

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DEL CONSUMO DE  
ALCOHOL DURANTE LA GESTACIÓN EN MUJERES DE EDAD  
REPRODUCTIVA HOSPITAL II TINGO MARÍA-MINSA 2015**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**AUTOR:**

**SAMUEL PANDURO FLORES**

**ASESOR:**

**DR. LEONCIO VENEGAS SAAVEDRA**

**TRUJILLO – PERÚ**

**2016**

## **DEDICATORIA**

Dedico a mi madre pues ella fue principal cimiento para la construcción de mi vida profesional sentó en mi las bases de responsabilidad y deseos de superación, su sacrificio y esfuerzo por darme una carrera profesional para mi futuro en ella tengo el espejo en el cual me quiero reflejar pues sus virtudes infinitas y ejemplo como madre me llevan admirarla cada día más.

## **AGRADECIMIENTO:**

Primero y como más importante me gustaría agradecer sinceramente a mi asesor al Doctor Leoncio Venegas Saavedra por su apoyo, su paciencia y su motivación para la realización de esta tesis.

Gracias a Dios por permitirme tener tan buena experiencia dentro de mi Universidad. Gracias a mi madre porque ella ha dado razón a mi vida, por sus consejos y su apoyo incondicional todo lo que hoy soy es gracias a ella.

## INDICE

I. RESÚMEN.	5
II. INTRODUCCIÓN	7
III. MATERIAL Y MÉTODOS	14
IV. RESULTADOS	24
V. DISCUSIÓN	30
VII. CONCLUSIONES	33
VIII. RECOMENDACIONES	34
VIII. BIBLIOGRAFÍA	35
IX. ANEXOS	42

## RESUMEN

**OBJETIVOS:** Determinar la prevalencia y los factores de riesgo materno asociados a la ingesta de alcohol durante la gestación en mujeres en edad reproductiva.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Mediante un estudio analítico, observacional, seccional transversal, en el Hospital II-MINSA de Tingo María; se estudiaron 110 mujeres entre 15 y 44 años de edad para conocer si han ingerido alcohol durante la gestación actual.

**RESULTADOS:** La prevalencia de ingesta de alcohol durante la gestación(IAG) fue de 81.988%. El nivel educacional bajo y no estar casado no fueron factores de riesgo de IAG con  $p= 0.53$ .  $p= 0.5423$  respectivamente. El no tener trabajo al momento de la gestación fue factor de riesgo de IAG  $p= 0.000$  con un  $OR=6.067(2.096-17.592)$  El antecedente de alcoholismo pre gestacional fue factor de riesgo de IAG  $p= 0.000$  con un  $OR=6.635$  (IC 2.328-18.95). El no tener conocimientos y no haber recibido información no fueron factores de riesgo de IAG  $p= 0.074$  y  $p= 0.519$  respectivamente. El tener una pareja bebedora y el tabaquismo no fueron factores de riesgo de IAG  $p= 0.241$  y  $p= 0.129$  respectivamente.

**CONCLUSIONES:** El no tener trabajo y el antecedente de alcoholismo pregestacional fueron factores de riesgo de ingesta de alcohol durante la gestación.

**Palabras claves:** ingesta de alcohol gestacional, factores de riesgo.

## **ABSTRACT:**

**OBJECTIVES:** To determine the prevalence and maternal risk factors associated with alcohol consumption during pregnancy in women of reproductive age

**MATERIAL AND METHODS:** Through an analytical, observational, cross sectional study , at the Tingo María' Hospital, 110 women between 15 and 44 years of age were studied to see if they have drunk alcohol during current

**RESULTS:** The prevalence of alcohol abuse during pregnancy (IAG) was 81.988%. Educational level low and not be married were not risk factors of IAG with  $p = 0.53$ .  $p = 0.5423$  respectively. Not having work at the time of gestation was IAG risk factor  $p = 0.000$  with an OR = 6.067 (2.096-17.592) a history of alcoholism gestational pre was IAG risk factor  $p = 0.000$  with an OR = 6.635 (IC 2.328 - 18.95). Not having knowledge, and having received no information were not risk factors for IAG  $p = 0.074$  and  $p = 0.519$  respectively. Having a couple of drinking and smoking were not risk factors for IAG  $p = 0.241$  and  $p = 0.129$ , respectively.

**CONCLUSIONS:** Having no work and a history of alcoholism pre-pregnancy were risk factors for alcohol intake during pregnancy.

**Keywords:** intake of gestational alcohol, risk factors

## I. INTRODUCCIÓN:

### 1.1. MARCO TEÓRICO:

El consumo nocivo de alcohol es responsable de un 5,9% de todas las defunciones en el mundo, además es un factor asociado a riesgo de más de 200 enfermedades y trastornos. En el grupo etario de 20 a 39 años, un 25% de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol. Además de los efectos sobre la salud, el consumo nocivo de alcohol provoca pérdidas sociales y económicas importantes, tanto para las personas como para la sociedad en su conjunto<sup>1</sup>.

El etanol se encuentra en primer lugar en la lista del abuso de drogas en el mundo<sup>2</sup>. En EUA se conoce que más del 20 % de gestantes ha consumido alcohol durante la gestación; 37% de gestantes adolescentes y 24 % de gestantes adultas reportan ingesta excesiva de alcohol durante su primer trimestre<sup>3</sup>.

En el Perú según la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES - 2013), en la que se entrevistó a 97 mil 537 personas de todo el país, de las cuales 22 mil 920 son mujeres; la mitad de la población de 15 y más años de edad inició el consumo de alcohol antes de cumplir 18 años de edad; el 68% de las personas de 15 y más años de edad declaró haber consumido bebidas alcohólicas en los últimos doce meses; el 23% de personas reporta haber tenido consumo excesivo de alcohol, entre los factores de riesgo están género masculino ,nivel educativo superior y del quintil superior de riqueza<sup>4</sup>.

