

CESÁREA EN ADOLESCENTES. HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE. LIMA, PERÚ

Pedro Abad

RESUMEN

OBJETIVOS: Determinar la frecuencia de cesáreas en gestantes adolescentes y la morbilidad materna y perinatal relacionada. **DISEÑO:** Estudio retrospectivo de casos y controles. **LUGAR Y PERÍODO:** Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima, Perú, del 1 de enero al 31 de diciembre de 1999. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio de 212 adolescentes sometidas a operación cesárea comparadas con 966 gestantes no adolescentes. La información se obtuvo del banco de datos del Sistema Informático Perinatal. **RESULTADOS:** Correspondieron a las adolescentes 19,6% de las gestaciones y 13,3% de los abortos; 21,4% de los partos fueron vaginales y 17,9% (212) cesáreas; 91,2% no tenía unión estable, 74,1% primigestas, 15,7% sin control prenatal; 57,3% inició el trabajo de parto en forma espontánea, 87,7% fue cesareada por primera vez y 85,3% ingresó a sala de operaciones como emergencia. Las indicaciones principales de cesárea fueron la desproporción cefalopélvica (16,5%) y la distocia de presentación (14,6%). La complicación postoperatoria más frecuente fue la fiebre (11,8%). No hubo mortalidad materna o perinatal. **CONCLUSIONES:** Casi 20% de las gestaciones fue de adolescentes y de ellas 17,9% terminó su gestación por cesárea, siendo causas principales de cesárea la desproporción cefalopélvica y la distocia de presentación.

PALABRAS CLAVE: Adolescentes; Cesárea; Factores de fertilidad

Rev Per Ginecol Obstet 2004; 50:202-208

SUMMARY

OBJECTIVE: To determine the frequency of cesarean sections in adolescents and related maternal and perinatal morbidity. **DESIGN:** Retrospective case control study from January 1 through December 31, 1999. **SETTING:** Hipolito Unanue National Hospital, Lima, Peru. **MATERIAL AND METHODS:** Study of 212 adolescents subjected to cesarean section and compared with 966 non adolescent pregnant women. Data was obtained from the Perinatal Informatic System data bank **RESULTS:** Adolescents had 19,6% of all pregnancies and 13,3% of all abortions; 21,4% of adolescents had vaginal deliveries and 17,9% (212) cesarean sections; 91,2% had no stable union, 74,1% were primigravida, 15,7% did not have prenatal control; 57,3% started spontaneous labor, 87,7% had cesarean

section for the first time and 85,3% were considered emergencies. Main indications for cesarean section were cephalopelvic disproportion (16,5%) and presentation dystocia (14,6%). Most frequent complication was fever (11,8%). There was no maternal or perinatal mortality. **CONCLUSIONS:** Almost 20% of all pregnancies were in adolescents and 17,9% ended in cesarean section; main indications were cephalopelvic disproportion and presentation dystocia.

KEY WORDS: Adolescents, Cesarean section, Fecundity factors.

Rev Per Ginecol Obstet 2004; 50:202-208

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa breve del ser humano, proceso de desarrollo dinámico que comienza en la niñez y termina en la edad adulta. Comprende una serie de cambios de orden biológico; psi-

Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital "José Agurto Tello" de Chosica
E-mail: pedroabadpe@yahoo.com



cológico y económico de duración variable. Esta etapa prepara al individuo por procesos internos de adecuación de conducta y esforzados mecanismos homeostáticos biopsicosociales, hasta alcanzar los atributos del adulto.

La población mundial de adolescentes ha ascendido a más de 1 000 millones y en los países en desarrollo una de cuatro personas está en la adolescencia, a diferencia de una de cada siete en países desarrollados.

En el Perú, la población adolescente (11 a 19 años) representó, en 1999, el 22,5 % de la población total, algo más de 5 millones de personas. Pese a representar una población significativa de nuestra población, la situación de salud de este segmento no ha tenido atención apropiada y no ha sido suficientemente estudiada, aún cuando representa un segmento vital para el futuro del país.

