

Aspectos perinatales de las adolescentes

EN LA CLINICA DE MATERNIDAD "RAFAEL CALVO C"⁽¹⁾

Dres.: Jaime A. Barrios Amaya** Alvaro Ramos Olier**
Javier Arévalo Miranda*** Fernando Brown Morales***
Alvaro Castro Castillo*** Raúl Herrera Chico***
Oscar Fontalvo Malo*** Marcial Garzón Guzmán***

INTRODUCCION

La adolescencia es el período de transición entre la infancia y la edad adulta. Se caracteriza porque el individuo presenta un período de crecimiento físico rápido, busca liberarse de su familia, empieza a aceptar las responsabilidades propias y empieza a apartarse de las influencias de la casa; se interesa por su imagen corporal, aparecen nuevos impulsos sobre todo en el área sexual, y aparecen muchas inquietudes que intranquilizan a los jóvenes en esta edad (6).

Desde el punto de vista obstétrico, se consideran los problemas de las adolescentes como graves.

* Jefe, Departamento de Obstetricia y Ginecología. Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena.

** Profesor Titular, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Cartagena.

*** Estudiantes de 5o. año, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena.

(1). Este trabajo fue realizado en la Clínica de Maternidad "Rafael Calvo C", de la Universidad de Cartagena.
Presentado en el XV Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología, Bucaramanga, diciembre de 1983.

Ciertos estudios mencionan que algunas complicaciones importantes durante el embarazo, como Toxemia, Anemia, Premadurez, Parto prolongado, y Complicaciones postparto, aumentan en esta etapa de la vida. Otros estudios más recientes demuestran que cuando se proporciona una amplia atención obstétrica disminuyen las complicaciones en este campo (7).

En América Latina y en Colombia, particularmente, los estudios hechos sobre la Adolescencia son fragmentarios e incompletos, por ésto se hace necesaria una revisión y un estudio más a fondo de este problema en nuestro medio, el cual se puede hacer complementario y comparativo con otros trabajos investigativos sobre: Hemorragias de la 2a. mitad del embarazo, Recién nacidos de bajo peso, y Enfermedades hipertensivas durante la gestación.

Se considera que para una mayor atención obstétrica en la adolescente, es necesario un trabajo de equipo con la participación de padres, médico, enfermera, sicólogo, y trabajadora social. Además se deben iniciar campañas tendientes a impartir una adecuada educación sexual a temprana edad en nuestra población (1, 2, 3, 5).

Las dos preocupaciones médicas que surgen por la conducta de los adolescentes son con mayor frecuencia el embarazo y las enfermedades venéreas.

En un estudio de mujeres de 15 a 19 años de edad, 9.3% informaron de embarazo premarital. Más del 50% de estas mujeres llevan el embarazo a término, pero las cifras de quienes buscan aborto ha ido en aumento (7, 9).

¿Cómo solucionar estos problemas?

Las posibilidades para actuar como consejero sexual son muy limitadas. Los adolescentes son reuentes a hablar de su vida sexual dentro de una relación convencional médico-paciente, pues considera al facultativo una prolongación de sus progenitores. Con empeño puede llegarse a muchos adolescentes y conocer sus preocupaciones, pero es menester conocer a fondo y precisar cuáles son estas preocupaciones a las que se enfrentan los adolescentes (3, 8).

Embarazo y Aborto de la Adolescente. Factores Etiológicos

Para los adolescentes de clase media, el embarazo es a menudo resultado de intentos frustrados por resolver los conflictos psicológicos específicos de su desarrollo. Cuando la patología psicológica o social grave es la causa del embarazo de la adolescente, el fenómeno se acompaña de otros patrones de mala adaptación, como abuso de drogas, delincuencia, abandono de la familia o fuga de la escuela (6).

La ignorancia sobre las funciones sexuales y las supersticiones o temores relacionados con el uso de los anticonceptivos contribuyen también al problema del embarazo no deseado.

Una proporción pequeña de adolescentes desea el embarazo, y un número probablemente igual es indiferente ante

la posibilidad del embarazo después del coito.

