

10
2ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**TRATAMIENTO DE LA LUXACIÓN CONGENITA DE CADERA.
HASTA 2 AÑOS DE EDAD EN LA UNIDAD.**

**TESIS DE POSTGRADO INVESTIGACIÓN CONTABLE
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALIDAD EN
“TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA”**

PRESENTA:

DRA. GPE. OSWALDO BALLINAS ORDÓÑEZ

ASESOR DE TESIS: DR. JORGE LUIS HERNÁNDEZ LOPEZ

MÉXICO, D.F.

FEBRERO DE 1998

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

265955



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

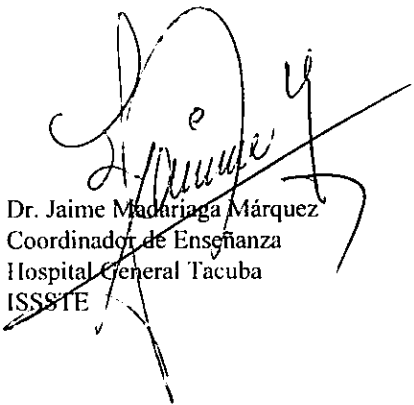
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

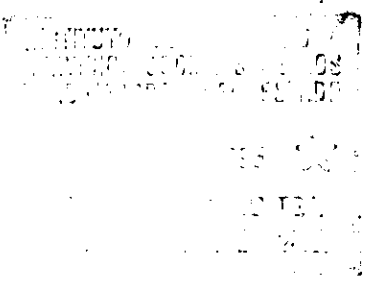
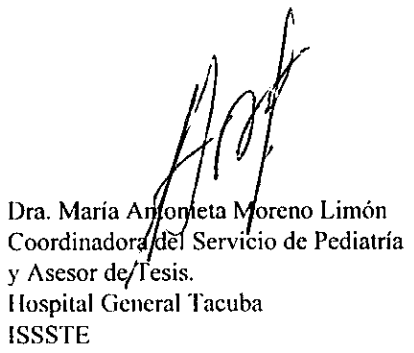
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

11237

2 y
173



Dr. Jaime Madariaga Márquez
 Coordinador de Enseñanza
 Hospital General Tacuba
 ISSSTE

Dra. María Antonieta Moreno Limón
 Coordinadora del Servicio de Pediatría
 y Asesor de Tesis.
 Hospital General Tacuba
 ISSSTE

ISSSTE
 Depto. de investigación
 NOV 13 1995
 HOSPITAL TACUBA
 REVISADO

FACULTAD DE MEDICINA
 ★ AGO. 25 1998 ★
 SECRETARIA DE SERVICIOS ESCOLARES
 DEPARTAMENTO DE POSGRADO
 MM

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, que por su apoyo y cariño contribuyeron de forma importante tanto en mi formación moral como profesional.

A mis hermanos, por ayudarme en los momentos más difíciles impulsándome a seguir adelante.

A Oswaldo, por ser un gran compañero y el mejor de los amigos.

A Carlitos, que durante toda mi carrera ha sido una persona importante y especial.

Agradezco las atenciones y facilidades prestadas por parte del personal que labora en el Instituto Nacional de Perinatología, Hospital General de México y Centro Médico Nacional “La Raza”.

Así mismo, agradezco infinitamente al personal del Servicio de Ginecología y Obstetricia, Archivo y Bioestadística del Hospital General Tacuba.

Por otro lado, y en forma muy especial y cariñosa, agradezco a la doctora María Antonieta Moreno Limón, Coordinadora del Servicio de Pediatría y Asesora del presente trabajo, por la paciencia y enseñanza brindada en estos tres años de mi formación como pediatra.

INDICE

1.- Introducción	1
2.- Justificación	5
3.- Hipótesis.....	7
4.- Objetivos	8
6.- Marco teórico	9
A) Complicaciones	12
a) Preclampsia y Eclampsia.....	12
b) Anemia.....	13
c) Desproporción Cefalopélvica.....	13
d) Tipo de Parto.....	14
e) Parto Prolongado.....	15
f) Problemas Emocionales.....	16
7.- Material y Métodos	21
8.- Resultados	23
9.- Comentarios y Conclusión.....	30
10.- Gráficas	34
11.- Bibliografía	41

INTRODUCCION

El período de la adolescencia, que comprende de los 12 a los 19 años, es una época de rápidos cambios y difíciles empresas.

El desarrollo físico es sólo parte de este proceso, porque las adolescentes afrontan una amplia gama de requerimientos psicosociales: independizarse de los padres, consolidación de las cualidades necesarias para relacionarse con los compañeros de la misma edad, incorporación de una serie de principios éticos aplicables a la realidad práctica, fomento de las capacidades intelectuales y adquisición de una responsabilidad social e individual básica. Pero a la vez que la adolescente se encara con tan compleja sucesión de dificultades concernientes a su evolución conjunta como ser humano, debe dirimir su sexualidad aprendiendo el modo de adaptarse a los cambiantes sentimientos sexuales, escogiendo cómo participar en las diversas clases de actividad sexual, descubriendo la manera de identificar el amor y asimilando los necesarios conocimientos para impedir que se produzca un embarazo no deseado. No es

extraño que en ocasiones la adolescente sea víctima de conflictos de sufrimiento y desconcierto.

Por otro lado, la adolescencia también es una etapa de hallazgo y eclosión; una época en que la maduración intelectual y emocional, corre paralela con el desarrollo físico y genera deseo de libertad y un creciente apasionamiento vital. La adolescencia no es únicamente un período de turbulencia y agitación, como afirman las concepciones tradicionales, sino que, a la vez, suele ser una fase de goce y felicidad que marca un tránsito agitado y tumultoso al estado adulto.

Las decisiones que toma la adolescente en la esfera sexual son un reflejo de su disposición psicológica, de sus valores personales, razonamiento moral, temor a las consecuencias negativas de participación en aventuras y enamoramientos. Sucede con frecuencia que los factores personales no son compatibles con los requerimientos del grupo de edad afín, y en nuestra sociedad parece que son las muchachas las que toman más en serio la relación que el varón. Las adolescentes no han liberado aún la mala información y desconcierto en materia de sexualidad; más bien parece que han sustituido determinados problemas por otro contingente de dificultades.

En encuestas realizadas a adolescentes, sobre todo las mayores (edad entre 16 y 19 años) (16), sostienen que al ingresar al bachillerato, poseen el derecho de determinar su propia conducta sexual. En la Ciudad de México, 16% de las entrevistadas adolescentes afirmaron haber tenido relaciones prematrimoniales. (17). No obstante, muy pocos discutirán la realidad de que las muchachas menores de 16 años deberían esperar a ser más maduras antes de empezar a tener relaciones sexuales. En verdad, la jovencita de 15 años de edad no se halla preparada para la maternidad o una vida de matrimonio. (22). Psicológicamente, no está preparada para valorar o apreciar las responsabilidades o satisfacciones que derivan de la relación madura entre un hombre y una mujer. (1).

El embarazo en la adolescencia es un problema médico y un fenómeno social de importancia creciente. Una atención médica oportuna, puede resolver el riesgo propio del embarazo (16) (22), por las carencias nutricionales, biológicas, económicas, sociales y culturales, que frustran las expectativas de la madre y su hijo, de tal forma que el embarazo en la adolescencia significa un problema social y médico.

Se ha considerado que el embarazo en la adolescencia es de alto riesgo (10) (11) (20), porque en la mayor parte de éstos, se ha detectado una mayor morbimortalidad materna y fetal (19). Dentro de las alteraciones biológicas que con mayor frecuencia se presentan durante el embarazo son, principalmente: preeclampsia, anemia (tomando en cuenta la edad de la paciente), desproporción cefalopélvica (se menciona que entre menor es la edad de la adolescente, existe una mayor incidencia de cesárea) y las infecciones de vías urinarias. Desde el punto de vista conductual, las alteraciones que con mayor frecuencia se presentan son: psicosociales, económicas y disminución de rendimiento escolar.

