

**Patrón de riesgo en la gestante adolescente primípara: un problema latente**

**Risk pattern in primiparous pregnant adolescent: a latent problem**

**MsC. Viviana Pascual López <sup>1</sup> y MsC. Abelardo S. Toirac Lamarque <sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Especialista de II Grado en Obstetricia y Ginecología. Máster en Atención Integral a la Mujer. Instructora. Hospital Ginecoobstétrico Docente "Tamara Bunke Bider", Santiago de Cuba, Cuba.

<sup>2</sup> Especialista de II Grado en Obstetricia y Ginecología. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesor Titular y Consultante. Hospital Ginecoobstétrico Docente "Tamara Bunke Bider", Santiago de Cuba, Cuba.

**RESUMEN**

El objetivo de esta investigación fue identificar en la adolescente primípara y su hijo un eventual patrón de riesgo, considerando las características de atención médica integral que recibe esta población en el país. Se realizó un estudio transversal y retrospectivo, de tipo casos y controles, integrado por una muestra de 207 unidades de análisis (69 casos y 138 controles), de 1 290 embarazadas en total. Entre las variables evaluadas figuraron: abortos provocados previos ( $\leq 2$ ); afecciones diagnosticadas, asociadas con el embarazo; eventos dependientes de la gestación y otras. En el análisis estadístico se aplicó la razón de productos cruzados (RPC) u *odds ratio* (OR), con un intervalo de confianza (IC) de 95 %, así como la prueba de Ji al cuadrado, con  $p = 0,05$  o menor. Las variables de asociación significativa y carácter causal fueron: anemias deficitarias en segundo y tercer trimestres, infección genital en primer trimestre y amenaza de parto pretérmino, en tanto los abortos ( $\leq 2$ ) y las enfermedades del feto mostraron significación en sus asociaciones y carácter protector. Se identificó un patrón de riesgo de limitada complejidad para su manejo, con amplias opciones de modificación antes y después de la concepción y sin impacto negativo sobre la mortalidad maternoperinatal.

**Palabras clave:** embarazo, adolescencia, patrón de riesgo, hospital materno.

**ABSTRACT**

The objective of this research was to identify a possible risk pattern in the primiparous adolescent and her child, taking into account the characteristics of comprehensive health care that this population receives in the country. A cross-sectional and retrospective case-control study was conducted in a sample of 207 analysis units (69 cases and 138 controls), of 1 290 pregnant women in total. Among the evaluated variables were earlier induced abortions ( $\pm 2$ ); diagnosed conditions associated with pregnancy; pregnancy-dependent events and others. In the statistical analysis the odds ratio (OR) was used with a 95 % confidence interval (CI), as well as the chi-square test with  $p = 0,05$  or lower. Variables of significant association and causal character were deficiency anemia in second and third trimesters, genital infection in first trimester and preterm labor, while abortions ( $\pm 2$ ) and fetal diseases

showed significance in their associations and protective character. A risk pattern of limited complexity for its use was identified, with extensive modification options before and after conception, and without negative impact on maternal perinatal mortality.

**Key words:** pregnancy, adolescence, risk pattern, maternity hospital.

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un concepto relativamente nuevo. Fue reconocida como fase específica en el ciclo de la vida humana desde la segunda mitad del pasado siglo y tal reconocimiento estuvo muy ligado a cambios políticos, económicos y culturales, al desarrollo industrial y educacional, al papel que comenzó -- entonces -- a desempeñar la mujer y al enfoque de género, en correspondencia con la significación que tuvo, a partir de ese momento, este grupo poblacional para el progreso socioeconómico de la Humanidad.

