



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

Factores asociados a malformaciones digestivas de recién nacidos en
el Hospital de Apoyo II – 2 Sullana del 2014 - 2019

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

AUTORAS:

Br. Jiménez Domínguez, Sandra Anahí (ORCID: 0000-0003-2300-1586)

Br. Palacios Vidal, Caroll Julliana (ORCID: 0000-0002-5069-2856)

ASESORA:

Dra. Ambulay Grados, Rosa (ORCID: 0000-0002-6313-8985)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Perinatal e Infantil

PIURA — PERÚ

2021

DEDICATORIA

Nuestra investigación está dedicada en primer lugar a nuestro Dios por brindarnos la fortaleza y sabiduría para culminar satisfactoriamente nuestros estudios.

A nuestros padres que pusieron todo su esfuerzo y permitieron que no desmayemos ante los obstáculos que se presentaron durante nuestra vida estudiantil.

Las autoras

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento a mi Dios por darnos salud por guiarnos día a día, y permitirnos lograr nuestras metas.

A nuestros padres y hermanos quienes son nuestra inspiración, ellos nos ayudan a pensar en grande y mejorar para nuestras vidas.

A nuestros docentes por guiarnos en el largo camino de la vida universitaria, por todas sus enseñanzas estaremos siempre agradecidos.

A nuestra asesora, por su valioso tiempo, por su dedicación y orientación, por las horas dedicadas a nuestra investigación, gracias por todo ello.

Las Autoras

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Índice de gráficos	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA	13
3.1. Tipo y diseño de investigación	13
3.2. Variables y operacionalización	13
3.3. Población, muestra, muestreo	13
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	14
3.5. Procedimientos	15
3.6. Método de análisis de datos	15
3.7. Aspectos éticos	16
IV. RESULTADOS	18
V. DISCUSIÓN	30
VI. CONCLUSIONES	35
VII. RECOMENDACIONES	36
REFERENCIAS	37
ANEXOS	42

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1, Distribución numérica y porcentual del factor sociodemográfico materno, en neonatos con o sin malformaciones congénitas digestivas. Hospital de Apoyo Sullana II-2; 2014 a 2019.	17
Tabla 2, Grado de instrucción como factor de protección, en neonatos con o sin malformaciones congénitas digestivas. Hospital de Apoyo Sullana II-2; 2014 a 2019.	17
Tabla 3, área rural como factor de riesgo, en neonatos con o sin malformaciones congénitas digestivas. Hospital de Apoyo Sullana II-2; 2014 a 2019.	18
Tabla 4, Distribución numérica y porcentual del factor gineco-obstétrico Materno, en neonatos con o sin malformaciones congénitas digestivas. Hospital de Apoyo Sullana II-2; 2014 a 2019.	20
Tabla 5, la anemia previa como factor de riesgo, en neonatos con o sin malformaciones congénitas digestivas. Hospital de Apoyo Sullana II-2; 2014 a 2019.	21
Tabla 6, Infección de vías urinarias en el embarazo como factor de riesgo, en neonatos con o sin malformaciones congénitas digestivas. Hospital de Apoyo Sullana II-2; 2014 a 2019.	21
Tabla 7, Distribución numérica y porcentual de las características del recién nacido, en neonatos con o sin malformaciones congénitas digestivas. Hospital de Apoyo Sullana II-2; 2014 a 2019.	23
Tabla 8, Bajo peso al nacer como factor de riesgo, en neonatos con o sin malformaciones congénitas digestivas. Hospital de Apoyo Sullana II-2; 2014 a 2019.	23
Tabla 9, Prematuridad como factor de riesgo, en neonatos con o sin malformaciones congénitas digestivas. Hospital de Apoyo Sullana II-2; 2014 a 2019.	24
Tabla 10, Distribución numérica y porcentual de la malformación digestiva en neonatos con malformaciones congénitas digestivas. hospital de apoyo Sullana II-2; 2014 a 2019.	26
Tabla 11, Distribución numérica y porcentual de la malformación digestiva según sexo del recién nacido, en neonatos con malformaciones congénitas digestivas. hospital de apoyo Sullana II-2; 2014 a 2019.	27
Tabla 12. Tabla resumen de resultados de las variables con índice de confianza para riesgo y protección de las variables en estudio, en neonatos con o sin malformaciones congénitas digestivas. Hospital de Apoyo Sullana II-2; 2014 a 2019	28

ÍNDICE DE FIGURAS

Grafica 1. Distribución porcentual del factor sociodemográfico materno, en neonatos con o sin malformaciones congénitas digestivas. Hospital de Apoyo Sullana II-2; 2014 a 2019.	19
Gráfico 2, Distribución porcentual del factor gineco-obstétrico Materno, en neonatos con o sin malformaciones congénitas digestivas. Hospital de Apoyo Sullana II-2; 2014 a 2019.	22
Gráfico 3, Distribución numérica y porcentual de las características del recién nacido, en neonatos con o sin malformaciones congénitas digestivas. Hospital de Apoyo Sullana II-2; 2014 a 2019.	25
Gráfico 4, Representación numérica y porcentaje de malformaciones digestiva en neonatos con malformaciones congénitas digestivas. hospital de apoyo Sullana II-2; 2014 a 2019.	27
Gráfico 5, Representación y porcentaje de malformaciones digestiva en neonatos con malformaciones congénitas digestivas. hospital de apoyo Sullana II-2; 2014 a 2019.	28

RESUMEN

La identificación a tiempo la presencia de algunas anomalías congénitas, permitirá el manejo oportuno y adecuado, mientras que la determinación de factores asociados permitirá realizar acciones que ayuden a disminuir la mortalidad de los recién nacidos. En ese sentido se planteó la siguiente investigación:

Objetivo: Determinar los factores asociados a malformaciones congénitas digestivas en los recién nacidos en el Hospital de Apoyo Sullana II-2 durante el 2014 – 2019.

Metodología: se realizó un estudio de tipo cuantitativo, no experimental, retrospectivo observacional, teniendo como muestra 71 casos y 71 controles de recién nacidos con malformaciones congénitas digestivas, se empleó la técnica de recolección de datos de las historias clínicas de partos sucedidos entre los años 2014 a 2019. Para el análisis inferencial se empleó el χ^2 . Los datos recolectados se analizaron mediante el programa estadístico SPSS v.23.

Resultados: para los factores sociodemográficos, se comprobó que los estudios superiores brindan protección (OR = 0,37, IC = 0,135 – 1,043), proceder de un área rural produce daño (OR = 2,109, IC = 1,012 – 4,397). En los antecedentes gineco obstétricos de la madre: la anemia previa (OR = 2,172, IC = 1,075 – 4,391), la infección de las vías urinarias en el embarazo (OR = 2,925, IC = 1,314 – 6,513), las características del recién nacido, la prematuridad tenía alto grado de asociación (OR = 5,871, IC = 2,223 – 15,506), el bajo peso del recién nacido, menor a 2500, confería daño, (OR = 4,395, IC = 1,817 – 10,633), finalmente las principales malformaciones congénitas digestivas se encontraban la malformación ano rectal(29,6%), Gastrosquisis (19,7%), Atresia Esofágica (14,1%) y finalmente el Onfalocele (12,7%).

Conclusiones: Los principales factores de riesgo asociados estaban la procedencia rural, edad gestacional, pretérmino, bajo peso y las principales malformaciones fueron: Ano rectales, Gastrosquisis, Atresia Esofágica y Onfalocele.

Palabras Clave: Factores, malformaciones, digestivas, neonatos.

ABSTRACT

The timely identification of the presence of some congenital anomalies will allow timely and adequate management, while the determination of associated factors will allow actions to be taken that help reduce the mortality of newborns. In this sense, the following research was presented:

Objective: To determine the risk associated of congenital digestive malformations in newborns at the Hospital de Apoyo Sullana II-2 during 2014 - 2019.

Methodology: a quantitative, non-experimental, retrospective observational study was carried out, taking as a sample 71 cases and 71 controls of newborns with congenital digestive malformations, the data collection technique of the clinical histories of succeeded deliveries was used between the years 2014 to 2019. Chi2 was used for the inferential analysis. The collected data were analyzed using the SPSS v.23 statistical program.

Results: for sociodemographic factors, it was found that higher education provides protection (OR = 0.37, CI = 0.135 - 1.043), coming from a rural area causes harm (OR = 2.109, CI = 1.012 - 4.397). In the mother's gynecological and obstetric history: previous anemia (OR = 2.172, CI = 1.075 - 4.391), urinary tract infection in pregnancy (OR = 2.925, CI = 1.314 - 6.513), characteristics of the newborn , prematurity had a high degree of association (OR = 5.871, CI = 2.223 - 15.506), the low birth weight of the newborn, less than 2500, conferred damage, (OR = 4.395, CI = 1.817 - 10.633), finally the main malformations digestive congenital malformations included anus rectal malformation (29.6%), Gastroschisis (19.7%), Esophageal Atresia (14.1%) and finally Omphalocele (12.7%).

Conclusions: The main associated risk factors were rural origin, preterm gestational age, low weight and the main malformations were: Rectal anus, gastroschisis, esophageal atresia and omphalocele.

Keywords: Factors, malformations, digestives, neonates.

I. INTRODUCCIÓN

No todos los nacimientos llegan con buenas condiciones al momento del parto, existe la posibilidad de recién nacido con patologías al nacimiento, este grupo recibiendo el nombre de anomalías congénitas, pero a la vez las organizaciones internacionales mencionan, que es la ocurrencia de formaciones no adecuadas del feto durante la vida en el útero, los cuales son visibles en el embarazo y al momento del parto. Surgen cuando la formación inicial de la estructura, conocida como organogénesis, da su aparición; en la mayoría de los órganos, esta tiene lugar durante los primeros meses de vida.^{1, 2}

Se espera que 270.000 bebés fallezcan cada año durante los primeros 28 días de vida debido a estas patologías del recién nacido. Está es la cuarta razón que impulsa la muerte neonatal, mientras que las formaciones incorrectas en el sistema digestivo neonatal son, de forma recurrente, el tercer grupo de irregularidades de la estructura después de las deformidades renales y del sistema sensorial focal. Su tasa se evalúa en uno de cada 3.000-4.000 nacimientos.^{3,4}

Muchos de estos trastornos de la formación del sistema digestivo del recién nacido, presentan ajustes especiales, aunque en gran número, están relacionados con otros trastornos adicionales o cambios hereditarios, que condicionan la anticipación de la enfermedad con malformaciones.⁵

Por otro lado, a nivel mundial, un número significativo de recién nacidos están expuesto a presentar malformaciones, con la consecuente muerte en los pocos días u horas de nacimiento, así tenemos a Ávila J (Perú), describió que las causas de mortalidad neonatal, en el 2017 tuvo su origen, casi la tercera parte de las muertes en complicaciones relacionadas a la prematuridad, enfermedades infecciosas y traumas relacionados a la atención del parto, las causas restantes están relacionadas con las malformaciones congénitas, cuyo incremento progresivo es alarmante.^{6,7}

Por su parte, la institución que verifica el estado epidemiológico de nuestro país, consideró alrededor del 13% de las malformaciones congénitas eran la cuarta causa mortalidad neonatal, la disminución de esta complicación en nuestro país ha sido lento. En el Boletín epidemiológico anual del 2018, se presentan las evaluaciones de las causas de muerte neonatal y se agruparon según 5 causas básicas, donde la principal **causa de muerte** neonatal **fueron las malformaciones congénitas con 48 %** en el 2016, 53% en el 2017 y 49% en el 2018; por ello se ve como un problema de salud, debiendo existir más dedicación y considerada como una política nacional ^{8,9}

También, podemos mencionar que en la maternidad de Lima, se realizaron estudios para la evaluación de malformaciones congénitas por sistemas, siendo el sistema digestivo el que ocasionó más fallecidos durante el periodo del 2015 y 2018 y el segundo lugar en el 2016 y 2017, predominando el sistema nervioso y el cardiovascular según corresponda¹⁰. Las malformaciones congénitas pueden ser causados por anomalías genéticas y/o exposiciones ambientales, aunque aproximadamente el 50% de todas las malformaciones congénitas no se deben a una causa específica ¹¹

Por otro lado, las malformaciones congénitas digestivas, ya sean mayores y menores además de tener consecuencias mortales tiene es muy probable la presencia de malos resultados de tipo social y médico, respectivamente en el recién nacido y así como también para la familia por haber requerido una o múltiples intervenciones quirúrgicas especializadas ¹²

Por otro lado, es importante conocer que factores se involucrarían en las presencias de dichas malformaciones digestivas, esto para estar preparados ante la apreciación de su frecuencia, al evaluar los factores de riesgo maternos, podremos hacer prevención desde la etapa preconcepcional y prenatal, esto permitirá sospechar ante situaciones o antecedentes familiares que aumentan las posibilidades de ocurrencia.¹²

En ese sentido con problemática descrita se pretende dar solución a la interrogante: ¿Cuáles son los principales factores de riesgo asociados

malformaciones congénitas digestivas en los recién nacidos en el Hospital de Apoyo Sullana II-2 entre 2014 – 2019?

