



Universidad de la República
Facultad de Medicina
Centro hospitalario Pereira Rossell
Departamento de Neonatología
Clínica Ginecológica C
Metodología Científica II – Año 2014



Estudio observacional analítico de corte transversal para la evaluación del consumo de alcohol durante el embarazo en puérperas del Centro Hospitalario Pereira Rossell, en el período Junio – Agosto 2014.

Orientadores

Profesor Agregado Mario Moraes,
Departamento de Neonatología
Profesor Agregado Claudio Sosa,
Cátedra de Ginecología C.

Estudiantes

Br. Mariana Capote
Br. Magdalena Carricart
Br. Paula Couchet
Br. Florencia Garín

Índice

Resumen.....	3
Fundamentación de la respuesta.....	4
Marco teórico.....	5
Objetivo general.....	12
Objetivos específicos.....	12
Metodología.....	12
Resultados.....	15
Discusión.....	21
Conclusiones.....	25
Agradecimientos.....	25
Referencias bibliográficas.....	26
Anexos.....	28

Resumen

El consumo de alcohol en el embarazo es un problema prioritario de salud por su magnitud epidemiológica debido a los efectos que produce tanto en la mujer como en el recién nacido. Consumir alcohol durante el embarazo se considera la primera causa de defectos congénitos no heredables, totalmente prevenible y es considerado un importante factor de alteración del neurodesarrollo infantil. Ha sido demostrado repetidamente que el abuso severo de alcohol durante el embarazo puede afectar seriamente el desarrollo embrional. El rango de severidad va desde el Síndrome Alcohólico Fetal (SAF), hasta otros diversos efectos menores.

Los objetivos de este trabajo son determinar la prevalencia de consumo de alcohol en el embarazo en Uruguay por intermedio de la auto declaración; conociendo las limitaciones de este método de abordaje. El propósito de actualizar la información y conocer la situación epidemiológica actual; así como también la percepción de riesgo y la información recibida sobre los efectos adversos de esta sustancia.

Para cumplir los objetivos se llevó a cabo una investigación en Salud Pública de carácter epidemiológico. Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal, en puérperas internadas en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR).

Del total de las 273 encuestadas, el 23,1% admitió haber consumido alcohol durante el embarazo, en su mayoría una sola vez en el mismo (51,6%), predominando durante el primer trimestre. En lo que refiere a la información, sólo 25 mujeres la recibieron del ginecólogo tratante. La percepción de riesgo obtenida fue elevada, siendo de 93,4%.

Fundamentación de la propuesta

¿Cuál es la prevalencia actual de consumo de alcohol durante el embarazo en el Uruguay?

Los efectos perjudiciales del alcohol en los recién nacidos han sido estudiados por años, aunque solo en las últimas décadas, la relación entre el alcohol y sus efectos en el nacimiento ha sido demostrada de forma concluyente.

El consumo de alcohol constituye un problema de salud pública debido a los efectos que produce a nivel bio-psico-social.

El alcohol es la droga más consumida por los uruguayos. Nueve de cada diez personas entre 15 y 65 años lo ha probado alguna vez en la vida y tres de cada cuatro ha consumido alcohol en los últimos 12 meses.

En todos los rangos de edad, los hombres presentan mayor consumo que las mujeres¹. Un hecho significativo y alarmante es que antes de los 20 años el consumo es igual en la mujer que en el hombre con las consecuencias que tiene este hecho sobre el producto de sus embarazos. El consumo de alcohol en el embarazo es un problema prioritario de salud por su magnitud epidemiológica debido a los efectos que produce tanto en la mujer como en el recién nacido. Consumir alcohol durante el embarazo se considera la primera causa de defectos congénitos no heredables, totalmente prevenible y es considerado un importante factor de alteración del neurodesarrollo infantil²⁻³

Estudios previos realizados en Uruguay han constatado una prevalencia del 37% de mujeres que consumieron alcohol durante el embarazo y un 27% recibió información sobre los riesgos de dicho consumo. Esto refleja la falta de concientización por parte de las madres, del equipo de salud y de la comunidad en su conjunto².

Para identificar a las mujeres que consumen alcohol durante el embarazo puede utilizarse el auto reporte materno con entrevistas estructuradas o el análisis químico de material biológico. La declaración de consumo se ve sesgada debido a la negación de la ingesta o relatar una menor cantidad y

frecuencia debido a la estigmatización social que le puede determinar en el equipo de salud o en su núcleo familiar².

Considerando que desconocemos si hay reportes en el último año acerca de la prevalencia de consumo en Uruguay durante la gestación, es de suma importancia realizar nuevos estudios con el fin de conocer la situación epidemiológica actual.

Marco teórico

Varias drogas y químicos son conocidos como teratógenos para el feto cuando son administrados durante el embarazo, especialmente durante la etapa de la organogénesis. Los daños son evidenciados inmediatamente luego del nacimiento, en la infancia e incluso en la vida adulta, especialmente los daños que involucran al sistema nervioso central (SNC). Los daños provocados al SNC podrían ocurrir en el segundo y tercer trimestre del embarazo, cuando la mayoría de los órganos ha pasado la etapa de formación pero no así el SNC. Es por esto que los agentes como el etanol podrían afectar el desarrollo del SNC a lo largo de todo el embarazo⁴.

En Uruguay la incidencia de consumo de alcohol en el embarazo por auto declaración en el año 2005 en el Hospital Pereira Rossell fue de 37%⁵. La auto declaración tiene el inconveniente de no contar con la declaración verdadera de consumo, ya sea por el estigma social o médico que el mismo ocasiona al producirse durante el embarazo. Además, si las madres niegan beber en exceso o se olvidan de informar algunos episodios de consumo, se puede subestimar la exposición prenatal al alcohol.

Sin embargo existe comprobación paraclínica del consumo de alcohol. A nivel nacional en el año 2005 en recién nacidos del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) se determinó la incidencia del consumo de alcohol por determinación de esteres etílicos de ácidos grasos (FAEEs) reportándose una incidencia de 39,9%⁵, por lo tanto existe evidencia de la diferencia entre la auto declaración y el consumo real.

Ha sido demostrado repetidamente que el abuso severo de alcohol durante el embarazo puede afectar seriamente el desarrollo del producto de la gestación en todas las etapas de su vida. Hay evidencias claras del carácter teratógeno de esta sustancia y sus efectos deletéreos en cualquiera de las etapas de gestación. El rango de severidad va desde el Síndrome Alcohólico Fetal (SAF), hasta efectos menores como bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), una reducción leve del coeficiente intelectual (IQ) y un riesgo aumentado de anomalías congénitas⁴⁻⁶. El retardo del crecimiento intrauterino así como la talla de neonatos y déficits en el peso está fuertemente demostrado en los recién nacidos de madres con abuso de alcohol⁴.

Es para destacar que el retardo en el crecimiento es dosis dependiente, mientras que las malformaciones son etapa-dependiente⁷. Cuando una mujer embarazada bebe, el alcohol pasa rápidamente a través de la placenta hasta el feto. En el cuerpo inmaduro de un feto, el alcohol se descompone de una forma mucho más lenta que en el cuerpo de un adulto. Como resultado, el nivel de alcohol en la sangre del bebé puede ser incluso superior y puede permanecer elevado durante más tiempo que el nivel en la sangre de la madre.

