

ANOMALÍAS CONGÉNITAS EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO

CONGENITAL ANOMALIES IN THE DEPARTMENT OF ATLANTIC

Eulalia Amador Roderó¹, Mónica Arrázola David², Leslie Montealegre Esmeral³

RESUMEN

Las anomalías congénitas son anomalías estructurales o anatómicas que están presentes al nacimiento y pueden ser macroscópicas o microscópicas, estar presentes en la superficie o el interior del cuerpo. Afectan a uno de cada 33 lactantes y causan 3,2 millones de discapacidades al año. Estudio descriptivo retrospectivo en el que se investigaron los casos reportados hasta la semana 35, en el sistema de Vigilancia Epidemiológica. El objetivo fue caracterizar las malformaciones congénitas en el Departamento del Atlántico. Como instrumento se utilizó la ficha de registro y revisión documental. Según los resultados, el 62% correspondió al sexo masculino y el 38% al femenino; la malformación congénita más prevalente fue la cardiopatía con un 13,3%, seguida de las malformaciones del sistema nervioso central con 11,1%.

Palabras clave: Anomalías congénitas, Neonato, Factores de riesgos

ABSTRACT

The congenital anomalies are structural or anatomical abnormalities that are present at birth, can be macroscopic or microscopic, be present on the surface or inside the body. Affecting one in 33 infants and cause disabilities 3.2 million a year. Retrospective study in which the cases reported through week 35, in the epidemiological surveillance system were studied. The aim was to characterize the congenital malformations in the Department of the Atlantic. The instrument used was the registration form and document review. As a result it was found 62% were male and 38% female; the most prevalent congenital malformation was congenital heart disease in 13.3% followed by central nervous system malformations with 11.1%.

Keywords: Congenital Abnormalities, Newborn, Risk Factors

Recibido: Septiembre 17 de 2014

Aceptado: Octubre 15 de 2014

1 Fisioterapeuta, Magister en Neuropsicología y Educación, Docente Investigador. Universidad Libre Seccional Barranquilla, eamador@unilibrebaq.edu.co

2 Fisioterapeuta, Magister en Educación, Docente Investigador. Universidad Libre Seccional Barranquilla

3 Fisioterapeuta, Magister en Salud Pública, Docente Investigador. Universidad Libre Seccional Barranquilla

INTRODUCCIÓN

Las malformaciones congénitas son anomalías estructurales o anatómicas presentes al nacimiento; pueden ser macroscópicas o microscópicas y estar en la superficie o el interior del cuerpo. Sin embargo, en la mayoría de los casos no se conoce la causa ni la fisiopatología, así como tampoco el papel que puedan jugar los factores ambientales. Afectan a uno de cada 33 lactantes y causan 3,2 millones de discapacidades al año. Pueden ocasionar discapacidades crónicas con gran impacto en los afectados, sus familias, los sistemas de salud y la sociedad (1).

La frecuencia es de 3 a 5% en los neonatos nacidos vivos; sin embargo, puede aumentar si se tienen en cuenta los que mueren, o los abortos (2).

Son una de las 10 causas de mortalidad infantil en el mundo. En Latinoamérica según el estudio Colaborativo Latinoamericano de Malformaciones Congénitas ECLAM en el período 1995-2008 la tasa global de prevalencia en los 9 países participantes fue 2,7%; Chile y Brasil son los países con tasas superiores al promedio Latinoamericano (3).

Las más frecuentes en Suramérica son las alteraciones cardíacas (28 por 10.000 NV), y los defectos de cierre de tubo neural (24 por 10.000 NV), el síndrome de Down (16 por 10.000 NV), labio/paladar hendido (15 por 10.000 NV) y los defectos de pared abdominal (4 por 10.000 NV) (4).

