

USO DEL ALCOHOL Y RESULTADOS REPRODUCTIVOS

MsC. María del Carmen Morales Suárez¹. MsC. Jorge Luis Morales Suárez².,

1. Policlínico "Cesáreo Sánchez", Calle 54 #904 e/ 9 y 11
Pedro Betancourt, Matanzas, Cuba..

2. FUM "Jesús Herrera Rodríguez", Calle: # 29 entre 18 y 20 ,
Pedro Betancourt, Matanzas, Cuba. jorge.morales@umcc.cu



Resumen

Estudios realizados han revelado que, en 1982, 1/3 de las mujeres del país eran alcohólicas comparado con solo el 12,5% en 1950. el 73% de las mujeres entre 12-34 expusieron a sus fetos al alcohol en algún momento del embarazo. Las razones para este dramático incremento son complejas, pero los efectos adversos de estos cambios en la conducta de las mujeres tomadoras sobre los resultados reproductivos son concordantes.

El abuso del alcohol durante el embarazo es reconocido como la tercera causa de retraso mental después de los defectos del tubo neural y el Síndrome de Down. De estas causas solo las relacionadas con el alcohol pueden prevenirse completamente.

Lo anteriormente señalado motivó la revisión del tema para realizar un trabajo de divulgación en la población femenina de nuestra comunidad con una proyección preconcepcional que incida de manera activa en los resultados reproductivos.

Palabras claves: *alcoholismo, Síndrome fetal alcohol*

Desarrollo

Desde la antigüedad las mujeres han sido prevenidas del consumo de alcohol durante el embarazo. Si estas precauciones han sido debidas a la observación de defectos en niños nacidos de madres tomadoras o el resultado de una prohibición social contra las mujeres tomadoras es muy debatido. En el siglo XIX se sugirió por primera vez la relación entre madres tomadoras y resultados reproductivos después de observar en mujeres alcohólicas en cárceles de Liverpool la ocurrencia de pérdidas fetales e infantiles con una proporción dos veces mayores que en no tomadoras. En 1968 Lemoine y colaboradores describieron en una revista francesa un grupo de características similares en niños nacidos de alcohólicas las cuales cinco años más tarde fueron identificadas como componentes del Síndrome fetal alcohol (SFA). Seguidamente una racha de actividad investigativa comenzó para identificar el rango de los efectos asociados con abuso de alcohol materno.

Las madres alcohólicas exponen a sus fetos al riesgo de desarrollar el SFA y la cronicidad del alcoholismo es el principal factor de riesgo.

Criterios para el diagnóstico de SFA

- ❖ Retardo en el crecimiento prenatal o postnatal (por debajo del 10p de peso, talla y circunferencia cefálica).
- ❖ Al menos dos de estas características faciales:
 - Microcefalia



- Microptalmia
- Filtrum poco desarrollado, labio superior fino, hipoplasia maxilar
- ❖ Disfunción del sistema nervioso central, incluyendo anomalías neurológicas, RM, retraso del desarrollo psicomotor, alteraciones conductuales.

Incidencia

La incidencia de SFA es 0,4 – 3,1 por 1000 nacidos vivos. Con una incidencia mínima de 1,1.

En algunos casos en que no todos los criterios del SFA son reunidos el diagnóstico apropiado sería Efecto fetal del alcohol (EFA). En tales casos el abuso de alcohol durante el embarazo debe ser establecido antes del diagnóstico debido a las similitudes entre EFA y los efectos fetales de la hidantoína, el Síndrome de Noonan y el síndrome de Cornelia de Lange.

Incidencia mínima del EFA-----3.1/1000 NV

Entre 6500 y 11000 niños nacen anualmente en los EUA con expresión parcial de los efectos del Alcohol.

Efectos del consumo del alcohol sobre el feto

El 19% de los hijos de mujeres que toman más de 4 tragos por día tienen manifestaciones del SFA.