La cantidad de alcohol ingerida, la cantidad de tiempo que se consumió y la fase del desarrollo fetal en la cual el feto estuvo expuesto determinan los efectos del alcohol en el desarrollo fetal. El consumo de alcohol, incluso en cantidades moderadas está también asociado a un incremento del riesgo de abortos espontáneos, especialmente en el primer trimestre del embarazo⁴.

La evidencia de los efectos del consumo del alcohol durante el embarazo data del siglo pasado. En 1900 Sullivan reportó un incremento del número de abortos y un aumento de la frecuencia de epilepsia en los recién nacidos de madres con abuso de alcohol. Los efectos teratógenos del alcohol fueron reportados por primera vez por Lemoine en 1968, describiendo un patrón común de defectos en el nacimiento en 127 niños con madres alcohólicas en Francia. Esto incluía déficits en el crecimiento, retraso psicomotor, bajo IQ, y electroencefalograma (EEG) anormal. Aunque los efectos del alcohol durante el

embarazo habían sido reportados durante años fue difícil documentar o diagnosticar estos efectos hasta que las guías para el síndrome alcohólico fetal fueron establecidas⁴.

El síndrome alcohólico fetal (SAF) se considera la primera causa prevenible de defectos congénitos y deficiencia mental⁵⁻⁸. El término FASD engloba, por un lado, a los casos completos y parciales de SAF y, por otro, a lo que primeramente se denominó efectos del alcoholismo fetal y que hoy se desglosa en trastornos congénitos relacionados con el alcohol (ARBD), y trastornos del neurodesarrollo relacionados con el alcohol (ARND). En el cuadro 1 se detallan los criterios diagnósticos para las diferentes categorías⁸.

Una aproximación general a la incidencia de SAF es de 1 a 2 cada 1000 recién nacidos vivos.

Se estima que el 4-15% de los hijos de mujeres que consumen alcohol en grandes cantidades durante la gestación estarán afectados por el SAF completo. La prevalencia mundial del SAF se ha estimado en alrededor de 0,5-2 cada 1.000 nacidos vivos³⁻⁸, y la de los FASD en 9-10 por cada 1.000 nacidos vivos (es decir, alrededor del 1%). El 50-80% de los niños afectados por los FASD presentan solamente disfunciones debidas a alteraciones del desarrollo cerebral agrupadas bajo la categoría de ARND⁸.

En cuanto a las alteraciones del neurodesarrollo, pueden producirse defectos del tubo neural y de la morfogénesis neocortical o cerebelosa, en forma de alteraciones de la proliferación y migración neuronal y glial de gravedad variable. La microcefalia es la malformación más frecuente. Respecto a los estudios volumétricos por resonancia magnética, los individuos con FASD tienen, de forma estadísticamente significativa, un cerebro más pequeño que aquellos sujetos no expuestos al alcohol a expensas de un menor volumen en casi todas las áreas estudiadas. En la mayoría de los casos, el grupo ARND que no cumple criterios de SAF posee un volumen intermedio entre el grupo control y el grupo SAF. Otras malformaciones menos frecuentes son: holoprosencefalia, esquisencefalia, displasia septoóptica, agenesia o hipoplasia

del cuerpo calloso, lisencefalia, polimicrogiria, heterotopías e hipoplasia del vermis cerebeloso, entre muchas otras⁸.

Presentan una inadecuada organización neuronal debida una sinaptogénesis anormal. La epilepsia y las anomalías epileptiformes son más frecuentes (un 6% frente a un 1%) en niños con FASD que en la población general⁸.

El IQ puede estar disminuido desde formas leves hasta un retraso mental profundo⁸.

Las funciones ejecutivas son las que más frecuentemente se encuentran afectadas en los FASD e influyen negativa e intensamente en el resto de las habilidades cognitivas. Con frecuencia, los pacientes con FASD asocian un trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) persistente en cualquiera de sus subtipos. Los pacientes con FASD suelen tener un rendimiento bajo en tareas que valoran memoria de trabajo, inhibición del comportamiento y autocontrol, fluidez verbal y no verbal, vigilancia, organización, planificación, formación de conceptos, programación de respuesta, corrección de errores y atención sostenida⁸.

Pueden observarse trastornos de conducta (negativista-desafiante o disocial), trastornos por abuso o dependencia de sustancias (incluido el propio alcohol), trastornos de la conducta sexual, intento de suicidio, trastornos psicóticos y, en la edad adulta, trastornos de la personalidad. También pueden presentar problemas en la regulación del ritmo circadiano (alimentación, sueño, etc.), lo que contribuye a la aparición o empeoramiento de los problemas descritos⁸.

El SAF es una condición irreversible. Algunas de las deformidades pueden ser pasibles de corrección quirúrgica. Sin embargo, nada se puede hacer acerca de los defectos mentales que ocasiona, la única medida efectiva es la implementación temprana de medidas de rehabilitación. Esto hace que sea de suma importancia la identificación temprana del síndrome, antes o después del nacimiento⁹.

Cuadro 1 – Criterios diagnósticos del Instituto de Medicina (IOM) para los FASD.

1. SAF con exposición materna al alcohol confirmada (requiere todos los criterios A-D)
 - A. Exposición materna al alcohol confirmada
 - B. Presencia de dos o más anomalías faciales menores de las siguientes:
 - a. Fisuras palpebrales cortas (percentil 10 o menos)
 - b. Labio superior fino (puntuación 4 o 5 según la guía labio/filtro)
 - c. Filtro liso (puntuación 4 o 5 según la guía labio/filtro)
 - C. Evidencia de retraso del crecimiento prenatal o posnatal
 - a. Talla o peso en percentil 10 o menos.
 - D. Uno o ambos criterios de evidencia de crecimiento cerebral deficitario o morfogénesis anormal:
 - a. Anomalías estructurales cerebrales
 - b. Perímetro craneal en el percentil 10 o menos.

2. SAF sin exposición materna al alcohol confirmada:

1. B; 1.C; y 1.D según criterios previos.

3. SAF parcial con exposición al alcohol confirmada (requiere todos los criterios A-C)

- A. Exposición materna al alcohol confirmada.
 - B. Presencia de dos o más anomalías faciales menores de las recogidas en 1.B.
 - C. Presencia de al menos una de las siguientes:
 - a. Evidencia de retraso del crecimiento prenatal o posnatal (idem 1.C)
 - b. Uno o ambos criterios de evidencia de crecimiento cerebral deficitario o morfogénesis anormal (idem 1.D)
 - c. Evidencia de un patrón complejo de anomalías cognitivas y conductuales no concordantes con el nivel de desarrollo, que no pueden explicarse por sí solas por una predisposición genética o ambiental.
- i. Este patrón incluye una marcada afectación en la ejecución de tareas complejas (solución de problemas, planificación, juicio, abstracción, metacognición y aritmética); déficit en el lenguaje receptivo y expansivo; y alteración es del comportamiento (dificultades con los modales, labilidad emocional, disfunción motora, problemas académicos y pobre interacción social).