La mayoría de estudios de investigación se han focalizado en medir la frecuencia, así como las características de peligro susceptibles para la presencia de anomalías congénitas; sin haber la existencia de estudios nacionales que abordan las anomalías congénitas digestivas, y mucho menos a nivel local, por lo que optamos a realizar este estudio en la Región de Piura, en el hospital II – 2- de Sullana.

Bajo esta premisa nos planteamos la siguiente hipótesis: H_1 : Los factores de riesgo de malformaciones congénitas digestivas son los factores sociodemográficos maternos, factores gineco – obstétricos y los factores sociodemográficos del recién nacido. La H_0 : Los factores de riesgo de malformaciones congénitas digestivas no son los factores sociodemográficos maternos, factores gineco – obstétricos y los factores sociodemográficos del recién nacido

Es por ello, que nuestro objetivo fundamental, se basas en la determinación de características susceptibles a estos trastornos digestivas en se hayan presentado en neonatos atendidos en el nosocomio de Apoyo Sullana II-2 durante el 2014 – 2019

Mientras que, nuestros fines específicos se centraban en establecer que características sociodemográficas maternos se asociaban a la presencia de malformaciones del sistema digestivo, a la vez identificar las características gineco-obstétricos maternos como controles prenatales, antecedentes familiares, enfermedades crónicas y agudas que se asocian trastornos digestivos del recién nacidos. Conocer las características sociodemográficas del recién nacido con malformación congénita digestivas tales como: sexo, edad gestacional, peso al momento del nacimiento. Así también determinar el tipo de malformación congénita digestiva en los recién nacidos.

II. MARCO TEÓRICO

Morales J. (2019) Nicaragua. Hizo un estudio del Manejo de las anomalías congénitas gastrointestinales, de pared abdominal y resultados perinatales, el estudio fue descriptivo de corte transversal, teniendo como muestra a 11 neonatos con malformaciones congénitas digestivas y otras malformaciones asociadas. Observando que las características maternas como factores de riesgo fueron: edad adolescente (45.5%), procedencia rural (54.5%) y baja escolaridad (63.6%), con antecedentes patológicos de sobrepeso (54.5%). Con respecto a las características de recién nacidos la mayoría eran pretérmino y bajo peso con 72.7%. La mayoría de los casos requirieron ventilación mecánica (66%), uso de catéter central (81.8%). De 11 neonatos en estudio se observó que 6 tenían anomalías únicas y 5 con anomalías múltiples. Las principales anomalías congénitas gastrointestinales fueron la atresia esofágica y el ano imperforado, mientras que las principales anomalías asociadas fueron gastrosquisis, onfalocele¹³.

Stallings (2019) Estados Unidos. En una revisión de datos comparó la distribución de casos por factores maternos e infantiles y la presencia / ausencia de otros defectos congénitos. Evidencio la prevalencia (por cada 10,000 nacidos vivos) fueron 4.3 (IC 95%: 4.1-4.4) para gastrosquisis y 2.1 (IC 95%: 2.0-2.2) para onfalocele. La gastrosquisis fue más frecuente entre las madres jóvenes (<25 años) y el onfalocele más común entre las madres mayores (> 40 años). Las madres de bebés con gastrosquisis tenían más probabilidades de tener bajo peso o normal antes del embarazo y las madres de bebés con onfalocele tenían más probabilidades de tener sobrepeso / obesidad. El onfalocele tenía el doble de probabilidades que la gastrosquisis de coexistir con otros defectos congénitos¹⁴.

Mohammed, et al. (2019). Egipto. Realizó una serie de casos retrospectivos y adicionalmente a una investigación controlada. donde revisaron registros hospitalarios para pacientes del año 2010 al 2015, y tomaron como muestra de 200 bebés (100 casos y 100 controles). Obteniendo como resultados que las anomalías congénitas del sistema digestivo fueron

del 38.0%, los hombres estaban más afectados que las mujeres. Destacaban como elementos riesgosos: ser padres añosos, presentar problemas del embarazo, toma aumentada de vitamina A y estar expuesta a insumos químicos.¹⁵

Howley (2018) Estados Unidos. En un estudio multisitio, basado en casos y controles, evalúa las infecciones del tracto urinario materna en el mes anterior al tercer mes de embarazo (periconcepción). Y evidencio que Una infección del tracto urinario se asoció significativamente con 11 de los 52 defectos congénitos examinados (OR que van desde 1.19 a 2.26) a encefalocele, cataratas, labio leporino, atresia esofágica, estenosis duodenal, estenosis del intestino delgado y estenosis del colon. Concluyendo que las pacientes con infecciones del tracto urinario durante el período periconcepcional pueden aumentar el riesgo de defectos congénitos específicos¹⁶.

Fisher (2018). Estados Unidos. estudio multisitio, de casos y control de casos, realizado para investigar los factores de riesgo de más de 30 defectos congénitos estructurales importantes. mujeres hipertensas que informaron el uso temprano de medicamentos antihipertensivos durante el embarazo tenían más probabilidades de tener al menos 35 años, negras no hispanas, obesas, múltiparas e informar diabetes pregestacional que las mujeres normotensas. Concluyo que el uso temprano de medicamentos antihipertensivos en la gestación está relacionado al aumento de problemas digestivos en el recién nacido principalmente se menciona a la atresia del intestino¹⁷.

Philip J, (2017). En una revisión datos sobre defectos gastrointestinales durante el 2010-2014 de los 28 programas estatales. Concluyo que la asoció a la edad materna, el sexo masculino del recién nacido, la raza blanca, no hispana materna con una mayor prevalencia de defectos gastrointestinales. La prevalencia de la atresia esofágica, fistula traqueoesofágica fue mayor entre las madres que tenían 40 años de edad (4,9 por cada 10.000 nacidos vivos). Según el sexo para la atresia biliar un 0,6 por cada 10.000 en los hombres frente a 0,7 por 10.000 en las mujeres¹⁸.

Guzmán, A. (2016) Irlanda. su estudio, donde pretendía encontrar que indicadores estaban relacionados a la presencia de malformaciones en los neonatos, Fue un análisis cuantitativo, descriptivo correlacional y retrospectivo, para lo cual requirió de una muestra de historias hospitalarias de un numero de 25 RN diagnosticados con malformaciones congénitas, en cual evidencio que es un factor de riesgo las infecciones agudas en el embarazo con 18.92%, se presentó más en el sexo femenino 5.41%. mientras que las infecciones agudas fue el factor de riesgo más frecuente, posteriormente se encontraron infecciones agudas en ambos sexos del recién nacido. ¹⁹

Mandy, (2016). Estados unidos. Una revisión de expedientes de manera retrospectiva, de casos y controles con 71 pacientes con diagnóstico de malformaciones del sistema gastrointestinal aislados demostró que un número significativo de recién nacidos presentó defectos cardiacos congénitos con un 15,5% e identificó los factores de riesgo como el sexo masculino. La prevalencia de defectos cardiacos congénitos fue con 36,3% en malformaciones anorrectales, 27,3% en atresia esofágica, en la duplicación intestinal 25%, en trastornos de rotación y fijación 11,7%, y en atresia del yeyuno e íleo un 10%. Los defectos cardiacos congénitos más frecuentes fueron la alteración en el tabique auricular y ventricular, enfermedad de la válvula aórtica, ductos arterioso persistente y arco aórtico derecho ²⁰.

Egbe A. (2014, Estados unidos). En su estudio transversal de base poblacional en el cual analizó el efecto del sexo y la prematuridad en la prevalencia de las malformaciones congénitas de todos los sistemas. Quedando las malformaciones gastrointestinales en tercer lugar con 10,1%. Las malformaciones gastrointestinales fueron más comunes en los hombres (OR, 1,8; IC, 1,6-2,0). Por el contrario, las malformaciones respiratorias (OR, 0,7; IC, 0,5-0,9) y las malformaciones musculoesqueléticas (OR, 0,6; IC, 0,6-0,7) fueron menos frecuentes en los varones²¹.

Leyva, E. (2019 Perú). Realizo un estudio lógico, observacional, de revisión, de casos y controles que terminó en: En la investigación bivariada,

fue factible distinguir que: Mujeres embarazadas con antecedentes marcados por enfermedad aguda y crónica, versus mujeres embarazadas sin patologías previas, tuvieron mayor riesgo de peligro en niños con malformaciones congénitas del diagrama relacionadas con el estómago en correlación con las jóvenes embarazadas control (34,5% versus 17,9%, individualmente) ($p = 0,014$; OR: 2,425 [1,184-4,968]), al igual que la ausencia de La admisión de ácido fólico durante el primer trimestre aumentó el peligro de crear distorsiones innatas del lote relacionado con el estómago en comparación con los controles (47,6% versus 28,6%, por separado) ($p = 0,011$; OR: 2,27 [1,20-4,30]), y la recurrencia de embarazos las mujeres con una estatura inicial fue 13,5 veces mayor en los niños con MC del paquete relacionado con el estómago en comparación con los niños controles (33,3% versus 3,6% individualmente) ($p = 0,000$; OR: 13,5 [3.913 - 46.578]).²²

Ayala, en el 2018, hizo un examen de revisión para encontrar que estaba relacionado con la presencia de anomalías inherentes en mujeres embarazadas, con una muestra de 340, de los cuales resultaron como embarazadas juveniles y edad materna avanzada, parto por segmento de cesárea, del 33% de los bebés atendidos fueron de bajo peso, para APGAR, bajo 37,9. Entre los problemas primarios del lactante podemos hacer referencia a la macrocefalia con 44,4%, hidrocefalia 11,1%, deficiencia inherente y macrocefalia 7,7%, edad materna progresada trascendentemente con la presencia de Down. La probabilidad de resistencia de las mujeres eras más alta a los del sexo masculino, llegando a más del 60% después de 20 días; la presencia de otras malformaciones del tubo digestivo por ejemplo estaba presentes en las madres adultas jóvenes, llegando a más del 62% después de los 15 días de nacimiento²³.

Vázquez, (2018, Perú). Esta es una investigación ilustrativa, de revisión y de carácter transversal que empleó 40 carpetas clínicas de pacientes con enfermedades congénitas relacionadas con el estómago en un tiempo de 2 años; las más sucesivas fueron anomalías anorrectales y atresia intestinal con 22,5% (9 casos) cada una, seguidas de estenosis hipertrófica pilórica con 20% (8 casos), atresia esofágica con 17% (7 casos), gastrosquisis con 10%, (4

casos) y la hernia diafragmática menos incesante con el 8% (3 casos). La orientación sexual dominante fue masculina con 65% (26 casos) ²⁴.

