

Alcohol y embarazo: Análisis de estrategias para disminuir el consumo de alcohol en mujeres en edad reproductiva en Uruguay

Maikol Da Rosa¹, Natalia Nóbile¹, Carolina Ramos¹, Elisa Saralegui¹, Fiorella Teixeira¹,
Mario Moraes^{2*}

Resumen

En Uruguay 1 de cada 2 fetos están expuestos al alcohol en la gestación, el cual es la primera causa de retardo mental no heredable. El objetivo de este estudio fue analizar la efectividad y aplicabilidad de métodos de identificación de exposición prenatal a bebidas alcohólicas y las intervenciones existentes para disminuir la prevalencia de embarazos expuestos al alcohol, con el fin de generar recomendaciones para su utilización por los profesionales de la salud en Uruguay. Luego del análisis de la bibliografía, la estrategia que se propone para la identificación de exposición fetal al alcohol es la aplicación en el primer control del embarazo del cuestionario estandarizado AUDIT-C, que tiene una sensibilidad del 95% y una especificidad del 85%. Posteriormente, la aplicación de una estrategia de intervención breve, con un enfoque motivacional y colaborativo ha demostrado ser costo-efectiva para disminuir las tasas de embarazos expuestos al alcohol. La metodología utilizada en dichas intervenciones apunta a educar al paciente de forma tal que sea éste quien identifique y comprenda en última instancia los beneficios del cambio de sus hábitos.

Palabras clave

Alcohol, embarazo, espectro alcohólico fetal, síndrome alcohólico fetal.

Title

Alcohol and pregnancy: analysis of strategies to decrease alcohol consumption among reproductive-age women in Uruguay.

Abstract

In Uruguay one out of three fetuses are exposed to alcohol during gestation. Due to the fact that this is the main cause of non-inheritable mental retardation and that it is easily preventable, it is important to detect in early stages of pregnancy all those cases of exposure to this substance. The main purpose of this study was to analyse effectiveness and applicability of different methods to detect prenatal exposure to alcoholic drinks and of existent interventions to decrease the prevalence of alcohol exposed preg-

1. Estudiante de Medicina, Ciclo de Metodología Científica II, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay. La contribución en la realización del trabajo fue equivalente a la de los demás estudiantes.

2. Docente supervisor. Departamento de Neonatología, Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

* Contacto: Mario Moraes. E-mail: mariomoraescastro@gmail.com

nancias, in order to generate some recommendations which could be used by every health professional in Uruguay. After an exhaustive analysis of bibliography, the strategy that is recommended in order to identify fetal alcohol exposure is the standardized questionnaire AUDIT-C, which has a sensibility of 95 % and a specificity of 85 %, and which should be applied during the first pregnancy control. Afterwards, the application of a brief intervention strategy with a motivational and collaborative approach, has demonstrated to be cost-effective to decrease the rates of alcohol exposed pregnancies. The approach used in these interventions aims to educate patients in order to allow themselves to identify and understand the importance of changing their habits.

Key Words

Alcohol, pregnancy, fetal alcohol spectrum disorder, fetal alcohol syndrome.

Introducción

Mundialmente se estima un promedio de consumo per cápita anual de 6,13 litros de bebida alcohólica pura [1]. En Uruguay el consumo anual per cápita es de 6,38 litros. En mujeres en edad reproductiva, un 52.6% consumió alcohol en los últimos 30 días [1], y en mujeres embarazadas un 33.91% de estas refirió consumir alcohol durante el embarazo en 2011 [2].

La exposición prenatal al alcohol puede causar aborto, óbito, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), bajo peso al nacer, anomalías en el neurodesarrollo y malformaciones congénitas. La máxima y más grave expresión del consumo de alcohol durante el embarazo es el síndrome alcohólico fetal (SAF), que se caracteriza por presentar anomalías faciales características, retraso en el crecimiento y trastornos del desarrollo del Sistema Nervioso Central (SNC) [3].

A largo plazo hay mayor incidencia de abandono escolar, desempleo, situación de calle, problemas con el alcohol u otras drogas y delincuencia [4]. No existe evidencia clara de que haya un nivel seguro de exposición prenatal al etanol por debajo del cual no se observen efectos adversos a nivel fetal [5].

