National Hispanic and Latino

ATTC Addiction Technology Transfer Center Network

Funded by Substance Abuse and Mental Health Services Administration

El impacto que tienen el uso de sustancias ilegales, las infecciones virales y la pandemia del COVID 19 en las mujeres embarazadas

Luis A Izquierdo, MD
Catedrático, División de Medicina Materno Fetal
Departmento de Obstetricia y Gynecología
Universidad de Nuevo México

This webinar was made possible through funding from Grant Number 1H79TI081174-03 and Grant Number 6U79SP023012-01M001.
Disclaimer: The views, opinions, and content expressed in this presentation do not necessarily reflect the views, opinions or policies of the National Latino Behavioral Health Association (NLBHA), the Center for Substance Abuse Treatment (CSAT), the Center for Substance Abuse Prevention (CSAP), or the Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA).

National Latino Behavioral Health Association NLBHA

SAMHSA Substance Abuse and Mental Health Services Administration

REGLAS

- Grabación y Conjunto de diapositivas
- Favor mantenga todas las líneas en silencio
- Sesión de preguntas y respuestas
  - Caja de preguntas y respuestas
- Evaluación posterior a la capacitación
  - Enlace externo

La Misión de NLBHA

La Misión y Meta de la Asociación Nacional Latina de Salud Mental Adicciones es influir en la política nacional de salud mental, eliminar las disparidades en la financiación y el acceso a los servicios y mejorar la calidad de los servicios y los resultados del tratamiento para las poblaciones latinas.

Nuestro Objetivo

Nuestro objetivo es proporcionar liderazgo nacional en salud mental y problemas de abuso de sustancias de la comunidad latina. Las prioridades políticas de NLBHA son:

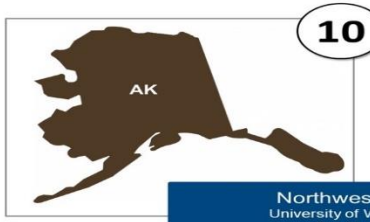
1. La expansión de la capacidad de la fuerza laboral y de los servicios de Salud Mental y Adicciones para Latinos
2. Las prácticas establecidas, basadas en evidencia, para el tratamiento de la Salud Mental y las Adicciones para Latinos.
3. Esfuerzos legislativos para aumentar el número de Consejeros/Terapeutas/Otros profesionales dedicados a la Salud Mental y las Adicciones
4. Financiamiento para los trastornos concurrentes del consumo de alcohol y el abuso de sustancias.
5. La crisis de opioides en la comunidad Latina
6. La prevención del suicidio

Fredrick Sandoval, MPA
Executive Director
NLBHA

National Latino Behavioral Health Association NLBHA

TTC Technology Transfer Centers

Funded by Substance Abuse and Mental Health Services Administration



Mountain Plains ATTC
University of North Dakota
Grand Forks, ND
Co-Director: Thomasine Heitkamp
Co-Director: Nancy Roget

Mountain Plains MHTTC
University of North Dakota
Grand Forks, ND
Co-Director: Thomasine Heitkamp
Co-Director: Dennis Mohatt

Mountain Plains PTTC
University of Utah
Salt Lake City, UT
Director: Jason Burrow-Sanchez
Co-Director: Marjean Nielsen

National American Indian & Alaska Native ATTC
University of Iowa
Iowa City, IA
Director: Anne Helene Skinstad
Co-Director: Sean Bear

National American Indian & Alaska Native MHTTC
University of Iowa
Iowa City, IA
Director: Anne Helene Skinstad
Co-Director: Sean Bear

National American Indian & Alaska Native PTTC
University of Iowa
Iowa City, IA
Director: Anne Helene Skinstad
Co-Director: Sean Bear

Great Lakes ATTC
University of Wisconsin
Madison, WI
Director: Todd Molfenter
Co-Director: Jeanne Pulvermacher

Great Lakes MHTTC
University of Wisconsin
Madison, WI
Director: Todd Molfenter
Co-Director: Lou Kurtz

Great Lakes PTTC
University of Wisconsin
Madison, WI
Director: Todd Molfenter
Co-Director: Julia Parnell Alexander

New England ATTC
Brown University
Providence, RI
Director: Sara Becker

New England MHTTC
Yale University
New Haven, CT
Director: Larry Davidson

New England PTTC
AdCare Maine
Augusta, ME
Director: Scott M. Gagnon

Northwest ATTC
University of Washington
Seattle, WA
Director: Bryan Hartzler
Co-Director: Denna Vandersloot

Northwest MHTTC
University of Washington
Seattle, WA
Co-Director: Lydia Ann Chwastiak
Co-Director: Maria Monroe-DeVita

Northwest PTTC
University of Washington
Seattle, WA
PI: Kevin Haggerty
WSU Project Director: Brittany Rhoades-Cooper
UNR Project Director: Michelle Frye-Spray

Northeast & Caribbean ATTC
RFMH at Columbia University
New York, NY
Director: Michael Chaple

Northeast & Caribbean MHTTC
Rutgers University
Piscataway, NJ
Director: Kenneth Gill
Co-Director: Ann Murphy

Northeast & Caribbean PTTC
Rutgers University
New Brunswick, NJ
Director: Kristen Powell

Pacific Southwest ATTC
University of California, Los Angeles
Los Angeles, CA
Director: Thomas Freese
Co-Director: Beth Rutkowski

Pacific Southwest MHTTC
Center for Applied Research Solutions (CARS)
Santa Rosa, CA
Director: Christina Borbely
Co-Director: Rachele Espiritu
Executive Director: Kerrilyn Scott-Nakai

Pacific Southwest PTTC
University of Nevada, Reno
Reno, NV
Project Director: Alyssa O'Hair

Central East ATTC
Danya Institute, Inc.
Silver Spring, MD
Director: Renata Henry

Central East MHTTC
Danya Institute, Inc.
Silver Spring, MD
PI: Renata Henry
Director: Oscar Morgan

Central East PTTC
Danya Institute, Inc.
Silver Spring, MD
Director: Renata Henry
Co-Director: Deborah Nixon Hughes

National Hispanic & Latino ATTC
National Latino Behavioral Health Association
Cochiti Lake, NM & Atlanta, GA
Director: Pierluigi Mancini

National Hispanic & Latino MHTTC
Universidad Central del Caribe
Bayamon, Puerto Rico
Director: Ibis Carrion

National Hispanic & Latino PTTC
National Latino Behavioral Health Association
Cochiti Lake, NM & Atlanta, GA
Director: Pierluigi Mancini

ATTC Network Coordinating Office
University of Missouri – Kansas City
Kansas City, MO
Director: Holly Hagle
Co-Director: Laurie Krom

MHTTC Network Coordinating Office
Stanford University School of Medicine
Palo Alto, CA
PI: Mark McGovern
Director: Heather Gotham

PTTC Network Coordinating Office
University of Missouri – Kansas City
Kansas City, MO
Director: Holly Hagle
Co-Director: Laurie Krom

South Southwest ATTC
University of Texas
Austin, TX
Director: Maureen Nichols

South Southwest MHTTC
University of Texas
Austin, TX
Director: Molly Lopez
Co-Director: Stacey Stevens Manser

South Southwest PTTC
University of Oklahoma
Norman, OK
Director: Marie Cox
Co-Director: LaShonda Williamson-Jennings

Mid-America ATTC
Truman Medical Center
Kansas City, MO
Director: James Glenn
Co-Director: Pat Stilen

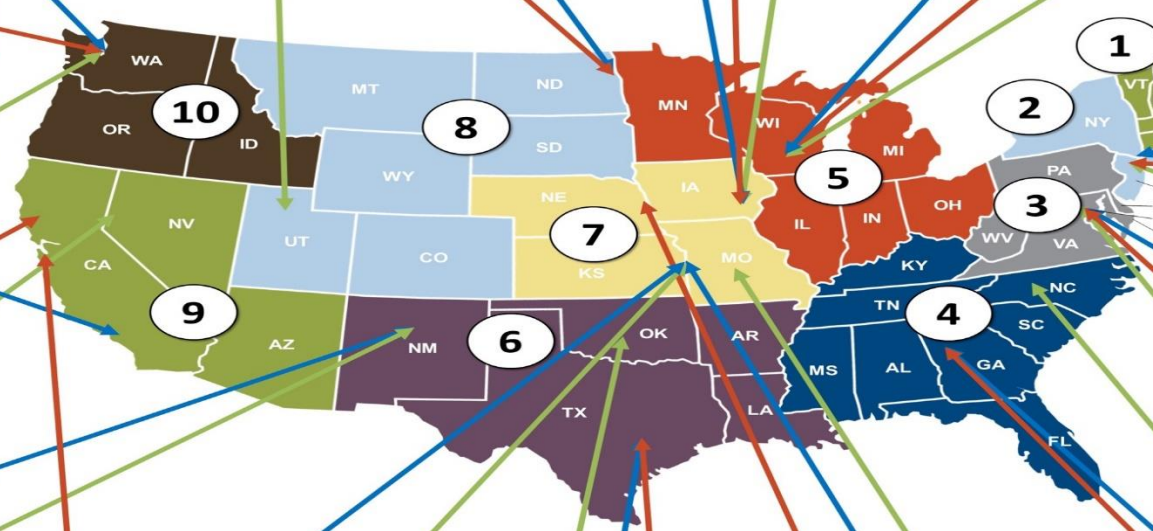
Mid-America MHTTC
University of Nebraska Medical Center
Omaha, NE
Director: Joseph Evans
Co-Director: Brandy Clarke

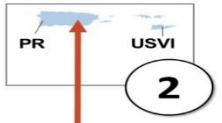
Mid-America PTTC
ACT Missouri
Jefferson City, MO
PI: Chuck Daugherty
Director: Dave Closson

Southeast ATTC
Morehouse School of Medicine
Atlanta, GA
Director: Dawn Tyus

Southeast MHTTC
Emory University
Atlanta, GA
Director: Benjamin G. Druss
Deputy Director: Janet Cummings

Southeast PTTC
Wake Forest School of Medicine
Winston-Salem, NC
Director: Mark Wolfson
Co-Director: Kimberly Wagoner





* Map not to scale.

