

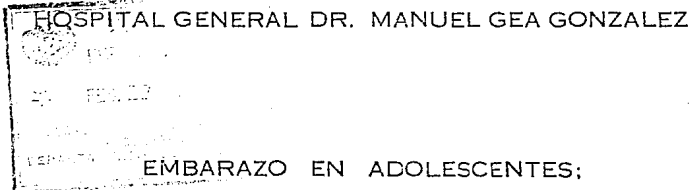
11237 39
2aje



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



EMBARAZO EN ADOLESCENTES;
SEGUIMIENTO DE SUS HIJOS DURANTE
EL PRIMER AÑO DE VIDA

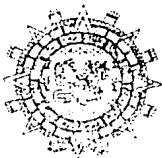
T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN:
PEDIATRIA MEDICA

P R E S E N T A:

DR. JOSE ALBERTO FLETES ZEPEDA

ASESOR: DR. ERNESTO ESCOBEDO CHAVEZ



MEXICO, D. F.

1994

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADEZCO:

A MIS PADRES:

**MARIA DE LOURDES ZEPEDA Y
RAFAEL FLETES GARCIA**

A MIS HERMANOS:

RAFAEL, MARILU Y CECILIA.

**A MIS MAESTROS, COMPAÑEROS Y MEDICOS ADSCRITOS
DE PEDIATRIA.**

**UN AGRADECIMIENTO ESPECIAL AL
DR. DANIEL JAVES PORTOCARRERO.**

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"

EMBARAZO EN ADOLESCENTES: SEGUIMIENTO DE
SUS HIJOS DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA.

T E S I S

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

DR. ERNESTO ESCOBEDO CHAVEZ

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

DR. JOSE ALBERTO FLETES ZEPEDA

COLABORADORES:

DR. VICTOR VELAZQUEZ

T.S. LAURA CAMACHO

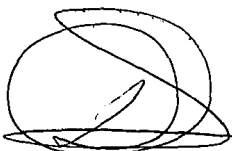
T.S. NANCY GUERRERO

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"



DR. CARLOS RIVERO LOPEZ

SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA



HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZALEZ

SUBDIRECCION
DE INVESTIGACION

DRA. MARIA DOLORES SAAVEDRA ONTIVEROS

SUBDIRECTORA DE INVESTIGACION



DR. ERNESTO ESCOBEDO CHAVEZ

TITULAR DEL CURSO DE PEDIATRIA MEDICA

SUBDIRECTOR DEL SERVICIO DE PEDIATRIA

TITULO: EMBARAZO EN ADOLESCENTES: SEGUIMIENTO DE SUS HIJOS DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA.

INVESTIGADORES:

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

DR. JOSE ALBERTO FLETES ZEPEDA

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

DR. ERNESTO ESCOBEDO CHAVEZ

INVESTIGADORES ASOCIADOS:

DR. VICTOR VELAZQUEZ

T.S. LAURA CAMACHO

LIC. NANCY GUERRERO

**SEDE: DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZALEZ"**

INDICE

INTRODUCCION	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
JUSTIFICACION.....	4
HIPOTESIS.....	5
OBJETIVO.....	5
DISEÑO.....	6
MATERIAL Y METODOS.....	6
RESULTADOS.....	11
DISCUSION.....	14
CONCLUSIONES.....	17
CUADROS.....	18
BIBLIOGRAFIA.....	23
GRAFICAS	

INTRODUCCION:

EN LOS ULTIMOS 20 AÑOS, EL INTERES POR EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES SE HA INCREMENTADO, DESARROLLANDOSE INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON LA SEXUALIDAD, EMBARAZO Y CRIANZA DE LOS HIJOS.

LA MAYOR PARTE DE LAS COMUNIDADES NO PUEDEN CONSIDERAR EL PROBLEMA CON OBJETIVIDAD DEBIDO A INFLUENCIAS POLITICAS Y RELIGIOSAS, QUE TRAEN COMO CONSECUENCIA QUE EL SIGNIFICADO DEL EMBARAZO DURANTE LA ADOLESCENCIA DEBA INTERPRETARSE A LA LUZ DE MUCHAS DIFERENCIAS PERSONALES, FAMILIARES, CULTURALES Y REGIONALES. (1-3)

ACTUALMENTE LA INDUSTRIALIZACION Y UNA SOCIEDAD URBANA COMPLEJA PROLONGAN LA EDUCACION Y RETRASAN EL CASAMIENTO Y EL GOZO SEXUAL; LOS ADOLESCENTES ALCANZAN LA MADUREZ A TEMPRANA EDAD, QUEDANDO UN VACIO DE APROXIMADAMENTE 5 AÑOS ENTRE LA MADUREZ Y LA ACTIVIDAD SEXUAL LEGITIMIZADA POR EL MATRIMONIO. (4)

EXISTE MUCHA CONTROVERSIA SOBRE LA CAUSA DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES, SIN EMBARGO LA MAYORIA DE LOS AUTORES COINCIDEN EN SEÑALAR QUE LA DESVENTAJA ECONOMICA CRONICA, EL ASPECTO DESOLADO Y LA DESESPERANZA, SON FACTORES QUE PUEDEN FAVORECER EL EMBARAZO TEMPRANO, DE LA MISMA MANERA QUE PUEDEN LLEVAR A LA MUJER ADOLESCENTE A TOMAR ACTITUDES MAS

PESIMISTAS SOBRE LA IMPORTANCIA DEL MATRIMONIO, LA FAMILIA Y LA PROFESION. (5-6)

