



DESENLACES PERINATALES EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS UN ANÁLISIS BASADO EN DATOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

PERINATAL OUTCOMES IN PREGNANT ADOLESCENTS AN ANALYSIS BASED ON PRIMARY CARE DATA

Estrella Marisol Mero Quijije ^{1*}

¹ Universidad Estatal del Sur de Manabí. Ecuador. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4821-1280>. Correo: estrella.mero@unesum.edu.ec

Mery Guerra Velásquez ²

² Universidad de Zulia. Venezuela. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6784-5348>. Correo: meryvg127@yahoo.es

Dolores Mirella Cedeño Holguín ³

³ Universidad Estatal del Sur de Manabí. Ecuador. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8572-0327>. Correo: dolores.cedeño@unesum.edu.ec

Christel Gema Moreira Parrales ⁴

⁴ Universidad Estatal del Sur de Manabí. Ecuador. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4874-2455>. Correo: christel.moreira@unesum.edu.ec

* Autor para correspondencia: estrella.mero@unesum.edu.ec

Resumen

El embarazo adolescente en el Distrito 13D06 de Manabí, Ecuador, constituye un problema de salud pública asociado a altos riesgos perinatales y desigualdades socioeconómicas. En este estudio cuantitativo correlacional de corte transversal llevado a cabo entre enero y diciembre de 2024, se incluyeron 49 gestantes de 13 a 19 años atendidas en centros de salud primarios, empleando muestreo censal y un cuestionario validado para recopilar datos de prematuridad, restricción de crecimiento, bajo peso al nacer y complicaciones perinatales. Los hallazgos revelaron que las adolescentes de 18 a 19 años presentaron mayor incidencia de restricción de crecimiento intrauterino (17,1 %), prematuridad (11,4 %), bajo peso al nacer (22,9 %) y complicaciones perinatales (5,7 %), en contraste con menores de 17 años sin casos de RCIU ni complicaciones. Estos resultados, con evidencia internacional, sugieren que la madurez biológica y el estado nutricional materno influyen en desenlaces adversos y respaldan la necesidad de protocolos diferenciados



Esta obra está bajo una licencia *Creative Commons* de tipo (CC-BY-NC-SA).

Sociedad Ecuatoriana de Investigación Científica. E-mail: revistabiosana@gmail.com



según edad cronológica. Se recomienda fortalecer el control prenatal, intervenciones nutricionales y estudios multicéntricos que incluyan variables biopsicosociales para optimizar la atención de gestantes adolescentes.

Palabras clave: Embarazo adolescente; resultados perinatales; prematuridad; bajo peso al nacer; Distrito 13D06.

Abstract

Adolescent pregnancy in District 13D06 of Manabí, Ecuador, is a public health problem associated with high perinatal risks and socioeconomic inequalities. In this cross-sectional quantitative correlational study conducted between January and April 2024, 49 pregnant women aged 13 to 19 years attended in primary health centers were included, using census sampling and a validated questionnaire to collect data on prematurity, growth restriction, low birth weight and perinatal mortality. The findings revealed that adolescents aged 18 to 19 years had a higher incidence of intrauterine growth restriction (17.1 %), prematurity (11.4 %), low birth weight (22.9 %) and perinatal mortality (5.7 %), in contrast to those under 17 years of age with no cases of IUGR or mortality. These results, with international evidence, suggest that biological maturity and maternal nutritional status influence adverse outcomes and support the need for differentiated protocols according to chronological age. It is recommended to strengthen prenatal control, nutritional interventions and multicenter studies that include biopsychosocial variables to optimize the care of adolescent pregnant women.

Keywords: Adolescent pregnancy; perinatal outcomes; prematurity; low birth weight; District 13D06

Fecha de recibido: 14/06/2025

Fecha de aceptado: 21/08/2025

Fecha de publicado: 18/09/2025

Introducción

El embarazo en la adolescencia persiste como un desafío crítico para la salud pública global, con aproximadamente 21 millones de gestaciones anuales en mujeres de 15 a 19 años, de las cuales casi la mitad son no planeadas (1). En América Latina, esta problemática adquiere dimensiones alarmantes: la región presenta la segunda tasa más alta de fecundidad adolescente del mundo, con 111 nacimientos por cada 1,000 mujeres jóvenes en países como Ecuador (2). Estas cifras no solo reflejan desigualdades sociales y de género, sino que también se asocian con mayores riesgos obstétricos, incluyendo parto prematuro, bajo peso al nacer y complicaciones hipertensivas (3,4). A nivel mundial, las complicaciones del embarazo y parto representan la principal causa de muerte en adolescentes, situación agravada en contextos de limitado acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (5,6).

