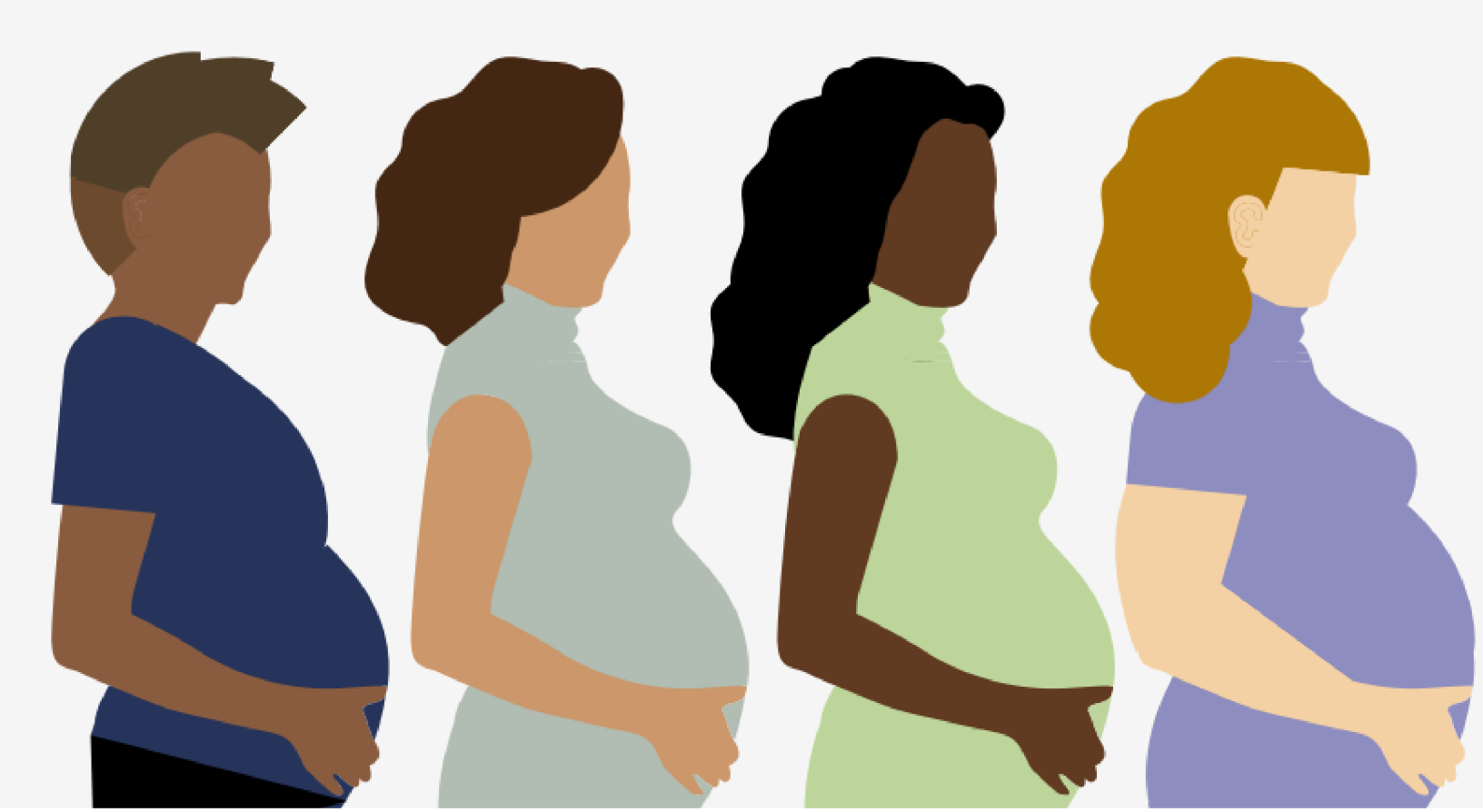
EL EMBARAZO Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

UNA CAJA DE HERRAMIENTAS PARA LA REDUCCIÓN DE DAÑOS



NATIONAL HARM REDUCTION COALITION

Academy of Perinatal Harm Reduction

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN — CÓMO USAR ESTOS MATERIALES

SECCIÓN 1 — EL CUIDADO PERINATAL ES SU DERECHO

SECCIÓN 2 — REDUCCIÓN DE DAÑOS

- ALCOHOL
- BENZODIAZEPINAS
- CANNABIS
- OPIOIDES
- ESTIMULANTES
- TABACO Y NICOTINA

SECCIÓN 3 — TRANSITAR EL SISTEMA DE CUIDADO MÉDICO Y LOS SISTEMAS LEGALES

SECCIÓN 4 — CUIDADO PRENATAL

SECCIÓN 5 — EL PARTO Y EL NACIMIENTO

SECCIÓN 6 — POSTPARTO

CITAS

PUBLICADO EN SEPTIEMBRE DE 2020

CON FECHA DE OCTUBRE DE 2022

EDITORA

Dana Kurzer-Yashin, BA Kimberley Sue, MD, PhD Erika Goyer, BA

AUTORES

Reconocemos con gratitud el arduo trabajo y las contribuciones de estos grupos e individuos.

SECCIÓN 1: EL CUIDADO PERINATAL ES SU DERECHO

Kasey Edwards, PSS, CBD, CRM
Daisy Goodman, DNP, MPH, APRN, CARN-AP, CNM
Heather Howard, MSW, PhD, LICSW
Lenora Marcellus, BSN, RN, MN, PhD
Betty Poag, BSN, RN, MN
Nancy Poole, PhD
Joelle Puccio, BSN, RN

SECCIÓN 2: REDUCCIÓN DE DAÑOS

Joelle Puccio, BSN, RN
Mandy Sladky, MSN, RN
Glyceria Tsinas, QMHA

SECCIÓN 3: TRANSITAR EL SISTEMA DE CUIDADO MÉDICO Y LOS SISTEMAS LEGALES

Nathalia Gibbs, BA
Joelle Puccio, BSN, RN
Mandy Sladky, MSN, RN

SECCIÓN 4: CUIDADO PRENATAL

Joelle Puccio, BSN, RN
Mandy Sladky, MSN, RN

SECCIÓN 5: EL PARTO Y EL NACIMIENTO

Joelle Puccio, BSN, RN

SECCIÓN 6: POSTPARTO

Joelle Puccio, BSN, RN

RECONOCIMIENTOS:

Lynn Paltrow, JD - Directora Ejecutiva de National Advocates for Pregnant Women
Indra Lusero, JD - Fundador, Birth Rights Bar Association and Elephant Circle
Zoey Thill, MD, MPH, MPP - Departamento de Familia y Medicina Social,
Escuela de Medicina Albert Einstein
The Bronx Defenders, Oficina de Defensoría Familiar de
Movement for Family Power
Mishka Terplan, MD
Tricia Wright, MD, MS

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL ESTADO DE NUEVA YORK

Agradecemos la experiencia y el conocimiento de nuestres colaboradores del Instituto del SIDA del Departamento de Salud del Estado de Nueva York:

- Matthew Fallico, MSW
- Sharon Stancliff MD, DFASAM
- Narelle Ellendon, RN
- Polly Faust, MPHc
- Michelle Logan, LMSW
- Allan Clear, BA

ILUSTRACIONES + GRÁFICOS

Erika Goyer
Academy of Perinatal Harm Reduction, LLC algunos derechos reservados.©

- Todo el contenido que se encuentra en esta caja de herramientas, incluyendo el texto, las imágenes, y otros formatos fueron creados exclusivamente con fines informativos.

- Este contenido no tiene la intención de ser un sustituto de las recomendaciones médicas o legales, el diagnóstico, o el tratamiento ofrecido por une profesional.

- Siempre debe buscar recomendación médica o de une proveedore de salud o asesore legal ante cualquier pregunta que pueda tener con relación a condiciones médicas o situaciones legales.

- Nunca desestime las recomendaciones médicas profesionales ni demore la consulta por haber leído algo en esta caja de herramientas.

NATIONAL HARM REDUCTION COALITION

La Coalición Nacional para la Reducción de Daños es una organización nacional de defensoría y aumento de capacidad cuyo trabajo se enfoca en la promoción de la salud y la dignidad de las personas y comunidades afectadas por el consumo de drogas, como las personas embarazadas y encargadas de la crianza, entre otras.

www.harmreduction.org

Academy of Perinatal Harm Reduction

The Academy of Perinatal Harm Reduction [Academia de Reducción de Daños Perinatales] ofrece educación basada en datos científicos, inclusiva y afirmativa para padres, madres y proveedores. Nuestro trabajo es informado por las experiencias vividas y se concentra en la intersección del consumo de sustancias y la salud reproductiva.

www.perinatalharmreduction.org



CÓMO USAR ESTOS MATERIALES

Esta información está dirigida a personas que consumen drogas y están embarazadas o tienen hijes, a sus seres queridos y a sus proveedores de servicio.

Nuestro objetivo es promover la salud y el bienestar generales de las personas embarazadas que consumen sustancias y sus familias.

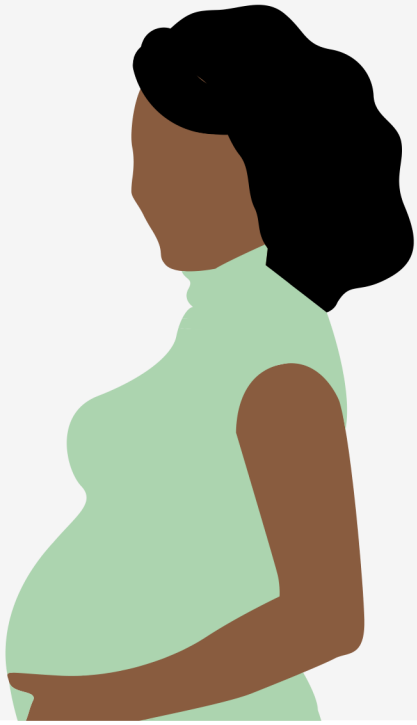
Puede que muchas personas, después de enterarse de que están embarazadas, se pregunten cómo reducir o detener su consumo. Es importante saber que se pueden dar muchos pasos, en relación con el consumo de sustancias u otros aspectos, para tener un embarazo saludable.

Las personas embarazadas y sus familias pueden usar esta información para entender sus derechos, acceder a servicios y encontrar cuidado de alta calidad y basado en pruebas científicas.

Estos materiales pueden compartirse con miembros de la familia y proveedores de servicio para comenzar a tener conversaciones importantes acerca de sus planes, esperanzas, objetivos y sueños. Puede descargar la caja de herramientas completa o crear su propia caja de herramientas descargando secciones de manera individual. Este trabajo ha sido escrito, editado e informado por personas que han vivido experiencias de consumo de sustancias y embarazo.

En esta caja de herramientas usamos el término “personas embarazadas” y no “mujeres embarazadas” a fin de incluir a las personas de todos los géneros que pueden quedar embarazadas. Sabemos que ustedes son les expertes. Nos encantaría conocer sus opiniones. ¿Podemos mejorar esta caja de herramientas? ¿Quiere involucrarse con nuestro trabajo en el futuro? Puede comunicarse con nosotres por medio del correo electrónico pregnancy@harmreduction.org

SECCIÓN 1



EL CUIDADO PERINATAL ES SU DERECHO

Las personas embarazadas y con hijes que consumen sustancias están entre los grupos más estigmatizados y demonizados de la población. El experimentar prejuicios, ser juzgades y estar bajo escrutinio; especialmente de parte de les trabajadores de la salud, seres querides, familiares y amistades, puede aislar a las personas y hacer que sea más difícil que busquen cuidado prenatal, salud mental, consejería, servicios sociales, y apoyo comunitario. [1, 2]

A las personas no les gusta ir a lugares en donde no se sienten bienvenidas. Estas personas pueden tener miedo por su seguridad, por la seguridad de sus hijes o de su embarazo. **Es por eso que tener por lo menos una persona de confianza que no les juzgue y les apoye puede hacer toda la diferencia del mundo**.

Usted merece contar con proveedores y personas de apoyo que le afirmen a usted y a su identidad de género. Hay personas de todos los géneros que pueden quedar embarazadas y tener resultados de nacimiento saludables.

Consulte estos recursos para usted y sus proveedores en temas de fertilidad, embarazo y apoyo posparto para personas transgénero y no binarias.

Consulte la Guía para padres transgénero y de género diverso de Rainbow Families

Birth for Everybody

Nacimiento Para Todos

CONSIDERACIÓN POSITIVA

La consideración positiva incondicional puede ser una gran herramienta para mejorar la autoestima de las personas y demostrarles que usted cree que pueden ser buenos padres y buenas madres.

El concepto de la consideración positiva incondicional asume que las personas son inherentemente buenas.

Esto significa que, cuando usted habla con alguien, se dirige a la persona en su totalidad, en lugar de simplemente concentrarse en su consumo de sustancias. Cuando usted tiene una consideración positiva incondicional por alguien:

- Cree que esa persona es competente y capaz de elegir lo correcto para sí misma según sus circunstancias particulares.
- Respeta el derecho que tiene la otra persona para tomar decisiones importantes acerca de su cuerpo y su salud.

POR QUÉ ESTO ES IMPORTANTE

La consideración positiva incondicional es útil tanto en el entorno médico como en la vida diaria. Y es una herramienta esencial en la reducción de daños.

Tiene en cuenta que las personas toman decisiones a partir de sus necesidades, experiencias y circunstancias particulares.

Reconoce que cada persona es diferente: lo que está bien para una persona puede no estar bien para otra.

Cuando se confía en las personas para que tomen sus propias decisiones y se les trata con dignidad y respeto, es mucho más probable que sean honestas. Sabrán que recibirán el apoyo que necesitan, sin importar las decisiones que hayan tomado.

ENTREVISTA MOTIVACIONAL

La entrevista motivacional (MI, por sus siglas en inglés) es una herramienta que puede ayudarle a navegar las conversaciones difíciles.

Les proveedores pueden tomar clases sobre esta técnica para poder tener mejores conversaciones acerca de los cambios de conducta. **Con un poco de práctica, esta es una técnica que puede utilizar fácilmente cualquier persona.**

Cuando les proveedores usan las técnicas de MI deben hacer preguntas y escuchar las respuestas. En lugar de dar indicaciones o hacer acusaciones, se concentran en identificar sus objetivos y escuchar con compasión. La MI reconoce que generar confianza toma tiempo y que quizás sea necesario esperar antes de hablar sobre los detalles de su consumo de sustancias.

PRUEBE ESTO

En vez de decir...
Ahora que está esperando une bebé, tiene que dejar de fumar.

Diga...
¿Qué piensa sobre fumar ahora que está esperando une bebé?"

En vez de decir...
Si amara a sus hijes, dejaría de consumir.

Diga... Yo sé que usted ama a sus hijes. ¿Qué podemos hacer para ayudarle a darles la crianza que usted desea



Ver los Recursos y la Guía de SAMHSA

En vez de decir...
Es probable que también pierda la custodia de este bebé

Diga... ¿Cómo fue para usted perder a su hije?"

MÉTODOS PARA ENTREVISTAS MOTIVACIONALES

PREGUNTAR	PERMISO	*¿Podemos hablar sobre…?*
	PREGUNTAS ABIERTO	*¿Qué piensa usted sobre…?*
	PREGUNTAS CERRADO	*¿Usted quisiera…?*
CONTAR	EDUCACIÓN	*Sabemos que…*
	INFORMACIÓN	*Algunas de las opciones son…*
	RECOMENDACIONES	*Tal vez usted quiera…*
ESCUCHAR	VALORAR	*Usted sabe lo que usted…*
	REFLEJAR	*Usted quiere hacerlo, pero…*
	RESUMIR	*Entonces su plan es…*

ESTIGMA EL USO DEL LENGUAJE RESPETUOSO

Muchas de las palabras utilizadas para hablar sobre las drogas y las personas que las consumen tienden a ser estigmatizantes. Es responsabilidad de todes **evitar usar un lenguaje que juzgue a les otres**.

Cuando utiliza un lenguaje que pone a “la persona primero”, usted está demostrando que valora a la persona y que no está definiéndola en base a su consumo de drogas.

Cuando está hablando acerca de su propio consumo de sustancias, puede elegir el lenguaje que le resulte más cómodo. Pero cuando habla acerca de otras personas, nunca debe usar lenguaje estigmatizante, ya que las palabras les dan forma a nuestras creencias.

Las palabras pueden indicar si usted **valora y respeta a las personas que consumen drogas y a las personas que cuidan de ellas**. Adaptarse al lenguaje de “la persona primero” puede ser extraño al principio, pero vale la pena porque nos ayuda a servir y apoyar mejor a las personas que con frecuencia son sometidas a un uso del lenguaje que las avergüenza y estigmatiza.

TÉRMINOS PREFERIDOS AL HABLAR DE LA ADICCIÓN

NO DIGA	DIGA	PORQUÉ
“adicte” *“yonqui”* *"borracho"*	*“persona que consume heroína”* *"persones con trastornos por consumo de alcohol"*	*Utilizar un lenguaje que considera “primero a la persona” demuestra que usted la valora, y que usted no define a esa persona por su consumo de drogas.*
“está limpie” *“drogadicte”*	*“ya no usa drogas”* *“persona con un trastorno por consumo de drogas”*	*Aunque es una palabra positiva, “limpia” insinúa que cuando una persona está usando drogas, está “sucia”.*
“recién nacide adicte” *“nació adicte”*	*“recién nacide con síndrome de abstinencia de opioides"* *“bebé con exposición prenatal al cannabis"*	*Les bebés no son adictes; tuvieron una exposición prenatal o tienen una dependencia fisiológica a las sustancias.*
"terapia de sustitución de medicamentos" *"terapia asistida por medicamentos"*	*"terapia de agonistas opioides"* *"medicamentos para el trastorno por consumo de opioides"*	*Estas categorías son neutrales en términos de valores y son precisas.* *Al hablar sobre un medicamento específico, refiérase a éste tanto por su nombre genérico como su nombre de marca.*

PRECAUCIÓN: Las microagresiones son formas de discriminación que son insultos comunes y sutiles hacia grupos y personas marginalizadas.

ESTIGMA

El estigma es un proceso que discrimina a las personas que consumen drogas y las empuja a los márgenes de la sociedad.

Hay varias formas de estigma, como:

- **Estigma de las personas:** Alguien que usa la palabra “drogadicto”.
- **Estigma institucional:** Cuando se despide a alguien a causa de una prueba de detección de drogas positiva.
- **Estigma por asociación:** Cuando les farmacéuticos o proveedores de cuidado médico dicen “No quiero atender a ese tipo de personas”.
- **Estigma internalizado:** Creer que merece dolor o sufrimiento por consumir drogas.

El estigma hacia las personas que consumen drogas está presente en nuestras leyes, en el servicio de protección de menores y en los sistemas de servicios sociales. A pesar de la aceptación generalizada de que el consumo de sustancias es un problema de salud y no un defecto de carácter personal, el estigma contra las personas que consumen drogas todavía se considera socialmente aceptable y común.

www.harmreduction.org

www.perinatalharmreduction.org

El estigma generalizado crea barreras significativas para que las personas tengan acceso a las cosas que necesitan para sobrevivir y prosperar, tales como cuidado, vivienda y servicios sociales.

El estigma internalizado se da cuando las personas creen en los mensajes negativos que vienen del mundo exterior. El estigma internalizado puede hacer que algunas veces se sienta avergonzade de usted misme a causa de su consumo de sustancias.

Cuando las personas que consumen drogas aceptan e internalizan este estigma, esto puede llevar a la ansiedad, el aislamiento y la pérdida del amor propio. Si a alguien le dicen muchas veces que no vale nada, esas palabras pueden influenciar en cómo esa persona toma decisiones acerca de su salud y seguridad. Así, las personas pueden aceptar injusticias porque creen que merecen sufrir.[3, 4]

Cuando una persona no puede decirle a nadie qué es lo que consume, ni cuándo y dónde lo hace, es más probable que consuma sola, lo cual aumenta el riesgo de una sobredosis.

- Nunca use solo neverusealone.com Sobredosis Las 24 Horas, Los 7 Día de la Semana
- Línea de ayuda Never Use Alone: (800) 484-3731

El estigma se amplifica si una persona que consume drogas queda embarazada.[1, 2]

Estas personas pueden aislarse aun de la gente que conocía y aceptaba su consumo de sustancias antes del embarazo.

Es importante que usted y su sistema de apoyo ayuden a fortalecer su autoestima y la esperanza para su futuro.

Usted tiene muchas cualidades positivas y merece ser la mejor versión de usted misme.

Merece que le traten con dignidad y respeto, como una persona capaz de tomar las mejores decisiones para sí misma.

Merece rodearse de personas que le ayuden a identificar, cultivar y celebrar sus fortalezas.

Merece hablar con otres no solo sobre cómo trabajar las áreas problemáticas, sino también sobre cómo imaginar y planificar un futuro feliz.

Hable con otras personas acerca del acceso al cuidado médico y sus esperanzas y preocupaciones. Háblele no solo acerca de medicamentos para el trastorno por consumo de opioides, sino también sobre si imagina formar una familia ahora o en el futuro.

Parte del cuidado médico respetuoso es el cuidado centrado en el trauma.

El cuidado centrado en el trauma es un tipo de cuidado médico que reconoce el impacto de las experiencias negativas de la vida, tales como el encarcelamiento, las relaciones íntimas poco saludables, la pérdida de seres querides, así como el abuso emocional, verbal y sexual.

Pídale a su proveedore que se familiarice con el cuidado centrado en el trauma.



www.perinatalharmreduction.org

www.harmreduction.org

CUIDADO CENTRADO EN EL TRAUMA

CONSIDERE LLEVARLE ESTA CAJA DE HERRAMIENTAS A SU PROVEEDORE

Estas son algunas estrategias básicas para comenzar a brindar cuidado centrado en el trauma durante todo el proceso de atención perinatal y post parto:

- Comprenda que **no es necesario que alguien revele los detalles de su trauma** para recibir este tipo de atención.
- **Tenga disponibles letreros positivos y acogedores**, y establezca un tono amistoso cuando las personas accedan a los servicios, con una respuesta integrada y coherente por parte de todo el equipo, desde el personal de recepción hasta les trabajadores de atención directa.
- Establezca un entorno físico **reconfortante y acogedor**.
- Utilice un lenguaje que **ponga a la persona primero** y **destaque sus fortalezas.**
- **Reconozca las conductas que les proveedores suelen interpretar como difíciles** (tales como el comportamiento grosero, el exceso de preguntas o la expresión de frustración) **como intentos de lidiar con experiencias negativas pasadas o factores estresantes actuales.**
- Reconozca que **algunas personas necesitarán más apoyo y diferentes tipos de apoyo** que otras.
- Si es une proveedore de servicios, **evalúese y reconozca lo que aporta a la interacción**: su propia historia, sus experiencias familiares, su raza, su religión, sus creencias sobre el consumo de sustancias y el embarazo, y los desencadenantes.
- **Aprenda a participar de manera efectiva en conversaciones terapéuticas** con las personas desde las conversaciones iniciales, reduzca la intensidad cuando las personas se están enojando, ayude a les clientes a interactuar de manera constructiva con les proveedores de cuidado médico que no están informades sobre el trauma.
- **Ofrezca opciones** a les participantes y clientes que les permitan establecer límites y determinar el ritmo de las evaluaciones físicas en el entorno médico.

PRÁCTICAS DE CUIDADO CENTRADO EN EL TRAUMA

CUANDO	INTERVENCIÓN O ACCIÓN
Durante la etapa prenatal (antes del nacimiento, durante el embarazo):	• Apoyar a les clientes para que accedan a organizaciones que puedan abordar necesidades prácticas inmediatas, tales como vivienda segura, alimentos, transporte, ropa, problemas médicos y salir de relaciones violentas. [5, 6] • Desarrollar enfoques para proveer servicios prenatales que estén integrados y coordinados entre los sistemas sociales y de salud, incluido el bienestar infantil. [7]
Periparto (durante el parto):	• Considere el impacto del abuso sexual y el trauma en el parto. Hay clientes que también pueden experimentar un parto traumático si sienten que les han faltado el respeto o han sido avergonzades durante este tiempo. Las personas negras, indígenas y otras personas de color experimentan tasas más altas de falta de respeto y maltrato durante el parto. [8] • Fomente el apego inmediato entre le bebé y sus progenitores. Las personas con historial de consumo de sustancias, problemas de salud mental, trauma y violencia pueden tener más dificultades para establecer vínculos afectivos.[9]
Posparto (después del nacimiento, en el hospital):	• Mantenga a las familias unidas tanto como sea posible durante la estadía en el hospital; para eso puedo recurrir a los modelos combinados de cuidado de progenitores y bebés o alojamiento conjunto, promover el contacto piel con piel de manera temprana y frecuente a fin de estimular el vínculo y otros beneficios neuropsicológicos entre progenitores y bebés. [10, 11] • Tenga en cuenta la relación entre el trauma y la lactancia. El contacto físico que se produce durante la lactancia puede resultar incómodo para algunes sobrevivientes a traumas y personas trans. Hay una serie de estrategias para abordar este problema.[12]
Posparto (en la comunidad, hasta el primer año después del parto):	• Incluya un enfoque en las relaciones entre progenitores e hijes en todas las intervenciones. Para clientes con antecedentes de abuso o trauma hay una mayor probabilidad de no se puedan crear bien esos lazos. Sin embargo, es posible aumentar el apego con el tiempo. [1] • Evalúe la depresión posparto y otros trastornos del estado de ánimo. Las mujeres y las personas en edad fértil con antecedentes de trauma tienen más probabilidades de desarrollar depresión posparto. [11-14]

PARIR O NO PARIR

La decisión sobre llevar un embarazo a término y dar a luz es muy personal. Para algunas personas, la decisión es fácil, mientras que para otras puede ser difícil.

Las personas pueden tener una amplia variedad de emociones cuando se enteran de que están embarazadas, pero sepa que tomar medicamentos para el trastorno por consumo de opioides o consumir drogas no debe ser una razón por la que decida tener un aborto.

Para muchas personas, la noticia de un embarazo puede ser algo sorpresivo y abrumador. **Es normal tener emociones encontradas.** Por ejemplo, puede que sienta temor y entusiasmo al mismo tiempo.

Algunas personas encuentran que es útil hablar con sus parejas, amistades y familiares; **pero solo usted puede tomar esta decisión personal**.

También hay recursos gratuitos **para ayudarle a hablar sobre esta decisión** sin ser juzgade, tales como la línea de ayuda.

www.all-options.org
(888) 493-0092

SUS PROVEEDORES
DE CUIDADO DE SALUD
NUNCA DEBEN
PRESIONARLE
A CONTINUAR
NI A INTERRUMPIR
EL EMBARAZO.



CONTINUAR UN EMBARAZO

Si usted decide continuar con su embarazo, los próximos pasos son los siguientes:

- Comienza a tomar **vitaminas prenatales**.
- Encontrar **une proveedore** de cuidado prenatal.
- Identificar su **sistema de apoyo**.

Es importante recordar que, si consumió sustancias antes de enterarse de que estaba en embarazo o durante su embarazo, esto no significa que la criatura sufrirá daños.



