



Comorbilidad materno-perinatal en gestantes adolescentes en consultorio de Santo Tomás del Policlínico Ceballos

Katia Janet Cruz Valero¹

Xiomara Ruíz Méndez²

Reinaldo Pablo García Pérez³

Magaly Rita Gómez Verano⁴

Tania Galbán Noa⁵

¹Especialista de primer grado en Medicina General Integral. Policlínico Docente Ceballos, Ciego de Ávila, Cuba.

² Especialista de primer grado en Medicina General Integral, Profesora Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila, Facultad de Ciencias Médicas "Dr. José Assef Yara". Policlínico Docente Antonio Maceo, Área Centro, Ciego de Ávila, Cuba.

³Doctor en Ciencias Pedagógicas. Máster en Educación Médica. Especialista de Primer y Segundo Grados en Medicina General Integral. Profesor Titular. Investigador Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila, Facultad de Ciencias Médicas "Dr. José Assef Yara". Ciego de Ávila, Cuba.

⁴ Máster en Atención Primaria de Salud. Especialista de Primer y Segundo Grados en Medicina General Integral. Profesora Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila, Facultad de Ciencias Médicas "Dr. José Assef Yara". Policlínico Universitario Norte, Ciego de Ávila, Cuba.

⁵ Máster en Educación Médica. Especialista de Primer y Segundo Grados en Medicina General Integral. Profesora Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila, Facultad de Ciencias Médicas "Dr. José Assef Yara".

RESUMEN

Introducción: el embarazo en la adolescencia es un evento que muchas veces se acompaña de alteraciones maternas y perinatales. **Objetivo:** evaluar la posible asociación entre el embarazo en la adolescencia y la comorbilidad materno-perinatal en



un Consultorio Médico de familia. **Métodos:** se realizó un estudio observacional analítico longitudinal prospectivo de cohorte para establecer la relación del periodo de adolescencia con la aparición de alteraciones materno-perinatales durante el embarazo en el Consultorio Médico de Familia de Santo Tomás en el Policlínico de Ceballos del municipio Ciego de Ávila durante un año transcurrido entre mayo/2018 y abril/2019. **Resultados:** predominaron las edades intermedias: 14 a 16 años (31,82 %) y el nivel de escolaridad secundaria terminada (63,64 %) entre las adolescentes y la adultez temprana: 29 a 31 años (45,45 %) y el universitario (54,55 %) en las no adolescentes. Las gastrorragias (54,55 %), el retardo en el crecimiento intrauterino (54,55 %), la anemia (63,64 %) y la sepsis vaginal (72,73 %) fueron las complicaciones más observadas con predominio en las expuestas pero sin diferencias significativas con las no expuestas. El parto pre término (36,36 %) y el parto distócico (54,55 %) predominaron en las expuestas, sin relación estadísticamente demostrada. El bajo peso al nacer se presentó por igual en ambos grupos de estudio. **Conclusiones:** la mayoría de las grávidas no presentaron complicaciones perinatales con distribuciones homogéneas entre los dos grupos.

Palabras clave: ADOLESCENCIA, ALTERACIONES MATERNO-PERINATALES, COMORBILIDAD, EMBARAZO, ESTUDIOS DE COHORTE.

Introducción

La adolescencia representa uno de los períodos más complejos e interesantes del crecimiento humano, debido a que el incremento en el tamaño de las estructuras corporales, que ha ocurrido de modo continuo desde el momento de la concepción, se combina con evidentes signos de maduración determinados por el inicio de la pubertad. La pubertad es un momento de importantes cambios antropométricos, hormonales y lipídicos, relacionados con el proceso de maduración sexual, que determinan entre otras cosas, las diferencias de los factores de riesgo cardiovascular entre adolescentes de uno y otro sexo. ⁽¹⁾

En las últimas décadas han ocurrido cambios importantes en el inicio de la pubertad y de la vida sexual de la población adolescente. Un número importante de estudios clínicos y epidemiológicos, así como encuestas de comportamiento, revelan que en los últimos años, la edad a la que se presenta la menarquia ha disminuido significativamente, el inicio de la vida sexual es más temprana y la edad a la primera unión es más tardía. ^(2,3)



