

Cuando la recuperación de la adicción se encuentra con el embarazo: cómo encontrar un equilibrio para la mamá y el bebé

«¡Este es mi primer hijo y no sé qué hacer!», exclamó Lyndsay, una mujer recién embarazada, cuando respondí a la línea de ayuda gratuita y confidencial de MotherToBaby. Lyndsay explicó que está tomando varios medicamentos y que le preocupan los posibles efectos en su bebé por nacer. Actualmente es muy nueva en la recuperación del trastorno por consumo de cocaína y opioides. Está tomando buprenorfina y naloxona para el trastorno por consumo de opioides, junto con baclofeno y n-acetilcisteína (NAC) para los antojos de cocaína. Su régimen de medicamentos también incluye aripiprazol, escitalopram, bupropión y mirtazapina para la depresión, la estabilización del estado de ánimo y el insomnio.

«Esta combinación me ha funcionado bien», explicó. «Dicho esto, me pregunto si los tratamientos están aumentando mis probabilidades de complicaciones en el embarazo o defectos de nacimiento en mi bebé». Se preguntó si sería mejor dejar la buprenorfina y la naloxona ahora.

Al prepararme para responder a sus inquietudes, me comuniqué con Ellen Kolomeyer, PhD, PMH-C, psicóloga clínica licenciada certificada en salud mental perinatal, que forma parte del equipo de la Línea Nacional de Asistencia a la Salud Mental Materna para ayudarnos a brindar las mejores respuestas sobre el tratamiento de recuperación durante el embarazo. La Línea Nacional de Asistencia a la Salud Mental Materna brinda apoyo las 24 horas del día, los 7 días de la semana (24/7) a las mujeres embarazadas y posparto que experimentan problemas con el estado de ánimo y la ansiedad, así como a sus personas de apoyo y seres queridos a través de su línea telefónica y de texto 1-833-852-MAMA (6262).

¿Qué tan común es que una mujer en recuperación y que también está embarazada esté tratando un trastorno por consumo de opioides con medicamentos?

Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), alrededor del 7% de las mujeres embarazadas usaron opioides durante el embarazo, y una de cada cinco de esas personas informó que usó indebidamente de los opioides durante el embarazo. Sin embargo, solo alrededor de la mitad de las mujeres embarazadas que usan opioides durante el embarazo están en recuperación, por lo que es maravilloso que Lyndsay está comunicándose para aprender cómo cuidarse mejor a sí misma y a su bebé. Espero que su historia demuestre que es posible obtener ayuda y tener un embarazo saludable.

¿Qué tratamientos se pueden utilizar?

Cuando una mujer embarazada está lidiando con la adicción a los opioides, los proveedores de atención de salud a menudo recetan medicamentos como metadona y buprenorfina. Es mejor si el tratamiento comienza antes de que la mujer quede embarazada para ayudar tanto a la madre como al bebé a mantenerse saludables. Pero a veces, las mujeres enfrentan desafíos que dificultan que obtenga tratamiento. Estos pueden ser problemas personales, como tener dificultades para manejar los sentimientos o problemas con las relaciones. También puede haber juicios injustos de otras personas sobre la adicción a las drogas que dificultan que las personas busquen ayuda. Además de administrar medicamentos, también es importante obtener ayuda para la salud mental. Esto significa hablar con un

consejero o terapeuta sobre las cosas que podrían estar causando que alguien consuma drogas en primer lugar.

¿Se recomienda suspender el tratamiento durante el embarazo? ¿Por qué sí o por qué no?

Es importante saber que suspender el consumo de opioides repentinamente durante el embarazo puede ser peligroso tanto para la mujer embarazada como para el bebé. Controlar el consumo de opioides con medicamentos es una mejor manera de mantenerse saludable y bajar el riesgo de volver a consumir drogas. Por lo tanto, es mejor seguir tomando el medicamento en lugar de suspenderlo durante el embarazo. Es crucial hablar con un proveedor de atención de salud antes de tomar cualquier decisión sobre el tratamiento.

