



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

TITULO	PAGINA
RESUMEN DEL PROYECTO	2
INTRODUCCION	5
MATERIAL Y METODO	9
RESULTADOS	11
DISCUSION	13
FICHAS BIBLIOGRAFICAS	19
GRAFICAS	22

A G R A D E C I M I E N T O S

QUIERO HACER PATENTE MI AGRADECIMIENTO A MIS PADRÉS POR LA CONFIANZA Y EL APOYO BRINDADO DURANTE TODA MI PREPARACION ACADEMICA, ASI COMO A MIS HERMANOS QUIENES CON SU ALIENTO Y APOYO ME ESTIMULARON A LA TERMINACION DEL TRABAJO.

CON ESPECIAL CARINO A TODAS Y CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE CONTRIBUYERON A LA REALIZACION DE ESTE TRABAJO YA QUE SIN SU COLABORACION NO SERIA POSIBLE.

RESUMEN DEL PROYECTO

JUSTIFICACION Y OBJETIVOS GENERALES :

El embarazo precoz se acompaña de problemas biológicos y psicosociales, tanto en la madre como en el producto. El objetivo del estudio es determinar en base a la edad ginecológica, los problemas de salud maternos y la patología fetal, en mujeres primigestas con edad ginecológica menor de 2 años (grupo A) y con edad ginecológica mayor de 2 años (grupo B).

UNIVERSO DE TRABAJO Y MATERIAL DE ESTUDIO :

Se tomaron a 53 pacientes, que cubrieron los siguientes criterios de inclusión : madres primigestas menores de 19 años sin patología psiquiátrica o somática que interfieren el curso del embarazo; divididos en los grupos previamente mencionados de acuerdo a la edad ginecológica. El espacio del estudio fue en el "Hospital Materno Infantil Inguarán", durante 1991-1992.

Los hallazgos son presentados por : area psicosocial, patología materna y patología fetal.

'EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE Y SUS COMPLICACIONES'

En 1985 vivían en el mundo aproximadamente mil millones de personas con edad de 10 a 19 años, el 83% de ellos vivían en países en vías de desarrollo. En México, la población joven la constituyen 21 millones de personas que corresponde al 25% de la población total. La mitad son mujeres (1 y 2).

El crecimiento demográfico, los diversos niveles de desarrollo socioeconómico y los cambios en el estilo de vida, han creado una patología que se origina en factores sociales. Ejemplos de ella son los problemas de desarrollo y crecimiento, trastornos de conducta, problemas emocionales, trastornos de aprendizaje, embarazo adolescente y la crianza de hijos a edad temprana. (3).

Aunado a lo anterior se ha incrementado el número de embarazos y abortos en adolescentes, así como de divorcios y de madres solteras. (4).

Una tercera parte de los embarazos atendidos en Instituciones de Salud del país pertenecen a menores de 24 años.

El 13% a menores de 19 años. (5).

Las principales causas de mortalidad en el grupo de adolescentes son los accidentes, muertes maternas y suicidios (6 y 1).

Destaca pues el embarazo en la adolescente como un problema biológico y social.

El embarazo en la adolescente se acompaña de diversos problemas maternos y fetales, tanto biológicos como psicológicos. (8 y 9).

Sin embargo es conveniente definir como embarazo precoz aquel que se presenta en una mujer que todavía no ha terminado su pubertad y por lo tanto su crecimiento y desarrollo.

Los eventos puberales que no permiten suponer madurez biológica sería haber alcanzado el estadio V de Tanner o una edad ginecológica de 2 años.

La edad ginecológica se define como los años transcurridos a partir de la menarca. La mujer presenta ciclos ovulatorios regulares y termina su crecimiento en talla, apróximadamente 2 años después de la primera menstruación. (7).

El embarazo adolescente, es la gestación que se presenta en una mujer que no ha llegado a la madurez psico-social, entendiéndose ésta como el nivel de independencia familiar, autosuficiencia y productividad.