Bajo estos antecedentes, podemos mencionar que las alteraciones de tipo anatómico y morfológico del recién nacido es un problema en uno o unos sistemas o el déficit de algún componente de la mejora en la etapa inicial que modificará el desarrollo de los recién nacidos en su vida entera, una porción del cuerpo, un ensamblaje total, un órgano o tejidos separados²⁵. Las anomalías congénitas tienen varios puntos de partida: cromosómicas, hereditarias, teratogénicas ecológicas y multifactoriales, y muchas veces no podemos reconocer su causa²⁶.

Las características que identifican la presencia de malformaciones relacionada con el estómago es un obstáculo de inicio natural (atresia, estenosis intestinal, vólvulo) o utilitario debido a emisiones espesas (mucoviscidosis) o baja motilidad (enfermedad de Hirschsprung, obstrucción de intestino constante). Las indicaciones obstructivas, en la mayoría de los casos neonatales inmediatos o marginalmente diferidos, comprenden continuamente regurgitación alimentaria o biliosa, relacionada o no con la distensión del estómago, dependiendo del nivel del obstáculo. En el período de tiempo previo al nacimiento, los signos de advertencia pueden incluir dilatación intestinal, una imagen quística intra-estomacal en contacto con el estómago o el tracto digestivo. Los signos en el embrión pueden ser impedimento del desarrollo intrauterino (RCIU) o hidramnios (alto factor de disuasión) ⁴.

Dentro de las malformaciones congénitas digestivas tenemos a aquellos defectos del nacimiento como alteraciones del tubo digestivo, esta son las principales pues se manifiestan con aspectos variados, dependiendo de la localización toman su denominación, de esta manera se menciona a la estenosis digestiva y atresia, las de mal posicionamiento de estructuras o deformidades anatómicas, generalmente se acompañan de otras malformaciones²⁷.

De otro lado tenemos a la atresia esofágica, esta complicación congénita de unos 4500 casos puede presentarse 1 el cual en su mayoría puede ser reversible, es importante mencionar que el sexo del recién nacido se relaciona muy altamente con esta malformación es así que el sexo masculino es el que se encuentra más susceptible. Según la clasificación macroscópica, se han descrito cinco tipos, según la presencia y ubicación de la fístula traqueoesofágica, incluida la sin fistula (Tipo A), con fistula proximal (Tipo B), con fistula distal (tipo C). por otro lado, más de la mitad de estas anomalías se encuentran asociadas a otras patologías, es decir un problema de malformación del tubo digestivo siempre viene acompañado con otra malformación ^{28,29}

Estenosis pilórica: Es la hipertrofia del músculo pilórico, lo que crea un obstáculo reformista del área gástrica. Aborda la razón cuidadosa más conocida relacionada con el vómito no bilioso en niños. La etiología particular es actualmente no se conoce, se ha descrito que es multifactorial, sin embargo, se ha visto una relación entre la utilización de macrólidos (eritromicina) en los primeros catorce días de vida, al igual que el uso materno en el embarazo y la lactancia. Ocurre en 2-5 de cada 1000 nacimientos, con mayor predominio en la población blanca.

Atresia ano rectal: Las alteraciones anorrectales (ARM) se componen de un amplio abanico de anomalías que se relacionan con diferentes patologías, que influyen tanto en el sexo masculino como en el femenino, incluyendo en ocasiones la trama urinaria y genital. Ocurre en aproximadamente 1 de cada 5,000 NVR y es trascendentemente masculino. Existe una caracterización del MAR en función del sexo del paciente^{5,31}.

Hernia diafragmática: es una afección caracterizada por un defecto en el diafragma que conduce a la protrusión del contenido abdominal hacia la cavidad torácica que interfiere con el desarrollo normal de los pulmones. El defecto puede variar desde una pequeña abertura en el borde del músculo posterior hasta la ausencia completa de diafragma. Las hernias del lado izquierdo son comunes (85%), lo que resulta en una hernia de los intestinos

delgado y grueso junto con órganos intraabdominales sólidos. La hernia de vísceras en la cavidad torácica da como resultado un desarrollo pulmonar anormal en el lado ipsilateral con efecto variable en el lado contralateral. Puede asociarse con otras anomalías congénitas (por ejemplo, cardíacas, urológicas, gastrointestinales, neurológicas) o con diferentes síndromes (Trisomía 13, 18, Síndromes Fryns, Cornelia, Wiedemann-Beckwith y otros). La incidencia según la literatura disponible varía de aproximadamente 0,8 a 5 / 10.000 nacimientos ^{32,33}.

Las remisiones del divisor del estómago son un conjunto de deformidades innatas que abordan imperfecciones heterogéneas y ofrecen una marca típica, que es la hernia o evisceración de al menos un órgano de la cavidad del estómago, debido a una imperfección en el desarrollo del divisor del estómago. Las patologías más incesantes en este encuentro son la Gastrosquisis y el Onfalocele

Gastrosquisis: en esta patología se puede apreciar defectos a nivel de la pared del abdomen, paraumbilical, en la mayoría de los casos se ubica en el lado derecho y de pequeño tamaño. Otra de las observaciones notorias se destacan la herniación de asas intestinales directamente en la cavidad amniótica a través de la pared abdominal, sin la participación del cordón umbilical, por otro lado, se denomina hendidura estomacal es la denominación griega de la palabra gastrosquisis, pero las causas no están correctamente establecidas una de ellas menciona que se debe a la mala evolución de la vena umbilical derecha, así como la muerte de la arteria onfalomesentérica, con la consiguiente necrotización de la pared, también se menciona al daño ocasionado por la presencia de laguna toxina poco identificable, sin embargo se pueden mencionar características de riesgo que ayudan a la presencia como son el consumo de cocaína, fármacos, tabaco, analgésico, alcohol y radiación, siendo la asociación con la joven edad, bajo peso, mala dieta de la madre las que más representa su incidencia que es de 1:4000 recién nacidos³⁵.

Onfalocele: este es otro problema de las alteraciones del sistema digestivo, que se representa con daño en la pared abdominal anterior, de esta manera se presenta una hernia del contenido del abdomen, se cubre por una membrana de tres capas como es el peritoneo, gelatina de Warthon y amnios. Por otro lado, hay un consenso donde manifiestan que esta patología, en donde se menciona que la detención del proceso embriológico sería la causa de la malformación, donde los pliegues mesodérmicos convergen y se funden en la base del cordón umbilical.³²

Tenemos también que, se presenta alrededor de las semanas 14 a la 18 de gestación, esta detección se realiza a través de la ecografía y representa 1 en 1100 casos de embarazos, sin embargo las posibilidades de vida son remotas en estos casos y en ocasiones la muerte dentro del útero y espontánea culminan con la gestación⁶.

La asociación de defectos cardíacos congénitos y malformaciones congénitas gastrointestinales es bien conocida. Las enfermedades del corazón afectan aproximadamente del 0,5% al 1% de la población general, y se ha informado que la incidencia de malformaciones gastrointestinales está entre 1,3 y 1,8 por cada 1.000 nacidos vivos³⁷.

De una manera práctica, las características de riesgo de podrían agrupar junto a las malformaciones congénitas digestivas con la finalidad de demostrar si existen algún grado de relación entre los factores sociodemográficos, antecedentes obstétricos y ambientales, también los factores patologías crónicas y hábitos nocivos maternos.

Factores socioeconómicos. Aproximadamente un 94% de los defectos de nacimiento graves ocurren en las familias y países en desarrollo, donde las madres son más vulnerables a la malnutrición, falta de vacunaciones, deficiente cuidado prenatal, y/o mayor exposición a agentes o factores que inducen la incidencia de un desarrollo prenatal anormal, en especial el alcohol, ETS y otras infecciones.

La edad materna avanzada también incrementa el riesgo de alteraciones cromosómicas.

Factores genéticos. La consanguinidad aumenta la prevalencia de anomalías genéticas y multiplica casi por dos el riesgo de muerte neonatal e infantil, discapacidad intelectual y anomalías congénitas graves en los matrimonios entre primos hermanos y/o familiares.

Infecciones. Las infecciones maternas, como la sífilis, toxoplasmosis o la rubéola, son una causa importante de defectos de nacimiento.

Estado nutricional de la madre. Las carencias de yodo y folato, la obesidad y enfermedades como la diabetes mellitus están relacionadas con algunas anomalías congénitas. Por ejemplo, la deficiencia de folato aumenta el riesgo de tener niños con defectos del tubo neural³⁸.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Para dar efecto a nuestro estudio se trabajó mediante un tipo cuantitativo, porque se empelará la recolección de datos, con lo cual podremos contrastar las hipótesis formuladas en el planteamiento del problema.

Mientras que el diseño fue no experimental observacional, transversal retrospectivo, porque no hubo manipulación de variables, solo se observaron, es decir la información fue obtenida de las historias de los usuarios, de los casos que fueron diagnosticados con malformaciones congénitas digestivas, asimismo fue de carácter correlacional ya que se estudió el nivel de asociación entre las variables, siendo un estudio de casos y controles³⁹.

3.2. Variables y operacionalización

Independiente: Factores riesgo asociados

Dependiente: Malformaciones congénitas digestiva

3.3. Población, muestra y muestreo

Población: para el presente estudio, se contó con las historias clínicas de los recién nacidos, como población, además de aquellos que fueron atendidos durante el periodo de enero 2014 a diciembre 2019 y los cuales cumplieron los criterios de selección.

Criterios para casos	
Inclusión	Exclusión
✓ Recién nacido con diagnóstico de malformaciones congénitas digestivas.	✓ Recién nacidos con la presencia de malformaciones congénitas del tracto digestivo enviados a otros centros médicos.
✓ Recién nacidos con historias clínicas completas al momento de toma de datos.	✓ Óbito fetal con malformaciones congénitas digestivas.

Criterios para control	
Inclusión	Exclusión
✓ Recién nacido sin diagnóstico de malformaciones congénitas digestivas	✓ Óbito fetal con malformaciones congénitas digestivas

Muestra

Para la obtención de la muestra, se usaron 71 casos y 71 controles (relación caso: control de 1:1), dado que fue un estudio de censo donde se seleccionaron todos los recién nacidos con malformaciones digestivas registrados, dependiendo de ciertas de características ya establecidas en los criterios de inclusión de este estudio; encontrándose 05 recién nacidos fallecidos que ya no cuentan con historias clínicas, de la misma manera se encontró que 10 neonatos que cumplían con los criterios de inclusión, en estos casos se presentaron porque a la variabilidad de la muestra, por lo cual nuestra muestra fue reducida.

Muestreo

La técnica utilizada fue el muestreo no probabilístico, ya que se desconoce la probabilidad asociada a cada recién nacido para formar parte de la muestra de tipo conveniencia. ⁴⁰.

Casos: No probabilístico de tipo accidental

Controles: No probabilístico de tipo conveniencia

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En este estudio donde la evaluación es de las historias clínicas se empleó como técnica la observación, mientras que el instrumento estaba conformado por una ficha para el análisis documental para recoger la información de las historias clínicas. ³⁴

Por otro lado, dicho instrumento fue verificado por expertos quienes permitieron levantar observaciones antes de la ejecución del proyecto, en esta ficha se contaron con la medición de cuatro parámetros previo: La primera parte dirigida a la anotación de las características de los recién nacidos con malformación congénitas digestivas (5 ítems), la segunda parte compuesta por factores sociodemográficos maternos (10 ítems).

3.5. Procedimientos

Se solicitó el permiso al Hospital en mención, por medio de un documento, guardando los respetos necesarios hacia la institución, donde se especificaba la importancia del recojo de información del trabajo de Investigación.

