



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA



TRABAJO DE TITULACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICAS CIRUJANAS

TEMA:

HIJOS CON MALFORMACIONES CONGÉNITAS DE MADRES
ADOLESCENTES NACIDOS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA
DE JUNIO A NOVIEMBRE 2013

AUTORES:

GARCÍA CANTOS SILVIA PATRICIA

LÓPEZ ARAUJO XIMENA DALINDA

DRA. BETZABHÉ PICO FRANCO, Mg.

DIRECTORA

PORTOVIEJO, JUNIO A NOVIEMBRE DEL 2013

DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico a Dios, quien guía cada día mi camino, me da fuerzas para seguir adelante y no decaer ante los obstáculos, enseñándome a no declinar ante las adversidades.

A mis amados padres Leonel y María, por ser ejemplo de perseverancia y amor, por sus sabias enseñanzas, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzado mi sueño, ya que siempre me impulsaron en los momentos más arduos de mi carrera.

A mis queridos hermanos Leonela y Leonel, por ser mis cómplices y compartir hermosos momentos conmigo y por siempre estar dispuestos a ayudarme en cualquier momento.

A mi esposo Rubén por siempre estar a mi lado, por ser mi compañero de vida, mi apoyo y mi fortaleza cada día.

Y a mi pequeña princesa Doménica, quien llena de alegría mi corazón, gracias mi princesa porque eres mi motivación, mi inspiración cada día, una tierna sonrisa tuya irradia mi mundo y me da fuerzas para seguir adelante y luchar por mis ideales.

SILVIA PATRICIA GARCÍA CANTOS

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico en primer lugar a Dios, por guiar siempre mi camino y darme fuerzas para seguir adelante en todo momento.

A mis padres Vicente y Miriam a quienes dedico especialmente mi sueño de ser médico, por haberme ayudado siempre a cumplir mis metas a no rendirme y ser mi ejemplo de vida.

A mis incondicionales hermanos Ivette y Eric que han sido mi apoyo y mi fortaleza siempre.

A mi esposo Leonardo por su comprensión y su cariño para impulsarme cada día a ser mejor persona.

Y Finalmente se lo dedico a mi dulce Isabella por ser la luz de mi vida, mi motor y mis ganas de luchar cada día, y que este logro mío sea un ejemplo para su futuro.

XIMENA DALINDA LÓPEZ ARAUJO

AGRADECIMIENTO

Empezamos agradeciendo a esta alma mater, Universidad Técnica de Manabí, por habernos acogido en sus aulas, donde día a día enriquecimos nuestros conocimientos con los que actualmente contamos.

A la Facultad de Ciencias de la Salud junto a la Escuela de Medicina por permitirnos culminar nuestros estudios.

Nuestras más sinceras muestras de gratitud Al Dr. Hugo Loo Lino Presidente, a la Dra. Betzabhé Pico Franco directora del tribunal, Dra. Ingrid Vera Miembro del tribunal y a la Lic. Hortensia Solórzano Miembro del tribunal por su colaboración en el proceso de la misma.

Y al tribunal de sustentación que contribuyeron a la terminación de nuestro trabajo investigativo.

LAS AUTORAS

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.

Yo, DRA. BETZABHÉ PICO FRANCO tengo a bien certificar que el trabajo de titulación HIJOS CON MALFORMACIONES CONGÉNITAS DE MADRES ADOLESCENTES NACIDOS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE JUNIO A NOVIEMBRE 2013, de las Señoras GARCÍA CANTOS SILVIA PATRICIA Y LÓPEZ ARAUJO XIMENA DALINDA, se encuentra concluida en su totalidad.

El presente trabajo es original de las autoras y ha sido realizado bajo mi dirección y supervisión, habiendo cumplido con los requisitos reglamentarios exigidos para la elaboración de una tesis de grado previo a la obtención del título de Médico Cirujano.

Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.

Atentamente.

.....
DRA. BETZABHÉ PICO FRANCO, Mg.
DIRECTOR

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA

TEMA:

HIJOS CON MALFORMACIONES CONGÉNITAS DE MADRES
ADOLESCENTES NACIDOS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS
BALDA DE JUNIO A NOVIEMBRE 2013

TRABAJO DE TITULACIÓN

Sometida a consideración del Tribunal de Revisión y Sustentación, legalizada por el
Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título de:

MÉDICO CIRUJANO

APROBADA POR EL TRIBUNAL

Dra. Yira Vásquez Giler, MN.

DECANA DE LA FACULTAD

Dr. Jhon Ponce Alencastro, MDI
PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

Ab. Abner Bello Molina
ASESOR JURÍDICO

Dr. Hugo Loor Lino
PRESIDENTE

Dra. Betzabhé Pico Franco, Mg.
DIRECTOR

Dra. Ingrid Vera Zambrano, Mg
MIEMBRO

Lic. Hortensia Manuelita Solórzano Mg.
MIEMBRO

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN

Nosotros los miembros del tribunal de Revisión y Evaluación indicamos y certificamos que el trabajo de tesis titulado **HIJOS CON MALFORMACIONES CONGÉNITAS DE MADRES ADOLESCENTES NACIDOS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE JUNIO A NOVIEMBRE 2013**, se realizó con el cumplimiento de todos los requisitos estipulados por el reglamento general de graduación de la Universidad Técnica de Manabí.

Dr. Hugo Loor Lino

PRESIDENTE

Dra. Ingrid Vera Zambrano, Mg.

MIEMBRO

Lic. Hortensia Manuelita Solórzano, Mg.

MIEMBRO

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Nosotras, **SILVIA PATRICIA GARCÍA CANTOS** y **XIMENA DALINDA LÓPEZ ARAUJO**, egresados de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina de la Universidad Técnica de Manabí, declaramos que:

El presente trabajo de investigación titulado **HIJOS CON MALFORMACIONES CONGÉNITAS DE MADRES ADOLESCENTES NACIDOS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE JUNIO A NOVIEMBRE 2013**, es de nuestra completa autoría y ha sido realizado bajo absoluta responsabilidad, y con la supervisión del Director Dra. Betzabhé Pico Franco.

Toda responsabilidad con respecto a las investigaciones con sus respectivos resultados, conclusiones y recomendaciones presentadas en este trabajo de titulación, pertenecen exclusivamente a las autoras.

Silvia Patricia García Cantos

Ximena Dalinda López Araujo

Contenido

DEDICATORIA	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	V
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN	VII
DECLARACIÓN DE AUTORÍA.....	VIII
RESUMEN.....	XIII
SUMARY.....	XIV
CAPÍTULO I.....	1
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
SUBPROBLEMAS	6
DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	7
OBJETIVOS	8
OBJETIVO GENERAL.....	8
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
CAPÍTULO II	9
MARCO TEÓRICO.....	9
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	30
CAPÍTULO III.....	35
DISEÑO METODOLÓGICO	35
TIPO DE ESTUDIO	35
LÍNEA DE LA INVESTIGACIÓN	35

ÁREA DE ESTUDIO	35
PERIODO	35
UNIVERSO	35
FÓRMULA DE MUESTREO	35
MUESTRA.....	36
MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	36
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	36
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	36
MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	37
INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	37
FUENTES DE DATOS	37
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	38
RECURSOS	38
RECURSOS HUMANOS.....	38
RECURSOS INSTITUCIONALES.....	38
RECURSOS ECONÓMICOS.....	39
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	40
TABLA N° 1.- DISTRIBUCIÓN DE LAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA PERIODO JUNIO A NOVIEMBRE 2013	41
TABLA N° 2.-RELACIÓN EDAD Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN EDUCATIVA DE LAS MADRES ADOLESCENTES CON HIJOS QUE PRESENTARON MALFORMACIONES CONGÉNITAS NACIDOS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE JUNIO A NOVIEMBRE 2013	43
TABLA N° 3.- NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES DE LAS MADRES ADOLESCENTES CON HIJOS QUE PRESENTARON MALFORMACIONES CONGÉNITAS NACIDOS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE JUNIO A NOVIEMBRE 2013	45
TABLA N° 4.- RELACIÓN PROCEDENCIA Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES ADOLESCENTES CON HIJOS QUE PRESENTARON MALFORMACIONES CONGÉNITAS NACIDOS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE JUNIO A NOVIEMBRE 2013	47
TABLA N° 5.- RELACIÓN EDAD Y ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE LAS MADRES ADOLESCENTES CON HIJOS QUE PRESENTARON	

MALFORMACIONES CONGÉNITAS NACIDOS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE JUNIO A NOVIEMBRE 2013	49
TABLA N°6.- RELACIÓN ENTRE LA DEDICACIÓN Y ESTADO EMOCIONAL DE LAS MADRES ADOLESCENTES CON HIJOS QUE PRESENTARON MALFORMACIONES CONGÉNITAS NACIDOS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE JUNIO A NOVIEMBRE 2013	51
TABLA N° 7.- RELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVÍL Y LOS ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES DE LAS MADRES ADOLESCENTES CON HIJOS QUE PRESENTARON MALFORMACIONES CONGÉNITAS NACIDOS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE JUNIO A NOVIEMBRE 2013	53
TABLA N° 8.- RELACIÓN ENTRE LA PROCEDENCIA Y LOS HÁBITOS DE LAS MADRES ADOLESCENTES CON HIJOS QUE PRESENTARON MALFORMACIONES CONGÉNITAS NACIDOS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE JUNIO A NOVIEMBRE 2013	55
TABLA N° 9.- RELACIÓN ENTRE TIPO DE PARTO Y TIPO DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE LAS MADRES ADOLESCENTES CON HIJOS QUE PRESENTARON MALFORMACIONES CONGÉNITAS NACIDOS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE JUNIO A NOVIEMBRE 2013	57
TABLA N° 10.- CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA CON LA UTILIZACIÓN DEL ÁCIDO FÓLICO DE LAS MADRES ADOLESCENTES CON HIJOS QUE PRESENTARON MALFORMACIONES CONGÉNITAS NACIDOS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE JUNIO A NOVIEMBRE 2013	59
TABLA N° 11.- RELACIÓN ENTRE EL CUMPLIMINETO DE LAS NORMAS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y TIPO DE MALFORMACION CONGÉNITA DE LAS MADRES ADOLESCENTES CON HIJOS QUE PRESENTARON MALFORMACIONES CONGÉNITAS NACIDOS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE JUNIO A NOVIEMBRE 2013	61
TABLA N° 12.- RELACIÓN ENTRE LA EDAD GESTACIONAL Y SEXO DE LOS NIÑOS QUE PRESENTARON MALFORMACIONES CONGÉNITAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES, NACIDOS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE JUNIO A NOVIEMBRE 2013	63
 CAPÍTULO IV	 65
CONCLUSIONES	65
RECOMENDACIONES	67

CAPÍTULO V	68
PROPUESTA.....	68
INTRODUCCIÓN	68
ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN	69
OBJETIVOS DE LA PROPUESTA.....	70
CARACTERÍSTICAS DE LA PROPUESTA.....	70
DATOS GENERALES	70
UBICACIÓN GEORREFERENCIAL	71
PRESENTACIÓN GENERAL DEL PROGRAMA.....	71
PROGRAMA DE ACTIVIDADES.....	72
CRONOGRAMA DE LA PROPUESTA	75
BIBLIOGRAFIA.	76
ANEXOS	82
ANEXO# 1.....	83
ENCUESTA.....	84
FOTOS	92
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	105

RESUMEN

De acuerdo a los estudios y análisis del Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia, cada año 15 millones de adolescentes dan a luz en el mundo, que a su vez contribuyen a la presentación de los defectos congénitos. Es por ello que se planteó una investigación de este problema para poder Determinar la “Presencia de Malformaciones Congénitas versus Calidad de Vida en hijos de Madres Adolescentes Nacidos en el Hospital Verdi Cevallos Balda Junio Noviembre 2013”. Se plantearon los siguientes objetivos: Uno General (Caracterizar los hijos con malformaciones congénitas de Madres Adolescentes nacidos en el Hospital Verdi Cevallos Balda Junio Noviembre 2013.) y los específicos (Determinar las características generales de la población en estudio, Cuantificar los factores de riesgos maternos que originaron las malformaciones congénitas, Implementar un programa educativo en la consulta externa del Hospital Verdi Cevallos Balda para prevenir malformaciones congénitas en las mujeres en edad fértil). La unidad de análisis fueron 32 los hijos de madres adolescentes que presentaron malformaciones congénitas nacidos en el Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo. Los resultados de la investigación determinaron que la edad de las madres que sobresalió fue de 16 a 18 años de edad, de origen rural, y nivel educativo bajo, siendo el labio leporino la malformación más frecuente asociada a la ingesta de alcohol y de ciertas drogas durante el embarazo recomendándose la implementación de charlas educativas sobre el uso de ácido fólico preconcepcional para reducir la incidencia de esta patología.

Palabras claves: Malformaciones congénitas, ácido fólico, control prenatal, factores de riesgo, calidad de vida.

SUMMARY

According to studies and analysis of United Nations International Children's Emergency Fund, each year 15 million adolescent girls give birth in the world, which in turn contribute to the presentation of the defects birth. Is why an investigation of this problem was proposed in order to determine. the presence of Congenital Malformations versus Quality of Life in children of Adolescent Mothers born in the HVCB from June to November 2013, " the following aims : One General (Characterize of the children born to adolescent mothers in Verdi Cevallos Balda Hospital from June to November 2013.) and specific (determine the general characteristics of the study population , quantify maternal risk factors that caused birth defects, will implement an educational program in the outpatient Verdi Cevallos Balda Hospital to prevent birth defects in women age fertile. The unit of analysis was the 32 children of teenage mothers who had congenital malformations born in Verdi Cevallos Balda Hospital. Results of the research were determined that the age of the mothers stood out was 16 to 18 years of rural origin, and low educational level, being cleft lip malformation more frequently associated with the intake of alcohol and certain drugs during pregnancy recommending the implementation of educational lectures on the use of preconceptional folic acid to reduce the incidence of this disease.

Keywords: congenital defects, folic acid, prenatal control, risk factors, quality of life.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La presencia de un embarazo durante la etapa de la adolescencia se la cataloga como una de las causas primordiales de morbilidad e inclusive de mortalidad en el sexo femenino con edad comprendida entre los 15 a 19 años, cada año a nivel mundial se presenta una cifra realmente alta de partos en mujeres adolescentes alrededor de 15 millones. Tolero, J. (2011).

Como ya es de conocimiento la práctica de la actividad sexual prematuramente en los adolescentes aumenta cada día en todos los lugares del mundo, incrementándose en las adolescentes con edad menor a 20 años, el número de partos.

Así mismo en otros países como en Costa Rica estas patologías provocan mortalidad en los infantes ocupando el segundo lugar, en el año 2004 constituyeron el 30.1% de los fallecimientos en los niños menores de 24 meses de edad siendo únicamente superadas por afecciones perinatales, alcanzando en este mismo año la mortalidad más baja en los últimos 54 años. Un ejemplo podemos tomar al Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera” en el cual las malformaciones congénitas fueron responsables de la mortalidad en neonatos.

Según De la Paz, M & Umaña. L (2008) “Se pueden clasificar las malformaciones congénitas de diversas maneras; observamos dos grupos de niños con malformaciones congénitas según el número de patologías que presente el infante: tenemos quienes adquieren un solo defecto conocidos como defectos aislados, y

quienes presentan más de un defecto que son los denominados polimalformados. Las secuelas pueden ser producidas por muchos agentes causales, pueden manifestarse en polimalformados sin etiología establecida, como síndromes o como una secuencia aislada.

La investigación que se realizó se basó en los datos que se obtuvo en el Hospital Verdi Cevallos Balda de los hijos con malformaciones congénitas de madres adolescentes nacidos en el Hospital Verdi Cevallos balda de junio a noviembre 2013.

JUSTIFICACIÓN

Es una situación de riesgo que mujeres adolescentes tengan su primera concepción entre la edad comprendida de 10 a 19 años, todo ello debido a su inmadurez biopsicosocial, teniendo que asumir el complejo rol de la maternidad, el cual fue observado por nosotras mediante la relación que tuvimos con las madres adolescentes durante nuestra rotación en el área de ginecología. Abreu, D. & Fonseca, D. (2007).

