



Universidad Católica de Santa María

Facultad de Enfermería

Segunda Especialidad de Enfermería en Neonatología



FACTORES MATERNOS ASOCIADOS A MALFORMACIONES CONGENITAS EN RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO DURANTE EL AÑO 2017.

Tesis presentada por la Licenciada

Zegarra Hidalgo, Gipsy Carol

para optar el Título de Segunda Especialidad
de Enfermería en Neonatología

Asesora:

Mg. Espinoza Huashua, Angélica María

Arequipa – Perú
2019

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A : Dra. Sonia Núñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería

DE : Jurado Dictaminador

ASUNTO : **BORRADOR DE TESIS: "FACTORES MATERNOS ASOCIADOS A MALFORMACIONES CONGENITAS EN RECIEN NACIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO DURANTE EL AÑO 2017"**

AUTORA : Lic. Gipsy Carol Zegarra Hidalgo

FECHA : 13 de Junio del 2019

Previo atento saludo, me dirijo a Usted para informarle que el Jurado Dictaminador, luego de haber revisado el Borrador de Tesis antes mencionado; y habiendo la interesada subsanado las observaciones da pase a la **FASE DE SUSTENTACION**.


Atentamente,



Dra. Mirta Cardeña Valverde
Jurado Dictaminador



Lic. Diana Villanueva Montaña
Jurado Dictaminador



Mg. Angélica Espinoza Huashua
Jurado Dictaminador

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
FACULTAD DE ENFERMERIA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

INFORME DE ASESORIA DE TESIS

A: Dra. Sonia Núñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería

De: Mg. Angélica María Espinoza Huashua
Docente Asesora de Tesis

ASUNTO: Informe de Asesoría de Tesis

AUTORA: Lic. Gipsy Carol Zegarra Hidalgo

FECHA: 11 de Enero del 2019

Me es grato dirigirme a Usted, y presentarle el informe de asesoría de la tesis en mención:

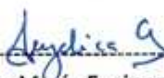
ANTECEDENTES

Una vez aprobado el proyecto de tesis "Factores maternos asociados a malformaciones congénitas en recién nacidos del Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, 2017" La asesoría se realizó luego que se recepciono el oficio con decreto N° 006-FEnf- SGDA/ESP-TEESIS-2018 en el Mes de Setiembre hasta la actualidad, teniendo 4 sesiones en las que hubieron Observaciones en el Planteamiento Teórico, Planteamiento Operacional, Resultados, Conclusiones y Recomendaciones , las cuales fueron subsanadas por la interesada.

APRECIACIÓN PERSONAL

La Srta. Investigadora durante el periodo de Asesoría demostró dedicación, interés, responsabilidad y ética en el desarrollo del trabajo de Investigación.

Atentamente,



Mg. Angélica María Espinoza Huashua
Asesora

DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A: DRA. SONIA NUÑEZ CHAVEZ
Decana de la Facultad de Enfermería

DE: Borrador de Tesis "FACTORES MATERNOS ASOCIADOS A MALFORMACIONES CONGÉNITAS EN RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2017".

AUTORA: Licenciada GIPSY CAROL ZEGARRA HIDALGO

FECHA: 23 de Setiembre de 2018

Previo atento saludo, me dirijo a Ud. para informarle que se han revisado las observaciones del borrador de tesis titulado: "Factores maternos asociados a Malformaciones congénitas en Recién Nacidos del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa de 2017".

Reunido el Jurado Dictaminador y subsanadas las observaciones se da paso a la fase de ejecución.

Atentamente.



DRA. MIRTHA CARDEÑA VALVERDE



Lic. DIANA VILLANUEVA MONTAÑO



DEDICADO:

A DIOS

Por darme la vida y estar siempre guiándome en mi camino.

A mis Padres GILBERTO y NORMA

Por el esfuerzo y metas alcanzadas, refleja la dedicación, el amor que invierten sus padres en sus hijos.

A mi esposo JOSÉ

En el camino encuentras personas que iluminan tu vida, que con su apoyo logras alcanzar de mejor manera tus metas, a través de su amor, paciencia, y confianza me ayudo a concluir esta meta.



AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por guiarme en mi camino y por permitirme concluir con mi objetivo.

A mis padres que son mi motor y motivo que me ayudaron a trazar mi camino.

A mi esposo por ser el apoyo incondicional en mi vida, que, con su amor y respaldo, me ayuda a alcanzar mis metas.

Y finalmente mis hermanos por llenarme de alegría cada día con sus ocurrencias, y por todos los consejos brindados en todo este proceso.

INTRODUCCIÓN

Las anomalías congénitas también se conocen como defectos congénitos, trastornos congénitos o malformaciones congénitas. Las anomalías congénitas se pueden definir como anomalías estructurales o funcionales (por ejemplo, trastornos metabólicos) que se producen durante la vida intrauterina y se pueden identificar prenatalmente, en el momento del nacimiento o, a veces, solo se pueden detectar más adelante en la infancia, como los defectos del oído.

“En cifras reportadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se considera que las anomalías congénitas (también llamadas defectos de nacimiento) afectan a uno de cada 33 lactantes y causan 3,2 millones de discapacidades al año a nivel mundial. Se calcula que cada año 270 000 recién nacidos fallecen durante los primeros 28 días de vida debido a anomalías congénitas” (1).

En el Perú nacen alrededor de 600,000 niños, donde 2 a 5% de ellos presentan alguna malformación congénita, la mayoría de ellas, aisladamente, pero en casi el 50% se presenta un síndrome malformativo, varias malformaciones o dos malformaciones serias (2).

Es muy complicado para la madre, el enfrentar este reto, de tener un hijo con alguna anomalía congénita, más aún considerando que esta discapacidad a largo plazo, puede tener un impacto significativo en el desarrollo normal del recién nacido, haciéndose muchas veces necesario contar con asistencia de salud más continua.

Como profesionales de Enfermería, dentro del entorno de atención que se brinda al recién nacido en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado, esta debe enfocarse en brindar Cuidado Humanizado, debido a que existe mayor compromiso con los que presentan malformaciones congénitas, porque exigen un mayor cuidado de salud en él bebe y a la vez se le debe informar a la madre sobre los cuidados especiales que deberá seguir para que logre el mejor crecimiento y desarrollo de su hijo.

RESUMEN

FACTORES MATERNOS ASOCIADOS A MALFORMACIONES CONGENITAS EN RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO DURANTE EL AÑO 2017.

MATERNAL FACTORS ASSOCIATED WITH CONGENITAL MALFORMATIONS IN NEWBORN HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO DURING THE YEAR 2017

Zegarra Hidalgo, Gipsy Carol, Facultad de Enfermería - UCSM

El presente estudio tiene como objetivos identificar las características que presenta el recién nacido con malformaciones congénitas y precisar el tipo de malformación congénita para determinar los factores maternos asociados a malformaciones congénitas en recién nacido del Servicio de Neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa del año 2017. El estudio es descriptivo y retrospectivo. Como instrumento se usó la Ficha de recolección de datos. Las unidades de estudio fueron 61 recién nacidos con malformaciones congénitas. La información obtenida se procesó estadísticamente en frecuencias y porcentajes, dando lugar a las siguientes conclusiones: 1) Los recién nacidos con malformaciones congénitas pertenecen al sexo femenino en un 50.8%, la edad gestacional fue en su mayoría fue a término y pesaron 3000 gr. en un 49.2%. 2) Los factores maternos que se asocian a las malformaciones congénitas en el recién nacido, en mayor porcentaje son madres mayores de 35 años y son multigestas. 3) Los tipos de malformación congénita que se presentaron con mayor incidencia en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, fueron Síndrome de Down (39.3%) y fisura labial y paladar hendido (14.8%).

Palabras clave: Malformaciones Congénitas – Recién Nacido - Servicio de Neonatología.

ABSTRACT

The present study aims to identify the characteristics of the newborn with congenital malformations and to specify the type of congenital malformation to determine the maternal factors associated with congenital malformations in the newborn of the Neonatology Service of the Honorio Delgado Regional Hospital in Arequipa, 2017 The study is descriptive and retrospective. The data collection card was used as an instrument. The study units were 61 newborns with congenital malformations. The information obtained was statistically processed in frequencies and percentages, leading to the following conclusions: 1) Newborns with congenital malformations belong to the female sex in 50.8%, gestational age was mostly full term and weighed 3000 gr. in 49.2%. 2) The maternal factors that are associated with congenital malformations in the newborn, in greater percentage are mothers over 35 years and are multigesta. 3) The types of congenital malformation that appeared with greater incidence in the Neonatology Service of the Honorio Delgado Regional Hospital in Arequipa, were Down Syndrome (39.3%) and cleft lip and cleft palate (14.8%).

Key words: Congenital Malformations - Newborn - Neonatology Service

INDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN | |
| RESUMEN | |
| ABSTRACT | |
| CAPITULO I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO | 1 |
| 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN..... | 1 |
| 1.1. Enunciado | 1 |
| 1.2. Descripción del Problema | 1 |
| 1.2.1. Área del Conocimiento..... | 1 |
| 1.2.2. Análisis y Operacionalización de Variables | 2 |
| 1.2.3. Interrogantes Básicas | 2 |
| 1.2.4. Tipo y Nivel del Problema | 3 |
| 1.3. Justificación..... | 3 |
| 2. MARCO CONCEPTUAL..... | 5 |
| 3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS..... | 34 |
| 4. OBJETIVOS | 37 |
| 5. HIPÓTESIS | 37 |
| CAPITULO II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL | 38 |
| 1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN | 38 |
| 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN | 38 |
| 3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS..... | 40 |
| 4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR RESULTADOS | 41 |
| CAPITULO III. RESULTADOS | 42 |
| CONCLUSIONES..... | 58 |
| RECOMENDACIONES | 59 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 60 |
| ANEXOS | 62 |
| ANEXOS N° 1. INSTRUMENTOS..... | 63 |



CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado

FACTORES MATERNOS ASOCIADOS A MALFORMACIONES CONGENITAS EN RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO DURANTE EL AÑO 2017.

1.2. Descripción del Problema

1.2.1. Área del Conocimiento

| | | |
|-------|---|----------------------------|
| Campo | : | Ciencias de la Salud |
| Área | : | Enfermería en Neonatología |
| Línea | : | Malformación Congénita |

1.2.2. Análisis y Operacionalización de Variables

| Variables | Indicadores | Subindicadores | |
|--|-------------------------------|---|--|
| | 1. Datos del Recién Nacido | 1.1. Sexo 1.2. Edad gestacional 1.3. Peso al nacer 1.4. Tipo de malformación congénita | |
| Factores Maternos Asociados a Malformaciones Congénitas | 2. Edad materna | 2.1. 13 a 20 años 2.2. 21 a 34 años 2.3. Mayor de 35 años | |
| | 3. Hábitos nocivos | 3.1. Consumo de alcohol 3.2. Consumo de tabaco 3.3. Consumo de drogas | |
| | 4. Enfermedad materna crónica | 4.1. Diabetes 4.2. Hipertensión 4.3. Epilepsia 4.4. Obesidad 4.5. Desnutrición | |
| | 5. Numero de Gestaciones | 5.1. Primigesta 5.2. Multigesta | |
| | 6. Antecedentes Genéticos | 6.1. Hijos con anomalías congénitas 6.2. Familiares con anomalías congénitas | |
| | 7. Controles prenatales | 7.1. Adecuados (mayor a 6 controles) | |
| | | 7.2. Inadecuados (menor de 6 controles) | |

1.2.3. Interrogantes Básicas

- A. ¿Cuáles son las características que presenta el recién nacido con malformaciones congénitas atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa del año 2017?
- B. ¿Cuáles son los factores maternos asociados a malformaciones congénitas en recién nacido del Servicio de Neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa del año 2017?.
- C. ¿Qué tipo de malformación congénita se presenta con mayor incidencia en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa del año 2017?

1.2.4. Tipo y Nivel del Problema

Tipo: De campo

Nivel: Descriptivo y retrospectivo.

1.3. Justificación

Es pertinente de ser estudiado, tomando en consideración que las malformaciones congénitas son más comunes y graves, siendo las de mayor presencia los defectos cardíacos, defectos del tubo neural y Síndrome de Down a nivel internacional. En el escenario nacional se pudo encontrar que en el año 2017, se presentaron 61 casos de malformaciones congénitas en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, habiendo un predominio del Síndrome de Down y Labio Leporino (3).

Su importancia se centra en la necesidad de conocer que factores maternos se asocian a la presencia de malformaciones congénitas en los recién nacidos, de gestantes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, para evitar el incremento de la morbilidad y mortalidad por su considerable frecuencia y las repercusiones que estas alteraciones anatómicas significan para la futura madre y el recién nacido.

La relevancia humana, se evidencia dentro de la formación del Profesional de Enfermería especialista en Neonatología, que asume un compromiso con el recién nacido y su madre, que no sólo se trata de la atención en salud, sino de poner en práctica su rol educativo, informando a la madre y la familia, los cuidados que deben brindar en los recién nacidos que han presentado malformación congénita.

La presencia de malformaciones congénitas en algunos recién nacidos, no sólo significa un problema para la familia, sino para la sociedad misma, porque si bien es cierto, que algunos casos terminan en muerte, el restante es atendido con cuidados especiales por el resto de su vida, lo que involucra no sólo repercusiones psicosociales en la familia, sino también mayores gastos económicos en busca de la recuperación y mejoramiento de la salud del recién nacido, por lo cual adquiere relevancia social.

La relevancia científica, se basa en el hecho concreto, de que el presente estudio nos proporcionará la oportunidad de fortalecer el tema de investigación, además de conocer más sobre etiología, diagnóstico y prevención y la intervención de Enfermería en la atención de recién nacidos con malformaciones congénitas.

La motivación está enfocada en poder conocer más sobre el tema, y así poder fortalecer los sistemas de registro y vigilancia.

