

11217
16
2ej.

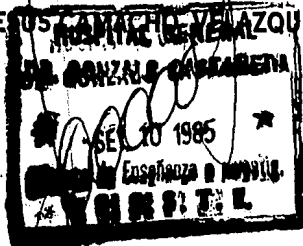


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL GENERAL DR. GONZALO CASTAÑEDA
ISSSTE

GESTACION EN LA *ciudad* ADOLESCENTE

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
E S P E C I A L I S T A E N
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A:
DRA. MARIA DE JESUS CAMACHO VELAQUEZ



MEXICO, D. F.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

985



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.

CONTENIDO.

UNO

Introducción

DOS

La adolescencia

TRES

Factores precalentes del embarazo en las adolescentes

CUATRO

Complicaciones obstétricas en las adolescentes

CINCO

Material y Método

SEIS

Resultados

SIETE

Análisis y conclusiones

OCHO

Bibliografía

Introducción:

El reconocimiento del alto riesgo que representa el embarazo para la mujer adolescente ha sido un desarrollo relativamente reciente y un problema de vigente actualidad.

La enorme cantidad de adolescentes que hay, sobre todo en países como el rugeo tro, que pertenecen al grupo del llamado tercer mundo, así como lo temprano que nic on relaciones sexuales los jóvenes de nuestros días, tanto fuera como dentro del matrimonio, han ocasionado que el número de adolescentes que se embarazan sea cada vez mayor. Se calcula que en los Estados Unidos de Norteamérica entre doce y trece millones de adolescentes entre los 10 y 20 años tienen vida sexual activa; la mitad de todas las mujeres solteras han tenido vida sexual activa antes de los 20 años y el porcentaje de varones sexualmente activos es aún mayor. Una de cada 10 muchachas adolescentes queda embarazada cada año, lo cual significa más de un millón de embarazos, más de 600 000 nacimientos, más de 300 000 abortos provocados y 100 000 espontáneos. Más de los dos tercios de las muchachas que se embara zan son solteras.

En el pasado, la adolescente embarazada era tratada como cualquier otra, si daba a luz un niño sano y tenía una recuperación postparto adecuada, poca importancia se daba al aspecto que ese embarazo había tenido sobre ella, su hijo recién nacido, su familia y su medio.

Los resultados no siempre satisfactorios, hicieron que desde hace varios años el embarazo en la adolescente haya sido calificado como de alto riesgo, queriendo señalar con ello que las posibilidades de complicaciones y malos resultados son mayores que en la población en general. Realmente las adolescentes corren un riesgo biológico cuando el embarazo tiene lugar, antes de que termine el crecimiento y se haya alcanzado la madurez ginecológica; no obstante, se puede decir que la mayor parte de las jóvenes no están psicológica o socialmente maduras antes de los 17 años.

La literatura nacional no es muy amplia sobre este tema, a pesar de su importancia cada vez mayor, debido al creciente número de adolescentes, en general y al creciente número de embarazos y partos que en ellas están ocurriendo.

Además el embarazo en esta etapa de la vida se ha considerado que lleva consecuencias mayores riesgos tanto para la futura madre como para el producto de la gestación.

Objetivo:

El objetivo de mi presente trabajo es conocer y analizar la experiencia que en el Centro Hospitalario "Lic. Adolfo López Mateos" en el servicio de Ginecología y Obstetricia se tiene sobre este interesante tema, ya que si bien no podemos comprender todas las manifestaciones que presenta como problemas la gestación en la adolescente, es muy importante que los médicos tomemos la iniciativa para desarrollar soluciones previo conocimiento del tipo y características muy particulares de las pacientes adolescentes que acuden por atención médica en nuestra institución.

Deseo proporcionar datos objetivos sobre la gestación en estas pacientes y estimular con ello la actividad médica para ocuparnos cada vez mas en cubrir las necesidades particulares de este grupo tan especial como lo es el de la mujer adolescente embarazada.

Adolescencia:

Etapa del crecimiento que se inicia aproximadamente de los 14 a los 16 años, prolongándose aproximadamente 6 años más, durante el mismo ocurren cambios complejos y notables, que transforman a una criatura inmadura sexualmente en un ser de tipo adulto, física, fisiológica y psicológicamente.

Estos cambios espectaculares ocurren con un notable aumento de la masa corporal magra, aumento de la talla, desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, y cambios importantes en la actitud psicológica del individuo.

El aumento de la talla en las mujeres adolescentes se produce en un tiempo breve, aproximadamente en 24 a 36 meses, pudiéndose iniciar entre los 9 años y los 14, siendo el promedio de edad a los 12 años.

El aumento de la talla en las mujeres se puede alcanzar completamente a la edad aproximada de 15 años.

El aumento del peso corporal es continuo durante toda la pubertad y específicamente en la mujer se inicia cuando se ha logrado la talla máxima de crecimiento lineal, el ritmo de peso máximo tiene lugar unos seis meses después de lograda la talla máxima.

Con respecto al desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, estos conservan una importancia central dentro de todas las modificaciones corporales y psicológicas durante la pubertad; estos acontecimientos suelen tener lugar seriadamente, en la mayor parte de las mujeres se inicia entre los 9 y 13 años, y necesita de dos a tres años para completarse; el desarrollo mamario y el crecimiento del vello pubiano se inician aproximadamente entre los 11.2 a 11.7 años respectivamente y se describen por etapas en las siguientes tablas:

Etapas del desarrollo mamario en la mujer.

Etapa	descripción	Edad de comienzo: promedio	Límite
1	Prepuberal, aumento solamente del pezón	11.2	9.0 - 13.3
2	Etapa del botón mamario; aumento de mama y pezón en forma de un pequeño montículo agrandamiento del diámetro areolar.		
3	Agrandamiento mayor de la mama y areola sin separación de sus contornos	12.2	10.0 - 14.3
4	Proyección de la areola y del pezón para formar un montículo secundario arriba del nivel de la mama	13.1	10.8 - 15.3
5	Etapa madura; proyección solamente del pezón por recesión de la areola en relación con el contorno general de la mama.	15.3	11.9 - 18.8

Etapas del desarrollo del vello pubiano en la mujer.

Etapa	descripción	Edad de comienzo: promedio	Límite
1	Prepuberal, sin pelo	11.7	9.3 - 14.1
2	Pelo disperso, largo, ligeramente pigmentado, suave, poco rizado, aparece a nivel de los labios		
3	Pelo mucho más oscuro, grueso y rizado; difuso sobre el monte de venus	12.4	10.2 - 14.6
4	Pelo grueso rizado que cubre el monte de venus pero no pasa a los muslos	13.0	10.8 - 15.1
5	Pelo de cantidad y tipo del adulto con difusión a la superficie interna de los muslos	14.4	12.2 - 16.7

Tablas de Marshall W.A., Tanner J.M.: Variations in the pattern of pubertal changes in girls. Arch. Dis. Child, 44:291, 1969.