JUSTIFICACION

El embarazo en la adolescencia ha sido valorado y manejado de igual forma que el embarazo en la mujer adulta; sin tomar en cuenta el desarrollo y eventos fisiológicos que se presentan en la adolescencia, y que en un momento dado pueden repercutir en el organismo materno, en esta etapa del desarrollo; afectando al mismo tiempo el desarrollo intrauterino del producto, condicionando posibles complicaciones orgánicas, fisiológicas y psicosociales.

Tomando esto como base, es importante considerar la implantación de medidas preventivas o de tratamiento adecuado en las complicaciones patológicas relacionadas con el embarazo en la adolescencia, aportando, de esta forma, un conocimiento más amplio y actual sobre el tema en nuestro país; brindando a esta Unidad Médica y a nuestro Instituto la posibilidad de disminuir la incidencia y prevalencia de dichas complicaciones, que en un momento dado pueden afectar en forma indirecta la mano de obra del país, condicionando alteraciones económicas secundarias.

Hasta el momento muy poco se conoce de la rama de ginecoobstetricia pediátrica, manejando a estas pacientes en igual forma que a la mujer adulta. Esperamos que este estudio sirva como base para realizar investigaciones posteriores y de esta manera ampliar los conocimientos, para que en un futuro, pueda contarse con una clínica especializada en ginecoobstetricia pediátrica, dentro de nuestro Instituto.

HIPOTESIS

Las complicaciones anatomofisiológicas y psicosociales de la madre adolescente, no son las adecuadas para alojar dentro del útero joven a un producto en desarrollo; proporcionando una nutrición inadecuada para el crecimiento y funcionalidad fetal; por lo tanto, es factible que se presenten complicaciones en el binomio.

OBJETIVOS

1. Determinar la incidencia y prevalencia del embarazo en la adolescencia.
2. Determinar las complicaciones que con mayor frecuencia se observan durante el embarazo en la adolescencia.
3. Determinar repercusiones importantes en el neonato de madre adolescente.

MARCO TEORICO

Históricamente Harris (1922), reportó en un estudio de 500 casos, en donde concluye que la época ideal de una mujer para tener hijos era entre 12 y 16 años. Más tarde, Posner y Pulver (1935), en un estudio de 100 pacientes menores de 16 años de edad, hallaron un aumento en la mortalidad materna puerperal y en la mortalidad perinatal. (24)

Schmitz y Towne (1847), hicieron una publicación sobre 200 muchachas embarazadas que tenían menos de 18 años de edad, cuyos embarazos transcurrieron en una casa de salud; encontraron que sus pacientes tenían una mayor incidencia de toxemia, pero no tuvieron otros problemas anómalos, ni antes ni durante, ni después del parto. Marchetti y Menaker (1950) estudiaron 634 pacientes embarazadas menores de 17 años, observando un aumento en la incidencia de toxemia aguda, abruptio placentae y prematuridad, pero el porcentaje de cesáreas, la duración del parto, la frecuencia de complicaciones puerperales y el porcentaje de mortalidad perinatal fue menor que el hallado en la totalidad de las gestantes del servicio. También observaron que la incidencia

de la toxemia aumentaba inversamente con la edad de las pacientes, es decir, el grupo de edad más joven tenía la frecuencia más elevada de preeclampsia y eclampsia. En la serie de Arnot y Nelson (1960), las primíparas más jóvenes presentaron toxemia y pelvis más estrechas. (24) (22) (4).

Clark y colaboradores, en una serie de 291 pacientes menores de 17 años, hallaron que la frecuencia de toxemia era de un 22.3%. En un estudio realizado durante 1980 a 1990, dividieron a las pacientes grávidas en dos grupos. Uno recibió excelente control previo al parto y el otro no tuvo ningún tipo de control (6) (7) (14) (15) (17) (20). El 11% de las pacientes del primer grupo, presentaron toxemia. Las que no llevaron control siguieron mostrando una incidencia de preeclampsia de un 22%. Finalmente llegaron a la conclusión de que la toxemia y la falta de control prenatal no era tan sólo un gran problema, sino el mayor de los problemas en la adolescente embarazada.

Bundenson y Cols. (1952), hallaron que un porcentaje de muertes perinatales para los niños nacidos de madres con edades comprendidas entre 20 y 29 años era el 19.5% de los nacidos vivos. El porcentaje de muertes perinatales para niños nacidos de muchachas de 15 años de edad fue de 62.9%. Las adolescentes que estudiaron tuvieron un porcentaje más alto de partos

prolongados en comparación con un grupo control. Un aumento en la incidencia de partos prematuros pareció relacionarse directamente con un aumento en el porcentaje de la mortalidad perinatal. Hubo un aumento en el porcentaje de las cesáreas. (24) (23).

COMPLICACIONES MATERNAS

PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA:

La alta incidencia de preeclampsia y eclampsia en las pacientes obstétricas adolescentes es una de las diferencias más notables entre éstas y las grávidas adultas. Instituciones informantes reportan de tres a cinco veces mayor incidencia en el grupo de edad más joven que en las pacientes de más de 20 años.

A menudo se ha dicho que es probable que una muchacha adolescente presente toxemia porque sus costumbres dietéticas no son particularmente admirables. “Galletas, papas fritas, fiambres y bocadillos” componen a menudo su alimentación habitual. (5) (7) (13). Con algunas pocas excepciones, todos los que están familiarizados con este problema, están de acuerdo con las dietas inadecuadas y en el excesivo aumento de peso, son dos de los mayores problemas que se presentan en el tratamiento de las adolescentes embarazadas.

La evidencia indica que la adolescente no se halla preparada para soportar la carga fisiológica del embarazo, atribuyendo la mayor incidencia de toxemia a una falta del desarrollo endocrino. (19) (21) (22) (24).

ANEMIA

Un alto numero de trabajos realizados (1) (5) (6) (8) (22) (20) (24), informan una tendencia de las adolescentes embarazadas a presentar anemia (hemoglobina entre 9 y 11 mg.), más que las de mayor edad. Esto fué particularmente frecuente para las adolescentes de los 12 a los 16 años. En la serie de Mussio (1992) (22), el 24% de las 50 pacientes de menos de 14 años de edad tenían una hemoglobina de menos de 10 mg. El grado de anemia es suficientemente marcado para ser la causa de que varios autores la resalten como un severo problema obstétrico para las adolescentes. Aunque es dudoso de que esto represente un factor peculiar de esta edad. Probablemente el resultado de una falta de ingestión de hierro suplementario sumado a sus pobres regímenes alimentarios por factores como bajo nivel económico y falta de control prenatal.

DESPORCION CEFALOPELVICA:

Bochner (1962), proporcionó la evidencia radiológica de que la morfología de la pelvis de las madres adolescentes varía del de las madres adultas, los estudios que realizó mostraron un aumento en la incidencia de pelvis estrecha. Este hallazgo particularmente se manifestó en muchachas entre

12 y 14 años. Por otro lado, Mussio (1970), no halló evidencia de desproporción cefalopélvica en 50 adolescentes mayores de 14 años, basado en el hallazgo del acelerado desarrollo del esqueleto que precede y sigue a la menarquia, la pelvis de la mujer alcanzará su completo desarrollo, época en que una adolescente es fisiológicamente mayor para estar embarazada. El brote de crecimiento es tan rápido que la pelvis ósea puede ser lo bastante grande para permitir el paso de un feto a término, pocos meses después de la menarquia (8 a 10 meses después) sin tener en cuenta la edad cronológica de la paciente.