OTRAS OPINIONES DISTINTAS SON VERTIDAS POR LOS ESPECIALISTAS EN DESARROLLO QUIENES ATRIBUYEN LA MAYOR PARTE DE LOS EMBARAZOS A VARIACIONES EN LA EVOLUCION COGNOSCITIVA, EXPLICANDO QUE EL PENSAMIENTO "OPERATIVO" QUE ES NECESARIO PARA PLANEAR EL FUTURO AUN NO SE HA DESARROLLADO EN LOS ADOLESCENTES JOVENES; MIENTRAS QUE OTROS CONSIDERAN QUE ES DEBIDO A QUE SON INCAPACES DE PERCIBIR CONDUCTA PREVENTIVA, A UNA FALTA DE IDENTIDAD DEL EGO Y A LA PRESENCIA DE PENSAMIENTO MAGICO. (7-9)

LA INCIDENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES MENORES DE 15 AÑOS ES DESCONOCIDA (10) Y LA FRECUENCIA EN EDADES POSTERIORES DIFIERE SEGUN EL AUTOR CONSULTADO, AUNQUE LA MAYORIA DE ELLOS COINCIDEN EN SEÑALAR QUE EL .45% DE LAS JOVENES ENTRE 15 Y 19 AÑOS DE EDAD SON SEXUALMENTE ACTIVAS, Y DE ESTAS EL 36% QUEDAN EMBARAZADAS EN UN PLAZO MENOR A 2 AÑOS DESPUES DE SU EXPERIENCIA SEXUAL INICIAL. (11) EN LA CIUDAD DE MEXICO AL IGUAL QUE EN OTROS LUGARES DE LATINOAMERICA EL EMBARAZO PUEDE PRESENTARSE A TEMPRANA EDAD, MUCHAS VECES FAVORECIDO POR EL HACINAMIENTO, EL NIVEL CULTURAL MAL BAJO Y EL ABUSO SEXUAL, SITUACION QUE SE VE AGRAVADA POR LA FALTA DE INFORMACION DE LOS ADOLESCENTES EN RELACION AL EMBARAZO Y LA FORMA DE PREVENIRLO (12); ES POR LO ANTERIOR QUE SUPONEMOS QUE LA FRECUENCIA DE EMBARAZO EN ESTE GRUPO DE EDAD ES IGUAL O MAYOR AL QUE PRESENTAN LOS PAISES INDUSTRIALIZADOS, AUNQUE

EN REALIDAD NO CONTAMOS CON ESTADISTICAS OFICIALES QUE LO APOYEN.

EN LOS ULTIMOS AÑOS SE HA HECHO INCAPIE SOBRE LOS POSIBLES PROBLEMAS QUE LA MUJER ADOLESCENTE TIENE QUE ENFRENTAR AL QUEDAR EMBARAZADA, COMO SON MAYOR INCIDENCIA DE ECLAMPSIA, FRECUENCIA AUMENTADA DE OPERACION CESAREA, MAYOR NUMERO DE ABORTOS Y TRASTORNOS EMOCIONALES DERIVADOS DE SU ESTADO (13-14), SITUACIONES TODAS ELLAS QUE HAN OBLIGADO A QUE SE CONSIDERE LA GESTACION A ESTA EDAD COMO EMBARAZO DE ALTO RIESGO. (15)

SIN EMBARGO UN ASPECTO QUE NO HA SIDO AMPLIAMENTE ESTUDIADO COMO SERIA DE DESEAR ES LA EVOLUCION, CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES, ES ASI QUE LA INTENCION DE ESTE ESTUDIO, ES IDENTIFICAR CUALES SON LAS ALTERACIONES MAS IMPORTANTES QUE AFECTAN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES EN NUESTRO MEDIO Y LA MANERA COMO SON AFECTADOS ESTOS NIÑOS.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿EXISTE DIFERENCIA EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO ENTRE LOS HIJOS DE MADRE ADOLESCENTE Y LOS DE MADRE ADULTA, DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA?

JUSTIFICACION:

SI TOMAMOS EN CUENTA QUE EN NUESTRO HOSPITAL SE ATIENDEN 4000 NACIMIENTOS EN PROMEDIO POR AÑO, Y QUE EL 22.5% DE LAS MADRES DE ESTOS NIÑOS SON ADOLESCENTES, ENTONCES PODEMOS DARNOS CUENTA DE LA IMPORTANCIA DEL PROBLEMA; QUE DESDE LUEGO TIENE IMBRINCADOS MUCHOS FACTORES, COMO SON LA LABILIDAD EMOCIONAL A ESTA EDAD, EL MEDIO SOCIOECONOMICO Y LA FALTA DE CULTURA DE NUESTRO PUEBLO. ES POR LO ANTERIOR QUE NO SOLO EN NUESTRO HOSPITAL EN DONDE YA SE CUENTA CON UN SERVICIO DE APOYO PARA LA MADRE ADOLESCENTE, SINO EN TODOS LOS SERVICIOS DE SALUD, EXISTE PREOCUPACION POR EL BINOMIO MADRE-HIJO EN ESTA ETAPA DE LA VIDA, YA QUE LOS RIESGOS SON MUY ELEVADOS PARA AMBOS, TANTO EN SU DESARROLLO PSICO-SOCIAL COMO EN EL PELIGRO QUE CORRE SU VIDA.