National Hispanic and Latino
ATTC Addiction Technology Transfer Center Network
Funded by Substance Abuse and Mental Health Services Administration

NH-L ATTC Misión

La misión del Centro Nacional Hispano Latino de Capacitación y Asistencia Técnica en Adicción es proporcionar capacitación y asistencia técnica de alta calidad para preparar a la fuerza laboral que atiende a las comunidades hispano-latinas en el campo de tratamiento y recuperación de la salud mental y las adicciones. Logramos esto por medio de divulgar y apoyar la implementación de prácticas establecidas, y aquellas en estado de desarrollo, basadas en evidencia para mejorar la prestación de servicios, promover el crecimiento de una fuerza laboral diversa y culturalmente sensible, y abrir las puertas de acceso a servicios de prevención, tratamiento y recuperación de alta calidad. Estamos comprometidos en aumentar la equidad en salud y el acceso a enfoques efectivos que sean cultural y lingüísticamente adecuados.

National Latino Behavioral Health Association NLBHA

Centro Hispano Latino de Capacitación y Asistencia Técnica en Adicción (NHL-ATTC) Equipo

Pierluigi Mancini, PhD,
Director de Proyecto

Maxine Henry, MSW, MBA
Co-Directora de Proyecto

Ruth Yáñez, MSW
Asistente Admin. Ejecutiva

Presentador de Hoy

Luis A Izquierdo, MD
Catedrático, División de Medicina Materno Fetal
Departmento de Obstetricia y Gynecología
Universidad de Nuevo México

El impacto que tienen el uso de sustancias ilegales, las infecciones virales y la pandemia del COVID 19 en las mujeres embarazadas

Pregunta de Encuesta

1. El tratamiento de los pacientes con OUD durante el embarazo debe incluir:

a. Atención sanitaria
b. Servicios sociales
c. Servicios de salud mental
d. Todo lo anterior

Trastorno por uso de sustancias durante el embarazo

- Aunque los trastornos perinatales por consumo de sustancias, en particular los que involucran opioides, se han convertido en un problema importante de la salud pública en los Estados Unidos.
- Hace falta una guía integral y basada en evidencia para la prevención y el manejo de estos trastornos durante el embarazo

SMFM, ACOG, ASAM, 2019

Epidemiología

- Las tasas de consumo de sustancias en el embarazo han aumentado significativamente en la última década y las tasas de OUD en mujeres embarazadas y posparto han aumentado en paralelo
- 21.6% de las mujeres embarazadas inscritas en Medicaid reciben una receta para opioides
- De los años 2000 a 2009, el uso de opiáceos por las embaradas en el periodo anteparto aumentó de 1,19 a 5,63 por cada 1000 nacimientos hospitalarios al año
- El 85,4% de las mujeres surcaron una receta de opioides después de un parto por cesárea
- 4.7% de las mujeres embarazadas reportaron el uso de una sustancia ilícita en el último mes previo a dar a luz

- El consumo de sustancias desempeña un papel significativos en las muertes asociadas al embarazo (muertes de mujeres durante el embarazo o dentro de los 365 días posteriores al embarazo por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo)
- En Texas, Maryland y Alaska, el 17%, el 15% y el 22% de las muertes asociadas al embarazo, respectivamente, se atribuyeron al consumo de sustancias

Hallazgos del Taller SMFM

- Todas las mujeres embarazadas deben ser examinadas para detectar el uso de sustancias en la primera visita prenatal
- Las pruebas biológicas, cuando se realizan, deben realizarse únicamente con el consentimiento informado de la mujer
- En el caso de las mujeres nunca han utilizado opioides, los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y el paracetamol (a menos que estén contraindicados), deben administrarse como tratamientos de primera línea para el dolor después de un parto vaginal de rutina
- Para las mujeres que nunca han utilizado opioides, los AINE y el paracetamol (a menos que estén contraindicados), deben administrarse como tratamientos de primera línea para el dolor después del parto por cesárea

CONT.

- Al recibir el alta del hospital, si una mujer que no ha utilizado opioides requiere opioides para el dolor persistente, se le debe aconsejar sobre los beneficios y riesgos de opioides, efectos secundarios y potencial de uso indebido
- Se debe recetar un número limitado de píldoras opioides
- A todas las mujeres embarazadas con OUD se les debe ofrecer terapia de mantenimiento con metadona o buprenorfina
- El manejo del dolor para las mujeres que están tomando opioides para el dolor crónico o que tienen OUD durante el embarazo y después del parto implica que emprendamos un enfoque multidisciplinario que puede incluir una consulta de anestesia
- Se debe fomentar la analgesia neuroaxial durante el trabajo de parto

Un poco más

- El manejo de OUD durante el embarazo requiere un enfoque que involucre una amplia gama de servicios de salud, sociales y conductuales para abordar las complejas necesidades de esta población de pacientes
- Dos modelos de atención médico social que se han propuesto son:

➢ un modelo de cuidado colaborativo

➢un modelo de ”clínica de 1 parade o integral"

Examen y pruebas para el abuso de sustancias, incluyendo el uso de opioides, en el embarazo

- Dado que el consumo de sustancias en el embarazo es común, que las consecuencias del uso indebido de sustancias son sustanciales y que hay intervenciones de tratamiento disponibles, está justificado el cribado de las mujeres embarazadas para el consumo de drogas y alcohol
- Nos referimos al cribado como un cuestionario administrado universalmente y diseñado para determinar quién está en alto riesgo de tener un trastorno por consumo de sustancias durante el embarazo
- La prueba biológica puede ser útil sólo en situaciones seleccionadas
- No se recomienda realizar pruebas biológicas universales a mujeres embarazadas

- El objetivo del cribado es identificar a las mujeres con trastornos por consumo de sustancias y ayudar a todas esas mujeres a recibir tratamiento si es necesario
- Tipos de pruebas de detección:

➢ Cuestionario: "limitaciones"; recomendado por ACOG

➢ La Prueba de Detección de Abuso de Drogas (DAST-10) es un cuestionario de detección general de consumo de sustancias de 10 elementos

➢ Las medidas de mérito del DAST-10 (con la puntuación límite de 1) para cualquier consumo de drogas mostraron una sensibilidad del 47%, especificidad del 82%, valor predictivo positivo del 43% y valor predictivo negativo de 84%

Tipos de pruebas de detección (cont.)

- Prueba de las 4 P
- Además existe la prueba con preguntas de selección (4Ps Plus) y contiene las siguientes 5 preguntas:
- (1) Padres: ¿Alguno de tus padres tuvo un problema con el consumo de alcohol o drogas?
- 2) Compañeros: ¿Alguno de tus amigos tiene un problema con el consumo de alcohol u otras drogas?
- (3) Pareja: ¿Tu pareja tiene un problema con el alcohol o las drogas?
- (4) Pasado: ¿Alguna vez has bebido alcohol?
- (5) Embarazo: En el mes anterior a que sabías que estabas embarazada: ¿Cuántos cigarrillos fumaste? ¿Cuánto vino/ cerveza/licor bebiste? ¿Cuánta marihuana fumaste? ¿Cuánto medicamento para el dolor, la ansiedad o la depresión, como Vicodin, Valium o Oxycontin, tomaste?
-

Tipos de pruebas de detección (cont.)

- Perfil de riesgo de consumo de sustancias-embarazo
- Herramienta de cribado CRAFFT (utilizada principalmente en adolescentes)
- C—¿Alguna vez has montado en un coche conducido por alguien (incluido tú mismo) que estaba "alto" o había estado consumiendo drogas o alcohol?
- R:¿Alguna vez usas alcohol o drogas para relajarte, sentirte mejor contigo mismo o encajar?
- R—¿Alguna vez usas alcohol o drogas mientras estás solo, solo?
- F—¿Alguna vez olvidas cosas que hiciste mientras consumías alcohol o drogas?
- F—¿Alguna vez tu familia o amigos te dicen que debes reducir tu consumo de alcohol o drogas?
- T—¿Alguna vez te has metido en problemas mientras consumías alcohol o drogas?
- *CRAFFT tiene un valor predictivo positivo del 90% y un valor predictivo negativo del 80%.

Chasnoff IJ, et al. NEJM, 1990

Table 1. Demographic Characteristics and Drug-Use Patterns of Pregnant Women, According to Type of Health Care Provider.