La motivación profesional, es el deseo de obtener el Título Profesional de Segunda Especialidad en Neonatología.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. ANOMALÍAS CONGÉNITAS

2.1.1. DEFINICIÓN

Las anomalías congénitas se denominan también defectos de nacimiento, trastornos congénitos o malformaciones congénitas. Se trata de anomalías estructurales o funcionales, como los trastornos metabólicos, que ocurren durante la vida intrauterina y se detectan durante el embarazo, en el parto o en un momento posterior de la vida (4).

Se entiende como anomalía congénita cualquier trastorno del desarrollo morfológico, estructural o funcional de un órgano o sistema presente al nacer. Puede ser familiar o esporádica, externa o interna, y única o múltiple. Según su origen se subdividen en malformaciones, deformaciones, disrupciones y displasias (5).

Algunas definiciones básicas se describen a continuación:

- **Malformación:** es una anomalía de la forma o estructura de un órgano o parte de éste, resultado de un desarrollo intrínsecamente anormal, ya sea desde la concepción o desde muy temprano en la embriogénesis (ej: labio leporino) (6).
- **Disrupción:** es el defecto morfológico de un órgano o de una región del organismo cuyo desarrollo era originalmente normal, secundario a una interferencia externa (ej: síndrome de banda amniótica).

- **Deformación:** es una alteración de la forma, posición o estructura de una parte del organismo, secundaria a la acción de fuerzas mecánicas anormales que actúan sobre una parte desarrollada previamente en forma normal (ej: pie equino varo) (5).
- **Displasia:** es la organización celular anormal, que modifica la morfología original o la estructura de un tejido u órgano (ej: displasia esquelética).
- **Síndrome:** es un patrón reconocido de múltiples anomalías que afectan a múltiples áreas del desarrollo, y presumiblemente tienen una etiopatogenia común.

Finalmente, las anomalías congénitas se clasifican como mayores o menores, entendiéndose como anomalía congénita mayor la que representa un riesgo vital, requiere de cirugía o implica secuelas estéticas severas, y menor si no presenta secuelas estéticas significativas, ni alteraciones en la calidad o esperanza de vida del paciente (7).

2.1.2. EPIDEMIOLOGÍA

Según la Organización Mundial de la Salud, en el año 2017, se calculó que cada año 303.000 recién nacidos fallecen durante las primeras cuatro semanas de vida en el mundo debido a anomalías congénitas. Las anomalías congénitas pueden ocasionar discapacidades crónicas con gran impacto en los afectados, sus familias, los sistemas de salud y la sociedad. Los trastornos congénitos graves más frecuentes son las malformaciones cardíacas, los defectos del tubo neural y el síndrome de

Down. Las anomalías congénitas pueden tener un origen genético, infeccioso o ambiental, aunque en la mayoría de los casos resulta difícil identificar su causa (4).

En el caso del Síndrome de Down, el 95% de casos, se produce por una trisomía del cromosoma 21 debido generalmente a la no disyunción meiótica en el óvulo. Aproximadamente un 4% se debe a una traslocación robertsoniana entre el cromosoma 21 y otro cromosoma acrocéntrico que normalmente es el 14 o el 22. Ocasionalmente puede encontrarse una traslocación entre dos cromosomas 21. Por último, un 1% de los pacientes presentan un mosaico, con cariotipo normal y trisomía 21. No existen diferencias fenotípicas entre los diferentes tipos de SD. La realización del cariotipo es obligada para realizar un adecuado asesoramiento genético dado que el riesgo de recurrencia depende del cariotipo del paciente (8).

2.1.3. EMBRIOLOGÍA DE DEFECTOS DE NACIMIENTO

Una enfermedad congénita es aquella que se manifiesta desde el nacimiento, ya sea producida por un trastorno durante el desarrollo embrionario, durante el parto, o como consecuencia de un defecto hereditario.

Las exposiciones a productos químicos en el medio ambiente pueden perjudicar la función reproductiva humana de muchas maneras. Los sistemas reproductivos masculinos y femeninos son importantes sistemas de órganos, los cuales son sensibles a numerosos agentes químicos y físicos. La amplia gama de resultados reproductivos adversos

incluye una reducción en la fertilidad, abortos espontáneos, bajo peso al nacer, malformaciones y deficiencias del desarrollo (9).

2.1.4. TIPOS DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS

A. Atresia esofágica

Es un trastorno del aparato digestivo, en el cual el esófago no se desarrolla apropiadamente. El esófago es el tubo que normalmente lleva el alimento desde la boca hasta el estómago. La atresia esofágica es una anomalía congénita, en la cual la luz esofágica se encuentra interrumpida originando dos segmentos, uno superior y otro inferior. El segmento superior es un cabo ciego dilatado con una pared muscular hipertrofiada; por lo general, este cabo se encuentra entre la segunda y la cuarta vértebra torácica. Esto nos indica que ocurre antes del nacimiento, también existen varios tipos, pero en la mayoría de los casos, la parte superior del esófago termina y no se conecta con su parte inferior ni con el estómago (10).

❖ Valoración

Es frecuente que la madre presente polihidramnios. La valoración de la edad gestacional a menudo indica que el recién nacido es pequeño. El niño tiene dificultades para alimentarse y presenta distensión abdominal. Sí el defecto se encuentra más allá de la entrada del conducto común ocurren vómitos teñidos de bilis. Si la estenosis se encuentra sobre el conducto biliar común, el vómito no estará teñido de bilis sino de saliva o leche sin digerir.

❖ Tratamiento de Atresia Esofágica

El tratamiento comienza con el diagnóstico prenatal oportuno, los objetivos deben estar dirigidos a la implementación de acciones de prevención destinadas a la confirmación o descarte del diagnóstico, brindar información y contención adecuada a los padres y preparar la recepción de estos recién nacidos de manera interdisciplinaria.

De acuerdo al riesgo de cada recién nacido en general las estrategias a seguir dependerán de las siguientes variables:

- Las malformaciones asociadas
- El peso del paciente
- La separación de los cabos del esófago
- La experiencia de cada grupo de trabajo

El tratamiento primario consiste en la sección y el cierre de la fístula si la tuviese, y la anastomosis término-terminal de ambos cabos o extremos esofágicos. El abordaje quirúrgico consiste en una toracotomía con disección extrapleural, de manera que, si se produce una dehiscencia, la saliva no contamine el espacio pleural.

En pacientes graves, en prematuros, y en recién nacidos que tengan los cabos esofágicos separados, en principio se realiza una gastrostomía y el cierre de la fístula como primer paso, para en un segundo tiempo y según la evolución del paciente realizar la corrección del esófago.

El cierre de la fístula disminuye la posibilidad de broncoaspiración y la pérdida de surfactante a través de la misma, mejorando así la ventilación pulmonar.

“La realización de la gastrostomía se basa en que la descompresión gástrica disminuye la aspiración del contenido gástrico, y permite a posteriori la alimentación enteral por esta vía” (11).

❖ **Planeación de Cuidados de Enfermería de Atresia Esofágica**

- **Cuidados preoperatorios**

Los cuidados que se realizan en la sala de recepción continuarán en el traslado a la UCIN, y durante todo el periodo preoperatorio.

El recién nacido que ha ingresado al área, debe estar en una servocuna o incubadora para mantener la termorregulación, con intervenciones adecuadas y teniendo en cuenta la edad gestacional del recién nacido, manteniendo la posición semisentada, sobre todo si no se conoce el tipo de atresia de esófago que presenta. Proveer un ambiente térmico adecuado, con humedad necesaria para humidificar las secreciones del cabo esofágico superior.

También con el fin de disminuir la posibilidad de reflujo gastroesofágico hacia la vía aérea, se realizarán acciones para evitar la compresión abdominal, colocar el pañal flojo y evitar el llanto para que el recién nacido no aumente la distensión abdominal.

Colocar un acceso vascular seguro para la administración de fluidos y electrolitos, o nutrición parenteral por vía endovenosa. La recomendación para los pacientes con atresia de esófago es que cuenten con una vía percutánea, y una vía periférica para la administración de hemoderivados si fuese necesario durante la cirugía.

Recordar que la nutrición depende de la administración de nutrientes por esta vía ya que en el periodo postoperatorio no se alimentará por vía oral, por varios días. En este periodo, y con el objetivo de llevar al quirófano al recién nacido en las mejores condiciones nutricionales y hemodinámicas, la confección del balance de ingresos y egresos es fundamental.

Administrar oxígeno si fuese necesario, de acuerdo a los valores de saturación que presente. Si el recién nacido requiere presión positiva continua en la vía aérea al final de la espiración (CPAP) o asistencia respiratoria mecánica (ARM), es de vital importancia cerrar la fístula, lo antes posible, ya que el flujo de aire enviado por el respirador pasa a través de la fístula y distiende aún más el estómago, agravando el cuadro.

La disponibilidad del equipo de emergencia, bolsa de reanimación completa, con manómetro y aspiración, cercano a la unidad del paciente, va a permitir disminuir los episodios que puedan comprometer la adecuada oxigenación.

Si existe compromiso hemodinámico deberá instalarse una vía arterial para la medición de la tensión arterial invasiva.

Durante este periodo se realizarán exámenes de laboratorio y estudios diagnósticos en búsqueda de malformaciones asociadas, como un ecocardiograma, y en algunos casos la confirmación diagnóstica por vía endoscópica.

Cuando un recién nacido nace con una atresia de esófago, las expectativas de los padres se desdibujan por la idealización del hijo. Al nacer un hijo enfermo, todos los proyectos pasan a segundo plano, para

atender el principal problema: la resolución quirúrgica de la enfermedad. De un rol participativo en el cuidado del recién nacido pasan a entregar al equipo de salud, médicos, enfermeras y cirujanos el cuidado de su hijo. En las primeras horas de vida tendrán que enfrentarse a la cirugía, la anestesia, el dolor, drenajes, asistencia respiratoria mecánica y se enfrentarán con una imagen del recién nacido que nada tiene que ver con la imagen ideal que formaron durante el embarazo.

El cuidado de los padres en este periodo involucra desde facilitar el contacto visual temprano, orientar a los padres en el Hospital y en la UCIN, hasta explicar los procedimientos y pasos a seguir a los padres lo más rápido posible. En las primeras visitas no es adecuado sobrecargar con información detallada; hay que permitirles tomar un tiempo para procesarla. Facilitar la comunicación y decodificar la información recibida por otros miembros del equipo de salud pasa a ser primordial. Alentar a los padres a compartir sus preocupaciones y miedos, y animar e incorporar a la familia al cuidado del recién nacido es también un rol importante de enfermería en este periodo.

Los enfermeros somos privilegiados por estar muy cerca de ellos, siendo necesario evaluar periódicamente qué y cuánto entienden sobre el estado de su hijo.

- **Cuidados postoperatorios**

El objetivo de las intervenciones de enfermería en el periodo posoperatorio está orientado a cuidar al recién nacido y la familia en forma integral.

El recién nacido regresará de quirófano intubado, según las modalidades del servicio y la técnica quirúrgica, con un drenaje extrapleural bajo agua y con una sonda transanastomótica de silastic.

Durante las primeras 24 a 48 horas el recién nacido estará ventilado con ARM con el objetivo de mejorar la recuperación anestésica y brindar un adecuado manejo del dolor.

La sonda transanastomótica tiene por función actuar como tutor de la sutura esofágica, y drenar las secreciones gástricas evitando la distensión abdominal en los primeros días. Se utiliza para la alimentación en los días posteriores si el recién nacido no tuviera coordinación entre succión-deglución-respiración, y permite la alimentación enteral precoz si existieran complicaciones anastomóticas esofágicas. Es de fundamental importancia su cuidado, ya que si la sonda se sale accidentalmente no se puede recolocar, por el riesgo de lesionar la anastomosis reciente durante la recolocación.

El tubo pleural tiene como objetivo servir de "detector de complicaciones" de las suturas traqueal y esofágica.

Las complicaciones tempranas en este periodo son:

Dehiscencia anastomótica esofágica: ocurre entre los 3-4 días posquirúrgicos. Se evidencia por la salida de saliva a través del drenaje pleural, dolor y dificultad respiratoria. Se constata al administrar colorante por vía oral, y observar la salida por el drenaje torácico. El tratamiento es conservador, y en general es quirúrgico si la dehiscencia de la sutura es total.

Dehiscencia de la sutura traqueal: se evidencia por la salida de aire o burbujeo a través del drenaje pleural. Recuerde: el drenaje debe oscilar, pero no burbujear. Drenaje que burbujea indica lesión activa. El tratamiento es quirúrgico (12).

Para prevenir estas complicaciones, el cuidado de la sutura esofágica se resume en evitar la extensión del cuello, y el estiramiento del esófago recién suturado. La movilización del recién nacido debe realizarse en bloque, manteniendo la línea media y cuidar que la sonda transanastomótica no se salga accidentalmente.

Para prevenir la dehiscencia de la sutura traqueal hay que poner especial énfasis en la técnica de aspiración de secreciones a través del tubo endotraqueal; no atravesar con la sonda de aspiración el orificio distal del tubo y no profundizar mucho la aspiración de las fauces. Solicitar que el cirujano mida la distancia entre la boca y la sutura esofágica en el periodo intraoperatorio, y utilizar una sonda con una marca que impida su introducción más allá de la faringe, para evitar lesiones a nivel de la anastomosis. La prevención de extubaciones accidentales también disminuye esta complicación.

Al realizar la observación del débito del drenaje torácico, en búsqueda de complicaciones, verificar la conexión correcta y evaluar la permeabilidad. Mantener en 2 cm el nivel del sello del agua. Se debe realizar doble fijación del drenaje en el sitio de salida y a la cadera o miembro inferior del recién nacido. Nunca fijar a la sábana o a la incubadora. El cambio del frasco bitubulado se realizará con el objetivo de contabilizar el débito para el balance de ingresos y egresos y evitar que el material drenado

permanezca en el frasco favoreciendo la proliferación microbiana. Pinzar el drenaje solo en situaciones estrictamente necesarias: cambio de frasco o movilización del paciente. La curación del sitio de inserción se realiza según las normas del servicio. Se deberá medir y documentar el débito y las características del material drenado prestando especial cuidado a la presencia de saliva; esto podría estar mostrando una eventual dehiscencia.

La nutrición de los niños con atresia de esófago es fundamental para la recuperación sin complicaciones. Con adecuada nutrición hay menos posibilidades de infección, y la cicatrización y reparación de los tejidos es más rápida.

Cuando el recién nacido regresa del centro quirúrgico, se debe controlar la glucemia. Durante el acto quirúrgico los recién nacidos presentan inhibición de la liberación de insulina, lo que los predispone en este periodo a la hiperglucemia.

Realizar la administración precoz de nutrición parenteral total (NPT), de acuerdo a las indicaciones. Verificar el ritmo de infusión, el flujo de glucosa y la composición de la solución.

La administración de alimento por vía oral, quedará postergada hasta realizar el esofagograma de control. Mientras tanto, fomentar el uso del chupete. Una vez confirmada la permeabilidad esofágica, se realizará la administración de leche en pequeñas cantidades por vía oral, tan pronto como sea posible. Si la madre mantuvo la lactancia, es fundamental intentar hacer del momento de la alimentación un momento placentero.

Si no fue posible realizar la anastomosis esofágica la alimentación se realizará a través de la gastrostomía.

Las complicaciones tardías de un recién nacido con atresia de esófago son:

- **Reflujo gastroesofágico:** es una complicación frecuente en los pacientes con atresia de esófago. El diagnóstico se realiza con esofagograma y pHmetría. El tratamiento en general, es médico, llegando en algunos casos a la necesidad de una operación antirreflujo o cirugía de Nissen.
- **Refistulización traqueoesofágica:** es la recanalización de la comunicación, que había sido seccionada y suturada. Se evidencia porque el recién nacido presenta tos al ingerir líquidos.
- **Estrechez anastomótica:** se evidencia en el esofagograma de control que se realiza entre los 7 a 10 días postquirúrgico o por disfagia. El tratamiento se realiza con bujías o sondas con balón para favorecer la dilatación del esófago.
- **Traqueomalasia:** es la manifestación de un defecto en la embriogénesis. Es la debilidad de los cartílagos traqueales que causan colapso espiratorio de la tráquea. Se evidencia por presentar tos con cornaje, y en los casos más graves puede ocasionar apneas y hasta el paro respiratorio. El tratamiento es médico quirúrgico, dependiendo de los casos.

- **Dismotilidad esofágica:** se manifiesta con trastornos en la deglución y en la alimentación con sólidos y/o líquidos. El uso de agentes que aumentan la motilidad esofágica puede ayudar. La educación a los padres para la primera infancia consiste en la elección del tipo de alimentos a consumir, incentivar a una masticación intensiva y a consumir líquidos conjuntamente con los alimentos sólidos (12).

El seguimiento a largo plazo muestra que estos recién nacidos pueden persistir con síntomas respiratorias y gastrointestinales que varían en intensidad. Entre ellos infecciones respiratorias a repetición, disnea, dificultad para tragar, y tos nocturna. Estos síntomas se van atenuando con la edad.

La calidad de vida a largo plazo es buena, requiriendo en la etapa posterior a la cirugía y una vez dados de alta, un control periódico para tratamiento o profilaxis de las secuelas presentes en los sistemas comprometidos por esta anomalía congénita.

Los recién nacidos con atresia de esófago, sin duda alguna se han visto beneficiados con los avances logrados en el campo de la perinatología, el desarrollo de nuevas tecnologías y la aparición de nuevas técnicas quirúrgicas.

En la actualidad la supervivencia de los recién nacidos con atresia de esófago es de un 85%. Sin embargo, en los niños que entran en el rango de bajo riesgo, sin malformaciones asociadas, esta supervivencia es mayor al 97%.

Quienes presentan el mayor desafío hoy, son los recién nacidos de muy bajo peso al nacer que logran sobrevivir gracias a las modernas estrategias de cuidados y de personal altamente capacitado, para instituirlos (12).

B. Síndrome Down

“El Síndrome de Down (SD), también llamado trisomía 21, es la causa más frecuente de retraso mental identificable de origen genético. Se trata de una anomalía cromosómica que tiene una incidencia de 1 de cada 800 nacidos, y que aumenta con la edad materna. Es la cromosomopatía más frecuente y mejor conocida” (8).

❖ Valoración

Se debe comenzar a preparar a los padres, tan pronto como se sospeche del diagnóstico y en los controles iniciales de salud que se llevan a cabo en atención primaria. Hay que tener en cuenta que algunas familias no conocen el diagnóstico hasta el momento del nacimiento, y en muchos casos, las familias con el tiempo, lo recuerdan como una información dada de manera brusca y centrada solo en los puntos negativos del síndrome. Es interesante el contacto de estos padres con otros padres o grupos de apoyo que les brinde apoyo emocional e información sobre el síndrome de Down. Lo ideal es que la información se de tan pronto como sea posible, en privado, con sensibilidad y estando ambos padres junto a su hijo, se les felicitará por el nacimiento y se destacarán los puntos positivos del síndrome de Down. Se atenderán todas sus preguntas, se aportará

documentación escrita sobre el síndrome de Down y asociaciones de ayuda.

“Las características fenotípicas del síndrome de Down pueden no ser muy evidentes en el período neonatal inmediato. En este momento la gran hipotonía y el llanto característico, agudo y entrecortado, pueden ser la clave para el diagnóstico. Al poco tiempo se define el fenotipo característico, aunque cada uno tendrá sus propias peculiaridades. El diagnóstico definitivo vendrá dado por el estudio de los cromosomas” (8).

❖ **Tratamiento**

No existe un tratamiento estándar y único para el síndrome de Down. Los tratamientos dependen de las necesidades físicas e intelectuales de cada individuo, así como de sus destrezas y limitaciones personales. Un niño con síndrome de Down debería recibir atención de un equipo de profesionales de la salud.

❖ **Planeación de Cuidados de Enfermería**

“Los niños con Síndrome de Down (SD) deben seguir los controles periódicos y vacunas como cualquier otro niño de la misma edad, pero además se debe prestar especial atención a las complicaciones que pueden aparecer inherentes a su cromosomopatía” (8).

Si presentarán una cardiopatía, aunque clínicamente no se constate un soplo cardíaco, se deberá realizar un ecocardiograma en los primeros dos meses de vida.

Tomar en consideración los problemas oculares y auditivos, entre los primeros el estrabismo, la miopía, la hipermetropía y las cataratas son los más frecuentes.

Las apneas obstructivas del sueño son frecuentes en éstos individuos. Las manifestaciones clínicas habituales según la edad del paciente pueden ser desde ronquidos hasta posturas inusuales al dormir, fatigabilidad diurna, aparición de enuresis en individuo previamente continente e incluso cambio de carácter.

Desde el punto de vista digestivo, nacen con malformaciones intestinales que requerirán abordaje quirúrgico, siendo la atresia duodenal y la enfermedad de Hirschsprung las más frecuentes

La alimentación puede ser difícil durante la lactancia debido a la hipotonía. La duración de las tomas se alarga y la macroglosia puede empeorar los problemas de succión (8).

C. Espina bífida

La espina bífida es una malformación hasta cierto punto frecuente (1 en cada 500 nacidos vivos) y es resultado de la ausencia congénita de uno o más arcos vertebrales, por lo general a nivel lumbar. Cuando las membranas que cubran la médula espinal se abultan a través del orificio, la alteración recibe el nombre de meningocele, el cual forma un tumor suave y fluctuante con líquido cefalorraquídeo en su interior. La protuberancia de la médula espinal junto con las meninges se conoce como mielomeningocele.

El grado de deficiencia neurológica se determina por el nivel de la lesión, la cual debe cerrarse a las 24 horas para evitar mayor deterioro de la médula y de las raíces espinales.

La decisión de realizar una intervención quirúrgica la toman el médico y la familia, en consideración a las complicaciones y al tratamiento a largo plazo que se requiere.

Puede haber desarrollo de hidrocefalia, según el sitio de la lesión, que precise de derivaciones en serie. A menudo hay complicaciones intestinales y vesicales. Tal vez se requieran aparatos y cirugía ortopédicos y esto una vez más depende del sitio de la lesión (13).

❖ **Valoración**

Se valora el nivel de comprensión de la familia, así como su fortaleza, sus estrategias para enfrentar problemas y su aflicción. El recién nacido se valora para determinar si muestra complicaciones intestinales y vesicales, así como para observar las funciones motoras y sensoriales de sus extremidades inferiores. También se valora la probabilidad de hidrocefalia porque la concurrencia con esta alteración es muy frecuente.

❖ **Diagnósticos de enfermería**

Los diagnósticos de enfermería se describen en el Plan de cuidados de enfermería: la familia del recién nacido con mielomeningocele, así como en el Plan de cuidados de enfermería: la familia afligida.

❖ **Planeación de Cuidados de Enfermería**

Antes de la operación, la enfermera proporciona apoyo a los padres y los canaliza con los profesionales de atención de la salud correspondiente, en particular con médicos y especialistas clínicos en espina bífida, trabajadoras sociales, profesionales que proporcionan atención de la salud en casa y grupos de apoyo para los padres. La enfermera proporciona información a los padres y los alienta a cuidar al recién nacido y a realizar actividades de vinculación afectiva. La enfermera coloca al recién nacido en una posición cómoda para proteger la bolsa y evitar trauma e infección.

Después de la operación, la enfermera coloca al recién nacido boca abajo o en posición lateral para evitar que se infecte el sitio de la incisión. Se recurre a ejercicios de movimiento pasivo para las extremidades inferiores. Los terapeutas físicos pueden recomendar ejercicios adecuados, la enfermera ayuda con la función intestinal y vesical y observa si hay patrones recurrentes. La vejiga quizá deba evacuarse con el método de Credé.

❖ **Evaluación**

Después de las intervenciones, el recién nacido presenta signos vitales estables, responde a un rango de movimientos pasivos, no siente incomodidad, mantiene el funcionamiento intestinal y vesical y no muestra indicios de hidrocefalia. Los padres expresan sus sentimientos, hacen preguntas adecuadas, demuestran ser capaces de atender a su hijo y recurren a grupos de apoyo según lo requieran.

2.1.5. CAUSAS DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS

Los defectos congénitos de nacimiento están ligados con el desarrollo anormal del embrión, los cuales pueden ser causados por factores genéticos o ambientales.

Los defectos genéticos pueden surgir debido a errores genéticos durante la fertilización o debido a mutaciones genéticas espontáneas. Por ejemplo, la presencia de un cromosoma 21 (trisomía 21) crea un número anormal de cromosomas en el embrión temprano que conduce al síndrome de Down. Otros tipos de trisomías incompatibles con el desarrollo embrionario son el resultante de abortos espontáneos al comienzo del embarazo.

Las anomalías embrionarias también pueden deberse a factores ambientales experimentados por el embrión en el útero, tales como la desnutrición, enfermedades infecciosas o exposición a sustancias tóxicas.

En otras ocasiones, algunas de estas anomalías se derivan de una combinación de factores genéticos, ambientales, de origen mixto y multifactorial (14).

2.1.5.1. Genético

La consanguineidad aumenta la prevalencia de anomalías congénitas genéticas raras y multiplica casi por dos el riesgo de muerte neonatal e infantil, discapacidad intelectual y otras anomalías congénitas en los matrimonios entre primos hermanos. Algunas comunidades étnicas, como los judíos asquenazíes o los finlandeses, tienen una mayor prevalencia de mutaciones genéticas raras que condicionan un mayor riesgo de anomalías congénitas (4).

2.1.5.2. Ambiental

La exposición materna a determinados plaguicidas y otros productos químicos, así como a ciertos medicamentos, al alcohol, el tabaco, los medicamentos psicoactivos y la radiación durante el embarazo, pueden aumentar el riesgo de que el feto o el neonato sufra anomalías congénitas. El hecho de trabajar en basureros, fundiciones o minas o de vivir cerca de esos lugares también puede ser un factor de riesgo, sobre todo si la madre está expuesta a otros factores ambientales de riesgo o sufre carencias alimenticias (4).

2.1.5.3. De origen mixto y multifactorial

Infecciones

Las infecciones maternas, como la sífilis o la rubéola, son una causa importante de anomalías congénitas en los países de ingresos bajos y medios.

Estado nutricional de la madre: Las carencias de yodo y folato, el sobrepeso y enfermedades como la diabetes mellitus están relacionadas con algunas anomalías congénitas. Por ejemplo, la carencia de folato aumenta el riesgo de tener niños con defectos del tubo neural. Además, el aporte excesivo de vitamina A puede afectar al desarrollo normal del embrión o del feto (4).

2.1.6. DIAGNÓSTICO

La atención en los períodos preconceptico (antes de la concepción) y periconceptivo (en las fechas de la concepción) consta de prácticas básicas

de salud reproductiva, así como del consejo y las pruebas genéticas. Estas pruebas se pueden realizar durante los tres periodos siguientes:

En el periodo preconceptico, las pruebas pueden servir para identificar a las personas en riesgo de padecer determinados trastornos o de transmitirlos a sus hijos. La estrategia consiste en el uso de los antecedentes familiares y la detección del estado de portador, y es particularmente valiosa en países en los que el matrimonio consanguíneo es frecuente.

En el período periconceptivo, los resultados de las pruebas deben utilizarse para determinar la atención más adecuada en función del riesgo asociado a determinadas características maternas, tales como la edad temprana o avanzada o el consumo de alcohol, tabaco u otros medicamentos psicoactivos. La ecografía permite detectar el síndrome de Down durante el primer trimestre y las anomalías fetales graves durante el segundo trimestre. Además, la amniocentesis y otras pruebas pueden ayudar a detectar los defectos del tubo neural y las anomalías cromosómicas durante el primero y el segundo trimestres (14).

En el periodo neonatal se puede realizar una exploración física y pruebas para detectar trastornos hematológicos, metabólicos y hormonales. Las pruebas para detectar la sordera y las malformaciones cardíacas y la detección precoz de las anomalías congénitas pueden facilitar la instauración de tratamientos capaces de salvar la vida y prevenir la evolución hacia discapacidades físicas, intelectuales, visuales o auditivas. En algunos países se somete a los recién nacidos a pruebas sistemáticas de detección de anomalías tiroideas y suprarrenales antes de que abandonen la maternidad (4).