En el Perú, 13% de las mujeres entre 15-19 años es madre y 2% está gestando por primera vez, estimándose que anualmente se producen 75,000 nacimientos en menores de 20 años. Una de cada cinco madres adolescentes ha tenido de 2 a 4 embarazos antes de cumplir los 20 años de edad. En 1999, en los hospitales del Ministerio de Salud, el 23% de los partos correspondió a madres adolescentes.

Las cifras antes mencionadas tienden a aumentar, ya que en el último siglo, la menarquia se está presentando a más temprana edad y esta tendencia parece ser mundial.

Se observa también que las relaciones sexuales se están presentando en edades más tempranas. Esto y el hecho que el matrimonio se ha desplazado en muchos países a edad más tardía, está dando como resultado que la actividad sexual antes del matrimonio está en ascenso. Las adolescentes están expuestas por mayor tiempo a embarazos no deseados y muchos terminan en abortos, problema importante de la salud reproductiva de este segmento. Debido a esta situación, el embarazo en adolescente contribuye en un 15% a la cifra global de mortalidad materna.

Además de lo expuesto, se ha observado el bombardeo indiscriminado de estímulos eróticos e información con contenido sexual proveniente de los medios de comunicación social. Hay falta de infor-

mación sexual oportuna y adecuada en el hogar y en la escuela y falta de orientación en la conducta sexual, Se aúna la carencia de atención especializada de los servicios de salud.

El 29% de las adolescentes unidas entre 15 a 19 años emplea algún método anticonceptivo; pero sólo 11% emplea métodos modernos.

El presente trabajo es un estudio retrospectivo caso-control que tiene como finalidad conocer las causas más frecuentes, aspectos generales, morbilidad y complicaciones de la operación cesárea en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional "Hipólito Unanue", Lima - Perú.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo tipo caso control, que comprendió el periodo entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 1999, donde se incluyó el total de gestantes sometidas a operación cesárea atendidas e ingresadas en el Hospital Nacional 'Hipólito Unanue', Lima, Perú.

El universo de estudio estuvo conformado por 1178 pacientes sometidas a cesárea en el año de la referencia. El grupo de estudio quedó constituido por 212 adolescentes cuyas edades estaban comprendidas entre los 11 a 19 años de edad, a quienes se les realizó cesárea. En el banco de datos del Sistema Informático Perinatal (SIP) del Departamento de Gineco Obstetricia se revisó todas las historias clínicas de las gestantes adolescentes comprendidas entre los 11 a 19 años de edad. Con la finalidad de obtener información que no puede ser registrada en el SIP, además, se solicitó la historia clínica de cada paciente al archivo del Hospital y se revisó manualmente cada una de ellas. Previamente se confeccionó una plantilla para la obtención de datos. Se analizó el estado civil, escolaridad, ocupación, inicio de relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, paridad, antecedentes de importancia, control prenatal, forma de inicio del trabajo de parto, motivo de indicación de la cesárea, tiempo quirúrgico, utilización de antibiótico profiláctico, tipo de anestesia, complicaciones postoperatorias, estancia postoperatoria, peso, talla y Ápgar del recién nacido.

En este estudio se utiliza los límites de edad entre los 11 y 19 años de edad señalados por el Comité



para los problemas de salud del adolescente de la Organización Mundial de la Salud, en donde se diferencia entre adolescencia temprana (de 11 a 13 años), intermedia (de 14 a 16 años) y tardía (de 17 a 19 años), lo cual ayuda a precisar los problemas relacionados con el embarazo precoz.

La información fue procesada en la microcomputadora de la unidad de Cómputo área maternoperinatal del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional 'Hipólito Unanue'.

RESULTADOS

Se atendió 5 002 partos durante el año 1999. La frecuencia de gestaciones en adolescentes fue alrededor del 19,6%, la frecuencia de cesáreas en adolescencia temprana fue 1,4%, en la adolescencia intermedia 24,1% y en la adolescencia tardía 74,5%. De las adolescentes, el 97,2% tenía una relación inestable y sólo 2,8% era casada; 30,7% tenía educación primaria, 67,9% educación secundaria y 0,5% educación superior; 74,5% era primigesta, 22,6% secundigesta y 3,3% tercigesta; 85% eran desocupadas (amas de casa); sólo 7,4% estudiaba y 3,3% laboraba.