En Colombia las malformaciones congénitas constituyen la segunda causa de muerte de niños menores de un año (5). En el Departamento del Atlántico son las causas que más prevalecen; ocupan el primer lugar de morbimortalidad en niños y niñas entre 0 y 4 años. (6)

Por el impacto en la salud y el pronóstico como secuelas discapacitantes se consideró oportuno determinar el perfil epidemiológico de las malformaciones congénitas en el Departamento del Atlántico.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal para determinar el perfil epidemiológico de las malformaciones congénitas, reportadas hasta la semana 35 del año 2013, por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Atlántico, se incluyeron todas las malformaciones reportadas sin exclusión. En total fueron 45 casos en el periodo reportado.

Las variables estudiadas fueron: malformaciones congénitas, sexo, sistemas corporales afectados, localidad de procedencia, seguridad social, semanas de gestación, edad del neonato, condición final, tipo de parto, vacunas de rubéola,

Se utilizó como instrumento la ficha de registro y revisión documental. A partir de ella se consolidó una base de datos que fue procesada con el software epi-info.

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados del análisis de estadística descriptiva en tablas de frecuencias.

En la tabla 1 se observa que la malformación congénita con mayor prevalencia fue la cardiopatía congénita (13,3%) seguida de malformaciones Neurológicas (Hidrocefalia 11,1%), malformaciones que pueden dejar secuelas discapacitantes en el neonato. Ver Tabla 1

Tabla 1. Distribución de anomalías congénitas reportadas

VARIABLE	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA (%)
Atresia esofágica	1	2,2
Ano imperforado	1	2,2
Atresia intestinal	1	2,2
Cardiopatía congénita	6	13,3
Criptorquidia	1	2,2
Defectos de la pared abdominal	1	2,2
Displasia esquelética	2	4,4
Espina bífida	1	2,2
Hidrocefalia	5	11,1
Fisura oral	1	2,2
Hipospadia	1	2,2
Polimalformaciones	1	2,2
S. Down	2	4,4
Talipes	1	2,2
Bajo peso	3	6,6
Hipotiroidismo congénito	4	8,8
Polidactilia	1	2,2
Otras	12	26,6
Total	45	100

Fuente: Base de datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA).Acumulado hasta la semana 35 de 2013.

Del total de anomalías congénitas según el sistema corporal afectado, el 18% corresponde a anomalías neurológicas y el 13% cardiorespiratorias. Ver Tabla 2

Tabla 2. Distribución de anomalías congénitas según el sistema corporal afectado en la población estudiada

ANOMALÍAS SEGÚN EL SISTEMA CORPORAL AFECTADO	N°	(%)
Anomalías osteomusculares	5	11
Anomalías neurológicas	8	18
Otras	15	33
Anomalías cardiorespiratorias	6	13
Anomalías digestivas	5	11
Anomalías genitourinarias	2	5
Anomalías endocrinas	4	9
Total	45	100

Fuente: Base de datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA).Acumulado hasta la semana 35 de 2013.

Del total de los casos reportados el 62% corresponde al sexo masculino. Ver Tabla 3

Tabla 3. Distribución anomalías congénitas según sexo del neonato

SEXO	N°	(%)
Femenino	17	38
Masculino	28	62
Total	45	100

Fuente: Base de datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA).Acumulado hasta la semana 35 de 2013.

La variable localidad se analizó a partir de los diferentes municipios del departamento del Atlántico de donde procedían las madres de los neonatos en donde residían las madres de los neonatos, siendo la mayor procedencia de Soledad con el 37,7%. Ver Tabla 4.

Tabla 4. Distribución de anomalías congénitas según la localidad

LOCALIDAD	No	(%)
Soledad	17	37,7
Malambo	5	11,1
Santa lucia	2	4,4
Sabana larga	1	2,2
Galapa	2	4,4
Ponedera	2	4,4
Arroyo de piedra	2	4,4
Polo nuevo	2	4,4
Tubara	2	4,4
Baranoa	2	4,4
Puerto colombia	2	4,4
Juan de acosta	2	4,4
Barranquilla	2	4,4
N.A	2	4,4
Total	45	100

Fuente: Base de datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA).Acumulado hasta la semana 35 de 2013.