Estas circunstancias de la vida contemporánea, condicionan la necesidad de que la población de adolescentes y jóvenes tenga acceso a información objetiva, oportuna, clara y veraz acerca de la sexualidad y desarrollo saludable, reproducción humana y salud sexual y reproductiva, que les permita prevenir embarazos no planeados y no deseados. ⁽⁴⁾

El embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad –comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia. La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados. ⁽⁵⁾

En general el término también se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica, variable según los distintos países del mundo, así como a las mujeres adolescentes embarazadas que están en situación de dependencia de la familia de origen. ⁽¹³⁾ En los países desarrollados los datos de embarazos en la adolescencia confirman una relación con los niveles educativos más bajos, las mayores tasas de pobreza, y otras situaciones de inestabilidad familiar y social. ⁽⁶⁻⁸⁾

En Cuba ha existido un cambio importante en la fecundidad. Entre 1972 y el 2013, la fecundidad en Cuba descendió de una Tasa General de Fecundidad de 3,77 a 1,58 hijos por mujer, una reducción de un 58 %, sin dudas la que puede calificarse de muy intensa, si se tienen en cuenta los niveles de los cuales se parte. ⁽⁹⁾ Si bien las tasas de fecundidad en la adolescencia y la proporción de nacidos vivos de madres adolescentes han disminuido sensiblemente, en este último caso en el marco del envejecimiento de la población en edad reproductiva, los niveles registrados deberían ser menores acordes a la fase de la transición de la fecundidad por la que transcurre el país. ⁽¹⁰⁾

El manual de procedimientos para la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres en Cuba, en el nuevo enfoque implementado en 2015, incluye cinco acciones a priorizar en los servicios de salud. Ellas son: cambios en los procesos de atención a grupos específicos, prevenir a toda costa embarazos en menores de 20 años, favorecer los embarazos en los grupos que se priorizan (de 20 a 30 años), proporcionar elevada seguridad en el embarazo de mujeres después de los 30 años y atenuar o eliminar los riesgos con celeridad, mientras tanto sugerir el uso de métodos anticonceptivo transitorios. Dentro de estos grupos a priorizar este manual define en primer lugar a las adolescentes. ⁽¹¹⁾



En la provincia Ciego de Ávila, según consta en los registros estadísticos del Hospital General Provincial Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola”, se realizaron en el año 2014 un total de 310 abortos provocados a adolescentes entre 15 y 18 años, y 31 a adolescentes entre 12 y 14 años. En los años 2015 y 2016, el número de abortos provocados aumentó pues en el año 2015 se realizaron 431 en las edades entre 15 y 18 años y 36 en las edades entre 12 y 14 años; y en el año 2016, se efectuaron 422 en el grupo de 15 a 18 años y 40 en de 12 a 14 años. ⁽³³⁾ Este Hospital da cobertura atencional al territorio sur provincial que incluye al municipio Ciego de Ávila al cual pertenece el Policlínico Ceballos, por tanto, una proporción de estos abortos son de adolescentes femeninas de este policlínico.

Objetivos: Objetivo General

Evaluar la posible asociación entre el embarazo en la adolescencia y la comorbilidad materno-perinatal en el Consultorio Médico de Familia de la comunidad rural de Santo Tomás, perteneciente al Policlínico Ceballos del municipio Ciego de Ávila; entre mayo de 2018 y abril de 2019.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar la población de estudio según algunas variables sociodemográficas de interés.
2. Establecer la posible asociación entre el embarazo en la adolescencia y la aparición de alteraciones materno-perinatales entre las cohortes en estudio.

Método:

Se realizó un estudio observacional analítico longitudinal prospectivo de cohorte para establecer la relación del periodo de adolescencia con la aparición de alteraciones materno-perinatales durante el embarazo, en gestantes del CMF de la comunidad rural de Santo Tomás, perteneciente al Policlínico de Ceballos en el municipio Ciego de Ávila y la provincia del mismo nombre durante el periodo de un año, transcurrido entre mayo de 2018 y abril de 2019. Universo y muestra: Para la realización del estudio se seleccionó una gestante adolescente (expuesta) por cada gestante no adolescente (no expuesta) a la condición de estudio en cuestión, de forma pareada 1:1. Quedando definida como expuestas las gestantes cuyas edades biológicas coincidieron con el periodo del ciclo



vital de la adolescencia entre 11 y 19 años y las no expuestas las gestantes cuyas edades biológicas no se ajustaron al periodo antes señalado.