El 49,9% inició su vida sexual entre los 15 y 16 años de edad. El 79,8% tuvo una sola pareja sexual; el 17,6%, 2 parejas, y 1,1%, 4 parejas sexuales. El 15,7% no tuvo control prenatal; 35,5% en un centro de salud. En el 11,3% se encontró anemia crónica (hemoglobina menor de 11 g).

En cuanto al tipo de cesárea, 87,6% fue primaria, 11,8% iterativa; 85,3% ingresó a sala de operaciones como emergencia. La indicación principal de cesárea en la adolescencia temprana fue la despro-

Tabla 2. Tipo de cesárea realizada a gestantes adolescentes

Tipo de cesárea	N	%
• Primaria	185	87,7
• Iterativa	25	11,8
• Reiterada	1	0,5
• Total	211	100,0

porción cefalopélvica en 66,6% de los casos, seguidos de distocia de presentación en 33,3%. En la adolescencia intermedia, la indicación principal de la cesárea fue preeclampsia y eclampsia en 33,3%, seguido de la desproporción cefalopélvica en 13,7%. En la adolescencia tardía, la indicación principal fue desproporción cefalopélvica en 16,5% y distocia de presentación en 16,5%, seguida de sufrimiento fetal agudo en 14,6%; 69,7% no tuvo complicación alguna.

La complicación principal fue la fiebre (11,8%), seguida de infección del tracto urinario (6,6%). La infección de herida operatoria ocurrió en 5,7% y endometritis, en 4,3% de los casos. La cefalotina fue el antibiótico más utilizado como profiláctico (47,4%). La estancia hospitalaria postoperatoria fue de 3 a 4 días en el 75,4% y no hubo morbilidad postoperatoria.

En cuanto al peso de los recién nacidos de las adolescentes cesareadas, se encontró que el 85,5% pesaba entre 2 500 g y 3 999 g; el 10,8%, menos de 2500 g, y 4,2%, más de 4 000 g. El 92,1% presentó un Ápgar al primer minuto de 7 a 10.

Tabla 1. Número de parejas sexuales en gestantes adolescentes cesareadas

Número de parejas sexuales	N	%
• 1	150	79,8
• 2	33	17,6
• 3	3	1,6
• 4	2	1,1
Total	188	100,0

Tabla 3. Complicaciones postoperatorias

Complicaciones	N	%
• Ninguna	147	69,7
• Neumonía	2	0,9
• Fiebre	25	11,8
• Infección vía urinaria	14	6,6
• Infección herida operatoria	12	5,7
• Hematoma herida operatoria	1	0,6
• Endometritis	9	4,3
• Cefalea intensa	1	0,5
Total	211	100,0



DISCUSIÓN

En el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima, Perú, en el año 1999 hubo 5002 partos. De ellos, 1029 (20,6%) ocurrió en adolescentes y 212 (20,6%) fueron cesareadas, siendo el mayor porcentaje entre los 17 y 19 años de edad (adolescencia tardía), lo que quiere decir que la maternidad en adolescentes incrementa con la edad.

El embarazo de adolescentes es un problema de salud pública y está directamente asociado a las tasas de mortalidad infantil y materna. El inicio de la vida sexual a temprana edad, el embarazo precoz y la condición de madre adolescente las expone a una serie de riesgos de salud que muchas veces terminan con la muerte de la madre, ya sea antes, durante o después del parto, y expone también al niño(a), que tiene más probabilidades de morir. Además, trunca a la adolescente en sus aspiraciones educacionales y de desarrollo personal.

Se observó que las causas del embarazo en adolescente son el limitado acceso a servicios de salud reproductiva para adolescentes con vida sexual activa, la falta de información sexual apropiada, la mala comunicación entre padres e hijos en materia de sexualidad y reproducción y el escaso desarrollo de los intereses propios de esa edad.

