

11237



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA



**"EVALUACION Y SEGUIMIENTO DEL HIJO DE MADRE
ADOLESCENTE EN EL HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE**

SONORA"

Tesis

Que presenta para obtener
el título de especialidad en
Pediatria:

Dra. VERONICA DEL ROSARIO DIAZ ARTEAGA.

0352004

Hermosillo, Sonora a septiembre de 2003.



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 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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

**“EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL HIJO DE MADRE
ADOLESCENTE”**

TESIS
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
EN LA ESPECIALIDAD DE PEDIATRÍA

PRESENTA:

Dra. VERÓNICA DEL ROSARIO DÍAZ ARTEAGA



Dr. Ramiro García Álvarez
Director de Enseñanza e
Investigación y Profesor
Titular del Curso



Dr. Luis Eduardo García Lafarga
Director General del Hospital
Infantil del Estado de Sonora

Asesor:



Dra. Irma Lucía Jaramillo Quiroga
Adscrito al Servicio de
Alojamiento Conjunto

Hermosillo, Sonora.



Septiembre de 2003.

*Sí no hablas,
Llenaré mi corazón de tu silencio
Y lo guardaré conmigo.
Y esperaré quieto,
Como la noche en su desvelo estrellada,
Hundida pacientemente mi cabeza.
Vendrá sin duda la mañana
Y se desvanecerá la sombra.
Y tu voz se derramará
Por todo el cielo
En arroyos de oro
Y tus palabras volarán cantando
De cada uno de mis nidos.
Y tus melodías estallarán en flores
Por mis profusas enramadas.*

R.Tagore

Agradecimientos:

A todo el personal que labora en esta Institución, quienes contribuyeron de alguna forma en mi periodo de enseñanza en el arte de la Pediatría.

Dra. Irma L. Jaramillo Quiroga: por su paciencia y dedicación a este proyecto.

A mis amigas especiales: Dra. Rosela Gallardo F., Dra. Ana Cristina García E., Dra. Dulce M. Casillas G., por la inolvidable experiencia de haberlas conocido.

Agradecimiento especial: Dra. Alba Rocío Barraza León, por brindarnos un poco de su luz a nuestro camino en los momentos de mayor oscuridad e incertidumbre.

INDICE

	No. Pág.
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	8
OBJETIVOS	10
MATERIAL Y MÉTODOS	11
RESULTADOS	17
DISCUSIÓN	29
CONCLUSIONES	33
PROPUESTAS	36
BIBLIOGRAFÍA	38
ANEXOS	

RESUMEN

Introducción: La Organización mundial de la salud señala al embarazo como una de las prioridades en la atención de los adolescentes ya que repercute tanto en la salud de la madre como en la del niño.

La adolescencia actúa sobre el embarazo como un factor de riesgo que mantendrá su acción potencial a lo largo de toda la gestación, el parto y el puerperio. Los factores de riesgo médicos maternos son entre otros la presencia de anemia, enfermedad hipertensiva, sepsis urinaria, partos pretérminos, instrumentados y quirúrgicos, la presencia de sangrados y la infección. Los factores de riesgo médicos del producto serán: bajo peso al nacer, prematurez e incremento en la mortalidad infantil, acorde aspectos nutricionales y psicológicos principalmente.

Objetivos: Los propósitos de este estudio fueron dar seguimiento al hijo de madre adolescente, evaluar las condiciones socio familiares que rodean al binomio, como los factores de riesgo asociados en el recién nacido.

Material y métodos: En base a la repercusión estadística, se estimaron 30 binomios, evaluándose a los productos de la primera gestación de madre adolescente en dos momentos, al nacer y 15 días después, para ello se realizaron visitas domiciliarias con la finalidad de evaluar las condiciones generales que rodeaban al binomio. Los criterios de inclusión: hijos de madres adolescentes primigestas, egresados del Servicio de Alojamiento Conjunto del HIES que tuviesen residencia en Hermosillo, Sonora. Se evaluaron las siguientes variables: ficha clínica, aspectos perinatológicos, antropometría del RN, aspectos biopsicosociales, condición nutricional y tipo de alimentación, así como la valoración de padecimientos detectados por la madre.

Resultados: La edad promedio de las adolescentes fue de 16 años, sólo 21% de ellas cuenta con escolaridad media superior, 60% vive en unión libre y 40% de ellas son madres solteras, 93% de ellas se dedican al hogar. Se obtuvo un número de cuatro consultas de control prenatal en promedio, 78% sin eventualidades al nacimiento, en el 67% la resolución del embarazo fue por vía vaginal. El 70% de los productos fueron del sexo masculino, la edad gestacional promedio para los RN fue de 38.8 SEG, el peso promedio al nacimiento fue de 3,176grs y a la visita 3,260grs, la talla promedio al nacimiento 49 cm y a la visita 50 cm, perímetro cefálico promedio al nacimiento 34 cm sin modificación a la visita. El 100% de las madres al egresar practicaban la lactancia materna exclusiva, a los 15 días sólo el 57% de ellas, 40% alimentación mixta y 3% de los productos se alimentaban con fórmula artificial. El apoyo económico para los binomios 50% por abuelos y 50% por las parejas sexuales, el 100% de los binomios no contaba con seguridad social y pertenecían a estrato socioeconómico bajo. Al momento de la visita 80% de los productos se encontraban sanos, 20% de ellos con eventualidades mínimas. El 93% de las madres se encontraban aptas en el reconocimiento de signos de alarma, higiene y atención a las necesidades básicas del producto.

Conclusiones: Ser madre adolescente primigesta es un factor de riesgo repetido en la Morbimortalidad del RN. Nuestras madres adolescentes se encuentran limitadas en su capacidad social y económica para atender a su RN. Sin embargo al momento de su revisión a los 15 días de vida, las condiciones del recién nacido son optimas, será necesario un seguimiento a plazo mediato para conocer su evolución. La madre adolescente y su hijo deben formar parte de los problemas prioritarios de salud a atender.

Propuestas: Establecer una clínica de seguimiento del hijo de madre adolescente que se desarrolle dentro y fuera de nuestra institución con un recurso humano interdisciplinario que logre disminuir su morbimortalidad.

Establecer además una escuela para padres de la madre adolescente.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un periodo de transición física, psicológica y social entre la niñez y la etapa adulta, donde una de las tareas fundamentales es la búsqueda de la identidad y de autonomía, que en condiciones favorables le permiten un desarrollo sano al individuo.

El embarazo en la adolescente, es una crisis que se sobreimpone a la crisis de la adolescencia. Las fases de la adolescencia colorean las actitudes de las adolescentes frente al embarazo. Las actitudes de la adolescente frente a su embarazo se manifiestan con gran variedad, de acuerdo con las influencias culturales, temperamentales, de clase social, estado de salud.⁽¹⁾ Los riesgos reproductivos en adolescentes se definen como la probabilidad (grado de peligro) que tiene la adolescente en edad fértil, tanto ella como su producto de la concepción, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentar embarazo. El impacto del embarazo en adolescentes se extiende al hijo de madre adolescente que es un niño de mayor riesgo.⁽³⁾

La organización mundial de la salud define a la adolescencia como la etapa en que transcurre desde la pubertad (10 años) hasta los 19 años, puede dividirse en dos tipos de adolescencia relacionados básicamente a los problemas de salud de la siguiente manera:

- **Adolescencia temprana:** menor de 14 años
- **Adolescencia tardía:** de 15-19 años.

