

**EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO EN
PROGENITORES DE NIÑOS CON DEFICIENCIAS AL
NACER**

Diciembre 2005

Diseño y procesamiento de datos: Dra. Narcisa Torres Paredes
Directora PreNatal Ecuador
Levantamiento de información: Dra. Lilia Bermúdez Lasso

AGRADECIMIENTOS:

Al equipo de profesionales del ABEI Infantil y su gerente, Master Elvira Vallejo por su disposición para el desarrollo de esta investigación y contribuir a la prevención de nuevos nacimientos con deficiencias.

EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO EN PROGENITORES DE NIÑOS CON DEFICIENCIAS AL NACER

1.-JUSTIFICACIÓN:

1.1- DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

En el país existen escasas investigaciones sobre la incidencia y la prevalencia de discapacidades de origen prenatal y sus causas. Siendo muchas las causas y escasos los recursos para trabajar en prevención hace falta conocer cuales son las mas frecuentes t con consecuencias mas graves para direccional mejor los esfuerzos y recursos. No existe además una línea de base sobre las exposiciones con la que comparar impactos después de intervenciones de prevención..

1.2-ANTECEDENTES:

El CONADIS ha levantado dos censos nacionales sobre discapacidades, siendo el segundo mas completo en abordar varios aspectos del contexto en que vive quien ya está en situación de discapacidad. Pero señala muy poco sobre las causas.

Hay fuentes que informan sobre indicadores de problemas infantiles, maternos y sociales que pueden afectar a los bebes por nacer, como el ENDEMAIN o los reportes de mortalidad y morbilidad infantil y materna por causas.

Hay otros estudios los niveles de acumulación de sustancias conocidas como dañinas para los tejidos humanos y que en algunos casos son teratógenos. Hay también estudios sobre el efecto de algunos factores químicos o físicos sobre la estructura cromosómica en muestras de población que incluye personas en edad reproductiva¹.

Sin embargo no hay estudios entre la población nacida con deficiencias sobre la exposición que tuvieron a no a factores de riesgo durante el embarazo o en el período de la concepción cercano al embarazo.

2.-OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

GENERAL:

Contribuir a la prevención de deficiencias de origen prenatal con información local sobre la causalidad de las deficiencias de origen prenatal en el país, para sensibilizar a la población general, a profesionales y autoridades para trabajar en acciones dirigidas a disminuir los riesgos.

ESPECIFICOS:

1. Levantar en las organizaciones que atienden a personas con discapacidades de origen prenatal (antes o durante el parto) un registro de la evolución de la edad y la exposición a riesgos de los progenitores.
2. Elaborar material audiovisual para la difusión de resultados y sensibilización de profesionales de la salud y educación o desarrollo.

¹ Dr. Universidad Católica del Ecuador, 1997.

3. Socializar los hallazgos entre profesionales de la salud o de la educación para motivarles a promover la prevención y la generación de propuestas políticas institucionales y públicas de prevención de deficiencias de origen prenatal.

3.-RESULTADOS ESPERADOS:

1. Conocer las necesidades a resolver para poder profundizar investigaciones futuras en el campo de los nacimientos con deficiencias en Ecuador.
2. Determinar cuales son los factores de riesgo para deficiencias de origen prenatal mas frecuentes en una muestra, para orientar la priorización de mensajes preventivos.
3. Un video testimonial sobre la exposición a riesgos y la situación de progenitores (especialmente adolescentes) que tienen hijos con deficiencias.

3.-METODOLOGÍA:

Inicialmente pensamos que a través de las historias clínicas podríamos realizar un estudio retrospectivo que además de darnos información sobre exposiciones a agresiones durante el embarazo o durante el trabajo, podríamos como cambia (o no) la proporción de adolescentes que tienen hijos con deficiencias, por ser grupo de riesgo y en crecimiento.

La metodología planteada hubo que ser alterada en vista de que los registros de las historias clínicas son muy pobres y no tenían información sobre edad de progenitores ni exposición a riesgos que nos permitieran tomar muestras representativas de cada año. Los médicos registran escasísima información, con muy pocas excepciones.