Con el permiso otorgado, paso siguiente nos apersonamos al área competente de historias clínicas de Neonatología, con la finalidad de pedir se de acceso al porcentaje de historias clínicas de recién nacidos con malformaciones congénitas digestivas que acontecieron durante el período de estudio propuesto.

Se seleccionó por muestreo no probabilístico intencional, ya que dependió de ciertas características de inclusión de sujetos de este estudio.

Se reunió, información de todas las hojas de datos y se confecciono la data pertinente para proceder al análisis respectivo.

Se procedió a la formulación de resultados, discusión y conclusiones respectivas.

3.6. Método de análisis de datos

El método utilizado fue el inductivo lógico, porque se elaboró las conclusiones generales a partir de observaciones particulares.

Procesamiento de datos

Una vez que se recolectaron los datos, que fueron necesarios para la realización del trabajo, se dio información de lo culminado a los responsables del hospital, posteriormente se procedió a evaluar y analizar la información, para ello se elaboró una hoja de cálculo para ser analizada a través del programa estadístico SPSS v.23.

Para el análisis univariado, de los factores cualitativos se estimaron las frecuencias absolutas y relativas (%). Para las factoras cuantitativas se estimaron las medidas de tendencia focal (promedio) y medidas de dispersión (desviación estándar).

El análisis bivariado, estableció la relación entre los factores, mediante la prueba no paramétrica de la Ji cuadrado, considerando una asociación significativa entre los factores un $p < 0.05$. Back an esto, se utilizó el OR para identificar los factores de riesgos asociados a malformaciones congénitas digestivas.

3.7. Aspectos éticos

Este estudio no se contemplan las pruebas en individuos y se han seguido las convenciones de su entorno de trabajo sobre la distribución de la información del paciente, de la cual no aparece su propia información, con respecto a su derecho a la protección.

Principio de Beneficencia, Comunicado en la practicidad y ventajas de los resultados del examen podemos conocer las diversas variables que pueden crear un prematuro con los desenlaces y peligros que tiene y los principales inconvenientes.

El principio de no maleficencia: en nuestra investigación no hay peligro ya que es un examen observacional y solo trabajamos con las historias clínicas.

Confidencialidad: Se indica en nuestra investigación sobre la base de que la información obtenida puede utilizarse por razones lógicas en futuros exámenes.

VI. RESULTADOS

Tabla 1, Distribución numérica y porcentual del factor sociodemográfico materno, en neonatos con o sin malformaciones congénitas digestivas. Hospital de Apoyo Sullana II-2; 2014 a 2019.

FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO MATERNO	NEONATO				TOTAL		X ²	gl	p=valor	
	Caso		Control		N	%				
	N	%	N	%						
GRADO DE INSTRUCCIÓN	SECUNDARIA	50	70,4	39	55,0	89	62,5	5,685	3	0,128
	PRIMARIA	15	21,1	17	23,9	32	22,1			
	SUPERIOR	6	8,5	14	19,7	20	14,0			
	ANALFABETA	0	0	1	1,4	1	1,4			
TOTAL		71	100,0	71	100,0	142	100,0			
ÁREA DE PROCEDENCIA	URBANA	44	62,0	55	77,5	99	69,7	4,036	1	0,045
	RURAL	27	38,0	16	22,5	43	30,3			
TOTAL		71	100,0	71	100,0	142	100,0			
GRUPO ETARIO	ADULTO (19 a 34)	43	60,6	46	64,8	89	62,7	0,344	3	0,842
	ADOLESCENTE (< de 19)	20	28,2	17	23,9	37	26,0			
	AÑOSA (> 35 años)	8	11,2	8	11,3	16	11,3			
TOTAL		71	100,0	71	100,0	142	100,0			

Fuente: tarjeta de anotación de datos.

Tabla 2, Grado de instrucción como factor de protección, en neonatos con o sin malformaciones congénitas digestivas. Hospital de Apoyo Sullana II-2; 2014 a 2019.

FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO MATERNO	NEONATO				TOTAL		Valor P	
	Caso		Control		N	%		
	N	%	N	%				
GRADO DE INSTRUCCIÓN Educación superior	SI	6	8,5	14	19,7	20	14,0	P: 0,128 OR:0,376, IC (0,135-1,043)
	NO	65	91,5	57	80,3	122	86,0	
TOTAL		71	100,0	71	100,0	142	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos.

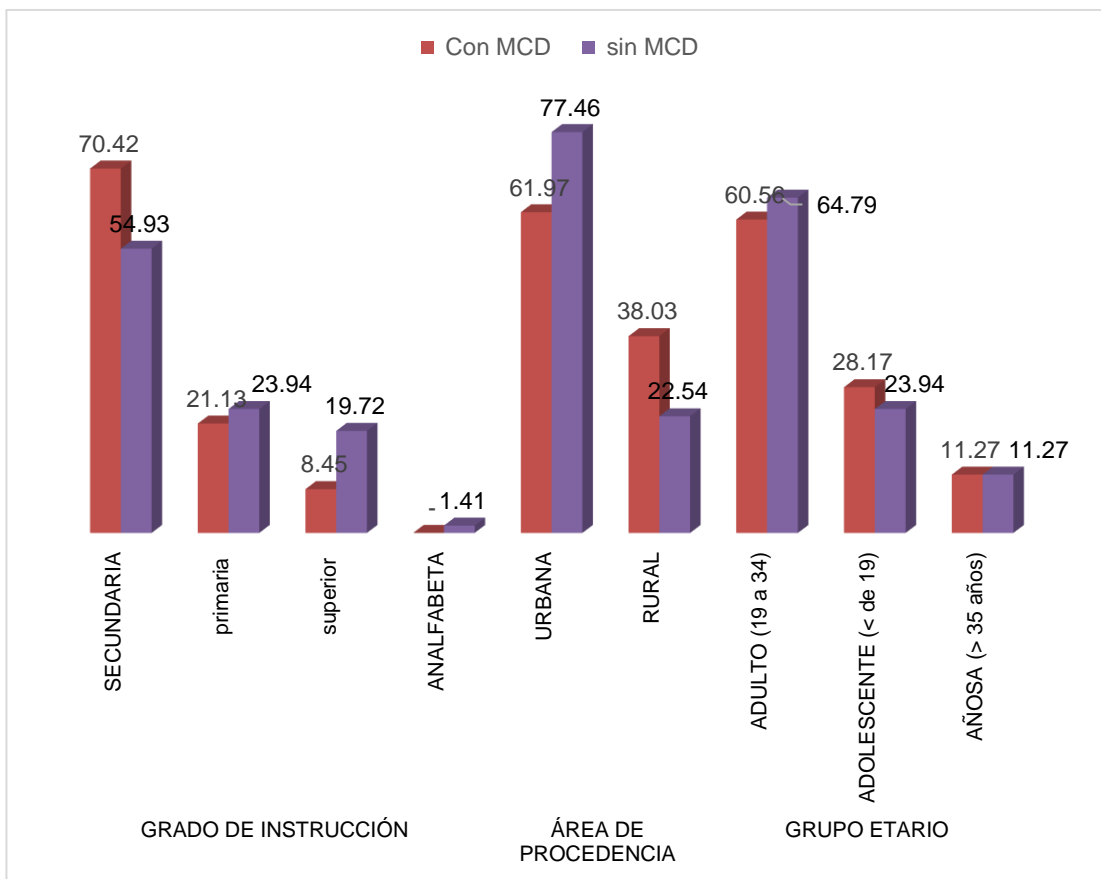
Tabla 3, área rural como factor de riesgo, en neonatos con o sin malformaciones congénitas digestivas. Hospital de Apoyo Sullana II-2; 2014 a 2019.

FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO MATERNO	NEONATO				TOTAL		Valor P	
	Caso		Control					
	N	%	N	%	N	%		
ÁREA DE PROCEDENCIA	RURAL	27	38,0	16	22,5	43	30,3	P: 0,045 OR: 2,109, IC (1,012–4,397)
	URBANA	44	62,0	55	77,5	99	69,7	
TOTAL		71	100.0	71	100.0	142	100.0	

Fuente: Elaboración propia, con soporte SPSS v.23.

Interpretación: La tabla 1, 2 y 3, se muestra los resultados de las características sociodemográficas maternas como factor de riesgo, donde se puede observar que en los casos y controles la educación secundaria representaba el 70,42% y 54,93% respectivamente, en el área urbana el 77,46% no presentaba MCD, mientras que en el área rural el 38,03% presentaban MCD, por otro lado, en el grupo etario las adultas comprendidas entre las edades mayor de 19 años a 34, representaban el 64,79% que no presentaron MCD, mientras que en las adolescentes el 28,17% presentaron MCD; para calcular el OR se elaboró una tabla de contingencia de 2x2 (**tabla 2**), considerando como factor de protección la Educación Superior, OR = 0,376, IC = 0,135 – 1,043, es decir la educación superior confiere protección contra la malformación congénita digestiva, mientras que en el caso de la procedencia (**tabla 3**), en la inferencia estadística, el OR se consideró como factor de exposición al tipo de área rural, OR = 2,109, IC = 1,012 – 4,397, con lo que se determina que el daño que confiere el área rural cuenta con significación estadística.

Grafica 1. Distribución porcentual del factor sociodemográfico materno, en neonatos con o sin malformaciones congénitas digestivas. Hospital de Apoyo Sullana II-2; 2014 a 2019.



Fuente: elaboración propia

Tabla 4, Distribución numérica y porcentual del factor gineco-obstétrico Materno, en neonatos con o sin malformaciones congénitas digestivas. Hospital de Apoyo Sullana II-2; 2014 a 2019.

FACTOR GINECO-OBSTÉTRICO MATERNO		NEONATO				Total		gl	X ²	P=valor
		Caso		Control		N	%			
		N	%	N	%					
NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES	MÁS DE SEIS	36	50,7	40	56,3	76	53,6	2	2,070	0,355
	TRES	32	45,1	25	35,2	57	40,1			
	NINGUNO	3	4,2	6	8,5	9	6,3			
TOTAL		71	100,0	71	100,0	142	100,0			
ENFERMEDAD CRÓNICA	NO PRECISA	36	50,7	46	64,8	82	57,8	4	8,386	0,078
	ANEMIA	34	47,9	20	28,2	54	38,0			
	DIABETES	0	0	1	1,4	1	0,7			
	EPILEPSIA	0	0	2	2,8	2	1,4			
	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	1	1,4	2	2,8	3	2,1			
TOTAL		71	100,0	71	100,0	142	100,0			
ÍNDICE DE MASA CORPORAL	SOBREPESO (25 a 29.9)	34	47,8	35	49,3	69	48,6	2	1,286	0,526
	OBESIDAD (30 a más)	29	40,9	24	33,8	53	37,3			
	NORMAL (18,5 a 24,5)	8	11,3	12	16,9	20	14,1			
TOTAL		71	100,0	71	100,0	142	100,0			
ENFERMEDAD DURANTE EL EMBARAZO	INFECCIÓN URINARIA	33	46,5	19	26,8	52	36,6	4	8,386	0,078
	NINGUNO	19	26,7	32	45,0	51	35,9			
	ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	9	12,7	10	14,1	19	13,4			
	VAGINITIS	9	12,7	7	9,9	16	11,3			
	DIABETES	1	1,4	3	4,2	4	2,8			
TOTAL		71	100,0	71	100,0	142	100,0			
ANTECEDENTES FAMILIARES	NO	67	94,4	69	97,2	136	95,8	1	0,696	0,404
	SI	4	5,6	2	2,8	6	4,2			
TOTAL		71	100,0	71	100,0	142	100,0			

Fuente: tarjeta de recolección de datos.

Tabla 5, la anemia previa como factor de riesgo, en neonatos con o sin malformaciones congénitas digestivas. Hospital de Apoyo Sullana II-2; 2014 a 2019.