TIPO DE PARTO:

En la mayor parte de las series la incidencia de cesárea en las adolescentes fue considerablemente más baja que en los grupos de control de mayor edad, con los que compararon los autores. En las pacientes de 14 a 16 años el porcentaje de cesáreas fué de 0.9%. En las muchachas de menos de 17 años de edad 1.5%; y en el grupo de menos de 19 años 1.4%. (2) (10) (19).

Hay muy poca discusión en que se recurrió con menos frecuencia a la cesárea en las pacientes adolescentes que en las mujeres mayores.

PARTO PROLONGADO:

Es más probable que tengan parto prolongado las adolescentes que un grupo comparable de mujeres adultas. Aznar y Bennet (1971) hallaron una mayor incidencia de parto prolongado en las muchachas de menos de 15 años. (24) (4) (2). No existe una explicación fácil para el aumento en la incidencia de parto prolongado. Puede ser causado por el hecho de que un mayor número de adolescentes son "primíparas", o puede reflejar una mejor efectividad del funcionamiento fisiológico del mecanismo reproductivo de la adolescente. También merece considerarse la posibilidad de que se empleen menos occitócicos en el grupo de edad más joven .

PROBLEMAS EMOCIONALES:

Una exposición del embarazo en la adolescencia sería incompleto sin la consideración del impacto emocional que tiene el embarazo y el parto sobre la joven adolescente, por lo general soltera y con un producto no deseado. Independientemente del grupo socioeconómico al que pertenecen, la mayoría conocen el estigma moral que viene de los reproches de sus padres y de la desaprobación con que mira la sociedad a la ilegitimidad. Psicológicamente la adolescente embarazada se rebela ante su inesperada situación; está angustiada por la desgracia que ha llegado a ella y a su familia, tiene temores sobre el desconcierto de su futuro y la afección que en su persona tendrá el embarazo, la adolescente que no desea estar embarazada no tiene la oportunidad de abortar, ya que en nuestro país ni siquiera está legalizado el aborto.

Diversos estudios en el extranjero han identificado ciertos factores psicosociales que distinguen entre adolescentes, que teniendo relaciones sexuales, utilizan efectivamente métodos anticonceptivos y las que no. Estas variables psicosociales pueden agruparse en los siguientes cinco rubros:

* Origen familiar de la adolescente (las características de la familia y sus relaciones entre los miembros).

- * Grupo de amigos (la comunicación de las adolescentes y sus amigas, y las actitudes de éstas).
- * Compañero o novio (las características de él y la calidad de la relación de la pareja).
- * Conocimiento, actitudes y comportamiento con respeto a las relaciones sexuales, uso de anticonceptivos y embarazo. (1).

A) FAMILIA DE ORIGEN: Teóricamente el contexto psicosocial de la familia será determinante para las características personales de la adolescente, dada la enseñanza efectiva que puede satisfacer o exacerbar las necesidades afectivas de la joven. La satisfacción de las relaciones familiares pueden proporcionarle motivos para permanecer en el hogar o salir de él; habitualmente existe un alto nivel de conflicto y tensión en el ámbito familiar que percibe la adolescente, relaciones inadecuadas y enfrentamiento entre los padres, aún ante su propia sexualidad y en especial ante la sexualidad de sus hijos; baja calidad de la comunicación en general y sobre todo en relación al sexo y a la anticoncepción. Otra condición es la infantilización de la hija negándola a decidir por sí misma.

Aunque es muy frecuente que la familia no maneje adecuadamente este tema, la buena comunicación con los padres al respecto puede ser un factor importante.

Es sorprendente encontrar en varios estudios que las familias de madres embarazadas adolescentes, consisten frecuentemente en progénitos, son madres solteras, divorciadas o viudas. El padre aunque está presente es percibido negativamente como persona distante.

B) GRUPO DE AMISTADES: La influencia de los coetáneos para la adolescente suele ser trascendente. La presión de conformarse a las expectativas del grupo, a menudo someten a la joven a estados conflictivos, por lo tanto es importante conocer la percepción de las expectativas de sus amigos, así como sus actitudes, conocimientos y prácticas con respecto a la anticoncepción y relaciones sexuales. Es un hallazgo frecuente que las adolescentes embarazadas a menudo tienen amigas solteras que están o han estado embarazadas.

C) RELACION CON EL COMPAÑERO SEXUAL: En varios estudios el “novio” parece ser una figura que implica poco compromiso con la adolescente embarazada, especialmente para la menor de edad, y de hecho él se desaparece una vez que se entera del embarazo.

En otros casos, las características del novio y de la relación con él parecen ser de importancia vital, especialmente para la adolescente mayor (18 años o más) varios autores sugieren que el embarazo puede ser motivo por el

deseo de parte de la adolescente para obtener un mayor compromiso del compañero con quien tiene una relación relativamente prolongada pero poco definida. (1).

d): CARACTERISTICAS PERSONALES: Area ampliamente explorada tanto por pruebas psicosociales estandarizadas como por escalas y entrevistas de diversos tipos. En primer lugar es relativamente común encontrar que las adolescentes embarazadas no refieren planes para el futuro, son pocas definidas, poniendo escaso énfasis a la escuela e intereses profesionales específicos. Algunos autores lo han resumido como desesperanza, sentimiento en el que ellas perciben muy pocas oportunidades en la vida y en el que tener un bebé se percibe como una de las dificultades insalvables. Otra característica que ha sido reportada repetidamente es un bajo nivel de asertividad, que algunos autores denominan baja eficacia personal. Asertividad se refiere a la habilidad de decir "sí" o "no" con firmeza sin agredir a otras personas. Dentro del concepto general de AUTOESTIMA, esta área refiere a la percepción de sí misma como capaz de impactar o controlar su propia vida.

En varios estudios se han encontrado consistentemente que muchas adolescentes embarazadas, especialmente menores de 18 años, utilizan la

negación como un mecanismo específico de defensa o quizá como estilo cognocitivo general con el cual evitar confrontar sus problemas.(1).

e)CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS: En la actualidad existe amplia difusión de una gran variedad de métodos anticonceptivos. Sin embargo se desconoce la precisión y profundidad de sus conocimientos con respecto a como usar éstos y la relación con la información más detallada sobre la reproducción y la sexualidad humana. Aún cuando exista buen nivel de conocimientos de métodos anticonceptivos parece ser necesario para lograr su uso adecuado, conocer sus características personales, tales como su impulsividad y negación que impide una relación directa entre sus conocimientos y su comportamiento.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó en forma observacional, transversal prospectiva y abierta, un estudio de 60 pacientes adolescentes embarazadas en trabajo de parto, con edad comprendida entre los 12 y 19 años; atendidas en el lapso de 8 meses, del 1o. de septiembre de 1994 al 31 de mayo de 1995, en la sala de labor y expulsión de ginecología y obstetricia, del Hospital General Tacuba, perteneciente al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; ubicado en la calle de Lago Ontario No. 119, Colonia Tacuba, se analizaron los siguientes datos:

- 1.- Edad y menarquia.
- 2.- Escolaridad.
- 3.- Estado civil.
- 4.-Actividad laboral.
- 5.- Inicio de vida sexual activa.
- 6.-Antecedentes patológicos pre y durante el embarazo.
- 7.- Antecedentes obstétricos.
- 8.- Atención prenatal.
- 9.- Edad gestacional por fecha de última regla.

10.- Peso del producto.

11.- Apgar del producto.

12.- Destino del producto.

13.- Tipo y duración del parto.

La somatometría y la valoración del apgar se realizaron en el servicio de expulsión y posteriormente la sometría se rectifica en el área a que fué asignado el producto.