El embarazo en esta edad es la gestación que ocurre en la etapa etaria denominada adolescencia que comprende a las mujeres hasta los 19 años de edad (OMS), independientemente de la edad ginecológica de riesgo variable, según sus condiciones físicas, médicas y sociales. ⁽³⁾

En 1990, los adolescentes y jóvenes (10-24 años) constituían el 31% de la población de América Latina y el Caribe.⁽²⁾ Los adolescentes en México representan el 25% de la población total, siendo la mitad mujeres. Entre los principales problemas de salud destacan los accidentes, el fármaco dependencia, el embarazo no deseado y el suicidio. ⁽³⁾

La Organización Mundial de la Salud ha señalado al embarazo como una de las prioridades en la atención de los adolescentes ya que repercute tanto en la salud de la madre como en la del niño.⁽⁴⁾ En todo el mundo, uno de cada 10 alumbramientos corresponde a una madre adolescente.⁽⁵⁾ Solamente en Estados Unidos se producen anualmente más de medio millón de embarazos en adolescentes. ^(6,7)

En 1996, se registraron en la república Mexicana más de 10,000 nacimientos de madres adolescentes menores de 15 años y casi 414,000 de madres extremadamente jóvenes. ⁽⁴⁾

En los servicios de salud de Sonora para el 2000, se registraron 19,132 nacimientos de los cuales 27% (526), correspondió a mujeres de 10 a 19 años de edad. ⁽⁸⁾

El embarazo en la etapa de la adolescencia se caracteriza por la incapacidad materna para cuidar a un hijo y formar una familia, ⁽⁹⁾ Es considerado como una manifestación de inmadurez psicosocial y de fallas sociales en la atención de la adolescente.⁽³⁾ Se han mencionado ciertas condiciones riesgosas que pueden favorecer el embarazo en adolescentes, entre las cuales se puede mencionar: las condiciones sociales y culturales, los medios de comunicación masiva,⁽⁶⁾ menor aceptación de los valores tradicionales familiares y poca comunicación con la madre, abandono de la escuela, menarquia precoz, baja autoestima, carencia de proyectos de vida, pocos conocimientos sobre anticonceptivos, familias disfuncionales, madre o hermana con embarazo en la adolescencia, padre ausente, nivel socioeconómico bajo, ingreso precoz al trabajo formal, amigas que han iniciado vida sexual.⁽⁴⁾

La adolescencia actúa sobre el embarazo como un factor de riesgo que mantendrá su acción potencial a lo largo de toda la gestación, el parto y el puerperio. Los peligros de la maternidad en esta etapa de la vida aumentan con una atención médica inadecuada y es frecuente encontrar anemia, enfermedad hipertensiva del embarazo y sepsis urinaria, las complicaciones obstétricas serán el parto pretérmino, instrumentado o quirúrgico, los sangrados y la infección,⁽⁷⁾ las consecuencias del embarazo en adolescentes abarcan aspectos maternos y fetales físicos, así como psicosociales que interfieren con la madurez y aceptación sociofamiliar de la madre y también con la del producto.⁽⁹⁾ La mortalidad materna en muchos países en desarrollo es francamente más alta en madres adolescentes (OMS 1989).⁽¹⁾ Un hijo de madre adolescente tiene dos y tres veces

más posibilidades de morir durante su primer año que un hijo de madre no adolescente. Esta cifra se dispara en madres menores de 15 años. ⁽¹⁰⁾

Las adolescentes suelen tener malos hábitos de alimentación, descuidan las dosis de multivitaminas, a menudo existe alcoholismo y tabaquismo, uso de drogas, componen el grupo de edad en el que hay menos probabilidades de que reciban atención médica prenatal a comienzos de la gestación y de manera regular, además de mayor incidencia de enfermedades de transmisión sexual. ⁽⁹⁾

Dadas las características de estos embarazos, existe en estos niños una mayor incidencia de problemas orgánicos tales como prematuridad, bajo peso para edad gestacional, mayor mortalidad en los días próximos al parto y durante su primer año de vida. ⁽¹⁰⁾ Dadas las escasas habilidades parenterales, las erróneas expectativas sobre el desarrollo del hijo, la pobre motivación, el elevado nivel de estrés y ansiedad, y el reducido apoyo social y económico de los cuales suele disponer la madre y, en su caso, el padre, y dado el bajo estatus socioeconómico al que suelen pertenecer, es muy frecuente que estos niños reciban peores y más escasas atenciones tanto físicas como psicológicas, lo que tendrá importantes consecuencias no solo durante la infancia, sino también durante la adolescencia.

⁽¹⁰⁾ Los hijos de estas madres tienen el riesgo de abuso físico, negligencia en el cuidado de su salud, desnutrición, retardo físico y psicológico. ⁽³⁾

Existen patrones característicos de interacción madre hijo, en ocasiones se ha observado falta de sensibilidad y respuesta ante las necesidades físicas y afectivas del niño, y disgusto ante el hecho de tener que realizar actividades como cuidarlo, vestirlo, alimentarlo o hacerlo a pasear, otras madres exhiben conductas de sobre

protección ansiosa y un último grupo pasan alternativamente del rechazo y privación a la sobreprotección.⁽¹⁰⁾ La población de madres adolescentes presenta muchos de los factores conocidos, tanto para ellas como para la crianza de sus hijos, a saber: alteración de los vínculos familiares, problemas de escolaridad, trabajo ilegal, insalubre e inestable , maltrato y/o abuso, pobreza, inadecuadas experiencias infantiles, inestabilidad emocional. ⁽⁹⁾

Para concluir, se puede afirmar que el embarazo en adolescentes es un problema medico por la morbilidad materno-fetal que presenta en nuestro medio, pero también es un problema educativo y psicosocial que debe ser abordado de forma integral (médica, psicológica, social y educativa), con el fin no solo de atender los embarazos y partos, sino de dar la asistencia integral que requiere el binomio y disminuir la morbilidad del hijo. ⁽⁹⁾

Es importante considerar entonces factores de riesgo médicos y psicosociales para las madres adolescentes entre los que figuran:

- Poco incremento de peso durante el embarazo
- Anemia
- Hipertensión inducida por el embarazo
- Pobreza
- Falta de instrucción
- Apoyo familiar inadecuado
- Atención prenatal inadecuada o ninguna
- Mayor riesgo de violencia domestica

- Mayor probabilidad de ser madre soltera
- Menor probabilidad de terminar la escuela superior
- Menos conocimientos sobre desarrollo infantil y el manejo en su crianza
- Mayor riesgo para el niño de descuido o maltrato.
- Ocurren repetidos embarazos en el 35% de las madres adolescentes a los dos años del primer hijo.

Los factores de riesgo medico y psicosociales asociados con los hijos de madre adolescente:

- Bajo peso al nacer
- Prematurez
- Incremento en la mortalidad infantil
- Desarrollo mas pobre de los hijos comparado con el de los niños de mas edad
- Déficit en el desarrollo cognoscitivo y social que se puede prolongar hasta la adolescencia
- Niños menos alimentados emocionalmente por el contacto físico y la palabra.
- Disciplina severa y rechazo debido a la poca preparación para la paternidad ligada a la ira, la baja autoestima y la no aceptación de la sociedad.
- El 33% de estos niños son desertores escolares
- El 31% sufre depresión

- El 16% esta en la cárcel
- El 25% corre riesgo de ser padre adolescente ⁽⁹⁾

JUSTIFICACIÓN

Como parte del análisis de nuestro entorno, comenzaremos por comentar que en el Hospital Infantil del Estado de Sonora, se presentaron en el año 2002 un total de 5934 eventos obstétricos, de este grupo el 32% son hijos de madre adolescente. Acorde a nuestros antecedentes revisados en los trabajos de tesis previos (*Nevárez GG.1996.1-25, Vazquez PE; Rojo QA.1998.1-152*) nos aportan ciertos aspectos epidemiológicos que en conocimiento nos limitan a su estancia dentro del hospital que generalmente se asocia en escaso control como adolescentes en las áreas de ginecoobstetricia y/o en la clínica de adolescentes. Sin embargo no conocemos con detalle los patrones del comportamiento de estas madres Estimamos que un alto porcentaje de estos niños no reciben control acorde a la inercia del poco numero de visitas de la madre durante la gestacion y cuando acuden a nuestra Institución generalmente presentan patología que muchas de las veces puede ocasionar morbi_mortalidad y hospitalización.