En el caso del Perú, los embarazos a temprana edad forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales. El embarazo de adolescentes tiene también relación con el nivel educativo: a menor nivel educativo, mayor incidencia de embarazos. Las cifras halladas revelan que la educación es el factor de mayor importancia en la determinación del futuro inmediato de las niñas, que, combinado con otros factores –como pobreza, la presentación de la menarquía en edades tempranas, el hecho que el matrimonio se desplaza a edades más tardías–, dan como resultado que la actividad sexual antes del matrimonio esté en ascenso. Por lo tanto, las adolescentes están expuestas a embarazos no deseados, que pueden terminar en abortos provocados. Además de lo antes manifestado, se ha observado que existe un indiscriminado número de estímulos eróticos así como información con contenido sexual proveniente de los medios de comunicación social, sin favorecer la comunicación sexual oportuna y adecuada en el

hogar y en la escuela, así como, la falta de orientación en la conducta sexual entre los valores, normas sociales y peor aún, aunado a la carencia de atención especializada en los servicios de salud. Por lo que la recomendación de educar a las adolescentes a nivel escolar en áreas de sexualidad, salud reproductiva y anticoncepción

En este estudio se utiliza los límites de edad entre los 11 y 19 años de edad señalados por el Comité para los problemas de salud del adolescente de la Organización Mundial de la Salud, en donde se diferencia entre adolescencia temprana (de 11 a 13 años), intermedia (de 14 a 16 años) y tardía (de 17 a 19 años), lo cual ayuda a precisar los problemas relacionados con el embarazo precoz.

De acuerdo a ENDES 92, en el Perú, de 100 mujeres de 15 a 19 años, 11,4% son madres que están embarazadas por primera vez. Los valores extremos van desde 4,4% en Lima hasta 26,7% en Loreto. En los hospitales del estado, uno de cada 5 embarazos registrados ocurre en madres adolescentes; y, también, una de cada cinco madres tiene dos a cuatro embarazos previos.

Los diferentes estudios demuestran que el embarazo en adolescentes aumenta en frecuencia. En el Hospital Cayetano Heredia, entre 1992 y 1994, la frecuencia fue de 15,1%, superior en 50% a las tasas de la década de los 80. Esto coincide con una mayor demanda de atención, al iniciarse el Programa de Salud Escolar y Adolescente, aumentando la cobertura que antes tenía la Clínica de Adolescencia.

El porcentaje de adolescentes tempranas es menor de 2%, con lo que coincide con los datos de otros autores. El perfil de una gestante adolescente es el resultado de la interrelación de múltiples factores de índole diversa, como mencionamos anteriormente. La madurez biológica las coloca en condiciones de dar inicio a experiencias sexuales coitales.

Loli⁽¹⁵⁾, en un estudio realizado en Lima, Cajamarca, Supe, Huaraz con una muestra de 6 mil jóvenes entre 11 y 19 años, encuentra que 40% declara tener vida sexual activa, 53,3% acepta las relaciones sexuales prematrimoniales y sólo 33,4% de quienes tienen vida sexual aceptada y usa métodos anti-conceptivos. El autor refiere que “a medida que se



asciende en el estatus socioeconómico, mayor es la aceptación del empleo de anticonceptivos; así, en el estrato muy bajo es 33,3% y en el alto 58,1%; incluso, en estratos bajos se menciona el aborto como un método anticonceptivo.

Un estudio de investigación en escuelas nocturnas señala que 26% de los jóvenes con experiencias sexuales tuvo su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años de edad y 1% antes de cumplir los 10 años; 22% de las mujeres tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años. Una de cada 5 jóvenes sufrió violencia sexual. El 18% de estas jóvenes señala que sus dudas, problemas o interrogantes los resuelve sola. Este problema de falta de comunicación, cuando hay dudas, también lo encuentra Ferrando, en 16% a 20% de adolescentes, quienes no recurren a persona alguna para resolver sus problemas.

Yinger y col. señalan que las mujeres y los hombres jóvenes, sus hijos y la sociedad pagan un precio por la iniciación precoz de la actividad sexual y maternidad. Las madres adolescentes tienen 7 veces más probabilidades de ser pobres que las madres de mayor edad y su ingreso promedio es la mitad del nivel de pobreza.

