

Caracterización del embarazo en adolescentes menores de 15 años asistidas en el área de atención primaria El Milagro, Riochico

Characterization of pregnancy in adolescents under the age of 15 assisted at the primary care area El Milagro, Riochico

Dadier Marrero¹* Ángel D. Loor²

Stefania V. Briones³ Lizeet López⁴

Resumen

El embarazo en edades cada vez más tempranas se está convirtiendo en un problema social y de salud pública que afecta a todos los estratos sociales. En este trabajo se caracterizó el embarazo en las adolescentes menores de 15 años asistidas en el área de atención primaria El Milagro, Riochico, mediante un estudio cuali-cuantitativo, retrospectivo y transversal. Los factores maternos individuales predisponentes fueron menarquia entre los 10-12 años, primera relación sexual entre los 12 y 14 años, no uso de anticoncepción ni protección durante las relaciones sexuales. Los controles prenatales insuficientes, familias monoparentales, antecedente familiar de embarazo en la adolescencia y familias disfuncionales, predominaron como factores familiares y culturales, así como el abandono de los estudios dentro de los factores predisponentes de tipo socioeconómicos. Las complicaciones maternas y fetales o neonatales más frecuentes fueron el parto pretérmino, nacimientos por cesárea, sangramientos postparto, neonatos con bajo peso al nacer, con depresión al nacer, taquipnea transitoria y enfermedad de membrana hialina posterior. Se identificaron los principales factores predisponentes durante el embarazo precoz, información que puede constituir una herramienta para la educación sexual y reproductiva en aras de minimizar el impacto de esta problemática de la salud pública en el desarrollo pleno de las adolescentes y sociedad en general.

Palabras clave: Embarazo, adolescencia temprana, factores predisponentes, comorbilidades, complicaciones en el embarazo.

Abstract

Pregnancy at increasingly younger ages is becoming a social and public health problem that affects all social strata. In this work, pregnancy was characterized in adolescents under 15 years old assisted in the primary care area El Milagro, Riochico, through a qualitative-quantitative, retrospective, and cross-sectional study. Individual maternal predisposing factors were menarche between 10-12 years, first sexual relationship between 12 to 14 years, and no use of contraception or protection during sexual intercourse. Insufficient prenatal controls, single-parent families, family history of adolescent pregnancy, and dysfunctional families, predominated as the family and cultural factors, as well as the abandonment of studies within socioeconomic predisposing factors. The most frequent maternal and fetal, or neonatal complications were preterm delivery, cesarean births, postpartum bleeding, and neonates with low birth weight, depression at birth, transient tachypnea, and posterior hyaline membrane disease. The main predisposing factors during early pregnancy were identified, information that may constitute a tool for sexual education to minimize the impact of this public health problem on the full development of adolescents and society in general.

Keywords: Pregnancy, early adolescence, predisposing factors, comorbidities, complications in pregnancy.

*Dirección para correspondencia: dadier.marrero@utm.edu.ec

Artículo recibido el 13-01-2021 Artículo aceptado el 22-04-2021 Artículo publicado el 15-05-2021

Fundada 2016 Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí, Ecuador.

¹ Universidad Técnica de Manabí, Especialista en Medicina General Integral, Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Salud Pública, Portoviejo, Ecuador, dadier.marrero@utm.edu.ec, <http://orcid.org/0000-0003-2000-1679>

² Centro de Salud Las Pajitas, Médico cirujano, Sixto Durán Ballén, Portoviejo, Ecuador

³ Clínica Santa Margarita, Médico cirujano, Portoviejo, Ecuador

⁴ Instituto Nacional de Oncología y Radiología, Especialista en Medicina General Integral I grado, Especialista en Oncología Clínica, La Habana, Cuba, lizeetld@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0003-1085-9719>

Introducción

El embarazo adolescente se define como la gestación en mujeres cuyo rango de edad se considera adolescente, independiente de su edad ginecológica. El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva una serie de situaciones que pueden atentar, tanto contra la salud de la madre, como la del hijo¹. El embarazo en la adolescencia, ya sea temprana (10 a 14 años), media (15 a 16 años) o tardía (17 a 19 años)², cobra particular relevancia al considerar las situaciones de abuso y coerción.