Tomando en cuenta que la adolescencia es una etapa de transición entre la niñez y la edad adulta, en la que predomina la búsqueda de la identidad y la autonomía. El embarazo en esta etapa se caracteriza por la inmadurez física, psicológica y social de las madres, considerando además las influencias culturales, temperamentales, de clase social y estado de salud de las pacientes.

En base a lo escrito en la literatura como condicionantes de riesgo para el embarazo en la etapa adolescente y las repercusiones en sus productos, es importante el realizar un estudio de seguimiento que logre evaluar al binomio de forma intra y extrahospitalaria con la finalidad de reconocer nuestras propias

condicionantes de riesgo y de esta forma proponer soluciones encaminadas a disminuir la morbimortalidad de nuestra población.

OBJETIVOS

Generales

- Dar seguimiento al hijo de madre adolescente
- Evaluar las condiciones socio familiares que rodea al binomio
- Determinar las características de los nacimientos así como las características de los recién nacidos de madres adolescentes y su destino.

Específicos.

- Proponer un modelo de seguimiento del hijo de madre adolescente que se desarrolle tanto dentro como fuera de esta institución con un recurso humano intersectorial e interdisciplinario que logre disminuir su morbi-mortalidad.

MATERIAL Y METODOS

Se realizo un estudio de campo extrahospitalario, de tipo prospectivo, observacional, descriptivo, en el que se consideró como grupo problema a los hijos de madres adolescentes que ingresan al Servicio de Alojamiento Conjunto del Hospital Infantil del Estado de Sonora (HIES), evaluándose las condiciones de los recién nacidos 15 días posteriores a su egreso de la unidad. Para ello se realizaron visitas domiciliarias con la finalidad de evaluar no solo las condiciones clínicas del paciente sino el ambiente en general que les rodea.

El tamaño de la muestra se estimó bajo consideración de la repercusión estadística, considerándose entonces el tamaño de la muestra a 30 binomios.

Criterios de Inclusión:

- Hijos de madres adolescentes
- Productos de la primera gestación
- Binomios egresados del servicio de alojamiento conjunto del HIES
- Residentes de Hermosillo.

Criterios de exclusión:

- Hijos de madres que no se encuentren dentro del grupo de edad adolescente
- Productos de este grupo de edad hospitalizados en Neonatología
- Residentes de cualquier otro sitio de la Republica Mexicana excepto Hermosillo.
- Hijos de adolescentes productos de la segunda gestación en adelante.

Diseño de Estudio.

El presente estudio surge en base a la inquietud de evaluar las condicionantes de riesgo que rodean a las madres adolescentes y a sus productos, lo anterior en base a las premisas establecidas en la literatura en cuanto a la inmadurez biológica, psicológica y social en la que se encuentran las madres adolescentes y la repercusión que tiene esto sobre sus productos.

En base a lo documentado en la literatura mundial, se pretende el evaluar a nuestros binomios de forma particular para determinar nuestros propios condicionantes de morbimortalidad.

Para ello se determinó un numero de 30 binomios como muestra a estudiar en base a la repercusión estadística de la misma, lo anterior con la finalidad de obtener un grado de confiabilidad que nos permita tomar juicios claros sobre los resultados a obtener.

El objetivo principal de este estudio es dar seguimiento a los binomios que reúnan las características para ser incluidos como parte de la muestra por lo que se optó por las siguientes características en el tipo de estudio: prospectivo que nos permita el seguimiento de nuestra población en nuestro caso 15 días posteriores a su egreso de nuestra unidad, observacional que nos permita evaluar mediante la utilización de los sentidos y percibir los hechos o fenómenos que rodean a nuestro objeto de estudio y que además sea descriptivo de tal forma que nos permita narrar de forma exacta lo encontrado en nuestra población en su momento de estudio.

De forma inicial se contactó con las madres adolescentes en el Servicio de Alojamiento Conjunto evaluándose al binomio de forma general y de forma particular al recién nacido en sus primeras horas de vida. Se citaron entonces a la consulta externa para su valoración, proponiéndose una cita de control gratuita a los 15 días de su egreso planeada ésta en la consulta externa de neonatología. Se obtuvo una respuesta negativa por parte de las adolescentes hacia nuestra propuesta, por lo que solicitamos apoyo a la clínica de lactancia materna a donde son citadas todas las madres egresadas del servicio de alojamiento conjunto a recibir pláticas de concientización sobre la importancia y las repercusiones favorables de la lactancia materna en los productos, resultando de igual forma poco satisfactoria la respuesta a nuestro objetivo.

En base a lo anterior se decidió acudir a los domicilios de 30 binomios contactados previamente en el Servicio de Alojamiento Conjunto durante su internamiento, realizándose visitas 15 días posteriores a su egreso organizando las visitas de acuerdo a la ubicación topográfica de los domicilios, así como la facilidad de acceso a los mismos, apoyados en la hoja de recolección de datos antes descrita.

Las variables estimadas en la encuesta fueron de forma inicial la ficha clínica en la que se incluyeron datos maternos que nos permitiesen ubicar a la madre de forma general, interrogamos entonces; nombre, edad y escolaridad que nos permite ubicar en un contexto general y considerar estas variables aunadas a su ubicación geográfica por colonias dentro de la ciudad, su estado civil, así como el antecedente de toxicomanías como condicionantes de riesgo para nuestros binomios.

De igual forma evaluamos a nuestras madres adolescentes en su responsabilidad para acudir a sus citas de control prenatal, se encuestó el número de consultas de consultas a las que acudieron, así como las eventualidades que se haya presentado en la evolución de su gestación y que haya sido detectadas en sus citas de control. Finalmente evaluamos la vía de nacimiento de los productos, así como las eventualidades al nacimiento. Todas estas variables fueron estimadas en la encuesta con la finalidad de corroborar lo ya descrito en la literatura mundial respecto a una mas de las condicionantes de riesgo en las madres adolescentes que es la mala poca cultura en salud en relación al control prenatal. Como parte de la evaluación de los productos las variables analizadas fueron sexo, edad gestacional, además de somatometría. Lo anterior se realizo con la finalidad de evaluar la somatometría en un segundo momento que se estimó al momento de la visita domiciliaria 15 días después de su egreso de la unidad hospitalaria y de esta forma lograr establecer condicionantes de riesgo en base a los datos obtenidos en los dos distintos momentos en la vida del producto como parte del seguimiento en nuestro estudio. De igual forma al momento de la visita

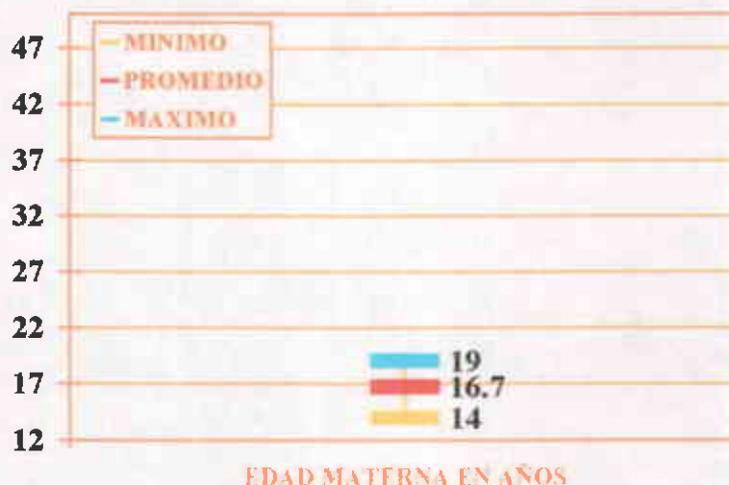
domiciliaria se estimaron otros aspectos en relación al binomio analizándose el tipo de dieta del recién nacido y las condicionantes para su modificación, en las madres valoramos el grado de aptitud en la respuesta a las necesidades básicas de los productos, el reconocimiento de los signos de alarma, la higiene que tienen en sus personas, ambientes y la repercusión de ella en los productos, esta evaluación encaminada a determinar las características de nuestras madres adolescentes y de su capacidad de respuesta a necesidades y atenciones básicas de los productos teniendo en consideración de acuerdo a los resultados obtenidos el plantear propuestas que logren mejorar el nivel de educación en salud de las madres y por ende con repercusión en los productos.