Para todos los que estamos relacionados en el medio de la salud la presencia de defectos congénitos en los hijos de madres adolescentes es verdaderamente un reto importante tanto ético como profesional. Es primordial el diagnóstico precoz de estas patologías durante el tiempo de gestación, así los tratamientos que se utilicen permitirán un mejor estilo vida de los infantes y así mismo de su entorno familiar. Abreu, D. et al. (2007).

Adicionalmente, teniendo en cuenta las características clínicas de la malformación en cuestión y valores personales del niño y de su familia, puede estimarse razonablemente el riesgo de desajuste personal y psicosocial del niño.

En este contexto, el presente trabajo que se realizó tuvo un aporte académico y científico, en razón de que se tomó al Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda para analizar las malformaciones congénitas en los recién nacidos de madres adolescentes. En el ámbito social nuestro proyecto tuvo una contribución significativa, ya que se logró la participación activa de las madres y sus hijos.

En lo profesional, nosotras las autoras, al haber tenido la oportunidad de recibir una formación de tercer nivel, tendremos la oportunidad de adquirir mayor experiencia profesional involucrando a los pacientes con malformaciones congénitas. En el ámbito personal, el afianzamiento de nuestros conocimientos sobre las malformaciones congénitas que afectan a los niños de madres adolescentes del Hospital Verdi Cevallos Balda nos permitió crecer como personas y seres humanos solidarios, instaurando bases para una futura responsabilidad sanitaria.

El beneficio de esta investigación para el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda tendrá una base de datos de pacientes con esta patología y así poder hacerles un seguimiento adecuado.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En todo el mundo, uno de cada diez alumbramientos corresponde a una joven adolescente presentándose entre 5 y 200 recién nacidos vivos por cada 1000 adolescentes, obteniéndose cifras más altas en África y América Latina. Abreu, D. et al. (2007).

Estudios en madres adolescentes de Colombia, Brasil e India, muestran que tuvieron una mayor prevalencia de prematuridad y de niños de bajo peso comparadas con las madres adultas, incrementando así el riesgo de mortalidad infantil. Abreu, D. et al. (2007).

Los/as adolescentes representan al 20% del total de la población andina. En el Ecuador aproximadamente el 30% de la población son adolescentes y jóvenes, y de ellos 2.783.108 son adolescentes de 10 a 19 años. INEC (2009)

Según Nicholson, L. (2007). La mortalidad ocurrida durante los primeros 24 meses de edad es debido a estos defectos congénitos, siendo alrededor de un 20% a un 40%.

Están involucrados en el diagnóstico y así mismo en el tratamiento de estas patologías una gran variedad de especialistas, que la mayor parte de los pacientes necesitarán tratamientos durante toda su vida, o muchas veces dichos tratamientos dejarán secuelas.

El Ministerio de Salud Pública recomienda que a todo niño con malformación congénita se le realice estudios serológicos en pacientes incluidos en perfil TORCH y así mismo derivarlos a sus respectivos especialistas.

El Hospital provincial Dr.” Verdi Cevallos Balda “de Portoviejo siendo una entidad sanitaria de cobertura provincial encargado del diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías mediante la atención de especialidad de ahí la importancia de realizar esta investigación para contribuir en la caracterización de hijos con malformaciones congénitas de madres adolescentes.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las malformaciones congénitas de los hijos de las madres adolescentes nacidos en el Hospital Verdi Cevallos Balda versus calidad de vida de junio a noviembre 2013?

SUBPROBLEMAS

¿Cuáles son las características generales de la población en estudio?

¿Cuáles son los factores de riesgos maternos que originaron las malformaciones congénitas?

¿Cómo implementar un programa educativo en la consulta externa del Hospital Verdi Cevallos Balda para prevenir malformaciones congénitas en las mujeres en edad fértil?

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Campo: Educativo

Área: Medicina

Aspecto: Malformaciones congénitas en niños de madres adolescentes

Delimitación espacial: La investigación se desarrolló en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda ubicado en la calle 12 Marzo y Rocafuerte del cantón Portoviejo.

Delimitación temporal: La presente investigación se desarrolló durante el periodo Junio a noviembre del 2013”.

OBJETIVOS

Objetivo general

Caracterizar los hijos con malformaciones congénitas de madres adolescentes nacidos en el hospital Verdi Cevallos balda de junio a noviembre 2013

Objetivos específicos

Determinar las características generales de la población en estudio.

Cuantificar los factores de riesgos maternos que originaron las malformaciones congénitas.

Implementar un programa educativo en la consulta externa del Hospital Verdi Cevallos Balda para prevenir malformaciones congénitas en las mujeres en edad fértil.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Según Beltrán, E. & Cabrera M. (2013) “Podemos definir al Embarazo en la etapa de la adolescencia como el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen.

La fecundidad en personas jóvenes no es un nuevo problema de salud pública. Los cambios de la fecundidad en la mayor parte de países de la región de las Américas, especialmente en los ubicados en el cono sur, se caracterizan por una disminución de la gestación en mujeres mayores de 30 años. Este fenómeno no es tan marcado en los grupos quinquenales a la edad menor de 19 años. Molina, R. et al (2008).

En los países de Latinoamérica y el caribe, el embarazo es un problema emergente en la edad juvenil, ya que se relaciona con una disminución del interés de otros problemas de la salud materno-infantil. Este problema lleva necesariamente un estudio de las conductas sexuales reproductivas del joven. La prevención del embarazo en parejas muy jóvenes con vida sexual activa se transforma en una actividad de los programas destinados a este grupo.

Esto crea problemas adicionales de todo tipo para el prestador de servicios. Junto a las adolescentes embarazadas, aparecen los padres adolescentes y con ello el componente “familia” de ambos progenitores, con la absoluta necesidad de enfrentarlos como parte de los programas regulares ya que no tienen la misma

connotación que en la pareja adulta. El riesgo se acrecienta en el hijo de la madre adolescente, tanto por ser producto de un embarazo con alta frecuencia no esperada y con resultados en alta proporción de un niño no deseado. Por lo tanto, su seguimiento debe ser objeto de programas especiales con el fin de prevenir su mayor morbilidad y mortalidad tanto por razones de enfermedades comunes como por maltrato y descuido en sus múltiples formas, en comparación con el hijo de una madre adulta. Molina, R .et al (2008).

La experiencia nos dice que en la mitad de los casos se presentan dos abusos sexuales, concentrándose estos en menores de edad. Esto se asocia en forma significativa a mayor morbilidad obstétrica y perinatal como también a mayor prevalencia de decisiones de entrega en adopción de los hijos de estas madres, con lo cual se abarca otras áreas no consideradas en programas clásicos de salud materno-infantil del adulto. El tema del embarazo repetido en adolescentes es otra realidad que alcanza una mayor gravedad por sus consecuencias que el primer embarazo de la adolescente. Molina, R .et al (2008).

La discontinuidad de la educación o capacitación laboral en las adolescentes que se embarazan deja en forma significativa a gran cantidad de mujeres en la extrema pobreza por no poder acceder a trabajos mejor remunerados y transmite estas conductas y pobreza a sus hijos, siendo una causa importante de la transmisión generacional de la dependencia de la mujer y de su pobreza. Molina, R.et al (2008).

Los programas clásicos de atención materno-infantil de adultas no son suficientes para cubrir las demandas de adolescentes embarazadas y las mismas actividades deben tener un enfoque diferente. Es necesario hablar del concepto de la adolescente

embarazada, en el cual lo importante es la persona, en su totalidad, con su entorno y realidad, y no sólo la concentración de las acciones en el proceso de crecimiento y desarrollo materno-fetal. Es necesario ubicar estos programas en el contexto de programas de salud reproductiva del adolescente.

En cuanto a la morbilidad de la madre adolescente, estudios de seguimiento con criterios homólogos de diagnóstico y registro prospectivo revelan que el 11,2% son por patologías en el embarazo, 37,6 durante el parto y 36,7 en el infante. Molina, R. et al (2008).

Durante el embarazo el 77,1% corresponden a patologías obstétricas y los más frecuentes son el síndrome hipertensivo, los síntomas de parto prematuro, la infección del tracto urinario y la anemia del embarazo. Sin embargo, durante la gestación en las adolescentes mientras más temprano es el embarazo se produce una disminución progresiva de las patologías clásicas quedando en primer lugar la anemia del embarazo, que sólo es un reflejo de la mayor frecuencia de desnutrición de las adolescentes embarazadas.

Durante el parto, los factores involucrados están la detección del período expulsivo, a la desproporción feto-pelviana, problemas de la placenta y el cordón, síndrome hipertensivo del embarazo, sufrimiento fetal y lesiones de las partes blandas del canal del parto. En el infante las patologías más frecuentes son las infecciones, sepsis, síndrome de dificultad respiratoria idiopática y asfixias; el neonato pequeño para su edad gestacional y el traumatismo obstétrico. Beltrán, E. & Cabrera. M. (2013).

El fenómeno del embarazo y la maternidad en la adolescencia afecta en mayor medida a las mujeres pobres, rurales y a aquellas con menor nivel educativo, exponiendo a la joven madre, a su pareja y a su bebé al riesgo de que el círculo vicioso de la pobreza se extienda al menos por una generación más. Beltrán, E. et. al (2013).

Se ha confirmado que la mortalidad infantil en este grupo duplica o triplica la de los neonatos de madres mayores de 20 años. La salud de los recién nacidos también puede verse afectada, ya que las madres adolescentes tienen 2 a 6 veces más probabilidades de tener hijos con bajo peso al nacer que las madres de 20 años o más. Beltrán, E. et. al (2013).

Los defectos congénitos son considerados como una alteración estructural, funcional, o metabólico de un neonato presente desde su nacimiento, los cuales pueden conllevar a repercusiones mentales, físicas o incluso la muerte.

Las anomalías de causa genética están determinadas por la alteración cromosómica que la origina siendo estas monogénicas (autosómicas, dominantes o recesivas) y las poligénicas que presentan afectación en varios de sus cromosomas. Beltrán, E. et. al (2013).

Cuando un solo gen se encuentra alterado estamos frente a lo que se conoce como Alteraciones Monogénicas o también conocidas como Enfermedades mendelianas., heredándose de manera autosómica ligado al sexo, dominante o recesiva, en relación a las leyes de Mendel. Rodríguez, K, & Santa Cruz. Leiva (2008).

Es importante conocer que cuando uno de los genes ya sea de mamá o papá es anormal dará lugar a un defecto o anomalía (dominante). Si el gen anómalo es del padre el recién nacido tiene un 50 por ciento de probabilidades de ser Recesivo. Se presentará un defecto o anomalía cuando papá y mamá tengan genes defectuosos. Rodríguez, K, et. al (2008).

Trastorno ligado al cromosoma X – Dicho trastorno está ligado por los genes del cromosoma X. Quienes están afectados y tendrán dicho trastorno serán los pacientes de sexo masculino. Mientras que las hijas de hombres que tienen este trastorno sólo serán portadoras de dicho rasgo y tendrán la posibilidad 1 de cada 2 de heredarlo a sus hijos. Rodríguez, K, et. al (2008).

La patología neuromuscular hereditaria más común y que tiende a afectar todas las razas es la distrofia muscular Duchenne. Clínicamente se caracteriza por debilidad progresiva, afectación intelectual, hipertrofia de pantorrillas y proliferación del tejido conjuntivo en el músculo. Esta enfermedad se hereda con carácter recesivo ligado al cromosoma X. Pierson QI, Tontczak K, Agrawal I, et al: (2009).

Es raro que los lactantes tengan síntomas durante su nacimiento o en su primer trimestre de vida, aunque algunos pueden tener una hipertonía leve. Las habilidades motoras, como darse la vuelta, sentarse y ponerse de pie generalmente se alcanzan a las edades adecuadas, pero puede haber un ligero retraso, un primer signo de debilidad muscular puede ser un mal control de la cabeza durante la lactancia. No

tienen facies características porque la debilidad muscular facial es un fenómeno tardío. Pierson Q, et. al (2009).

La marcha generalmente se consigue a una edad normal, alrededor de los 12 meses, pero puede observarse de forma sutil una debilidad muscular de la cintura pélvica desde los 2 años de edad. Los niños que comienzan a andar pueden adoptar una postura lordótica cuando permanecen en pie para compensar la debilidad glútea. Pierson Q, et. al (2009).

El signo de Gowers con frecuencia es evidente hacia los 3 años y es muy manifiesto hacia los 5 años. En esta edad aparece la marcha en Trendelenburg con bamboleo de las caderas. Pierson Q, et. al (2009).

El periodo de tiempo que el paciente puede caminar libremente es muy variable. Algunos pacientes quedan confinados a una silla de ruedas hacia los 7 años de edad; no obstante, la mayoría de los pacientes continúan caminando con dificultades crecientes hasta los 10 años de edad sin intervenciones ortopédicas. Pierson Q, et. al (2009).

La deambulación es importante no sólo para posponer la depresión psicológica que genera la pérdida de una función que garantiza la independencia personal, sino también porque la escoliosis generalmente no se convierte en una complicación importante mientras el paciente continúa caminando, incluso aunque sólo sea durante una hora diaria. Las contracturas afectan más a menudo a los tobillos, las rodillas, las caderas y los codos. Pierson Q, et. al (2009).

Otro tipo de patología con una alta mortalidad presente en los primeros años de vida es la enfermedad de Tay-Sachs, la misma que causa afecciones en el sistema nervioso central llevando incluso a la demencia, ceguera, parálisis, convulsiones y ceguera. Nicholson, L. (2007).

Durante sus primeras horas de vida los infantes aparentan estar sanos, ya se manifiesta dicha patología durante el primer y segundo trimestre de vida, su origen es genético siendo más común en el continente Europeo. Nicholson, L. (2007).

Existen patologías que se presentan cuando hay un mayor o menor número de cromosomas esto lo conocemos como anomalías cromosómicas, entre estas tenemos el síndrome de Down como primer ejemplo y con menor número al síndrome de Turner. Rodríguez, K, et. al (2008).

Cuando existe la presencia de un cromosoma 21 de más es decir tres copias del cromosoma 21 (y no dos como en los niños sin anomalías) estamos frente a un grupo de anomalías conocido como El síndrome de Down, dicho síndrome causa discapacidad mental, cambios en los rasgos faciales y así mismo corporales característicos en estos niños, acompañados de anomalías cardíacas y otros problemas en la salud de los infantes. Rodríguez, K, et. al (2008).

Otra patología genética es la fenilcetonuria, en la cual se encuentra perturbado el mecanismo mediante el cual el cuerpo procesa la fenilalanina que la encontramos en

muchos alimentos, causando deficiencia mental, se presenta por la alteración del gen PAH (cuando ambos padres son portadores). Nicholson, L. (2007).

Como ya es de conocimiento los factores ambientales (biológicos, químicos y físicos) afectan el producto de la concepción pudiendo causar anomalías congénitas, por acción inflamatoria o de carácter necrótico ya sea por agentes de tipo tóxico o infeccioso, ejemplos de ellos tenemos bacterias (sífilis), parásitos (toxoplasmosis congénita), el virus causante de la Rubéola, el herpes simple, el virus de la parotiditis, virus del SIDA, citomegalovirus, varicela zóster. Rodríguez, K, et. al (2008).

Según Cooper, L. & Ockerse (2009) “Otra patología importante es la rubéola, una enfermedad exantemática que tiende a presentarse en los lactantes y niños, ésta puede complicarse cuando se presenta en la edad adulta. Es más preocupante cuando se presenta la infección transplacentaria provocando alteraciones fetales, esto es lo que conocemos como el síndrome de la rubéola congénita. Con los diversos programas de vacunación contra la rubéola su frecuencia disminuyó considerablemente.

