

CONSIDERACIONES BIOLÓGICAS EN LA GESTANTE ADOLESCENTE (*)

*Dres.: José Rubén López Canales (+), Gaspar Vallecillo h. (**), Tito Livio Fúnez (**)
Benjamín Fortín (***)J, Arturo Bendaña (****), Armando Paz Paredes (****) César
Abud (*****), Mima de Martínez (*****), Lie Eloísa Leitzelar de López (*****)*

INTRODUCCIÓN

Las edades extremas de la vida reproductiva, han sido reconocidas como las que aportan un mayor riesgo de morbí-mortalidad materna y perinatal (8, 10, 13, 17). Tal aseveración es la resultante no sólo de un factor cronológico, sino que de otros aspectos que actúan en complicidad y que convierten el problema en una red indivisible desde el punto de vista práctico, pero que con la óptica academicista, intentamos separarlos. Por eso, cuando enfocamos problemas biológicos en la embarazada adolescente, no podemos desconocer que los mismos están íntimamente relacionados con factores sociales, culturales, económicos, etc.

La mayor parte de los países desarrollados y del llamado tercer mundo, muestran una clara tendencia al aumento en la frecuencia de la embarazada adolescente (1, 6), situación que sumada a los problemas bio-sociales que genera, ha merecido que se le aborde como una problemática de salud especial, en donde no sólo se trata al binomio madre-hijo, sino también que su núcleo familiar, escolar, e incluso la comunidad misma en donde se desenvuelve una gestante embarazada, todo ello con el interés particular de minimizar el riesgo que impli-

ca la concepción en una edad biológica y reproductiva temprana.

La presente investigación ha sido realizada en 5 instituciones hospitalarias del País, en las que el enfoque básico ha sido orientado a problemas biológicos de la gestante adolescente. No tiene la pretensión de hacer un diagnóstico de lo que está sucediendo en todo el territorio nacional. Simplemente representa una muestra con la que podemos sacar conclusiones de lo que estamos haciendo por la embarazada adolescente, en algunas de las instituciones de salud más importantes del país.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo representa un estudio retrospectivo y colaborativo, llevado a cabo en embarazadas menores de 18 años, y con edades gestacionales iguales o mayores de 20 semanas, durante el período comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 1984. Hubo 5 instituciones hospitalarias que participaron en el trabajo, ubicadas en diferentes áreas geográficas del país. En el Distrito Central colaboraron el Hospital Escuela y el Hospital Central del I.H.S.S.; en San Pedro Sula: Hospital Leonardo Martínez y Hospital Regional del I.H.S.S.; en La Ceiba: Hospital Atlántida.

La información de cada expediente clínico seleccionado de acuerdo a los criterios arriba mencionados, era vertida en una ficha para uso computarizado que fue elaborado por todas las personas que participaron en la investigación y que fue ajustada de acuerdo a los objetivos específicos que se

(*) Trabajo colaborativo nacional con participación de los siguientes hospitales: Hospital Escuela (**), Hospital Central del IHSS (***), Hospital Leonardo Martínez (****), Hospital Regional de San Pedro Sula, IHSS (*****), y Hospital Atlántida (*****). Coordinador General (+)

persegui'an. Finalmente, todas las fichas de cada institución, fueron procesadas en el Centro de Cómputo del Instituto Hondureño del Seguro Social, obteniéndose la información parcial o global de acuerdo a un protocolo confeccionado antes de iniciar la investigación.

Lo extenso de esta investigación nos ha obligado a dividir su presentación en tres capítulos, dos de los cuales serán motivo de publicación posterior.

RESULTADOS

Durante el lapso de un año se encontró que la cantidad total de partos atendidos en las 5 unidades fue de 32.681, de los que correspondieron a embarazadas adolescentes la cantidad de 1,146. De ellas el mayor número (696) correspondió a gestantes de 17 años, atribuyéndosele a esta edad, mas de la mitad de los casos. Enseguida se observó, una creciente disminución de su frecuencia en la medida que descendíamos en edad (ver cuadro No. 1). Hubo tres embarazadas con 13 años cumplidos.