En cuanto a la vinculación al sistema de seguridad social el 62% pertenecían al régimen subsidiado. Ver Tabla 6

Tabla 6. Distribución de anomalías congénitas según el tipo de seguridad social en salud

TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL	N°	(%)
Subsidiado	28	62
Contributivo	13	28,8
No afiliado	2	4,4
Excepción	2	4,4
Total	45	100

Fuente: Base de datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA).Acumulado hasta la semana 35 de 2013.

En la edad gestacional la Tabla 7 muestra que el 59 % fueron embarazos a término, seguidos por los preterminos en un 41%.

Tabla 7. Distribución de anomalías congénitas según la semana de gestación/edad gestacional

SEMANAS DE GESTACION	N°	(%)
Pretérmino (26-36 semanas)	18	41
A termino (37-41 semanas)	27	59
Posttérmino (+ 42 semanas)	0	0
Total	45	100

Fuente: Base de datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA).Acumulado hasta la semana 35 de 2013.

Con respecto a la edad del neonato, ésta fue reportada en dos modalidades: la Tabla 8 indica que el 84.4% fué reportada en días, mientras que el 15% fue reportada en meses. En los reportados en días se tuvo en cuenta entre 1 y 28 y el resto en meses cumplidos.

Tabla 8. Distribución de Anomalías congénitas según la edad del neonato

EDAD DEL NEONATO	N°	(%)
Dias	38	84,4
Meses	7	15,6
Total	45	100

Fuente: Base de datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA).Acumulado hasta la semana 35 de 2013.

Se tuvo en cuenta la condición final referido a si los casos reportados estaban vivos o muertos. La Tabla 9 muestra que 87% fueron vivos mientras que el 13% muertos. Lo que indica que hubo mayor prevalencia de nacidos vivos.

Tabla 9. Distribución de los casos según la condición final del neonato

CONDICIÓN FINAL DEL NEONATO	N°	(%)
Muerto	6	13
Vivo	39	87
Total	45	100

Fuente: Base de datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA). Acumulado hasta la semana 35 de 2013.

Por la presencia de parto gemelar se consideraron esta variables La Tabla 10 indica que solo el 2% correspondió a parto gemelar.

Tabla 10. Distribución de la variable parto gemelar

PARTO GEMELAR	N°	(%)
SI	1	2
NO	44	98
TOTAL	45	100

Fuente: Base de datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA). Acumulado hasta la semana 35 de 2013.

Otra variable que se tuvo en cuenta fue la vacuna contra la rubéola. La tabla 12 indica que solo el 7% de las madres recibieron las vacunas, mientras que el 49% no la recibió.

Tabla 12. Distribución de la variable vacuna contra la rubéola

VACUNA CONTRA LA RUBÉOLA	N°	(%)
Si	3	7
No	22	49
Desconocido	20	44
Total	45	100

Fuente: Base de datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA). Acumulado hasta la semana 35 de 2013.

DISCUSIÓN

Las anomalías congénitas han sido objeto de estudio por el aumento progresivo de su prevalencia y el impacto sobre la morbimortalidad infantil y en muchos casos por las secuelas discapacitantes de quienes las padecen.

El presente trabajo caracterizó las anomalías congénitas con un total de 45 casos reportados en la semana 35 del año 2014 en el Departamento del Atlántico.

La anomalía congénita con mayor prevalencia fue la cardiopatía (13,3%) seguida de malformaciones neurológicas (Hidrocefalia 11,1%), malformaciones que pueden dejar secuelas discapacitantes en el neonato. Alfaro *et al* encontraron alta prevalencia de anomalías osteomusculares y del sistema nervioso central (7). Otros estudios han identificado anomalías prevalentes en las cuales no identifican las del sistema nervioso central (8). Estos datos corroboran que los sistemas corporales que se hallaron en el presente estudio con mayor prevalencia fueron el sistema nervioso central, seguido del cardiorrespiratorio.