De hecho, los adolescentes fueron vistos como niños grandes por los pediatras o como adultos pequeños por otros especialistas, pero a partir de los años 80 del pasado siglo XX se desarrolló un movimiento mundial dirigido a la individualización de este grupo poblacional y a la elaboración y ejecución de programas integrales de educación, promoción y atención para la salud, que tuvieron aplicación específica, a saber: Convención sobre los Derechos, ONU, 1989; Cumbre Mundial a favor de la Infancia, 1990; Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, 1994. Ha habido consenso, desde aquella época, en cuanto a considerar que el adolescente resulta ser un sujeto extremadamente vulnerable desde el punto de vista biológico y social.

El embarazo en la adolescencia es una de las preocupaciones médicas más importantes, fundamentada e íntimamente relacionada y determinada con y por la conducta sexual de los jóvenes de estos tiempos. La gestación y el parto en adolescentes acarreamos riesgos diversos y complicaciones trascendentes. Niñas de 15 a 19 años de edad paren alrededor de 15 millones de otros niños cada año y mueren más por causas relacionadas con un embarazo, parto o puerperio patológico que por ninguna otra razón. Se estima que la probabilidad de morir de una adolescente se duplica respecto a la de una mujer en edad óptima para gestar y parir. Y si su edad es inferior a 15 años la probabilidad de riesgo se quintuplica. Además, los hijos de las adolescentes constituyen un grupo de infantes de muy alto riesgo, tanto, que su mortalidad en el primer año de vida es 1,5 veces mayor que en los nacidos de féminas de 20-29 años.<sup>1-4</sup>

No obstante, en informes de la bibliografía consultada se comprueba que este cuadro pronóstico para la adolescente embarazada y su hijo se modifica, en forma positiva, cuando la pareja, familia y sociedad identifica y reconoce individualmente el problema, así como existe valentía política y respaldo jurídico consecuente para enfrentarlo, de modo que se ofrezca una adecuada atención médica en vida preconcepcional y posconcepcional a la pareja, la gestante y su hijo.<sup>5</sup>

Quienes han dispuesto de estas posibilidades, lo demuestran. Cuba ha sido uno de esos "quienes" y -- consecuentemente -- se ha estructurado, en oportunidad y tiempo, una reconocida política social que ha tenido en la educación y la salud su expresión más amplia e integral y en el Programa de Atención a la Adolescencia, su mejor instrumento (República de Cuba. Ministerio de Salud Pública, 1988). Los medios diseñados a tales fines han sido muchos y abarcadores y en disímiles campos, a saber: político, legislativo, jurídico,

educacional en sexo y reproducción, promocional de salud general, médico, económico y, además, también ha sido importante el apoyo de asociaciones sociales, científicas, estudiantiles y sindicales, entre otras.

Definidos estos presupuestos, se ha llevado a cabo una evaluación comparativa de los patrones de riesgo reproductivo que muestran a adolescentes y gestantes en edad óptima para parir y sus hijos primogénitos, según las características y condiciones de atención integral, a saber, social y médica, de que disfrutaban estos segmentos de la población femenina.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal y retrospectivo, de tipo casos y controles.

El universo estuvo integrado por 1 290 embarazadas que parieron en un período de 6 meses en el Hospital Ginecoobstétrico Docente "Tamara Bunke Bider" de Santiago de Cuba, en tanto la muestra reunió a 207 unidades de análisis. Los casos fueron 69 adolescentes que tuvieron su primer hijo, escogidas en consecutividad cronológica -- según registros del libro de partos y en una relación 2:1 --; y las 138 tomadas como controles, seleccionadas de entre las primíparas, incluidas en el grupo etario de 20-29 años.

La información requerida para este trabajo se obtuvo del carné de atención a embarazadas y de las historias clínicas de casos y controles.

