Prevención y abordaje de la exposición al alcohol en el embarazo

Información para profesionales de la salud sobre cómo realizar la identificación e intervención breve sobre el consumo de alcohol durante la etapa preconcepcional, la gestación, el puerperio/postparto y la lactancia materna

Aprobado por la Comision de Salud Pública el 9 de abril de 2025

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD

ESTRATEGIA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN EN EL SNS

Prevención y abordaje de la exposición al alcohol en el embarazo

Información para profesionales de la salud sobre cómo realizar la identificación e intervención breve sobre el consumo de alcohol durante la etapa preconcepcional, la gestación, el puerperio/postparto y la lactancia materna

Aprobado por la Comision de Salud Pública el 9 de abril de 2025

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD

ESTRATEGIA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN EN EL SNS

Referencia sugerida: Ministerio de Sanidad. Prevención y abordaje de la exposición al alcohol en el embarazo. Madrid; 2025.

Aprobado por la Comision de Salud Pública el 9 de abril de 2025

© Ministerio de Sanidad

NIPO: Pendiente de NIPO

Índice

Siglas **6**

1. Resumen ejecutivo **7**

2. Introducción **9**

3. Situación actual de la exposición al alcohol en el embarazo **10**
3.1. Epidemiología y factores asociados 14
3.2. Marco de intervención y principios rectores 18
3.3. Actuaciones en las Comunidades y Ciudades Autónomas 21
3.4. Instrumentos para la detección del consumo de alcohol en gestantes 23

4. Actuaciones e intervenciones / Identificación del consumo de alcohol **24**
4.1. ¿Cuándo, dónde y quién? 24
4.2. ¿A quién? 25
4.3. ¿Cómo abordar la conversación? 25
4.4. ¿Cómo realizar el cribado y la intervención? 27
- Etapa preconcepcional 27
- Durante la gestación 29
- Cribado del consumo de alcohol (y otras drogas) en el embarazo 29
- Intervención en gestantes con consumo de alcohol 34
- Puerperio o postparto, periodo post-natal y lactancia materna 36

5. Aspectos transversales a tener en cuenta **41**

6. Actuaciones a realizar por las administraciones de salud **43**

Anexo I: AUDIT Completo **46**

Anexo II: Pasos de la intervención breve durante la gestación utilizando técnicas de entrevista motivacional **47**

Anexo III: Actuaciones propuestas para las visitas de seguimiento durante la gestación **51**

Referencias bibliográficas **52**

Autoría **68**

Siglas

ASSIST:
Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test o Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias

AUDIT:
Alcohol Use Disorders Identification Test o Prueba de identificación de trastornos debidos al consumo de alcohol (ver Glosario)

AUDIT-C:
versión corta de la prueba AUDIT (ver Glosario)

CCAA:
Comunidades y Ciudades Autónomas

CHOICES:
Changing High-Risk Alcohol Use and Improving Contraception Effectiveness Stud o Cambiar el consumo de alto riesgo de alcohol y mejorar la eficacia de la anticoncepción

EDADES:
Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España

HCE:
Historia Clínica Electrónica

LGTBIQ+:
Lesbianas, Gays, Trans, Bisexuales, Intersexuales, Queer y más

OMS:
Organización Mundial de la Salud

SBI/SBIRT:
SBI - Screening and Brief Intervention / SBIRT - Screening and Brief Intervention and Referral to Treatment). Cribado, Intervención breve y derivación a tratamiento (ver Glosario)

TEAF:
Trastornos del espectro alcohólico fetal

UBE:
Unidad de Bebida Estándar (equivale a 10 gramos de alcohol)

1. Resumen ejecutivo

El objetivo de este documento es proporcionar directrices para los/las profesionales de la salud sobre la identificación y abordaje del consumo de alcohol durante la etapa preconcepcional el embarazo, el puerperio y la lactancia materna. Incluye estrategias de cribado e intervención breve (SBI/SBIRT) para reducir la exposición al alcohol en el embarazo y minimizar sus efectos adversos en la persona gestante y el feto.

El consumo de alcohol en el embarazo es un problema de salud pública con graves consecuencias en el desarrollo fetal, incluyendo los Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF). A pesar de la evidencia sobre los riesgos del consumo de alcohol en la gestación, persisten bajas tasas de percepción del riesgo y un consumo significativo, especialmente en las primeras semanas del embarazo. Hay que tener en cuenta que el consumo está influenciado por los Determinantes Sociales y Comerciales de la Salud, que influyen en la normalización del consumo de alcohol, lo que dificulta su prevención.

El documento recomienda un cribado universal en todas las gestantes y personas en edad fértil mediante cuestionarios como AUDIT-C o ASSIST, que se debe realizar en consultas preconcepcionales, visitas gestacionales y en el puerperio. Si se detecta consumo de alcohol se debe proporcionar una intervención breve que debe ser individualizada (empática y no culpabilizadora), basada en la entrevista motivacional para facilitar el abandono del consumo.

La prevención y el abordaje del consumo de alcohol en el embarazo se debe adaptar a las diferentes etapas de este. En la etapa preconcepcional, promocionado que no se consuma alcohol y con oferta de anticoncepción en personas con consumo de riesgo. Durante la gestación, identificando el consumo y aplicando intervenciones adaptadas. En el puerperio y lactancia materna, conociendo que el alcohol se excreta en la leche materna, afectando el desarrollo del/la bebé y recomendando evitar el consumo de alcohol durante la lactancia.

Es fundamental que las gestantes tengan el apoyo de su pareja y entorno, y la acompañen evitando el consumo de alcohol. Así como generar entornos saludables en los que se favorezca no consumir alcohol.

Las administraciones de salud deben capacitar a los/as profesionales en cribado e intervención breve, además de incluir el cribado en la historia clínica electrónica. Velar por la coordinación con salud mental y servicios sociales para apoyar a gestantes en situación de vulnerabilidad. Y con estrategias de reducción de daños para gestantes que no pueden cesar el consumo.

El consumo de alcohol durante el embarazo es completamente prevenible y requiere un enfoque integral que involucre a los sistemas de salud, los/las profesionales sanitarios, la comunidad y las políticas públicas. La identificación temprana, la intervención breve y la educación sanitaria son herramientas clave para proteger la salud materno-infantil.

2. Introducción

Este capítulo describe la importancia de prevenir y abordar la exposición al alcohol en el embarazo e incluye actuaciones para realizar cribado e intervención breve (SBI/SBIRT – ver Glosario[1]) del consumo de alcohol en la etapa preconcepcional, durante la gestación, el puerperio o postparto y la lactancia materna.

Además, recoge la necesidad de realizar un abordaje integral, incluyendo la valoración de otros estilos de vida y posibles adicciones, e involucrar en las actuaciones a la pareja y al entorno de la persona gestante, si procede.
Las propuestas recogidas en este documento han sido consensuadas por el Grupo de Trabajo para la prevención del consumo de alcohol de la Comisión de Salud Pública, y aprobadas por la Comisión de Salud Pública el 9 de abril de 2025.

En el documento se entiende por **gestante** a toda persona que gesta, incluyendo mujeres, hombres trans y personas no binarias. Así mismo, por **feto** se incluyen todas las etapas de desarrollo gestacional.

1 El Glosario está disponible en la siguiente web del Ministerio de Sanidad: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/alcohol/documentosTecnicos/guiasAlcohol/home.htm

3. Situación actual de la exposición al alcohol en el embarazo

El consumo de alcohol durante el embarazo tiene consecuencias negativas para el correcto desarrollo de la gestación. Aunque existen evidencias históricas de la necesidad de evitar el alcohol durante el embarazo (1, 2), los **efectos teratogénicos** del alcohol no se describieron hasta 1968. El alcohol es un agente teratogénico (3) y puede causar daño permanente en el feto, ya que atraviesa con gran rapidez la placenta dejándolo expuesto a las mismas concentraciones (o incluso superiores) de alcohol en sangre que las de la gestante (4). En la década de 1970 se mencionó por primera vez el Síndrome Alcohólico Fetal (SAF)[2] (5) como una afección dentro de la entidad denominada actualmente como "Trastorno del espectro alcohólico fetal (TEAF)".

TEAF es un término utilizado para agrupar un gran rango de anomalías físicas, mentales, conductuales y cognitivas permanentes que una persona puede presentar cuando ha estado expuesta al alcohol durante su desarrollo prenatal, por el consumo de la gestante durante el embarazo (ampliar definición en Glosario) (6). Estas afecciones son de difícil diagnóstico, tienen repercusiones a nivel físico, del comportamiento e intelectuales, y pueden ser desde leves hasta graves y perdurarán toda la vida. Se traducen en una serie de discapacidades secundarias como problemas de salud mental, fracaso escolar, problemas legales, internamiento en instituciones, conductas sexuales inapropiadas, problemas con el consumo de sustancias, dependencia y dificultad para incorporarse al mundo laboral (7). Además, los cuidados a lo largo de la vida de una persona con TEAF tienen un coste elevado (8).

La exposición fetal a drogas puede producir cambios permanentes en las estructuras y funciones cerebrales (9,10), siendo el alcohol el que produce los mayores daños neurobiológicos (11,12), si lo comparamos con otras sustancias como la cocaína, heroína o marihuana. La exposición al alcohol en el periodo prenatal es una de las principales causas de retraso en el neurodesarrollo en nuestro entorno y es completamente prevenible (6).

El alcohol también afecta a la **salud de la gestante**, ya que es un agente carcinógeno implicado en al menos siete tipos de cáncer, incluido los más incidentes y prevalentes en mujeres: cáncer colorrectal y cáncer de mama,

2 El Síndrome Alcohólico Fetal es la forma más severa del espectro del TEAF.

siendo este último además el que causa mayor mortalidad en mujeres (13). Por otro lado, aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares (14), infecciosas o respiratorias (15). Los factores sociales y culturales de género[3] que afectan a las mujeres, y en gran medida también a las personas que pertenecen a la comunidad LGTBIQ+ (16), contribuyen a los impactos negativos del alcohol a través de un mayor estigma, presión social, influencias comerciales y mayor vulnerabilidad a la violencia sexual y de género (17).

El consumo de alcohol puede afectar a la fecundidad (18) y al **curso del embarazo**, aumentando el riesgo de aborto espontáneo (19), trastornos hipertensivos del embarazo (20), restricción de crecimiento fetal (21) y desprendimiento de placenta (22). También se relaciona con la mortalidad perinatal y posnatal (23,24).

La organogénesis tiene lugar en las primeras 8 semanas del embarazo y generalmente el test de embarazo se realiza cuando el embarazo es de unas 4 semanas aproximadamente. Los estudios que comparan el consumo de alcohol antes y durante el embarazo han demostrado que aproximadamente la mitad de las gestantes dejan de beber una vez que se detecta el embarazo (25,26). De las que no dejan de beber por completo durante el embarazo, la mayoría reduce su consumo de alcohol a niveles semanales mucho más bajos. Sin embargo, es probable que especialmente las gestantes con embarazos no planificados, hayan seguido bebiendo a niveles previos al embarazo durante las primeras semanas del mismo, antes de detectar el embarazo (27).

Además, algunos estudios han observado que el consumo de alcohol por parte del hombre puede afectar su capacidad reproductiva (28), y si se realiza durante el periodo preconcepcional puede tener un impacto en la salud infantil (29,30), relacionado por ejemplo con cardiopatías congénitas (31). Así mismo, el consumo de alcohol durante el embarazo por la pareja puede tener un impacto en el consumo de alcohol de la gestante (30).
Algunas encuestas y estudios internacionales han recogido que algunas gestantes reciben presión social para consumir alcohol, por parte de su pareja, amistades o familiares (32,33).

Por ello, las gestantes y las que desean quedarse embarazadas no deben consumir alcohol durante toda la gestación y desde que se planifica el embarazo. Además, es fundamental que tengan el apoyo de su pareja y entorno, y la acompañen evitando el consumo de alcohol, así como generar entornos saludables en los que se favorezca no consumir alcohol.

3 Para ampliar información ver en Glosario "Género y consumo de alcohol", así como el documento de "Introducción y elementos clave".

» Las gestantes y las personas que desean quedarse embarazadas no deben consumir alcohol durante toda la gestación y desde que se planifica el embarazo.

» Es fundamental que tengan el apoyo de su pareja y entorno, y la acompañen evitando el consumo de alcohol, así como generar entornos saludables en los que se favorezca no consumir alcohol.

El consumo de alcohol también puede afectar negativamente a la lactancia materna, desconociéndose qué nivel de consumo materno de alcohol tiene un riesgo cero o es seguro para el/la lactante (34,35). El alcohol se excreta en la leche materna, en donde alcanza la misma concentración que en sangre (36,37) en un periodo de entre treinta minutos a una hora. La leche materna vuelve a encontrarse libre de alcohol cuando la concentración de alcohol en sangre es cero, por lo que extraer la leche materna no acelera el proceso ni disminuye la concentración en la leche materna restante (36). El consumo de alcohol durante la lactancia puede causar sedación, desmedro, irritabilidad, retraso psicomotor y menor rendimiento cognitivo y académico (38,39,40) y puede depender de la cantidad y cronicidad del consumo de alcohol (41). También se ha asociado a una disminución del rendimiento de la lactancia materna, cesación de lactancia (en los casos de alto consumo en todos los patrones), déficits en el desarrollo psicomotor infantil y alteración del patrón de sueño-vigilia infantil (36), reducción de la producción y el flujo de la leche y deterioro de la función inmune (42). Por ello, la opción más segura es no consumir alcohol durante el periodo de lactancia.

Por último, el puerperio (o postparto) es un momento crítico en el que puede producirse una recaída en el consumo en las gestantes en las que se hubiera detectado un patrón de consumo de riesgo o un trastorno por consumo de alcohol (ver Glosario) previo al embarazo (43).

En la imagen 1 puede verse un resumen de las consecuencias de la exposición al alcohol en la etapa preconcepcional, durante la gestación y el postparto; así como las consecuencias a largo plazo en el niño/a, y en la persona consumidora (gestante) a lo largo de su vida.

Imagen 1: Consecuencias de la exposición al alcohol en la etapa preconcepcional, durante la gestación, el postparto y a largo plazo, para el niño/a y la persona consumidora (gestante)

PRECONCEPCIONAL

Reducción de la calidad de los gametos (óvulos y espermatozoides)

Infertilidad

Alteraciones genéticas y cromosómicas

Fallo de implantación

GESTACIÓN

Alteración de la organogénesis

Aborto espontáneo
Restricción del crecimiento fetal

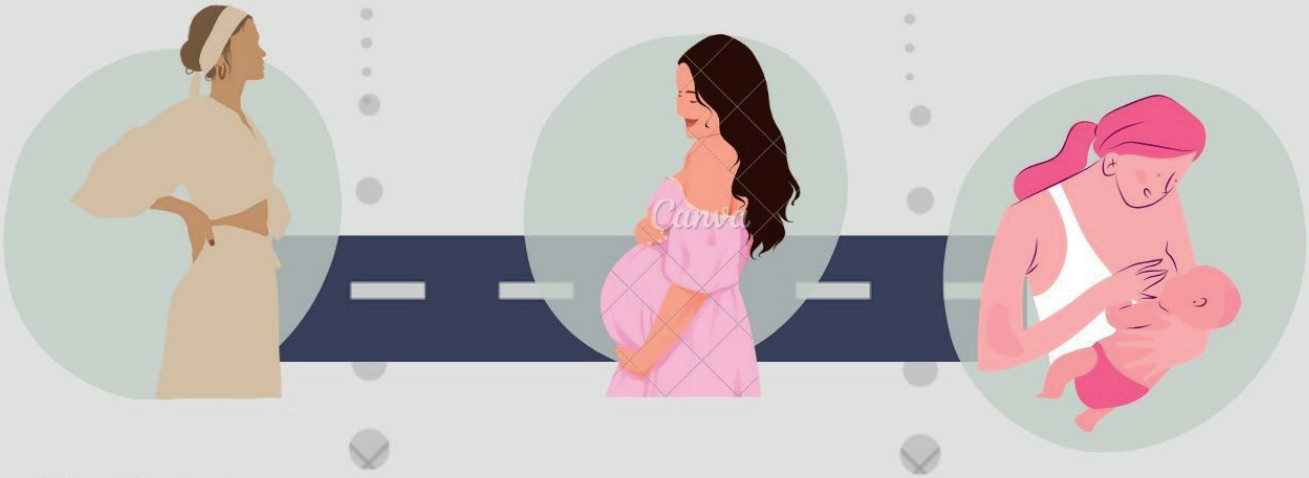
POSTPARTO

Reducción de la producción y flujo de leche materna

Mortalidad perinatal

Daño en el neurodesarrollo

Sedación, irritabilidad, retraso psicomotor....



Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF)

RIESGOS DURANTE EL TRANSCURSO DE LA VIDA

Cáncer de mama, colon, cavidad oral, faringe, laringe, esófago, hígado
Enfermedades infecciosas, cardiovasculares o respiratorias
Lesiones no intencionales (accidentes), autolesiones y violencia

3.1. Epidemiología y factores asociados

El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en España. Según la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) de 2024 realizada a población de 15 a 64 años (44), el 59,7% de las mujeres entre 25 y 34 años, que corresponde con la edad media de maternidad en España (32,6 años[4]), han consumido alcohol en los últimos 30 días. De acuerdo a la encuesta EDADES de 2024, última publicada, la prevalencia de intoxicaciones etílicas se ha reducido tanto en hombres como en mujeres entre 15 y 34 años, alcanzando las mejores cifras desde 2003. A pesar de ser un dato auto reportado, de acuerdo a la encuesta EDADES del año 2022 (45), un 1,6% de las mujeres encuestadas reconocen haber consumido alcohol durante el embarazo en alguna ocasión, suponiendo un incremento respecto a la información reportada en la encuesta de 2020; por lo tanto probablemente suponen una infraestimación de la realidad, tal y como apuntan otros estudios mencionados, pero pueden servir para valorar las tendencias. Así mismo, el Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas recoge la proporción de madres de recién nacidos sanos que refieren no haber consumido alcohol, siendo un 97,9% para el año 2022 (46).

La Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (45) realizada a estudiantes de 14 a 18 años muestra desde 1996 una prevalencia de consumo de alcohol más elevada en mujeres. Esta brecha ha ido aumentando desde 2012, registrándose en 2023 una diferencia de 4,5 puntos porcentuales (73,7% entre los hombres y 78,1% entre las mujeres).

En la siguiente tabla, pueden observarse datos en población general de 15 a 64 años sobre prevalencia de los diferentes tipos de consumo de alcohol (ver Glosario).

4 Instituto Nacional de Estadística. Edad media a la maternidad en España, de todos los nacimientos, para nacionalidad española y extranjera. Año 2023.

Tabla 1. Prevalencias en función del tipo de consumo de alcohol en población de 15 a 64 años, España

	Año	Cantidades Cuantificación	Hombres	Mujeres	Total
Consumo por encima de los límites de consumo de bajo riesgo[5] (47)	2022	< 10 gr/día M < 20 gr/día H	18,1%	20,6%	19.1%
Consumo de riesgo[6] (44)	2024	AUDIT ≥6 en M AUDTI ≥8 en H	7,2%	4,7%	6,0%
Dependencia[7] (48)	2019-2020	AUDIT ≥ 20 en M y H	0,6%	0,1%	0,4%
Consumo en atracón o *binge drinking*[8] en los últimos 30 días (44)	2024	≥ 5 UBEs en H ≥ 4 UBEs en M	20,4%	11,7%	16,0%

M: mujeres; H: hombres // UBE: Unidad de Bebida Estándar

La prevalencia de consumo de alcohol entre las mujeres alcanza más importancia si se considera que, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en España aproximadamente un 20% (IC95% 17-26% - datos para 2015-2019) de los embarazos son no planificados (49), y un 45% en el promedio de la Región Europea de OMS (datos para 2015-2019), con muchas diferencias entre países. Además, este porcentaje aumenta en las franjas de edad más jóvenes (50).

5 Monografía sobre alcohol 2024. Figura 22. Prevalencia de consumo de alcohol por encima o por debajo del nivel considerado de bajo riesgo (hasta 20 g/día (2 UBEs/día) en hombres y 10 g/día (1 UBE/día) en mujeres) en la población de 15-64 años que ha informado de las cantidades de alcohol consumidas, según sexo (%). España, 2022.

6 AUDIT≥8 en hombres y ≥6 en Mujeres en la población de 15- 64 años 6,0% (7,2% en hombres y 4,7% en hombres) Informe EDADES 2024. DGPNSD. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2024_Informe_EDADES.pdf

7 Tabla 52. Prevalencia de posible dependencia al alcohol (AUDIT >20), entre la población de 15 a 64 años que ha contestado la escala AUDIT, según edad y sexo (%). España, 2019/2020. OEDA. Monografía alcohol 2021. Consumo y consecuencias. Ministerio de Sanidad. DGPNSD, 2021. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2021_Monografia_Alcohol_consumos_y_consecuencias.pdf

Además, mientras que la mayoría de las gestantes reducen el consumo durante el embarazo, pero no siempre y no desde el inicio, un estudio realizado a nivel mundial recogía para España una posible prevalencia del consumo de alcohol de un 15,0% (IC95% 5,5 a 27,6%)[9]. Los estudios procedentes de matrices biológicas, que miden metabolitos del alcohol en pelo materno, muestran consumos superiores a los declarados en las encuestas, aumentando incluso esta prevalencia. Según estos marcadores objetivos, únicamente un 35% de las gestantes son abstemias durante todo el embarazo (51).

Es importante también recalcar que el consumo promedio de las personas que pertenecen a la comunidad LGTBIQ+ es mayor (52,53,54) que el de la población general, aunque no hay demasiados estudios nacionales con datos epidemiológicos sobre esta población.

En relación a la **percepción de riesgo**, aunque la mayoría de las gestantes conocen el riesgo que supone el consumo de alcohol para el feto, un estudio realizado en una provincia española muestra que 1 de cada 15 creen que hay algún nivel de consumo de alcohol sin riesgo (55). Este estudio mostraba además, que la percepción de riesgo del consumo de alcohol en gestantes era baja, siendo menor para cerveza y vino, y en personas de menor nivel educativo (55). Esta baja percepción de riesgo también podría extrapolarse a la sidra en algunas regiones.

El consumo está tan normalizado que no se percibe como dañino (56) (por ejemplo, unas cañas el fin de semana), pero la experiencia profesional indica que cuando se informa de los riesgos de ese consumo puntual, la mayoría de gestantes no tienen problema en dejarlo.

Entre los **factores asociados al consumo** de alcohol en la gestación otro estudio español (57) identifica el consumo de alcohol de la pareja, el número de bares en el vecindario en el que viven, la dificultad de acceso a los servicios de salud, así como factores socioeconómicos y obstétricos, o el tabaquismo. En particular las gestantes que fuman o han fumado en el mes previo al embarazo tienen nueve veces más probabilidad de continuar consumiendo alcohol u otras drogas durante el embarazo (58).

8 En el documento de **Límites de Consumo de Bajo Riesgo de Alcohol** se definen los Episodios de consumo intensivo de alcohol o *Binge drinking* como el consumo de ≥ 60 gramos (6 UBEs) en hombres y ≥ 40 o más gramos (4 UBEs) en mujeres, concentrado en una sesión de consumo (habitualmente 4-6 horas), durante la que se mantiene un cierto nivel de intoxicación (alcoholemia no inferior a 0,8 g/l). Sin embargo, para la encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) se considera *binge drinking* al consumo de ≥ 5 UBEs en hombres o ≥ 4 UBEs en mujeres, en la misma ocasión, es decir, seguidas o en un intervalo de dos horas.

9 Popova S, Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. Lancet Glob Health. 1 de marzo de 2017;5(3):e290-9.

Una revisión sistemática de 16 países de 2021 (32) encontraba entre las razones más comunes para consumir alcohol la presión social, la creencia de que sólo el alcohol "fuerte" y el consumo en grandes cantidades era perjudicial, la falta de conciencia de los efectos adversos en el feto, o la superación de experiencias vitales adversas, entre otras .

También está asociado a ser víctimas de violencia (59) y a tener un embarazo no deseado o no planificado (32).

Una revisión sistemática internacional encontró que las razones por las que las gestantes beben ocasionalmente son complejas y están influenciadas por una variedad de factores socioculturales por lo que las estrategias de sensibilización no deben centrarse únicamente en la responsabilidad individual de las gestantes, sino que también deberían dirigirse a un público más amplio y fomentar un entorno socio-estructural más solidario (60). Parte de este desconocimiento se puede explicar por la falta de interés científico en este tema durante gran parte del siglo XX (61), así como por la influencia de los intereses comerciales de la industria de las bebidas alcohólicas.

Esto es especialmente importante en colectivos donde los determinantes sociales de la salud generan las mayores inequidades o en poblaciones donde interseccionan varios ejes de inequidad. La paradoja del daño del alcohol (ver término el Glosario) expresa como las personas que viven en condiciones socioeconómicas más bajas experimentan daños relacionados con el consumo de alcohol en niveles desproporcionadamente mayores respecto a aquellas que viven en condiciones socioeconómicamente menos desfavorecidas, incluso cuando la cantidad de alcohol consumida es igual o menor.

Por lo tanto, prestar atención a los ejes de desigualdad que atraviesan cada gestación, es indispensable para una correcta intervención. Por ejemplo, en el caso de las mujeres gitanas, se observa que consumen lo mismo que las de población general, aunque presentan mayor consumo intensivo en el último año (88,2% vs. 48,5% de población general) (62), y declaran, por ejemplo, peor estado de salud percibido que la población general. Para las personas gestantes de la comunidad LGTBIQ+, muchas veces el acceso a cuidados y sanidad es limitado en esta etapa por las normas sociales que rodean la fertilidad y la gestación (63) lo que, sumado a la carga de consumo de alcohol mayor en esa comunidad, puede suponer una considerable barrera para una gestación saludable.

Muchas de las gestantes que consumen en nuestro país no tienen dependencia (ver Glosario), además, algunos estudios sugieren que la gestación desempeña un papel motivacional crítico y probablemente causal

en la reducción del riesgo de trastorno por consumo de alcohol (ver Glosario) entre las gestantes y, en menor medida, sus parejas (64).

Por ello, la prevención es muy importante, ya que la mayoría de las gestantes deja de beber cuando reciben el consejo sanitario (65).

Es fundamental facilitar la información sobre prevención del consumo de alcohol y la importancia de prevenir la exposición al alcohol en el embarazo desde la infancia y juventud (66), para ello algunas Comunidades y Ciudades Autónomas (CCAA) han desarrollado programas de prevención universal en población adolescente[10] en los que se incluye esta información. Además, es necesario abordar las actuaciones sobre los determinantes sociales/ ambientales mencionadas más arriba.

En relación al TEAF la prevalencia estimada en población general y en subpoblaciones específicas se basa en estudios epidemiológicos y clínicos: varía entre el 0,1-0,2% (a partir de registros clínicos y cuestionarios) y el 4-7% (a partir de algún estudio de prevalencia en países similares al nuestro) estimado en población general y el 50% en adopciones procedentes de países de Europa del Este; no existen datos basados en evaluaciones clínicas en población general ni en otras poblaciones de riesgo (6).

3.2. Marco de intervención y principios rectores (67)

Consumir alcohol no es sólo una decisión individual, también está influenciada por los Determinantes Sociales y Comerciales de la Salud (34) (ver definiciones en el Glosario).

El documento "Introducción y elementos clave para abordar el consumo de alcohol"[11] recoge las áreas de intervención más importantes para reducir el consumo de alcohol y los daños relacionados (subir precios e impuestos, reducir disponibilidad del alcohol, reducir publicidad y marketing) y entre las actuaciones más costo-efectivas, mencionadas encontramos también el cribado/ detección (o *screening*) e intervención breve en relación con el consumo de alcohol en atención primaria y otros entornos. Estas medidas favorecerían la reducción del consumo de alcohol y sus daños en la etapa preconcepcional y durante la gestación, tanto en las personas gestantes como en sus parejas.

10 Programa ARGOS de la Región de Murcia. http://www.argos.e-drogas.es/

11 El documento está disponible en la siguiente web del Ministerio de Sanidad: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/alcohol/documentosTecnicos/guiasAlcohol/home.htm

En 2014 la OMS publicó una guía para la identificación y el tratamiento del consumo de sustancias durante el embarazo (66) dentro de la que se aborda el consumo de alcohol. Recoge 5 principios de gobierno que es importante seguir: 1) Priorizar la prevención, 2) Garantizar el acceso a los servicios de prevención y tratamiento, 3) Respetar la autonomía de la persona, 4) Ofrecer una atención integral y 5) Proteger frente a la discriminación y estigmatización. A su vez esta guía recoge 6 áreas de intervención que incluyen el cribado y la intervención breve (SBI – ver Glosario) en el embarazo, cuyas recomendaciones y la fuerza de estas se recogen en la tabla 2.

Tabla 2. Recomendaciones de la OMS sobre cribado e intervención breve, en relación con el consumo de sustancias y trastornos por consumo de sustancia en el embarazo

Recomendación	Fuerza de la recomendación	Calidad de la evidencia
Los/las profesionales sanitarios deben preguntar a toda gestante sobre su consumo de alcohol y otras sustancias (en el pasado y el presente) lo antes posible durante la gestación y en cada visita de seguimiento antenatal	Fuerte	Baja
Los/las profesionales sanitarios deben ofrecer intervención breve a toda gestante que consuma alcohol u otras drogas	Fuerte	Baja

Imagen traducida de: Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. 2014. OMS. (66)

Las otras 5 áreas de intervención incluidas en la guía de la OMS son: intervenciones psicosociales, programas de desintoxicación o cesación de dependencia de sustancias, tratamiento farmacológico para dependencia de sustancias, lactancia con consumo materno de alcohol y/o dependencia de sustancias y manejo de niño/as expuestos al alcohol y otras sustancias psicoactivas.

Además, la Región Europea de OMS publicó en 2016 el documento "Prevención de daños causados por el alcohol. Revisión rápida de estudios de casos de Estados Miembros" (50) que recoge la evidencia sobre como las intervenciones en el periodo preconcepcional muestran buenos resultados, motivando cambios en los consumos de riesgo y aumentando el uso de anticoncepción. Por lo tanto durante la gestación, se recomienda el cribado a todas las gestantes e intervención breve a las que consumen alcohol, así como incluir a sus parejas (50).

La prevención del TEAF y otros problemas relacionados con la exposición al alcohol en el embarazo (66,68) debe implicar políticas y prácticas integrales y multinivel basadas en la evidencia científica disponible, con servicios y actividades adaptados a las necesidades de las gestantes según el nivel de riesgo, y con atención adecuada a la reducción del estigma.

En 2021-2022 el proyecto FAR SEAS (68,69)(*Fetal Alcohol Reduction and exchange of European knowledge after the Standard European Alcohol Survey* - Reducción del alcoholismo fetal e intercambio de conocimientos europeos tras la encuesta estándar europea sobre alcohol) financiado por la Comisión Europea, recogió recomendaciones para reducir el consumo de alcohol y sus daños durante el embarazo. Dichas recomendaciones se agrupan en diferentes áreas temáticas: políticas, estrategias de comunicación, cribado, intervención breve y derivación a tratamiento, tratamiento y servicios sociales. Destacan entre ellas:

- Respetar la autonomía de las gestantes evitando la discriminación y la estigmatización.
- Realizar cribado universal del consumo de alcohol en mujeres en edad fértil, incluyendo la detección de otros riesgos psicosociales (como la violencia de género).
- Ofrecer intervenciones de apoyo individualizadas, integrales y multidisciplinares para quienes lo requieran, como quienes padecen trastornos por consumo de alcohol (ver Glosario), incluidas las parejas de las gestantes.
- Las políticas para prevenir el TEAF deben ser multicomponente y la comunicación de salud pública debe combinar información sobre los riesgos junto con mensajes motivadores para promover cambios.