Los resultados indican que hay una prevalencia mayor en el sexo masculino (62%), Sánchez. (1989); Alfaro *et al*. también encontraron mayor prevalencia en el sexo masculino (7,9); Sin embargo, un estudio realizado en tres ciudades Colombianas reportó prevalencia menor en el sexo masculino (5).

La procedencia, lugar de residencia y tipo de vinculación al sistema general de seguridad social indican que la procedencia corresponde a estratos bajos, lo cual se constituye en factor de riesgo según datos de la OMS (2014) que indican que las anomalías congénitas son más frecuentes en las familias y países con escasos recursos. Se calcula que aproximadamente un 94% de los defectos de nacimiento graves se producen en países de ingresos bajos y medios, en los que las madres son más vulnerables a la malnutrición, tanto por macronutrientes como por micronutrientes, y pueden tener mayor exposición a agentes o factores que inducen o aumentan la incidencia de un desarrollo prenatal anormal (10).

Respecto al desenlace final, se halló que el 87% de los casos fueron nacidos vivos, similar a los hallazgos

de Alfaro, *et al* quienes encontró 93,79% nacidos vivos (7).

Otro factor de riesgo fue el parto gemelar, que aun cuando en el presente estudio se presentó en una sola ocasión, es de gran importancia si se tiene en cuenta que existen estudios en los cuales se identifica una asociación entre partos gemelares y nacimientos con malformaciones congénitas; uno de ellos fue un estudio realizado por el *Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Pontificia Universidad Católica de Chile, la cual informa que las anomalías congénitas aunque tienen poca incidencia en embarazos gemelares, se presentan con tasas reportadas de un 4,9%. Además de identificar que al menos el 10% de uno o los dos gemelos que llegan al nacimiento presentan algún tipo de anomalía congénita* (11). Otros estudios han considerado a los embarazos múltiples como factor de riesgo de los abortos espontáneos y muertes fetales (12).

Por otra parte, los resultados del análisis muestran que el 49% de las madres no se habían colocado la vacuna contra la rubéola durante el embarazo, lo cual es un factor de riesgo desencadenante para el padecimiento de malformaciones congénitas; por lo tanto, es fundamental la vacunación y cuidados prenatales adecuados (13). Desde 1942 se sabe que la infección por rubéola afecta al feto en desarrollo y puede producir aborto, retardo en el crecimiento intrauterino, malformaciones congénitas y retardo mental (14). Es necesaria la educación a la población sobre los factores de riesgo que tiene la salud del futuro hijo. Una forma de preservarla es precisamente con la vacuna contra rubéola, la cual ha disminuido considerablemente algunas malformaciones congénitas (15).

Según la OMS en Barranquilla la Secretaría de Salud Distrital intensificó la vigilancia, control y búsqueda de casos sospechosos de rubéola, como una medida para prevenir la reaparición de brotes, que puedan originarse por la llegada de personas afectadas con esta enfermedad a la ciudad, y por ende, si llegase

a afectar a una mujer embarazada puede producir graves malformaciones congénitas al feto.

Por esta razón y con el objetivo de minimizar la prevalencia de dichas malformaciones, las principales acciones deben estar dirigidas a continuar con el sistema de vigilancia epidemiológica de malformaciones congénitas y, la implementación de un programa que promueva la salud de la población y disminuya la progresión y desenlaces adversos de estas enfermedades.

CONCLUSIONES

Las anomalías congénitas siguen siendo un problema de salud pública, que afecta mayoritariamente a sectores más vulnerables de la población, probablemente relacionado con estados de malnutrición, gestantes menores de edad y otro factor de riesgo importante son los embarazos múltiples, parto prematuro y falta de cuidado y seguimiento prenatal. Un factor de riesgo muy importante es la falta de vacuna contra el virus de la rubéola que en algunos casos se presenta por desconocimiento por parte de la gestante sobre la importancia de la misma. Por lo tanto, se debe continuar con el sistema de vigilancia epidemiológica así como también con la educación sobre los cuidados y riesgos del embarazo.