Se consideró, previamente, el carácter homogéneo de ambos grupos, entendiéndose: casos y controles, atendiendo a los valores de los parámetros: procedencia urbana/rural, estado nutricional (índice de masa corporal, o sea:  $IMC = \text{peso kg}/\text{talla}^2\text{m}$ : déficit nutricional, normal y sobrepeso-obesidad) y, en captación precoz: niveles de hemoglobina inferiores a 11 g/L, excluidas hemoglobinopatías de cualquier tipo. En consecuencia, las variables evaluadas fueron: abortos provocados previos ( $\leq 2$ ); afecciones diagnosticadas, asociadas con el embarazo: anemias deficitarias en segundo y tercer trimestres, infección genital en cada trimestre, infección urinaria, asma bronquial e hipertensión arterial crónica y eventos dependientes de la gestación, tales como: rotura prematura de membranas ovulares, amenaza de parto pretérmino y gestorragias; y, además, tipo de parto: pretérmino, postérmino, distocias, cesáreas primitivas; estado del recién nacido: puntaje de Apgar, bajo peso, estado nutricional (pequeño y grande para su edad) y finalmente: morbilidad y mortalidad fetal, neonatal y materna.

También se estimaron los indicadores siguientes: índice de bajo peso, estado nutricional del recién nacido; índice de Apgar bajo (al 5<sup>to</sup> minuto), índice de cesáreas primitivas y tasas de morbilidad y mortalidad fetal, neonatal y materna.

Se creó una base de datos en Epi Info versión 5.0. Para el análisis estadístico se obtuvo la razón de productos cruzados [RPC/*odds ratio* (OR)], con un intervalo de confianza (IC) de 95 %; y para validar los resultados se utilizó la prueba de Ji al cuadrado, con valores de  $p = 0,05$  o menor. Los valores de significación fueron considerados en 3 categorías, a saber: I,  $p \leq 0,05$  (estándar); II,  $p \leq 0,01$  (alta) y III,  $p \leq 0,001$  (muy alta). El riesgo relativo estimado (RR) se clasificó según intervalos de valores de RPC: RR débil, si RPC 1,2-1,6; moderado, si 1,7-2,5; y marcado, si mayor que 2,5.

Finalmente, desde el punto de vista bioético, fueron tenidas en cuenta todas las consideraciones requeridas para garantizar la confidencialidad de la información, de las personas objeto de estudio y de sus respectivos expedientes clínicos.

## RESULTADOS

Las adolescentes precoces y tardías representaron, en forma respectiva, 8,69 y 91,30 % de los casos y, de la misma forma, 0,46 y 4,88 -- equivalentes a 5,34 % -- de las 1 290 gestantes que parieron en el curso de este estudio.

Quedó demostrado el carácter homogéneo de ambos grupos (casos y controles), en atención las variables procedencia:  $p=0,69$ ; estado nutricional (IMC):  $p=0,34$  y niveles de hemoglobina inferiores en la captación precoz, excluidas hemoglobinopatías de cualquier tipo:  $p=0,20$ .

En la tabla 1 se evidencia que el aborto provocado -- en número inferior a 2 -- muestra carácter protector en su asociación (RPC: 0,46; IC: 0,25-0,90) y significación con valor de  $p = 0,014$ ; al mismo tiempo se citan las afecciones diagnosticadas que se vincularon al embarazo. Apréciase que la anemia deficitaria en el segundo trimestre se expresa con causalidad, significación y riesgo relativo moderado (RPC: 2,12; IC: 1,09-4,13;  $p=0,016$ ). Este evento mostró, durante el último trimestre, muy alta significación y marcado nivel de riesgo relativo (RPC: 5,48; IC: 2,80-10,80;  $p=3,364 \times 10^{-8}$ ).

Por su parte, la infección genital en el primer trimestre alcanzó una elevada significación, asociación de carácter causal y riesgo relativo moderado (RPC: 2,26; IC: 1,17-4,37;  $p=0,008$ ); sin embargo, en el segundo careció de significación ( $p=0,293$ ) y en el último se reconoció la existencia de una asociación significativa, pero sin criterio de causalidad (RPC: 1,85; IC: 0,98-3,49;  $p=0,041$ ). Las restantes afecciones diagnosticadas en los casos estudiados no se relacionaron significativamente; así, el asma bronquial -- absolutamente independiente -- no fue un factor de riesgo ( $p=1,00$ ), y la infección urinaria y la hipertensión arterial revelaron valores respectivos de  $p=0,233$  y  $0,732$ .