Se conocen factores de riesgo individuales, familiares, y del desarrollo que favorecen el embarazo en la adolescente.

Entre los factores individuales se menciona el nivel socioeconómico bajo, problemas de disciplina escolar, tabaquismo, vida sexual activa y menarca temprana. (11 y 12)

Los factores de riesgo familiares incluyen a madres con antecedentes de actividad sexual temprana, embarazo precoz y/o solteras.

Los factores del desarrollo reportados son variaciones del desarrollo cognocitivo, dudas de identidad sexual, estadio de pensamiento mágico e incapacidad de conducta preventiva. (10).

Algunas de las características del ambiente escolar son considerados como factores protectores, tales como el coeficiente intelectual alto, buen rendimiento escolar y la existencia de planes de estímulos académicos. (3).

El objetivo del presente estudio es determinar las alteraciones en la madre adolescente durante la gestación así como las condiciones del recién nacido, tales como : edad gestacional, peso al nacer, y calificación de APGAR.

MATERIAL Y METODO

Se revisaron 1 000 expedientes los cuales se tomaron de los archivos del Hospital: "MATERNO INFANTIL INGUARAN," correspondientes a los meses de Octubre a Diciembre de 1991. Se seleccionaron 53 expedientes que cumplieron los siguientes criterios de inclusión : edad menor de 18 años, primigestas, sin patología psiquiátrica ó patología somática que interfiera con el embarazo. Se formaron dos grupos: El grupo A se constituyo por 24 pacientes, las cuales contaron además de los criterios anteriores con una edad ginecológica menor de 2 años, antes del embarazo; el grupo B con criterios similares al grupo anterior pero tomando como referencia una edad ginecológica mayor de 2 años, siendo 29 los pacientes integrantes de éste grupo. En ambos grupos, de los expedientes se tomaron los siguientes datos: la edad cronológica, edad ginecológica, estado civil, escolaridad ocupación, terminación de la Amenorrea (gestación) sexo del producto, edad gestacional, APGAR, peso, talla y patologías asociadas del producto.

Se compararon los hallazgos obtenidos en ambos grupos: así como se intentó el seguimiento de los hijos de las madres adolescentes, que era considerada como segunda parte del estudio, al valorar al paciente durante su primer año de

vida, para corroborar las repercusiones en su estado de salud; sin embargo ésto no se pudo completar porque un alto porcentaje proporcionó un domicilio falso o no correspondió a la zona de influencia (Delegación Venustiano Carranza), sin embargo se trató de dar aviso a las madres para dicho seguimiento por medio de cartas, telegramas, telefonemas, y visitas domiciliarias sin que se pudiera obtener una respuesta adecuada para el propósito de la segunda parte del estudio.

RESULTADOS

En el grupo A se contó con 24 casos, la edad ginecológica de la madre era menor de 2 años, la edad cronológica tuvo un rango de 12 a 18 años, con promedio de 15.3 años. En relación a la terminación de la gestación se presenta (cuadro # 1): por medio de parto eutósico 19 (80%) cesáreas 4 (16%) éstas se indicaron por presentación anómala del producto; abortos 1 (4%). El sexo de los pacientes fué : mujeres 12 (52%) y hombres 11 (48%) ; en relación al peso de los pacientes fué de : 2, 300 kg a 3, 350 kg con promedio de 2, 900 kg; en lo referente a la edad gestacional corregida contamos con 35 a 41 semanas con un promedio de 38.4 semanas de edad gestacional, el APGAR, fué de 8 / 9 en promedio; en talla es de 40 a 51 cm. con un promedio de 45.1 cm.

Presentaron patología 7 pacientes los cuales correspondieron al 30%, distribuido de la siguiente manera: abortos 1 (14%), prematuraz 5 (71%) y un paciente (14%) con mielomeningocele, el cual falleció. (cuadro 2).

En el aspecto socioeconómico contamos con lo siguiente: estado civil: con pareja 10 (40%) (casados y unión libre) y, sin pareja 14 (60%) (solteras), en la escolaridad tienen primaria completa 10 (40%) y secundaria incompleta (60%); en

ocupación 22 (90%) se encuentra en el hogar 2 (10%) son empleadas. (Cuadros 3,4 y 5).