ES CLARO AL REVISAR LA LITERATURA QUE EL TEMA HA SIDO AMPLIAMENTE ESTUDIADO POR INVESTIGADORES DE DIFERENTES PAISES, SIN EMBARGO ES MUY POCO LO QUE SE CONOCE EN RELACION AL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE ESTOS NIÑOS, DE LA POSTURA DE LA MADRE ANTE EL EMBARAZO, LA ACEPTACION O NO DE SU HIJO Y LA FRECUENCIA DE MALTRATO DURANTE LOS PRIMEROS AÑOS DE LA VIDA EN QUE LOS NIÑOS SON MAS LABILES Y NO PUEDEN DEFENDERSE.

TODOS LOS ASPECTOS ANTERIORES SON SOLO ALGUNOS PUNTOS QUE LA PRESENTE INVESTIGACION CONTEMPLA Y LA FINALIDAD DE LA MISMA

ES QUE CONTEMOS CON ARMAS SUFICIENTES PARA PODER MOTIVAR A LOS MEDICOS QUE PUEDAN ESTAR RELACIONADOS, A MODIFICAR SU CONOCIMIENTO DEL PROBLEMA Y A LAS AUTORIDADES RESPECTIVAS A IMPLANTAR CAMPAÑAS DE INFORMACION QUE LÓGREN UNA MAYOR CULTURA MEDICA EN LA POBLACION.

OBJETIVO:

EVALUAR EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA E IDENTIFICAR LOS FACTORES QUE LO MODIFICAN.

HIPOTESIS:

SI LOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES TIENEN ALTERACION EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DURANTE EL PRIMER AÑO DE LA VIDA, ENTONCES AL COMPARARLOS CON HIJOS DE MADRE ADULTA, EXISTIRA DIFERENCIA EN SU DESARROLLO PSICOMOTOR Y FRECUENCIA DE ENFERMEDADES.

DISEÑO:

ES UN ESTUDIO COMPARATIVO, ABIERTO, OBSERVACIONAL, PROSPECTIVO, LONGITUDINAL.

MATERIAL Y METODOS:**UNIVERSO DE ESTUDIO:**

TODOS LOS NIÑOS QUE NACIERON EN EL HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ".

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

SE FORMARON 2 GRUPOS, EN FORMA SECUENCIAL, EL PRIMERO DE LOS CUALES (GRUPO A) ESTUVO INTEGRADO POR 33 NIÑOS, HIJOS DE MADRES DE 13 A 18 AÑOS, Y EL SEGUNDO (GRUPO B) 31 NIÑOS, HIJOS DE MADRES CON EDADES ENTRE 23 Y 28 AÑOS QUE SIRVIERON DE CONTROL.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- 1.- NIÑOS QUE NACIERON EN LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL.
- 2.- HIJOS DE MADRES ENTRE 13 Y 18 AÑOS DE EDAD (GRUPO A)
- 3.- HIJOS DE MADRES ENTRE 23 Y 28 AÑOS DE EDAD (GRUPO B)
- 4.- RESIDENCIA EN LA CIUDAD DE MEXICO
- 5.- ESTUDIO SOCIOECONOMICO COMPLETO
- 6.- CONSENTIMIENTO FIRMADO POR LOS PADRES

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- 1.- NIÑOS CON MALFORMACIONES CONGENITAS DEL S.N.C.
- 2.- NIÑOS CON ALTERACIONES ANATOMICAS.
- 3.- TODOS LOS NIÑOS QUE AL SER EGRESADOS DEL SERVICIO PADECIERON ALGUNA ALTERACION NEUROLOGICA.
- 4.- PACIENTES QUE NO TUVIERON DOMICILIO PERMANENTE EN LA CIUDAD DE MEXICO.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- 1.- CAMBIO DE RESIDENCIA
- 2.- ABANDONO DEL ESTUDIO

VARIABLES:**DEPENDIENTES:**

SOMATOMETRIA, APGAR, SILVERMAN, TIPO DE ALIMENTACION, CUMPLIMIENTO DE CUADRO BASICO DE INMUNICACIONES, NUMERO TOTAL DE PROBLEMAS MEDICOS, ABUSO AL MENOR, DESARROLLO PSICOMOTOR Y MEDIO SOCIOECONOMICO.

INDEPENDIENTES:

SEXO, RAZA, CARACTERISTICAS GENETICAS.

PROCEDIMIENTO DE CAPTACION DE LA INFORMACION:

EL INGRESO DE LOS PACIENTES AL ESTUDIO SE HIZO EN FORMA PROGRESIVA MEDIANTE EL SEGUIMIENTO DE UNA TABLA; INGRESANDO EN FORMA SIMULTANEA EN EL INICIO AL GRUPO A O PROBLEMA, PARA POSTERIORMENTE INGRESAR AL GRUPO B QUE CUMPLIERON LOS CRITERIOS DE INCLUSION.

LAS MADRES DE AMBOS GRUPOS FUERON CAPTADAS EN LA CONSULTA PRENATAL O EN LA SALA DE HOSPITALIZACION DE OBSTETRICIA DESPUES DE LA ATENCION DEL PARTO.

LA INFORMACION QUE SE DERIVO DE LA ENTREVISTA CON LA MADRE FUE ANOTADA EN UNA HOJA PREVIAMENTE DISEÑADA PARA ELLO, Y EN UNA SEGUNDA HOJA SE LLEVO A CABO EL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, LA VARIACION DE LA DINAMICA FAMILIAR Y LAS ENFERMEDADES QUE PRESENTARON DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA DEL NIÑO.

EN TODOS LOS CASOS SE DIO UNA PLATICA DE 15 MINUTOS A LAS MADRES DE AMBOS GRUPOS SOBRE EL CUIDADO Y ALIMENTACION DEL RECIEN NACIDO, ANTES DE SU EGRESO DEL HOSPITAL Y SE ORIENTO A LAS MADRES DEL GRUPO A PARA QUE SE INSCRIBIERAN AL PROGRAMA DEL HOSPITAL DE MANEJO DE MADRE ADOLESCENTE SI ES QUE NO LO HABIAN HECHO CON ANTERIORIDAD.