Para algunas de estas jóvenes el embarazo puede representar un intento constructivo de afrontar los problemas inherentes a la adolescencia. Por desgracia, es difícil que estas mujeres lleven a cabo más tarde un matrimonio estable, o que creen un ambiente saludable para el recién nacido, aunque algunas madres jóvenes logran triunfar. Los factores importantes en las que logran el triunfo son:

1. Existencia de una persona responsable que proporciona los medios de seguridad emocional y económica necesarios hasta que la adolescente se pueda bastar por sí misma.
2. Concepto realista del papel materno.
3. Motivación de que el embarazo ha sido por razones positivas y saludables y no por razones autodestructivas o neuróticas. Es útil valorar los factores personales, familiares y sociales que influyen en la adolescente embarazada, para que el médico se oriente hacia las alternativas disponibles para atender el embarazo y la posibilidad de planear otros embarazos futuros.

Para la adolescente urbana el embarazo se complica además por pobreza, desajuste social y falta de comunicación. Los resultados por lo tanto dependen de que se conozcan los diversos factores etiológicos que intervienen, las necesidades específicas de la adolescente y la disponibilidad de diversos recursos comunitarios.

Medidas Sanitarias Preventivas: Las adolescentes embarazadas pueden ser consideradas como grupo de riesgo de repetición del embarazo, causando problemas sociales, educacionales y sanitarios futuros. Los niños producto de los

embarazos de la adolescencia corren peligro de gran variedad de problemas, como abandono y desarrollo físico y emocional retrasado.

El éxito en la mayoría de las pacientes adolescentes depende en gran parte de los buenos servicios obstétricos, psicológicos, sociales y educacionales (4, 9).

La educación durante el embarazo, que comprende educación sexual, preparación emocional y actitud positiva hacia el embarazo, planeación familiar, nutrición, efectos de los fármacos en el embarazo, preparación para el parto, planeación para el recién nacido, atención del lactante y vida familiar adecuada, puede ser muy valiosa para ayudar a la adolescente. Los programas educacionales que ofrecen asistencia psicológica pueden fomentar también una conducta más responsable y madura. Los contactos de la adolescente con el personal profesional durante el embarazo pueden ser su única fuente de información en cuanto a sexualidad, enfermedades venéreas y anticoncepción.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron 18.559 historias recopiladas en el lapso de 3 años comprendidos entre julio de 1980 y junio de 1983, en la Clínica de Maternidad "Rafael Calvo C", centro donde funciona el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Cartagena.

De éstas, 2.070 historias correspondieron a pacientes menores de 18 años (parámetro de edad tomado para la adolescencia), las cuales consultaban por primera vez en este centro.

* La totalidad de los datos de las tablas fueron tomados de la Clínica de Maternidad "Rafael Calvo C" de la Universidad de Cartagena de julio de 1980 a junio de 1983.

Para el procesamiento de estos datos se utilizó la tabulación manual, y se tuvieron en cuenta los siguientes parámetros.

Edad
Procedencia
Estado civil
Historia Gineco-Obstétrica
Motivo de la Consulta
Diagnóstico de Egreso
Patologías Asociadas
Peso del Recién Nacido

RESULTADOS

De las 18.559 pacientes admitidas por primera vez en la Clínica de Maternidad "Rafael Calvo" durante el período comprendido desde julio de 1980 a junio de 1983, sólo 2.070 pacientes eran adolescentes, es decir el 11.2%. (Tabla No. 1).

Tabla No. 1
INCIDENCIAS DE
PACIENTES ADOLESCENTES

≥ 18 AÑOS	16.489	88.8
ADOLESCENTES	2.070	11.2
TOTAL	18.559	100%

De los 2.070 casos estudiados, 1.938 fueron partos y abortos. El número de partos fue de 1.737 y el de abortos de 201 casos. El porcentaje de partos es de 89.6% y el de abortos de 10.4%. (Tabla No. 2).

Tabla No. 2
INCIDENCIA DE PARTOS Y ABORTOS
EN PACIENTES ADOLESCENTES

ENTIDAD	CASOS ESTUDIADOS	%
PARTOS	1.737	89.6
ABORTOS	201	10.4
TOTAL	1.938	100%

Durante los 3 años estudiados, hubo en la misma Clínica 33.234 casos entre partos y abortos, con una incidencia de partos de 87.7% (29.140 casos) y una incidencia de abortos de 12.3% (4.094 casos). En esta tabla no sólo se incluyen a las pacientes adolescentes sino también a las pacientes mayores de 18 años. (Tabla No. 3).