Aún es desconocido cuales son los mecanismos virales que provocan lesiones y muertes celulares en dicha patología. Una vez que se ha dado la infección, comienza la replicación del virus en el epitelio del tracto respiratorio, tras lo que se disemina a los ganglios linfáticos regionales. A continuación se produce una viremia que es más intensa a los 10-17 días de la infección Alrededor de los 10 días tras la infección comienza la liberación del virus a partir de la nasofaringe y puede detectarse hasta 2

semanas después del inicio del exantema. El período de mayor contagiosidad está comprendido entre 5 días hasta 6 días después de la aparición del exantema. Cooper, L. & Ockerse (2009)

Las afecciones de esta patología en el infante serán: en un mayor porcentaje los problemas auditivos, así mismo las cardiopatías congénitas tales como el ducto arterioso persistente, la hipoplasia o estenosis de la arteria pulmonar, defecto del tabique ventricular, eventualmente una Tetralogía de Fallot. Rodríguez, K, et. al (2008).

La toxoplasmosis (*Toxoplasma gondii*) es un protozoo intracelular obligado. Adquirido por vía oral, transplacentaria. En los niños inmunológicamente normales, la infección aguda adquirida puede ser asintomática, causar linfadenopatía o afectar a prácticamente cualquier órgano. Una vez adquiridos, los organismos latentes enquistados persisten durante toda la vida del huésped. En los niños o lactantes inmunocomprometidos, tanto la adquisición inicial como la re-activación de organismos latentes suele originar signos y síntomas relacionados al sistema nervioso central (SNG). Boyer, K. (2008).

La infección congénita, si no se trata, causa a menudo signos o síntomas en el período perinatal o más adelante en la vida del niño, la mayor parte de las veces coriorretinitis y lesiones del sistema nervioso central. No obstante, también pueden darse otras manifestaciones como crecimiento intrauterino retardado, fiebre, adenopatías, erupciones cutáneas, pérdida de audición, neumonitis, hepatitis y trombocitopenia. Boyer, K. (2008).

La toxoplasmosis congénita en los niños con infección del virus de la inmunodeficiencia humana puede ser fulminante. Boyer, K. (2008).

La infección por *Toxoplasma* es ubicua en los animales de sangre caliente y es una de las infecciones latentes más frecuentes en humanos en todo el mundo. La incidencia varía considerablemente entre humanos y animales en las distintas áreas geográficas. En muchas regiones del mundo, aproximadamente un 3-35% del ganado porcino, 7-60% del bovino y 0-9% del vacuno lo contienen. Boyer, K. (2008).

El virus del herpes simple (VHS) posee dos serotipos íntimamente relacionados, el VHS tipo 1 (VHS-1) y el VHS-2 que causan varias enfermedades, en función de la localización anatómica donde se inicie la infección, el estado inmunitario del huésped y de si se trata de una primoinfección o de una recurrencia. Las infecciones habituales afectan a la piel, el ojo, la cavidad oral y el aparato genital. Las infecciones tienden a ser leves y autolimitadas, excepto en los pacientes inmunodeprimidos y en los recién nacidos, en quienes la infección puede ser grave y potencialmente mortal. Handsfiel, J. (2009)

La primoinfección se produce en las personas que no han tenido una infección previa por el VHS-1 ni por el VHS-2. Dado que estas personas son seronegativas para el VHS y que no tienen inmunidad preexistente contra el virus, las primoinfecciones suelen ser graves. La primoinfección primaria se produce en personas que ya pasaron una infección por el VHS-1 y que ahora se infectan por vez primera por el otro tipo VHS (VHS-2). El virus se mantiene en este estado de

latencia durante toda la vida del huésped, pero se puede reactivar periódicamente y provocar una infección recurrente. Handsfiel, J. (2009)

Las infecciones recurrentes sintomáticas tienden a ser menos graves y de menor duración que las primoinfección y con mucha frecuencia aparecen de forma asintomática. No provocan molestias físicas, aunque los pacientes con infecciones recurrentes son contagiosos y pueden transmitir el virus a personas susceptibles. El VHS contiene un genoma de ADN bicatenario de alrededor de 152 kb que codifica al menos 84 proteínas. El ADN presente dentro de una cápside icosaédrica que está rodeada por una cubierta externa compuesta por una bicapa lipídica que contiene al menos 12 glucoproteínas virales. Estas glucoproteínas son los principales objetivos de la inmunidad humoral, mientras que otras proteínas no estructurales son objetivos destacados de la inmunidad celular. Dos proteínas codificadas, la ADN polimerasa y la timidina cinasa son objetivos de los fármacos antivirales. El VHS-1 y el VHS-2 tienen una composición genérica parecida, con una amplia homología del ADN y las proteínas. Handsfiel, J. (2009)

Las infecciones por VHS son ubicuas y no existen variaciones estacionales en cuanto al riesgo de infección. El único huésped natural es el ser humano y el modo de transmisión es el contacto directo entre superficies mucocutáneas. No se han documentado transmisiones accidentales a partir de objetos inanimados, como asientos de retrete. Todas las personas infectadas albergan una infección latente y desarrollan infecciones recurrentes, que pueden ser sintomáticas o pasar desapercibidas, y presentan una contagiosidad periódica. Esto ayuda a explicar la amplia prevalencia del VHS. Handsfiel, J. (2009)

Los factores químicos que incluye fármacos o sustancias teratógenas como el fenobarbital, la talidomida, las benzodiazepinas, el metotrexato, ácido retinoico, anticoagulantes, los antagonistas del ácido fólico, hormonas, entre otros. Así mismo el consumo de bebidas alcohólicas que provoca el síndrome de alcohol fetal (caracterizado por retraso del crecimiento, defecto del tabique interauricular, hipoplasia del maxilar, microcefalia, fisuras palpebrales. Rodríguez, K, et. al (2008).

Factores físicos: anomalías en el feto también pueden ser causadas por la exposición a las radiaciones, entre estas tenemos la radiación ultravioleta, y así mismo las ionizantes (exposición a rayos X). Durante la etapa de la organogénesis se pueden presentar anomalías tales como defectos a nivel craneal, microcefalia, espina bífida entre otros, provocadas por la exposición a radiaciones ionizantes ya que estas son tanto mutágenas y teratógenas . Rodríguez, K. et. al (2008).

La mayor frecuencia de defectos congénitos a nivel del sistema nervioso central la constituyen los defectos del tubo neural (DTN) causados por la perturbación o alteración en el cierre del tubo neural durante el primer mes de gestación (en la tercera y cuarta semana), su causa es desconocida, pero existen datos y evidencias de que tanto el déficit nutricional, sustancias químicas, obesidad durante el embarazo, fármacos, la diabetes gestacional y defectos genéticos pueden provocar daño en el Sistema Nervioso Central desde el momento de la concepción. Rodríguez, K, et. al (2008).

El origen del sistema nervioso tiene lugar en el ectodermo primitivo, dando lugar a sí mismo a la epidermis. Durante la tercera semana de desarrollo embrionario se forman las tres capas germinales siendo estas el ectodermo, el endodermo y el mesodermo. Quienes estimulan al ectodermo suprayacente para el desarrollo de la placa neural en la tercera semana de gestación son el endodermo de manera especial la placa de la notocorda y el mesodermo intraembrionario que inducen al ectodermo suprayacente a desarrollar la placa neural durante la tercera semana de desarrollo embrionario. Si existe una deficiencia en este mecanismo se daría lugar a la mayoría de las anomalías del tubo neural. Rodríguez, K, et. al (2008).

Según Eilis R (2009). “Las malformaciones de la medula espinal se caracterizan por una anomalía de los cuerpos vertebrales en la línea media. La mayor parte de los individuos son sintomáticos y no presentan signos neurológicos, y la malformación no tiene generalmente ninguna consecuencia.

La radiografía simple de columna en la espina bífida oculta puede mostrar un defecto de cierre de las láminas y arcos posteriores vertebrales que afecta típicamente a L5 y S1. La espina bífida oculta algunas veces se puede asociar a defectos más significativos de la médula espinal, incluyendo siringomielia, diastematomiglia y médula anclada. Estos hallazgos son mucho mejor identificados con Resonancia magnética nuclear. Gilman, S (2008).

Según Orsubn H, Snead C (2009). “El Mielomeningocele presenta típicamente un déficit neurológico más extenso cuanto más alto se localice en la región dorsal. Los pacientes con mielomeningocele de la región dorsal superior o cervical generalmente

tienen un déficit neurológico mínimo y muchas veces no presentan hidrocefalia. Generalmente cuanto más baja sea la malformación en el neuroeje a nivel sacra, menor es el riesgo de hidrocefalia y esta puede presentarse asociada a una anomalía de Chiari tipo II. La posibilidad de desarrollar hidrocefalia debe considerarse siempre, independientemente del nivel espinal.

El crecimiento ventricular puede ser indolente o bien ser rápido y provocar dilatación de las venas del cuero cabelludo, protrusión de la fontanela anterior, aspecto en «puesta de sol» de los ojos, irritabilidad y vómitos asociados a un aumento del perímetro craneal. Hay dos formas fundamentales de disrafia que afectan al cráneo y dan lugar a una prominencia del tejido a través de un defecto óseo de la línea media; se denominan cráneo bífido. El meningocele craneal consiste en un saco meníngeo lleno sólo de líquido cefalorraquídeo y el encefalocele craneal contiene este saco y además corteza cerebral, cerebelo o porciones del tronco del encéfalo. Orsubn H, et. al (2009).

El tejido nervioso contenido en el encefalocele suele presentar anomalías en el examen microscópico. El defecto craneal aparece sobre todo en la región occipital, a nivel de la unión o por debajo del mismo, pero en ciertos lugares del mundo es más frecuente el encefalo o frontonucal. Sus causas son similares a las de la anencefalia y el Mielomeningocele. Orsubn H, et. al (2009).

El niño anencefálico presenta un aspecto característico con un gran defecto de la calota, las meninges y el cuero cabelludo asociado a un cerebro rudimentario, como resultado de un defecto del cierre del tubo neural - poro rostral (apertura anterior del tubo

neural). El cerebro primitivo consta de porciones de tejido conjuntivo, vasos y neuroglia. Suelen faltar los hemisferios cerebrales y el cerebelo y sólo puede identificarse un resto de tronco del encéfalo. La glándula hipofisaria es hipoplásica y no hay haces piramidales en la médula espinal causado por la falta de corteza cerebral. Orsubn H, et. al (2009).

Otros defectos son las orejas plegadas, paladar hendido y defectos cardíacos congénitos. Es frecuente que los infantes anencefálicos fallezcan días posteriores a su nacimiento. La incidencia de anencefalia se aproxima a 1/1.000 nacidos vivos. Irlanda, Gales y norte de China son los países con mayor incidencia. El riesgo de recurrencia es del 4% y aumenta hasta un 10% cuando la pareja ha tenido dos gestaciones previas. Orsubn H, et. al (2009).

Según recomendaciones del componente Normativo materno (2008) se estableció como prevención primaria poblacional de defectos del tubo neural la utilización del ácido fólico durante 2 - 3 meses preconcepcional. Si la paciente tiene antecedente de producto con defectos del tubo neural o es epiléptica tratada con ácido valproico o carbamazepina o en mujeres diabéticas Tipo I y Tipo II administrar 4 mg VO diarios, la cual se en Ecuador se comercializan las tabletas de 1 y 5 mg únicamente.

Otra anomalía congénita importante es la fibrosis quística que afecta al sistema respiratorio y así mismo al digestivo: intestino, páncreas e hígado en menor proporción. En esta anomalía autosómica dominante de alta mortalidad, causada por la mutación de un gen que codifica la proteína reguladora de la conductancia

transmembrana. Consiste en la ausencia del transporte del cloruro en nuestro cuerpo. Una de las principales causas de la insuficiencia pancreática exocrina en los primeros años de vida y de la neumopatía crónica grave en los infantes es la fibrosis quística. También de pansinusitis, pancreatitis, colelitiasis, pólipos nasales, prolapso rectal e hiperglucemia insulín dependiente. La fibrosis quística puede debutar con un retraso del desarrollo y en algunos casos, con una cirrosis u otras formas de disfunción hepática. Por tanto, este trastorno se debe incluir en el diagnóstico diferencial de muchos trastornos. Nelson, (2009)

La parálisis cerebral puede tener un origen infeccioso, genético, isquémico, metabólico entre otras que producen un fenotipo neurológico común. Se identificaron características que apuntaban a factores prenatales como causa de la alteración del desarrollo cerebral en un 80 % de casos. Un considerable número de niños con Parálisis cerebral tenían anomalías congénitas asociadas que no afectan al sistema nervioso central. Así mismo es mínimo el porcentaje de los infantes con Parálisis cerebral que presentaban antecedentes de asfixia intraparto. Nelson, (2009)

La exposición intraútero a infecciones maternas (como la corioamnionitis, inflamación de las membranas placentarias, inflamación del cordón umbilical, mal olor del líquido amniótico, sepsis materna, temperatura > a 38 °C durante el parto e infección del tracto urinario) se asocia con un aumento significativo del riesgo de parálisis cerebral en lactantes de peso normal al nacer. Nelson, (2009).

La parálisis cerebral está asociada a alteraciones en el desarrollo, incluyendo la epilepsia, defectos visuales, retraso mental, anomalías auditivas, del habla, cognitivas

y conductuales. La discapacidad en el desarrollo motor se puede considerar el menor problema en el niño. Nelson, (2009).

Encontramos dentro de los defectos congénitos de mayor incidencia a las cardiopatías congénitas El origen de algunas de estas patologías aún sigue siendo desconocido, pero muchos factores pueden causar alteración en el correcto desarrollo del corazón en las primeras ocho a nueve semanas de gestación. Nicholson, L. (2007).

Según Delfino, A (2009) El sexo femenino predomina notablemente (91.6%, 11 de 12 casos) en el conducto arterioso y el masculino predominó ampliamente en estenosis aórtica y tronco arterial común (77%, 7 de 9 casos). En la comunicación interventricular predomina ligeramente el sexo femenino 57.3% (47 casos)

Según Delfino, A (2009) La comunicación interventricular es la cardiopatía más frecuente. 31.4% como lesión única y 56% cuando se le incluía en lesiones combinadas. Se asoció a estenosis Pulmonar en 4.1% (incluyendo 4.2% de Tetralogía de Fallot), estenosis aórtica 2.2%, enfermedad mitral 0.7%, estenosis mitral 0.39%, conducto arterioso 0,39%, enfermedad aortica 0.3%, y coartación de la aorta más insuficiencia mitral en 0.3%. La Segunda lesión en orden de frecuencia fue la estenosis pulmonar con 8.8% como lesión única y 29.4% con lesiones combinadas.

Existen tres formas de pie plano entre ellos están: el flexible, el pie plano rígido y el pie flexible con brevedad de Aquiles en la cual existe una anomalía en la forma normal del pie presentando diversos defectos en las relaciones entre los huesos del

tarso existiendo una eversión del complejo subastragalino. Kocher MS, Ditinnrio J, Znrakowski D. et al (2009).

Se distinguen 2 tipos diferentes de luxación congénita de cadera (LCC): la teratológica o prenatal, presente ya en el momento de nacer y que puede ser única o estar asociada con otras malformaciones congénitas tales como la artrogriposis congénita múltiple, el meningocele, etc., y la llamada luxación congénita típica, que ocurre al nacer o poco después, que afortunadamente es la más frecuente y representa un 98% de los casos. Para un adecuado desarrollo de la articulación de la cadera debe haber un crecimiento armónico entre el acetábulo y una bien centrada epífisis femoral. Esta armonía del crecimiento está determinada genéticamente y puede ser afectada por el entorno uterino. Raimann, A. (2009).

Si observamos la historia natural de las caderas enfermas no tratadas, vemos que varía considerablemente. Puede haber poca alteración funcional en las caderas luxadas inveteradas no apoyadas; pero en las caderas luxadas apoyadas en neocotilos se observan cambios radiológicos con artrosis y un mal resultado clínico. En los casos unilaterales puede desarrollarse un genu valgum importante con artrosis secundaria. Raimann, A. (2009).

Las subluxaciones congénitas tienen un resultado pobre y desarrollan una artrosis cuyos síntomas aparecen a una edad tanto menor cuanto mayor es el grado de displasia y de subluxación. Cuando se presenta una displasia acetabular sin presencia de subluxación, es dificultosa la predicción de su historia natural. Están ausentes los

signos físicos, de modo que el diagnóstico se hace cuando aparecen los síntomas o bien se trata de hallazgos radiológicos casuales. Raimann, A. (2009).