LA VIGILANCIA EN LA CONSULTA EXTERNA SE LLEVO A CABO EN FORMA MENSUAL Y SIEMPRE CON LA MISMA PERSONA, Y EN CASO DE QUE NO HUBIERAN ACUDIDO A SU CITA POR MEDIO DE LA

TRABAJADORA SOCIAL SE LES LOCALIZABA POR VIA TELEFONICA, TELEGRAMA O POR VISITA DOMICILIARIA.

TODOS LOS PACIENTES FUERON VALORADOS POR EL PAIDOPSIQUIATRA A LOS 6 Y 12 MESES DE EDAD.

MENSUALMENTE SE LES REALIZO SOMATOMETRIA Y DETERMINACION DE ALBUMINA, HEMATOCRITO Y HEMOGLOBINA PARA VALORACION DE SU ESTADO NUTRICIONAL, ASI COMO VALORACION DE GESELL PARA EVALUACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR.

VALIDACION DE DATOS:

PARA LA VALIDACION DE LA HIPOTESIS VERDADERA Y ANULACION DE LA HIPOTESIS NULA ENTRE LOS DOS GRUPOS QUE SE ESTUDIARON SE UTILIZO LA PRUEBA DE CHI CUADRADA (χ^2) CON UN VALOR DE SIGNIFICANCIA DE $P < 0.05$. DE IGUAL FORMA SE EMPLEO LA PRUEBA DE T DE STUDENT PARA MUESTRAS RELACIONADAS CON LOS DATOS DE LA SOMATOMETRIA.

CONSIDERACIONES ETICAS:

EL PRESENTE ESTUDIO FUE AUTORIZADO POR LAS COMISIONES DE ETICA E INVESTIGACION DEL HOSPITAL Y SE LLEVO UNA HOJA PARA CADA PACIENTE DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO, MISMA QUE FUE FIRMADA POR EL PADRE O TUTOR.

RESULTADOS:

SE ESTUDIARON UN TOTAL DE 64 PACIENTES , DE LOS CUALES 33 PERTENECIERON AL GRUPO A O DE ESTUDIO Y 31 AL GRUPO B O CONTROL. LAS CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS MADRES SE PRESENTAN EN EL CUADRO I DONDE DESTACA LA DIFERENCIA EN EL ESTADO CIVIL AL COMPARAR AMBOS GRUPOS, RESALTA LA DIFERENCIA EN EL NUMERO DE MADRES QUE SE ENCONTRABAN SOLTERAS, 81.9% EN EL GRUPO A CONTRA 58.1% EN EL GRUPO B; DE LA MISMA FORMA QUE DEBEMOS MENCIONAR QUE NO SE ENCONTRARON DIFERENCIAS ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS AL COMPARAR ESTADO SOCIOECONOMICO, OCUPACION Y ESCOLARIDAD. LA EDAD PROMEDIO EN EL GRUPO A FUE DE 16.73 AÑOS (RANGO DE 13-18 AÑOS), CONTRA 25.55 AÑOS (RANGO DE 23 A 28 AÑOS) EN EL GRUPO B.

EN EL CUADRO 2 PODEMOS OBSERVAR QUE LAS MADRES ADOLESCENTES TIENEN MAS ALTO PORCENTAJE (30.3%) DE EMBARAZOS NO DESEADOS QUE LAS MADRES ADULTAS (12.9%), DE IGUAL FORMA SE OBSERVA QUE LAS MADRES ADULTAS TIENEN UN MAYOR PORCENTAJE DE CONSULTA PRENATAL REGULAR (70.9% CONTRA 51.5% RESPECTIVAMENTE) .

DE LOS 64 PACIENTES ESTUDIADOS SE ENCONTRO PREDOMINIO DEL SEXO MASCULINO (56.25%) SOBRE EL FEMENINO. EN EL CUADRO 3 PODEMOS OBSERVAR QUE NO HUBO DIFERENCIAS ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS AL COMPARAR EDAD GESTACIONAL, PESO Y TALLA AL NACIMIENTO, COMO TAMPOCO HUBO EN LA CALIFICACION DEL APGAR.

DURANTE EL ESTUDIO SE DETERMINO EL HEMATOCRITO Y LA ALBUMINA, TANTO AL NACIMIENTO COMO AL AÑO DE EDAD, OBSERVANDO QUE SOLAMENTE SE PRESENTO DIFERENCIA EN EL HEMATOCRITO DE LOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES ($P < 0.005$), COMO PUEDE OBSERVARSE EN EL CUADRO 4.

EL TIPO DE PARTO EN LOS NIÑOS DE AMBOS GRUPOS, SE PRESENTA EN LA GRAFICA NUMERO I, DONDE PODEMOS OBSERVAR QUE EL PORCENTAJE DE RECIEN NACIDOS OBTENIDOS POR CESAREA FUE MUCHO MAYOR EN EL GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES (24%) AL COMPARARLO CON EL CONTROL (6%).

EN LA GRAFICA NUMERO 2 SE PRESENTA EL PORCENTAJE DE MADRES QUE DIERON SENO MATERNO A SUS HIJOS EN AMBOS GRUPOS, DESTACANDO QUE TODAS LAS MADRES DIERON SENO MATERNO A SUS HIJOS AUNQUE EL TIEMPO FUE MENOR EN EL GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES (4.2 MESES CONTRA 4.9 MESES) .