Tabla 1. *Relación entre los abortos provocados y las afecciones asociadas al embarazo*

Variables	RPC-IC	p	Riesgo relativo estimado	Carácter de la asociación
▫ Abortos provocados ( $\leq 2$ )	0,46/0,25-0,90	0,014		Protectora
▫ Afecciones asociadas al embarazo (trimestre = ttre)				
○ Anemia deficitaria II ttre	2,12/1,09-4,13	0,016	Moderado: 2,12	Causal
○ Anemia deficitaria III ttre	5,48/2,80-10,80	$3,364(10)^{-8}$	Marcado: 5,48	Causal
○ Infección genital I ttre	2,26/1,17-4,37	0,008	Moderado: 2,26	Causal
○ Infección genital II ttre	0,71/0,36-1,40	0,293		
○ Infección genital III ttre	1,85/0,98-3,49	0,041	Moderado: 1,85	No causal
○ Infección urinaria	1,12/0,55-2,29	0,732		
○ Asma bronquial	1,00/0,28-3,36	1,00		
○ Hipertensión arterial	0,50/0,14-1,72	0,233		

Las afecciones dependientes del embarazo (tabla 2), tales como gestorragias y rotura prematura de las membranas ovulares, no guardaron relación significativa con la edad de la madre cuando obtuvieron valores de  $p = 0,475$  y  $0,497$ , respectivamente; sin embargo, la amenaza de parto prematuro (APPT) alcanzó una asociación altamente significativa, carácter causal y marcado riesgo relativo (RPC: 3,99; IC: 1,16-14,39;  $p=0,010$ ). Los eventos restantes, a saber: parto pretérmino, distocias y cesáreas primitivas -- sobre todo el primero -- tampoco mantuvieron relación de significación, con valores de  $p= 0,470$ ,  $0,640$  y  $0,714$  e índices respectivos para casos y controles de 8,69-5,07%; 28,98- 26,81 % y 21,73-19,56 %.

Tabla 2. Afecciones dependientes del embarazo y el tipo de parto

Variables	RPC-IC	p	Riesgo relativo estimado	Carácter de la asociación
▫ Afecciones dependientes del embarazo				
○ Rotura prematura de membranas ovulares (RPMO)	0,75/0,30-1,84	0,497		
○ Amenaza de parto pretérmino (APPT)	3,99/1,16-14,39	0,010	Markado: 3,99	Causal
○ Hemorragias del periparto	2,03/0,20-20,69	0,475		
▫ Tipo de parto				
○ Pretérmino	1,52/0,42-5,42	0,470		
○ Postérmino	1,77/0,84-3,77	0,105		
○ Distocias	1,11/0,69-1,80	0,640		
○ Cesáreas primitivas	1,14/0,53-2,45	0,140		

Adolescencia y enfermedades del feto se asociaron con carácter protector (RPC: 0,48; IC: 0,25-0,92) y significación de  $p=0,017$ . Los eventos diagnosticados fueron: alteraciones del volumen del líquido amniótico, restricción del crecimiento fetal, hipoxia perinatal y malformaciones congénitas; sin embargo, la morbilidad del neonato (dígase bajo peso), los trastornos nutricionales, el déficit primario de surfactante y la sepsis, no evidenciaron asociación ni significación alguna (RPC: 1,15; IC: 0,52-2,54;  $p=0,714/18,84-21,01$  %). Particular atención merecieron las variables bajo peso ( $p=0,694/5,79-7,24$  %) y estado nutricional del neonato: pequeño y grande para su edad gestacional ( $p=0,528$ ; 4,34-6,52 % / $p=0,47$ ; 2,89-5,07 %). Por otra parte, las afecciones maternas en el posparto tampoco se relacionaron significativamente ( $p=0,829/p=0,342$ ) ni revistieron carácter de gravedad (tabla 3).