Los efectos adversos a la exposición prenatal de alcohol son denominadas los Desórdenes del Espectro del Alcohol Fetal (FASD), pueden ser clasificados en el Síndrome de Alcohol Fetal (FAS), EL Síndrome del Alcohol Fetal Parcial (PFAS), Defectos congénitos Relacionados con el Alcohol (ARBD) y los Desórdenes del Neurodesarrollo Relacionados con el Alcohol (ARND)<sup>5</sup>. La prevalencia mundial en niños y jóvenes atendidos en los sistemas de salud, por FASD ha sido calculada en 6.0% (60 por 1000; IC 95% : 38 a 85 por 1000) y el Síndrome de alcohol fetal (SAF) en 16.9% (169 por 1000; IC 95%: 109 a 238 por 1000), respectivamente<sup>6,7,8</sup>.

La cantidad de alcohol que puede llevar a SAF o desórdenes menores no han sido claramente establecidos, se postula que ingerir más de 8 bebidas estándar por semana o más de 5 bebidas estándar en una ocasión puede causar efectos adversos.. Si se compara madres de niños con FASD de los controles existen diferencias que combinan cantidad y frecuencia, así como al trimestre de la gestación que define el período crítico. Así beber en el primer trimestre aumenta el riesgo 12 veces que no beber, beber en el 1er y 2do trimestre incrementa 61 veces, y beber en los 3 trimestres 65 veces <sup>9</sup>. Debido a que casi la mitad de las gestaciones no son planificadas muchas gestantes pueden haber consumido alcohol el primer trimestre en niveles que ponen en riesgo de SFA <sup>10,11</sup>.

El alcohol atraviesa la placenta rápidamente y llega al feto. Numerosos estudios han demostrado un movimiento libre bidireccional de alcohol entre el compartimiento materno y el fetal. El etanol y su metabolito acetaldehído pueden alterar el desarrollo del feto mediante la interrupción de la diferenciación celular y el

crecimiento, alteración del ADN y la síntesis de proteínas y la inhibición de la migración celular<sup>12,13</sup>.

Las regiones del cerebro del feto afectadas por el alcohol son: la corteza frontal, el hipocampo, el hipotálamo, cerebelo y puente. Las alteraciones más importantes son trastornos en la función de la Na (+),K(+)- ATP asa que provoca activación de la Acetilcolinesterasa en el Sistema Nervioso Central y de otros neurotransmisores<sup>14,15</sup>,alteraciones en la función de oligoelementos como el zinc, cadmio y cromo que son coenzimas del metabolismo cerebral y que conforman un daño similar al producido en el hipotiroidismo congénito.<sup>16,17</sup>.

Entre los factores asociados al consumo materno de alcohol durante la gestación están, la edad materna , el nivel educacional, tener otro familiar relacionada con el consumo de alcohol, tener otros niños con FASD, bajo control prenatal y una historia previa de consumo de alcohol<sup>18</sup> . Debido a que los costos sociales y económicos de tener un niño con desórdenes del espectro alcohol fetal son importantes es necesario prevenir el abuso de etanol durante la gestación (GEA) como una prioridad sanitaria.<sup>19,20,21</sup>.

## **1.2 Antecedentes**

**Espósito et al.,(Italia 2015)** <sup>22</sup> efectuaron un estudio seccional cruzado en 513 gestantes en Italia. Solo 42% de mujeres conoce los riesgos de ingesta del alcohol;28.9% ingieren alcohol durante la gestación , 43.7% de mujeres indica que recibieron información de sus médicos acerca del posible daño por ingesta de alcohol.

**Blasco M et al (España 2015)** <sup>23</sup> en un estudio seccional-cruzado ,efectuado en España ,en 451 gestantes reclutadas entre el primer y tercer trimestre, mediante una encuesta estructurada ,anónima, encontró que un mayor nivel educacional fue asociado con un mayor riesgo de consume de alcohol durante la gestación (RR 1.87 [1.30-2.69] p<0.0007.

**Veloso L y Monteiro C. (Brasil 2013)** <sup>24</sup> efectuaron un estudio seccional transversal para identificar el uso de alcohol y los factores asociados en embarazadas en el municipio de Teresina, estado de Piauí, Brasil. Entrevistaron a 256 mujeres embarazadas mediante el Alcohol Use Disorders Identification Test, encontraron una prevalencia de 32,4% de uso de alcohol y 11.9% de consumo en nivel de riesgo. Los factores asociados a mayor riesgo de uso de alcohol en el embarazo son: no poseer compañero, renta inferior a 1 salario mínimo, no tener religión, realizar hasta 3 consultas de prenatal, haber sufrido violencia y uso de alcohol en embarazos anteriores.

Según la **CDC (Chronic Center Disease)** <sup>25</sup>, mediante un diseño de encuesta , en EUA , calculó la prevalencia de cualquier uso de alcohol reportados en los últimos 30 días en mujeres entre los 18 y 44 años de edad ,entre el 2006-2010 ;encontró que el 51.5% de mujeres no gestantes y 7.6% de gestantes consumieron alcohol, la prevalencia de abuso de alcohol(más de 12 unidades)fue 15.0% en no gestantes y 1.4% en gestantes. Entre los factores de riesgo de consumo estuvieron las de edades entre 35-44 (14.3%), raza blanca (8.3%),nivel>secundaria completa(10.0%), o con trabajo (9.6%)<sup>21</sup>.

**López M. et al.(Argentina 2015)** <sup>26</sup> efectuaron un estudio observacional ,seccional transversal en 614 mujeres puérperas atendidas en Santa Fe-Argentina; se encontró que 75,2% había consumido al menos una unidad estándar de alcohol durante la gestación y 83,3% lo había hecho durante el último año; 15,1% reconoció haber tenido al menos un evento de consumo excesivo episódico (5 unidades o más)durante la gestación y 27,6% durante el año anterior a la gestación. Solo 30,6% de las mujeres manifestó haber hecho algún cambio en el consumo durante el último año; de ellas, 55,6%disminuyó el consumo y 41,8% dejó de beber. Las mujeres que mostraron mayor consumo de alcohol antes y durante la gestación informaron mayor consumo de sus parejas, fumaban y tenían actitudes más permisivas respecto al consumo de alcohol durante la gestación.