Se trabajó con el universo conformado por 11 gestantes adolescentes (expuestas) por cumplir con los criterios de inclusión y ninguno de exclusión. Las gestantes no expuestas fueron seleccionadas por un muestreo probabilístico aleatorio simple, escogidas por orden cronológico consecutivo en la medida que fue captado su embarazo en el mismo CMF, a partir de iniciado el estudio hasta completar el número de 11.

Criterios de inclusión

1. Gestantes que dieron su consentimiento para participar en el estudio. En el caso de las menores de 18 años que éste fuera otorgado por el tutor legal (ver anexo I).
2. Que residieran permanentemente en el área residencial que atiende el CMF en el momento de iniciar estudio.

Criterios de exclusión

1. Gestantes o padres o tutores con retraso mental que le impidiera responder de forma coherente dar el consentimiento informado para la investigación.

Criterios de salida

1. Gestante que se trasladara del área del CMF durante el tiempo de atención y seguimiento.

Definición operacional de las variables en estudio

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Variables socio-demográficas				
Edad de inicio de la gravidez	Cuantitativa continua	De 11-13 años De 14-16 años De 17-19 años De 23-25 años De 26-28 años De 29-31 años De 32-35 años De 35 o más años	Según años cumplidos	Número y porcentaje según grupos de edades
Nivel de	Cualitativa	Primaria	Según nivel de	Número y



escolaridad	continua	terminada Secundaria terminada Preuniversitario Universitario	escolaridad alanzado.	por ciento según grupos de edades
Variables de comorbilidad materna				
Gestorragia	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Si hubo presencia o no del trastorno	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Retardo e el crecimiento intrauterino	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Si hubo presencia o no del trastorno	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Anemia	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Si hubo presencia o no del trastorno	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Hipertensión gestacional	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Si hubo presencia o no del trastorno	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Sepsis vaginal	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Si hubo presencia o no del trastorno	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Variables de comorbilidad perinatal				



Tiempo de gestación al parto	Cuantitativa continua	Pretérmino A término Postérmino	Según el tiempo en el que se presentó el parto	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Tipo de parto	Cualitativa nominal dicotómica	Eutócico Distócico	Según el tipo de parto que tuvo	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Peso del recién nacido	Cuantitativa continua	Menos 2500 2500-3999 4000 o más	Según lo que peso al nacer	Valor absoluto y mediana
Complicaciones en el neonato	Cualitativa nominal politómica	Bronconeumonía Bronco aspiración Traumatismos del parto Asfixia Otras	Si hubo presencia o no de alguna de estas complicaciones	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

Se confeccionó una base de datos en el programa Excel para sintetizar toda la información que luego fue resumida en frecuencias absolutas y porcentajes.

Resultados:

Tabla 1. Gestantes según grupo estudio y edad de inicio de la gravidez. Consultorio Médico de Familia "Santo Tomás". Policlínico Ceballos. Provincia Ciego de Ávila. 2018.

Edad de inicio de la gravidez	Grupo de estudio				Total	
	Adolescentes		No adolescentes			
	No.	%	No.	%	No.	%
De 11-13 años	1	9,09	0	0,00	1	4,55
De 14-16 años	7	63,64	0	0,00	7	31,82
De 17-19 años	3	27,27	0	0,00	3	13,64
De 23-25 años	0	0,00	2	18,18	2	9,09
De 26-28 años	0	0,00	2	18,18	2	9,09



De 29-31 años	0	0,00	5	45,45	5	22,73
De 32-35 años	0	0,00	2	18,18	2	9,09
35 años y más	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total	11	100,00	11	100,00	22	100,00

La tabla 1 muestra a modo descriptivo, las edades de las gestantes adolescentes y no adolescentes al momento de inicio de la gravidez.

El grupo de edades más representado en la totalidad investigada resultó el de 14 a 16 años con siete de ellas, todas adolescentes (31,82 %). Este grupo de edad también fue el predominante dentro del grupo de adolescentes (63,64 %). En las grávidas no adolescentes, el grupo de edades más representado resultó el de 29 a 31 años con cinco gestantes (45,45 %), constituyendo el 22,73 % del total estudiado.