En España en 2024 se publicó un documento con las Conclusiones y recomendaciones para potenciar la prevención de la exposición al alcohol en el embarazo (67). Este documento recoge las prioridades y acciones clave que se han abordado durante la reunión del Grupo de trabajo para la prevención del consumo de alcohol, integrado por los y las profesionales designados por las Comunidades y Ciudades Autónomas en la Comisión de Salud Pública y profesionales del Ministerio de Sanidad con motivo de la Conferencia EUFASD de septiembre de 2024 (70). En el documento se solicita a todas las personas e instituciones implicadas colaborar con 4 prioridades:

1. Reconocer como una prioridad de salud pública la prevención de la exposición al alcohol en el embarazo y del Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal

2. Priorizar la promoción de la salud y prevención del consumo de alcohol para mejorar el bienestar de la gestante, sus hijos e hijas, involucrando a la pareja y las personas de su entorno
3. Garantizar el acceso a servicios de prevención y abordaje del consumo de alcohol para prevenir la exposición al alcohol en el embarazo y
4. Proteger frente a la discriminación y estigmatización a las gestantes y lactantes con consumo de alcohol, así como a sus familias

3.3. Actuaciones en las Comunidades y Ciudades Autónomas

A nivel regional en España se realizan actuaciones para favorecer los embarazos libres de alcohol y se utilizan diferentes instrumentos para la detección del consumo de alcohol en gestantes. A continuación, se recogen algunos ejemplos de las actuaciones que se realizan.

En **Andalucía**, disponen de una Guía de ayuda a la asistencia en el Servicio Andaluz de Salud: Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal, así como del documento Proceso Asistencial Integrado: Embarazo, parto y puerperio (71,72).

En **Aragón** se realiza sistemáticamente durante la primera visita en la atención a las gestantes, la pregunta de hábitos tóxicos (alcohol, tabaco y otras drogas) que queda registrada en historia clínica electrónica. En caso de consumo se ofrece asesoramiento y se realiza seguimiento. A su vez se dispone de la Guía Cuídame (73) que se entrega a las gestantes cuando acuden a la consulta de Matronas (Enfermería, Enfermería Especialista Obstetricia-Ginecología).

En **Canarias** disponen de la Guía para el abordaje del consumo de alcohol en estados preconcepcionales, gestantes y madres lactantes publicada en 2021, que propone la utilización del AUDIT C, seguido por el AUDIT (74).

En **Cantabria**, existe un "Protocolo de atención al embarazo y puerperio", actualizado en 2017 (75), en donde se incluye tanto la consulta preconcepcional como el seguimiento del embarazo. En ambas situaciones se pregunta por el consumo de alcohol y otras sustancias, incluyendo el consumo de la pareja, y asesorando o derivando en función del riesgo identificado. Además, está disponible una versión resumida del apartado de consulta preconcepcional para facilitar a profesionales su utilización (76). Existe una "Guía de salud durante el embarazo", actualizada en 2020, que incluye la recomendación de "embarazo = nada de alcohol" (77).

En **Castilla y León** preguntan por las Unidades de Bebida Estándar semanales.

En **Cataluña** promueven dos aproximaciones. Si sólo se quiere abordar el tema del alcohol, el AUDIT-C y si se pretende un abordaje integral del consumo de alcohol y otras drogas el ASSIST[12] (78,79).

En **Galicia** disponen de un documento descriptivo del siguiente proceso asistencial: "Consulta preconcepcional y de atención al embarazo normal"(80), publicado en 2019. En él se indica que se debe de registrar en la historia clínica el consumo de alcohol, tanto en consultas preconcepcionales como prenatales, y se recomienda que se informe a las gestantes de las consecuencias nocivas de este consumo, así como ofrecer programas para dejar de beber. Desde la Dirección general de Salud Pública, con carácter anual, se vienen realizando, desde el año 2019, cursos sobre prevención del consumo de alcohol, en los que se hace hincapié en el consumo de alcohol en mujeres que están planificando el embarazo, dirigidos a profesionales sanitarios de Atención Primaria. Desde 2021, se hace un curso anual específico sobre "Abordaje del consumo de alcohol en el embarazo y la lactancia", dirigido a mejorar las intervenciones de profesionales sanitarios, principalmente de ginecología y matronas, incluido en el plan de formación continuada para profesionales sanitarios.

En la **Región de Murcia** disponen de una herramienta para la detección de riesgos medioambientales[13] que incluye la cuantificación de las Unidades de Bebida Estándar consumidas previa al embarazo, durante el embarazo y por la pareja, denominado Hoja Verde (81).

En la **Comunidad Foral de Navarra**, en la historia clínica electrónica hay un campo de hábitos tóxicos en el que se registra el consumo de alcohol en la consulta preconcepcional y se actualiza en la primera consulta del embarazo, habiendo un seguimiento posterior en las gestantes con consumo de alcohol. Además, a las gestantes se les entregan materiales escritos de estilos de vida saludables, incluyendo uno elaborado por la AESAN sobre "Alimentación segura durante el embarazo", con el consejo de no tomar bebidas alcohólicas, ni productos que lleven alcohol.

12 Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, por sus siglas en inglés *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*) (ver Glosario).

13 Apartados que incluye la Hoja Verde: historia obstétrica-reproductiva, socioeconómicos, medicación y parafarmacia, drogas legales e ilegales, uso de pesticidas, aficiones de riesgo químico, exposiciones laborales, radiaciones ionizantes.

En la **Comunitat Valenciana**, la guía para profesionales de Atención a la salud en el embarazo (82), publicada en 2025, contempla el consumo de alcohol y otras sustancias dentro de la anamnesis sobre los comportamientos en salud, así como su registro en la historia clínica electrónica y la elaboración de un plan de cambio y derivación a los recursos específicos cuando sea necesario.

3.4. Instrumentos para la detección del consumo de alcohol en gestantes

Existen **instrumentos** específicos para **detección de consumo de alcohol en gestantes**. Los autoadministrados suelen tener respuestas más sinceras (43). Entre los diseñados específicamente para población gestante se encuentran, por ejemplo, T-ACE, TWEAK y 5Ps (83). En España se han traducido y validado en población adulta el test AUDIT[14] y AUDIT-C[15], pero no específicamente en gestantes (84,85) y tienen una sensibilidad algo menor en mujeres (ver términos en Glosario). En 2023 un equipo español publicó una revisión (57) de los distintos cuestionarios utilizados para la detección del consumo de alcohol durante el embarazo, así como una comparación entre ellos. Por su parte, la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias del gobierno de los Estados Unidos recomienda adaptar la tercera pregunta de AUDIT-C para el consumo por atracón en mujeres a 4 bebidas o más en una ocasión (43).

De forma global, se obtienen mejores resultados cuando el alcohol se engloba dentro de un cribado de riesgos integral de la gestante (57,86,87). Para realizar todo esto, es clave la formación de los y las profesionales sanitarios (66) (ver documento de Introducción y elementos clave).

14 AUDIT: *Alcohol Use Disorders Identification Test* o Prueba de identificación de trastornos debidos al consumo de alcohol. Consta de 10 preguntas. Ver Anexo I.

15 AUDIT C: Versión corta de la prueba AUDIT. Consta de 3 preguntas.

4. Actuaciones e intervenciones / Identificación del consumo de alcohol

El cribado e intervención breve sobre alcohol y otras drogas es una de las intervenciones priorizadas por OMS y otros organismos internacionales.

4.1. ¿Cuándo, dónde y quién?

Especialmente tan pronto como sea posible y en cada **visita pregestacional**/ preconcepcional (50,66,88), motivando cambios en los consumos de riesgo y promoviendo el uso de anticoncepción en los casos en los que no se busque embarazo (para evitar exposición al alcohol en el posible embarazo de las personas sexualmente activas). Es importante preguntar en cada **visita gestacional**, ya que es más probable que algunas gestantes proporcionen información sensible/personal únicamente cuando se ha establecido una relación sólida de confianza (66), así como preguntar **tras el parto** (89).

El cribado e intervención sobre el consumo de alcohol debería estar incluido en las actividades priorizadas, así como en la cartera de servicios y en los protocolos de atención tanto en atención primaria como hospitalaria, y para todos los perfiles profesionales que abordan el periodo perinatal y la gestación. Además, es fundamental una buena coordinación entre atención primaria y hospitalaria, ya que en ocasiones el número de visitas hospitalarias es elevado, lo que podría reducir o incluso hacer prescindir de las citas en atención primaria, en casos donde son necesarias complementariamente.

Las y los profesionales que realizan el cribado e intervención deben tener conocimiento, experiencia y habilidades personales para escuchar de una forma abierta, sin juicios y de manera confidencial, además de tiempo en las agendas (90) e interés por realizar SBI. Lo ideal es que el cribado y la intervención se realicen el mismo día, pero si no es así, hay que garantizar el seguimiento de la gestante (90). No tiene por qué ser el mismo profesional quien realiza el cribado y la intervención (90).

Cuándo hacer cribado sobre el consumo de alcohol:

1. En cada visita pregestacional/preconcepcional
2. En cada visita gestacional
3. Tras el parto

4.2. ¿A quién?

A todas las gestantes, personas en edad fértil (etapa preconcepcional) y en aquellas con deseo gestacional. Además, se recomienda cribar por el consumo de alcohol durante el puerperio o postparto y durante la lactancia materna.

4.3. ¿Cómo abordar la conversación?

Se debe preguntar sobre el consumo de alcohol a todas las gestantes y personas con deseo gestacional, preferiblemente en el marco de un abordaje integral con tabaco, otras drogas y otros factores de riesgo (como la alimentación poco saludable o inactividad física y sedentarismo) (66,91,92) y valorando incorporar otras cuestiones de salud medioambiental (81)[16].

El embarazo puede ser una ventana de oportunidad para cambiar el patrón de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, ya que las gestantes se muestran más receptivas a realizar cambios en su estilo de vida (93). Sin embargo, también puede suponer una barrera de acceso al tratamiento para aquellas con trastorno por consumo de sustancias. Pueden minimizar o negar el consumo por miedo a ser juzgadas, por el estigma que supone o por posibles repercusiones legales. Por ello es imprescindible crear un vínculo terapéutico adecuado, así como conocer el patrón de consumo de su entorno, para conocer la presión social a la que está sometida la gestante y que puede ser un obstáculo para la abstinencia (17).

El embarazo también es una oportunidad para su pareja y otras personas que viven en el hogar de cambiar sus patrones de consumo de alcohol y de otras sustancias (66).

Las personas que atienden a gestantes con trastornos por consumo de sustancias deben comprender la complejidad de la problemática social, emocional y física para poder ofrecer asesoramiento y apoyo adecuado durante el embarazo y el puerperio (66). Es imprescindible que las y los profesionales implicados en la atención perinatal aborden el consumo de sustancias durante el embarazo de forma empática, formándose y entrenando sus habilidades de empatía, especialmente para manejar conversaciones sensibles. Además de que múltiples estudios han demostrado que la empatía clínica aporta beneficios a las y los pacientes independientemente del motivo de consulta (94), un estudio en atención primaria en España

16 La "Hoja Verde: creando ambientes más saludables durante el embarazo y lactancia" de la Región de Murcia además de lo mencionado recoge información sobre medicación y parafarmacia, uso de pesticidas, aficiones de riesgo químico, exposiciones laborales y radiaciones ionizantes, entre otros.

encontró una asociación entre una mayor empatía y mejores diagnósticos y seguimientos en pacientes con trastorno por consumo de alcohol (95). También es importante emplear un lenguaje adecuado en el que se eviten términos con connotaciones estigmatizantes (Ver Glosario de términos).

En ocasiones, las mujeres pueden recurrir al consumo de alcohol para lidiar con el estrés del rol de cuidadora, situaciones de violencia de género o experiencias traumáticas. Los servicios orientados al trauma parecen lograr mayor adherencia y satisfacción, así como reducción de la recurrencia en quienes reciben las intervenciones, según investigaciones incipientes que se están realizando al respecto (96). Además, el trato humano en estos servicios es crucial para el éxito de la intervención (96,97). Es importante recordar que el embarazo y el puerperio aumentan la vulnerabilidad a la violencia de género. El embarazo puede ser una fuente de estrés añadido, tanto por el malestar físico como por la incertidumbre sobre la salud de la futura criatura. Puede existir mucha culpabilidad por haber consumido alcohol, por lo que es importante enfatizar que la abstinencia aporta beneficios sea cual sea el momento en el que se interrumpa el consumo, siempre se está a tiempo de obtener un beneficio (58).

Cómo abordar la conversación:
- Comprensión de la complejidad de la situación de la gestante
- Con empatía
- Lenguaje adecuado
- Servicios orientados al trauma: trato humano

Recordar, además:
- Crear vínculo terapéutico
- Realizar el cribado con la gestante sola, creando un espacio confidencial
- Explorar el patrón de consumo de su entorno

Abandonar el consumo de alcohol aporta beneficios sea cual sea el momento en que se interrumpe el consumo.

4.4. ¿Cómo realizar el cribado y la intervención?

ETAPA PRECONCEPCIONAL

La etapa preconcepcional se define comúnmente como los tres meses previos a la concepción. Sin embargo, las personas no pueden saber cuánto tiempo puede llevar concebir y un porcentaje de los embarazos no son planificados (98). Por lo tanto, desde una perspectiva de salud pública el concepto es más amplio, definiéndose como cualquier momento durante el curso de la vida reproductiva antes de que ocurra un embarazo (98,99) e incluyendo a todas las personas en edad fértil y a sus parejas. El cuidado o la salud preconcepcional es por lo tanto relevante para cualquier persona que quiera concebir en el futuro y no sólo para quienes activamente están planificando una gestación (98).

Las actuaciones principales se describen a continuación y se resumen en la imagen 2:

» **Cribado e intervención breve** (SBI-SBIRT) del consumo de alcohol y otras drogas en población en edad fértil. Se utilizará como herramienta de cribado del consumo de alcohol el test AUDIT C, seguido del test AUDIT (ver ambos test en Glosario) que detecta tanto consumos de riesgo como consumo perjudicial y dependencia. (*Las actuaciones a realizar se desarrollarán con detalle en el documento de población adulta*[17]).

» **Ofrecer anticoncepción eficaz** para evitar la exposición al alcohol en el embarazo en aquellas personas que no están buscando un embarazo, pero son sexualmente activas (90).

17 El documento de identificación e intervención sobre el consumo de alcohol en población adulta está pendiente de finalizase y estará disponible en la web sobre prevención del consumo de alcohol del Ministerio de Sanidad: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/alcohol/home.htm

Imagen 2: Resumen de las recomendaciones para prevenir la exposición al alcohol en el periodo preconcepcional, desde los servicios sanitarios

Prevenir la exposición al alcohol en el embarazo desde los servicios sanitarios **PERIODO PRECONCEPCIONAL**

¿A quién?

- **Personas en edad fértil**
- Personas con **deseo gestacional y sus parejas**

1. Realizar **cribado e intervención breve** del consumo de alcohol (ver cómo realizar las actuaciones SBI/SBIRT en documento de actuaciones en población adulta* - herramienta de cribado test AUDIT C) y otras drogas.

* *Pendiente de desarrollo*

2. Ofrecer **anticoncepción eficaz** para evitar gestaciones expuestas al alcohol

3. Realizar actuaciones de educación para la salud, campañas y actuaciones comunitarias basadas en la evidencia, para **aumentar el conocimiento** de la población (adolescentes, asociaciones, etc..), coordinadas con otras actuaciones preventivas y de promoción de la salud.

Si la persona tiene deseo gestacional o si existe riesgo de embarazo no planificado, una de las intervenciones más utilizadas y evaluadas es **CHOICES** "Cambiar el consumo de alto riesgo de alcohol y mejorar la eficacia de la anticoncepción" (*Changing High-Risk Alcohol Use and Improving Contraception Effectiveness Study*) que incluye el cribado del consumo de tabaco en la versión CHOICES Plus (50,100,101).