Menarquia:

el comienzo de la menstruación indica el término de la pubertad; la menarquia se presenta por término medio, entre los 12,5 y los 13 años.

Según Tanner la primera hemorragia periódica se presenta a los 13 años de edad por término medio, con un margen de dispersión de 10 y 16,5 años.

La primera hemorragia menstrual puede presentarse en muchachas jóvenes ya antes de los 10 años de edad, pero en ocasiones es posible que ello no ocurra hasta los 18 ó 20 años incluso.

El estado socioeconómico, la nutrición, el clima, la geografía y el estado general de salud, son factores fundamentales que influyen en el tiempo de maduración sexual y la menarquia.

Vello axilar:

de forma análoga a lo que ocurre en la región del pubis, en las axilas aparecen por término medio a los 12,5 años de edad, algunos pelos largos y lisos, así como intensamente pigmentados, que se propagan paulatinamente, se ensortijan y hacia los 15 años de edad, han alcanzado ya todas las características de la mujer adulta.

Las glándulas apocrinas de la región axilar secretan una mayor cantidad de sudor cuando aparece el vello. Esta secreción oscila con las hemorragias menstruales.

Cambios endócrinos: existen durante la pubertad cambios fisiológicos en los valores hemáticos de las hormonas esteroideas secretadas por glándulas y suprarrenales. La suprarrenal es el primer órgano activado durante el proceso de maduración sexual. Entre los 6 y 8 años de edad la secreción de 17 - cetosteroides urinarios de dehidroepiandrosterona (DHA) y sulfato de dehidroepiandrosterona (DHA - S), aumentan en el plasma, a pesar de que aún no aparezca algún signo de desarrollo sexual. Los valores plasmáticos de androstendiona aumentan netamente entre los 8 y los 10 años de edad. El aumento de los valores plasmáticos de testosterona y estradiol es hasta después de los 10 años de edad y guardan relación con el comienzo de la función ovárica y el desarrollo sexual. Aún no es conocido el mecanismo que produce este aumentoprepuberal de andrógenos y se sugiere que la androgenia resulta de la activación de las vías esteroideas suprarrenales, que favorece la producción de esteroideas andrógenos. Se cree que la aparición y desarrollo del vello púbico y axilar guardan relación con las concentraciones crecientes de andrógenos ováricos y suprarrenales.

La función ovárica empieza cuando se observan valores crecientes de FSH y LH en el plasma, aumentando las concentraciones de estrona y estradiol paulatinamente, y suelen guardar buena relación con la etapa del desarrollo puberal. (fig. 1).

La función hipotálamica hipofisaria: mediante estudios de radiomunoanálisis se ha demostrado la presencia de LH en suero de criaturas prepuberales, también se han descubierto gonadotropinas biológicamente activas en orina. Al iniciarse la maduración sexual hay un aumento en la concentración sérica de FSH y LH. FSH aumenta del doble al cuádruplo y alcanzará valores de adulto mas temprano que LH. El aumento de secreción de FSH es causa de activación de la producción de estrógeno por el ovario, y de iniciación de los cambios físicos de la pubertad. Existe un ritmo circadiano de liberación de gonadotropina durante la pubertad en el cual la liberación de LH aumenta durante el sueño en fase puberal, y a medida que la pubertad progresa los brotes pulsátiles de liberación de gonadotropina aumentan en amplitud hasta alcanzar valores similares a los del adulto.

Los mecanismos de iniciación de la pubertad son poco conocidos, se conoce que hay un aumento en la sensibilidad de la hipófisis para la hormona liberadora (GnH), y se presenta al iniciarse el desarrollo puberal, se observa una respuesta progresivamente mayor de LH con la misma dosis de estimulación de GnH en cada etapa del desarrollo (fig. 2). este aumento de la respuesta

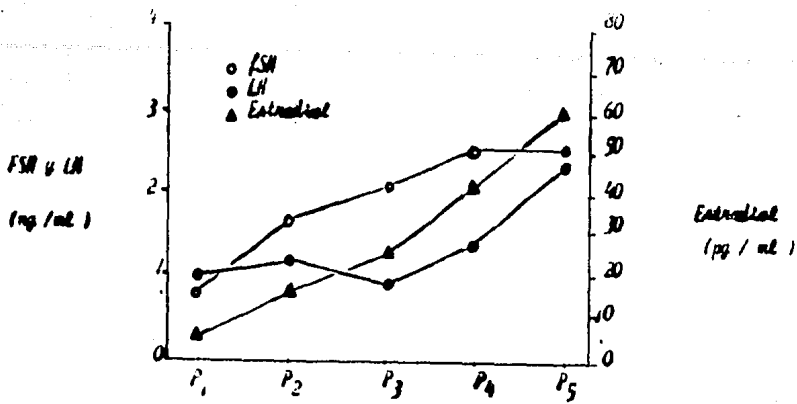


Fig. 1

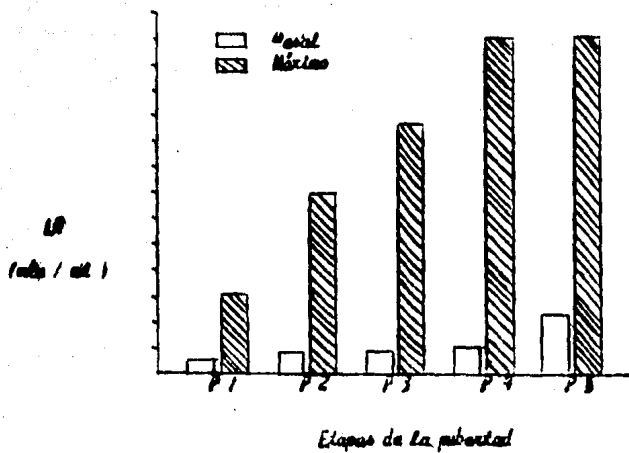


Fig. 2

a LH de la hipófisis durante la pubertad puede depender de los efectos moduladores de las concentraciones plasmáticas crecientes de estradiol sobre la síntesis y almacenamiento hipofisarios de gonadotropina. El control de retroalimentación negativa se inicia en esta etapa y ha sido corroborado en la especie humana y en animales de experimentación. La mayor parte de datos existentes sugieren ahora que el mecanismo básico al cual corresponde el comienzo de la pubertad es una disminución progresiva de la sensibilidad hipotalámica a los esteroides circulantes, aunque aún no es conocido el mecanismo por el cual se presenta esta disminución progresiva de la sensibilidad del hipotálamo, se ha sugerido que la secreción prepuberal de andrógenos suprarrenales sería un acontecimiento que iniciaría la maduración del hipotálamo; también se ha sugerido la función de la glándula pineal por vía de secreción de melatonina (que en animales de laboratorio es antigonadotrópica y retrasa el inicio de la maduración sexual) como reloj biológico de la pubertad. El desarrollo de la pubertad en la especie humana puede ser un resultado de la maduración gradual del sistema nervioso central y del hipotálamo controlada genéticamente. Factores externos contrayentes o asociados que pueden modificar la iniciación de la pubertad todavía son objeto de discusión.

Aspectos psicológicos: Erickson ha citado varias premisas, que guardan cierto orden, necesarias para que el adolescente obtenga la normalidad. A la primera la llama identificación. Si ésta se consigue, el adolescente es capaz de planear un futuro realista, con metas educativas y profesionales hacia las cuales puede lanzarse de un modo efectivo. Los adolescentes que en las primeras fases de la vida han tenido dificultades para encontrar unas modelos y metas adecuados con los que identificarse, sufren un recrudescimiento y una internalización de sus primitivos problemas.

El segundo objetivo es el establecimiento de una intimidad llena de sentido y vigor personal y social, basada en la capacidad de compartir los sentimientos más profundos. En este sentido se establece una intimidad entre muchachos y muchachas, así como entre muchacho y muchacha, o entre hombre y mujer, que supone mucho más que salir de paseo con alguien y que contiene mucho más que unos factores sexuales. Esta participación de sentimientos es un componente esencial de la empatía, que es la capacidad de conocer como sienten los demás y responder a este sentimiento de una manera inteligente.

Generatividad es el nombre dado al próximo objetivo en el desarrollo de la adolescencia, no en el sentido de procrear hijos para otra generación sino en

el de producir algo útil para la sociedad con la expectativa incidental de que en recompensa podrán llenarse las necesidades esenciales o algunos deseos razonables.

A la última fase del crecimiento Erikson la llama integración. La considera como la capacidad para aceptar el propio ciclo vital y a las personas que en él han adquirido significación, como dotados de un sentido dentro del momento histórico en que uno vive . . . De este modo la integridad significa un nuevo y diferente modo de amar a los propios padres, exento del deseo de que ellos debieran haber sido diferentes y una aceptación del hecho de que la propia vida es una responsabilidad personal e individual. Esto implica un sentimiento de camaradería con los hombres y mujeres de otros tiempos y de diferentes ocupaciones, que han creado métodos, objetos y expresiones que en sí encierran algo de la dignidad y el amor humanos.

Factores precedentes del embarazo en las adolescentes:

La adolescencia es un periodo cargado de cambios físicos y psicológicos. El individuo tiene que aceptar las nuevas emociones y los sentimientos que descubre al irse convirtiendo en adulto, dentro de estos nuevos aspectos se encuentra la sexualidad o el inicio de la actividad sexual, desde los besos al coito, esta actividad sexual satisface numerosas necesidades, la menor de las cuales puede ser el único placer físico. A menudo, lo más importante es el deseo de comunicarse, de tocar y alcanzar a otro individuo, demostrar la propia madurez e independencia, buscar nuevas experiencias y encontrar una liberación de las muchas presiones adolescentes. Con frecuencia los padres esperan de sus hijos cosas distintas a las que ellos hicieron, aunque la actitud sobre las relaciones preconjugales se ha liberalizado mucho y muchos padres lo comprenden, pero sus ideas están aún en un periodo de transición. Pueden entender la conducta sexual preconjugal de sus hijos, pero por los vestigios de su propia educación aún les es difícil aceptarla. Sin embargo en conjunto, las normas paternas son hoy mucho más liberales que en el pasado reciente y la sexualidad en nuestra sociedad contemporánea es más aceptada y sin embargo aún no muy bien informada la mujer adolescente inicia actualmente vida sexual activa a muy temprana época, llegando hasta el embarazo y parto tempranos e iniciando así según algunos autores un síndrome de fracaso que incluye la imposibilidad de completar las funciones de la adolescente, imposibilidad de continuar con sus estudios, el de establecer una familia estable e integrada, imposibilidad de poder cubrir sus propias necesidades, imposibilidad de tener un papel e identidad sexuales y la imposibilidad de desarrollar un sistema propio de valores.

Este síndrome de fracaso es favorecido por las condiciones actuales de la sociedad en la que se desenvuelven los adolescentes, nuestra sociedad actual contribuye con un bombardeo constante por medio de la televisión, radio, cine, canciones, revistas y actos públicos, al inicio de la actividad sexual temprana.

El sexo se utiliza para vender toda clase de cosas, desde automóviles hasta jabones; en cine, televisión y eventos sociales se observan escenas en las que se llevan a cabo excesos sociales y sexuales muy notorios, que el público apetece para conservarse en las cardinales; esto puede conducir a condiciones que las adolescentes vean sus vidas tristes y aburridas y se sientan como patitos feos al no iniciar relaciones sexuales.

Sin embargo la educación sexual eficaz para los padres y los adolescentes aún no es llevada a cabo, lo cual conduce a una serie de conflictos sociales, psicológicos y físicos a las adolescentes, que llevadas a iniciar relaciones sexuales tempranamente por una gran publicidad no tienen la adecuada preparación e información sobre las consecuencias que ello puede acarrear.

Varios autores exponen el pensamiento actual de las adolescentes, exponiendo ellas que se consideran ambivalentes al ser sexualmente activas, se consideran populas y socialmente aceptadas, desempeñando papeles modelo, y al mismo tiempo malas. Ellas emplean mecanismos constantes de protección "todas hacen lo mismo", "soy demasiado joven para quedar embarazada", "no me ocurrirá nada a mí". Y también reportan justificación hacia sus actos: "está muy bien porque lo quiero" o "está muy bien porque él me quiere". El joven adolescente piensa "esta muy bien decir yo te quiero, tener una cita y llevar a efecto una relación sexual.

Existen numerosas presiones sociales para que las adolescentes inicien tempranamente citas con compañeros del sexo opuesto, propiciando con esto un contacto prolongado que hace difícil evitar la actividad sexual. Ahora se le da mucho menor importancia que antes a "guardarse para el matrimonio" a la virginidad o al llegar casta al casamiento, estas restricciones no son válidas en la sociedad actual, y gran parte de la autoestimación de la adolescente está ligada a cuán atractivas se consideren sexualmente, a una mayor autoestimación y se consideran mas felices sobre todo si iniciar tempranamente relaciones sexuales o son deseadas en este aspecto; el grupo escolar y las amistades juegan una papel muy importante en el inicio de la vida sexual, ejercen una gran presión y constituyen un impulso poderoso para el inicio de las relaciones sexuales, llegando al grado inclusive de rechazar a la adolescente que no tenga relaciones sexuales.

La poca o nula comunicación de la adolescente con sus padres también propicia separación familiar y la búsqueda de un ser por el cual sentirse amada o necesitada, habitualmente se culpa a los padres de esta falta de comunicación de tipo sexual con sus hijos y según informes de diversos autores solo la tercera parte de las adolescentes manifiestan haberse enterado por sus padres de las relaciones sexuales, el control natal, las enfermedades venéreas, la masturbación, el crecimiento, el matrimonio, etc. De ordinario cuando los padres hablan del sexo con sus hijos lo hacen de modo abstracto.

En muchas familias tanto padres como hijos evitan al máximo posible el tema del sexo ignorándolo por completo, esta actitud de los progenitores se puede deber a miedo, turbación o a la creencia de que deben mantener el equilibrio en el hogar.

La familia de la adolescente se considera incapaz de tratar los problemas sexuales de edad etapa, de hacerlo con honestidad, son incapaces de admitir la actividad sexual como agradable, normal para los cuerpos recientemente provistos de un complemento pleno de hormonas sexuales y sexualmente maduros. Las adolescentes necesitan ser ayudadas a elegir sus decisiones con responsabilidad ya que ello establece la imagen que tendrán de sí mismas en el futuro y la identidad sexual.

La educación sexual juega un papel determinante en el desarrollo de estas adolescentes, pero existe una pequeña minoría que objeta la educación sexual, vociferando en las escuelas públicas considerando que interfiere con las prerrogativas parentales y religiosas, y asegurando que esta información sexual favorece la experimentación del sexo y la promiscuidad, no toman en cuenta la realidad social y la existencia de un hecho a todas luces palpable y bloquean la iniciación de una educación sexual eficaz.

La educación sexual y la información correspondientes debe proporcionarse en un contexto de valores humanos. La validez de la abstinencia y de posponer el comienzo de la actividad sexual, que luego proseguirá, ha de ser un componente fundamental de los programas educativos, así como la ayuda a las adolescentes en múltiples aspectos para que surjan adultos sanos y bien integrados, con juicios maduros y altos valores morales.

Otro de los factores contribuyentes al embarazo en las adolescentes es la falta de servicios accesibles y disponibles de control de la natalidad, estos servicios están limitados a las adultas casadas y son de difícil acceso a las adolescentes, ello es debido a que la sexualidad de la adolescente no se reconoce como tal y se le niega el acceso al control natal, negándole tales servicios y favoreciendo el embarazo temprano, no deseado ni planeado, con las graves consecuencias que esto implica. No se les orienta adecuadamente sobre las medidas anticoncepcionales, sobre la elección del método, el empleo del mismo, y no se habla honestamente con ellas. Se piensa erróneamente que la información de este aspecto favorecerá la promiscuidad sexual y la actividad sexual, nada más lejos de la realidad, y esta actitud tiende a favorecer que por otros medios que no son los adecuados, la adolescente consiga información, frecuentemente equivocada de mala calidad y peligrosa.

Se debe favorecer una atmósfera en la cual la adolescente sexualmente activa tenga acceso a un método anticonceptivo seguro, adecuado, continuo del mismo y con un conocimiento claro y honesto de este aspecto.

Otro factor que contribuye a los partos de adolescentes es la falta de servicios fácilmente disponibles para adolescentes en los cuales se descubra tempranamente la gestación y esta sea vigiada adecuadamente; o si la adolescente acude para el diagnóstico de embarazo se le tranquilice si no lo está y se le de información adecuada sobre métodos anticonceptivos, consejo y educación sexual. En múltiples ocasiones el supuesto o verdadero embarazo es la primera comunicación que los padres tienen sobre la actividad sexual de la adolescente y en múltiples ocasiones los padres forzan a la adolescente al aborto, el cual muchas veces origina relaciones interfamiliares muy inatecuadas, con rebeldía, y rápidamente un segundo embarazo, condicionando crisis familiares. Las muchachas adolescentes mayores quienes a menudo desean un hijo y al haber sido obligadas al aborto (por sus padres, novio, amigos o familiares), sufren una gran sensación de pérdida, después del aborto y son muy sensibles al estímulos del llanto de un niño. Esta pérdida puede contribuir para ella el detrimento de parte de su propio ego. El aborto aterra a las adolescentes y los retrasos en la intervención son una pesadilla para ellas. Inmediatamente después del aborto la adolescente pasa a menudo por un periodo de dolor por el hijo que imaginó y por la pérdida de la maternidad soñada.

Los factores emocionales como causa de embarazo en adolescentes también son considerados, algunos autores piensan que el embarazo en la adolescente es una señal de problemas emocionales subyacentes, y como verdadera desviación social. Otros piensan que el acto sexual en la adolescente es casi un incidente en su romance. A menudo la muchacha no busca la relación sexual pero la acepta pasivamente cuando su compañero la solicita, debido al temor de perderlo. Mientras que un muchacho desea demostrar su virilidad entregándose al coito, para la adolescente es más importante su necesidad de ser deseada o adorada. Las muchachas no desarrollan actividades sexuales antes de los 20 años para demostrar su feminidad.

Los grandes determinantes para que un adolescente hombre o mujer inicie contactos sexuales son las presiones de grupo. La necesidad de unión y de ternura, la búsqueda de un alivio a la soledad y la falta de alguien que alivie la depresión son también causas importantes de que las adolescentes tengan relaciones sexuales.

La adolescente puede iniciar relaciones sexuales por curiosidad o como un escape a sus temores de ser homosexual; también pueden verse impulsadas a la actividad sexual por sus propias madres, las que podrían estar tratando de vivir sustitutamente. Otras adolescentes utilizan su conducta sexual como rebelión contra sus padres. Otras se sienten impulsadas a convertir en realidad las oscuras predicciones de sus proyectores en relación a su conducta sexual.

Los embarazos en las adolescentes tienen muchos significados simbólicos: reconquistar satisfacciones pasadas, infantiles, identificándose con el bebé establecer lazos simbióticos con la madre; darle un bebé a mamá; tener un hijo de papá; tener un sustituto del pene; romper con la madre, etc.

Algunas adolescentes se embarazan por una desafortunada identificación con las madres, emigas o hermanas embarazadas o promiscuas. Otras desean tener un hijo para amar a alguien muy propio; para otras un hijo es la prueba de que han sido amadas por el hombre a quien iemen perder.

En la adolescente embarazada se conjugan sentimientos de culpa, vergüenza y temores, así como una sensación de fracaso.

Existe un factor sumamente importante en relación a este tipo de pacientes; varios autores destacan la importancia que tiene un ambiente familiar en armonía y recalcan el que estas adolescentes generalmente proceden de familias con múltiples conflictos; el padre de la muchacha está a menudo ausente del hogar, existe una relación inadecuada entre el padre y la madre, la madre se embaraza en la segunda década de la vida también; la relación de la adolescente con sus progenitores es violenta, y hostil. Los sentimientos de desvío, la falta de comunicación y las discusiones violentas son comunes y corrientes en la vida familiar. A menudo la adolescente es una mala estudiante, faltista, fiende a tener peleas con otras compañeras o con sus hermanos. A menudo a tenido contactos heterosexuales clandestinos a corta edad.

Es frecuente también que estas adolescencias procedan de familias donde la madre esta separada o divorciada, o donde el padre continúa aún en la familia pero sus relaciones con la madre, son inadecuadas y carentes de amor. En ocasiones el padre, se, ve como, una figura amenazadora y negativa, y en otras el padre es un individuo aislado, del cual nadie se preocupa.

Realmente son muchos y muy complejos los problemas que presentan las adolescentes, sus familias y su medio ambiente; y mientras el embarazo, la crianza de una criatura y la maternidad representan para muchas personas de nuestra sociedad la plenitud última de la feminidad, y, a menos de que pueda disponerse de alternativas y de posibilidades adecuadas, las adolescentes seguirán considerando que hay muy pocos motivos para posponer el embarazo y tener hijos.

Complicaciones obstétricas en las adolescentes,

En la literatura mundial

se ha reconocido el alto riesgo que representa un embarazo en la segunda década de la vida y ha sido motivo de múltiples estudios en varios países.

Se ha descrito mayor morbilidad tanto materna como fetal para este grupo en especial: toxemia, embarazo prolongado, aumento exagerado de peso, aumento en la frecuencia de operación cesárea, prematuridad, complicaciones en el trabajo de parto y puerperio; trastornos neurológicos en los productos, malformaciones congénitas; en fin múltiples complicaciones que ponen en peligro la integridad materna y fetal. Sin embargo estudios recientes han demostrado que las estadísticas para el grupo de adolescentes eran netamente mejores que en el grupo de control de mujeres mayores; estas estadísticas incluían toxemia, infecciones de vías urinarias, infecciones puerperales y frecuencia de cesárea. El proyecto de maternidad de adolescentes de Rochester no ha observado aumento importante en los factores de peligro de mujeres en la adolescencia. En un estudio realizado en Suecia por el mismo director del proyecto de Rochester señaló que no hubo diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad perinatal entre las suecas adolescentes y adultas.

La gestación en las adolescentes menores de 15 años ha demostrado tener un curso netamente peor muy probablemente debido a su inmadurez biológica, sin embargo en aquellas adolescentes mayores cada vez parece más claro que con la sola excepción de una pelvis pequeña, las causas y las complicaciones médicas en las adolescentes son mucho más frecuentemente factores psicosociales; en estas pacientes se han observado aumento en su depresión, aislamiento social, actitudes psicológicas negativas; en un estudio realizado en la universidad de Carolina del Norte E.U. a 52 adolescentes embarazadas se observó que al recibir el reporte inicial de su gestación el 44% tuvo una respuesta positiva hacia la gestación, 34% negativa y el 17% ambas; la mayoría tuvieron un fuerte impacto económico y social, la mayoría continuaron teniendo contacto con el padre del futuro bebé y continuaron sus estudios en la escuela; sin embargo presentaron un porcentaje alto de depresión y falta de integración familiar.

Aún varios autores e investigadores siguen cuestionándose sobre si los problemas de estas adolescentes son francamente, debidos a su inmadurez biológica o psicológica, o si concretamente, son debidos, al abandono de estos embarazos y al poco interés de tipo social que se tiene de ellos. Otros autores han encontrado en sus investigaciones que la mujer joven tiene emba

razos y partos con un menor número de complicaciones en relación a grupos controles de adultas, sin embargo no minimizan el factor educacional bajo en las adolescentes y los problemas que tendrán a causa de sus nuevas responsabilidades. Existen estudios que demuestran que el embarazo de las adolescentes es de riesgo alto pero debido a factores netamente de tipo psicológico ya que se ha corroborado que estas pacientes proceden de hogares con ausencia de padre o madre y con una relación entre ellos inadecuada. Estos autores proponen el reconocimiento a tiempo de este síndrome familiar y ayudar a identificar a estas adolescentes de riesgo para iniciar medidas terapéuticas adecuadas.

A favor también de la gestación en parejas de adolescentes se han llevado a cabo estudios, en donde los resultados demuestran que la pareja de jóvenes adolescentes tienen menor porcentaje de conflictos maritales en comparación con las parejas de más de 20 años.

Con respecto a las malformaciones congénitas en los hijos de madres jóvenes se ha observado que son proporcionalmente menores que en la descendencia de mujeres de edad mayor. Estudios realizados en la Universidad, Johns Hopkins han reportado que el peligro de muertes perinatales para criaturas de madres adolescentes no era netamente diferente del que correspondía a la población en general. Con respecto a los pesos de los productos las madres de 16 años de edad o menos fueron las que tuvieron la proporción más elevada de criaturas de peso bajo al nacer y la proporción más baja de pesos de lactantes con peso alto al nacer. La mortalidad de lactantes fue mayor para las criaturas de madres adolescentes negras, pero en comparación al grupo de adolescentes en general con grupos de otras edades fue similar.

Estudios realizados en la misma institución con respecto al Apgar de los niños de madres adolescentes han demostrado que este mejora a medida que aumenta la edad materna del parto, muy probablemente debido al nivel educacional, que, como es lógico suponer será mayor en mujeres de más edad.

Investigaciones llevadas a cabo en nuestro país, no son tan favorables al embarazo en las adolescentes ya que reportan una incidencia simplemente elevada de abortos espontáneos, toxemia, hipertensión, desproporción feto-placentaria, cesarea, complicaciones en el trabajo de parto y en el parto. Muerte neonatal y fetal, aumento de muertes maternas, etc.

Según lo anteriormente mencionado pareciera que estos estudios fueran contradictorios en relación al comportamiento obstétrico de las adolescentes.

Es difícil establecer un patrón de comportamiento para ellas en general, de allí la importancia que tiene el reconocer los factores que predominan en las diferentes sociedades; puesto que los grupos de adolescentes no son iguales y tienen características diferentes en cuanto a raza, edad, socioeconómico, cultura, factores biológicos y la atención médica.

La mayoría de los informes sobre la gestación en la adolescente parecen estar de acuerdo en que en ellas el riesgo de toxemia es más elevado, la multiparidad, anemia, desnutrición, productos de bajo peso al nacimiento, mortalidad materna y fetal, son otras de las complicaciones presentes en estas gestaciones, además de las alteraciones físicas y emocionales.

Mater:al y método:

Se estudiaron en el servicio de Ginecología y Obstetricia del centro hospitalario " Lic. Adolfo López Mateos " a 148 pacientes cuya atención obstétrica fue llevada a cabo de Enero de 1983 a Junio de 1984.

Fueron incluidas mujeres adolescentes embarazadas con edad de 18 años y menos; tanto primigestas como con segunda y tercera gestación.

Se analizaron los siguientes parámetros: edad, estado civil, escolaridad, antecedentes personales patológicos, menarca, edad ginecológica, inicio de la vida sexual activa, número de gestaciones, partos, abortos y cesáreas; control prenatal, complicaciones de la gestación, semanas de gestación, culminación del embarazo, causas de distocia, complicaciones puerperales, peso y calificación de Apgar de los pu^{er}ductos y las condiciones generales de los mismos.

Frecuencia:

Durante el periodo de estudio se utilizaron 148 adolescentes embarazadas con edades de 18 años o menos. La paciente más joven fue de 15 años.

El grupo más numeroso fue el de pacientes de 18 años (43.2%).

DISTRIBUCION POR EDADES.

<u>Edad</u>	<u>No. de pacientes</u>	<u>%</u>
18	64	43.2
17	44	29.7
16	21	14.1
15	19	12.8

Como se puede apreciar el rango de edades varía de los 18 a los 15 años, siendo las pacientes más numerosas entre los 17 y 18 años, que en conjunto comprenden el 72.9 % de los casos. Correspondiendo solo a 21 pacientes al grupo de 16 años y 19 a los 15 años.

Edad de la menarca:

El rango varió de 9 a 15 años, la mayor frecuencia se concentró entre los 12 y 13 años, que comprenden casi el 60% de los casos. El promedio general dió la cifra de 12 años.

Edad de la menarca.

Edad	No. de casos	Porcentaje.
15	6	4.0 %
14	16	10.8
13	35	23.6
12	53	35.8
11	23	15.5
10	5	3.3
9	10	6.7

Edad de inicio de la vida sexual activa:

Este dato se muestra en la siguiente tabla en la que se observa que el mayor número de pacientes inician sus relaciones sexuales entre los 16 y 17 años.

Edad de inicio de relaciones sexuales.

Edad	No. de casos	Porcentaje
18	13	8.7 %
17	44	29.7
16	39	26.3
15	32	21.6
14	12	8.1
13	8	5.4

Con respecto al estado civil se encontraron los siguientes datos:

ESTADO CIVIL		
	número	porcentaje
Casadas	113	76.3
Solteras	23	15.5
Unión Libre	11	7.4
Viudas	1	0.6

GRADO DE ESCOLARIDAD:

Este se clasifico de la siguiente manera.

Escolaridad	Número	Porcentaje
Primaria	25	16.8
Secundaria	51	34.4
Preparatoria	19	12.8
Comercio ó		
Nacional	17	11.4
Se ignora	36	24.3

De estas adolescentes sólo 14 trabajan y el resto se dedican al hogar.

Antecedentes personales patológicos:

Sólo estuvieron presentes en 12 casos una paciente con pielonefritis crónica, tres con trastornos epilépticos, una era hipertensiva, tres con problemas de amígdalas crónicas, una paciente bajo control psiquiátrico debido a trastornos conductuales, (sin diagnóstico preciso), dos pacientes con antecedentes quirúrgicos previos (apendicectomía y amigdalectomía), una bajo tratamiento médico con hernia hiatal y otra con control médico por gastritis. Se reportaron 8 pacientes fumadoras.

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS:

Los resultados fueron los siguientes.

	Número	porcentaje
Primigrávidas	106	71.6
Secundigrávidas	34	22.9
Tercigrávidas	8	5.4
Abortos previos		
Uno	8	5.4
dos	2	1.3
Partos previos		
uno	28	18.9
dos	5	3.3
cesáreas previas	9	6.0

La mayoría de las pacientes estudiadas cursaban con su primera gestación aproximadamente el 22% con la segunda y un 5.4% con la tercera. El 6.7 % de las gestaciones previas había terminado en aborto y el 6% de las pacientes reportaron cesárea previa siendo la indicación más frecuente la desproporción feto-pélvica.

CONTROL PRENATAL:

De las 148 pacientes sujetas a estudio solo llevaron control médico de su gestación 52, iniciando 26 de ellas su control en el primer trimestre de la gestación, quince en el segundo trimestre y 11 en el tercer trimestre; no se especificó el número de consultas prenatales ni la calidad del control llevado. 61 pacientes no tuvieron control prenatal y en el resto no se especifica si lo hubo.

VIGILANCIA PRENATAL.

	No. de casos	%
Con control	52	35.1
Sin control	61	41.2
Se desconoce	35	23.6

Evolución de la gestación:

Durante la gestación de estas jóvenes se presentaron las siguientes complicaciones.

<i>Tipo de complicación</i>	<i>No. de casos</i>	<i>%</i>
<i>Toxemia</i>	<i>12</i>	<i>8.1</i>
<i>Amenaza de aborto</i>	<i>3</i>	<i>2.0</i>
<i>Ruptura de membranas</i>	<i>6</i>	<i>4.0</i>
<i>Amenaza de parto prematuro</i>	<i>3</i>	<i>2.0</i>
<i>Ursoepia</i>	<i>6</i>	<i>4.0</i>
<i>Cardiomas vulvares</i>	<i>1</i>	<i>0.6</i>
<i>Hiperémesis gravídica</i>	<i>8</i>	<i>5.4</i>
<i>Gastroenteritis</i>	<i>6</i>	<i>4.0</i>
<i>Herpes Zoster facial</i>	<i>1</i>	<i>0.6</i>
<i>Trastornos psíquicos</i>	<i>11</i>	<i>0.6</i>
<i>Anemia</i>	<i>16</i>	<i>10.8</i>
<i>Embarazo prolongado</i>	<i>6</i>	<i>4.0</i>
<i>Parto inmaduro</i>	<i>4</i>	<i>2.7</i>

La complicación más frecuentemente observada en estas pacientes fue la toxemia gravídica, llegando dos pacientes a etapa de eclampsia siendo atendidas en la unidad de cuidados intensivos del hospital, una de ellas presentó complicaciones severas de la toxemia y falleció.

DURACION DE LA GESTACION.

De las adolescentes estudiadas 107 llegaron al término de la gestación, 6 llegaron a la semana 42, 8 a la semana 37, 1, a la semana 36, una a la semana 35, otra a la 22 y 14 de menos de 20 semanas.

Tiempo	No.	Porcentaje
42	6	4
41	11	7.4
40	43	29
39	27	18.2
38	26	17.5
37	8	5.4
36	11	7.4
35	1	0.6
22	1	0.6
20 y menos	14	9.4

Culminación del embarazo:

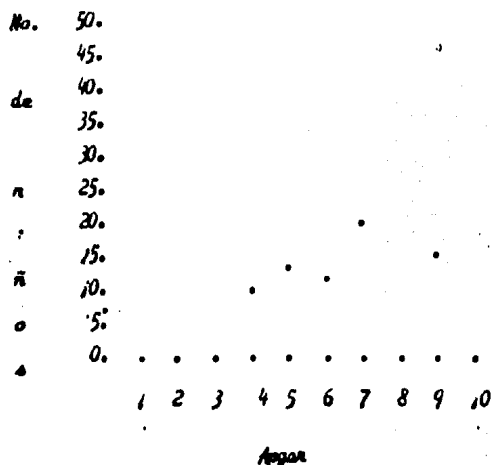
Se describe en la siguiente tabla.

Tipo	No. casos	Porcentaje
Aborto	14	9.7
Parto eutócico	91	61.4
Parto distócico	14	9.4
Cesáreas	29	19.5

Por lo señalado en la tabla anterior, el número de partos eutócicos es alto, el número de distócicos es bajo, y, la mayor frecuencia de los mismos fue por período expulsivo prolongado, merced a la aplicación de fórceps; un parto fue gemelar siendo calificado como eutócico; la cantidad de cesáreas correspondió al 19.5%, casi la tercera parte de los partos eutócicos; la indicación más frecuente fue por desproporción feto-pélvica, siguió el sufrimiento fetal agudo, toxemia severa y presentación pélvica. La gestación culminó en aborto en 14 casos, ocho del primer trimestre y seis del segundo, a todas se les practicó legrado uterino instrumental complementario, enviando a estudio histopatológico las muestras cuyos reportes corroboraron la gestación. Solo hubo un parto prematuro de 22 semanas.

CALIFICACION DE PUNTO Y PESO DEL PRODUCTO AL NACIMIENTO.

Se esquetiza en la siguiente gráfica: (al minuto de nacidos)



PESO DEL PRODUCTO AL NACIMIENTO.

Gramos	No. de casos	Porcentaje
1500g o menos	2	1.6
1500g a 2499	13	10.7
2500g a 2999	41	33.8
3000g o más	65	53.7

Más del 50% de los productos tuvo un peso mayor a 3000g siendo la mayoría productos de gestaciones de término. (no se especificó el peso de 13 productos).

Complicaciones puerperales:

Hubo un fallecimiento que lamentar, una adolescente toxémica severa con cifras persistentemente elevadas después de la cesárea con producto inmaduro, fue atendida en la unidad de cuidados intensivos y presentó hemorragia cerebral. Otra adolescente también con toxemia severa fue atendida en esa unidad de cuidados intensivos durante 15 días postcesárea hasta llegar a cifras tensionales normales y aparentemente sin lesiones orgánicas.

Cuatro pacientes cursaron con fiebre, sangrado persistente y abundante debido a retención de restos placentarios; se les practicó revisión de la cavidad uterina y egresaron en buenas condiciones generales. Tres pacientes tuvieron disminución de la hemoglobina. Cuatro pacientes tuvieron la fase puerperal temprana con fiebre tratadas con antimicrobianos y esta cesó al segundo día de tratamiento.

Morbilidad fetal:

La mayor parte de los bebés de estas adolescentes se egresaron con reporte pediátrico como sanos (11/5); tres evolucionaron con ictericia leve egresándose posteriormente como sanos; uno fue reportado con traumatismo craneoencefálico, y en el resto de los casos no se especifica el estado del producto a su egreso. Se reportó una sola anomalía congénita menor, fue un esbozo de dedo en la mano izquierda.

De los 12 nacidos vivos se fallecieron, no se realizó estudio necropsiográfico en ninguno y los reportes clínicos fue por S/R en 4 y sepsis en 2.

Análisis:

El grupo de mujeres adolescentes analizado en el presente trabajo es diferente al de otros autores nacionales; ya que se han incluido mujeres hasta los 18 años de edad; algunos de estos autores los han estudiado hasta los 19 años y otros hasta los 17. Ello quizá sea debido a que la adolescencia no tenga con precisión un límite de inicio y terminación.

El número total de adolescentes estudiadas que acudieron para su atención obstétrica en el centro hospitalario "Lic. Adolfo López Mateos" durante el período comprendido del 1 de Enero de 1983 a Junio de 1984 fue de 148, con edad límite máxima de 18 años, siendo la menor de 15 años, ya que como es sabido, mientras más joven es la mujer menor factible es que se embarace, debido a que su desarrollo en general y la maduración de sus órganos sexuales no ha llegado a su plenitud para lograr la concepción.

La edad de la menarca en estas jóvenes no tuvo mayor modificación con respecto a los datos conocidos, sólo el inicio de las relaciones sexuales sí fue precoz, el mayor porcentaje en la población estudiada fue a los 17 años (29.7%), y el 5.4% de los casos a los 13 años. La edad ginecológica promedio se estableció en 3.5 años. La mayor parte de las pacientes únicamente tenían una pareja sexual, dato que coincide con los de otros trabajos publicados, y como se menciona en el inicio de este.

Con respecto al estado civil de estas pacientes se reportó un 76.3% de casadas (ignoramos si fue un casamiento precipitado a consecuencia de un embarazo no planeado, así como la estabilidad de su medio ambiente familiar); este grupo de pacientes presentó mayor incidencia de complicaciones durante la gestación, aumentando la incidencia de amenaza de aborto, amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas y toxemia; sin embargo la mayoría fueron expresadas en buen estado físico y generalmente con producto sano. El 15.5% de las pacientes fueron solteras, la mayoría de ellas nunca acudió a control médico de su gestación, en cuatro su gestación terminó en aborto, cinco presentaron toxemia, la presentación pélvica estuvo presente en cuatro casos. El 5.4% de las pacientes fumaron durante su gestación; un caso con antecedentes epilépticos y otra curso con trastornos psiquiátricos durante la gestación dando a luz un producto de bajo peso, con datos de sufrimiento fetal agudo y la paciente en su puerperio presentó dehiscencia parcial de la herida quirúrgica. Una paciente viuda a los 18 años . . .

Llevó su embarazo a término con producto sano. El 7.4% de las pacientes es tavan en unión libre, la mayoría de ellas acudió a control prenatal, dos cursaron con toxemia, dos presentaron ruptura prematura de membranas y sus productos presentaron ictericia. Proporcionalmente como las pacientes solteras tuvieron mas tendencia a una evolución poco satisfactoria o mala de su embarazo.

Se ha señalado que la mayoría de las adolescentes embarazadas proceden de esferas socioeconómicas bajas, que viven en promiscuidad, y en donde la desnutrición, enfermedades venéreas, anemia e infecciones genitales, etc. son mas frecuentes, en el presente estudio no se demostró un aumento en la incidencia de estos padecimientos, datos que son similares a otros reportados.

El 34.4% de las pacientes estaba cursando su enseñanza secundaria, siendo esto el mayor número de pacientes que llegaron a ese grado, sólo un 12.8 por ciento llegaron a preparatoria. Únicamente 14 adolescentes trabajaban.