Se realizó un cuestionario directo con la paciente, se analizó su expediente y se vertió los datos en una hoja especial de recopilación de los mismos, durante el periodo establecido, una vez analizados, continuamos con la técnica de paloteo y graficación en barras.

RESULTADOS

En un lapso comprendido del 1o. de septiembre de 1994 al 31 de mayo de 1995, se atendieron en este Hospital mil tres (1003) pacientes en trabajo de parto, de las cuales, 60 correspondieron a jóvenes adolescentes de entre 12 y 19 años de edad, lo que corresponde a una incidencia de 5.98%. Se obtuvieron 60 productos, de los cuales uno sólo correspondió a óbito.

1.- EDAD: Gráfica (1). Dentro de la estadística que se realizó, el mayor porcentaje correspondió a jóvenes de 19 años, siendo un total de 25, lo que proporciona un 41.66%; le siguieron en frecuencia las adolescentes de 17 años, siendo 13, formando un 21.66%; posteriormente las adolescentes de 18 años con un total de 11 ajustando un 18.33%; y en menor incidencia las de 16, 15 y 14 años, siendo un 8.33%, 5% y 5%, respectivamente. En este estudio no se registraron casos de adolescentes menores de 14 años de edad.

2.- ESCOLARIDAD: Gráfica (2). La mayoría de las pacientes, cursó hasta la secundaria, correspondiendo a un 45%; el 43.3% cursó nivel medio superior. El

8.3% el nivel superior, y 3.3% únicamente primaria. No encontramos pacientes analfabetas.

3.- ESTADO CIVIL: Gráfica (3). La mayoría de las jóvenes adolescentes (71.66%) correspondió al grupo de casadas, de este total el 0.8% fueron obligadas por sus padres, un 25% fueron madres solteras, y únicamente el 3.3% se encontraban en unión libre, viviendo separadas del medio familiar.

Quizá este fenómeno se deba a que probablemente nuestras costumbres obliguen a la joven adolescente a contraer matrimonio para no “manchar” la honra de la joven, a ser una madre soltera.

4.- ACTIVIDAD LABORAL: Gráfica (4). Esto es muy importante, ya que la adolescente, al saberse embarazada, abandona los estudios sin poder desempeñar un trabajo que rinda adecuadamente.

En el presente estudio pudimos corroborar que el 56% de ellas se dedicaban a labores del hogar; un 26% no abandonó sus estudios, continuando dentro de su círculo escolar, y el 16.66% desempeña una actividad laboral, tal como secretaria, enfermera, maestra y auxiliar de intendencia.

5.- MENARCA E INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA: Quizá en cuanto a menarca, no sea lo mismo que se reporta en la bibliografía, ya que se establece que el inicio de la menarquia en forma temprana predispone un inicio de actividad sexual más temprano. En este estudio observamos que 48 de las pacientes (75%), inicia el primer sangrado vaginal entre los 11 y 14 años. Un 11.66% (17 de 60 pacientes) inicia más allá de los 15 años, y sólo 8.33% (5 de las pacientes) inicia antes de los 10 años. Todas las adolescentes inician su vida sexual un año antes de su primer parto.

6.- ANTECEDENTES OBSTETRICOS Y PATOLOGICOS: El 95% de las pacientes, antes de su embarazo, se consideraban clínicamente sanas; únicamente el 5% presentó patología previa tal como diabetes (una adolescente, con edad de inicio a los 12 años, embarazo a los 16 años, con datos de sobreprotección por parte de los padres), hipotiroidismo (una paciente, con edad de inicio desde los 8 años de edad, controlada con hormonales) y tuberculosis renal (una paciente, bajo tratamiento).

El 78.3% correspondió al grupo de las primigestas, 18.3% secundigestas y 3.3% multigestas.

En este estudio, a diferencia de las bases bibliográficas, ni una sola de nuestras pacientes presentó datos de preeclampsia y mucho menos de

eclampsia. Hace tres años se realizó un estudio similar en un hospital del ISEM, en Cuautitlán, en donde los resultados fueron muy parecidos al presente, sin encontrar datos hipertensivos.

Se encontró que el 11.6% cursó con amenaza de aborto, incluso en dos ocasiones: 10% con amenaza de parto prematuro (la mayoría de éstas con antecedente de amenaza de aborto). Una sola paciente, 1.6%, presentó varicela, y el resto, 66.6%, cursó con embarazo normoevolutivo.

7.- EDAD GESTACIONAL Y ANTECEDENTES NEONATALES: Gráfica (5). La mayoría de las jóvenes adolescentes (91.6%) llevó a término su embarazo con una edad gestacional media de 38.6., según la fecha de último periodo menstrual. El 5% fueron embarazos postérmino (42 SDG), y únicamente 3.3% fueron producto pretérmino menor de 35 SDG.

A pesar de que la madre adolescente quiere ocultar a “toda costa” su embarazo durante los primeros meses, el 55% de ellas acude a control prenatal en el segundo trimestre de la gestación; el 36.6% desde el primer trimestre, únicamente el 3.3% no acude a control prenatal.

Durante este estudio no se llevó el seguimiento prenatal completo, ya que las pacientes acuden a su clínica correspondiente, y únicamente se

presentan a esta unidad si existe algún problema importante (amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro, etc.), y para la atención de parto.

8.- EDUCACION SEXUAL: El 51.66% no recibe educación sexual, el 48.3% recibe educación sexual de diversas formas, sin ser una información adecuada, ya que las adolescentes refieren tuvieron ocasionalmente pláticas con su mamá, otras con comentarios de amigas (la mayoría mayores que ellas), y otras (muy escasas), afirman haber recibido pláticas de educación sexual en las aulas escolares impartidas por trabajadoras sociales o por enfermeras.

9.- TIPO DE PARTO Y CONDICIONES DEL PRODUCTO: Gráfica (6). Al igual como la reportan los antecedentes bibliográficos, en 47 de las pacientes (78.3%) se atendió parto eutócico, el 1.66% (una sólo paciente) fué parto distócico por parto instrumento (forceps de Kjeiland), y 12 de las 60 pacientes (20) hubo necesidad de realizar operación cesárea, el 100% de ellas fue de tipo KERR y la justificación fue la siguiente: desproporción cefalopélvica 50%, iteractiva 16.6%, 8.3% por sufrimiento fetal agudo y el 25% por padecimiento de base (tuberculosis renal., hipotiroidismo y diabetes).

En general la duración del trabajo de parto (Gráfica 7) en la mayoría de los casos (55%) fué menor de 12 horas, 25% entre 13 y 24 horas y solamente 10% duró más de 24 horas.

El 91.6% de los bebés recibidos, fueron reportados como sanos, pasándolos directamente al servicio de alojamiento conjunto y cunero fisiológico (según el tipo de parto). Tres de los 59 nacidos vivos (5%) pasaron al cunero intermedio por dificultad respiratoria secundaria a retención de líquido pulmonar. Un recién nacido (1.66%) tuvo la necesidad de servicio de UCIN por prematurez (30 SDG), y por consiguiente dificultad respiratoria secundaria a enfermedad de membrana hialina grado III-IV con las siguientes complicaciones: Hipertensión pulmonar (manejada con ventilación mecánica intermitente de tipo oscilatoria intermitente), presentando enfisema intersticial pulmonar; así mismo presenta sepsis sin germen aislado, enterocolitis necrosante fase II B. Amerita tratamiento en el servicio por un espacio de dos meses y medio, egresando con el diagnóstico de displasia broncopulmonar. Uno de los productos recibidos correspondió a óbito.

En general 58 de las 60 madres (96%) coincidieron en cuidar ellas mismas a su bebé, una de ellas decició, obligada por la madre, a darlo en adopción. El 63.0% tuvieron el apoyo adecuado de los padres, 31.6% apoyo débil y 5% apoyo nulo.