¿Debe una mujer embarazada esperar que su proveedor de atención de salud comience o suspenda los medicamentos o cambie a otras alternativas?

Cada embarazo es diferente, por lo que no hay una respuesta única que sea correcta para todos. Dependiendo de la situación, una mujer embarazada puede comenzar, suspender o cambiar los medicamentos. Es común que los proveedores de atención de salud hablen sobre medicamentos, como la metadona <https://mothertobaby.org/es/hojas-informativas/metadona/> o la buprenorfina <https://mothertobaby.org/es/hojas-informativas/buprenorphine/>, y sugieran comenzar a tomarlos si es necesario. A veces, los proveedores pueden pensar en cambiar a un medicamento diferente, pero considerarán cuidadosamente los riesgos y beneficios. Lo mejor es consultar a un proveedor de atención de salud que sepa cómo dar las recomendaciones correctas para las mujeres embarazadas.

¿Qué puede hacer una mujer embarazada para abogar por sí misma en este escenario?

Las mujeres embarazadas que luchan contra el consumo de opioides a menudo enfrentan desafíos para obtener la información y la ayuda adecuadas. A pesar de que puede haber juicio por parte de los demás, las mujeres embarazadas pueden beneficiarse de hablar por sí mismas. Una forma importante de hacerlo es comprender las razones detrás de los problemas que enfrentan y hablar sobre sus objetivos.

La investigación muestra que muchas personas recurren a las drogas debido a traumas pasados, no tener suficiente apoyo o dinero, lidiar con malos sentimientos y tener relaciones difíciles, entre otras razones. Al pensar en su propia situación y luchas, las personas pueden trabajar para abordar los principales problemas a los que se enfrentan.

Quiero que todas las mujeres embarazadas en esta situación sepan que aún pueden tener una buena relación con su bebé y atender sus necesidades. Es una buena idea encontrar un proveedor de atención de salud que sepa mucho sobre el trastorno por consumo de opioides para obtener el apoyo adecuado. Construir un sistema de apoyo sólido podría ser la clave para hacer un gran cambio y mejorarse.

Hay algunas maneras excelentes en que las mujeres embarazadas que se recuperan del trastorno por consumo de opioides pueden desarrollar su sistema de apoyo. Hablar sobre las dificultades personales en grupos de apoyo, con visitantes del hogar, con un consejero o con un terapeuta puede ayudar a desarrollar las herramientas y la confianza que necesita para aprender a abogar por sí misma y por su bebé con los proveedores de atención médica.

¿Cuál es la mejor manera para que la mujer embarazada comparta su preguntas e inquietudes con su obstetra?

Para asegurarse de obtener el mejor apoyo, es útil encontrar un proveedor de atención de salud que conozca el tema del consumo de sustancias. Una excelente manera para que una mujer embarazada hable sobre sus preguntas y preocupaciones con su obstetra es anotarlas antes de una cita y llevar la lista con ella. A medida que avanza el embarazo, trabajar junto con el proveedor para planificar el trabajo de parto, el parto y la atención posparto puede preparar a los futuros padres para lo que está por venir en cada etapa. Sugiero pedirle a su obstetra que sea abierto y comparta información durante todo el proceso para que haya menos sorpresas cuando llegue el momento del parto, la atención después del parto y el cuidado del recién nacido.

Después del parto, ¿típicamente cómo es el período de un recién nacido para los padres y el bebé?

Es común que los bebés experimenten síntomas de abstinencia de los medicamentos utilizados para tratar la adicción a los opioides (también llamado síndrome de abstinencia neonatal), pero esto no debe impedir que un proveedor de atención de salud recete los medicamentos o que las mujeres embarazadas los tomen. Después de que nazca el bebé, los padres deben trabajar con el proveedor de atención de salud de su bebé para vigilar al recién nacido y obtener ayuda cuando sea necesario. Es importante que los padres se involucren en el cuidado de su bebé y dediquen tiempo a intimar con él. Si los padres sienten que no tienen oportunidades para hacer esto, pueden hablar y pedirlos.