4. SAF parcial sin exposición materna al alcohol confirmada:

3. B y 3.C según criterios previos.

5. Trastorno cognitivos relacionado con el alcohol - ARBD (requiere todos los criterios A-C)

- A. Exposición materna al alcohol confirmada.
- B. Presencia de dos o más anomalías faciales menores de las recogidas en 1.B
- C. Defectos congénitos estructurales en una o más de las siguientes categorías, incluyendo malformaciones y displasias (si el paciente presenta solo anomalías menores son necesarias dos de ellas): Cardiacas: defectos septales interauriculares, defectos septales interventriculares, grandes vasos aberrantes, anomalías cardiacas contotruncales. Oseas: sinostosis radicular, defectos de la segmentación vertebral, contractura de las grandes articulaciones, escoliosis. Urinarias: aplasia/hipoplasia/displasia renal, riñón en herradura/duplicación uretral. Oftalmológicas: estrabismo, ptosis, anomalías vasculares retinianas, hipoplasia del nervio óptico. Auditivas: pérdidas auditivas neurosensorial o de conducción. Anomalías menores: unas hipoplasias, clinodactilia en el quinto dedo corto, *pectuscarinatus/excavatum*, campctodactilia, anomalía de los pliegues palmares, errores de refracción, rotación auricular posterior.

6. Trastorno del desarrollo relacionado con el alcohol - ARND (requiere A y B)

- A. Exposición materna al alcohol confirmada.
- B. Al menos una de las siguientes:
 - a. Uno a años criterios de evidencia de crecimiento cerebral deficitarios o morfogénesis anormal (idem 1.D)
 - b. Evidencia de un patrón complejo de anormalidades cognitivas conductuales recogidas en 3.C.c.i

Además de las manifestaciones severas incluidas en el SAF, existen otras alteraciones que quedan agrupadas bajo el nombre “efectos del alcohol” durante el embarazo⁶⁻⁸.

Desde el punto de vista cardíaco, un tercio de los niños con embriopatía alcohólica tendrán problemas a nivel de dicho sistema⁴.

A nivel renal el consumo de alcohol durante el segundo mes de embarazo está asociado con agenesia renal bilateral o hipoplasia en 75 niños evaluados entre 1997 y 2003⁴.

En cuanto a los cambios en el desarrollo y comportamiento; el alcohol es considerado uno de los factores de riesgo para el déficit atencional. Fue encontrada una correlación positiva entre el alcohol y dicho déficit. La severidad de los desórdenes se correlaciona con la cantidad de alcohol ingerido durante el embarazo⁴.

El alcohol durante el embarazo puede afectar la capacidad intelectual, que junto con la habilidad atencional y el comportamiento son considerados como funciones altas de la corteza cerebral. Retrasos en las funciones motoras, en especial las habilidades de motricidad fina, fueron encontrados en niños con exposición al alcohol durante la gestación⁴.

El consumo de alcohol durante el periodo gestacional, es por tanto, responsable de una enorme carga de daño para la salud física y social del individuo, de su familia y de la sociedad en general, que es enteramente prevenible. El conocimiento actual no permite establecer la existencia de un umbral seguro para el consumo de alcohol en mujeres embarazadas por lo que debe recomendarse no consumir alcohol tanto durante el período preconcepcional como durante la gestación y la lactancia¹⁰.

A pesar de que un gran número de mujeres que beben dejen durante el embarazo, en general hay un retraso entre el momento en que conciben y el tiempo que reconocen su embarazo y dejan de beber. Esto deja una ventana de vulnerabilidad que puede poner en riesgo a un número importante de niños, que nacen en circunstancias muy desfavorables para su crecimiento y

desarrollo. Muchas anomalías relacionadas al alcohol son sutiles, propensas a pasar desapercibidas. Por otra parte, pueden demorar seis años los problemas de aprendizaje subyacentes en emerger, y para entonces el consumo de alcohol durante el embarazo está olvidado¹¹.

El conocimiento acerca de los efectos adversos que conlleva el consumir alcohol durante el embarazo, a nivel del público general, los médicos y personal de salud no ha sido evaluado en la mayor parte del mundo. La mayoría de los estudios sobre este tema, provienen de EEUU y Europa, y muchos de los resultados pueden ser extrapolados al resto de la población mundial⁷.

Objetivo General:

Determinar la prevalencia de consumo de alcohol en el embarazo en Uruguay, con el propósito de actualizar la información y conocer la situación epidemiológica actual.

Objetivos Específicos:

1. Conocer la incidencia de consumo de alcohol durante la gestación por auto-declaración en el 2014.
2. Conocer la percepción de riesgo de las embarazadas sobre el consumo de alcohol en la gestación.
3. Conocer la calidad y la fuente de información a la cual acceden sobre el problema

Metodología

Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) en el período comprendido entre 2 de mayo- 12 de setiembre 2014. El mismo fue seleccionado por considerarse un centro de referencia nacional de maternidad, donde se producen un sexto de los nacimientos del país, aproximadamente 8.000 partos al año.

La técnica utilizada fue una encuesta protocolizada precodificada. La misma constó de preguntas cerradas, con opciones categóricas, y preguntas abiertas.

En las primeras se tuvo en cuenta que se incluyeran todas las respuestas posibles (inclusive “no sabe”, “no contesta”) y sean mutuamente excluyentes. En la realización de las preguntas se utilizó un lenguaje apropiado a la población a encuestar, evitando la jerga técnica y el lenguaje coloquial. Se formularon de manera precisa, disminuyendo el margen de interpretación del encuestado, teniendo especial cuidado en no generar ambigüedad en la redacción. Asimismo, se redactaron de manera de no inducir una respuesta o que impliquen un juicio de valor.

Dentro de la encuesta, los cuatro temas abarcados fueron: consumo de alcohol, psicofármacos, marihuana y cocaína/ pasta base (ver encuesta en anexo 1). A la hora de elaborar la encuesta de consumo de cada sustancia, se ordenó de forma tal que la droga de mayor aceptación social, quedara en primer lugar y la de menor aceptación al final, para lograr una mayor fluidez de la encuesta y empatía encuestador-paciente. De esta forma quedó determinado el siguiente orden: consumo de psicofármacos, alcohol, marihuana y cocaína/pasta base.

Se estudiaron las variables sociodemográficas de interés, siendo las mismas de carácter cualitativas y cuantitativas. En este grupo se incluyeron la edad, que se obtuvo mediante la fecha de nacimiento y la edad en años cumplidos al momento del parto, estado civil, nivel educativo, tomado como el último año aprobado y la cantidad de años cursados en total, y situación laboral, considerando el trabajo fuera de la casa.

También variables relacionadas a la historia obstétrica tomando en cuenta número de embarazo, edad gestacional en semanas al momento de detección del embarazo, planificación y número de controles.