FACTOR GINECO-OBSTÉTRICO MATERNO		NEONATO				Total		P= valor
		Casos		Control		N	%	
		N	%	N	%			
ENFERMEDAD CRÓNICA Anemia	SI	34	47,9	20	28,2	54	38	P: 0,054 OR = 2,172 IC: (1,075 – 4,391)
	NO	37	52,1	51	71,8	88	62	
TOTAL		71	100,0	71	100,0	142	100,0	

Fuente: tarjeta de recolección de datos.

Tabla 6, Infección de vías urinarias en el embarazo como factor de riesgo, en neonatos con o sin malformaciones congénitas digestivas. Hospital de Apoyo Sullana II-2; 2014 a 2019.

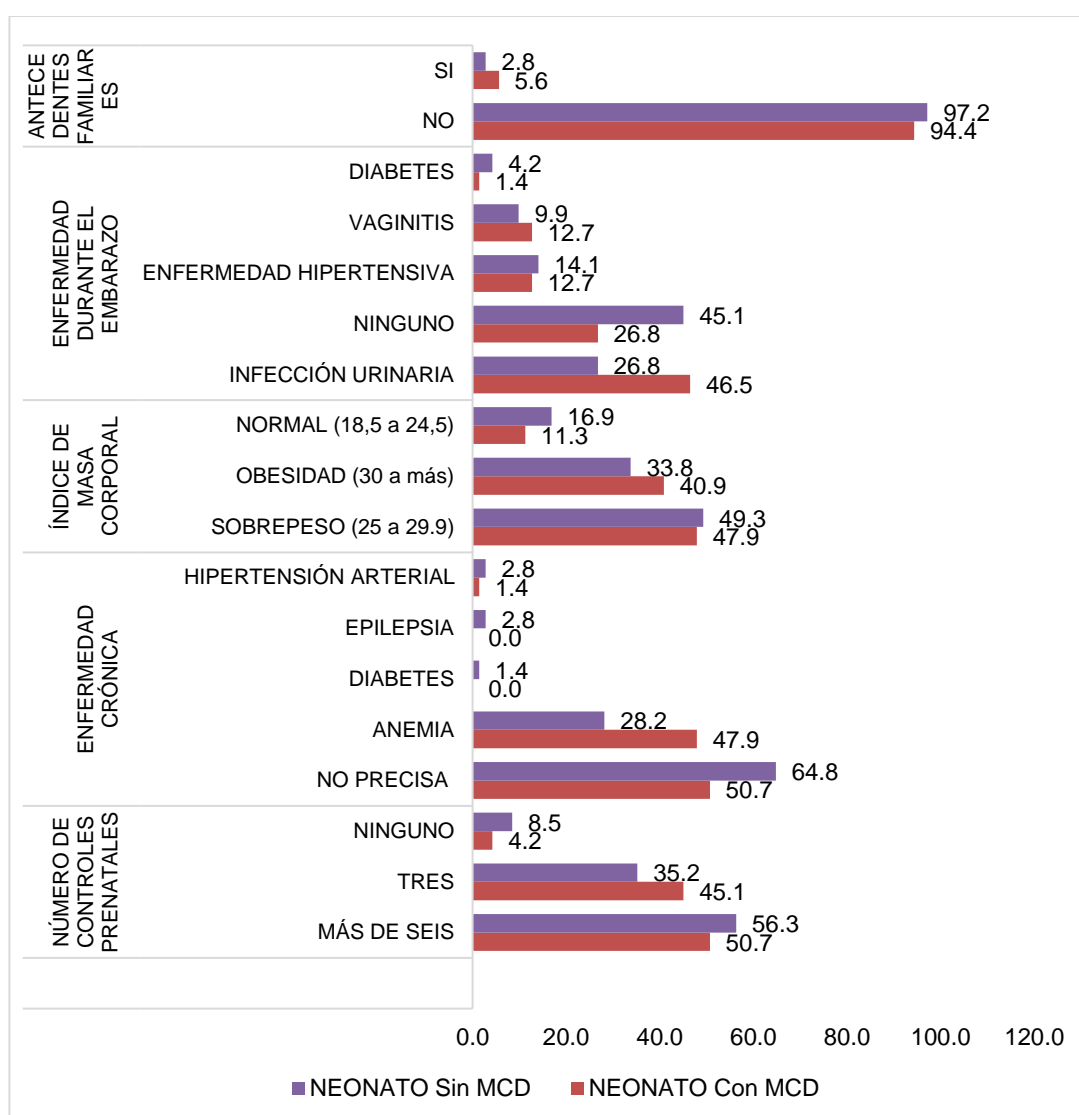
FACTOR GINECO-OBSTÉTRICO MATERNO		NEONATO				Total		P= valor
		Casos		Control		N	%	
		N	%	N	%			
ENFERMEDAD DURANTE EL EMBARAZO ITU	SI	33	46,5	19	26,8	52	36,6	P: 0,078 OR = 2,925 IC: (1,314 – 6,513)
	NO	38	53,5	52	73,2	90	63,4	
TOTAL		71	100,0	71	100,0	142	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: En la tabla 4, 5 y 6, se muestran los resultados referentes al factor gineco obstétrico, se puede ver que las pacientes, tanto para casos y controles no precisaba la presencia de alguna enfermedad crónica, en el caso donde se presenta la masa corporal, caracterizado como riesgo, el sobrepeso estaba presente en el 49,30% de los controles seguido del 47,89% de los casos, al verificar la enfermedad presente durante el embarazo se observa que la infección de las vías urinarias se encuentran en el 46,48% de los casos, mientras que en los controles, el 45,07% de usuarias respondieron no presentar ninguna enfermedad; Con respecto al OR, se elaboró una tabla de contingencia de 2x2 (**tabla 5**), considerando como categorías para la enfermedad crónica la anemia, dando como resultados para el OR = 2,172,

IC = 1,075 – 4,391, lo que demuestra que el daño que confiere la anemia crónica durante el embarazo es estadísticamente significativa, asimismo en las enfermedades durante el embarazo, (**tabla 6**) para determinar el OR se elaboró una tabla de contingencia de 2x2, considerando como factor de exposición a la infección urinaria, donde el OR = 2,925, IC = 1,314 – 6,513, lo que demuestra que el daño que confiere la infección urinaria en el embarazo es estadísticamente significativa.

Gráfico 2, Distribución porcentual del factor gineco-obstétrico Materno, en neonatos con o sin malformaciones congénitas digestivas. Hospital de Apoyo Sullana II-2; 2014 a 2019.



Fuente: elaboración propia

Tabla 7, Distribución numérica y porcentual de las características del recién nacido, en neonatos con o sin malformaciones congénitas digestivas. Hospital de Apoyo Sullana II-2; 2014 a 2019.

CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO		NEONATO				Total		X ²	gl	p= valor
		Caso		Control		N	%			
		N	%	N	%					
EDAD GESTACIONAL	A TÉRMINO	44	62,0	62	87,3	106	74,7	14,902	2	0,001
	PRETÉRMINO	25	35,2	6	8,5	31	21,8			
	POSTÉRMINO	2	2,8	3	4,2	5	3,5			
TOTAL		71	100,0	71	100,0	142	100,0			
PESO AL NACER	BUEN PESO	43	60,6	56	78,9	99	69,8	16,965	4	0,002
	BAJO PESO	25	35,2	8	11,3	33	23,2			
	MACROSOMÍA	1	1,4	7	9,8	8	5,6			
	EXTREMO BAJO	1	1,4	0	0	1	0,7			
	MUY BAJO	1	1,4	0	0	1	0,7			
TOTAL		71	100,0	71	100,0	142	100,0			
SEXO DEL FETO	HOMBRE	42	59,2	34	47,9	76	53,5	1,812	1	0,178
	MUJER	29	40,8	37	52,1	66	46,5			
TOTAL		71	100,0	71	100,0	142	100,0			

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Tabla 8, Bajo peso al nacer como factor de riesgo, en neonatos con o sin malformaciones congénitas digestivas. Hospital de Apoyo Sullana II-2; 2014 a 2019.

CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO		NEONATO				Total		p= valor
		Caso		Control		N	%	
		Ni	%	Ni	%			
PESO DEL RECIÉN NACIDO Bajo peso al nacer	SI	27	38,1	8	11,3	35	25,0	P: 0,002 OR = 4,395, IC: (1,817 – 10,633)
	NO	44	61,9	63	88,7	107	75,0	
TOTAL		71	100,0	71	100,0	142	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos.

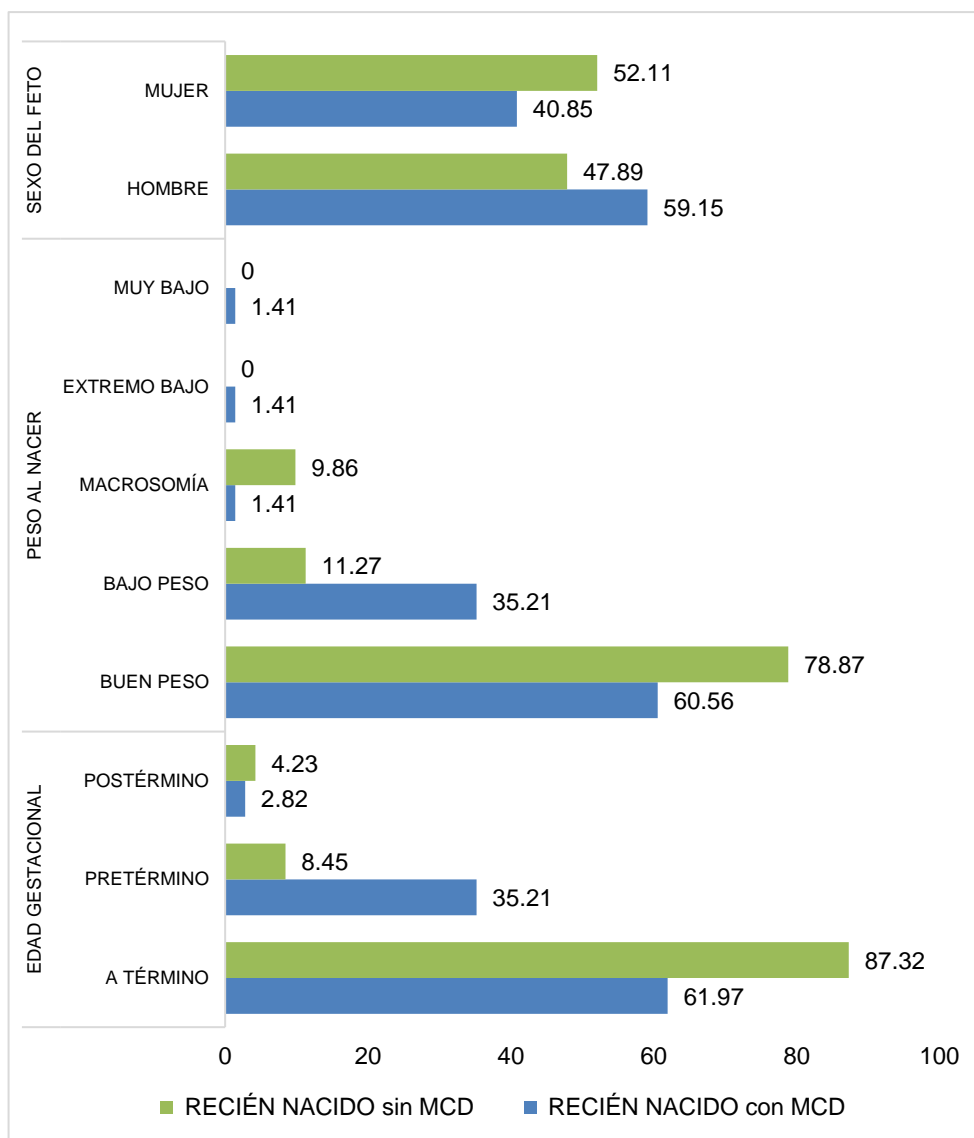
Tabla 9, Prematuridad como factor de riesgo, en neonatos con o sin malformaciones congénitas digestivas. Hospital de Apoyo Sullana II-2; 2014 a 2019.

CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO		NEONATO				Total		p= valor
		Caso		Control		N	%	
		N	%	N	%			
EDAD	SI	25	35,2	6	8,5	31	21,8	P: 0,001 OR: 5,871, IC: (2,223–15,506)
GESTACIONAL	NO	46	64,8	65	91,5	111	78,2	
TOTAL		71	100,0	71	100,0	142	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: la tabla 7,8 y 9, se muestra los resultados referentes al recién nacido, donde se observa que para los controles el 87,32% representaban a los recién nacidos a términos mientras que los casos fueron 61,97%, el buen peso estaba presente tanto en los casos como en los controles, para verificar el OR, se elaboró tabla de 2x2, (**tabla 8**), teniendo presente que la exposición al bajo peso al nacer es factor riesgo (menor a 2,500 g.). el OR = 4,395, IC = 1,817 – 10,633, la inferencia estadística, menciona que el daño que confiere el bajo peso al nacer es estadísticamente significativo. Por otro lado, los resultados referentes a la edad del recién nacido (**tabla 9**) demuestran que el $X^2 = 14,902$, con g.l.= 2 y Sig. Asintótica = 0,001, es decir la inferencia estadística, menciona que la malformación congénita digestiva es dependiente de la edad gestacional. La dependencia cuenta con significancia estadística ($p < 0,05$). Para calcular el OR se elaboró una tabla de contingencia de 2x2, considerando como factor de riesgo la prematuridad, donde el OR = 5,871, IC = 2,223 – 15,506, es decir, el daño que confiere la prematuridad es estadísticamente significativa.

Gráfico 3, Distribución numérica y porcentual del factor gineco-obstétrico del recién nacido, en neonatos con o sin malformaciones congénitas digestivas. Hospital de Apoyo Sullana II-2; 2014 a 2019.



FUENTE: Ficha de recolección de datos.

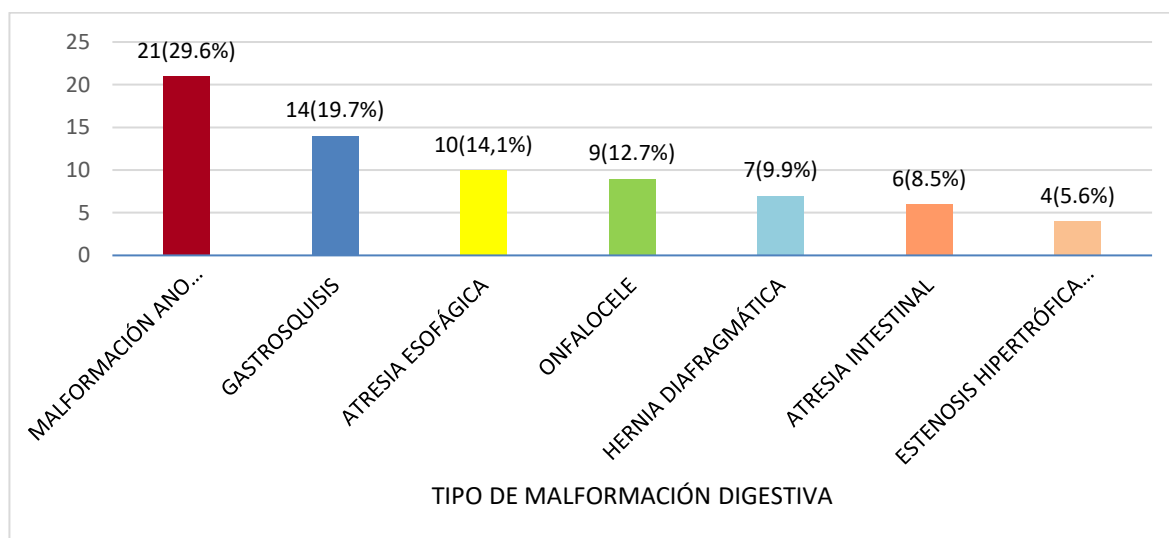
Tabla 10, Distribución numérica y porcentual de la malformación digestiva en neonatos con malformaciones congénitas digestivas. hospital de apoyo Sullana II-2; 2014 a 2019.

MALFORMACIÓN DIGESTIVA	CASO	
	N	%
MALFORMACION ANO RECTAL	21	29,5
GASTROSQUISIS	14	19,7
ATRESIA ESOFÁGICA	10	14,1
ONFALOCELE	9	12,7
HERNIA DIAFRAGMÁTICA	7	9,8
ATRESIA INTESTINAL	6	8,5
ESTENOSIS HIPERTRÓFICA DEL PÍLORO	4	5,6
TOTAL	71	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: La tabla 10, muestra los resultados referentes a las malformaciones digestivas que sucedieron en el hospital de apoyo II de Sullana, donde se observa que en el grupo casos el 29,6% presentaron malformación ano rectal, seguida de Gastrosquisis con el 19,7%, también estaba la Atresia Esofágica con un 14,1%, seguido del Onfalocele con el 12,7%, en menor cantidad se hallaron la Hernia Diafragmática y la Atresia Intestinal con 9,9% y 8,5% respectivamente, finalmente se encontró Estenosis Hipertrófica del Píloro con 5,6%. Para el análisis inferencial podemos mencionar

Gráfico 4, Representación numérica y porcentaje de malformaciones digestiva en neonatos con malformaciones congénitas digestivas. hospital de apoyo Sullana II-2; 2014 a 2019.



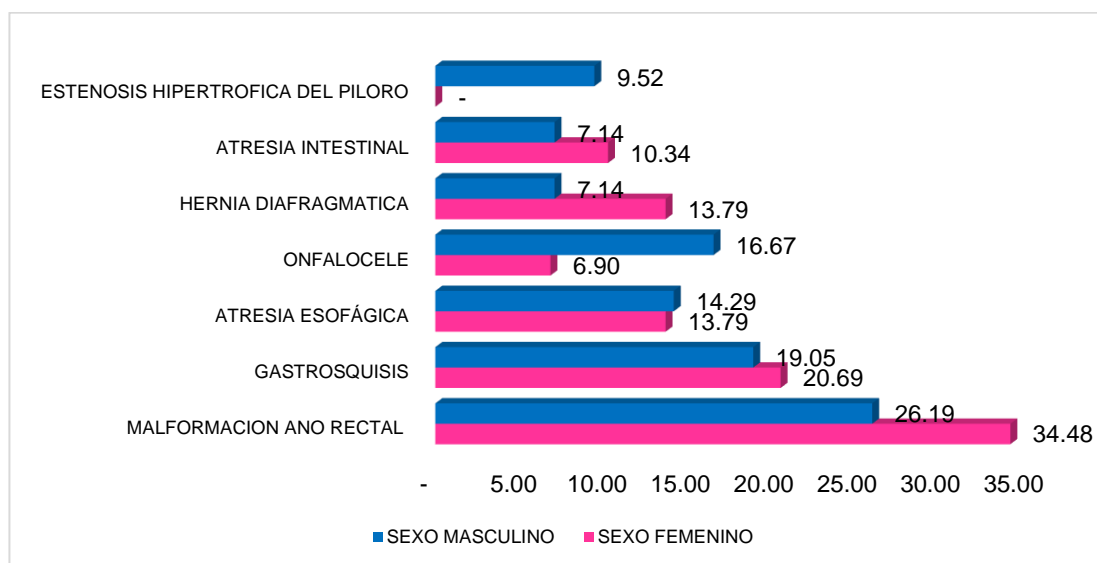
Fuente: Ficha de recolección de datos.

TABLA 11, Distribución numérica y porcentual de la malformación digestiva según sexo del recién nacido, en neonatos con malformaciones congénitas digestivas. hospital de apoyo Sullana II-2; 2014 a 2019.

MCD	SEXO DEL RN				Total	
	FEMENINO		MASCULINO		N	%
	N	%	N	%		
MALFORMACIÓN ANO RECTAL	10	34,6	11	26,2	21	29,6
GASTROSQUISIS	6	20,6	8	19,1	14	19,7
ATRESIA ESOFÁGICA	4	13,5	6	14,3	10	14,1
ONFALOCELE	2	6,9	7	16,7	9	12,7
HERNIA DIAFRAGMATICA	4	13,9	3	7,1	7	9,8
ATRESIA INTESTINAL	3	10,5	3	7,1	6	8,5
ESTENOSIS HIPERTROFICA DEL PILORO	0	0	4	9,5	4	5,6
TOTAL	29	100,0	42	100,0	71	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 5, Representación y porcentaje de malformaciones digestiva en neonatos con malformaciones congénitas digestivas. Hospital de Apoyo Sullana II-2; 2014 a 2019.



Fuente: Ficha de recolección de datos.

TABLA 12. Tabla resumen de resultados de las variables con índice de confianza para riesgo, en neonatos con malformaciones congénitas digestivas. Hospital de Apoyo Sullana II-2; 2014 a 2019.

VARIABLES	CUADRO DE 2X2	OR	IC	X2	GL	P= VALOR
TIPO DE ÁREA DE PROCEDENCIA	Área rural	2,109	1,012 – 4,397	4,036	1	0,045
EDAD GESTACIONAL	Prematuridad	5,871	2,223 – 15,50	14,902	2	0,001
PESO AL NACER	Bajo peso al nacer	4,395	1,817 – 10,63	16,965	4	0,002

Fuente: Ficha de recolección de datos.

V. DISCUSIÓN

La presencia de recién nacido con malformaciones digestiva, es un problema que requiere de atención por los profesionales de la salud, en base a ello se elaboró la investigación con casos de malformaciones congénitas digestivas presentadas en el nosocomio de Sullana, durante los años 2014 al 2019, en este periodo se identificó 71 casos de malformaciones congénitas digestivas, con una incidencia anual de 3600 nacimientos.

En los factores sociodemográficos maternos, se observó a la procedencia rural con el 38,0%, teniendo una alta asociación para la presencia de malformaciones congénitas y posee significancia estadística; nuestro resultado se asemeja a los de Morales J.¹³ quienes señalan que la procedencia rural fue 54.5% y constituyo ser factor de riesgo para las malformaciones congénitas digestivas. Al igual Leyva Solórzano, E.²², señaló que las embarazadas que venían de zonas alejadas tenían mayor probabilidad de tener recién nacidos con patologías como las mencionadas.

Con los resultados podemos inferir que la procedencia rural la cual está ligada a la falta de saneamiento básico, además se dedican a la agricultura teniendo exposición a sustancias químicas para el uso agrícola, esto no es parte del estudio, lo cual sería de importancia realizar en estudios posteriores. Así mismo, se conoce que el nosocomio de Sullana, recibe pacientes aseguradas y no afiliadas al seguro integral de salud y que por ende la gran mayoría de su población es de bajos recursos económicos, y son de procedencia rural; lo cual podría producir un sesgo en nuestro estudio.

El grado de instrucción, se logró identificar que presenta una alta asociación entre las variables de instrucción básica regular e instrucción superior, se demostró que la educación superior proporciona protección para la presencia de malformaciones, pero no es estadísticamente significativa. Estos resultados estadísticos proporcionan una injerencia importante el tener estudios superiores en el periodo de gestación.