**Peadon et al.,**<sup>27</sup> efectuaron un estudio seccional cruzado, vía computadora y telefono en 1103mujeres en Australia entre 18 y 45 años no participaron gestantes, 89.4%habían consumido alcohol en los últimos 12 meses,durante la última gestación), 34.1% tomaron alcohol.Fueron factores de riesgo de IAG la ingesta de alcohol pregestacional: OR 43.9; 95% IC 27.0 a 71.4; actitudes favorables o neutrales acerca de IAG :OR 5.1; IC 95% 3.6 a 7.1); intención a fumar en una futura gestación OR 4.7;IC 95% : 2.5 9.0).

### **1.3. Justificación**

Hago este trabajo porque el alcoholismo es un problema prevalente en nuestra realidad y que afecta a personas en edad reproductiva en especial a mujeres que podrían tener una gestación en curso. Por otro lado los profesionales de la salud no conocen los efectos, del alcohol sobre el feto en un período crítico. Por otro lado

existe controversia acerca de los niveles de alcoholemia que producen los desórdenes del espectro del alcohol fetal(FASD).Además existen distorsiones de la información no siempre basada en la evidencia científica , por la presión de las transnacionales de las bebidas con alcohol y de los gobiernos que se acentúa si los medios de comunicación publicidad favorable al consumo de alcohol<sup>28,29</sup>

No hemos encontrado en la práctica, ni reportes en la literatura médica, que los pediatras reporten casos de Síndrome de alcohol fetal o de secuelas del FASD y los médicos obstetras no reportan gestaciones con riesgo de daño por alcohol a pesar de la prevalencia alta en nuestro país de consumo de alcohol en especial en mujeres jóvenes en edad reproductiva.

Este trabajo pretende aportar información acerca de la prevalencia y factores de riesgo materno de ingesta de alcohol durante la gestación en Tingo María<sup>30</sup> , que es una localidad que tiene un alto consumo de alcohol y drogas.

#### **1.4. ENUNCIADO DEL PROBLEMA:**

¿Cuáles es la prevalencia y factores asociados a la ingesta de alcohol durante la gestación en mujeres de 15 a 44 años que acuden al Hospital II Tingo María el año 2015?.

## **1. 5. Hipótesis:**

### **Hipótesis nula (H0):**

El nivel educacional, el tener trabajo, tener historia pregestacional de alcoholismo, tener pareja con problemas con el alcohol no son factores de riesgo asociados a la ingesta de alcohol durante la gestación.

### **Hipótesis alternativa (H1):**

La edad, el nivel educacional, el no tener trabajo, tener historia pregestacional de alcoholismo, tener pareja con problemas con el alcohol son factores de riesgo asociados a la ingesta de alcohol durante la gestación.

## **1.6. OBJETIVOS:**

### **1.6.1. Objetivo general:**

Determinar la prevalencia y los factores de riesgo materno asociados a la ingesta de alcohol durante la gestación en mujeres que acuden al Hospital II Tingo María el año 2015.

### **1.6.2. Objetivos Específicos:**

1. Conocer si el nivel educacional materno son factores de riesgo asociado a la ingesta de alcohol durante la gestación.
2. Determinar si el estado marital es factor de riesgo asociado a la ingesta de alcohol durante la gestación..

3. Determinar si el tener trabajo es factor de riesgo asociado a la ingesta de alcohol durante la gestación
4. Conocer si los conocimientos o el haber tenido información previa sobre alcohol fetal es factor de riesgo asociado a la ingesta de alcohol durante la gestación.
5. Determinar si el antecedente de alcoholismo pre gestacional o el tener pareja alcohólica es factor de riesgo asociado a la ingesta de alcohol durante la gestación
6. Conocer la prevalencia de ingesta de alcohol durante la gestación en mujeres que acuden al Hospital II Tingo María 2015.

## **II. MATERIAL Y MÉTODOS:**

### **2.1. Material:**

#### **2.1.1. Población Diana:**

Mujeres entre 15 y 44 años que acuden al servicio de Ginecoobstetricia del Hospital II Tingo María el año 2015.

#### **2.1.2. Población de Estudio:**

La constituyen los integrantes de la población diana que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

**-Criterios de Inclusión:** Gestantes entre 15 y 44 años que acuden al Hospital II de Tingo María que han tenido al menos una gestación previa en los

últimos 2 años y que firman el consentimiento informado para responder la encuesta sobre ingesta de alcohol durante la gestación.

**-Criterios de Exclusión:** Gestantes que no tienen capacidad mental para responder o los que no aceptan responder la encuesta.

### **2.1.3. Muestra:**

**-Unidad de Análisis:**

Mujeres que han tenido al menos una gestación.

**-Unidad de Muestreo:**

Encuestas respondidas por las mujeres..

**-Tamaño Muestral:**

Aplicamos la fórmula para una población en diseño seccional – transversal.<sup>3132,33</sup>

$$N=(Z\alpha)^2 pq/d^2$$

$Z\alpha$  =valor de la desviación zeta para el error I=1.96

p=Prevalencia de ingesta de alcohol en gestantes según CDC<sup>21</sup> =0.076

$$q=1-p=0.924$$

d=magnitud de las diferencias que uno pretende probar (0.05).

Donde:

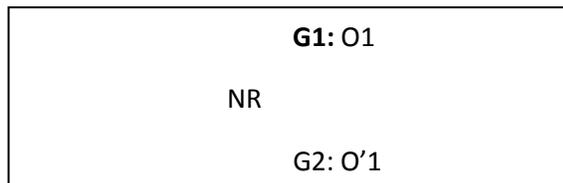
$$N= (1.96)^2(0.076)(0.924) / (0.05)^2= 108 \text{ MUJERES.}$$

Redondeamos a 110 mujeres en edad reproductiva.

## 2.2. Métodos:

### 2.2.1. Diseño Específico:

El presente estudio corresponde a un Diseño Observacional, prospectivo, de encuesta, seccional transversal.