Los síntomas de abstinencia en un bebé son tratables, pero algunos bebés necesitan ser monitoreados más de cerca y durante todo el día. También puede ser útil prepararse con anticipación y saber si es posible que su bebé vaya a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) en lugar de quedarse en la sala de recuperación con usted. Si bien pueden suceder cosas inesperadas en cualquier embarazo y parto, puede preguntar a sus proveedores con anticipación si creen que hay una razón por la que su bebé podría ir a la UCIN y qué podría esperar. Por ejemplo, es posible que desee saber cuánto tiempo podría estar su bebé en la UCIN y hacer un plan para abogar para poder ver, tocar y cuidar a su bebé con la mayor frecuencia posible durante la atención médica de su bebé.

¿Puede compartir algunos recursos recomendados?

Existen programas, recursos y directorios de proveedores ampliamente disponibles, gratuitos y confidenciales a los que cualquiera puede acceder, incluidos los siguientes:

- La Línea Nacional de Asistencia a la Salud Mental Materna brinda apoyo 24/7 a las mujeres embarazadas y posparto que experimentan desafíos con el estado de ánimo y la ansiedad, así como a sus personas de apoyo y seres queridos. Llame o envíe un mensaje de texto al 1-833-852-MAMA (6262).
- MotherToBaby proporciona información sobre exposiciones, como medicamentos y enfermedades, durante el embarazo y la lactancia a través de su servicio telefónico gratuito 866-626-6847, mensaje de texto 855-999-3525, correo electrónico y chat en vivo a través de [MotherToBaby.org/es/](https://www.MotherToBaby.org/es/).
- La Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA, por sus siglas en inglés) ofrece un directorio para encontrar proveedores de salud que se especialicen en el tratamiento de trastornos por consumo de opioides. Localice a un profesional [aquí](#). SAMHSA también proporciona una Línea Nacional de Ayuda que puede proporcionar referencias e información sobre tratamiento 24/7. Llame al 1-800-662-4357.
- La Línea de Ayuda de PSI proporciona información básica, apoyo y recursos para las mujeres embarazadas, posparto y con hijos, así como para sus personas de apoyo y seres queridos. Esta línea no funciona 24/7, pero

los mensajes se devuelven diariamente. Llame al 1-800-944-4773 o envíe un mensaje de texto al 971-203-7773.

- El Directorio de Proveedores de PSI enumera a los profesionales médicos y de salud mental que están especialmente certificados para atender a las mujeres embarazadas y posparto. Accede al directorio [aquí](#).
- La Línea 988 de Prevención del Suicidio y Crisis está disponible 24/7, llamando o enviando un mensaje de texto al 988.
- Circle of Security es un programa basado en evidencia que ayuda a los padres a construir relaciones seguras entre padres e hijos, satisfacer eficazmente las necesidades de los bebés y ayudar a los padres a romper los ciclos de su propia infancia que no desean transmitir a sus hijos. Obtenga más información [aquí](#) y encuentre un facilitador de Circle of Security [aquí](#).

Acabábamos de compartir mucha información con Lyndsay. Se sintió aliviada al saber que su tratamiento de recuperación le permitiría mantenerse bien durante el embarazo y le daría la mejor oportunidad de tener un bebé sano. «Siento que tengo una mejor idea de qué preguntas debo hacerle a mi obstetra y pediatra», nos dijo. «Ahora me siento menos sola en esto y parece que también hay lugares donde puedo obtener más información».

Referencias:

Blog de MotherToBaby: «Estimadas futuras mamás adictas a opioides, estamos aquí para ti»

Centers for Disease Control and Prevention. (2022). **About opioid use during pregnancy.**

Centers for Disease Control and Prevention. (2022). **Treatment for opioid use disorder before, during, and after pregnancy.**

Gerds-Andresen, T. (2021). Circle of security-parenting: a systematic review of effectiveness when using the parent training Programme with multi-problem families. **Nordic Journal of Social Research**, *12*(1), 1-26.