2.1.7. TRATAMIENTO

“Muchas anomalías congénitas estructurales se pueden corregir mediante la cirugía pediátrica, y a los niños con problemas funcionales como la talasemia (un trastorno hematológico hereditario recesivo), la drepanocitosis o el hipotiroidismo congénito (función tiroidea reducida) se les pueden administrar tratamientos precozmente” (4).

Las malformaciones congénitas producen patologías de distintos tipos, por esta situación es que el tratamiento de cada una de ellas será diferente y su grado eficacia también. El mejor momento para aplicar el tratamiento también dependerá del tipo de malformación y de la gravedad del cuadro y los riesgos de la intervención.

El tratamiento de las malformaciones congénitas es complejo y dependerá en cada caso de muchos factores: gravedad del cuadro, alteraciones cromosómicas asociadas, riesgos de la intervención en sí y disponibilidad de recursos.

Por lo cual suele plantear serios conflictos éticos tanto a los padres como a los profesionales en salud que lo atienden. En algunos casos, los grandes avances de la cirugía han dado como resultado una excelente supervivencia y en muchos de ellos, con buena calidad de vida.

Sin embargo, otros niños afectos deberán seguir toda la vida con limitaciones, nuevas operaciones y rehabilitación.

| Problema o cuadro malfomativo | Existe tratamiento de cirugía | Momento recomendado | Resultado y otros cuidados |
|--|--------------------------------------|--|--|
| Labio leporino | Sí | Precoz (el primer año) | Excelente |
| Fisura palatina | Sí | Precoz (primeras semanas) | Excelente |
| Cardiopatías congénitas | Sí | Dependen del tipo | Excelente. Necesitan revisiones periódicas. Algunos necesitan reintervenciones |
| Hidrocefalia | Sí | Precoz (en cuanto se diagnostica). Incluso antenatal | Buena. Puede recidivar o tener complicaciones. |
| Meningocele, mielomeningocele, espina bífida. | Sí | Precoz (periodo neonatal) | Buena. Suelen quedar secuelas más o menos serias. |
| Hipospadias | Sí | Tardía (2-4 años) | Excelente |
| Alteraciones esqueléticas mayores (Artrogriposis, acondroplasia, hipocondroplasias. | Sólo en algunos casos | En varias etapas | Regular. Nunca se obtiene una corrección completa |
| Atresia de esófago (o de duodeno) | Sí | Precoz (en cuanto se diagnostica) | Excelentes (Aunque depende de la extensión de la anomalía) |

(4)

2.2. FACTORES ASOCIADOS A MALFORMACIONES CONGÉNITAS EN RECIÉN NACIDOS.

2.2.1. Edad materna

Se considera que los embarazos a partir de los 35 a más años exponen al neonato a presentar defectos de nacimientos o trastornos congénitos, por lo que se recomienda planificar el embarazo en edades más tempranas, lo que contribuirá a poder prevenir la presencia de malformaciones congénitas.

2.2.2. Hábitos nocivos

El origen de muchas de las anomalías congénitas se desconoce, y también se habla de un conjunto amplio y complejo de causas diferentes. Pero sí que se sabe que los efectos producidos por el consumo de alcohol, de tabaco, de ciertos medicamentos, las radiaciones, infecciones como la rubeola y el citomegalovirus o enfermedades maternas como la epilepsia y la diabetes aumentan el riesgo poder desarrollar alguna malformación congénitas.

2.2.3. Enfermedad materna crónica

Existen embarazos en los cuales hay una mayor probabilidad de malformaciones congénitas, abortos, muerte fetal, parto prematuro, etc., debido a la presencia de ciertos factores. Estos se denominan embarazos de alto riesgo y entre los factores involucrados se encuentran ciertos fármacos, con propiedades teratogénicas, antecedentes familiares de defectos genéticos, alteraciones del líquido amniótico, entre otros. También se pueden citar, como factores de riesgo, a antecedentes maternos, tales como infecciones y patologías

tanto agudas como crónicas. Múltiples enfermedades de la madre se han asociado a trastornos fetales y del neonato como, por ejemplo, la diabetes mellitus (DM) que se relaciona a hipoglicemia, restricción del crecimiento y fetos grandes para la edad gestacional o la enfermedad de Graves que desencadena una tirotoxicosis neonatal transitoria, la hipertensión arterial, restricción del crecimiento intrauterino y muerte fetal in útero, probablemente debido a una disminución de la perfusión uteroplacentaria y la obesidad que se asocia a macrosomía e hipoglicemia.

Una de las enfermedades crónicas de la mujer embarazada que ha sido más estudiada como causante de defectos congénitos y de abortos espontáneos, es DM. Existen muchos estudios sobre los efectos de la diabetes en el desarrollo fetal, registrándose una alta tasa de abortos espontáneos y de malformaciones congénitas mayores asociadas a diabetes pobremente controlada.

2.2.4. Antecedentes de anomalías congénitas

Las mujeres con alguna enfermedad crónica también deben planificar el embarazo y en estos casos es especialmente importante la visita preconcepcional al ginecólogo.

Las parejas con antecedentes de anomalías congénitas deberían tener asesoramiento genético.

2.2.5. Controles prenatales inadecuados

Un embarazo planificado permite que la pareja acceda a los cuidados y controles prenatales necesarios que aseguran un adecuado crecimiento fetal. Esto previene el riesgo de defectos congénitos en el

recién nacido lo que, además de poner en riesgo su vida, afectará la calidad de su desarrollo (15).

2.3. ROL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE MALFORMACIONES CONGÉNITAS

El progreso del Sistema de Salud, es el desafío más trascendental en la indagación de soluciones a las dificultades que se presentan en la salud que afectan a la sociedad; el cual se establece en la Atención Primaria de Salud para colocar al alcance de los personas, familia y comunidades, las intervenciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad, en este caso la prevención de malformaciones congénitas.

En las instituciones de salud, el personal de Enfermería fundamenta la práctica en el valor individual de cada persona, en las necesidades individuales que deben ser atendidas en el momento oportuno con eficiencia, eficacia y calidad, y en el derecho que tiene la persona de ser atendida integralmente.

El propósito que busca cumplir el profesional de Enfermería, es:

- Disminuir la tasa de morbi-mortalidad por malformaciones genéticas.
- Garantizar que todas las embarazadas se realicen pruebas especiales.
- Elevar la calidad de vida del recién nacido con malformaciones congénitas.

En cuanto a la atención de enfermería, se propone:

1. Desarrollar acciones de educación para la salud sobre genética a la gestante, familia y comunidad desde el primer trimestre de la gestación, garantizando que se realice los estudios genéticos correspondientes en la fecha indicada.

2. Reclamar los resultados de los complementarios en un período no mayor de 45 días.
3. Remitir a las gestantes a la consulta de genética.
4. Seguimiento de los casos positivos garantizando que asistan a las consultas programadas.
5. Orientar a la pareja de alto riesgo genético para que asista a la consulta de Riesgo reproductivo.
6. Realizar visita al hogar a los niños con malformaciones congénitas y realizar PAE al recién nacido con malformaciones congénitas.
7. Brindar apoyo emocional a las familias, para fortalecer los vínculos fraternales que se generan con la convivencia diaria con los niños que presentan malformaciones congénitas.
8. Se recomienda realizar la prueba de Fenilcetonuria, la que se realiza al 5to día de nacido el bebé, siendo tomado la muestra del talón con una lanceta, además de tomar 4 cuatro gotas de sangre, las que se dejan caer encima de un papel de filtro especial que conserva las propiedades de la sangre y permitirán determinar la concentración de la enzima para descartar y/o pesquisar 4 enfermedades fundamentales: 1) La Galactosemia, 2) La Fenilcetonuria; 3) La Hiperplasia Adrenal Congénita y 4) Déficit de Biotinidasa. Dichas enfermedades se producen por defecto del metabolismo de los aminoácidos, Carbohidratos, ácidos orgánicos, ácidos grasos, purinas y porfirinas (16).

Se debe tener en consideración que:

- En la atención prenatal; esta debe ser precoz, periódica, continua, completa, dispensarizada, integral, regionalizada y en equipo.

- En la captación de la embarazada debe ser precoz antes de las 13.6 semanas.
- En los controles prenatales, se debe captar antes de las 13.6 semanas, se evaluado 15 días después de la captación, debe tener 1 consulta hasta las 30 semanas y reevaluación a las 28 a las 32 semanas, 1 consulta quincenal hasta las 36 semanas, 1 consulta semanal hasta las 40 semanas, por hasta el término a las 40 semanas.
- Debe realizar estudios complementarios como: Electroforesis de hemoglobina, Grupo y factor, Serología y VIH, Hemoglobina, Glicemia, Orina, Heces fecales y Exudado vaginal.
- En el transcurso del embarazo se debe realizar: Serología y VIH en el segundo y tercer trimestre, Alfafoeto proteínas: de 15 a 19 semanas, Orina en cada consulta, Ultrasonido de pilotaje a las 22 semanas, Heces fecales en cada trimestre, Exudado vaginal 1er y 3er trimestre.
- En el Examen Físico, se debe: Buscar fondo del útero, el dorso del feto, busca presentación, busca grado de encajamiento
- Tomar en consideración las complicaciones de la primera mitad: como son las amenazas de aborto, embarazo ectópico o enfermedad Trofoblástica.
- Considerar también en cuenta las complicaciones de la Segunda Mitad, como son placenta previa, desprendimiento Prematuro de la Placenta, rotura Uterina y rotura prematura de membranas (16).

En otras complicaciones tenemos: infecciones urinarias, enfermedad hipertensiva durante el embarazo, diabetes mellitus gestacional.

Las orientaciones que brinda el profesional de Enfermería son:

- Orientar sobre una dieta balanceada rica en vitaminas y minerales.

- Orientar sobre como tomar los antianémicos.
- Explicar la importancia de la higiene personal.
- Orientar sobre el uso del vestuario, el calzado.
- Orientar que no debe realizar viajes prolongados.
- Explicar la importancia de la lactancia materna tanto para el bebe como para la madre.
- Explicar la importancia de las consultas, la importancia de realizarse los complementarios indicados.
- Explicar el uso del condón en las relaciones sexuales (16).

La Organización Mundial de la Salud (4), también indica que las medidas de salud pública preventivas ofrecidas en los servicios de atención reducen la frecuencia de algunas anomalías congénitas. La prevención primaria de las anomalías congénitas implica:

- Mejorar la dieta de las mujeres en edad fecunda, garantizando un aporte suficiente de vitaminas y minerales en la alimentación, en especial de ácido fólico, mediante el suministro diario de complementos por vía oral o el enriquecimiento de alimentos básicos como las harinas de maíz o de trigo;
- Asegurar que las mujeres eliminan o restringen el consumo de sustancias nocivas, particularmente el alcohol;
- Controlar la diabetes preconcepcional y gestacional, a través de asesoramiento, control del peso, dieta y administración de la insulina cuando sea necesario;
- Evitar la exposición ambiental a sustancias peligrosas, como los metales pesados y los plaguicidas, durante el embarazo;
- Garantizar que durante el embarazo la exposición a los medicamentos y a

radiaciones por razones médicas (por ejemplo, para el diagnóstico por la imagen) esté justificada, basándose en un análisis cuidadoso de las ventajas y los riesgos para la salud.

- Mejorar la cobertura de vacunación, en especial contra el virus de la rubéola, en las niñas y las mujeres. La rubéola es prevenible mediante vacunación en la infancia. La vacuna antirubeólica también puede administrarse al menos 1 mes antes del embarazo a las mujeres no vacunadas que no hayan sufrido esta enfermedad en su infancia.
- Aumentar y fortalecer la formación del personal sanitario y de otros interesados en el fomento de la prevención de las anomalías congénitas (4).

3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. Internacionales

- **Zarante y col. Frecuencia de malformaciones congénitas: evaluación y pronóstico. Colombia, 2010.**

Conclusión: Las malformaciones que afectaron en mayor proporción a los recién nacidos de sexo masculino fueron: pie equino varo (25,0 por 10.000), polidactilia (20,0 por 10.000), hipospadias (18,9 por 10.000) y labio y paladar hendido (15,9 por 10.000). El signo de Ortolani positivo (11,4 por 10.000) fue la anomalía más frecuente en mujeres (17).

- **Reis y col. Las malformaciones congénitas en Río de Janeiro Brasil. Brasil, 2011.**

Conclusión: Las malformaciones que predominaron fueron los del sistema osteomuscular y articular (39,8%), seguido de otras

malformaciones (22,8%); sistema 37 nervioso central (13,8%); sistema genitourinario (11,5%); malformaciones craneofaciales (5,6%); sistema circulatorio (3,1%) y el sistema digestivo (3,0%) (18).

3.2. Nacionales

- **López C. Factores asociados a Malformaciones Congénitas en Recién Nacidos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2015. Lima, 2017.**

Conclusión: Que los hábitos nocivos maternos, edad materna adolescente-añosa, antecedente de anomalías congénitas, enfermedad materna crónica y controles prenatales insuficientes, son factores asociados a malformaciones congénitas. (13).