La sección de consumo de alcohol incluyó variables cualitativas y cuantitativas: declaración de consumo (sí/no), frecuencia (una vez en todo el embarazo, una vez por mes o menos, una vez por semana, una a tres veces por semana, todos los días); trimestre de mayor consumo; patrón de consumo, teniendo en cuenta las bebidas disponibles en el mercado (vino, cerveza, sidra, caña, medio y medio, whisky, grapa, etc.) y la cantidad, medida en recipientes (vaso

chico tipo grapa, copa chica de 100ml, vaso común de 200ml, lata 350ml, botella o caja 750-1000ml); número de episodios de ingesta excesiva, intentos de abandono. Con respecto a la percepción de riesgo en primer lugar se interrogó en una pregunta con dos opciones (si/no) y a continuación se le solicitó que cuantificara el riesgo para el recién nacido del consumo de alcohol en la gestación con un valor numérico. Se utilizó una escala tipo Lickert con un valor mínimo de 0 (sin riesgo/ningún daño) hasta un valor máximo de 10 (máximo riesgo/máximo daño). Posteriormente se le preguntó sobre la información recibida: cuál era la fuente de la cual se obtuvo (médico ginecólogo, médico de familia, partera, familiar, amigos/vecinos, folleto, TV/radio/Diario, internet, institución educativa, creencia personal, otros) si la consideraba de calidad adecuada o no y si tuvo impacto sobre sus decisiones posteriores. Se interrogó también consumo en embarazos previos y si el consumo durante el embarazo actual fue indagado por el médico tratante.

Todas las variables estudiadas fueron operacionalizadas de manera numérica para su análisis.

La encuesta fue aplicada por personal calificado, formado por un equipo de 16 integrantes. Se realizó una prueba piloto de la misma, antes de comenzar con la recolección oficial de los datos, para detectar posibles fallas en el cuestionario. La encuesta tuvo una duración aproximada de 15 minutos.

Se realizó con previo consentimiento informado en forma verbal, en el cual se explicaron los objetivos académicos, el carácter anónimo y la confidencialidad de los datos aportados a la encuesta.

La población objetivo fueron las mujeres en sala de maternidad del hospital de la mujer en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en la sala de puérperas con alojamiento conjunto.

Se eligió una muestra por conveniencia, considerando un número representativo entre 250 y 300 encuestas. El número de entrevistas logradas dentro del tiempo que se estipuló para la recolección de datos fue de 273.

Para completar la recolección de datos se consultó al Sistema Informático Perinatal (SIP), existente en nuestro país.

Esta investigación se realizó en el marco del Proyecto de investigación del Núcleo interdisciplinario Infancia 2020, El espacio Interdisciplinario; cuyos responsables son Mario Moraes Castro, Profesor agregado de Neonatología y Gabriel Gonzalez Ravelino, Profesor de Neuropediatría.

Fue aprobada por el comité de ética del Centro Hospitalario Pereira Rossell bajo el título: Consumo de alcohol, marihuana, cafeína y cocaína durante el embarazo en la población usuaria del Centro hospitalario Pereira Rossell.

La misma no cuenta con financiación y no se declaran conflicto de intereses.

Manejo de los datos y análisis estadístico

Los datos recolectados en las encuestas fueron ingresados a una tabla confeccionada previamente, creando una base de datos. Para la elaboración de la tabla se utilizó el programa Excel Office.

Todos los análisis fueron efectuados en SPSS versión 17,0. En primera instancia se realizó un análisis univariado para cada variable con el fin de evaluar rango de valores -mediciones implausibles- y de realizar medias de resumen. Para las variables continuas se reportan media, desvío estándar y valores máximos y mínimos. Para variables categóricas se procedió a evaluar la frecuencia relativa de cada una. Algunas variables fueron recolectados como variables continuas pero posteriormente se recodificaron en variables categóricas para ser presentadas en las tablas.

Resultados

La media de edad fue de 24,18 años, correspondiendo el 65,9% (N=273) a la franja etaria entre los 20 y 34 años. La media de años de estudio fue de 7.5 años, el máximo 15 años y el mínimo 2 años.

La mayoría de los casos no trabajaba alcanzando un porcentaje de 81,3%.

En relación al estado civil el 51,6% se encontraba en concubinato y el 41,4% soltero.

Las características de la población tanto materna como fetal se muestran en las tablas 1 y 2 respectivamente

Considerando la historia obstétrica el 38,5% estaba cursando su primer embarazo y la mayoría, un 49%, cursando su segundo a tercer embarazo (categoría dos).

En cuanto al embarazo actual, en el 46,2% de los casos existió planificación del mismo, y el 97,4% se lo controló, con una media de 8,5 controles.

Datos sobre el consumo de alcohol.

Del total de encuestadas frente a la pregunta de consumo durante el embarazo, se obtuvo que el 23,1% de las mujeres admitieron el consumo, habiendo consumido la mayoría una sola vez en todo el embarazo (51,6%), y predominando durante el primer trimestre (tabla 3 y 4). Si bien el porcentaje de consumo durante el embarazo no es menor, cabe destacar que el 87,3% nunca tuvo un episodio de ingesta excesiva de alcohol. El 68,8% de las que admitieron la ingesta, intentó abandonar el hábito.

Tabla 1. Características sociodemográficas maternas.

Variable	Media (X)	Desvío estándar (S)	Mínimo (años)	Máximo (años)	Porcentaje (%)
Edad (años)	24,18	6,18	15	45	-
10 a 19	-	-	-	-	26,7
20 a 34	-	-	-	-	65,9
>35	-	-	-	-	7,0
Raza					
Blanca	-	-	-	-	72,4
Negra	-	-	-	-	9,5
Mestiza	-	-	-	-	18,0
Estado civil					
Casada	-	-	-	-	6,6
Soltero	-	-	-	-	41,4
Concubinato	-	-	-	-	51,6
Divorciada	-	-	-	-	0,4
Nivel educativo					
Primaria	-	-	-	-	36,3
Secundaria	-	-	-	-	61,2
Terciaria	-	-	-	-	1,5
Otras	-	-	-	-	1,1
Años de estudio	7,58	1,986	2	15	-
Trabajo					
No	-	-	-	-	81,3
Si	-	-	-	-	18,3
No contesta	-	-	-	-	0,4
Base: total de la muestra n=273					

Tabla 2. Datos del recién nacido

Variable	Media (X)	Desvío estándar (S)	Mínimo	Máximo	Porcentaje (%)
Terminación					
Espontáneo	-	-	-	-	64,8
Fórceps	-	-	-	-	4,9
Cesárea	-	-	-	-	29,9
Vacumm	-	-	-	-	0,4
Sexo					
Femenino	-	-	-	-	47,7
Masculino	-	-	-	-	52,3
Peso recién nacido	3187,22 gr	579,618 gr	890 gr	4610gr	-
Perímetro cefálico	34,27 cm	2,405 cm	25 cm	53cm	-
Talla	48,927 cm	3,2381	33,0 cm	57,0 cm	-
Edad gestacional al nacimiento	38,290 semanas	2,0773	24,0 semanas	41,0 semanas	-
APGAR					
Minuto 1					
Cat.					
1	-	-	-	-	9,0
2	-	-	-	-	91,0
Minuto 5					
Cat.					
1	-	-	-	-	2,3
2	-	-	-	-	97,7
Referido					
Alojamiento conjunto	-	-	-	-	86,7
Neonatología	-	-	-	-	12,1
Otro hospital	-	-	-	-	0,8
Enfermedades					
Ninguna	-	-	-	-	88,4
1 o mas	-	-	-	-	11,6

Base: total de la muestra: 273

Referencia: Categoría APGAR: 1= 0 a 6, 2= 7 a 10

En relación a la percepción de riesgo, el 95,9% reconoce el posible daño del alcohol a la salud fetal. En una escala del 0 al 10, la media de riesgo fue de 8,58 y la mayoría contestó una puntuación de 7 a 10 (86,5%). Estos datos se ejemplifican en la tabla 5.