Encontramos que, respecto al estado civil, Ferrando y col., en 1986, señalan que 13% de las adolescentes peruanas había contraído algún tipo de unión, dos tercios eran uniones consensuales y un tercio matrimonio legal. La edad promedio al contraer su primera unión fue 16 años, con una diferencia de siete años con sus pares varones en la medida que ellos se casan en promedio a los 23 años. Al realizarse la ENAF, en 1977, 37% de las mujeres casadas de 15 a 19 años lo hizo con hombres por lo menos diez años mayores que ellas. Uno de cada cinco niños de madres adolescentes está creciendo sin padre en casa. El 57% de estos niños tiene una madre que no está legalmente casada con el hombre con quien vive. Ferrando concluye: "Las mujeres que se casan antes de los 20 años de edad tienen más probabilidad que las mujeres que demoran el matrimonio de vivir en la pobreza y de sufrir disolución del matrimonio, especialmente si la primera unión es consensual".

En 27 de los 29 países comprendidos en la Encuesta Mundial de Fecundidad, las mujeres que se ca-

saban a la edad de 22 años o más tenían una media de 0,5 hijos menos que las mujeres que se casaban a los 18 o 19 años (en los países en vías de desarrollo, esta diferencia es de 1,5 hijos).

Para las mujeres que se casan en sus años adolescentes, las uniones informales son menos estables que los matrimonios legales, así, en Colombia, 63% de los primeros matrimonios informales de deshielo en comparación con el 13% de los matrimonios legales. En el Perú, las cifras correspondientes son 53% frente a 7%; en Panamá, 57% frente a 23%. Con mayor probabilidad, lo anterior está vinculado a la adolescencia, ya que no establece relaciones a largo plazo, los encuentros son fugaces y se juega a ser adultos.

Ehrenfeld, en el Hospital Gea Gonzáles de México, informa que la edad e inicio de la primera relación sexual en los adolescentes fue de 16 años, la edad del primer embarazo 16,6 años, el tiempo que pasó entre su primera relación sexual y el inicio de la gestación fue de 5 meses en promedio. La edad de la pareja en la primera relación sexual fue 20,7 años. Respecto al estado civil, comunica que 44% está unido consensualmente, 28% es soltera y 26% casada; en menor porcentaje, es viuda o separada. En el Hospital Cayetano Heredia, en el estudio de los años 1992 a 1994, se encontró que, en las adolescentes tempranas, 58,6% tenía unión no estable y 41,4% estable, mientras que en las adolescentes tardías, la unión estable era 73,4% comparado con 26,4% de unión no estable.

Respecto a la educación, se puede constatar, según ENDES 91-92, que la cifra más alta de madres jóvenes -38,6- corresponde a aquellas que no tienen educación y sólo 2% a quienes tienen educación superior. En México, Ehrenfeld señala que en la mayoría de las jóvenes gestantes de escolaridad baja y recursos económicos escasos, la perspectiva de volver a la educación se torna difícil. Por otro lado, hay gran relación entre escolaridad y el número de hijos. La falta de escolaridad de las madres tiene un impacto indeseable en la calidad de vida de los hijos, ya que las limitaciones maternas inciden en todos los aspectos de la vida del niño.

El grado de analfabetismo encontrado en el Hospital Cayetano Heredia fue 0,9% para adolescentes tempranas y 1,5% para adolescentes tardías, lo que



nos demuestra que aquellas adolescentes que acuden al control prenatal o a un hospital para tener su parto son pacientes conscientes de la necesidad de la atención médica y del riesgo inherente del parto. Porcentajes parecidos han sido encontrados en otros estudios peruanos. Sin embargo, el control prenatal no siempre se da, o se inicia tardíamente. Así, en el Gea Gonzáles empieza a los 5,9 meses y, en Cayetano Heredia, en el primer trimestre es 7,7% para las adolescentes tempranas y 6,4% para las adolescentes tardías, predominando en más de 55% la falta de control prenatal para las primeras y 52,7% para las segundas.

En todos los grupos de estudio se puede apreciar que la mayoría de las pacientes adolescentes que acuden al parto son primigestas, 95,7% y 87,5%. A nivel nacional se ha publicado que 1 de cada 5 adolescentes tiene 2 a 4 embarazos previos.

Cuando se señala la morbilidad materna, se puede apreciar como principales complicaciones la infección de las vías urinarias, la ruptura prematura de membranas, el parto prematuro, la preeclampsia, entre otros. En otros trabajos, se aprecia un incremento en cuanto a la preeclampsia, en especial, de eclampsia, en adolescentes tempranas.

La incidencia de cesáreas en adolescentes es parecido a los grupos de mayor edad. Sin embargo, otros comunican una mayor indicación de cesáreas por desproporción cefalopélvica en adolescentes tempranas (24,1%) que en las tardías (14,3%).

En cuanto a los hijos de madres adolescentes, se puede apreciar que mueren más que los niños de madres de mayor edad. De acuerdo a ENDES 91-92, la mortalidad infantil en hijos de madres de 10 a 19 es de 79 de cada 1000 nacidos vivos; mientras que la misma tasa en el grupo de 20 a 29 años es 58 por cada 1000. Las comunicaciones encontradas a nivel nacional en cuanto a peso bajo en los recién nacidos no son estadísticamente significativas comparadas con el grupo de mayor edad; y la frecuencia de asfixia neonatal también es baja. En algunas se observa un índice alto de prematuridad, 15,9% en las adolescentes tempranas.

De acuerdo a los informes de la Dirección de Estadística e Informática de Salud, 10% de las defunciones registradas por causa obstétrica directa corresponde a población adolescente. Otros auto-

res citan a las gestantes menores de 20 años como grupo de riesgo para muerte materna. Sin embargo, en dichos estudios la tasa de muerte materna en adolescentes es inferior a la del grupo control: 56 y 155 x 100 000 nacidos vivos.

Creemos haber contribuido con nuestro trabajo en el conocimiento de las gestantes adolescentes y, en ellas, la frecuencia de cesáreas, sus causas y sus complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Revista Panamericana de la Salud – 1998
2. Conducta reproductiva y maternidad en la adolescencia en Lima Metropolitana.
3. Zárate L. El parto en mujeres adolescentes Inst Med Sucre 1997; 63(111): 34-9.
4. Rivera R, Betancourt L, Torres R, Fuentes N. Embarazo en adolescentes. Hospital Provincial Zamora (HPZ) Enero –Diciembre de 1996. Med Zamor 1998; 3(2): 24-5.
5. Baldi EJ; Coll A, Giurgiovich A, Valente S, Troughot H, Barrata A. Cesárea abdominal en adolescentes embarazadas menores de 16 ; un estudio descriptivo. Obstetricia y Ginecología Latinoamericana 1998; 56(1): 29-34.
6. de Padilla R, Hidalgo I, Moreira E, Loo R, Cisneros C. Prevalencia de cesáreas en el Hospital Pablo Arturo Suárez de la ciudad de Quito, 1996. Imagen (Quito) 1997; 3(1): 48-51.
7. Rondón CR, Rondón O. Parto instrumental y cesárea en gestantes adolescentes. Revista de la Facultad de Medicina (Caracas) 1998; 21(1): 45-9.
8. Pérez J, Pérez R, Santanelli C, Andrade G, Monroy G, Acuña C, Gianni R. Adolescencia y embarazo. Revista Sociedad Médico –Quirúrgica Hospital de Emergencia Perea de León 1997; 28(1): 101-13.
9. De la Garza C, Celaya J, Hernández C, Palacios G. Primigesta adolescente. Ginecología y Obstetricia (México) 1997; (12): 533-7.
10. Uzcategui O. Embarazo en adolescente precoz. Ginecología y Obstetricia (Venezuela) 1997; 57(1): 19-27.
11. Figueroa VE. Inocencia y factores de riesgo perinatales asociados a morbi-mortalidad y el recién nacido de madre adolescente del hospital Hipólito Unanue (Tacna). UNSA Arequipa 1996; (87).
12. Pelaez J, Sarmiento J, Zambrano A. Cesárea en la adolescente Morbilidad materna y perinatal. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 1996; 22(1): 45-52.
13. Ortega Mo, Alegre AM. El embarazo y el parto en adolescentes menores de 19 años en la maternidad de nacional de Asunción –área urbana . el centro de salud de Luque –área rural. Asunción, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 1992. 55p.
14. Oliveira AC. Adolescencia e gravidez, estudio de adolescentes atendidas en servicios de salud de la ciudad de Sao Carlos. D' oro 1992: 187p.
15. Loli A. Estudio clínico de las cesáreas en adolescentes. Diagnóstico (Perú) 1990; 25(5/6): 86-91.
16. Tang L. Embarazo en adolescentes. UPCH, Facultad de Medicina Alberto Hurtado 1991, 66p.tab. (PE-4100-4100*).
17. Giraldo GE, Osorio LE, Gonzales R. Características de las gestantes adolescentes. Instituto Materno Infantil de Bogotá. 1995. Colombia. Universidad Nacional Facultad de Ingeniería 1985: 136 p.
18. Uzcategui O, Vidal J, Villalobos A, Arechavaleta H, Arias G, Miranda M, Greco C. Cesáreas en adolescentes 1976-1984. Rev Obstetricia y Ginecología. Venezuela 1987; 47(2): 79-81.
19. Mazzaoui S. Embarazo y parto en adolescentes. Riesgo obstétrico y complicaciones. Rev Facultad de Medicina (Maracaibo) 1986; 18(1/4): 41-78.