La intervención CHOICES evalúa el riesgo y ofrece opciones, permitiendo a la persona elegir cómo reducir el riesgo de embarazos expuestos al alcohol. Incluye 4 sesiones de entrevista motivacional y un consejo de contracepción. La persona puede elegir entre:

1. Aceptar el acompañamiento del/la profesional sanitario para dejar de consumir alcohol. En este caso se le ofrece:
   - » Intervención conductual integrada para prevenir y reducir la exposición al alcohol en el embarazo, en personas con alto riesgo de exposición al alcohol en el embarazo.
   - » El objetivo de la intervención es aumentar la motivación y el compromiso de las personas que participan para cambiar el consumo de riesgo de alcohol.

2. Seguir consumiendo alcohol. En este otro caso se le ofrecerá el uso de métodos anticonceptivos eficaces, para evitar embarazos no planificados e infecciones de transmisión sexual, y prevenir que se produzca exposición al alcohol en el embarazo.

En los casos en los que exista tanto un consumo muy intenso de alcohol, como cuando exista un trastorno por consumo de alcohol[18] y/o otras drogas, con riesgo de embarazo no planificado (102,103), es importante asegurar el acceso a una anticoncepción eficaz mediante métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (implante subdérmico, inyectables subcutáneos o dispositivos intrauterinos).

Además, resulta fundamental aumentar el conocimiento y la información de la población, incluyendo las personas menores de edad, adolescentes y jóvenes, sobre la importancia de prevenir la exposición al alcohol en el embarazo, realizando entre otras actuaciones de educación para la salud, campañas y actuaciones, basadas en la evidencia y en coordinación con el ámbito comunitario. Todo ello tiene que ir acompañado de intervenciones integrales y otras actuaciones costo-efectivas (ya explicado en la introducción), para que puedan tener un impacto en reducir los daños del alcohol.

18 El Trastorno por Consumo de Alcohol (TCA) incluye tanto el consumo perjudicial como la dependencia de alcohol (ver ambos en Glosario).

DURANTE LA GESTACIÓN

La actuación propuesta para realizar el cribado del consumo de alcohol es utilizar el cuestionario AUDIT-C pero comenzando con las dos primeras preguntas de ASSIST (78,79), como se resumen en la imagen 3. En función de los resultados al realizar el cribado de alcohol, se establecen 4 niveles de riesgo de exposición al alcohol en el embarazo (desde el nivel 0 cuando no se realiza ningún consumo, hasta el 3 cuando el consumo es más elevado), además, se incluye una breve recomendación sobre cómo proceder en caso de existir consumo de otras sustancias o policonsumo.

Cualquier consumo de alcohol durante la gestación es de alto riesgo para el feto. El cribado que se propone, junto con los puntos de corte y niveles que se establecen, tienen el objetivo de facilitar y orientan la intervención en las gestantes, para reducir lo máximo posible el riesgo de exposición al alcohol en el feto.

I. CRIBADO DEL CONSUMO DE ALCOHOL (Y OTRAS DROGAS) EN EL EMBARAZO

1. Crear vínculo terapéutico con la gestante

Para realizar el cribado (78) se creará inicialmente un vínculo terapéutico con la gestante, evitando emitir juicios de valor, mostrando empatía y practicando la escucha activa.

2. Anamnesis completa para explorar factores de riesgo

Se realizará una anamnesis completa explorando posibles factores de riesgo (edad, embarazo no deseado, antecedentes de abuso de sustancias, trastornos psicológicos, conflictos o violencia). El cribado debe realizarse a la gestante sola, creando un espacio confidencial (89).

3. Cribado

Preguntas 1 y 2 del cuestionario ASSIST (104).

19 Otros productos del tabaco han surgido posteriormente a la validación de la prueba y también hay que tenerlos en cuenta: tabaco calentado, cigarrillos electrónicos (vapers), cachimbas, etc. Además, es importante tener en cuenta que todos los productos relacionados con el tabaco son igual de perjudiciales. Pueden ampliar información la Web de Estilos de vida saludable sobre Embarazo y tabaco y sobre los nuevos productos del tabaco (ver infografía).

Se realiza a toda gestante:

1. A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica) – Ver debajo tabla 3 con listado de sustancias.
2. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc.)?

Tabla 3. Listado de sustancias sobre las que realizar las preguntas del cuestionario ASSIST

a	Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.[18])
b	Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)
c	Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)
d	Cocaína (coca, crack, etc.)
e	Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)
f	Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)
g	Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)
h	Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)
i	Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)
j	Otras, especifique

En función de las respuestas a las preguntas 1 y 2 del cuestionario ASSIST, existen tres opciones:

a) Si indica que no consume alcohol o ha dejado de consumirlo durante la gestación, reforzar positivamente la conducta e informar de los daños del consumo de alcohol en el feto y la propia salud de la gestante. Continuar con visitas rutinarias.
Se puede facilitar material de refuerzo.
Se categoriza como Nivel 0 de riesgo de consumo de alcohol.

b) Si indica que consume alcohol, se realizará el test **AUDIT C** y en función del nivel de riesgo hallado, se realizará o no el **test AUDIT completo** (ver página anterior).

c) Si indica que consume otras drogas o realiza policonsumo, puede continuarse el test ASSIST y se recomienda revisar los protocolos regionales existentes y valorar derivación a una unidad especializada. En ausencia de protocolos para policonsumo de drogas en la gestación, realizar actuaciones integrales sobre todas y valorar derivación a servicios especializados; además, se puede beneficiar de la actuación sugerida en el marco de alcohol.

Imagen 3: Resumen de las recomendaciones para prevenir la exposición al alcohol desde los servicios sanitarios durante la gestación

Prevenir la exposición al alcohol **DURANTE LA GESTACIÓN** desde los servicios sanitarios

La **exposición fetal** a drogas puede producir cambios permanentes en las estructuras y funciones cerebrales. El **alcohol produce los mayores daños neurobiológicos.**

1. Crear vínculo terapéutico con la gestante.

Sin emitir juicios de valor, mostrando empatía y haciendo escucha activa. Evitar estigmatizar y recordar la confidencialidad de las conversaciones en la consulta.

2. Anamnesis completa para explorar factores de riesgo

Edad, embarazo no deseado, antecedentes de abuso, trastornos psicológicos, conflictos o violencia...

3. Cribado: Preguntas 1 y 2 del cuestionario ASSIST

1. A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica) – *ver listado en la tabla 3 del protocolo completo*
2. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc.)?

No consumo Nivel 0	Alcohol	Otras drogas/policonsumo
Refuerzo positivo	Realizar Test **AUDIT C** (3 preguntas)	Continuar preguntas ASSIST, ver protocolos de actuación y valorar derivación a atención especializada

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

(0) Nunca
(1) Uno o menos veces al mes
(2) De dos a cuatro veces al mes
(3) De dos a tres veces a la semana
(4) Cuatro o más veces a la semana

2. ¿Cuántas consumiciones haces al día?

(0) Una o dos
(1) Tres o cuatro
(2) Cinco o seis
(3) Siete a nueve
(4) Diez o más

3. ¿Con qué frecuencia tomas 6 o más consumiciones en una sola ocasión?

(0) Nunca
(1) Menos de una vez al mes
(2) Mensualmente
(3) Semanalmente
(4) A diario o casi a diario

Cualquier exposición al alcohol en el embarazo implica un riesgo alto para el feto.

Se definen niveles de riesgo similares a las de población general, para facilitar la intervención en la gestante.

Nivel 1 < 4 puntos	Nivel 2 ó 3 ≥ 4 puntos

Realizar Test **AUDIT Completo** (10 preguntas – 3 minutos)

> 5 y < 13 puntos: Nivel 2
≥ 13 puntos: Nivel 3

4. Niveles de riesgo e intervención

Nivel 0 No consumo	Nivel 1 AUDIT C < 4 puntos	Nivel 2 AUDIT > 5 y < 13 puntos	Nivel 3 AUDIT ≥ 13 puntos Valorar posible dependencia
Refuerzo positivo + visitas rutinarias	**Intervención breve** + visitas rutinarias + información escrita	**Intervención breve** + seguimiento intensivo	**Intervención breve** Atención y coordinación con servicio especializado Tratam. y seguim. intensivo

Realización del test AUDIT C

El AUDIT C se realiza si la gestante indica que realiza consumo de alcohol en las preguntas 1 o 2 del cuestionario ASSIST.

Imagen 4: Preguntas del test Audit C.

1. ¿Con qué frecuencia consumes alguna bebida alcohólica?

(0) Nunca
(1) Uno o menos veces al mes
(2) De dos a cuatro veces al mes
(3) De dos a tres veces a la semana
(4) Cuatro o más veces a la semana

2. ¿Cuántas consumiciones haces al día?

(0) Una o dos
(1) Tres o cuatro
(2) Cinco o seis
(3) Siete a nueve
(4) Diez o más

3. ¿Con qué frecuencia tomas 6 o más consumiciones en una sola ocasión?

(0) Nunca
(1) Menos de una vez al mes
(2) Mensualmente
(3) Semanalmente
(4) A diario o casi a diario

En función de los resultados del AUDIT C, se determina el nivel de riesgo y la intervención que le corresponde, tal como se recoge en la tabla 5.

Tabla 5: Niveles de riesgo e intervenciones propuestas en función de los resultados del test AUDIT C en gestantes

	Resultados	Nivel de riesgo	Intervención
AUDIT C	< 4 puntos	**Nivel 1**	Intervención breve + visitas rutinarias + información escrita
	≥ 4 puntos --- **Realizar AUDIT completo** para evaluar el nivel de riesgo y asignar intervención		

Como se ha comentado más arriba, AUDIT C es un cuestionario validado a nivel internacional para cribado del consumo de alcohol en población adulta, pero durante la gestación el punto de corte no está definido variando en distintas publicaciones (105,106). Teniendo en cuenta que cualquier exposición al alcohol en el embarazo implica un riesgo para el feto, se ha consensuado el punto de corte en 4 puntos para la categoría de riesgo por mantener el mismo que en las recomendaciones actuales para población adulta, y simplificar la intervención y el registro. Además, es el que se utiliza en Cataluña, contando con varios años de experiencia (79) y el propuesto también en la Guía de abordaje del consumo de alcohol en estados preconcepcionales y madres lactantes de Canarias (74).

Realizar el test AUDIT completo

El AUDIT completo (Anexo I) se realizará si la puntuación en el AUDIT C es mayor o igual a 4. En la tabla 6 puede verse en función de los resultados del test AUDIT completo, la clasificación del nivel de riesgo y la intervención propuesta en gestantes.

Tabla 6: Niveles de riesgo e intervenciones propuestas en función de los resultados del test AUDIT completo en gestantes

	Resultados	Nivel de riesgo	Intervención
AUDIT completo	> 5 puntos y < 13 puntos	**Nivel 2**	Intervención breve + seguimiento intensivo
	≥ 13 puntos[19]	**Nivel 3**	- Intervención breve - Coordinación y tratamiento con servicio especializado - Tratamiento y seguimiento intensivo - Valorar posible dependencia

En resumen, las actuaciones de cribado recomendadas para la gestante se recogen en la siguiente tabla:

20 Se establece el punto de corte en 13 puntos del cuestionario AUDIT para establecer un nivel alto de riesgo y una intervención más adaptada e intensiva, mejorando la sensibilidad en la detección de este tipo de consumo en las gestantes con respecto a población general. Con esa puntuación será necesario valorar la existencia de un consumo perjudicial o una posible dependencia (ver Glosario) en la gestante.

Tabla 7: Resumen de las actuaciones de cribado recomendadas en las gestantes así como cuándo deben realizarse y los instrumentos o test recomendados

	Cuándo se realiza	Instrumento
1. Crear vínculo terapéutico con la gestante	A toda gestante	
2. Anamnesis completa para explorar factores de riesgo	A toda gestante	
3. Cribado	A toda gestante	Preguntas 1 y 2 del cuestionario ASSIST
	Si consumo de alcohol	AUDIT C
	Si AUDIT C ≥4	Audit Completo
	Si consumo de drogas/ policonsumo	Continuar con preguntas ASSIST

II. INTERVENCIÓN EN GESTANTES CON CONSUMO DE ALCOHOL [89,90,107,108, 109,110]

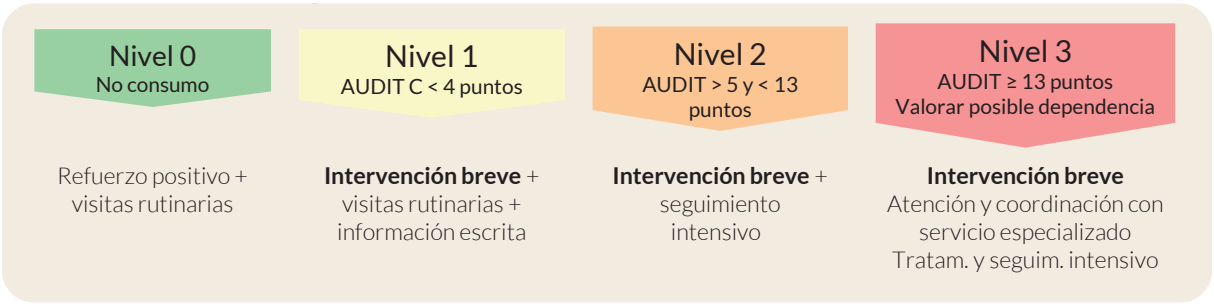
La imagen 5 muestra las intervenciones propuestas a realizar en función del resultado del cribado del consumo de alcohol y el nivel de riesgo de exposición al alcohol en el embarazo. Es necesario tener en cuenta que la intervención en gestantes es diferente a la intervención en otras poblaciones, pues es necesario intensificar la intervención, principalmente porque el consumo de alcohol durante la gestación es de alto riesgo para el feto, y porque se dispone de menos tiempo para intervenir.

La OMS recomienda ofrecer **intervención breve** (ver Glosario) a **toda gestante que consuma alcohol u otras sustancias** (Recomendación fuerte) (66).

» Se trata de una intervención estructurada de corta duración (entre 5 y 30 minutos) que se ofrece con el objetivo de abandonar o reducir el consumo. El enfoque y actitud de la persona que la realice es clave para lograr la mayor efectividad. Las intervenciones han de individualizarse según el contexto de cada gestante.

» Existe gran variabilidad en las consideraciones acerca de cómo deben ser las intervenciones, como muestra un estudio cualitativo realizado en Galicia (111). Al analizarlas percepciones de gestantes y sus parejas, valoraron la información como necesaria, pero consideraron que algunos mensajes eran repetitivos o culpabilizantes, y que faltaba información sobre la influencia de la pareja o posibles parejas. También dieron importancia a la motivación para el cambio, a la supervisión y apoyo psicológico por profesionales y al soporte social por parte de otras mujeres en la misma situación para el abandono o reducción del consumo.

Imagen 5: Intervenciones a realizar en función del nivel de riesgo de exposición al alcohol durante la gestación.



» Es importante pedir permiso, utilizar un lenguaje que no juzgue, plantear las preocupaciones del/la profesional y establecer objetivos (ej. abstinencia, reducción) para discutir en la próxima visita (108).

» En el **Anexo II** se describen los **pasos de la intervención breve** utilizando **técnicas de entrevista motivacional** (ver Glosario). Se recomienda realizar de 1 a 4 sesiones (66), teniendo en cuenta que una sola sesión es insuficiente en algunos casos (112). Si necesitara más de cuatro sesiones, valorar derivación a tratamiento (78,79). Las visitas de seguimiento deben planificarse (90) (ver Anexo III, actuaciones en las visitas de seguimiento).

Un porcentaje muy elevado de las gestantes va a dejar de consumir alcohol, pero en aquellas personas que tengan especial dificultad para abandonar completamente el consumo, se puede valorar un **acompañamiento individual** utilizando también una estrategia de reducción de daños (recursos sobre reducción de riesgos en el uso de sustancias durante la gestación en: https://www.perinatalharmreduction.org/).

PUERPERIO O POSTPARTO, PERIODO POST-NATAL Y LACTANCIA MATERNA [34,113]

El **puerperio (o postparto)** es el proceso fisiológico que comprende desde el final del parto hasta la aparición de la primera menstruación. Su duración aproximada es de 40 días, 6 semanas(114). Este periodo ofrece una nueva oportunidad de identificar e intervenir para reducir los riesgos asociados al consumo de alcohol, y en particular ayudar tanto a las gestantes a gestionar las dificultades del postparto sin recurrir al consumo de alcohol y otras sustancias (113), como a su entorno.

