
Mortalidad materna en adolescentes

Acosta Chávez, Manuel *

RESUMEN

Se presenta una revisión de conceptos sobre embarazo de las adolescentes, considerados como paradigmas, algunos de los cuales merecen ser revisados.

Se exponen las muertes maternas en adolescentes en el período comprendido entre 1986 al 2002, en este lapso se produjeron 30 muertes maternas de adolescentes, lo que representa una tasa bruta de 7.69 x 100,000 NV y una tasa específica de 40.92 x 100,000 NV.

La causa directa de muerte materna en adolescentes fue el aborto séptico con 33.34%, seguido por las infecciones con 16.66%, hemorragias con 13.34% y toxemia con 6.66%.

Entre las causas de muerte indirecta en adolescentes figura la tuberculosis pulmonar con 10.00%.

Las causas de muertes maternas adolescentes son mayores a medida que avanza la edad (16 a 18 años).

La estancia hospitalaria durante la cual se produjeron la mayoría de muertes (36.7%) estuvo entre las 0 a 48 horas, lo que expresa el estado crítico en que ingresaron.

Entre las complicaciones que presentaron las adolescentes, asociadas a la muerte materna destacan: anemia 19.50%; R.P.M. 11.78%; toxemia 10.33%; aborto 9.39%; complicaciones del parto con 13.91 % y complicaciones puerperio 6.09%.

Palabras claves: Adolescencia, mortalidad materna en adolescentes, embarazo en adolescentes.

ABSTRACT

A revision of concepts is presented that it has more than enough adolescents' pregnancy, considered as paradigms some of those which that deserve to be revised.

The maternal deaths are exposed in adolescents in one period understood among 1986 at 2002, in this lapse 30 maternal deaths of adolescents took place that he/ she makes an alive born gross rate of 7.69/0000 and one specifies of 40.92/0000 born alive.

The Direct cause of maternal death in adolescents in this revision is the Septic Abortion with 33.34%, the infections with 16.66%, you Hemorrhage with 13.34% and the Toxemia with 6.66%.

The main cause insinuation of maternal death in this group constitutes it the lung tuberculosis with 10.00%.

The maternal deaths in adolescents are bigger as the chronological age advances (16 to 19 years).

The hospital stay, where the maternal death took place in these adolescents he/she went among 0 o'clock at 48 hours, what expresses its state criticizes in that arrived.

The complications that increased their state of health, favoring their death was: the anemia 19,50%, R.P.M.11.78%, toxemia 10,33% miscarries 9.39%, the complications of the childbirth with 13,91 % and those of the puerperium 6.08%.

Key Words: adolescent's pregnancy maternal deaths, adolescent's mortality.

(*) Doctor en Medicina Profesor Principal de la USMP.

INTRODUCCION

En los últimos años el embarazo en adolescentes ha sido motivo de preocupación tanto en los países subdesarrollados como en aquellos países grandemente desarrollados.

La población de adolescentes embarazadas se duplicó en los últimos 20 años, en nuestro país, en la actualidad las adolescentes embarazadas constituye el 25% de la población gestante total (9).

Se ha especulado mucho con el comportamiento de las adolescentes, sobre todo referido a las complicaciones que se presentan durante el embarazo y/o en el parto (5,10); estudios realizados en diversos países e instituciones como la nuestra, están demostrando que muchas de las afirmaciones tomadas como ciertas hasta este momento, carecen de validez, por lo tanto, merecen ser revisados con mayor detenimiento y profundidad (3).

El afirmar que las adolescentes son un grupo de riesgo (13, 16), debe ser tomado con cautela, investigaciones recientes demuestran que la edad biológica de la mujer por sí sola no constituye un problema, es la asociación con otros factores como los socio-económicos y psicosociales, que inciden negativamente en el desarrollo del embarazo.

El embarazo en cualquier edad es un hecho biopsicosocial (10), tanto en la adolescente como en otros grupos etéreos, puede atentar contra la vida de la madre y la de su producto, por ello se considera un problema de salud, que debe ser estudiado no sólo como patología presente, sino que debe tenerse en cuenta el futuro de ambos seres, por las complicaciones que se presentan y pueden repercutir en ambos.

La fecundidad representa, mayores riesgos en ambos extremos en la vida de la mujer, esto determinó la curva clásica de morfología directa como la curva "J" o "V" de la morbimortalidad materna (6).