Por esta razón decidimos tomar como muestras las historias de los pacientes activos, acudiendo actualmente al ABEI porque podríamos complementar la información faltante de las fichas que llenan los tecnólogos que prestan servicios, pues son mas cuidadosos en la toma de antecedentes familiares.

Otra fuente de información serían los progenitores o parientes de niños nacidos con deficiencias y que los llevan a terapias, a través de entrevistas estructuradas que nos permitieran recoger información a partir de sus percepciones, para datos ausentes en las historias clínicas.

Esta es una investigación cualitativa en la cual a partir de la percepción de las y los progenitores, trataremos de comprender los factores que influyen a nivel local en los nacimientos con deficiencias y conocer las necesidades a resolver para poder profundizar investigaciones futuras en este campo.

3.1.- VARIABLES DE ESTUDIO:

1. Condiciones de atención del parto:
2. Con que tipo de ayuda (en casa , con partera, institucional, sola)
Tipo de parto: vaginal, cesárea, único, múltiple.
3. Condiciones del niño al nacer:
 - 3.1.1. apgar (si hubiese registro) o signos equivalentes.
 - 3.1.2. hiperbilirrubinemia, edad gestacional, peso al nacer.

4. Manejo postnatal: latancia materna, patologías, infecciones, etc.
5. Edad materna al nacimiento de su hijo(a)
6. Grupo de sangre padre, madre, niño(a)
7. Nivel educativo de la madre y del padre
8. Lugar residencia inmediatamente antes y durante el embarazo
9. *Condición socio cultural que pudiera estar afectando el desarrollo:*
 - 9.1.1. Grupo étnico y lenguaje del padre o madre, migrantes campo-ciudad
 - 9.1.2. pobreza extrema , separación de los padres posterior al nacimiento
10. *Condición socio cultural que pudiera constituirse en riesgo para discapacidades: formas tradicionales de control de embarazo, tipos de uniones entre cónyuges, etc.*
11. Planificación del embarazo.
12. Semana (o mes) de primer control
13. # de controles en total
14. Exámenes solicitados durante control
15. Antecedentes familiares de enfermedad
16. Actividad económica de la madre (remunerada o no)
17. Actividad económica del padre (remunerado o no)
18. Factores químico/ físico/ biológicos con las cuales podría estar en contacto la madre por su trabajo
19. Factores químico/ físico/ biológicos con las cuales podría estar en contacto el padre por su trabajo
20. Exposición a riesgos ambientales de origen no laboral: vertederos, gases, etc.
21. Exposición a riesgos domésticos
22. Existencia de enfermedad materna previa o durante e embarazo.
23. Existencia de enfermedad paterna previa o durante el embarazo
24. Existencia de tratamiento cosmético a la madre durante el embarazo.
25. Existencia de tratamiento médico a la madre durante el embarazo.
26. Consumo de drogas previo o durante el embarazo.(incluido alcohol o cigarrillo)
27. Alimentación previa y durante el embarazo: suplemento ácido fólico

No se incluyeron otras variables como hipoglucemia al nacer por la dificultad para tomar estos datos desde la percepción materna.

3.2 DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA:

La muestra será de 60 progenitores de niños(as) nacidos con deficiencias de origen prenatal, (incluyendo las adquiridas durante el parto) que se atienden en los servicios de rehabilitación del ABEI Infantil durante el mes de diciembre del 2005.

3.3 ACTIVIDADES:

- 1.1. Revisión del diseño y guías de entrevistas y análisis con personal del ABEI.
- 1.2. Revisión de Historias clínicas del ABEI sobre diagnósticos de los niños atendidos en los últimos 10 años con el objetivo de seleccionar los casos con deficiencias de origen prenatal o durante el parto.
- 1.3. Entrevistas a madres de niños con deficiencias de origen prenatal actualmente asistiendo al ABEI
- 1.4. Entrevistas a progenitores de niños normales como grupo de control.
- 1.5. Procesamiento de datos en programa EPI INFO
- 1.6. Elaboración de informe.
- 2.1. Grabación de testimonios de madres con niños en situación de discapacidad y edición de video.