La OMS, así como otros organismos nacionales e internacionales recomiendan la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y a partir de los 6 meses la lactancia materna junto con otros alimentos complementarios hasta los dos años o más, mientras madre e hijo/a lo deseen (115).

En las gestantes en las que se hubiera detectado un patrón de consumo de riesgo o un trastorno por consumo de alcohol (ver Glosario) previo al embarazo, es importante realizar un seguimiento en el puerperio y durante del periodo de la primera infancia de los/las recién nacidos, ya que es un momento crítico en el que puede producirse una recaída en el consumo de la gestante (43). También es necesario en este grupo evaluar la posible existencia o aparición de comorbilidades psiquiátricas (especialmente depresión) tanto en el postparto y periodo post-natal, como durante el embarazo (116).

En relación al puerperio y la lactancia materna la evidencia científica no permite establecer un nivel de riesgo cero o seguro en relación a la cantidad de alcohol consumido por las personas que están dando lactancia materna, por lo que, la opción más segura para los bebés es que las personas lactantes no consuman alcohol.

Se recomienda no consumir tabaco ni productos relacionados, por la propia salud de la persona que consume y por las de su entorno. Concretamente las personas menores de edad y recién nacidos están más expuestos a sufrir los daños del humo de segunda mano y tercera mano, por eso se recomiendan especialmente en estas edades los hogares libres de humo (ver infografía) . Además, el consumo de cannabis durante la lactancia materna podría ser un factor de riesgo de muerte súbita del lactante y se ha asociado a un retraso en el desarrollo motor al año de vida (117,118).

En relación al puerperio y la **lactancia materna** la evidencia científica no permite establecer un nivel de riesgo cero o seguro en relación a la cantidad de alcohol consumido por las personas que están dando lactancia materna, por lo que, la opción más segura para los bebés es que las personas lactantes no consuman alcohol.

Se recomienda no consumir tabaco ni productos relacionados, por la propia salud de la persona que consume y por las de su entorno. Concretamente las personas menores de edad y recién nacidos están más expuestos a sufrir los daños del humo de segunda mano y tercera mano, por eso se recomiendan especialmente en estas edades los hogares libres de humo (ver infografía)[21].

Además, el consumo de cannabis durante la lactancia materna podría ser un factor de riesgo de muerte súbita del lactante y se ha asociado a un retraso en el desarrollo motor al año de vida (117,118).

Las actuaciones principales, recogidas de manera resumida en la imagen 6 serían:

1. **Cribado e intervención breve** (SBI-SBIRT) del consumo de alcohol, siguiendo las recomendaciones en población adulta. Se utilizará como cribado el test AUDIT C, seguido del test AUDIT (ver ambos test en Glosario) que detecta tanto consumos de riesgo como consumo perjudicial y dependencia. (*Las actuaciones a realizar se desarrollarán con detalle en el documento de población adulta*).

2. **Recomendaciones sobre lactancia materna** (35,119,120,121):

    - Dar información sobre los riesgos del consumo de alcohol durante la lactancia materna:
        - El consumo de alcohol durante la lactancia puede producir efectos en el bebé (sedación, retraso psicomotor, menor rendimiento cognitivo o académico, etc.) El alcohol se excreta por leche materna y alcanza la misma concentración que en sangre.
        - Extraer leche no acelera el proceso ni disminuye la concentración de alcohol.
        - En contra de las creencias populares, el alcohol disminuye la secreción de la leche materna.

21 Para ampliar información: Web de Estilos de vida saludable Infancia y tabaco y Por tu familia y amistades

Imagen 6: Prevención de los daños relacionados con el consumo de alcohol durante el puerperio, periodo postnatal y lactancia materna, desde los servicios sanitarios

Prevención de los daños relacionados con el consumo de alcohol durante **PUERPERIO, PERIODO POST-NATAL Y LACTANCIA MATERNA** desde los servicios sanitarios

Es una **oportunidad** para identificar y reducir los riesgos asociados al consumo de alcohol, apoyando a las gestantes a **gestionar las dificultades** del postparto sin recurrir al consumo de alcohol y otras sustancias, así como a su entorno.

1. Realizar **cribado e intervención breve** del consumo alcohol. Herramienta de cribado - test AUDIT C (*ver cómo realizar las actuaciones en documento para población adulta*)* y otras drogas.

* *Pendiente de desarrollo*

Es un momento crítico en el que puede producirse una recaída en el consumo

2. Recomendaciones sobre **lactancia materna**

- El consumo de alcohol durante la lactancia puede producir efectos en el bebé (sedación, retraso psicomotor, menor rendimiento cognitivo, etc.)
- El alcohol se excreta por leche materna y alcanza la misma concentración que en sangre
- Extraer leche no acelera el proceso ni disminuye la concentración
- En contra de las creencias populares el alcohol disminuye la secreción de la leche materna
- En caso de consumir alcohol:
  - Evitar dar el pecho posteriormente a consumir alcohol: al menos 2,5 horas por cada 12 -15 g de alcohol consumidos.
  - Extraer leche antes del consumo para poder darla si el bebé tiene hambre

La opción más segura es no consumir alcohol durante el periodo de lactancia materna

3. Recomendaciones sobre el **cuidado del bebé**

- No se recomienda compartir cama con el bebé (colecho) si se ha consumido alcohol
- Es mejor no consumir alcohol para poder disminuir el riesgo de muerte súbita infantil
- Evitar el consumo para para poder prestarle la máxima atención

- Dar información sobre cómo actuar en caso de consumir alcohol:
  - Extraer leche antes del consumo de alcohol para poder darla si el bebé tiene hambre.
  - El tiempo necesario de espera para amamantar, para que el alcohol ingerido haya desaparecido de leche y sangre (122), depende del peso de la madre (a menos peso, más tiempo) y de la cantidad de alcohol consumido (a más alcohol, más tiempo).
  - Evitar dar el pecho posteriormente al consumo de alcohol:
    - Al menos hasta después de dos horas y media por cada 12 -15 g de alcohol consumidos, como, por ejemplo, aproximadamente un tercio (330 ml) de cerveza 5%, un vaso de 140 ml de vino 11-12% o una copa de 40 ml de licor de 40%[22].
    - El doble de estas cantidades supondría una espera de 5 horas y el triple 7,5 horas, etc. (36,123)

  - Informar sobre los límites de consumo de bajo riesgo[23] y entregar materiales de información.

Imagen 7: Unidades de bebida estándar (UBE) y equivalencias en gramos de alcohol de alcohol puro (1 UBE equivale a 10 gramos de alcohol)

22 Para otros cálculos es posible utilizar la Calculadora "¿Cuánto bebo?. Web de Estilos de Vida Saludable. Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://encuestas.msssi.gob.es/limesurvey/index.php/481849?lang=es

23 Infografía de Límites para un consumo de alcohol de bajo riesgo (10 gramos/día en mujeres y 20/ gramos día en hombres). 2020. Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/alcohol/documentosTecnicos/docs/ConsumoAlcohol_bajoriesgo_Limites.pdf

3. Dar información sobre los cuidados del/la bebé en el postparto:
   - » No se recomienda compartir cama con el/la bebé (colecho) si se ha consumido alcohol (124,125,126).
   - » Es mejor no consumir alcohol para disminuir el riesgo de muerte súbita infantil (127,128).
   - » Si se debe cuidar a un niño o a una niña, se recomienda no consumir alcohol para poder prestarles la máxima atención.

5. Aspectos transversales a tener en cuenta

» **Bebidas 0,0% y sin alcohol:** En relación al embarazo y lactancia, hay que tener en cuenta que todos los tipos de bebidas alcohólicas son también dañinas, incluso el vino y la cerveza.
  » No se recomienda la cerveza "sin" alcohol porque de acuerdo con la legislación (129) contiene una cantidad menor al 1 por 100 en volumen de alcohol (generalmente un 0,6-0,9%)[24].
  » La cerveza 0,0%, aunque no está definida en la legislación y se entiende que no debería contener alcohol, podría tener hasta un 0,04% (130), ya que los procesos de extracción de alcohol no son perfectos.

Este tipo de problemas puede darse con otro tipo de bebidas alcohólicas que incluyen estas denominaciones como 0,0% o "sin" alcohol, entre otras.

» También es importante trasladar la importancia de **cocinar sin alcohol**, ya que los estudios han demostrado que el alcohol puede permanecer (en función del tipo de cocción, bebida alcohólica y el alimento) casi un 50% en productos cocinados durante 25 minutos o un 6% tras 2h30 de cocción (131).

» **Otras bebidas, alimentos o productos**, incluidos medicamentos, pueden incluir alcohol en su composición por lo que se recomienda revisar las etiquetas antes de su consumo.

» **Bebidas energéticas** (ver Glosario): deben evitarse[25] en gestantes y en periodo de lactancia (132). Además el consumo de alcohol mezclado o en combinación con bebidas energéticas conduce a estados subjetivos alterados que, entre otros efectos, incluyen una disminución de la percepción de intoxicación etílica (133), por lo que también deben

24 Según el artículo 9, del Real Decreto 1334/1999, de 31 de julio, por el que se aprueba la Norma general de etiquetado, presentación y publicidad de los productos alimenticios, "Las bebidas con grado alcohólico superior en volumen al 1,2 por 100 deberán incluir la indicación del grado alcohólico volumétrico adquirido". Por tanto, en las bebidas con grado alcohólico igual o inferior en volumen al 1,2 por 100 no será obligatorio incluir la indicación del grado alcohólico.

25 Recomendaciones (132) de consumo de bebidas energéticas. Agencia Española Seguridad Alimentaria y Nutrición. 2024. Evitar su consumo en: niños y niñas, adolescentes, mujeres embarazadas y mujeres en periodo de lactancia, personas con hipertensión o problemas cardiovasculares, personas que padecen alteraciones del sueño. Además de advertir sobre la combinación con bebidas alcohólicas.

evitarse (132). La disminución de la percepción de intoxicación etílica puede aumentar la probabilidad de continuar bebiendo, incrementando los riesgos para la salud que ello conlleva.

» **Otras drogas:** Es importante considerar en todo momento el consumo de otras drogas, además del alcohol. Cabe recordar que otras drogas, como el cannabis (134), pueden afectar también al feto y al recién nacido, y que se excretan en la leche materna. La intervención preventiva ha de tener en cuenta el posible consumo de otras drogas asociado al del alcohol.

6. Actuaciones a realizar por las administraciones de salud

A continuación, se incluyen recomendaciones y actuaciones a realizar por parte de las administraciones de salud, para la gestión y organización de las acciones dirigidas a reducir la exposición al alcohol en el embarazo.

» **Impulsar las actuaciones más costo efectivas** que recomienda OMS (135,136,137) para reducir el consumo de alcohol y sus daños relacionados, realizando incidencia política y colaborando de manera intersectorial: subir precios e impuestos, reducir disponibilidad del alcohol, reducir publicidad y marketing (incluyendo medios digitales, personas creadoras de contenido, etc.) e incluir etiquetado de advertencias en salud en las bebidas alcohólicas, entre otras.

» Es fundamental la **formación y la capacitación continuada** de los y las profesionales en identificación e intervención breve del consumo del alcohol, en particular en (90)

  » Confianza y autosuficiencia, proporcionando información sobre consumo de alcohol en relación al embarazo y SBI/SBIRT (ver Glosario).

  » Técnicas de entrevista: amigable, mostrando interés, escucha y empatía.

  » Teoría y práctica del SBI.

  En el marco del Plan de Capacitación[26] de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS se oferta el curso "**Abordar el consumo de riesgo de alcohol desde atención primaria**" y otros que pueden ayudar al SBI.

» Es esencial la participación activa de todos los y las profesionales de medicina, enfermería, personal administrativo y de gestión, etc. en el diseño e implementación de los programas, asegurando un **abordaje multidisciplinar y multisectorial** (90).

» Es fundamental la creación de **circuitos y protocolos de colaboración** entre el seguimiento obstétrico, los servicios de tratamiento especializado de

26 Ministerio de Sanidad. Plan de Capacitación de profesionales de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/estrategiaSNS/planDeCapacitacion/home.htm

atención a las drogodependencias, salud mental (incluyendo la salud mental perinatal) y servicios sociales, así como otros recursos sociocomunitarios (138,139). Estos circuitos deben establecerse previamente a la implantación de las recomendaciones, de manera que estén disponibles servicios especializados para gestantes con trastornos relacionados con el consumo de sustancias.

- Asímismo, la coordinación con servicios sociales es especialmente relevante en **personas en situación de vulnerabilidad**[27] y aquellos colectivos con más alto riesgo de exposición al alcohol en el embarazo. Se trata de ayudar a la persona y no de fiscalizar, y para ello es necesario crear las condiciones que permitan apoyarle; evitando que solicitar ayuda pueda ser una barrera por las condiciones o las consecuencias legales que puedan tener. También han de tenerse en cuenta las necesidades de cuidado infantil e incluir recursos de tratamiento y residenciales en los que se pueda mantener a la persona gestante junto con sus hijos e hijas. Además, deben considerarse las estrategias de reducción de daños cuando la gestante no puede reducir o abstenerse del consumo de alcohol, ayudando a minimizar los daños del consumo de alcohol durante la gestación y permitiendo que se desarrollen conexiones entre las gestantes y los servicios sociales y de salud (67,141).

- **Inclusión en cartera de servicios** de la detección de consumo de alcohol durante el embarazo.

- Inclusión de los cuestionarios (ASSIST, AUDIT-C y AUDIT) en la **historia clínica electrónica** (HCE), así como la realización de la intervención y registrarla. Además del seguimiento de las gestantes esto puede permitir (90):
  - Calcular la proporción de pacientes con un cribado positivo que reciben intervención.
  - Medir el número de intervenciones realizadas.

- Valoración de las intervenciones de **salud digital** (ver Glosario) para prevenir y abordar la exposición al alcohol en el embarazo, ya que presentan ventajas como la accesibilidad (142), el anonimato y la confidencialidad.

27 Se podría tomar como ejemplo lo referido en la Estrategia Estatal de Derechos de la Infancia y de la Adolescencia (2023-2030) (140), página 20: "situaciones de mayor vulnerabilidad" se trata de situaciones, condiciones y características que se entrelazan, como si de capas superpuestas se tratara, multiplicando la discriminación social, económica, material y política que vive esta infancia, perpetuando la transmisión intergeneracional de la pobreza.

» Se podrían **aprovechar otras actuaciones y programas**, como por ejemplo, las consultas preconcepcionales para recomendar ácido fólico como prevención de malformaciones del tubo neural o en los programas de cribado de cérvix donde se podrían remitir mensajes sobre los riesgos asociados al consumo de alcohol. También en aquellas actuaciones relacionadas con el abordaje de la violencia de género y otras formas de violencia, se podrían realizar actuaciones de cribado de consumo de riesgo de alcohol, por la asociación previamente descrita.

» Creación de una **lista de recursos**[28] para apoyar a las gestantes que necesitan ser referidas para tratamiento (89).

» Elaboración de **materiales informativos** para las pacientes sobre los riesgos de exposición al alcohol en el embarazo, identificación e intervención breve.

» Realizar actuaciones de **seguimiento y evaluación**, incluyendo indicadores sobre la utilización de instrumentos validados (especialmente AUDIT C y AUDIT) y sobre consumo de alcohol, así mismo evaluando los programas para ver si se ha producido una reducción del consumo. Como fuente de información pueden utilizarse los datos de encuestas poblaciones (EDADES) y la información recogida en las historias clínicas.

» Además, es fundamental la coordinación en el **seguimiento precoz de los niño/as cuando se ha producido una exposición** al alcohol en el embarazo, asegurando una intervención temprana y el apoyo tanto al niño/a como a sus familias.

28 Pueden encontrarse recursos para la salud en la aplicación Localiza Salud y también Centros de Atención a las Adicciones en el buscador del Plan Nacional sobre Drogas, ambos del Ministerio de Sanidad.