Los riesgos médicos asociados a la embarazada adolescente, tales como: la hipertensión inducida por el embarazo, la anemia, el bajo peso al nacer, el parto pretérmino, la desnutrición, no son más frecuentes que en los otros grupos, tal como lo ha demostrado la Dra. Bárbara Plockinger del Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Viena (3).

Un estudio realizado por nosotros en el Instituto Materno Perinatal (1), (2), cuyos resultados analizaremos más adelante, nos permite afirmar que las especiales condiciones fisiológicas de las adolescentes, parecen no ser causantes por sí solas de su patología, ellas se deben a las variables socioculturales (18), de cuidado y atención médica que se brinde durante el embarazo. Es conocido que el embarazo en la mayoría, se presenta como no deseado (18), no planificado, producto de una relación débil de pareja; lo cual origina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por el temor a la reacción familiar, lo que da origen a que la atención médica sea tardía e insuficiente, la gestación irrumpe en la vida de la adolescente en una etapa en que todavía no alcanza su madurez física (14) y mental, a veces en circunstancias adversas como desnutrición (27), enfermedades diversas y sobre todo en un medio familiar poco receptivo para aceptarla y protegerla; ello origina, entre otros problemas, a la deserción escolar, el abandono del núcleo familiar y respondiendo a sentimientos eminentemente "morales", la adolescente tiene que abandonar la escuela o el hogar y buscar por sí sola un medio de vida para mantenerse ella y su criatura, 10 que condiciona que la mayoría de los hijos de las adolescentes sean portadores de desnutrición, enfermedades infecto contagiosas, enfermedades diarreicas; las que agravan su desarrollo ponderal e intelectual en su futuro psicomotor (29).

El enunciado "el embarazo es más vulnerable cuando más cerca está a la menarquia", tampoco parece tener validez según los estudios de la Dra. Bárbara Plockinger. Sí parece que existiría una falla del mecanismo inmunológico adaptativo que no permite relacionarse eficientemente entre el organismo materno y el feto, el sistema inmunológico materno presentaría inmadurez, que sería la causa de la mala nutrición y/o de la hipertensión inducida por el embarazo (23).

Lo anteriormente expuesto nos obliga a reflexionar sobre la morbilidad y mortalidad de las adolescentes, toda vez que siendo un problema de salud pública, hasta la fecha no se ha afrontado con realismo y en forma integral; sin embargo, existen centros hospitalarios como el nuestro, que están afrontando la atención de la adolescente cambiando su concepción de dirigirla sólo al embarazo, olvidándose que otras áreas quizás sean las más afectadas.

<p style="text-align: center;">MORBILIDAD MATERNA Y PERINATAL EN LA ADOLESCENCIA</p> <p>El embarazo y el parto durante la adolescencia acarrea importantes riesgos.</p> <p style="text-align: right;">UNICEF 1999</p>	<p style="text-align: center;">MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTES</p> <p>Una adolescente embarazada en Latinoamérica tiene 52 veces más riesgo de morir que una estadounidense en esas circunstancias.</p> <p style="text-align: right;">Maddaleno, 1990-OPS</p>
--	---

Los gobiernos de las regiones tampoco han enfrentado el problema con prioridad y realismo, existen las más variadas propuestas, desde aquellas consideradas coherentes hasta la más insensatas como aquella del legislador puertorriqueño, quien presentó un proyecto de ley para que "el Estado comprara los hijos de las adolescentes", los fueran vendidos luego a personas ricas que visitaran Puerto Rico, de esa forma se quitaba la carga social al país (18).

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (11) viene estudiando en varias regiones el problema de las adolescentes, sus resultados nos han permitido conocer su realidad afirmando que este es distinto según el país o región donde se analice (26), las diferencias encontradas están relacionadas fundamentalmente con el desequilibrio regional típico, los estilos de vida, el nivel de desarrollo de los países del Tercer Mundo.

En el Perú se producen anualmente 218,750 embarazos de adolescentes (9), lo que representa 600 embarazos por día y 25 embarazos por hora, cifras que por sí solas hablan de la magnitud del problema y la necesidad que tenemos de afrontarlo como un problema de salud.

En otros países, como en los Estados Unidos se producen 1'000,000 de embarazos en adolescentes de los cuales sólo 500,000 terminan en nacidos vivos (15).