La incidencia de SFA en la descendencia de tomadoras fuertes fue de 44%. Otros estudios planteaban que la ingestión materna de alcohol por debajo de 14 tragos por semana no produce efectos adversos. Estas diferencias indican los problemas metodológicos que entrañan la investigación de los efectos del alcohol en los resultados reproductivos. Es difícil cuantificar la cantidad de alcohol ingerido y los patrones de consumo debido a que ambas determinaciones dependen de auto reportes. La auto declaración es probablemente el resultado de los infra reportes este fenómeno hace problemático establecer con seguridad las curvas de dosis (respuesta en humanos). Lo cual es importante pues en modelos animales se ha demostrado que el efecto del alcohol depende de la combinación de dosis y momento del uso. Otro problema asociado es el uso de alcohol y tabaco en el padre, el uso de otras drogas, y la paridad pueden contribuir al efecto del alcohol en el feto expuesto.

Tomadoras fuertes (45 tragos por mes con al menos 5 tragos en una ocasión).

Un promedio de 1 o más onzas de alcohol absoluto por día (equivale a 2 o más tragos de cerveza, vino o licor).



Tomadoras regulares (promedio de 2 ½ tragos /d).

Tomadoras infrecuentes (un promedio de 1 o 2 tragos por semana)

La ingestión de 1 onza de alcohol absoluto antes de la gestación resulta en disminución de peso fetal de 91g igual ingestión en el final del embarazo decrece el peso feto en 160g.

Una diferencia de 710g fue encontrado entre hijos de tomadoras infrecuentes comparadas con tomadoras regulares.

Ósea La ingestión de alcohol antes del embarazo se asocia a bajo peso fetal y su mantenimiento durante todo el proceso y sobre todo en el último trimestre afecta tanto el crecimiento como el peso.

Se ha corroborado que la descendencia de tomadoras moderada (menos de un trago por día) durante el embarazo tienen mas probabilidades de desarrollar alteraciones de la conducta, tales como hiperactividad y déficit de la atención. La exposición a ambientes subóptimos postnatal debe tenerse en cuenta en la valoración de los efectos del alcohol en hijos de tomadoras sobre todo en relación con el aprendizaje y la conducta.

El retraso mental es la principal secuela de la exposición intrauterina al alcohol en niños diagnosticados con SFA durante la lactancia o la infancia pues las anomalías craneo faciales tienden a atenuarse con el tiempo.

Incremento en las tasa de aborto espontáneo se han reportado con efecto dosis respuesta.

Mecanismo de acción.

El alcohol atraviesa libremente la barrera placentaria pero el mecanismo exacto por el cual produce el SFA Y EFA no esta claro. Una teoría postula que resulta de deficiencias de zinc y magnesio en madre y feto, ambos minerales son necesarios para la correcta síntesis de RNA y DNA y deficiencias particulares de ZN han demostrado causar malformaciones.

Se desconoce si los efectos del alcohol son resultados directos del o de sus metabolitos algunos piensan que el acetaldehído (un metabolito) es mas toxico que el alcohol en sí, otros consideran al alcohol en sí como fetotóxico.

También se ha invocado la interferencia del alcohol con la síntesis de proteínas que podría explicar al menos en parte el retardo en el crecimiento, se sugieren cambios en el flujo sanguíneo para explicar el retardo en el crecimiento. Teorías bioquímicas han sugerido desbalance de neurotransmisores, disminución de la hormona de crecimiento, acidosis fetal, y cambios en la membrana celular.

Existen evidencias concluyentes de que el consumo de alcohol materno tiene una variedad de efectos reproductivos adversos.



Ciertas diferencias en los déficit relacionados con el alcohol dependen del estadio del desarrollo fetal: el 1er trimestre es aparentemente crítico para la dismorfología, el 2do para la pérdida fetal, el 3ro para el daño en el crecimiento.

Debido a que las dosis, la frecuencia de la ingestión durante las primeras semanas del embarazo tienen importantes implicaciones para el crecimiento y desarrollo fetal es recomendable prevenir a la mujer para que reduzca el consumo de alcohol antes de la concepción.

Los profesionales de la salud deben urgir de forma rutinaria a abandonar el consumo si el embarazo entra dentro de los planes reproductivos de sus pacientes.