Anexo I:
AUDIT Completo

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

(0) Nunca
(1) Uno o menos veces al mes
(2) De dos a cuatro veces al mes
(3) De dos a tres veces a la semana
(4) Cuatro o más veces a la semana

2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

(0) Una o dos
(1) Tres o cuatro
(2) Cinco o seis
(3) Siete a nueve
(4) Diez o más

3. ¿Con qué frecuencia consume 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión?

(0) Nunca
(1) Menos de una vez al mes
(2) Mensualmente
(3) Semanalmente
(4) A diario o casi a diario

4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber?

(0) Nunca
(1) Menos de una vez al mes
(2) Mensualmente
(3) Semanalmente
(4) A diario o casi a diario

5. ¿Con qué frecuencia en el curo del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

(0) Nunca
(1) Menos de una vez al mes
(2) Mensualmente
(3) Semanalmente
(4) A diario o casi a diario

6. ¿Con qué frecuencia durante el último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber consumido mucho el día anterior?

(0) Nunca
(1) Uno o menos veces al mes
(2) De dos a cuatro veces al mes
(3) De dos a tres veces a la semana
(4) Cuatro o más veces a la semana

7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

(0) Nunca
(1) Menos de una vez al mes
(2) Mensualmente
(3) Semanalmente
(4) A diario o casi a diario

8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

(0) Nunca
(1) Menos de una vez al mes
(2) Mensualmente
(3) Semanalmente
(4) A diario o casi a diario

9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herida porque usted había bebido?

(0) No
(2) Sí, pero no en el curso del último año
(4) Sí, durante el último año

10. ¿Algún familiar, amistad, médico/a u otro profesional de la salud ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?

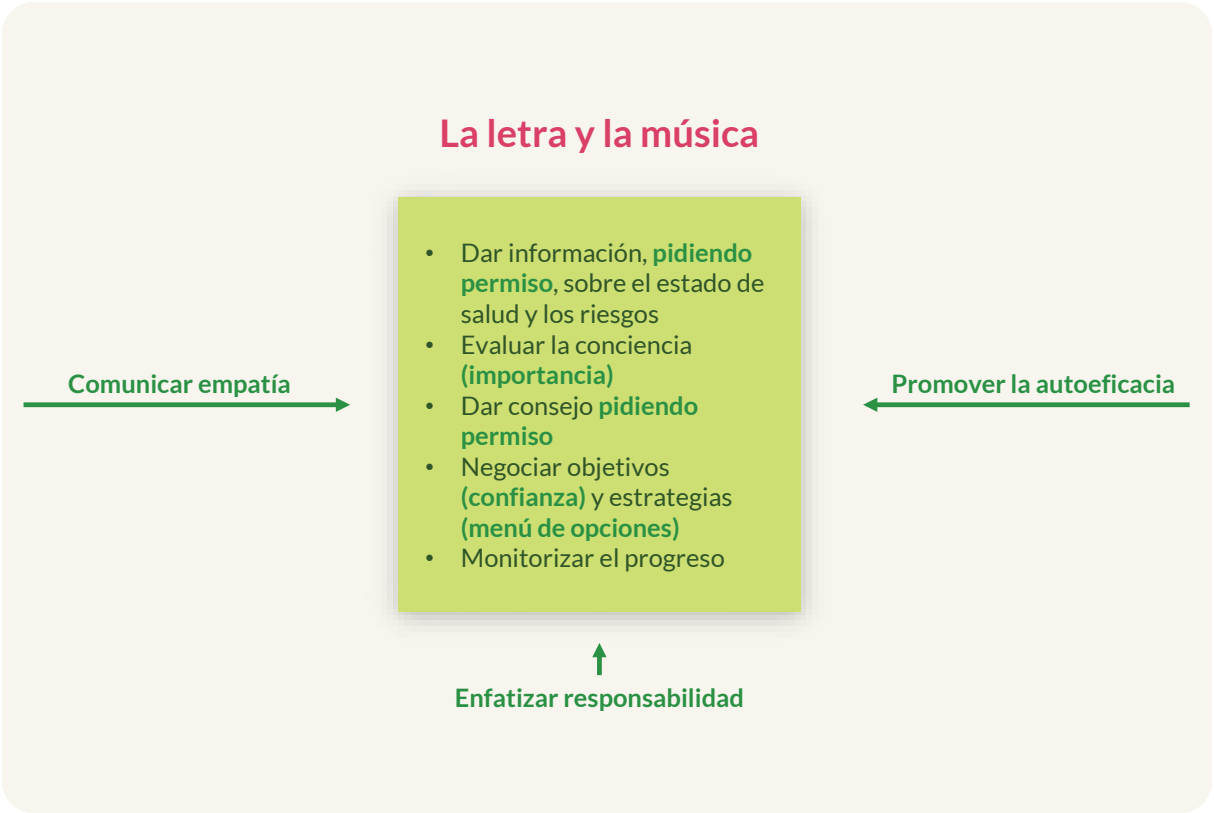
(0) No
(2) Sí, pero no en el curso del último año
(4) Sí, durante el último año

Anexo II: Pasos de la intervención breve durante la gestación utilizando técnicas de entrevista motivacional [89,90]

La entrevista motivacional (ver Glosario) es un estilo de asistencia directa centrada en la persona, para provocar un cambio en el comportamiento ayudando a explorar y resolver ambivalencias. Existen diversas técnicas de entrevista motivacional de cara a dar un consejo de salud, entre ellas están por ejemplo las preguntas abiertas y la escucha reflexiva.

A continuación, se realiza una propuesta de pasos para realizar una intervención breve, utilizando técnicas de entrevista motivacional, basada en modelo **FRAMES**. Esta intervención debe adaptarse en función de la gestante, sus características, así como su situación personal y la de su entorno.

Imagen 8. Imagen sobre elementos a tener en cuenta en intervención breve utilizando técnicas de entrevista motivacional.



F - Feedback (Retroalimentación)

Se brinda retroalimentación personalizada sobre los efectos del comportamiento actual de la persona en su salud, relaciones u otros aspectos importantes. Esto debe hacerse de manera respetuosa, sin juzgar, para que la persona sienta la necesidad de evaluar su comportamiento.

"Quisiera compartirte algunos datos sobre el consumo de alcohol durante el embarazo. Sabemos que incluso pequeñas cantidades pueden afectar el desarrollo de tu bebé, pudiendo causar problemas de salud a largo plazo. ¿Te gustaría que hablemos más sobre esto?"

Aquí, la retroalimentación debe ser clara y factual, pero no debe juzgar ni dar por sentado que la persona ya sabe o no sabe esto. Se hace una invitación abierta a recibir información y hablar del tema, creando un espacio seguro.

R - Responsibility (Responsabilidad)

Se refuerza la idea de que la persona es la única responsable de tomar decisiones sobre su vida y, por lo tanto, del cambio. Enfatizar esta autonomía ayuda a disminuir la resistencia y permite que la persona se sienta empoderada

"Tú tienes la decisión y el control sobre las elecciones que tomas durante el embarazo. Nadie mejor que tú puede decidir lo que es mejor para ti y para tu bebé."

Esta fase enfatiza que la persona es quien tiene la responsabilidad sobre sus decisiones, promoviendo su autonomía y fomentando que sienta control sobre su proceso de cambio. Esto evita que la persona se sienta obligada o presionada a actuar de una cierta manera.

A - Advice (Consejo)

Se ofrece un consejo profesional, cuando sea apropiado, acerca de los beneficios del cambio. Este consejo debe ser dado con sensibilidad y solo cuando la persona esté dispuesto a recibirlo.

"Desde un enfoque sanitario, te recomendaría evitar el consumo de alcohol durante el embarazo para reducir cualquier riesgo para el bebé. Esto puede ser difícil, y si necesitas ayuda o apoyo, estaré aquí para acompañarte."

El consejo debe ofrecerse de manera suave y respetuosa, sin imposición. Al mismo tiempo, se muestra apertura y disposición para brindar apoyo, lo cual hace que el consejo suene menos directivo y más colaborativo.

M - Menu of Options (Menú de Opciones)

Se presentan distintas opciones o alternativas para el cambio, permitiendo que la persona elija la estrategia que mejor se adapte a su contexto y preferencias. Esto reduce la sensación de imposición y da lugar a un enfoque personalizado.

"Podríamos hablar sobre algunas estrategias para reducir o evitar el consumo de alcohol. Por ejemplo, algunas personas encuentran útil sustituirlo por otras bebidas sin alcohol, como el agua con gas, o encontrar nuevas actividades que ayuden a reducir el estrés. ¿Cómo lo ves? ¿Qué cosas crees que te podrían ayudar?"

Aquí se ofrece un menú de alternativas, permitiendo que la persona elija cómo quiere abordar el cambio. Dar opciones reduce la sensación de imposición y permite un enfoque más personal y menos rígido.

E - Empathy (Empatía)

La empatía es fundamental en la entrevista motivacional y, en el modelo FRAMES, el/la entrevistador/a debe expresar una comprensión genuina de los sentimientos y dificultades de la persona. Esto mejora la relación terapéutica y hace que la persona se sienta comprendida y apoyada.

"Entiendo que evitar el consumo de alcohol puede no ser fácil, especialmente si es algo a lo que estabas acostumbrada antes del embarazo o si sientes presión en algunas situaciones sociales. Estoy aquí para apoyarte en lo que necesites y hablar de cualquier desafío que surja."

La empatía es esencial para validar la experiencia y dificultades de la persona. Esto ayuda a que se sienta comprendida y acompañada, disminuyendo la resistencia y fortaleciendo el vínculo de confianza.

S - Self-efficacy (Autoeficacia)

Se busca incrementar la confianza de la persona en su capacidad para lograr el cambio, reforzando sus logros y habilidades previas. Esto es clave para que la persona se sienta capaz de enfrentar el proceso de cambio.

"Seguro que, con las estrategias adecuadas, puedes tomar decisiones que te acerquen a tus objetivos de salud y bienestar para ti y tu bebé. Además, cualquier pequeño paso que decidas tomar ya es un gran logro. ¿Te gustaría que revisemos juntas/os tus próximos pasos?"

Este paso busca reforzar la confianza de la persona en su capacidad para lograr el cambio. Se destaca cualquier progreso y se anima a la persona a pensar en pasos prácticos, siempre celebrando sus logros y apoyando su capacidad para tomar decisiones positivas.

Anexo III: Actuaciones propuestas para las visitas de seguimiento durante la gestación [78]

1. Pudo conseguir y sostener el objetivo:
   - » Felicite y refuerce la conducta.
   - » Promueva la adhesión continuada al plan acordado.
   - » Coordine con la atención especializada si la gestante necesita y acepta derivación.
   - » Coordine con otros servicios si había otros problemas psicosociales.

2. No pudo conseguir su objetivo:
   - » Reconozca que el cambio es difícil, refuerce los esfuerzos para cambiar a la vez que enfatice la recomendación de abstinencia durante el embarazo.
   - » Ayúdela a resolver la ambivalencia (promueva la discrepancia interna).
   - » En caso de que no pueda abstenerse y no se hayan tomado aún las siguientes medidas, tenga en cuenta:
     - » Intensificación del seguimiento y apoyo psicosocial.
     - » Valorar necesidad de tratamiento de desintoxicación o mantenimiento.
     - » Involucrar a sus parejas (siempre previo permiso).
     - » Si la gestante no puede reducir o abstenerse, desarrollo de estrategias de reducción de daños para ella y a su bebé.

Referencias bibliográficas

1) Abel EL. Was the fetal alcohol syndrome recognized by the Greeks and Romans? Alcohol and Alcoholism. 1 de noviembre de 1999;34(6):868-72.

2) Brown JM, Bland R, Jonsson E, Greenshaw AJ. A Brief History of Awareness of the Link Between Alcohol and Fetal Alcohol Spectrum Disorder. Can J Psychiatry. marzo de 2019;64(3):164-8.

3) Streissguth AP, Landesman-Dwyer S, Martin JC, Smith DW. Teratogenic effects of alcohol in humans and laboratory animals. Science. 18 de julio de 1980;209(4454):353-61.

4) Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol | NHMRC [Internet]. 2019 [citado 21 de noviembre de 2019]. Disponible en: https://www.nhmrc.gov.au/about-us/publications/australian-guidelines-reduce-health-risks-drinking-alcohol#block-views-block-file-attachments-content-block-1

5) Jones KennethL, Smith DavidW. RECOGNITION OF THE FETAL ALCOHOL SYNDROME IN EARLY INFANCY. The Lancet. 3 de noviembre de 1973;302(7836):999-1001.

6) García-Algar O, Astals Vizcaino M, González Cochón P y Andreu Fernández V. Informe sobre alcohol, embarazo y trastorno del espectro alcohólico fetal (TEAF) [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/alcohol/embarazo/docs/Informe_AlcoholEmbarazo_TEAF.pdf

7) Popova S, Dozet D, Shield K, Rehm J, Burd L. Alcohol's Impact on the Fetus. Nutrients. 29 de septiembre de 2021;13(10):3452.

8) Popova S, Stade B, Bekmuradov D, Lange S, Rehm J. What do we know about the economic impact of fetal alcohol spectrum disorder? A systematic literature review. Alcohol Alcohol. 2011;46(4):490-7.

9) Ross EJ, Graham DL, Money KM, Stanwood GD. Developmental Consequences of Fetal Exposure to Drugs: What We Know and What We Still Must Learn. Neuropsychopharmacology. enero de 2015;40(1):61-87.

10) Zeng X, Cai Y, Wu M, Chen H, Sun M, Yang H. An overview of current advances in perinatal alcohol exposure and pathogenesis of fetal alcohol spectrum disorders. J Neurodev Disord. 20 de abril de 2024;16:20.

11) Behnke M, Smith VC, Committee on Substance Abuse, Committee on Fetus and Newborn. Prenatal substance abuse: short- and long-term effects on the exposed fetus. Pediatrics. marzo de 2013;131(3):e1009-1024.

12) Fetal Alcohol Syndrome: Diagnosis, Epidemiology, Prevention, and Treatment [Internet]. Washington, D.C.: National Academies Press; 1996 [citado 1 de julio de 2024]. Disponible en: http://www.nap.edu/catalog/4991

13) Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Las cifras del cáncer en España [Internet]. 2023 [citado 8 de abril de 2024]. Disponible en: https://seom.org/images/Las_cifras_del_Cancer_en_Espana_2023.pdf

14) Arora M, ElSayed A, Beger B, Naidoo P, Shilton T, Jain N, et al. The Impact of Alcohol Consumption on Cardiovascular Health: Myths and Measures. Global Heart [Internet]. 22 de julio de 2022 [citado 8 de abril de 2024];17(1). Disponible en: https://globalheartjournal.com/articles/10.5334/gh.1132

15) Morojele NK, Shenoi SV, Shuper PA, Braithwaite RS, Rehm J. Alcohol Use and the Risk of Communicable Diseases. Nutrients. octubre de 2021;13(10):3317.

16) Fish JN, Exten C. Sexual Orientation Differences in Alcohol Use Disorder Across the Adult Life Course. Am J Prev Med. septiembre de 2020;59(3):428-36.

17) Paradis, C., Butt, P., Shield, K., Poole, N., Wells, S., Naimi, T., Sherk, A., &, the Low-Risk Alcohol Drinking Guidelines Scientific Expert Panels. Canada's Guidance on Alcohol and Health: Final Report [Internet]. Canadian Centre on Substance Use and Addiction; 2023. Disponible en: https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2023-01/CCSA_Canadas_Guidance_on_Alcohol_and_Health_Final_Report_en.pdf

18) Fan D, Liu L, Xia Q, Wang W, Wu S, Tian G, et al. Female alcohol consumption and fecundability: a systematic review and dose-response meta-analysis. Sci Rep. 23 de octubre de 2017;7(1):13815.

19) Sundermann AC, Zhao S, Young CL, Lam L, Jones SH, Velez Edwards DR, et al. Alcohol Use in Pregnancy and Miscarriage: A Systematic Review and Meta-Analysis. Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 2019;43(8):1606-16.

20) Iwama N, Metoki H, Nishigori H, Mizuno S, Takahashi F, Tanaka K, et al. Association between alcohol consumption during pregnancy and hypertensive disorders of pregnancy in Japan: the Japan Environment and Children's Study. Hypertens Res. enero de 2019;42(1):85-94.