En cuanto a los antecedentes obstétricos el 71.6% de las pacientes eran primigestas, 22.9% secundigestas y 5.4% tercigestas, sus antecedentes obstétricos: el 5.4% ya habían tenido un aborto previo y el 1.3% dos. Partos previos: uno en el 18.9% de los casos y dos en el 3.3%. Cesáreas previas se encontró en el 6% de los casos.

En relación al control prenatal, realmente fue poco halagador ya que solo el 35.1% de los casos estuvieron sujetas a vigilancia prenatal, esto muy probablemente sea debido a ignorancia sobre los servicios médicos, a ocultamiento de su embarazo hasta edades mas avanzadas, a evitar problemas familiares o a ausencia de interés sobre su nuevo estado fisiológico; realmente es sorprendentemente baja esta cifra y parece paradójico que la adolescente embarazada que se considera una paciente de alto riesgo, reciba mínima atención obstétrica.

En cuanto a las complicaciones que presentaron estas jóvenes durante su gestación predominó la toxemia, la cual se reportó como severa en dos casos esta fue la complicación mas relevante presentándose en el 8.1% de los casos (este índice de frecuencia es similar al de la población en general que se ubica alrededor de 8%). Los casos graves de eclampsia se reportan en

el 3% de los casos en este trabajo ascendió hasta el 16 por ciento de un total de 12 pacientes, llegando a fallecer una de ellas, integrando así el 0.6% de mortalidad materna en esta serie. (extremadamente elevada la tasa de mortalidad).

En el 44.7% de estas gestaciones se encontraron complicaciones importantes como ruptura prematura de membranas, urosepsis, embarazo placentado, etc.

La duración del embarazo en estas adolescentes en 77.5% de los casos llegó a término, corroborado por el nacimiento de productos con pesos adecuados y de gal. concordante con su edad gestacional. El índice de nacimientos prematuros llegó alrededor del 8% (10% la esperada).

La culminación del embarazo fue por parto eutócico en 61.4% de los casos por cesárea en el 19.5% (porcentaje menor al esperado que es aproximadamente del 25%); parto distócico en 9.4% y aborto 9.7% (cifras menores a las esperadas).

El índice de Apgar para los recién nacidos de estas adolescentes fue de 8 (al minuto); el 53.7% de los niños tuvo un peso mayor de 3000 g. y en el 12.3% de los casos se reporta peso bajo al nacimiento.

La mortalidad del producto ascendió al 4% en esta serie. El 95% de los productos fueron egresados con reporte pediátrico como sanos. Se reportó una sola anomalía congénita menor. (0.6%).

Dentro de las complicaciones puerperales estas se presentaron en el 8% de los casos cifra elevada en relación al dos % esperado. fueron detectados tempranamente y se realizó un manejo adecuado de las mismas.

Conclusiones:

- 1.- La gestación en la adolescente se lleva a cabo en un marco biológico psicológico y social de inmadurez.
- 2.- Las adolescentes solteras tienen peor pronóstico en su gestación que las casadas.
- 3.- Se comprobó un déficit enorme de cuidado prenatal en estas adolescentes.
- 4.- La complicación predominante en la gestación fue la toxemia.
- 5.- Estas gestaciones se complicaron en el 44.7% de los casos con diversas patologías.
- 6.- El porcentaje de abortos fue similar al esperado para la población en general de embarazadas.
- 7.- El índice de nacimientos prematuros fue menor al esperado (8%).
- 8.- El parto distócico y la operación cesárea tuvieron índices similares al que presentan el resto de la población de gestantes.
- 9.- El índice de Apgar al minuto estuvo dentro de límites aceptables.
- 10.- La mortalidad de los productos en esta serie fue elevada (4%).
- 11.- La mortalidad materna también está sumamente elevada.
- 12.- Las complicaciones puerperales fueron más frecuentes.
- 13.- Las anomalías congénitas en los productos de madres adolescentes se preservaron con una frecuencia baja (0.6%).
- 14.- En relación a los puntos antes expuestos la gestación en la adolescente debe ser considerada como de riesgo materno y fetal elevado, lo cual amerita una vigilancia prenatal intensiva con una serie de controles y cuidados encaminados a abatir las cifras de morbimortalidad y que estas adolescentes tengan un mejor pronóstico, mediante la comprensión y apoyo real tanto médica como familiar, para asegurar un futuro más favorable a las adolescentes embarazadas.

Bibliografía.

- 1.- Ruiz Moreno: Problemas obstétricos de la adolescente.
Ginec Obstet Méx 40: 337, 1976
- 2.- Hicha JM: Adolescent Pregnancy. J Adolesc Health Care 2:45, 1981.
- 3.- Ballard W: Medical and health aspects of reproduction in the adolescent
Clin Obstet Gynec 13: 327, 1980
- 4.- Casanova: Obstetricia 199, 1983.
- 5.- Ruiz, V: Gestación en la adolescente. Ginec Obstet Méx. 35:117, 1974.
- 6.- Perkins: Intensive care in adolescent pregnancy. Obstet Gynecol 52:179, 1978.
- 7.- Nesson, M: Pregnancy outcome for adolescents; J Adolesc Health Care 4: 94, 1983.
- 8.- Kably, A: Embarazo en la adolescente. Actualización en ginecología,
Obstetricia y planificación familiar No, 5: 22 - 25, 1983.
- 9.- Tyrer, L: Embarazo en la adolescencia. Clin Ginecol Obstet 2:118, 1978.
- 10.- Zelnik, M: First pregnancies in women aged 15 - 19
Fam Plann Perspect: 10, 1978.
- 11.- Mc Anarney, E: Adolescent mothers and their infants Pediatrics, 73, 3 March 1984.
- 12.- Vaz, R: Adolescent Pregnancy. J Adolesc Health Care Vol. 4 No 4 246, 1983.
- 13.- Stanley M: Are Pregnant Teenagers Still in rapid Growth? AJDC Vol. 138, Jan, 1984.
- 14.- Lundy, S: Teenage Pregnancy: Family Syndrome?
Adolescence, Vol XVI, No 7: 679, 1983.
- 15.- Hierasole, L: Prenatal Weight Gain and Postpartum Weight Loss Patterns in
adolescents. J Adolesc Health Care Vol 5 No. 1 2, 1984.
- 16.- Teenage Fathers: Elster H. Clinical Pediatrics: October 1983.
- 17.- Nakashima, I: Fathers of infants Born to Adolescent Mothers
AJDC. Vol. 138, May, 1984.
- 18.- Simkins, L: Consequences of Teenage Pregnancy and Motherhood
Adolescence, Vol XIX No 73 Spring 1984.
- 19.- Complicaciones Obstétricas en Adolescentes, Clin Obstet y Ginecol 1978.