En el grupo B se contó con 29 casos, la amplitud de la edad cronológica fué de 13 a 18 años con promedio de 16.2 años. La terminación de la gestación fué : por parto eutósicos en 24 (83%), cesáreas en 2 casos (el 7% indicadas por presentación anómala) y abortos en 3 casos (10%) el sexo de los pacientes en 12 casos mujeres (46%) y hombres 14 casos (54%). El peso es de 2, 500 kg, a 3, 600 kg con un promedio de 2, 890 kg.

En relación a la edad gestacional corregida contamos con una variación de 38.1 a 41.1 semanas de edad gestacional corregidas con un promedio de 39. L a calificación del APGAR de 8/9. En la patología se presentaron únicamente 4 casos correspondientes al (16%) de la población en estudio con la siguiente patología: óbitos en 2 (50%), abortos 1 (25%) y una luxación congénita de cadera (25%).

En lo concerniente a lo socioeconómico tenemos lo siguiente: En el estado civil con pareja 17 (59%), sin pareja 12 (41%); en escolaridad con primaria completa 14 (47%), secundaria incompleta (47%) y otros 1(6%) (CONALEP); en ocupación se encuentran en su hogar 28 (94%) y como estudiante (6%)

DISCUSION

El termino adolescente, es aplicado al período de desarrollo psicosocial entre el paso del niño al adulto y que corresponde a edades cronológicas de los 10 hasta los 21 años.

Algunas partes de nuestro organismo crecen más rápidamente durante la adolescencia en particular el sistema reproductor. El porcentaje de edad de aparición de la menarca ha disminuido 3 veces por década y ésto es paralelo al desarrollo reproductivo de los jóvenes. (13).

Hoy en día las mujeres experimentan la menarca en promedio entre los 12.8 y los 13.2 años con un rango de variabilidad de los 10 a los 16 años, la madurez biológica precede a la madurez psicosocial.

La adolescente intermedia (18 años) es biológica y psicológicamente aún inmadura, y frecuentemente el embarazo no es planeado.

EL embarazo precoz presenta un conjunto de complicaciones derivadas de la inmadurez biológica de la madre (# 21).

En los países en vías de desarrollo la mortalidad materna se duplica en comparar las tasas de mortalidad de los grupos de 15 a 19 años de edad y de 20 a 34 años por 100 000 nacidos vivos, a favor del grupo de los adolescentes.

En México la mortalidad materna en menores de 24 años de edad abarca el 33% de la mortalidad materna general, siendo la segunda causa de muertes en adolescentes, sólo precedida por los accidentes (1).

El 40% de las muertes maternas en menores de 20 años de edad se deben a toxemia gravídica, otras complicaciones físicas son: incremento de hemorragias uterinas, anemias, fistulas rectovaginales, fistulas vesicovaginales, embarazo ectópico, aborto y enfermedad inflamatoria pélvica. (3,6 Y 16). En nuestro estudio no se detectó algún tipo de complicaciones derivadas del embarazo de la madre.

Las consecuencias psicológicas maternas del embarazo en la adolescencia incluyen trastornos de la personalidad, trastornos de la dinámica familiar, divorcios y alto riesgo de familia numerosa. (3).

Las consecuencias sociales son: baja escolaridad con interrupción de estudios, ingresos económicos menores en

comparación con madres que tuvieron su primer hijo después de los 20 años, madres solteras, problemas laborales y por lo tanto limitaciones en el desarrollo social (8 y 9) . En nuestro estudio el estado civil nos muestra que el 50% de ellas viven solteras, lo cual indica un problema social importante. En lo que respecta al nivel académico se corrobora lo encontrado en la literatura un pobre nivel escolar demostrado en los dos grupos; 50% con preparación secundaria, el 50% con primaria, podríamos suponer que un porcentaje mucho muy bajo lograrían terminar una preparación adecuada. Así como la ocupación de las madres en ambos grupos, el 90% se encuentra dedicada a las labores domésticas y solamente en promedio el 17% estudia o trabaja; lo que nos indica los graves problemas económicos que presenta el binomio madre e hijo (15).