Tabla 3. Declaración de consumo de alcohol en el embarazo y trimestre de mayor consumo.	
Consumo	Estadísticos (%)
Si	23,1
No	76,9
Trimestre	
Primer	71,7
Segundo	11,7
Tercer	16,7
Base: Total de la muestra n=273	

Tabla 4. Frecuencia de consumo.	
Frecuencia	Estadísticos (%)
Una sola vez en todo el embarazo	12,1
Una vez o menos al mes	6,6
Una vez por semana	2,6
Una-Tres veces por semana	1,5
Todos los días	0,7
Base: población que declaro consumo (n=64)	

En la pregunta sobre los efectos que puede ocasionar la ingesta de alcohol durante la gestación, la cual fue realizada de manera abierta e independiente cada respuesta, se obtuvieron los siguientes resultados: 151 mujeres no supieron especificar efectos puntuales aunque si saben que les hace daño, 56 refirieron malformaciones, 21 pérdida del embarazo, y 19 que el feto no aumente de peso. De las mujeres encuestadas, 39 hicieron referencia a otros efectos no tomados en cuenta dentro de las respuestas predeterminadas. Los resultados obtenidos en esta pregunta se resumen en la tabla 6.

Tabla 5. Percepción de riesgo.

Variable	Media (X)	Desvío estándar (S)	Mínimo (años)	Máximo (años)	Porcentaje (%)
Percepción					
Si	-	-	-	-	93,4
No	-	-	-	-	4,0
No contesta	-	-	-	-	2,6
Escala (0-10)	8,58	1.982	0	10	-
Categoría					
1	-	-	-	-	2,4
2	-	-	-	-	11,1
3	-	-	-	-	86,5
Base: total de la muestra n=273					
Ref. Tomando valores del 0 al 10. Categoría: 1=0-3; 2=4-6; 3=7-10					

Tabla 6. Consecuencias negativas sobre el desarrollo.

Consecuencia	Estadísticos (%)
No aumento de peso	7
Perder el embarazo	7,7
Malformaciones	20,5
Prematuro	5,5
Problemas en la escuela	2,9
Problemas de comportamiento	3,3
Difícil de calmar	2,9
Otro	14,3
No sabe específicamente	55,3
Base: total de la muestra (n=273)	

En cuanto a la información recibida acerca de los riesgos de consumir durante el embarazo se cuestionó de la misma manera que la pregunta anterior. Se desprendió que en 146 mujeres la información que poseen de los riesgos del consumo, proviene de una creencia personal, y que solo 25 mujeres recibieron información del ginecólogo tratante

De las mujeres que recibieron información (38%), el 54,8% consideró que la información fue suficiente. En las que consumieron durante el embarazo, la misma no tuvo impacto sobre el consumo, ya que el 65,6% permaneció igual.

El 10,8% de las mujeres con gestaciones previas, consumió durante los mismos.

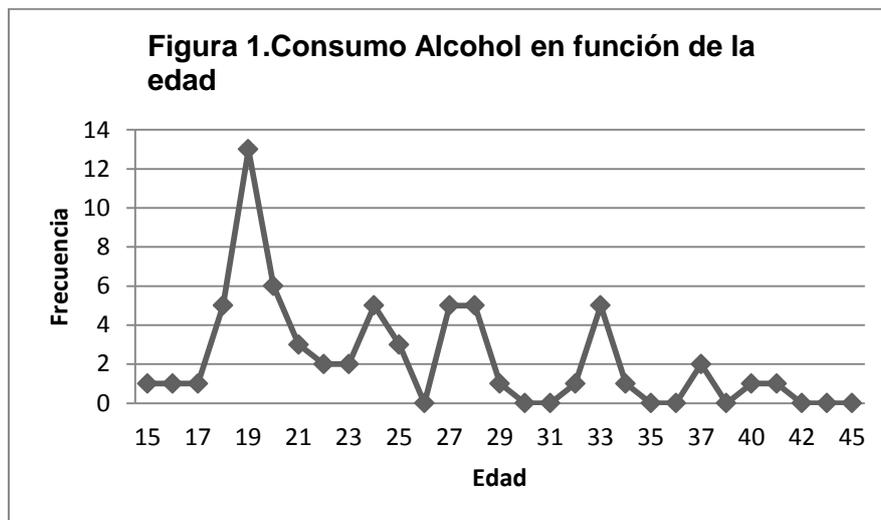
En el 83,5% el médico tratante indagó sobre el consumo de alcohol. De este porcentaje, el 13,5%, fueron informadas sobre los riesgos por el médico tratante.

Discusión

La población se trató mayormente de mujeres jóvenes, de raza blanca, en concubinato, con nivel educativo y socio-económico bajo y desempleadas; coincidiendo con los parámetros de la totalidad de la población atendida en éste centro hospitalario.

Diferentes reportes a nivel nacional informan un consumo de alcohol en el embarazo cercano al 50%; la incidencia por autodeclaración obtenida en el estudio “Repercusión en el neurodesarrollo infantil del consumo de alcohol, cocaína y depresión materna (2005)” fue de 37%². Comparando estas incidencias con la obtenida en esta investigación (23,1%), se observa una considerable disminución de 26,9% y 13,9%, respectivamente. Estas diferencias pueden deberse tanto a una disminución real de la incidencia, diferencias sociodemográficas, metodológicas o a causa del sesgo por autodeclaración, ya que a pesar de ser un droga lícita y de uso social, existe una negación de consumo. Para confirmar si la autodeclaración coincide con el consumo real, se debería realizar el test de detección de FAEEs en el meconio, procedimiento con el cual no se contó en este estudio.

En cuanto a la edad, si se relaciona esta variable con el consumo de alcohol, se observa que el mayor consumo se dio en madres jóvenes de 19 años (figura 1). Esto concuerda con la Quinta encuesta nacional en hogares sobre consumo de drogas en la población general (2011)¹, donde el mayor consumo en mujeres a nivel poblacional se dio entre los 19 y 25 años de edad, descendiendo significativamente a partir de los 35 años de edad.



En la mayoría de los casos, este consumo es ocasional y principalmente asociado a eventos festivos, de acuerdo a lo consignado por las puérperas al momento de describir el consumo. En la tabla 4 de frecuencia de consumo, se observa que el 12.1% consumió una vez sola en todo el embarazo.

En el primer trimestre fue donde se dio el mayor consumo (71.7%). Esto concuerda con lo encontrado en el artículo “Prevalence and predictors of maternal alcohol consumption in two regions of Ukraine (2014)” en donde el 54,3% consumió en el mes de la concepción, el 12,9% consumió 3 tragos al menos un día en este mes, 46,3% continuo el consumo en el primer mes de embarazo y 9,2% consumió tres tragos por día¹². Esto está relacionado con la ventana de vulnerabilidad existente entre el momento de la concepción y la detección de su embarazo. Lo que también se ve influenciado por la planificación del mismo.