En la encuesta agregamos unas variables más que nos permitieron estudiar la situación social de los binomios, de igual forma logramos explorar un poco sobre la dinámica familiar y la problemática que viven nuestras madres adolescentes que tienen como factor de riesgo agregado a sus condicionantes de base, el pertenecer a estratos socioeconómicos bajos que las limitan en su capacidad económica en aspectos básicos del cuidado de sus recién nacidos.

RESULTADOS

Al evaluar la ficha clínica, encontramos que las edades de las madres visitadas oscilaron entre los 14 y los 19 años de edad, teniendo como edad promedio los 16.7 años. Con lo que respecta al nivel de escolaridad el 33% contaba con estudios concluidos a nivel primaria, 21% secundaria y el 46% refirieron escolaridad media superior sin concluir aún. El 93% de las adolescentes encuestadas se dedican al hogar y solo el 7% acude a la escuela. Con lo que respecta al estado civil 60% en unión libre y 40% de ellas son madres solteras. Solo una de las pacientes refirió toxicomanías en particular alcoholismo y tabaquismo positivo aún durante el embarazo.(ver gráfica 1)

Gráfica 1
EDAD MATERNA
n=30



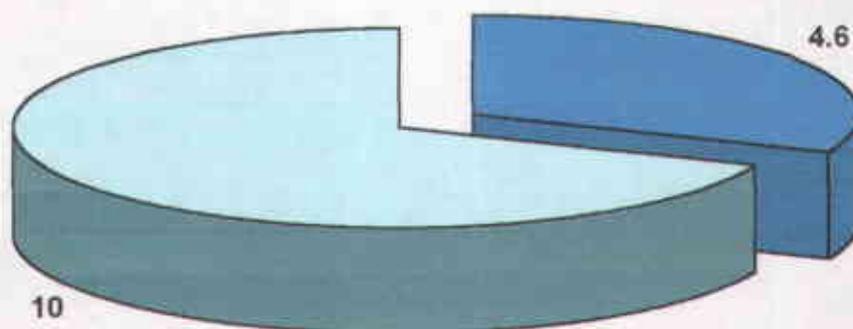
Fuente: Archivo clínico y bioestadística HIES.

El número promedio de visitas a control prenatal fue de 4.6 encontrándose un máximo de citas acudidas de 10 durante la gestación. (ver gráfica 2)

Gráfica 2

CONTROL PRENATAL

n=30



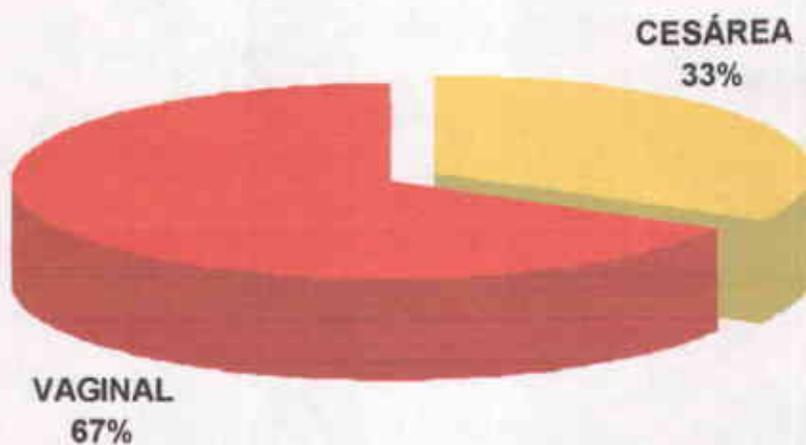
Fuente: Archivo clínico y bioestadística, HIES.

La vía de nacimiento de los productos fue vaginal en 67% de ellos y vía abdominal en 33% restante. (ver gráfica 3)

Gráfica 3

VIA DE NACIMIENTO

n=30



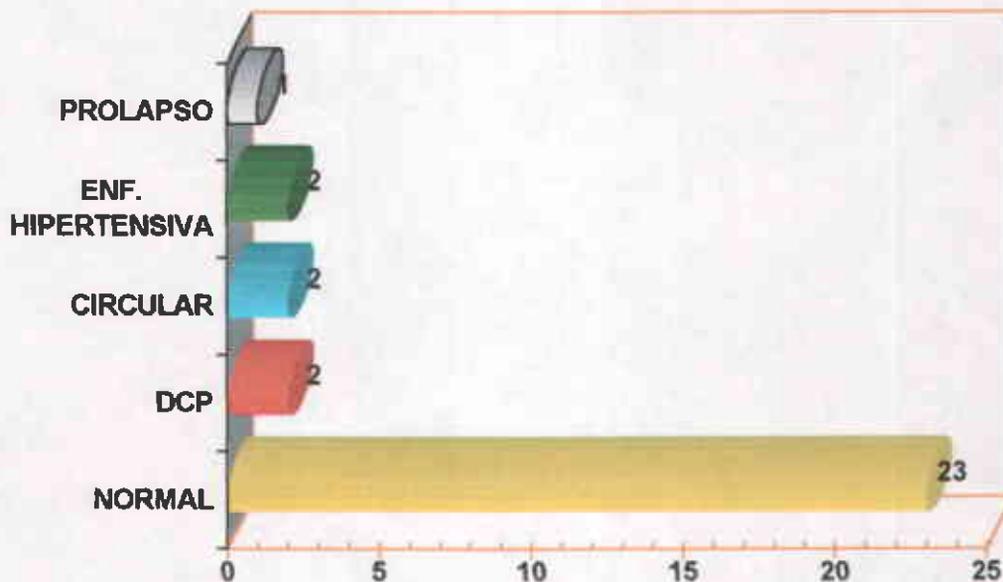
Fuente: Archivo clínico y bioestadística, HIES.