20. Ariño M. Embarazo de la adolescencia. *Acta Médica Costarricense* 1985; 28(2): 103-6.
21. Warman R, Coli A, Giorgio E, Méndez JM. Evaluación de embarazo y parto en adolescentes de edad temprana ginecológica. *Obstetricia y Ginecológica Latinoamericana* 1093; 41(11/12): 499-505.
22. Arechavaleta H, Miranda M, Arias G, Villalobos A. Embarazo de adolescentes. *Rev Obstetricia y Ginecología Venezuela* 1982; 45(2): 89-91.
23. Manual del II Curso Nacional de Adolescencia y Salud Reproductiva.
24. Manual del Curso Nacional de Adolescencia y Salud Reproductiva. Lima; 1997.
25. Adolescencia y Salud Reproductiva. Lima; mayo 2000.
26. Conducta reproductiva y maternidad en la adolescencia en Lima Metropolitana. Abril 1996.
27. Tay F, Puell L, Neyra K, Seminario A. Embarazo en adolescente. *Rev Ginecología y Obstetricia* 1999; 45-Nº 3.
28. Peláez J, Sarmiento JA, de la Osa R, Zambrano A. Cesárea en la adolescencia. Morbilidad materna y perinatal. *Rev Cubana de Obstetricia y Ginecológica*. 1996; 22(1).
29. Schwarcz. *Obstetricia*. Quinta Edición.
30. Távora L. La edad como factor de riesgo en primerizas, 1984.
31. Rechkemmer A, Complicaciones obstétricas y peri natales en el Hospital Santa Rosa. 1996.
32. Horna I. Gestantes adolescentes y complicaciones obstétricas y peri natales en el Hospital Santa Rosa. 1996.
33. Rios R. Gestación en mujeres menores de 16 años. 1991.
34. Montenegro S. Características del embarazo en mujeres con edad igual o menor de 15 años. 1991.
35. Mascaró P. Educación sexual y anticoncepción en adolescentes, 1986.
36. Tang L. Embarazo en el adolescente, 1991.
37. Salvador J; Maradiegue E. Embarazo en adolescentes, experiencia en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. 1992-1994.
38. Contreras. Gestación y primíparas adolescentes. 1991
39. Barrantes M. Estudio de las primigestas primíparas adolescentes. 1991.
40. Gonzales G. La adolescencia en el Perú. 1994.
41. Grupo de iniciativa nacional por los derechos del niño (niñas y adolescentes madres), 1995.
42. Aliaga M. Características sociales en adolescentes embarazadas del instituto materno perinatal. 1996.
43. Ticona M, Huampo D. Riesgo en el recién nacido de madre adolescente en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. *Diagnóstico* 2000; 3.
44. Chaves I. Embarazo en adolescentes en el Hospital Regional Cayetano Heredia de Piura, tesis para optar el grado de maestro en medicina. Universidad Nacional Cayetano Heredia. Lima 1989.
45. Instituto Nacional de Estadística e informática. Encuesta demográfica y de salud familiar 1991/1992. Perú. Asociación Benéfica Prisma. DHS Macro internacional Inc. Lima, 1992.
46. Instituto Nacional de Estadística e Informática. La salud de la niñez, adolescencia y mujer en el Perú, 1994.
47. Munitz ST. El embarazo en adolescentes: enfoque clínico epidemiológico. *Salud reproductiva en la Américas*. Organización Panamericana de la salud; 1992; 96-124.
48. Organización Panamericana de la Salud. La salud de los adolescentes y los jóvenes en las Américas. Escribiendo el futuro, comunicación para la salud No.6. Washington D.C E.U.A, 1995.