Characteristic	Public Clinic (N = 380)	Private Obstetrician (N = 335)	Total (N = 715)
		number (percent)	
Race*			
Non-Hispanic white	198 (52.1)	301 (89.9)	499 (69.8)
Black	168 (44.2)	31 (9.3)	199 (27.8)
Hispanic	3 (0.8)	0 (0)	3 (0.4)
Asian	11 (2.9)	3 (0.9)	14 (2.0)
Socioeconomic status*†			
Low (<$12,000)	202 (53.2)	72 (21.5)	274 (38.3)
Middle ($12,000–25,000)	150 (39.5)	238 (71.0)	388 (54.3)
High (>$25,000)	28 (7.4)	25 (7.5)	53 (7.4)
Drugs identified in urine			
Alcohol	2 (0.5)	5 (1.5)	7 (1.0)
Cannabinoids	47 (12.4)	38 (11.3)	85 (11.9)
Cocaine‡	19 (5.0)	5 (1.5)	24 (3.4)
Opiates	1 (0.3)	1 (0.3)	2 (0.3)
Any of the above	62 (16.3)	44 (13.1)	106 (14.8)

Se concluye en este estudio que el uso de sustancias ilícitas en las mujeres embarazads, irrespectivamente de la raza o nivel social, es común. Si se fuera a hacer obligatorio reporter estos cribajes, debe ser basado en criterios medicos objetivos

Intervenciones después de una prueba de detección que resulta positiva

- Vinculación y derivación de los servicios de tratamiento de drogas
- Cuido con servicios de colaboración y apoyo de atención

Pruebas biológicas

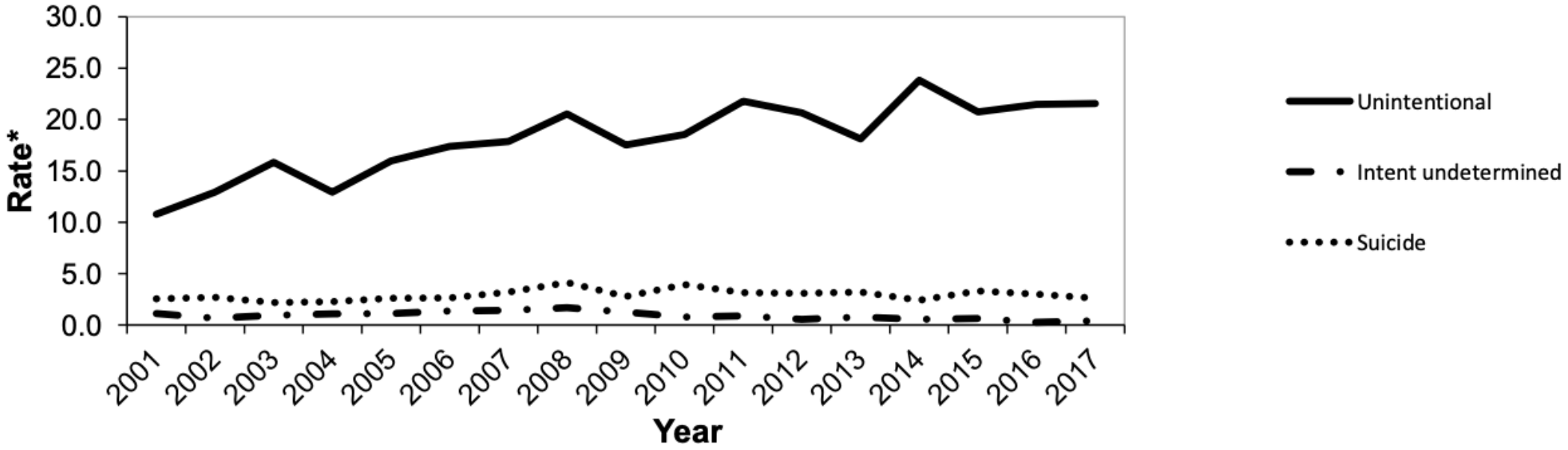
- Una respuesta positiva a un cuestionario (autoinforme) de detección o el historial médico de una mujer puede llevar al médico a ofrecer una prueba biológica
- La decisión de ofrecer pruebas biológicas a una mujer embarazada debe ser realizada basada por mandatos legales locales
- Las ventajas de las pruebas de los marcadores biológicos en el uso de sustancias incluyen la objetividad, la capacidad de probar múltiples sustancias y la validez bien establecida
- **Las pruebas biológicas no distinguen entre el uso ocasional y regular**

Pruebas biológicas (cont.)
Otras Indicaciones

- Paciente inconsciente
- Paciente que se está quedando dormido a mitad de una oración o muestra evidencia de estar intoxicada
- Paciente sin atención prenatal en el momento del parto
- Paciente con evidencia física de uso de inyección reciente (por ejemplo, "marcas de pista")
- Paciente con infecciones inexplicables de tejidos blandos o endocarditis
- Como parte del tratamiento de un paciente al que está prescribiendo MET para evaluar cualquier uso separado continuo de opioides u otras sustancias
- En el momento del parto en que un paciente previamente identificado como que había utilizado ciertos medicamentos ilícitos o medicamentos recetados de manera inadecuada
- En pacientes con complicaciones clínicas agudas como desprendimiento de placenta o hipertensión grave inexplicable (cocaína, anfetaminas)

What is our story in NM?

Chart 1: Drug Related Death Rates* by Cause Category, New Mexico, 2001-2017



* Rate per 100,000, age-adjusted to the 2000 US standard population

Table 1: Drug Overdose Deaths and Rates* by Age, Sex, and Race/Ethnicity, New Mexico, 2013-2017

		Deaths				Rates*			
Sex	Race/Ethnicity	Ages 0-24	Ages 25-64	Ages 65+	All Ages	Ages 0-24	Ages 25-64	Ages 65+	All Ages*
Male	American Indian	5	77	0	82	2.6	33.7	0.0	19.3
	Asian/Pacific Islander	1	5	0	6	3.8	11.2	0.0	6.9
	Black	3	34	1	38	6.4	50.9	8.6	29.9
	Hispanic	89	750	24	863	8.4	61.6	10.0	36.6
	White	41	459	33	533	8.3	42.7	7.2	27.1
	Total	139	1,338	61	1,538	7.7	50.8	8.1	31.1
Female	American Indian	3	41	2	46	1.6	16.4	3.7	9.9
	Asian/Pacific Islander	1	2	0	3	3.9	3.5	0.0	3.1
	Black	3	13	0	16	7.5	27.5	0.0	16.8
	Hispanic	37	351	12	400	3.6	28.5	4.1	16.8
	White	17	391	51	459	3.8	35.9	9.6	21.2
	Total	61	805	66	932	3.5	30.1	7.3	18.0
Total	American Indian	8	118	2	128	2.1	24.7	2.2	14.5
	Asian/Pacific Islander	2	7	0	9	3.9	6.9	0.0	4.8
	Black	6	47	1	54	6.9	41.2	4.3	24.5
	Hispanic	126	1,101	36	1,263	6.1	45.0	6.7	26.7
	White	58	850	84	992	6.1	39.3	8.3	24.3
	Total	200	2,143	127	2,470	5.6	40.4	7.7	24.6

DRUG OVERDOSE DEATH (continued)