Aunque no hablamos de ello con frecuencia, el aborto espontáneo y la pérdida del embarazo son experiencias comunes. Entre 10% y 20% de todos los embarazos terminan en aborto espontáneo, así que es importante que la pérdida de embarazo no se atribuya al consumo de sustancias.

RECURSOS para EMBARAZADAS y PADRES

WIC El programa WIC (para mujeres, bebés y niñes) ofrece alimentos nutritivos, educación, referidos a servicios y apoyo para la lactancia a personas embarazadas y padres y madres de niñes pequeñes.

Visite www.wicstrong.com/about/eligibility
Utilice la herramienta de preselección



PROVEEDORES PARA EMBARAZOS

- **La medicina familiar** y les proveedores de atención médica primaria brindan servicios integrales de atención médica para personas de todas las edades. También proveen atención para embarazos y partos de bajo riesgo.

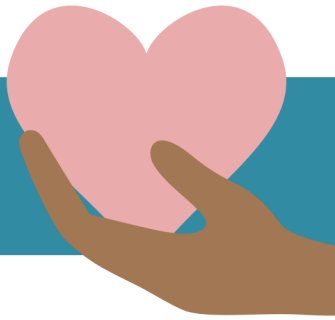
- **Les obstetras y ginecólogues** (OB/GYN, por sus siglas en inglés) ofrecen atención médica reproductiva integral, ya sea que una persona esté embarazada o no.

- **Las personas que se especializan en medicina maternofetal** (MFM, por sus siglas en inglés), también llamadas perinatólogues, tienen un entrenamiento especial para el manejo de embarazos complicados y de alto riesgo.

- **Les enfermeres practicantes de obstetricia y ginecología** (NP o OGNP, por sus siglas en inglés) tienen capacitación especial para brindar atención médica reproductiva y durante el embarazo.

- **Las parteras** brindan atención de salud sexual y reproductiva. Las parteras generalmente se ocupan de la salud y los embarazos de bajo riesgo, pero pueden consultar con especialistas si hay algún problema. **Las enfermeras parteras certificadas** (CNM, por sus siglas en inglés) tienen licencia para brindar atención en todo el país y las parteras profesionales certificadas (CPM, por sus siglas en inglés) tienen licencia en 36 estados. Hay otros tipos de parteras que no necesitan tener licencia, pero es posible que sus servicios no estén cubiertos en su estado o por su seguro.
  Consulte con su proveedore.

EL ROL DE LAS ACOMPAÑANTES DE PARTO Y POSPARTO



Una acompañarle de parto y posparto es una persona de apoyo que puede acompañarle durante el embarazo, el parto, la interrupción del embarazo o el período posparto (también llamado cuarto trimestre). Pueden tener o no licencia. Las acompañantes abogan por usted, le ayudan a tomar decisiones y brindan apoyo general. Algunas brindan sus servicios a bajo costo o sin ningún costo.

Las acompañantes normalmente se reunirán con usted una o dos veces durante su embarazo para desarrollar una relación con usted y su grupo de apoyo. Durante el embarazo, una acompañante puede ayudarle a conocer sus opciones y hacer planes para el parto y la crianza temprana. Durante el trabajo de parto y el nacimiento, su trabajo es cuidar de usted y abogar por usted sin juzgarle y sin fines médicos, especialmente durante situaciones estresantes.

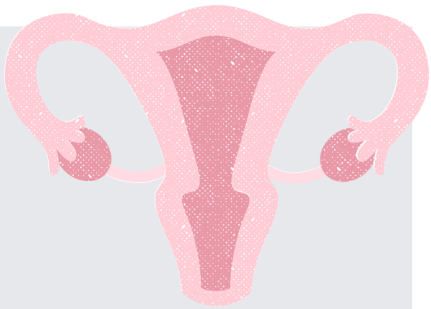
Cuando busque una acompañante, obtenga la mayor cantidad de información posible sobre ella. Pregúntele si brinda cuidado centrado en el trauma o tiene experiencia con personas que consumen drogas. Si tiene alguna relación con proveedores de servicios sociales de confianza, trabajadores de la salud comunitaries, administradores de casos o proveedores de tratamiento por consumo de sustancias, puede pedirles que le ayuden a encontrar una acompañante con experiencia.

RECURSOS para EMBARAZADAS y PADRES

HealthCare.gov **CuidadodeSalud.gov**
Cobertura de salud si está embarazada, piensa quedar embarazada o dio a luz recientemente www.cuidadodesalud.gov/es/ 1-800-318-2596

El Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) espanol.insurekidsnow.gov
Consulte con su estado si desea más información sobre los servicios cubiertos.

INTERRUMPIR UN EMBARAZO



Si usted decide practicarse un aborto, debe comunicarse con une proveedore de cuidado médico de confianza. También hay recursos en línea para ubicar proveedores de aborto en su área.

- Cómo Encontrar un Proveedor de Abotion en su Estado
- I Need an A www.ineedana.com/es

SUS OPCIONES

Aborto con medicamentos:

Un aborto con medicamentos sucede cuando usted toma medicamentos que impiden que el embarazo siga desarrollándose y que harán que su útero quede vacío.

Estos medicamentos inducen un proceso similar a un aborto espontáneo.

Algunas clínicas le van a recetar estos medicamentos y le permitirán que los tome en su casa.

Puede que en otros lugares le hagan tomar la primera dosis en la clínica y la segunda en su casa.

Se recomienda el ibuprofeno para aliviar el dolor, y es generalmente seguro tomarlo con otras sustancias o medicamentos que usted pueda estar tomando.

Aborto quirúrgico:

Une proveedore de cuidado de salud puede realizarle un procedimiento simple para interrumpir un embarazo.

Este procedimiento debe realizarse en una clínica o en un hospital.

Hay muchas opciones para aliviar el dolor, incluyendo la anestesia local (anestesiando el área con lidocaína), sedación mínima o moderada (usualmente un opioide y benzodiazepinas administradas por la vía intravenosa) y sedación profunda (medicamentos intravenosos que le duermen).

INFORMACIÓN CONFIABLE

- Abortionfinfer.org www.abortionfinder.org/es
- Abortion Care Network abortioncarenetwork.org 202-419-1444
- National Abortion Federation prochoice.org 1-800-772-9100
- Plan C: El aborto seguro, privado es.plancpills.org
- Planned Parenthood www.plannedparenthood.org/es

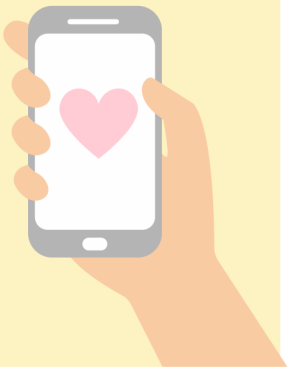
PAGAR POR LA ATENCIÓN DE ABORTO QUE NECESITA

Si no puede pagar por un aborto o transportarse a una clínica, la mayoría de las clínicas tienen conexiones con organizaciones que ayudan a cubrir esos costos. Para más información sobre recursos en su área puede consultar la Red Nacional de Fondos de Aborto.

Mariposa Fund 505-242-7512 - se habla español

MANTENGA TU ABORTO PRIVADO Y SEGURO

El problema: A pesar de que navegar en el Internet y usar nuestros teléfonos pareciera ser una actividad privada, muchas compañías están pendientes de todo lo que hacemos en línea y usan nuestros teléfonos para rastrear los movimientos de todos. Estos archivos son utilizados para venderles nuestra data personal a firmas de publicidad y agentes de recopilación de data y por ende bombardearnos con anuncios.



Digital Defense Fund Fondo de Defensa Digital

Por supuesto, debido a que tanto el consumo de drogas como el aborto están estigmatizados, hay proveedores que podrían maltratarle o rehusarse a proporcionarle cuidado. Recuerde que usted merece que le traten con dignidad y respeto.

ALIVIO DEL DOLOR DURANTE LOS ABORTOS

En el aborto con medicamentos, las personas experimentan sangrado, y pueden tener dolores menstruales intensos y molestias gastrointestinales (vómito y diarrea).

En los abortos quirúrgicos, la mayoría de las personas que están despiertas durante el procedimiento describen la molestia como dolores menstruales intensos.

En la mayoría de los casos, el procedimiento dura menos de cinco minutos.

Como el dolor puede hacerse más intenso debido a ciertas emociones o nerviosismo, considere tener un plan para hacer ejercicios de respiración, llevar música relajante para escuchar o usar los puntos de presión.

Si usted toma medicamentos para un trastorno por consumo de opioides, puede que no le den información precisa acerca del alivio del dolor o no le alivien del dolor adecuadamente. Si está tomando buprenorfina (Suboxone) o metadona, tome su dosis regular.

Si está considerando usar sedación leve o profunda y se siente lo suficientemente a salvo para decirle al equipo que va a realizar el aborto acerca de sus medicamentos, es posible que puedan aumentar la dosis de los opioides que administran durante el procedimiento para ayudar a calmar el malestar.

Algunes proveedores de aborto no se sienten cómodes con administrar analgésicos a pacientes que toman buprenorfina, así que puede pedirles que se comuniquen con su proveedore de buprenorfina para que reciban información si esto le parece seguro.

Muches proveedores de servicios de aborto estarían dispuestes a no revelar el tipo de procedimiento que se le realizará si le sugiere que utilice un lenguaje como: “esta persona vino a mi centro para realizarse un procedimiento menor para el que nos gustaría darle una sedación mínima...”



DESPUÉS DE TU ABORTO

- Aborto en clínica
  Planned Parenthood
- Pastillas abortivas
  Planned Parenthood

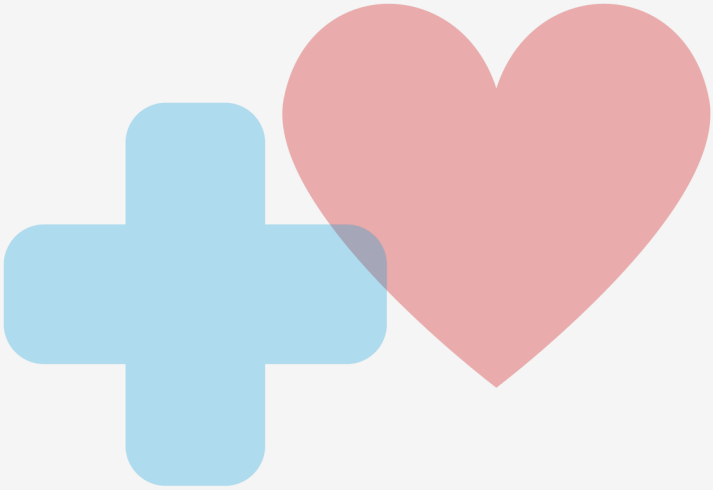
ALIVIO DEL DOLOR DURANTE LOS ABORTOS CONTINÚA

Si tiene alguna inquietud sobre las pruebas de orina para la detección de drogas en el consultorio de su proveedore de buprenorfina o metadona, no dude en pedirle a su proveedore de servicios de aborto una nota sobre los medicamentos que le administraron o le recetaron.

Cabe repetir que la mayoría de les proveedores de servicios de aborto están dispuestes a no revelar el tipo de procedimiento que tuvo si desea que su proveedore de buprenorfina o metadona no sepa sobre su aborto.

NOTAS:

SECCIÓN 2



REDUCCIÓN DE DAÑOS

La reducción de daños es un cambio radical en la forma en que la sociedad ha respondido históricamente al consumo de sustancias.

La reducción de daños es la idea de que, dado que no podemos eliminar por completo el riesgo y el daño, debemos hacer todo lo posible para minimizarlos.

La mayoría de los problemas que nuestra sociedad vincula con el consumo de drogas no son causados por el consumo. Por ejemplo, la enfermedad, los delitos y la violencia no están realmente relacionados con las sustancias en sí mismas, sino con el racismo estructural y la criminalización.

Algunos ejemplos de reducción de riesgos en nuestra vida diaria son usar cinturones de seguridad, usar condones y dormir lo suficiente.

La parte más importante y radical de la reducción de daños es demostrar con nuestras palabras y acciones que respetamos y amamos a las personas que consumen drogas.

Sin importar si usted consume o no, ¡su salud y embarazo importan!

Abstenerse totalmente del consumo de sustancias recreacional durante el embarazo y la lactancia es la opción más segura. Es importante entender que algunas personas tienen problemas para lograr la abstinencia, o simplemente no quieren hacerlo. Aquellas personas que quieren detener o reducir el consumo pero no pueden, quizás tengan un trastorno por consumo de sustancias.

El consumo de sustancias es solo una de las muchas cosas que influyen en la salud y los resultados del embarazo. **Esta sección le dará a usted las herramientas que necesita para ser tan saludable como sea posible, sin importar si está consumiendo o no.**

La mayoría de las personas intentan varias veces antes de poder dejar de consumir. **Une buene proveedore de cuidado de salud no dejará de atender a las personas que no son capaces o no quieren dejar de consumir, sino que seguirá trabajando con ellas.** Las recaídas son algo habitual en el camino de casi todo el mundo. Si un tratamiento no funciona, pruebe otro. **Recuerde: lo que falló es el tratamiento, no usted**.



La mayor parte de las investigaciones que se realizaron sobre personas embarazadas que consumen drogas no pueden afirmar definitivamente que un comportamiento o una droga causen un resultado negativo. En muchos casos, **los estudios acerca del embarazo y el consumo de sustancias no pueden controlar otras variables (tales como la pobreza, el racismo, el consumo de otro tipo de sustancias, los traumas y la mala nutrición) que pueden llevar a resultados negativos.**

Esta información estará organizada por sustancia.

En cada sustancia **se enumerarán los daños más graves posibles primero**, que pueden ser poco comunes, y luego los más comunes.

Dejar de consumir alcohol o benzodiazepinas de manera abrupta sin la asistencia de une profesional médico puede ser peligroso. **Asegúrese de hablar con une proveedore si está considerando esta acción.**

Otro peligro potencial es que la venta de drogas callejera no está regulada. Los productos están mezclados con rellenos y otras drogas, así que puede no estar consumiendo lo que piensa que está consumiendo.



CONSEJOS PARA UN EMBARAZO SALUDABLE

- **TOME SUS VITAMINAS**

  Llas vitaminas prenatales le proporcionan los minerales y nutrientes extra que necesita para proteger su salud y asegurar que su bebé tenga un desarrollo saludable.

- **OBTENGA UN BUEN CUIDADO PRENATAL**

  Esto es lo más importante que usted puede hacer. Obtener cuidado temprano con frecuencia reduce los riesgos de la mayoría de las complicaciones.

- **CUIDE SU CUERPO**

  Concéntrese en mantenerse hidratade, dormir suficiente y comer bien para ayudarse a tener un embarazo saludable.

NOTAS:

ESTRATEGIAS GENERALES DE REDUCCIÓN DE DAÑOS para padres

Lleve la cuenta de cuánto consume. Esto puede reducir su uso, incluso si ese no era el objetivo original.



Establezca límites sobre cuándo y dónde consume; por ejemplo, puede esperar hasta después de las 5:00 para beber alcohol. Solo usa drogas con personas de confianza



Haga una lista de los pros y contras de detener y continuar su consumo.

Evite el uso de opioides, benzodiazepinas, alcohol u otros depresores (tranquilizantes) cuando no haya otra persona con usted, si es posible.



Cambie a un método más seguro. puede ser diferente para cada sustancia. Por ejemplo, tomar una pastilla es más seguro que inyectarse heroína. Es más fácil controlar la dosis de cannabis fumando que comiendo comestibles.



Establezca límites personales sobre la frecuencia y la cantidad que consume. Por ejemplo, no consumir más de 2 bolsas de heroína cada 8 horas.



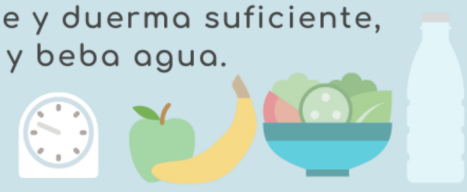
Evite conducir o tomar decisiones importantes cuando consuma drogas. Por ejemplo, no conduzca en estado de ebriedad.

Haga un plan de crianza. Antes de consumir cualquier sustancia, incluyendo alcohol, programe para que alguien cuide a su bebé si es necesario.

Asista a grupos de apoyo como Moderation Management, SMART Recovery, Narcóticos Anónimos, o Alcohólicos Anónimos.



Cuide su cuerpo en sentido general: coma saludable y duerma suficiente, haga ejercicio y beba agua.



NATIONAL HARM REDUCTION COALITION

Academy of Perinatal Harm Reduction

harmreduction.org

perinatalharmreduction.org



ALCOHOL

ALCOHOL Y EMBARAZO

Muchas personas tratan de reducir o detener el consumo de alcohol durante el embarazo. Detener el alcohol de manera abrupta (hacerlo “de golpe”) puede ser peligroso y puede causar convulsiones, y en casos poco comunes, incluso la muerte. Si está tratando de disminuir su consumo de alcohol, hable con une proveedore, especialmente si ha tenido convulsiones anteriormente.

Beber alcohol durante el embarazo aumenta las probabilidades de aborto espontáneo o mortinato. Beber alcohol durante el embarazo también puede causar anomalías congénitas, llamadas Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF).

Nadie sabe exactamente cuánto alcohol es seguro beber durante el embarazo y es probable que sea diferente para cada persona.

El TEAF puede producir defectos en los órganos, limitaciones intelectuales, en el razonamiento y el aprendizaje, así como también efectos físicos tales como características faciales anómalas, bajo peso al nacer y una cabeza más pequeña.[1, 2]

No todas las personas que consumen alcohol durante el embarazo tendrán une bebé con síntomas de Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal. Los estudios sobre los resultados a largo plazo de niñes con exposición al alcohol sugieren que los atracones de alcohol o un trastorno por consumo de alcohol grave

pueden estar asociados con un aumento en los problemas de conducta del niñe o en la dificultad para pensar (cognición), especialmente en niñes que nacieron con el TEAF. Los estudios de consumo de alcohol bajo o moderado no han encontrado un impacto universalmente negativo.[3]

ALCOHOL Y LACTANCIA

El alcohol se transfiere por la leche humana y les bebés lo absorben si se alimentan con la leche.[4, 5] Si tiene planes que pueden incluir el consumo de alcohol, use la bomba y almacene suficiente leche antes de beber alcohol. Si no puede hacer esto, use fórmula. Si le duelen las mamas cuando está alcoholizade, sáquese suficiente leche con una bomba o con las manos para liberar la presión y luego deséchela.

Las recomendaciones sobre el tiempo que tiene que pasar para que la leche sea segura para le bebé oscilan entre 2 y 4 horas por bebida. [4, 5]

Si solo va a beber una bebida estándar, puede amamantar a la criatura, beber una bebida, esperar unas horas, y amamantar otra vez sin hacer nada especial. Si todavía se siente en estado de embriaguez o con resaca, aunque haya pasado el tiempo recomendado, espere hasta sentirse mejor antes de alimentar a la criatura. Si quiere tener la certeza absoluta de que no hay alcohol presente en la leche, puede conseguir en farmacias tiras reactivas para detectar alcohol en la leche humana.

MEDIDA ESTÁNDAR DE ALCOHOL



12 onzas de cerveza | 8-9 onzas de licor de malta | 5 onzas de vino | 1-2 onzas de licor

¿Qué opciones de tratamiento están disponibles para las personas con trastorno por consumo de alcohol que están embarazadas?

Hay muchos enfoques para el tratamiento de personas que quieren cambiar su consumo de alcohol o dejar de consumir completamente. Algunos métodos comunes son:

- Reuniones terapéuticas de 12 Pasos tales como Alcohólicos Anónimos (AA) u otras reuniones comunitarias como Moderation Management [Gestión de la moderación], SMART Recovery, o Reducción de Daños Relacionados con el Alcohol (HAMS, por sus siglas en inglés).
- Terapia de grupo o consejería individual
- Tratamiento con medicamentos para el trastorno por consumo de alcohol

Algunas veces, los grupos de 12 Pasos pueden hacer sentir mal a las personas embarazadas o a las personas que usan medicamentos para el trastorno por consumo de opioides, por lo que es importante encontrar un grupo o un método que respalde sus necesidades.

Los medicamentos disponibles para el tratamiento de la dependencia del alcohol son tabletas o inyecciones de naltrexona (Vivitrol®), acamprosato (Campral®), disulfiram (Antabuse®) y gabapentina (Neurontin®). **No tenemos información confiable sobre la seguridad de estos medicamentos durante el embarazo, pero es probable que algunos de ellos sean mucho más seguros que seguir bebiendo**.

Es probable que el acamprosato sea seguro, al igual que la naltrexona (aunque no se recomienda para el trastorno por consumo de opioides en el embarazo en este momento), mientras que el disulfiram no se recomienda. Consulte con une proveedore antes de tomar cualquiera de estos medicamentos durante el embarazo.

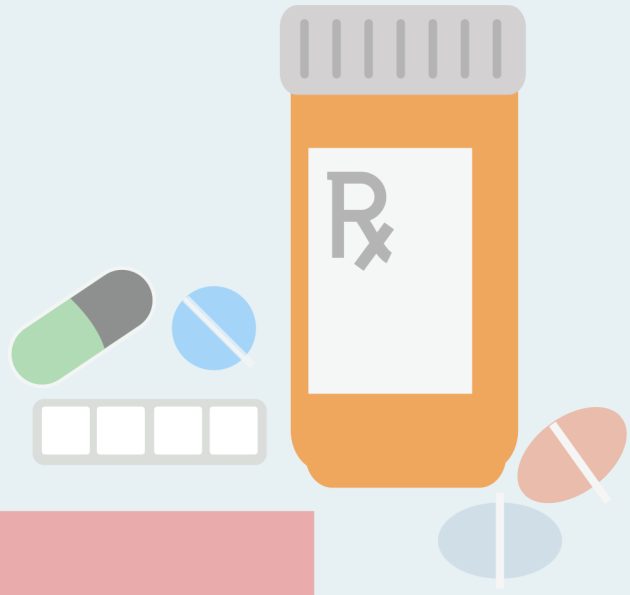
ABSTINENCIA ALCOHÓLICA



En algunos casos, la dependencia y la abstinencia del alcohol se asocian con complicaciones graves como las convulsiones.

Si usted es dependiente del alcohol y está tratando de disminuir su consumo, no lo haga de golpe.

Trabaje con une proveedore de salud, especialmente si ha tenido convulsiones antes. En casos raros, la desintoxicación del alcohol puede provocar la muerte. Pida ayuda.



BENZODIAZEPINAS

BENZODIAZEPINAS Y EMBARAZOS

Las benzodiazepinas funcionan de una manera similar al alcohol en el cerebro, pues actúan sobre el mismo receptor cerebral. El consumo regular de benzodiazepinas puede generar tolerancia, dependencia y, si reduce o detiene su uso abruptamente, síntomas de abstinencia.

De manera similar al alcohol, la desintoxicación o la reducción de las benzodiazepinas pueden ser muy dañinas, ya que algunas personas experimentan convulsiones por abstinencia que pueden ser mortales. Es importante hablar con une proveedore si desea reducir o suspender las benzodiazepinas durante el embarazo.

El uso de benzodiazepinas podría aumentar levemente el riesgo de tener une bebé con labio leporino o paladar hendido, pero no existe relación con otras anomalías congénitas. Algunos estudios encontraron un mayor riesgo de bajo peso al nacer y otros estudios no. [6, 7, 8]

Las benzodiazepinas son una clase de medicamentos que se recetan para conciliar el sueño, la ansiedad y las convulsiones. Algunos de los más comunes son: lorazepam (Ativan®), diazepam (Valium®), alprazolam (Xanax®), clonazepam (Klonopin®) y clordiazepóxido (Librium®).

Los casos posibles de bajo peso al nacer entre las personas que toman estos medicamentos podrían estar relacionados con problemas para dormir, y no con los medicamentos, porque muchas personas toman benzodiazepinas para los problemas del sueño.[9] Las personas recién nacidas expuestas durante el embarazo pueden mostrar síntomas de abstinencia después de nacer; el uso de benzodiazepinas podría empeorar los síntomas de abstinencia de otras sustancias.

BENZODIAZEPINAS Y LACTANCIA

Si está amamantando|, es importante que tome **la dosis más baja** posible de benzodiazepinas sin dejar de obtener los beneficios que necesita. Hable con su proveedore sobre la dosis adecuada para usted. No todas las benzodiazepinas son iguales con relación a su seguridad y la lactancia. Por ejemplo, el lorazepam es más seguro que el diazepam. Ver: LactMed. En estudios reducidos, algunes bebés lactantes tenían poca tonificación muscular, sedación o dificultades para respirar y alimentarse que luego se resolvieron.[10]
Un problema con los estudios reducidos es que, debido a que incluyen a menos personas, sus hallazgos son difíciles de generalizar.



¿Qué opciones de tratamiento están disponibles para la dependencia de las benzodiazepinas?

No existen medicamentos aprobados por la FDA para la dependencia de las benzodiazepinas; sin embargo, une doctore puede recetarle medicamentos para aliviar los síntomas incómodos.

Si los está usando para calmar la ansiedad, la depresión o el insomnio, puede haber medicamentos que sean más seguros de usar durante el embarazo o la lactancia. **Busque recomendación médica**. Dejar de consumir sin ayuda puede ser peligroso debido a los síntomas de abstinencia, tales como convulsiones. Es importante disminuir la dosis gradualmente (reducción escalonada) con la ayuda de une proveedore de cuidado médico en lugar de detenerse abruptamente.[11]



CANNABIS

CANNABIS Y EMBARAZO

El cannabis es una planta que se puede fumar, vaporizar, comer, aplicar tópicamente sobre la piel o ingerirse en otras formas, como las tinturas.

Algunos de los otros nombres con los que se conoce el cannabis son marihuana, hierba, yerba, mota y hachís. Algunas otras formas de consumirlo son en cera, concentrados (dabbing), aceites, tinturas y triturado.

Gran parte de la información sobre los efectos de la exposición del feto es contradictoria y poco clara, incluso para los profesionales médicos. Desafortunadamente, la literatura no es coherente en sus hallazgos. Los resultados a largo plazo parecen similares a los de otros niñes del mismo grupo de pares.[12, 13]

¡Alerta de investigación nueva!

Torres et al. (2020) [15] realizó una revisión sistemática de los efectos de la exposición prenatal al cannabis sobre el funcionamiento cognitivo, y encontró que les niñes con exposición al cannabis se encontraban predominantemente dentro del rango normal, con lo cual se refutaron muchos malentendidos importantes sobre el cannabis y el funcionamiento cognitivo.

No hay pruebas que sugieran que la planta de cannabis está relacionada con los casos de mortinato, el parto prematuro, el peso al nacer significativamente bajo, las anomalías congénitas o los problemas de alimentación.[14] Algunas investigaciones recientes (2019) demuestran que las personas que consumen cannabis tenían tasas más altas de partos prematuros que las que no consumen (12.0% en comparación con 6.1%), pero, al igual que la mayoría de los estudios sobre el embarazo y cannabis, el estudio no pudo controlar muchos otros factores, como el tabaquismo y el consumo de nicotina.[16]

CANNABIS Y LACTANCIA

Cannabis esta en la leche, en una cantidad **estimada de 1%** de lo que la persona embarazada había fumado.[17, 18] El absorbcion de infantes es malo, entonces bebes asimilan solamente 1% de eso.[18, 19] (1/1,000 dosis de padre) Todavia puede causa resulto positiva en prueba de deteccion de drogas. **La dosis llegó a su punto máximo 1 hora después de fumar y se redujo en las 4 horas posteriores al consumo**.