Tabla No. 3**TOTAL DE PARTOS Y ABORTOS**

ENTIDAD	TOTAL CASOS EN 3 AÑOS	%
PARTOS	29 140	87.7
ABORTOS	4 094	12.3
TOTAL	33 234	100%

De los 29.140 partos atendidos en la Clínica durante estos 3 años, 1.737 fueron de pacientes adolescentes, correspondiendo a un 5.96% del total de partos. El número de abortos fue de 4.094, de los cuales 201 casos en adolescentes, correspondiendo a un 4.9% del total de abortos. (Tabla No. 4).

Tabla No. 4**RELACION ENTRE LAS TABLAS No. 2 Y No. 3**

ENTIDAD	TOTAL CASOS EN 3 AÑOS	CASOS EN ADOLESCENTES	%
PARTOS	29 140	1 737	5.96
ABORTOS	4 094	201	4.90
TOTAL	33 234	1 938	5.83

El mayor número de pacientes estudiadas tenía 17 años, con 1.174 casos (56.71%). Luego siguió el grupo de 16 años, con 621 casos (30%), el de 15 años con 213 casos (10.29%), el de 14 años con 45 casos (2.17%), el de 13 años con 13 casos (0.63%) y el de 12 y 11 años con 2 casos (0.1%). (Tabla No. 5).

Tabla No. 5**DISTRIBUCION POR EDAD DE PACIENTES ADOLESCENTES**

EDAD	Nº	%
11	2	0.1
12	2	0.1
13	13	0.63
14	45	2.17
15	213	10.29
16	621	30.0
17	1 174	56.71
TOTAL	2 070	100%

La mayoría de las pacientes fueron de procedencia urbana, con 73.6%, y las pacientes de procedencia rural fueron el 22.4%. En 32 historias (4%) no se registró este dato. (Tabla No. 6).

Tabla No. 6**PROCEDENCIA DE PACIENTES ADOLESCENTES**

URBANA	1 524	73.6%
RURAL	464	22.4%
S DATOS	82	4.0%
	2 070	100%

Las adolescentes urbanas se distribuyeron principalmente en los sectores marginados de la ciudad, como son la zona sur oriental, con un 64.9%. El resto residían en los barrios cercanos a la Clínica de Maternidad (19.85%) y en el sur de la ciudad (11.89%). Pocos casos corresponden a los barrios de clase media-alta y alta (3.36%). (Figura No. 1).

La mayoría de las pacientes tuvieron su menarquía entre los 12 y 14 años de

edad, con mayor incidencia a los 13 años, 619 casos (29.9%), luego a los 12 años, 517 casos (25%), a los 14 años, 414 casos (20%), a los 11 años, 180 casos (8.7%), a los 17 años, 144 casos (6.95%), a los 15 años, 122 casos (2.02%), a los 16 años, 18 casos (0.86%), a los 9 años, 13 casos (0.62%) y sólo un caso tuvo menarquia a los 7 años (0.05%).- La edad promedio fue de 12.4 años. (Tabla No. 7).

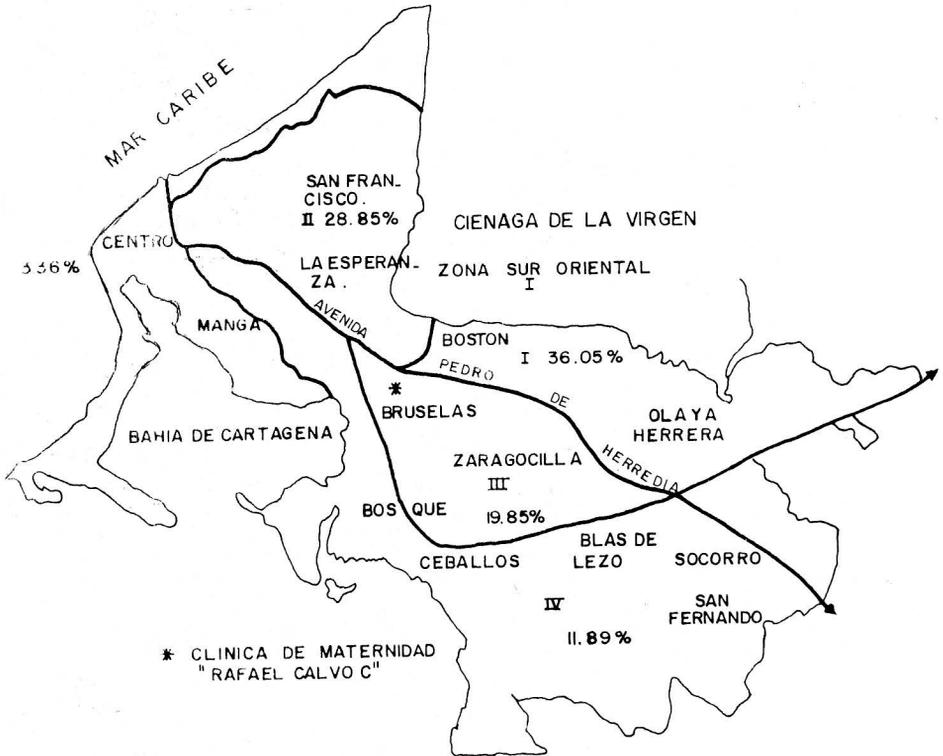
El 70% de los casos (1.448) eran madres solteras, y el 23.3% eran madres