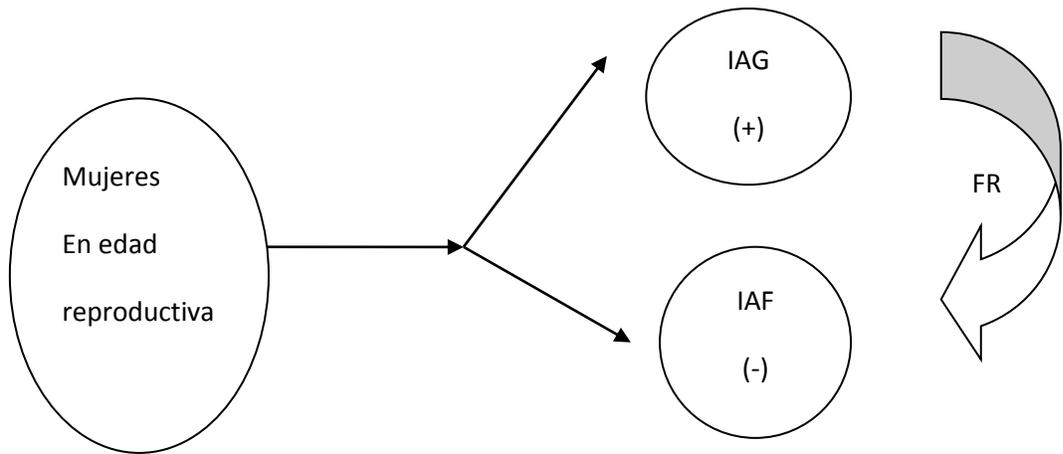
NR: No aleatorización

G1: Mujeres que han ingerido alcohol durante gestación.

G2: Mujeres que no han adquirido alcohol durante gestación

O1 y O1': Presencia de factores de riesgo.

El esquema es el siguiente:



### 2.3... VARIABLES

VARIABLE	TIPO	ESCALA	INDICADORES	INDICES
<b>V.DEPENDIENTE:</b>  Ingesta de Alcohol durante gestación	Cualitativa	Nominal	Encuesta	Si-no
<b>V.INDEPENDIENTE</b>  <b>Factores de riesgo</b>				
-nivel educacional	Categórica	Nominal	Encuesta	SC-NO
-Estado marital	Categórica	Nominal	Encuesta	Casada-no
-Trabajo actual	Categórica	Nominal	Encuesta	Si-no
- alcoholismo pregesta	Categórica	Nominal	Encuesta	SI-NO
-Conocimientos	Categórica	Nominal	Encuesta	SI-NO
-Información	Categórica	Nominal	Encuesta	SI-NO
-Pareja alcohólicas	Categórica	Nominal	Encuesta	SI-NO
-Tabaquismo	Categórica	Nominal	Encuesta	SI-NO

## **2.4.. DEFINICIONES OPERACIONALES:**

### **\*CONSUMO DE ALCOHOL**

El consumo de alcohol puede describirse en términos de gramos de alcohol consumido o por el contenido alcohólico de las distintas bebidas, en forma de unidades de bebida estándar. En Europa una bebida estándar contiene 10 gramos de alcohol. Aunque no en todos los países de la Región existe una definición de bebida estándar, en Estados Unidos y Canadá, una bebida estándar contiene entre 12 y 14 gramos de alcohol. El *consumo de riesgo* es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud si el hábito del consumo persiste. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo describe como el consumo regular de 20 a 40g diarios de alcohol en mujeres y de 40 a 60g diarios en varones. El *consumo perjudicial* se refiere a aquel que conlleva consecuencias tanto para la salud física como para la salud mental de la persona y está definido por la OMS como consumo regular promedio de más de 40g de alcohol al día en mujeres y de más de 60g al día en hombres. El *consumo excesivo episódico o circunstancial* (también llamado *binge drinking*), que puede resultar particularmente dañino para ciertos problemas de salud, implica el consumo, por parte de un adulto, de por lo menos 60g de alcohol en una sola ocasión<sup>34,35</sup>.

### **\*INGESTA DE ALCOHOL DURANTE LA GESTACIÓN:**

En nuestro trabajo 3 grupos de mujeres que en edad reproductiva ingirieron alcohol:

-Grupo 1: ningún consumo de alcohol .-Grupo 2: Ingesta de menos una unidad de alcohol por día o 6 unidades por semana, ( 10 grs de alcohol) que es cercano a 1 botella chica de cerveza(330ml), un vaso de vino(140ml) o una copa de trago fuerte(40ml).

-Grupo 3: Consumo de 50 grs una vez o > 2 unidades día.

### **\*FACTORES DE RIESGO:**

**1.-Nivel educativo:** Máximo nivel de escolaridad. Según la encuesta secundaria completa o no.

**2.-Estado Marital:** Estado marital referido por el paciente en la encuesta. En dos grupos: Casado o no casado

**3.-Trabajo:** Si tiene trabajo al inicio de la gestación..

**4.-Alcoholismo pregestacional :** Si la gestante ingirió alcohol hasta un año antes de la gestación.

**5.-Conocimientos:** Si en la encuesta responde adecuadamente si conoce sobre alcoholismo y sus efectos en la gestación.

**6.-Información:** Si ha recibido información sobre alcoholismo y sus efectos en la gestación

**7.-Alcoholismo en la pareja:** Si la pareja ingiere alcohol de manera crónica.

**8.-Tabaquismo:** Si ha consumido tabaco en cualquier momento o cantidad durante la gestación.

## **2.5. PROCEDIMIENTOS:**

Después de obtener el permiso de las autoridades del Hospital en los ambientes del Hospital de Tingo María se captan las mujeres en edad reproductiva que tuvieron al menos una gestación en los últimos 3 años. Se obtuvo el consentimiento informado. La encuesta se hace cara a cara directamente entregando la hoja en sobre cerrado y se espera 10 minutos para las respuestas.. Luego las encuestas fueron evaluadas y los datos son vaciados en hoja de recolección diseñada para tal fin.. Los datos obtenidos desde la hoja de toma de datos son editados en un archivo del paquete estadístico SPSS-21.0 para su procesamiento.