La edad materna, los recién nacidos vivos con malformaciones digestivas predominaron en los extremos de las edades, el grupo de < 19 años, adolescencia ocupó el 28,2%, seguida la edad añosa mayor de 35 años

que ocupó un 11,2%, ambos extremos de edades expresan daño sin embargo no posee significancia estadística, estos resultados se relaciona a los encontrados por Morales J. y Cabrera M.¹³, quienes mencionan a la etapa de adolescencia es decir edades menores a 19 años), es una característica que pone en riesgo el desarrollo del feto y lo hace más susceptible a la presencia de malformaciones congénitas; con lo referente a la edad añosa concuerda con Fisher¹⁷, donde menciona que existe mucha más probabilidad de presentarse malformaciones congénitas digestivas en mujeres de 35 años. Por otro lado, Stallings (2019)¹⁴, establece que edades de la madre se asocian a riesgo para las malformaciones congénitas digestivas pero lo que no concuerda con nuestro estudio son los cortes de edad que establece a mujeres jóvenes (<25 años) y las madres añosas (> 40 años), al igual que Philip (2017)¹⁸ y Mohammed, et al. (2019)¹⁵ menciona que existe asociación entre la edad materna, y la presencia de defectos gastrointestinales, el menciona en su estudio que dichas malformaciones se presentaban en madres que tenían 40 años de edad.

En las enfermedades crónicas identificamos a la anemia con un 47,9%, demostraron que el daño que confiere la anemia crónica durante el embarazo, pero no es estadísticamente significativo, no existe antecedentes nacionales e internacionales para comparar, probablemente por lo que la anemia es fisiológica en la gestación.

En relación a las enfermedades aguda se ha considerado como factor de exposición a la infección urinaria, que obtuvo un 46.5%, se comprobó la alta asociación altamente significativa entre la presencia de infecciones del trato urinario y la presencia de malformaciones. Nuestros resultados se asemejan a Howley (2018)¹⁶ quién evidencio que una infección del tracto urinario periconcepcional se asociaba significativamente con 11 de los 52 defectos congénitos examinados; entre ellos se asoció a la atresia esofágica, estenosis duodenal, estenosis del intestino delgado y estenosis del colon. Por su lado, Guzmán, A. evidenció que las infecciones agudas en el embarazo son factores de riesgo con 18.92%, al igual que Solórzano, E, en su estudio

encontró altas diferencias entre las mujeres gestantes que cumplían rigurosamente su control prenatal de aquellas que no asistían o desertaban porque esta actividad se podía detectar a tiempo enfermedades agudas o crónicas, siendo las primeras la que menor posibilidad de complicaciones presentaban sobre todo se detectaba a tiempo las Malformaciones Congénitas del tubo digestivo en comparación.

En este punto, el estudio difiere a los resultados de Fisher (2018) ¹⁷ en Estados Unidos, él manifiesta que en la mayoría de su muestra se encontraban pacientes con hipertensión en el embarazo y que utilizaban antihipertensivos y tenían como antecedente la obesidad concluyendo que utilizar tempranamente medicamentos antihipertensivos en la gestante se relaciona con la presencia de atresia del intestino delgado. Asimismo, Morales J. Cabrera M. (2019)¹³ que obtuvo antecedentes de sobrepeso un 54.5%.

Por su parte, el peso del recién nacido, es otra característica asociada a riesgo, en el estudio predominó el buen peso (2500gr), el cual nos dio valores al 60,6%, en segundo lugar, está el bajo peso, con 35,2%, este ocasiona daño y es estadísticamente significativo. Estos resultados se asemejan a los de Morales J. Cabrera M. (2019), donde señalan que con respecto a las características de recién nacidos la mayoría eran pretérmino y bajo peso con 72.7%.

También, hacemos mención a la edad de gestación, la cual dio resultado al nacimiento de neonatos con malformaciones congénitas digestivas en un promedio de 64,8% para edades gestacionales a término y pretérmino 35,2%; estos resultados se asemejan a los encontrados por Ayala (2018) donde señala que el 68,8% de sus recién nacidos presentaron edades de gestación denominada a término mientras que el 31,5% fue pre término.

El 59.1% fueron recién nacidos de sexo masculino y el 40,9% restantes femeninos, este predominio del sexo masculino coincide con los estudios de Mohammed, et al. (2019)¹⁵ donde los hombres estaban más afectados que las mujeres (63% versus 37%), así mismo concuerda con Philip J, (2017) y Egbe A. (2014)^{18,21}.

El estudio hecho por Guzmán (2016)¹⁹ difiere de nuestros resultados encontrados, en la muestra de él, los más afectados fueron del sexo femenino (5.41%) finalmente Ayala, menciona que los recién nacidos de sexo femenino tienen mucha más probabilidad de sobrevivir, mientras que los recién nacidos de sexo masculino alcanza mortalidades de superiores al 60%.²³

Por consiguiente, mencionaremos que las malformaciones digestivas, presentadas en este nosocomio, en el grupo casos, el 29,6% presentaron Malformación Ano Rectal, seguida de Gastrosquisis con el 19,7%, también estaba la Atresia Esofágica con un 14,1%, seguido del Onfalocele con el 12,7%, en menor cantidad se hallaron la Hernia Diafragmática y la Atresia Intestinal con 9,9% y 8,5% respectivamente, finalmente se encontró Estenosis Hipertrófica del Píloro con 5,6%. Resultados similares y diferentes fueron los hallados por: Morales y Cabrera, quienes encontraron que la gran mayoría presentaban anomalías congénitas gastrointestinales como atresia esofágica y el ano imperforado, mientras que las principales anomalías asociadas fueron gastrosquisis, onfalocele¹³, por su lado, Stallings, evidencio que la prevalencia fue de 4.3% para gastrosquisis y 2.1% para onfalocele, siendo este un antecedentes materno para onfalocele, además ellas tenían el doble de probabilidades que la gastrosquisis de coexistir con otros defectos congénitos¹⁴, también Mohammed, presentó como resultados un 38.0% de anomalías congénitas del sistema digestivo.¹⁵ por su lado, Mandy, menciona que las malformaciones anorrectales, se presentaron en 27,3% en atresia esofágica, en la duplicación intestinal 25%, en trastornos de rotación y fijación 11,7%, y en atresia del yeyuno e íleo un 10%¹⁹.

Estos resultados, muestran diferencias de porcentajes en la presencia de malformaciones digestivas en nuestro estudio predomino las malformaciones ano rectales, seguida de Gastrosquisis, pero en estudios comparados encontramos la Gastrosquisis y el onfalocele, esto nos demuestra que la presencia de estas malformaciones son variables y no depende del lugar donde se realizase la investigación, de la misma manera se puede entender que la aparición de estas complicación del recién nacido pueden ser detectadas a tiempo siempre, tomando las medidas preventivas

de identificación y resolución oportuna, es importante mencionar que identificar las características de la madre también permiten estar alertas ante la presencia de malformaciones congénitas digestivas, de las cuales según nuestro estudio pueden ser reversibles mientras que se actué a tiempo.

VI. CONCLUSIONES

1. El grado de instrucción que prevaleció fue secundaria (70,4%), el área de procedencia fue urbana (62,0%), y la edad materna fue entre 19 a 34 años que corresponde al 60,6%.
2. En mayor porcentaje se encontró madres con patologías previa como la anemia (47,9%) y las infecciones de vías urinarias (46,5%).
3. En los factores sociodemográficos del recién nacido, se evidencia la probabilidad de sufrir daño si el sexo es masculino (59,2%), la edad gestacional que prevalece es a término (62,0%) y el buen peso al nacer (60,6%).
4. Las principales malformaciones congénitas digestivas encontradas fueron: Ano rectales (29,5%), Gastrosquisis (19,7%), Atresia Esofágica (14,1%), Onfalocele (12,7%), hernia diafragmática (9,8%), la atresia intestinal (8,5%) y la estenosis hipertrófica del píloro (< 5,6%).

VII. RECOMENDACIONES

1. A nivel primario se debe educar a la mujer gestante para acudir a los puestos de salud para tener un adecuado control prenatal, adopción hábitos saludables e informar sobre las consecuencias del consumo de sustancias químicas y nocivas.
2. Se recomienda a los establecimientos de salud informar a la gestante de la importancia del control prenatal oportuno, antes de las 12 semanas para la identificación temprana de embarazos con riesgo y determinar el diagnóstico y tratamiento precoz ante la presencia de patologías durante la gestación.
3. Se recomienda que el Hospital de Apoyo de Sullana II-2, mantenga énfasis en los registros epidemiológicos, con la finalidad de que exista un padrón de identificación de las madres con riesgo a presentar malformaciones congénitas digestivas, de tal manera poder manejar cifras estadísticas que sean fiel reflejo de la realidad de la población.
4. Exhortar a los colegas a realizar un estudio prospectivo y multicéntrico acerca de las malformaciones congénitas digestivas.

REFERENCIAS

1. Organización mundial de la salud. Anomalías congénitas. (Internet). 2016 (Fecha de acceso: 02 de junio del 2020). Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/congenitalanomalies> .
2. Organización Mundial de la Salud. Vigilancia de anomalías congénitas: manual para gestores de programas. (Fecha de acceso: 02 de junio del 2020). 2015
3. Organización panamericana de salud. Las anomalías congénitas son la segunda causa de muerte en los niños menores de 5 años en las Américas. 2015. (Fecha de acceso: 02 de junio del 2020). Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10487:2015-anomalias-congenitas-segunda-causa-muerte-ninos-menores-5anos-americas&Itemid=1926&lang=es .
4. Capito C. Hervieux E. Botto N. et al. Malformaciones gástricas y del intestino delgado. EMC – Pediatría. Francia. Volumen 54, Número 2. Pag. 1 – 18. 2019
5. Barrena S, Huertas L. Malformaciones congénitas digestivas. Pediatría Integral. Madrid, Vol. 23(6): pag. 301 – 309. 2019
6. Organización mundial de la salud. Anomalías congénitas. (Internet). (Fecha de acceso: 02 de Junio del 2020) 2016. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/congenitalanomalies>
7. Avila, J. ¿Por qué la mortalidad neonatal es una prioridad de salud pública en el Perú? Boletín epidemiológico del Perú SE 49. Vol. 26, Pag. 1556. 2017
8. Ministerio de la salud. Vigilancia epidemiológica de la mortalidad fetal neonatal en el Perú Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. hasta la SE 52.2019.
9. Ministerio de Salud. Instituto Nacional Materno Perinatal. Boletín epidemiológico anual. 2018. (fecha de acceso: 06 de Junio del 2020). 2020. Disponible en:

<https://www.inmp.gob.pe/institucional/boletinepidemiologico/1421335605?pagina=1>

10. Ministerio de Salud. Instituto Nacional Materno Perinatal. Boletín estadístico. (Fecha de acceso: 06 de Junio del 2020). 2018. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/boletinesestadisticos/1422371837?pagina=0>
11. Organización mundial de la salud. Anomalías congénitas. (Fecha de acceso: 03 de Junio del 2020). 2016. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/congenitalanomalies>
12. Ministerio de salud. Presidencia de la nación. Anomalías congénitas. Buenos Aire. Argentina. (Fecha de acceso: 04 de junio del 2020). 2020 disponible en: <http://www.msal.gov.ar/congenitas/introduccion-a-la-genetica/>
13. Morales J. Cabrera M. Manejo de las anomalías congénitas gastrointestinales, de pared abdominal y resultados perinatales en el HEODRA, durante enero de 2017 a diciembre de 2018. (Tesis de Especialidad). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. 2019
14. Stallings E, Isenburg J, Short T, et al. Datos de defectos de nacimiento basados en la población en los Estados Unidos, 2012-2016: un enfoque en los defectos de la pared abdominal. Investigación de defectos de nacimiento. (Fecha de acceso: 04 de junio del 2020). Atlanta: 2019; 1–12. disponible en: http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2015/10/03_Defectos-pared-abdominal_258.pdf
15. Mohammed M, Reda A, Helmy I, et al. Patrón y factores de riesgo de anomalías congénitas en un hospital universitario pediátrico, Alejandría, Egipto. Revista de la Asociación de Salud Pública de Egipto, 2019 94 (3): 1 - 9.
16. Howley M, Feldkamp M, Papadopoulos E, et al. Maternal genitourinary infections and risk of birth defects in the National Birth Defects Prevention Study. Birth Defects Research. New York 2018;1–12.