- **Velásquez D. Características Sociodemográficas y Perinatales de las Malformaciones Congénitas externas en Recién Nacidos en el Hospital III EsSalud – Iquitos, Enero a Diciembre 2014. Iquitos, 2015.**

Conclusiones: Las características sociodemográficas maternas y perinatales encontradas en los casos de malformaciones congénitas externas fueron: edad materna promedio de 28,2 años, grupo etario de 26 – 35 años (61%), convivientes (84,1%), nivel educativo secundario (39%) y técnico (45,1%), procedentes de Iquitos (39%) y Punchana (30,5%), adecuado control prenatal. (65.9%), edad gestacional al momento de nacer a término (85,4%), madres con enfermedad no infecciosa (36,6%), Diabetes Mellitus tipo 2 materno (26,8%), Hipertensión gestacional (76,1%), infección durante gestación (53.7%), obesidad materna (53,7%), sobrepeso materno (34,1%), madres secundíparas (50%), madres multíparas (14,6%), parto eutócico (52.4%), cesárea (47,6%), El 80,5% de los casos de malformaciones congénitas

externas tenían madres que usaron algún tipo de medicación durante gestación como cefalexina, cefazolina, gentamicina y ácido fólico. Un menor porcentaje de (7,3%) de los casos malformaciones congénitas externas tenían madres con hábitos nocivos como alcohol, café y tabaco. Los casos de malformaciones congénitas externas que tenían madres con antecedente de aborto representaron el 34,1%. La mayor parte de los casos de malformaciones congénitas externas fueron del sexo masculino (61%), de peso normal al nacer (84,1%), de puntaje Apgar al minuto normal (87,8%). Existe relación estadísticamente significativa entre las anomalías síndrómicas y la edad (χ^2 :16,294; p: 0,00029), las malformaciones de extremidades y la edad (χ^2 : 9,705; p: 0,008), así como las malformaciones del aparato genital y el nivel educativo (χ^2 : 11,904; p: 0,008). Existe relación estadísticamente significativa entre las anomalías síndrómicas y la paridad (χ^2 : 14,185; p: 0,001), las malformaciones de extremidades y la paridad (χ^2 : 7,759; p: 0,021) así como las malformaciones de extremidades y el tipo de parto (χ^2 : 4,724; p: 0,030) (2).

3.3. Locales

- **Gómez N. Características Epidemiológicas, Etiológicas y Clínicas de Recién Nacidos con Defectos Congénitos Craneofaciales, atendidos en Hospitales II Goyeneche y III Regional Honorio Delgado. Años 2008-2014. Arequipa, 2015.**

Conclusión: Que existe una frecuencia decreciente de casos de recién nacidos con anomalías congénitas craneofaciales a través de los últimos años; la anomalía congénita cráneo-facial encontrada en mayor porcentaje fue el Labio Leporino y Paladar Hendido con un 57.3% del total, en comparación con otros registrados en los últimos ocho años en


los hospitales Goyeneche y Honorio Delgado, siendo el sexo masculino el más afectado (19).

4. OBJETIVOS

- A. Identificar las características que presenta el recién nacido con malformaciones congénitas atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa del año 2017.
- B. Determinar los factores maternos asociados a malformaciones congénitas en recién nacido del Servicio de Neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa del año 2017.
- C. Precisar el tipo de malformación congénita que se presenta con mayor incidencia en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa del año 2017.

5. HIPÓTESIS

Por ser un estudio descriptivo, se ha visto por conveniente no plantear la hipótesis.



CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica

La técnica utilizada fue la Observación (Documental). Historias Clínicas

1.2. Instrumento

Se utilizó como instrumento una Ficha de recolección de datos.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación Espacial

El estudio se llevó a cabo en el Servicio de Neonatología, el cual se ubica en el tercer piso del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, ubicado en la Calle Daniel Alcides Carrión 505.

2.1. Ubicación Temporal

Es un estudio que se realizó con la información del año 2017 sobre malformaciones congénitas registradas en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

2.1. Unidades de Estudio

Las unidades de estudio la constituyeron los recién nacidos con malformaciones congénitas en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

2.1.1. Universo

Estuvo conformado por los recién nacidos con malformaciones congénitas completas, con los datos necesario para el estudio, correspondientes al año 2017

| Malformación Congénita | 2017 |
|----------------------------------|-------------|
| Síndrome de Down | 24 |
| Atresia esofágica | 04 |
| Ano imperforado | 04 |
| Espina bífida | 04 |
| Comunicación intraventricular | 02 |
| Labio leporino y paladar hendido | 09 |
| Hidrocefalia | 04 |
| Macrocefalia | 02 |
| Gastroquisis | 02 |
| Encefalocele | 01 |
| Holoprosencefalia | 01 |
| Mielomeningocele | 01 |
| Meningocele | 01 |
| Síndrome de patau | 01 |
| Hidroanencefalia | 01 |
| Total | 61 |

Fuente: Oficina de Estadística del HRHD de Arequipa.

Criterios de inclusión

- Historias clínicas completas de los recién nacidos con malformaciones congénitas del año 2017.

Criterios de exclusión

- Historias clínicas incompletas de los recién nacidos con malformaciones congénitas del año 2017.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- Solicitud emitida por la Decana de la Facultad de Enfermería de la UCSM dirigida al Director del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, para obtener el permiso correspondiente para realizar la investigación.
- Recolección de los datos de las historias clínicas.

3.2. Validación del Instrumento

- Instrumento validado por el Médico Cirujano López Sánchez, Cristian Clemente, en la tesis y/o trabajo de investigación: Factores Asociados a Malformaciones Congénitas en Recién Nacidos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2015. Universidad Ricardo Palma. Lima – Perú, 2017.

3.3. Recursos

A. Humanos

- **Investigadora**
Gipsy Carol Zegarra Hidalgo

- **Participantes**

Historias clínicas de los recién nacidos con malformaciones congénitas en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

B. Institucionales

Las instalaciones del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

C. Material y Financiamiento

El material obtenido por la investigadora se financió con recursos propios.

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR RESULTADOS

4.1. Plan de procesamiento

a) Tipo de procesamiento: En el presente trabajo de investigación optó por un procesamiento mixto (procesamiento electrónico y procesamiento manual).

b) Operaciones de la Sistematización: Se realizó un plan de tabulación y un plan de codificación.

4.2. Plan de Análisis Estadístico: Con el fin de obtener con mayor precisión, velocidad, consumo de recursos y tiempo, los datos fueron procesados y analizados en programas de computación como son Word y Excel, posteriormente se presentó en tablas y gráficas para obtener una mejor comprensión de los resultados obtenidos.



1. ANTECEDENTES MATERNOS

TABLA 1
EDAD MATERNA

| EDAD MATERNA | N° | % |
|------------------|-----------|--------------|
| De 13 – 20 años | 12 | 19.7 |
| De 21 - 34 años | 22 | 36.1 |
| Mayor de 35 años | 27 | 44.3 |
| TOTAL | 61 | 100.0 |

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora. Arequipa, 2017.

Arequipa, 2017

En la tabla 1, podemos observar que la edad de las madres en un 44.3% son mayores de 35 años, el 36.1% tienen de 21 a 34 años, el 19.7% tienen de 13 a 20 años.

Lo que nos permite deducir, que la población investigada, en el mayor porcentaje presentan edades mayores de 35 años.

GRÁFICO 1
EDAD MATERNA

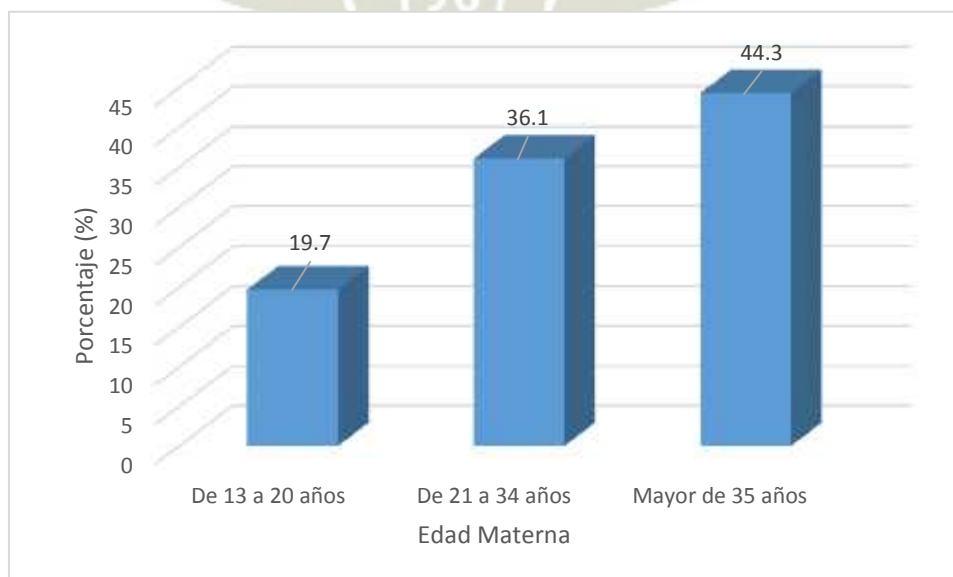


TABLA 2
OCUPACIÓN DE LA MADRE

| OCUPACIÓN | N° | % |
|-----------------|-----------|--------------|
| Ama de casa | 47 | 77.0 |
| Comerciante | 02 | 3.3 |
| Estudiante | 10 | 16.4 |
| Secretaria | 01 | 1.6 |
| Guía de Turismo | 01 | 1.6 |
| TOTAL | 61 | 100.0 |

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora. Arequipa, 2017

En la tabla 2, podemos observar que el 77.0% tienen como ocupación Ama de casa, el 16.4% son estudiantes, el 3.3% son comerciantes y el 1.6% es secretaria y guía de turismo.

Lo que nos permite deducir, que más de las tres cuartas partes de la población investigadas son Amas de casa.

GRÁFICO 2
OCUPACIÓN DE LA MADRE

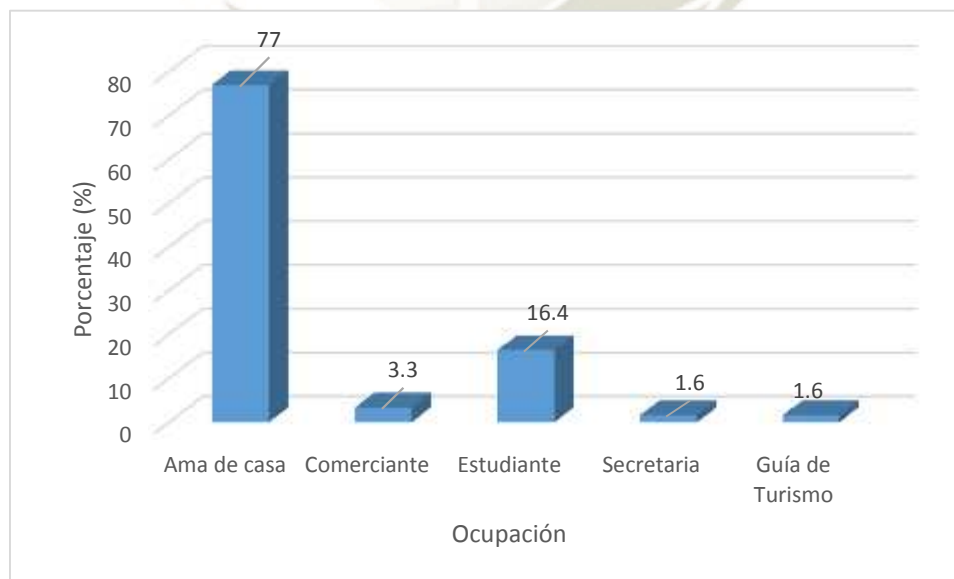


TABLA 3
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE

| GRADO DE INSTRUCCIÓN | N° | % |
|----------------------|-----------|--------------|
| Primaria | 08 | 13.1 |
| Secundaria | 35 | 57.4 |
| Superior | 17 | 27.9 |
| Sin instrucción | 01 | 1.6 |
| TOTAL | 61 | 100.0 |

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora. Arequipa, 2017

En la tabla 3, podemos observar que el grado de instrucción de la madre, en un 57.4% es de secundaria, el 27.9% tienen estudios superiores, el 13.1% tienen estudios primarios, y el 1.6% no tienen instrucción alguna.

Lo que nos permite indicar, que más de la mitad de la población investigadas tienen nivel de estudios secundarios.

GRÁFICO 3
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE

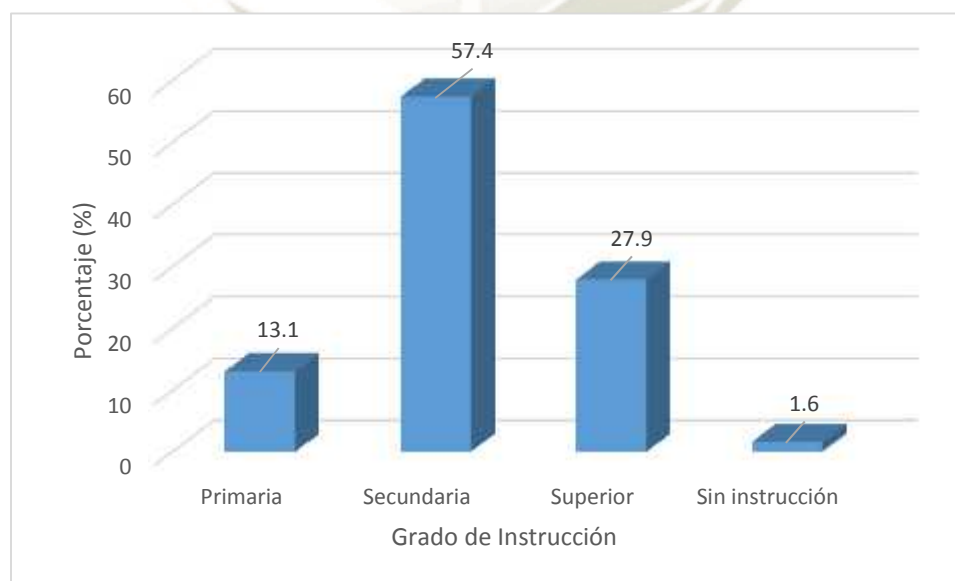


TABLA 4
PROCEDENCIA DE LA MADRE

| PROCEDENCIA | N° | % |
|--------------|-----------|--------------|
| Arequipa | 52 | 85.2 |
| Puno | 02 | 3.3 |
| Ilo | 02 | 3.3 |
| Juliaca | 03 | 4.9 |
| Ayacucho | 01 | 1.6 |
| Moquegua | 01 | 1.6 |
| TOTAL | 61 | 100.0 |

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora. Arequipa, 2017

En la tabla 4, podemos observar que el 85.2% de las madres proceden de la ciudad de Arequipa, el 4.9% de Juliaca, el 3.3% de Puno e Ilo y el 1.6% de Ayacucho y Moquegua.