El evento del nacimiento cursó sin eventualidades para el 76% de los productos y el 24% restante presentó distintas eventualidades tales como prolapso de cordón, circular de cordón, algunas de las madres presentaron enfermedad hipertensiva del embarazo así como alteraciones anatómicas que dificultaron la vía de nacimiento vaginal (desproporción cefalo-pélvica), eventualidades que no condicionaron morbimortalidad en los productos por la resolución oportuna de las mismas. (ver gráfica 4)

Gráfica 4

Aspecto; Perinatológico;

n=30



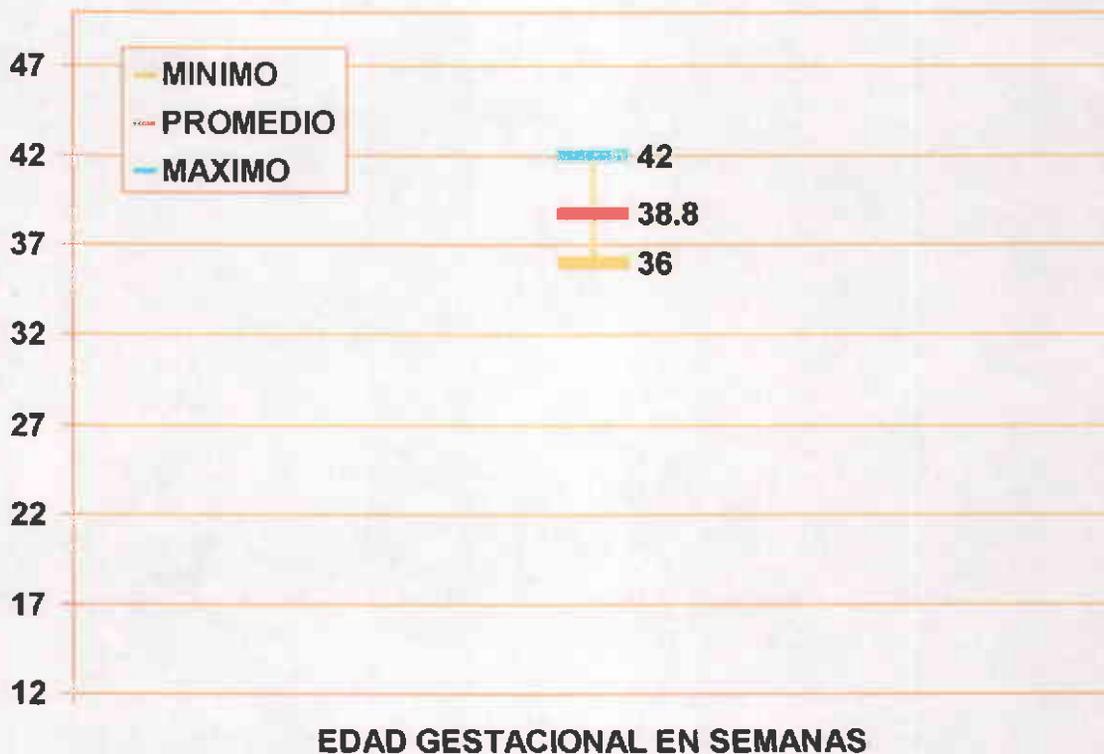
Fuente: Archivo clínico y bioestadística, HIES.

Al evaluar a los productos, se encontró que la edad gestacional expresada en semanas de acuerdo a la evaluación de Capurro, fue una edad mínima de 36 semanas y una edad máxima de 42, teniéndose una edad gestacional promedio de 38.8 semanas. (ver gráfica 5).

Gráfica 5

EDAD GESTACIONAL

n=30



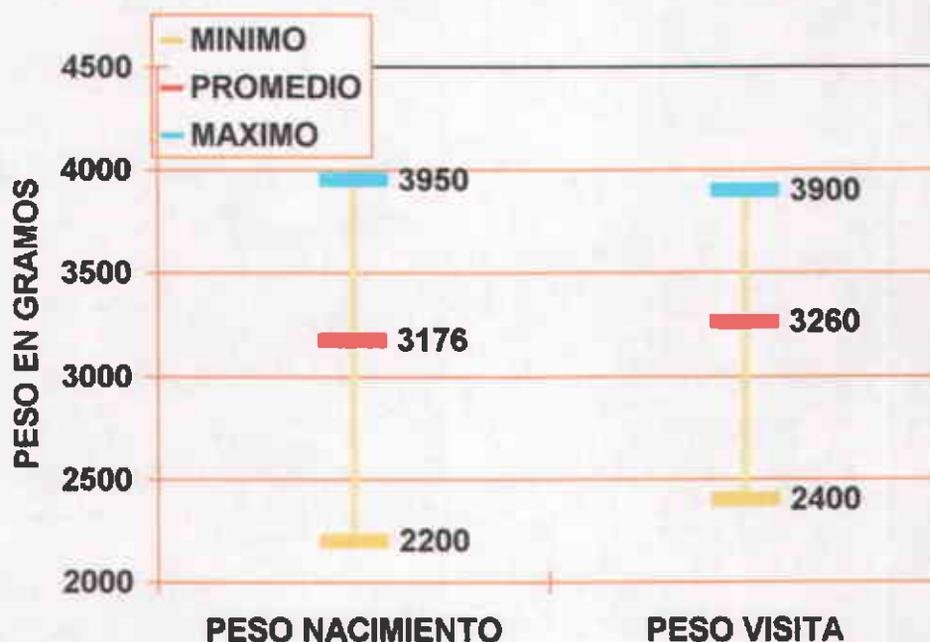
Fuente: Archivo clínico y biostatística, HIES.

En cuanto a la somatometría de los productos, el peso de los mismos expresados en gramos fue de 2,200 como mínimo y un peso máximo de 3,950, con un peso promedio de 3,176 grs. Al momento de la visita domiciliar se encontró con un peso mínimo en los productos de 2,400, máximo de 3,900 con un peso promedio de 3,200 grs. (ver gráfica 6)

Gráfica 6

P E S O

n=30



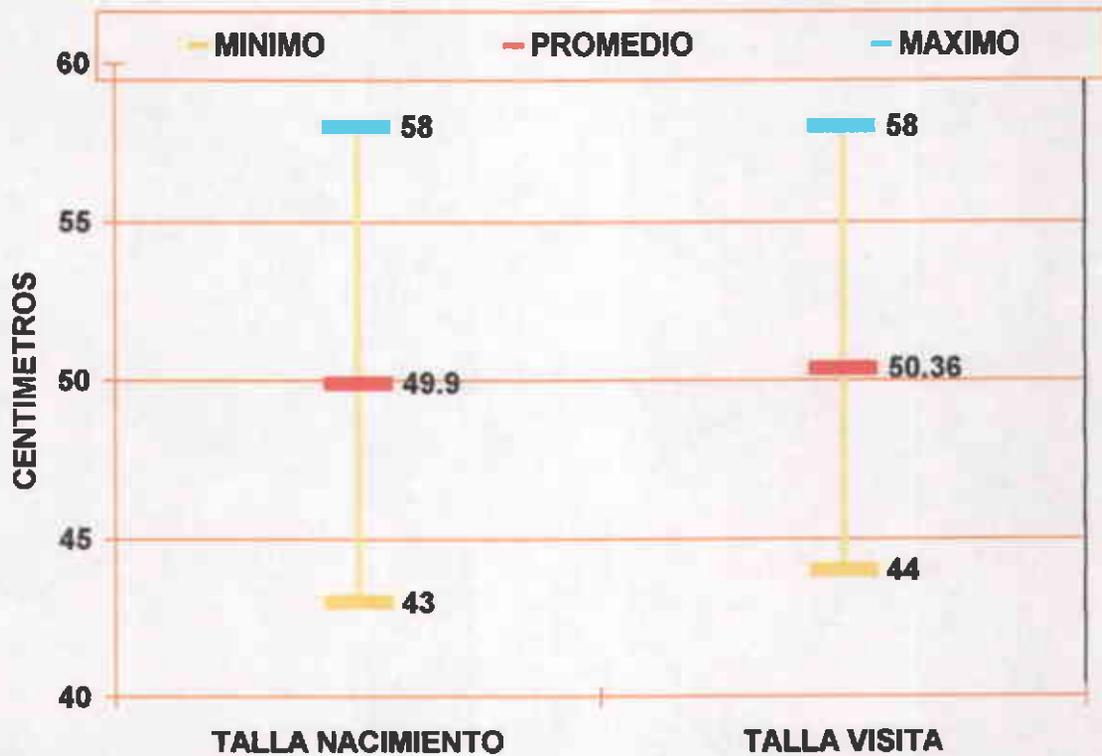
Fuente: Archivo clínico y biostatística, HIES