17. Fisher S, Zutphen A, Werler M, et al. Maternal Antihypertensive Medication Use and Selected Birth Defects in the National Birth Defects Prevention Study. Birth Defects Research. (Fecha de acceso: 04 de junio del 2020) New York, 2018 Nov 15;110(19):1433-1442. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30260586/>
18. Philip J, Lupo L, Isenburg J, et al. Population-based birth defects data in the United States, 2010–2014: A focus on gastrointestinal defects. Birth Defects Research. (Fecha de acceso: 04 de junio del 2020). 2017; 109:1504–1514. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5915361/>
19. Mandy I, Pinello G, Giuffrè M, et al. Congenital heart defects in newborns with apparently isolated single gastrointestinal malformation: A retrospective study. 2016 Elsevier Ireland. 103: 43-47
20. Guzmán, A. Factores de riesgo asociados a malformaciones congénitas en recién nacidos atendidos en el Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja en el período enero - junio 2016. (Tesis de titulación). Universidad Nacional De Loja. Ecuador. 2017.
21. Egbe Alexander, et al. Congenital Malformations in the Newborn Population: A Population Study and Analysis of the Effect of Sex and Prematurity. United states, 2015.
22. Leyva E. Factores de riesgo asociados a malformaciones congénitas del tubo digestivo en neonatos en el Hospital Belén De Trujillo. (Tesis de titulación). Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo. 2019.
23. Ayala F, Guevara E, Carranza C, et al. Factores asociados a malformaciones congénitas. Revista peruana de investigación materno perinatal. 2019 octubre; Vol. 8(4).
24. Vázquez Elizabeth. Características clínico epidemiológicas de malformaciones congénitas digestivas, en pacientes de 0 a 14 años, atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, periodo 2016-2017. Perú. 2018.

25. Mazzi E. Defectos congénitos. Rev Soc Bol Ped. La paz Bolivia. 2015; 54 (3): 148 – 59
26. Organización mundial de la salud, Vigilancia de anomalías congénitas. Ginebra. 2015
27. Manjarres Z, Vargas M, Valle E. Malformaciones congénitas del tracto digestivo: reporte de caso de malrotación intestinal, bandas de ladd y atresia ileal en el neonato. Colombia – 2020. Biociencias ISSN-0124-0110. Vol. 15, N° 1.
28. Reyes R, Muñiz E, Amorín I. Anomalías congénitas asociadas a la atresia esofágica. Revista Cubana de Pediatría. Cuba - 2014;86(1):68-76.
29. Pelizzo G, Destro F, Selvaggio G, et al. Esophageal Atresia: Nutritional Status and Energy Metabolism to Maximize Growth Outcome. Rev Children Italy - 2020, 7, 228.
30. Méndez R. Estenosis hipertrófica de píloro. Revista médica sinergia. 2018, 3(11):10-13.
31. G. Silva, Craniotis J. Características clínicas y enfoque terapéutico de pacientes con Malformaciones Anorrectales en dos Hospitales Sampedranos. Acta Pediátrica Hondureña, Honduras – 2016. Vol. 7, No. 2.
32. Chandrasekharan P, Rawat M, Rothstein D, et al. Congenital Diaphragmatic hernia – a review. Maternal Health, Neonatology, and Perinatology. Rev. Biomed Central. United States - 2017. 3:6
33. Terboven T, Schöler M, Zahn K, et al. Congenital diaphragmatic hernia Orphananesthesia. Germany – 2017.
34. Carreras E. atlas de malformaciones fetales congénitas: defectos de la pared abdominal. Editorial Mayo.
35. Diaz C, Copado Y, Muñoz G, et al. Malformaciones de la pared abdominal. Gastrosquisis. Rev. Med. Clin. CONDES. Chile - 2016; 27(4) 499-508]

36. Cuervo. Defectos de la pared abdominal. Onfalocele. Rev. Hosp. Niños. B. Aires. Buenos Aires, Argentina - 2015;57(258):170-190 / 170
37. Carlos M. Mery M, Luis E, et al. Effect of Gastrointestinal Malformations on the Outcomes of Patients With Congenital Heart Disease. The Society of Thoracic Surgeons Published by Elsevier. United states 2017 104:1590–6
38. Solis M. Relevant risk factors associated to congenital malformations in the d to congenital malformations in the. (Fecha de acceso: 10 de junio del 2020). 2016. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3418>.
39. Sampieri H. Metodología de la investigación. 6th ed. México: McGRAWHILL; 2014.
40. Tamara Otzen CM. Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. Int. J. Morphol. 2017; Vol 35 (Num 1).

Anexo 3. Matriz de operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador	Tipo de Variable
Tipo de malformación congénita digestiva	Defecto estructural primario en el aparato digestivo	Defecto estructural primario en el aparato digestivo registrado en historia clínica al momento del nacimiento	Malformación anorrectal () Atresia esofágica () Atresia intestinal () Estenosis hipertrófica del píloro () Hernia diafragmática () Gastrosquisis () Onfalocele ()	Cualitativo nominal
Malformación congénita asociada	1 o más defectos al nacimiento que acompañan a otra malformación de tipo congénita	1 o más defectos al nacimiento que acompañan a la malformación congénita digestivas registradas en historia clínica	Cardiopatías congénitas () Trisomía 21 () Polidactilia () Sindactilia ()	Cualitativa nominal
Edad gestacional	Edad del neonato comprendida en semanas después del nacimiento obtenida por el test de Capurro con la siguiente clasificación: Recién nacido pretérmino (RNPT): menor a 37 semanas al momento del parto. Recién nacido término (RNAT):	Edad del neonato comprendida en semanas después del nacimiento obtenida por el test de Capurro con la siguiente clasificación: Recién nacido pretérmino (RNPT): menor a 37 semanas al momento del parto. Recién nacido término (RNAT):	Recién nacido pretérmino (< 36 ss 6 días) Recién nacido a término (>37 ss) Recién nacido postérmino (>40 ss)	Cualitativa Dicotómicas

	mayor o igual a 37 semanas al momento del parto. Recién nacido posttermino: mayor a 42 semanas	mayor o igual a 37 semanas al momento del parto. Recién nacido posttermino: mayor a 42 semanas. Consignado en la historia clínica.		
Sexo del Recién Nacido	Características genotípicas y fenotípicas que difiere al hombre de la mujer en la especie humana.	Características fenotípicas que difieren al hombre de la mujer en la especie humana dato consignado en la historia clínica o DNI.	Masculino () Femenino ()	Cualitativa Nominal
Peso al nacimiento	Peso en gramos del niño al momento del nacimiento	Peso en gramos del niño al momento del nacimiento registrado en la historia clínica.	Muy bajo peso al nacer (<1500 gr) Bajo peso al nacer (<2500 gr) Buen peso al nacer (>2500 gr) Macrosomía (>4000 gr)	Cuantitativa Politómica
Edad Materna	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la madre hasta la actualidad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la madre hasta que ocurre el parto	Número de años cumplidos contenida en las historias clínicas	Cuantitativa Discreta

Grado de instrucción	Nivel de estudio recibido por la madre al momento del estudio	Escolaridad obtenida en el expediente	Analfabeta () Primaria () Secundaria () Superior ()	Cualitativa Politomica
Procedencia	Área geográfica del cual proviene la gestante.	Área geográfica de procedencia del cual proviene la gestante a la hora del parto registrado en historia clínica	Urbana () Rural ()	Cualitativa Politomica
Ocupación de la madre	hace referencia a lo que ella se dedica; actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo.	actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo a la madre registra en historia clínica	Estudiante () Ama de casa () Obrera () Profesional () Agricultora () Comerciante ()	Cualitativa Politomica
Enfermedades crónicas	enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta de la madre antes del embarazo	enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta de la madre antes de la gestación registra en historia clínica	Epilepsia () Diabetes () Hipertensión arterial () Anemia () Hipotiroidismo () Obesidad () Ninguna()	Cualitativa politómica

Controles prenatales	Todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la Morbilidad y Mortalidad materna y perinatal	Número de veces que la mujer asistió a la atención del embarazo y su evolución registrados en historia clínica	Sin control prenatal 3 controles prenatales >6 controles prenatales	Cuantitativa Discreta
Índice de masa corporal	Relación entre el peso corporal con la talla elevada al cuadrado.	Es la relación entre el peso corporal con la talla elevada al cuadrado. registrada en la historia clínica	< 18.5, bajo peso () 18.5 y 24.9, peso saludable () 25.0 y 29.9, sobrepeso () > 30.0, obesidad ()	Cuantitativa Discreta
Enfermedades Obstétricas	Alteraciones patológicas en la madre durante el embarazo	Enfermedades que presenta la madre antes de la gestación registradas en historia clínica	Trastornos hipertensivos () Infección urinaria () Vaginitis () Diabetes gestacional () Toxoplasmosis () Sífilis () Rubeola () Ninguna ()	Cualitativa Politómica
Antecedentes familiares de malformaciones congénitas	Historia de malformaciones congénitas en la familia (Familia de 1er grado)	Historia de malformaciones congénitas en la familia (Familia de 1er grado) Según este registrado en historia clínica de la madre	Presencia de MFC familiar contenida en historia clínica	Cualitativa Politómica

Hábitos nocivos	Utilización de sustancias nocivas para la salud de la madre y el feto	Consumo de sustancias nocivas para la salud de la madre y el feto contenidas en historia clínica	Tabaco () Alcohol () Café () Ninguno ()	Cualitativa politómica
Exposición a factores ambientales	Asociación a contaminantes o traumas que ponen en peligro la descendencia de un individuo.	Exposición ambiental registrado en historia clínica	Plaguicidas () Fungosidad () Pesticidas () Humo de cigarro ()	Cualitativa politómica

Anexo 4. Instrumento de recolección de datos

UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA
FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS
“FACTORES ASOCIADOS A MALFORMACIONES DIGESTIVAS DE RECIÉN
NACIDOS EN EL HOSPITAL DE APOYO II – 2 SULLANA DEL AÑO 2014 - 2019”

Fecha:

N° de ficha:

DATOS DEL RECIEN NACIDO N HC °:

- **Edad gestacional:**
RN pretérmino () RN a término () RN postérmino ()
- **Peso del RN:**
- **Tipo de malformación digestiva:**
Malformación anorrectal ()
Atresia esofágica ()
Atresia intestinal ()
Estenosis hipertrófica del píloro
Hernia diafragmática ()
Gastrosquisis ()
Onfalocele ()
- **Malformación asociada:**
Cardiopatías congénitas () Trisomía 21 () Polidactilia () Sindilactilia ()
- **Género:**
Masculino () Femenino ()

DATOS DE LA MADRE

N° de Historia Clínica:

- **Edad de la Madre:**
- **Procedencia:** Rural () Urbana ()
- **Grado de instrucción:**
Analfabeta () Primaria () Secundaria () Superior ()
- **N° de controles Prenatales:**
Sin CPN () 3 CPN () > 6 CPN ()
- **Enfermedades crónicas:**
Epilepsia () Diabetes () Hipertensión arterial () Anemia () Ninguna ()
- **Índice de masa corporal:**
bajo peso () peso saludable () sobrepeso () obesidad ()
- **Enfermedad durante el embarazo:**
 - tornos hipertensivos () Toxoplasmosis ()
 - Infección urinaria () Sífilis ()
 - Vaginitis () Varicela ()
 - Diabetes gestacional () Rubeola ()
 - Ninguna ()
- **Exposición a factores ambientales:**
Insecticida () Fungicida () Plaguicidas () humo de cigarrillo ()
- **Hábitos nocivos:**
Cigarrillos () Alcohol () Drogas ()
- **Antecedentes familiares de MC:** Sí () No () Tipo: