

## Trastornos del Espectro Alcohólico fetal I: introducción.

Pascual Bardají, Josep. (26/06/2020). Trastornos del Espectro Alcohólico fetal I: introducción..[Mensaje en un blog]. Discapacidad intelectual y salud mental. Recuperado de <https://blog.pascalpsi.es/sindrome-de-alcoholismo-fetal-i-epidemiologia>.

Bajo la denominación de Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF/FASD) se agrupan un conjunto de signos y síntomas que se presentan como consecuencia de la exposición prenatal al alcohol (EPA/PAE). Incluye:

a.- Síndrome alcohólico fetal (SAF/FAS): alteraciones del crecimiento físico, dismorfología (especialmente facial), afectación cognitiva y problemas de conducta.

b.- Síndrome alcohólico fetal parcial (SAFP/PFAS): destaca una menor alteración del crecimiento.

c.- Efectos del alcoholismo fetal (EAF/FAE) que se desglosa en:

c.1.- Trastornos Congénitos Relacionados con el Alcohol (ARBD): destacan las alteraciones estructurales y dismórficas con alteraciones cognitivas y conductuales menores.

b.2.- Trastornos del Neurodesarrollo Relacionados con del alcohol (ARND): destacan las alteraciones cognitivas y conductuales con menor dismorfología.

En el trabajo de Evrard<sup>1</sup> podemos encontrar la descripción, criterios diagnósticos y diferenciales. Por nuestro ámbito de interés destacamos, según el mismo autor, que se trata de la principal causa teratógena de discapacidad intelectual (DI). Sin embargo, el análisis de los datos epidemiológicos se ve complicado por el hecho de que si bien, con gran certeza, se van a presentar alteraciones neuropsicopatológicas no se va a poder deducir que se cumplen los criterios diagnósticos para la discapacidad intelectual. Otra dificultad vendrá dada por que la percepción de consumo de alcohol en general (y durante el embarazo) variará de acuerdo a criterios culturales, geográficos y sociales. El mismo concepto de consumo es difícil de definir y medir.

Popova et al<sup>2</sup> realizaron un metanálisis en que se observó una tasa de consumo de alcohol ( $\geq 2$  consumiciones/día o 5-6 consumiciones/episodio) en el embarazo del 9,8% mundial con el nivel más bajo del 0,2% en el Mediterráneo Oriental y del 25,02% en Europa. Por su parte, Lange et al<sup>3</sup> y para el mismo año (2.012) realizaron un metaanálisis para TEAF/FASD. En la tabla siguiente se muestran los datos y puede observarse la correlación con la prevalencia de SAF/FAS y TEAF/FASD.

Región	Consumo %	FAS /10.000(2)	FASD /10.000(3)
Mediterráneo Oriental	0,2	0,2	1
Sudeste Asiático	1,8	2,7	14
Pacífico Oeste	8,6	12,7	67
África	10	14,8	78
América	11,2	16,6	88
Europa	25,2	37,4	198
Mundial	9,8	14,6	77

Fuente: elaboración propia a partir de <sup>2y3</sup>.

Por nuestra parte, a partir de los datos de la European network of population-based registries for the epidemiological surveillance of congenital anomalies (EUROCAT)<sup>4</sup> hemos obtenido la serie histórica 1980-2016 referente a embarazos y nacimientos que hemos agrupado, para simplificar, en la siguiente tabla.

FAS	Population	LB/FAS	FD/FAS	TOPFA /FAS	FAS /10.000
1980-1989	3.347.380	96,20%	3,16%	0,63%	0,47
1990-1999	7.425.786	98,81%	0,48%	0,71%	0,57
2000-2009	14.653.742	97,36%	1,01%	1,62%	0,34
2100-2016	9.646.632	95,95%	0,29%	3,76%	0,36
Total	35.073.540	97,32%	0,92%	1,76%	0,40

FAS: Síndrome alcohólico fetal. LB: Nacidos vivos. FD: muerte fetal o nacidos muertos tras 20 semanas de gestación. TOPFA: interrupción voluntaria del embarazo tras diagnóstico de malformación fetal.