Henry, M. C., Sanjuan, P. M., Stone, L. C., Cairo, G. F., Lohr-Valdez, A., & Leeman, L. M. (2021). Alcohol and other substance use disorder recovery during pregnancy among patients with posttraumatic stress disorder symptoms: A qualitative study. **Drug and Alcohol Dependence Reports**, *1*, 100013.

Horton, E., & Murray, C. (2015). A quantitative exploratory evaluation of the circle of security-parenting program with mothers in residential substance-abuse treatment. **Infant mental health journal**, *36*(3), 320-336.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2018). Clinical guidance for treating pregnant and parenting women with opioid use disorder and their infants. **Vol HHS Publication No.(SMA) 18-5054.**

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2024). Evidence-based, whole-person care for pregnant people who have opioid use disorder. SAMHSA Advisory. <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/whole-person-care-pregnant-people-oud-pep23-02-01-002.pdf>

Nota: Esta información no debe reemplazar la atención médica ni el asesoramiento de sus proveedores de atención de salud.

[¿Preguntas? Llame al 866.626.6847 | Texto 855.999.3525 | Correo electrónico o chat en MotherToBaby.org .](#)

Descargo de responsabilidad: las hojas informativas de MotherToBaby están destinadas a fines de información general y no deben reemplazar los consejos de su proveedor de atención médica. MotherToBaby es un servicio de la Organización sin fines de lucro de Especialistas en Información de Teratología (OTIS). Copyright de OTIS, 10 de mayo de 2024.

Cuando la recuperación de la adicción se encuentra con el embarazo: cómo encontrar un equilibrio para la mamá y el bebé

Por Lorrie Harris-Sagaribay, MPH, Especialista en Información de Teratología y Coordinadora, MotherToBaby North Carolina

Temprano en la década de 1970, las mujeres embarazadas y sus médicos no hablaban del alcohol y las drogas en el embarazo. ¿Defectos de nacimiento causados por el alcohol? ¡Qué locura! Pero entonces, llegaron dos especialistas pediátricos de la Universidad de Washington que lo cambiaron todo: los Dres. David W. Smith y Kenneth Lyons Jones notaron que un grupo de bebés que habían sido expuestos a altas cantidades de alcohol durante el embarazo nacieron con un similar patrón de características faciales inusuales y retraso en de desarrollo. Sus observaciones astutas, junto con más investigación y colaboración, los llevó a acuñar el término Síndrome de Alcoholismo Fetal (SAF) en 1973.

El descubrimiento que el alcohol es un teratógeno (una exposición que puede causar defectos de nacimiento) alimentó la investigación en otras exposiciones y planteó aún más preguntas. ¿Qué hay de otras drogas? ¿De los

medicamentos? Para compartir los resultados de la investigación limitada pero continua, el Dr. Jones estableció el primer servicio de información de teratología en 1979, ubicado en un pequeño apartamento en San Diego y manejado por un dedicado equipo de tres. Este servicio fue el comienzo de lo que luego sería MotherToBaby.

Un adelanto rápido hasta junio de 2017, cuando expertos de MotherToBaby y otros servicios de información de teratología por todo el mundo se reunieron en Denver, Colorado para la 30 Reunión Anual de la Organización de Especialistas en Información de Teratología (OTIS). Allí, decenas de expertos presentaron las últimas investigaciones sobre exposiciones durante el embarazo. Los oradores resumieron lo que hemos aprendido, mostraron lo que todavía no sabemos y sugirieron prioridades para futuras investigaciones. Estos son algunos aspectos destacados de la reunión:

Opioides Prescritos

Hubo un tiempo en que los opiáceos fueron vendidos como remedios para la fatiga, los calambres menstruales e incluso para la dentición en los niños (busque “Mrs. Winslow’s Soothing Syrup” como un ejemplo). Ahora, más de un siglo después, estamos en medio de una epidemia de trastornos de uso de analgésicos opioides. Y según un estudio de 2014, a más del 14% de mujeres embarazadas en los Estados Unidos se les prescribe opioides por lo menos una vez durante el embarazo por razones tales como dolor de espalda y migrañas. Las mujeres embarazadas que desarrollan trastornos de uso de opioides (antes o durante el embarazo) se animan a someterse a terapia de mantenimiento como tratamiento con metadona, que es menos riesgoso para el bebé que una retirada repentina y más probable resultar en una recuperación exitosa.

Los recién nacidos con exposición continua a los opioides durante el embarazo pueden tener síntomas de abstinencia al nacer, comúnmente llamado síndrome de abstinencia neonatal (NAS, por sus siglas en inglés). Como el Síndrome del Alcoholismo Fetal, NAS fue descrito por primera vez en la literatura en la década de 1970, por la Dra. Loretta Finnegan. El síndrome ha recibido renovada atención durante la epidemia actual de opioides mientras los proveedores e investigadores consideran las mejores formas de prevenir y manejar el NAS. Los estudios han demostrado que los infantes hospitalizados con NAS tienen mejores resultados- síntomas menos severos, menos necesidad de medicación, y hospitalizaciones más cortas-si amamantan, incluso si las madres todavía están en terapia de mantenimiento de opioide. Pero algunos médicos dudan a alentar la lactancia materna en estos casos debido a preocupación sobre la exposición continua del bebé a la medicación de la madre a través de la leche. Una financiación continuada puede ayudar a abordar estas preocupaciones mediante el desarrollo de normas consistentes de atención para infantes con NAS. Si usted está usando opioides por alguna razón, asegúrese de hablar con su médico tan pronto como descubra estar embarazada. Juntos, ustedes pueden formar un plan para la mejor atención posible para usted y el bebé durante y después del embarazo.

Cocaína

Para estudiar los efectos de la cocaína en el embarazo, unos investigadores han seguido a un grupo de jóvenes, ahora en sus 20 años de edad, desde que nacieron. Aproximadamente la mitad del grupo fue expuesta a la cocaína antes de nacer. Desde temprano, los investigadores observaron que aquellos con exposición a la cocaína tenían dificultades con la atención y recordar lo que vieron, comparado con los niños que no habían sido expuestos a la cocaína. Luego, los niños expuestos tenían más dificultad con habilidades de lenguaje, más problemas de comportamiento en la escuela y en casa, reportaron mayor uso de sustancias y comportamiento arriesgado, y más dificultad con las habilidades diarias como estar organizado, pensar bien las cosas, y controlar su propio comportamiento. Algunos abandonaron la escuela. De interés, tener un positivo ambiente familiar parecía ayudar con algunos, pero no todos, de estos desafíos. Por ejemplo, los niños en hogares adoptivos o de crianza tenían mejor habilidades de lenguaje y razonamiento que los niños que todavía vivían con sus madres que usaban cocaína, pero no hubo diferencias en su comportamiento. A medida que continúa el estudio, los investigadores esperan aprender más sobre cómo la exposición prenatal a cocaína afecta a estos individuos en la edad adulta.

Cigarrillos Electrónicos

Los cigarrillos electrónicos se promocionan y a menudo se perciben como una alternativa «segura» a los cigarrillos. De hecho, los usuarios más comunes son fumadores actuales y anteriores de cigarrillos que utilizan cigarrillos electrónicos para sustituir o reducir el número de cigarrillos que fuman. En un estudio de más de 1.300 mujeres embarazadas, las que usaban cigarrillos electrónicos informaron hacerlo porque los pensaban menos perjudiciales que los cigarrillos, o para ayudar a dejar de fumar. También prefirieron los sabores dulces y pensaban que eran aún menos dañinos que los líquidos con sabor a tabaco.