En el cuadro No. 2 puede apreciarse la frecuencia por edades en cada uno de los hospitales. Notarios que en todos ellos, el mayor número de casos correspondió a las gestantes de 17 años, advirtiéndose la misma tendencia decreciente anotada arriba. Los tres embarazos de muchachas de 13 años, fueron registrados en dos hospitales del Estado (Hospital Escuela y Hospital Atlántida).

CUADRO 1. EMBARAZADA ADOLESCENTE: EDAD MATERNA TODAS LAS UNIDADES, 1984

EDAD (AÑOS)	NUMERO	PORCENTAJE
13	3	0.3
14	28	2.4
15	110	9.6
16	309	27.0
17	696	60.7
TOTAL	1,146	100.0

Nótese que el mayor número de casos corresponde a gestantes de 17 años de edad, observándose una tendencia decreciente hasta llegara los 13 años.

Del total de partos atendidos durante 1984, 13,204 correspondieron al Hospital Escuela, 8,401 al Leonardo Martínez, 2,687 al Atlántida, 5,323 al Hospital Central del IHSS y 3,066 al Hospital Regional del IHSS en San Pedro Sula. En el cuadro No. 3 puede observarse la relación entre el número de partos globales y el que corresponde a las embarazadas adolescentes por unidad. Obsérvese que el Hospital Leonardo Martínez fue el que mostró una mayor proporción de gestantes adolescentes en relación al total de partos (por cada 24 partos, uno correspondió a gestantes de menos de 18 años). Una proporción asimismo elevada fue observada en el Hospital Escuela y en el Hospital Atlántida

CUADRO 2. EMBARAZADA ADOLESCENTE: EDAD MATERNA EN CADA UNIDAD, 1984

EDAD (AÑOS)	HOSPITAL ESCUELA	HOSPITAL LEONARDO MARTINEZ	HOSPITAL ATLANTIDA	I.H.S.S. TEGUCIGALPA	I.H.S.S. S.P.S.	TOTAL
13	2		1			3
14	20	4	4			28
15	48	50	4	4	4	110
16	128	131	28	10	12	309
17	352	233	37	44	30	696
TOTAL	550	418	74	58	46	1146

Obsérvese que únicamente en los Hospitales del Estado se presentaron embarazadas de 13 años.

CUADRO 3. RELACION ENTRE EL NUMERO DE PARTOS DE CADA UNIDAD Y LOS DE EMBARAZADAS ADOLESCENTES, 1984

HOSPITAL	NUMERO TOTAL DE PARTOS	PARTOS EMBARAZADAS ADOLESCENTES	o/o	PROPORCION
ESCUELA	13.204	550	4.2	24:1
L. MARTINEZ	8.401	418	4.9	20:1
ATLANTIDA	2.687	74	2.7	36:1
I.H.S.S. TEGUCIGALPA	5.323	58	1.0	92:1
I.H.S.S. SAN PEDRO SULA	3.066	46	1.5	67:1
GLOBAL	32.681	1.146	3.5	29:1

Obsérvese la mayor proporción de adolescentes embarazadas en los hospitales del Estado en relación a las unidades del Seguro Social.

(24:1 y 36:1 respectivamente). Las instituciones del Seguro Social, fueron las que exhibieron una proporción menor (ver cuadro No. 3).

En relación a la edad gestacional al momento del nacimiento, el mayor número de casos correspondió a la comprendida entre la 37 y 41 semanas (957 embarazadas), atribuyéndosele a este intervalo el 83.5o/o. Ciento cuatro casos (9o/o) tuvieron su parto antes de las 37 semanas (partos de productos inmaduros y prematuros) y el 7.4o/o fueron de post término (mayores o iguales de 42 semanas) como puede apreciarse en el cuadro No. 4.