Las pautas formales recomiendan que la elección más segura es detener el consumo recreacional completamente mientras se está lactando.[5, 14, 20-22] **Si usted continúa consumiendo mientras está amamantando, considere utilizar métodos de reducción de daños como usar la bomba para sacar la leche antes de consumir o inmediatamente después de consumir**.[22, 23] Es importante recordar que incluso cuando hay riesgos por fumar y amamantar, todavía **se considera mejor el amamantar y fumar que alimentar con fórmula y fumar**.

¿Qué opciones de tratamiento hay disponibles para las personas con trastorno por consumo de cannabis que están embarazadas?



No hay medicamentos aprobados por la FDA específicamente para la dependencia o los trastornos por consumo de cannabis.

Si está utilizando el cannabis como medicamento para aliviar el dolor, la ansiedad o las náuseas, hable con su proveedore de cuidado médico para indagar si hay un método de tratamiento más seguro.

Muchas personas que continúan fumando cannabis durante el embarazo, incluidas aquellas personas que fuman diariamente, pueden tener un trastorno por consumo de cannabis, lo cual puede hacer que sea más difícil que estas personas dejen de consumir. **La mayoría de las personas que quieren dejar de consumir cannabis lo hacen sin ningún tratamiento formal**, mientras que otras personas han encontrado que la consejería o la terapia de grupo ha sido útil.

OPIOIDES



Los opioides incluyen la heroína, la morfina, la hidromorfona (Dilaudid®), el fentanilo, la hidrocodona (Vicodin®, Norco®), la oxicodona (Percocet®, Oxycontin®), el tramadol, la codeína, la buprenorfina (Subutex®, Suboxone®), la nalbufina (Nubain®), la metadona y la meperidina (Demerol®).

OPIOIDES Y EMBARAZO

No se recomienda hacer una desintoxicación (o someterse a una abstinencia supervisada por un médico) durante el embarazo porque las probabilidades de volver al consumo de opioides son mucho más altas.

El riesgo de una sobredosis es mucho más alto después de una desintoxicación debido a la falta de tolerancia. Puede hablar con su proveedore acerca de medicamentos tales como metadona o buprenorfina, que son más seguros de usar para el trastorno por consumo de opioides (OUD, por sus siglas en inglés) durante el embarazo.[24-31]

Algunos estudios encuentran pesos normales al nacer, mientras que otros encuentran pesos más bajos que están en el límite de los pesos bajos normales.[34-38]

Los resultados de largo plazo son similares a otros niñes en el mismo grupo de pares si no hubo complicaciones en el nacimiento.

El uso de opioides (incluyendo la heroína) durante el embarazo no está asociado con anomalías congénitas.[24, 39]

OPIOIDES Y LACTANCIA

Es seguro amamantar mientras se toman medicamentos para el trastorno por consumo de opioides tales como la metadona y la buprenorfina, sin importar la dosis del medicamento que usted tome.[40-43]

Consulte la base de datos LactMed para conocer más sobre la información que existe acerca del uso de estos medicamentos durante la lactancia:

- metadona
- buprenorfina
- naloxona
- naltrexona

De hecho, amamantar puede hacer que los síntomas de abstinencia en bebés sean menos graves. Es posible que esto porque el contacto piel con piel y la formación del apego ayudan a les bebés a sentirse mejor en el momento de amamantarles. Cuando se estudiaron otros opioides como la metadona, se encontró que, aproximadamente, tan **solo un 2% de la dosis total se transfiere a la leche humana**.[41] En el caso de la buprenorfina, hay cantidades insignificantes de buprenorfina/norbuprenorfina en la leche humana y les bebés absorben mucho menos debido a la manera en que la buprenorfina se descompone y se metaboliza (no se absorbe bien en el estómago).[42, 43]

Con la heroína y otros opioides no regulados, es mejor no amamantar, ya que usted no puede saber la dosis exacta que consumió, y pueden cortarla con otras sustancias desconocidas y contaminantes que no son seguras para su bebé.

INFORMACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS, EMBARAZO, Y LACTANCIA



Si está buscando información confiable y científica sobre medicamentos y guías para su uso durante el embarazo y la lactancia, le recomendamos estos recursos:

- El servicio **MotherToBaby** de la Organización de Especialistas en Información de Teratología (OTIS, por sus siglas en inglés)
- **Base de datos de medicamentos y lactancia (LactMed)** de la Biblioteca Nacional de Medicina

¿Qué opciones de tratamiento están disponibles para el trastorno por consumo de opioides durante el embarazo?

Los tratamientos para el trastorno por consumo de opioides con metadona, buprenorfina (Subutex®), o un medicamento combinado de buprenorfina y naloxona (Suboxone®) son seguros durante el embarazo y la lactancia, y son la mejor forma de tratamiento para las personas embarazadas. [40-43]
El inicio del tratamiento con buprenorfina y metadona durante el embarazo puede variar según el estado y la región. Algunes proveedores de cuidado médico pueden pedirle que vaya al hospital para internarse y estar bajo el seguimiento de doctores de planta de ginecología y obstetricia, mientras que otres podrían sentirse cómodes atendiéndole como paciente de servicio ambulatorio.

Durante el embarazo, el cuerpo atraviesa cambios que pueden hacer que las drogas y los medicamentos funcionen de manera diferente. Esto significa que las drogas pueden sentirse más o menos fuertes que antes. Por ejemplo, muchas personas necesitan ajustar su dosis de metadona o buprenorfina durante el embarazo porque comienzan a experimentar síntomas de abstinencia o se sienten exageradamente sedadas. **Informe a su doctore sobre cualquier síntoma de abstinencia, ansias o cambios en los patrones de sueño**. Puede que necesite dividir su dosis del medicamento en dos o tres veces por día en lugar de una vez al día. [24-31]

Hay pruebas nuevas que la naltrexona (Revia®, Vivitrol®) es segura para su uso durante el embarazo si ya usa cuando se hace embarazada. No se recomienda empezar tratamiento durante el embarazo (a menos que sea lo único que le funcione).

Rx VEA la sección sobre naltrexona para obtener más información.

Un panel de expertes reunido sobre este tema “no estuvo de acuerdo sobre si las mujeres [personas] que toman naltrexona deben continuar usándola durante el embarazo. A las mujeres [personas] estables con naltrexona se les puede ofrecer tratamiento con buprenorfina o metadona para evitar que vuelvan a consumir sustancias si deciden interrumpir las inyecciones de naltrexona. Sin embargo, esta transición debe manejarse con cuidado”

NALTREXONE

La naltrexona (Vivitrol®, Revia®) es otro medicamento que puede utilizarse para el tratamiento del trastorno por consumo de opiáceos (TCO, OUD-Opiod Use Disorder). Se diferencia de la metadona y la buprenorfina porque **es un antagonista, no un agonista**. En lugar de activar el receptor de endorfinas, lo bloquea; esto significa que los opioides no van a funcionar hasta que la naltrexona se haya desvanecido. Mientras que la acción realizada por la metadona y la buprenorfina puede entenderse como la llave que abre una cerradura, la de la naltrexona sería como meter un chicle en una cerradura. Funciona similar al medicamento usado para revertir la sobredosis, la naloxona (Narcan), pero tarda más en hacer efecto.

La naltrexona puede tomarse como un comprimido diario o "según se necesite". La naltrexona también está disponible en forma de una inyección intramuscular mensual llamada Vivitrol. Con Vivitrol inyectado, el bloqueo de los opioides puede tardar un mes o más en desaparecer y, a medida que desaparece, la tolerancia a los opioides de la persona se reduce gradualmente. El uso de opioides no prescritos durante este tiempo es muy peligroso debido al riesgo de muerte por sobredosis.[44-46]

La naltrexona no es una sustancia controlada y no causa dependencia física. No existe un síndrome de abstinencia asociado a la naltrexona en adultos o bebés Una sobredosis por naltrexona requiere dosis tan grandes que es prácticamente imposible.[47] No hay informes sobre algún efecto en los bebés expuestos a la naltrexona durante el embarazo o la lactancia.[45, 48]
Aproximadamente el 1% de la dosis de los padres se transfiere a la leche humana.[48, 49-53]

La naltrexona tiene menos probabilidades de ser eficaz en la reducción del consumo de sustancias que los medicamentos agonistas (metadona y buprenorfina) y tiene efectos secundarios, entre los que se incluye una mayor vulnerabilidad a la muerte por sobredosis.[44-46] Para que una persona empiece a tomar naltrexona, es necesario que se desintoxique por completo antes de la primera dosis para evitar una abstinencia precipitada grave.[45, 47] Para algunas personas con trastorno por consumo de opioides la naltrexona resulta útil, pero muchas otras tienen dificultades para seguir el tratamiento.[45] Los bloqueadores de opioides de acción prolongada (como el Vivitrol) pueden ser un problema para la anestesia y el control del dolor durante cirugías inesperadas, como una cesárea por parto prematuro, porque muchos anestésicos son opioides.[45-47, 54, 55]

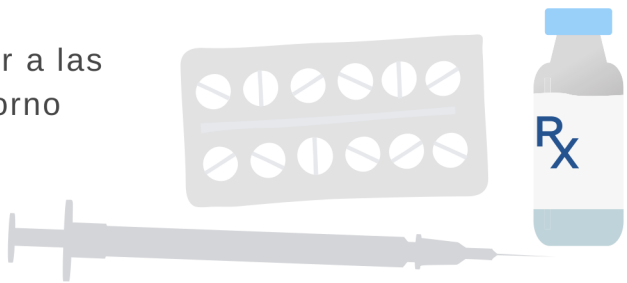
NALTREXONE (CONTINUED)

Dado que el uso de la naltrexona reduce la tolerancia de las personas a los opioides, éstas corren un mayor riesgo de sufrir una sobredosis si vuelven a consumirlos. Es posible que algunas personas intenten combatir los efectos de bloqueo de los opioides de la naltrexona tomando mayores dosis de opioides, lo que también aumenta el riesgo de sobredosis.

No se recomienda iniciar el tratamiento con naltrexona durante el embarazo.[45] Si una paciente con trastorno por consumo de opioides queda embarazada antes de buscar tratamiento, se le debe ofrecer el tratamiento con agonistas como el patrón de referencia de primera opción, y la naltrexona debería estar disponible únicamente después de una minuciosa discusión sobre los riesgos y beneficios con un proveedor de tratamiento familiarizado con el embarazo y la trastorno por consumo de opioides.[47] **Si una persona que tiene un tratamiento estable con naltrexona queda embarazada desea seguir usando el medicamento, se considera seguro hacerlo**.[47] Los proveedores deben trabajar con las pacientes embarazadas para realizar evaluaciones frecuentes sobre la satisfacción con el tratamiento y evaluar si el cambio a un medicamento agonista es beneficioso.

Muchas personas embarazadas eligen la naltrexona en lugar de la terapia con agonistas opioides (TAO) porque elimina el riesgo de abstinencia en los recién nacidos. Esto se debe a que en muchos estados hay implicaciones legales y relacionadas con la custodia de los hijos para los padres de un bebé que experimenta abstinencia neonatal de opiáceos (Neonatal Opioid Withdrawal, o NOW), aun si es el resultado de tomar la medicación según lo recetado. **Nadie debería tener que tomar una decisión médica bajo coerción**. El plan de atención para cada paciente embarazada que toma cualquier medicamento para el trastorno por consumo de opiáceos (Medication for Opioid Use Disorder, o MOUD) requiere la inclusión de un debate exhaustivo sobre el panorama legal local y referidos a asistencia legal, si se desea. **Los proveedores éticos trabajan con los pacientes con el fin de minimizar el daño individual causado por estas leyes y políticas, y trabajan para cambiarlas en los lugares donde existen.**

Las leyes y políticas creadas para castigar a las personas embarazadas por tener un trastorno por consumo de sustancias o por buscar tratamiento son perjudiciales para la salud individual y pública.



Estas leyes y políticas son rechazadas por la Asociación Médica Estadounidense (AMA, por sus siglas en inglés), el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, por sus siglas en inglés), la Asociación de Personal de Enfermería en Salud Obstétrica, Neonatal y de la Mujer (AWHONN, por sus siglas en inglés), la Sociedad Estadounidense de Medicina de la Adicción (ASAM, por sus siglas en inglés), entre otros. Una lista completa puede ser consultada en: los grupos médicos que se oponen al enjuiciamiento nationaladvocatesforpregnantwomen.org

Sea cual sea el medicamento elegido, la recuperación estable de los padres es el factor más importante que influye en los resultados de salud a corto y largo plazo durante el embarazo y después de este.

ABSTINENCIA NEONATAL DE OPIOIDES **NOW**, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS

Para el feto, los riesgos del consumo de opioides durante el embarazo están ampliamente relacionados con la probabilidad de que el feto experimente la **abstinencia neonatal de opioides** (**NOW**, por sus siglas en ingles), ambos fácilmente tratables. El NAS tiene muchas señales y síntomas que pueden evaluarse en el hospital (muchos hospitales utilizan un sistema de calificación). Algunas de estas señales y síntomas incluyen: irritabilidad, temblores, nerviosismo, alteraciones del sueño/vigilia, sudoración, estornudos, bostezos, congestión nasal, sobreestimulación, dificultad para alimentarse, poco aumento de peso, gases, vómitos y diarrea.[56]



Esto puede ocurrir entre 24 horas y cinco días después del nacimiento, y está relacionado a la abstinencia fisiológica de cualquier tratamiento con opioides (heroína, fentanilo o tratamientos con buprenorfina y metadona). **Se puede tratar con contacto piel con piel, manteniendo a la persona que parió en la misma habitación del hospital que su bebé**, amamantándole, o también con medicamentos tales como metadona, morfina, buprenorfina u otros agentes según sea necesario.

No todos los bebes que están expuestos a los opioides desarrollarán signos de abstinencia, pero es bueno saber qué observar y tener un plan.

DESINTOXICACIÓN

ABSTINENCIA SUPERVISADA CLÍNICAMENTE

La terapia con agonistas opioides (OAT) debe ofrecerse como tratamiento de primera línea para el trastorno por consumo de opioides.

Los medicamentos para el trastorno por consumo de opioides (MOUD, por sus siglas en inglés), tales como la metadona y la buprenorfina, deben ofrecerse como tratamiento de primera línea para el trastorno por consumo de opioides. **Es posible que haya escuchado que no es seguro desintoxicarse durante el embarazo debido a que la persona embarazada transmite su angustia al feto, lo que lleva a posibles resultados negativos (muerte fetal o parto prematuro)**.[57] Sin embargo, no se han hallado pruebas de esto en estudios de corto plazo más recientes. En cambio, la preocupación es que muchas personas puedan recaer y tengan una tolerancia disminuida, lo cual puede ser peligroso para la persona embarazada, el feto o recién nacide debido al riesgo de sobredosis/muerte.

Ninguna persona debe ser presionada ni obligada a desintoxicarse, especialmente si está embarazada.

Desintoxicarse y suspender el MOUD, incluso por un período corto de tiempo, puede reducir su tolerancia y facilitar la sobredosis incluso con una pequeña cantidad de opioides. **Si desea desintoxicarse o disminuir su dosis de medicamento, asegúrese de tener una conversación detallada sobre los riesgos y beneficios con une proveedore de confianza**. Sin embargo, si debe desintoxicarse, sería seguro para usted y su feto que el proceso se realice de manera adecuada y compasiva. **No intente desintoxicarse en su casa o sin acompañamiento**.

BUSQUE UNE PROVEEDORE.

ESTABLEZCAN SUS OBJETIVOS EN CONJUNTO.

HAGAN UN PLAN PARA ALCANZAR SUS OBJETIVOS.

SOBREDOSIS DE OPIOIDES Y EMBARAZO

Cualquier persona que consuma opioides corre el riesgo de sufrir una sobredosis. Esto es especialmente cierto durante e inmediatamente después del embarazo debido a los cambios que ocurren en su cuerpo. Los cambios en su peso, masa corporal, metabolismo y hormonas afectarán la dosis de opioides que necesita para obtener el efecto deseado, así como su tolerancia.[24-31]

La naloxona (Narcan®) es un medicamento que revierte la sobredosis de opioides, entre los que se incluyen la heroína, los analgésicos recetados y el fentanilo. Si cree que es posible que alguien haya sufrido una sobredosis, se recomienda darle naloxona. Darle naloxona a alguien que no ha tenido una sobredosis de opioides no le hará daño; simplemente no funcionará.

- Si usted consume opioides, obtenga naloxona.
- Si ama a alguien que usa opioides, obtenga naloxona.
- Si tiene la sospecha de que alguien tuvo una sobredosis, dele naloxona.

Cómo conseguir naloxona:

- www.getnaloxonenow.org/#gettraining

Obtener naloxona (Narcan®):

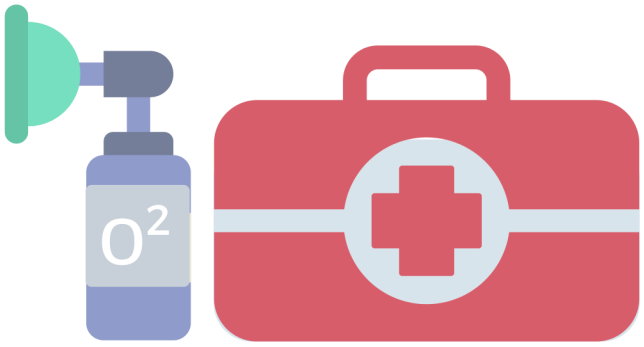
- Next Distro: envíos de naloxona por correo para personas que no tienen acceso localmente.
- Mapa de la NHRC para encontrar naloxona
  - CVS
  - Walmart
  - Walgreens
  - Rite-Aid



SOBREDOSIS DE OPIOIDES Y EMBARAZO

Debido a que revertir una sobredosis con naloxona puede causar abstinencia inmediata, es posible que tanto la sobredosis como el revertir la sobredosis puedan causar estrés a su embarazo y aumentar el riesgo de complicaciones. Sin embargo, los riesgos provocados por la falta de oxígeno, o incluso la muerte debido a una sobredosis, son más graves que los posibles riesgos de sufrimiento fetal que puede provocar la reversión de una sobredosis.

Recomendamos responder a una sobredosis de una persona embarazada exactamente de la misma manera que con cualquier otra persona.



A pesar de que no hay investigaciones sobre revertir la sobredosis en personas embarazadas, hay cosas que usted puede hacer para proteger a las personas embarazadas y su feto durante una posible sobredosis:

- **Poner a la persona en la posición lateral de seguridad** sobre su lado izquierdo para mejorar el flujo de sangre hacia la placenta.
- **Llamar al 911**

  Dígale a le operadore que se encuentra con **una persona embarazada que no está respirando** y que necesita paramédicos.

  No hace falta que diga que puede ser una sobredosis. Si lo dice, pueden enviar a oficiales de policía.



- **Quédese con la persona** o encuentre a alguien que pueda quedarse.
- **Dígales a los paramédicos que la persona toma opioides** y que puede haber tomado demasiados y una sobredosis.

Muchos estados tienen leyes del buen samaritano que pueden protegerle de ser arrestade cuando llama para pedir ayuda.

CONTAMINACIÓN

Dentro de los mayores riesgos a los que se enfrentan las personas que consumen drogas se encuentra el suministro de drogas envenenadas y contaminadas. La prohibición del consumo de sustancias resulta en una oferta de drogas no regulada. Esto significa que a menudo es imposible que las personas sepan con certeza que es lo que van a consumir y si la cantidad que consumen es segura o no.

FENTANILO Y CARFENTANILO

Desde 2016, **la contaminación por el suministro de drogas con fentanilo (y sus análogos como el carfentanilo) ha dado lugar a un mayor riesgo de sobredosis para las personas que consumen drogas ilícitas**.[58] El fentanilo es un potente opioide sintético y tiene efectos para el embarazo similares a los de otros opioides. Se puede inyectar, fumar, ingerir o inhalar. La contaminación no se limita a los opioides, también hay reportes de contaminación en la cocaína, la metanfetamina, las píldoras prensadas y otras sustancias.[59]

No hay un riesgo de sobredosis por tocar el fentanilo o estar cerca de él. El fentanilo no se absorbe a través de la piel y no se aerosoliza adecuadamente, por lo que es casi imposible inhalarlo de manera accidental o en una cantidad suficiente para causar algún efecto.[60] Los informes sobre las sobredosis sufridas por personal de respuesta a emergencias no están respaldados por pruebas, y puede atribuirse a miedo, desinformación o ataques de pánico.[61, 62]

XILACINA

La xilacina es otra sustancia que se encuentra con cada vez más frecuencia en la oferta de drogas no reguladas en el territorio continental de los Estados Unidos.[58] También se conoce como Rompun, Anased, Sedazine, Chanazine, anestesia de caballo, o simplemente anestesia.[63, 64] Se ha identificado como un adulterante en Puerto Rico desde hace unos 15 años.[64, 65] Algunas personas optan por utilizar xilacina porque se dice que alarga y potencia el efecto del fentanilo.[66]

La xilacina es un sedante de uso veterinario y no está aprobado para el consumo humano. Puede inyectarse, inhalarse o ingerirse.[67] Se ha informado que sus efectos duran 4 horas, pero con dosis extremadamente altas, estos podrían durar hasta 72 horas.[63] La xilacina pertenece al grupo de medicamentos alfa2-adrenérgicos, que causan sedación, baja presión arterial, disminución de los latidos del corazón y respiración más lenta.[67] **La xilacina causa dependencia física y síndrome de abstinencia, independientemente de los opioides**.[67, 64]
Las personas con síndrome de abstinencia por la xilacina experimentan gran ansiedad y malestar general. Cada vez hay más orientación para los médicos sobre cómo tratar la dependencia física y el síndrome de abstinencia causados por la xilacina, independientemente de los opioides.[68]

No se ha publicado evidencia sobre el embarazo y la xilacina, pero otros medicamentos alfa-adrenérgicos como la clonidina **se utilizan con precaución en el embarazo y la lactancia** debido a la preocupación por cambios en la frecuencia cardíaca y la presión arterial en la persona embarazada, el feto y el bebé lactante.

Aun cuando la xilacina puede causar la muerte por sobredosis por sí sola, suele encontrarse en combinación con otras drogas como la heroína, el fentanilo y la cocaína.[63-65, 67] Dado que la xilacina no es un opioide, cuando está presente en una sobredosis por varias sustancias, la naloxona (Narcan) puede no ser suficiente para revertir la sobredosis, pero debe administrarse para revertir los efectos de cualquier opioide. **La respiración artificial y el oxígeno suplementario son fundamentales para responder a las sobredosis asociadas a la xilacina**.[58] Si hay reportes de presencia de xilacina en su zona, intente mostrarlos a otras personas y no pierda de vista a las personas que asienten con la cabeza durante más tiempo del habitual. Si es posible, ubique a las personas en posición de recuperación, pero si no lo es, asegúrese de comprobar regularmente su respiración y de moverlas cada hora para evitar lesiones. Recuerde utilizar naloxona en cualquier caso de presunta sobredosis para revertir los posibles efectos de una sobredosis por opioides.

SI SOSPECHA UNA SOBREDOSIS

- Administre narcan - Podría haber opioides en lo que tomaron.
- IMPORTANTE - Dar respiraciones de rescate u oxígeno suplementario.
- Colóquela en la posición de recuperación, acostado de lado.

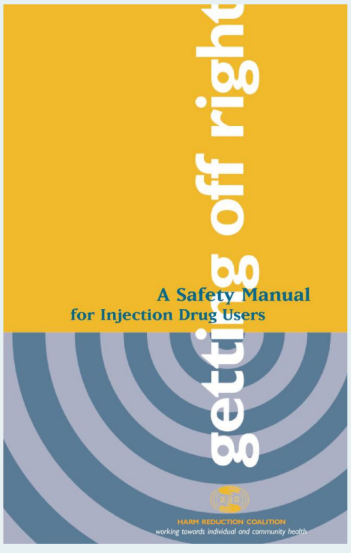


La xilacina se asocia con un mayor riesgo de úlceras cutáneas graves, que son grandes heridas que pueden parecerse a las quemaduras, a menudo con áreas de tejido negro necrótico (muerto). Una úlcera no es lo mismo que un absceso, pero para la mayoría de la gente son similares. Se cree que estas úlceras están relacionadas con la disminución del flujo sanguíneo a la piel como consecuencia de la xilacina. **Pueden aparecer en los puntos de inyección o en otras partes del cuerpo**. Las úlceras por xilacina son mucho más graves que los abscesos asociados normalmente al consumo de drogas inyectables. Hay informes de úlceras que llegan al hueso y causan adelgazamiento óseo en jóvenes sanos.[64, 65, 67, 69] El buen cuidado de las heridas (con la ayuda de una enfermera si es posible) es esencial para atender a las personas con heridas por xilacina. Estas úlceras pueden tardar meses o años en sanar.

Muchas de las personas que se inyectan drogas pueden identificar la contaminación por xilacina por su aspecto, olor, sabor y por la forma en que hace oler los fluidos corporales de las personas que la consumen. Algunas personas afirman que se cristaliza después de la mezcla y antes de la inyección.[64, 67] Sin embargo, cuando los investigadores analizan jeringuillas usadas, encuentran xilacina en muchas de las jeringuillas que usaron personas que creían no estar usándola y, de manera similar, no la encuentran en todas las jeringuillas de las personas que dicen usarla.[65]

Proteja su salud.

Si usted sigue consumiendo o inyectándose opioides u otras sustancias (metanfetaminas, cocaína, etc.), **por favor no comparta sus suministros, lávese las manos con agua y jabón, y limpie el área antes de cada inyección con un algodón con alcohol**. Las tasas de infecciones de la piel y del tejido blando, las bacterias transmitidas por la sangre —que pueden provocar una infección de las válvulas cardíacas (endocarditis)— están en aumento entre las personas que se inyectan drogas, y los hábitos de higiene y esterilización pueden evitar muchas de estas infecciones.



Ver: Manual de seguridad para personas que consumen drogas inyectables: Getting Off Right: A Safety Manual for Injection Drug Users

ESTIMULANTES



ESTIMULANTES Y EMBARAZO

Los riesgos del uso de estimulantes durante el embarazo no son completamente claros; sin embargo, muchos de los riesgos que se informaron durante la llamada “epidemia de bebés del crack” en las décadas del 80 y el 90 eran incorrectos.

Esas explicaciones se utilizaron para **castigar a padres y madres negres y sus familias, y provocaron la separación forzada de muchas familias**.[70]

Los riesgos de consumir estimulantes durante el embarazo ahora se comprenden mejor. Tener una sobredosis o una sobreestimulación con anfetaminas puede estresar el cuerpo de la persona embarazada; aunque sea poco común, es posible tener una sobredosis y morir a causa del consumo de metanfetaminas o cocaína, ya que estas sustancias pueden sobreexigir al corazón y al sistema circulatorio (con frecuencia estas sustancias se consumen junto con muchas otras sustancias, así que puede ser la combinación lo que resulta fatal).