casadas (462 casos). Hubo 160 historias (6.7%) que no registraron este dato. (Tabla No. 8).

La edad en que con mayor frecuencia se inició la vida marital fue a los 16 años, con 618 casos (35.72%). Sigue el grupo de 15 años, con 431 casos (24.9%), luego el de 17 años con 278 casos (16.06%), el de 14 años con 165 casos (9.55%), el de 13 años con 38 casos (2.2%) el de 12 años con 16 casos (0.92%), y en 4 casos se inició vida marital a los 11 años. Hay 180 historias sin el registro

Figura No. 1

PLANO DE CARTAGENA DE INDIAS—DISTRIBUCION SECTORIAL Y PORCENTUAL SEGUN PROCEDENCIA URBANA DE LAS ADOLESCENTES



de inicio de vida marital, que corresponden al 10.7% (Tabla No. 9).

Tabla No. 7

**MENARQUIA SEGUN
LA EDAD EN ADOLESCENTES**

EDAD	CASOS	%
7	1	0.05
9	13	0.62
10	42	2.02
11	180	8.70
12	517	25.00
13	619	29.90
14	414	20.0
15	122	5.9
16	18	0.86
17	144	6.95
TOTAL	2.070	100%

Tabla No. 8

ESTADO CIVIL EN ADOLESCENTES

ESTADO CIVIL	CASOS	%
SOLTERAS	1.448	70
CASADAS	462	23.3
S. DATOS	160	6.7
TOTAL	2.070	100%

La vida obstétrica se inició más frecuentemente a los 17 años, 672 casos (38.95%). Sigue después el grupo de 16 años, 520 casos (30%), luego los 15 años, 275 casos (15.9%), los 14 años, 73 casos (4.2%), los 13 años, 21 casos (1.2%), los 12 años, 1 caso (0.052%), y 2 casos a los 11 años (0.1%). Hubo 166 casos (9.6%) sin este registro. (Tabla No. 10).

Tabla No. 9

VIDA MARITAL EN ADOLESCENTES

EDAD	CASOS	%
11	4	0.25
12	16	0.92
13	38	2.20
14	165	9.55
15	431	24.90
16	66	35.72
17	276	16.06
S. C.	180	10.40
TOTAL	1.730	100%

Tabla No. 10

VIDA OBSTETRICA EN ADOLESCENTES

EDAD	CASOS	%
11	2	0.10
12	1	0.05
13	21	1.20
14	73	4.20
15	275	15.90
16	520	30.00
17	672	38.95
S. D.	166	9.6
TOTAL	1.730	100%

De las 2.070 pacientes, llegaron 1.874 primigrávidas, o sea 90.5% de los casos; 134 fueron secundigestantes (6.5%), 58 pacientes habían estado embarazadas 4 veces (2.8%), y 4 habían gestado 3 veces (0.2%). (Tabla No. 11).

Del total de partos, 1.745 pacientes tuvieron su primer parto (92.4%); 24

pacientes tuvieron su segundo parto (4.4%) y sólo 2 pacientes tuvieron su tercer parto (0.1%). Hubo 58 casos que no registraron el dato de paridad (3.1%). (Tabla No. 12).