Al evaluar la talla de los productos expresada en centímetros se encontró al nacimiento una talla mínima de 43 cm, con una talla máxima de 58 cm, la talla promedio para nuestros pacientes fue de 49.9 cm. Al momento de la visita se encontró con una talla mínima de 44 cm, talla máxima de 58 cm y una talla promedio de 50 cm. (ver gráfica 7)

Gráfica 7

TALLA

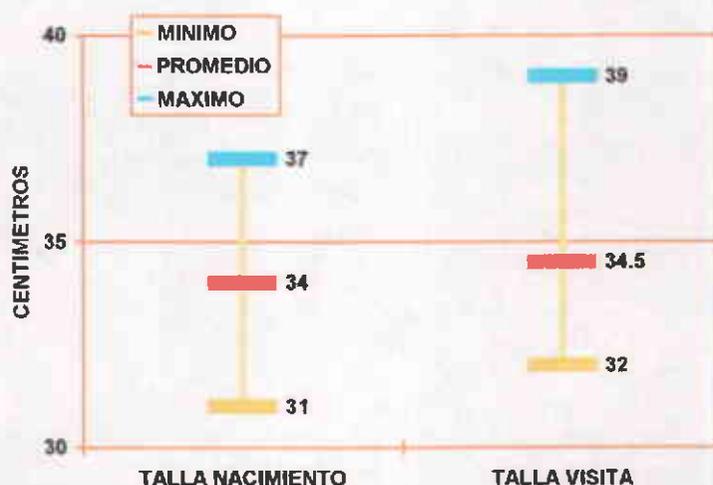
n=30



Fuente: Archivo clínico y biostatística, HIES

De igual forma como parte de la somatometría se evaluó el perímetro cefálico de los productos al nacer se obtuvo una talla mínima de 31 cm, la talla máxima fue de 37 cm, con una talla promedio de 34 cm, al momento de la visita encontramos la misma talla mínima al nacimiento de 31 cm con una talla máxima de 39 cm, obteniéndose una talla promedio de 34.5 cm. De acuerdo a los datos obtenidos se evaluó la somatometría particular a cada caso comparándose con la somatometría esperada para la edad gestacional encontrándose que los productos son adecuados en peso y talla para edad gestacional pero que de forma general presentan pesos y tallas escasamente mayores en relación a las esperadas y que tiene relación con la ubicación geográfica estatal del que son productos estimándose pesos y tallas mayores al centro de la República Mexicana. (ver gráfica 8)

Gráfica 8
PERÍMETRO CEFÁLICO
n=30

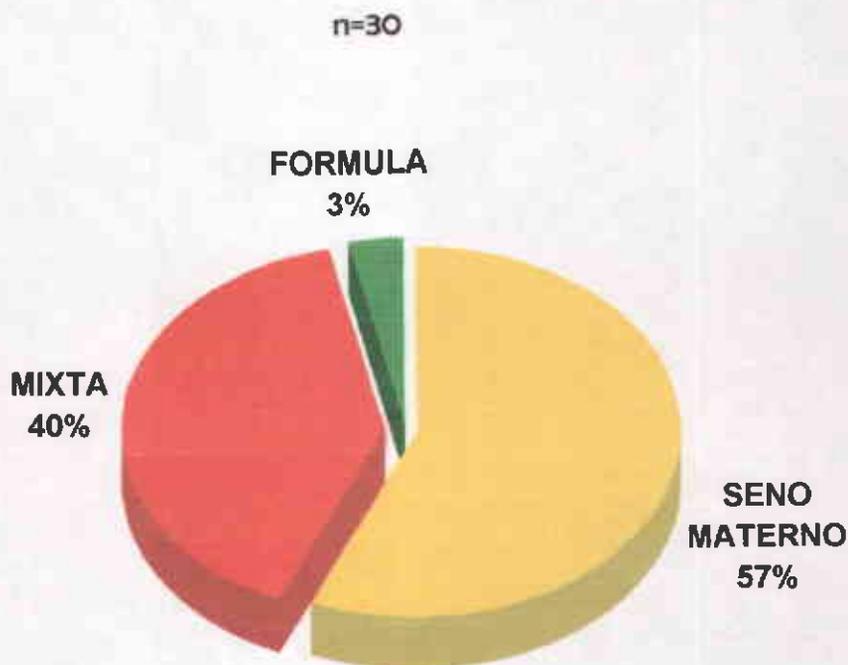


Fuente: Archivo clínico y biostatística, HIES

En el momento del primer contacto con el binomio, el 100% de los productos era alimentado con seno materno exclusivo y se egresó del Servicio de Alojamiento Conjunto de tal forma, concientizándose a las madres sobre la importancia y los beneficios de la lactancia en sus productos, sin embargo a los 15 días posteriores; es decir al momento de la visita domiciliaria solo el 57% continúan siendo alimentados con seno materno, 40% de los productos eran alimentados de forma mixta (seno materno y formula artificial), el 3% restante recibían como alimentación formula artificial de forma exclusiva. (ver gráfica 9)

Gráfica 9

ASPECTOS NUTRICIONALES



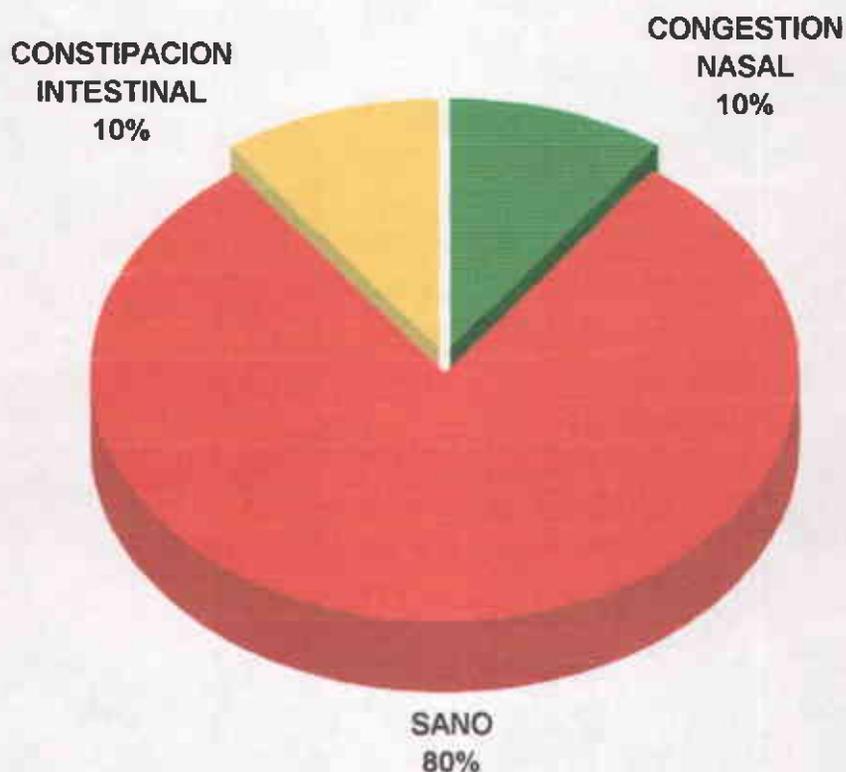
Fuente: Archivo clínico y biostatística, HIES.