La cultura de la sociedad actual (6) es uno de los factores que incide en el incremento del porcentaje de embarazo de adolescentes; la presencia de compañeros, cine, televisión, música, revista; transmiten frecuentemente mensajes manifiestos o secretos en los cuales las relaciones sexuales, sin estar casados, son comunes, aceptados y a veces esperados, todo lo cual da como resultado que un 18% de adolescentes hayan experimentado sexo con anterioridad a los 18 años, 66% no son casados. En los Estados Unidos, a la edad de 20 años 75% de las mujeres y 86% de varones son sexualmente activos (28).

Merecen destacarse que tanto el hogar, la escuela y/o comunidad no ofrecen educación sobre el comportamiento sexual responsable, así como la anticoncepción, las consecuencias de las relaciones como factor de embarazo en las adolescentes (10):

- a. Contactos sexuales tempranas.
- b. Uso temprano del alcohol y drogas.
- c. Carencia de interés en escuela, familia, comunidad.
- d. Percibir poco o ninguna oportunidad para el éxito.
- e. Vivir en comunidades y escuelas donde las embarazadas son comunes y considerados como una norma mas que una causa para su interés.
- f. Crecer en condiciones de pobreza.
- g. Haber sido víctima de abuso o violación sexual.

Los trabajos realizados en el Instituto Materno Perinatal (1,2) y el de la Dra. Bárbara Plockinger (3), durante 23 años en el Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Viena, reportan experiencias que deben ser tomadas en cuenta en el conocimiento de adolescentes.

MATERIAL Y METODOS

Se presenta un estudio realizado en el Departamento de Gineco-Obstetricia de la Universidad de Viena, durante un período de 23 años. En este lapso se estudió el comportamiento obstétrico de adolescentes gestantes entre 15 a 16 años, se tomó un grupo control compuesto por gestante entre 20 a 24 años, evaluándose los parámetros de:

- a. Patología obstétrica.
- b. Edad en la interrupción del embarazo, forma de inicio de parto.
- c. Forma de terminación del parto y peso de los recién nacidos.
- d. (Cuadros N° 1, 2, 3, 4, 5, 6).

Basándonos en este estudio en el Instituto Materno Perinatal, entre los años 1986 en que se creó el Servicio de Adolescencia hasta el año 2002 se estudiaron las muertes maternas en este grupo de gestantes.

Cada caso fue analizado, recurriendo a la historia clínica, en la búsqueda de factores concomitantes que podrían haber influido en la muerte materna.

Durante este período se investigó el número de recién nacidos totales y aquellos nacidos de madres adolescentes, con el objeto de establecer las tasas brutas y específicas.

Se analizó y clasificó las muertes maternas agrupándolas en los tipos de directa e indirecta y buscando la causa de cada una de ellas.

Asimismo se estudió el tiempo de estancia transcurrido entre el ingreso a la Institución hasta el momento en que se produjo su muerte.

Se estudiaron el número de atenciones en consultorios externos donde se prestó la atención prenatal, así como el número de partos que se produjeron en la Institución con el objeto de establecer el porcentaje de deserción.

Se determinó también la patología obstétrica que se presentó en cada uno de los casos de muerte materna en este grupo de adolescentes.

(Cuadros N° 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14).

RESULTADOS

Cuadro 1

NUMERO Y PORCENTAJE DE GESTANTES
ADOLESCENTES ENTRE 11 - 15 AÑOS
(Dpto. de Ginecología y Obstetricia
Viena - 1970 / 1993 según edad)

AÑOS	N°	%
11	1	0.5
12	2	1.0
13	4	2.0
14	35	19.0
15	146	77.5
TOTAL	188	100.0

Cuadro 1: Presenta 188 adolescentes agrupadas por años de edad, entre 11 a 15 años, notándose que el porcentaje aumenta de 0.5% a los 11 años hasta 77.5% a los 15 años (3).

Cuadro 2

NUMERO Y PORCENTAJE DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS MENORES DE 16 AÑOS Y GESTANTES ENTRE 20 - 24 AÑOS (Según Patologías Obstétricas Universidad de Viena - 1970 / 1993)				
Complicaciones	11 - 15 años = 188		20 - 24 años = 4568	
	Nº	%	Nº	%
HIE	4	2.1	160	3.5
RCIU	4	2.1	110	2.4
Partos Prematuros	46	24.4	1362	29.8
R.N. < 2500 gr.	19	10.1	416	9.1
Malformaciones	3	1.6	142	3.1
Normal	112	59.7	2379	52.1
TOTAL	188	100.0	4569	100.0

Cuadro 2: Muestra 188 adolescentes que presentaron patología obstétrica durante el embarazo, es notorio resaltar que ellas fueron menos en las adolescentes entre 11 a 15 años que en el grupo control de 20 a 24 años; la evolución del embarazo normal fue mayor en las adolescentes que en el grupo de control (3).