Tabla 2. Gestantes según grupo estudio y nivel de escolaridad.

Nivel de escolaridad	Grupo de estudio				Total	
	Adolescentes		No adolescentes			
	No.	%	No.	%	No.	%
Primaria	1	9,09	0	0,00	1	4,55
Secundaria terminada	7	63,64	0	0,00	7	31,82
Preuniversitario	3	27,27	5	45,45	8	36,36
Universitario	0	0,00	6	54,55	6	27,27
Total	11	100,00	11	100,00	22	100,00

U de Mann-Whitney $p=0,000$

La tabla 2 muestra la distribución de gestantes según la exposición a adolescencia y el nivel de escolaridad presente al inicio de la gravidez.

En la totalidad de gestantes investigadas predominó el nivel de escolaridad preuniversitario (36,36 %), seguido por el secundario (31,82 %).

Entre las adolescentes grávidas predominó el nivel secundario con siete casos (63,64 %), seguido por el nivel preuniversitario con tres (27,7 %) y una con el nivel primario (9,09 %). Mientras que, entre las no adolescentes, predominó el nivel de escolaridad



universitario con seis de ellas (54,55 %), mostrando el resto de ellas un nivel preuniversitario (45,45 %).

Tabla 3. Gestantes según grupo estudio y complicaciones maternos-perinatales presentadas.

Complicaciones materno-perinatales	Grupo de estudio	Complicación				Total		p*
		Presente		Ausente		No.	%	
		No.	%	No.	%			
Gestorragia	Adolescentes	6	54,55	5	45,45	11	100,00	0,245
	No adolescentes	2	18,18	9	81,82	11	100,00	
RCIU	Adolescentes	6	54,55	5	45,45	11	100,00	0,280
	No adolescentes	3	27,27	8	72,73	11	100,00	
Anemia	Adolescentes	7	63,64	4	36,36	11	100,00	0,300
	No adolescentes	4	36,36	7	63,64	11	100,00	
Hipertensión gestacional	Adolescentes	2	18,18	9	81,82	11	100,00	0,061
	No adolescentes	8	72,73	3	27,27	11	100,00	
Sepsis vaginal	Adolescentes	8	72,73	3	27,27	11	100,00	0,555
	No adolescentes	6	54,55	5	45,45	11	100,00	

Nota: los porcentajes están calculados en base al total de las filas.

*Chi-cuadrado de Pearson (Corrección por continuidad de Yates)

Leyenda: RCIUR: Retardo en el crecimiento intrauterino.

La tabla 3 muestra la distribución de gestantes según la exposición o no a ser adolescente durante la gestación y la aparición de una serie de complicaciones en este periodo de la vida de las mujeres.



Se pudo observar que las gestorragias predominaron en las expuestas, al suceder en seis de las 11 adolescentes (54,55 %), respecto a solo dos de las no expuestas, gestantes no adolescentes (18,18 %). Sin embargo, estas diferencias porcentuales no resultaron significativas.

Los resultados de la actual investigación no coinciden con otra realizada, donde se reporta un aumento de la probabilidad de riesgo de hemorragia post-parto, obesidad, enfermedades mentales, pre eclampsia-eclampsia, endometritis puerperal, infecciones sistémicas, muerte prematura, parto prematuro y anemia. ⁽¹²⁾

Tabla 4. Gestantes por grupo estudio según tiempo de gestación al parto y tipo de parto.

Grupo de estudio	Tiempo de gestación al parto				Total		p*
	Pretérmino		A término		No.	%	
	No.	%	No.	%			
Adolescentes	4	36,36	7	63,64	11	100,00	0,367
No adolescentes	1	9,09	10	90,91	11	100,00	
Grupo de estudio	Tipo de parto				Total		p*
	Eutócico		Distócico		No.	%	
	No.	%	No.	%			
Adolescentes	6	54,55	5	45,45	11	100,00	0,245
No adolescentes	9	81,82	2	18,18	11	100,00	

Nota: los porcentajes están calculados en base al total de las filas.

*Chi-cuadrado de Pearson (Corrección por continuidad de Yates)

La tabla 4 muestra la distribución de las gestantes investigadas según la exposición positiva o negativa de la adolescencia como riesgo de alteraciones al momento del parto o del tiempo de presentación de este.