La Polidactilia es la malformación congénita más frecuente en los dedos y aparece en 2/1.000 nacidos y es bilateral en un 50% de los casos, puede ser preaxial (dedo gordo) o postaxial (quinto dedo), y ocasionalmente uno de los dedos centrales está duplicado. Se encuentran anomalías asociadas en un 10% de las polidactilias preaxiales y en un 20% de las postaxiales un tercio de los pacientes también presentan polidactilia en la mano. Vnhnsarja V, Kiununen P, Fanning P. et al (2009).

La sindactilia consiste en una fusión de los dedos, que puede ser completa (hasta la punta de los dedos) o incompleta. Suelen existir antecedentes familiares y afecta con mayor frecuencia al tercer y cuarto dedo. Las molestias son extremadamente raras y no suele haber afectación estética. Vnhnsarja. et al (2009).

El hipertiroidismo neonatal se produce sólo en alrededor del 2% de los lactantes nacidos de madres con antecedentes de enfermedad de Graves. El hallazgo de niveles muy altos de la Hormona Estimulante de la tiroides en estas madres generalmente predice el nacimiento de un lactante afectado. La taquicardia y el bocio fetal pueden permitir un diagnóstico prenatal. A diferencia de la enfermedad de Graves en otras edades, el hipertiroidismo neonatal afecta a los niños con igual frecuencia que a las niñas. El trastorno habitualmente remite de forma espontánea en 6-12 semanas. Milium S Jr & Scalp (2009).

La estenosis hipertrófica del píloro se presenta de uno a tres por cada 1000 lactantes en los Estados Unidos. Es más común en personas de raza blanca con

ascendencia del norte de Europa, menos habitual en personas de raza negra e infrecuente en asiáticos. Afecta alrededor de cuatro veces más a los varones que a las mujeres (en especial a los primogénitos). Esta patología está ligada a otras anomalías congénitas entre ellas tenemos la hipoplasia o agenesia del frenillo del labio inferior y la fístula traqueoesofágica. Nelson (2009)

Se desconoce la causa de la estenosis pilórica aunque se ha implicado muchos factores. Por lo general, no está presente al nacimiento y es más concordante en gemelos monocigóticos. Es muy infrecuente en los mortinatos y es probable que se desarrolle después del nacimiento. La estenosis pilórica se ha relacionado con la gastroenteritis eosinofílica, el síndrome de Alport, el síndrome de Zellweger, la trisomía 18, el síndrome de Smith-Lemli-Opitz y el síndrome de Cornelia de Lange. Nelson (2009).

Se ha observado una asociación variable entre el uso de eritromicina en los neonatos cuando se administra pura la profilaxis tras la exposición a la tosferina. Una menor concentración de óxido nítrico puede contribuir a la patogenia de la estenosis pilórica. Nelson (2009).

El vómito no bilioso es el síntoma inicial de una estenosis pilórica. Inicialmente, el vómito puede ser proyectivo o no, pero suele ser progresivo y ocurre justo después de la toma. La hemesis puede producirse después de cada toma o puede ser intermitente. Por lo general, los vómitos comienzan después de la tercera semana de edad aunque los síntomas pueden desarrollarse ya a la primera semana de vida o

recién en 5 meses. Tras el vómito, el lactante está hambriento y quiere alimentarse de nuevo. Nelson (2009).

La ecografía nos ayuda a reafirmar nuestra sospecha en la mayor parte de los casos y permite el diagnóstico precoz en los lactantes pero sin masa pilórica en el examen físico. Entre los criterios diagnósticos se incluyen un grosor del píloro >4 mm o una longitud pilórica global >14 mm. La ecografía tiene una sensibilidad del 95%. Cuando se efectúan estudios de contraste se demuestra la existencia de un canal pilórico elongado y una curvatura del músculo pilórico hacia el antro (signo del hombro). Nelson (2009).

Es significativo conocer que las pruebas de cribado emiten sólo un resultado en términos de probabilidades. Podemos traer a un recién nacido sano al mundo posterior a una prueba de cribado que informe que el feto puede que presente un defecto congénito. Tampoco se obliga realizarse estas pruebas prenatales. Nicholson, L. (2007).

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE :HIJOS CON MALFORMACIONES CONGENITAS			
CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
<p>Son alteraciones que perturban la estructura, función o metabolismo y que se manifiestan durante el nacimiento. Estas patologías dejan secuelas que pueden ser desde discapacidad mental, discapacidades físicas e inclusive provocar la mortalidad infantil.</p>	<p>Características generales del niño</p>	<p>Edad gestacional al nacimiento</p>	32 a 34 SG
			35 A 39 SG
			40 a 42 SG
		<p>Sexo</p>	Masculino
			Femenino
			Ambiguo
		<p>Raza</p>	Blanca
			Negra
			Mestiza
	<p>Tipo de malformaciones</p>	<p>Estructurales</p>	Labio leporino
			Fisura palatina
		<p>Tubo neural</p>	Mielomeningocele
			Meningocele
			Espina bífida
		<p>Cardiacas</p>	CIA
			CIV
			Persistencia del ductus arterioso
		<p>óseas</p>	Luxación congénita de cadera
			Pie zambo
			Pie equinovaro
<p>Alteraciones cromosómica</p>	Síndrome de Down		
	Trisomía 18		
	X frágil		

VARIABLE DEPENDIENTE: MADRES ADOLESCENTES			
CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente; entre la adolescencia inicial o pubertad –comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años.	Características de la madre adolescente	Edad	10 a 12 años
			13 a 15 años
			16 a 18 años
		Controles de embarazo	1-3 controles
			4 -5 controles
		Estado civil	Soltera
			Casada
			Unida
			Viuda
			Divorciada

VARIABLE INDEPENDIENTE: MADRES ADOLESCENTES			
CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
		Nivel educativo	Primaria incompleta
			Primaria completa
			Secundaria incompleta
			Secundaria completa
			Superior
		Procedencia	Urbana
			Rural
			Marginal
		Tipo de trabajo	Comerciante
			Oficios domésticos
			Estudiante
		Administración de ácido fólico	Cumple la norma
			No cumple la norma

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
		Embarazo actual	Embarazo Planificado
			Embarazo no deseado
		Inmunizaciones recibidas	Esquema completo
			Esquema incompleto
	Factores de riesgo Materno	Antecedentes patológicos maternos	Diabetes materna
			Anemia aguda
			Trastornos hipertensivos
			Infecciones de transmisión sexual
			Cardiopatías
			Malformaciones óseas

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
		Hábitos	Alcoholismo
			Tabaquismo
			Ingesta de drogas
		Tipo de parto	Vaginal
			Cesárea

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Fue un estudio prospectivo- descriptivo.

Línea de la investigación

Salud Infantil Preventiva.

Área de estudio

El estudio se realizó en el Hospital Verdi Cevallos Balda del cantón Portoviejo.

Periodo

El estudio comprendió los meses de Junio 2013 – Noviembre 2013

Universo

El universo lo constituyeron los 100 niños que nacieron en el periodo de Junio a Noviembre 2013.

Fórmula de muestreo

n: muestra.

N: población.

P: Nivel de ocurrencia o probabilidad a favor.

Q: Nivel de no ocurrencia o probabilidad en contra.

e: Margen de error.

Z: Nivel de confiabilidad o confianza.

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{e^2}$$

$$(Z)^2 \times P \cdot Q + N \cdot e^2$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 100}{(0.05)^2}$$

$$(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 + 100 \times (0.05)^2$$

$$n = 3.84 \times 25$$

$$\frac{3.84 \times 0.5 \times 0.5}{0.05}$$

$$n = 0.96 + 2$$

$$n = 96$$

$$\frac{2.96}{0.05}$$

$$n = 32.43.$$

Muestra

La muestra estuvo integrada por 32 niños que presentaron malformaciones congénitas codificadas.

Modalidad de la investigación

Criterios de inclusión

Se tomaron en cuenta para la realización de este proyecto todos los hijos de madres adolescentes que presentaron malformaciones congénitas.

Criterios de exclusión

Se excluyen a los hijos de madres adolescentes que no presentaron malformaciones congénitas.

Métodos e instrumentos para la recolección de datos

Se utilizó el método estadístico descriptivo no experimental, ya que se procedió a analizar el fenómeno presente y deducir conclusiones.

Instrumentos para la recolección de información

Ficha de encuesta: Constó de preguntas obteniéndose a través de las mismas la información correspondiente.

Historia clínica personalizada: Para establecer el estado de salud del paciente.

Se utilizó el programa anti-plagio URKUND para corroborar la autenticidad de la investigación

Con el respectivo permiso de las autoridades del Hospital Verdi Cevallos Balda; se hizo uso de una ficha estructura para recolectar información de los recién nacidos de madres adolescentes con malformaciones congénitas.

La información fue obtenida y procesada con ayuda del programa de Excel, aquella que proporcionó los respectivos porcentajes facilitando así la tabulación de datos. Para los datos cuantificados se emplearon gráficas y cuadros estadísticos para de esta manera interpretar y analizar los resultados de la investigación y se dio respuesta a la problemática establecidas corroborando los objetivos proyectados.

Fuentes de datos

Las fuentes primarias estuvieron constituidas por los implicados.

Las fuentes secundarias utilizadas fueron textos de revistas, libros e Internet.

El cuestionario que diseñamos fue en base al problema, a los objetivos y así mismo relativo a nuestro tema de investigación.

Instrumentos de recolección de datos

Recursos

Recursos humanos

Investigadores: García Cantos Silvia y López Araujo Ximena

Personal que conforma tribunal de tesis (Directora, Presidente y miembros)

Recursos físicos

Papel bond

Bolígrafo

Lapiceros

Computadora

Internet

Dispositivo USB

Tinta de impresora

Cámara digital

Teléfono

Textos

Revistas

Tarjetas telefónicas

Transporte

Recursos institucionales

Universidad Técnica de Manabí

Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda.

Recursos económicos	
Adquisición de material bibliográfico	105.00
Materiales de encuesta	48.00
Alimentación	79.00
Transporte	220.00
Desarrollo de trabajo de titulación e impresiones	150.00
Empastado y encuadernación	100.00
Gastos varios	103.00
El costo del estudio es de	\$ 805.00

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

TABLA N ° 1

DISTRIBUCIÓN DE LAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS EN EL
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA PERIODO JUNIO A NOVIEMBRE

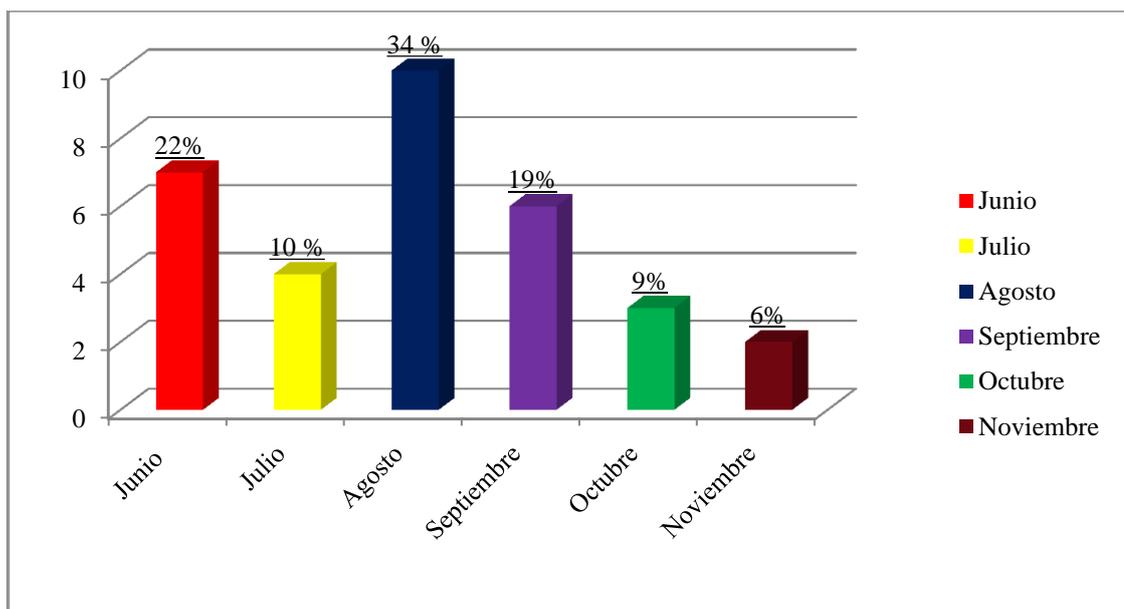
2013

Meses	Frecuencia	%
Junio	7	22
Julio	3	10
Agosto	11	34
Septiembre	6	19
Octubre	3	9
Noviembre	2	6
Total	32	100

Fuente: Área de Neonatología y Ginecología del Hospital Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: I/M Silvia García Cantos - I/M Ximena López Araujo

GRÁFICO # 1



Análisis N.1: En relación a la incidencia de los defectos congénitos en los hijos de las madres adolescentes se determinó que al mes de agosto le correspondió un mayor porcentaje con el 34%, seguido del mes de Junio con 22%, mientras que el mes de noviembre le correspondió el menor porcentaje. Lo que coincide con la investigación realizada Beltrán, Elizabeth, (2011) en la ciudad de Cuenca donde el mes de agosto con el 40 % tuvo una mayor incidencia de embarazos en adolescentes con hijos que presentaron malformaciones congénitas

TABLA N ° 2

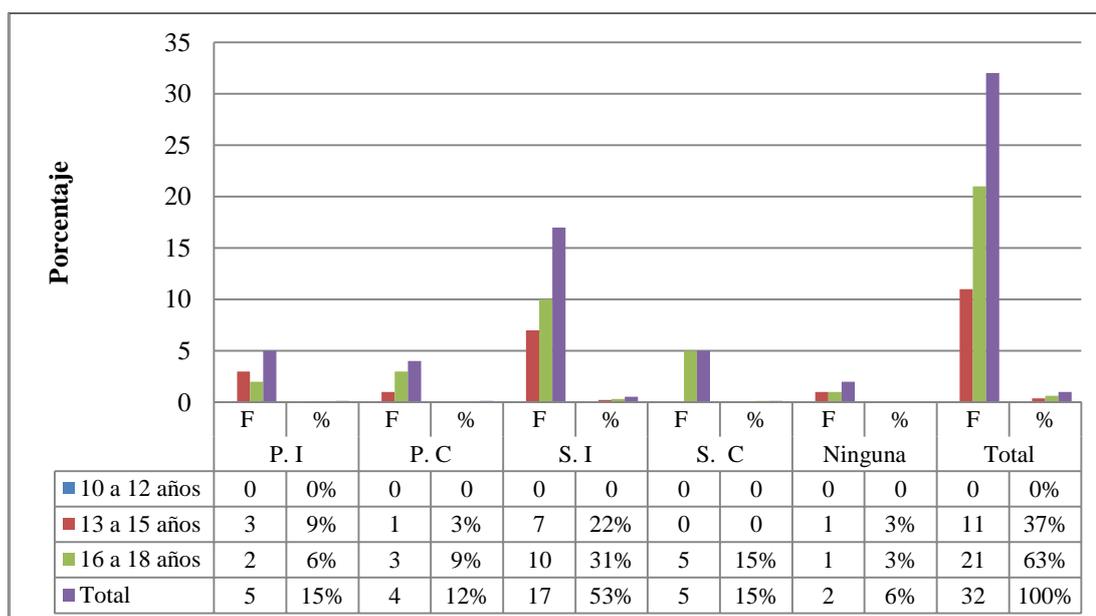
RELACIÓN EDAD Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN EDUCATIVA DE LAS
MADRES ADOLESCENTES CON HIJOS QUE PRESENTARON
MALFORMACIONES CONGÉNITAS NACIDOS EN EL HOSPITAL VERDI
CEVALLOS BALDA DE JUNIO A NOVIEMBRE 2013

Instrucción Edad	P. I		P. C		S. I		S. C		Ninguna		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
10 a 12 años	0	0%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
13 a 15 años	3	9%	1	3%	7	22%	0	0	1	3%	11	37%
16 a 18 años	2	6%	3	9%	10	31%	5	15%	1	3%	21	63%
Total	5	15%	4	12%	17	53%	5	15%	2	6%	32	100%

Fuente: Área de Neonatología y Ginecología del Hospital Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: I/M Silvia García Cantos - I/M Ximena López Araujo

GRÁFICO # 2



Análisis N. 2: La relación que existió entre la edad y el nivel de instrucción de las pacientes determinó que en su mayoría fueran adolescentes entre 16 a 18 años representando el 63 %, con un nivel de instrucción secundaria incompleta del 31% el cual fue uno de los factores que influyó en la presentación de esta problemática coincidiendo con publicaciones del Ministerios de Salud Pública (2009) donde del fenómeno del embarazo y la maternidad en la adolescencia afecta en mayor medida a las mujeres pobres, rurales y a aquellas con menor nivel educativo, exponiendo a la joven madre, a su pareja y a su bebé al riesgo de que el círculo vicioso de la pobreza se extienda al menos por una generación más.