Cuadro 3

NUMERO Y PORCENTAJE DE GESTANTES ADOLESCENTES ENTRE 11 - 15 AÑOS Y 20 - 24 AÑOS (Según edad gestacional)				
Tiempo de gestación (En semanas)	11 - 15 años (n = 188)		20 - 24 años (n = 4569)	
	Nº	%	Nº	%
< 28	1	0.5	41	0.9
28 - 32	3	1.6	114	2.5
33 - 37	42	22.3	1206	26.4
38 - 41	142	75.6	3112	68.1
41 >	0		96	2.1

Cuadro 3: Considera la interrupción del embarazo entre las 28 a 41 semanas en adolescentes y grupo control, podemos apreciar que en las gestantes adolescentes fueron menores de 28 semanas y en el parto prematuro entre 28 a 37 semanas, fue mayor en el embarazo a término y no hubo ningún embarazo prolongado; en cambio en el grupo control, las pérdidas fueron mayores hasta las 37 semanas y menores en el embarazo a termino en este grupo si se presento el embarazo prolongado.

Cuadro 4

NUMERO Y PORCENTAJE DE GESTANTES ADOLESCENTES ENTRE 11 - 15 AÑOS Y 20 - 24 AÑOS (Según inicio del trabajo de parto)				
	11 - 15 años (n = 188)		20 - 24 años (n = 4569)	
	Nº	%	Nº	%
Espontaneo	162	86.2	3712	81.3
Inducido	22	11.7	692	15.1
Cesarea	4	2.1	165	3.6

Cuadro 4: Se evalúa el inicio del trabajo de parto espontáneo, donde podemos ver que en el grupo de adolescentes de 11 a 15 años fue mayor, lo mismo que el parto inducido o la cesárea, comparándolas con el grupo control (3).

Cuadro 5

NUMERO Y PORCENTAJE DE GESTANTES ADOLESCENTES ENTRE 11 - 15 AÑOS Y 20 - 24 AÑOS (Según terminación de parto)				
Desarrollo del Parto	11 - 15 años (n = 188)		20 - 24 años (n = 4569)	
	Nº	%	Nº	%
Espontáneo	160	85.1	3422	74.9
Cesarea	12	6.4	516	11.3
Forceps	13	6.9	503	11.0
Manipulación (Presentación Pelveana)	3	1.6	128	2.8

Cuadro 5: El parto espontáneo en las adolescentes de 11 a 15 años fue mayor (85%) que el grupo control (74.9%); esta misma tendencia se observa en la cesárea fórceps y maniobras obstétricas en que las adolescentes presentan un menor porcentaje en comparación con el grupo control (3, 22).

Cuadro 6

NUMERO Y PORCENTAJE DE GESTANTES ADOLESCENTES ENTRE 11 - 15 AÑOS Y 20 - 24 AÑOS (Según peso al nacer)				
Peso al Nacer (en gr.)	11 - 15 años (n = 188)		20 - 24 años (n = 4569)	
	Nº	%	Nº	%
<1500	2	1.1	105	2.3
1500 - 2499	17	9.0	311	6.8
2500 - 4000	167	88.8	3957	86.6
> 4000	2	1.1	196	4.3

Cuadro 6: Los recién nacidos con pesos menores de 1,450 gr fueron menos en las adolescentes de 11 a 15 en comparación con el grupo control, tan igual como los recién nacidos de 1,500, 2,000, 2,500 Y 4,000 gr; si fueron menos los recién nacidos con pesos mayores de 4,000 gr en relación al grupo control (3).