En el artículo antes mencionado se hace referencia a factores predictores de consumo de alcohol, donde se incluye, embarazo de pocas semanas de gestación, soltera, concubinato, separada, bajo nivel educativo, inicio de consumo a edades tempranas, fumadoras y control tardío del embarazo¹²⁻¹³⁻¹⁴. Características compartidas en su mayoría por nuestra población de estudio.

Se realizó un análisis bivariado utilizando el test de Chi Cuadrado (X^2) con las variables planificación del embarazo y consumo de alcohol (tabla 7), donde se observó que en las mujeres que planificaron su embarazo, el 16.7% consumió alcohol durante el mismo, mientras que en las que no lo planificaron el 28.1% consumió alcohol, siendo p estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

Tabla 7. Análisis bivariado de consumo de alcohol y planificación de embarazo				
		Consumo de alcohol		Total
		NO	SI	
Planificación del embarazo	NO			
	Frecuencia	105	41	146
	%	71.9%	28.1%	100%
	SI			
Frecuencia	105	21	126	
%	83.3%	16.7%	100%	
Total	Frecuencia	210	62	272
	%	77,2%	22,8%	100%

N 272, 1 pérdida de dato. *Chi cuadrado 5,008, p: 0,025. Fisher`s Exact Test p: 0,030

La percepción de riesgo obtenida fue elevada (93,4%), considerándose un resultado favorable, teniendo en cuenta que se trata de una droga legal y socialmente aceptada, lo que podría enmascarar los riesgos que produce.

Son pocos los estudios cuantitativos que se han llevado a cabo a nivel internacional, en cuanto a la percepción de riesgo asociada con el uso de alcohol durante el embarazo. Estudios cualitativos extranjeros sobre este tema pueden proporcionar información adicional. En general, muestran que los mensajes de percepción dada por los profesionales de salud y las instituciones

sanitarias, varía según el estrato social y la experiencia de las mujeres. Las mujeres pueden recibir mensajes contradictorios del entorno, pares, o incluso profesionales de la salud, que pueden transmitir un mensaje de moderación, y no de abstinencia, por lo que si se establecen políticas de salud basadas en la abstinencia, pueden ser percibidas como exageradas y perder credibilidad¹⁵⁻¹⁶.

A pesar de que la percepción de riesgo fue elevada, ésta está basada en las creencias personales de las pacientes. De esto se desprende que la información acerca del consumo de alcohol durante el embarazo y de sus repercusiones sobre la salud fetal, es notoriamente baja, tanto por parte de los sistemas de salud como de políticas de Estado. Además, aquellas embarazadas que relataron estar informadas, no mostraron cambios comportamentales al momento de abandonar el hábito, por lo que se puede inferir que la calidad y cantidad de dicha información no son suficientes.

En el artículo del Dr. McKnight-Eily, el diálogo con los médicos sobre el alcohol fue reportado por un 15,7% de la población total y un 12,5% de las mujeres. A partir los datos obtenidos en este estudio, se concluye que la prevalencia del diálogo médico-paciente sobre el consumo de alcoholes baja¹⁷. Como se mencionó en la sección resultados, nuestros datos reflejan una realidad semejante a la que hace referencia dicho autor.

La primera conferencia internacional sobre la prevención de los trastornos causados por el alcoholismo fetal se celebró en septiembre de 2013 en Canadá. En esta ocasión, una carta internacional fue adoptada por más de 700 delegados, en representación de 35 países. La carta exhorta a los gobiernos a tomar medidas para aumentar la concientización sobre los riesgos del alcohol prenatal, y en particular para intervenir proporcionando información en las escuelas o para promover la investigación sobre cómo reducir eficazmente la incidencia de SAF. Un informe de la OMS recientemente compilado para el tabaco indica la importancia de considerar la pareja o cónyuge como un objetivo y un aliado importante en la reducción del tabaquismo en el embarazo, que también se puede aplicar a la lucha para reducir SAF. Con esto se puede afirmar que el consumo de alcohol en el embarazo es una problemática a nivel

mundial, para lo cual es necesario aplicar medidas preventivas en diferentes ámbitos¹⁶.

Otros análisis bivariados fueron realizados utilizando las variables edad/consumo de alcohol y percepción de riesgo/información recibida, pero no se obtuvieron resultados significativos.

Conclusiones

Existe una urgente necesidad de aumentar la concientización sobre los riesgos de la exposición al alcohol durante el embarazo, así como la implementación de publicidad y campañas de promoción, e incremento de políticas de salud para reducir el riesgo de este severo problema biopsicosocial.

Se debe hacer especial énfasis en incorporar en los controles prenatales, información sobre el consumo de alcohol y los efectos negativos sobre la salud materna y el desarrollo fetal.

Agradecimientos

La investigación conto con el apoyo de las siguientes instituciones y personas:

- Clinica Ginecotológica “C” del Centro Hospitalario Pereira Rossell, y su Profesor Agregado, Dr Claudio Sosa.
- Departamento de Neonatología del Centro Hospitalario Pereira Rossell y su Profesor Agregado, Dr Mario Moraes.

Las autoras agradecen muy especialmente al personal de salud; y a las puérperas que aceptaron participar de esta investigación.

Referencias bibliográficas

- 1- Presidencia de la República (Uruguay). Junta Nacional de Drogas. Quinta encuesta nacional en hogares sobre consumo de drogas en la población genera. Montevideo, JND, 2011< www.infodrogas.gub.uy >
- 2- Fundación Médica Mauricio Gajer – SEMM. Cuadernos. Año IV -N° 19. Repercusiones en el neurodesarrollo infantil del consumo de alcohol, cocaína y depresión materna.
- 3- May PA, Gossage JP. Estimating the prevalence of fetal alcohol syndrome. A summary. *Alcohol Res Health*. 2001; 25(3):159-67.
- 4- Ornoy A, Ergaz Z. Alcohol abuse in pregnant women: effects on the fetus and newborn, mode of action and maternal treatment. *Int J Environ Res Public Health*. 2010 Feb; 7(2):364-79. doi: 10.3390/ijerph7020364. Epub 2010 Jan 27.
- 5- Magri R. Consumo de Alcohol y otras drogas en embarazadas. *Archivos Pediatría Uruguay*. Junio 2007; 78 (2)
- 6- Abel EL. Alcohol Alcohol. Prevention of alcohol abuse-related birth effects--I. Public education efforts. 1998 Jul-Aug; 33(4):411-6.
- 7- Chaudhuri JD. A review of experimental evidences that could warn of possible dangers of alcohol consumption by pregnant mothers. *Indian J Med Sci*. 2000 Dec; 54(12):545-54.
- 8- Martín Fernández-Mayoralas D, Fernández-Jaén A., Alcoholic foetopathy: an update. *Rev Neurol*. 2011 Mar 1;52 Suppl 1:S53-7
- 9- Chaudhuri JD. An analysis of the teratogenic effects that could possibly be due to alcohol consumption by pregnant mothers. *Indian J Med Sci*. 2000 Oct; 54(10):425-31.
- 10- Prenatal exposure to alcohol. *Alcohol Res Health*. 2000; 24(1):32-41.
- 11- Russell M. Clinical implications of recent research on the fetal alcohol syndrome. *Bull N Y Acad Med*. 1991 May-Jun; 67(3):207-22.
- 12- Chambers CD. Prevalence and predictors of maternal alcohol consumption in 2 regions of Ukraine., *Alcohol Clin Exp Res*. 2014 Apr;38(4):1012-9
- 13- O'Brien PL. Ego-dystonic pregnancy and prenatal consumption of alcohol among first-time mothers. *Centers for the Prevention of Child Neglect. Matern Child Health J*. 2012 Oct; 16(7):1431-9.