4.-RESULTADOS DEL ESTUDIO:

La muestra fue de 62 casos en los cuales las deficiencias provenían de antes del nacimiento o se generaron durante el parto. No haremos cálculos de correlaciones, sino que resaltaremos aquellas variables que consideramos deberían profundizarse en nuevos estudios.

4.1 VARIABLES DE ESTUDIO:

Condiciones de atención del parto:

El 88,7% de estos nacimientos se dieron en instituciones; el 8,1% con partera y el 3,2% solas.

58,1% fueron vaginales (36 casos) y por cesárea el 26%

Partos gemelares hubieron en 3 casos.

Condiciones del niño al nacer:

La información sobre APGAR fue proporcionada por los representantes en 26 casos (42%). Las madres no conocían esta información en 58% al parecer porque no les fue entregada esta tarjeta o no se les explicó suficientemente la importancia de presentar esta información durante las evaluaciones del desarrollo psicomotriz.

Por ello cuando las madres no traen tarjeta de una maternidad, los terapeutas del ABEI han registrado la referencia de la madre sobre rapidez para respirar y la presencia de cianosis en los primeros minutos de vida; en los casos en que no había registro alguno lo hicimos ahora.

Hubo 9 casos de APGAR con nivel de asfixia y 22 casos en que las informantes indican que demoró en llorar y estuvo cianótico. Sumarían 31 casos de asfixia al momento del nacimiento, que representan el 50%.

Hiperbilirrubinemia: 43,6% (24) de los casos anotan hiperbilirrubinemia, aun cuando no se pudo tener una información objetiva de la intensidad o si les fueron solicitados exámenes para verificar el nivel.

Edad gestacional: 18 casos (31%) fueron pretérminos. En el 38% de los casos en que hubo enfermedad materna, se dieron nacimientos prematuros.

Peso al nacer: En 12,9% (6 casos) se reporta bajo peso al nacer; en otros 2 casos retardo de crecimiento intrauterino.

Incompatibilidad sanguínea entre progenitores: en 6 casos, el 9,7%

Manejo postnatal: lactancia materna, patologías, infecciones, etc: en 19 casos que representan 30,6 %; algunos presentan más de una complicación; se encuentran complicaciones neonatales tales como:

- meningitis postquirúrgicas en casos donde la malformación requirió cirugía: 3 casos.
- Convulsiones: 5 casos
- Oxigenoterapia prolongada: 7 casos
- Distress respiratorio – neumonía : 4 casos
- Exsanguíneo transfusión: 3 casos
- Síndrome infeccioso: 1

- Hipoglicemia: 1
- Intoxicación (no se especifica por que):1
- Colitis 1
- Colocación de válvula derivación 1

Edad materna al nacimiento de su hijo(a):

Un 20.4% de madres tienen más de 35 años y un 9% tienen menos de 20 años, para un total de 44 respuestas.

Según el ENDEMAIN el porcentaje promedio nacional de madres mayores de 40 años es del 3,2% y para las mujeres menores de 20 años es del 20,1%.

Grupo de sangre padre, madre, niño(a):

Un 43,8% de las madres no conocen su tipo de sangre. Un 50,9% no conocen el tipo de sangre de su hijo. Un 46,3% no conoce el tipo de sangre de su marido; a mayor nivel educativo hay menos madres que desconocen el tipo de sangre propio, de su esposo o de su hijo.

Nivel educativo de la madre y del padre:

Un 31,6% tienen un nivel de primaria completo o incompleto. Un 54,4% tienen nivel secundario completo o incompleto. Un 14% tienen un nivel superior.

Lugar residencia inmediatamente antes y durante el embarazo:

Un 79,3% residían en la zona urbana, incluyendo urbano marginal; un 20,3% residían en zona rural.

Separación de los padres posterior al nacimiento: Este dato es tomado de otro estudio realizado en el ABEI: Hay un 38% de niños con deficiencias cuyos padres se separaron y en 8 de cada 10 casos fue a causa del nacimiento del niño. Hubo más abandono en padres de nivel secundario y superior.