En EEUU la prevalencia del SAF se estima en aproximadamente 2 casos por 1000 nacidos vivos (0.5%), mientras que la prevalencia de los trastornos fetales asociados al alcohol en general (FASD) se estima en 10 casos por 1000 nacidos

vivos (1%) [6]. En Uruguay no existen datos sobre incidencia de SAF. En 2010-2011 en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) se detectaron metabolitos que indican exposición al alcohol en el meconio del 49.78 % de los recién nacidos [7].

Marco teórico

El etanol es el principal componente utilizado en la fabricación de las bebidas alcohólicas, cuya concentración debe exceder el 0.5 % del total de su volumen para ser considerada como tal. El contenido en gramos de alcohol de una bebida se calcula multiplicando el porcentaje de ésta por la densidad del alcohol (0,8) [8].

Los efectos del consumo de alcohol dependen de la cantidad absoluta de etanol que la bebida contenga. Por esta razón se utiliza el concepto de “Unidad de Bebida Estándar” (UBE), el cual equivale aproximadamente a 10-14 g de alcohol puro [9, 10].

Los bebedores de alcohol pueden ser clasificados en distintas categorías de riesgo en base a la cantidad de UBE que consuman y la repercusión sobre su vida diaria [8, 11]:

- Riesgo bajo: el límite para definirlo varía según país y sexo, definido como consumo menor de 9 UBE por semana. Este criterio no se aplica en poblaciones susceptibles, como mujeres embarazadas, en lactancia o menores de edad, que pertenecen a categoría de consumo de riesgo [11].

- Consumo de riesgo: consumo de 9 o más UBE en una sola ocasión una vez al mes, lo cual se denomina “binge drinking” o “atracción alcohólico”.
- Consumo nocivo o perjudicial: produce problemas de salud, problemas en las relaciones interpersonales y/o problemas en el trabajo.
- Dependencia alcohólica: siente intenso deseo por el alcohol, continúa consumiéndolo a pesar de los trastornos que genera en su vida cotidiana, requiere cantidades cada vez mayores para lograr el mismo efecto (tolerancia) y presenta alteraciones físicas y psíquicas cuando no consume (“síndrome de abstinencia”).

Efectos del alcohol en el embarazo y en el feto.

El etanol atraviesa fácilmente la placenta y pasa al compartimiento fetal, con una concentración plasmática similar a la de la madre. Se acumula en el líquido amniótico que actúa como reservorio, aumentando el tiempo de exposición [3]. Por la piel del feto existe pasaje transdérmico desde el líquido amniótico [12] (Figura 1).

Tanto el etanol, como su metabolito activo, el acetaldehído, son tóxicos para el feto y actúan induciendo la muerte celular e inhibiendo la proliferación de las células fetales. Tiene un efecto

vasoconstrictor sobre los vasos placentarios y umbilicales disminuyendo así el pasaje de nutrientes y de oxígeno determinando malnutrición e hipoxia fetal [12].

La etapa en la cual se forman y desarrollan los órganos fetales (organogénesis) es cuando éstos son más vulnerables al daño estructural y/o funcional producido por una sustancia química [12].

Síndrome de Alcohol Fetal y Espectro alcohólico fetal.

El término “Espectro Alcohólico Fetal” (FASD) se refiere al diverso rango de efectos adversos fetales que pueden surgir como consecuencia de una exposición intrauterina al alcohol, abarca desde una leve disfunción cognitiva, hasta el Síndrome Alcohólico Fetal (SAF), que se caracteriza por presentar anomalías faciales características, retraso en el crecimiento y trastornos del neurodesarrollo [13].

Los trastornos del FASD son irreversibles, con consecuencias en toda la vida del individuo, con importantes alteraciones secundarias como el fracaso escolar, abuso de sustancias, dificultad en las relaciones con los pares, delincuencia o dificultad en la conservación de un empleo. El diagnóstico precoz de cualquiera de estos trastornos comprendidos dentro del Espectro Alcohólico Fetal puede modificar y mejorar la calidad de vida del individuo [3].

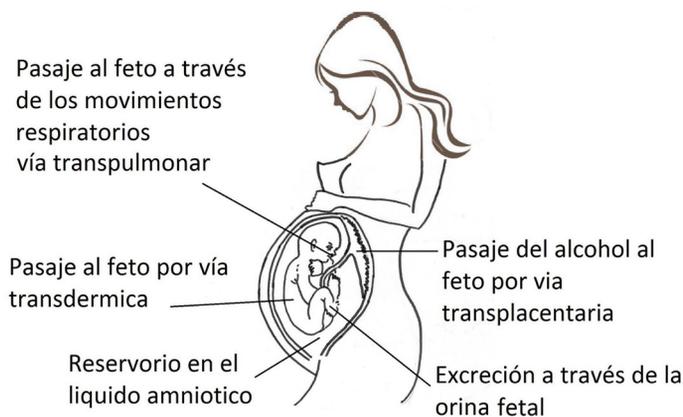


Figura 1. Vías de pasaje del etanol hacia el feto.