- 14- Peadon E, Payne J. Attitudes and behaviour predict women's intention to drink alcohol during pregnancy: the challenge for health professionals. *BMC Public Health*. 2011 Jul 22; 11:584. doi: 10.1186/1471-2458-11-584.
- 15- Cannon MJ, Prevalence and Characteristics of Women at Risk for an Alcohol-Exposed Pregnancy (AEP) in the United States: Estimates from the National Survey of Family Growth. *Matern Child Health J*. 2014 Jul 5.
- 16- Dumas A, Pregnancy and substance use in France: A literature review. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2014 Jun 12. pii: S0368-2315(14)00142-2. doi: 10.1016/j.jgyn.2014.05.008.
- 17- McKnight-Eily LR. Vital signs: communication between health professionals and their patients about alcohol use--44 states and the District of Columbia, 2011. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2014 Jan 10; 63(1):16-22.

Anexos

ENCUESTA:

Datos de la paciente:

1 Sala _____ Cama _____

2 Nombre y apellido: _____

Dirección: _____ Tel. _____

Barrio/Ciudad: _____ Dpto: _____

Datos encuestador:

3. Nombre del entrevistador: _____

4. Fecha de la entrevista (dd/mm/aa) _____

Datos demográficos:

5. Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): ____/____/____ No contesta

6. ¿Cuántos años tiene? _____ No contesta

7. Observe el color de piel de la madre y marque según su criterio (NO PREGUNTAR)

Blanca Negra Mestiza Otra, especifique _____

8. ¿Cuál es su estado civil actual?

Casada Soltera Concubina (solo si es más de un año) Divorciada

Viuda No contesta

9. ¿Qué nivel educacional tiene? (indique último año aprobado)

Primaria años _____

Secundaria años _____

Terciaria años _____

Otros años _____

No contesta

10. ¿Trabaja fuera de su casa? Si No No contesta

Historia del embarazo actual y antecedentes personales:

11. ¿Este qué número de embarazo es? (Incluyendo los embarazos perdidos si hubo) _____

12. ¿De cuántas semanas/meses estaba cuándo se enteró que estaba embarazada?

_____ Sem _____ Mes No sabe

13. ¿Quería quedar embarazada?

Sí No No contesta

14. ¿Se controló el embarazo?

Sí No No contesta

15. ¿Cuántos controles se realizó durante este embarazo? _____ No sabe

16. ¿Tuvo usted alguna de las siguientes enfermedades durante este embarazo?

	presente		tratada		no sabe/recuerda
	si	no	si	no	
Presión alta					
Enfermedades del corazón					
Diabetes					
Sangrados genitales en los últimos 3 meses					
Anemia					
Amenaza de aborto					
Amenaza de parto prematuro					
Fibromas					
Infecciones de transmisión sexual					
Infección urinaria					
Infección vaginal					
Bocio					
Otra					

Hablemos sobre algunas sustancias que se consumen en el embarazo, como Ud. sabe actualmente existe un mayor uso de sustancias permitidas y no permitidas. Quisiera hacerle algunas preguntas sobre el uso de éstas.

17. ¿Alguna vez tomó algún medicamento para dormir, mejorar su estado de ánimo, crisis convulsivas o algún medicamento que le haya recetado el psiquiatra? (Si responde no, pase a la pregunta 24)

Sí No No contesta

18. Especifique para qué tomó:

Para dormir Depresión Ansiedad Crisis de pánico

Crisis convulsivas Psicosis, alucinaciones Otros

19. ¿Qué medicamento tomó?

Benzodiazepinas (Diazepam, Clonazepam, Lorazepam)

Anti depresivos
(Sertralina, Fluoxetina, Paroxetina, Citalopram, Escitalopram, Amitriptilina)

Anti psicóticos (Haloperidol, Quetiapina)

Anti convulsivantes (Carbamazepina, Fenitoina, Valproato)

20. ¿Quién se lo indicó?

Medico Usted mismo Otro

21. ¿Cuál de las siguientes situaciones describe mejor su situación de consumidora de este tipo de fármacos?

Dejé de consumir antes de saber que estaba embarazada

Dejé de consumir cuando me enteré que estaba embarazada

Consumí estando embarazada, pero ahora no consumo

Seguí consumiendo, pero menos que antes

Desde que supe que estaba embarazada, continúe consumiendo igual que antes

22. ¿En qué trimestre del embarazo dejó de consumir o disminuyó el consumo?

Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre

23. ¿Por qué dejó de consumir o disminuyó el consumo?

Indicación médica Decisión propia Consejo familiar o de amigos Otros

24. Independientemente si consume o no, ¿piensa usted que consumir este tipo de fármacos durante el embarazo puede traer consecuencias negativas para su bebe?

No Si No contesta

25. En una escala con valores del 0 al 10, ¿Qué numero le pondría al riesgo que le genera al bebe consumir estos fármacos durante el embarazo? _____ No sabe

26. ¿Qué consecuencias negativas cree que puede tener sobre su hijo consumir estos medicamentos? (Pregunta abierta)

Que no aumente de peso
Perder el embarazo
Malformaciones
Que nazca antes de tiempo
Que tenga problemas en la escuela
Problemas de comportamiento
Que sea difícil de calmar
Otro
No sabe específicamente

27. ¿En embarazos anteriores consumió alguno de estos fármacos?

Si No No contesta

28. Durante el embarazo, ¿El médico le pregunto si consumía estos fármacos?

Si No No contesta

En relación al consumo de alcohol:

29. Usted ¿Tomó bebidas alcohólicas durante el embarazo?(Si contesta NO: dar ejemplos tales como vino, cerveza, whisky , vodka . Si vuelve a contestar no, pase a la pregunta 36)

Si No No contesta

30. ¿Qué tan seguido consumió bebidas alcohólicas?

Una sola vez en todo el embarazo Una vez/mes o menos Una vez/semana
 1-3 veces/semana Todos los días

31. ¿En qué trimestre tomó más alcohol?

Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre

32. Indique la forma de consumo:

Usted....		
¿Tomó vino?	NO	SI
¿Cuántos días por mes?		
¿Cuánto tomaba por día (nº de recipientes)?		
¿Tipo de recipiente? (código)		
¿Tomó cerveza?	NO	SI
¿Cuántos días por mes?		
¿Cuánto tomaba por día (nº de recipientes)?		
¿Tipo de recipiente? (código)		
¿Tomó alguna otra bebida alcohólica: sidra, grapa, caña, medio y medio, whisky, etc.?	NO	SI
¿Cuántos días por mes?		
¿Cuánto tomaba por día (nº de recipientes)?		
¿Tipo de recipiente? (código)		

código de los recipientes:
 (1) Vaso chico, tipo de grapa
 (2) copa chica (100ml)
 (3) Vaso común (200ml)
 (4) Lata (350ml)
 (5) Botella o caja (750-1000ml)

33. ¿Alguna vez se emborrachó (ingesta excesiva) durante el embarazo?

Nunca
 Si una vez en todo el embarazo
 Si una vez por mes
 Si una vez por semana
 Si todos los días
 No contesta

34. En su casa, ¿Tiene bebidas alcohólicas?

Si No No contesta

35. ¿En alguna oportunidad intentó dejar de tomar alcohol?

Si No No contesta

36. Independientemente si consume o no, ¿piensa usted que consumir alcohol durante el embarazo puede traer consecuencias negativas para su bebe?

Si No No contesta

37. En una escala con valores del 0 al 10, ¿Qué numero le pondría al riesgo que le genera al bebe consumir alcohol durante el embarazo? _____ No sabe

38. ¿Qué consecuencias negativas cree que puede tener sobre su hijo consumir alcohol durante el embarazo? (Pregunta abierta)

Que no aumente de peso
Perder el embarazo
Malformaciones
Que nazca antes de tiempo
Que tenga problemas en la escuela
Problemas de comportamiento
Que sea difícil de calmar
Otro
No sabe específicamente

39. ¿De quien recibió información acerca de los riesgos de consumir alcohol durante el embarazo?

Médico Ginecólogo Médico de Familia Partera Familiar
Amigos/Vecinos Folleto TV, Radio, Diario Internet
Institución educativa Creencia personal (pase a pregunta 42) Otros

40. Si recibió información ¿Considera que ésta fue suficiente?

Sí No No contesta

41. La información recibida ¿Cambió las características del consumo? Solo si respondió que consumía

Aumentó Permaneció igual Disminuyó

42. ¿En embarazos anteriores consumió alcohol?

Si No No contesta

43. Durante el embarazo, ¿El médico le pregunto si consumía alcohol?

Si No No contesta

En relación al consumo de marihuana:

44. ¿Alguna vez en su vida consumió marihuana? (Si contesta NO pasar a la pregunta 49)

Si No No contesta

45. Antes de estar embarazada ¿consumió marihuana?

Sí No No contesta

46. ¿Qué tan seguido la utilizaba?

Una vez/mes o menos Una vez/semana 1-3 veces/semana Todos los días

47. Luego de quedar embarazada, ¿consumió marihuana? (Si contesta no, pase a la pregunta 49)

Sí No No contesta

48. ¿Qué tan seguido la utilizó durante el embarazo?

Una vez/mes o menos Una vez/semana 1-3 veces/semana Todos los días

49. Independientemente si consume o no, ¿piensa usted que consumir marihuana durante el embarazo puede traer consecuencias negativas para su bebe?

No Si No contesta

50. En una escala con valores del 0 al 10, ¿Qué numero le pondría al riesgo que le genera al bebe consumir marihuana durante el embarazo? _____ No sabe

51. ¿Qué consecuencias negativas cree que puede tener sobre su hijo consumir marihuana? (Pregunta abierta)

- Que no aumente de peso
- Perder el embarazo
- Malformaciones:
- Que nazca antes de tiempo
- Que tenga problemas en la escuela
- Problemas de comportamiento
- Que sea difícil de calmar
- Que el niño sea adicto luego
- Otro
- No sabe específicamente

52. En cuanto a los posibles efectos de la marihuana durante el embarazo ¿Recibió algún tipo de información?

Sí No No contesta

53. Si recibió información ¿Quién se la proporcionó?

Médico Ginecólogo Médico de Familia Partera Familiar

Amigos/Vecinos Folleto TV, Radio, Diario Internet

Institución educativa Creencia personal (pase a pregunta 56) Otros

54. ¿Considera que la información que recibió fue suficiente?

Sí No No contesta

55. La información recibida ¿cambió las características del consumo? Solo si respondió que consumía.

Aumentó Permaneció igual Disminuyó

56. ¿En embarazos anteriores consumió marihuana?

Si No No contesta

57. Durante el embarazo, ¿El médico le pregunto si consumía marihuana?

Si No No contesta

En cuanto al consumo de cocaína o pasta base de cocaína (PBC):

58. ¿Consumió cocaína o pasta base de cocaína (PBC) en este embarazo? (Si contesta no, pase a la pregunta 63)

Si No No contesta

59. ¿Qué tan seguido consumió?

Una vez/mes o menos Una vez/semana 1-3 veces/semana Todos los días

60. ¿En qué trimestre consumió más?

Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre

61. ¿De qué forma la consumió?

Inhalada Intravenoso Fumada (basoco) Pasta base

62. ¿Alguna persona además de usted consumió cocaína o PBC en su casa?

Si No No contesta

63. Independientemente si consume o no, ¿piensa usted que consumir cocaína o PBC durante el embarazo puede traer consecuencias negativas para su bebe?

No Si No contesta

64. En una escala con valores del 0 al 10, ¿Qué número le pondría al riesgo que le genera al bebe consumir cocaína o PBC durante el embarazo? _____ No sabe

65. ¿Qué consecuencias negativas cree que puede tener sobre su hijo consumir cocaína o PBC? (Pregunta abierta)

Que no aumente de peso

Perder el embarazo

Malformaciones

Que nazca antes de tiempo

Que tenga problemas en la escuela

Problemas de comportamiento

Que sea difícil de calmar

Que el niño sea adicto

Otro

No sabe específicamente

**66. En cuanto a los posibles efectos de la cocaína/ PBC durante el embarazo
¿Recibió algún tipo de información?**

Sí No No contesta

67. Si recibió información ¿Quién se la proporcionó?

Médico Ginecólogo Médico de Familia Partera Familiar

Amigos/Vecinos Folleto TV, Radio, Diario Internet

Institución educativa Creencia personal (pase a pregunta 70) Otros

68. ¿Considera que la información que recibió fue suficiente?

Sí No No contesta

69. La información recibida ¿cambió las características del consumo? Solo si respondió que consumía.

Aumentó Permaneció igual Disminuyó

70 ¿Consumió cocaína PBC en algún otro embarazo anterior?

Sí No No contesta

71. Durante el embarazo, ¿El médico le preguntó si consumía cocaína/PBC?

Si No No contesta

Datos del Carne Perinatal

Nacimiento: hora__ min____ día____ mes____ año____

Terminación: espontáneo fórceps cesárea vacuum

Sexo: F M No definido

Peso (g):

Perímetro cefálico (cm):

Longitud (cm):

Edad gestacional: ____ __semanas ____días

Peso para la EG: adecuado pequeño grande

Apgar: 1 minuto__ 5 minutos__

Reanimación: estimulación aspiración mascara oxígeno

masaje tubo

Referido: alojamiento conjunto neonatología otro hospital

Enfermedades del RN: ninguna 1 o más: códigos: