



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería Valladolid
Grado en Enfermería
Curso 2018/19

EFFECTOS DEL ALCOHOL Y EL TABACO DURANTE EL EMBARAZO

Alumna: Eva Andrés Salamanca

RESUMEN

Introducción: el consumo de tabaco y el de alcohol, en las mujeres gestantes, desencadenan un problema de salud pública, alcanzando cifras elevadas en dicha población. Por ello, es necesario aportar información a la población e identificar los factores asociados al consumo de ambas sustancias, así como los cambios que pueden llegar a generarse durante este período. Como objetivo se ha propuesto identificar los efectos producidos por el alcohol y el tabaco durante el embarazo.

Material y métodos: se ha realizado una revisión bibliográfica sobre los efectos del alcohol y el tabaco en la población infantil, con exposición prenatal al mismo, utilizando diferentes bases de datos.

Resultados: se describen las consecuencias que producen ambas sustancias en la mujer gestante, en el feto y en el recién nacido, entre ellas el Síndrome Alcohólico Fetal, Trastornos Del Espectro Alcohólico Fetal, el bajo peso al nacer y el síndrome de muerte súbita del lactante, así como la prevalencia y la actuación enfermera, al respecto.

Conclusiones: el sistema sanitario debe tomar medidas para erradicar este problema de salud pública mediante la educación para la salud, la información y consejo de los profesionales, sobre los diferentes riesgos que supone beber y fumar durante el embarazo, a través del análisis de la evidencia científica.

Palabras claves: alcohol, tabaco, pregnancy y newborn.

ÍNDICE

1.INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	1
2.OBJETIVOS	3
2.1 OBJETIVO GENERAL	3
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
3.MATERIAL Y MÉTODOS	4
4.RESULTADOS	5
4.1 ALCOHOL	5
4.1.1 Prevalencia	5
4.1.2 Factores de riesgo	6
4.1.3 Farmacocinética	6
4.1.4 Efectos del alcohol en el feto y en el recién nacido durante el embarazo	8
4.1.5 Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal	8
4.2 TABACO	10
4.2.1 Prevalencia	10
4.2.2 Mecanismo de acción	11
4.2.3 Efectos del tabaco en el feto y en el recién nacido en el embarazo	11
4.3 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN EL EMBARAZO	13
5.DISCUSIÓN	16
6.CONCLUSIONES	17
7.BIBLIOGRAFÍA	18

ÍNDICE DE TABLAS

-Tabla 1: Efectos del tabaco en la mujer gestante, en el feto y en el recién nacido.	12
-Tabla 2: Test de Richmond	15

ABREVIATURAS

DeCS: Descriptor en Ciencias de la Salud.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ACOG: The American College of Obstetricians and Gynecologists.

CDC: Centros para el control y la prevención de enfermedades.

TEAF: Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal.

SAF: Síndrome Alcohólico Fetal.

SAFP: Síndrome de alcoholismo fetal parcial.

ARND: Trastornos del neurodesarrollo relacionadas con el alcohol.

ARBD: Malformaciones congénitas relacionadas con el alcohol.



1.INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Durante la gestación, tanto el alcohol como el tabaco originan múltiples problemas tanto para la madre como para el niño no sólo durante el período embrionario y fetal, sino también a lo largo de sus vidas¹.

En España se consideran las sustancias adictivas que mayores problemas sanitarios ocasionan.

El alcohol es la droga de mayor consumo en los países industrializados. España ocupa el primer lugar dentro de la Unión Europea. Se estima que el 60% de las embarazadas son abstemias, un 1% consume más de 40 g de alcohol absoluto al día, un 2% consume diariamente esta dosis, un 17% bebe moderadamente y un 20% consume dosis mínimas. Su consumo durante el embarazo puede causar muerte fetal, malformaciones y alteraciones cognitivas y de la conducta en el niño¹.

Dicha sustancia atraviesa rápidamente la barrera placentaria llegando al feto, como consecuencia aumentan los niveles en sangre fetal con mayor dificultad de eliminación, ya que no posee de las enzimas necesarias para ello².

Los efectos directos producidos en el feto se denominan TEAF. El más destacado, por ser el más grave es el SAF. Su prevalencia en España se habla de 2 por 1000 de todos los recién nacidos¹.

En cualquier momento del embarazo es aconsejable suprimir el consumo total de alcohol, ya que según fuentes no existe una época clave en la gestación que suprima todo el riesgo¹⁻⁴. Por ello, tras la realización de estudios, se ha demostrado que al disminuir el consumo de alcohol en las semanas 24 y 26 de gestación, los resultados perinatales mejoran¹.

Se ha demostrado, que los efectos en el feto dependen principalmente del momento y la intensidad de la exposición a dichas sustancias, siendo el primer



trimestre el período de mayor vulnerabilidad en la organogénesis y en el neurodesarrollo³.

Actualmente, hay muchas mujeres que continúan bebiendo alcohol en el embarazo. En los Estados Unidos, aproximadamente 1 de cada 8 mujeres embarazadas comunican haber consumido alcohol en los últimos 30 días; y aproximadamente 1 de cada 50 mujeres embarazadas indica haber tomado en abundancia durante los últimos 30 días, cinco o más bebidas en una misma ocasión². En 2010, el tratamiento en gestantes que consumían alcohol costó a los Estados Unidos 5500 millones de dólares⁴. Con ello, está demostrado el aumento de costo de la atención sanitaria y la dificultad en el desarrollo económico⁴.

El tabaco representa un grave problema de salud pública. En España, el número anual de muertes por enfermedades relacionadas con el tabaco es de 55.000. Según la Encuesta Nacional de Salud de 2012, fuman el 20,2 % de las mujeres. Los efectos perjudiciales del consumo de tabaco resultan peligrosos durante el embarazo y se asocian a riesgos graves para la salud de la madre y el hijo⁵.

Respecto al tabaco, cuando una mujer fuma durante el embarazo, el feto se expone a muchas sustancias químicas perjudiciales. La nicotina es solo una entre 4000 sustancias químicas tóxicas que se pueden transferir de una mujer embarazada al feto. Su consumo aumenta el riesgo de aborto y de parto prematuro⁵.

Según datos de OMS de 1993, entre las mujeres embarazadas un 3% dejaron de fumar para planear su embarazo, un 16% dejan de fumar al conocer su diagnóstico de embarazo y un 28% sigue fumando durante el mismo¹.

Resulta importante resaltar que las consecuencias de dichas sustancias en el feto podrían evitarse a través de educación para la salud por parte del personal sanitario, en especial por la enfermería.



2.OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los efectos producidos por el alcohol y el tabaco durante el embarazo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las consecuencias para la salud del feto y del recién nacido.
- Conocer la prevalencia de mujeres que verbalizan el consumo de tabaco y alcohol en el embarazo.
- Determinar la importancia que tiene enfermería en la deshabituación tabáquica.
- Fomentar el apoyo psicológico.



3.MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo es una revisión bibliográfica sobre los efectos del alcohol y el tabaco durante el embarazo en la población infantil, con exposición prenatal al mismo.

La búsqueda bibliográfica se realizó en las siguientes bases de datos:

Cochrane, Pubmed, Scielo, Dialnet, Science Direct.

También, se han realizado búsquedas en páginas webs de asociaciones, como la federación de matronas.org, la Organización Mundial de la Salud (OMS); The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); Centros para el control y la prevención de enfermedades (CDC); MedlinePlus.

Para poder realizar esta búsqueda se han utilizado las siguientes palabras clave: alcohol, tabaco, pregnancy y newborn obtenidas a partir del Descriptor en Ciencias de la Salud, DeCS.

A su vez, han sido utilizados operadores booleanos como “AND” “OR”, “NOT”, conjugados de esta manera: tabaco and/or pregnancy, alcohol and/or pregnancy.

En cuanto a los criterios de inclusión, se han incluido estudios posteriores al año 2011, redactados tanto en lengua española como en inglesa y en un período de tiempo determinada desde el año 2011 hasta la actualidad.

Tras los criterios de exclusión, para la revisión, se han descartado tras los filtros empleados, todos aquellos artículos anteriores al año 2011, excepto uno del año 2000 que ha sido utilizado, por la gran cantidad de información que ha aportado y aquellos no respaldados por la evidencia científica.

Según los criterios de inclusión y exclusión, de los todos los artículos que se obtuvieron al inicio de la revisión, después de leerlos y revisarlos, y tras realizar una elección más exhaustiva, han sido seleccionados 22 para realizar el trabajo.



4.RESULTADOS

Tanto el alcohol como el tabaco son dos sustancias perjudiciales para la población, pero lo son mucho más para la mujer gestante, ya que puede poner en peligro la salud del recién nacido y el curso de la gestación.

4.1 ALCOHOL

El alcohol es un tóxico hepático directo, causa dependencia y afecta de diferentes formas a las personas. Sus efectos están determinados por el consumo de alcohol consumido, los hábitos de consumo y en alguna ocasión por la calidad del alcohol⁶.

El consumo nocivo de dicha sustancia genera una gran carga sanitaria, social y económica para la sociedad⁶.

A su vez, causa 200 enfermedades y trastornos⁶.

El consumo de alcohol en mujeres gestantes puede producir efectos adversos graves en el feto y el recién nacido, como problemas de crecimiento, mentales o de comportamiento y anomalías faciales. También puede afectar a las áreas del lenguaje, pensamiento, movimiento y habilidades sociales⁷⁻⁹.

4.1.1 Prevalencia

En los últimos 30 años, se ha producido un aumento del consumo de alcohol en la población en general, destacando primordialmente la prevalencia en mujeres gestantes y en edad reproductiva¹⁰.

Tras la realización de diversos estudios, han observado que dicha prevalencia varía en función de las diferentes culturas. Así mismo, se ha demostrado la



relación existente entre el consumo de alcohol durante la gestación, junto con factores sociodemográficos como el nivel educativo y social¹⁰.

Se estima que entre un 9,8 y un 40% de mujeres dependiendo del país estudiado consumen alcohol durante el embarazo¹¹. La prevalencia del consumo de dicha sustancia durante la gestación es mucho menor en los Estados Unidos (10,2%), que en otros países como Rusia, Australia, Brasil y Uruguay (63,1%)¹⁰.

4.1.2 Factores de riesgo

Durante el embarazo el consumo de alcohol es la causa no genética más frecuente de retraso mental. A su vez, se considera causante de un 5% de los abortos espontáneos¹.

En cualquier etapa de la gestación es aconsejable abandonar dicha sustancia. No existe una cantidad mínima que elimine el riesgo^{2,4}.

4.1.3 Farmacocinética

El alcohol actúa rápidamente, atravesando la barrera placentaria y desarrollando su efecto sobre el feto. La liposolubilidad y el bajo peso molecular facilitan el paso transplacentario. El alcohol ingerido y absorbido en la mucosa gastroduodenal llega rápidamente a la circulación materna⁷. Al mismo tiempo pasa a la circulación del feto y alcanza los mismos niveles que en la materna. La absorción es rápida y completa, consiguiendo el pico máximo a los 20 minutos¹.

En el hígado por un proceso de biotransformación, y en el riñón a través de la excreción, se eliminan las sustancias tóxicas como el alcohol, suponiendo la inmadurez de estos órganos en el feto.



Al líquido amniótico y a los tejidos del feto se fija el alcohol, siendo metabolizado por la vasopresina fetal de escasa actividad. Los efectos teratógenos del alcohol en el feto pueden desencadenar en cambios del comportamiento, dismórficos incluso pueden llegar a producir la muerte¹.

El alcohol tiene cuatro principios¹:

-Tiempo de actuación: se traduce en malformaciones anatómicas. En la etapa del crecimiento celular origina retraso en el crecimiento y/ o falta de diferenciación de un órgano.