EN LO QUE SE REFIERE A LA EDAD DE ABLACTACION EN LOS NIÑOS DE AMBOS GRUPOS NO SE ENCONTRARON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS, YA QUE FUE DE 3.58 MESES EN EL GRUPO A CONTRA 3.55 MESES EN EL GRUPO B.

MENCION APARTE REQUIERE EL TIPO DE ENFERMEDADES Y EL NUMERO DE VISITAS QUE HICIERON LOS PACIENTES AL PEDIATRA. PREDOMINARON LAS INFECCIONES DE VIAS RESPIRATORIAS EN AMBOS GRUPOS Y DONDE LAS DIFERENCIAS IMPORTANTES FUE EN EL NUMERO DE VISITAS, YA QUE EN EL GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES FUE DE 15.24 CONTRA 14.0 VECES EN EL GRUPO CONTROL ($P < 0.05$).

EL SEGUIMIENTO DE LOS NIÑOS SE REALIZO DURANTE UN AÑO, CON VISITAS CADA MES Y CON UN CORTE EN LA VALORACION DE GESELL, PESO Y TALLA A LOS 6 Y 12 MESES, DE TAL FORMA QUE COMO PUEDE OBSERVARSE EN EL CUADRO. 5, NO SE ENCONTRARON DIFERENCIAS EN RELACION AL PESO Y TALLA AL AÑO DE EDAD A DIFERENCIA DE LA VALORACION DE GESELL QUE SE MUESTRA EN LA GRAFICA 3, DONDE OBSERVAMOS UN 18.1% DE NIÑOS CON ALTERACION EN EL GRUPO A, CONTRA 10.7% EN EL GRUPO B ($P < 0.005$).

DISCUSION:

ESTUDIAMOS 64 MADRES CON LA FINALIDAD DE BUSCAR DIFERENCIAS ENTRE EL DESARROLLO, CUIDADOS Y CARACTERISTICAS QUE PRESENTAN LOS NIÑOS HIJOS DE MADRE ADOLESCENTE, EN COMPARACION CON LOS HIJOS DE MADRE ADULTA; YA QUE SABEMOS QUE EL CUIDADO DE LOS NIÑOS EN LA ADOLESCENCIA ENTRAÑA UN RIESGO MEDICO ELEVADO, DESVENTAJA QUE TAMBIEN SE PUEDE VER FAVORECIDA POR LA ESCOLARIDAD Y EL ESTADO SOCIOECONOMICO DE LA MADRE, EVENTOS TODOS ELLOS QUE SUMADOS CONDICIONAN QUE ESTOS NIÑOS PUEDAN TENER DEFICIT COGNOCITIVO Y PSICOLOGICO (1-3).

EL PROBLEMA DE LOS NIÑOS DE MADRE ADOLESCENTE SE INICIA CON EL EMBARAZO, YA QUE SE HA DESCRITO QUE EN ESTE GRUPO DE EDAD, EL RIESGO DE MUERTE ES 2.5 MAYOR QUE EL DE LAS MADRES MAYORES DE 20 AÑOS (72), ADEMAS DE QUE SE REFIEREN MAYOR NUMERO DE COMPLICACIONES PERINATALES, COMO POR EJEMPLO MAYOR PORCENTAJE DE DESPROPORCION CEFALOPELVICA Y UN MAYOR RIESGO DE EXPERIMENTAR ANEMIA, TOXEMIA, HIPERTENSION E INFECCIONES VAGINALES (24). EN NUESTRO ESTUDIO CUANDO ANALIZAMOS LOS ANTECEDENTES MATERNO CORROBORAMOS QUE NUESTRAS MADRES ADOLESCENTES ESTABAN EXPUESTAS A TODOS LOS FACTORES DE RIESGO YA MENCIONADOS, YA QUE EL NIVEL SOCIOECONOMICO FUE MEDIO O BAJO EN TODOS LOS CASOS, LA ESCOLARIDAD FUE SOLO DE PRIMARIA Y CASI TODAS ELLAS ERAN SOLTERAS.

TODOS ESTOS ANTECEDENTES Y EL TENER UN HIJO EN EDADES TAN TEMPRANAS DE SU VIDA, TIENEN REPERCUSIONES EN LA VIDA FUTURA

DE LA MADRE, YA QUE HA SIDO DEMOSTRADO POR OTROS AUTORES QUE ESTAS MADRES REPITEN GRADOS ESCOLARES O ABANDONAN LA ESCUELA DESPUES DEL EMBARAZO, ADEMAS DE PRESENTAR PROBLEMAS EMOCIONALES COMO AGRESIVIDAD, IMPULSIVIDAD, REBELDIA Y DESDE LUEGO UN RIESGO MAYOR DE ALCOHOLISMO Y/O FARMACODEPENDENCIA (29-30).

POR LO QUE RESPECTA AL HIJO DE MADRE ADOLESCENTE SE HAN DESCRITO PROBLEMAS A CORTO PLAZO COMO SON DESNUTRICION IN UTERO, MAYOR PORCENTAJE DE PREMATUREZ Y UNA MAYOR MORBILIDAD POSTNATAL (52-74-80); SIN EMBARGO EN NUESTRO ESTUDIO NO ENCONTRAMOS DIFERENCIAS AL COMPARAR PESO, TALLA, EDAD GESTACIONAL Y EVENTOS HIPOXICOS ENTRE LOS DOS GRUPOS, SITUACION QUE PUDIERA SER EXPLICADA PORQUE DENTRO DE NUESTRO HOSPITAL SE ENCUENTRA LA CLINICA DE ADOLESCENTES, DONDE SE PRESTA MUCHA ATENCION AL ASPECTO EMOCIONAL, EDUCATIVO Y MOTIVACION DE ESTAS PACIENTES PARA CON EL EMBARAZO, Y SE LES INSISTE DESDE LUEGO EN EL CONTROL PRENATAL, QUE DESAFORTUNADAMENTE EN NUESTRO GRUPO DE PACIENTES FUE MENOR EN EL GRUPO A, AUNQUE NO CON DIFERENCIA SIGNIFICATIVA.