CUADRO 4. EMBARAZADA ADOLESCENTE: EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL NACIMIENTO, TODAS LAS UNIDADES, 1984

EDAD GESTACIONAL	NUMERO	PORCENTAJE
20 - 27	11	0.95
28 - 36	93	8.12
37 - 41	957	83.51
≥ 42	85	7.42
TOTAL	1.146	100.00

Ciento cuatro casos tuvieron su parto antes de las 37 semanas (partos de productos inmaduros y prematuros). El porcentaje de partos de post-término es comparable con el de la población general.

En el cuadro No. 5 se presenta el cruce entre la edad materna y la edad gestacional. Aún cuando en las edades de 13 y 14 años el número de casos es escaso, notamos cierta tendencia al aumento en la proporción de partos de productos prematuros en la medida que disminuye la edad materna. No apreciamos ninguna tendencia especial con el embarazo de post término (cuadro No. 5).

CUADRO 5. ADOLESCENTE EMBARAZADA: RELACION ENTRE LA EDAD MATERNA Y LA EDAD GESTACIONAL, TODAS LAS UNIDADES, 1984

EDAD MATERNA (AÑOS)	EDAD GESTACIONAL (SEMANAS)								TOTAL
	20 - 27		28 - 36		37 - 41		≥ 42		
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	
13	0	0	1	33.3	1	33.3	1	33.3	3
14	1	3.5	3	10.7	24	85.7	0	0	28
15	0	0	11	10.0	93	84.5	6	5.5	110
16	2	0.6	28	9.3	262	84.7	17	6.5	309
17	8	1.1	50	7.2	577	82.9	61	8.8	696
TOTAL	11	0.9	92	8.0	957	83.5	86	7.5	1,146

Obsérvese cierta tendencia al aumento en la proporción de partos de productos prematuros en la medida que disminuye la edad materna.

El 78.8o/o de las gestantes no tenían el antecedente de gestaciones anteriores y a pesar de la corta edad, hubo un 20.6o/o de casos en donde existía la historia de dos o tres embarazos incluyendo el actual. Finalmente, hubo dos casos con antecedentes de 4 ó 5 embarazos (Cuadro No. 6).

**CUADRO 6. EMBARAZADA ADOLESCENTE:
GESTA TODAS LAS UNIDADES, 1984**

GESTA	NUMERO	PORCENTAJE
1	903	78,8
2 y 3	236	20,6
4 y 5	2	0,2
NO CONSIGNADO	5	0,4
TOTAL	1146	100,0

Obsérvese que a pesar de la poca edad cronológica, 236 pacientes tenían el antecedente de 2 ó 3 embarazos previos (incluyendo el actual).

Trece casos habían tenido 2 ó 3 partos previos. La mayoría (96,8o/o), contaban con la historia de uno o ningún parto. (Cuadro No. 7).

**CUADRO 7. EMBARAZADA ADOLESCENTE:
PARTOS PREVIOS TODAS LAS UNIDADES, 1984**

PARA	NUMERO	PORCENTAJE
0 - 1	1110	96,8
2 - 3	13	1,2
NO CONSIGNADO	23	2,0
TOTAL	1146	100,0

Nótese que a pesar de la corta edad, hubo 13 gestantas que tenían el antecedente de 2 ó 3 partos previos.

Novecientas siete embarazadas tuvieron partos eutócicos (79,1o/o); en cambio, 61 (5,5o/o) finalizaron su gestación con partos distócicos. En el 14,0o/o de los casos, la gestación fue interrumpida por cesárea como puede observarse en el cuadro No. 8. De los 61 casos de partos distócicos, casi la mitad correspondió a aplicaciones de fórceps; el resto fueron pélvicos, gemelares y uso de extractores de vacío en la cantidad y proporción que puede observarse en el cuadro No. 9.