En los recién nacidos recibidos, 88% tuvo peso adecuado entre 2001 y 3.500 grs; 10% pesó por arriba de los 3,600 grs y sólo 1.66% por debajo de los 2000 grs. Así mismo el 95% tuvo un apgar al minuto mayor o igual a 8; el 3.3% entre 6 y 7, y solamente 1.6% tuvo apgar menor de 5. De esta manera se observa, que tanto la madre como el producto no presentan repercusiones biológicas secundarias a la etapa de la adolescencia.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

COMENTARIO Y CONCLUSION

De estos resultados y de otros estudios similares se desprende que el embarazo en la adolescencia tiene un riesgo equiparable al resto de la población femenina en etapa fértil y la temprana edad para el embarazo no es en sí misma un riesgo, sino se le relaciona con otros factores como estado socioeconómico y cultural, salud previa, deseo de embarazo o no y la calidad de asistencia perinatal que se proporcione a la joven madre.

La madurez y plenitud biológica iniciadas por la menstruación le permiten a la adolescente utilizar su capacidad reproductora, pero no facilita un paralelismo semejante en los órdenes económico, cultural, psíquico y social que participan en el concepto integral de salud.

Es por ello que la preocupación actual y válida para cualquier edad se centra en las repercusiones de cada nuevo ser dentro de la comunidad en países como el nuestro, de jóvenes y con 40% de población en la miseria, que tiene mayor carga en los indicadores demográficos. La sobrepoblación tiene efectos

adversos en la realización personal y social y constituye una situación emergente en sociedades de desarrollo y con un bajo nivel de vida.

A pesar de que la fertilidad viene determinada por factores biológicos, el impacto del embarazo y sus consecuencias presentan determinantes biológicos, psicosociales y ambientales. Se considera que la edad misma provocaría inmadurez biológica aumentando las complicaciones, pero informes recientes sugieren que las complicaciones son consecuencia del problema económico-social más que biológicos, ya que las adolescentes, al saberse embarazadas, tienden a ocultar su embarazo, no son independientes económicamente, se ven forzadas a interrumpir sus estudios y muchas veces son abandonadas por el padre del niño, considerando el disgusto en su familia por ser joven y soltera, soportan una carga social, falta de trabajo, ocasionando retraso en su control prenatal y su estado nutricional.

La conducta sexual de la juventud actual es un problema muy real. Esto se manifiesta no solo por el creciente interés en la educación sexual entre los adultos relacionados con gente joven, sino también, en algunas comunidades, por el propio interés entre los adolescentes.

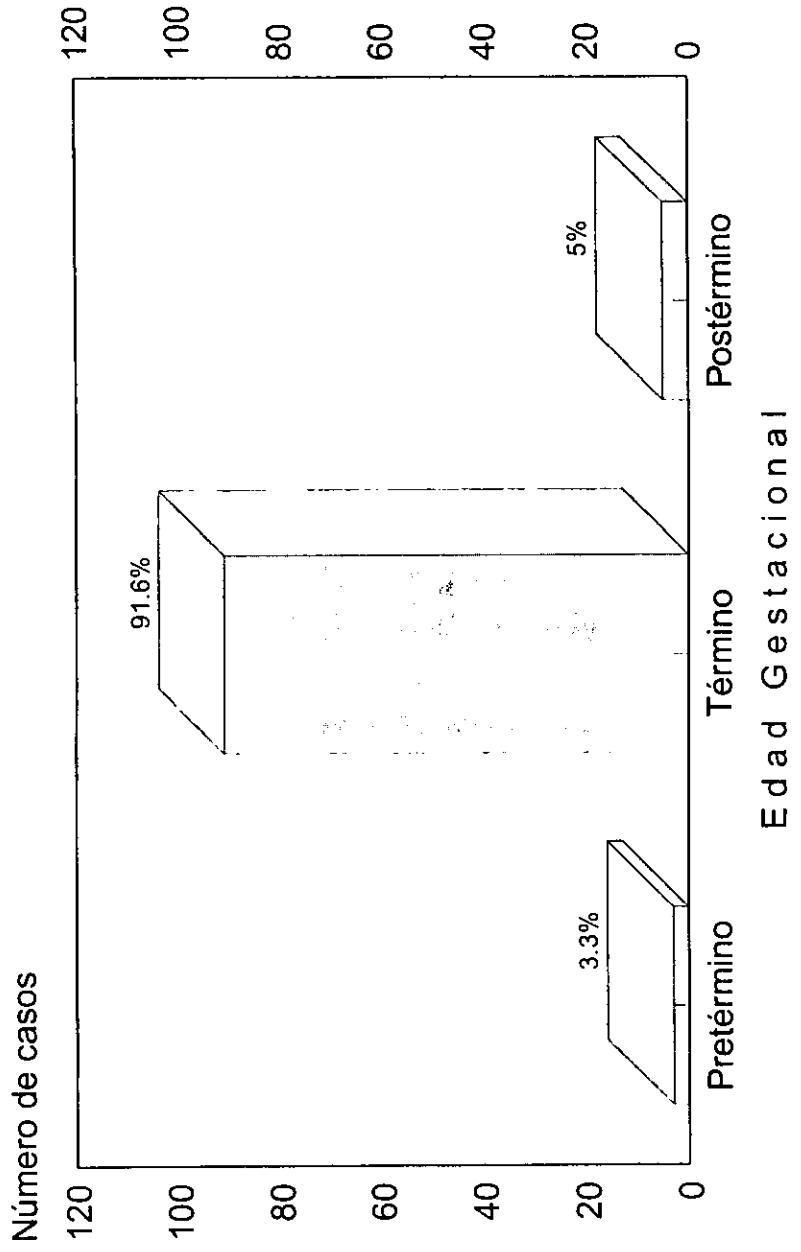
La mayor parte de estas discusiones han repercutido de una manera monótona en una serie de generalidades, señalando que existe un problema y que algo debe hacerse respecto al mismo. Todos los participantes parecen estar de acuerdo en que la educación sexual recorrerá un largo camino por aclararse. La mayoría de los mismos concluye que las madres son incompetentes para este cometido, y que la educación sexual y la planificación de la familia deben ser enseñadas en las escuelas.

Los especialistas educadores abogan por una educación tolerante, los pediatras psicólogos de vanguardia por la iniciativa contra el castigo físico o la crítica de la niña ante el temor de impedir el desarrollo de su naciente personalidad.