Prevención del FASD.

Existen tres niveles de prevención según el momento de la historia natural de la enfermedad en el que se actúa. Estos tres niveles son perfectamente aplicables a la prevención del FASD:

- Prevención primaria: “medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” (OMS, 1998) [14]. En el caso particular

del FASD, evitar el consumo de alcohol en las mujeres que están planificando un embarazo o que están en edad reproductiva y no utilizan métodos anticonceptivos.

- Prevención secundaria: diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. En las embarazadas que consumen alcohol promover la abstinencia. Tanto en esta etapa como en la anterior es fundamental la implementación de tests de screening para identificar exposición.
- Prevención terciaria: “acciones tendientes a la recuperación de la enfermedad clínicamente manifiesta mediante su correcto diagnóstico y tratamiento; y la rehabilitación física, psicológica y social, buscando reducir el riesgo de invalidez, las secuelas” [15]. Diagnóstico precoz de SAF en niños afectados por la exposición prenatal al alcohol e implementación de intervenciones que permitan alcanzar su máximo potencial.

El nivel primario de prevención se puede implementar en diversos aspectos. Promocionar y educar a las mujeres en edad reproductiva, sobre el uso correcto de métodos anticonceptivos para evitar los embarazos no planificados y el consumo de alcohol no intencional durante las primeras etapas del mismo.

En cuanto a la prevención secundaria detectar precozmente a las mujeres embarazadas que aún estén consumiendo alcohol y motivarlas al cese de dicho consumo, disminuyendo así la exposición fetal al mismo.

Dado que no se conoce un nivel de exposición al etanol por debajo del cual no se observen efectos adversos fetales, es importante lograr la abstinencia absoluta durante el período gestacional.

Algunos de los principales factores de riesgo de presentar un embarazo expuesto al alcohol son: ser víctima de abuso o violencia, elevado consumo de alcohol previo al embarazo, screening positivo para consumo de alcohol, ansiedad y depresión, consumo asociado de tabaco u otras sustancias [16].

En el embarazo se reconocen tres niveles de screening [11]:

- Nivel 1: Entrevista motivacional y breve intervención, puede realizarse por cualquier profesional de la salud.
- Nivel 2: Cuestionarios estructurados, dentro de los cuales se encuentran:
 - TLFB (Timeline followback): ayuda a los individuos a recordar su consumo de alcohol, preguntándole directamente sobre los días de la semana en los que bebió y las cantidades respectivas.
 - AUDIT: test de 10 preguntas que obtienen información cualitativa sobre el consumo de alcohol del paciente.
 - AUDIT-C: versión abreviada del AUDIT (solamente las tres primeras preguntas).
 - CAGE (Cutdown, annoyed, guilty, eye-opener): test centrado más que nada en las consecuencias del consumo de alcohol.
 - T-ACE (Tolerance, annoyed, cutdown, eye-opener).
 - TWEAK (Tolerance, worry, eyeopener, amnesia, cutdown).
- Nivel 3: Análisis de laboratorio. Existen metabolitos llamados ésteres etílicos de ácidos grasos (FAEE por sus siglas en inglés de “fattyacidethylesters”) que se forman a partir de la interacción entre el etanol y los ácidos grasos circulantes en sangre, cabello, placenta o meconio.

Si bien estos métodos son confiables, son muy costosos y no están disponibles en todos los centros.

La prevención terciaria radica en el diagnóstico precoz de un niño afectado y la implementación temprana de intervenciones que le permitan lograr el mejor desarrollo de sus capacidades.

Estrategias de prevención

Dada la importancia de la prevención de este trastorno se pueden definir distintos enfoques de la misma:

Enfoque poblacional: campañas publicitarias, información en medios de comunicación, entrega de folletería, etc.

Enfoque materno: intervenciones pre-gestacionales y gestacionales dirigidas directamente a la mujer.

Enfoque hacia el individuo: diagnóstico precoz e intervención oportuna de los individuos con trastornos asociados al consumo materno de alcohol.