Los que nos permite evidenciar, que más de las tres cuartas partes de la población investigada procede de la ciudad de Arequipa.

GRÁFICO 4
PROCEDENCIA DE LA MADRE

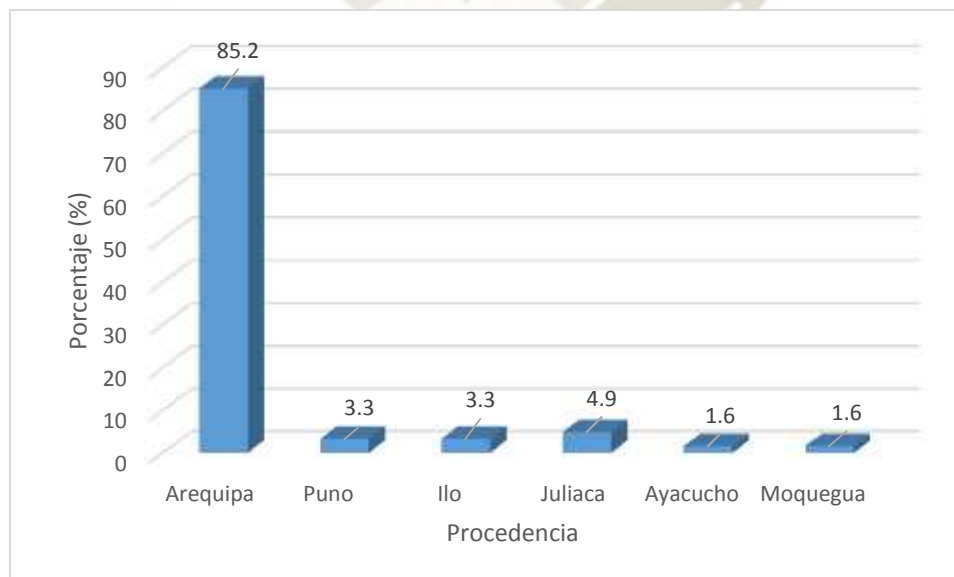


TABLA 5
HABITOS NOCIVOS

| HÁBITOS NOCIVOS | N° | % |
|-----------------|-----------|--------------|
| Alcohol | 3 | 5.0 |
| Drogas | 1 | 1.6 |
| Tabaco | 0 | 0.0 |
| Ninguno | 57 | 93.4 |
| TOTAL | 61 | 100.0 |

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora. Arequipa, 2017

En la presente tabla, podemos observar que la madre en un 93.4% afirmó que no tuvo hábitos nocivos y el 5.9% que sí consumió alcohol, el 1.6% consumió drogas y ninguna consumió tabaco.

Lo que nos permite deducir, que casi la totalidad de la población investigación no práctico hábitos nocivos durante su embarazo.

GRÁFICO 5
HABITOS NOCIVOS

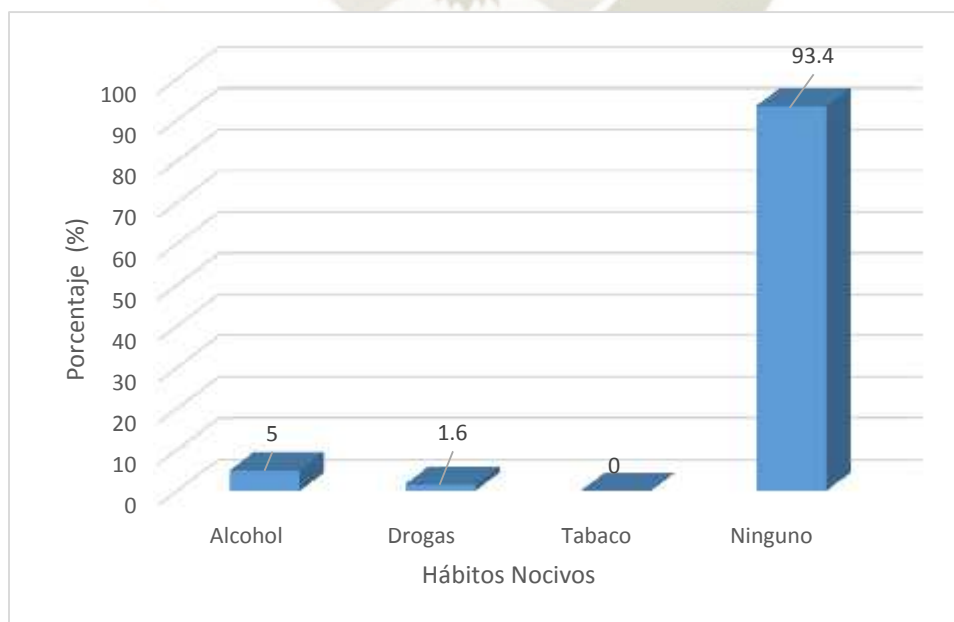


TABLA 6
ENFERMEDAD MATERNA CRONICA

| ENFERMEDAD MATERNA CRÓNICA | N° | % |
|----------------------------|-----------|--------------|
| HTA | 2 | 3.3 |
| Diabetes | 1 | 3.3 |
| Obesidad | 1 | 1.6 |
| Hipotiroidismo | 1 | 1.6 |
| Gastritis | 1 | 1.6 |
| Ninguno | 55 | 90.2 |
| TOTAL | 61 | 100.0 |

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora. Arequipa, 2017

Podemos observar que el 90.2% de las madres no presentaron enfermedad materna crónica y el 3.3% presentó Hipertensión Arterial y Diabetes; el 1.6% Obesidad, Hipotiroidismo y Gastritis respectivamente.

Lo que nos permite deducir, que casi la totalidad de las madres investigadas no presentaron enfermedad materna crónica.

GRÁFICO 6
ENFERMEDAD MATERNA CRONICA

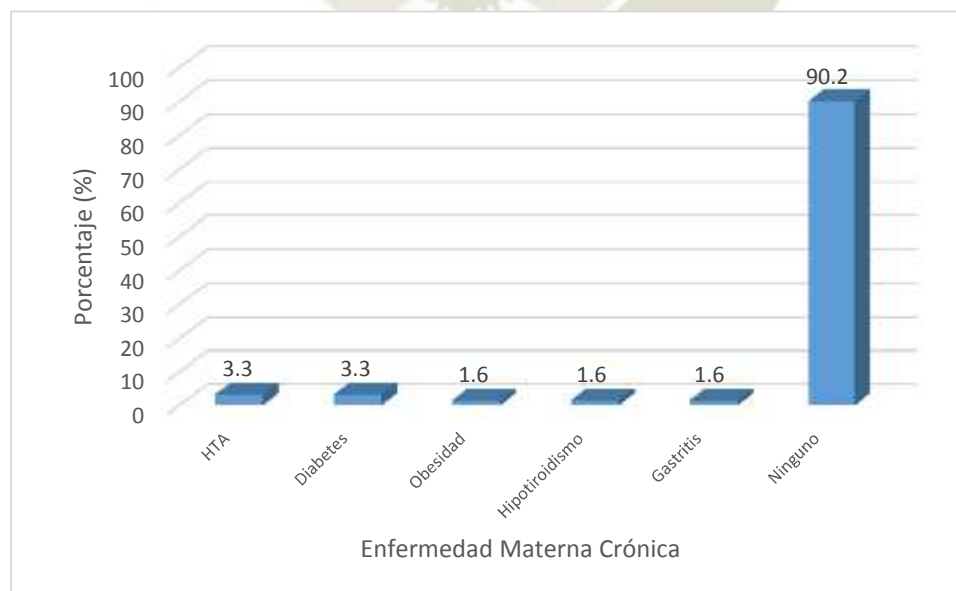


TABLA 7
CONTROL PRENATAL

| CONTROL PRENATAL | N° | % |
|-------------------------|-----------|--------------|
| Adecuados | 41 | 67.2 |
| Inadecuados | 20 | 32.8 |
| TOTAL | 61 | 100.0 |

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora. Arequipa, 2017

En la tabla 7, podemos observar que las madres realizaron controles prenatales adecuados en un 67.2% y el 32.8% lo realizaron en forma inadecuadas.

Lo que nos permite deducir, que más de la mitad de la población investigada realizaron controles prenatales adecuados.

GRÁFICO 7
CONTROL PRENATAL

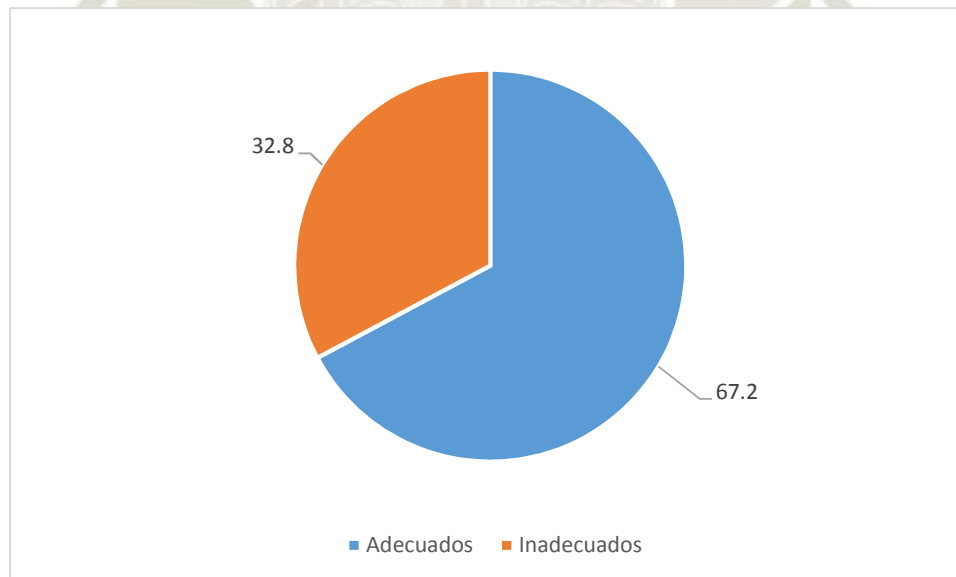


TABLA 8
NÚMERO DE GESTACIONES

| NÚMERO DE GESTACIONES | N° | % |
|-----------------------|-----------|--------------|
| Primigesta | 20 | 32.8 |
| Multigesta | 41 | 67.2 |
| TOTAL | 61 | 100.0 |

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora. Arequipa, 2017

En la tabla 8, podemos observar que el número de gestaciones de las madres fue de multigestas en un 67.2% y el 32.8% fueron primigesta.

Lo que nos permite deducir, que más de la mitad de la población investigada fueron multigestas.

GRÁFICO 8
NÚMERO DE GESTACIONES

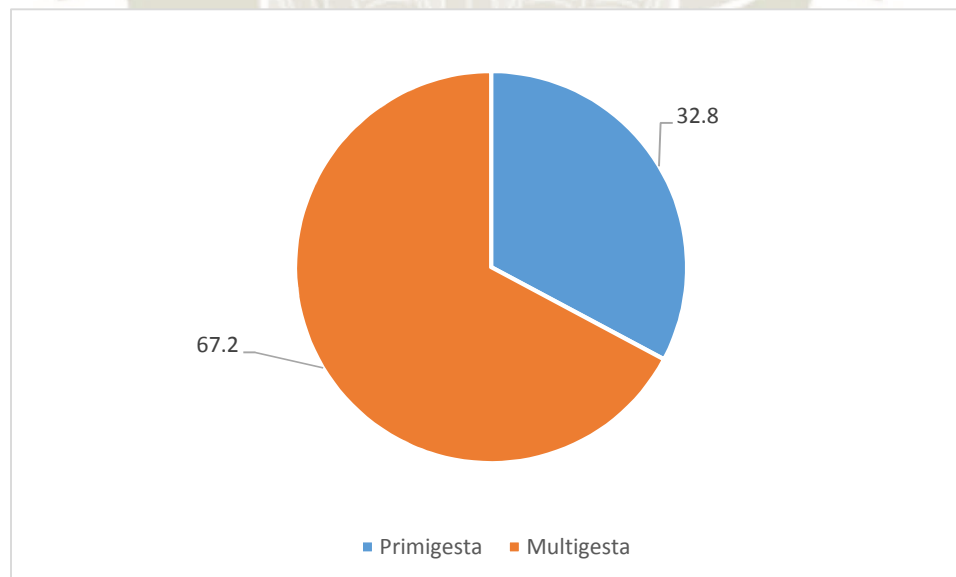


TABLA 9
ANTECEDENTES DE ANOMALIAS CONGENITAS

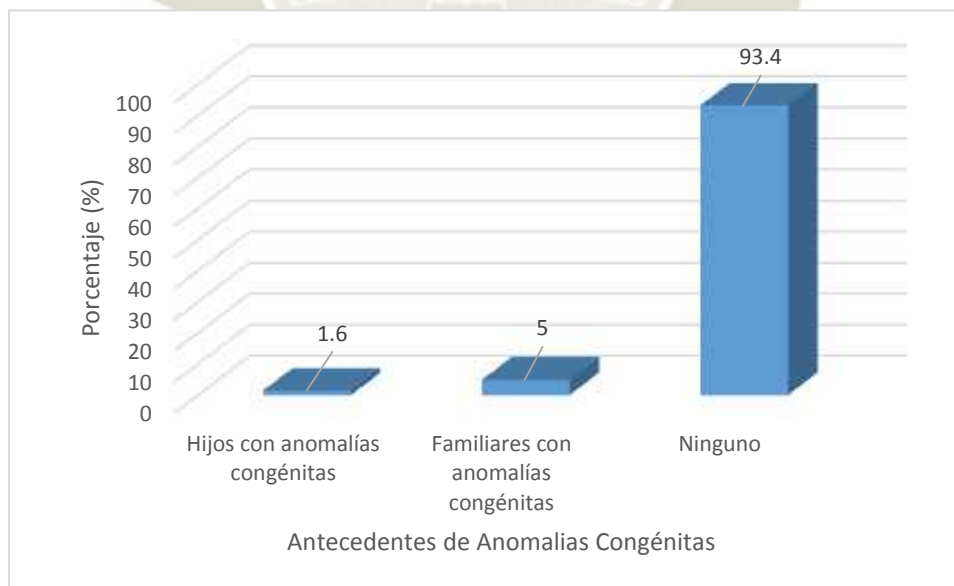
| ANTECEDENTES DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS | N° | % |
|---|-----------|--------------|
| Hijos con anomalías congénitas | 1 | 1.6 |
| Familiares con anomalías congénitas | 3 | 5.0 |
| Ninguno | 57 | 93.4 |
| TOTAL | 61 | 100.0 |

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora. Arequipa, 2017

En la presente tabla, podemos observar que el 93.4% de madres no presentaron antecedentes de anomalías congénitas, y el 5.0% tuvieron familiares con anomalías congénitas y el 1.6% tuvieron anteriormente un hijo con anomalía congénita.