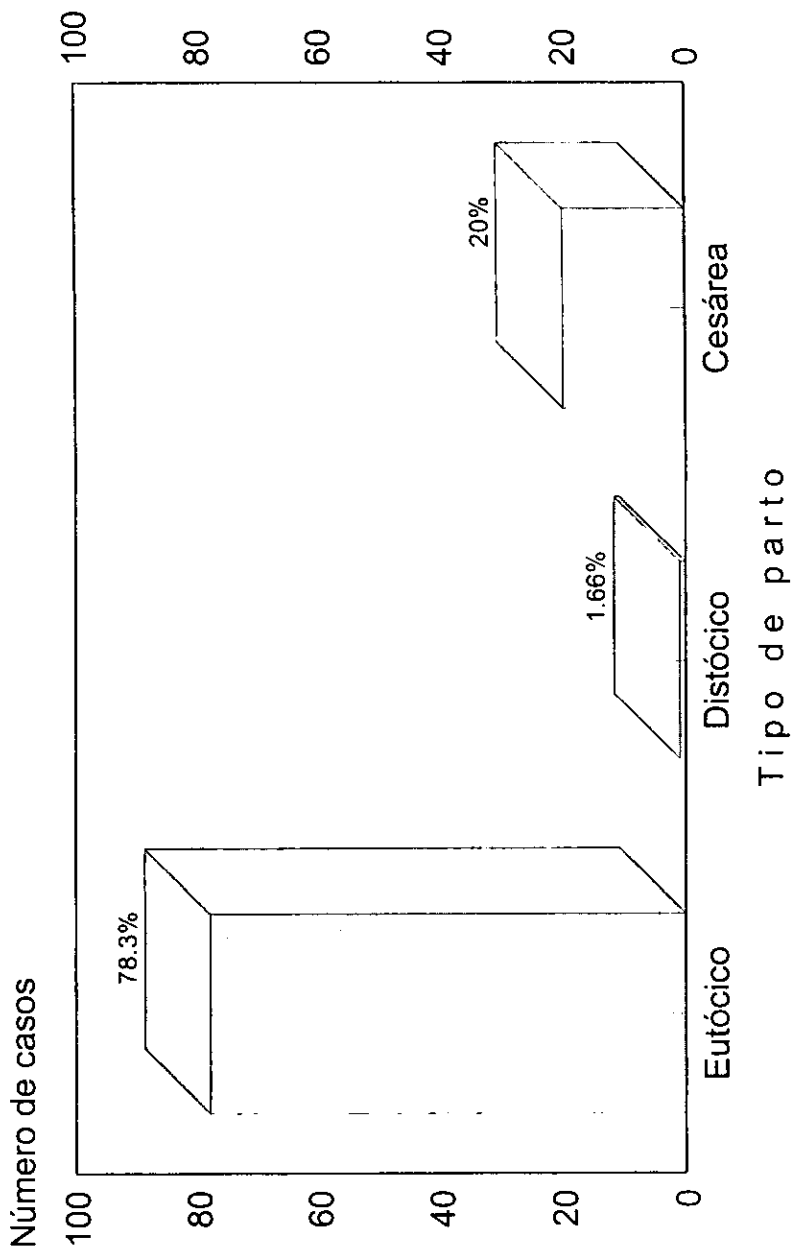
En el presente estudio y aún a diferencia de la base bibliográfica, concluimos que la edad materna de las adolescentes aquí revisadas, no es un factor predisponente para desencadenar repercusiones biológicas, tanto para la madre como para el producto, sin embargo es común que existan alteraciones psicosociales de grado variable, repercutiendo en forma importante, en su desempeño como estudiante, ya que la gran mayoría abandonó sus estudios.

algunas para dedicarse al hogar y muy pocas con la idea de retomar nuevamente su círculo escolar.

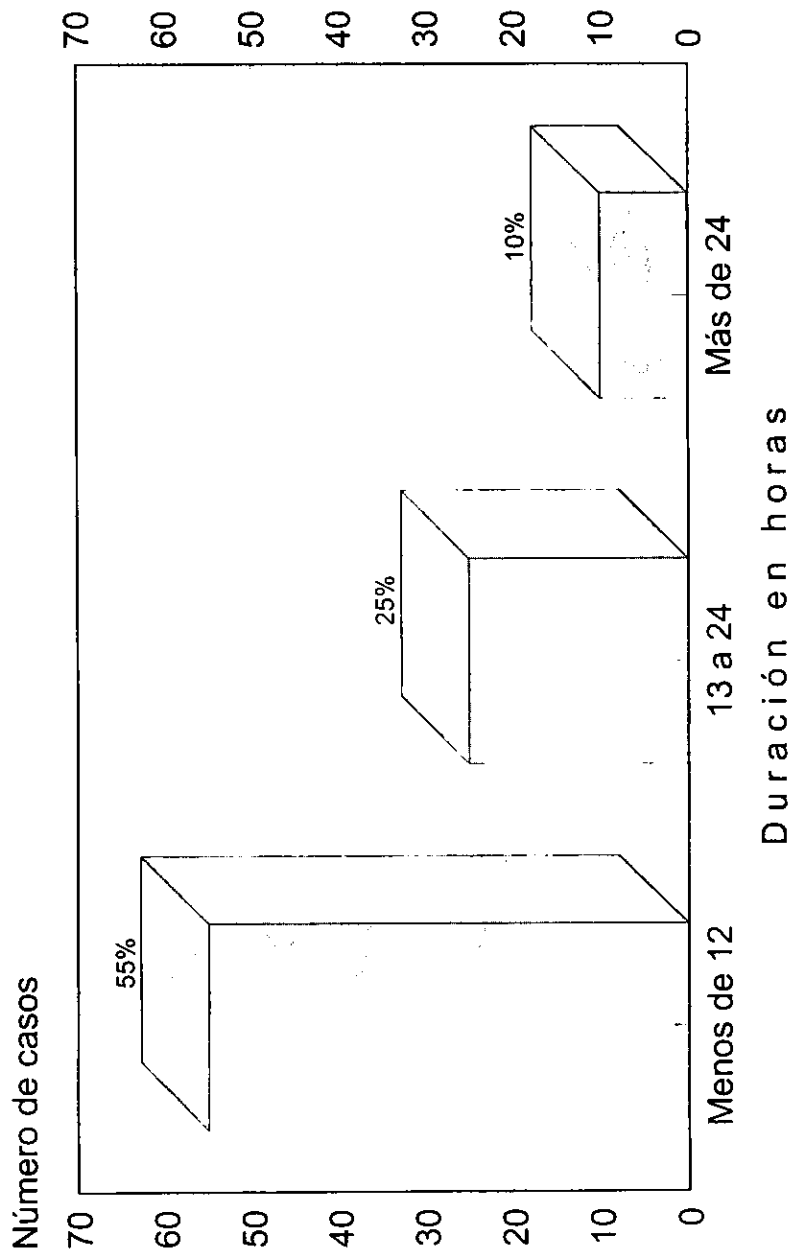
Hospital General Tacuba
Adolescentes embarazadas por edad gestacional del 01-IX-94 al 31-V-95



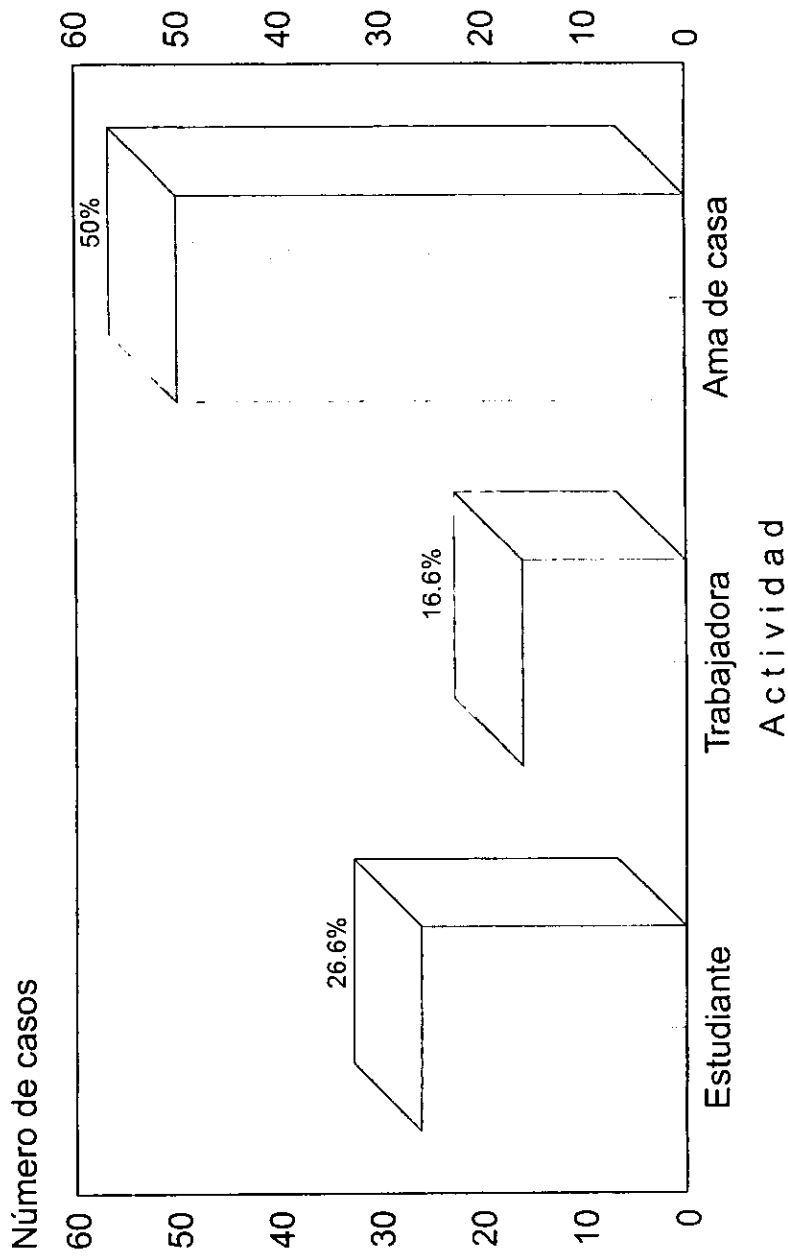
Hospital General Tacuba
Adolescentes embarazadas por tipo de parto realizado del
01-IX-94 al 31-V-95