Información básica acerca de la sobreestimulación con estimulantes

Los estimulantes recetados incluyen metilfenidato (Ritalin® y Concerta®) y anfetaminas (Adderall® y Dexedrine®). La cafeína, la cocaína, las anfetaminas y las metanfetaminas se usan comúnmente sin receta médica.

Los estimulantes pueden causar una disminución en el flujo de sangre a la placenta. Estos también pueden aumentar la presión arterial, lo cual aumenta el riesgo de preeclampsia, una condición peligrosa en el embarazo que puede causar convulsiones, ataque al corazón, apoplejía y edema pulmonar (fluido en los pulmones). [32, 71-77]

Actualmente no hay un vínculo directo entre el consumo de estimulantes y la insuficiencia placentaria (falta de un buen suministro de nutrientes y oxígeno que llega al feto a través de la placenta). [32, 71-77] **Los estimulantes no se han vinculado con anomalías congénitas o placenta previa** (cuando la placenta crece por encima de la apertura del canal de parto).[32, 71-73, 75-78,

Los estimulantes pueden causar un peso disminuido al nacer, pero las pruebas no son claras debido a que otros factores tales como el tabaquismo y una dieta deficiente también pueden causar bajo peso al nacer. [32, 34, 71, 73, 74, 77, 79, 82]

El desprendimiento de la placenta (la separación de la placenta de la pared uterina) no se ha vinculado con la cafeína ni la metanfetamina, pero hay pruebas que lo relacionan con la cocaína. Sin embargo, este estudio es de muy mala calidad y no ajusta adecuadamente los factores que pueden dar lugar a confusiones[83-90] Incluso con este vínculo, la posibilidad de que esto suceda es baja.

Los estimulantes pueden estar vinculados con la ruptura prematura de membranas (RPM). La RPM ocurre cuando el saco que contiene el líquido amniótico se rompe antes de las 37 semanas de embarazo.[32, 34, 71-73, 76, 77, 79]
No hay pruebas sobre el síndrome de abstinencia relacionado con estimulantes en bebés con exposición prenatal. Los resultados a largo plazo **son similares a los de otres niñes del mismo grupo de pares**. Un estudio que siguió la exposición a las metanfetaminas durante el embarazo y sus resultados en niñes 7.5 años después halló que puede haber un mayor riesgo de que le niñe tenga problemas de conducta; sin embargo, otros factores como la pobreza y las experiencias negativas en la niñez también tuvieron efectos significativos.[91]

ALTA PRESIÓN SANGUÍNEA

La hipertensión durante el embarazo es común y peligrosa. Afecta hasta al 10% de las embarazadas.
Controle su presión arterial regularmente y esté atento a signos como:

- dificultad para respirar
- dolores de cabeza
- hinchazón
- problemas de la vista
- dolor de estómago, náuseas, vómitos

.



STIMULANTS + LACTATION

El uso de estimulantes puede disminuir la cantidad de leche que usted produce, y podría causar que se quede sin leche más rápidamente.[92, 93, 94]

Hasta 200 mg de cafeína al día se consideran seguros: [83, 94]

- 1 a 2 tazas de café común (8 onzas)
- 5 latas de soda (12 onzas)
- 2 latas de bebidas de energía (250 mL)

Se recomienda desechar la leche de las **24 horas posteriores al consumo de cocaína**, y de las **48 horas posteriores al consumo de metanfetaminas**. Durante este tiempo, continúe bombeando y desechando para que su suministro no disminuya.[40, 92, 93]

Tanto la cocaína como la metanfetamina se excretan en la leche humana,[92, 93] y se han reportado efectos graves en les lactantes.[40]

En algunos estados, se ha condenado a padres y madres de bebés por poner en peligro a sus hijes, incluso por homicidio involuntario si la muerte de le bebé estaba relacionada con la lactancia y el consumo de metanfetaminas.

CAFEÍNA POR PORCIÓN



8 onzas de té negro
50-70 mg

café de 8 onzas
100-200 mg

cola de 12 onzas
40-100 mg

250 ml
bebida energética
100+ miligramos

¿Qué opciones de tratamiento están disponibles para el trastorno por consumo de estimulantes durante el embarazo?

Actualmente, **no existen medicamentos aprobados por la FDA para el tratamiento del trastorno por consumo de estimulantes**.

Sin embargo, **existen algunos usos no autorizados de medicamentos que pueden ser útiles**. El uso no autorizado de medicamentos es común y es la norma para los medicamentos que se toman durante el embarazo y la lactancia porque pocos medicamentos se prueban en personas embarazadas y lactantes. Los medicamentos de uso no autorizado son medicamentos recetados por médiques que la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) ha aprobado para tratar una afección diferente a la que usted tiene o que está aprobado para tratar una afección en personas que no están embarazadas ni lactando.

Los siguientes medicamentos se han estudiado en personas que no estaban embarazadas y en algunos casos han sido útiles, pero no en todos: Topiramato (Topamax®), modafinilo (Provigil®), ondansetrón (Zofran®), y los siguientes estimulantes con receta: anfetaminas (Adderall® y Dexedrine®), dextroanfetamina y dexedrina (Dexedrine®, Spansule®, ProCentra® y Zenzedi®), atomoxetina (Strattera®), metilfenidato (Ritalin® y Concerta®).



Para algunas personas, la terapia grupal o individual es útil; especialmente cuando se realiza con profesionales que entienden el consumo de sustancias y los trastornos vinculados. Otras personas recurren a programas de 12 pasos o de apoyo mutuo tales como Cocainómanos Anónimos (CA) o Narcóticos Anónimos (NA), pero en ocasiones, **estos grupos pueden estigmatizar o hacer sentir mal a las personas embarazadas**.

La gestión de contingencias (el uso de recompensas variables por tener resultados negativos en los exámenes toxicológicos de orina) **ha demostrado ser útil** en el tratamiento de personas que consumen estimulantes y otros trastornos por sustancias.
UptoDate: Gestión de contingencias para trastornos por consumo de sustancias

TABACO Y NICOTINA



TABACO, NICOTINA Y EMBARAZO

El tabaco es una planta de hojas que contiene altas cantidades de nicotina, un químico que afecta el cerebro.

La mayoría de los problemas de salud asociados con los productos de tabaco no se relacionan con la nicotina, sino que se consideran consecuencia de fumar.[96-98]

Es por eso que los productos de nicotina que no se fuman, como los chicles, los parches y los cigarrillos electrónicos, se consideran menos nocivos.

Los cigarrillos electrónicos (vaporizadores) existen hace pocos años, así que no hay información sólida acerca de sus efectos sobre la salud, pero la información que hay sugiere que son menos dañinos que fumar.

Esta es una lista de productos de tabaco y nicotina, desde los más dañinos hasta los menos dañinos:

- Cigarrillos
- Puros o habanos
- Pipas
- Hookah
- Masticar tabaco
- Tabaco rapé
- ✳ Cigarrillos electrónicos y vaporizadores
- Parches
- Chicles y pastillas
- Nada

✳ Depende de la sustancia que se vaporice.

Algunos cartuchos de vaporizador tienen nicotina altamente concentrada. Otros tienen menos nicotina, o directamente no tienen.

Las sustancias para vaporizar que no están reguladas, como las que contienen aceite de vitamina E, se han asociado con una enfermedad respiratoria grave llamada lesión pulmonar vinculada al uso de cigarrillos electrónicos y vaporizadores.

TABACO, NICOTINA Y EMBARAZO



La mayor parte de las investigaciones relacionadas con el tabaco, la nicotina y el embarazo se realiza sobre personas embarazadas que fuman cigarrillos.

El tabaquismo se ha vinculado con **nacimientos prematuros, bajo peso al nacer, problemas vinculados con la placenta, anomalías congénitas, problemas respiratorios durante la niñez** e incluso con **el síndrome de muerte súbita del lactante** (SMSL) o muerte inesperada en niñes menores de un año.[101, 102]

Además de recibir una buena atención prenatal, dejar de fumar puede ser lo mejor que puede hacer para tener un embarazo saludable. Pedir ayuda.

Las personas que son capaces de reducir su consumo de cigarrillos o dejar de fumar durante el embarazo disminuyeron el riesgo de SMSL entre 12% y 21%, así que **se recomienda fumar tan pocos cigarrillos como sea posible**.[103]

Se ha demostrado que la nicotina afecta el desarrollo cerebral infantil y es posible que aumente el riesgo de trastornos de deficiencia de atención. Les bebés podrían experimentar abstinencia de nicotina, lo cual les hace irritables y difíciles de consolar. Además, se ha demostrado que la abstinencia de nicotina agrava la abstinencia neonatal de opioides.[20, 103-105]

CONVIÉRTASE EN UN EXFUMADOR
espanol.smokefree.gov

TABACO, NICOTINA Y LACTANCIA

Fumar puede disminuir la producción de leche y/o **provocar que se quede sin leche antes de tiempo**.[20, 106]

La nicotina y otras sustancias nocivas en los cigarrillos pueden pasar a le bebé a través de la leche humana.[21, 106] Es importante recordar que incluso cuando **hay riesgos por fumar y amamantar**, todavía **se considera mejor el amamantar y fumar que alimentar con fórmula y fumar**. [21, 106, 107]

.

LES NIÑES Y EXPOSICIÓN AL HUMO

Les niñes que se exponen al humo de segunda y tercera mano (residuos que quedan en la ropa o superficies en el hogar) pueden tener un riesgo aumentado de infecciones del oído, tos, gripe, problemas respiratorios (asma, bronquitis y neumonía) caries y exposición continua a sustancias químicas que producen cáncer formadas por el humo del cigarrillo o los vaporizadores.

Les niñes con este tipo de exposición podrían tener un riesgo aumentado de cataratas, enfermedad del corazón, de los pulmones y asma cuando son mayores.



Fuente: Academia Estadounidense de Pediatría. “Cómo los padres pueden prevenir la exposición al humo de tercera mano”. 2017.

¿Qué opciones de tratamiento están disponibles para las personas que están embarazadas?



Hay muchas opciones diferentes para ayudar a las personas a reducir su consumo o dejar de fumar. Puede conseguir parches, chicle, pastillas o cigarrillos electrónicos sin receta. El seguro puede cubrir el chicle, los parches o las pastillas con una receta de une profesional de cuidado médico.

Les proveedores de cuidado médico también pueden recetar **aerosoles nasales de nicotina, inhaladores, o medicamentos** como bupropión (Wellbutrin®) o vareniclina (Chantix®) para ayudar a sus padres a reducir el tabaquismo o dejar de fumar. Al igual que con otros medicamentos, estos no han sido estudiados en las personas embarazadas.

DEJAR DE FUMAR: AYUDA PARA DEJAR DE FUMAR

"Dejar de fumar es una de las mejores cosas que puede hacer para tener un embarazo saludable y un bebé saludable. Pero eso no hace que dejar de fumar sea fácil. Ya sea antes, durante o después del embarazo, tenemos las herramientas y el apoyo para ayudarla a dejar de fumar y quédate fuera".

Mujer Libre de Humo



Hablar con un experto...

1-855-DÉJELO-YA (1-855-335-3569)

1-877-44U-QUIT (1-877-448-7848)

CHAT EN LÍNEA EN VIVO

espanol.smokefree.gov/consejos-herramientas/hablar-con-un-experto

REDUCCIÓN DE DAÑOS: VAPEO + CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS

El tabaquismo causa problemas significativos de salud tanto a las personas embarazadas como a las que no lo están. Si bien el uso de los cigarros electrónicos no es tan seguro como dejar de fumar, **el cambio a cigarros electrónicos es una opción más saludable que fumar únicamente cigarros.** [108]

Los científicos todavía necesitan recopilar más información sobre el uso de cigarros electrónicos durante el embarazo. La nicotina que contienen tanto los cigarros como los cigarros electrónicos puede ser perjudicial para el feto; sin embargo, los cigarros electrónicos no tienen los productos nocivos relacionados con la combustión, presentes en los cigarros normales.

Las pruebas son claras con respecto a que el uso exclusivo de cigarros electrónicos es más seguro que fumar cigarros para las personas embarazadas. [109-114] En el Reino Unido, el servicio nacional de salud anima a las personas embarazadas que fuman a pasarse a los cigarros electrónicos, ¡incluso les ofrece equipos y suministros! [115]

No está claro si fumar y vapear es más saludable para el embarazo que seguir fumando sin vapear, incluso si se consumen menos cigarros. [112] La mayoría de las personas que dejan de fumar con los cigarros electrónicos no son capaces de cambiar por completo de inmediato, y muchos experimentan un período de semanas, meses o incluso años en el que usan ambos. [114, 116]

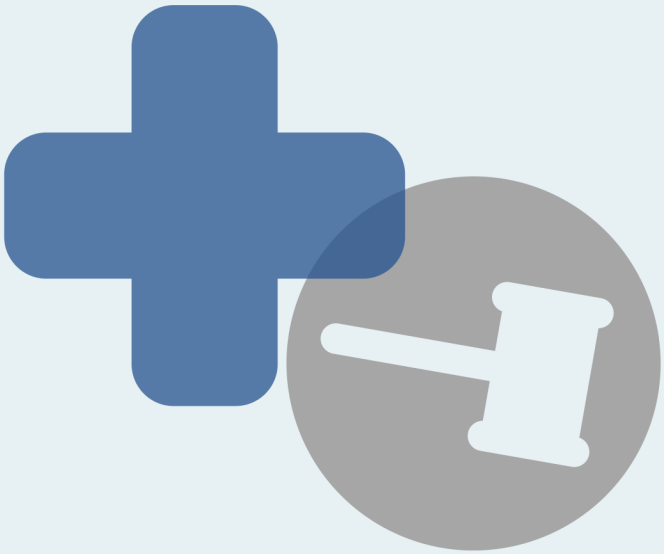
El hecho de que sea o no más saludable para usted depende probablemente de sus patrones y de la cantidad que consume, pero los científicos aún no están seguros. A la hora de tomar la decisión de dejar de fumar con la ayuda de un vaper, es importante tener en cuenta lo que significa para usted, no sólo durante el embarazo, sino para el resto de su vida. **Dejar de fumar es una de las mejores cosas que puede hacer por usted, por su embarazo y por su futuro. Si ha intentado dejar de fumar antes, pero los métodos para dejar de fumar que ha probado no le han funcionado, el vapeo podría ayudarle**. La jerarquía de riesgo para los métodos para dejar de fumar es:



- **Lo más seguro**: Dejar de consumir nicotina y tabaco por completo
- **Lo seguro**: Dejar de fumar con terapias como chicles, parches o bupropión
- **Lo seguro**: Dejar de fumar con la ayuda de un cigarro electrónico
- **Lo menos seguro**: Seguir fumando

SECCIÓN 3

TRANSITAR EL SISTEMA DE CUIDADO MÉDICO Y LOS SISTEMAS LEGALES



Creemos que buscar atención durante el embarazo y tratamiento para los trastornos por uso de sustancias nunca debería ser peligroso. Pero sabemos que puede ser.

El consumo de sustancias durante el embarazo es una situación médica y legal complicada de transitar.

Puede que sienta ansiedad acerca de lo que puede pasar si habla abiertamente acerca de su consumo de sustancias.

En esta sección, le presentamos las leyes federales que tratan este asunto e información acerca de lo que podría pasar si no le informa a su proveedore acerca de su consumo de sustancias

Puede usar esta información para entender los riesgos, evaluar los beneficios y crear un plan.

Por favor, tenga en cuenta que las leyes van a variar ampliamente según el estado, y algunes proveedores y agencias.

National Advocates for Pregnant Women (Abogados Nacionales para Mujeres Embarazadas)

Birth Rights Bar Association (Asociación del Colegio de Abogados de Derechos de Nacimiento)

Puede utilizar esta información para:

- entender los riesgos
- sopesar los beneficios
- hacer un plan

CONSTRUIR UNA RELACIÓN

Idealmente, las decisiones de cuidado médico se hacen de manera colaborativa entre une paciente y une proveedore o equipo médico.

Une proveedore que está informade acerca de todos los aspectos de su salud está mejor posicionade para brindarle un cuidado más apropiado y derivarle a los servicios que usted necesita.

En algunos estados, el consumo de sustancias durante el embarazo está tan criminalizado que algunes expertes recomiendan consultar con une abogade antes de informar a un doctore sobre su consumo.
Tener une proveedore en quien pueda confiar es el primer paso para crear una relación colaborativa y efectiva. Puede que tenga que probar con diferentes proveedores antes de encontrar une que sea adecuado para usted. Recibir cuidado prenatal puede mejorar los resultados del parto, por ejemplo, que le bebé nazca a término y tenga un tamaño saludable.

El consumo de sustancias puede causar problemas de salud que pueden ser evidentes o no.

En el caso de las personas embarazadas, existen algunos riesgos potenciales con los que une proveedore puede ayudar si conoce el panorama completo.

Comenzar un tratamiento con metadona o buprenorfina puede ayudar a reducir muchos de los riesgos del uso ilícito de opioides y, al mismo tiempo, mejorar los resultados tanto para padres y madres como para les bebés.

PRUEBA DE DROGAS + CONSENTIMIENTO INFORMADO

Muchos proveedores analizan la orina u otros fluidos corporales sin preguntar o incluso informar a los clientes. **Esta es una mala práctica y no es legal**.

Tiene derecho a saber qué pruebas se le están realizando, por qué y cómo se utilizarán los resultados.

☑ Se discutió el examen de orina.

☑ La paciente dio su consentimiento informado



CONOZCA SUS OPCIONES DE TRATAMIENTO

En algunos estados, si una persona embarazada desea tomar buprenorfina o metadona (medicamentos para el tratamiento del trastorno por consumo de opioides, o MOUD, por sus siglas en inglés) puede saltarse las listas de espera.

Para obtener información sobre las opciones disponibles en su estado, **llame a la Línea Nacional de Ayuda de SAMHSA: 1-800-662-HELP (4357)**. De acuerdo con la ley del estado de Nueva York, las personas embarazadas pueden evitar las listas de espera para MOUD.

DEFENSORÍA

Si ha consumido sustancias durante su embarazo, es beneficioso crear una red de apoyo para transitar estos sistemas. Esta red de apoyo puede estar formada por amigues y familiares, proveedores de servicios sociales que trabajan con personas que consumen drogas, así como acompañantes de parto y postparto.

La decisión de revelarle su consumo de sustancias a su proveedore es personal. Su proveedore de cuidado médico puede darse cuenta de su consumo de sustancias incluso si no comparte esta información con elle, por lo que puede ser útil preparar un plan con anticipación. **La preparación de este plan puede servir para mostrarles a sus proveedores la clase de padre o madre que será**. Esta plantilla de **“plan de cuidado seguro”** podría ayudarle a elaborar un plan. Si usted cree que se abrirá un caso, comuníquese con un grupo legal en su zona cuanto antes sea posible.

REVELAR QUE CONSUME DE SUSTANCIAS

CÓMO HABLAR CON SUS PROVEEDORES DE CUIDADO MÉDICO SOBRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

Como sucede con todas las leyes, las regulaciones pueden variar ampliamente según el estado. Por ejemplo, en la mayoría de los estadosles proveedores de cuidado médico no están obligados a realizar exámenes de drogas a las personas embarazadas o a denunciar por consumo de sustancias a les clientes en embarazo o a cargo de niñes ante bienestar infantil o a los organismos de seguridad.

Sin embargo, muches proveedores de cuidado médico no están bien informades acerca de las leyes relacionadas con la obligatoriedad de informar estos casos, o siguen las pautas de los hospitales (que no están basadas en la ley). **Esto significa que si una persona embarazada le dice a su proveedore que consume drogas, es muy probable que esta información sea compartida con los Servicios de Protección de Menores**.

Cualquier persona que sea parte de su vida puede presentar un informe: les enfermeres, doctores, consultores de lactancia, amigues, familiares o vecines. En un escenario ideal, esto significaría que los padres y las madres reciben los recursos y el apoyo para la crianza y el cuidado médico. Sin embargo, en muchos casos, lo más común es que la agencia despliegue la vigilancia (por ejemplo, puede que realice visitas al hogar sin aviso previo o que hable con amistades y familiares) y que saquen a le bebé y otres niñes del hogar.

Las personas con frecuencia eligen no hablar de su consumo de sustancias con les proveedores por estas y otras razones. Con frecuencia hay temores (debido a experiencias personales, así como de amistades y familiares) y falta de información acerca de lo que le sucederá a usted si accede a cuidado prenatal y consume drogas.

Puede ser difícil decidir si hablar sobre su consumo de sustancias con une proveedore de cuidado médico, o en qué momento hacerlo. Si le proveedore desconoce que esto es un problema, no podrá brindarle recursos que pueden ser útiles, y de cualquier manera puede enterarse de su consumo más adelante. Por eso, puede que lo más sensato sea informarle acerca de su consumo de sustancias cuanto antes pueda. Es más probable que les proveedores tengan una actitud comprensiva si sienten que saben todo lo que está sucediendo con usted desde el principio.

TIPOS DE PRUEBAS DE DETECCIÓN DE DROGAS

TOXICOLOGÍA

Hay muchas maneras en las que une proveedore puede enterarse de su consumo de sustancias, desde hablar con usted hasta realizar pruebas con su cabello, sangre u orina. La prueba más común es el análisis de detección de drogas en la orina. La mayoría de los análisis de detección de drogas buscan los productos derivados de la metabolización de la droga. **Estas pruebas algunas veces pueden ser inexactas** (pueden arrojar falsos positivos o falsos negativos, es decir que la prueba puede mostrar una sustancia aunque no se haya consumido, o puede no mostrarla aunque se haya consumido).[1, 2, 3, 4, 5]

La Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA, por sus siglas en inglés), el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, por sus siglas en inglés) y otras asociaciones **médicas expertas concuerdan en que cualquier resultado positivo de pruebas de detección de drogas debe ser confirmado con una segunda prueba más exacta** (por ejemplo, un análisis de orina podría requerir otro análisis de orina o de sangre con el fin de confirmar el resultado).[6, 7, 8, 9, 10]

Los análisis de detección de drogas no son constituyen la mejor evidencia y no deben usarse como tal en asuntos legales. [4, 9] A pesar de esto, este tipo de pruebas se usa con frecuencia en contra de las personas, aunque no se hayan hecho pruebas que confirmen los resultados. Una prueba de confirmación tarda más y cuesta más, pero es más exacta que un análisis de detección.

ACOG Committee Opinion
Opinión del Comité de ACOG
Informar sobre el consumo de sustancias durante el embarazo: el papel del ginecólogo-obstetra

SAMHSA
Pautas clínicas para el tratamiento de mujeres embarazadas y con hijes con trastorno por consumo de opioides y sus bebés



TIPOS DE PRUEBAS DE DETECCIÓN DE DROGAS

TOXICOLOGÍA continuada

Muchos proveedores hacen análisis de orina u otros fluidos corporales sin preguntar, e incluso sin informar, a les clientes. **Esta es una mala práctica y es ilegal**.

Usted tiene derecho de saber qué pruebas le realizan, por qué se las realizan y cómo se van a utilizar los resultados. Idealmente, le darán un documento escrito para que firme antes de realizar cualquier prueba (o le pedirán su permiso durante una conversación, lo cual constituye consentimiento verbal).

Usted tiene el derecho de negarse a someterse a cualquier prueba o procedimiento. Pero si usted se niega a realizarse un análisis de detección de drogas (prueba), algunos proveedores asumirán un resultado positivo. Esto puede llevar a que le den un trato prejuicioso.

NOTAS:

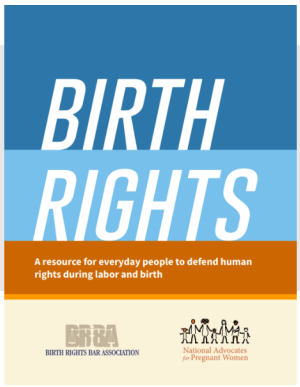
ELABORAR UN PLAN

Usted puede elaborar un plan con su sistema de apoyo antes de atenderse para decidir los pros y los contras de compartir información acerca de su consumo de sustancias con su proveedore.

La decisión depende de cada caso, y **puede tomarla de acuerdo a cómo usted piensa que su proveedore va a reaccionar**. En situaciones como esta, es especialmente útil tener **une amigue**, **familiar o acompañante de parto y postparto con usted para evaluar estas decisiones**. Hacer que otras personas le acompañen a sus citas y durante el parto también puede ayudar a demostrar que usted tiene un sistema de apoyo fuerte.

Sin embargo, **es importante tener en cuenta que es posible que su proveedore prenatal no sea quien vaya a estar presente durante su parto**. Cualquier persona del equipo podría presentar una denuncia, incluso si otres proveedores en su equipo no quieren hacerlo. Si hacen una denuncia y se abre una investigación, es posible que le pidan a su proveedore prenatal que revele las conversaciones que tuvo con usted.

Consulte **Birth Rights**, un recurso de NAPW y la Asociación del Colegio de Abogados de Derechos de Nacimiento para ayudarle a elaborar un plan para el parto y el nacimiento.



NOTAS:

SI HAY PROBLEMAS

Si recibe un resultado de un análisis de detección de drogas o cualquier análisis en general con el que esté en desacuerdo, tiene derecho a solicitar una segunda prueba de confirmación. Si los resultados de la prueba se van a utilizar en asuntos legales, como en un juicio penal o en temas de custodia de menores, la prueba debe ser una prueba forense. La prueba forense es más precisa y cada paso del proceso está documentado. Este es el único tipo de prueba que técnicamente se puede utilizar como evidencia, pero, lamentablemente, muchas veces no se tiene en cuenta.[8]

Si le preocupa que le estén tratando mal, es importante llevar un registro de las fechas de sus citas, los nombres de sus proveedores y lo que sucedió en cada cita. Puede ser útil tener a otra persona con usted durante este proceso para que le ayude a defenderse. Llevar un registro de lo que sucedió le ayudará a defenderse si han violado sus derechos. Comuníquese con le encargade de defensoría de pacientes asociade con el centro de atención, cuyo trabajo es ayudar al centro y a cualquier paciente que haya experimentado un cuidado deficiente o tenga una queja. Si su inquietud no se resuelve, puede presentar una queja ante el gobierno o el centro. Para muchas personas, los procesos de defensoría de pacientes y de quejas son desalentadores.

Para presentar una queja si tiene seguro de Medicaid, visite el sitio web del **Centro de Servicios de Medicare y Medicaid**.

NOTAS:

LEGISLACIONES FEDERALES QUE PUEDEN AFECTARLE:

LEY FEDERAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL ABUSO DE MENORES

La Ley Federal Para la Prevención y el Tratamiento del Abuso de Menores (CAPTA, por sus siglas en inglés) es una ley federal dirigida solo a los estados, no a los hospitales ni a les proveedores de cuidado médico individuales.

La CAPTA exige a los estados que quieren beneficiarse de ciertos fondos que proporcionen una garantía de que su estado tiene un sistema para notificar al sistema de servicios de protección de menores sobre la ocurrencia de ciertas condiciones en les bebés. Estas condiciones son:

- Cuando les bebés nacen **"afectados por el consumo de sustancias"** (un término que no está definido en el estatuto).
- Cuando les bebés tienen **"síntomas de abstinencia como resultado de la exposición prenatal a las drogas"**.
- Cuando a les bebés se les diagnostica **"un trastorno del espectro alcohólico fetal"**.