La comparación de la incidencia al nacimiento (0,40/10.000) con la prevalencia ya señalada (37,4/10.000) descarta una mortalidad prematura significativa. Así se ha observado una esperanza de vida de 34 años y las siguientes tasas de mortalidad:

Edad	% SAF/FAS <sup>5</sup>	% S Down
0	7,76	20,0 <sup>6</sup>
1-4	0,89	5,33 <sup>6</sup>
5-9	0,37	0,19 <sup>6</sup>
10-14	0,20	0,21 <sup>7</sup>
15-19	0,95	0,19 <sup>7</sup>
20-24	3,34	0,31 <sup>7</sup>
25-29	2,47	0,4 <sup>7</sup>
30-34	3,60	0,59 <sup>7</sup>
35-39	3,61	0,63 <sup>7</sup>
40-44	10,26	1,07 <sup>7</sup>
45-49	8,96	2,62 <sup>7</sup>
50-54	6,25	3,75 <sup>7</sup>
55-59	18,18	5,64 <sup>7</sup>
60+	21,43	12,25 <sup>7</sup>

Fuente: elaboración propia a partir de las fuentes señaladas. Debe tenerse presente las diferencias temporales y geográficas. El propósito de los datos sobre S Down son los de permitir un punto de referencia.

Hemos querido observar el comportamiento pre y perinatal de este síndrome respecto de otras. Para ellos hemos tomado como referencia el total de las 92 anomalías congénitas de la misma fuente<sup>4</sup>:

Todas	Population	LB/Todas	FD/Todas	TOPFA /Todas	Todas /10.000
1980-1989	3.347.380	91,49%	3,68%	4,83%	171,44
1990-1999	7.425.786	85,00%	2,15%	12,86%	205,48
2000-2009	14.653.742	84,90%	1,38%	13,73%	236,12
2100-2016	9.646.632	83,19%	1,23%	15,58%	237,11
Total	35.073.540	84,90%	1,65%	13,45%	223,73

De la comparación de ambas tablas se observa, en primer lugar, que el SAF/FAS presenta una buena viabilidad fetal. Así el total de muertes fetales o nacidos muertos representa el 0,92% frente al

1,65% para el total de anomalías congénitas. Diferencia que pensamos sería mayor dado que una parte de las TOPFAs corresponderían a fetos que hubiesen podido acabar como FD en mayor número para el total que para FAS.

En segundo lugar, se observa una diferencia importante de TOPFA (1,76% para SAF/FAS frente a 13,45% para el total). Tal diferencia podría venir por la ausencia de diagnóstico prenatal específico junto a la baja presencia de defectos estructurales graves en el FAS.

La tabla siguiente, elaborada a partir de la fuente de datos ya mencionada, nos permite comparar la frecuencia de TOPFA por SAF/FAS con la tasas de interrupción por cualquiera de las causas contempladas en la legislación por cada 100 mujeres entre 15 y 44 años (año 2011)<sup>8</sup>.

País	Nacimientos	Total FAS	Prev/10.000	LB %	FD %	TOPFA %	IVE % 2011(4)
Bulgaria	38.257	0	0,00	0,00%	0,00%	0,00%	1,65%
Sweden	1.106.663	1	0,01	100,00%	0,00%	0,00%	2,10%
Italy	3.839.051	19	0,05	100,00%	0,00%	0,00%	0,82%
<b>Hungary</b>	<b>1.439.731</b>	<b>7</b>	<b>0,05</b>	<b>85,71%</b>	<b>0,00%</b>	<b>14,29%</b>	<b>1,62%</b>
Norway	1.077.251	7	0,06	100,00%	0,00%	0,00%	
Malta	141.774	1	0,07	100,00%	0,00%	0,00%	No legal
Netherlands	593.540	4	0,07	100,00%	0,00%	0,00%	
Poland	5.751.148	66	0,11	100,00%	0,00%	0,00%	0,01%
Czech Republic	1.146.610	14	0,12	100,00%	0,00%	0,00%	1,11%
Spain	4.403.342	79	0,18	100,00%	0,00%	0,00%	1,24%
Portugal	430.309	8	0,19	75,00%	25,00%	0,00%	0,80%
Denmark	192.171	5	0,26	100,00%	0,00%	0,00%	1,28%
Austria	370.520	10	0,27	100,00%	0,00%	0,00%	
Ireland	1.122.241	30	0,27	100,00%	0,00%	0,00%	0,41%
<b>United Kingdom</b>	<b>4.986.506</b>	<b>148</b>	<b>0,30</b>	<b>93,24%</b>	<b>4,05%</b>	<b>2,70%</b>	<b>1,75%</b>
Switzerland	216.362	7	0,32	85,71%	0,00%	14,29%	
Croatia	211.210	12	0,57	100,00%	0,00%	0,00%	0,53%
<b>France</b>	<b>4.948.989</b>	<b>315</b>	<b>0,64</b>	<b>93,65%</b>	<b>0,95%</b>	<b>5,40%</b>	<b>1,46%</b>
Belgium	867.285	78	0,63	100,00%	0,00%	0,00%	0,92%
Germany	524.730	45	0,86	100,00%	0,00%	0,00%	0,73%
Finland	1.304.902	369	2,83	98,92%	0,54%	0,54%	0,90%
Ukraine	360.948	202	5,60	100,00%	0,00%	0,00%	
<b>Total</b>	<b>35.073.540</b>	<b>1427</b>	<b>0,40</b>	<b>97,32%</b>	<b>0,92%</b>	<b>1,76%</b>	<b>1,08%</b>

Fuente: elaboración propia a partir de <sup>4y8</sup>

Dada la variabilidad de supuestos y plazos entre países<sup>8</sup> pensamos que son estos los que más peso tendrían a la hora de explicar las diferencias de TOPFA. Así haría más referencia a la decisión de interrumpir el embarazo por causas personales que por malformaciones SAF/FAS.

Debemos señalar que no parecen haber diferencias en prevalencia por raza, etnia o nivel socioeconómico ante igual consumo<sup>9</sup>.

Para finalizar la entrada señalar que los TEAF/FASD constituyen un conjunto diagnóstico complejo y sobre el que no hay consenso. Ello será tratado en otras entradas.

- 1.- Evrard, S. G. (2010). Criterios diagnósticos del síndrome alcohólico fetal y los trastornos del espectro del alcoholismo fetal. *Arch Argent Pediatr*, 108(1), 61-67.
- 2.- Popova, S., Lange, S., Probst, C., Gmel, G., & Rehm, J. (2017). Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5(3), e290-e299.
- 3.- Lange, S., Probst, C., Gmel, G., Rehm, J., Burd, L., & Popova, S. (2017). Global prevalence of fetal alcohol spectrum disorder among children and youth: a systematic review and meta-analysis. *JAMA pediatrics*, 171(10), 948-956.
- 4.- <https://eu-rd-platform.jrc.ec.europa.eu/eurocat/eurocat-data/prevalence/export/>, accessed on 7/6/2020.
- 5.- Thanh, N. X., & Jonsson, E. (2016). Life expectancy of people with fetal alcohol syndrome. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*, 23(1).
- 6.- Day, S. M., Strauss, D. J., Shavelle, R. M., & Reynolds, R. J. (2005). Mortality and causes of death in persons with Down syndrome in California. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47(3), 171-176.
- 7.- Fryers, T., & Mackay, R. I. (1979). Down syndrome: prevalence at birth, mortality and survival. A 17-year study. *Early Human Development*, 3(1), 29-41.
- 8.- Domínguez, J. N. (2014). Análisis de la legislación europea y española sobre salud sexual y reproductiva. *Revista Fundación Alternativas*.
- 9.- May, P. A., Hasken, J. M., Stegall, J. M., Mastro, H. A., Kalberg, W. O., Buckley, D., ... & Tabachnick, B. G. (2020). Fetal alcohol spectrum disorders in a southeastern county of the United States: child characteristics and maternal risk traits. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 44(4), 939-959.