Chart 3: Drug Overdose Death Rates* by County, New Mexico, 2013-2017

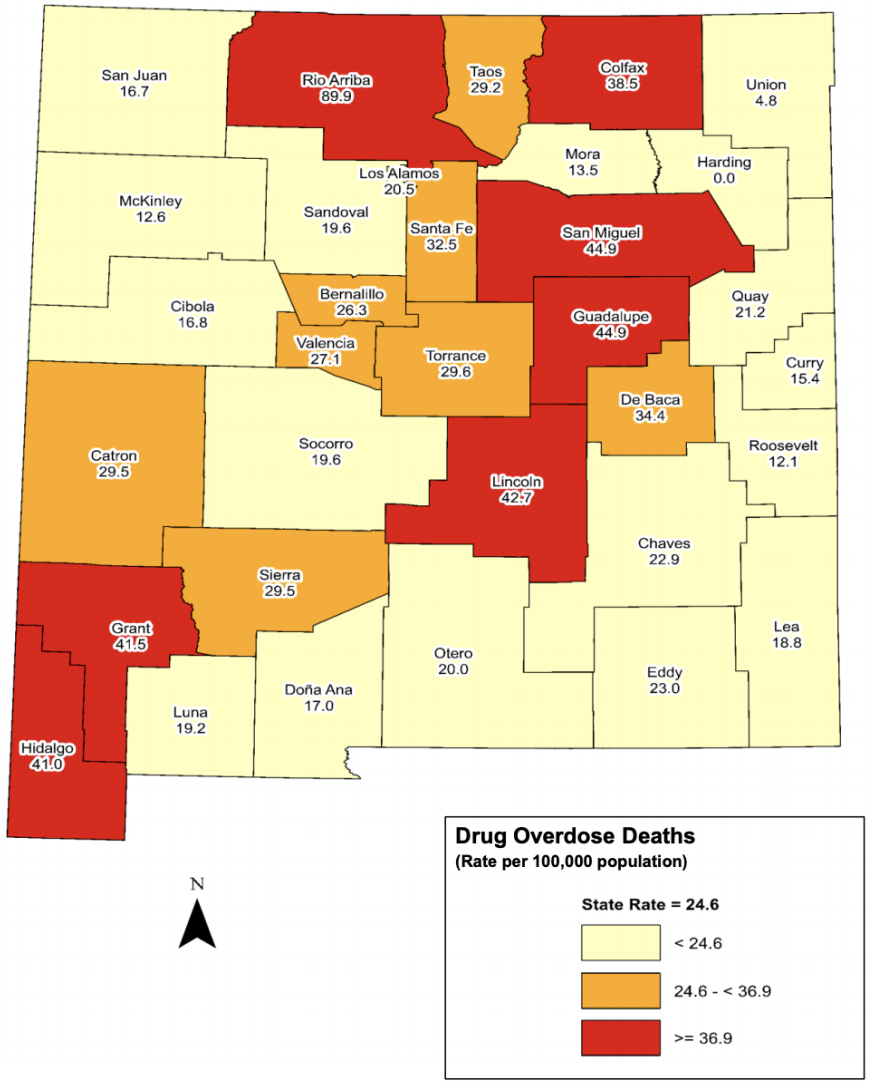
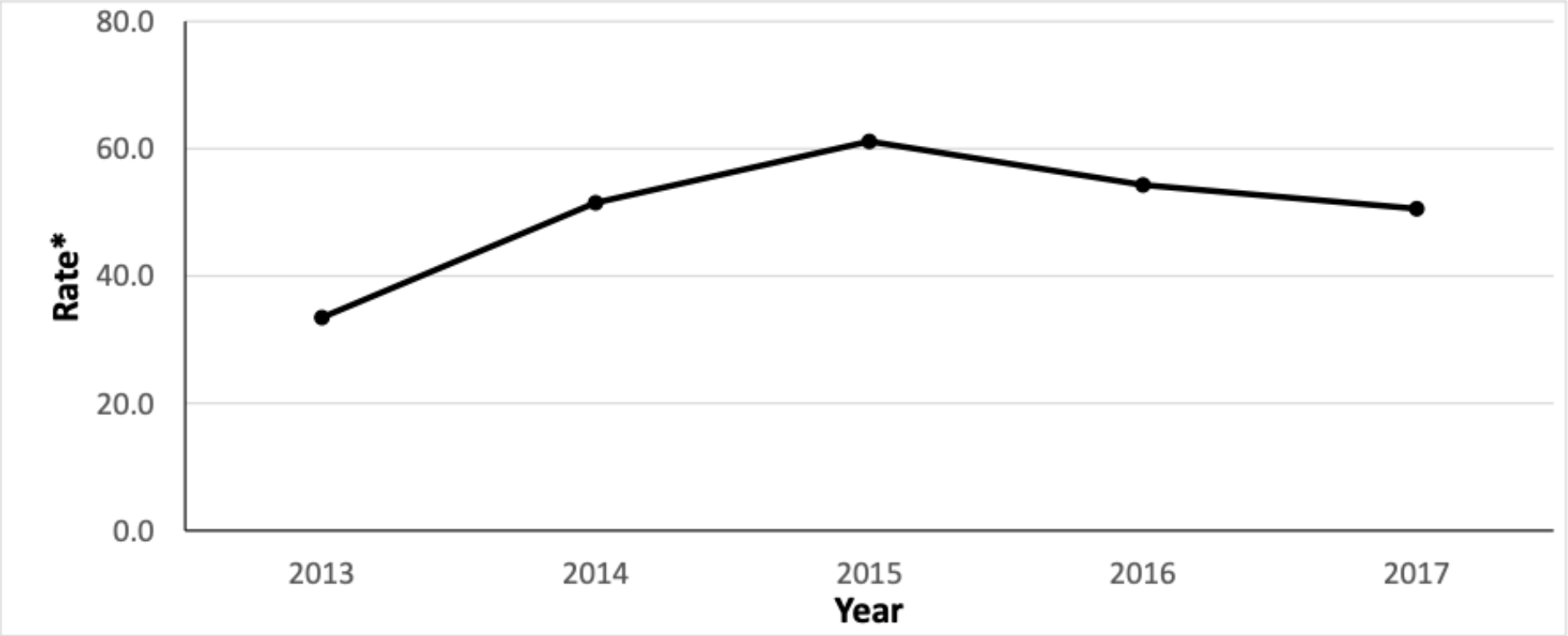


Chart 1: Opioid Overdose Related Emergency Department Visit Rates*, New Mexico, 2013-2017



Sources: NMDOH Syndromic Surveillance ED files and CMS SPC population files, CAES

Table 1: Opioid Overdose Related Emergency Department Visits and Rates* by Age, Sex, and Race/Ethnicity, New Mexico, 2013-2017

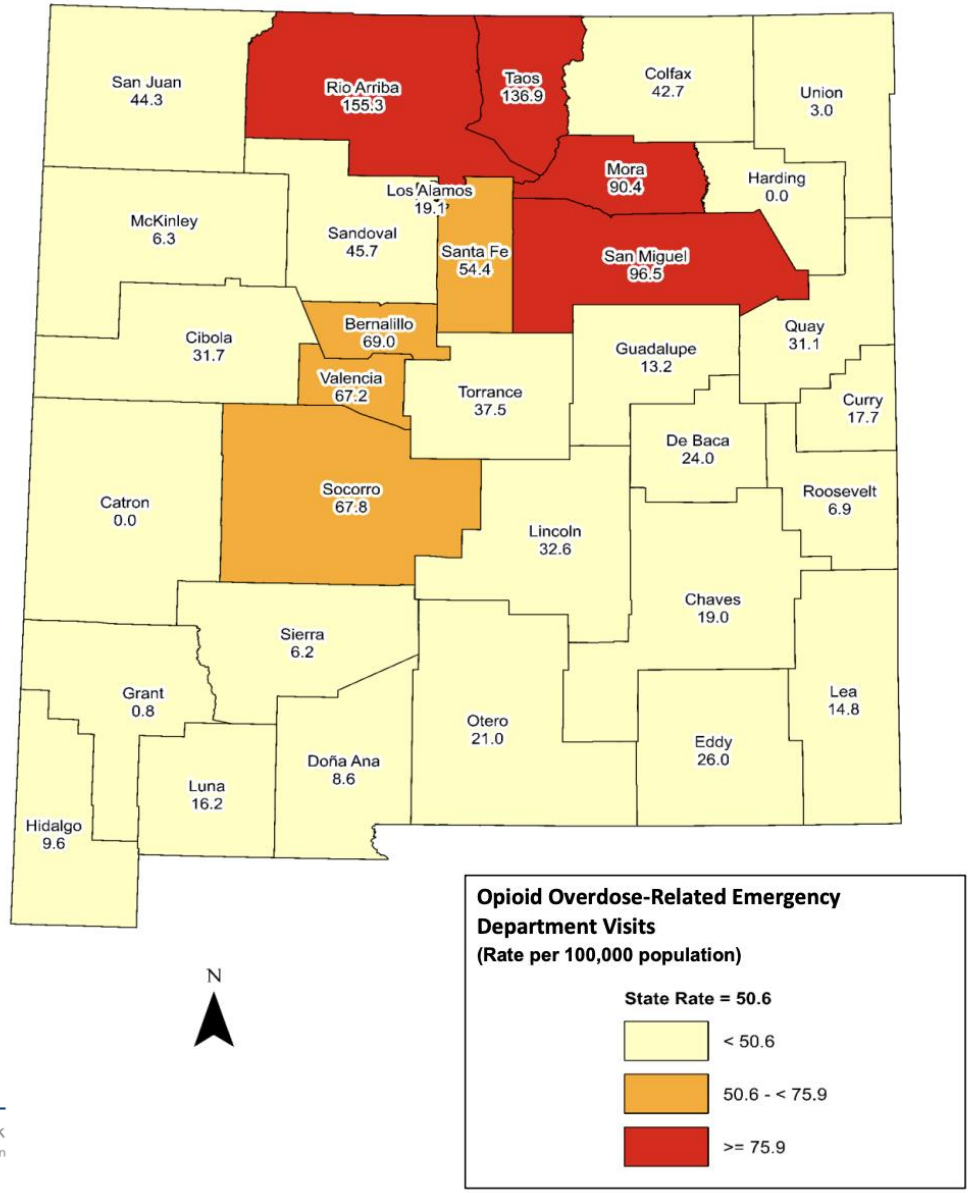
		Emergency Department Visits				Rates*			
Sex	Race/Ethnicity	Ages 0-24	Ages 25-64	Ages 65+	All Ages	Ages 0-24	Ages 25-64	Ages 65+	All Ages*
Male	American Indian	11	109	6	127	1.7	24.8	2.1	28.6
	Asian/Pacific Islander	5	16	2	23	5.4	18.6	3.3	27.3
	Black	30	95	15	140	18.4	74.1	16.4	108.9
	Hispanic	332	1,246	72	1,650	9.0	53.3	3.8	66.1
	White	152	495	99	747	8.8	24.0	2.7	35.5
	Total	580	2,139	202	2,927	9.2	42.3	3.4	54.8
Female	American Indian	17	83	9	109	2.6	17.3	2.1	22.0
	Asian/Pacific Islander	5	6	1	12	5.7	5.4	1.0	12.1
	Black	20	104	24	148	14.4	114.5	26.2	155.1
	Hispanic	243	735	83	1,061	6.8	31.1	3.5	41.4
	White	124	464	146	734	7.9	22.2	3.5	33.5
	Total	445	1,498	279	2,222	7.4	29.1	3.9	40.4
Total	American Indian	29	194	15	239	2.2	21.1	2.1	25.4
	Asian/Pacific Islander	10	22	3	35	5.5	11.2	1.9	18.7
	Black	50	199	39	288	16.6	90.8	21.3	128.7
	Hispanic	600	2,068	156	2,824	8.3	44.0	3.7	55.9
	White	287	990	258	1,536	8.7	23.8	3.3	35.8
	Total	1,099	3,859	502	5,469	8.9	37.8	3.8	50.6

* Age-specific rates (e.g., Ages 0-24) are per 100,000; all-ages rate is per 100,000, age-adjusted to the 2000 US standard population

**There were 876 visits for which race-ethnicity was missing.

OPIOID OVERDOSE RELATED EMERGENCY DEPARTMENT VISITS (continued)

Chart 2: Opioid Overdose Related Emergency Department Visit Rates* by County, New Mexico, 2013-2017



En la Universidad de Nuevo México

- **Clínica Milagro**
- Si está embarazada y lucha contra el abuso de sustancias, está tomando la decisión correcta buscando atención en la Clínica Milagro. Nuestro atento personal de proveedores y consejeros de medicina familiar le ayudará a trabajar hacia un futuro más saludable para su familia, durante y después del embarazo.
- El Programa Milagro comenzó en 1989 como el primer programa de este tipo en Nuevo México. Además de los servicios médicos, el Programa Milagro proporciona asesoramiento ambulatorio y apoyo para el manejo de casos.
- En esta clínica se prove atención prenatal por proveedores de Medicina de Familia y Obstetricia en las clínicas ambulatorias de la UNM
- Junto con el personal médico, de enfermería y de consejería, se da un seguimiento frecuente y con atención compasiva antes y después del embarazo.