Las consecuencias para la salud incluyen complicaciones durante el embarazo (aborto, anemia, malnutrición, amenaza de parto pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino, bajo peso, placenta previa, trastornos hipertensivos) y parto (cesárea, desgarro perineal, asfixia perinatal, parto distócico, rotura prematura de membrana, distocia de hombro)³.

El embarazo adolescente también afecta la educación de las niñas y el potencial de ingresos, ya que muchas se ven obligadas a abandonar la escuela, lo que, en última instancia, es perjudicial para lograr las oportunidades de crecimiento intelectual futuro y de las perspectivas económicas⁴.

Según los datos del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, se estima que, en América Latina, Ecuador es el país con la tercera tasa de embarazo adolescente, superada por Nicaragua y República Dominicana. El incremento de partos en adolescentes entre 10 y 14 años fue del 78 %. Guayas, Pichincha, Manabí, Los Ríos y Esmeraldas han sido las provincias con la mayor cantidad de embarazos adolescentes en el Ecuador¹.

La incidencia de embarazos en adolescentes y, sobre todo de embarazos en menores de 15 años de edad, es un problema que abarca todos los niveles de atención. En este contexto, en el presente trabajo se caracterizó el embarazo en las adolescentes menores de 15 años asistidas en el área de atención primaria El Milagro, Riochico (Manabí, Ecuador).

Metodología

El tipo de estudio se enmarcó como cuali-cuantitativo, retrospectivo y transversal. El universo del estudio estuvo integrado por todas las embarazadas adolescentes menores de 15 años que asistieron al área de atención primaria entre enero de 2018 y junio de 2019. Para esta selección se consideró que las adolescentes menores de 15 años no están aptas física y psicológicamente para las relaciones sexuales o el embarazo y parto, así como para la toma de decisiones seguras, voluntarias y basadas en información². El estudio se realizó en el Servicio de Medicina Comunitaria del Subcentro de Salud El Milagro, uno de los tres centros de salud de la parroquia rural Riochico (82,81 km²), ubicado en el cantón Portoviejo de Manabí, Ecuador.

Criterios de inclusión: Se correspondió a toda adolescente que asistió a la consulta de Ginecobstetricia del Subcentro de Salud El Milagro, entre 10 y 14 años de edad y que tuvo una prueba de embarazo positiva durante el período de enero 2018 a junio 2019.

Criterios de exclusión: Se consideró toda adolescente con edad inferior a 10 y superior a 15 años, con algún tipo de trastorno mental y la que no consintió participar en el estudio.

La información se recogió de las historias clínicas de las pacientes, por lo que se empleó una recogida de datos secundaria. Para la interpretación de la información, se determinaron la frecuencia absoluta y su porcentaje.

Aspectos éticos: Antes de la recolección de la información, se obtuvo el permiso de las autoridades del Subcentro de Salud El Milagro, y se informó a cada paciente junto con sus familiares mayores de edad o tutor legal, sobre los objetivos de la investigación y sobre su confidencialidad. Se le pidió a cada familiar mayor de edad o tutor legal, su aprobación mediante el Consentimiento Informado, se salvaguardó la confidencialidad de los expedientes y de cada participante. Además, el estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí.

Resultados y discusión

La Tabla 1 muestra la caracterización socio-demográfica de la población de estudio. Como se observa, de las 14 adolescentes, el mayor porcentaje de embarazadas estuvo entre los 13 y 14 años, representando el 85,7 %, mientras que el resto con adolescentes de 10 a 12 años de edad.

Tabla 1. Características socio-demográficas de las embarazadas (n= 14)

Características socio-demográficas	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
10-12 años	2	14,3
13-14 años	12	85,7
Instrucción		
Sin instrucción	1	7,1
Primaria	5	35,7
Primero de bachillerato	8	57,1
Estado civil		
Soltera	9	64,3
Unión estable	2	14,3
Casada	3	28,6
Raza		
Blanca	3	21,4
Mestiza	9	64,3
Negra	2	14,3

La mayoría de las embarazadas alcanzó primero de bachillerato (8), seguido de nivel de escolaridad primaria (5) y solo una sin instrucción académica. De las 14 embarazadas, el mayor porcentaje correspondió a solteras (64,3 %), mientras que el 28,6 y 14,3 % fue de casadas y en unión estable, respectivamente. Las adolescentes de raza mestiza fueron mayoría con un 64,2 % y, a su vez, las de raza negra fueron minoría, con 14,2 %.