Objetivo

Analizar la efectividad y aplicabilidad de los métodos de screening y las intervenciones existentes en prevención primaria y secundaria a nivel internacional, regional y nacional para disminuir la prevalencia de embarazos expuestos al alcohol; y a partir de ello generar recomendaciones en cuanto a su utilización por los profesionales de la salud en nuestro medio.

Metodología

Se realizó una extensa búsqueda bibliográfica en los buscadores PUBMED, Scielo, Timbó y Cochrane utilizando los siguientes términos en sus diversas combinaciones: “FASD”, “pregnan*”, “alcohol”, “prevent*” y “strateg*”. Se ajustaron los parámetros de búsqueda a: artículos de los últimos 10 años, especie humana, sexo femenino y edades comprendidas entre los 13 y 44 años.

Resultados

Se identificaron 83 artículos. Se realizó una primera clasificación basada en la lectura de los resúmenes por los 5 integrantes del equipo de trabajo, seleccionándose 27 artículos. Estos artículos seleccionados se dividieron aleatoriamente entre los cinco integrantes del grupo para su lectura completa. A partir de la bibliografía citada en los textos revisados se pudo extender la lectura a artículos complementarios.

Luego de una puesta en común de la bibliografía leída por cada participante, algunos artículos fueron descartados y otros fueron especialmente seleccionados para su lectura completa por todos los participantes de la investigación. Se determinó mediante una exhaustiva discusión cuáles intervenciones demostraron ser efectivas para el cumplimiento de los objetivos y fueran pasibles de ser aplicadas en nuestro medio.

Discusión

En las embarazadas no existe una dosis segura por debajo de la cual no se desarrollen complicaciones fetales, y así cualquier nivel de consumo es considerado de riesgo [8,11], siendo así de capital importancia su detección temprana y la puesta en marcha de las intervenciones pertinentes.

El abordaje integral tiene dos pilares fundamentales: el screening y las intervenciones para lograr la abstinencia.

El screening lo que se busca es la detección precoz de mujeres con elevado riesgo de embarazo expuesto al alcohol. Los métodos se dividen en dos grupos: métodos subjetivos y métodos objetivos. Los primeros comprenden desde una simple pregunta sobre si consume o no alcohol hasta los cuestionarios estandarizados; mientras que los segundos comprenden la detección paraclínica de metabolitos alcohólicos en sangre, pelo, orina materna o meconio fetal.

Una práctica frecuente en el control prenatal es indagar preguntando directamente el consumo de alcohol, su cantidad y frecuencia. En estos casos existe una alta tasa de resultados erróneos ya que las pacientes muchas veces no declaran las cifras reales. En comparación con cuestionarios estandarizados (AUDIT y TLFB), esto demostró menor efectividad [17].

En cuanto a los cuestionarios estandarizados de screening, uno de los más difundidos es el CAGE (“Cutdown”, “Annoyed”, “Guilty”, “Eyeopener”) el cual es de fácil y rápida implementación (1 minuto). Sin embargo, lo que busca detectar este cuestionario son las consecuencias del consumo más que la cantidad o la frecuencia. Este cuestionario no es aplicable al sexo femenino [18].

Otro de los cuestionarios utilizados es el AUDIT (“Alcohol Use Disorder Identification Test”) encontrándose actualmente más difundida la versión del AUDIT-C (Tabla 1); variedad más corta y rápida de administrar, que se basa en las primeras tres preguntas de AUDIT, como ser: ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? ¿Cuántas consumiciones de bebida alcohólica

Preguntas	Puntajes				
	0	1	2	3	4
¿Con que frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	2 - 4 veces al mes	2 - 3 veces por semana	Más de 4 veces por semana
¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 9	Mas de 10
¿Con que frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
Puntaje total: 12 puntos.					
Puntaje mayor o igual a 3 indica un tamizado (<i>screening</i>) positivo.					

Tabla 1. Cuestionario AUDIT-C (*Alcohol Use Disorder Identification Test Consumption*) [18].

suele realizar en un día de consumo normal? ¿Con que frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día? Este cuestionario posee una sensibilidad del 95% y una especificidad del 85% para detectar consumo de alcohol de riesgo [18].

El cuestionario T-ACE (“Tolerance”, “Annoyed”, “Cutdown”, “Eyeopener”) fue especialmente diseñado para embarazadas y se ha demostrado que posee una elevada efectividad como herramienta de screening. Lleva aproximadamente 1 minuto para administrarlo y puede ser realizado por cualquier personal de salud [11, 18].