TABLA N ° 3

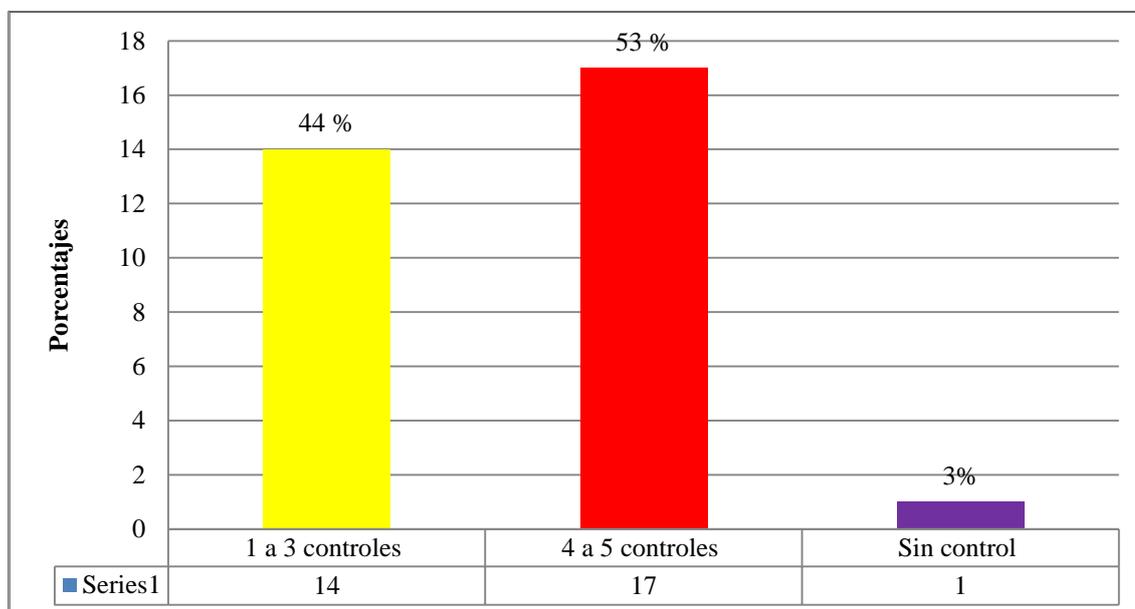
NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES DE LAS MADRES
 ADOLESCENTES CON HIJOS QUE PRESENTARON MALFORMACIONES
 CONGÉNITAS NACIDOS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE
 JUNIO A NOVIEMBRE 2013

Controles prenatales	Frecuencia	%
1 a 3 controles	14	44
4 a 5 controles	17	53
Sin control	1	3
Total	32	100

Fuente: Área de Neonatología y Ginecología del Hospital Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: I/M Silvia García Cantos -- I/M Ximena López Araujo

GRÁFICO # 3



Análisis N.3: En lo que se refiere a los controles en el embarazo de las adolescentes se determinó que un 53 % se realizaron de 4 a 5 controles prenatales, seguidas de aquellas que se realizaron de 1 a 3 controles con el 44 %, mientras que el 3 % no se lo realizaron, lo que coincide con las normas establecidas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2009), el cual indica un control óptimo mayor a los 4 durante el embarazo.

TABLA N °4

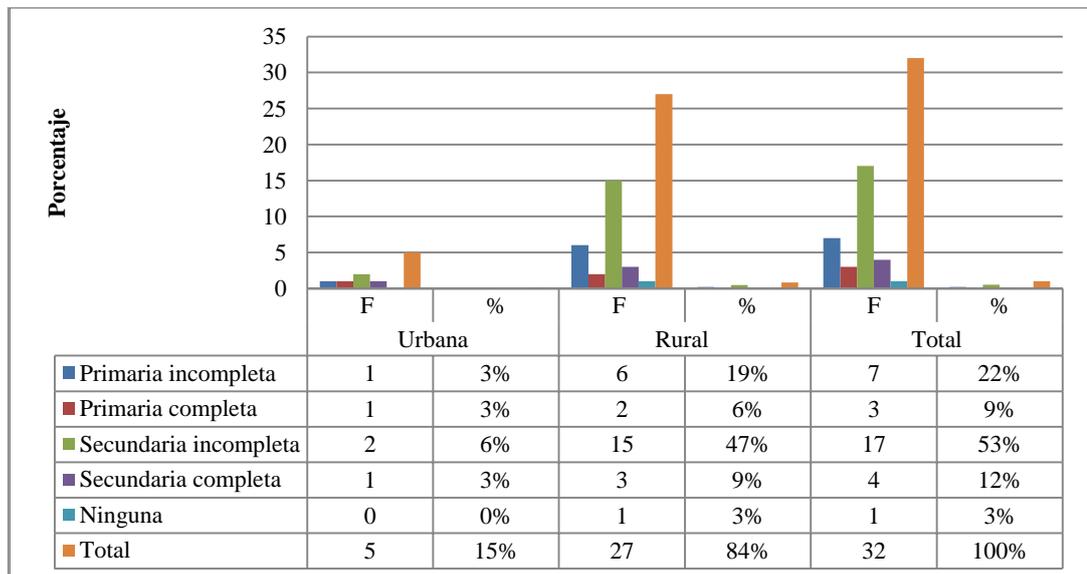
RELACIÓN PROCEDENCIA Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES
 ADOLESCENTES CON HIJOS QUE PRESENTARON MALFORMACIONES
 CONGÉNITAS NACIDOS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE
 JUNIO A NOVIEMBRE 2013

Procedencia Instrucción	Urbana		Rural		Total	
	F	%	F	%	F	%
Primaria incompleta	1	3%	6	19%	7	22%
Primaria completa	1	3%	2	6%	3	9%
Secundaria incompleta	2	6%	15	47%	17	53%
Secundaria completa	1	3%	3	9%	4	12%
Ninguna	0	0%	1	3%	1	3%
Total	5	15%	27	84%	32	100%

Fuente: Área de Neonatología y Ginecología del Hospital Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: I/M Silvia García Cantos - I/M Ximena López Araujo

GRÁFICO # 4



Análisis N.4: La relación que se estableció entre la procedencia y el nivel de instrucción de las adolescentes determinó que un 84 % era de origen rural, seguido del origen urbano con el 15%, asociado a un nivel educativo secundario incompleto con el 53%, seguido de los primaria incompleta con el 22%, en las cuales el embarazo fue el causante de que las pacientes dejaran el estudio por las responsabilidades que conlleva formar una familia. Lo que coincide con las publicaciones de Gonzales (2011) donde el nivel instructivo secundario es considerado un factor de riesgo para la presentación de embarazos en adolescentes por falta de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos.

TABLA N ° 5

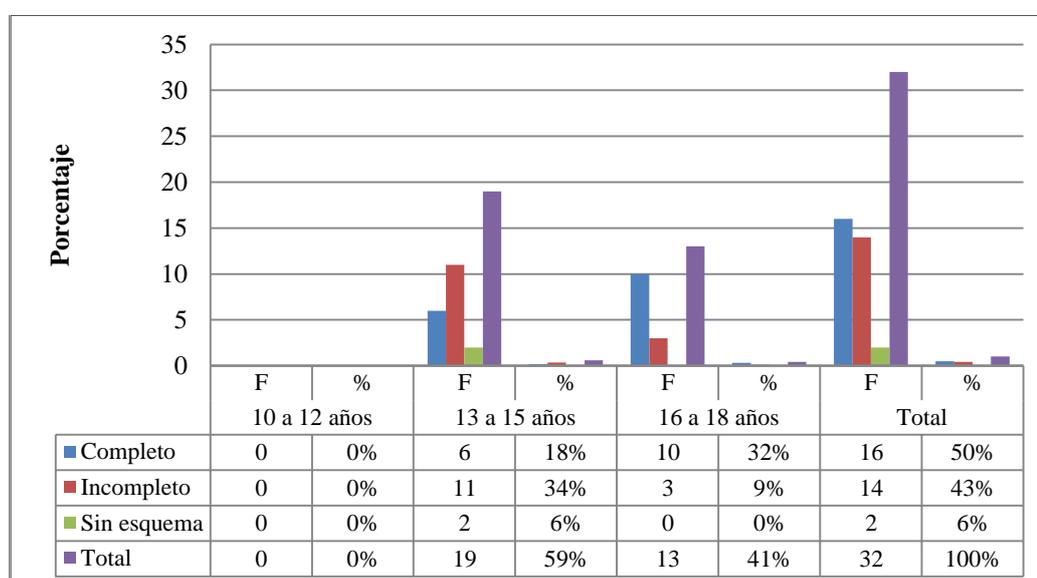
RELACIÓN EDAD Y ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE LAS MADRES ADOLESCENTES CON HIJOS QUE PRESENTARON MALFORMACIONES CONGÉNITAS NACIDOS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE JUNIO A NOVIEMBRE 2013

Edad / Esquema de vacunación	10 a 12 años		13 a 15 años		16 a 18 años		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Completo	0	0%	6	18%	10	32%	16	50%
Incompleto	0	0%	11	34%	3	9%	14	43%
Sin esquema	0	0%	2	6%	0	0%	2	6%
Total	0	0%	19	59%	13	41%	32	100%

Fuente: Área de Neonatología y Ginecología del Hospital Verdi Cevallos Bala

Elaborado por: I/M Silvia García Cantos - I/M Ximena López Araujo

GRÁFICO # 5



Análisis N.5: La relación que se estableció entre la edad y el esquema de vacunación, el edad en la que aplicó las vacunas fue en las adolescentes entre los 13 a 15 años con el 59% de los casos, siendo la vacunación completa la que prevaleció en el 50%, a pesar de esto se presentaron algunos casos de las enfermedades exantemáticas y virales causantes de múltiples malformaciones. Lo que coincide con las normas establecidas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2009) donde se indica la aplicación de los esquemas de vacunación desde la infancia.

TABLA N °6

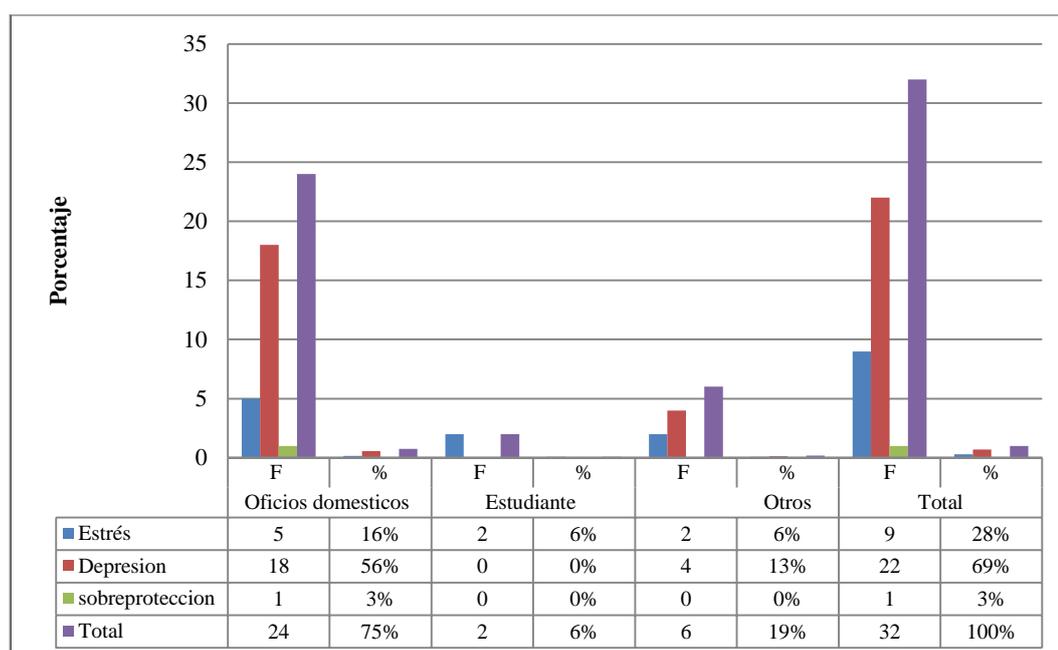
RELACIÓN ENTRE LA DEDICACIÓN Y ESTADO EMOCIONAL DE LAS
MADRES ADOLESCENTES CON HIJOS QUE PRESENTARON
MALFORMACIONES CONGÉNITAS NACIDOS EN EL HOSPITAL VERDI
CEVALLOS BALDA DE JUNIO A NOVIEMBRE 2013

Dedicación \ Estado emocional	Oficios domésticos		Estudiante		Otros		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Estrés	5	16%	2	6%	2	6%	9	28%
Depresión	18	56%	0	0%	4	13%	22	69%
Sobreprotección	1	3%	0	0%	0	0%	1	3%
Total	24	75%	2	6%	6	19%	32	100%

Fuente Área de Neonatología y Ginecología del Hospital Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: I/M Silvia García Cantos - I/M Ximena López Araujo

GRÁFICO # 6



Análisis N.6: La relación que se estableció entre la dedicación de las adolescentes y su estado emocional determinó que el trastorno que sobresalió fue la depresión con un 56% el cual afectó a la mayoría de las mujeres que realizaban oficios domésticos, en algunas ocasiones debieron abandonar su trabajo para el cuidado de sus hijos. Lo que coincide con las publicaciones de Meneguello (2009) donde los embarazos en adolescentes pueden afectar el estado emocional basado en los cambios físicos que observaron durante la gestación.