Tabla No. 11

GRAVIDEZ EN ADOLESCENTES

GRAVIDEZ	CASOS	%
G 1	1874	90.5
G 2	134	6.5
G 3	4	0.2
G 4	58	2.8
TOTAL	2.070	100%

Del total de pacientes, hubo 201 casos de aborto, de los cuales 192 eran el primer aborto (74.1%), y 9 casos tenían historia de aborto anterior (3.5%). Hubo 58 casos (22.4%) donde no se registró este dato. (Tabla No. 13).

Tabla No. 12

PARIDAD EN ADOLESCENTES

PARIDAD	CASOS	%
P 1	1.745	92.4
P 2	84	4.4
P 3	2	0.1
S. D.	58	3.1
TOTAL	1.889	100%

El más frecuente motivo de consulta fue el dolor de parto, 1.767 pacientes (85.36%), Siguió luego el sangrado por genitales externos, 229 casos (11.06%), la retención placentaria, 10 casos (0.48%), convulsiones, 12 casos (0.58%), y otros, que formaron 52 casos (2.52%). (Tabla No. 14).

Tabla No. 13

ABORTOS EN ADOLESCENTES

ABORTOS	CASOS	%
A 1	192	74.1
A 2	9	3.5
S. D.	58	22.4
TOTAL	259	100%

Tabla No. 14

MOTIVO DE CONSULTA EN ADOLESCENTES

MOTIVOS	CASOS	%
DOLORES DE PARTO	1.767	85.36
SANGRADO POR GENITALES EXT.	229	11.06
RETENCION PLACENTARIA	10	0.48
CONVULSIONES	12	0.58
OTROS	52	2.52
TOTAL	2.070	100%

El parto vaginal normal fue el más frecuente, 1.552 casos (89.35%), luego hubo 107 casos de cesárea (6.15%), 49 partos conducidos (2.8%), 19 partos intervenidos (1.1%) y 5 casos inducidos (0.3%). Hubo 5 casos en que el parto fue conducido e intervenido (0.3%). (Tabla No. 15).

Tabla No. 15

DIFERENTES FORMAS DE PARTO EN ADOLESCENTES

TIPOS	CASOS	%
PARTO VAGINAL NORMAL	1.552	89.35
PARTO VAGINAL CONDUCIDO	49	2.8
PARTO VAGINAL INDUCIDO	5	0.3
PARTO VAGINAL INTERVENIDO	19	1.1
PARTO VAGINA CONDUCIDO MAS INTERVENIDO	5	0.3
CESAREAS	107	6.15
TOTAL	1.737	100%

La mayoría de los recién nacidos tuvieron un peso entre 2.500 y 3.500 gramos, con 1.198 casos (68.77%). Hubo 179 recién nacidos de bajo peso (10.27%), y 271 casos de peso mayor de 3.500 gramos (15.55%). No se registró el peso de 94 recién nacidos (5.41%).

Tabla No. 16
PESO DE RECIEN NACIDOS
EN ADOLESCENTES

PESO EN GR	C A S O S	%
< 2500	179	10.27
2500 a 3.500	1.198	66.77
> 3.500	271	15.55
SIN DATOS	94	5.41
T O T A L	1.742	100%
EMBARAZOS GEMELARES - 5 -		

Tabla No. 17
COMPLICACIONES PRESENTADAS
EN ADOLESCENTES

COMPLICACIONES	Nº	%
ENFERMED. HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO	145	25.7
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA	57	20.7
HIPODINAMIAS	59	10.5
PARTOS PREMATUROS	52	9.2
DESPROPORCION CEFALO PELVICA (D.C.P)	50	8.9
PRESENTACIONES ANOMALA	41	7.2
AMNIONITIS	31	5.5
RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS	16	2.8
ENDOMETRITIS PUERPERAL	16	2.8
INFECCION URINARIA	14	2.5
PLACENTA PREVIA	6	1.0
MOLA	6	1.0
OTROS	5	0.9
T O T A L	564	100%

Se presentaron complicaciones obstétricas en 564 de las 2.070 pacientes estudiadas (27.2%). La complicación más frecuente fue la enfermedad hipertensiva del embarazo, con 145 casos (25.7% de los 564), siguió la ruptura prematura de membranas con 117 casos (20.7%), 59 casos de hipodinamia (10.5%), 52 casos de partos prematuros (9.2%), 50 casos de desproporción céfalo-pélvica (8.9%), 41 casos de presentaciones anómalas (7.2%), 31 casos de amnionitis (5.5%), 16 de retención placentaria (2.8%), 16 de endometritis puerperal (2.8%) y 14 casos de infección urinaria (2.5%). De desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, placenta previa y mola hidatiforme, hubo 6 casos en cada entidad (1% para cada patología). Hubo 5 casos con otras complicaciones, que correspondieron al 0.9% de los 564 casos con patologías obstétricas. (Tabla No. 17).