Planificación del Embarazo: En un 68% el embarazo no fue planificado. En esta situación, una cuarta parte fueron luego abandonados por su pareja.

En el 32% restante el embarazo fue planificado y en este grupo todas las parejas estaban juntas.

Según el estudio ENDEMAIN 2004, en la población general, un 36,4% de embarazos no son planificados. Por ello se ratifica la falta de planificación y por tanto de preparación, como un factor de alto riesgo.

Condición socio cultural que pudiera constituirse en riesgo para discapacidades: formas tradicionales de control de embarazo, tipos de uniones entre cónyuges, etc.: No pudo levantarse suficiente información relevante al respecto.

En cuatro casos, 6,4% las madres son solteras. En otros 4 casos las madres son migrantes del campo a la ciudad.

En un solo caso se informa de atención por partera durante el embarazo, con prácticas de “sobar”, es decir masajear el vientre que suele decirse sirve para acomodar al niño.

En otro caso, se señala que fue nacido en una comunidad indígena de la amazonía norte y que no fue deseada por ser niña, siendo su destino tradicionalmente ser arrojada o regalada, pero fue adoptada.

Oportunidad del control:

En el 57% de los casos mencionan que el control se dio en las primeras 4 semanas. En el 23,3% se dio entre las semanas 5 y 8. En el 20% restante los controles se dieron de la semana 12 en adelante.

Exámenes solicitados durante control:

No estamos seguros que todas las madres identifican bien el tipo de examen, sin embargo registramos lo informado, sobre el porcentaje de embarazadas a quienes les fueron solicitados:

- Biometría: 67, %
- EMO. 64,5%
- Glucosa: 9,7%

Existencia de enfermedad materna previa o durante e embarazo.

48 de 62 madres indican haber sufrido enfermedad de algún tipo, es decir el 77,4%. Se mencionaron las siguientes con mayor frecuencia:

Enfermedad	# casos	% esta muestra	% país ²
Amenaza de aborto	8	16,6	11.6
Síndrome Gripal	11	22.9	
IVU	19	39.6	41.9
Preeclampsia	9	18.7	6.7
Vaginitis inespecíficas	6	12.5	
Diabetes gestacional	3	6.2	
Total de casos	48	77.4	26.78

Antecedentes familiares de enfermedad:

El antecedente mas frecuente de un familiar de primer o segundo nivel de consanguinidad es la diabetes (10 casos) Después la epilepsia (4 casos) y la displasia de cadera (3 casos).

Actividad económica de la madre (remunerada o no): 61 personas

	#	%
QQDD	40	64.5
Profesional	6	9.7
Comerciante	6	9.7
Guardiana	2	3.2
Obrera	1	1.6
Artesana	1	1.6
Empleada almacén	3	4.8
Limpieza maternidad	1	1.6

² ENDEMAIN 2004. Para las patologías mencionadas por las entrevistadas que no tienen información en el ENDEMAIN, no se coloca cifra. El promedio total país se obtuvo desde las enfermedades mencionadas en el ENDEMAIN.

Actividad económica del padre (remunerado o no): responden 55 personas

	#	%
Otro		
Obrero	11	17.7
Profesional	11	17.7
Comerciante	6	9.7
Guardiana	4	6.5
Artesano	4	6.5
Actividades agropecuarias	2	3.2

Existencia de enfermedad paterna previa o durante el embarazo:

Sobre esta variable no pudimos levantar suficiente información válida. Hay información en 9 casos, información que viene de las mujeres. En el resto de casos no conocen los antecedentes. Hay que tomar en cuenta que en 23 casos hubo abandono. De los 9 casos, 6 mencionan gripe, 1 caso paludismo y otro ninguna enfermedad.

Existencia de tratamiento cosmético a la madre durante el embarazo: Solo responden 8 mujeres positivamente. De ellas 3 mencionan la existencia de tinturado para el cabello durante el embarazo, con alguna frecuencia a lo largo del mismo.