## **2.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

El procesamiento de la información fue automático y se utilizó una computadora Pentium IV con Windows XP PROFESIONAL 2003 y el Paquete estadístico SPSS 21.0

### **2.6.1. Estadística Descriptiva:**

En la presente investigación se utilizó las medidas descriptivas de resumen: las medidas de tendencia central y las medidas de dispersión como la desviación estándar. Además se elaboraron tablas de doble entrada.

### **2.6.2. Estadística Inferencial:**

Se utilizó en el análisis estadístico para las variables cuantitativa independiente y dependiente categórica; los estadígrafos chi cuadrado para los dominios de la

encuesta. La significancia se mide según cada estadígrafo para  $p$  menor o igual a 0.05.

### 2.6.3. Estadígrafos del estudio:

Se medirá la prevalencia que se obtiene del número de gestantes que ingirieron cualquier volumen de alcohol / total de la muestra x 100. Para medir el riesgo de cada factor se calculará el ODDS RATIO <sup>36</sup>

		IAG	
		+	-
Factores de riesgo	+	A	B
	-	C	d

$$OR = a \times d / b \times c$$

OR se considera factor de riesgo si es  $>$  de 1. Cuando el OR se mide en intervalo es factor de riesgo si el nivel inferior del intervalo es mayor de 1|.

## **2.7. ASPECTOS ÉTICOS:**

Se consideró la Declaración de Helsinki, en los artículos siguientes. Art.8: Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación. Art. 24: Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal. Art. 25: La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria.. Art. 31: El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe afectar de manera adversa la relación médico-paciente. También se tuvo en cuenta la Ley General de Salud N° 26842, Art. 15 Toda persona, usuaria de los servicios de salud, tiene derecho: a) Al respeto de su personalidad, dignidad e intimidad; b) A exigir la reserva de la información relacionada con el acto médico y su historia clínica, con las excepciones que la ley establece; c) A no ser sometida, sin su consentimiento, a exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes; Art. 25: Toda información relativa al acto médico que se realiza, tiene carácter reservado; el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú. Art 63: Que se respete la confidencialidad del acto médico y del registro clínico. Art 89: El médico debe mantener el secreto profesional para proteger el derecho del paciente a la confidencialidad de los datos que le ha proporcionado, no debiendo divulgarlos, salvo expresa autorización del paciente.

### III.RESULTADOS:

**Tabla No1: Características de la población:**

VARIABLES	NÚMERO	Mínimo-Máximo (Media±DE)
EDAD	110	17-40 AÑOS (26,89±6.468)
NIVEL EDUCACIONAL	110	
Primaria incompleta	8(7.3%)	
Primaria completa	23(20.9%)	
Secundaria incompleta	44(40%)	
Secundaria Completa	35(31.8%)	
ESTADO MARITAL		
Casada	15(13.6%)	
No casada	95(86.4%)	
TRABAJA		
No	39(35.5%)	
Si	71(64.5%)	
ALCOHOLISMO PREGESTACIONAL		
SI	85(77.3%)	
NO	25(22.7%)	
CONOCIMIENTOS ALCOHOL FETAL		
SI	68(61.8%)	
NO	42(38.2%)	
RECIBIÓ INFORMACIÓN		
SI	79(71.8%)	
NO	31(28.2%)	

Fuente: Encuestas de pacientes del Hospital II MINSA Tingo María

**Tabla No2: Prevalencia de ingesta de alcohol durante la gestación**

<b>Ingesta de alcohol durante la gestación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>NO</b>	20	18,2
<b>SI</b>	90	81,8
-Algún trago	89	80.9
-Bebe diariamente	0	0
-Tuvo una borrachera	21	19.1
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>

**Tabla No 3: Nivel educacional bajo como factor de riesgo de Ingesta de alcohol durante la gestación**

<b>Nivel educativo bajo</b>	<b>Ingesta alcohol durante la gestación</b>		<b>Total</b>
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>SI</b>	60	15	75
<b>NO</b>	30	5	35
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>20</b>	<b>110</b>

Chi cuadrado=0526 p=0.33 OR=1.5(IC 95% :0.498-4.519)

**Tabla No 4: Estado marital como factor de riesgo de Ingesta de alcohol durante la gestación**

Estado marital	Ingesta alcohol durante la gestación		Total
	SI	NO	
Casada			
NO	78	17	95
SI	12	3	15
Total	90	20	110

Chi cuadrado=0.039 p=0.5423 OR=0.872(IC 95% :0.222-3.429)

**Tabla No 5: Situación laboral como factor de riesgo de Ingesta de alcohol durante la gestación**

Trabaja	Ingesta alcohol durante la gestación		Total
	SI	NO	
NO	25	14	39
SI	65	6	71
Total	90	20	110

Chi cuadrado=12.747 p=0.000 OR=6.067(IC 95% :2.096-17.542)

**Tabla No 6: Alcoholismo pregestacional como factor de riesgo de Ingesta de alcohol durante la gestación**

Alcoholismo pregestacional	Ingesta alcohol durante la gestación		Total
	SI	NO	
SI	76	9	85
NO	14	11	25
Total	90	20	110

Chi cuadrado=14.497 p=0.000 OR=6.635(IC 95% :2.323-18.957)

**Tabla No 7: Conocimientos sobre Alcoholismo gestacional como factor de riesgo de Ingesta de alcohol durante la gestación**

Conocimientos	Ingesta alcohol durante la gestación		Total
	SI	NO	
NO	31	11	42
SI	59	9	68
Total	90	20	110

Chi cuadrado=2.929 p=0.074 OR=2.326(IC 95% :0.871-6.213)

**Tabla No 8: Información sobre Alcoholismo gestacional como factor de riesgo de Ingesta de alcohol durante la gestación**

Información	Ingesta alcohol durante la gestación		Total
	SI	NO	
NO	25	6	31
SI	65	14	79
Total	90	20	110