Tabla 3. *Relación entre las enfermedades del feto, del recién nacido y de la madre*

<b>Variables</b>	<b>RPC-IC</b>	<b>p</b>	<b>Riesgo relativo estimado</b>	<b>Carácter de la asociación</b>
▫ Enfermedades del feto	0,48/0,25-0,92	0,017		Protectora
▫ Enfermedades del recién nacido	1,15/0,52-2,54	0,714		
○ Bajo peso	0,79/0,2-2,88	0,694		
○ Pequeño para su edad gestacional	0,65/0,13-2,75	0,528		
▫ Enfermedades de la madre				
○ Puerperio inmediato	0,93/0,47-1,84	0,829		
○ Puerperio mediato	1,36/0,69-2,70	0,342		

En la tabla 4 se reflejan, en forma resumida -- para casos y controles--, los valores de algunos indicadores básicos del Programa Materno-Infantil y otros parámetros estadísticos también de sumo interés. Finalmente sobresalió que en la serie no se produjeron defunciones maternoperinatales.

Tabla 4. *Análisis comparativos de los indicadores básicos del Programa Materno-Infantil entre casos y controles*

<b>Variables</b>	<b>Casos</b>	<b>Controles</b>	<b>Análisis comparativo (%)</b>	
▫ Morbilidad perinatal	44	68	31,88	24,63
○ Parto pretérmino	6	7	8,69	5,07
○ Bajo peso	4	10	5,79	7,24
○ Pequeño para su edad gestacional	3	9	4,34	6,52
○ Grande para su edad gestacional	2	7	2,89	5,07
▫ Morbilidad de la madre				
○ Índice de distocias	20	37	28,98	26,81
○ Índice de cesáreas primitivas	15	27	21,73	19,56
○ Puerperio inmediato	21	40	30,43	28,98

## DISCUSIÓN

Según Godinho, <sup>6</sup> "la adolescencia" es una época de crisis, de cambios, de adaptaciones y readaptaciones... a un nuevo cuerpo... y a una nueva actitud ante la vida"; y de ahí su vulnerabilidad potencial y de espectro amplio. En tales circunstancias y condiciones se encontraba 5,34 % de la población estudiada, mientras en la bibliografía médica se informan valores en intervalo de 2,3–11,8 % <sup>7,8</sup> (García SI. Embarazo en la adolescencia. Libro Programa/Resúmenes. XIV Congreso de la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología, La Habana, 2010 (1):296).

A esta fecha, el embarazo "sorpresa" sigue siendo una problemática globalizada de carácter médico y social, que tiene como vía casi única de solución al aborto provocado: 1 de cada 4 abortos se lleva a cabo en adolescentes <sup>9</sup> o, para otros, 25,7 %. <sup>10</sup> Aunque en este estudio

dicha práctica resultó ser un factor de protección, es una realidad irrefutable que los métodos anticonceptivos no son debidamente conocidos y, en consecuencia, tampoco se utilizan de forma sistemática; sin embargo, la información, la divulgación y la promoción mediáticas no han dejado de estar presentes.

En este sentido, Doblado *et al*<sup>11</sup> consideran: "La explicación de este hecho no es otra que las adolescentes toman la interrupción del embarazo como un método de contracepción". Entiéndase, entonces, que si al respecto se ha brindado y debe haberse recibido instrucción, debería tenerse educación, pero ha faltado y aún falta cultura anticonceptiva (Bustamante DR, Enríquez DB, Elzaurdin BI, Puebla GM. Grado de conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en las y los adolescentes. Libro Programa/Resúmenes. XIV Congreso de la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología, La Habana, 2010(6):299).