El estado de salud de los productos al momento de la visita era satisfactorio en el 100% de los recién nacidos, como patología detectada por las madres, se refirió constipación intestinal en 10% de los productos y otro 10% de ellos refirieron las madres periodos de congestión nasal. (ver gráfica 10)

Gráfica 10

PADECIMIENTOS DETECTADOS

n=30



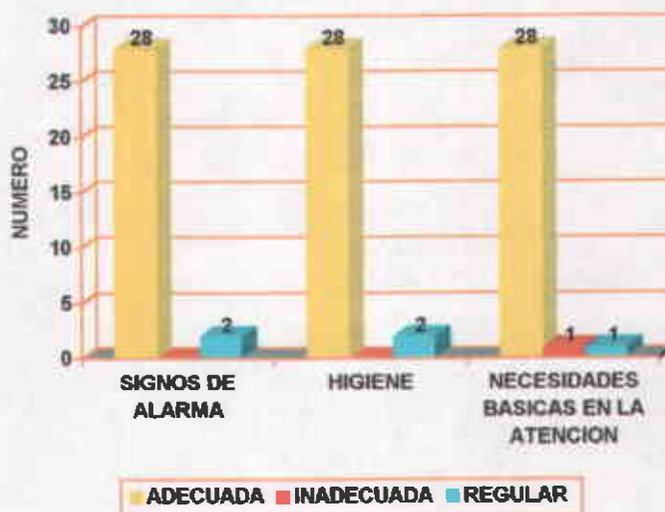
Fuente: Archivo clínico y biostatística, HIES.

De forma intencionada se preguntó a las madres sobre el reconocimiento de signos de alarma en los productos (considerándose estos: fiebre, vomito, diarrea, dificultad respiratoria), encontrándose aptas en el reconocimiento de los mismos el 93% de las madres. Evaluamos de forma agregada las condiciones de higiene personal en los binomios al momento de la visita encontrándose que el 93% de ellos se encontraban en condición satisfactoria. Evaluamos la aptitud de las madres en el reconocimiento y la adecuada respuesta a las necesidades básicas del recién nacido, entendiéndose estas los horarios de alimentación, la palmo percusión posterior a la alimentación con la finalidad de la mejor canalización de gases, el cambio de pañal, el aseo general del producto y su entorno encontrándose aptas el 93% de las madres adolescentes. (ver gráfica 11)

Gráfica 11

APTITUD MATERNA

n=30



Fuente: Archivo clínico y biostatística, HIES.

Se evaluaron los aspectos biopsicosociales de los binomios, investigamos sobre la manutención de los binomios dado que el 100% de las madres adolescentes no cuentan con trabajo remunerado, encontramos entonces que el 50% de los binomios son apoyados económicamente por los abuelos (maternos 43%, paternos 7%), el 50% restante eran apoyadas por las parejas sexuales. Al evaluar las condiciones generales y el entorno que rodea a nuestro grupo de estudio, encontramos que las madres adolescentes consideradas, presentaron dependencia económica al 100% ya sea de las parejas sexuales así como de los abuelos. Las madres de nuestros productos manifestaban perspectivas laborales nulas, así como falta de planeación y visión futura, de forma general se encontró que las pacientes manifiestan pérdida de su autoestima. (ver tabla 1)

Tabla 1

ASPECTOS BIOPSIOSOCIALES

n=30

Dependencia económica	Perdida de la autoestima	Bien Alimentada, desaliñada y poca higiene
Falta de Planeación y visión futura	Dependencia de la pareja y de sus padres	Perspectivas laborales nulas
Identificación con personajes ficticios	La pareja no participa directamente como responsable del R.N.	Condiciones de vivienda inadecuada para el R.N.

Fuente: Archivo clínico y biostatística, HIES.

DISCUSION

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobreimpone a la crisis de la adolescencia. Las fases de la adolescencia colorean las actitudes de las adolescentes frente al embarazo. Entendiendo que el embarazo durante la adolescencia se acompaña de diversos problemas maternos, fetales, psicológicos y psicosociales; la mayor parte de estas complicaciones es resultado de la inmadurez biopsicosocial de la madre, aunado al ser madre adolescente, el resultar primigesta, otorga una condicionante de riesgo agregada a la morbimortalidad del binomio previamente establecida.

De lo expuesto en el presente trabajo de las características de nuestras madres adolescentes podemos decir que el nivel de escolaridad predominante es básico y que desgraciadamente la totalidad de ellas reportaron abandono de estudios al momento de la visita y que además no se encuentra en sus planes el continuar sus estudios. Nuestras madres adolescentes, con todo el potencial humano que caracteriza a este grupo erario de forma paradójica su principal actividad es el dedicarse a labores del hogar, son madres desempleadas, con familias nucleares inestables ya que en la totalidad de ellas no existe el amparo legal con sus parejas sexuales. Al igual que lo reportado en la literatura internacional nuestras madres coinciden en distintos aspectos , son madres que tienen poca iniciativa a acudir a sus citas de control prenatal, en nuestro estudio el numero promedio de consultas fue de 4.6. A pesar de ello, un alto porcentaje de ellas (76%), no presentó eventualidades en el momento de parto y la vía de nacimiento principal fue el parto eutócico.

Se comenta en la literatura como uno de los factores de riesgo maternos en las gestantes adolescentes la alta incidencia de productos pretérmino, sin embargo cabe resaltar que el promedio de edad gestacional de nuestras madres fue de 38.8 semanas de gestación.

Es importante comentar que la somatometría de los productos tanto al nacimiento como en el momento de la visita, de forma general se encontraron dentro de los límites percentilares aceptables para su edad gestacional, lo cual difiere de la literatura revisada ya que se comenta la alta incidencia de peso bajo al nacer para los productos de madres adolescentes.

Por otra parte, debemos comentar que nuestro hospital se encuentra certificado como hospital amigo del niño y de la madre por lo que de forma reglamentaria se incentiva e informa a las madres sobre la importancia y la repercusión favorable en sus productos en relación a la lactancia materna, en este sentido, se cuenta con un equipo tanto médico como de enfermería que se encarga de la capacitación de las madres que ingresan al servicio de alojamiento conjunto, de tal forma que la totalidad de ellas egresa con lactancia materna exclusiva. Al evaluar nuestros binomios tan solo a los 15 días posteriores a su egreso de nuestra unidad nos encontramos con abandono de la lactancia materna en un 43%, aseverando las madres como determinante de este evento la baja producción de leche materna como causa principal además de los distintos tabúes de la lactancia, estos en relación al tipo de alimentación materna y la ingesta de alimentos que en la opinión de las madres pueden ser perjudiciales para los productos (llámese comidas

condimentadas, picantes, frutas frescas en especial pepino, sandía, y algunos cítricos). Considerando además el estado anímico de las madres como modificantes en la calidad de su propia leche (depresión, periodos de ansiedad). De igual forma encontramos desinformación en relación a la forma de preparar las formulas artificiales así como a la frecuencia y cantidad de leche a preparar a los recién nacidos.

Como comentamos previamente, nuestras madres se encuentran desempleadas, con bajas expectativas de continuar sus estudios, además de percibirse en sus hábitos externos un halo de depresión. Es en este marco de eventualidades que encontramos que los responsables de el apoyo económico y moral en la mitad de nuestras madres se encuentra dado por los abuelos en su mayoría maternos y que la mitad restante se encuentran respaldadas en sus parejas sexuales aunque no existiendo sustento legal de sus uniones, condicionan un grado de inestabilidad a futuro en el apoyo de estos binomios. Al momento de la visita prácticamente la totalidad de los recién nacidos se encontraban sanos aunque el tiempo transcurrido al momento de la visita fue muy corto, por lo que sería recomendable el darles seguimiento ya sea por la consulta externa o de mejor manera en la visita domiciliaria. En relación a esto es de resaltar que la mayor parte de las madres adolescentes son capaces de identificar datos de alarma en sus productos, mantienen en ellos una adecuada higiene y de igual manera responden de forma adecuada a las necesidades básicas de sus productos.

Si analizamos lo reportado en la literatura de forma comparativa con lo encontrado en nuestra población, concluimos que pese a los factores de riesgo inherentes a este binomio, nuestra población se encuentra capacitada y con todo el potencial para salir adelante en su problemática, sin embargo es definitivo que requieren de apoyo de personal capacitado que les permita encontrar respuestas adecuadas a sus eventualidades. Será por ello trascendental el fomentar el seguimiento de este grupo en estudio, con la finalidad de que mediante un grupo interdisciplinario, se logre disminuir en lo posible la morbimortalidad en nuestros binomios.