Cuadro 7

MUERTES MATERNA EN ADOLESCENTES N° DE RECIEN NACIDOS TOTALES Y DE ADOLESCENTES Y TASA BRUTA Y ESPECÍFICA / SEGÚN AÑO / IMP 1986 - 2002

AÑOS	N° MUERTES	N° RN TOTALES	RN DE MADRES ADO	TASA BRUTA	TASA ESPECÍFICA
1986	5	27.218,00	4.796	18,37	104,25
1987	2	28.132,00	5.340	7,11	37,45
1988	3	28.658,00	5.110	10,47	58,70
1989	1	19.478,00	3.920	5,13	25,51
1990	3	19.549,00	3.474	15,35	86,35
1991	3	21.123,00	4.022	14,20	74,58
1992	0	25.058,00	4.748	0,00	0,00
1993	3	25.824,00	4.824	11,71	68,18
1994	0	21.968,00	4.261	0,00	0,00
1995	2	20.366,00	3.874	9,82	51,62
1996	3	21.385,00	4.351	14,03	68,94
1997	0	21.626,00	4.359	0,00	0,00
1998	1	18.699,00	3.765	5,35	26,56
1999	2	31.802,00	4.327	6,29	46,22
2000	0	22.415,00	4.622	0,00	0,00
2001	2	21.408,00	4.433	9,34	45,11
2002	0	15.830	3.043	0,00	0,00
TOTAL	30	390.337,00	73.307	7,69	40,92

Cuadro 7: Presenta las muertes maternas entre 1986 y 2002 en el Instituto Materno Perinata1, durante este período se produjeron 30 muertes de adolescentes, nacieron 390,337 en toda la Institución; 73,307 recién nacidos correspondieron madres adolescentes, estas cifras originan una tasa bruta de, mortalidad materna adolescentes de 7.69 x 100,000 NV y una tasa específica de 40.92 x 10,000 NV.

Cuadro 8

N° Y % DE MUERTES MATERNAS EN ADOLESCENTES SEGÚN CAUSA / 1986 - 2002		
CAUSA	NÚMERO	%
Directas	21	70
Aborto séptico	10	33,34
Infecciones	5	16,66
Hemorragias	4	13,34
Toxemia	2	6,66
Indirectas	9	30
TBC Pulmonar	3	10
Insuficiencia hepática	2	6,66
Otros	4	13,34

Cuadro 8: Agrupa las muertes de adolescentes según tipo, siendo las directas el 70% y las indirectas el 30%, destacan como primera causa de muerte directa, el aborto séptico 33.34%, seguido por las infecciones 16.66%, hemorragias 13.34%, toxemia 6.24% y en las causas indirecta la tuberculosis pulmonar 10% (3, 19,20,21,29).

Cuadro 9

MORTALIDAD MATERNA EN ADO POR EDAD SEGÚN AÑOS			
AÑO	< 15	16 - 18	18 - 19
1986 - 1990	---	05	09
1991 - 1995	01	04	03
1996 - 2001	---	02	06

Cuadro 9: Distribuye las muertes maternas por grupos etáreos entre menos de 15, de 16 a 18 años y de 18 a 19 años, la mayoría de muertes están sobre los 16 años en contra de los que se afirma que la mortalidad materna tiene relación con la menor edad (31)

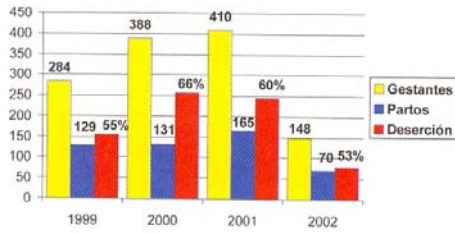
Cuadro 10

NÚMERO DE PORCENTAJES MATERNA EN ADO, SEGÚN ESTANCIA FINAL IMP / 1986 - 2002		
ESTANCIA	N°	%
0 - 48 horas	11	36,7
49 - 73	9	30,0
> 73 horas	10	30,10

Cuadro 10: Muestra el tiempo que duró la estancia hospitalaria entre el ingreso y la muerte en el Instituto Materno Perinata1 de las pacientes adolescentes, podemos notar que entre 0 y 48 horas se produjeron la mayoría de muertes (36.7%), expresión de demora en solicitar la atención necesaria que originó acudir a la Institución en un estado crítico complicado (7).

Cuadro 11

**ADOLESCENTES
GESTANTES ATENDIDAS VS PARTOS
ATENDIDOS / 10 - 14 AÑOS / IMP**



Cuadro 11: Muestra asociación entre las gestantes atendidas durante el embarazo y el número de partos institucionales, se aprecia un porcentaje de deserción marcada, que puede expresar maltrato o falta de confianza institucional (25).