Al establecer la tasa de embarazos adolescentes a partir de los registros de nacidos vivos, se encontró que las gestantes entre los 10 y 14 años representaron alrededor de 2,7 por cada 1000 mujeres en ese rango de edad. La edad promedio de las adolescentes en su primer embarazo fue 14,9 años⁵, similar al presente estudio; aunque estudiaron gestantes de hasta 19 años.

De acuerdo a González⁶, en relación a la escolaridad solo el 67,7 % de las adolescentes llegaron hasta la enseñanza básica, mientras que el 32,3 % a la enseñanza media. Por otra parte, la escolaridad fue menor en adolescentes que en mujeres de 20 a 34 años³.

Se ha afirmado que existe una relación negativa de la maternidad adolescente con la asistencia escolar, e incluso una fuerte asociación con el abandono escolar⁷. De igual manera, no acudir a la escuela se asocia fuertemente con el debut sexual más temprano, embarazo y matrimonio⁸.

Los resultados de este estudio fueron similares a otros reportados^{3,9}, en los que el embarazo en menores de 15 años estuvo directamente relacionado con el bajo nivel económico de las adolescentes; a su vez, se relacionó con igual porcentaje de embarazadas que no tenían ningún nivel educativo formal; la mayoría no alcanzó el nivel secundario.

Los estudios sobre el embarazo en adolescentes menores de 15 años de edad son escasos, aunque se han analizado las consecuencias negativas, tanto para la madre, como para la familia, instituciones de salud, educacionales y sociedad^{10,11}.

Entre los factores predisponentes individuales, se encontró que la edad de la menarquia más frecuente fue entre los 10 y 12 años (64,3 %), seguida de 21,4 % para menos de 10 años y 14,3 % entre los 13 y 14 años (Tabla 2).

Tabla 2. Factores predisponentes individuales de las embarazadas (n=14)

Factor predisponente	Frecuencia	Porcentaje
Edad de menarquia		
< 10 años	3	21,4
10-12 años	9	64,3
13-14 años	2	14,3
Edad de la primera relación sexual		
< 10 años	1	7,1
10-12 años	3	21,4
13-14 años	10	71,4
Uso de métodos anticonceptivos		
DIU	1	7,1
Tabletas anticonceptivas	5	35,7
Anticonceptivos inyectables	1	7,1
No anticoncepción	7	50,0
Empleo de preservativo		
Sí	5	35,7
No	9	64,3
Abuso sexual		
Sí	1	7,1
No	13	92,9

La edad de la primera relación sexual es también un importante factor predisponente individual en el embarazo adolescente, donde, el 71,4 % fue entre los 12 y 14 años de edad y solo un caso menor de 10 años (7,1 %).

El 50 % de las adolescentes no usó ningún método anticonceptivo y el 35,7 % empleó tabletas anticonceptivas. Solo se reportó un caso con DIU y anticonceptivos inyectables. Además, el 35,7 % mantuvo relaciones sexuales protegidas, mientras que el antecedente de abuso sexual como causa de embarazo ocurrió en un caso (7,1 %).

Varios trabajos han planteado que aún existen falencias en la educación sexual de los adolescentes^{1,12,13}. Por otra parte, se ha reportado¹⁴ que entre un 15 y 33 % de adolescentes afirmó no haber empleado en su primera relación sexual ningún anticonceptivo; este valor puede duplicarse en los casos de adolescentes que no han recibido educación sexual. También informaron que el coito interrumpido continúa siendo el segundo anticonceptivo más utilizado, después del empleo de preservativo, resultado contrario al de este estudio, donde la mayoría no utilizó este método.

En un estudio con 76 adolescentes con edades entre 10 y 19 años, intervalo de edad mayor al del presente trabajo, encontraron resultados similares en cuanto a la edad de la primera relación sexual que fue de 15 años o menos en la mayoría, solo el 30 % usó preservativo en su primera relación sexual y el 40 % no empleó ningún método de anticoncepción¹³.

Dentro de los factores familiares y culturales predisponentes, los controles prenatales en la mayoría de los casos, estuvieron por debajo de los indicados según las normas de atención a la embarazada que se sigue en Ecuador¹⁵, donde se indican cinco controles durante el embarazo a cualquier edad y que debe cumplirse estrictamente cuando la madre es una adolescente.