Existencia de tratamiento médico a la madre durante el embarazo: Se mencionaron 37 casos de madres que tuvieron tratamiento por enfermedad durante el embarazo.

Antibióticos: en 45,9 % de los casos

Óvulos (no especificados): 16.2%

Cloroquina: en un caso 2,7%.

Progesterona: 2 casos (5,4%)

Escabiolan (**hexacloruro de gammabenceno**): 1 caso (2,7%)

Papaverol 2 casos (5,4%)

Alimentación previa y durante el embarazo: suplemento ácido fólico: en 18 casos, que representan el 29% de la población entrevistada, les fue indicado el consumo de ácido fólico. Todas comenzaron una vez iniciado el embarazo.

Factores químicos con las cuales podrían estar en contacto la madre o el padre por su trabajo: En el caso de varones hubo solo 13 respuestas, de las cuales 4 indicaron contacto con derivados del petróleo, 3 con plaguicidas y el resto con 1 caso cada uno con desinfectante, polvo, lacas, material de construcción (2).

En el caso de las mujeres hubieron 10 respuestas positivas y de ellas 5 mencionan contacto con desinfectantes , 1 con laca, 1 con plaguicidas.

Factores físicos con las cuales podrían estar en contacto el padre o la madre por su trabajo: 3 mujeres y 3 varones identifican factores físicos, entre ellos computadora (2 casos), frecuencia de radio (1), electricidad (1), un DIU.

Factores biológicos con las cuales podrían estar en contacto el padre o la madre por su trabajo: 5 mujeres y 4 varones identifican un contacto biológico: 2 mencionan las aguas servidas, 2 casos de padres se menciona contacto con fluidos corporales o sangre; 2

casos de mujeres mencionan las aves, 1 caso menciona vertederos y 1 menciona contacto con una probable virosis en un niño.

Exposición a riesgos domésticos: se menciona a los animales domésticos: perros (12 casos), gatos (7 casos), cerdos (3 casos), desinfectantes caseros (6 casos) y aves (2 casos).

Consumo de drogas previo o durante el embarazo: solo en un caso se reconoce el consumo de cigarrillo *por parte del padre* pero en una cantidad de 3 por día.

5.-CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

1. Hay una necesidad urgente de mejorar los registros de las historias clínicas, puesto que como están ahora son inservibles para efectos de estudios retrospectivos.
2. La cantidad de madres que tienen mas de 35 años es 7 veces mayor que en la población general. Las mujeres menores de 20 años en este grupos con menos de la mitad del porcentaje hallado a nivel nacional.
3. EL nivel de conocimiento que tiene la población acerca de los factores de riesgo de tipo ambiental es mínimo, por lo cual es posible que no logren percibir ningún riesgo pese a que hubiera existido.

Pudo haber sido necesario una mejor ampliación de “listas” de **productos comerciales conocidos** que contienen sustancias potencialmente teratógenos para ampliar la posibilidad de una respuesta positiva.

La difusión de los factores ambientales biológicos o químicos o físicos que se constituyen en agresiones a los bebes por nacer debe ser una prioridad para promover la cultura de prevención.

4. Las personas en la mayoría de los casos no recuerda nombres de medicamentos o exámenes que se les pide, sin de manera muy general (“antibióticos”, “óvulos”, “cremas”, etc). Hay muy pocas que si lo hacen.

No existe la práctica durante el embarazo de registrar en las historias y/ o conservar por parte de las madres los listados de los tratamientos de que son objeto, lo cual pudiera ser útil para estudios epidemiológicos.

La educación primero a los prestadores de servicios de salud y a la población en edad reproductiva sobre el efecto de los medicamentos en los bebes por nacer es urgente, promoviendo una actitud mas abierta de los profesionales a la comunicación e información sobre posibles efectos secundarios.

5. Impresiona el hecho de que la mitad de niños sufrieron asfixia al momento del nacimiento, evidente en un APGAR bajo o en llanto tardío y cianosis.