De los 160 casos en donde el embarazo fue interrumpido por cesáreas, en un tercio la causa de la misma fue la Desproporción Céfalopélvica (D.C.P.) siguiéndole en frecuencia el sufrimiento fetal agudo

(16 casos, 10,0o/o) y la distocia de partes blandas (5o/o), como puede comprobarse en el cuadro No. 10.

**CUADRO 8. EMBARAZADA ADOLESCENTE:
TERMINACION DEL EMBARAZO,
TODAS LAS UNIDADES, 1984**

VIA DE TERMINACION	NUMERO	PORCENTAJE
PARTOS EUTOCICOS	907	79,1
PARTOS DISTOCICOS	61	5,3
CESAREAS	160	14,0
NO CONSIGNADO	18	1,6
TOTAL	1146	100,0

Afortunadamente, casi el 80o/o de los casos terminaron en partos eutócicos, reservándose el 14o/o para pacientes que hubo necesidad de practicarle cesárea.

**CUADRO 9. EMBARAZADA ADOLESCENTE:
PARTOS DISTOCICOS TODAS LAS UNIDADES, 1984**

TIPO DE PARTO	NUMERO	PORCENTAJE
APLICACION DE FORCEPS	30	49,2
PELVICO	9	14,8
GEMELARES	8	13,1
EXTRACTOR DE VACIO	2	3,3
OTROS	12	19,6
TOTAL	61	100,0

Casi la mitad de los partos distócicos correspondieron a aplicación de fórceps.

**CUADRO 10. EMBARAZADA ADOLESCENTE:
CAUSAS DE CESAREA, 1984**

CAUSA DE CESAREA	NUMERO	PORCENTAJE
D. C. P.	54	33,7
SUFRIENTO FETAL AGUDO	16	10,0
DISTOCIA DE PARTES BLANDAS	8	5,0
PROLAPSO DE CORDON	1	0,6
OTRAS CAUSAS	43	26,9
NO CONSIGNADA	38	23,8
TOTAL	160	100,0

A 1/3 de las embarazadas se les practicó cesárea por desproporción céfalopélvica.

CUADRO 11. EMBARAZO ADOLESCENTE: FRECUENCIA DE CESAREA EN LAS DIFERENTES UNIDADES, 1984

UNIDAD	FRECUENCIA GLOBAL	FRECUENCIA ADOLESCENTE
I.H.S.S. - S.P.S.	11.9	23.2
HOSP. ESCUELA	11.0	21.0
HOSP. ATLANTIDA	10.8	11.8
LEONARDO MARTINEZ	6.7	6.0
IHSS - TEGUCIGALPA	13.9	5.3

Nótese el amplio rango de la frecuencia de cesárea en las 5 instituciones hospitalarias, exhibiendo el hospital Regional de San Pedro Sula del I.H.S.S. el máximo porcentaje.

En el cuadro No. 11 puede analizarse la frecuencia de cesárea en la población general de embarazadas de cada hospital y su comparación con la misma frecuencia en la embarazada adolescente. Obsérvese que en tres de las unidades (Hospital Escuela, Hospital Regional del IHSS en San Pedro Sula y en el Hospital Atlántida), la frecuencia de tal intervención es mayor en la gestante adolescente. Un comportamiento inverso tuvieron los otros dos centros (Hospital Leonardo Martínez y Hospital Regional del IHSS).

Finalmente en la población de embarazadas adolescentes del Hospital Escuela, se hizo un estudio dirigido a investigar la frecuencia con que las embarazadas adolescentes acuden a control prenatal. Se encontró que casi la mitad de los casos no asistieron a consulta médica en ningún momento de su gestación llegando al hospital sólo para la atención obstétrica de su parto (cuadro 12).

CUADRO 12. EMBARAZADA ADOLESCENTE: CONTROL PRENATAL HOSPITAL ESCUELA, TEGUCIGALPA, D.C. 1984

	NUMERO	PORCENTAJE
SI	254	46.2
NO	268	48.7
NO CONSIGNADO	28	5.1
TOTAL	550	100.0

Obsérvese que casi la mitad de los casos no tuvieron ningún control prenatal durante la gestación.

DISCUSIÓN

La frecuencia de la embarazada adolescente por edad y global del presente estudio, no representa la verdadera proporción en relación al total de gestantes, puesto que, deliberadamente hemos excluido las gestaciones menores de 20 semanas, con la intención de estudiar el impacto del problema que nos ocupa, sobre la morbilidad perinatal. No es extraño pues, que el bajo porcentaje encontrado en esta investigación (3.50/o), sea menor que el informado en otros trabajos (1, 3, 18). Paradójicamente, tal porcentaje está incluido en un rango amplio de frecuencia (1.6 a 14.1) que han reportado otros investigadores. (5).

Al analizar la frecuencia y proporción de embarazadas adolescentes en cada uno de los hospitales, advertimos que en los del Estado (Hospital Escuela, Leonardo Martínez y Atlántida), aquellas resultaron mayores. Esto tiene una explicación lógica puesto que, estas instituciones brindan atención médica a una "población abierta"; no así con las del Seguro Social, en donde únicamente gozan de la atención obstétrica, las madres que trabajan y cotizan para aquél o las esposas o compañeras de hogar de los asegurados. En el primer caso deberán reunirse ciertos requisitos legales de edad para trabajar, lo que es un obstáculo para que muchachas muy jóvenes puedan ser incluidas en el sistema. Por otra parte, no podemos ignorar que las poblaciones de ambos grupos de instituciones, tienen características socio-culturales, económicas e incluso geográficas diferentes, lo que a no dudar influye sobre la frecuencia y proporción señaladas. Lo anterior explica el porqué las tres embarazadas de 13 años,

correspondieron precisamente a hospitales del Estado.

La frecuencia de partos de pretérmino (9.7o/o) en la gestante adolescente de este estudio, es igual a la encontrada en la población general de otros trabajos (12, 15, 16), de modo que no podríamos aseverar que la gestante adolescente de la población estudiada, tenga mayor tendencia a presentar partos de productos inmaduros o prematuros. Asimismo la frecuencia de partos de post-término de esta investigación está incluido dentro del rango encontrado en la población general de embarazadas informado en otros trabajos (4, 7, 9, 14, 19 y 20).

El escaso número de casos correspondientes a las edades de 13 y 14 años, no nos permite sacar conclusiones sobre la influencia de la edad misma sobre la frecuencia de partos de pre-término. Sin embargo, pese a esta limitación observamos cierta tendencia a que en aquellas edades (13 y 14 años), exista una mayor frecuencia de partos comprendidos entre las 20 a 27 y 28 a 36 semanas. Esta aseveración deberá ser confirmada con un mayor número de casos en estas edades maternas.

Resulta preocupante observar un número grande de gestantes que iniciando su vida reproductiva, tienen antecedentes de embarazos y partos anteriores, lo que nos obliga a asumir responsabilidades concernientes a medidas urgentes de tipo contraceptivo, educación sexual, elevación de los valores morales individuales y familiares, analizando cada caso en particular, para no producir monstruosidades como las que se cometieron en tres de nuestras gestantes adolescentes, a las que se les practicó su tercera cesárea y en la que simultáneamente se les realizó la esterilización quirúrgica, negándoles la posibilidad de controlar su fertilidad futura con métodos temporales. Esto representa a nuestro juicio, una generalización muy peligrosa y quizás la poca importancia que le damos a la vida reproductiva de una mujer joven y probablemente nuestra incapacidad para abordar estos problemas en forma individual.