Similar a la presente investigación, se ha informado sobre la incidencia del antecedente de familia monoparental, fundamentalmente por ausencia de la madre (35 %); también influyó el antecedente de familiares que tuvieron hijos en la edad de la adolescencia en un 15 % y la presencia de familias disfuncionales. Esta última arista se presentó en el 54 % de las jóvenes y se relacionó básicamente a separaciones de los padres, machismo y peleas entre los miembros de la familia¹⁶.

En una investigación conformada por 23 gestantes adolescentes desde los 10 a 19 años, se demostró que, en el embarazo adolescente, el ser hija de madres adolescentes constituye un factor de predisposición relacionado con la procedencia de familias donde el embarazo en la adolescencia es una tradición a cumplir y no un problema de salud⁵.

También se han relacionado los embarazos adolescentes con la deserción escolar y bajo nivel educacional, como factores predisponentes de tipo cultural¹⁶. Por otro lado, se observó¹⁷ que el 66,7 % no terminó sus estudios de secundaria y que dependían económicamente de sus familias, pues solo el 26,7 % de las gestantes constituyó su propia familia. El embarazo adolescente condiciona dependencia económica y desarrollo de trabajo informal entre las futuras madres (49 %).

La Tabla 3 muestra que el 21,4 % asistió de tres a cinco controles prenatales y el 71,4 % de las adolescentes pertenecían a una familia monoparental; también se evidenciaron altos porcentajes en antecedentes familiares de embarazo en la adolescencia y familia disfuncional, los que representaron un 78,5 y 85,7 %, respectivamente.

Tabla 3. Factores familiares y culturales predisponentes en las embarazadas (n=14)

Factor predisponente	Frecuencia	Porcentaje
Controles prenatales		
Ninguno	3	21,4
< 2	3	21,4
< 3	5	35,7
3-5	3	21,4
Familia monoparental		
Sí	10	71,4
No	4	28,6
Antecedentes de embarazo en la adolescencia		
Sí	11	78,6
No	3	21,4
Familia disfuncional		
Sí	12	85,7
No	2	14,3

El estudio de los factores socioeconómicos mostró que el 92,9 % abandonó los estudios y solo el 28,6 % trabajaba en ese momento.

En el caso de las comorbilidades (Figura 1), la amenaza de parto pretérmino fue la más frecuente, ya sea sin o con modificaciones cervicales (57,1 y 42,8 %, respectivamente).

Por otra parte, todas las embarazadas mostraron anemia, ya sea severa (35,7 %), moderada (42,8 %) o leve (21,3 %). En cuanto a las infecciones del tracto urinario (ITU) y vaginosis, estas se presentaron en igual porcentaje (42,8 %) y la corioamnionitis en dos casos para un 14,2 %. Las gestorragias de la segunda mitad del embarazo fueron las comorbilidades menos presentadas, con un caso (7,1 %) con presentación de placenta previa y desprendimiento prematuro de la placenta normoinsera.

Los antecedentes obstétricos o comorbilidades de las adolescentes coincidieron con los de otros estudios¹⁸ donde, los más frecuentes fueron la anemia, amenaza de parto pretérmino, desnutrición por

defecto e infección urinaria. Según otro trabajo¹⁹, el índice de amenaza de parto pretérmino fue de 50 %, inferior al encontrado en este trabajo (57,1 %).

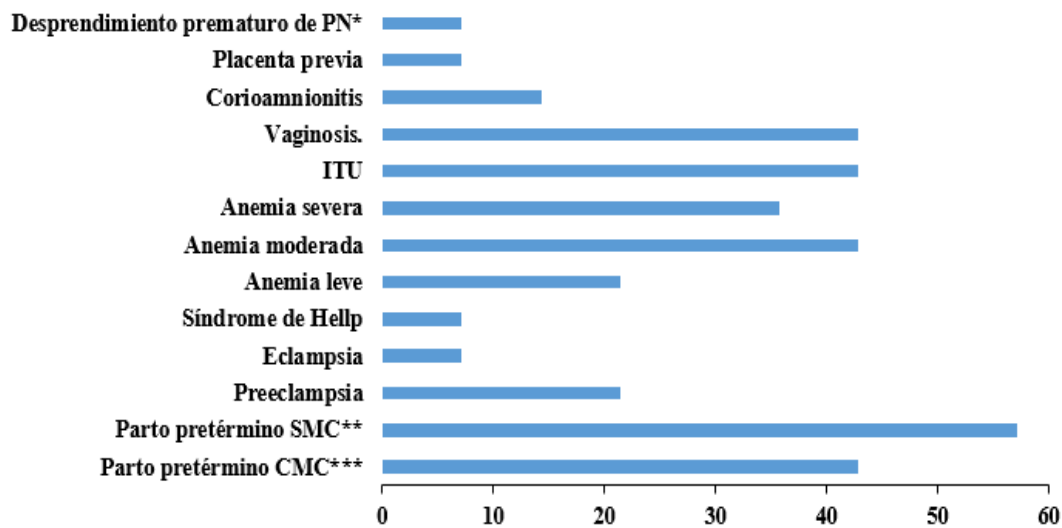


Figura 1. Comorbilidades de las embarazadas adolescentes. *Desprendimiento prematuro de placenta normoinserata. **Parto pretérmino sin modificaciones cervicales. ***Parto pretérmino con modificaciones cervicales.

Se reportó que la incidencia de la hipertensión gestacional fue de 34 %, donde la preeclampsia fue la forma de presentación más frecuente (17 %), y resultó inferior al 28,5 % a este estudio. En el caso de la anemia ligera (65 %) y gestorragias (5 %), fueron superiores e inferiores en relación a este trabajo, respectivamente¹.

La ocurrencia de ITU y vaginosis con incidencias del 56 y 47 %, respectivamente, mayores a las del presente estudio fueron informadas como los problemas obstétricos más frecuentes en adolescentes embarazadas asistidas en la Maternidad Mariana de Jesús en Guayaquil, Ecuador²⁰. Por su parte, se han reportado²¹ incidencias de estos problemas, similares a las de este trabajo.

La Figura 2 muestra las complicaciones maternas de las embarazadas adolescentes, en las que el parto pretérmino ocurrió en 11 de las 14 (57,1 %), entre las 32 y 36,6 semanas y con menos de 32 semanas en el 21,4 %.



Figura 2. Complicaciones de las embarazadas adolescentes.

La presentación de complicaciones maternas en el 51,4 % de las adolescentes ha sido relacionada con la enfermedad hipertensiva en los partos distócicos (21 %) y cesáreas (17,7 %), además de una alta incidencia de instrumentación con fórceps²². Sin embargo, estos resultados son inferiores respecto a los de este estudio. También reportaron que el 34,4 % de las adolescentes tuvieron complicaciones, siendo la hemorragia posparto y los desgarros genitales los de mayor frecuencia.

En los embarazos adolescentes suelen ser comunes las complicaciones perinatales. En una investigación con 1307 neonatos³, donde 19 (1,5 %) eran hijos de madres adolescentes, se encontró mayor proporción (5,3 %) de patología cardíaca (congénita o funcional), infecciones bacterianas (10,5 %), sífilis congénita (36,8 %) y labio y paladar fisurado (10,5 %); sin embargo, no reportaron diferencias significativas para patologías respiratorias, ni asfixia perinatal ni para la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).

Entre las complicaciones fetales y neonatales (Figura 3), el nacimiento pretérmino para mayor de 32 semanas por edad corregida fue 57,1 % y de 21,4 % para menos de 32 semanas. También se observó que el 28,5 % de las embarazadas mostró hipertensión severa como preeclampsia con signos de gravedad, mientras la eclampsia solo se presentó en una paciente (7,1 %). El parto distócico sucedió en la mayoría de las adolescentes; al 78,5 % se le realizó cesárea y al 7,1 % parto instrumentado. Seis pacientes presentaron sepsis severa (28,5 % no demostrada y 14,2 % demostrada); mientras que el sangramiento intraparto se presentó en el 14,2 %, siendo más frecuente el de posparto con un 35,7 %.

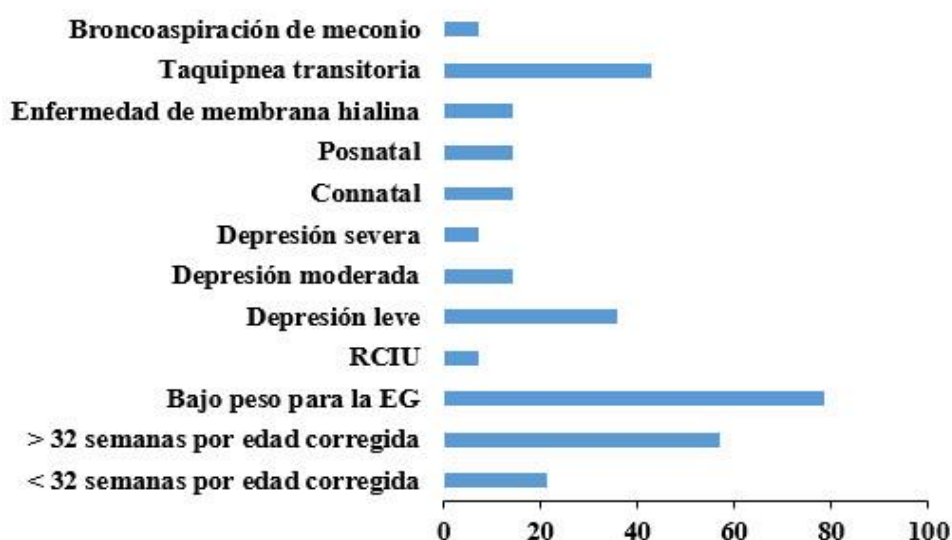


Figura 3. Complicaciones fetales y neonatales.

La mayoría de los recién nacidos (13) resultaron bajo peso; de ellos, el 78,5 % para la edad gestacional (EG) y el 7,1 % con RCIU.

En cuanto al estado del niño al nacer, de acuerdo al conteo de Apgar al minuto y a los cinco minutos de vida, la depresión leve ocurrió en el 35,7 % de los recién nacidos, seguido de la depresión moderada (14,2 %) y solo uno (7,1 %) mostró depresión severa. La sepsis neonatal se presentó en 4 casos, 2 connatal y 2 posnatal (14,2 %). Las enfermedades respiratorias padecidas por los recién nacidos fueron mayormente taquipnea transitoria (42,8 %), enfermedad de membrana hialina (14,2 %) y un caso de broncoaspiración de meconio (7,1 %).

Las complicaciones perinatales más frecuentes informadas han sido las infecciones neonatales, presentadas en las adolescentes de menor edad (43,8 %); además, aunque en menor porcentaje, los casos de depresión al nacer (15,6 %), prematuridad y bajo peso al nacer (32,5 %)²².

Resultados similares a los de este estudio, fueron reportados en una investigación con 718 madres adolescentes entre 2016 y 2018 en Cuba²³, en la que solo el 4,7 % de los neonatos fueron bajo peso y, aunque predominó la etapa adolescencia tardía con 65,8 %, la prematuridad en las de adolescencia

temprana fue de 61 %. También, como complicaciones más prevalentes informaron el crecimiento intrauterino retardado y bronconeumonía.

Conclusiones

Los factores maternos individuales predisponentes asociados a las adolescentes embarazadas fueron menarquia entre los 10-12 años, primera relación sexual entre los 12 y 14 años, no uso de anticonceptivos ni relaciones sexuales protegidas. Los controles prenatales insuficientes, familias monoparentales, antecedente familiar de embarazo en la adolescencia y familias disfuncionales, predominaron como factores familiares y culturales, así como, el abandono de los estudios dentro de los factores predisponentes de tipo socioeconómicos. Las adolescentes embarazadas presentaron amenaza de parto pretérmino, anemia e infecciones. Las complicaciones maternas y fetales o neonatales más frecuentes fueron el parto pretérmino, nacimientos por cesárea, sangramientos postparto, neonatos con bajo peso al nacer, con depresión al nacer, taquipnea transitoria y enfermedad de membrana hialina posterior.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Referencias bibliográficas

1. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. Rev Ped Elec [Internet] 2008;5(1):42-51. Disponible en: <http://www.revistapediatria.cl/volumenes/2008/vol5num1/pdf/EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf>
2. Dixon-Mueller, R. How Young is “Too Young”? Comparative Perspectives on Adolescent Sexual, Marital, and Reproductive Transitions. Studies in Family Planning [Internet] 2008;39(4):247-262. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1728-4465.2008.00173.x>
3. Mendoza LA, Arias M, Mendoza LI. Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet] 2012;77(5):375-82. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v77n5/art08.pdf>
4. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva: Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública, Marzo, 2017, Quito, Ecuador. Disponible en: <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>
5. Hernández-Ávila A, Barrera-Rodríguez EJ, Castañeda-Porras O. Prevalencia de embarazo en adolescentes, Yopal-casanare, Colombia, 2013-2014. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet] 2017;68:168-75. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/2922/3184>
6. González E. Embarazo repetido en la adolescencia: la realidad chilena. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet] 2016;81(5):354-359. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v81n5/art02.pdf>
7. Binstock G, Näslund-Hadley E. Maternidad adolescente y su impacto sobre las trayectorias educativas y laborales de mujeres de sectores populares urbanos de Paraguay. Papeles de Población [Internet] 2013;19(78):15-40. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v19n78/v19n78a3.pdf>
8. Glynn JR, Sunny BS, DeStavola B, Dube A, Chihana M, Price AJ, Crampin AC. Early school failure predicts teenage pregnancy and marriage: A large population-based cohort study in northern Malawi. PLoS One [Internet] 2018;13(5):e0196041. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196041.g005>
9. Lavanderos S, Haase J, Riquelme C, Morales A, Martínez A. Embarazo Adolescente en Chile: Una mirada a la desigualdad sociodemográfica comunal. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]

- 2019;84(6):490-508. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rhog/v84n6/0717-7526-rhog-84-06-0490.pdf>
10. Flores-Valencia ME, Nava-Chapa G, Arenas-Monreal L. Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. Rev Salud Pública [Internet] 2017;19(3):374-8. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rsap/2017.v19n3/374-378/es>
 11. Molina AM, Pena RA, Díaz CE, Antón M. Condicionantes y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia. Rev Cub Obstet Ginecol [Internet] 2019;45(2):e218. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v45n2/1561-3062-gin-45-02-e218.pdf>
 12. Rodríguez J, Traverso CI. Conductas sexuales en adolescentes de 12 a 17 años de Andalucía. Gac Sanit [Internet] 2012;26(6):519-24. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gv/v26n6/original4.pdf>
 13. Folch C, Álvarez JL, Casabona J, Brotons M, Castellsagué X, Grupo Jóvenes e Internet. Determinantes de las conductas sexuales de riesgo en jóvenes de Cataluña. Rev Esp Salud Pública [Internet] 2015;89:471-85. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v89n5/05_original3.pdf
 14. Colomer J, Grupo PreInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Prevención del embarazo en la adolescencia. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet] 2013;15:261-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v15n59/grupo_preinfad.pdf
 15. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Control Prenatal Guía de Práctica Clínica. Dirección Nacional de Normatización-MSP 2015, Quito, Ecuador. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>
 16. García AA, González M. Factores de riesgo asociados a embarazadas adolescentes. Rev Ciencias Médicas de Pinar del Río [Internet] 2018;22(3):416-27. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v22n3/rpr02318.pdf>
 17. Rojas-Betancur M, Méndez-Villamizar R. El embarazo en adolescentes: una lectura social en clave cuantitativa. Salud UIS [Internet] 2016;48(1):81-90. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/suis/v48n1/v48n1a11.pdf>
 18. Menéndez GE, Navas I, Hidalgo Y, Espert J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Rev Cub Obstet Ginecol [Internet] 2012;38(3):333-342. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n3/gin06312.pdf>
 19. Quintero PP. Caracterización de los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia en el Policlínico Universitario "Pedro Borrás Astorga". Rev Cub Obstet Ginecol [Internet] 2016;42(3):262-73. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v42n3/gin02316.pdf>
 20. Merchán DE, Mora MA. Factores psicosociales que influyen en gestantes adolescentes. Innfa sucúa 2017. Tesis de pregrado. Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca, Ecuador. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28339/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20C3%93N.pdf>
 21. Vides SY, Fernando A, Barcan ME, Barahona WP. Caracterización sociodemográfica clínica de adolescentes embarazadas. Archivos de Medicina [Internet] 2017;13(1:4):1-6. Disponible en: <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/caracterizacioacuten-sociodemograacutefica-cliacutenica-de-adolescentes-embarazadas.pdf>
 22. Bendezú G, Espinoza D, Bendezú-Quispe G, Torres-Román JS, Huamán-Gutiérrez RM. Características y riesgos de gestantes adolescentes. Rev Per Ginecol Obstet [Internet] 2016;62(1):13-8. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v62n1/a02v62n1.pdf>
 23. Alonso RM, Rodríguez B, Yanes CD, Castillo E. Caracterización del neonato bajo peso hijo de madre adolescente. Rev Cub Obstet Ginecol [Internet] 2018;44(1):1-10. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v44n1/gin06118.pdf>