No existe una ley federal que exija que todas las personas embarazadas se sometan a pruebas de detección de drogas

Una enmienda federal de 2016 aprobada por el Congreso exige que se elabore un "plan de cuidado seguro" para todes les bebés con estas condiciones. Estos planes deben incluir las necesidades de la familia afectada y/o le cuidadore. Los estados pueden decidir a dónde se dirigen las denuncias, así como quién es responsable de desarrollar y monitorear el plan de cuidado seguro, y pueden establecer un sistema de denuncias que no deje a las familias vulnerables ante las denuncias que den lugar a investigaciones por abuso o negligencia infantil.

Consulte Planes de atención segura para bebés y sus cuidadores de la Oficina de servicios y apoyos para las adicciones (NY).

La ley no exige que se hagan pruebas de detección de drogas a personas embarazadas, puérperas ni en recién nacides, y tampoco obliga a informar si hay análisis positivos de detección de drogas o pruebas de exposición prenatal a sustancias ilícitas, alcohol o tabaco. Por ejemplo, muchos estados no define el mero consumo de sustancias como caso de abuso o abandono de menores de carácter civil. **Pero muches trabajadores de bienestar infantil pueden abrir un caso a causa del consumo de sustancias criminalizadas**. Si ya ha tenido hijes en el sistema o estuvo involucrade en el sistema cuando era niñe, es más probable que se abra un caso a causa de su consumo de sustancias. Como se mencionó anteriormente, **estas regulaciones varían según el estado, así que comuníquese con expertes locales para obtener ayuda**.

RESUMEN

Contarle a su proveedore sobre su consumo de sustancias es una decisión muy personal. Hay algunos inconvenientes en compartir esta información (su proveedore puede informar al hospital o a los servicios de protección de menores), pero también **puede haber beneficios en compartir esta información** (su proveedore puede brindarle recursos importantes, apreciar su honestidad y abogar por usted si se hace un informe).

Las leyes y los protocolos diferirán según el lugar donde viva, así que trate de ponerse en contacto con los recursos locales para obtener información sobre lo que puede esperar acerca de las pruebas de detección de drogas o la participación de los Servicios de Protección de Menores.

No olvide que puede tomar estas decisiones en compañía. **Les amigues, la familia y les acompañantes de parto y postparto pueden ayudarle** a hacer un plan para su parto y defenderle en caso de que se haga una denuncia.



SECCIÓN 4

CUIDADO PRENATAL

Acceder al cuidado prenatal es lo más importante que puede hacer, no solo para la salud parental, fetal e infantil, sino también para cualquier desafío legal que pueda surgir. Si les proveedores de cuidado médico le han catalogado como “acceso tardío al cuidado” (buscar cuidado después de tener 20 semanas de embarazo), puede enfrentar obstáculos adicionales cuando busque cuidado médico de calidad, y es más probable que le deriven a bienestar infantil.

Debe estar preparade para defenderse y defender a su familia. Lleve un registro de las llamadas telefónicas, citas y cualquier otra información relacionada al cuidado prenatal. No olvide comenzar a tomar las vitaminas prenatales que le recete su proveedore médique e inscríbase para recibir cuidado prenatal con su seguro médico tan pronto como sea posible.

Medicaid para personas embarazadas

En muchos estados, Medicaid puede ayudarle a recibir el cuidado que usted y su bebé necesitan. Para consultar si tiene acceso a los programas de Medicaid para personas embarazadas, visite www.cuidadodesalud.gov/es/what-if-im-pregnant-or-plan-to-get-pregnant/

Si no califica para Medicaid, aún puede obtener cobertura de salud visitando CuidadoDeSalud.gov
Cobertura de salud si está embarazada, planea quedar embarazada o dio a luz recientemente
CuidadoDeSalud.gov 1-800-318-2596

Todos los planes del Mercado de Seguros Médicos y Medicaid cubren el embarazo y parto. Esto es cierto aún si su embarazo comienza antes de que comience su cobertura.

MI EMBARAZO

DESCUBRI QUE ESTABA EMBARAZADA

FECHA:

PROVEEDOR:

- [ ] prueba de embarazo
- [ ] ultrasonido

MI FECHA DE VENCIMIENTO ESPERADA:

QUIERO DAR A LUZ EN:

MI PRIMERA CITA FUE

FECHA:

PROVEEDOR:



MI SEGURO:

MI RED DE APOYO:

EN CASO DE EMERGENCIA...

LLAMARÉ:

IRÉ A:

DESCARGA esta y otras herramientas en www.perinatalharmreduction.org/make-a-plan

MI CUIDADO PRENATAL

CITAS

PROVEEDOR:

FECHA:

☐ visita ☐ llamada telefónica

PROVEEDOR:

FECHA:

☐ visita ☐ llamada telefónica

PROVEEDOR:

FECHA:

☐ visita ☐ llamada telefónica

PROVEEDOR:

FECHA:

☐ visita ☐ llamada telefónica

PROVEEDOR:

FECHA:

☐ visita ☐ llamada telefónica

PROVEEDOR:

FECHA:

☐ visita ☐ llamada telefónica

CITA DE SEGUIMIENTO:

Después de esta cita voy a...

REFERENCIAS:

Debería hacer una cita con...

NOTAS:

CITAS PRENATALES

PROVEEDOR:

FECHA:

☐ visita ☐ llamada telefónica

PROVEEDOR:

FECHA:

☐ visita ☐ llamada telefónica

PROVEEDOR:

FECHA:

☐ visita ☐ llamada telefónica

PROVEEDOR:

FECHA:

☐ visita ☐ llamada telefónica

PROVEEDOR:

FECHA:

☐ visita ☐ llamada telefónica

PROVEEDOR:

FECHA:

☐ visita ☐ llamada telefónica

PROVEEDOR:

FECHA:

☐ visita ☐ llamada telefónica

PROVEEDOR:

FECHA:

☐ visita ☐ llamada telefónica

PROVEEDOR:

FECHA:

☐ visita ☐ llamada telefónica

REFERENCIAS:

MI CUIDADO POSPARTO

CITA DE 6 SEMANAS

PROVEEDOR:

FECHA:

Si tengo dudas puedo
LLAMAR:

MI PLAN

Mi meta para otro embarazo es:

Mi elección para
el control de la natalidad es:

DESCARGA esta y otras herramientas en www.perinatalharmreduction.org/make-a-plan

COORDINACIÓN DEL CUIDADO

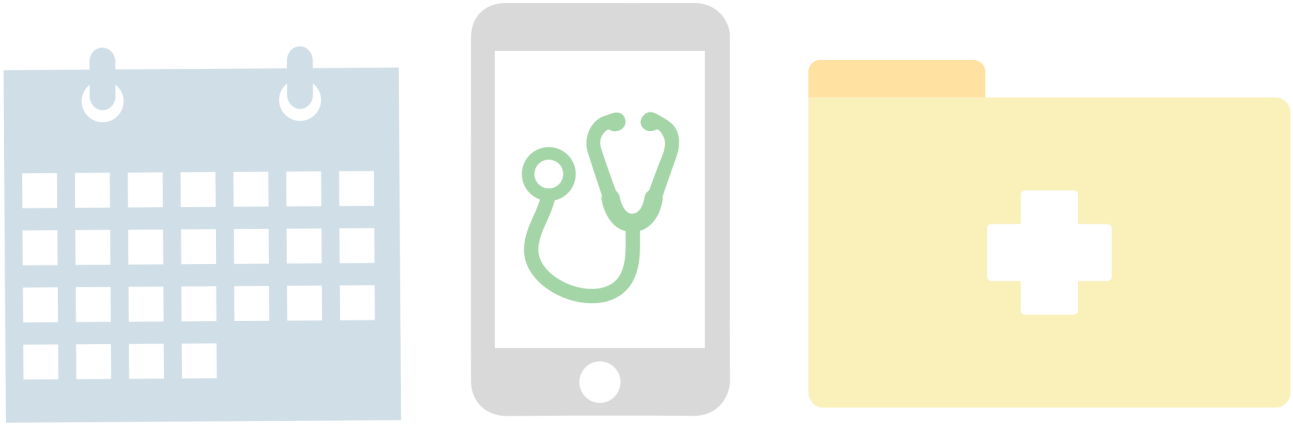
Puede que les proveedores de cuidado médico en el campo de la obstetricia y la ginecología no hayan recibido mucha **capacitación acerca del consumo de sustancias y otros problemas de salud mental**.

Por otra parte, les proveedores en el campo del consumo de sustancias y salud mental no reciben mucha capacitación acerca del embarazo.

Esta falta de conocimiento y experiencia puede causar que se sientan incómodes al abordar —e incluso les cueste reconocer— los impactos de los temas de salud que están fuera de su especialidad. Para usted, esto puede resultar en mensajes contradictorios o en una falta de información correcta.

Puede ser frustrante trabajar con proveedores que no están informades o que puedan parecer desinteresados. **Si le parece que los servicios proporcionados a su familia se superponen con otra parte de su plan de tratamiento o lo contradicen, solicite una entrevista de cuidado o pida que le designen a una persona como su coordinadora de cuidado**.

Cualquier persona con la que se sienta cómode para compartir su información médica puede asumir el rol de coordinadora de cuidado. Tenga en cuenta que la comunicación efectiva entre proveedores puede facilitar el trabajo para todas las personas y evitar que se dupliquen las intervenciones o los exámenes médicos.



NUTRICIÓN



Durante el embarazo, **la buena nutrición fomenta el desarrollo saludable del feto y aumenta las probabilidades de un parto a término y sin complicaciones**. La buena nutrición también protege su salud durante el embarazo y el parto, y reduce el riesgo de déficits nutricionales.

Comer muchas frutas, **vegetales, granos enteros y proteína magra** es la base de una buena nutrición para cualquier persona, pero especialmente cuando se está en embarazo. Comer muchas frutas, verduras, cereales integrales y proteínas magras es la base de una buena nutrición para cualquier persona, pero especialmente durante el embarazo. Coma muchos alimentos ricos en nutrientes necesarios durante el embarazo, como:

- Verduras de hoja verde
- Zanahorias, remolachas, nabos
- Coles de Bruselas, repollo
- Brócoli, coliflor
- Camote, ñame, malanga, plátanos
- Calabaza, auyama
- Tomates, pepinos, berenjenas
- Aguacates
- Cebollas, ajo
- Daikon, rábano, chirivías
- Melón
- Mango, papaya, maracuyá
- Albaricoques, ciruelas, melocotones
- Naranjas, limones, limas, pomelos
- Nueces, semillas, arroz
- Guisantes, frijoles, lentejas, garbanzos
- Soja, edamame, tofu
- Huevos, pollo, pavo, pato
- Carne de res, cerdo, cabra, cordero
- Pescado, mariscos, camarones

PROGRAMAS DE ALIMENTACIÓN y NUTRICIÓN GENERAL y para el EMBARAZO

El programa WIC (para mujeres, bebés y niñes) ofrece alimentos nutritivos, educación, referidos a servicios y apoyo para la lactancia a personas embarazadas y padres y madres de niñes pequeñes.
Visite www.wicstrong.com/about/eligibility

Supplemental Nutrition and Assistance Program (SNAP, por sus siglas en inglés).
Visite www.fns.usda.gov para consultar qué hay disponible en su estado.

Hay algunos alimentos que debe evitar debido al riesgo de infecciones o contaminación.
Estos alimentos incluyen:

- **Jugos y productos lácteos** no pasteurizados (crudos)
- **Germinados crudos** (por ejemplo, brotes de alfalfa, trébol, rábano y frijol mungo)
- Ciertos **mariscos con alto contenido en mercurio** (como tiburón, pez espada, caballa, blanquillo, patudo, pez espada y reloj anaranjado)

Aunque el pescado es muy saludable, es importante tener cuidado con la cantidad y el tipo de pescado que come durante el embarazo debido al riesgo de contaminación por mercurio. El mercurio puede causar daño cerebral fetal irreversible.

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS

CONSUMA ALIMENTOS SEGUROS.



Lávese las manos y limpie bien los utensilios y las superficies en las que prepara los alimentos.

Evite la contaminación cruzada. Almacene y prepare las frutas y las verduras por un lado, y la carne y los huevos por otro.



Mantenga la mayoría de los alimentos fríos y refrigerados.



CCocine la carne y los huevos completamente.

Evite los productos no pasteurizados.





FDA

VITAMINAS PRENATALES

Incluso con una dieta saludable y balanceada, la mayoría de las personas embarazadas todavía necesitan vitaminas prenatales para obtener la cantidad de nutrientes que necesitan.

Por ejemplo, se necesita **ácido fólico** para ayudar a que se desarrolle el cerebro del feto. Es importante que tenga suficiente calcio durante el embarazo para que sus huesos se mantengan saludables.

Las personas pueden tener un poco de náuseas e incluso vómitos durante el embarazo. Para la mayoría de las personas, esto ocurre en las mañanas, pero puede suceder en cualquier momento. Si experimenta “náuseas del embarazo”, beba suficiente líquido y coma alimentos suaves, y cualquier alimento que no le dé rechazo y pueda mantener en el estómago.

Otra estrategia para minimizar las náuseas es comer muchas comidas en porciones pequeñas durante el día y tomar suplementos de vitamina B6. También existen medicamentos contra las náuseas que se consideran seguros para tomar durante el embarazo y que puede recetarle su doctore.

Para la mayoría de las personas, las náuseas del embarazo son una experiencia desagradable, pero no peligrosa, mientras que para o**tras este síntoma puede volverse grave e incluso mortal.**

La hiperémesis gravídica es un tipo de náuseas y vómitos de tal gravedad que la persona no puede comer o beber nada, ni siquiera agua. Es muy peligroso porque puede provocar deshidratación grave y pérdida de nutrientes y electrolitos. Si usted cree que puede estar experimentando hiperémesis gravídica, visite a une proveedore inmediatamente.

CANNABIS

Algunas personas encuentran que el cannabis les ayuda con las náuseas durante el embarazo,[1, 2] pero para otras personas las náuseas aumentan con el uso de cannabis en el embarazo.[3, 4]

No hay consenso médico acerca de la seguridad del uso del cannabis durante el embarazo, aunque actualmente se están realizando estudios en los estados en donde el cannabis es legal. Es más seguro no consumirlo si existe una alternativa.

Hable con su proveedore acerca de la seguridad de otros medicamentos para las náuseas.

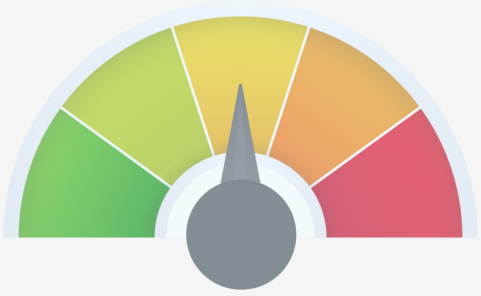
CUIDADO PRENATAL DE RUTINA

El cuidado prenatal de rutina es el cuidado médico que cada persona embarazada debe recibir durante el curso normal de su embarazo. En otras palabras, es estándar para clientes que no tienen ninguna complicación o factores de riesgos conocidos.

El cuidado prenatal aumenta las probabilidades de tener un embarazo, parto y bebé saludables. De hecho, el acceso al cuidado prenatal es lo más importante que usted puede hacer para tener un embarazo saludable. Se ha comprobado que ir a más visitas prenatales cuanto antes sea posible disminuye el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y tamaño muy pequeño para la edad gestacional entre bebés nacides de personas que consumen drogas.[5]

Si hay alguna complicación o su embarazo se considera de alto riesgo, el cuidado prenatal de rutina u las intervenciones adicionales son recomendables. Esto usualmente supone visitas más frecuentes y exámenes que son específicos a sus necesidades médicas particulares. Es posible que se le derive a un especialista en medicina maternofetal.

Condiciones que hacen que un embarazo sea de alto riesgo



- Embarazo múltiple (gemelos y múltiples)
- Ser adolescente o mayor de 35 años
- Antecedentes de complicaciones en el embarazo
- Condiciones de salud crónicas (por ejemplo, hipertensión, trastornos de convulsiones, diabetes, parálisis cerebral, asma, VIH)
- Usar algunos medicamentos (por ejemplo, litio, agentes de quimioterapia)

Cuanto antes inicie el cuidado prenatal, mejor.

Idealmente, todas las personas irían a una consulta con une proveedore para planificar el embarazo, pero la mayoría de las personas programan una visita por primera vez cuando sospechan que están en embarazo.

Para la mayoría de las personas, esto sucede alrededor de las 8 semanas, pero si la menstruación no es regular (algo habitual para las personas que consumen drogas) podría ser incluso más tarde.

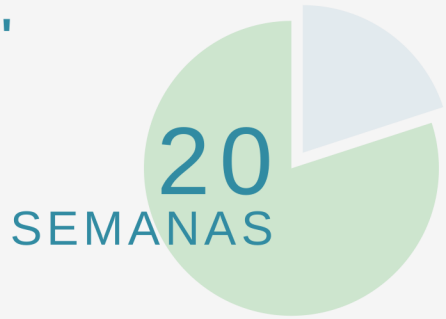
Para los primeros embarazos y de bajo riesgo, el programa de visitas de cuidado prenatal habitual es:

- **Cada 4 semanas** hasta las 28 semanas del embarazo
- **Cada 2 semanas** desde las 28 hasta las 36 semanas
- Luego, **cada semana** hasta que nazca le bebé

Aquellas personas que son de alto riesgo deben ir a consulta con más frecuencia. Si sigue este programa, una persona con un embarazo de bajo riesgo que puede tener la primera consulta con une proveedore a las 6 semanas y la última visita a las 40 semanas tendrá **15 visitas de cuidado prenatal.**

6 semanas	**10 semanas**	**14 semanas**	**18 semanas**	**20 semanas** ultrasonido
24 semanas	**28 semanas**	**30 semanas**	**32 semanas**	**34 semanas**
36 semanas	**37 semanas**	**38 semanas**	**39 semanas**	**40 semanas**

"ACCESO TARDÍO AL CUIDADO"



Uno de los riesgos que enfrentan las personas embarazadas es que se las catalogue como “acceso tardío al cuidado” o haber recibido “cuidado inadecuado”. Este tipo de pacientes tienen más probabilidades de que les hagan pruebas de drogas y/o les denuncien ante los Servicios de Protección a Menores.

El cuidado prenatal se considera como tardío si comenzó a 20 semanas de estar en embarazo. Se considera inadecuado si les clientes faltan a más del 20% de las citas. Si es posible, haga visitas tempranamente en el embarazo y con frecuencia. Esto les muestra a sus proveedores que a usted le importa la salud de su embarazo.

.

SEÑALES DE ADVERTENCIA

Llame a su proveedore de cuidado prenatal **INMEDIATAMENTE** si experimenta alguno de los siguientes síntomas:

- Problemas visuales
- Dolor abdominal severo
- Dificultad para respirar
- Sangrado vaginal
- Pérdida de líquido amniótico (romper fuente)
- Contracciones prematuras
- Dolor de cabeza severo y persistente
- Le bebé se mueve mucho menos de lo normal
- Le bebé deja de moverse
- Náuseas severas

SEÑALES DE ADVERTENCIA



TRABAJO DE PARTO PREMATURO O RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)

Esto puede ocurrir en cualquier momento durante el embarazo y es peligroso si sucede antes de las 37 semanas.

Los síntomas a los que debe prestar atención son:

- Sangrado vaginal
- Pérdida de líquido amniótico (algunas personas creen que están orinándose)
- Dolor en la espalda baja
- Sentir presión en la pelvis
- Contracciones (muchas veces se sienten como calambres menstruales o la necesidad de defecar)

SI PRESENTA CUALQUIERA DE ESTOS SÍNTOMAS O SI ALGO "SIMPLEMENTE NO SE SIENTE BIEN" USTED PUEDE:



LLAMAR A SU PROVEEDORE

- Dígale lo que está sintiendo.
- Describa lo que está viendo.



DECIRLE A ALGUIEN MÁS LO QUE ESTÁ SUCEDIENDO

- No espere.
- No dude.
- Es normal que esté preocupade.
- No está sole.



IR A LA SALA DE EMERGENCIAS

- Dígales que está en embarazo.
- Pida ayuda.



LLAMAR AL 911

- Dígales que está en embarazo y que necesita ayuda.
- Permanezca en el teléfono hasta que llegue la ayuda.

COMPLICACIONES DE EMERGENCIA

PARTO PREMATURO

El trabajo de parto prematuro puede suceder en cualquier momento entre las 20 y las 37 semanas de embarazo. Puede ser peligroso para usted y para le bebé. Las señales de trabajo de parto prematuro son la pérdida de líquido de su útero hacia su vagina o las contracciones. Puede ser difícil identificar si está en trabajo de parto prematuro, así que debe visitar a une proveedore de cuidado médico de inmediato si no está segure.



PLACENTA PREVIA

La placenta previa es cuando la placenta crece por encima de la abertura del útero. Si esto sucede, es habitual que la placenta se desplace con el avance del embarazo y la expansión del útero. Su proveedore de cuidado médico puede ver en un ultrasonido si esto está sucediendo. Si la placenta sigue por encima de la apertura del útero, puede causar sangrado cuando comience el trabajo de parto e impedir que le bebé salga a través de la vagina. El sangrado sin dolor es la señal más común de placenta previa.

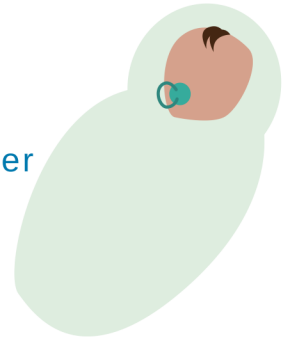
DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA

El desprendimiento de placenta es cuando la placenta comienza a despegarse del útero antes de que nazca le bebé. Esto hace que los vasos sanguíneos entre la placenta y el útero sangren. El sangrado con dolor es la señal más común de desprendimiento de placenta.

RUPTURA UTERINA

La ruptura uterina es cuando el útero se desgarra. Esto puede hacer que se filtre líquido hacia el abdomen, lo que pone en peligro a la persona embarazada y a le bebé. Las señales de ruptura uterina pueden incluir dolor en el pecho o el vientre, sangrado, mareos, dificultad para respirar o desmayos.

PRUEBAS DE RUTINA



Apprednder de pruebas de rutina...

- Cuidado y pruebas prenatales | Oficina para la Salud de la Mujer (womenshealth.gov)
- ¿Qué son los Cuidados Pre-natales? | Cuidados de Salud durante el Embarazo (plannedparenthood.org)

Tiene derecho a rechazar cualquier prueba que no quiera hacerse, pero, en la mayoría de los estados, una vez que nace le bebé, les proveedores no necesitan su consentimiento para realizar exámenes a le bebé y no tienen la obligación de informarle acerca de ello. Lo mejor es que les proveedores trabajen en colaboración con la madre y/o el padre con respecto a las pruebas o intervenciones que reciba el bebé.

TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES DE PADRES/MADRES A HIJES

Pruebas de detección de infecciones por VIH, hepatitis B y TORCH (toxoplasmosis, otros [sífilis, varicela, parvovirus, etc.], rubéola, citomegalovirus y herpes)

Estas infecciones presentan serios riesgos para el feto y le recién nacide, por lo que es importante realizar pruebas para detectarlas. Estas pruebas se realizarán en su primera visita prenatal y, si alguna de ellas es positiva, se puede someter a un tratamiento u otras medidas para disminuir o eliminar los riesgos. Hay mucha información sobre estas condiciones accesible en línea por parte de expertes en estos campos.

- El embarazo y la hepatitis B (hepb.org)
- Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el embarazo (cdc.gov)
- Sífilis congénita: Hoja informativa de los CDC
- ¿Qué es TORCH? | Nicklaus Children's Hospital (nicklauschildrens.org)
- Embarazo y VIH | Oficina para la Salud de la Mujer (womenshealth.gov)

SECCIÓN 5

EL PARTO Y EL NACIMIENTO

A muchas personas les preocupa el dolor relacionado con el parto y el nacimiento. Hay muchas opciones que puede discutir con su proveedore. **Si sabe más sobre sus opciones, puede tomar decisiones que le hagan sentir más confiade y segure a medida que se acerca el parto.**

También puede compartir esta información con su proveedore, quien tal vez no esté familiarizade con los problemas específicos que enfrentan las personas que consumen drogas al elegir un plan de alivio de dolor.

Para las personas con antecedentes de consumo de sustancias, el alivio del dolor puede resultar complicado.

Sabemos que las personas que usan opioides pueden tener una mayor tolerancia y requerir dosis más altas de medicamentos analgésicos para sentir el alivio del dolor.

Además, muchas personas que consumen sustancias han tenido experiencias negativas con el cuidado médico y es posible que se les haya etiquetado como “buscadores de drogas” y se les niegue el alivio del dolor solamente a causa de su estatus de personas que consumen sustancias. **Estos traumas pasados pueden provocar miedo y ansiedad a medida que se acerca la fecha del parto. Esto es normal. Hable con alguien de su red de apoyo sobre las formas en que pueden ayudarle**

Esta sección proporciona una breve descripción de algunos métodos comunes de alivio del dolor utilizados durante el parto. Use esta información para comenzar una conversación sobre su cuidado con su equipo.



EPIDURAL

La epidural es la forma más conocida de aliviar el dolor durante el parto. Se considera anestesia regional porque **adormece una gran parte del cuerpo**. Por lo general, es un **anestésico combinado con un opioide** que se administra a través de un **tubo flexible** y suave que se inserta en el espacio epidural, alrededor de la médula espinal.

La epidural actúa bloqueando casi por completo la función nerviosa por debajo de lugar donde se inyecta. **Seguirá sintiendo presión y estiramiento, pero no dolor**. Comienza a actuar entre 10 y 25 minutos después de la aplicación y su efecto empieza a desaparecer casi por completo en unas pocas horas, pero puede tardar hasta 24 horas después de que se quita el tubo en desaparecer totalmente.

PROS

- Es eficaz para aliviar el dolor.
- Es de larga duración.
- La persona embarazada permanece alerta.
- No se transfiere a le bebé.

CONTRAS

- No podrá caminar.
- Requerir un catéter.
- Pueden ocurrir complicaciones como infección o daño a los nervios.

INTRADURAL

La anestesia intradural se utiliza usualmente para la cesárea, a menos que ya se le haya administrado una epidural. Es similar a una epidural, excepto que los medicamentos no se inyectan alrededor de la médula espinal, sino en su interior, en el espacio intradural. Esto da como resultado un alivio del dolor más rápido, tan solo en unos pocos minutos. La otra diferencia es que el tubo no se deja puesto y el efecto desaparece en unas pocas horas, según el medicamento que se haya utilizado. La anestesia intradural puede tardar hasta 24 horas en desaparecer por completo.

PROS

- Es eficaz para aliviar el dolor.
- Es de larga duración.
- La persona embarazada permanece alerta.
- No se transfiere a le bebé.

CONTRAS

- No podrá caminar.
- Requerir un catéter.
- Pueden ocurrir complicaciones como infección o daño a los nervios.

EPIDURAL COMBINADA O “EPIDURAL MÓVIL”

Una anestesia combinada intradural y epidural (también conocida como “epidural móvil”) puede usarse para **disminuir el dolor sin interferir tanto con el movimiento**. A pesar de su nombre, la mayoría de las personas no podrán caminar de manera segura sin asistencia, pero podrán moverse más que si recibieran una epidural estándar.