CONCLUSIONES

1. El ser primigesta y adolescente es un factor de riesgo repetido en la morbimortalidad del recién nacido.

Esta aseveración surge en base a lo que comentamos previamente sobre todos los cambios que condiciona el ser adolescente que además de estructurales y anatómicos, son de personalidad considerándose esta etapa de transición entre la niñez y la edad adulta lo cual condiciona ya un factor de riesgo para la gestación. De forma agregada existe el factor de riesgo que todas las madres tienen en su primera gestación que de igual forma es un periodo transicional de adaptación en sus cuerpos y el más importante en sus hábitos personales y estilos de vida que se ven modificados en función a dar prioridad a sus productos. Al juntarse estos dos factores de riesgo, de forma inherente se ve incrementada la morbimortalidad para los binomios.

2. El ser hijo de madre adolescente presenta como riesgo además de los factores biológicos conocidos, el tener una mala nutrición y de padecer enfermedades infecciosas frecuentes.

Es sabido que existen condicionantes de riesgo para los productos de madres adolescentes que condicionan en ellos una mayor morbimortalidad que la población general, sin embargo consideramos en base a lo encontrado en nuestro estudio que el estrato económico de nuestras pacientes aunado a su baja cultura de educación en salud, puede jugar un papel condicionante de riesgo en los productos. Además de mencionar que la totalidad de las madres encuestadas no cuentan con servicios médicos o seguridad social.

3. Las madres adolescentes en nuestro medio están limitadas en su capacidad social y económica para atender a sus productos.

Lo anterior en base a que en el estudio realizado en nuestras pacientes, encontramos que el cien por ciento de sus familias pertenecen a un estrato socioeconómico bajo, cuyo nivel adquisitivo es una más de las limitantes a las que se enfrentan nuestros binomios. Además el cien por ciento de las madres adolescentes evaluadas, no tienen trabajo remunerado y sus expectativas laborales a futuro son prácticamente nulas.

4. Las adolescentes que se embarazan pierden perspectivas personales sociales y económicas.

Las madres adolescentes encuestadas se mostraron apáticas a su situación económica y a las condiciones sociales que las rodean, dejando ver un estado de dependencia en estos aspectos ya sea de sus parejas sexuales así como de los abuelos de los productos.

5. La madre adolescente y su producto deben formar parte de los problemas prioritarios de salud a atender.

La problemática a la que se enfrentan nuestras madres adolescentes y sus productos por todas sus condicionantes de riesgo ya comentadas, son en conjunto un problema de salud que tiene repercusión en el binomio a corto, mediano y largo plazo. Además de considerar que la incidencia de esta problemática va en ascenso en relación a la población actual en nuestro país.

PROPUESTAS

1. Propiciar el reinicio de la salud sanitarista
2. El establecer un club de capacitación para los padres de las adolescentes gestantes.
3. Establecer un modelo de seguimiento del hijo de madre adolescente que se desarrolle tanto dentro como fuera de nuestra institución de salud, apoyados con recursos humanos intersectorial e interdisciplinario que logre disminuir la morbimortalidad en los binomios.

En los años 50 la enfermera sanitarista concensaba los aspectos de salud sociales y económicos al manejar la visita domiciliaria, es lo que hoy conocemos como medicina en la comunidad. Es importante el retomar este tipo de prácticas que permitan el abordaje de los binomios en sus domicilios dadas las características de la población considerando de forma inicial sus factores de riesgo inherentes a su condición, agregando a ello el nivel socioeconómico y de educación que en nuestra población como una condicionante de riesgo.

En nuestra revisión domiciliaria en contamos que los padres de la madre adolescente son los responsables prácticamente del futuro del recién nacido en los aspectos económico, social y probablemente de integración familiar, si el 50% de los padres se consideran responsables, consideramos entonces muy importante el tomar en cuenta a ellos como personal a capacitar en función de llevar a cabo mejoras en la calidad de atención del recién nacido y por ende el decremento de su morbimortalidad.

Finalmente y en base a lo encontrado en nuestra investigación proponemos el formar un modelo de seguimiento del binomio en cuestión mediante el abordaje de un equipo interdisciplinario que proponemos se componga de personal médico, trabajo social, psicología y que este a su vez mantenga una estrecha relación con nuestra institución de salud de tal forma que se logre mediante el apoyo interinstitucional el disminuir la morbimortalidad en nuestro grupo de estudio.

BIBLIOGRAFIA

1. Serra FG; Spacluk SM; Morales E; Arce GM; Avalos ME; Avalos VY: Riesgo reproductivo en Corrientes. Revista de Posgrado de la Vía cátedra de medicina. 2002; (115):24-25.
2. Romero SA: La salud de la adolescente y la joven: Boletín Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile 1994; (23):15-17.
3. Hernández PF; Castro GM; Ávila RM; Montes E; Godínez GM; Fuentes AS: Características sociofamiliares y consecuencias en la salud materno-infantil del embarazo en edad precoz. Bol Med Hosp Infant México. 1996; 53 (2): 137-144
4. Sumampa AE: Embarazo en la adolescencia. Bol Med Hosp Infant México. 1998; 55 (8) 433-434.
5. UNFPA: Los adolescentes y los jóvenes. Cuestiones de población. Juego de documentos informativos 2001. www.UNFPA.org.mx.
6. Vázquez MA; Pérez LL; Guerra VC; Almirall CHA; De la Cruz CHF: Morbilidad y mortalidad perinatal en el embarazo precoz. Rev Cubana Obstet Ginecol 1998;24(3):137-44.
7. Situación demográfica actual. Situación demográfica del Estado de Sonora. Consejo Nacional de Población. 1996: 1-4
8. Hernández PF; Castro GM; Fuentes AS; Ávila RA; Montiel ME; Godínez GM; Reyes JG.: Características sociofamiliares y morbilidad materno-infantil del embarazo en adolescentes . Bol Med Hosp Infant México. 1998 (55): 452-57.

9. Rioja ES: Embarazo en adolescentes. Boletín de información sexológica. 2003;(1)1-10
10. Berenson A: Inadequate weight gain among pregnant adolescents: Risk factors and relationship to infant birth weight. American Journal of obstetrics and Gynecology: 1997(1) 1-2.
11. Pomata J: Programa asistencial de la madre adolescente y su hijo (PROAMA). Revista Hosp Mat Inf " Ramón Sarda". 1998; (17): 97-192.

ANEXOS

Anexo 1
CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

1.- Datos maternos

Nombre: _____
Edad _____ Escolaridad _____
Dirección: _____
Colonia _____ Teléfono _____
Estado civil _____
Ocupación _____
Toxicomanías _____

2.- Control prenatal

Numero de consultas _____
Alteraciones gestacionales _____
Vía de nacimiento _____
Eventualidades _____

3.- Datos del producto

Sexo _____ Edad gestacional _____
Peso _____ Talla _____ Perímetro cefálico _____
Lactancia materna _____
Formula alimenticia _____

4.- Ruta del recién nacido

Evaluación de su situación social

Clasificación social _____
Quien mantiene al recién nacido _____
Condiciones de vida _____
Seguridad social _____
Violencia domestica _____

5.- Seguimiento

Peso _____ Talla _____ Perímetro cefálico _____
Lactancia materna _____
Alimentación mixta _____
Lactancia artificial _____
Patología detectable _____
Signos de alarma _____
Respuesta a las necesidades físicas del niño _____
Higiene _____
Depresión posparto _____

VISITA DOMICILIARIA