21) Sabra S, Malmqvist E, Almeida L, Gratacos E, Gomez Roig MD. Differential correlations between maternal hair levels of tobacco and alcohol with fetal growth restriction clinical subtypes. Alcohol. agosto de 2018;70:43-9.

22) Steane SE, Young SL, Clifton VL, Gallo LA, Akison LK, Moritz KM. Prenatal alcohol consumption and placental outcomes: a systematic review and meta-analysis of clinical studies. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1 de diciembre de 2021;225(6):607.e1-607.e22.

23) Strandberg-Larsen K, Nielsen NR, Grønbaek M, Andersen PK, Olsen J, Andersen AMN. Binge drinking in pregnancy and risk of fetal death. Obstet Gynecol. marzo de 2008;111(3):602-9.

24) Strandberg-Larsen K, Grønboek M, Andersen AMN, Andersen PK, Olsen J. Alcohol drinking pattern during pregnancy and risk of infant mortality. Epidemiology. noviembre de 2009;20(6):884-91.

25) Floyd RL, Decouflé P, Hungerford DW. Alcohol use prior to pregnancy recognition. Am J Prev Med. agosto de 1999;17(2):101-7.

26) Kesmodel U, Kesmodel PS, Larsen A, Secher NJ. Use of alcohol and illicit drugs among pregnant Danish women, 1998. Scand J Public Health. 2003;31(1):5-11.

27) Kesmodel US, Kjaersgaard MIS, Denny CH, Bertrand J, Skogerbø Å, Eriksen HLF, et al. The association of pre-pregnancy alcohol drinking with child neuropsychological functioning. BJOG. diciembre de 2015;122(13):1728-38.

28) Nguyen-Thanh T, Hoang-Thi AP, Anh Thu DT. Investigating the association between alcohol intake and male reproductive function: A current meta-analysis. Heliyon. mayo de 2023;9(5):e15723.

29) Chang RC, Wang H, Bedi Y, Golding MC. Preconception paternal alcohol exposure exerts sex-specific effects on offspring growth and long-term metabolic programming. Epigenetics & Chromatin. 22 de enero de 2019;12(1):9.

30) McBride N, Johnson S. Fathers' Role in Alcohol-Exposed Pregnancies: Systematic Review of Human Studies. American Journal of Preventive Medicine. 1 de agosto de 2016;51(2):240-8.

31) Zhang S, Wang L, Yang T, Chen L, Zhao LZ, Wang T, et al. Parental alcohol consumption and the risk of congenital heart diseases in offspring: An updated systematic review and meta-analysis. European Journal of Preventive Cardiology. 2 de octubre de 2019;27:204748731987453.

32) Popova S, Dozet D, Akhand Laboni S, Brower K, Temple V. Why do women consume alcohol during pregnancy or while breastfeeding? Drug and Alcohol Review. 2022;41(4):759-77.

33) Survey reveals pregnant women pressured to drink alcohol - NOFASD Australia [Internet]. 2020 [citado 21 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.nofasd.org.au/information-survey-3/

34) Límites de Consumo de Bajo Riesgo de Alcohol. Actualización del riesgo relacionado con los niveles de consumo de alcohol, el patrón de consumo y el tipo de bebida. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/alcohol/docs/Limites_Consumo_Bajo_Riesgo_Alcohol_Actualizacion.pdf

35) APILAM. e-lactancia.org. [citado 12 de septiembre de 2024]. Alcohol (bebida alcohólica): Nivel de riesgo para la lactancia según e-lactancia.org. Disponible en: http://www.e-lactancia.org/breastfeeding/alcohol-alcoholic-beverage/product/

36) Giglia R, Binns C. Alcohol and lactation: A systematic review. Nutrition & Dietetics. 2006;63(2):103-16.

37) Lawton ME. Alcohol in breast milk. Aust N Z J Obstet Gynaecol. febrero de 1985;25(1):71-3.

38) Backstrand JR, Goodman AH, Allen LH, Pelto GH. Pulque intake during pregnancy and lactation in rural Mexico: alcohol and child growth from 1 to 57 months. Eur J Clin Nutr. diciembre de 2004;58(12):1626-34.

39) Sachs HC, COMMITTEE ON DRUGS, Frattarelli DAC, Galinkin JL, Green TP, Johnson T, et al. The Transfer of Drugs and Therapeutics Into Human Breast Milk: An Update on Selected Topics. Pediatrics. 1 de septiembre de 2013;132(3):e796-809.

40) Little RE, Anderson KW, Ervin CH, Worthington-Roberts B, Clarren SK. Maternal alcohol use during breast-feeding and infant mental and motor development at one year. N Engl J Med. 17 de agosto de 1989;321(7):425-30.

41) Alcohol, breastfeeding, and development at 18 months - PubMed [Internet]. [citado 12 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11986478/

42) Brown RA, Dakkak H, Seabrook JA. Is Breast Best? Examining the effects of alcohol and cannabis use during lactation. J Neonatal Perinatal Med. 2018;11(4):345-56.

43) Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women - NCBI Bookshelf [Internet]. [citado 15 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK83252/

44) Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad. EDADES 2024. Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES) 1995-2024. [Internet]. 2024. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm

45) Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Estadísticas 2024. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2024. 301 p.

46) Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones., Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad. Indicadores clave sobre drogas y adicciones. [Internet]. 2024. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2024_Boletin_PNSD_Indicadores_Clave.pdf

47) Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Monografía alcohol 2024. Consumo y consecuencias. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2024. 120 p.

48) Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad. Monografía alcohol 2021. Consumo y consecuencias. 2021.

49) Unintended pregnancy rate estimate [Internet]. [citado 4 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/SRH_PREGNANCY_UNINTENDED_RATE

50) Schölin L. Prevention of harm caused by alcohol exposure in pregnancy: rapid review and case studies from Member States [Internet]. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2016 [citado 4 de julio de 2024]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/329491?search-result=true&query=&current-scope=10665%2F107132&filtertype_0=dateIssued&filter_relational_operator_0=equals&filter_0=%5B2010+TO+2019%5D&rpp=10&sort_by=score&order=desc&page=32

51) Gomez-Roig MD, Marchei E, Sabra S, Busardò FP, Mastrobattista L, Pichini S, et al. Maternal hair testing to disclose self-misreporting in drinking and smoking behavior during pregnancy. Alcohol. marzo de 2018;67:1-6.

52) Institute of Alcohol Studies. LGBTQ+ People and Alcohol [Internet]. [citado 31 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.ias.org.uk/report/lgbtq-people-and-alcohol/

53) Gil-Borrelli CC, Velasco C, Iniesta C, de Beltrán P, Curto J, Latasa P. Hacia una salud pública con orgullo: equidad en la salud en las personas lesbianas, gais, bisexuales y trans en España. Gac Sanit. 1 de mayo de 2017;31(3):175-7.

54) Gómez-Gil E, Simulionyte E, Balcells-Oliveró M, Valdés M, Salamero M, Guillamón A, et al. Patterns of alcohol, tobacco, and illicit drug use among transsexuals. Adicciones. 1 de julio de 2019;31(3):189-95.

55) Corrales-Gutierrez I, Mendoza R, Gomez-Baya D, Leon-Larios F. Pregnant Women's Risk Perception of the Teratogenic Effects of Alcohol Consumption in Pregnancy. J Clin Med. 25 de junio de 2019;8(6):907.

56) Vila-Farinas A, Pérez-Ríos M, Montes-Martínez A, Ahluwalia JS, Mourino N, Rey-Brandariz J, et al. Perception of pregnant individuals, health providers and decision makers on interventions to cease substance consumption during pregnancy: a qualitative study. BMC Public Health. 9 de abril de 2024;24(1):990.

57) Azurmendi-Funes ML, Sánchez-Sauco MF, López FC i, Aguilar-Ros E, Díaz-Martínez F, Pascual-Pastor F, et al. Revisión de los cuestionarios utilizados para la detección del consumo de alcohol durante el embarazo y la Hoja Verde. Adicciones. 20 de abril de 2022;35(4):493-502.

58) Chasnoff IJ, Neuman K, Thornton C, Callaghan MA. Screening for substance use in pregnancy: A practical approach for the primary care physician. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 1 de marzo de 2001;184(4):752-8.

59) Skagerström J, Chang G, Nilsen P. Predictors of Drinking During Pregnancy: A Systematic Review. Journal of Women's Health. junio de 2011;20(6):901-13.

60) Hammer R, Rapp E. Women's views and experiences of occasional alcohol consumption during pregnancy: A systematic review of qualitative studies and their recommendations. Midwifery. agosto de 2022;111:103357.

61) Sanders JL. Commentary: What might have been: Sullivan may have impacted modern prenatal alcohol research under different circumstances. International Journal of Epidemiology. 1 de abril de 2011;40(2):283-5.

62) Segunda Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana 2014 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación.; 2018 [citado 31 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/comunidadGitana/encuestasNacionales/encuesta2014.htm

63) Kukura E. Reconceiving Reproductive Health Systems: Caring for Trans, Nonbinary, and Gender-Expansive People During Pregnancy and Childbirth. J Law Med Ethics. 50(3):471-88.

64) Edwards AC, Ohlsson H, Svikis DS, Sundquist J, Sundquist K, Kendler KS. Protective Effects of Pregnancy on Alcohol Use Disorder Risk. Am J Psychiatry. 1 de febrero de 2019;176(2):138-45.

65) Popova S, Dozet D, Pandya E, Sanches M, Brower K, Segura L, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions for pregnant women: a systematic literature review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 24 de enero de 2023;23(1):61.

66) World Health Organization. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [citado 16 de abril de 2024]. Disponible en: https://iris.who.int/handle/10665/107130

67) Grupo de Trabajo para la prevención del consumo de alcohol. Conclusiones y recomendaciones para potenciar la prevención de la exposición al alcohol en el embarazo [Internet]. 2024. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/alcohol/embarazo/docs/conclusionesyrecomendaciones_Prevencionalcoholembarazo.pdf

68) Bruguera C, Segura-García L, Okulicz-Kozaryn K, Gandin C, Matrai S, Braddick F, et al. Prevention of alcohol exposed pregnancies in Europe: the FAR SEAS guidelines. BMC Pregnancy and Childbirth. 6 de abril de 2024;24(1):246.

69) Far Seas | Developing & Extending Evidence and Practice with the Standard European Alcohol Survey [Internet]. [citado 21 de marzo de 2025]. Disponible en: https://far-seas.eu/

70) Ministerio de Sanidad. 7a Conferencia de la Alianza Europea frente al TEAF (EUFASD 2024). [Internet]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/alcohol/jornadas/EUFASD2024/home.htm

71) Junta de Andalucía. Trastorno del espectro alcohólico fetal. Guía de ayuda a la asistencia en el SAS. [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/trastorno-del-espectro-alcoholico-fetal-guia-de-ayuda-la-asistencia-en-el-sas

72) Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía. Proceso asistencial integrado embarazo, parto y puerperio, 4a edición [Internet]. 2024. Disponible en: https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/calidad/pai/paginas/pai-embarazo.html

73) Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad. Cuídame. Orientaciones para el comienzo de la vida. [Internet]. 2024. Disponible en: https://www.aragon.es/documents/20127/1650151/Guia_Cuidame_comienzo_vida.pdf/6d8dcdc6-e6ef-0686-3b83-43271dd6bc54?t=1665137674213

74) Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias. Guía para el abordaje del consumo de alcohol en estados preconcepcionales, gestantes y madres lactantes. [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=8036&tipo=documento

75) Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad. Protocolo de atención al embarazo y puerperio. [Internet]. 2017. Disponible en: https://www.

scsalud.es/documents/d/guest/protocolo-atencion-embarazo-y-puerperio-2017-final-29-1-18?download=true

76) Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad. Protocolo de atención al embarazo y puerperio. Consulta preconcepcional. Versión Resumida. [Internet]. 2018. Disponible en: https://www.scsalud.es/documents/d/guest/consulta-preconcepcional-version-resumida-8-junio-2018-ok?download=true

77) Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Cuidados de salud durante el embarazo. 10a Edición. [Internet]. 2020. Disponible en: https://saludcantabria.es/documents/d/guest/10-648-guia-salud-embarazo-2022_02?download=true

78) Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Agència de Salut Pública de Catalunya. Identificació precoç i intervenció breu del consum d'alcohol i altres drogues durant l'embaràs. Guía corta. 2018.

79) Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Agència de Salut Pública de Catalunya. Protocol de seguiment de l`embaràs a Catalunya. 2018.

80) Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade-Servizo Galego de Saúde. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Consulta preconcepcional e de atención ao embarazo normal. Proceso asistencial. [Internet]. 2019. Disponible en: https://extranet.sergas.es/catpb/Publicaciones/DetallePublicacion.aspx?IdPaxina=40008&IDCatalogo=2769

81) Ortega García JA, Sánchez Sauco MF, Jaimes Vega DC, Pernas Barahona A, Cárceles Álvarez A. Hoja verde. Creando ambientes más saludables durante el embarazo y lactancia materna [Internet]. Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica. Murcia, España; 2013 [citado 16 de abril de 2024]. Disponible en: https://pehsu.org/wp/wp-content/uploads/hoja_verde_reproductiva.pdf

82) Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanidad. Atención a la salud en el embarazo. Guía para profesionales. 2025.

83) US Preventive Services Task Force, Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, et al. Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 13 de noviembre de 2018;320(18):1899.

84) Gual A, Segura L, Contel M, Heather N, Colom J. Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. Alcohol Alcohol. 2002;37(6):591-6.

85) Carretero MÁG, Ruiz JPN, Delgado JMM, González CO. Validación del test para la identificación de trastornos por uso de alcohol en población universitaria: AUDIT y AUDIT-C. Adicciones [Internet]. 2 de marzo de 2016 [citado 30 de abril de 2024];28(4):194-204. Disponible en: https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/775

86) Balachova T, Bonner B, Chaffin M, Bard D, Isurina G, Tsvetkova L, et al. Women's alcohol consumption and risk for alcohol-exposed pregnancies in Russia. Addiction. enero de 2012;107(1):109-17.

87) Symon A, Rankin J, Butcher G, Smith L, Cochrane L. Evaluation of a retrospective diary for peri-conceptual and mid-pregnancy drinking in Scotland: a cross-sectional study. Acta Obstet Gynecol Scand. enero de 2017;96(1):53-60.

88) Barry KL. Reducing alcohol-exposed pregnancies; a report of the National Task Force on Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Effect. [citado 4 de julio de 2024]; Disponible en: https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11566

89) Northern New England Perinatal Quality Improvement Network (NNEPQIN). Section 3: Screening for Substance Use During Pregnancy Using SBIRT as a Framework [Internet]. 2018. Disponible en: https://www.nnepqin.org/wp-content/uploads/2018/08/03.-Screening-for-Substance-Use-During-Pregnancy-Using-SBIRT-as-a-Framework-rev08.29.18.pdf

90) CDC's Guide on Planning and Implementing Screening and Brief Intervention for Risky Alcohol Use: Step-by-Step Guide for Primary Care Practices [Internet]. 2021 [citado 16 de julio de 2024]. Disponible en: https://stacks.cdc.gov/view/cdc/26542

91) WHO Regional Office for Europe. Integrated brief interventions for noncommunicable disease risk factors in primary care: the manual: BRIEF project [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058551

92) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta [Internet]. 2015. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/activo/consejoIntegralAP.htm

93) Olander EK, Darwin ZJ, Atkinson L, Smith DM, Gardner B. Beyond the «teachable moment» - A conceptual analysis of women's perinatal behaviour change. Women Birth. junio de 2016;29(3):e67-71.

94) Guidi C, Traversa C. Empathy in patient care: from 'Clinical Empathy' to 'Empathic Concern'. Med Health Care Philos. 2021;24(4):573-85.

95) Pérula-Jiménez C, Romero-Rodríguez E, Fernández-Solana J, Fernández-García JÁ, Parras-Rejano JM, Pérula-de Torres LÁ, et al. Primary Care Professionals' Empathy and Its Relationship to Approaching Patients with Risky Alcohol Consumption. Healthcare (Basel). 19 de enero de 2024;12(2):262.