DISCUSION

Se revisaron en nuestro estudio 18.599 historias de pacientes admitidas en la Clínica de Maternidad "Rafael Calvo C" por primera vez, durante un lapso de 3 años. Del total, 2.070 historias correspondieron a pacientes adolescentes, que representan el 11.2% del total.

De las pacientes adolescentes estudiadas se encontró que el 73.6% procedía del área urbana, y el 22.4 del área rural.

De ésto se deduce que la cobertura de la atención obstétrica de la Clínica de Maternidad "Rafael Calvo C" no se circunscribe a los límites urbanos de la ciudad de Cartagena, sino que se extiende al área rural, en un porcentaje significativo, ya que constituye la quinta parte de los casos estudiados.

Encontramos que la edad promedio de menarquia en nuestro estudio fue de 12.4 años, y que el 90% de las pacientes menstruó por vez primera entre los 11 y

los 15 años, con edades límites de 7 a 17 años. Estos resultados coinciden con los encontrados por Ucrós Cuellar (8).

En nuestro estudio hallamos que el 70% de las pacientes eran solteras y el 23% eran casadas, con 17 o menos años.

La edad de inicio a la vida marital de las pacientes estudiadas fue de 14 años en promedio, con un límite inferior de 11 años y una mayor incidencia a los 16 años. Esto demuestra la iniciación sexual precoz de la adolescente en nuestro medio.

El inicio de la vida obstétrica tuvo una edad promedio de 16 años, con una mayor incidencia a los 17 años, y un límite inferior de 11 años, estando el 85% de las pacientes entre los 15 y los 17 años. El 90.5% de las pacientes eran primigestantes. Estos datos son importantes ya que la gestación en esta etapa de la vida es considerada de alto riesgo, lo cual es puesto de manifiesto por la frecuencia de las complicaciones materno-fetales encontradas en nuestra casuística (27.2%) que fueron así: Enfermedad hipertensiva del embarazo, 25.7% de las pacientes complicadas; Ruptura prematura de membranas, 20.7%; Hipodinamias, 10.5%; Partos prematuros 9.2%, Desproporción céfalo-pélvica 8.9%, y otras como Presentación anómala, Amnionitis; Retención de restos placentarios, Endometritis puerperal, Infección urinaria, D.P.P.N.I., P.P. y mola, que corresponden al 24.8% del total de complicaciones. Concluimos que la gestación en la adolescente con una adecuada atención no debe ser motivo de incremento de la morbilidad materno-fetal.

De los partos estudiados, sólo el 6.15% fue de tipo abdominal, y el 89.35% de tipo vaginal normal. Deducimos así que la adolescente puede tener un parto vaginal normal, aunque se considere que ella no tiene un grado de maduración pélvica óptimo para parir.

En cuanto al peso del neonato, encontramos que la mayoría (68.77%) correspondieron a la escala comprendida entre 2.500–3.500 gramos; los que pesaron más de 3.500 gramos (15.55%) superaron a los recién nacidos de bajo peso (menos de 2.500 gramos), los cuales representaron sólo el 10.27% del total.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De la presente revisión realizada en la Clínica de Maternidad "Rafael Calvo C", se concluye en forma definitiva que es importante realizar un diagnóstico y atención temprana para las adolescentes con problemas obstétricos, si tenemos en cuenta que estas pacientes son consideradas de alto riesgo.

Se deben iniciar campañas tendientes a llevar una educación sanitaria en las áreas de sexualidad, reproducción y anticoncepción, ya que observamos que son gentes de escasos recursos económicos, con poca educación al respecto, y que consideran el tema sexual como tabú.

Se debe preparar a las adolescentes para actividades maternas y de buena atención al recién nacido.

Debemos mejorar la vigilancia en los servicios de planificación, en las entidades nombradas por el gobierno para tal fin.

Hay que recalcar la importancia de la visita de la mujer embarazada a los centros de atención adecuados para ello, con la seguridad de que se disminuirán las complicaciones pre y post parto.