La disminución de la edad en relación a la adolescente embarazada, ha demostrado un bajo peso en sus hijos en el momento del nacimiento. Comparando a los hijos de madres adultas con los de menores de 15 años de edad hay relación directa con el peso de sus hijos, el que es inferior a los 2, 500 kg, así como el trascurso del primer mes de vida, estos pacientes no representan un incremento ponderal adecuado. Esto se relaciona con la alta morbilidad y mortalidad presentadas en los hijos de madres adolescentes primigestas

en relación a las primigestas adultas (17,18,19 y 20).

En relación con la edad gestacional en los hijos de madres adolescentes, el 71% del grupo A fueron prematuros, lo que nos está indicando potencialmente una mayor morbilidad y mortalidad parinatal.

El peso de los pacientes en estudio en ambos grupos en el 90% de los casos se encontraron por arriba de la percentila 10, en lo que respecta a la terminación de la gestación en el 80% se efectuó por vía vaginal, en interrupción por vía abdominal se indicó por presentaciones anómalas del producto.

Los dos puntos anteriores difieren de la literatura muy posiblemente porque en el presente estudio se eliminaron las madres adolescentes con patología durante un período de gestación.

El control prenatal de las madres adolescentes pudiera prevenir muchas de las patologías presentadas tanto por el producto como por la madre (18).

Nosotros contamos sólo con un paciente que presentó una malformación congénita aparente (mielomeningocele), la poca

frecuencia de malformaciones congénitas se debe al pequeño universo de estudio (22).

El mielomeningocele se encuentra reportado en la literatura como una malformación congénita que se puede presentar en hijos de madres adolescentes; se ha investigado que la alteración puede presentarse por un control prenatal inadecuado así como un incremento en la ingesta de complejos vitamínicos en particular la cianocobalamina, así como otros componentes del complejo B, sobre todo durante el primer trimestre de gestación.

El diagnóstico debe realizarse en utero ya sea por medio de ultrasonido o por la determinación de Alfa Feto Proteína, sin embargo cuando esto no es posible y se obtiene un producto con las características antes mencionadas, el manejo del mismo tendría que ser multidisciplinario e integral, dando orientación adecuada a la madre y a la familia sobre el mismo (23 y 24).

En lo que respecta a los abortos presentados en ambos grupos esto no nos orienta a que la presencia de los mismos pudiera ser ocasionada por las grandes malformaciones congénitas las cuales son incompatibles con la vida (16).

Los hijos de madres adolescentes tienen el doble de mortalidad durante el primer año de vida en comparación con aquellos de madres de mayor edad. El síndrome de muerte súbita se presenta 2.5 veces más frecuentes en madres adolescentes que en mujeres adultas (13).

En las consecuencias a largo plazo reportadas para los hijos de madres adolescentes se menciona : retraso de pruebas psicológicas, problemas emocionales, experiencias sexuales tempranas, riesgos de abuso de drogas, fracaso escolar y riesgo de maltrato (11 y 13).

El presente estudio nos debe estimular para realizar un seguimiento en forma prospectiva y con ello poder obtener mayor información sobre los problemas psicosociales en la madre, así como el tipo de patología con el cual crecen los hijos de madres adolescentes.

En conclusión se demostró con el presente estudio que el embarazo iniciado en mujeres con una edad ginecológica menor de 2 años presentan mayor número de cesáreas, mayor número de neonatos prematuros e incremento de malformaciones congénitas.