La frecuencia global de cesáreas en nuestro estudio (14.0o/o), representa una cifra aceptable considerando que se trata de una población de alto riesgo y ha sido similar a la encontrada en otras investigaciones latinoamericanas (3). Al analizar el amplio rango en el que caen todas las instituciones de nuestro trabajo (5.3 a 23.2o/o), resulta difícil atribuirle a algún factor específico determinada frecuencia. El ejemplo concreto es con aquellos

hospitales que participan en la enseñanza de post grado, en donde teóricamente estaríamos obligados a pensar que tal frecuencia se incrementaría; no obstante, de aquellas, el Hospital Escuela ocupó el segundo lugar y paradójicamente, el Hospital Central del Instituto Hondureño del Seguro Social, el último,

Es de esperarse que la desproporción céfalo pélvica haya sido la causa más frecuente de cesárea, porque ello es congruente con la inmadurez del desarrollo óseo de la pelvis en las muchachas de temprana edad reproductiva. Una frecuencia parecida fue encontrada por Canillas (3).

No nos extraña el drama que vive el Hospital Escuela (que probablemente sea similar al resto de hospitales del Estado), en donde casi la mitad de las madres adolescentes (46.2o/o), no tuvieron en ningún momento control prenatal. El mismo panorama lo hemos observado en la población general de gestantes que acuden a aquel hospital, lo que indica la urgente necesidad de buscar mecanismos para que nuestras madres acudan a las instituciones de salud, con lo que podríamos adelantarnos a complicaciones materno fetales que pueden ser prevenidas o controladas y que serán motivo de análisis en una publicación posterior.

Los problemas de salud de nuestro país son muchos y muy complejos. El de la adolescente embarazada es uno de tantos que merece la atención de los Médicos, particularmente los Gineco Obstetras, del Estado y de las instituciones descentralizadas y organismos filantrópicos de las comunidades hondureñas. No es posible que continuemos como espectadores o como Médicos que nos concretamos a cumplir una actividad profesional en las 4 paredes de un consultorio. Es necesario salir de esos muros y tener más proyecciones a nuestras comunidades. Quizás con medidas tan sencillas como educación sexual a las escolares y comprometiendo a otro tipo de profesionales e instituciones, podemos hacer algo o evitar el drama de un embarazo en una mujer que habitualmente es portadora de una inmadurez física y emocional (2).

Desde luego que el abordaje integral del problema que nos ocupa es más complejo. Requerirá mejorar las condiciones socio-culturales, médicas y económicas de la población, solucionar el estado de

hacinamiento y promiscuidad, usar medidas contraceptivas bajo indicaciones precisas previa individualización de cada caso en particular, tomando en cuenta la opinión de los padres (21) y las poblaciones de "Alto Riesgo" (11). Es de igual o mayor importancia, mejorar los valores morales de la adolescente y su medio familiar. Los maestros y los padres de familia serían los primeros en abordarse, ya que sobre ellos descansa la responsabilidad primaria de una adecuada y oportuna educación sexual de la muchacha que salta el muro de la fantasía que representa la niñez, para comenzar a pizar el terreno minado de la vida reproductiva.

Los autores quieren patentizar por este medio, su agradecimiento al Jefe de la Sección de Cómputo del Instituto Hondureño del Seguro Social, Lie. Renán Pinto y todo su grupo de colaboradores, por la gran ayuda que nos brindaron en el asesoramiento y procesamiento de datos.

RESUMEN

Se presenta una investigación retrospectiva realizada en una población de embarazadas de menos de 18 años y con edades gestacionales de 20 ó más semanas. Cinco instituciones participaron en ella: tres correspondieron a hospitales del Estado y dos al Instituto Hondureño del Seguro Social. Un mil ciento cuarenta y seis gestantes reunieron los requisitos arriba mencionados en un lapso de un año, que fueron extraídas de una población global de 32.681 partos ocurridos en todas las instituciones participantes. Se analizó la frecuencia global y particular de embarazo en la adolescente, partos y gestaciones previas, formas de terminación del embarazo, particularmente con la interrupción quirúrgica, edad gestacional y control prenatal que se les brindó a esta población de embarazadas.