La mayoría de les pacientes informan que **el dolor no desaparece, sino que disminuye a un nivel tolerable**. Se inserta un catéter de epidural y se inyecta una dosis más baja del medicamento que en la epidural tradicional. El dolor se alivia en pocos minutos.

PROS

- Alivia el dolor de manera eficaz.
- Es de larga duración.
- La persona embarazada permanece alerta.
- No se transfiere a le bebé.
- Permite más movimiento.

CONTRAS

- No podrá caminar o orinar sin asistencia.
- Pueden ocurrir complicaciones
- No alivia el dolor completamente como la epidural tradicional

ANESTESIA GENERAL

Este tipo de anestesia no suele usarse a menos que haya una emergencia, debido a que hay **riesgos aumentados para la persona embarazada y también para le bebé**. Con la anestesia general, usted estará **inconsciente** y **no sentirá nada** durante el parto.

Estos medicamentos se administran usualmente a través de un tuvo intravenoso (IV) y/o inhalados a través de una máscara. Este tipo de anestesia requiere un **tubo respiratorio** que se inserta para llegar a los pulmones.
El alivio del dolor se logra inmediatamente.

PROS

- Les pacientes no experimentan dolor.
- Funciona inmediatamente.

CONTRAS

- Se transfiere a le bebé.
- Tiene un mayor riesgo de complicaciones.
- Estará inconsciente durante el parto.
- Recuperación es más larga.

LOCAL

Con la anestesia local, solo una parte del cuerpo está adormecida.
El medicamento se inyecta cerca del área que se desea anestesiar.
Puede utilizarse durante parto o inmediatamente después para anestesiar la vagina, la vulva (la apertura vaginal), o el perineo (el área entre la vulva y el ano).

PROS

- No se utilizan medicamentos con opioides.
- Funciona en unos minutos.
- Tienen un riesgo mínimo de efectos secundarios.

CONTRAS

- No anestesia las contracciones uterinas.

NÁUSEAS INDUCIDAS POR MEDICAMENTOS

La mayoría de las personas no tendrán efectos secundarios de la anestesia, pero algunas pueden experimentar náuseas y vómitos.

Las dosis más altas, como aquellas utilizadas en la anestesia intradural o general para una cesárea, pueden producir un riesgo más alto de padecer náuseas postoperatorias. El vomitar después del nacimiento, especialmente en una cesárea, puede ser extremadamente doloroso y aumentar la necesidad de analgésicos.

Si bien puede que no haya una manera de eliminar las náuseas, las siguientes intervenciones pueden ayudar:

- aromaterapia, con menta, limón, o jengibre
- paños mojados con agua fría en la cara y en el cuello
- té de menta o jengibre

Consulte con su proveedore para asegurarse de que puede beber líquidos claros.

- Chicle de menta

Consulte con su proveedore. No usar hasta que se haya pasado el efecto de la sedación para evitar la asfixia.

- Evite mirar las cosas muy cerca de su cara por períodos prolongados de tiempo. Esto puede causar mareos.
- Cuando esté amamantando o cargando a le bebé, asegúrese de tomar descansos en intervalos de algunos minutos, mirando hacia arriba por unos segundos.
- Asegure la incisión con una almohada y/o una faja abdominal durante el vómito para disminuir el dolor.
- Enjuáguese la boca o límpiese con hisopos orales después de vomitar. Pídale a le proveedore hisopos orales (también llamados cepillos sin cerdas) si están disponibles. Los hisopos orales pueden comprarse en las farmacias.

PUDENDAL (BLOQUEO DEL NERVIO PUDENDO)

Esta es una forma de anestesia local. Se logra al inyectar medicamentos en la pared vaginal. Es útil inmediatamente antes del parto, si se utilizan fórceps o un extractor de vacío, o inmediatamente después del nacimiento durante la sutura de un desgarro o una episiotomía. Adormece el perineo, la región entre la vulva y el ano. El alivio del dolor se logra dentro de unos pocos minutos y dura hasta una hora.

PROS

- No se utilizan medicamentos con opioides.
- Funciona en unos minutos.
- Tienen un riesgo mínimo de efectos secundarios.

CONTRAS

- No anestesia las contracciones uterinas.
- Algunas veces solo funciona en un lado.

OPIOIDES

Los opioides inyectados (hidromorfona, morfina, fentanilo) no tienen el mismo efecto anestésico que tienen las intervenciones que aparecen arriba, pero son analgésicos muy efectivos.

Dependiendo de los medicamentos usados, estos hacen efecto dentro de unos pocos minutos y duran aproximadamente entre 30 minutos y 3 horas. **Solo deben utilizarse al principio del parto porque se transfieren a le bebé y pueden causar sedación después del nacimiento.**

PROS

- Funciona rápidamente.
- Tiene un efecto calmante.

CONTRAS

- Causa sedación.
- Se transfiere a le bebé.
- No bloquea el dolor completamente.

ÓXIDO NITROSO (N_2O, gas hilarante)

El óxido nitroso **se inhala a través de una mascarilla que la persona que está pariendo sostiene con una mano y solo respira cuando lo necesita**. A pesar del nombre, no hará que los pacientes se rían, pero pueden sentir atontamiento por unos segundos. El óxido nitroso solo le relaja un poco y no bloquea el dolor ni causa sedación. Funciona en segundos y el efecto se pasa en segundos.

PROS

- Tiene una acción muy corta.
- No causa sedación.

CONTRAS

- No bloquea el dolor completamente.

INTERVENCIONES DE MEDICINA ALTERNATIVA Y COMPLEMENTARIAS

Las intervenciones de medicina alternativa y complementarias (CAM, por sus siglas en inglés) pueden ser útiles para los pacientes que desean usarlas, pero es probable que no sean suficientes para un parto quirúrgico o complicado. Si planea usar solo CAM para el alivio del dolor, **es importante que sea flexible** y reconozca que el proceso de parto es impredecible.

ACUPRESIÓN

Algunas personas sienten alivio si se aplica presión a ciertos puntos de presión. Los puntos comunes para el dolor de parto están en la frente, entre los ojos, o en la espalda baja, por encima de la pelvis.

ACUPUNTURA

Asegúrese de recurrir a une profesional con licencia si quiere usar acupuntura durante el parto y consulte con anticipación con le proveedore médico que le asistirá en el parto. Para saber más acerca de la acupresión o acupuntura, visite aobta.org

REFLEXOLOGÍA



La reflexología es una técnica de presión aplicada con los dedos en los pies, manos o cara de les pacientes. Para saber más acerca de la reflexología visite reflexology-usa.org

HIPNOSIS Y MEDITACIÓN

Si la meditación, la conciencia plena o la hipnosis son parte de su vida, puede que le resulte útil y le ayude a centrarse usar estas técnicas durante el parto.

MASAJE PERINEAL

El masaje perineal con lubricante soluble en agua durante el parto probablemente no reduzca el riesgo de desgarramiento, pero puede sentirse bien. Haga que alguien con las manos limpias y las uñas cortas le dé un masaje en la parte más baja de la apertura vaginal por un minuto o dos, y que luego inserte ambos dedos índices aproximadamente una pulgada dentro de la vagina. Luego, puede aplicar una presión suave hacia abajo y hacia los lados con una moción en forma de U.

NEUROESTIMULACIÓN ELÉCTRICA TRANSCUTÁNEA (TENS, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Esta técnica consiste en aplicar en la espalda electrodos conectados a una máquina que puede usarse para descargar pequeñas pulsaciones eléctricas. Si les clientes planifican usar esta técnica durante el parto, recomiende la que prueben antes y reciban capacitación sobre cómo usarlo de parte de une proveedore de cuidado médico.

NO utilice TENS en las siguientes situaciones:

- durante un parto en el agua o en la ducha
- si interfiriere con el monitoreo fetal u otro equipo

INTERVENCIONES SIN TECNOLOGÍA

RESPIRACIÓN

Las personas han puesto en práctica ejercicios de respiración durante el parto por muchas generaciones. Las respiraciones pueden aliviar el dolor durante el trabajo de parto, al tiempo que garantizan que la persona que está pariendo y el feto están recibiendo suficiente oxígeno. Para más información, visite www.lamaze.org

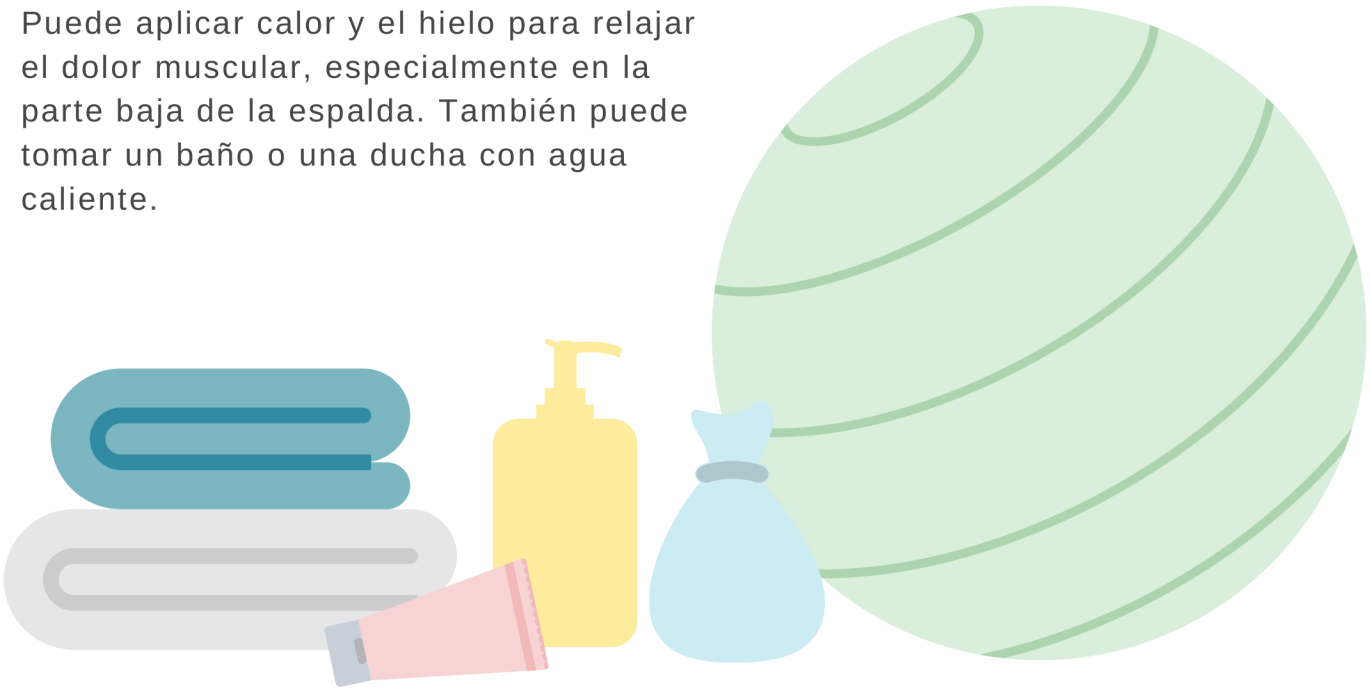
POSICIONAMIENTO

Los cambios de posición pueden ser útiles para liberar la presión al principio del parto. Puede ser útil practicar antes de que comience el trabajo de parto. Es posible que desee contar con la ayuda una persona que le acompañe o una pelota de parto como apoyo y equilibrio.
Para sugerencias sobre posiciones:

- Posiciones que puedes usar durante el parto - BabyCenter

CALOR Y FRÍO

Puede aplicar calor y el hielo para relajar el dolor muscular, especialmente en la parte baja de la espalda. También puede tomar un baño o una ducha con agua caliente.



ALIVIO DEL DOLOR POSTPARTO

MEDICAMENTOS

Les doctores del parto no ofrecerán ningún medicamento que pudiera ser dañino para la leche humana o les bebés lactantes, a menos que el beneficio sobrepase los riesgos. Usted siempre debe consultar con su proveedore antes de tomar cualquier medicamento o suplemento herbario. Se puede encontrar más información en la base de datos sobre medicamentos y seguridad en la leche humana de los Institutos Nacionales de Salud, LactMed

ACETAMINOFENO (TYLENOL®)

Este medicamento puede tomarse cada 4 a 8 horas después del nacimiento, dependiendo en la dosis y las indicaciones de le proveedore. Se administra de manera intravenosa (IV) o de manera oral (pastillas). Es especialmente útil cuando se toma en combinación con otros medicamentos.

Sepa cuánto acetaminofeno está tomando:

El acetaminofeno también se encuentra en medicamentos tales como Norco®, Percocet® y Vicodin®. No tome acetaminofeno adicional mientras esté tomando estos medicamentos. Tomar demasiado acetaminofeno puede causar problemas hepáticos.

IBUPROFENO (MOTRIN®, ADVIL®) Y **KETOROLAC** (TORADOL®)

Estos medicamentos pueden tomarse cada 6 a 8 horas después del nacimiento, dependiendo en la dosis y las indicaciones de le proveedore. El ketorolac generalmente se administra por vía intravenosa (IV) y el ibuprofeno se administra por vía oral (píldoras). Estos medicamentos ayudan a reducir o impedir la hinchazón y la inflamación, así como también el dolor.

HIDROCODONA (NORCO®, VICODIN®) **Y OXICODONA** (PERCOCET®, PERCODAN®, ROXICODONE®)

Estos son los medicamentos opioides más comunes que se ofrecen a les pacientes posparto. Se pueden tomar en un horario o solo según sea necesario, según la dosis y las instrucciones de le proveedore. Con frecuencia, se ofrecerán en forma de píldoras combinadas con acetaminofeno (consulte el cuadro anterior). Pueden causar estreñimiento, somnolencia y pasar a la leche humana, por lo que las dosis deben ser lo más mínimas posibles.

NALBUFINA (NUBAIN®)

Este medicamento se administra por vía intravenosa (IV). Es un opioide parcial agonista/antagonista. Puede ser útil para reducir el dolor y reducir la picazón y/o las náuseas inducidas por los opioides. La nalbufina NUNCA debe usarse en una persona que sea fisiológicamente dependiente de los opioides, ya que puede causar una abstinencia inmediata.

MORFINA, HIDROMORFONA (DILAUDID®), **PETIDINA** (DEMEROL®)

Estos medicamentos opioides pueden administrarse por vía intravenosa (IV) o en forma de píldora si otros medicamentos no son suficientes. Son más fuertes que la hidrocodona y la oxicodona, y causan efectos secundarios más graves. Su uso debe limitarse si es posible.

PROMETAZINA (PHENERGAN®) **E HIDROXICINA** (VISTARIL®)

Estos medicamentos pueden administrarse con opioides para reducir la dosis requerida.



SIMETICONA (MYLICON®, GAS-X®)

Para muchas personas a las que le realizan cesáreas, la presión de la acumulación de gas abdominal después del parto puede ser muy dolorosa. Estos medicamentos pueden facilitar la eliminación de gases. Consulte la sección sobre cómo eliminar gases a continuación para obtener más consejos.

ABLANDADORES DE HECES Y LAXANTES (DOCUSATE®, SENNA®, COLACE®, SENOKOT®)

Para las personas que dan a luz por vía vaginal, tener una evacuación intestinal después del parto puede ser aterrador y doloroso. Estos medicamentos actúan ablandando las heces o estimulando el intestino para expulsar las heces.

SPRAY DE BENZOCAÍNA (DERMOPLAST®)

Este medicamento se puede ofrecer según sea necesario. Es un aerosol que adormece un área durante aproximadamente 15 minutos. Algunas personas lo encuentran útil para el dolor vaginal o las hemorroides después del parto o antes de defecar.

ALMOHADILLAS CON HAMAMELIS (TUCKS®)

El hamamelis es una hierba que se cree que ayuda con el dolor y la picazón. Estas almohadillas pueden colocarse sobre bolsas de hielo para su aplicación en la vulva, entre las nalgas para la aplicación de hemorroides o ambas. Están disponibles en farmacias.

CREMA DE HIDROCORTISONA

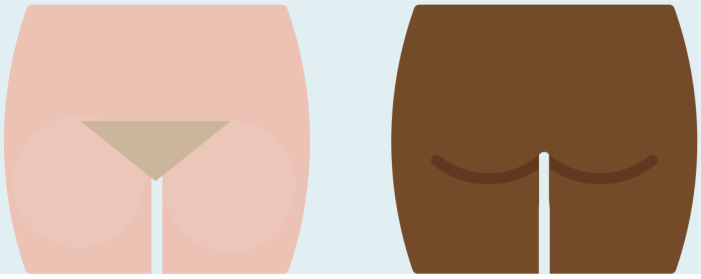
Este medicamento puede usarse para reducir el malestar y/o encoger las hemorroides. La presentación con concentración adicional está disponible solo con receta médica, pero la hidrocortisona al 1% está disponible en las farmacias.



TRATAMIENTO DEL DOLOR NO FARMACOLÓGICO

Hay muchas acciones y productos que pueden ayudar con el dolor posparto cuando no se recetan opioides o estos no son una opción. Las siguientes intervenciones se presentan según la fuente del dolor.

VAGINA
VULVA
PERINEO
ANO (HEMORROIDES)



PAQUETES DE HIELO O FRÍOS

El hielo es uno de los métodos más eficaces para aliviar el dolor. Se puede poner hielo triturado dentro de un pañal para bebé desechable o un guante sin látex envuelto en toallitas secas desechables suaves y colocarlo en la ropa interior. También se encuentran disponibles compresas enfriadoras químicas con almohadillas absorbentes. Las personas de apoyo pueden pedirle al personal que les muestre cómo hacer paquetes de hielo para tenerlas más a mano. El hielo debe usarse durante aproximadamente 20 minutos a la vez con descansos entre aplicaciones. El hielo no solo reduce el dolor, sino también la hinchazón y la inflamación. Solicite bolsas de hielo a su proveedore para llevarse a casa.

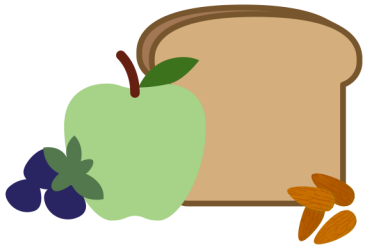
CAMBIAR DE POSICIÓN

El sentarse por períodos prolongados de tiempo puede poner presión en el perineo. Cambiar de posición y caminar con frecuencia ayuda a disminuir la presión. Después del parto, es seguro dormir en cualquier posición que sea cómoda.

DIETA ALTA EN FIBRA

Para ayudar a disminuir el dolor de las hemorroides con las evacuaciones intestinales, coma alimentos que ayuden a ablandar las heces:

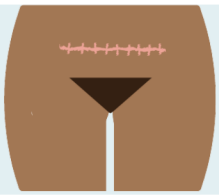
- granos integrales
- nueces
- frijoles
- guisantes
- bayas
- manzanas
- frutos secos (excepto las bananas)
- palomitas



BAÑO DE SITZ O BOTELLA PERINEAL (“PERI” BOTTLE)

Estos artículos están disponibles en farmacias o en algunos hospitales. Normalmente se usan para colocar agua tibia o medicamentos recetados sobre la vulva.

Este es un método de limpieza más cómodo que el papel de higiénico. El mismo efecto puede lograrse con una ducha extraíble y una silla para la ducha. Asegúrese de que la temperatura del agua sea agradable y no demasiado caliente.



DOLOR EN LA INCISIÓN DE LA CESÁREA

FAJA ABDOMINAL

Las fajas abdominales deben usarse de una manera que le resulte cómoda y reconfortante. No sirven para bajar de peso ni reducir el tamaño del estómago después del parto. Es posible que protejan la incisión, pero su principal propósito es disminuir el dolor.

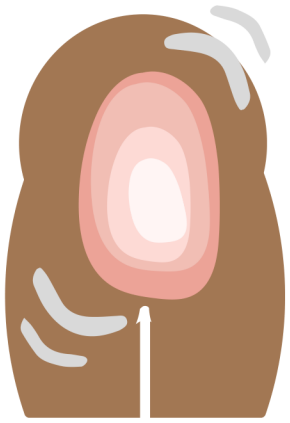
HIELO

El hielo o las compresas enfriadoras químicas pueden aplicarse en la incisión durante unos 20 minutos por vez, con descansos entre una aplicación y otra.

ASEGURAR LA INCISIÓN CON UNA ALMOHADA

Reírse, vomitar, estornudar y toser pueden causar dolor en la incisión. Asegurar la incisión con una almohada antes de hacer cualquiera de estas cosas puede ayudar.

PRESIÓN ABDOMINAL Y CALAMBRES UTERINOS



Los calambres uterinos continúan durante varios días o semanas después del parto a medida que el útero se va encogiendo a su tamaño normal. Usualmente solo molestan por algunos días, y después de eso casi son imperceptibles. Estos calambres aumentan en intensidad con cada parto, de manera que los calambres después de un quinto parto serán más intensos que los que experimentó en el primero. Los calambres son más intensos durante actividades que liberan oxitocina natural, tales como amamantar, acurrucarse con le bebé o escucharle llorar. Anticipar estos momentos y usar medidas para disminuir el dolor antes de que este comience es muy útil.

FLATULENCIA FRECUENTE

Algunos de los métodos de control del dolor pueden causar una disminución de la flatulencia. Los gases se pueden acumular y causar dolor intenso después del parto. Algunas personas sienten el dolor de los gases en las costillas o en los hombros. Para evitar la acumulación de gases:

- Camine con frecuencia.
- No tenga vergüenza de tener flatulencias.
- Pida privacidad o elimine los gases mientras toma una ducha tibia/caliente.
- Minimice el uso de medicamentos opioides para el dolor.
- Evite alimentos que causan gases, como las comidas fritas, los frijoles, los productos lácteos, etc.

CALOR

El calor puede relajar los músculos y aliviar el dolor de los calambres. Pida que le proporcionen una manta tibia o una almohadilla térmica para ponérsela en el abdomen. Puede usar esto simultáneamente con hielo en la incisión si es necesario. No use la almohadilla térmica cuando esté alimentando o cargando a le bebé para evitar lesiones.

SECCIÓN 6



POSTPARTO

El primer año después de tener un bebé es difícil en términos físicos y emocionales. Su cuerpo todavía se está reajustando y puede haber mucho estrés en su vida. Algunas personas que dejan de consumir drogas durante el embarazo comienzan otra vez después del nacimiento, y algunas de ellas consumen de manera más caótica después de parir mientras están lidiando con estos cambios.

En esta sección se presentan algunas de las cosas que pueden surgir durante el primer año después del nacimiento. Entre estas cosas se incluyen la planificación para evitar sobredosis y la búsqueda de apoyo necesario para tratar trastornos comunes de ansiedad y estado de ánimo.

Recursos para la planificación de consumo seguro

También se incluyen opciones para y, finalmente, los modos en que las diferentes sustancias afectan la lactancia.

SOBREDOSIS

Algunas personas reducen gradualmente la metadona o la buprenorfina después del embarazo porque piensan, o sus proveedores piensan, que ya no las necesitan. **Sin embargo, esto suele ser peligroso y aumenta los riesgos de recaída, sobredosis y muerte**.

En un estudio realizado en Massachusetts, las tasas de sobredosis eran más altas entre 7 y 12 meses después del parto.[1] Puede ser difícil hablar con sus seres querides acerca de su consumo de sustancias, y algunas veces podría sentir que está defraudando a las personas si comienza a consumir después de haber hecho una pausa.

Trate de encontrar a una persona en la que pueda confiar, une miembro de la familia o amigue, une consejere o proveedore, elaborar un plan para lidiar con los desencadenantes y mantenerse segure si usted consume.

Por otra parte, puede que después del nacimiento de su bebé parte del apoyo con el que usted contaba cambie. Debido al seguro, puede que pierda acceso al equipo de tratamiento que tenía durante su embarazo.

Durante el período de postparto, su tolerancia puede fluctuar. Seguir con los medicamentos para el trastorno por consumo de opioides (MOUD) después del parto puede ayudar a protegerle de una sobredosis debido a esos cambios en su tolerancia.

Muches expertes recomiendan que siga con MOUD todo el tiempo que necesite para mantenerse saludable; algunas personas siguen bajo este tratamiento por el resto de su vida.

RACISMO EN EL CAMPO MÉDICO

Es importante comprender que los orígenes de la ginecología y obstetricia están ligados al racismo y al abuso de las personas negras y de color con capacidad de parir.

A medida que se estableció el campo de la medicina - y el nacimiento se volvió más medicalizado - el racismo dio forma a las instituciones y se integró en la educación médica. El proceso de concesión de licencias y certificación que se ha puesto en marcha ha reforzado aún más la supremacía blanca y les ha quitado opciones a las personas embarazadas y que dan a luz, lo que hace que la elección de tener un bebé sea más peligrosa.

Muchas personas negras y latinas experimentan coerción y violencia reproductiva, y el ámbito de los servicios anticonceptivos con frecuencia ha sido explotado por aquellas personas con ideologías xenofóbicas y racistas. Un ejemplo de esto son las pruebas en humanos de las píldoras anticonceptivas orales que se realizaron en mujeres pobres de color en Puerto Rico en 1956. Estas pruebas no tenían consentimiento informado y los investigadores más adelante fueron denunciados por colonialismo, racismo y prácticas de investigación poco éticas. En otro caso, 148 personas encarceladas en las prisiones de mujeres en California fueron esterilizadas sin su consentimiento entre el 2006 y el 2010.



LA LECHE HUMANA Y LA LACTANCIA

Al igual que todas las decisiones que se presentan en esta caja de herramientas, la decisión de amamantar, usar fórmula, o ambas, es muy personal. Esta sección analiza el modo en que las diferentes sustancias afectan la lactancia y la leche humana. Puede encontrar información más detallada sobre medicamentos y qué tan seguros son durante el embarazo y la lactancia en **LactMed** www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922



ALCOHOL

El alcohol se transfiere por la leche humana y es absorbido por les bebés.[2, 3]

Si tiene planes que pueden incluir el consumo de alcohol, u**se la bomba y almacene suficiente leche** para alimentar a su bebé antes de beber alcohol o use fórmula para bebés.

Si le duelen las mamas cuando está alcoholizade, sáquese suficiente leche con una bomba o con las manos para liberar la presión y luego deséchela. No hace falta que se saque toda la leche, porque el cuerpo filtra el alcohol de la leche continuamente, de la misma manera que lo hace con la sangre, así que cuando esté sobrie, la leche estará limpia.

Las recomendaciones sobre el tiempo que tiene que pasar para que la leche sea segura para le bebé oscilan **entre 2 y 4 horas por cada bebida**.[2, 3] Si solo va a beber una bebida estándar, puede amamantar a la criatura, beber una bebida, esperar unas horas, y amamantar otra vez sin hacer nada especial. Si todavía siente que está en estado de embriaguez o con resaca, aun si ya ha pasado el tiempo recomendado, **espere hasta sentirse mejor antes de alimentar a su bebé**. Si quiere tener la certeza absoluta de que no hay alcohol presente en la leche, en las farmacias podrá conseguir tiras reactivas para detectar alcohol en la leche humana.