TWEAK (“Tolerance”, “Worry”, “Eyeopener”, “Amnesia”, “Kutdown”) es otra de las herramientas disponibles para screening, el cual combina preguntas de diferentes tests (CAGE, T-ACE). Este fue desarrollado para detectar el consumo excesivo en mujeres embarazadas [11, 18].

Si bien todos los cuestionarios nombrados anteriormente han demostrado ser efectivos de

una u otra manera, una revisión sistemática del 2010 [18] encontró que los que mostraron una mayor sensibilidad para identificar consumo prenatal de riesgo en mujeres embarazadas fueron TWEAK, T-ACE y AUDIT-C, con los cuales un promedio de 7-9 de cada 10 bebedoras podrían ser identificadas correctamente. Sin embargo, esta mayor sensibilidad implica un costo de una menor especificidad, dado que por cada mujer identificada correctamente, hasta tres mujeres pueden ser erróneamente calificadas como bebedoras de riesgo. A pesar de ello, esto no constituye un problema, ya que en caso de implementar estrategias de prevención en una paciente no bebedora no se causaría ningún daño sino que por el contrario, se fortalecerían las medidas de prevención primaria [18].

El personal de salud frecuentemente no está capacitado para implementar adecuada y oportunamente estos test de screening, y se ha

Nivel 1	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Usted en algún momento consume alcohol? • ¿Cuándo fue la última vez que tomó alguna bebida alcohólica? • ¿Cuánto alcohol consume y con qué frecuencia?
Nivel 2	<ul style="list-style-type: none"> • Timeline Followback (TLFB). • Cuestionario AUDIT-C (Alcohol Use Disorder Identification Test Consumption).
Nivel 3	<ul style="list-style-type: none"> • Esteres etílicos de ácidos grasos (FAEE) en cabello materno. • Esteres etílicos de ácidos grasos (FAEE) en meconio del recién nacido. • Metabolitos etílicos en sangre, orina, espirometría.

Tabla 2 Niveles sucesivos de tamizado (*screening*) recomendados [11].

demostrado que un mínimo entrenamiento del personal puede alcanzar una mayor detección de consumidoras de riesgo utilizando los recursos que ya se encuentran disponibles en cualquier centro de control prenatal [17, 19, 20]. Ocurre habitualmente que ante un resultado de screening positivo los técnicos carecen de conocimientos sobre las consecuencias, el tratamiento y/o de los servicios de consejería disponibles por lo cual nunca se llega a un adecuado abordaje del problema [11, 19]. Una forma de paliar esta problemática sería la implementación de herramientas a nivel institucional y gubernamental, que respalden a los profesionales de la salud en el tratamiento de la misma.

Los métodos objetivos de detección, si bien poseen una elevada sensibilidad y especificidad, presentan algunas desventajas, como ser: elevados costos económicos, posible pérdida de confianza del paciente en el médico o la detección solamente de consumo reciente (especialmente en sangre, saliva, orina o espirometría) [11].

Los factores de riesgo que permiten identificar un embarazo expuesto al alcohol son: el consumo de alcohol previo al embarazo, el consumo de alcohol de la pareja, la presencia de abuso o violencia doméstica y el antecedente de otro hijo con FASD. Factores como la edad o el nivel socioeconómico no son buenos predictores de consumo [16, 21, 22].

Se recomienda un sistema de screening en 3 niveles sucesivos para un abordaje estructurado de la problemática (Tabla 2) [11]. Un primer paso debe incluir el acercamiento a las pacientes a través de una entrevista y un diálogo en relación al consumo. Luego se debe evaluar directa o indirectamente el riesgo asociado al mismo mediante un diario de consumo (TLFB) y el cuestionario estructurado AUDIT-C. Por último, en el tercer nivel se incluyen los métodos de screening paraclinicos, en donde no solo se evalúa el consumo de alcohol sino también de otras drogas; el cual debe ser reservado para casos particulares: antecedente de hijo con FASD o sospecha elevada de consumo no declarado.

Una vez confirmado el consumo de alcohol, el paso siguiente deberá ser la oportuna intervención para disminuir el riesgo y la exposición fetal al mismo. Varios estudios han estado evaluando diferentes métodos para tal fin, con diversos resultados.