MENCION PARTICULAR REQUIERE EL TIPO DE ALIMENTACION QUE RECIBIERON NUESTROS PACIENTES, YA QUE EN TODOS LOS CASOS LOS NIÑOS RECIBIERON SENO MATERNO Y AFORTUNADAMENTE POR UN TIEMPO MAYOR QUE EL PROMEDIO ENCONTRADO EN LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD DE 1988. EL NO ENCONTRAR DIFERENCIAS ENTRE LOS GRUPOS ESTUDIADOS EN CUANTO A ALIMENTACION E INMUNIZACIONES, TIENE SU EXPLICACION EN QUE TODAS LAS PACIENTES ERAN CITADAS EN LA CONSULTA EXTERNA CADA MES Y

ESTO DESDE LUEGO UNIFICA LOS GRUPOS AL DARLES LA MISMA INFORMACION.

SI BIEN ES CIERTO QUE LOS NIÑOS DE AMBOS GRUPOS NO MOSTRARON DIFERENCIAS EN LOS PRIMEROS DIAS DE VIDA, ES CLARO OBSERVAR POR LOS RESULTADOS OBTENIDOS QUE LOS PACIENTES HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES MOSTRARON UN MAYOR PORCENTAJE DE VALORACION DE GESSÉL ANORMALES ($P < 0.005$) AL AÑO DE EDAD, SITUACION QUE PUDIERA EXPLICARSE POR LA FALTA DE EXPERIENCIA DE LAS MADRES ADOLESCENTES EN EL CUIDADO DE LOS NIÑOS, QUE DE HECHO SE VIO REFLEJADA EN UN MAYOR PORCENTAJE DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN DICHO GRUPO, Y QUE NOSOTROS PUDIMOS CORROBORAR CON EL MAYOR NUMERO DE VISITAS DE ESTOS NIÑOS AL MEDICO ($P < 0.05$).

DESPUES DE HABER REALIZADO LA PRESENTE INVESTIGACION, NUESTROS RESULTADOS SUGIEREN QUE A PESAR DE TODO EL APOYO QUE PUEDA BRINDARSE DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO Y PSICOLOGICO A LAS MADRES ADOLESCENTES, SIEMPRE EXISTIRAN OTROS FACTORES DERIVADOS DEL AMBIENTE FAMILIAR Y SOCIAL, ADEMAS DE CAMBIOS PSICOLOGICOS PROPIOS DE LA ADOLESCENCIA QUE DEFINITIVAMENTE INTERFIEREN O NO PERMITEN EL DESARROLLO NORMAL DEL NIÑO.

CONCLUSIONES:

- 1.- SE ENCONTRARON DIFERENCIAS EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR AL COMPARAR LOS HIJOS DE MADRE ADOLESCENTE Y ADULTA.
- 2.- LA VALORACION DE GESSEL AL AÑO DE EDAD DEMOSTRO UN MAYOR PORCENTAJE DE NIÑOS ANORMALES EN EL GRUPO A (HIJOS DE MADRE ADOLESCENTE).
- 3.- LOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES PRESENTARON MAYOR MORBILIDAD, QUE SE VIO REFLEJADA EN EL NUMERO DE VISITAS AL MEDICO.
- 4.- EL APOYO Y ASISTENCIA QUE SE DIO A LAS MADRES DE AMBOS GRUPOS FUE EL MISMO Y PARECE SER QUE LAS DIFERENCIAS ENCONTRADAS SE DEBE A CARACTERISTICAS PROPIAS DE LA MADRE EN LA ADOLESCENCIA.

CUADRO 1

CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS MADRES

		GRUPO A (n=33)	GRUPO B (n=31)	P
EDAD	media	16.73	25.55	
ESTADO	alto	0	0	
SOCIOECONOMICO	medio	19	20	NS
	bajo	14	11	
ESCOLARIDAD	ninguna	2	1	
	primaria	15	15	NS
	secund	16	13	
	otros	0	2	
ESTADO	soltero	27	18	NS
CIVIL	casado	6	13	

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO 2

CARACTERISTICAS GENERALES		DE LAS MADRES		
	GRUPO A (n=33)		GRUPO B (n=31)	P
OCUPACION	hogar	32	27	NS
	empleo	1	4	
EMBARAZO DESEADO	si	23	27	NS
	no	10	4	
CONTROL PRENATAL	si	17	22	NS
	no	16	9	

CUADRO 3

CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES AL NACER

		GRUPO A (n=33)	GRUPO B (n=31)	P
SEXO	masculino	19	17	NS
	femenino	14	14	
EDAD GESTACIONAL	semanas (media)	38.88	39.37	NS
PESO	kgs. (media)	3.03	3.02	NS
HIPOXIA NEONATAL	sano	29	29	NS
	leve	3	1	
	moderado	1	1	
	severo	0	0	

CUADRO 4

L A B O R A T O R I O

		GRUPO A (n=33)	GRUPO B (n=31)	P
HEMATOCRITO	al nacer	51.18	54.77	<0.05
(% media)	al año	42.15	41.58	NS
ALBUMINA	al nacer	4.35	4.28	NS
(grs. media)	al año	4.25	4.45	NS

