación. Muchas gracias por tomarse el tiempo para escuchar.

Sangeeta: Soy Sangeeta. Muchas gracias, Dr. Gupta. Hemos recibido un montón de preguntas que, como tenemos unos minutos, me encantaría que pudiera ayudarnos a responder algunas de ellas. Una pregunta que surgió tiene

que ver con toda la maravillosa información de Massachusetts que usted tiene, quieren saber ¿cómo pueden obtener datos similares de cada uno de sus estados? ¿Hay algún sitio web o lugar al que se pueda ir para acceder fácilmente?

Dr. Gupta: Sí. Es una buena pregunta. Veamos. No estoy seguro de que haya un sitio web estándar que muestre estos datos de todos los estados. Hay dos fuentes de información para algunas de estas cosas que mostré. Uno son datos administrativos; es decir, los datos de pruebas vitales de salud pública, desde los que se puede rastrear al menos la incidencia de SAN, la incidencia de SEN; es decir, la incidencia de recién nacidos expuestos a sustancias, la inscripción a EI, tal vez información en torno al tipo de custodia de la familia biológica o no. Esa información se obtendría a través del Departamento de Salud Pública. Muchos estados, prácticamente todos, se preocupan por mantener este espacio. Así que me imagino que casi todos los departamentos de salud pública han comenzado a extraer estos datos y a rastrear ese tipo de resultados. Por lo tanto, les recomiendo que consulten con su DPH si tienen al menos alguna estadística de salud pública sobre la exposición perinatal a los opioides y el SAN.

Algunos de los datos que mostré se orientan más hacia los objetivos de mejora clínica, como la atención en la sala especial o en la UCIN o el porcentaje de bebés que necesitan terapia farmacológica, estos son datos obtenidos mayormente mediante colaborativas estatales de calidad perinatal. Así que sé que entre los PQC, casi todos los estados los tienen. Y probablemente haya 10 o 12 PQC estatales trabajando activamente en este espacio. Y pueden comunicarse conmigo o con ustedes y ustedes pueden remitirlos y puedo hacerles saber si sé que su estado está trabajando en esto. El CDC tiene un sitio web, que quizás puedan publicar en la columna de chat. Si googlean colaborativas de calidad perinatal del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, se enumeran por estado, incluidos los enlaces a cada PQC estatal. Entonces, ese puede ser un punto de partida para ver si su estado tiene o no una colaborativa de calidad perinatal y cómo obtener acceso a ellas si no está familiarizado.

Sangeeta: Gracias. Otra pregunta que surgió es ¿tiene información sobre bebés expuestos a la metanfetamina?

Dr. Gupta: Es decir, metanfetamina, no metadona, sino metanfetaminas de las ilícitas.

Sangeeta: Metanfetaminas, correcto.

Dr. Gupta: Sí, ¿sabes? No tengo. Sí tenemos en nuestra colaborativa, que son datos que informa el hospital. Entonces, los hospitales en nuestra colaborativa completan un formulario de datos sobre cada nacimiento que se ve afectado por la exposición a los opioides durante el embarazo y una de las preguntas que hacemos es ¿qué otras exposiciones se conocen, además de la de opioides? Y sí, nos preguntamos por la exposición a metanfetaminas. Esa información está bien. No es perfecta, pero si el historial de la madre no constata exposición a las metanfetaminas, es posible que no lo sepan. O sea que estos datos son de revisión de historiales. No es que se entrevistara personalmente a las mamás.

Y no son datos investigados. Son datos de QI. Así que tenemos algunos datos sobre las tasas de uso de otras sustancias, metanfetaminas, benzodiazepinas, tabaco, marihuana. No hemos empezado a desglosar demasiado. Nuestro enfoque principal han sido los opioides. Creo que sabemos informalmente que las exposiciones a otras sustancias no son buenas. Aumenta la intensidad de SAN. Probablemente aumenta la duración de la estadía y probablemente aumenta las posibilidades de que las madres tengan más dificultades para cumplir con el tratamiento, pero eso es solo informal, no hemos visto eso en detalle. No tenemos datos a largo plazo sobre el efecto de la exposición a las metanfetaminas.

Sangeeta: Gracias por su respuesta. Están surgiendo tantas preguntas. Teníamos una pregunta por aquí. La Dra. Bergeron y yo nos preguntábamos qué significa SEN en una de sus diapositivas.

Dr. Gupta: Oh, sí, perdón.

Sangeeta: SAN. Sí.

Dr. Gupta: Sí, lamento interrumpirte también. Sí, como decía, SEN significa recién nacidos expuestos a sustancias. Nos preocupamos por los recién nacidos expuestos a opioides. Los códigos ICD para recién nacidos expuestos a opioides versus SEN se superponen bastante. Entonces, un bebé expuesto a la marihuana, pero no a los opioides puede considerarse expuesto a sustancias, lo mismo si está expuesto a la cocaína y no a opioides puede considerarse un recién nacido expuesto a sustancias. Entonces, para el propósito de nuestra colaborativa, comenzamos a usar el término recién nacido expuesto a sustancias. Estamos tratando de cambiar a recién nacidos expuestos a opioides solo para enfatizar que nuestro énfasis es en los opioides.