TABLA N ° 7

RELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y LOS ANTECEDENTES
 PATOLÓGICOS PERSONALES DE LAS MADRES ADOLESCENTES CON
 HIJOS QUE PRESENTARON MALFORMACIONES CONGÉNITAS NACIDOS
 EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE JUNIO A NOVIEMBRE

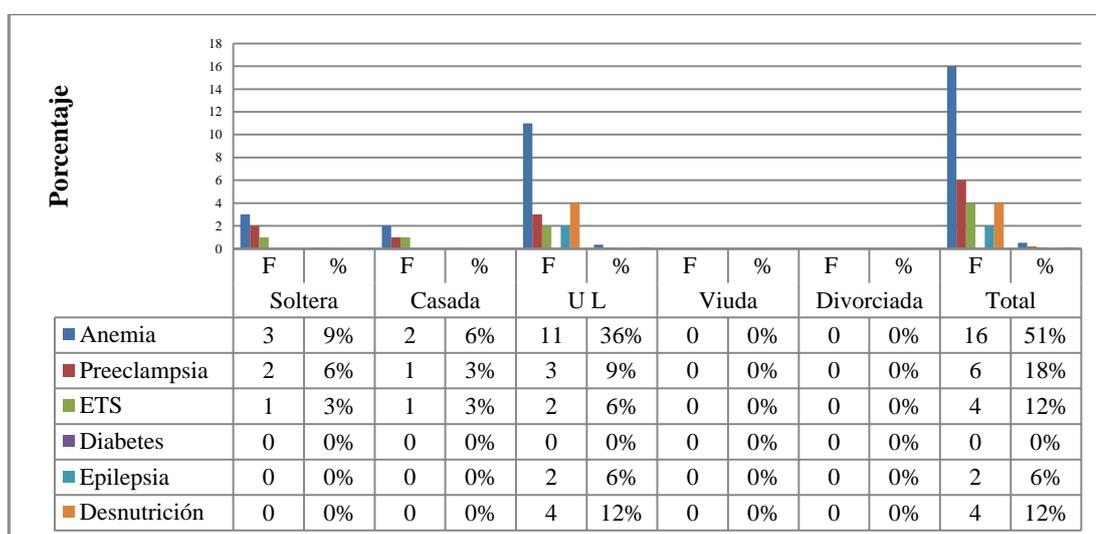
2013

Estado civil APM	Soltera		Casada		U L		Viuda		Divorciada		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Anemia	3	9%	2	6%	11	36%	0	0%	0	0%	16	51%
Preeclampsia	2	6%	1	3%	3	9%	0	0%	0	0%	6	18%
ETS	1	3%	1	3%	2	6%	0	0%	0	0%	4	12%
Diabetes	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Epilepsia	0	0%	0	0%	2	6%	0	0%	0	0%	2	6%
Desnutrición	0	0%	0	0%	4	12%	0	0%	0	0%	4	12%
Total	6	18%	4	12%	22	69%	0	0%	0	0%	32	100%

Fuente: Área de Neonatología y Ginecología del Hospital Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: I/M Silvia García Cantos - I/M Ximena López Araujo

GRÁFICO # 7



Análisis N.7: La relación que se estableció entre el estado civil y de los antecedentes patológicos maternos determinó que la anemia presente en el 51% de las madres se debió a que la mayoría de las mujeres mantenían una unión libre en el 69 % y que su alimentación dependía exclusivamente del aporte brindado por la pareja durante el embarazo en lo concerniente a los suplementos multivitamínicos. Lo que coincide con publicaciones como las de Meneguello (2009) donde la anemia es un condicionante para presentar malformaciones en un futuro embarazo.

TABLA N ° 8

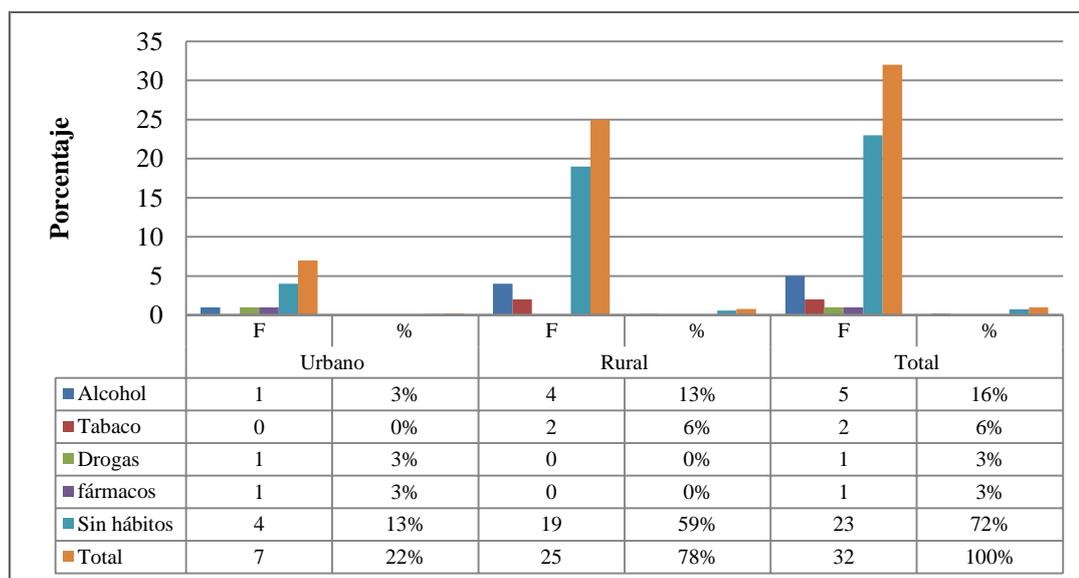
RELACIÓN ENTRE LA PROCEDENCIA Y LOS HÁBITOS DE LAS MADRES ADOLESCENTES CON HIJOS QUE PRESENTARON MALFORMACIONES CONGÉNITAS NACIDOS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE JUNIO A NOVIEMBRE 2013

Procedencia Hábitos	Urbano		Rural		Total	
	F	%	F	%	F	%
Alcohol	1	3%	4	13%	5	16%
Tabaco	0	0%	2	6%	2	6%
Drogas	1	3%	0	0%	1	3%
fármacos	1	3%	0	0%	1	3%
Sin hábitos	4	13%	19	59%	23	72%
Total	7	22%	25	78%	32	100%

Fuente: Área de Neonatología y Ginecología del Hospital Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: I/M Silvia García Cantos -- I/M Ximena López Araujo

GRÁFICO # 8



Análisis N.8: La relación que se estableció entre la procedencia y los hábitos de las adolescentes determinó que a pesar de su origen rural en un 78 %, no presentaron hábitos en el 72 % de los casos que pudieran causar riesgos en el embarazo. Lo que coincide con publicaciones como las de Nelson (2009) en donde el consumo de alcohol provoca el síndrome de alcohol fetal, caracterizado por retraso del crecimiento, defecto del tabique interauricular, hipoplasia del maxilar, microcefalia, fisuras palpebrales.

TABLA N ° 9

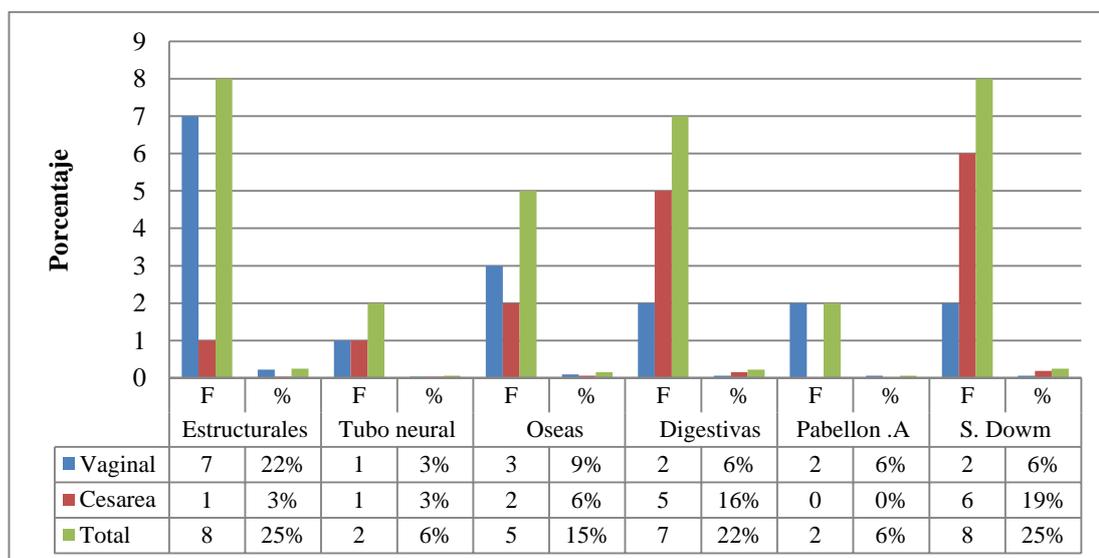
RELACIÓN ENTRE TIPO DE PARTO Y TIPO DE MALFORMACIÓN
 CONGÉNITA DE LAS MADRES ADOLESCENTES CON HIJOS QUE
 PRESENTARON MALFORMACIONES CONGÉNITAS NACIDOS EN EL
 HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE JUNIO A NOVIEMBRE 2013

Tipo de Parto \ Tipo de Malformación	Vaginal		Cesárea		Total	
	F	%	F	%	F	%
Estructurales	7	22%	1	3%	8	25%
Tubo neural	1	3%	1	3%	2	6%
Óseas	3	9%	2	6%	5	15%
Digestivas	2	6%	5	16%	7	22%
Afectación de pabellón auricular	2	6%	0	0%	2	6%
Síndrome de Down	2	6%	6	19%	8	25%
Total	17	53%	15	47%	32	100%

Fuente: Área de Neonatología y Ginecología del Hospital Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: I/M Silvia García Cantos - I/M Ximena López Araujo

GRÁFICO # 9



Análisis N.9: La relación que se estableció entre la anomalía congénita que presentó el niño y el tipo de parto de las adolescentes determinó que el parto vaginal fue la elección con el 53% mientras que las malformaciones estructurales (la fisura palatina) predominaron con el 25% asociado al síndrome de Down, siendo esta determinada al momento de la valoración del neonato por los miembros del área de salud que realizaban la recepción y posterior confirmación del especialista quien indicaba la correspondiente derivación. Lo que coincide publicación de Nelson (2009) donde las malformaciones estructurales se asocian al síndrome de Down caracterizado por discapacidad mental, cambios en los rasgos faciales y así mismo corporales característicos y anomalías cardíacas.

TABLA N ° 10

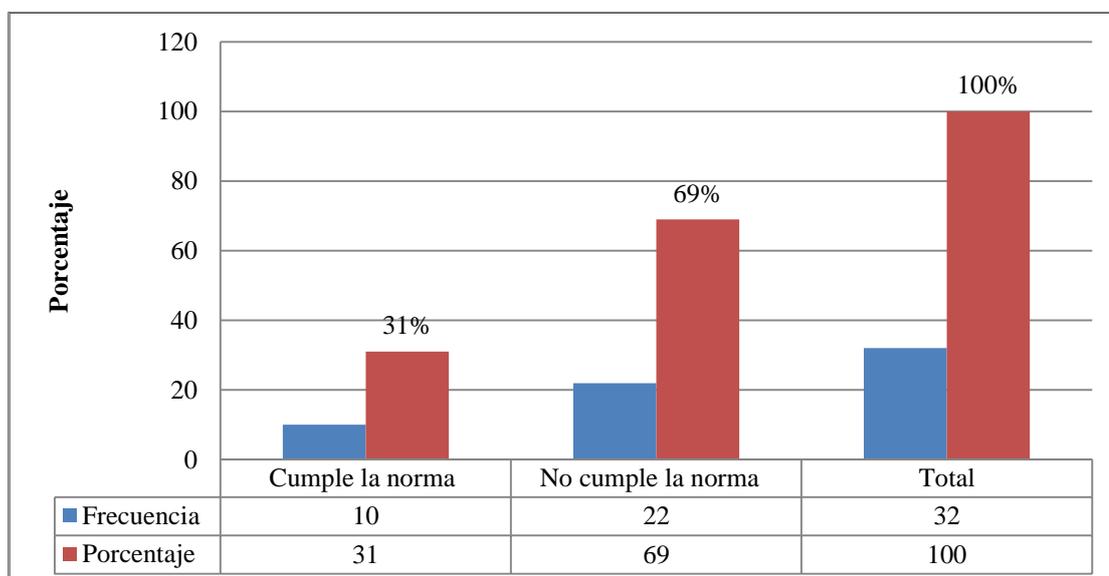
CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
 CON LA UTILIZACIÓN DEL ÁCIDO FÓLICO DE LAS MADRES
 ADOLESCENTES CON HIJOS QUE PRESENTARON MALFORMACIONES
 CONGÉNITAS NACIDOS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE
 JUNIO A NOVIEMBRE 2013

Uso de ácido fólico	Frecuencia	%
Cumple la norma	10	31
No cumple la norma	22	69
Total	32	100

Fuente: Área de Neonatología y Ginecología del Hospital Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: I/M Silvia García Cantos - I/M Ximena López Araujo

GRÁFICO # 10



Análisis N. 10: En relación al uso del ácido fólico preconcepcional en la mayoría no se cumplió la norma con un 69%, mientras que las que sí cumplieron la norma correspondió al 31 % restante. Lo que contrapone con publicaciones como las de Millet (2010) en donde el consumo de cantidades adecuadas de folatos antes de la concepción y durante las primeras semanas del embarazo de ácido fólico disminuye la incidencia y recidiva de los defectos de tubo neural.

TABLA N ° 11

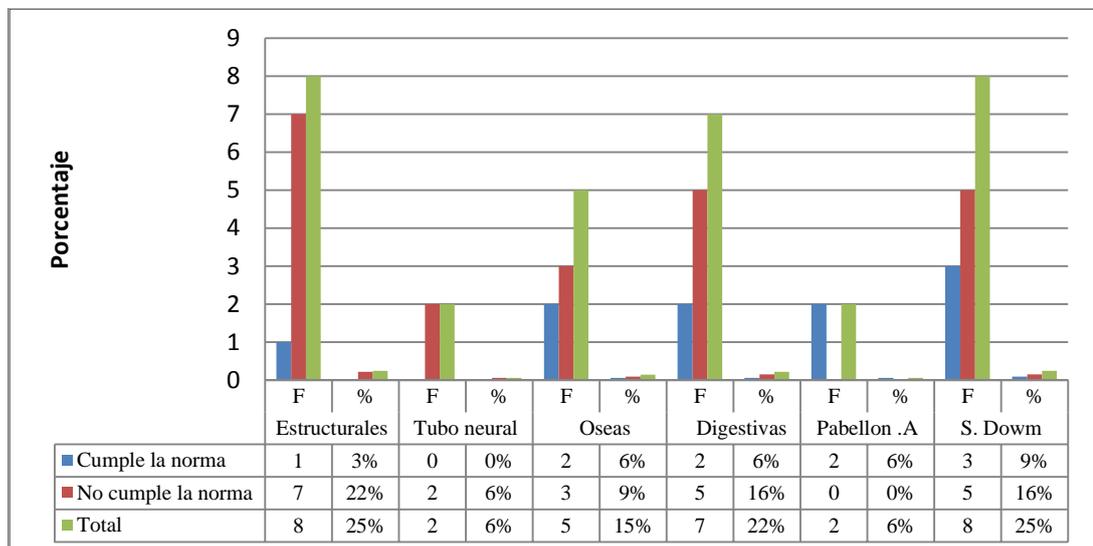
RELACIÓN ENTRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y TIPO DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE LAS MADRES ADOLESCENTES CON HIJOS QUE PRESENTARON MALFORMACIONES CONGÉNITAS NACIDOS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE JUNIO A NOVIEMBRE 2013

Normas de Ministerio Tipo de malformación	Cumple la Norma		No Cumple la Norma		Total	
	F	%	F	%	F	%
Estructurales	1	3%	7	22%	8	25%
Tubo neural	0	0%	2	6%	2	6%
Óseas	2	6%	3	9%	5	15%
Digestivas	2	6%	5	16%	7	22%
A. Pabellón auricular	2	6%	0	0%	2	6%
Síndrome de Down	3	9%	5	16%	8	25%
Total	10	30	22	69%	32	100%

Fuente: Área de Neonatología y Ginecología del Hospital Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: I/M Silvia García Cantos - I/M Ximena López Araujo

GRÁFICO # 11



Análisis N. 11 La relación que se estableció entre el cumplimiento de las normas de uso del ácido fólico y la presencia de malformación determinó que la mayoría de pacientes no lo utilizaron con un 69% de los casos, lo que influyó directamente en la presentación de múltiples alteración como las malformaciones estructurales (la fisura palatina) con el 25% asociado al síndrome de Down. Lo que se contrapone con las publicaciones de Meneguello (2009) en donde la utilización del ácido fólico es un factor preventivo de las malformaciones del tubo neural contribuyendo a su cierre prematuro.