CUADRO 5

CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES AL AÑO DE EDAD

		GRUPO A n=33	GRUPO B n=31	P
SENO MATERNO	meses (media)	4.21	4.93	NS
ABLACTACION	meses (media)	3.58	3.55	NS
INMUNIZACIONES	completa	24	23	NS
	incompleta	9	8	
VALORACION DE GESSEL	normal	27	28	<0.005
	subnormal	6	3	
VISITAS AL MEDICO	num. (media)	3.24	2.03	<0.05

BIBLIOGRAFIA

- 1.-HAYES C.D. RISKING THE FUTURE; ADOLESCENT SEXUALITY, PREGNANCY AND CHILDBEARING. WASHINGTON DC, NATIONAL ACADEMY PRESS, 1986.
- 2.-DAVIS R. ADOLESCENT PREGNANCY AND INFANT MORTALITY: ISOLATING THE EFFECT OF RACE. ADOLESCENCE, 1988; 23: 899-908.
- 3.-CURTIS H.A., TRIPP J.H., LAWRENCE C., CLARKE W., TEENAGE RELATIONSHIPS AND SEX EDUCATION. ARCH DIS CHILD. 1988; 63: 935-941.
- 4.-KLEIN L. ANTECEDENTES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES. CLIN OBSTET GYNECOL. 1978; 4: 1199-1209.
- 5.-PEARCE D., WOMEN AND CHILDREN: ALONE AND IN POVERTY. WASHINGTON DC, NATIONAL ADVISORY COUNCIL ON ECONOMIC OPPURTUNITY, 1981.
- 6.-ABRAHAMSE A.F., MORRISON P.A., WAITE L.J. TEENAGERS WILLING TO CONSIDER SINGLE PARENTHOOD: WHO IS AT GREATEST RISK ? FAM PLANN PERSPEC. 1988; 20: 13-17.
- 7.-COBLINER W.G. PREGNANCY IN SINGLE ADOLESCENT GIRL : THE ROLE OF COGNITIVE FUNCTIONS. J YOUTH ADOLESC. 1974; 3: 17.
- 8.-BAIZERMAN M. CAN THE FIRST PREGNANCY OF YOUNG ADOLESCENT BE PREVENT ? A QUESTION WHICH MUST ANSWERED. J YOUTH ADOLESC. 1977; 6: 343 .
- 9.-JUHHASZ A.M., SONNENSHEIN-SCHNEIDER M., ADOLESCENT DESICION-MAKING : COMPONENTES AND SKILLS. ADOLESCENCE 1980; 15: 743-745.

10.-DUEHOELTER J.H., JIMENEZ J.M.,BAUMAN G. PREGNANCY PERFORMANCE OF PATIENTES UNDER FIFTEEN YEARS OF AGE. OBSTET GYNECOL 1975;46: 49-52.

11.-HOFFERTH S.L., KAHN J.R., BALDWIN W. PREMARITAL SEXUAL ACTIVITY AMONG U.S. TEENAGE WOMEN OVER THE PAST THREE DECADES. FAM PLANN PERSPEC. 1987;19: 46-51.

12.-WEISS P., DIAZ-LOVING R.,ANDRADE P.,ATKING L.G. REPORTE FINAL DE INVESTIGACION: ADOLESCENTES EN LA CIUDAD DE MEXICO, ESTUDIO PSICOSOCIAL DE LAS PRACTICAS ANTICONCEPTIVAS Y EMBARAZO NO DESEADO. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.FACULTAD DE PSICOLOGIA. MEXICO D.F. UNAM,1987.

13.-CAMPBELL N.B., FRANCO K., JURIS S. ABORTION IN ADOLESCENCE. ADOLESCENCE 1988; 23: 813-822.

14.-VICOSA R., PREGNANCY IN DOLESCENCE EXPERIENCE OF THE HOSPITAL PRESIDENTE VARGAS. REV PSIQUIATR RIO GD DO SUL.,1987; 9: 97-105.

15.-MONDRAGON H., EMBARAZO DE ALTO RIESGO EN: OBSTETRICIA BASICA ILUSTRADA. MEXICO D.F. ED. TRILLAS 2da. EDICION 1987.PAG. 241.

16.-DAVIS S. EMBARAZO EN ADOLESCENTES. CLIN PEDIATR NORTH 1989 ; 3: 722-732.

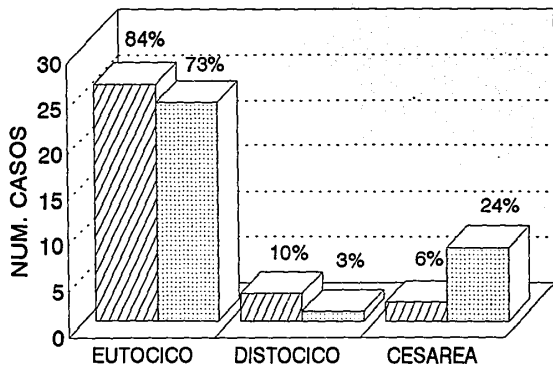
17.-STINE O.C.,RAIDER R.V., SWEENEY E. SCHOOL LEAVING DUE TO PREGNANCY IN ON URBAN ADOLESCEN POPULATION. AM J PUBLIC HEALTH. 1964; 54: 1-5.



18.-LINCOL R., JAFFE F.,AMBROSE A. 11 MILLION TEENAGERS. NEW YORK, ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1976.