La inmadurez biológica, psicológica y social, tanto como los riesgos obstétrico, posnatal, infantil y preescolar han sido consideradas apreciables para la madre adolescente y su hijo; así se describe la adicción al alcohol y al tabaco, desinterés en sus estudios, familia monoparental y de precaria economía. Al propio tiempo, han sido notificadas como complicaciones maternas: anemias, hipertensión inducida por el embarazo, infecciones genitales, partos pretérmino, hemorragia posparto y endometritis puerperal; mientras, el perinato nace con restricción de su crecimiento en útero, bajo peso o muy bajo peso y sus complicaciones, a saber: hipoxia, infecciones, dificultad respiratoria y tasas elevadas de mortalidad perinatal e infantil.<sup>8,12,13</sup>

En la casuística estudiada se identificaron como factores maternos de asociación significativa y carácter causal las anemias deficitarias en el segundo y tercer trimestres y la infección genital en el primero, así como la amenaza de parto pretérmino, al tiempo que el riesgo relativo estimado permitió inferir que la adolescente embarazada tenía 2,12; 5,48; 2,26 y 3,99 veces más posibilidades de padecer estos eventos que los controles de edad óptima. Resultó relevante, a juicio de los autores, que no se diagnosticara ningún caso de hipertensión inducida por el embarazo, entiéndase preclampsia-eclampsia, considerando que es -- de forma casi unánime -- una entidad de reconocida frecuencia de observación en las gestantes adolescentes.

Conviene hacer notar que la rotura prematura de membranas ovulares y, sobre todo, las hemorragias del periparto no mostraron relación alguna con el hecho de ser madres adolescentes. De la misma forma, partos pretérmino y postérmino, distocias y cesáreas primitivas, bajo peso al nacer y restricción del crecimiento intrauterino (pequeño para su edad gestacional), así como tampoco las afecciones del puerperio revelaron diferencias entre casos y controles, aunque la literatura biomédica consultada, incluida la autóctona, es prolija en referencias con carácter contrario. Se aprecia, además, que las fetopatías y la maternidad en la adolescencia se asociaron con significación y carácter protector, a la vez que no hubo casos con valoración inferior a 7 en el puntaje de Apgar. Debe añadirse, para finalizar, que no falleció ninguna integrante de la casuística.

Ahora se valoran estos resultados de forma conjunta. Es indiscutible que el organismo de la adolescente está en franco desarrollo y, por tanto, definiendo rasgos estructurales y funcionales.<sup>14,15</sup> En lo biológico se reconocen como factores de modulación: edad cronológica y de la menarquia, equilibrio del eje neuroendocrino, patrón de crecimiento, estado nutricional, salud reproductiva y conservación del ritmo de crecimiento durante la gestación.

En lo psicosocial se consideró de primera importancia: calidad afectiva del medio familiar, escolaridad y grado de madurez de la adolescente, estado del vínculo con su pareja,

economía de la familia, acceso y nivel de calidad de la atención médica obstétrica que reciba y desarrollo integral de la sociedad. En otros términos, los riesgos que puede determinar la edad de la gestante adolescente y sus resultados reproductivos se expresan a través de esos factores y de la relación interactiva que mantengan.

De ese modo, los autores de este artículo se muestran optimistas, por cuanto los eventos y circunstancias que indican asociación de causalidad en la serie estudiada son susceptibles de prevenirse, diagnosticarse y modificarse -- positivamente -- en su curso, bajo tratamiento en preconcepción y/o oportunamente durante el embarazo. En consecuencia, opinan que tales opciones pueden explicarse, por cuanto:

- 1º. La frecuencia de observación para adolescentes primíparas debe considerarse baja en la población de este territorio.
- 2º. El carácter homogéneo de casos y controles, en términos de procedencia, estado nutricional y niveles de hemoglobina en captación, constituye un hecho de alto valor médico y social.
- 3º. La mayoría de las adolescentes de 15 y más años constituyen un grupo que se reconoce, casi por unanimidad, con expectativas de pronóstico mucho mejores que las deseables por las más jóvenes,<sup>7,12,13</sup> en tanto su vulnerabilidad impresiona limitada por los resultados de las variables y el carácter de las asociaciones definidas.
- 4º. Las adolescentes son beneficiadas en vida preconcepcional y posconcepcional por la atención diferenciada que se les brinda, a tono con las indicaciones del Programa de Salud Reproductiva vigente, de modo que se establece un patrón de riesgo reproductivo específico, propio, de reducida complejidad para su manejo y con pronóstico favorable.