F I C H A B I B L I O G R A F I C A

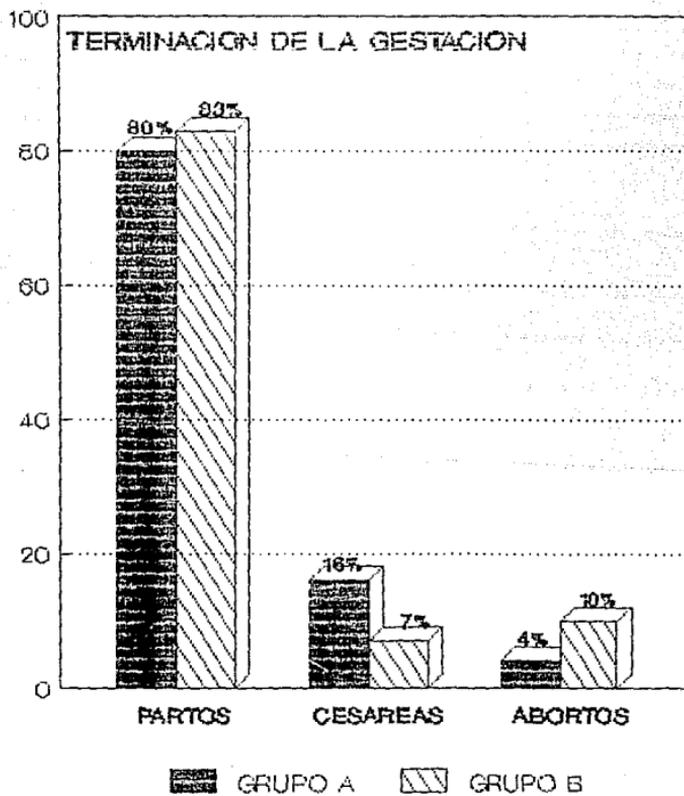
- 1.- Fecundidad en la adolescencia.- Causas, riesgos y opciones. Cuaderno técnico No. 12 de la organización Panamericana de Salud, 1988.
- 2.- Consejo Nacional de Población: México Demográfico, Breviario 1980-1981, México: Consejo Nacional de Población, 1981.
- 3.- Davis S: Embarazo en adolescentes. Clin Pen Nort Am 1989, 3:715-732.
- 4.- American Academy of Pediatrics. Embarazo en la adolescencia Committe of adolescence. Pediatrics 1989, 27: 35 - 36.
- 5.- IMSS, Subdirección General Médica. Informe Confidencial de Muertes Maternas, documento de circulación interna, 1983, 1984.
- 6.- The Health of Youth. Technical Decisions. May 1989. OMS.
- 7.- Zlotnik Fj, Burmeister Lf: Low ''Gynecologi age''; Am Obstetric

- 8.- American Academy of Pediatrics: Consejo a los adolescentes sobre opciones con respecto al embarazo. Committe en Adolescence Pediatrics 1989, 27: 37-38.
- 9.- American Academy of Pediatrics: Asistencia a los padres adolescentes y a sus hijos. Committe en Adolescence. Pediatrics 1989, 27:39 - 41.
- 10.- Pérez SD: Perinatología del embarazo en la adolescente. Rev Méx Ped. 1981. 48 : 79.
- 11.- Committe en Adolescence : Adolescent Pregnancy; Pediatrics.- Vol.83 No.1 132-134. Janury 1989.
- 12.- Committe on Adolescence; Counseling the Adolescent About Pregnancy option. Vol. 83 No. 1,135-137. Janury 1989.
- 13.- Mac Anarney J; Hendee L; Adolescent Pregnancy and Consequences; JAMA; 1989; 262(1) : 74-77.
- 14.- Stevens R; Roghmann,T; etal, Early Vaginal Bleeding, Late Prenatal Care, and Misciating in Adolescent Pregnancies, Pediatrics 1991, 87, (6) 838-840.