-Efecto dosis- respuesta: relación entre la magnitud del daño y la dosis de tóxico.

-Umbral efecto: dosis de exposición a partir de la cual se produce el daño.

-Variabilidad genética: establece diferencias en el metabolismo y el transporte placentario, así como en la absorción materna y fetal.

Exactamente, no se conoce el mecanismo teratógeno del alcohol. Se considera que el causante principal, del daño fetal es el acetaldehído¹.

El alcohol o sus metabolitos pueden producir un efecto tóxico celular directo o bien interferir en la síntesis proteica, dando lugar a retraso en el crecimiento de las células.

La interferencia en el metabolismo de los hidratos de carbono materno que provoca hipoglucemia e hipoxia fetal, los contaminantes de las bebida alcohólicas y la predisposición genética son factores que pueden cooperar a los efectos adversos del alcohol, dando lugar a un incremento de la actividad peroxidasa celular disminuyendo la síntesis de ADN y la alteración de la síntesis proteica, reducción de neurotransmisores en el cerebro fetal, enlentecimiento de la mielinización neuronal fetal, depresión de la función miocárdica e interferencia del transporte de aminoácidos a través de la placenta¹.

Por tanto, las gestantes con abuso de esta sustancia requieren mayor atención perinatal, ya que pueden presentar serias complicaciones médicas, como pueden ser: malnutrición, enfermedades infecciosas, aborto espontáneo, parto



pretérmino, desprendimiento de placenta, malformaciones congénitas, retraso de crecimiento intrauterino^{1,7,11}.

El objetivo del sistema sanitario, es que el recién nacido nazca sano, a término y con el peso adecuado, sin efectos del alcohol.

4.1.4 Efectos del alcohol en el feto y en el recién nacido durante el embarazo

Ingerir alcohol durante el embarazo puede causar TEAF , aumentar el riesgo de aborto espontáneo, muerte fetal, parto prematuro, trastornos metabólicos (hipoglucemia, hipocalcemia), hipo crecimiento armónico, alteraciones craneoencefálicas, neurológicas y funcionales, así como malformaciones cardíacas, genitourinarias, hemangiomas cutáneos, alteración en el desarrollo retiniano, palidez y atrofia papilar, ambliopía, astigmatismo, estrabismo, hipoplasia del nervio óptico y problemas visuoperceptivos¹¹⁻¹³.

4.1.5 Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal

El consumo de alcohol durante el embarazo puede producir daños al feto en cualquier etapa, incluso en los primeros meses antes de que la mujer conozca su embarazo. Estas afecciones son las conocidas como TEAF, que, a largo plazo, pueden conllevar problemas físicos, de conducta, mentales o de aprendizaje. Entre ellos, el más destacable por ser el más grave es el SAF¹⁴.

En 1996 el Instituto de Medicina (IOM) definió cuatro categorías diagnósticas respecto a los TEAF¹⁴:

1. *SAF*, los recién nacidos que lo padecen constituyen el grupo más vulnerable a sufrir los efectos del alcohol. Sus síntomas se detectan en 3 áreas:
 - Anomalías craneofaciales: microcefalia, microftalmia, pliegue epicantus y/o hendidura palpebral pequeña, hipoplasia



mediofacial: filtrum corto, labio superior fino, puente nasal bajo, orejas de implantación baja y maxilar hipoplásico.

- Retraso de crecimiento pre y postnatal: peso, talla y/o perímetro craneal inferior al percentil 10.
 - Anomalías del sistema nervioso central: retraso mental, irritabilidad, hiperactividad infantil, retraso del desarrollo e hipotonía.
2. *Síndrome de Alcoholismo Fetal Parcial*, cuando no reúne todas las condiciones del síndrome alcohólico fetal, pero presenta problemas de crecimiento, alguna alteración facial o del sistema nervioso central además de antecedentes de exposición al alcohol.
 3. *Trastornos del Neurodesarrollo Relacionados con el Alcohol*, personas que no presentan anomalías faciales ni problemas de crecimiento, pero tienen problemas relacionados con el sistema nervioso como: Problemas de conducta o de aprendizaje, alteración de nervios o del cerebro y discapacidad intelectual.
 4. *Malformaciones Congénitas Relacionadas con el Alcohol*, personas que tienen problemas con la formación y el funcionamiento de sus órganos: corazón, riñón, huesos, problemas visuales y/o auditivos.

La prevalencia en los países occidentales está reconocida entre 0.5 y 2 por cada 1000 nacidos. En España, se habla de 2 por cada 1000 recién nacidos. La prevalencia del conjunto de trastornos de TEAF se estima entre 3 y 5 veces superior a SAF¹⁵.

El diagnóstico resulta complicado, ya que no existe una prueba médica para ello. Por ello es de gran utilidad, el conocimiento de antecedente de consumo de alcohol por parte de la madre¹⁵.

En muchos casos, no aparecen alteraciones físicas, por lo que no se detectan hasta que el niño comienza a ir al colegio, presentando problemas neurológicos, de atención o aprendizaje que es el momento en el que se emplea alguna categoría diagnóstica¹⁵.



Estos trastornos permanecen durante toda la vida y son prevenibles al 100%¹⁴. No existe una cura, pero el tratamiento puede ayudar. El tratamiento incluye medicamentos para ayudar con los síntomas, atención médica para tratar los problemas de salud, terapias educativas y del comportamiento, con seguimientos frecuentes y cambios cuando se consideren necesarios^{2,7}.

4.2 TABACO

El tabaco es una sustancia adictiva, que contiene más de 4000 productos químicos, de los cuales se conoce que 250 son nocivos y más de 50 producen cáncer¹⁶.

El humo del tabaco causa 890.000 muertes prematuras por año. En las mujeres embarazadas ocasiona bajo peso ponderal del recién nacido.

La mayoría de la población no conoce los riesgos para la salud que provoca su consumo¹⁶.

Resulta importante, resaltar que alrededor del 80% de los más de mil millones de fumadores que hay en el mundo residen en países de ingresos bajos o medios, donde es mayor la tasa de morbilidad y mortalidad referida al tabaco¹⁶.

4.2.1 Prevalencia

Se estima que entre un 15 y un 30% de las mujeres fuman durante el embarazo¹¹.



4.2.2 Mecanismo de acción

Los distintos componentes del humo del tabaco atraviesan la barrera placentaria ocasionando los efectos perjudiciales en el feto. El recién nacido queda expuesto directamente a estas sustancias. La nicotina produce una estenosis de los vasos sanguíneos, disminuyendo la perfusión sanguínea al feto, y la de oxígeno y nutrientes. También resulta perjudicial para el cerebro y los pulmones del feto. Este daño es permanente⁷. El monóxido de carbono a su vez reduce la cantidad de oxígeno, dando lugar a recién nacidos de peso y tamaño menor al considerado normal.

4.2.3 Efectos del tabaco en el feto y en el recién nacido en el embarazo

El consumo de tabaco durante el embarazo puede producir tanto en la salud del niño como de la madre, diferentes riesgos⁵.



Tabla 1: Efectos del tabaco en la mujer gestante, en el feto y en el recién nacido.

Efectos del tabaco	
Gestante	Feto y recién nacido
<ul style="list-style-type: none"> -Riesgo de embarazo ectópico. -Rotura prematura de membranas. -Complicaciones placentarias. -Parto pretérmino. -Aborto espontáneo. -A largo plazo, aumenta el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, cáncer, muerte prematura y otros problemas de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> -Riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante. -Riesgo de sufrir patologías respiratorias. -Otitis. -Defectos congénitos. -Estrabismo. -Trastornos de la conducta, del aprendizaje. -Bajo peso al nacer. -Diabetes tipo 2. -Caries. -Adicción en la adolescencia. -Obesidad. -Cáncer en la edad adulta.

Roldán Ruano M. Programa de deshabituación tabáquica para gestantes y sus parejas [Internet]. *Matronas profesión*;2015 [citado 12 abril 2019];16(1):4-9. Recuperado a partir de: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/especial-programa-deshabito-tabaco.pdf>

Una de las manifestaciones más importantes que genera el consumo del tabaco es el bajo peso al nacer¹. El efecto principal del bajo peso al nacer es la hipoxia fetal, ocasionada por un déficit en el aporte de oxígeno debido a que el monóxido de carbono se une a la hemoglobina, formando carboxihemoglobina sin capacidad de oxigenar. Así mismo, desplaza al oxígeno de su lugar de transporte y distribución a los tejidos.



En fumadoras crónicas, existe un mayor déficit de oxigenación de los tejidos. A través del oxígeno transportado por la sangre de la madre, se produce la oxigenación de los tejidos del feto. Para equilibrarlo, el cuerpo responde aumentando el tamaño de la placenta, para así aumentar la superficie de intercambio materno-fetal y la cantidad de oxígeno obtenida por el feto. A su vez, se produce la vasoconstricción de los vasos placentarios junto con la disminución del flujo sanguíneo a nivel del miometrio y de la placenta. Además, el tabaco estimula la liberación de oxitocina y perjudica al metabolismo de la vitamina B12 y C, disminuyendo sus niveles.

4.3 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA DURANTE EL EMBARAZO

La enfermería desempeña un papel importante en este ámbito. Nuestra actitud debe ser aconsejar el abandono del consumo del tabaco totalmente, y en cualquier momento, evitándolo y explicando a la población femenina, en este caso, que estén o que vayan a quedarse embarazadas el riesgo que puede causar en los recién nacidos¹⁷.

En cuanto al hábito para dejar de fumar, según diversos estudios, existen programas de incentivos realizados entre las mujeres fumadoras embarazadas, que mejoran las tasas del abandono del hábito de fumar en las consultas al final del embarazo y en el posparto. Estos incentivos, principalmente se basan en dinero en efectivo o cupones para estimular a las fumadoras al abandono de dicha sustancia y recompensarlos si tienen éxito. Los programas se desarrollan en lugares de trabajo y consultorios, pero también como programas comunitarios¹⁸.



Tanto los incentivos, como la asesoría y los comentarios parecen reducir la tasa de mujeres que fuman al final del embarazo, mientras que de las intervenciones y la educación para la salud no hay evidencia científica actualmente¹⁹.

Las intervenciones psicosociales son efectivas para dejar de fumar, pero se necesitan más estudios que especifiquen cuáles lo son más, cómo funcionan, para quién y cómo deben implementarse^{18,19}.

Para prevenirlo, hay que tener en cuenta, que es importante conocer la población que consume este tipo de sustancias. Por ello, según estudios existen test para valorar la motivación de dejar de fumar aplicando, el test de Richmond, así como el grado de dependencia, Fagerström²⁰.

El test de Fagerström, mide el grado de dependencia a la nicotina²¹, a través de las siguientes preguntas:

- Número de cigarrillos que fuma cada día.
- Qué cigarrillo le molesta más dejar de fumar.
- Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido.
- El tiempo que pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo.
- Si fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que el resto del día.
- Si está enfermo, fuma, aunque tenga que pasarse la mayor parte del día en la cama.



Para determinar la motivación se realiza el test de Richmond²²:

Tabla 2: Test de Richmond

Ítems	Respuesta	Puntos
1. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?	No	0
	Sí	1
2. ¿Cuánto interés tiene usted en dejarlo?	Nada en absoluto	0
	Algo	1
	Bastante	2
3. ¿Intentará usted dejar de fumar en las próximas dos semanas?	Muy seriamente	3
	Definitivamente No	0
	Quizás	1
4. ¿Cuál es la posibilidad de que usted dentro de los próximos seis meses sea un no fumador?	Sí	2
	Definitivamente Sí	3
	Definitivamente No	0
Resultados: -Puntuación menor o igual a 6: baja dependencia. -Puntuación entre 6 y 9: dependencia media. -Puntuación mayor de 10: dependencia alta.	Quizás	1
	Sí	2
	Definitivamente Sí	3
	Definitivamente No	0

Margarita Nebot Tost. Intervención en el tabaquismo en los diferentes ámbitos [Internet]. Manual de Enfermería. Prevención y Rehabilitación Cardíaca. [citado 31 mayo 2019]:51-64. Recuperado a partir de: https://www.enfermeriaencardiologia.com/wpcontent/uploads/cap_02_sec_03.pdf



5.DISCUSIÓN

En un futuro, resulta importante seguir investigando y evaluando sobre la prevalencia de mujeres que verbalizan el consumo de alcohol y tabaco en el embarazo, ya que para la sanidad es un factor clave, porque su objetivo se basa en disminuir los factores de riesgo que puedan producirse durante la gestación tanto en la mujer, como en el feto y el recién nacido.



6.CONCLUSIONES

- El consumo de ambas sustancias genera numerosas consecuencias negativas que afectan al feto y al recién nacido. Mientras que la gran mayoría, aparecen en el desarrollo intrauterino y al nacer, otras se desarrollan en el período de crecimiento del niño.
- No está determinada una cantidad segura de alcohol que la mujer pueda tomar durante el embarazo sin correr ningún riesgo.
- El aumento de la prevalencia de consumo de alcohol en mujeres antes y durante la gestación varía en función del nivel sociocultural, educativo y económico.
- La población femenina, debe adoptar medidas tanto en el momento de quedarse embarazada, como antes y durante este proceso, para prevenir los efectos perjudiciales que desencadenan el consumo de alcohol y tabaco, tanto en sí misma como en el feto.
- La enfermería desempeña un papel importante no sólo en el período del embarazo de la mujer, por los cambios múltiples que sufre el organismo, sino también en la educación para la salud, que debemos establecer como profesionales en el ámbito tóxico.



7.BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez López JA. Unidad docente de Medicina Familiar. Centro de Salud de Santa María del Águila. Almería. Tabaco, alcohol y embarazo en Atención primaria [Internet]. Elsevier; 2000 [citado 12 de abril 2019]; 36(9):321-364. Recuperado a partir de:
<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-tabaco-alcohol-embarazo-atencion-primaria-10022163>
2. Trastornos del espectro alcohólico fetal. CDC [Internet]. 2017 [citado 12 abril 2019]. Recuperado a partir de:
<https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/fasd/alcohol-use.html>
3. Blasco-Alonso M, Cuenca Campos F, Gálvez Montes M, González-Mesa E, Lozano Bravo I, Merino Galdón F et al. Exposición a tabaco, alcohol y drogas de abuso en gestantes. Estudio de prevalencia en gestantes de Málaga (España). Adicciones [Internet].2015 [citado 19 abril 2019];27(2).Recuperado a partir de:
<http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/695>
4. Alcohol y embarazo. CDC [Internet]. 2016 [citado 12 abril 2019]. Recuperado a partir de:
<https://www.cdc.gov/spanish/signosvital/teaf/index.html>
5. Roldán Ruano M. Programa de deshabituación tabáquica para gestantes y sus parejas [Internet]. Matronas profesión;2015 [citado 12 abril 2019];16(1):4-9. Recuperado a partir de:
<https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/especial-programa-deshabito-tabaco.pdf>



6. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. OMS; 2018 [citado 22 abril 2019]. Recuperado a partir de:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
7. ACOG: The American College of Obstetricians and Gynecologists. El tabaco, el alcohol, las drogas y el embarazo [Internet]. 2017 [citado 12 de abril 2019]. Recuperado a partir de:
<https://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/El-tabaco-el-alcohol-las-drogas-y-el-embarazo>
8. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. OMS; 2017 [citado 12 abril 2019]; 95(5):313-388. Recuperado a partir de:
<https://www.who.int/bulletin/volumes/95/5/17-030517.pdf>
9. Dano C, Fournié A, Le Geay F, Lefebvre-Lacoeuille C, Fanello S, Descamps P. Alcohol y embarazo. Elsevier [Internet]. 2013 [citado 12 abril 2019];49(5):1-8. Recuperado a partir de:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1283081X13640813?via%3Dihub>
10. López MB, Arán Filippetti V, Cremonte M. Consumo de alcohol antes y durante la gestación en Argentina: prevalencia y factores de riesgo. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2015 [citado 12 abril 2019];37(4/5):211-7. Recuperado a partir de:
https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v37n4-5/v37n4-5a04.pdf



11. Castillo O, González I, Prieto E, Pérez T, Altemir I, Pablo LE et al. Efectos de la exposición prenatal a alcohol, tabaco y otras drogas de abuso sobre el desarrollo retiniano. ScienceDirect [Internet].2019 [citado 12 abril 2019];94(1):18-24. Recuperado a partir de:
<https://www.elsevier.es/es-revista-archivos-sociedad-espanola-oftalmologia-296-avance-resumen-efectos-exposicion-prenatal-alcohol-tabaco-S0365669118302387>
12. Trastornos del espectro alcohólico fetal (TEAF). MedlinePlus [Internet].2019 [citado 1 mayo 2019]. Recuperado a partir de:
<https://medlineplus.gov/spanish/fetalalcoholspectrumdisorders.html>
13. Popova S, Lange S, Probst C, Shield K, Kraicer-Melamed H, Ferreira-Borges C et al. Actual and predicted prevalence of alcohol consumption during pregnancy in the WHO African Region. Trop Med Int Health [Internet].2016 [citado 12 abril 2019];21(10):1209-1239. Recuperado a partir de:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/tmi.12755>
14. Bonilla García AM, Rodríguez Villar V, Miranda Moreno MD. Trastorno del espectro alcohólico fetal durante el embarazo. Dialnet [Internet]. 2016 [citado 12 abril 2019];(3):197-202. Recuperado a partir de:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6425557>
15. Trastornos del espectro alcohólico fetal. Universidad de Valencia [Internet]. 2019 [citado 3 mayo 2019]. Recuperado a partir de:
<http://www.fundaciouv.es/cudap/index.asp?pagina=895&idioma=cas>
16. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. OMS; 2018 [citado 22 abril 2019]. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>



17. Cahill K, Hartmann-Boyce J, Perera R. Incentives for smoking cessation. Cochrane Library [Internet]. 2015 [citado 12 abril 2019]. Recuperado a partir de:
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004307.pub5/abstract>

18. Aveyard P, Bauld L. Incentives for promoting smoking cessation: what we still do not know. Cochrane Library [Internet]. 2011 [citado 12 abril 2019]. Recuperado a partir de:
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.ED000027/full>

19. Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Porter J, Coleman T, M Perlen S, Thomas J et al. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. Cochrane Library [Internet]. 2017 [citado 12 abril 2019]. Recuperado a partir de:
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001055.pub5/full>

20. Blanco Riopedre Covadonga M, Fernández Fernández Eduardo. Efectividad de un programa de deshabituación tabáquica llevado a cabo en el centro de salud de Tapia de Casariego. Dialnet [Internet]. 2015 [citado 18 mayo 2019]; 3(2):23-34.
Recuperado a partir de:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5109102>

21. Dependencia de la nicotina. Test de Fagerström. Portal de salud Castilla y León [Internet]. 2018 [citado 18 mayo 2019]. Recuperado a partir de:
<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/fagerstrom>



22. De Granda Orive JI, Pascual Lledó JF, Asensio Sánchez S, Solano Reina S, García Rueda M, Martínez Muñoz MÁ et al. ¿Existe una asociación entre el grado de dependencia a la nicotina y la motivación para dejar de fumar? PubMed [Internet].2019 [citado 18 mayo 2019]. Recuperado a partir de:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30316531>