Los cigarrillos electrónicos no exponen a los usuarios a los subproductos de la combustión de los cigarrillos

tradicionales, pero incluso aquellos con la etiqueta «libre de nicotina» contienen nicotina, y la vaporización crea sus propios subproductos potencialmente dañinos. Puesto que los cigarrillos electrónicos están llenos de líquido y se pueden fumar por más tiempo, es más difícil monitorear la exposición a la nicotina que es con los cigarrillos tradicionales. Además, porque los cigarrillos electrónicos no son regulados por la Administración de Alimentos y Medicamentos, no hay forma de saber exactamente lo que contienen ni a que el embarazo está expuesto cuando se utilizan.

Estudios anteriores han observado que la exposición prenatal a la nicotina afecta el desarrollo cerebral del bebé y aumenta la posibilidad de problemas de conducta y depresión en la adolescencia. Incluso predice el futuro uso de cigarrillos en la adolescencia. Y estudios recientes han demostrado que los adolescentes que usan cigarrillos son más propensos a también utilizar cigarrillos electrónicos como adolescentes y adultos que sus pares que no usan cigarrillos. Aprenderemos más acerca de los posibles efectos a largo plazo del uso prenatal de cigarrillos electrónicos mientras crezca la primera generación de niños que fueron expuestos a ellos en el embarazo.

Marihuana

La marihuana es la droga “ilícita” más común utilizada en el embarazo. Algunos proveedores de atención médica en Colorado, donde la marihuana ya es legal, ahora ven a más mujeres embarazadas que creen que el uso no es perjudicial e incluso que podría ser beneficioso. Por ejemplo, mujeres embarazadas en una encuesta reportaron usar marihuana para ayudar a controlar la depresión o la ansiedad, ayudar con dolor, o aliviar náuseas y vómitos, entre otras razones. Sin datos cruciales sobre exactamente cómo la marihuana puede ser perjudicial para un embarazo, algunos médicos no se atreven discutirlo con las mujeres, incluso si saben que están usándolo en el embarazo.

No hay duda que la marihuana puede ser perjudicial en el embarazo: el THC cruza la placenta y, incluso en el embarazo muy temprano, puede afectar a las células que forman el cerebro del bebé. Pero los estudios acerca de sus efectos generales sobre el desarrollo del cerebro y resultados de embarazo han tenido conclusiones mixtas hasta el momento y enfrentan desafíos como coexposiciones (el uso de otras sustancias junto con marihuana) y, en algunos casos, confiar en los auto-informes para saber a qué cantidad de droga un embarazo está expuesto (esto puede sesgar los datos si los usuarios no revelan exactamente cuánto y con qué frecuencia utilizan.) Mientras los investigadores siguen adelante para dar mejor respuestas, el mejor consejo es todavía evitar marihuana totalmente en el embarazo.

Alcohol

Desde esos primeros años, hemos descubierto que los rasgos faciales y retraso en el desarrollo a menudo visto con FAS no son los únicos posibles efectos de la exposición prenatal al alcohol. En algunos niños, cambios sutiles en el cerebro pueden no notarse hasta que el niño es mayor y comienza a enfrentar problemas de aprendizaje y conducta que lo pueden seguir en la edad adulta. Esta gama de posibles efectos ha sido más recientemente nombrada Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF). Según el Dr. Jones, TEAF afecta alrededor del 2% de los bebés nacidos en los Estados Unidos cada año—más común que el autismo—a pesar de que es 100% prevenible.

Mirar adelante.

Las próximas décadas requieren no sólo investigación continua, pero también mayor conciencia de lo que ya sabemos. A tal fin, cada septiembre reconocemos el Mes de Concientización para TEAF. En MotherToBaby, respondemos con gusto a sus preguntas sobre el alcohol y otras exposiciones en el embarazo—de hecho, vea nuestro breve **video de YouTube aquí**. Juntos, podemos continuar el trabajo hacia los mejores resultados posibles para las generaciones futuras.