Es reconocido que solo el 38% de los médicos generales advierte de manera rutinaria a sus pacientes del riesgo de los efectos del alcohol sobre los resultados reproductivos.

Asesoramiento Preconcepcional.

Dado que las tomadoras no pueden identificarse por la apariencia física o características socioeconómicas todas las mujeres con índice de sospecha deben ser prevenidas del daño del consumo del alcohol. Durante las sesiones el consejero debe:

Evaluar sistemáticamente la conducta tomadora de la mujer.

Explicar el efecto del alcohol sobre los resultados del embarazo.

Sugerir a la mujer limitar la ingestión.

Evitar críticas que provoquen culpa o daño.

Seguir sus progresos.

Remitir a la mujer aun programa de tratamiento especializado si no puede limitar su ingestión.

Identificar riesgos asociados para pobres resultados reproductivos (nutrición marginal, tabaco, uso de drogas psicotrópicas).

En las preguntas sobre el consumo de alcohol y otras drogas es importante que los asesores usen el tacto, opiniones sólidas en la entrevista e integrar tanto como sea posible las preguntas a la historia general. Cualquier actitud embarazosa o defensiva sobre el particular sería evidencia probable de que el paciente está interfiriendo con el desarrollo de la verdad y con la seguridad del reporte del consumo.



CONCLUSIONES

Es apropiado en el tratamiento del abuso de alcohol una vez diagnosticado por los centros de genética encargados de proveer asesoramiento sobre el riesgo fetal ,estar en contacto con los centros locales que manejan el problema como centros de salud mental municipales, sugerir contactos con grupos de AA etc. Algunos pacientes rechazan el tratamiento cuando inicialmente es ofrecido, es importante mantener el contacto con ellos y demostrar nuestro interés continuo en su conducta.

Una pregunta probable de los pacientes en la sesión preconcepcional cuál es el nivel seguro de alcohol. Aunque la asociación dosis-respuesta es cierta no existe acuerdo en cuanto a marcos de seguridad ya que esto depende de factores como patrón de consumo, tiempo de exposición fetal, variaciones genéticas en la respuesta, otros factores de riesgo (nutrición marginal, o uso del tabaco). No se pueden determinar con antelación marcos seguros.

Es importante prevenir la exposición preconcepcionalmente.

BIBLIOGRAFÍA

ALFONSO FALCÓN, RANDY. Sin derecho a la vida. — En Juventud Rebelde. —La Habana _26 de enero 2003.

American Academy of Pediatrics. 1993. Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Effects. Pediatrics. Vol. 91, N° 5.

Battaglia Frederick. Placental Function and Fetal Nutrition. Nestlé Nutrition Workshop Series. Vol. 39. Pg: 240-242.

GISBET CALABIUJ J.A.Medicina Legal y Toxicología edición. Valencia. Publicaciones Médicas y Científicas.1977.pag377-387.

GONZÁLEZ FERNÁNDEZ. Segundo Taller Nacional Sobre Estilos de Vida.

GONZÁLEZ MENÉNDEZ, RICARDO. SOS: Alcohol y otras drogas. Santiago de Cuba: Ed. Oriente, 1998. _ 122p.

Goodman Richard, Goerin Robert. Malformaciones en el lactante y en el niño. Salvat Editores. 1990. Pg: 18-19.

Ley No.141Contravenciones del Orden Interior. Gaceta Oficial de Cuba. La Habana 1995.

GONZÁLEZ R: El Alcoholismo y Su Atención Específica. Rev. Hosp. Psiquiátrico. La Habana 1984.



VAN THIEL, D. H.;SHERINS, R. L. Y LESTER, R.: Mechanism of Hypogonadism in alcoholic liver disease(Adstract).

ROCA PERARA, MIGUEL ÁNGEL. “En el pico de la botella” En: Juventud Rebelde, 19 de abril del 2002. _ p.6.

Streissguth Ann, et al. Fetal Alcohol Syndrome in Adolescents and Adults. Journal of the American Medical Association. Vol. 265, N° 15. 1991