TABLA N ° 12

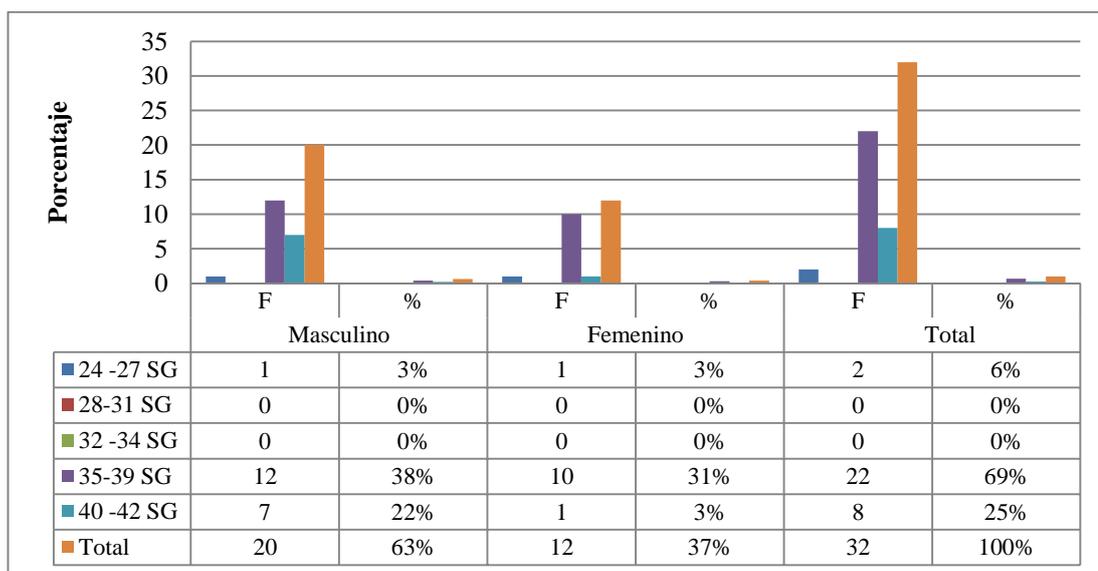
RELACIÓN ENTRE LA EDAD GESTACIONAL Y SEXO DE LOS NIÑOS QUE PRESENTARON MALFORMACIONES CONGÉNITAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES, NACIDOS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE JUNIO A NOVIEMBRE 2013

Sexo \ Edad gestacional	Masculino		Femenino		Total	
	F	%	F	%	F	%
24 -27 SG	1	3%	1	3%	2	6%
28-31 SG	0	0%	0	0%	0	0%
32 -34 SG	0	0%	0	0%	0	0%
35-39 SG	12	38%	10	31%	22	69%
40 -42 SG	7	22%	1	3%	8	25%
Total	20	63%	12	37%	32	100%

Fuente: Área de Neonatología y Ginecología del Hospital Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: I/M Silvia García Cantos - I/M Ximena López Araujo

GRÁFICO # 12



Análisis N.12: La relación que se estableció entre la edad gestacional y el sexo de los niños determinó que en su mayoría fueron a término con un 69% de los casos y de sexo masculino con el 63%, lo cual no influyó en la presentación de las malformaciones, porque solo en un caso se tuvo que interrumpir el embarazo a las 27 SG por la poca probabilidad de vida que tuvo el neonato de sobrevivir. Coincidiendo con las normas del Ministerio de Salud Pública (2009) en donde se establece la interrupción del embarazo de un producto no viable bajo el consentimiento de los padres.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

Una vez concluido el presente trabajo de Titulación sobre Hijos con malformaciones congénitas de madres adolescentes nacidos en el Hospital Verdi Cevallos Balda de Junio a Noviembre 2013, obtuvimos las siguientes conclusiones:

Se determinó que el universo de estudio fue de 100 niños de los cuales 32 presentaron algún tipo malformación congénita teniendo las siguientes características que fueron niños a término en el 69% de sexo masculino con el 63% , mientras que la edad materna de mayor afectación estuvo entre los 16 a los 18 años con un 63 % , de origen rural con un 84 % y nivel educativo secundario incompleto con el 53% teniendo su mayor repunte en incidencia en el mes de Agosto con un 34%.

Los factores de riesgo maternos que influyeron fueron el esquema de vacunación completa con el 50 % , uso inadecuado del ácido fólico preconcepcional con el 69%, el consumo de alcohol con el 16% y ciertos fármacos sin tener conocimiento de su embarazo que ocasionaron la presentación de malformaciones estructurales (fisura palatina +labio leporino) en un 25% asociados al de síndrome de Down a pesar de que se realizaron los controles prenatales adecuados, culminando los embarazos por vía vaginal en el 53%.

Se implementó un programa educativo en la consulta externa del Hospital Verdi Cevallos Balda para prevenir malformaciones congénitas en las mujeres en edad fértil basada en charlas con entrega de trípticos indicando el beneficio de los

controles prenatales y la utilización del ácido fólico durante los 3 primeros meses del embarazo.

RECOMENDACIONES

Una vez determinadas nuestras conclusiones, se recomienda lo siguiente:

Educar a las mujeres embarazadas para mejorar su estilo de vida, así mismo cumplir con los esquemas de vacunación establecidos por parte del Ministerio de Salud Pública. Además la realización de por lo menos 5 controles prenatales, y lo más importante la toma de ácido fólico durante los tres primeros meses de embarazo; y a las mujeres en etapa fértil la toma de ácido fólico preconcepcional, disminuyendo así el riesgo de que su hijo presente algún tipo de malformación congénita.

Recomendamos a los médicos de la consulta externa del Hospital Verdi Cevallos Balda la implementación de charlas basadas en los protocolos de atención prenatal establecidos por el Ministerio de Salud Pública.

Al Hospital Verdi Cevallos Balda se recomienda que continúe llevando a cabo su labor de ofrecer La Recepción inmediata de los Recién Nacidos, y si se evidencia alguna malformación congénita se dé a cabo la derivación al especialista que solucione este padecimiento.

A la Universidad Técnica de Manabí que lleve adelante la motivación para que se realicen trabajos de investigación para conocer más a fondo sobre los factores de riesgo que conllevan a una posible malformación congénita.

CAPÍTULO V

PROPUESTA

IMPLEMENTACIÓN DE CHARLAS SOBRE ORIENTACIÓN Y CONTROL DE LAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS EN MUJERES ADOLESCENTES CON EL APOYO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA PARA DISMINUIR SU INCIDENCIA EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO AÑO 2013

INTRODUCCIÓN

La presencia de un embarazo durante la adolescencia se la considera como una de las causas primordiales de morbilidad y mortalidad en las mujeres con edad comprendida entre los 15 a 19 años. Cada año va en aumento el número de partos en mujeres adolescentes alrededor de 15 millones. Rodríguez, K, & Santa Cruz. Leiva (2008).

Cada día aumenta el número de partos en adolescentes menores de 20 años de edad, debido a que la actividad sexual se realiza de forma temprana. Castro S. R.2008.

El tratamiento de dichas malformaciones congénitas no siempre es positivo, por ello tienen un alto índice de mortalidad. Algunas de ellas tienen una evolución crónica causando secuelas y constituyendo un problema social, representando un gran costo para su entorno familiar y por ende también para el estado.

La principal causa de mortalidad en los Estados Unidos actualmente la representan las malformaciones congénitas, y así mismo también en los países desarrollados como subdesarrollados. En algunos países se han formado centros de registros de malformaciones congénitas uno de ellos es en Costa Rica, siendo obligatorio notificar cualquier anomalía congénita que se detecte en el nacimiento. Beltrán, E. & Cabrera. M. (2013).

De ahí la importancia de implementar charlas dirigidas a las mujeres en edad fértil que presentan uno o varios factores de riesgo que puedan provocar daños en el producto de la concepción y posterior a ello presentar malformaciones congénitas, contando con el apoyo de manera continua del Ministerio de Salud Pública.

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

El siguiente programa de charlas educativas en ciclos continuos estuvo dirigido a las mujeres en edad fértil, embarazadas y familiares presentes en la consulta externa del Hospital Verdi Cevallos Balda, brindando a las pacientes la información necesaria sobre los factores de riesgo, la importancia de la realización de los controles prenatales, la utilización de ácido fólico y los suplementos nutricionales con el objetivo de disminuir la incidencia y mejorar su calidad de vida en los recién nacidos .

Los niños serán los beneficiados porque al conocer sus madres las medidas preventivas, al saber reconocer los signos de alarma puedan acudir inmediatamente a

la unidad hospitalaria y de esta manera evitar las complicaciones que puedan presentarse.

Los familiares de las pacientes también serán beneficiadas al tener junto a ellos a un bebé sano influyendo positivamente en su estado emocional. Ya que este trabajo tiene un valor práctico, el programa preventivo realizado, podrá ser utilizado en otros hospitales de la provincia.

OBJETIVOS DE LA PROPUESTA

OBJETIVO GENERAL:

Establecer un cronograma de charlas interactivas para lograr la disminución de la incidencia de anomalías congénitas en el Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo año 2013

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Cuantificar el cumplimiento de programa de charlas por parte del personal de salud.

Identificar las barreras que pueden interferir en el desarrollo de la propuesta

Evaluar con casos prácticos el grado de comprensión sobre las charlas impartidas en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda y los beneficios de su aplicación adecuada.

CARACTERÍSTICAS DE LA PROPUESTA

DATOS GENERALES

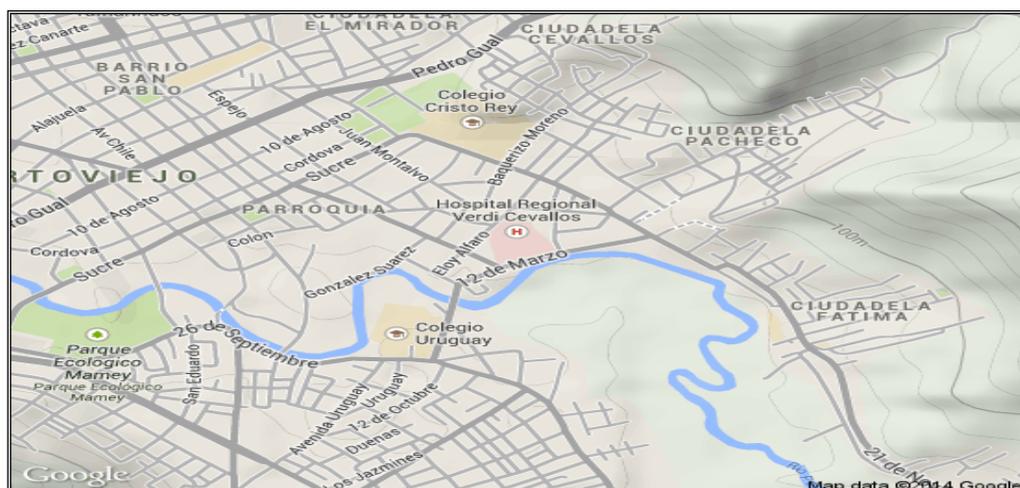
Institución: Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

Tiempo en que se impartió la propuesta: 3 días

Fecha de Elaboración: Septiembre del 2013

En el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, los investigadores compartieron sus conocimientos con las mujeres en etapa fértil y en gestantes para disminuir la incidencia de anomalías congénitas en las adolescentes.

UBICACIÓN GEORREFERENCIAL



Ubicado en el Cantón Portoviejo, entre la calle 12 de marzo y Roca fuerte.

PRESENTACIÓN GENERAL DEL PROGRAMA

Finalidad: Se puso en práctica este programa de salud para mejorar la salud de los pacientes mediante la aplicación de charlas sobre las medidas preventivas dirigidas a las embarazadas y familiares que acudieron a la consulta externa del Hospital Verdi Cevallos Balda.

Orientación: Esta problemática fue abordada desde nuestra posición sociocultural en donde, el hombre mediante la educación recibida es copartícipe de su propia salud y de la salud social.

Los Contenidos: Nuestro programa constó de las características de los pacientes y de los factores de riesgo que llevan a la aparición de las anomalías congénitas.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

DÍA 1: Medidas preventivas y su influencia para la prevención de malformaciones congénitas

DÍA 2: Adecuado uso de fármacos en el embarazo

DÍA 3: Importancia del ácido fólico en el embarazo.

Metodología: En nuestro programa nos apoyamos en el aprendizaje grupal de los internos de medicina, médicos tratantes, enfermeras y embarazadas combinando charlas educativas con talleres impartidos por los investigadores.

Criterios de Evaluación: Antes de ser aplicado el programa fue sometido a una crítica y discusión por otros profesionales de salud para que sea perfeccionado.

Durante su ejecución se analizó:

El grado de comprensión sobre las charlas impartidas en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda y los beneficios de su aplicación adecuada.

Luego de su ejecución se realizó:

Una autoevaluación por parte del grupo de salud en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda para que recomienden las charlas que se deben complementar con visitas domiciliarias con el objetivo de pesquisar nuevas pacientes que se unan a este grupo.

OBJETIVOS TERMINALES DE LA PROPUESTA

Establecer los factores de Riesgos que contribuyen a la aparición de las anomalías congénitas

Determinar el uso de las medidas preventivas

Identificar si la impartición de charlas a los pacientes de la comunidad mejoraron sus conocimientos acerca de las malformaciones congénitas.

Interrelacionar criterios y experiencias impartidos en el proyecto.

INTRODUCCIÓN A CADA UNA DE LAS UNIDADES

En nuestro proyecto de educación se trató varios temas que fueron de importancia para los pacientes del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

Entre los temas el de mayor importancia fueron las repercusiones emocionales en los padres de los infantes con anomalías congénitas para que de esta manera puedan ser adaptados y brindarles una mejor calidad de vida de cada uno de los infantes.

OBJETIVOS DE LA UNIDAD

Que el grupo de facilitadores:

Estructuren una propuesta sobre prevención de las malformaciones congénitas en los recién nacidos con el aval del Ministerio de Salud Pública y que puedan ser aplicadas en otros hospitales.

Mientras que los participantes:

Estructuren un marco referencial para que puedan evaluar los componentes del proyecto.

Delimiten el campo en donde se va a trabajar analizando la realidad de la comunidad con sus limitantes.

Se introduzca a la comunidad a participar activamente en el proyecto.

Se puedan resolver todos los problemas o conflictos que se hayan presentado durante la ejecución del proyecto.

PROFESIONALES RESPONSABLES DE LA PROPUESTA

Investigadores

RECURSOS MATERIALES

Técnicos.

Computador Pentium III

Cámara Fotográfica.

Materiales de escritorio

Encuesta

Internet

Económicos.

Autogestión

CRONOGRAMA DE LA PROPUESTA

Meses 2013	Junio				Julio				Agosto				Septiem bre				Octubre				Noviem bre				Diciemb re			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Planteamiento de la propuesta		x																										
Reunión de Grupo.									x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Elaboración de pasos.									x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x								
Reunión con las madres de familia	X	x	x	X	x	x	x	X	x	x	x	X	x	x	x	X	x	x	x	X	x	x	x	X	x	x	x	X
Aplicación y desarrollo de Propuesta.																	x	x	x									

BIBLIOGRAFÍA.

Alonso F, Cebdán I, Ferreo ME, Roca J, Castillo P, Petizco A et al. 2008. Caracterización patogénica de los recién nacidos con malformaciones múltiples. Rev Cubana Pediatría 70: 73-8.

Boyer,K.2008.Risk Factors for toxoplasma Gondii infection in mothers of infants with congenital toxoplasmosis, Tratado de pediatría de Nelson, Pag:1486-1494.

Beltrán, E. & Cabrera. M. 2013. Malformaciones congénitas y complicaciones en recién nacidos de madres adolescentes Vs recién nacidos de madres de otras edades atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la Ciudad de Cuenca durante el periodo Enero 2011-Junio 2011. Título de médica. Universidad de Cuenca. Facultad Ciencias médicas. Escuela de medicina. Disponible.en:<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3551/1/MED163.pdf>.

Canos Reyes. Josefina del C.2009. Comportamiento de la funcionalidad de las familias atendidas en un Consultorio Médico. (Trabajo para optar por el título de Master en Atención Primaria de Salud). Stgo de Cuba.

Castro I. Pasado, 2008.presente y futuro de la citogenética en Costa Rica, Rev Biol Trop; 52: 537-544.

Castro Santero R.2008. Adolescentes embarazadas. Aspectos orgánicos. Embarazos en adolescentes. Diagnóstico 1991 Santiago de Chile SERNAM UNICEF.

Cordero JF. 2008. Registro de defectos congénitos y enfermedades genéticas. Clínicas Pediátricas de Norteamérica.; 1: 65-77

Córdoba PR.2008. Lá ética y la atención del adolescente. Temas en Pediatría. Nestlé. 105.