Pregunta de Encuesta

2. **¿Qué declaraciones siguientes con respecto a la hepatitis C son verdaderas?**

   a. La infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC) es una de las enfermedades hepáticas crónicas más comunes
   b. La mayoría de los trasplantes de hígado realizados en los Estados Unidos son para enfermedad hepática crónica relacionada con el VHC o carcinoma hepatocelular (cáncer de hígado)
   c. En las mujeres HEPC-positivas pero VIH-negativas, el parto por cesárea debe reservarse para indicaciones obstétricas, ya que no disminuye el riesgo de transmisión vertical de la infección por el VHC
   d. Por lo general, no se considera que la lactancia materna sea un factor de riesgo para la transmisión vertical del VHC en mujeres no infectadas por el VIH
   e. Todo lo anterior

HEPATITIS C — BY THE NUMBERS

1989
The year this virus was first identified

#1
Hep C is the most common blood-borne infection in the U.S.

3.9M
Number of Americans diagnosed with hep C each year

3%
Percentage of people worldwide who have hepatitis C

50%
Percentage of people with hep C who don't know they have it

SOURCE: HEPATITIS C MENTOR AND SUPPORT GROUP, INC.

healthcentral

Infecciones virales: Hepatitis C

- **La infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC) se define como un anticuerpo reactivo del VHC con ARN detectable durante >6 meses de duración**
- La infección por el virus crónico de la hepatitis C (VHC) es una de las enfermedades hepáticas crónicas más comunes y representa 5 muertes por cada 100.000 habitantes en los Estados Unidos en la encuesta de datos más reciente de 2014
- La mayoría de los trasplantes de hígado realizados en los Estados Unidos son por enfermedad hepática crónica relacionada con el VHC o carcinoma hepatocelular (cáncer de hígado)
- Las complicaciones de la infección crónica por el VHC incluyen cirrosis, insuficiencia hepática y carcinoma hepatocelular.
- El VHC se adquiere principalmente a través del contacto con sangre infectada
- La transmisión de madre a bebé (transmisión vertical) puede ocurrir aproximadamente el 5% del tiempo

Otros conceptos

- La transmisión ocurre de madres que son positivas del VHC-ARN (a diferencia de las que son anti-VHC positivas pero el VHC-ARN negativo)
- El riesgo de transmisión está, al igual que con el VIH, en parte relacionado con el nivel de viremia en el momento del nacimiento
- La transmisión de madre a lactante se diagnostica con mayor frecuencia por la presencia de anticuerpos contra el VHC y/o ARN del VHC en el bebé después de los 18 meses de edad
- También puede ser diagnosticada por ARN del VHC detectable en dos ocasiones con una separación de 3 a 4 meses después de que el bebé tenga 2 meses de edad
- La coinfección con VIH y la alta carga viral materna se asocian con un mayor riesgo de transmisión

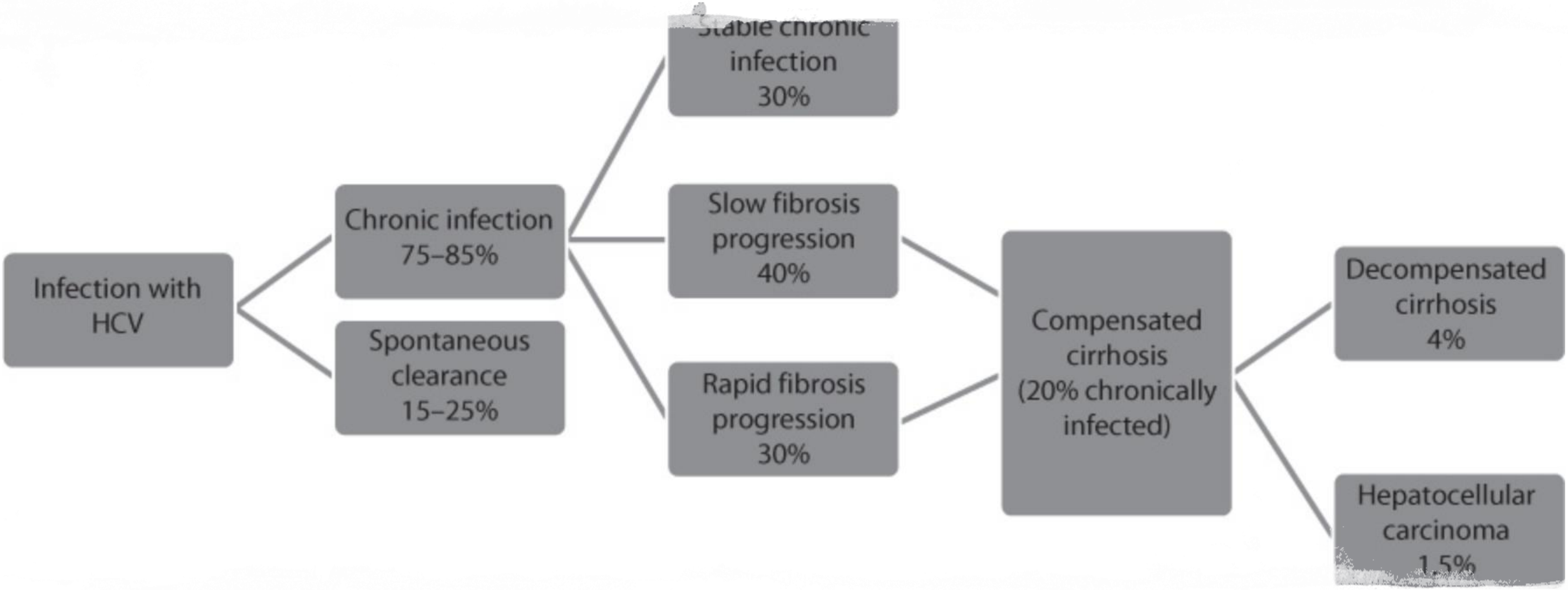

Infection with HCV
Chronic infection 75–85%
Spontaneous clearance 15–25%
Stable chronic infection 30%
Slow fibrosis progression 40%
Rapid fibrosis progression 30%
Compensated cirrhosis (20% chronically infected)
Decompensated cirrhosis 4%
Hepatocellular carcinoma 1.5%

Table 31.1 Risk Factors for HCV Infection

Risk Factor	Odds Ra
Intravenous drug use	49.6
Blood transfusion	10.9
Sex with an intravenous drug user	6.3
Having been in jail more than three days	2.9
Religious scarification	2.8
Having been struck or cut with a bloody object	2.1
Pierced ears or body parts	2.0
Immunoglobulin injection	1.6
History of multiple sexually transmitted diseases	
HIV infection	
Hepatitis B infection	
Sexual partner who abuses intravenous drugs or has HIV, HBV, or HCV infection	
Recipient of organ transplants before 1992	
Unexplained elevated transaminases	
History of hemodialysis	
Participant in in vitro fertilization programs from anonymous donors	

[a]Odd ratios from Murphy EL et al. NHLBI Retrovirus Epidemiolog Donor Study (REDS) *Hepatology*, 31, 3, 756, 2000.

¿Qué más necesitamos saber?