Chi cuadrado=0.040 p=0.519 OR=1.114(IC 95% :0.385-3.222)

**Tabla No 9: Pareja bebedora como factor de riesgo de Ingesta de alcohol durante la gestación**

Pareja bebedora	Ingesta alcohol durante la gestación		Total
	SI	NO	
SI	68	13	81
NO	22	7	29
Total	90	20	110

Chi cuadrado=0.939 p=0.241 OR=1.664(IC 95% :0.542-4.695)

**Tabla No 10: Tabaquismo como factor de riesgo de Ingesta de alcohol durante la gestación**

Tabaquismo	Ingesta alcohol durante la gestación		Total
	SI	NO	
SI	68	22	90
NO	12	8	20
Total	80	30	110

Chi cuadrado=1.996 p=0.129 OR=2.061(IC 95% :0.5746-5.689)

#### IV.DISCUSIÓN:

La ingesta de alcohol es menos frecuente en mujeres embarazadas que en no embarazadas pero las gestantes y los profesionales que atienden mujeres en gestación no conocen con certeza los efectos del alcohol sobre el feto y sobre la gestación. La ingesta de alcohol durante la gestación (IAG) puede tener efectos deletéreos sobre el feto y la gestante pero el volumen y el momento en que se vuelven perjudiciales, son controversiales<sup>36</sup>. La IAG es difícil de evitar ya que muchas mujeres no saben que podrían estar embarazadas. En nuestro país dada la situación de transición epidemiológica el alcoholismo se ha incrementado en especial en los jóvenes, por estos motivos, estudiamos a 110 mujeres gestantes y púerperas en el Hospital II de Tingo María, entre 17 y 40 años de edad, edad promedio =  $26.89 \pm 6.468$ ). El 31.8% tuvieron secundaria completa. El 86.4% no estaban casadas. El 64.5% tenía trabajo al momento de la encuesta. El 77.3% tenía antecedente de ingesta de alcohol pregestacional (hasta 1 año antes de la gestación actual). El 68.2% tenía conocimientos sobre los efectos de la ingesta de alcohol durante la gestación. El 71.8% había recibido información sobre alcohol fetal. La prevalencia de alcohol fue de 81.988%; el 19.1% había bebido hasta embriagarse al menos una borrachera durante la gestación. El nivel educacional bajo no fue factor de riesgo de ingesta de alcohol durante la gestación  $p= 0.53$ . El no estar casada no fue factor de riesgo de ingesta de alcohol durante la gestación  $p= 0.5423$ . El no tener trabajo al momento de la gestación fue factor de riesgo de ingesta de alcohol durante la gestación  $p= 0.000$  con un  $OR=6.067(2.096-17.592)$ . El antecedente de

alcoholismo pre gestacional fue factor de riesgo de ingesta de alcohol durante la gestación  $p= 0.000$  con un  $OR=6.635$ ( IC 2.328-18.95). Cannon <sup>37</sup> en EUA encuentra que los factores más importantes de riesgo de IAG son , antecedente de alcoholismo pregestacional, tener relaciones sexuales con un hombre y no usar anticonceptivos. El no tener conocimientos acerca de los efectos del alcohol fetal no fue factor de riesgo de ingesta de alcohol durante la gestación  $p= 0.074$ . El no haber recibido información acerca de los efectos del alcohol sobre el feto no fue factor de riesgo de ingesta de alcohol durante la gestación  $p= 0.519$ . El tener una pareja bebedora no fue factor de riesgo de ingesta de alcohol durante la gestación  $p= 0.241$ . El tabaquismo no fue factor de riesgo de ingesta de alcohol durante la gestación  $p= 0.129$ . Nuestros resultados también son similares a los reportados por Espósito <sup>22</sup> en Italia, encontró que 28.9% ingieren alcohol durante la gestación , 43.7% de mujeres indica que recibieron información de sus médicos acerca del posible daño por ingesta de alcohol. Blasco M <sup>23</sup> en España ,en 451 gestantes reclutadas entre el primer y tercer trimestre, mediante una encuesta estructurada encontró que un mayor nivel educacional fue asociado con un mayor riesgo de consumo de alcohol durante la gestación. Veloso L y Monteiro C <sup>24</sup> en Brasil, entrevistaron a 256 mujeres embarazadas encontraron una prevalencia de 32,4% de uso de alcohol, los factores asociados a mayor riesgo de uso de alcohol en el embarazo son: no poseer compañero, renta inferior a 1 salario mínimo, no tener religión, realizar hasta 3 consultas de prenatal, haber sufrido violencia y uso de alcohol en embarazos anteriores. Según la **CDC (Chronic Center Disease)** <sup>25</sup>, mediante un diseño de encuesta , en EUA , ;encontró que el 51.5% de mujeres no gestantes consumieron alcohol, entre los factores de riesgo de consumo estuvieron nivel>secundaria

completa(10.0%), o con trabajo (9.6%);por otro lado López <sup>26</sup> en Argentina encontró que 75,2% había consumido al menos una unidad estándar de alcohol durante la gestación y 83,3% lo había hecho durante el último año; 15,1% reconoció haber tenido al menos un evento de consumo excesivo episódico (5 unidades o más)durante la gestación y 27,6% durante el año anterior a la gestación, las mujeres que mostraron mayor consumo de alcohol durante la gestación informaron mayor consumo de sus parejas, fumaban Peadon et al.,<sup>27</sup> en Australia entre 18 y 45 años , 89.4% habían consumido alcohol en los últimos 12 meses, durante la última gestación),.Fueron factores de riesgo de IAG la ingesta de alcohol pregestacional: OR 43.9; 95% IC 27.0 a 71.4; actitudes favorables o neutrales acerca de IAG :OR 5.1; IC 95% 3.6 a 7.1); intención a fumar en una futura gestación OR 4.7;IC 95% : 2.5 9.0).Como vemos nuestra realidad es similar a la reportada en países desarrollados ,pero nuestro sistema de salud no se preocupa de incrementar intervenciones educativas en mujeres en edad reproductiva y en los estudiantes de las profesiones de la salud para que se pueda evitar los daños del Síndrome de Alcohol fetal.