Los autores, no obstante, proyectan continuar este estudio para ratificar sus hallazgos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alarcón PL, Aliño SM, Álvarez CZ, Álvarez PR, Bandera RA, Bello MA. Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia. La Habana: MINSAP, 2002:15-6.
2. Cabezas CE. Mortalidad materna y perinatal en adolescentes. Rev Cubana Obst Ginecol 2002; 28(1):5-10.
3. Peláez MJ. Consideraciones del uso del anticonceptivo en la adolescencia. Rev Cubana Obst Ginecol 1996; 22(19):11-5.
4. Wolf LI, Rosebaum R. The benefits of school-based condom availability: cross sectional analysis of a comprehensive high school based program. Adolescent Health 1996; 17(3):184-8.
5. Oliveira da Silva M. Medicina materno-fetal. En: Mendes da Graça L. El embarazo en los extremos de la vida reproductiva. 3 ed. Lisboa: LIDEL, 2005; vol 1:138-43.
6. Godinho RA, Schelp JR, Parada CM, Berthohcello M. Adolescentes y embarazadas: ¿Dónde buscan apoyo? Rev Latinoam Enfermagen 2000; 8(2):25-32.
7. Najati N, Gojazadeh M. Maternal and neonatal complications in mothers aged under 18 years. Patient Prefer Adherence 2010; 4:219-22.



8. Arkan DC, Kaplanoglu M, Kran H, Ozer A, Coskun A, Turgut E. Adolescent pregnancies and obstetric outcomes in southeast Turkey data from two regional centers. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2010; 37(32):144-7.
9. Peláez Mendoza J. Aborto en las adolescentes: ¿Quién toma la decisión? *Sexol Soc* 2007; 13(33). <[http://www.cenesex.sld.cu/webs/aborto\\_en\\_adolescentes.htm](http://www.cenesex.sld.cu/webs/aborto_en_adolescentes.htm)> [consulta: 12 enero 2011].
10. Doblado DN, Rosa BI de la, Pérez RE, Jiménez SC, González PG. Estrategia de intervención educativa para elevar el conocimiento sobre algunos aspectos de sexualidad en estudiantes. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2009; 35(4):191-204.
11. Doblado Donis N, Rosa Batista I de la, Junco Manrique A. Aborto en la adolescencia: un problema de salud. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2010; 36(3). <[http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol\\_36\\_03\\_10/gin11310.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol_36_03_10/gin11310.htm)> [consulta: 12 enero 2011].
12. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectorial study. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192(2):342-9.
13. Malamitsi-Puchner A, Boutsikou T. Adolescent pregnancy and perinatal outcome. *Pediatr Endocrinol Rev* 2006; 3 Suppl 1:170-1.
14. Koyama A, Corliss HL, Santelli JS. Global lessons on healthy adolescent sexual development. *Curr Opin Pediatr* 2009; 21(94):444-9.
15. Fatusi AO, Hindin MJ. Adolescent and youth in developing countries: health and development issues in context. *J Adolesc* 2010; 33(4):499-508.

Recibido: 7 de octubre de 2011

Aprobado: 29 de octubre de 2011

**Dra. Viviana Pascual López.** Hospital Ginecoobstétrico Docente "Tamara Bunke Bider", Avenida de los Libertadores, entre 5 y 7, reparto Fomento, Santiago de Cuba, Cuba.  
Dirección electrónica: [toirac@medired.scu.sld.cu](mailto:toirac@medired.scu.sld.cu)