Lorrie Harris-Sagaribay, MPH es Coordinadora de MotherToBaby North Carolina y Especialista en Información de Teratología bilingüe. Después de trabajar con parteras como promotora de salud comunitaria con el Cuerpo de Paz en Honduras, ella obtuvo su Maestría en Salud Pública de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill. Ella ha trabajado en el campo de salud materna e infantil por más de 25 años.

Sobre MotherToBaby

MotherToBaby es un servicio de la Organización de Especialistas en Información de Teratología (OTIS), un recurso sugerido por varias agencias incluyendo los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Si usted tiene preguntas sobre las exposiciones durante el embarazo y la lactancia, llame gratuitamente a MotherToBaby al 866-626-6847 o comuníquese por texto a nuestro nuevo número de texto (855) 999-3525. Usted también puede visitar nuestra página web www.MotherToBaby.org/es para ver una colección de hojas informativas relacionadas con docenas de virus, medicamentos, vacunas, alcohol, enfermedades, u otras exposiciones durante el embarazo y la lactancia materna. Conéctese con todos nuestros recursos descargando la nueva app gratuita de MotherToBaby, disponible en las tiendas de Android e iOS.

Referencias:

Bateman BT et al. Patterns of Opioid Utilization in Pregnancy in a Large Cohort of Commercial Insurance Beneficiaries in the United States. *Anesthes* 2014;120(5):1216-1224.

McQueen K and Murphy-Oikonen J. Neonatal Abstinence Syndrome. *N Engl J Med* 2016; 375:2468-2479.

Presented at the (joint) Annual Meetings of OTIS (Organization of Teratogen Information Specialists), DNTS (Developmental Neurotoxicology Society), RSA (Research Society on Alcoholism) and the Teratology Society in Denver, Colorado on June 25-27, 2017:

- **From the FAS to OTIS - A Long Strange Trip.** Buzz Chernoff, California Environmental Protection Agency (Retired).
- **The Opioid Epidemic and Impact of Prenatal Exposure on Child Development.** Lynn Singer, Case Western Reserve University.
- **Project Newborn: What We Have Learned from 20 Years of Research on Prenatal Cocaine Exposure.** Sonia Minnes, Case Western Reserve University.
- **Epigenetic Changes Induced by Prenatal Nicotine and Cocaine Exposure.** Pradeep Bhide, Florida State University.
- **Effects of Prenatal Nicotine Exposure on Adolescent Dopamine Systems.** Frances Leslie, University of California at Irvine School of Medicine.
- **Electronic Cigarette Use in Pregnancy: Patient and Provider Perspectives.** Katrina Mark, University of Maryland School of Medicine.
- **Pathways from Prenatal Tobacco Exposure to Electronic Cigarette Use.** Natacha M. DeGenna, University of Pittsburgh School of Medicine.
- **Perceptions and Use of Electronic Cigarettes during Pregnancy: Implications for Infant Outcomes.** Laura Stroud, Brown Medical School.
- **Pathways from Prenatal Exposures to Tobacco and Cannabis to Adult Electronic Cigarette Use.** Natacha De Genna, University of Pittsburgh Medical School.
- **Counseling Women about Prenatal Marijuana Use: Weeding through the Data.** Torri D. Metz, University of Colorado-Denver.
- **Introduction: Marijuana and Child Development Symposium.** Diana Dow-Edwards, SUNY/Downstate Medical Center.

¿Preguntas? Llame al 866.626.6847 | Texto 855.999.3525 | Correo electrónico o chat en [MotherToBaby.org](https://www.MotherToBaby.org) .

Descargo de responsabilidad: las hojas informativas de MotherToBaby están destinadas a fines de información general y no deben reemplazar los consejos de su proveedor de atención médica. MotherToBaby es un servicio de la Organización sin fines de lucro de Especialistas en Información de Teratología (OTIS). Copyright de OTIS, 10 de mayo de 2024.