Lo que nos permite deducir, que casi la totalidad de madres investigadas no presentaron antecedentes de anomalías congénitas.

GRÁFICO 9
ANTECEDENTES DE ANOMALIAS CONGENITAS



2. DATOS DEL RECIÉN NACIDO

TABLA 10
SEXO DEL RECIÉN NACIDO

| SEXO DEL RECIÉN NACIDO | N° | % |
|------------------------|-----------|--------------|
| Femenino | 31 | 50.8 |
| Masculino | 30 | 49.2 |
| TOTAL | 61 | 100.0 |

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora. Arequipa, 2017

En la presente tabla, podemos observar que el 50.8% de recién nacidos son de sexo femenino y el 49.2% de sexo masculino.

Lo que nos permite afirmar, que los recién nacidos investigados con malformaciones congénitas pertenecen al sexo femenino.

GRÁFICO 10
SEXO DEL RECIÉN NACIDO

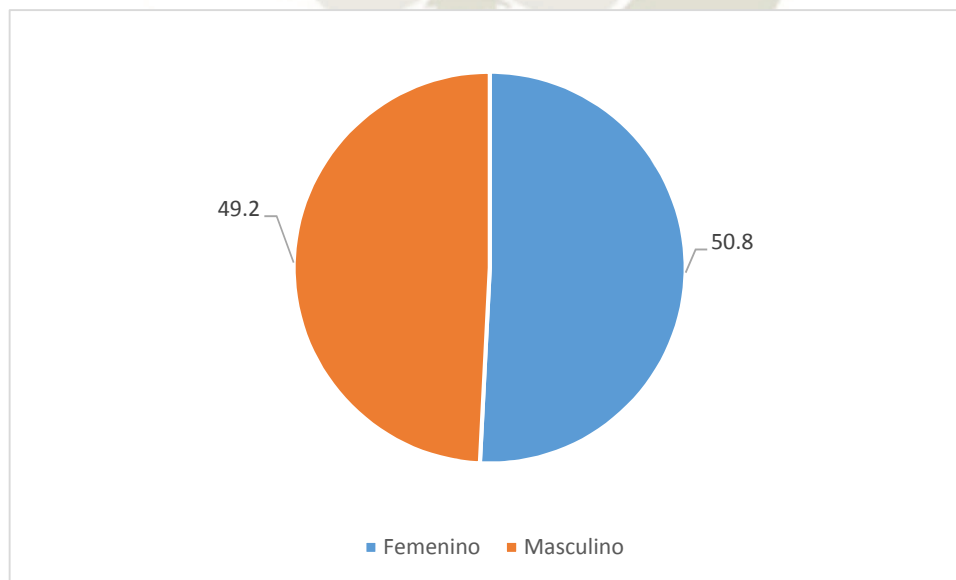


TABLA 11
EDAD GESTACIONAL

| EDAD GESTACIONAL | N° | % |
|---------------------------------------|-----------|--------------|
| R.N. Pretérmino (menos de 37 semanas) | 19 | 31.1 |
| R.N. a término (37 a 41 semanas) | 42 | 68.9 |
| R.N. Postérmino (42 a más semanas) | 0 | 0.0 |
| TOTAL | 61 | 100.0 |

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora. Arequipa, 2017

En la tabla 11, podemos observar que la edad gestacional en un 68.9% corresponden al recién nacido a término (37 a 41 semanas) y el 31.1% corresponden a los recién nacidos pretérmino (menos de 37 semanas).

Lo que nos permite evidenciar que en la mayoría la edad gestacional de nacimiento fue del 37 a 41 semanas, es decir recién nacido a término.

GRÁFICO 11
EDAD GESTACIONAL

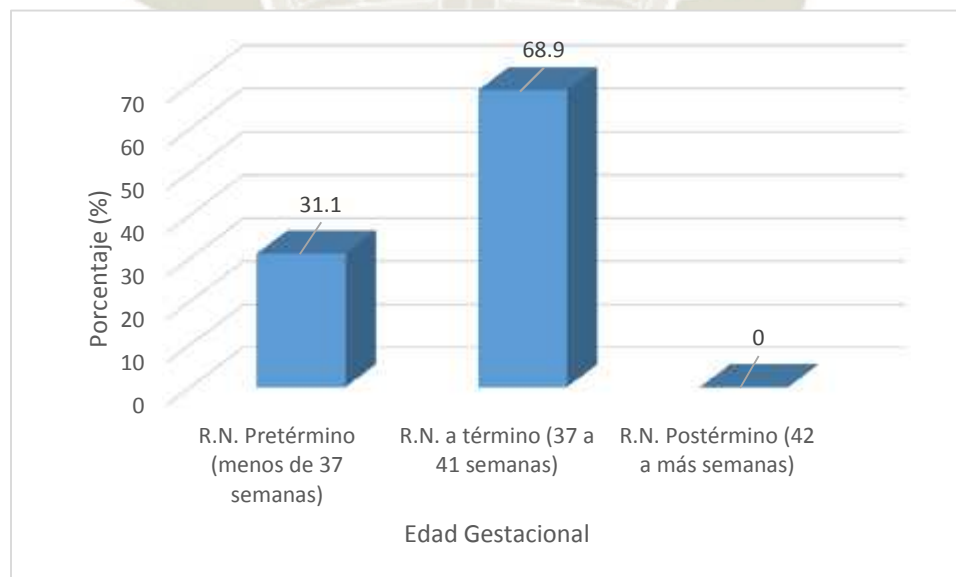


TABLA 12
PESO AL NACER

| PESO AL NACER | N° | % |
|----------------------|-----------|--------------|
| Menos 1000 gr | 01 | 1.6 |
| 1000 gr | 07 | 11.5 |
| 2000 gr | 20 | 32.8 |
| 3000 gr | 30 | 49.2 |
| 4000 gr | 03 | 4.9 |
| TOTAL | 61 | 100.0 |

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora. Arequipa, 2017

En la tabla 12, podemos observar que el peso al nacer del recién nacido investigado fue de 3000 gr. en un 49.2%, de 2000 gr en un 32.8%, 1000 gr en un 11.5%, 4000 gr en un 4.9% y menos de 1000 gr un 1.6%.

Lo que nos permite evidenciar, que en menos de la mitad la población investigada el peso al nacer de sus hijos fue de 3000 gr.

GRÁFICO 12
PESO AL NACER

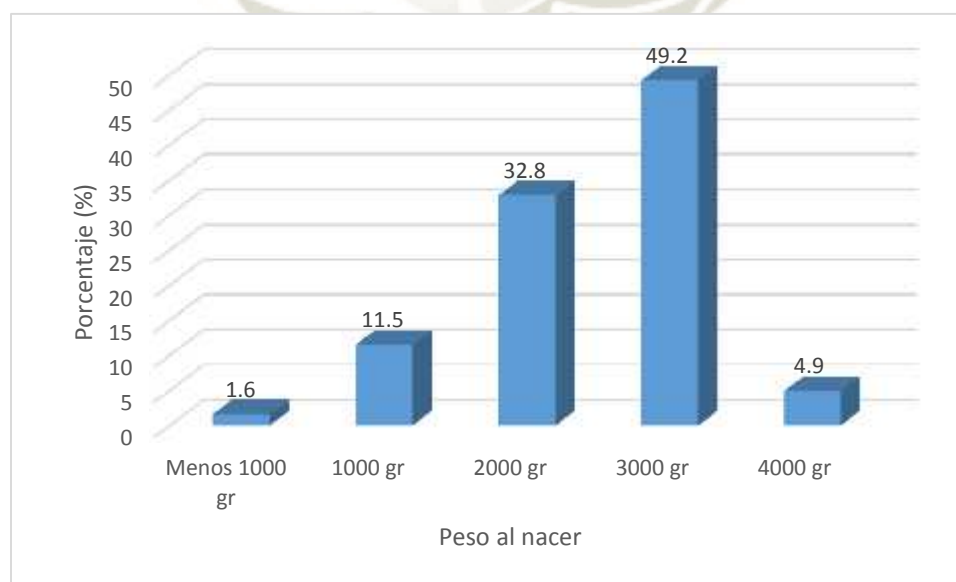


TABLA 13
MALFORMACIONES CONGENITAS

| MALFORMACIONES CONGÉNITAS | N° | % |
|----------------------------------|-----------|--------------|
| Síndrome de Down | 24 | 39.3 |
| Atresia esofágica | 04 | 6.6 |
| Ano imperforado | 04 | 6.6 |
| Espina bífida | 04 | 6.6 |
| Comunicación intraventricular | 02 | 3.3 |
| Fisura labial y paladar hendido | 09 | 14.8 |
| Hidrocefalia | 04 | 6.6 |
| Macrocefalia | 02 | 3.3 |
| Gastroquisis | 02 | 3.3 |
| Encefalocele | 01 | 1.6 |
| Holoprosencefalia | 01 | 1.6 |
| Mielomeningocele | 01 | 1.6 |
| Meningocele | 01 | 1.6 |
| Síndrome de patau | 01 | 1.6 |
| Hidroanencefalia | 01 | 1.6 |
| TOTAL | 61 | 100.0 |

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora. Arequipa, 2017

En la tabla 13 podemos observar que las malformaciones congénitas que presentaron los recién nacidos en un 39.3% fue el Síndrome de Down, el 14.8% presentaron Físuras labiales y paladar hendido; el 6.6% presentaron Atresia esofágica, Ano imperforado, Espina bífida, Hidrocefalia; el 3.3% presentaron Macrocefalia y Gastroquisis y el 1.6% presentaron Encefalocele, Holoprosencefalia, Mielomeningocele, Síndrome de patau, Hidroanencefalia.

Lo que nos permite indicar, que la malformación congénita predominante en los recién nacidos en el año 2017 fue el Síndrome Down.

GRÁFICO 13
MALFORMACIONES CONGENITAS

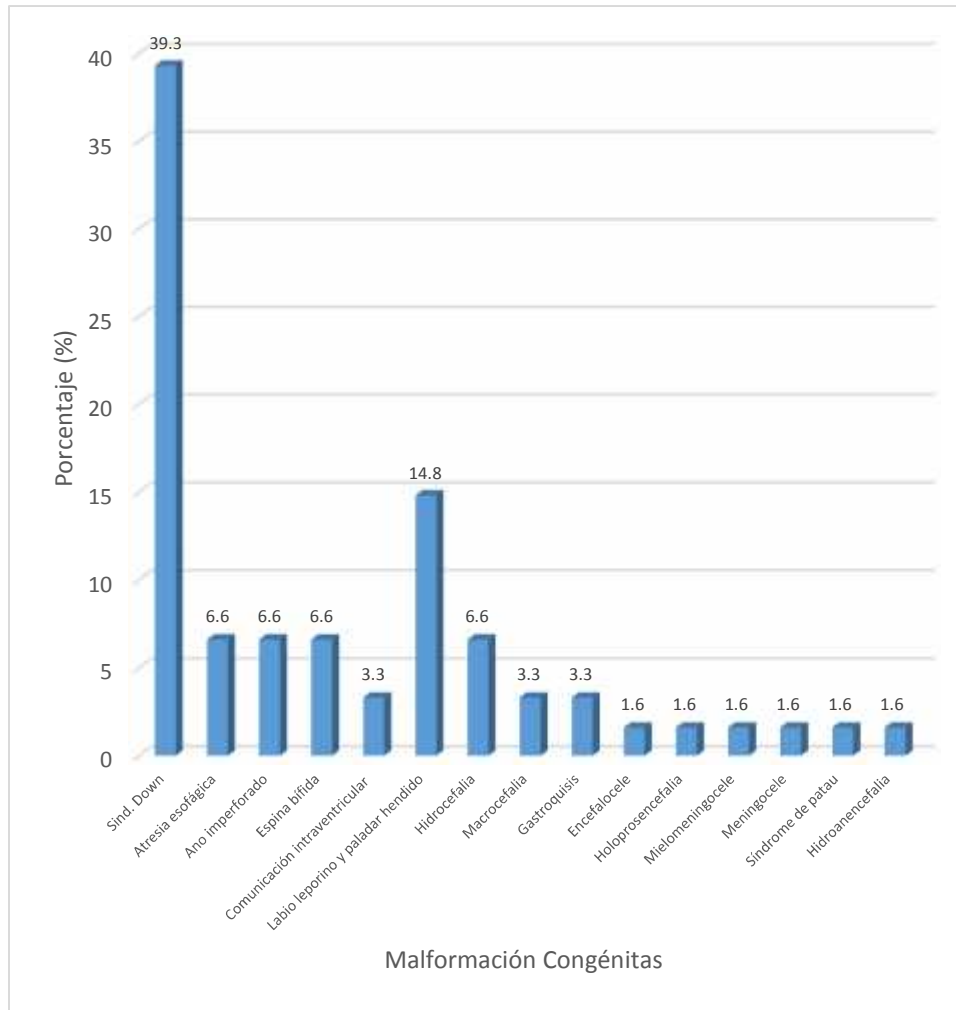


TABLA 14

**FACTORES MATERNOS ASOCIADOS A MALFORMACIONES CONGÉNITAS CON
MAYOR INCIDENCIA**

| FACTORES MATERNOS | | MALFORMACIONES CONGÉNITAS | | | | | |
|-------------------|------------------|---------------------------|------|---------------------------------|-----|-----------|------|
| | | Síndrome de Down | | Fisura labial y paladar hendido | | SUB-TOTAL | |
| | | Fr. | % | Fr. | % | Fr. | % |
| Edad materna | De 13 – 20 años | 3 | 4.9 | 4 | 6.6 | 7 | 11.5 |
| | De 21 - 34 años | 7 | 11.5 | 5 | 8.2 | 12 | 19.7 |
| | Mayor de 35 años | 14 | 23.0 | 0 | 0.0 | 14 | 23.0 |
| Control Prenatal | Adecuados | 14 | 23.0 | 6 | 9.8 | 20 | 32.8 |
| | Inadecuados | 10 | 16.4 | 3 | 4.9 | 13 | 21.3 |
| N° de gestaciones | Primigesta | 10 | 16.4 | 4 | 6.6 | 14 | 23.0 |
| | Multigesta | 14 | 23.0 | 5 | 8.2 | 19 | 31.2 |

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora. Arequipa, 2017

En la tabla 14, podemos observar que los factores maternos asociados a malformaciones congénitas, en cuanto al Síndrome de Down se pudo identificar que la edad materna en un 23.0% se presenta en mujeres mayores de 35 años y el 11.5% en edades de 21 a 34 años; el 23.0% presentó controles prenatales adecuados y el 23.0% fueron multigestas.