- 19.-RYAN G., SHNEIDER J. COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN ADOLESCENTES. CLIN OBSTET GYNECOL, 1978; 4: 1243.
- 20.-ZUCKERMAN B.M., ALPERT J., DOOLINNG R. NEONATAL OUTCOME: IS ADOLESCENT PREGNANCY A RISK FACTOR ? PEDIÀTRICS 1983; 71: 489-493.
- 21.-ARAMAYO M., PREGNANCY IN ADOLESCENCE. REV. GINECOL OBSTET. 1985; 8: 16-19.
- 22.-LOPEZ R. PREGNANCY UN ADOLESCENCE. REV GINECOL OBSTET. VENEZUELA. 1985; 45: 178-186.
- 23.-MC ARNEY E., LAWRENCE R., RICCIUTI H., POLLEY J., SZILAGYI M. INTERACCIONS OF ADOLESCENT MOTHER AN THEIR 1 YEAR OLD CHILDREN. PEDIATRICS 1986; 78: 585-590.
- 24.-BURROWS R. GROWTH AND DEVELOPMENT IN CHILDREN FROM ADOLESCENT MOTHERS OF MID-LOW SOCIOECONOMIC LEVEL: II PART 30 MONTHS OLD. REV. CHIL PEDIATR 1986; 57: 491-496.
- 25.-SMOLEN P., MILLER CH., O NEAL R., LAWLESS M., HEALTH PROBLEMS DURING FIRST YEAR OF LIFE IN INFANTS BORN TO ADOLESCENT MOTHERS. SOUTH MED J 1984; 77: 17-20.
- 26.-VALENZUELA S. FIRST YEAR OF LIFE IN CHILDREN BORN OF ADOLESCENTS. BOL HOSP SAN JUAN DE DIOS 1987; 81-85.
- 27.-JOPIA M. UNDERNUTRITION IN INFANTS OF ADOLESCENT MOTHERS. REV CHIL PEDIATR 1987; 58: 446-449.
- 28.-LEVINE S.E., SUNDERLAND C., RICHMAN A., LEVINE R.A. ARE ADOLESCENT MOTHERS DIFFERENT ? COMPARATIVE STUDY. INTERNATIONAL MEETING ON SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH IN TEENAGERS AND YOUNG ADULTS. MEXICO D.F. CENTRO DE ORIENTACION PARA ADOLESCENTES. 1986.

- 29.- TESTA M, THE STATE OF THE CHILD, VOL. 1 CHILDREN'S POLICY RESEARCH PROJECT, UNIVERSITY OF CHICAGO. 1980.
- 30.- ELSTER AB, MEDICAL AND PSYCHOSOCIAL RISK OF PREGNANCY AND CHILDBEARING DURING ADOLESCENCE. PEDIATR AN 9:11,1980.
- 31.- FURSTENBERG F F JR: UN PLANNED PARENTHOOD: IMPLICATIONS FOR PREVENTION. PUBLIC HEALTH REP. 101:131, 1986.
- 32.- FURSTENBERG F F; BROOKS G: ADOLESCENT MOTHERS AND THEIR CHILDREN IN LATER LIFE. FAM PLANN PERSPECT 19:142, 1987.
- 33.- MAKINSON C: THE HEALTH CONSEQUENCES OF TEENAGE FERTILITY. FAM PLANN PERSPECT 17:132, 1985.
- 34.- VENTURA S J, HENDERSCHOT G E: INFANT CONSEQUENCES OF CHILDBEARING BY TEENAGERS AND COMMUNITY-BASED EDUCATION. JAMA 257:3382. 1987.
- 35.- ZUCKERMAN B S, WALKER D K, ADOLESCENT PREGNANCY: BIOBEHAVIORAL DETERMINANTS OF AOUTCOME. J PEDIATR 105:857,1984.

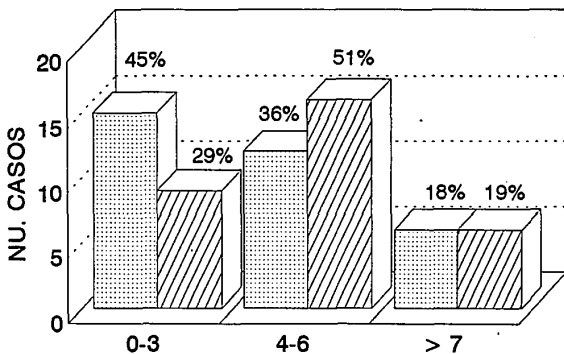
TIPO DE PARTO



ADULTAS		26	3	2
ADOLESCENTES		24	1	8

GRAFICA 1

MESES SENO MATERNO

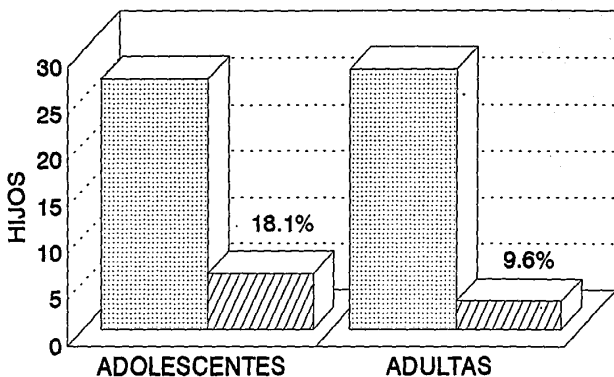


ADOLESCENTES	15	12	6
ADULTAS	9	16	6

MESES

GRAFICA 2

VALORACION DE GESSEL AL AÑO DE EDAD.



NORMAL	27	28
SUBNORMAL	6	3

GRAFICA 3

$P = 0.005$