La presente publicación, es una parte de una extensa investigación realizada en la embarazada adolescente, cuyo complemento será motivo de dos publicaciones posteriores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adolescent Fertility, Risks and Consequences, Population, Reporte, Serie J. Número 10, Julio 1976. (J-157 -175).
2. Braiman A. Trastornos Sicosexuales en la adulta joven. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norte América, 13:734,1970.
3. Canillas, V. El Embarazo en la Adolescente. Memorias del XIII Congreso Ecuatoriano de Ginecología y Obstetricia, Pag. 257-271,1980.
4. Clifford, S.H. Postmaturity with placental disfunction. Clinical Síndrome and Phatologic Findings. The Journal of Pediatrics, 44: 1,1954.
5. Darable, K., Philtiber, S. G. and Rosenfield, A. A perspective in adolescent Fertility in developing countries Forum, Estudios in Family Planning, 300 303: 10,1979.
6. Dry Foos, J. G. A new strategy for preventing an intended teenage childbearing. Family Planning Perspectives, 16: 193,1984.
7. Freeman, R.K. Garite, T.J., Mondalov, H., Dorchester W., Rommal, C. and Devaney B. Post date pregnancy: Utilization of contraction stress testing for fetal surveillance obstet Gynec. 140: 128,1981.
8. Frisancho, A.R. Matos, J., Flegel, P. Maternal Nutritional and adolescent pregnancy outcome. The American Journal of Clinical Nutrition, 38:739, 1983.
9. Hauth, J.C., Goodman M.T., Gilstrap, L.C. and Gilstrap J.E. Post Term Pregnancy. Obstet Gynecol., 56:467,1980.
10. Klerman, L.V., Adolescent Pregnancy: a new look at a continuing problem. Am. J. of Public Health 70:776,1980.
11. Lamers, W.M. Problemas que presentan las adolescentes a Obstetras y Ginecólogos. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norte América, 13:727, 1970.

12. López Canales, J.R., Valle cilio G., Zambrana, M.A., Vargas Pineda, S., Duron Bustamante, C y García R. "Nuevo Enfoque en el Manejo del Parto Prematuro". Rev. Soc. Obstet. y Ginec. FCASOG 1:6, 1982.
13. Mcintosh, N. Baby of School girl. The Journal of brithish Paediatric Association 59: 915,1984.
14. Rawlings, E.E. and Moore, B.A. The Accuracy of Methods of calculiating the expected date of delivery for use in the diagnosin of post naturily. Amer. J. Obstet. Gynec. 106: 676,1970.
15. Schwarcz, R., Capurro, H., Bejar, R. y Vinacur, J. "Detención del Parto Prematuro. Programa de Normatización Diagnóstica y Terapéutica para Mater nidades de América Latina. Publicación Científica No. 686, Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, Montevideo, Uruguay. Julio 1976.
16. Terris, M., Gold, E.M. An Epidemiologic Study of Prematurity. Am. J. Obstet Gynec. 103: 371, 1969.
17. Ventura, S.J., Henders Hot, G.E. Infant Health Consecuencias of Childbearing by Teenagers and older mothers. Public Health Reports. Official Jour nal of U.S. Public Health service, 99: 138,1984.
18. Vernon, M.E.L., Green J.A. and Frothingham, T.E. Teenage Pregnancy: a prospetive study of self esteem and other socio demographic factors. Pediatrics. 632: 72, 1983.
19. Voergerr, H. Placental Insuficiency in relation to postterm pregnancy and fetal post naturity. Amer. J. Obstet. Gynec. 123:67, 1975.
20. Weingold, A.B. the management of prolonged preg nancy. Year book obstetries Gynecoiogy, 1982, P.P. 69-83.
21. Winn H. Anticoncepcionales, Clínica Obstétrica y Ginecológicas de Norte América, 13: 701,1970.