BENZODIAZEPINAS

Es importante tomar la dosis más baja posible de benzodiazepinas si está amamantando. No todas las benzodiazepinas son iguales con relación a su seguridad y la lactancia (el lorazepam es más seguro que el diazepam, por ejemplo). **Hable con su doctore acerca de cuál medicamento debe tomar y en qué dosis.** [4]

En estudios reducidos, algunes bebés lactantes tenían poca tonificación muscular, presentaban sedación y/o dificultades para respirar al nacer y también para amamantarse.[5] **Un problema con muchos de estos estudios es que, debido a que tienen una pequeña cantidad de participantes**, sus hallazgos pueden ser difíciles de generalizar.



CANNABIS

Las pautas formales recomiendan que la elección más segura es detener el consumo recreacional completamente mientras se está lactando.

Cannabis esta en la leche, en una cantidad estimada de 1% de lo que la persona embarazada había fumado.[6, 7] El absorbcion de infantes es malo, entonces bebes asimilan solamente 1% de eso.[7, 8] (1/1,000 dosis de padre) Todavia puede causa resulto positiva en prueba de deteccion de drogas.

Si usted continúa consumiendo mientras está amamantando;[12 13] considere utilizar métodos de reducción de daños como usar la bomba para sacar la leche antes de consumir o inmediatamente después de consumir.[3, 9-12]

Es importante recordar que incluso cuando hay riesgos por fumar y amamantar, todavía **se considera mejor el amamantar y fumar que alimentar con fórmula y fumar**.

OPIOIDES

Es seguro amamantar mientras se toman medicamentos para el trastorno por consumo de opioides tales como la metadona y la buprenorfina, sin importar la dosis del medicamento que usted tome.[13, 14]

De hecho, puede hacer que la abstinencia de le bebé sea menos grave. Es posible que esto porque el contacto piel con piel y la formación del apego ayudan a les bebés a sentirse mejor en el momento de amamantarles. Si se consume heroína, es mejor no amamantar, ya que no podemos calcular la dosis exacta y la heroína pueden ser cortada con otras sustancias desconocidas y contaminantes que no son seguras para su bebé. Cuando se estudiaron otros opioides como la metadona, se encontró que solo aproximadamente un 2% de la dosis total se transfiere a la leche humana. En el caso de la buprenorfina, hay cantidades insignificantes de buprenorfina/norbuprenorfina en la leche humana y les bebés absorben mucho menos debido a la manera en que la buprenorfina se descompone y se metaboliza (no se absorbe bien en el estómago).

ESTIMULANTES

Los estimulantes pasan a la leche humana y pueden disminuir la cantidad de leche producida y/o hacer que se quede sin leche antes de tiempo.[15-17] Se considera seguro hasta 200 mg de cafeína por día (una taza de café de 8 onzas contiene de 90 a 100 mg de cafeína, en promedio).[13, 17, 18]

Se recomienda desechar la leche durante **24 horas después del consumo de cocaína y 48 horas después del consumo de metanfetaminas.** Durante este tiempo, continúe bombeando o extrayendo leche para que su suministro no disminuya.[13, 15]

Tanto la cocaína como la metanfetamina se excretan en la leche humana, y se han reportado efectos graves en les lactantes.

ESTIMULANTES CONTINUADO

En algunos estados, se ha condenado a padres y madres de bebés por poner en peligro a sus hijes, incluso por homicidio culposo si la muerte de le bebé estaba relacionada con la lactancia y el consumo de sustancias.

TABACO Y NICOTINA

Fumar puede disminuir la producción de leche y/o provocar que se quede sin leche antes de tiempo.[11, 19] **La nicotina y otras sustancias dañinas en los cigarrillos pueden pasar a le bebé a través de la leche humana**.

Es importante recordar que incluso cuando hay riesgos por fumar y amamantar, **todavía se considera mejor el amamantar y fumar que alimentar con fórmula y fumar**. [11, 20, 21]

El consumo de drogas y la leche humana: consideraciones legales y de bienestar de menores

"Nosotros creemos que a las familias que amamantan y consumen sustancias reciben un mejor servicio a través de prácticas científicas y de reducción de daños ofrecidas a través del sistema de cuidado médico en lugar del sistema legal o de bienestar infantil".

OPCIONES DE ANTICONCEPTIVOS

Puede que muchas personas no sepan que es posible quedar en embarazo durante el año después de haber tenido bebé.

Puede que algunas personas quieran evitar un nuevo embarazo porque no desean tener otre bebé en ese momento, mientras que otras quizás se entusiasmen con la perspectiva de tener una familia grande con niñes que estén cercanos en edad.

Hay muchas opciones a considerar en torno al tipo de anticonceptivos que puede usar si no quiere tener otro embarazo dentro del próximo año.

Hay muchos tipos - tales como el DIU, las píldoras anticonceptivas orales, los parches, los anillos o las inyecciones. **Todos tienen sus beneficios**. Algunos métodos, como la píldora, se toman diariamente, mientras que otros pueden durar durante meses o años (las inyecciones, los DIU, los implantes).

Puede pedirle a su proveedore de cuidado médico que le suministre alguno de esos métodos anticonceptivos antes de salir del hospital u obtenerlos en su cita con une doctore más adelante.

Debe conversar con su doctore si tiene cualquier inquietud sobre períodos fuertes, calambres, problemas con el peso, etc. Su proveedore nunca debe tratar de influenciar su decisión o presionarle para usar un método que a usted no le interesa.

Puede leer acerca de los tipos de anticonceptivos disponibles aquí: PlannedParenthood.org y Bedsider.org.



APOYO PSICOSOCIAL Y TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEL ESTADO DE ÁNIMO EN LA ETAPA PERINATAL (PMADS)

Los trastornos perinatales del estado de ánimo y de ansiedad son comunes y tratables.

Algunas personas podrían estar familiarizadas con el término depresión postparto. Por generaciones, hemos reconocido que algunas personas se deprimen después de dar a luz.

Sin embargo, nos hemos dado cuenta de que las diferencias de salud mental experimentadas por las personas durante el embarazo y el posparto son mucho más variadas. Es por eso que ahora nos referimos a estas afecciones como trastornos perinatales del estado de ánimo y ansiedad (PMAD, por sus siglas en inglés).



Los PMAD son bastante comunes y pueden afectar a las personas embarazadas y a sus parejas. **Estos trastornos pueden ser experimentados desde el comienzo del embarazo hasta el primer año después del nacimiento**.

Los PMAD incluyen depresión, ansiedad y psicosis. Las personas pueden experimentar pensamientos repetitivos y no deseados. Por ejemplo, la imagen mental recurrente de que algo malo le esté pasando a le bebé, aparentemente por una causa externa.

Estos trastornos son diferentes a los cambios de humor leves que experimenta la mayoría de las personas después de tener une bebé, lo que a veces se llama “baby blues”, una forma leve de depresión posparto. Esta generalmente aparece y desaparece de manera intermitente, pero si dura dos semanas o más, hable con une proveedore.

Los PMAD pueden ser constantes e interferir con el cuidado personal y de su bebé, y pueden ir acompañados de pensamientos de autoinfligirse daño o de lastimar a su bebé o a otras personas.

Los factores que pueden aumentar los riesgos de PMAD son:

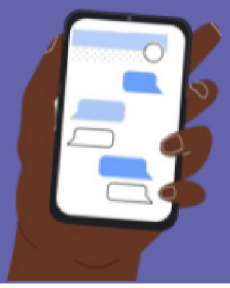
- Antecedentes personales o familiares de otros problemas de salud mental
- **Experiencias de trauma** o violencia, especialmente si estas se relacionan con un embarazo anterior o un abuso sexual
- **Consumo de sustancias actual o pasado**
- **Trastorno de estrés postraumático** (TEPT)
- **Pobreza**
- **Aislamiento**

Hágase las siguientes preguntas:

- ¿Cómo se siente?
- ¿Está teniendo pensamientos de hacerse daño a usted misme o sus hijes, aunque en realidad no quiere hacerlo?
- ¿Llora o está al borde de las lágrimas todo el día?
- ¿Siente culpa, desesperanza, enojo, indolencia o inutilidad?

Hable con su proveedore de cuidado médico acerca de cómo se está sintiendo y si le gustaría que le den deriven para recibir asistencia de salud mental. Debe hablar con alguien de inmediato si está pensando en lastimarse o lastimar a otra persona.

Línea Nacional de Asistencia de Salud Mental Materna Para Mamás Primerizas y Embarazadas



24/7 gratis a la Línea Nacional de Asistencia a la Salud Mental Materna

al: 1-833-9-HELP4MOMS

Lifeline ofrece 24/7, servicios gratuitos en español, y no es necesario hablar inglés si usted necesita ayuda.

En una emergencia llamar: 988

o 1-888-628-9454

988lifeline.org/help-yourself/en-espanol



AYUDA de POSTPARTUM SUPPORT INTERNATIONAL

Información esencial acerca del estado de ánimo perinatal y los trastornos de ansiedad incluyendo factores de riesgo, síntomas y tratamientos.

Llame al 1-800-944-4773 (4PPD), #1

Text 971-203-7773



www.postpartum.net/en-espanol

NOTAS:

CITAS

SECCIÓN 1: EL CUIDADO PERINATAL ES SU DERECHO

1.Cleveland, L. M., Bonugli, R. J., & McGlothen, K. S. (2016). The Mothering Experiences of Women With Substance Use Disorders. ANS. Advances in nursing science, 39(2), 119–129. https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000118

2.Torchalla, I., Linden, I. A., Strehlau, V., Neilson, E. K., & Krausz, M. (2015). "Like a lots happened with my whole childhood": violence, trauma, and addiction in pregnant and postpartum women from Vancouver's Downtown Eastside. Harm reduction journal, 11, 34. https://doi.org/10.1186/1477-7517-11-34

3.Cunningham, J. A., Sobell, L. C., & Chow, V. M. (1993). What's in a label? The effects of substance types and labels on treatment considerations and stigma. Journal of studies on alcohol, 54(6), 693–699. https://doi.org/10.15288/jsa.1993.54.693

4.Pauly B. (2008). Harm reduction through a social justice lens. The International journal on drug policy, 19(1), 4–10. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.11.005

5. British Columbia Provincial Mental Health and Substance Use Planning Council. (2013). Trauma-Informed Practice Guide. https://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf

6.Poole, N., & Greaves, L. (2012). Becoming trauma informed. Centre for Addiction and Mental Health.

7.Nathoo, T., Poole, N., Bryans, M., Dechief, L., Hardeman, S., Marcellus, L., ... Taylor, M. (2013). Voices from the community: Developing effective community programs to support pregnant and early parenting women who use alcohol and other substances. First Peoples Child Family Review, 8(1), 93–106. https://doi.org/10.7202/1071409AR

8.Beck, C. T., Driscoll, J., & Watson, S. (2013). Traumatic childbirth. Routledge.

9.Vedam, S., Stoll, K., Taiwo, T. K., Rubashkin, N., Cheyney, M., Strauss, N., McLemore, M., Cadena, M., Nethery, E., Rushton, E., Schummers, L., Declercq, E., & GVtM-US Steering Council (2019). The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. Reproductive health, 16(1), 77. https://doi.org/10.1186/s12978-019-0729-2

10.Abrahams, R. R., Kelly, S. A., Payne, S., Thiessen, P. N., Mackintosh, J., & Janssen, P. A. (2007). Rooming-in compared with standard care for newborns of mothers using methadone or heroin. Canadian family physician Medecin de famille canadien, 53(10), 1722–1730.

11.Moore, E. R., Anderson, G. C., Bergman, N., & Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. The Cochrane database of systematic reviews, 5(5), CD003519. https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub3

12.Pepler, D. J., Motz, M., Leslie, M., Jenkins, J., Espinet, S. D., Reynolds, W. (2014). The Mother-Child Study: Evaluating Treatments for Substance-using Women. Mothercraft Press.

13.Kendall-Tackett K. A. (2007). Violence against women and the perinatal period: the impact of lifetime violence and abuse on pregnancy, postpartum, and breastfeeding. Trauma, violence & abuse, 8(3), 344–353. https://doi.org/10.1177/1524838007304406

14.Seng, J. S., Sperlich, M., Low, L. K., Ronis, D. L., Muzik, M., & Liberzon, I. (2013). Childhood abuse history, posttraumatic stress disorder, postpartum mental health, and bonding: a prospective cohort study. Journal of midwifery & women's health, 58(1), 57–68. https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2012.00237.x

SECCIÓN 2: REDUCCIÓN DE DAÑOS

1. Centers for Disease Control and Prevention. (2021, December 14). Alcohol use during pregnancy. Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved October 2, 2022, from https://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/alcohol-use.html
2. Riley, E. P., Infante, M. A., & Warren, K. R. (2011). Fetal alcohol spectrum disorders: an overview. Neuropsychology review, 21(2), 73–80. https://doi.org/10.1007/s11065-011-9166-x
3. Centers for Disease Control and Prevention. (2021, May 14). Key findings: The effects of alcohol use during pregnancy and later developmental outcomes: An analysis of previous studies. Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved October 2, 2022, from https://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/features/key-finding-acer.html
4. Committee opinion no. 496: At-risk drinking and alcohol dependence: obstetric and gynecologic implications. (2011). Obstetrics and gynecology, 118(2 Pt 1), 383–388. https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31822c9906
5. Liston J. (1998). Breastfeeding and the use of recreational drugs--alcohol, caffeine, nicotine and marijuana. Breastfeeding review : professional publication of the Nursing Mothers' Association of Australia, 6(2), 27–30.
6. Ogawa, Y., Takeshima, N., & Furukawa, T. A. (2018). Maternal exposure to benzodiazepine and risk of preterm birth and low birth weight: A case-control study using a claims database in Japan. Asia-Pacific psychiatry : official journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists, 10(3), e12309. https://doi.org/10.1111/appy.12309
7. Okun, M. L., Ebert, R., & Saini, B. (2015). A review of sleep-promoting medications used in pregnancy. American journal of obstetrics and gynecology, 212(4), 428–441. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.10.1106
8. Zwink, N., & Jenetzky, E. (2018). Maternal drug use and the risk of anorectal malformations: systematic review and meta-analysis. Orphanet journal of rare diseases, 13(1), 75. https://doi.org/10.1186/s13023-018-0789-3
9. Reichner C. A. (2015). Insomnia and sleep deficiency in pregnancy. Obstetric medicine, 8(4), 168–171. https://doi.org/10.1177/1753495X15600572
10. Iqbal, M. M., Sobhan, T., & Ryals, T. (2002). Effects of commonly used benzodiazepines on the fetus, the neonate, and the nursing infant. Psychiatric services (Washington, D.C.), 53(1), 39–49. https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.1.39
11. Soyka M. (2017). Treatment of Benzodiazepine Dependence. The New England journal of medicine, 376(24), 2399–2400. https://doi.org/10.1056/NEJMc1705239
12. Fried P. A. (1995). Prenatal exposure to marihuana and tobacco during infancy, early and middle childhood: effects and an attempt at synthesis. Archives of toxicology. Supplement. = Archiv fur Toxikologie. Supplement, 17, 233–260. https://doi.org/10.1007/978-3-642-79451-3_21
13. Day, N. L., Richardson, G. A., Geva, D., & Robles, N. (1994). Alcohol, marijuana, and tobacco: effects of prenatal exposure on offspring growth and morphology at age six. Alcoholism, clinical and experimental research, 18(4), 786–794. https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1994.tb00041.x
14. Braillon, A., & Bewley, S. (2018). Committee Opinion No. 722: Marijuana Use During Pregnancy and Lactation. Obstetrics and gynecology, 131(1), 164. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002429
15. Torres, C. A., Medina-Kirchner, C., O'Malley, K. Y., & Hart, C. L. (2020). Totality of the Evidence Suggests Prenatal Cannabis Exposure Does Not Lead to Cognitive Impairments: A Systematic and Critical Review. Frontiers in psychology, 11, 816. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00816

SECCIÓN 2: REDUCCIÓN DE DAÑOS

16. Corsi, D. J., Walsh, L., Weiss, D., Hsu, H., El-Chaar, D., Hawken, S., Fell, D. B., & Walker, M. (2019). Association Between Self-reported Prenatal Cannabis Use and Maternal, Perinatal, and Neonatal Outcomes. JAMA, 322(2), 145–152. https://doi.org/10.1001/jama.2019.8734
17. Bertrand, K. A., Hanan, N. J., Honerkamp-Smith, G., Best, B. M., & Chambers, C. D. (2018). Marijuana Use by Breastfeeding Mothers and Cannabinoid Concentrations in Breast Milk. Pediatrics, 142(3), e20181076. https://doi.org/10.1542/peds.2018-1076
18. Perez-Reyes, M., & Wall, M. E. (1982). Presence of delta9-tetrahydrocannabinol in human milk. The New England journal of medicine, 307(13), 819–820. https://doi.org/10.1056/NEJM198209233071311
19. Hill, M., & Reed, K. (2013). Pregnancy, breast-feeding, and marijuana: a review article. Obstetrical & gynecological survey, 68(10), 710–718. https://doi.org/10.1097/01.ogx.0000435371.51584.d1
20. Section on Breastfeeding (2012). Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics, 129(3), e827–e841. https://doi.org/10.1542/peds.2011-3552
21. Reece-Stremtan, S., & Marinelli, K. A. (2015). ABM clinical protocol #21: guidelines for breastfeeding and substance use or substance use disorder, revised 2015. Breastfeeding medicine : the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine, 10(3), 135–141. https://doi.org/10.1089/bfm.2015.9992
22. Metz, T. D., & Stickrath, E. H. (2015). Marijuana use in pregnancy and lactation: a review of the evidence. American journal of obstetrics and gynecology, 213(6), 761–778. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.05.025
23. Baker, T., Datta, P., Rewers-Felkins, K., Thompson, H., Kallem, R. R., & Hale, T. W. (2018). Transfer of Inhaled Cannabis Into Human Breast Milk. Obstetrics and gynecology, 131(5), 783–788. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002575
24. Committee Opinion No. 711: Opioid Use and Opioid Use Disorder in Pregnancy. (2017). Obstetrics and gynecology, 130(2), e81–e94. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002235
25. Dickmann, L. J., & Isoherranen, N. (2013). Quantitative prediction of CYP2B6 induction by estradiol during pregnancy: potential explanation for increased methadone clearance during pregnancy. Drug metabolism and disposition: the biological fate of chemicals, 41(2), 270–274. https://doi.org/10.1124/dmd.112.047118
26. Hepburn, M. (2004). Current Obstetrics and Gynaecology, 14(6), 419–425. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.curobgyn.2004.07.006
27. Kashiwagi, M., Arlettaz, R., Lauper, U., Zimmermann, R., & Hebisch, G. (2005). Methadone maintenance program in a Swiss perinatal center: (I): Management and outcome of 89 pregnancies. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica, 84(2), 140–144. https://doi.org/10.1111/j.0001-6349.2005.00497.x
28. Pace, C. A., Kaminetzky, L. B., Winter, M., Cheng, D. M., Saia, K., Samet, J. H., & Walley, A. Y. (2014). Postpartum changes in methadone maintenance dose. Journal of substance abuse treatment, 47(3), 229–232. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.04.004
29. Shiu, J. R., & Ensom, M. H. (2012). Dosing and monitoring of methadone in pregnancy: literature review. The Canadian journal of hospital pharmacy, 65(5), 380–386. https://doi.org/10.4212/cjhp.v65i5.1176v
30. Wolff, K., Boys, A., Rostami-Hodjegan, A., Hay, A., & Raistrick, D. (2005). Changes to methadone clearance during pregnancy. European journal of clinical pharmacology, 61(10), 763–768. https://doi.org/10.1007/s00228-005-0035-5

SECCIÓN 2: REDUCCIÓN DE DAÑOS

31. Wong, S., Ordean, A., Kahan, M., & Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (2011). SOGC clinical practice guidelines: Substance use in pregnancy: no. 256, April 2011. International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics, 114(2), 190–202. https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2011.06.001
32. Behnke, M., Smith, V. C., Committee on Substance Abuse, & Committee on Fetus and Newborn (2013). Prenatal substance abuse: short- and long-term effects on the exposed fetus. Pediatrics, 131(3), e1009–e1024. https://doi.org/10.1542/peds.2012-3931
33. Lind, J. N., Interrante, J. D., Ailes, E. C., Gilboa, S. M., Khan, S., Frey, M. T., Dawson, A. L., Honein, M. A., Dowling, N. F., Razzaghi, H., Creanga, A. A., & Broussard, C. S. (2017). Maternal Use of Opioids During Pregnancy and Congenital Malformations: A Systematic Review. Pediatrics, 139(6), e20164131. https://doi.org/10.1542/peds.2016-4131
34. Bada, H. S., Das, A., Bauer, C. R., Shankaran, S., Lester, B. M., Gard, C. C., Wright, L. L., Lagasse, L., & Higgins, R. (2005). Low birth weight and preterm births: etiologic fraction attributable to prenatal drug exposure. Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association, 25(10), 631–637. https://doi.org/10.1038/sj.jp.7211378
35. Cleary, B. J., Eogan, M., O'Connell, M. P., Fahey, T., Gallagher, P. J., Clarke, T., White, M. J., McDermott, C., O'Sullivan, A., Carmody, D., Gleeson, J., & Murphy, D. J. (2012). Methadone and perinatal outcomes: a prospective cohort study. Addiction (Abingdon, England), 107(8), 1482–1492. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.03844.x
36. Cleary, B. J., Donnelly, J. M., Strawbridge, J. D., Gallagher, P. J., Fahey, T., White, M. J., & Murphy, D. J. (2011). Methadone and perinatal outcomes: a retrospective cohort study. American journal of obstetrics and gynecology, 204(2), 139.e1–139.e1399. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.10.004
37. Hulse, G. K., Milne, E., English, D. R., & Holman, C. D. (1997). Assessing the relationship between maternal cocaine use and abruptio placentae. Addiction (Abingdon, England), 92(11), 1547–1551.
38. Wurst, K. E., Zedler, B. K., Joyce, A. R., Sasinowski, M., & Murrelle, E. L. (2016). A Swedish Population-based Study of Adverse Birth Outcomes among Pregnant Women Treated with Buprenorphine or Methadone: Preliminary Findings. Substance abuse : research and treatment, 10, 89–97. https://doi.org/10.4137/SART.S38887
39. Center for Substance Abuse Treatment. (2005). Medication-Assisted Treatment for Opioid Addiction in Opioid Treatment Programs. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US).
40. National Library of Medicine. (n.d.). Drugs and lactation database (lactmed) - NCBI bookshelf. LactMed. Retrieved October 2, 2022, from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922/
41. Montgomery, A., Hale, T. W., & Academy Of Breastfeeding Medicine (2012). ABM clinical protocol #15: analgesia and anesthesia for the breastfeeding mother, revised 2012. Breastfeeding medicine : the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine, 7(6), 547–553. https://doi.org/10.1089/bfm.2012.9977
42. Ilett, K. F., Hackett, L. P., Gower, S., Doherty, D. A., Hamilton, D., & Bartu, A. E. (2012). Estimated dose exposure of the neonate to buprenorphine and its metabolite norbuprenorphine via breastmilk during maternal buprenorphine substitution treatment. Breastfeeding medicine : the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine, 7, 269–274. https://doi.org/10.1089/bfm.2011.0096
43. Lindemalm, S., Nydert, P., Svensson, J. O., Stahle, L., & Sarman, I. (2009). Transfer of buprenorphine into breast milk and calculation of infant drug dose. Journal of human lactation : official journal of International Lactation Consultant Association, 25(2), 199–205. https://doi.org/10.1177/0890334408328295

SECCIÓN 2: REDUCCIÓN DE DAÑOS

44. Kelty, E., & Hulse, G. (2017). A Retrospective Cohort Study of Obstetric Outcomes in Opioid-Dependent Women Treated with Implant Naltrexone, Oral Methadone or Sublingual Buprenorphine, and Non-Dependent Controls. Drugs, 77(11), 1199–1210. https://doi.org/10.1007/s40265-017-0762-9
45. Wachman, E. M., Saia, K., Miller, M., Valle, E., Shrestha, H., Carter, G., Werler, M., & Jones, H. (2019). Naltrexone Treatment for Pregnant Women With Opioid Use Disorder Compared With Matched Buprenorphine Control Subjects. Clinical therapeutics, 41(9), 1681–1689. https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2019.07.003
46. Ward, E. N., Quaye, A. N., & Wilens, T. E. (2018). Opioid Use Disorders: Perioperative Management of a Special Population. Anesthesia and analgesia, 127(2), 539–547. https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000003477
47. Jones, H. E., Chisolm, M. S., Jansson, L. M., & Terplan, M. (2013). Naltrexone in the treatment of opioid-dependent pregnant women: the case for a considered and measured approach to research. Addiction (Abingdon, England), 108(2), 233–247. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.03811.x
48. Chan, C. F., Page-Sharp, M., Kristensen, J. H., O'Neil, G., & Ilett, K. F. (2004). Transfer of naltrexone and its metabolite 6,beta-naltrexol into human milk. Journal of human lactation: official journal of International Lactation Consultant Association, 20(3), 322–326. https://doi.org/10.1177/0890334404266881
49. Hulse, G. K., O'Neill, G., Pereira, C., & Brewer, C. (2001). Obstetric and neonatal outcomes associated with maternal naltrexone exposure. The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology, 41(4), 424–428. https://doi.org/10.1111/j.1479-828x.2001.tb01322.x
50. Hulse, G., & O'Neil, G. (2002). Using naltrexone implants in the management of the pregnant heroin user. The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology, 42(5), 569–573. https://doi.org/10.1111/j.0004-8666.2002.548_14.x
51. Hulse, G. K., O'Neil, G., & Arnold-Reed, D. E. (2004). Methadone maintenance vs. implantable naltrexone treatment in the pregnant heroin user. International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics, 85(2), 170–171. https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2003.10.001
52. Jones, H. E., Chisolm, M. S., Jansson, L. M., & Terplan, M. (2013). Naltrexone in the treatment of opioid-dependent pregnant women: the case for a considered and measured approach to research. Addiction (Abingdon, England), 108(2), 233–247. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.03811.x
53. Kelty, E., & Hulse, G. (2017). A Retrospective Cohort Study of Birth Outcomes in Neonates Exposed to Naltrexone in Utero: A Comparison with Methadone-, Buprenorphine- and Non-opioid-Exposed Neonates. Drugs, 77(11), 1211–1219. https://doi.org/10.1007/s40265-017-0763-855
54. Coluzzi, F., Bifulco, F., Cuomo, A., Dauri, M., Leonardi, C., Melotti, R. M., Natoli, S., Romualdi, P., Savoia, G., & Corcione, A. (2017). The challenge of perioperative pain management in opioid-tolerant patients. Therapeutics and clinical risk management, 13, 1163–1173. https://doi.org/10.2147/TCRM.S141332
55. Harrison, T. K., Kornfeld, H., Aggarwal, A. K., & Lembke, A. (2018). Perioperative Considerations for the Patient with Opioid Use Disorder on Buprenorphine, Methadone, or Naltrexone Maintenance Therapy. Anesthesiology clinics, 36(3), 345–359. https://doi.org/10.1016/j.anclin.2018.04.002
56. Jansson, L. M. (n.d.). UpToDate. Retrieved October 2, 2022, from https://www.uptodate.com/contents/neonatal-abstinence-syndrome