La prematuridad solo se presentó en cuatro de las 11 gestantes adolescentes (36,36 %), pero predominó sobre las gestantes no adolescentes donde solo se produjo en una sola (9,09 %), diferencias éstas que no fueron significativas según el resultado de la prueba estadística utilizada.

El embarazo no deseado representa un riesgo entre adolescentes. El 59,00 % de embarazos terminan en nacimientos y 41,00 % en abortos, 14,00 % de ellos éstos son involuntarios. El 15,00 % de abortos en el mundo, cifra que está alrededor de los dos millones, ocurren en mujeres de 15-19 años de edad. ^(12,14)



Tabla 5. Gestantes según grupo estudio y peso del recién nacido.

Grupo de estudio	Peso del recién nacido (gramos)				Total	
	Menos 2500		Entre 2500 y 3999			
	No.	%	No.	%	No.	%
Adolescentes	5	45,45	6	54,55	11	100,00
No adolescentes	4	36,36	7	63,64	11	100,00
Total	9	40,91	13	59,09	22	100,00

*Chi-cuadrado de Pearson (Corrección por continuidad de Yates) $p=0,867$

Nota: los porcentajes están calculados en base al total de las filas.

La tabla 5 muestra la distribución de gestantes según la exposición o no a edades tempranas de la vida reproductiva y el peso al nacer del recién nacido.

El bajo peso al nacer se presentó en nueve de la totalidad de gestantes investigadas (40,91 %); cinco entre las expuestas que representan un 45,45 % entre el total de adolescentes y cuatro en las no expuestas que representan un 36,36 % entre el total de grávidas de mayor edad.

Diferentes autores coinciden que los hijos de madres adolescentes tienen mayor riesgo de morbimortalidad. Entre éstos se destacan la prematuridad, el bajo peso al nacer, la sepsis, la sífilis congénita y una mayor mortalidad. En cuanto al neonato, éste tiene de dos a seis posibilidades más a nacer con un peso más bajo que el de una madre mayor de 20 años debido a la prematurez y al retraso del cuello intrauterino, que hace que el feto no se pueda desarrollar de manera normal. ⁽¹⁵⁻²⁰⁾

Tabla 6. Gestantes por grupo estudio según complicaciones perinatales.

Complicaciones perinatales	Grupo de estudio				Total	
	Adolescentes		No adolescentes			
	No.	%	No.	%	No.	%
No presentó	7	63,64	7	63,64	14	63,64
Bronconeumonía	2	18,18	2	18,18	4	18,18
Asfixia	1	9,09	1	9,09	2	9,09
Broncoaspiración	0	0,00	1	9,09	1	4,55
Traumatismos del parto	1	9,09	0	0,00	1	4,55



Total	11	100,00	11	100,00	22	100,00
-------	----	--------	----	--------	----	--------

Chi-cuadrado de Pearson $p = 0,731$

La tabla 6 muestra la distribución de las gestantes investigadas según la presencia o no de edades tempranas de su etapa reproductiva y la ocurrencia de complicaciones perinatales confirmadas en el neonato alrededor del parto.

En la mayoría de las grávidas estudiadas, en 14 de ellas (63,64 %), no se presentaron complicaciones perinatales. Las distribuciones fueron homogéneas en ambos grupos de estudio, observándose en siete de las adolescentes y en siete de las no adolescentes para un 63,64 %, respectivamente.

El embarazo en la adolescencia repercute directamente en la morbilidad y mortalidad infantil. Ello debido a problemas tales como anemia grave, hipertensión inducida por el embarazo, placenta previa, desproporción céfalo pélvica, así como las distocias mecánicas y dinámicas. ⁽⁵²⁾

Conclusiones

Predominaron las edades intermedias y el nivel de escolaridad secundario entre las gestantes adolescentes y la adultez temprana y el nivel de escolaridad universitario en las gestantes no adolescentes. Las gastrorragias, el retardo en el crecimiento intrauterino, la anemia y la sepsis vaginal fueron las complicaciones más sobrevenidas en las gestantes expuestas, pero sin diferencias significativas con las no expuestas. En los eventos relacionados al parto, el pre término y el parto distócico predominaron en las adolescentes sin estar relacionados estadísticamente. El bajo peso al nacer se presentó por igual en ambos grupos de estudio. La mayoría de las grávidas no presentaron complicaciones perinatales y en las ocurridas las distribuciones fueron homogéneas en ambos grupos de estudio.