- Las mujeres embarazadas con VHC positivo deben ser examinadas para detectar la coinfección con VIH (anticuerpo VIH) y hepatitis B (antígeno de superficie de la hepatitis B), así como otras infecciones de transmisión sexual
- También se recomiendan exámenes de sangre para medir la función hepática (AST, ALT, bilirrubina total, albúmina, recuento de plaquetas, tiempo de protrombina/INR)
- Se debe considerar con firmemente la derivación y medición de la hepatología del ARN cuantitativo del VHC ("carga viral") y/o el genotipo del VHC para el asesoramiento sobre el riesgo de transmisión de madre a infanta, comportamientos de reducción del riesgo y la consideración eventual del tratamiento
- Los pacientes con infección crónica por el VHC tienen un alto riesgo de insuficiencia hepática si se infectan con otras formas de hepatitis viral
- También se recomienda la detección de la inmunidad a la hepatitis A (hepatitis A total ab/IgG) y la hepatitis B (anticuerpo de superficie de hepatitis B) y la vacunación si no son inmunes

- **En mujeres en edad reproductiva con VHC crónico, se debe considerer el tratamiento antes de la concepción con un régimen tan corto como de 8-12 semanas de DAA**; particularmente si tienen fibrosis hepática avanzada, cirrosis compensada, complicaciones extrahepáticas graves del VHC, o niños anteriores infectados con VHC a través de la transmisión de madre a bebé
- No se recomienda el embarazo en pacientes con cirrosis descompensada
- **En las mujeres HEP C-positivas pero VIH-negativas, el parto por cesárea debe reservarse para las indicaciones obstétricas**, ya que no disminuye el riesgo de transmisión vertical de la infección por el VHC
- Por lo general, no se considera que **la lactancia materna** sea un factor de riesgo para la transmisión vertical del VHC en mujeres no infectadas por el VIH. La lactancia materna está contraindicada en mujeres coinfectadas con infecciones por VHC y VIH
- **El tratamiento del VHC debe considerarse durante el posparto en todos los pacientes infectados**

Risk Factors Warranting Hepatitis C Screening: CDC Guidelines

Individuals who should be screened routinely:

1. Persons who ever injected illegal drugs (even once)
2. Persons notified that they received blood products before 1987 or from a donor who later tested positive for hepatitis C virus (HCV)
3. Recipients of transfusions or organ transplants, particularly if received before July 1992
4. Persons ever on long-term hemodialysis
5. Persons with persistently elevated alanine aminotransferase (ALT) or other evidence of liver disease
6. Persons seeking evaluation or care for a sexually transmitted infection, including human immunodeficiency virus

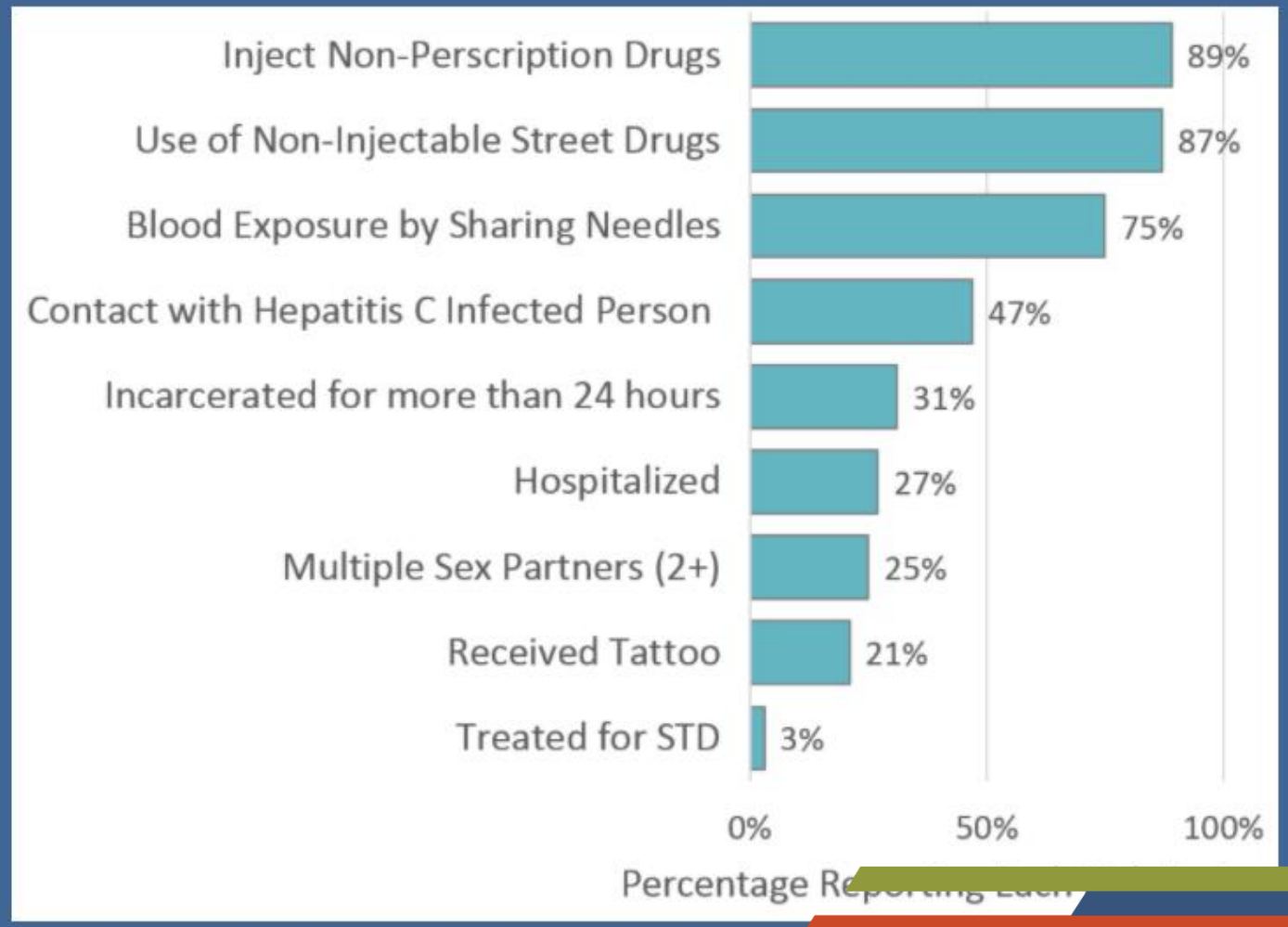
Individuals for whom routine testing is of uncertain need:

1. Recipients of tissue transplants (eg, cornea, skin, sperm, ova)
2. Users of intranasal cocaine or other illegal noninjected drugs
3. Persons with a history of tattooing or body piercing
4. Persons with a history of sexually transmitted diseases or multiple sexual partners
5. Long-term steady sex partner of an HCV-infected individual

3. personas con un historial de tatuajes o perforación en el cuerpo

¿Qué pasa con Nuevo México?

Reported Each Risk Factor, Acute Hepatitis C Cases in Persons Less Than Age 30 Years, New Mexico, 2014-2016



Total 91 Cases of Acute Hepatitis C i
2014 and 2016.
Source: NMDOH NM EDSS

What is Being Done?

- ☑ New Mexico law requires notification of NMDOH for over 75 infectious diseases and conditions and performs routine case investigation for any reports with potential to endanger the public's health and safety.
- ☑ NMDOH offers confidential testing for HIV and all sexually-transmitted diseases which includes risk reduction counseling and behavioral interventions to encourage individual risk reduction.
- ☑ NMDOH offers disease management and partner services in all newly diagnosed cases of HIV and syphilis.
- ☑ New Mexico has expanded its laboratory capacity to detect antibiotic resistance as well as its surveillance and response infrastructure to promote HAI prevention practices, respond to outbreaks, and monitor emerging HAI pathogens.
- ☑ New Mexico has a robust syringe exchange program to promote safe injecting practices and to reduce HCV transmission.

Project ECHO®

UNM SCHOOL OF MEDICINE

National Hispanic and Latino ATTC Addiction Technology Transfer Center Network

Funded by Substance Abuse and Mental Health Services Administration

Project ECHO connects specialists with on-the-ground practitioners to bridge health gaps in rural communities.

Project ECHO uses ongoing telementoring to equip primary care practitioners in rural areas with the knowledge they need to provide high-quality specialty care.

Created by Sanjeev Arora, MD, a social entrepreneur and liver disease specialist at the University of New Mexico Health Sciences Center in Albuquerque, Project ECHO is a nationally—and globally—recognized model for bringing best-practice health care to patients who can't get it because of where they live. The Robert Wood Johnson Foundation began funding Project ECHO in 2009. In the U.S. alone, 175 ECHO hubs reach thousands of communities across 46 states. Around the world, Project ECHO programs operate in 34 countries.

- **Programas TeleECHO del Instituto ECHO**
- El Proyecto ECHO (Extension for Community Care Outcomes) ofrece capacitación en prácticas y tratamientos médicos especializados a proveedores de atención primaria en áreas rurales a través de la tecnología de videoconferencia
- El Proyecto ECHO también facilita una amplia gama de programas en apoyo de los trastornos de salud mental, el abuso de sustancias, la educación y mucho más.

Proyecto ECHO

- Este programa busca abordar la prevalencia de la Hepatitis C (VHC) en Nuevo México
- Las clínicas se involucran con médicos de atención primaria de todo el estado con el fin de promover el tratamiento del VHC en poblaciónes aisladas y otras clínicas de atención primaria
- Los proveedores de atención primaria que participan en este programa ECHO son capaces de presentar información del paciente a sus compañeros y luego desarrollar de forma colaborativa un plan de tratamiento basado en las recomendaciones de los especialistas en el centro
- Después de establecer un plan de tratamiento individualizado de la hepatitis C para cada paciente, se realizan seguimientos para presentar el estado del tratamiento del paciente, para transmitir problemas relacionados con la salud y para alterar el plan de tratamiento según sea necesario para maximizar la oportunidad del paciente para una cura

https://hsc.unm.edu/echo/

¿Qué hacemos con COVID 19 en El embarazo?

Pregunta de Encuesta

3. **¿Los siguientes conceptos de las infecciones por COVID-19 durante el embarazo son ciertos excepto?**

   a. SARS-COV-2 se transmite principalmente a través del contacto de persona a persona y a través de gotas respiratorias
   b. Se ha demostrado que las personas asintomáticas, presintomáticas y sintomáticas propagan el virus
   c. El CDC recomienda que todas las personas tomen medidas para prevenir la propagación de COVID-19 practicando el lavado frecuente de manos, el distanciamiento social y el uso de una máscara o una cubierta facial cuando están alrededor de otros
   d. Las mujeres de color, específicamente las mujeres latinas o negras, continúan siendo afectadas desproporcionadamente por la morbilidad y mortalidad materna grave
   e. Todo lo anterior

LA COVID DISPARA
LA ANSIEDAD
maz
agón.