No se puede conocer si la asfixia se produjo durante la labor de parto antes del ingreso al hospital o mientras ya estuvo en el hospital. La información que daría el monitoreo fetal y otros signos del examen físico de la madre o la anamnesis, habría sido interesante para saber como llegan los niños al momento del ingreso.

Muchas veces las madres que no acostumbran buscar el parto institucional, solo llegan a la institución cuando el parto se ha complicado, por lo cual no se puede atribuir el sufrimiento fetal a mala práctica de atención intrahospitalaria.

Sin embargo es importante complementar este estudio con otros que revisan las prácticas de atención intrahospitalaria. El “proyecto de aseguramiento de la calidad” desarrollado por la Organización URC en Ecuador³, justamente ha investigado las capacidades del personal para realizar el control durante la labor de parto y de esos resultados se puede deducir que la asfixia puede estar dándose por falta de minuciosidad en este control y en la atención oportuna de las condiciones que se vayan presentando.

Lo que impresiona también preocupantemente es que ninguna madre de estos niños con asfixia fue informada de los riesgos de sufrir de lesiones y por tanto de la necesidad de atender oportunamente a los bebés para disminuir lo más posible las secuelas de estas lesiones. No existe de manera sistemática una costumbre de parte de los servicios de explicar a la madre la importancia de el puntaje obtenido por el niño(a) en cuanto APGAR ni el pronóstico de un recién nacido de acuerdo a dicho puntaje. Quizá por ello no suelen conservar esa tarjeta aunque hay otras madres que señalan no les fue entregada.

6. Así mismo casi la mitad de los niños presentaron hiperbilirrubinemia. Las madres indicaron que recibieron instrucciones para el tratamiento casero en algunos casos mientras otros fueron sometidos a tratamientos intrahospitalario. Sin embargo ninguna persona fue informada de la importancia del nivel que alcance este fenómeno y menos aún de las posibles consecuencias de niveles peligrosamente elevados. De nuevo la escasa comunicación médico paciente, que puede hacer demorar la atención.

La educación a los profesionales de la salud debe incluir el manejo de la información “difícil de devolver” a los progenitores. Hay que trabajar en el cambio de actitud, que promueva los derechos de los padres a recibir información y orientación sobre como ayudar desde el inicio a disminuir los problemas de desarrollo que podría tener su bebé.

7. Un tercio de los casos fueron pre- términos, ratificando este estudio que ***la condición de prematuridad es un riesgo muy importante para la aparición de deficiencias***. Coincide con otras investigaciones como aquella de la Universidad canadiense de McMaster, analizaron 150 niños y encontraron que cerca de la mitad requirieron asistencia educativa especial cuando sólo 10% de niños no prematuros que sirvieron como grupo de comparación tuvieron esa necesidad. El artículo que recoge la investigación fue publicado en la edición de febrero de la revista Pediatría.

Así mismo y ligado (o no) a la prematuridad, un 13% presentaron bajo peso al nacer y en 2 casos retardo de crecimiento intrauterino, factores de riesgo importantes para la aparición de procesos infecciosos tempranos que a su vez pueden llevar a deficiencias.

³ Investigación operativa “Maternidad Segura –resultados Ecuador” marzo 2004, P. Ayabaca, Jorge Hermida, y otros.

Las principales deficiencias que presentan los fetos y recién nacidos de pretérmino son la inmadurez de sus barreras naturales, la disminución en número y función de neutrófilos, las células NK disminuidas en número y función, la baja producción de citoquinas y la reducción de los niveles de complemento y otras proteínas de fase aguda⁴.

8. La existencia de enfermedad materna en mas de las tres cuartas partes de madres con hijos nacidos con deficiencias lleva a ***analizar la calidad del control prenatal: el diagnóstico fue oportuno?, la prescripción fue adecuada?, las pacientes cumplieron el tratamiento?, hubo automedicación?***

En el 38% de los casos en que hubo enfermedad materna, se dieron nacimientos prematuros

Las IVU, los síndromes gripales, la preeclampsia y la amenaza de aborto son las patologías mas frecuentes que se encontraron. Pudieron haber sido infecciones de transmisión sexual o virales en los casos en que se mencionan IVU o síndromes gripales. Dado que los registros no permiten análisis retrospectivos, nuevos estudios prospectivos de embarazadas cuyo primer diagnóstico es IVU o síndromes gripales podrían determinarse la asociación con infecciones teratogénicas virales o bacterianas por contacto sexual o de otro tipo.