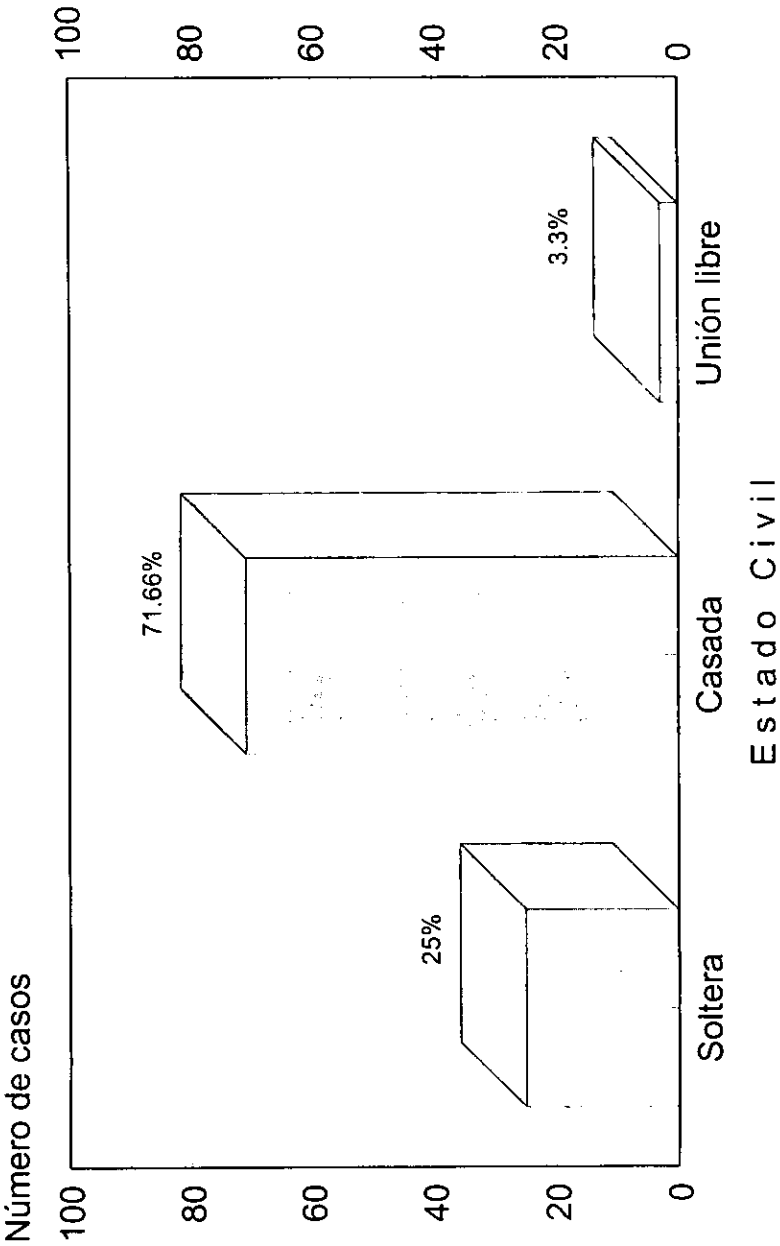
Hospital General Tacuba
Adolescentes embarazadas por durac. del trab. de parto del
01-IX-94 al 31-V-95



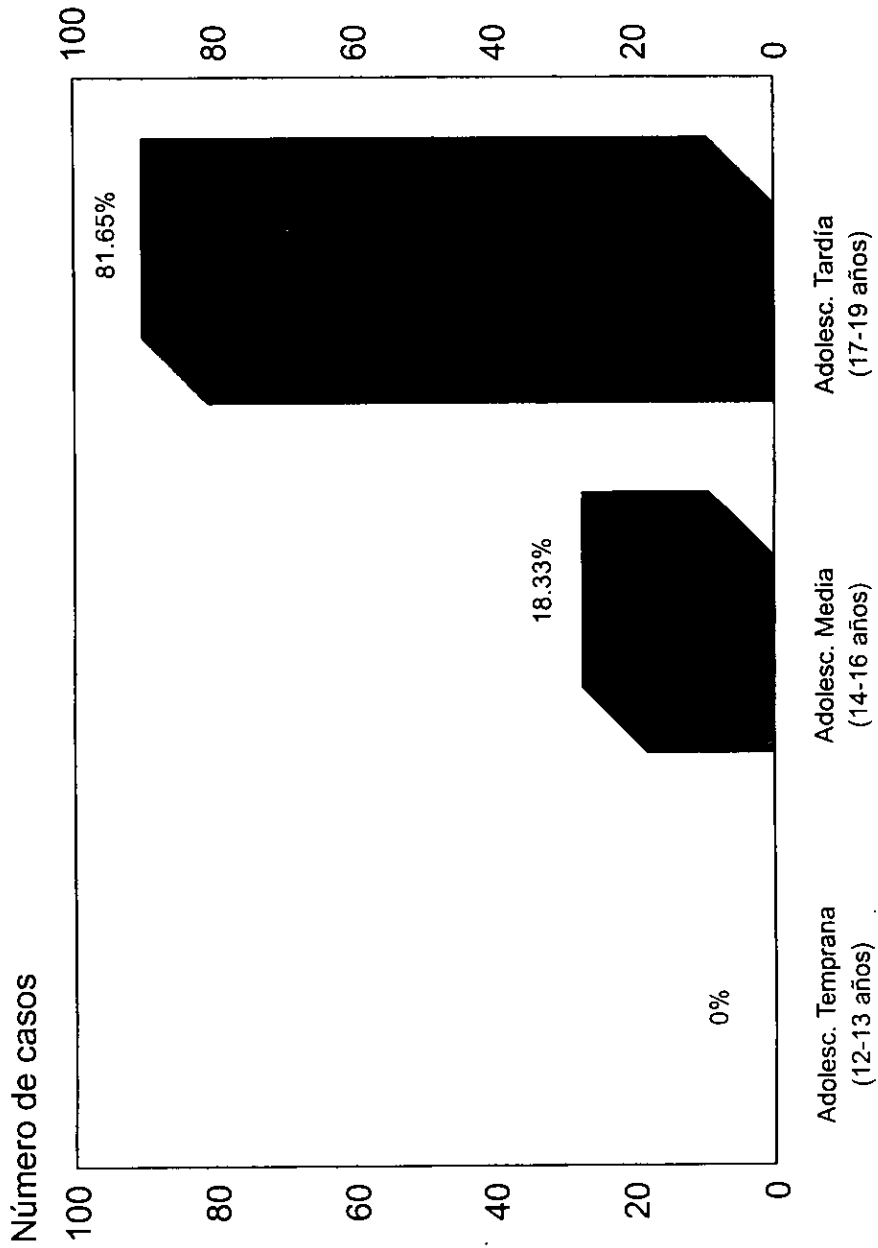
Hospital General Tacuba
Adolescentes embarazadas por actividad del 01-IX-94 al 31-V-95



Hospital General Tacuba
Adolescentes embarazadas por estado civil del 01-IX-94 al
31-V-95.