Nuestro trabajo tiene las limitaciones de ser un diseño de encuesta, donde la validez de los datos no siempre es segura.

## V. CONCLUSIONES:

1. La prevalencia de ingesta de alcohol durante la gestación en mujeres que acuden al Hospital II Tingo María 2015 fue de 81.8%.
2. No tener trabajo al momento de la gestación es factor de riesgo asociado a la ingesta de alcohol durante la gestación.
3. El antecedente de alcoholismo pre gestacional fue factor de riesgo asociado a la ingesta de alcohol durante la gestación.
4. El nivel educacional materno, el estado marital no casado, El no tener conocimientos ni el haber tenido información previa sobre el daño por alcohol fetal, el tener pareja bebedora y el tabaquismo no fueron factores de riesgo asociado a la ingesta de alcohol durante la gestación.

## **VI. RECOMENDACIONES:**

Dada la alta prevalencia de ingesta de alcohol durante la gestación en nuestra realidad, recomendamos a los profesionales de la salud investigar durante la anamnesis sobre la ingesta de alcohol en mujeres gestantes.

Recomendamos educar a las mujeres en edad reproductiva y a la gestante para que conozcan los efectos del alcohol para el feto y para los desenlaces del embarazo y parto.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud 2014. Nota descriptiva N° 349. Enero 2015. Disponible en : [www.who.int/entity/mediacentre/factsheets/fs349/es/](http://www.who.int/entity/mediacentre/factsheets/fs349/es/) - 38k
2. Roozen S, Peters G, Kok G, Townend D, Nijhuis J, Curfs L. Worldwide Prevalence of Fetal Alcohol Spectrum Disorders: A Systematic Literature Review Including Meta-Analysis. *Alcohol Clin Exp Res.* 2016 Jan;40(1):18-32. doi: 10.1111/acer.12939.
3. Montoya K. Síndrome alcohólico fetal. *Medicina Legal de Costa Rica* 2011;28(2):50-54.
4. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES - 2013), Instituto Nacional de Estadística. disponible en <http://inei.gob.pe>
5. Bandstra ES, Accornero VH. Infants of substance-abusing mothers. In: Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh MC, eds. *Fanaroff and Martin's Neonatal-Perinatal Medicine.* 9th ed. St. Louis, Mo: Mosby Elsevier; 2010:chap 38.
6. Wallen LD, Gleason CA. Perinatal substance abuse. In: Gleason CA, Devaskar SU. *Avery's Diseases of the Newborn.* 9th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier Saunders; 2011:chap 12.
7. Cunningham FG, Leveno KL, Bloom SL, et al. Teratology and medications that affect the fetus. In: Cunningham FG, Leveno KL, Bloom SL, et al, eds.

**8.**Williams Obstetrics. 22nd ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2005:chap 14.

**9.**Committee on Health Care for Underserved Women. Committee Opinion No. 496: At-risk drinking and alcohol dependence: Obstetric and gynecologic implications. *Obstet Gynecol* 2011;118:383–388.

**10.** Burns L, Breen C, Bower C, O' Leary C, Elliott E. Counting fetal alcohol spectrum disorder in Australia: the evidence and the challenges. *Drug Alcohol Rev.* 2013 Sep;32(5):461-7. doi: 10.1111/dar.12047. Epub 2013 Apr 25

**11.**Lange S<sup>1</sup>, Shield K, Rehm J, Popova S. Prevalence of fetal alcohol spectrum disorders in child care settings: a meta-analysis. *Pediatrics.* 2013 ;132(4):e980-95.

**12.**May P, Blankenship J, Marais A, Gossage J, Kalberg W, Joubert B et al. Maternal alcohol consumption producing fetal alcohol spectrum disorders (FASD): quantity, frequency, and timing of drinking. *Drug Alcohol Depend.* 2013 ;133(2):502-12.

**13.**Cesconetto P, Andrade C, Cattani D, Domingues J, Parisotto E, Filho D, et al. Maternal Exposure to Ethanol During Pregnancy and Lactation Affects Glutamatergic System and Induces Oxidative Stress in Offspring Hippocampus. *Alcohol Clin Exp Res.* 2016 ;40(1):52-61.

- 14.**Stolakis V<sup>2</sup>, Liapi C, Zarros A, Kalopita K, Memtsas V, Botis J et al. Exposure to ethanol during neurodevelopment modifies crucial offspring rat brain enzyme activities in a region-specific manner. *Metab Brain Dis.* 2015;30(6):1467-77.
- 15.**Stolakis V, Tsakiris S, Kalafatakis K, Zarros A, Skandali N, Gkanti V et al..Developmental neurotoxicity of cadmium on enzyme activities of crucial offspring rat brain regions. [Biomaterials](#). 2013 ;26(6):1013-21.
- 16.**Huang H, He Z, Zhu C, Liu L, Kou H, Shen L et al.Prenatal ethanol exposure-induced adrenal developmental abnormality of male offspring rats and its possible intrauterine programming mechanisms. *Toxicol Appl Pharmacol.* 2015 Oct 1;288(1):84-94. doi: 10.1016/j.taap.2015.07.005. Epub 2015 Jul 15.
- 17.**Shen L, Liu Z, Gong J, Zhang L, Wang L, Magdalou J et al..Prenatal ethanol exposure programs an increased susceptibility of non-alcoholic fatty liver disease in female adult offspring rats. *Toxicol Appl Pharmacol.* 2014 Jan 15;274(2):263-73. doi: 10.1016/j.taap.2013.11.009. Epub 2013 Nov 22.
- 18.** May P, Gossage J. Maternal risk factors for fetal alcohol spectrum disorders: not as simple as it might seem .*Alcohol Res Health.* 2011;34(1):15-26..

**19.** Chung W, Lim S, Lee S. Why is high-risk drinking more prevalent among men than women? Evidence from South Korea. *BMC Public Health* 2012, **12**:101

**20.** Esper L, Furtado E. Identifying maternal risk factors associated with Fetal Alcohol Spectrum Disorders: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014 Oct;23(10):877-89. doi: 10.1007/s00787-014-0603-2. Epub 2014 Aug 28.