Para finalizar se puede decir que los resultados arrojados por el análisis de los datos durante la realización de este proyecto de investigación, no dista mucho del comportamiento de las anomalías congénitas a nivel mundial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización mundial de la Salud [página de Internet]. Europa; [actualizado 2014 oct 23; cited 2014 dic 12]. Anomalías congénitas; [aprox. 2 paginas]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/es/>

2. Flores G. Malformaciones congénitas diagnosticadas en un hospital general. Revisión de cuatro años 2011. *Acta Pediatr Méx* 2011; 32(2): 101-06.
3. Nazer J, Cifuentes L. Malformaciones congénitas en Chile y Latino América: Una visión epidemiológica del ECLAMC del período 1995-2008. *Rev. méd. Chile* [Serie de Internet]. 2011 Ene [citado 2014 Mar 15]; 139(1): 72-78. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000100010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000100010>.
4. Nuñez O. Hipotiroidismo congénito. *Temas de revisión. Paediatrica*. 2003; 5(2): 1-14.
5. Zarante I, Franco L, López C, Fernández N. Frecuencia de malformaciones congénitas: evaluación y pronóstico de 52.744 nacimientos en tres ciudades colombianas. *Biomédica* [serie de Internet]. 2010 Jan [cited 2014 May 24]; 30(1): 65-71. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572010000100009&lng=en.
6. Gobernacion del Atlantico analisis de Situacion de Salud 2012 [página de Internet]. Colombia; [actualizado 2012 dic 23; cited 2014 feb 12]. Disponible en: www.minsalud.gov.co/.../Analisis-de-Situacion-Salud-Atlantico-2012.pdf
7. Alfaro N, Perez J, Valadez I, González Y. Malformaciones congénitas externas en la zona metropolitana de Guadalajara Diez años de estudio. *Investigación en Salud*. 2004; VI (3): 180-87.
8. Pardo A, Nazer J, Cifuentes L. Prevalencia al nacimiento de malformaciones congénitas y de menor peso de nacimiento en hijos de madres adolescentes. *Prevalencia al nacimiento de malformaciones congénitas y de menor peso de nacimiento en hijos de madres adolescentes*. *Rev Méd Chile*. 2003; 131: 1165-72.
9. Sanchez O, Salazar A, Brito A, Ramírez N, Alvarez M *Epidemiología De Malformaciones Congenitas En El Hospital Ruiz Y Paez De Ciudad Bolívar. Una Experiencia De 10 Años*. *Investigación Clínica*. 1980;30(3): 159-72.
10. OMS. Nota descriptiva No 370. Anomalías congénitas. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/es/>
11. Valenzuela P, Becker J. Pautas de manejo clínico de embarazos gemelares. Departamento de obstetricia y ginecología de la pontificia universidad católica de chile. Disponible en: <http://www.scielo.l/pdf/rchog/v74n/art1.pdf>.
12. Almaguer S, Fonseca M, Romeo M, Corona L. Comportamiento de algunos factores de riesgo para malformaciones congénitas en la barriada de "San Lázaro". *Rev Cubana Pediatr* [serie de Internet]. 2002 Mar [citado 2014 Mayo 30]; 74(1): 44-49. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312002000100006&lng=es.
13. Organización mundial de la Salud [página de Internet]. Europa; [actualizado 2014 sep 12; cited 2014 oct 11]. OMS. Respuesta de la OMS a factores de riesgo; [aprox. 4 paginas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/es/>
14. Blitchein-Winicki, *et al*. Síndrome De Rubéola Congénita En Diecisiete Hospitales Del Perú, 1998-2000. *Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. 2002. 63 (3).
15. Nazer, J. Prevención primaria de los defectos congénitos. *Rev Méd Chile* 2004; 132: 501-08.