96) Bartholow LAM, Huffman RT. The Necessity of a Trauma-Informed Paradigm in Substance Use Disorder Services. J Am Psychiatr Nurses Assoc. 2023;29(6):470-6.

97) Bosak J, Messersmith L, Bryer C, Drainoni M, Goodman D, Adams M, et al. «They just looked at me like I was human»: The experiences of parenting women and providers with substance use disorder treatment. J Subst Use Addict Treat. febrero de 2024;157:209240.

98) Smith L, Hilton A, Walker J, Alfred L, Ahankari A, Schölin L. Prevention of alcohol related harm though preconception care: A scoping review of barriers and enablers. Dialogues in Health. 1 de diciembre de 2022;1:100040.

99) Stephenson J, Heslehurst N, Hall J, Schoenaker DAJM, Hutchinson J, Cade JE, et al. Before the beginning: nutrition and lifestyle in the preconception period and its importance for future health. The Lancet. 5 de mayo de 2018;391(10132):1830-41.

100) Velasquez MM, von Sternberg KL, Floyd RL, Parrish D, Kowalchuk A, Stephens NS, et al. Preventing Alcohol and Tobacco Exposed Pregnancies: CHOICES Plus in Primary Care. American Journal of Preventive Medicine. 1 de julio de 2017;53(1):85-95.

101) 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.

102) Hurley EA, Goggin K, Piña-Brugman K, Noel-MacDonnell JR, Allen A, Finocchario-Kessler S, et al. Contraception use among individuals with substance use disorder increases tenfold with patient-centered, mobile

services: a quasi-experimental study. Harm Reduction Journal. 6 de marzo de 2023;20(1):28.

103) Mengel MB, Searight HR, Cook K. Preventing Alcohol-exposed Pregnancies. J Am Board Fam Med. 1 de septiembre de 2006;19(5):494-505.

104) La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): manual para uso en la atención primaria [Internet]. [citado 23 de julio de 2024]. Disponible en: https://iris.who.int/handle/10665/85403

105) Burns E, Gray R, Smith LA. Brief screening questionnaires to identify problem drinking during pregnancy: a systematic review. En: Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet] [Internet]. Centre for Reviews and Dissemination (UK); 2010 [citado 19 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK79648/

106) Dozet D, Burd L, Popova S. Screening for Alcohol Use in Pregnancy: a Review of Current Practices and Perspectives. Int J Ment Health Addict. 2023;21(2):1220-39.

107) Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) [Internet]. 2014 [citado 16 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.samhsa.gov/sbirt

108) Massachusetts Health Promotion Clearinghouse [Internet]. [citado 16 de julio de 2024]. SBIRT: A Step by Step Guide for Screening and Intervening for Unhealthy Alcohol and Other Drug Use. Disponible en: https://massclearinghouse.ehs.state.ma.us/PROG-BSAS-SBIRT/SA3522.html

109) PregnancyModule [Internet]. [citado 16 de julio de 2024]. Disponible en: http://cahsmedia2.uc.edu/host/PregnancyModule/story_html5.html

110) CDC. Alcohol and Pregnancy. 2024 [citado 16 de julio de 2024]. Putting Alcohol SBI into Practice. Disponible en: https://www.cdc.gov/alcohol-pregnancy/hcp/alcoholsbi/in-practice.html

111) Vila-Farinas A, Pérez-Ríos M, Montes-Martínez A, Trinanes-Pego Y, Varela-Lema L. Consideraciones para el diseño e implementación de las intervenciones para la cesación de consumo de tabaco, alcohol y cannabis en el embarazo. Un estudio cualitativo. Aten Primaria. noviembre de 2023;55(11):102732.

112) Joya X, Mazarico E, Ramis J, Pacifici R, Salat-Batlle J, Mortali C, et al. Segmental hair analysis to assess effectiveness of single-session motivational intervention to stop ethanol use during pregnancy. Drug and Alcohol Dependence. 1 de enero de 2016;158:45-51.

113) Board A, D'Angelo DV, von Essen BS, Denny CH, Miele K, Dunkley J, et al. The postpartum period: An opportunity for alcohol screening and counseling to reduce adverse health impacts. J Addict Med. 2023;17(5):528-35.

114) Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Medicina Perinatal. Puerperio normal y patológico. Guía práctica de asistencia actualizada en septiembre 2008 [Internet]. 2008. Disponible en: https://bibliotecavirtual.sego.es/uploads/app/1297/elements/file/file1681377837.pdf

115) Infant and young child feeding [Internet]. [citado 20 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding

116) Alcohol. En: Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Internet]. Bethesda (MD): National Institute of Child Health and Human Development; 2006 [citado 20 de septiembre de 2024]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501469/

117) Comité De Salud Medioambiental Asociación Española De Pediatría. Cannabis durante el embarazo y lactancia: una crisis silenciosa para el cerebro en desarrollo. Toma de posición. [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/cannabis_durante_el_embarazo_y_lactanciaaep6.pdf

118) Josan C, Shiplo S, Fusch G, Raha S, Shea AK. Cannabis use during lactation may alter the composition of human breast milk. Pediatr Res. junio de 2023;93(7):1959-68.

119) Mullane P, O'Mahony MT. P302 Alcohol consumption & breastfeeding: a review of the evidence. Archives of Disease in Childhood. 1 de junio de 2019;104(Suppl 3):A277-8.

120) Canada PHA of. Breastfeeding your baby [Internet]. 2002 [citado 18 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.canada.ca/en/public-health/services/child-infant-health/breastfeeding-infant-nutrition.html

121) Paradis, C., Butt, P., Shield, K., Poole, N., Wells, S., Naimi, T., Sherk, A., &, the Low-Risk Alcohol Drinking Guidelines Scientific Expert Panels. Canada's

Guidance on Alcohol and Health: Final Report [Internet]. Canadian Centre on Substance Use and Addiction; 2023. Disponible en: https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2023-01/CCSA_Canadas_Guidance_on_Alcohol_and_Health_Final_Report_en.pdf

122) Ho E, Collantes A, Kapur BM, Moretti M, Koren G. Alcohol and breast feeding: calculation of time to zero level in milk. Biol Neonate. 2001;80(3):219-22.

123) Koren G. Drinking alcohol while breastfeeding. Will it harm my baby? Can Fam Physician. enero de 2002;48:39-41.

124) Blair PS, Ball HL, McKenna JJ, Feldman-Winter L, Marinelli KA, Bartick MC, et al. Bedsharing and Breastfeeding: The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol #6, Revision 2019. Breastfeeding Medicine. enero de 2020;15(1):5-16.

125) Baby Friendly Initiative [Internet]. [citado 12 de septiembre de 2024]. Co-sleeping guide for health professionals | The Baby Friendly Initiative. Disponible en: https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/sleep-and-night-time-resources/co-sleeping-and-sids/

126) Landa Rivera L, Díaz-Gómez M, Gómez Papi A, Paricio Talayero JM, Pallás Alonso C, Hernández Aguilar MT, et al. El colecho favorece la práctica de la lactancia materna y no aumenta el riesgo de muerte súbita del lactante: Dormir con los padres. Pediatría Atención Primaria. marzo de 2012;14(53):53-60.

127) Jullien S. Sudden infant death syndrome prevention. BMC Pediatr. 8 de septiembre de 2021;21(Suppl 1):320.

128) Moon RY, TASK FORCE ON SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Evidence Base for 2016 Updated Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. Pediatrics. noviembre de 2016;138(5):e20162940.

129) Real Decreto 678/2016, de 16 de diciembre, por el que se aprueba la norma de calidad de la cerveza y de las bebidas de malta. [Internet]. jun 20, 2020. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2016-11952

130) Pascual Pastor F, Varo Galvañ P, Fenollar Belda J. Contenido alcohólico de las bebidas "Sin alcohol". Adicciones; Vol 12, Núm 3 (2000) [Internet]. 15 de septiembre de 2000; Disponible en: http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/643

131) Augustin J, Augustin E, Cutrufelli RL, Hagen SR, Teitzel C. Alcohol retention in food preparation. J Am Diet Assoc. abril de 1992;92(4):486-8.

132) AESAN. Ministerio de Consumo. Recomendaciones sobre el consumo de bebidas energéticas. 2022; Disponible en: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/noticias_y_actualizaciones/noticias/2022/recomendaciones_bebidas_energeticas.htm

133) Caffeinated energy drink consumption among adolescents and potential health consequences associated with their use: a significant public health hazard - PubMed [Internet]. [citado 3 de mayo de 2024]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28845841/

134) Hayer S, Mandelbaum AD, Watch L, Ryan KS, Hedges MA, Manuzak JA, et al. Cannabis and Pregnancy: A Review. Obstet Gynecol Surv. julio de 2023;78(7):411-28.

135) Paquete técnico SAFER de la Organización Mundial de la Salud. Un mundo libre de los daños relacionados con el alcohol. [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019 [citado 3 de diciembre de 2020]. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/51867

136) Towards an action plan (2022 - 2030) to effectively implement the Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. [Internet]. World Health Organization; 2022. Disponible en: https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/alcohol-drugs-and-addictive-behaviours/alcohol/our-activities/towards-and-action-plan-on-alcohol

137) WHO Regional Office for Europe. Turning down the alcohol flow. Background document on the European framework for action on alcohol, 2022–2025 [Internet]. 2022. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/361975/WHO-EURO-2022-5991-45756-65835-eng.pdf?isAllowed=y&sequence=1

138) Breen C, Awbery E, Burns L. Supporting Pregnant Women who use Alcohol or other Drugs: a review of the evidence. Canberra: National Drug and Alcohol Research Centre. 2014;

139) National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Pregnancy and Complex Social Factors: A Model for Service Provision for Pregnant Women with Complex Social Factors [Internet]. London: RCOG Press; 2010 [citado 6 de septiembre de 2024]. (National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance). Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK62615/

140) Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Estrategia Estatal de Derechos de la Infancia y de la Adolescencia (2023-2030) [Internet]. 2023. Disponible en: https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=8314&tipo=documento

141) Cand FASD, Centre of Excellence for Women´s health. 10 fundamental components of FASD prevention from a women's health determinants perspective. 2022 update to the 2010 Consensus Statement. [Internet]. 2022 [citado 30 de julio de 2024]. Disponible en: https://canfasd.ca/wp-content/uploads/publications/Consensus-Statement-10-Fundamental-Comonents-of-FASD-Prevention.pdf

142) van der Wulp NY. Zero for nine: reducing alcohol use during pregnancy via health counselling and Internet-based computer-tailored feedback. Maastricht: Maastricht University; 2016.

Autoría

Subgrupo de trabajo para abordar para abordar el espectro del consumo de alcohol

De Comunidades y Ciudades Autónomas

Gema Bonera Somohano. Comunidad Autónoma de Asturias.
Elena Sánchez Huerta. Comunidad Autónoma de Asturias.
Mónica Elías Sancirián. Comunidad Autónoma de Castilla y León
Carla Bruguera Soler. Comunidad Autónoma de Cataluña

De Sociedades Científicas

Daniel Giménez Lorente. Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)
Marta Lima Serrano. Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)
Yolanda Rodríguez Vieira. Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria (FAECAP)
Francisco Camarelles Guillem. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (semFYC – PAPPS)
Rodrigo Cordoba García. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (semFYC – PAPPS)
Vicente Gasull Molinera. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)
Verónica Olmo Dorado. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)
Hugo López Pelayo. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías (SOCIDROGALCOHOL)
Pablo Estrella Porter. Sociedad Española de Salud Pública (SESPAS)
Albert Espelt Hernàndez. Sociedad Española de Epidemiología (SEE)
Araceli Calle Martínez. Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario de Móstoles.

Específicamente para el documento

Andrea Vila Fariñas. Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME)
M. Dolores Gómez Roig. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)

Anna Suy Franch. Sección de Medicina Perinatal (SEMEPE) de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)

Revisado por el Grupo de trabajo para la prevención del consumo de alcohol de la Comisión de Salud Pública

Maria Dolores Fernández Pérez. Comunidad Autónoma de Andalucía
Ricardo Manuel Moreno Ramos. Comunidad Autónoma de Andalucía
José Antonio González Fernández. Comunidad Autónoma de Asturias.
Inmaculada García Fernández. Comunidad Autónoma de Asturias.
Elena Sánchez Huerta. Comunidad Autónoma de Asturias.
Carmen Baranguan Badia. Comunidad Autónoma de Aragón
Ana Clavería Tabuenca. Comunidad Autónoma de Aragón
Elena Tejera Rife. Comunidad Autónoma de Baleares
Cristina Mayol Auetglas. Comunidad Autónoma de Baleares
Maria Eugenia Janer Dorce. Comunidad Autónoma de Baleares
Noelia Selles Carpena. Comunitat Valenciana
Mª Jesús Mateu Aranda. Comunitat Valenciana
Ángel Rodríguez Palmero. Comunidad Autónoma de Canarias
María del Carmen Diego Santamaría. Comunidad Autónoma de Cantabria
Carlos Alonso Sanz. Comunidad Autónoma de Castilla La-Mancha
Susana Redondo Martín. Comunidad Autónoma de Castilla y León
Begoña Gonzalez Bustillo. Comunidad Autónoma de Castilla y León
Joan Colom Segura. Comunidad Autónoma de Cataluña
Lidia Segura García. Comunidad Autónoma de Cataluña
Cleopatra R´Kaina Liesfi. Ciudad Autónoma de Ceuta
Dolores Naranjo Fernández. Ciudad Autónoma de Ceuta
Africa Guerrero Rodriguez. Ciudad Autónoma de Ceuta
Catalina Cuello de Oro González. Comunidad Autónoma de Extremadura
Guadalupe Llera Alonso. Comunidad Autónoma de Extremadura
Miriam Otero Requeijo. Comunidad Autónoma de Galicia
Amparo Miranda Viñuelas. Comunidad Autónoma de Madrid
Elisa Freijo Corbeira. Comunidad Autónoma de Madrid
Teresa Lopez Gonzalez. Comunidad Autónoma de Madrid
Soledad Saez Martínez. Comunidad Autónoma de Madrid
Dolores Millet Briceño. Ciudad Autónoma de Melilla
Olga Monteagudo Piqueras. Comunidad Autónoma de Murcia
Irene Morales Loro. Comunidad Autónoma de Navarra
Itzal Puchol Martínez. Comunidad Autónoma de Navarra
Julen Argintxona Badiola. Comunidad Autónoma de País Vasco
María Fernández Quiñones. Comunidad Autónoma de La Rioja
Gemma Cestafe Rodríguez. Comunidad Autónoma de La Rioja
María Puy Martínez Zárate. Comunidad Autónoma de La Rioja

Juan Carlos González Luque. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas
Ina Hristova. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas
María del Carmen Ruiz Rodríguez. INGESA Ceuta
Jorge Justo Lopez Moreno. INGESA Melilla

Coordinación

(Área de Prevención. Subdirección General de Promoción, Prevención y Equidad en Salud. Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud. Ministerio de Sanidad)
Inés Zuza Santacilia
Soledad Justo Gil

Araceli Calle Martínez. Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario de Móstoles.
Ilan Cultrera Rozowski. Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitari i Politècnic La Fe.
Sheila Santisteban Farfan. Residente de Higiene y Medicina Preventiva en la Università degli Studi di Milano.
Almudena Núñez Fernández-Shaw. Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Clínico Universitario de Valencia

Revisado por

Miryam Triana Junco y María Terol Claramonte del Área de Infancia y Mujer. Christine Schwarz. Área de Promoción y Equidad en Salud a través de la Encomienda de Tragsatec. Unidad de prevención del Tabaquismo. Subdirección General de Promoción, Prevención y Equidad en Salud. Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud. Ministerio de Sanidad

Diseño gráfico y maquetación: Cristina Coll Fernández (a través de la Encomienda de Tragsatec)

Prevención y abordaje de la exposición al alcohol en el embarazo

Información para profesionales de la salud sobre cómo realizar la identificación e intervención breve sobre el consumo de alcohol durante la etapa preconcepcional, la gestación, el puerperio/postparto y la lactancia materna

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD

ESTRATEGIA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN EN EL SNS