- 15.- Mc Cue, R; Klerman, L etal; School-age Mothers: Predictors of long term Educatios and Economic Outcomes; Prediatrics; 1991 : 87 (6). 862-867.
- 16.- Franco J; Jurs R, Abortoon in adolescence : 1988; 23 (92) PB13-23.
- 17.- Salmon L, Miller O, Vasilenko etal: weight gain during adolescent pregnancy Associated: maternal characteristics and affects on birth weight, J. Adolescence Health Care, 1988: 9 (4) : 286- 90.
- 18.- Simon L; Mc Anarney K; Adolecent maternal weight gaing and low birth weight. Amultifactorial model; Am J Clin Nutr: 1988: 47- (6) : 948-53.
- 19.- Corpuz, R; Teenage J pregnance: trend and impact on rates of lowbirth weight and fetal, maternal, and neonatal mortalite in the United States; Clin Perinatol: 1988: 15 (4); 929-47.
- 20.- Gale, K; Zengel; Harlap;etal; Birth out of wed lock and the riscof intrauterine growth retardation: Am J. Perinatol: 1988 5 (3); 278-87.

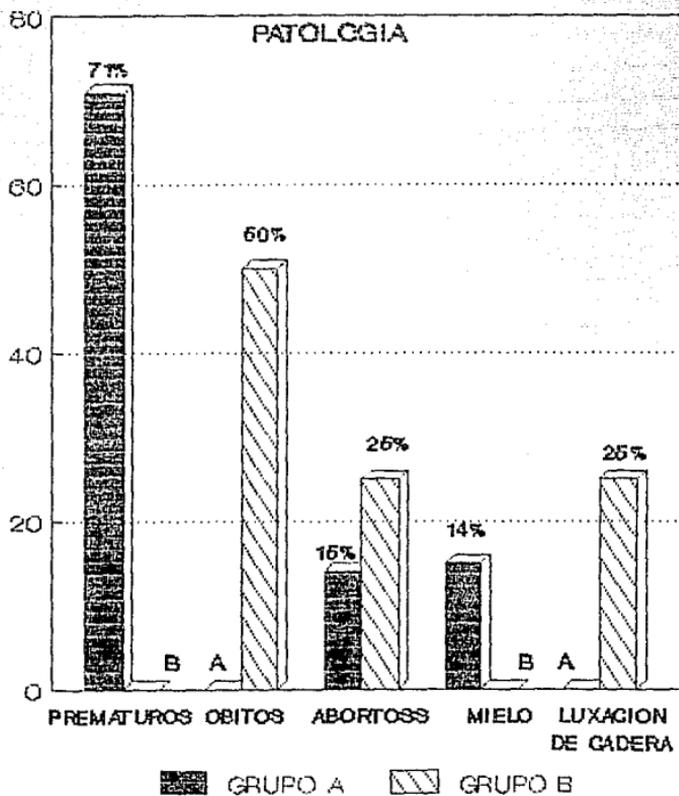
CUADRO 1

PORCENTAJE



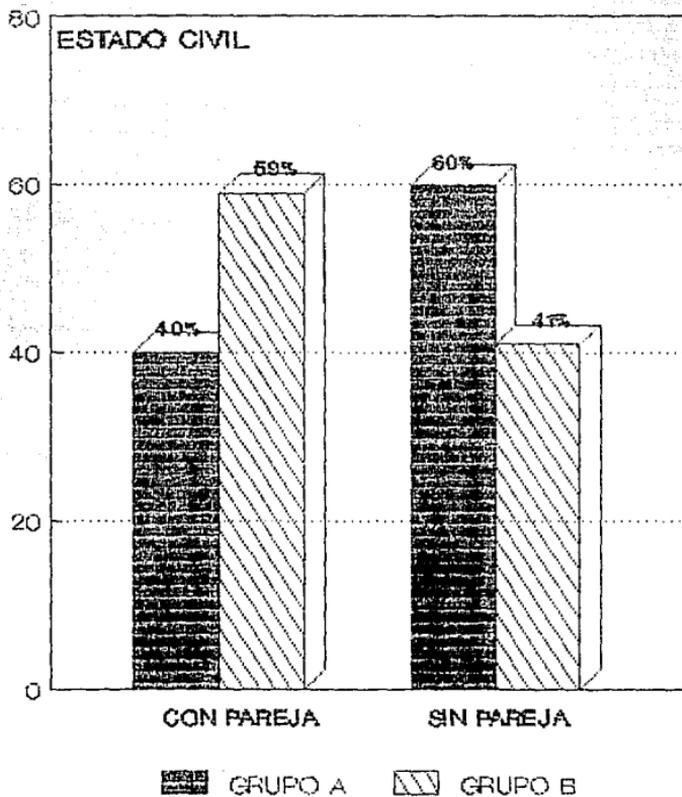
CUADRO 2

PORCENTAJE



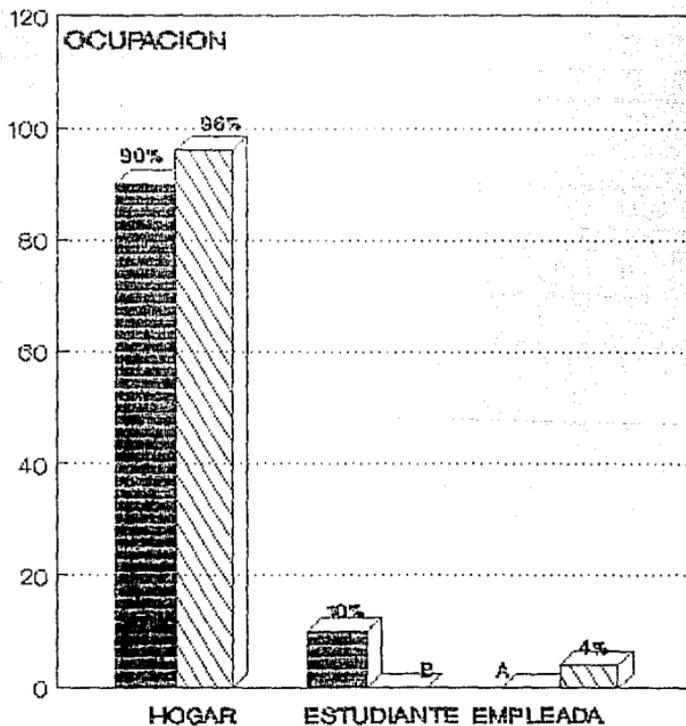
CUADRO 3

PRORCENTAJE



CUADRO 4

PORCENTAJE



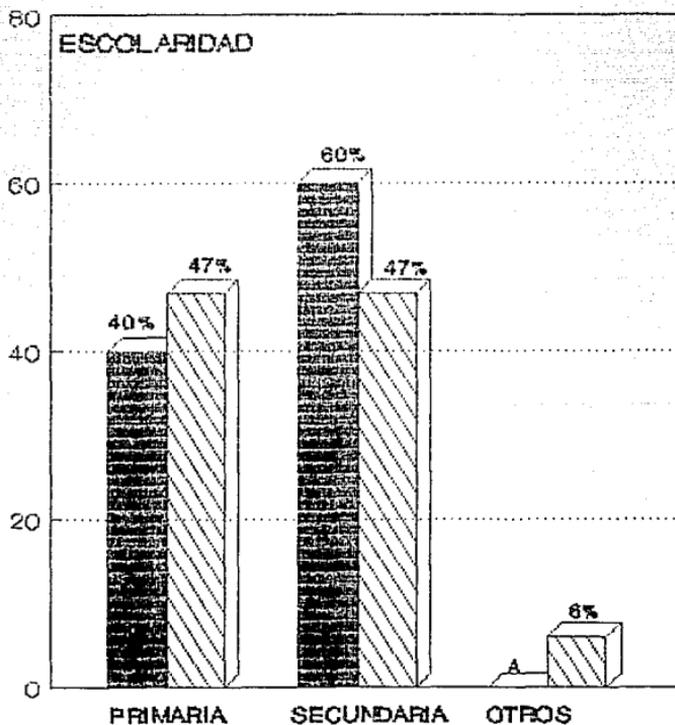
GRUPO A



GRUPO B

CUADRO 5

PORCENTAJE



GRUPO A



GRUPO B