PERO…..

PANDEMIA DE POBREZA

The New York Times

PLAY THE CROSSWORD

Undocumented and Pregnant: Why Women Are Afraid to Get Prenatal Care

Undocumented women are risking their health by postponing prenatal care and giving birth at home in response to the Trump administration's immigration enforcement policies.

2017

Hoy estoy desconsolado, trastornado y emocionalmente angustiado. He practicado medicina durante los últimos 29 años en los estados de Nuevo México y Florida y por primera vez durante mi carrera médica una paciente embarazada de muy alto riesgo e inmigrante indocumentada me preguntó, en español, que por favor separara sus citas porque ella no quería andar en la calle.

Honestamente, no estaba seguro de lo que quería decir con esta declaración. Incluso llegue a pensar que esta señora tenia algún tipo de paranoia.

Entonces, de repente, tuvo sentido, Ella me dice "con las nuevas leyes de los inmigrantes da miedo estar en la calle". Ambos lloramos y le di un abrazo. El personal pudo separar sus citas.

Un evento como este y los que están a punto de ocurrir con las nuevas reglas del Departamento de Seguridad Nacional son inaceptables. Estas leyes no sólo infringen los derechos humanos básicos, sino que también estropean la atención de la salud. El acceso, los costos y la calidad de nuestros sistemas de salud van a fallar una vez más

Estos pacientes no tienen seguro medico y desatendidas.

Por favor debemos levantarnos y resistir

Dr. Luis Izquierdo
Albuquerque

Problemas médicos importantes sobre la infección por COVID 19

- El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud declaró el brote COVID-19 [causado por el coronavirus grave del síndrome respiratorio agudo (SARS-CoV-2)] una pandemia
- A la luz de esta declaración, la comunicación a los proveedores obstétricos sobre esta enfermedad se han desarrollado varias maneras de aconsejar a las pacientes embarazadas que podrian estar a riesgo de esta enfermedad
- Se ha desarrollado por Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), con un enfoque específico en las implicaciones maternas, fetales y neonatales
-

- SARS-COV-2 se propaga principalmente a través del contacto de persona a persona a través de gotas respiratorias, y es poco probable que se propaguen más de 6 pies
- La transmisión también puede ocurrir a través de gotas aerosolizadas que permanecen suspendidas en el aire, por contacto con superficies contaminadas y por una vía fecal-oral (?)
- Actualmente se desconoce si el virus puede propagarse a través del semen o secreciones vaginales
- **Se ha demostrado que las personas asintomáticas, presintomáticas y sintomáticas propagan el virus**

- Las medidas de prevención de infecciones son de vital importancia para prevenir la propagación del virus
- El CDC recomienda que **todas las personas** tomen medidas para prevenir la propagación de COVID-19 practicando el lavado frecuente de manos, el distanciamiento social y el uso de una máscara o una cubierta facial cuando están alrededor de otros
- Cada vez hay más evidencia de que los pañuelos de tela y las máscaras faciales ayudan a evitar que las personas con COVID-19 propaguen el virus
- El CDC proporciona recomendaciones generales para la prevención de infecciones y en el manejo de COVID-19 (recomendaciones https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/infection-control/control.html).

GRAVEDAD DE COVID EN EL EMBARAZO

- No hay suficientes datos para determinar con certeza si las mujeres embarazadas son más susceptibles a adquirir el virus SAR-CoV-2
- Los informes recientes del CDC y de otros grupos sugieren que el embarazo es un factor de riesgo independiente para la gravedad de la enfermedad COVID-19
- Después de ajustar la edad, la presencia de condiciones médicas subyacentes y la raza/etnicidad, las mujeres embarazadas tenían 1,5 veces más probabilidades de ser admitidas en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) (1,5% vs 0,9%) y 1,7 veces más probabilidades de recibir ventilación mecánica (0,5% vs 0,3%) que aquellos que no estaban embarazadas
- Estos datos iniciales no muestran un mayor riesgo de muerte en pacientes embarazadas frente a pacientes no embarazadas

- MMWR emitió una publicacion actulizada el 6 de noviembre de 2020
- Utilizando el Sistema Nacional de Vigilancia de Enfermedades Notificables, los autores identificaron mujeres en edad reproductiva (15-44 años) que fueron hospitalizadas con infección sintomática por laboratorio SARS-CoV-2.
- El estado de embarazo estaba disponible para 409.462 mujeres (35,5%); el 5,7% de las mujeres (n-23.434) que estaban embarazadas se compararon con mujeres no embarazadas (n-386.028)
- **Sus hallazgos demostraron una vez más que las mujeres embarazadas con COVID-19 tienen un mayor riesgo de enfermedad grave, específicamente un riesgo de aumento de 3 veces tanto para la UCI (relación de riesgo ajustada 3.0) como para la ventilación invasiva (aRR 2.9) en comparación con los pacientes no embarazadas**
- Además, las mujeres embarazadas tenían un riesgo de 2,4 veces mayor de tener que ser conectada a al maquina de oxigenación de membrana extracorpórea (ECMO) y un 70% más de riesgo de muerte por COVID-19 (aRR 1,7)
- Las mujeres con comorbilidades y las mujeres mayores parecían tener un riesgo particularmente elevado de resultados maternos adversos.
- Las mujeres de color, **específicamente las mujeres latinas o negras**, también continuaron siendo afectadas desproporcionadamente por la morbilidad materna grave y la mortalidad. Específicamente, mientras que los pacientes negros y negros no hispanos representaron el 14,1% de la muestra total, representaron el 36,6% de las muertes en general, incluyendo el 26,5% de las muertes entre las mujeres embarazadas. Estos hallazgos se han replicado en otros informes de los CDC.10, 11

- **El CDC ahora han añadido el embarazo a su lista de categorías de alto riesgo**
- Sobre la base de estos datos, ahora el CDC recomienda que se oriente a las mujeres embarazadas sobre el riesgo potencial de COVID-19, y medidas para su prevención
- Se debe hacer hincapié en la infección por SARS-CoV-2 en las mujeres embarazadas y sus familias, específicamente el enmascaramiento, distanciamiento social y lavado de manos

¿A quién se le debe hacer la prueba para el SARS-CoV2?

- El juicio clínico, la disponibilidad de pruebas, la propagación comunitaria y otras políticas locales deben utilizarse para decidir qué pacientes se someterán a las pruebas del SARS-CoV2
- La guía dek CDC recomienda que se priorice a las mujeres embarazadas admitidas con sospecha de COVID-19 o que desarrollen síntomas relacionados con EL COVID-19 durante la admisión
- **Es probable que las recomendaciones de pruebas COVID-19 cambien con frecuencia**
- Las pruebas actuales para el SARS-CoV2 agudo se realizan mediante detección viral [ya sea reacción en cadena de la polimerasa (PCR) o antígeno], y la disponibilidad varía según la ubicación

¿Hay evidencia de transmisión en-útero de COVID-19?

- **Los datos sugieren que los receptores establecidos para la entrada en las células del SARS-CoV-2 sólo se expresan mínimamente dentro de la placenta humana. Lo que indica que es poco probable que el SARS-CoV-2 infecte la placenta y que la transmisión in-utero puede ser menos probable**
- Es importante destacar las limitaciones de los datos disponibles, la naturaleza novedosa de este virus, y que los datos robustos de las mujeres que se infectaron con SARS-CoV-2 en el primer o principio del segundo trimestre del embarazo aún no están disponibles
- El riesgo de aborto espontáneo con infección por SARS-CoV-2 del primer trimestre no ha mostrado ninguna diferencia con la no infección
- En este momento, no hay datos que describan el riesgo de anomalías estructurales del feto asociadas con la infección en el primer y segundo trimestre

¿Están las mujeres que están infectadas con COVID-19 a mayor riesgo de parto prematuro y mortinato?