Por un lado, se ha demostrado que un adecuado screening acompañado de una breve intervención y consejería (5 minutos o menos) es costo-efectivo para disminuir las tasas de embarazos expuestos al alcohol, pudiendo ser aplicable en población general, tanto mujeres embarazadas como no embarazadas. Existe evidencia de que pacientes que recibieron este tipo de intervención se abstuvieron de beber alcohol 5 veces más que

un grupo control, sus recién nacidos presentaron un mejor peso y talla, y una mortalidad 3 veces menor. En comparación con esto, otros estudios demostraron que una serie de intervenciones breves y sucesivas presentaron 5 veces más probabilidades de abstinencia que las que recibieron una única sesión [11, 23]. Otros métodos que también han demostrado ser eficaces utilizan medios de comunicación como correos electrónicos y llamados telefónicos para el abordaje de la consejería. Esto, aunque no tan efectivo como la actividad presencial, puede ser considerado en los casos en los que esta no sea posible [23, 24].

En cuanto a la metodología utilizada en las intervenciones antedichas, ha quedado demostrado que un enfoque motivacional y colaborativo, centrado en la persona, es la estrategia que ha mostrado los mejores resultados [25]. Esta estrategia apunta a negociar las metas a alcanzar en conjunto con el paciente, y a educarlo de forma tal que sea éste quien identifique y comprenda en última instancia los beneficios del cambio de sus hábitos [11].

En Estados Unidos se realizó entre 2002 y 2007 un proyecto que estandarizó estos procedimientos, llamado Proyecto CHOICES [6], el cual se llevó a cabo en una población de mujeres en edad reproductiva pero no embarazadas en tres fases: la primera fue un estudio epidemiológico para identificar poblaciones con elevado riesgo de embarazo expuesto al alcohol; en la segunda fase se implementó una intervención especialmente diseñada para disminuir la exposición prenatal al alcohol y se evaluó su eficacia en un estudio prospectivo; la tercer y última fase testeó la misma intervención en un estudio clínico aleatorizado.

La intervención desarrollada por CHOICES consta de 4 sesiones motivacionales y una quinta sesión opcional sobre anticoncepción, las cuales se detallan en la tabla 3.

En cuanto a los resultados, este proyecto demostró que 75.3% de las mujeres intervenidas completaron el seguimiento de 6 meses, de las cuales un 68.5% de estas mujeres tuvieron una reducción del riesgo de embarazo expuesto al

alcohol en los 6 meses post-intervención: 32.9% redujeron el consumo de alcohol y mejoraron el uso de métodos anticonceptivos; 12.6% solamente redujeron el consumo de alcohol; 23.1% solamente mejoraron el uso de métodos anticonceptivos; 31.5% permanecieron en riesgo de embarazo expuesto al alcohol.

En la tercera fase del proyecto, se comparó un grupo que recibió la intervención diseñada con otro grupo que solamente recibió información y folletería. Aquí se demostró que el primer grupo redujo casi dos veces más el riesgo de embarazo expuesto al alcohol que el segundo grupo (OR 1,90; IC 95% 1,36-2,66), por lo cual esta intervención es plausible de ser aplicada como estrategia de abordaje del consumo de alcohol.

La intervención desarrollada por el Proyecto CHOICES está claramente detallada y puede ser fácilmente reproducible. Esto, sumado al hecho de que presenta una efectividad demostrada la hacen una estrategia recomendable para disminuir el consumo de alcohol en las mujeres en edad reproductiva. (Acceso al proyecto CHOICE: <http://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/freematerials.html>).

Queda aún por comprobar si esta misma intervención puede ser tan efectiva en mujeres embarazadas, si se desarrolla en actividad grupal, o incluso para otras adicciones como el tabaquismo.

Conclusiones

- Lo que se recomienda para abordar la problemática del consumo de alcohol en mujeres en edad reproductiva es:
- Capacitación del personal de salud en cuanto a la problemática en general y en cuanto a la aplicación del test de screening que ha demostrado ser efectivo (AUDIT-C).
- Aplicación sistemática de dicho test en las consultas médicas de todas las mujeres en edad reproductiva.
- Implementación de intervenciones basadas en entrevista motivacional (del tipo de las aplicadas en el Proyecto CHOICES) en aquellas pacientes con screening positivo.