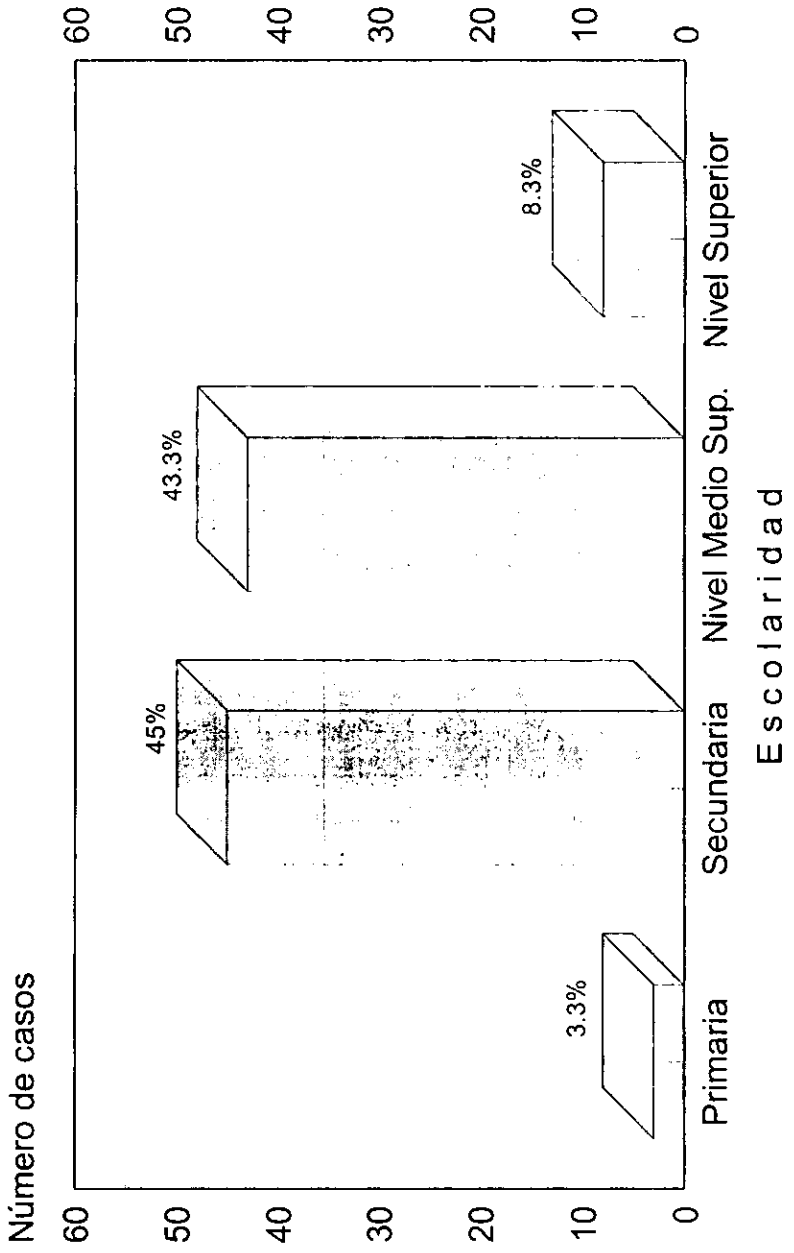


Hospital General Tacuba
Adolescentes Embarazadas por grupo de edad del 01-IX-94 al 31-V-95



Hospital General Tacuba

Adolescentes embarazadas por grado de escolaridad del 01-IX-94 al 31-V-95



BIBLIOGRAFIA

- 1.- Atkin C.L.; Pick S.W; Antecedentes psicosociales del embarazo en la adolescencia. PERINATOL REPROD HUM, 1989, 3,3; 122.
- 2.- Benenson AB, Hammil HA, Mertens MG. Bacteriologic finding of post cesarean endometritis in adolescent. OBST & GINECOL 1990, 70, 2: 172.
- 3.- Blake DM, Milton IL Twin pregnancy in adolescents; OBST GINECOL 1990, 75, 4: 627.
- 4.- Bongiovanni AM. Ginecología de la adolescente, una guía para clínicos p 78, México; SALVAT 1986.
- 5.- COMMITTEE ON ADOLESCENCE, Adolescent pregnancy. PEDIATRICS, 1989, 83, 1: 132.
- 6.- COMMITTEE ON ADOLESCENCE. Counseling the adolescent about pregnancy. PEDIATRICS. 1989, 83,1:135.
- 7.- COMMITTEE ON ADOLESCENCE, Care of adolescents parents and their children. PEDIATRICS. 1989, 83, 1: 138.
- 8.- Frasser AM Prokert EJ, Ward NA. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. The New J of Med. 1995, 332, 17; 1113.

- 9.-Gordon D, Miller J, Doling J, Hicket D. Advanced maternal age as a risk factor for cesarean. *OBSTETRICS & GINECOL.*, 1991, 77, 4: 443
- 10.- Goldenberg RL, Kleman LV, Adolescent pregnancy anther look. *The New J of Med.*, 1995, 332, 17: 1116.
- 11.- Hediger MG, Scholl TB, Belsky D, Patterns of weight gain in adolescent pregnancy. *OBST & GINECOL.*, 1989, 74: 1: 6.
- 12.- Hoffman JW Embarazo en las jóvenes adolescentes. *GINECOLOGIA EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA*, México; salvat 1971.
- 13.- Jonje JC, Palmer A. Embarazo en la primera adolescencia. *Obstr y ginecol.*, 1992, 7, 1: 4.
- 14.- Nocy HG. Teenaged and preteenaged pregnancy. *PEDIATRICS.*, 1981, 671, 1: 146.
- 15.- Ortigosa CE, Carrasco RT. Educación perinatal en adolescencia. *PERINATOL REPRD HUM.*, 1994, 4:4.
- 16.- Ortigosa CD, González LS, Beneficios de la educación perinatal en pacientes adolescentes. *PERINATOL REPRD HUM*, 1993, 7: 120.
- 17.- Ortigosas CE, Rivera ME. potencial preventivo de la educación comunitaria sobre la mortalidad neonatal. *PERINATOL REPRD HUM* 1991, 5: 14.

- 18.- Ortiz SE, embarazo en la adolescencia, GINECOL Y OBSTR, 1001, 59: 289.
- 19.- Sccol T, Hediger M Weight gain during Pregnancy in adolescence, Obstret & Ginecol, 1990 75, 6: 948.
- 20.- Paz Y, gale R, The cognitive outcome of full term small for gestational age infants at late adolescence. OBSTETRICS & GINECOL.. 1995, 85, 3: 452.
- 21.- Scholl T, Miller KI. Prenatal Carem Adequacy and the outcome of adolescence pregnancy. OBSTR & Ginecol, 1987, 69, 3: 312.
- 22.- Toro GR. Embarazo en adolescentes. GINECOL Y OBSTR. 1992, 60: 291.