Cooper, L. & Ockerse (2009). Tratado de Nelson de pediatría. Rubella: Clinical manifestaciones and managatemet, Enfermedades infecciosas. Pediatría, Am J Dis Chill, Pág. 1337-1339

Choza J. 2009. Antropología de la sexualidad. Madrid. Riald.

Eilis R: (2009). Tratado de Pediatría de Nelson. Lumbar cerebrospinal fluid opening pressure measured in a Hexed lateral decubitus position in children. Interamericana, Pag: 9.1:622-62.>

García G.2009. Prematuridad y consulta prenatal. Serie inf. Tec. 13-6.

Gilman S (2008). Tratado de Pediatría de Nelson ImaginR rhc brain. Parts I and II. N Engl / Med; V3X:X 12—X20, 8S9-896

Handsfiel, (2009) .Tratado de Pediatría de Nelson .Neonatal Herpes should be reportable disease, Sex transmi Dis. Interamericana, Pág.: 1360-1366

Instituto nacional de estadística y censos. , 2008: Estadísticas vitales, San José, Costa Rica: INEC81.

Lucia Santelices. 2008. El embarazo adolescente. Un análisis desde la educación. Horizontes de enfermería. Rev. Chilena, No.1.36-41.

Lynberg MC, Khoury MJ.2010.Contribution of birth defect to infant mortality among racial/ethnic minority groups, United States.

Milium S Jr: Scalp 2009, defects in infants of mothers treated for hyperthyroidism with methimazole or carbimazole during pregnancy. Tratado de Pediatría de Nelson;Teratology; .32:321

Molina, R Et al (2008). Diálogos de pediatría Meneghello R. Julio. Adolescente embarazada, Capítulo 40 .Santiago, Chile. Mediterráneo. pp. 405

Moreno G. F.2009. Epidemiología de las cardiopatías congénitas .España: SECPCC

Montanari DF, Obregon MG. 2005. ¿Cuál es la importancia de las cardiopatías en el conjunto de los defectos congénitos? *Arch. Argent. Pediatr.*103 (2): 180-4

Nelson,2009;Fibrosis quística, Aparato respiratorio, Tratado de pediatría; Pag:1803-1812.

Nelson,2009; Parálisis cerebral; Encefalopatías: Tratando de pediatría, Parte XXVI, Pág. 2494-2496

Nelson,2009;Estenosis pilórica y anomalías congénitas del estómago, Tratado de pediatría, Capitulo 326,Pag:1555-1557

Nicholson Linda, MS, MC, 2007. Anomalías Congénitas. leer más: www.brennerchildrens.org/KidsHealth/Parents/Para-padres/El-embarazo-y-recien-nacido/Anomalias-congenitas.htm

Organización panamericana de la salud. 2008. Las condiciones de la salud en las Américas .Washington, D, C. OPS- 1994 v ,1 (Publicación Científica 549).

Organización panamericana de la salud.2008. La Salud de las América. Washington: OPS: 198-210.

Orsubn H, Snead C (2009). Tratado de Pediatría de Nelson. Magnetoencephalngraphy and magnetic source imaging in children. J Child Neurol; 16:227-2.35

Osselot J. 2007.Adolescencia, Problemática de Salud del Adolescente y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe. pediatría 2 ed Menebello. Inter-Médica.

Pamancia L. (2009). Influencia de factores de riesgo en la primiparidad precoz y estudio de un año (Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en MGI). Dos Caminos San Luis, Stgo de Cuba.

Páez, D., Marqués, J., & Insúa, P. (2009). Estructuras y procesos de la cognición social. En: F, Morales. Psicología Social España: McGraw-Hill.

Pelaez Mendoza, Jorge. 2007. Adolescente embarazada. Características y riesgos. Rev Cubana de Obstetricia y Ginecología Enero- Abril. 23 No 1. 13-17

Perrin, J., & McLean, W. E. (2007). Niños con enfermedades crónicas: Formas de evitar disfunciones. Clínicas Pediátricas de Norteamérica, 1465-1481.

Pierson QI, Tontczak K, Agrawal I*, et al: 2009. X-linked myomhular and cen-irunuclear myoparhies. J Ncurapaihnl F.xp Neurol, Tratado de Pediatría de Nelson, Pag: 2540-2545

Pornoy JM, Olson I. Ca 2009. Normal cerebrospinal fluid values in children: Another look. Pediatrics 75:484-487.

Raimann A., 2009. tratado de Pediatría de Meneguello,. Displasia y luxación congénita de cadera, Pag:2577-2579

Ruoti M, Ruoti A et M. 2009. Sexualidad y embarazo en adolescentes. Instituto de investigaciones de Ciencias de Salud. Paraguay, Universidad de Asunción.

Sánchez Amanda M- 2011.Fundamentos Bioneurofisiológicos del Desarrollo - Año Modulo II ,Ver :<http://es.scribd.com/doc/54474245/Modulo-II-Bioneuro>

Silber Tomas .Dr. y colaboradores. 2009. Organización Panamericana de la Salud. Manual de medicina de la adolescencia. Serie PALTEX para ejecutores de programas de Salud. No 20. Washington, D. C. 7. 1992.P 473-518

Vnhnsarja V, Kiununen P, Fanning P. et al: 2009.Operative realignment of patellar malalignment in children. / *Pediatr Orthop*;15:281-285

Valdés F.2009. La atención médica al niño en: *Pediatría/ Colectivo de autores* T.I. La Habana: Editorial Ciencias Médicas

ANEXOS

ANEXO# 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

De la manera más respetuosa, nosotras las investigadoras, solicitamos su colaboración para que nos conteste unas preguntas; las cuales nos permitirán recolectar datos recolectar datos de usted y su hijo ya que el mismo presenta una malformación congénita.

Este tipo de estudio se realiza para poder conocer acerca de los factores de riesgo que pudieron provocar dicha patología, y de esta manera con tal con un material de apoyo que respalde nuestra información, así concienciar a la población de los posibles factores de riesgo que conllevan a estas patológicas que puedan provocar daños en el producto de la concepción, contando con el apoyo de manera continua del Ministerio de Salud Pública.

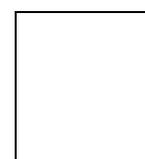
Su participación es complementemente voluntaria, si su respuesta es negativa no le causará ningún inconveniente.

Lea toda la información que se le ofrece en este documento y conteste todas las preguntas que necesite el investigador que se lo está explicando, antes de tomar una decisión. A CONTINUACIÓN COLOQUE SUS NOMBRES COMPLETOS, FIRMA O HUELLA DIGITAL Y NÚMERO DE CÉDULA PARA CONTINUAR CON LA PRESENTE ENCUESTA SI ESTÁ USTED DE ACUERDO.

NOMBRES COMPLETOS:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

FIRMA:



ENCUESTA
HIJOS CON MALFORMACIONES CONGÉNITAS DE MADRES
ADOLESCENTES NACIDOS EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA
JUNIO- NOVIEMBRE 2013.

CARACTERÍSTICAS DE LA MADRE

EDAD

10 a 12 años 13 a 15 años 16 a 18 años

CONTROLES DE EMBARAZO

1-3 controles 4 -5 controles

ESTADO CIVIL

Soltera Casada Unida

Viuda

NIVEL EDUCATIVO

Primaria incompleta Primaria completa

Secundaria incompleta Secundaria completa

PROCEDENCIA

Urbana Rural Marginal

TIPO DE TRABAJO

Comerciante Oficios domésticos Estudiantes

ADMINISTRACIÓN DE ÁCIDO FÓLICO

Cumple la norma No cumple la norma

EMBARAZO ACTUAL

Embarazo Planificado Embarazo no deseado

INMUNIZACIONES RECIBIDAS

Esquema completo Esquema incompleto

FACTORES DE RIESGO MATERNO

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS MATERNOS

Anemia aguda Trastornos hipertensivos Infecciones ETS
Cardiopatías Malformaciones óseas Diabetes materna
Desnutrición

HÁBITOS

Alcoholismo Tabaquismo
Ingesta de drogas Fármacos

TIPO DE PARTO

Vaginal Cesárea

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL NIÑO

EDAD GESTACIONAL AL NACIMIENTO

24 -27 SG 28-31 SG 32 -34 SG

35-39 SG 40 -42 SG

SEXO

Masculino Femenino Ambiguo

RAZA:

Blanca Negra Mestiza

TIPO DE MALFORMACIONES

Estructurales

Labio leporino Fisura palatina

Tubo neural

Mielomeningocele Meningocele Espina bífida

Cardíacas

Comunicación interauricular Comunicación interventricular

Persistencia del ductus arterioso

Óseas

Luxación congénita de cadera

Pie zambo

Pie equinovaro

Alteraciones cromosómicas

Síndrome de Down

Trisomía 18

X frágil

CONSENTIMIENTO INFORMADO

De la manera más respetuosa, nosotras las investigadoras, solicitamos su colaboración para que nos conteste unas preguntas; las cuales nos permitirán recolectar datos recolectar datos de usted y su hijo ya que el mismo presenta una malformación congénita.

Este tipo de estudio se realiza para poder conocer acerca de los factores de riesgo que pudieron provocar dicha patología, y de esta manera con tal con un material de apoyo que respalde nuestra información, así concienciar a la población de los posibles factores de riesgo que conllevan a estas patológicas que puedan provocar daños en el producto de la concepción, contando con el apoyo de manera continua del Ministerio de Salud Pública.

Su participación es completamente voluntaria, si su respuesta es negativa no le causará ningún inconveniente.

Lea toda la información que se le ofrece en este documento y conteste todas las preguntas que necesite el investigador que se lo está explicando, antes de tomar una decisión. A CONTINUACIÓN COLOQUE SUS NOMBRES COMPLETOS, FIRMA O HUELLA DIGITAL Y NÚMERO DE CÉDULA PARA CONTINUAR CON LA PRESENTE ENCUESTA SI ESTÁ USTED DE ACUERDO.

NOMBRES COMPLETOS: *Vicenta María González Cedón*

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: *1305160747*



FIRMA: ·

**REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS CHARLAS IMPARTIDAS LOS
DÍAS 11, 12 Y 13 DE SEPTIEMBRE DEL 2013.**

Nómina de asistentes presentes en la charla sobre: Medidas preventivas y su
influencia sobre la prevención de malformaciones congénitas, dirigidas a las
usuarias en la consulta externa del Hospital Verdi Cevallos Balda

Fecha: 11/09/2013

Adela Barreto	Jose Angel Travenca
Sotia Macías	
Valeria Quirós	
Ismael Quijije	
Orlando Pineda	
Sebastián Vallejos	
Maria S. Cadena	
Janeth Cevallos W.	
José W. de la Cruz	
Ismael Quijije	
Esandra Pico Santana	
XIMERA PEREZ	
Karina Basso	
Maria Alvarado	
Emilia Cevallos	
JANEITH GARCIA	
Fernanda Postiguay	
Leticia Pineda	
Maria Quijije	
Carolina Quijije	
ROMINA ERAZO	
Isabella Gonzalez G.	
Emilia Cevallos	
Sebastián Cevallos	

Nómina de asistentes presentes en la charla sobre: Importancia del ácido
fólico en el embarazo, dirigida a las usuarias en la consulta externa del
Hospital Verdi Cevallos Balda

Fecha: 13/09/2013

Fernanda Castro	
Castillo A.	
Enrique Segovia X	
Alfonso	
Margarita	
William	
Alfonso	
Vicente González	
Alfonso	
Aliphan Molina	
Juan Gabriel Z	
Anna (Dolores) Mielles	
Karina Torres	
Alfonso	
Estelita Pabodines G.	

FOTOS
LABIO LEPORINO FISURA PALATINA



Neonato con labio leporino bilateral más fisura palatina.

SINDACTILIA EN PIES





Neonato con Sindactilia en pie derecho

SINDACTILIA EN MANOS



Neonato con Sindactilia en pie derecho

POLIDACTILIA MIEMBROS INFERIORES



Neonato con Polidactilia de pie derecho

FOCOMELIA



Neonato con focomelia

ARTROGRIPOSIS



Neonato con malformaciones de extremidades inferiores

OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA



Madre de neonato con osteogénesis imperfecta

OSTEOGENESIS IMPERFECTA



Neonato con osteogénesis imperfecta con gen dominante de madre

MICROCEFALIA





Neonato con microcefalia y datos convulsivos

ANENCEFALIA



Neonato con anencefalia, se interrumpió el embarazo a las 26 semanas de gestación



ANENCEFALIA MÁS GASTROSQUISIS SE INTERRUMPIÓ EL EMBARAZO A LAS 23 SEMANAS

HIPOPLASIA DE PABELLÓN AURICULAR



Neonato con hipoplasia del pabellón auricular

MAMELÓN PREAURICULAR



Neonato con defectos de pabellón auricular

APÉNDICE PREAURICULAR



Neonato con presencia de apéndice preauricular del lado derecho

GASTROSQUISIS



Neonato con gastrosquisis

FÍSTULA RECTOVESTIBULAR MÁS ANO IMPERFORADO MÁS QUISTE DE BARTOLINI



Neonato presenta fístula rectovestibular más ano imperforado más quiste de bartolini

HIPERTROFIA DE CLÍTORIS



Neonato con presencia de hipertrofia de clítoris

PIE EQUINOVARO



Neonato presenta pie equinovaro

SÍNDROME DE DOWN, LABIO LEPORINO, FISURA PALATINA



Neonato presenta Síndrome de Down, labio leporino más fisura palatina

PROPUESTA



Usuaris en la consulta externa del Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo



Entrega de trípticos con información sobre la prevención de malformaciones congénitas a las usuarias que asistieron a las charlas



Entrega de ácido fólico a cada una de las usuarias



Donación de ácido fólico a pacientes en etapa fértil



Finalización de la charla

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Meses 2013 Semanas	Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración del Proyecto		X																						
Aprobación del proyecto			X																					
Primera reunión con el Tribunal del trabajo de titulación				X																				
Revisión del proyecto			X																					
Elaboración de instrumento					X																			
Elaboración del marco teórico					X	X	X																	
Segunda reunión con el Tribunal del trabajo de titulación								X																
Elaboración del índice de contenidos									X	X														
Revisión bibliográfica final										X	X													
Tercera reunión con el Tribunal del trabajo de titulación												X												
Ejecución													X	X										
Aplicación de instrumento														X										
Recolección de datos									X	X	X	X	X	X										

Que son las malformaciones congénitas



Labio leporino unilateral

Son anomalías que afectan a la estructura, función o metabolismo y que están presentes en el momento del nacimiento



Focomelia

Cuidados en el embarazo



Recomendaciones

Antes del embarazo

EVITAR LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

UTILIZACIÓN DE ACIDO FÓLICO 3 MESES PRECONCEPCIONAL

ANTECEDENTES FAMILIARES DE ALGUNA MALFORMACIÓN CONGÉNITA



Recomendaciones

Durante del embarazo

5 CONTROLES PRENATALES DURANTE EL EMBARAZO

UTILIZACIÓN DE ACIDO FÓLICO

VACUNACIÓN ANTITETÁNICA

EVITAR EL CONTACTO CON PERSONAS CON VARICELA, SARAMPIÓN.

REALIZAR EXÁMENES DEL PERFIL STORCH

RECOMENDADO

Vitaminas
Visitar al Médico
Cuidado de la Piel
Buena Higiene
Ropa y Calzado Amplios
Deporte



Debemos evitar en el Embarazo

- * NO FUMAR Y EVITAR SER FUMADORA PASIVA
- * EVITAR EL ALCOHOL
- * EVITAR TODAS LAS DROGAS ILEGALES
- * AGENTES TERATÓGENOS

PROHIBIDO

Fumar
Alcohol
Drogas
Rayos X
Medicamentos
Deportes Agresivos



Teratógenos



La dicha de tener un hijo es el fruto de la creación de una familia llena de mucho amor y cuidados en el embarazo

PROPUESTA

Recomendaciones
para evitar las
malformaciones
congénitas

Anomalías
congénitas

IM/ Silvia García Cantos
IM/ Ximena López Araujo