SECCIÓN 2: REDUCCIÓN DE DAÑOS

57. Bell, J., Towers, C. V., Hennessy, M. D., Heitzman, C., Smith, B., & Chattin, K. (2016). Detoxification from opiate drugs during pregnancy. American journal of obstetrics and gynecology, 215(3), 374.e1–374.e3746. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.03.015
58. Chhabra, N., Mir, M., Hua, M. J., Berg, S., Nowinski-Konchak, J., Aks, S., Arunkumar, P., & Hinami, K. (2022). Notes From the Field: Xylazine-Related Deaths - Cook County, Illinois, 2017-2021. MMWR. Morbidity and mortality weekly report, 71(13), 503–504. https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7113a3
59. Zibbell, J. E., Clarke, S. D., Kral, A. H., Richardson, N. J., Cauchon, D., & Aldridge, A. (2022). Association between law enforcement seizures of illicit drugs and drug overdose deaths involving cocaine and methamphetamine, Ohio, 2014-2019. Drug and alcohol dependence, 232, 109341. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109341
60. Moss, M. J., Warrick, B. J., Nelson, L. S., McKay, C. A., Dubé, P. A., Gosselin, S., Palmer, R. B., & Stolbach, A. I. (2017). ACMT and AACT Position Statement: Preventing Occupational Fentanyl and Fentanyl Analog Exposure to Emergency Responders. Journal of medical toxicology : official journal of the American College of Medical Toxicology, 13(4), 347–351. https://doi.org/10.1007/s13181-017-0628-2
61. Attaway, P. R., Smiley-McDonald, H. M., Davidson, P. J., & Kral, A. H. (2021). Perceived occupational risk of fentanyl exposure among law enforcement. The International journal on drug policy, 95, 103303. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103303
62. Del Pozo, B., Sightes, E., Kang, S., Goulka, J., Ray, B., & Beletsky, L. A. (2021). Can touch this: training to correct police officer beliefs about overdose from incidental contact with fentanyl. Health & justice, 9(1), 34. https://doi.org/10.1186/s40352-021-00163-5
63. Ruiz-Colón, K., Chavez-Arias, C., Díaz-Alcalá, J. E., & Martínez, M. A. (2014). Xylazine intoxication in humans and its importance as an emerging adulterant in abused drugs: A comprehensive review of the literature. Forensic science international, 240, 1–8. https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2014.03.015
64. Torruella R. A. (2011). Xylazine (veterinary sedative) use in Puerto Rico. Substance abuse treatment, prevention, and policy, 6, 7. https://doi.org/10.1186/1747-597X-6-7
65. Rodríguez, N., Vargas Vidot, J., Panelli, J., Colón, H., Ritchie, B., & Yamamura, Y. (2008). GC-MS confirmation of xylazine (Rompun), a veterinary sedative, in exchanged needles. Drug and alcohol dependence, 96(3), 290–293. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.03.005
66. Friedman, J., Montero, F., Bourgois, P., Wahbi, R., Dye, D., Goodman-Meza, D., & Shover, C. (2022). Xylazine spreads across the US: A growing component of the increasingly synthetic and polysubstance overdose crisis. Drug and alcohol dependence, 233, 109380. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109380
67. Reyes, J. C., Negrón, J. L., Colón, H. M., Padilla, A. M., Millán, M. Y., Matos, T. D., & Robles, R. R. (2012). The emerging of xylazine as a new drug of abuse and its health consequences among drug users in Puerto Rico. Journal of urban health : bulletin of the New York Academy of Medicine, 89(3), 519–526. https://doi.org/10.1007/s11524-011-9662-6
68. Philadelphia Department of Public Health. (2022). Risks of xylazine use and withdrawal in people who use drugs in Philadelphia. PDPH-HAN_Alert_1_Xylazine_03.16.2022.pdf (hip-production-philly-private-assets.s3.amazonaws.com)
69. McNinch, JR; Maguire, M; Wallace, L. A CASE OF SKIN NECROSIS CAUSED BY INTRAVENOUS XYLAZINE ABUSE. Abstract published at SHM Converge 2021. Abstract 559 Journal of Hospital Medicine. https://shmabstracts.org/abstract/a-case-of-skin-necrosis-caused-by-intravenous-xylazine-abuse/. June 15th 2022.

SECCIÓN 2: REDUCCIÓN DE DAÑOS

70. The New York Times Editorial Board. (2018, December 28). Slandering the unborn. The New York Times. Retrieved October 2, 2022, from https://www.nytimes.com/interactive/2018/12/28/opinion/crack-babies-racism.html
71. Committee Opinion No. 479: Methamphetamine abuse in women of reproductive age. (2011). Obstetrics and gynecology, 117(3), 751–755. https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e318214784e
72. Andrade C. (2018). Risk of Major Congenital Malformations Associated With the Use of Methylphenidate or Amphetamines in Pregnancy. The Journal of clinical psychiatry, 79(1), 18f12108. https://doi.org/10.4088/JCP.18f12108
73. Forray, A., & Foster, D. (2015). Substance Use in the Perinatal Period. Current psychiatry reports, 17(11), 91. https://doi.org/10.1007/s11920-015-0626-5
74. Gorman, M. C., Orme, K. S., Nguyen, N. T., Kent, E. J., 3rd, & Caughey, A. B. (2014). Outcomes in pregnancies complicated by methamphetamine use. American journal of obstetrics and gynecology, 211(4), 429.e1–429.e4297. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.06.005
75. Huybrechts, K. F., Bröms, G., Christensen, L. B., Einarsdóttir, K., Engeland, A., Furu, K., Gissler, M., Hernandez-Diaz, S., Karlsson, P., Karlstad, Ø., Kieler, H., Lahesmaa-Korpinen, A. M., Mogun, H., Nørgaard, M., Reutfors, J., Sørensen, H. T., Zoega, H., & Bateman, B. T. (2018). Association Between Methylphenidate and Amphetamine Use in Pregnancy and Risk of Congenital Malformations: A Cohort Study From the International Pregnancy Safety Study Consortium. JAMA psychiatry, 75(2), 167–175. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.3644
76. Shah, R., Diaz, S. D., Arria, A., LaGasse, L. L., Derauf, C., Newman, E., Smith, L. M., Huestis, M. A., Haning, W., Strauss, A., Della Grotta, S., Dansereau, L. M., Roberts, M. B., Neal, C., & Lester, B. M. (2012). Prenatal methamphetamine exposure and short-term maternal and infant medical outcomes. American journal of perinatology, 29(5), 391–400. https://doi.org/10.1055/s-0032-1304818
77. Wright, T. E., Schuetter, R., Tellei, J., & Sauvage, L. (2015). Methamphetamines and pregnancy outcomes. Journal of addiction medicine, 9(2), 111–117. https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000101
78. Good, M. M., Solt, I., Acuna, J. G., Rotmensch, S., & Kim, M. J. (2010). Methamphetamine use during pregnancy: maternal and neonatal implications. Obstetrics and gynecology, 116(2 Pt 1), 330–334. https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181e67094
79. Nguyen, D., Smith, L. M., Lagasse, L. L., Derauf, C., Grant, P., Shah, R., Arria, A., Huestis, M. A., Haning, W., Strauss, A., Della Grotta, S., Liu, J., & Lester, B. M. (2010). Intrauterine growth of infants exposed to prenatal methamphetamine: results from the infant development, environment, and lifestyle study. The Journal of pediatrics, 157(2), 337–339. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2010.04.024
80. Richardson, G. A., & Day, N. L. (1994). Detrimental effects of prenatal cocaine exposure: illusion or reality?. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33(1), 28–34. https://doi.org/10.1097/00004583-199401000-00005
81. Richardson, G. A., Hamel, S. C., Goldschmidt, L., & Day, N. L. (1999). Growth of infants prenatally exposed to cocaine/crack: comparison of a prenatal care and a no prenatal care sample. Pediatrics, 104(2), e18. https://doi.org/10.1542/peds.104.2.e18
82. Shankaran, S., Lester, B. M., Das, A., Bauer, C. R., Bada, H. S., Lagasse, L., & Higgins, R. (2007). Impact of maternal substance use during pregnancy on childhood outcome. Seminars in fetal & neonatal medicine, 12(2), 143–150. https://doi.org/10.1016/j.siny.2007.01.002

SECCIÓN 2: REDUCCIÓN DE DAÑOS

83. La Leche League International. (2021, June 1). Breastfeeding and caffeine. La Leche League International. Retrieved October 2, 2022, from https://www.llli.org/breastfeeding-info/caffeine/
84. Chasnoff, I. J., Burns, K. A., & Burns, W. J. (1987). Cocaine use in pregnancy: perinatal morbidity and mortality. Neurotoxicology and teratology, 9(4), 291–293. https://doi.org/10.1016/0892-0362(87)90017-1
85. Mastrogiannis, D. S., Decavalas, G. O., Verma, U., & Tejani, N. (1990). Perinatal outcome after recent cocaine usage. Obstetrics and gynecology, 76(1), 8–11.
86. Slutsker L. (1992). Risks associated with cocaine use during pregnancy. Obstetrics and gynecology, 79(5 (Pt 1)), 778–789.
87. ACOG Practice Bulletin No. 102: management of stillbirth. (2009). Obstetrics and gynecology, 113(3), 748–761. https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31819e9ee2
88. Little, B. B., Snell, L. M., Trimmer, K. J., Ramin, S. M., Ghali, F., Blakely, C. A., & Garret, A. (1999). Peripartum cocaine use and adverse pregnancy outcome. American journal of human biology : the official journal of the Human Biology Council, 11(5), 598–602. https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6300(199909/10)11:5<598::AID-AJHB3>3.0.CO;2-L
89. Aghamohammadi, A., & Zafari, M. (2016). Crack abuse during pregnancy: maternal, fetal and neonatal complication. The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians, 29(5), 795–797. https://doi.org/10.3109/14767058.2015.1018821
90. Hulse, G. K., Milne, E., English, D. R., & Holman, C. D. (1997). Assessing the relationship between maternal cocaine use and abruptio placentae. Addiction (Abingdon, England), 92(11), 1547–1551.
91. Eze, N., Smith, L. M., LaGasse, L. L., Derauf, C., Newman, E., Arria, A., Huestis, M. A., Della Grotta, S. A., Dansereau, L. M., Neal, C., & Lester, B. M. (2016). School-Aged Outcomes following Prenatal Methamphetamine Exposure: 7.5-Year Follow-Up from the Infant Development, Environment, and Lifestyle Study. The Journal of pediatrics, 170, 34–8.e1. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.11.070
92. Bartu, A., Dusci, L. J., & Ilett, K. F. (2009). Transfer of methylamphetamine and amphetamine into breast milk following recreational use of methylamphetamine. British journal of clinical pharmacology, 67(4), 455–459. https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2009.03366.x
93. Cressman, A. M., Koren, G., Pupco, A., Kim, E., Ito, S., & Bozzo, P. (2012). Maternal cocaine use during breastfeeding. Canadian family physician Medecin de famille canadien, 58(11), 1218–1219.
94. Temple, J. L., Bernard, C., Lipshultz, S. E., Czachor, J. D., Westphal, J. A., & Mestre, M. A. (2017). The Safety of Ingested Caffeine: A Comprehensive Review. Frontiers in psychiatry, 8, 80. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00080
95. Rawson, R. A., Gonzales, R., & Brethen, P. (2002). Treatment of methamphetamine use disorders: an update. Journal of substance abuse treatment, 23(2), 145–150. https://doi.org/10.1016/s0740-5472(02)00256-8
96. Farsalinos, K. E., & Le Houezec, J. (2015). Regulation in the face of uncertainty: the evidence on electronic nicotine delivery systems (e-cigarettes). Risk management and healthcare policy, 8, 157–167. https://doi.org/10.2147/RMHP.S62116

SECCIÓN 2: REDUCCIÓN DE DAÑOS

97. Foulds, J., Ramstrom, L., Burke, M., & Fagerström, K. (2003). Effect of smokeless tobacco (snus) on smoking and public health in Sweden. Tobacco control, 12(4), 349–359. https://doi.org/10.1136/tc.12.4.349
98. Royal College of Physicians. (2007, October). Harm reduction in nicotine addiction: Helping people who can't quit. RCP London. Retrieved October 2, 2022, from https://shop.rcplondon.ac.uk/products/harm-reduction-in-nicotine-addiction-helping-people-who-cant-quit?variant=6509405637
99. Narahashi, T., Fenster, C. P., Quick, M. W., Lester, R. A., Marszalec, W., Aistrup, G. L., Sattelle, D. B., Martin, B. R., & Levin, E. D. (2000). Symposium overview: mechanism of action of nicotine on neuronal acetylcholine receptors, from molecule to behavior. Toxicological sciences : an official journal of the Society of Toxicology, 57(2), 193–202. https://doi.org/10.1093/toxsci/57.2.193
100. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, Health and Medicine Division, Board on Population Health and Public Health Practice, Committee on the Review of the Health Effects of Electronic Nicotine Delivery Systems, Eaton, D. L., Kwan, L. Y., & Stratton, K. (Eds.). (2018). Public Health Consequences of E-Cigarettes. National Academies Press (US).
101. Law, K. L., Stroud, L. R., LaGasse, L. L., Niaura, R., Liu, J., & Lester, B. M. (2003). Smoking during pregnancy and newborn neurobehavior. Pediatrics, 111(6 Pt 1), 1318–1323. https://doi.org/10.1542/peds.111.6.1318
102. Stroud, L. R., Paster, R. L., Papandonatos, G. D., Niaura, R., Salisbury, A. L., Battle, C., Lagasse, L. L., & Lester, B. (2009). Maternal smoking during pregnancy and newborn neurobehavior: effects at 10 to 27 days. The Journal of pediatrics, 154(1), 10–16. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2008.07.048
103. Committee Opinion No. 721: Smoking Cessation During Pregnancy. (2017). Obstetrics and gynecology, 130(4), 1. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002353
104. Einarson, A., & Riordan, S. (2009). Smoking in pregnancy and lactation: a review of risks and cessation strategies. European journal of clinical pharmacology, 65(4), 325–330. https://doi.org/10.1007/s00228-008-0609-0
105. Office of the Surgeon General (US), & Office on Smoking and Health (US). (2004). The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention (US).
106. Napierala, M., Mazela, J., Merritt, T. A., & Florek, E. (2016). Tobacco smoking and breastfeeding: Effect on the lactation process, breast milk composition and infant development. A critical review. Environmental research, 151, 321–338. https://doi.org/10.1016/j.envres.2016.08.002
107. Dorea J. G. (2007). Maternal smoking and infant feeding: breastfeeding is better and safer. Maternal and child health journal, 11(3), 287–291. https://doi.org/10.1007/s10995-006-0172-1
108. Grana, R., Benowitz, N., & Glantz, S. A. (2014). E-cigarettes: a scientific review. Circulation, 129(19), 1972–1986. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.114.007667
109. Centers for Disease Control and Prevention. E-cigarettes and pregnancy. Atlanta, GA: CDC; 2019. Available at: https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/substance-abuse/e-cigarettes-pregnancy.htm Retrieved August 22, 2022
110. Spindel, E. R., & McEvoy, C. T. (2016). The Role of Nicotine in the Effects of Maternal Smoking during Pregnancy on Lung Development and Childhood Respiratory Disease. Implications for Dangers of E-Cigarettes. American journal of respiratory and critical care medicine, 193(5), 486–494. https://doi.org/10.1164/rccm.201510-2013PP

SECCIÓN 2: REDUCCIÓN DE DAÑOS

111. Whittington, J. R., Simmons, P. M., Phillips, A. M., Gammill, S. K., Cen, R., Magann, E. F., & Cardenas, V. M. (2018). The Use of Electronic Cigarettes in Pregnancy: A Review of the Literature. Obstetrical & gynecological survey, 73(9), 544–549. https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000000595
112. McDonnell, B. P., Dicker, P., & Regan, C. L. (2020). Electronic cigarettes and obstetric outcomes: a prospective observational study. BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology, 127(6), 750–756. https://doi.org/10.1111/1471-0528.16110
113. Wang, X., Lee, N. L., & Burstyn, I. (2020). Smoking and use of electronic cigarettes (vaping) in relation to preterm birth and small-for-gestational-age in a 2016 U.S. national sample. Preventive medicine, 134, 106041. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106041
114. Shittu, A., Kumar, B. P., Okafor, U., Berkelhamer, S., Goniewicz, M. L., & Wen, X. (2021). Changes in e-cigarette and cigarette use during pregnancy and their association with small-for-gestational-age birth. American journal of obstetrics and gynecology, S0002-9378(21)02583-7. Advance online publication. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.11.1354
115. Bowker, K., Ussher, M., Cooper, S., Orton, S., Coleman, T., & Campbell, K. A. (2020). Addressing and Overcoming Barriers to E-Cigarette Use for Smoking Cessation in Pregnancy: A Qualitative Study. International journal of environmental research and public health, 17(13), 4823. https://doi.org/10.3390/ijerph17134823
116. DeVito, E. E., Fagle, T., Allen, A. M., Pang, R. D., Petersen, N., Smith, P. H., & Weinberger, A. H. (2021). Electronic Nicotine Delivery Systems (ENDS) Use and Pregnancy I: ENDS Use Behavior During Pregnancy. Current addiction reports, 8(3), 347–365. https://doi.org/10.1007/s40429-021-00380-w

SECCIÓN 3: TRANSITAR EL SISTEMA DE CUIDADO MÉDICO Y LOS SISTEMAS LEGALES

1. Vincent, E. C., Zebelman, A., Goodwin, C., & Stephens, M. M. (2006). Clinical inquiries. What common substances can cause false positives on urine screens for drugs of abuse?. The Journal of family practice, 55(10), 893–897.
2. Lester, B. M., Andreozzi, L., & Appiah, L. (2004). Substance use during pregnancy: time for policy to catch up with research. Harm reduction journal, 1(1), 5. https://doi.org/10.1186/1477-7517-1-5
3. McMillin, G. A., Slawson, M. H., Marin, S. J., & Johnson-Davis, K. L. (2013). Demystifying analytical approaches for urine drug testing to evaluate medication adherence in chronic pain management. Journal of pain & palliative care pharmacotherapy, 27(4), 322–339. https://doi.org/10.3109/15360288.2013.847889
4. National Advocates for Pregnant Women. (2019, March). Clinical drug testing of pregnant women and newborns - New York. National Advocates for Pregnant Women. Retrieved October 2, 2022, from https://www.nationaladvocatesforpregnantwomen.org/clinical_drug_testing_of_pregnant_women_and_newborns/
5. Committee opinion no. 633: Alcohol abuse and other substance use disorders: ethical issues in obstetric and gynecologic practice. (2015). Obstetrics and gynecology, 125(6), 1529–1537. https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000466371.86393.9b
6. Bell S. G. (2016). Drug Screening in Neonates. Neonatal network : NN, 35(5), 321–326. https://doi.org/10.1891/0730-0832.35.5.321
7. Kohsman M. G. (2016). Ethical Considerations for Perinatal Toxicology Screening. Neonatal network : NN, 35(5), 268–276. https://doi.org/10.1891/0730-0832.35.5.268
8. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2017, January 23). The Federal Register. Federal Register :: Request Access. Retrieved October 2, 2022, from https://www.federalregister.gov/documents/2017/01/23/2017-00979/mandatory-guidelines-for-federal-workplace-drug-testing-programs
9. Terplan, M., & Minkoff, H. (2017). Neonatal Abstinence Syndrome and Ethical Approaches to the Identification of Pregnant Women Who Use Drugs. Obstetrics and gynecology, 129(1), 164–167. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001781
10. New York Consolidated Laws, Family Court Act. FCT §§ 412(1), 413; N.Y. Family Court Act §1012(f) (i)(B).

SECCIÓN 4: CUIDADO PRENATAL

1.Hayes, J. S., Dreher, M. C., & Nugent, J. K. (1988). Newborn outcomes with maternal marihuana use in Jamaican women. Pediatric nursing, 14(2), 107–110.
2.Westfall, R. E., Janssen, P. A., Lucas, P., & Capler, R. (2006). Survey of medicinal cannabis use among childbearing women: patterns of its use in pregnancy and retroactive self-assessment of its efficacy against 'morning sickness'. Complementary therapies in clinical practice, 12(1), 27–33. https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2005.09.006
3.Alaniz, V. I., Liss, J., Metz, T. D., & Stickrath, E. (2015). Cannabinoid hyperemesis syndrome: a cause of refractory nausea and vomiting in pregnancy. Obstetrics and gynecology, 125(6), 1484–1486. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000595
4.Roberson, E. K., Patrick, W. K., & Hurwitz, E. L. (2014). Marijuana use and maternal experiences of severe nausea during pregnancy in Hawai'i. Hawai'i journal of medicine & public health : a journal of Asia Pacific Medicine & Public Health, 73(9), 283–287.
5.El-Mohandes, A., Herman, A. A., Nabil El-Khorazaty, M., Katta, P. S., White, D., & Grylack, L. (2003). Prenatal care reduces the impact of illicit drug use on perinatal outcomes. Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association, 23(5), 354–360. https://doi.org/10.1038/sj.jp.7210933

SECCIÓN 5: EL PARTO Y EL NACIMIENTO

Ninguno

SECCIÓN 6: CUIDADO POSPARTO

1. Schiff, D. M., Nielsen, T., Terplan, M., Hood, M., Bernson, D., Diop, H., Bharel, M., Wilens, T. E., LaRochelle, M., Walley, A. Y., & Land, T. (2018). Fatal and Nonfatal Overdose Among Pregnant and Postpartum Women in Massachusetts. Obstetrics and gynecology, 132(2), 466–474. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002734
2. Committee opinion no. 496: At-risk drinking and alcohol dependence: obstetric and gynecologic implications. (2011). Obstetrics and gynecology, 118(2 Pt 1), 383–388. https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31822c9906
3. Liston J. (1998). Breastfeeding and the use of recreational drugs--alcohol, caffeine, nicotine and marijuana. Breastfeeding review : professional publication of the Nursing Mothers' Association of Australia, 6(2), 27–30.
4. Sachs, H. C., & Committee On Drugs (2013). The transfer of drugs and therapeutics into human breast milk: an update on selected topics. Pediatrics, 132(3), e796–e809. https://doi.org/10.1542/peds.2013-1985
5. Iqbal, M. M., Sobhan, T., & Ryals, T. (2002). Effects of commonly used benzodiazepines on the fetus, the neonate, and the nursing infant. Psychiatric services (Washington, D.C.), 53(1), 39–49. https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.1.39
6. Bertrand, K. A., Hanan, N. J., Honerkamp-Smith, G., Best, B. M., & Chambers, C. D. (2018). Marijuana Use by Breastfeeding Mothers and Cannabinoid Concentrations in Breast Milk. Pediatrics, 142(3), e20181076. https://doi.org/10.1542/peds.2018-1076

SECCIÓN 6: CUIDADO POSPARTO

7. Perez-Reyes, M., & Wall, M. E. (1982). Presence of delta9-tetrahydrocannabinol in human milk. The New England journal of medicine, 307(13), 819–820. ttps://doi.org/10.1056/NEJM198209233071311
8. Hill, M., & Reed, K. (2013). Pregnancy, breast-feeding, and marijuana: a review article. Obstetrical & gynecological survey, 68(10), 710–718. https://doi.org/10.1097/01.ogx.0000435371.51584.d1
9. Braillon, A., & Bewley, S. (2018). Committee Opinion No. 722: Marijuana Use During Pregnancy and Lactation. Obstetrics and gynecology, 131(1), 164. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002429
10. Section on Breastfeeding (2012). Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics, 129(3), e827–e841. https://doi.org/10.1542/peds.2011-3552
11. Reece-Stremtan, S., & Marinelli, K. A. (2015). ABM clinical protocol #21: guidelines for breastfeeding and substance use or substance use disorder, revised 2015. Breastfeeding medicine : the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine, 10(3), 135–141. https://doi.org/10.1089/bfm.2015.9992
12. Metz, T. D., & Stickrath, E. H. (2015). Marijuana use in pregnancy and lactation: a review of the evidence. American journal of obstetrics and gynecology, 213(6), 761–778. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.05.025
13. National Library of Medicine. (n.d.). Drugs and lactation database (lactmed) - NCBI bookshelf. LactMed. Retrieved October 2, 2022, from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922/
14. Dashe, J. S., Jackson, G. L., Olscher, D. A., Zane, E. H., & Wendel, G. D., Jr (1998). Opioid detoxification in pregnancy. Obstetrics and gynecology, 92(5), 854–858. https://doi.org/10.1016/s0029-7844(98)00312-3
15. Bartu, A., Dusci, L. J., & Ilett, K. F. (2009). Transfer of methylamphetamine and amphetamine into breast milk following recreational use of methylamphetamine. British journal of clinical pharmacology, 67(4), 455–459. https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2009.03366.x
16. Cressman, A. M., Koren, G., Pupco, A., Kim, E., Ito, S., & Bozzo, P. (2012). Maternal cocaine use during breastfeeding. Canadian family physician Medecin de famille canadien, 58(11), 1218–1219.
17. Temple, J. L., Bernard, C., Lipshultz, S. E., Czachor, J. D., Westphal, J. A., & Mestre, M. A. (2017). The Safety of Ingested Caffeine: A Comprehensive Review. Frontiers in psychiatry, 8, 80. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00080
18. La Leche League International. (2021, June 1). Breastfeeding and caffeine. La Leche League International. Retrieved October 2, 2022, from https://www.llli.org/breastfeeding-info/caffeine/
19. Napierala, M., Mazela, J., Merritt, T. A., & Florek, E. (2016). Tobacco smoking and breastfeeding: Effect on the lactation process, breast milk composition and infant development. A critical review. Environmental research, 151, 321–338. https://doi.org/10.1016/j.envres.2016.08.002
20. Dorea J. G. (2007). Maternal smoking and infant feeding: breastfeeding is better and safer. Maternal and child health journal, 11(3), 287–291. https://doi.org/10.1007/s10995-006-0172-1
21. Vennemann, M. M., Bajanowski, T., Brinkmann, B., Jorch, G., Yücesan, K., Sauerland, C., Mitchell, E. A., & GeSID Study Group (2009). Does breastfeeding reduce the risk of sudden infant death syndrome?. Pediatrics, 123(3), e406–e410. https://doi.org/10.1542/peds.2008-2145

DESCARGA

este kit de herramientas.

NATIONAL HARM REDUCTION COALITION

La Coalición Nacional para la Reducción de Daños es una organización nacional de defensoría y aumento de capacidad cuyo trabajo se enfoca en la promoción de la salud y la dignidad de las personas y comunidades afectadas por el consumo de drogas, como las personas embarazadas y encargadas de la crianza, entre otras.

www.harmreduction.org

Academy of Perinatal Harm Reduction

The Academy of Perinatal Harm Reduction [Academia de Reducción de Daños Perinatales] ofrece educación basada en datos científicos, inclusiva y afirmativa para padres, madres y proveedores. Nuestro trabajo es informado por las experiencias vividas y se concentra en la intersección del consumo de sustancias y la salud reproductiva.

www.perinatalharmreduction.org