No es que esas otras sustancias no sean críticamente importantes, porque lo son, así como algunas de las preguntas que se hicieron, pero solo para mantener el proyecto enfocado, estamos tratando de mantenerlo dentro de la exposición a los opioides. Por lo tanto, significa recién nacido expuesto a sustancias. Si están buscando datos de ICD, hay un código para eso, que podría ser un buen marcador o un buen código para rastrear a todos los recién nacidos expuestos a opioides. Hay algunos códigos ICD que intentan referirse más específicamente a los recién nacidos expuestos a opioides, pero SEN podría ser un buen punto de partida.

Sangeeta: Y una pregunta que había surgido, ¿cuál es el lenguaje apropiado para identificar a los bebés que no nacen adictos? Bueno, parece que el recién nacido expuesto a sustancias podría ser esa terminología que deberíamos estar usando.

Dr. Gupta: Sí, eso creo. [Inaudible] expuesto a opioides y el síndrome de abstinencia neonatal de opioides es un término adecuado. Creo que a algunas personas tampoco les gusta demasiado, porque no es tanto que tengan abstinencia, es solo que nacen expuestos. A algunos les gusta el término recién nacidos dependientes. Es decir, nacen dependientes de los opioides si tienen síndromes de abstinencia. Creo que también es un término razonable, pero ciertamente adicto no es razonable. Entonces, si hay una abstinencia, se puede decir que se trataba de un bebé que tomaba opioides en el útero. Un recién nacido expuesto a opioides con síntomas de abstinencia. Esas son todas formas válidas de describirlos.

Sangeeta: Y una última pregunta antes de que terminemos hoy es, Dr. Gupta, ¿puede mencionar el impacto del alcohol en el desarrollo?

Dr. Gupta: Sí. No soy un experto en esa área. Quiero decir, el alcohol entre todas las exposiciones prenatales o en el embarazo, probablemente el alcohol es el más importante en términos de sustancias que no son buenas para el bebé. Tal vez el tabaco también esté presente en términos de incidentes, pero sabemos que el síndrome de alcoholismo fetal es una afección real a largo plazo y tiene efectos con los que no se puede interferir. También sabemos que el síndrome de alcoholismo fetal está muy poco diagnosticado y no se aborda lo suficiente. Sabemos que los métodos de detección de [Inaudible] en el embarazo no son muy buenos ni consistentes. Entonces es muy importante. Y en nuestras cumbres sobre el uso de opioides, en nuestras cumbres sobre el uso de opioides en el embarazo, invariablemente algunas personas se levantarán y dirán, ¿por qué nos preocupa esto? Tenemos que lidiar con el alcohol. Es aun más importante. Es un punto válido, un comentario justo. Por lo tanto, la exposición fetal al alcohol impacta claramente en el desarrollo fetal y el desarrollo a largo plazo del niño.

Y como comunidad, definitivamente deberíamos centrarnos en eso. No creo que eso signifique que el trabajo con opioides no sea importante, pero es diferente. Probablemente hay algunos estados que se han vuelto realmente creativos y muy progresistas, donde están uniendo todo esto, donde están haciendo intervenciones que abordan los opioides al mismo tiempo que analizan el alcohol en términos de al menos detección o derivación al tratamiento, donde están tratando de construir este tipo de programas que analizan múltiples tipos diferentes de comportamientos potencialmente problemáticos en el embarazo. Creo que ese es un gran objetivo. Estamos haciendo eso un poco en Massachusetts, pero en la actualidad, todavía son cosas separadas. Por lo tanto, nada de

esto sugiere que el síndrome de alcoholismo fetal no sea importante o que no debemos preocuparnos por eso, es de importancia crítica, pero al menos para nosotros, ha sido útil considerarlos por separado por ahora.

Sangeeta: Dr. Gupta, muchas gracias por su tiempo hoy. Sé que nos hemos quedado sin tiempo. Si no pudimos responder a alguna pregunta hoy, acompáñennos en la tercera parte de nuestra serie. Será el 16 de octubre. Estaremos aquí de 3:00 a 4:00 p. m., hora estándar del este, con la Dra. Kaitlin Baston. Y también vamos a tener un invitado especial. Sesame Street Workshop también se unirá a nosotros para hablar sobre algunos de los materiales que están desarrollando sobre el abuso de sustancias que podemos usar en Early Head Start y Head Start. Así que resérvense ese día. Y esperamos verlos pronto a todos en nuestro próximo seminario web. Gracias de nuevo a todos. Tengan un buen día.

Robinn: Gracias a todos. Esa fue una presentación muy informativa. Si tienen más información o tienen preguntas adicionales, no duden en comunicarse con el Centro de Aprendizaje y Conocimiento en la Primera Infancia en [health@ecetta.info](mailto:health@ecetta.info) o llámenos al 1-888-227-5125. Solo un recordatorio de que pondremos a disposición una encuesta de opinión y un enlace para descargar su certificado al finalizar este seminario web, junto con las diapositivas. Con esto concluye este seminario web. Gracias por su participación.