Son conocidos los daños que produce la preeclampsia sobre el bebe por nacer: la prematuridad y sus consecuencias de aumento en la frecuencia de problemas del RN prematuro tales como distress respiratorio, parálisis cerebral, ceguera, epilepsia, dificultades de aprendizaje. En nuestra muestra **la prevalencia de preeclampsia es casi el triple de aquella en la población total del país**, lo que ratifica la importancia de la atención oportuna de esta patología para evitar deficiencias al nacimiento.

9. Otro fenómeno que se encuentra aquí ligado a estos nacimientos es ***la falta de planificación del embarazo***: en 68% no fueron planificados. Este porcentaje es **casi el doble de lo que se encuentra en la población general (36,4%)** según el ENDEMAIN 2004 por tanto se ratifica como otro factor de riesgo muy importante. El desconocimiento aún hasta la fecha de la entrevista del grupo de sangre de la pareja, del hijo o de si mismo, es parte de esta falta de preparación.
10. De acuerdo a nuestro estudio en esta muestra un 80% de madres tuvieron un control antes de las 12 semanas del embarazo, frente al promedio de Pichincha que es de 74%. En 12 casos que representan 20%, tuvieron menos de 5 controles (mínimo esperado).

En 6 casos tuvieron de 0 a 4 controles (32%). Los demás hicieron de 8 a 12 controles (68%). Un factor que influye aquí es el orden que le corresponda, porque mientras mas hijos a tenido la mujer, menos se preocupa por tener un control prenatal temprano y hacerlo con la frecuencia recomendada. Sabemos también que la búsqueda de controles es mayor en madres con mayor nivel de instrucción

En futuras investigaciones, la variable “antecedentes patológicos familiares” podría indicarnos si la existencia de antecedentes empujaba hacia un control más temprano

⁴ www.codeinep.com.ar/CDEINPEDIATRIANEONATOLOGIA

o mas frecuente. En nuestro caso encontramos que en el 19 casos (30,6 %) de estas familias se mencionaron antecedentes patológicos familiares. La distribución de casos por tipo de familiar y enfermedad es la siguiente:

Abuelos o abuelas: 11 casos (10 con diabetes, 1 con HTA 1 con epilepsia)

Tíos y/ o primos de los padres: 5 casos; Primos: 1; Hermanos: 2

En estos casos con antecedentes, 18 casos (95%) se controlaron en el primer trimestre.

11. Aunque en los países desarrollados las causas de nacimientos con deficiencias se deben especialmente a problemas genéticos, hipoglicemia y en el caso de Ecuador todavía las agresiones sufridas en embarazo y parto son una parte mayoritaria de las causas.

Comparando con los resultados del ENDEMAIN 2004, que muestra que en el Ecuador el 64,6% de embarazadas se hacen un control en el primer trimestre. En nuestra muestra este porcentaje fue del 80%. ***Coincidimos entonces con otros estudios que el control temprano no es un factor protector, sino va ligado a una buena calidad del mismo.***

Los niveles directivos y técnicos a cargo de la supervisión de la aplicación de normas de control prenatal a nivel público y privado, tienen arduo trabajo en detectar las brechas en esta etapa de la prevención y establecer programas para mejorar las competencias y proveer de recursos adecuados para que el control prenatal -al que con dificultad accede la embarazada- resulte de buena calidad y efectivo para resolver los problemas que se detecten.

Hay que considerar también que aún cuando no se hubiese detectado riesgos durante el embarazo, pueden presentarse complicaciones⁵. Por ello la evaluación de las competencias y recursos para resolverlas, es indispensable.

⁵ C. Rooney "Antenatal care and maternal health: how effective is it?" 1992. En "The health of women a global perspective" Westview Press Oxford 1993