La edad promedio de aparición de la menarquia en nuestro medio tiene pocas variaciones comparada con otras ciudades del país que poseen semejanzas ecológicas, antropológicas y culturales.

Se demuestra la importancia de la Clínica de Maternidad "Rafael Calvo C" como centro de atención obstétrica que cobija a toda nuestra provincia. Se debe mejorar la vigilancia obstétrica en el área rural.

No se puede concluir si la mayoría de los abortos en las adolescentes son provocados, ya que estos datos no se consignan en las historias elaboradas en la Clínica.

El promedio disminuido de recién nacidos de bajo peso en pacientes adolescentes, nos permite concluir que no es importante la relación de recién na-

cidos de bajo peso con la edad de la madre.

Recomendamos a los directivos de la institución la incorporación en la historia clínica de ciertos datos como:

Escolaridad de la paciente, determinar en casos de aborto si éste es provocado y la causa, recalcar al personal encargado de llenar estas historias la importancia que tienen todos los datos para fines estadísticos.

Los problemas obstétricos en las adolescentes necesitan una atención integral para su solución.

PERINATAL ASPECTS IN ADOLESCENT MOTHERS AT "RAFAEL CALVO" MATERNITY HOSPITAL

SUMMARY

This article presents the conclusions obtained after a thorough assessment at "Rafael Calvo" Maternity Hospital, where it became evident that early diagnosis and treatment of adolescent women with obstetrical problems is of utmost importance, given the fact that they are considered high risk patients.

Since most of the patients are low-income, they have little or no education on sexuality, reproduction and contraception, and consider the topic of sex a tabou. Health education campaigns focused on those areas is a priority.

Adolescents should also be prepared for maternal activities and actions and they must be capable of providing adequate attention to the newborn.

There should be greater effort in the appropriate institutions to supervise the activities and services provided by family planning agencies.

Antenatal care is considered a very important factor in reducing perinatal and post-natal complications.

The average age of menarche is similar in most colombian regions where ecological, anthropological and cultural traits are very much alike.

The article underlines the importance of "Rafael Calvo" Maternity Hospital in providing obstetric coverage in that region. Nevertheless, it is important to improve coverage in the rural areas.

There isn't enough information to conclude if in the majority of cases abortion in adolescents are induced or not, since this piece of information is not recorded in the medical chart.

The average reduction of low birth weight suggests that there is no significant relationship between low birth weight and age of the mother.

The authors highly recommend that the medical chart include more socio-demographic data, such as: level of formal education; in case of abortion, determine if it was induced, and what were the reasons that led to pregnancy termination; stress the importance of good

records for statistical and research purposes.

Obstetrical problems in adolescents require comprehensive care and an integral approach.

BIBLIOGRAFIA

1. AHUED-AHUED, J.R., LOWENBERG, E., VARGAS, C., TOMASI, E. Atención obstétrica en la adolescente. VIII Congr. Mundial Obst. Ginec. México. Octubre 1976.
2. AYLLON, R., ESCALANTE, J.M., GONZALEZ, J.M., DE LA LASTRA. La adolescencia y la edad avanzada como factores de riesgo en Obstetricia. VIII Congr. Mundial Obst. Ginec., México., Octubre 1976.
3. CORDOBA, R. Reflexiones acerca de la atención integral del adolescente. Antioquia Médica, 1974.
4. RIZO, A., PRADA, E. La fecundidad de la población de 10-19 años en Colombia, Rev. Col. Obstet. Ginec., Vol. XXXIII, No. 6, pp. 357-365, 1982.
5. SANTIGAÑEZ, G., PEREZ, J.L., KUNHARDT, J., POHLS, V. Embarazo y parto en la adolescente. VIII Congr. Mundial Obst. Ginec., México, Octubre 1976.
6. Simposio sobre Medicina de Adolescentes Clin. Med. de Norteamérica, México., 1975, pp. 1283-1529.
7. Simposio sobre Medicina de Adolescentes Clin. Pediat. de Norteamérica, México, 1980, 1: 1-120.
8. UCROS CUELLAR, A., CASAS, L., UCROS, S. El adolescente en Colombia, Medicina, Bogotá, 5: 11-23, 1982.
9. VELASCO FERNANDEZ, R. Los problemas del adolescente. Salud Pública de México, 15: (2) 259-262, 1974.