En cuanto a la Fisura labial y paladar hendido se pudo identificar que la edad materna en un 8.2% se presenta en mujeres de 21 a 34 años y el 6.6% tienen de 13 a 20 años; el 9.8% presentó controles prenatales adecuados, y, el 8.2% fueron multigestas.

Se concluye que, los factores maternos que se asocian a las malformaciones congénitas en el recién nacido, en mayor porcentaje son madres mayores de 35 años y son multigestas.

CONCLUSIONES

- PRIMERA** : Los recién nacidos con malformaciones congénitas pertenecen al sexo femenino en un 50.8%, la edad gestacional fue en su mayoría fue a término y pesaron 3000 gr. en un 49.2%.
- SEGUNDA** : Los factores maternos que se asocian a las malformaciones congénitas en el recién nacido, en mayor porcentaje son madres mayores de 35 años y son multigestas.
- TERCERA** : Los tipos de malformación congénita que se presentaron con mayor incidencia en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, fueron Síndrome de Down (39.3%) y fisura labial y paladar hendido (14.8%).

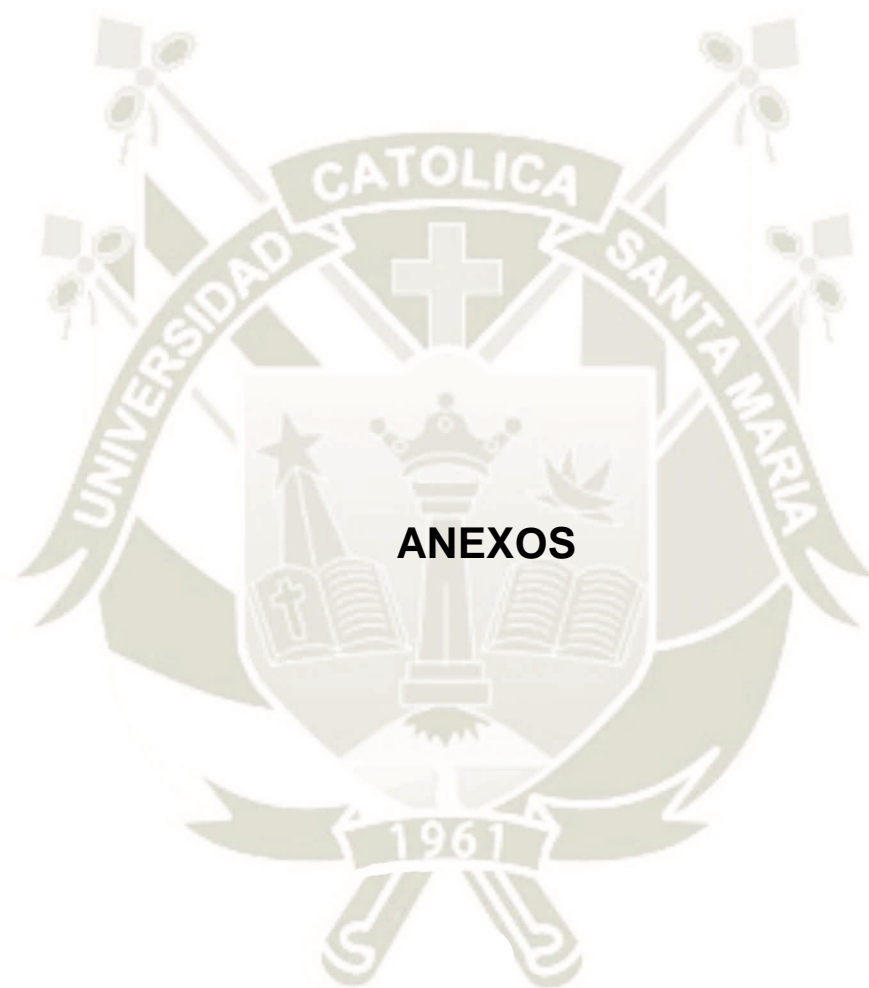
RECOMENDACIONES

1. A la Jefatura de Enfermería del Servicio de Neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado, que, en coordinación con los profesionales en salud, a su cargo, realicen “Consejería de Prevención” donde se concientice a las gestantes, sobre lo importante que es llevar sus controles prenatales, desde los primeros meses de la formación del feto, la fortificación de alimentos con ácido fólico y mejorar lo estilos de vida.
2. A la Jefatura de Enfermería del Servicio de Neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado, que en coordinación con las Universidades de la ciudad de Arequipa y las Escuelas Profesionales de Salud, que se programe la realización de Campañas de Salud para promover la prevención de malformaciones congénitas, para las mujeres en edad fértil, realizando chequeos preventivos, brindando información sobre nutrición y lo nocivo que son el consumo de sustancias como alcohol, tabaco y drogas en el embarazo.
3. A nivel de Proyección Social, se debe informar a las mujeres en edad fértil, que, si desean embarazarse, tomen en consideración que existe un mayor riesgo de anomalías congénitas a partir de los 35 a más años, Si las mujeres con alguna enfermedad crónica también desean planificar el embarazo, en estos casos es esencial la visita preconcepcional al ginecólogo y que las parejas con antecedentes de anomalías congénitas deben tener asesoramiento genético.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Avila J. Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Fetal y Neonatal en el Perú. Lima: Boletín Epidemiológico; 2013.
2. Velásquez D. Características Sociodemográficas y Perinatales de las Malformaciones Congénitas externas en Recién Nacidos en el Hospital III EsSalud Iquitos; 2015.
3. HRHD. Oficina de Estadística del Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa: MINSA; 2017.
4. Organización Mundial de la Salud. Anomalías Congénitas. [Internet].; 2016 [citado 2018 Octubre 11. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies>.
5. Cloherty S. Manual de Neonatología. España: Lippincott Williams; 2017.
6. Moreno O, Dueñas E, Mesa L, Domínguez F. Glosario de Embriología en Neonatología Cuba: Pueblo & Educación; 2014.
7. Donoso B, Oyarzún E. Práctica clínica Anomalías congénitas. [Internet].; 2012 [citado 2018 Octubre 11. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Practica/5537>.
8. Arteaga Martínez S, García Peláez MI. Embriología Humana y Biología del Desarrollo España: Amazon; 2017.
9. Sadler T. Embriología médica España: Amazon; 2016.
10. Ceriani Cernadas M. Neonatología práctica México: Médica Panamericana; 2018.
11. Martínez Ferro M. Neonatología Quirúrgica: Atresia y estenosis de esófago. Argentina: Grupo Book; 2014.

12. Leyton A, Chattás G. Cuidados del recién nacido con atresia de esófago Argentina: Universidad Astral; 2016.
13. López C. Factores asociados a Malformaciones Congénitas en Recién Nacidos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2015 Arequipa: MINSA; 2017.
14. Burgos J. Factores Asociados a Malformaciones Congénitas en Recién Nacidos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2015. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2017.
15. Diario El Comercio. Control prenatal puede prevenir defectos congénitos en bebés. [Internet].; 2016 [citado 2018 Diciembre 20. Disponible en: <https://elcomercio.pe/tecnologia/ciencias/control-prenatal-prevenir-defectos-congenitos-bebes-278128>.
16. Materno-Parra I, Alonso-Díaz Z. Atención de Enfermería en el Programa Materno Infantil. [Internet].; 2012 [citado 2019 Mayo 04. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdvedado/pami.pdf>.
17. Zarante y colab. Frecuencia de malformaciones congénitas: evaluación y pronóstico Colombia; 2010.
18. Reis y colab. Las malformaciones congénitas en Río de Janeiro. Brasil; 2011.
19. Gómez N. Características Epidemiológicas, Etiológicas y Clínicas de Recién Nacidos con Defectos Congénitos Craneofaciales, atendidos en los Hospitales II Goyeneche y III Regional Honorio Delgado. Años 2008-2014 Arequipa; 2015.





ANEXOS N° 1
INSTRUMENTOS

ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Instrumento validado por:

M.C. López Sánchez, Cristian Clemente

Adaptado por:

Lic. Zegarra Hidalgo, Gipsy Carol

| ANTECEDENTES MATERNOS | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|---|--------|--------|--------|--------------------|--|--|-------------------|--|--|-------------------|--|--|
| EDAD MATERNA | - 13 a 20 años () - 21 a 34 años () - Mayor de 35 años () | | | | | | | | | | | | |
| OCUPACIÓN | | | | | | | | | | | | | |
| GRADO DE INSTRUCCIÓN | Primaria () Secundaria () Superior () Otros: | | | | | | | | | | | | |
| PROCEDENCIA | | | | | | | | | | | | | |
| HÁBITOS NOCIVOS | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI ()</th> <th>NO ()</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo de alcohol</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Consumo de tabaco</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Consumo de drogas</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | SI () | NO () | Consumo de alcohol | | | Consumo de tabaco | | | Consumo de drogas | | |
| | SI () | NO () | | | | | | | | | | | |
| Consumo de alcohol | | | | | | | | | | | | | |
| Consumo de tabaco | | | | | | | | | | | | | |
| Consumo de drogas | | | | | | | | | | | | | |
| NÚMERO DE GESTACIONES | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Primigesta</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Multigesta</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | SI | NO | Primigesta | | | Multigesta | | | | | |
| | SI | NO | | | | | | | | | | | |
| Primigesta | | | | | | | | | | | | | |
| Multigesta | | | | | | | | | | | | | |
| ENFERMEDAD MATERNA CRÓNICA | SI () NO () <u>Cuál</u> Diabetes () Hipertensión () Epilepsia () Obesidad () Desnutrición () | | | | | | | | | | | | |
| CONTROL PRENATAL | Inadecuados () Adecuados () | | | | | | | | | | | | |
| ANTECEDENTE DE ANOMALIAS CONGÉNITAS | SI () NO () - Hijos con anomalías congénitas () - Familiares con anomalías congénitas () | | | | | | | | | | | | |

| DATOS DEL RECIÉN NACIDO | |
|--------------------------------|--|
| HISTORIA CLÍNICA | |
| SEXO | M () F () |
| EDAD GESTACIONAL | |
| PESO AL NACER | |
| MALFORMACIÓN CONGÉNITA | SI () Cual: NO () |



GOBIERNO REGIONAL

HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
OFICINA DE ESTADISTICA-INFORMATICA RAM



"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD"

C O N S T A N C I A

EL QUE SUSCRIBE EL JEFE DE LA OFICINA DE ESTADISTICA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO" DE AREQUIPA.

HACEN CONSTAR:

Que Doña: **GIPSY CAROL ZEGARRA HIDALGO**, ha realizado la revisión de las historias clínicas en la Oficina de Estadística, Área de Archivo Clínico, sobre Factores Maternos Asociados a malformaciones congénitas en Recién Nacidos del Hospital Regional Honorio Delgado" en el periodo Octubre del 2018.

Se expide la presente Constancia a solicitud de la interesada, para los fines que estime conveniente, no teniendo ningún valor oficial para acciones legales contra el Estado.

Arequipa, 2019 Junio 18



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Hospital Regional Honorio Delgado
Oficina de Estadística e Informática

.....
GIANCARLO SANZ GUTIERREZ
Jefe de Oficina Estadística e Informática

Giancarlo Sanz Gutiérrez
Director de la Oficina Estadística RAM.

Av. Daniel Alcides Carrión N°505- Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa
Telfs: 054-231818 Fax: 054-233812 – www.hrhdaqp.gob.pe Email : Webmaster@hrhdaqp.gob.pe



Universidad Católica de Santa María

☎ (51 54) 382038 Fax:(51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado:1350

AREQUIPA - PERÚ

INFORME N° 0400 -CB- 2019

A : Doctora JOSEFINA SONIA NUÑEZ CHAVEZ
DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

De : CENTRO DE INFORMACIÓN Y BIBLIOTECAS. SECCIÓN PROCESOS TÉCNICOS

Asunto : Evaluación de la Producción Intelectual

Expediente : 2019-0400

Fecha : 18 de junio de 2019

De acuerdo a lo dispuesto, informo a usted que la tesis:

FACTORES MATERNOS ASOCIADOS A MALFORMACIONES CONGENITAS EN RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO DURANTE EL AÑO 2017. AREQUIPA, 2018

Autor(es):

ZEGARRA HIDALGO GIPSY CAROL

Ha sido sometida a la plataforma de originalidad Turnitin obteniendo el resultado de **15 %**

Es cuanto informo para conocimiento y fines consiguientes



Universidad Católica de Santa María,
Ing. AYME MERTHA PEREZ
Coordinadora del Centro de Información y Bibliotecas