49. Silver T. En embarazo en la adolescencia. La salud del adolescente y el joven. Organización Panamericana de la salud. Publicación Científica No: 532 Washington D.C EAU. 1995.
50. The Phatfinder Fund & Population Council. La actividad sexual y la maternidad entre madres adolescentes en América Latina y El Caribe. Riesgos y consecuencias. 1990.
51. Austin K. La adolescente embarazada. XII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, 1996.
52. Organización Panamericana de la salud. Manual para la atención de la madre y el niño serie Paltex.
53. Maternidad y Paternidad adolescente. Responsabilidad compartida.
54. Estado de la niñez, la adolescencia y la mujer en el Perú. 1997.
55. RN de madre adolescente, estudio ecológico, psicológico, biológico del RN y de la madre Lima-Perú. 1978.
56. Fecundidad de la adolescentes a nivel nacional.
57. Cuzco C. Consejo Nacional de Población. Consecuencias biopsicosociales del embarazo en adolescentes. 1987.
58. INEI, UNEPA, MINSA, La fecundidad adolescente en el Perú. Diciembre 1995.
59. Federación internacional de planificación de la familia, Región del Hemisferio Occidental, Inc. Embarazo de la adolescente en América Latina y El Caribe.
60. Ferrer J. Embarazo en la adolescencia y en la mujer añosa. Hospital Central de Asturias (Oviedo).
61. Vásquez A, Guerra C, de la Cruz F. Morbilidad y mortalidad perinatal en el embarazo precoz. Hospital General Provincial Docente. Carlos Manuel de Céspedes Bayano Granna.
62. Mercado. El parto en la adolescente. Estudio de tres grupos: adolescencia temprana, tardía y grupo Rev Ginecología y Obstetricia 1998; 44(2).
63. Pacheco J. *Ginecología y Obstetricia*. Primera Edición. Lima: MAD Corp SA, 1999.
64. Williams *Obstetricia*. IV edición.
65. Manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y ginecología. Grupo Nacional de Ginecología y Obstetricia. Ministerio de Salud Pública. La Habana, Cuba.
66. Benson. Diagnóstico y tratamiento Gineco-obstétricos.
67. Pshyrembel. *Obstetricia Practica*.
68. Ludmir A. *Ginecología y Obstetricia*. Primera Edición.
69. Arias. Guía practica para el embarazo y parto de alto riesgo.
70. Ryan GM, Schenneide JM. Complicaciones obstétricas en adolescentes. *Clinica de Obstetricia* 1978; 4: 1244.
71. Renwick MY. Cesarean section rates. Australia. 1986. Variation at a small area level. *Aust N Z Obs Gyn* 1991; 18 (2): 103-7.
72. Ariño E. Embarazo en la adolescencia. *Acta Médica de Costa Rica* 1984; 28 (2): 6-13.
73. Bachman C. Adolescencia: Riesgo reproductivo. Omega S.A. CONCYTEC. Lima, 1989.
74. Ministerio de Salud. Guía Normativa para la atención integral en gestantes adolescentes en los establecimientos de salud. Lima, 1992.
75. Ministerio de Salud. Manual de salud reproductiva. métodos y procedimientos. Lima - Perú, 1992.
76. Pérez S. Adolescencia y embarazo. Segunda Edición, 1992. Reimpreso agosto, 1994. Santiago de Chile: Publicaciones Técnicas Mediterraneo.