**21.** Keyes KM, Li G, Hasin DS. Birth cohort effects and gender differences in alcohol epidemiology: a review and synthesis. *Alcohol Clin Exp Res*. 2011 Dec;35(12):2101-12

**22.** Babor T, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro MG. *A U D I T The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care*. Segunda edición. 2001. Génova. Editorial: World Health Organization-Department of Mental Health and Substance Dependence

**23.** Esposito G, Ambrosio R, Napolitano F, Di Giuseppe G. Women's Knowledge, Attitudes and Behavior about Maternal Risk Factors in Pregnancy. *PLoS One*. 2015 Dec 29;10(12):e0145873. doi: 10.1371/journal.pone.0145873. eCollection 2015.

**24.** Blasco M, González E, Gálvez M, Lozano I, Merino F, Cuenca et al. Exposure to tobacco, alcohol and drugs of abuse during pregnancy. A study of prevalence among pregnant women in Malaga (Spain). *Adicciones*. 2015 17;27(2):99-108.

- 25.** Veloso L, Monteiro C. Prevalencia y factores asociados al uso de alcohol en adolescentes embarazadas.. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2013;21(1):09.
- 26.** Alcohol use and binge drinking among women of childbearing age-- United States, 2006-2010. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2012 20;61(28):534-8.
- 27.** López M, Arán Filippetti V, Cremonte M. Consumo de alcohol antes y durante la gestación en Argentina: prevalencia y factores de riesgo. Rev Panam Salud Publica. 2015;37(4/5):211-7.
- 28.** Peadon E, Payne J, Henley N, D'Antoine H, Bartu A, O'Leary C, Attitudes and behaviour predict women's intention to drink alcohol during pregnancy: the challenge for health professionals. BMC Public Health. 2011 Jul 22;11:584. doi: 10.1186/1471-2458-11-584.
- 29.** Poskitt J, Fleisher S. Alcohol and pregnancy: a dangerous cocktail. Pract Midwife. 2015 ;18(11):21-5.
- 30.** No authors listed .Pregnancy and alcohol: occasional, light drinking may be safe. Prescrire Int. 2012 ;21(124):44-50.
- 31.** Norman G, Steiner D. Bioestadística. Editorial Mosby/Doyma /Lib. Madrid, España 1999.

- 32.**Evrad S. Criterios diagnósticos del síndrome alcohólico fetal y los trastornos del espectro del alcoholismo fetal. Arch Argent Pediatr 2010;108(1):61-7.
- 33.**González M, Hernández I. Efectos del alcoholismo sobre la progenie. Acta Pediatr Mex 1993;14:81-5.4.
- 34.** Peña J, Matute E. Consumo de alcohol en mujeres embarazadas atendidas en el hospital civil. Estudios sobre Estado y Sociedad 2010;47:211-29.5.
- 35.**Berenzon S, Romero M, Tiburcio S, Medina-Mora IME, Rojas GE. Riesgos asociados al consumo de alcohol durante el embarazo en mujeres alcohólicas de la Ciudad de México. Salud Mental 2007;30(1):31-8.
- 36.**DeVido J, Bogunovic O, Weiss R. Alcohol use disorders in pregnancy. Harv Rev Psychiatry. 2015;23(2):112-21. doi: 10.1097/HRP.070.
- 37.**Cannon M, Guo J, Denny C, Green P, Miracle H, Sniezek J et al. Prevalence and characteristics of women at risk for an alcohol-exposed pregnancy (AEP) in the United States: estimates from the National Survey of Family Growth. Matern Child Health J. 2015 ;19(4):776-82. doi: 10.1007/s10995-014-1563-3.
- 38.**Magri R. Míguez H. Parodi V. Hutson J. Suárez H. Consumo de alcohol y otras drogas en embarazadas. Hospital de Clínicas Montevideo, Uruguay 2007.

**39.**Aros S. Exposición fetal a Alcohol. Guías de Práctica Clínica en Pediatría del Servicio de Pediatría del Complejo Hospitalario San Borja Arriarán. Santiago-Chile 2008.

**40.** Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41. Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2010.

**ANEXO.1: FICHA CLINICA DE RECOLECCION DE DATOS**

**1. EDAD: \_\_\_\_ años 2.Nivel EDUCACIONAL.....**

**3.Es casada?....si.....no .....4.Tiene trabajo?.....si.....no.....**

**5.¿Consumió alcohol hasta un año antes del último embarazo?**

**Si ( ) No ( ) a veces ( )**

**6-¿Cree Ud que su consumo de alcohol puede afectar al niño que estaba gestando?**

**Si ( ) No ( ) tal vez ( )**

**7.¿Recibió información acerca del efecto del alcohol durante el embarazo por su médico?**

**¿Si ( ) No ( )**

**8.¿Tomó algún trago de alcohol durante su última gestación?**

**Si ( ) No ( ) no sé ( )**

**9.¿Tomó una cerveza chica ,un vaso de vino o una copa de trago corto diariamente durante la gestación?**

**Si ( ) No ( ) no recuerdo ( )**

**10.¿Tuvo una borrachera durante su última gestación?**

**Si ( ) No ( ) no recuerdo ( )**

**11.¿ Su pareja bebe alcohol con frecuencia?**

**Si ( ) No ( ) algunas veces ( )**

**12.¿Ha fumado alguna vez durante la última gestación?**

**Si ( ) No ( ) Algunas veces ( )**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo .....declaro libre y voluntariamente que acepto participar del presente estudio sobre **Alcohol durante la gestación**. He sido informado de los beneficios y riesgos que esto representa, además seré libre de no contestar la presente encuesta en el momento que yo así lo desee. También podré solicitar información, en cualquier momento, de las ventajas y desventajas. Dando conformidad a lo anterior, firmo el presente consentimiento.

Firma.....

Dirección.....Teléfono.....

DNI.....

Fecha.....