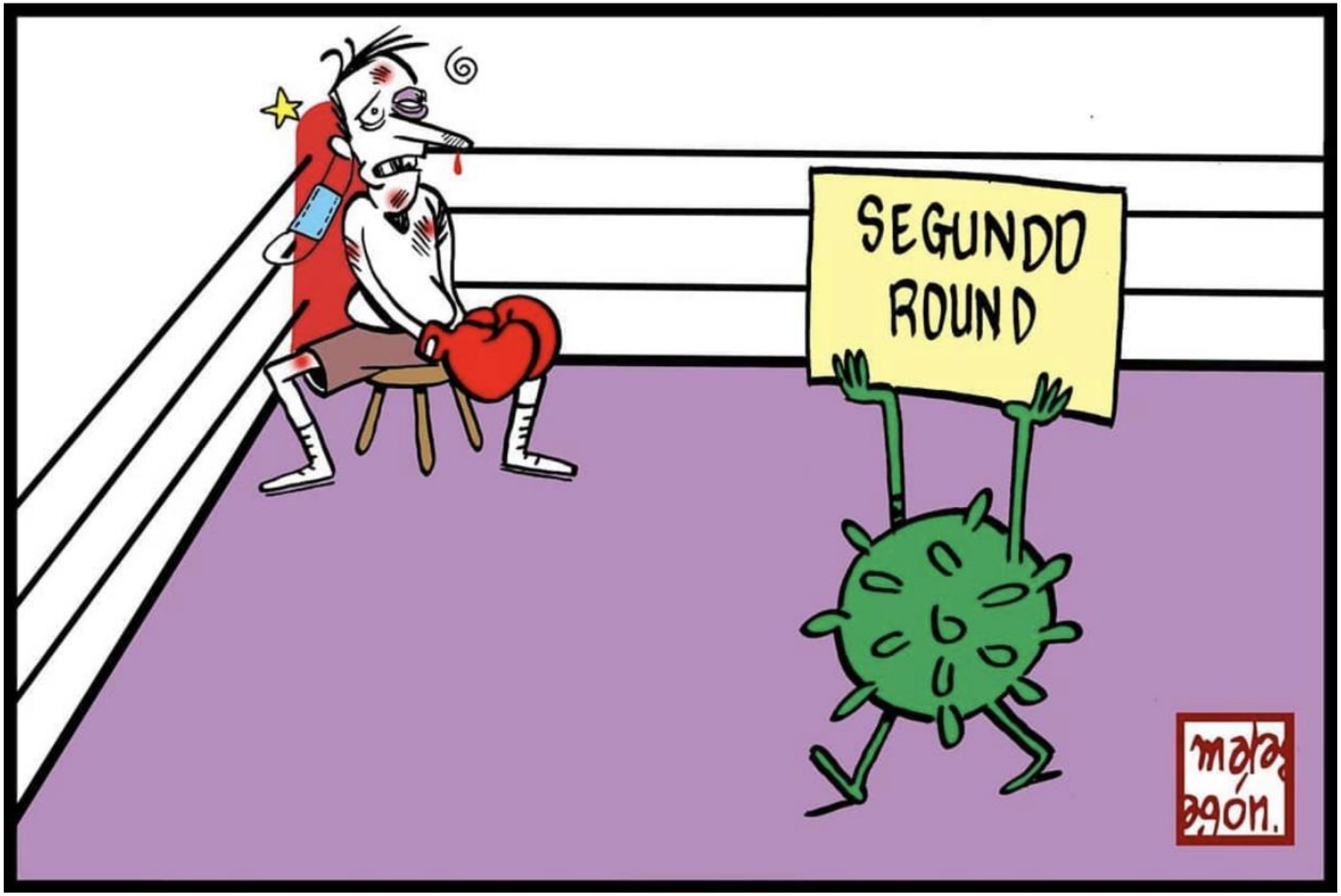
- El CDC reportó una tasa de parto prematuro del 8,9% entre 43.571 nacimientos y una tasa de mortinatos del 3,2% entre las mujeres embarazadas con infección por SARS-CoV-2, tanto sintomáticas como asintomáticas
- Sin embargo, SMFM continúa recomendando a los pacientes con condiciones de alto riesgo a recibir la atención prenatal y toda la vigilancia prenatal necesaria cuando se indiquen durante esta pandemia
-

¿Cuál es la orientación para las trabajadoras sanitarias embarazadas?

- La evidencia muestra que los riesgos para los trabajadores de la salud (HCW) pueden mitigarse con el uso adecuado de equipo de protección personal (EPP)
- Se estima que aproximadamente 330.000 HCW están embarazadas o están *recientemente* posparto durante la pandemia
- No existen datos disponibles sobre HCWs embarazadas que estratifique el riesgo por exposición, gestación, comorbilidades subyacentes o riesgos sociodemográficos
- Los HCW embarazadas deben seguir las pautas de evaluación del riesgo del CDC y control de infecciones con exposición potencial a pacientes con SOSPECHA o confirmación de COVID-19
- Mientras que los HCWs embarazadas pueden seguir funcionando, las instalaciones pueden considerar limitar su exposición a pacientes con COVID-19 confirmado o sospechoso, especialmente durante procedimientos de mayor riesgo
- Sin embargo, en entornos con una mayor carga de enfermedad o personal limitado, esto puede no ser factible
- Estas recomendaciones también deben aplicarse a otros HCWs considerados con mayor riesgo de complicaciones graves de la infección, como los adultos mayores; personas con enfermedades crónicas (enfermedades del corazón, diabetes y enfermedades pulmonares); o aquellos que están inmunocomprometidos.

DATOS DE NYC

- Se analizaron las mujeres que se presentaron al hospital en trabajo de parto o o indicación obstétrica
- En el período de admisión, **148 mujeres (61,4%) estaban asintomáticas**;
- 102 (el **69% de este grupo permaneció asintomático durante toda su hospitalización de parto**)
- 21 (14.2%) avanzó a COVID-19 leve
- 24 (16.2%) avanzó a COVID-19 grave
- Uno (0,7%) avanzó a COVID-19 crítico.

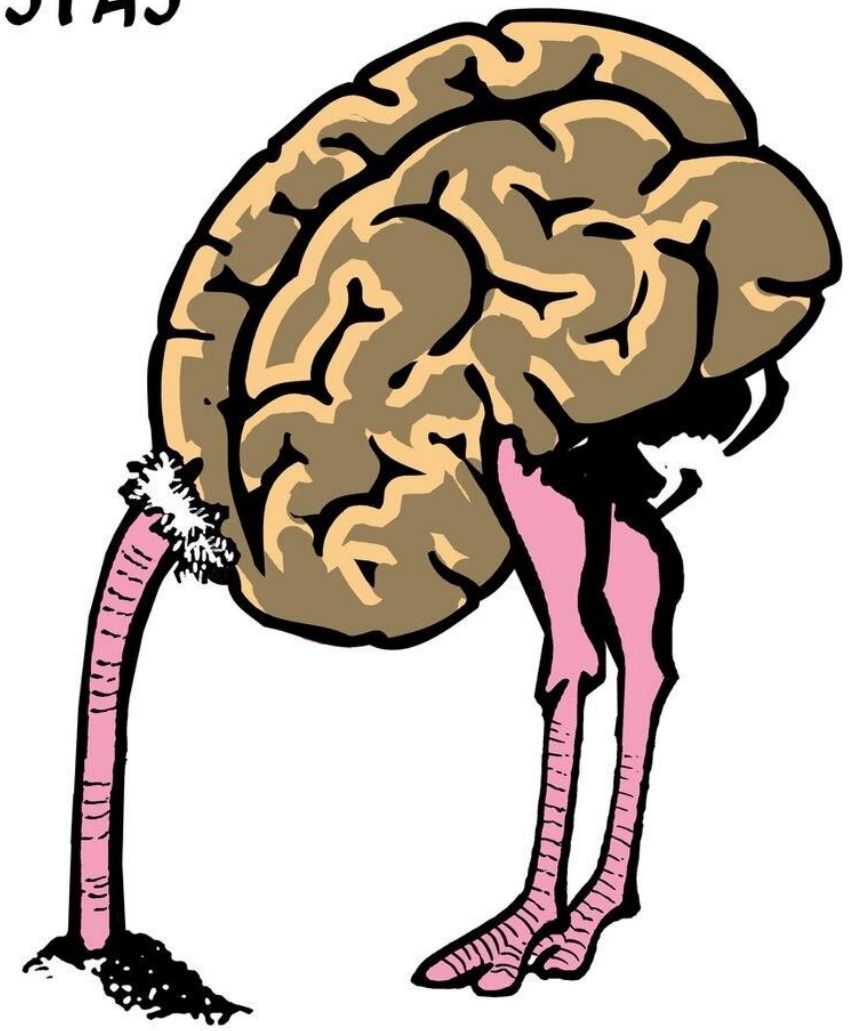

SEGUNDO
ROUND

Mental y Físicamente

El Roto

LA MEJOR VACUNA

NEGACIONISTAS



Resumen

- Es importante aprender sobre COVID-19 para optimizar la atención al paciente y usted protegerse
- **Estas condiciones nos proven un panorama que cambia rápidamente, y toda la información nueva se seguirá actualizando con frecuencia**
- **Recuerde que los trastornos por uso de Opiáceos podrían estar fuera de control durante esta pandemia; lo que conduce al absentismo de las clínicas y en reincidencias es el uso ilegal de sustancias**
- **Los niveles de hepatitis C podrían seguir aumentando**

Información de contacto del presentador

Luis A Izquierdo, MD, MBA
Catedrático de Obstetricia y Ginecología
División de Medicina Materno Fetal
Facultad de Medicina de la Universidad de Nuevo México
Albuquerque, NM 87131
Correo electrónico: lizquierdo@salud.unm.edu

¿Preguntas?

Centro Hispano Latino de Capacitación y Asistencia Técnica en Adicción (NHL-ATTC)

Para obtener más información sobre el Centro Hispano Latino ATTC y para solicitar capacitación y asistencia técnica, puede comunicarse con nosotros en:

www.nlbha.org

https://attcnetwork.org/centers/national-hispanic-and-latino-attc/home

O directamente:

Pierluigi Mancini, PhD, MAC
pierluigi@nlbha.org
678-883-6118

Maxine Henry, MSW, MBA
maxine@nlbha.org
720-607-7897

Ruth Yáñez, MSW
ruth@nlbha.org
505-554-8440

Evaluación de Satisfacción

Inmediatamente después de que finalice este seminario web, se le redireccionará de inmediato a un sitio externo para completar la encuesta de evaluación. Le rogamos nos ayude con esta información para continuar a mejorar nuestros servicios.

Thank you for attending our presentation.
Gracias por atender a nuestra presentación.
Obrigado por participar desta apresentação.

Thank you.
¡Gracias!
Obrigado.