<p>1. Sesión 1.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introducción sobre intervención motivacional. • Obtener información sobre las creencias de la mujer y comportamientos. • Proveer información sobre consumo de alcohol y métodos anticonceptivos. • Proveer un diario para anotar los episodios de bebida, relaciones sexuales y anticoncepción. • Agendar la sesión de consejería sobre anticoncepción. • Realizar un ejercicio que evalúe los pro y contras de modificar el consumo de alcohol y la anticoncepción.
<p>2. Sesión 2.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brindar a la mujer <i>feedback</i> personalizado a partir de la información recolectada en la sesión 1. • Discutir los objetivos a partir del uso de diario. • Discutir sobre la visita de anticoncepción. • Ejercicio sobre la importancia y preparación para modificar cada uno de los comportamientos. • Establecer una meta inicial y ajustar el plan con la paciente. • Discutir sobre perfiles de tentación y confianza.
<p>3. Sesión 3.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indagar sobre la sesión de anticoncepción y enfatizar si esta aún no ha ocurrido. • Indagar sobre posibles barreras si la visita de anticoncepción no ha ocurrido. • Discutir sobre la información recolectada en el diario. • Revisar cualquier cambio en el balance decisional de la mujer y su preparación para el cambio. Revisar con la paciente cualquier cambio en las metas o en el plan de trabajo.
<p>4. Sesión 4.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisar las sesiones previas. • Revisar las metas y el plan de trabajo a continuar.
<p>5. Consejería anticonceptiva (opcional).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollada por ginecólogos-obstetras o por especialistas en planificación familiar. • Discusión de opciones anticonceptivas. • Examen físico. • Test de embarazo si es solicitado. • Entrega de anticonceptivos si son solicitados.

Tabla 3. Detalle de las actividades realizadas en cada una de las sesiones de la intervención CHOICES.

La recomendación de estas estrategias se basa en el hecho de que son sencillas y rápidas de administrar, que no requieren personal especializado y no constituyen un elevado costo económico. Con el fin de que esto sea aplicado sistemáticamente en todo el Uruguay, se recomienda que se creen políticas de salud a nivel gubernamental que puedan servir como guía y apoyo a todos los profesionales de la salud.

Referencias

1. Uruguay. Poder Ejecutivo. Presidencia de la República. Regulación del consumo distribución y expendio de bebidas alcohólicas en todo el país [Internet]. Montevideo; 2013 jul [consultado 2016 jul 22]. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/alcohol_proy.pdf
2. Moraes M, Gonzalez G, Sosa C, Umpierrez E. Consumo de alcohol, cocaína y caféina en el embarazo: efectos sobre el embarazo y el niño. Montevideo: Mastergraf; 2014.
3. Paintner A, Williams AD, Burd L. Fetal alcohol spectrum disorders--implications for child neurology, part 2: diagnosis and management. *J Child Neurol*. 2012 Mar;27(3):355–62. <http://dx.doi.org/10.1177/0883073811428377>
4. Jonsson E, Salmon A, Warren KR. The international charter on prevention of fetal alcohol spectrum disorder. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2014 [consultado 2016 jun 8];2(3):135–7. Disponible en: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X\(13\)70173-6.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(13)70173-6.pdf) [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(13\)70173-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(13)70173-6)
5. Holmgren S. Low dose alcohol exposure during pregnancy - does it harm? A systematic literature review. [Internet]. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health; 2009 [consultado 2016 jun 8]. Disponible en: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12314/R2009-14-low-dose-alcohol-exposure-pregnancy.pdf>
6. Velasquez MM, von Sternberg K, Parrish DE. CHOICES: an integrated behavioral intervention to prevent alcohol-exposed pregnancies among high-risk women in community settings. *Soc Work Public Health*. 2013;28(3-4):224–33. <http://dx.doi.org/10.1080/19371918.2013.759011>
7. Moraes Castro M, González Rabelino G, Sosa Fuertes C, Umpiérrez Vázquez E, Ghione da Rosa A, Berta López S, et al. Identificación del consumo de alcohol y derivados de cocaína en el embarazo mediante el análisis de meconio. *An Facultad Med (Univ Repúb Urug)* [Internet]. 2014 [consultado 2016 jun 8];1(2):43–50. Disponible en: <http://www.anfamed.edu.uy/index.php/rev/article/view/64/39>
8. Anderson P, Gual A, Colon J. Alcohol y atención primaria de la salud [Internet]. Washington DC: OPS; 2008 [consultado 2016 jun 8]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf
9. Junta Nacional de Drogas (Uruguay). Drogas: más información menos riesgos [Internet]. Montevideo: JND; 2007 [consultado 2016 jul 22]. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/html/material-educativo/documentos/tu_guia_6_edicion_2008.pdf
10. España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Informe sobre consumo de alcohol [Internet]. Madrid: Gobierno de Madrid; 2007 [consultado 2016 jun 8]. Disponible en: <http://www.pnsd.mssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/InformeAlcohol.pdf>
11. Carson G, Cox LV, Crane J, Croteau P, Graves L, Kluka S, et al. Alcohol use and pregnancy consensus clinical guidelines. *J Obstet Gynaecol Canada JOGC*. 2010 Aug;32(8 Suppl 3):S1–31. [http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)34633-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163(16)34633-3)