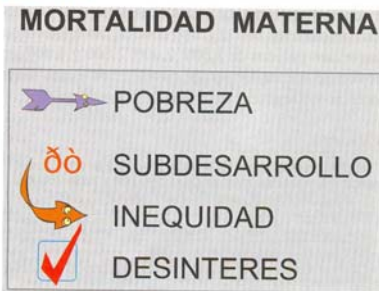
Cuadro 12

POBREZA EN EL PERÚ
PERIODO: 1991 - 2000
(POR ÁMBITO, EN PORCENTAJE)

	1991	1994	1997	2000
Urbano	52,2	50,4	48,9	49,8
Extrema	20,7	13	7,6	8,6
Pobre	31,5	37,4	41,3	41,2
Rural	70,8	65,6	64,8	66,1
Extrema	46,8	36,3	31,9	30,1
Pobre	24	29,3	32,9	36

Cuadro 12: Presenta la distribución de la pobreza, como factor económico social, relacionado con muerte materna, comparándose los sectores urbanos y rurales, se nota que en el sector rural la pobreza extrema es superior a la urbana y la sola pobreza es mayor en la población urbana (8)

Cuadro 13



Cuadro 13: Asocia la pobreza, como origen del subdesarrollo y el desinterés por la salud.

Cuadro 14

**PATOLOGÍA EN PACIENTES
ADOLESCENTES 1986 - 2002 / IMP**

PATOLOGÍA	Nº	%
Anemia	2,648	19,50
Sufrimiento fetal agudo	1834	13,51
RPM	1596	11,76
Toxemia	1403	10,33
Aborto	1275	9,39
Estrechez pélvica	1151	7,74
Parto prematuro	858	6,54
ITU	849	6,25
Presentación anormal	838	6,17
Hemorragia	425	3,13
Sepsis	400	2,95
ITS	191	1,41
RCIU	98	0,72
Amenaza de Aborto	81	0,60
TOTAL	13.577	100,00

Cuadro 14: presenta las patologías asociadas a la muerte materna, entre las cuales predomina la anemia con un 19.50%, seguido del sufrimiento fetal, del RPM 11.76%, toxemia 10.33%, aborto 9.36%, complicaciones del parto 13.91 y del puerperio 6.09% (13, 24).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Los hallazgos del estudio de la Dra. Bárbara Plokinger difieren en muchos de los conceptos tradicionales que se tiene sobre adolescencia; este hecho invita a seguir investigando para conocer mejor a la gestante adolescente.
2. La edad biológica por sí sola no constituye factor de riesgo obstétrico, es la asociación con otros factores lo que origina.
3. En este trabajo, el comportamiento obstétrico fue mejor en las adolescentes (11 a 15 años) que en el grupo control (20 a 24 años), hallazgo que discrepa con lo conocido hasta la fecha.
4. La mortalidad materna en adolescentes, viene disminuyendo en los últimos años tal como lo expresa la tasa bruta y específica, expresión que pudiera deberse a la mejor calidad de atención, a la tecnología de punta y a los programas que existen en el Instituto Materno Perinatal.
5. Las causas directas de muerte materna son predominantes en la adolescente con un 70%, figurando como primera causa el aborto séptico, quizás como expresión del embarazo no deseado, que caracteriza a este grupo etáreo.
6. En este trabajo las muertes maternas en adolescentes fueron mayores a partir de los 16 años, en contra de lo que se afirma que ella estaría más relacionada con la menor edad.
7. La muerte materna en adolescentes está relacionada en forma directa con la indiferencia y desinterés de la paciente, la familia o la comunidad (36.7%), llegan a la Institución en estado crítico sólo para confirmar el deceso.
8. Existe deserción de adolescentes atendidas en la Institución, hecho que puede expresar maltrato o falta de confianza institucional.
9. Como factor determinante de la muerte materna destaca preponderantemente la pobreza, hecho que debe seguirse investigando por que ella ha sido cuestionada últimamente.
10. La anemia y las complicaciones obstétricas: RPM, toxemia, aborto, estrechez pélvica, etc. son patologías que contribuyen a la mortalidad materna.
11. Dado el número de la muestra del estudio, somos de la opinión que se debe seguir investigando a fin de confirmar o negar los hallazgos con un número mucho mayor y a fin de tener mejor conocimiento de la adolescente.

Dr. Manuel Acosta Ch.
Facultad de Medicina Humana
Universidad de San Martín de Porres

BIBLIOGRAFIA

1. ACOSTA CHÁVEZ, M. Crecimiento Intrauterino - Tesis Doctoral – 1973
2. ACOSTA CHÁVEZ, M. Mortalidad Perinatal en el Hospital Maternidad de Lima - 1993.
3. PLOCKINGER, B. Cuando las niñas se convierten en adultas Problemas de embarazo en niñas de 11 y 15 años Universidad de Viena - 1993.
4. DONOSO SIÑA, E.; PÉREZ SÁNCHEZ, A. Embarazo prolongado. Publicaciones Técnicas Mediterráneo - 1994.
5. CERVANTES BEGAZO, R.; WATANABE, T. La adolescencia como problema de salud reproductiva XI Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología - 1994.
6. Salud Pública de México. Educación para la Salud Reproductiva y Sexual de la Adolescente Embarazada. Volumen 36 N° 2 Marzo - Abril 1994.

7. Ministerio de Salud. Manual de Normas y Procedimientos Obstetricia. Instituto Materno Perinatal; 1995.
8. YFFY; L. Obstetricia y Perinatología. Editorial Panamericana; 1995.
9. Ministerio de Salud - INEI. Encuesta demográfica y de salud familiar; 1996.
10. PELAEZ MENDOZA, J. Adolescentes embarazadas: características y riesgos. Revista Cubana de Gineco-Obstetricia; 1997.
11. Ministerio de Salud - UNICEF. Módulos de sensibilización y capacitación; 1997.
12. CARRERA, J. Crecimiento fetal y patológico; 1997.
13. ALARCÓN, J.; CHÁVEZ, J.; MERCADO, R.; PORTELLA, J.; MEDINA, A.; DÍAZ, J. Complicaciones perinatales y factores de riesgo asociado. Revista del Instituto Materno Perinatal N° 6; 1998.
14. CARRERA, J. Protocolos de obstetricia y medicina perinatal; 1998.
15. RAE ROS, S. Asesora en Salud Reproductiva. Promoviendo la calidad del cuidado materno y del recién nacido; 1998.
16. VÁZQUEZ, A. y col. Repercusión materna del embarazo precoz. Facultad de Ciencias Médicas - Cuba; 1998.
17. FERNÁNDEZ, A. Adolescente embarazadas, relación de parejas y apoyo familiar. Asociación Mexicana de Psicología social. México; 1998.
18. ESPINO, F. Embarazos en adolescentes: Una problemática médica, social y política. Revista de Ginecología Obstetricia y Perinatología. República Dominicana; 1998.
19. PALOMINO DE LA CRUZ, G. M. Morbimortalidad precoz por cesárea. Estudio en el Hospital Arzobispo Loayza. Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana; 1998.
20. SORIA OBREGÓN, N. R. Morbimortalidad perinatal en madres preeclámpticas. Hospital Arzobispo Loayza. Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana; 1998.
21. SANTIBÁÑEZ GUTIÉRREZ, C. Morbilidad neonatal en el recién nacido del bajo peso. Hospital de Policía Nacional Augusto B. Leguía. Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana; 1999.
22. Hospital Materno Infantil Docente 10 de Octubre. Cesárea en la adolescente: morbimortalidad materna y perinatal. La Habana; 1999.
23. MOLINA, R. Mortalidad materna en adolescentes en Paraguay. XV Congreso Latinoamericano de Gineco-Obstetricia; 1997.
24. Organización Panamericana de Salud. La condición de salud de las Américas; 2002.
25. TRELLES, J. Mortalidad materna en el Perú. XV Congreso Latinoamericano de Gineco-Obstetricia; 2002.
26. CABEZAS, E. Mortalidad materna en adolescente en Cuba. XV Congreso Latinoamericano de Gineco-Obstetricia; 2002.
27. CERVANTES, R. Mortalidad materno perinatal en el Perú. XV Congreso Latinoamericano de Gineco-Obstetricia; 2002.
28. POMA, P. Mortalidad materno perinatal en los Estados Unidos. XV Congreso Latinoamericano de Gineco-Obstetricia; 2002.
29. ORTIZ, E. 1. Vigilancia epidemiológica de la mortalidad materno perinatal en Colombia. XV Congreso Latinoamericano de Gineco-Obstetricia; 2002.
30. MARADIEGUE, E. Mortalidad materna en la DISA III. XV Congreso Latinoamericano de Gineco-Obstetricia; 2002.