Referencias Bibliográficas

1. Bacallao Gallestey J, Alerm González A, Ferrer Arrocha M. Paradigma del curso de la vida. Implicaciones en la clínica, la epidemiología y la salud pública. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2016.



2. Bennett S E, Assefi N P. School-based teenage pregnancy prevention programs: a systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Adolescent Health*, 2015; 36(1):72-81.
3. DiCenso A, Guyatt G, Willan A, Griffith L. Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 2016; 324(7351):1426-1430.
4. Calderón Morales IC, López Sánchez F, Artles de León I, Pérez González E. Propuesta de acciones para la prevención del abuso sexual en la niñez y la adolescencia [artículo en línea]. *MEDISAN 2007* [consulta: marzo 2016]; 11(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol11_3_07/san04307.htm
5. Orozco EN, Vaillan O, Cumba TO. Algunos factores de riesgo del embarazo en la adolescencia. *Rev MEDISAN* 2005; 9 (2):14-19.
6. González HA, Gutiérrez RA, Campos GAP. Estudio de las gestantes adolescentes y su repercusión en el recién nacido. *Rev Cubana Pediat* 2000; 72 (1): 549-53.
7. Mustelier RR, Valdespino BF, Hernández PR. La salud reproductiva en el adolescente. Algunas consideraciones importantes. La Habana. Centro Nacional de Educación para la Salud. 2003: 7-56.
8. Laffita BA, Arizona JM, Cutié JM, Cutié SLR. Adolescencia e interrupción de embarazo. *Rev Cubana de Obst Ginecol* 2014; 3 (1): 25-32.
9. García LL, Pérez RE, Avellaneda GA. Algunos factores asociados a la interrupción del embarazo en la adolescencia. *Programa Resúmenes* 2001: 269.
10. Israel LJ, Lugones BM, Valdespino PL, Ambrosio SS. Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2005; 21(3-4).
11. Martínez J, Serrano I, Doval JL. Anticoncepción hormonal oral en jóvenes: introducción, perfil socio-sanitario. En: Álvarez D, Álvarez de Sotomayor M, Balasch B, Barranco E, Bernabéu S. *Manual de anticoncepción hormonal*. Madrid: Editorial SEC; 2015:249-62.
12. Ministerio de Salud Pública. *Manual de procedimientos para la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2015.
13. Hospital General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola" Ciego de Ávila. *Informe de resultados del programa materno-infantil*. 2016.



14. United Nations. Millennium Development Goals Report 2014. New York: United Nations, 2014. Acceso: 17/12/2015. Disponible en: <http://www.un.org/millenniumgoals/2014%20MDG%20report/MDG%202014%20English%20web.pdf>
15. Vogel J., Pileggi C., Chandra V., Nogueira V., Paulo J., Chou D., et al. Millennium Development Goal 5 and adolescents: looking back, moving forward. Arch Dis Child 2015;100 (Suppl 1):s43-s47. Acceso 17/12/2015. Disponible en: http://adc.bmj.com/content/100/Suppl_1/S43.full.pdf+html
16. Mendoza LA, Arias M, Mendoza L. Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. Rev Chil Obstet Ginecol 2014;77(5):375-82.
17. Chotigeat U, Sawasdiworn S. Comparison outcomes of sick babies born to teenage mothers with those born to adult mothers. J Med Assoc Thai 2015;94(Suppl.3):S27-S34.
18. Islas LP, Cardiel L, Figueroa JF. Recién nacidos de madres adolescentes. Problema actual. Rev Mex Pediatr 2014;77:152-5.
19. Doig J. Indicadores perinatales en hijos de madres adolescentes del Instituto Especializado Materno. Perinatal durante el año 2003. Rev Peruana Pediatr 2016;59:6-11.
20. Donoso E, Becker J, Villarroel L. Natalidad y riesgo reproductivo en adolescentes de Chile, 1990-1999. Rev Panam Salud Pública 2014;14:3-8.