12. Pascale A. Consumo de drogas durante el embarazo. Efectos sobre el binomio materno-fetal, recién nacido y primera infancia. Modalidades terapéuticas y estrategias de prevención [Internet]. s.l.: s.n; [2010] [consultado 2016 jun 8]. Disponible en: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/07/Consumo-de-drogas-durante-el-embarazo-Revision-MSP.pdf>
13. Senturias YSN. Fetal alcohol spectrum disorders: An overview for pediatric and adolescent care providers. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2014;44(4):74–81. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cppeds.2013.12.012>
14. Alonso-Castillo MM, Alvarez-Bermúdez J, López-García KS, Rodríguez-Aguilar L, Alonso-Castillo MTDJ, Angélica-Armendariz N. Factores de riesgo personales, psicosociales y consumo de alcohol en mujeres adultas. *Investig Enf Imag Des*. 2009 en-jun;11(1):97–114.
15. García G, Rodríguez M, Benia W. Niveles y estrategias de prevención. En: Benia W, editor. *Temas de salud pública. Tomo I*. Montevideo: Oficina del Libro-FEFMUR; 2008. p. 19–26.
16. Skagerström J, Chang G, Nilsen P. Predictors of drinking during pregnancy: a systematic review. *J Womens Health (Larchmt)*. 2011 Jun;20(6):901–13. <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2010.2216>
17. Burns E, Gray R, Smith LA. Brief screening questionnaires to identify problem drinking during pregnancy: a systematic review. *Addiction*. 2010 Apr;105(4):601–14. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02842.x>
18. Göransson M, Magnusson A, Heilig M. Identifying hazardous alcohol consumption during pregnancy: implementing a research-based model in real life. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(6):657–62. <http://dx.doi.org/10.1080/00016340600589677>
19. Chang JC, Dado D, Frankel RM, Rodríguez KL, Zickmund S, Ling BS, et al. When pregnant patients disclose substance use: missed opportunities for behavioral change counseling. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2008;72(3):394–401. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2008.06.001>
20. Seib CA, Daghlish M, Heath R, Booker C, Reid C, Fraser J. Screening for alcohol and drug use in pregnancy. *Midwifery*. 2012(6);28:760–4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2011.08.003>
21. Smith L, Savory J, Couves J, Burns E. Alcohol consumption during pregnancy: cross-sectional survey. *Midwifery*. 2014 Dec;30(12):1173–8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2014.04.002>
22. Bakhireva LN, Wilsnack SC, Kristjanson A, Yevtushok L, Onishenko S, Wertelecki W, et al. Paternal drinking , intimate relationship quality , and alcohol consumption in pregnant Ukrainian women. *J Stud Alcohol Drugs*. 2011 Jul;72(4):536–44. <http://dx.doi.org/10.15288/jsad.2011.72.536>
23. Ostermann RL, Carle AC, Ammerman RT, Gates D. Single-session motivational intervention to decrease alcohol use during pregnancy. *J Subst Abus Treat*. 2014 Jul;47(1):10–9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2014.01.009>
24. Williams L, Zapata LB, D'Angelo DV, Harrison L, Morrow B. Associations between preconception counseling and maternal behaviors before and during pregnancy. *Matern Child Health J*. 2012 Dec;16(9):1854–61. <http://dx.doi.org/10.1007/s10995-011-0932-4>
25. Shannon GD, Alberg C, Nacul L, Pashayan N. Preconception healthcare and congenital disorders: systematic review of the effectiveness of preconception care programs in the prevention of congenital disorders. *Matern Child Health J*. 2014 Aug;18:1354–79. <http://dx.doi.org/10.1007/s10995-013-1370-2>