Los riesgos perinatales asociados al embarazo adolescente incluyen múltiples complicaciones tanto maternas como neonatales que incrementan de forma significativa la morbilidad. Las madres adolescentes



Esta obra está bajo una licencia *Creative Commons* de tipo (CC-BY-NC-SA).

Sociedad Ecuatoriana de Investigación Científica. E-mail: revistabiosana@gmail.com



presentan mayor riesgo de desarrollar preeclampsia, ruptura prematura de membranas, anemia materna, infecciones de transmisión sexual y depresión posparto (7). Por su parte, los resultados neonatales adversos comprenden bajo peso al nacer, prematuridad, restricción del crecimiento intrauterino y mayor mortalidad perinatal. Estos riesgos se ven potenciados por el inadecuado control prenatal y la inmadurez biológica del sistema reproductivo adolescente (8). Por ende, la atención médica especializada y el seguimiento multidisciplinario se vuelven esenciales para mitigar complicaciones y optimizar los resultados materno-fetales.

Estudios multicéntricos en países de ingresos medios y bajos revelan que las madres menores de 19 años presentan un riesgo 50% mayor de complicaciones perinatales comparado con mujeres de 20-24 años (3). Análisis sistemáticos en países desarrollados confirman patrones similares, con incrementos significativos en restricción del crecimiento intrauterino (RR:1.43) y prematuridad (RR:1.32) (9). Estos hallazgos se atribuyen tanto a la inmadurez biológica del tracto reproductivo adolescente como a factores psicosociales concurrentes, incluyendo nutrición deficiente y control prenatal tardío o ausente (4,10).

En el contexto ecuatoriano, las cifras demuestran que el 28% de adolescentes en hogares pobres experimentan maternidad temprana versus el 11% en estratos económicos altos (2). Datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (2017) revelan que Manabí presenta una tasa de fecundidad adolescente de 85 por 1,000, superando el promedio nacional de 77 (11). Sin embargo, la evidencia científica sobre desenlaces perinatales específicos en el Distrito 13D06 resulta escasa y fragmentada, limitando el diseño de intervenciones basadas en necesidades locales. Esta brecha de conocimiento adquiere relevancia crítica ante el impacto diferencial de la pandemia COVID-19 en el acceso a servicios de planificación familiar en la región (2).

La literatura reciente destaca disparidades geográficas sustanciales en los perfiles de riesgo perinatal. Mientras estudios africanos reportan prevalencias de bajo peso al nacer del 18-27% en adolescentes (4), investigaciones nicaragüenses documentan tasas de prematuridad del 14.5% vinculadas a determinantes sociales como educación incompleta y ruralidad (6). En Ecuador, análisis de encuestas demográficas identifican factores protectores clave, incluido el acceso a educación sexual integral y servicios de salud amigables (11). No obstante, la carencia de datos primarios estratificados por grupos etarios precisos y variables obstétricas específicas dificulta la identificación de subpoblaciones de máximo riesgo en contextos provinciales (3,2).

Revisiones sistemáticas recientes advierten sobre limitaciones en los diseños observacionales existentes, particularmente en el control de factores de confusión como el estado nutricional materno y la calidad de la atención prenatal (9,5). Además, la mayoría de estudios en la región latinoamericana se basan en registros hospitalarios, subestimando potencialmente las complicaciones en adolescentes que no acceden a servicios institucionales de parto (3,4). Esta limitación adquiere especial relevancia en el Distrito 13D06, donde cerca del 15% de los nacimientos ocurren en domicilios según reportes sanitarios locales no publicados.

Por lo anteriormente expuesto la presente investigación tiene como objetivo determinar las características generales de la resultante perinatal en gestantes adolescentes atendidas durante el año 2024, considerando variables como prematuridad, bajo peso, restricción del crecimiento y complicaciones perinatales, en comparación con estudios regionales e internacionales.





Materiales y métodos

La investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo y correlacional, orientada a medir de manera objetiva los desenlaces perinatales en gestantes adolescentes atendidas en el nivel de atención primaria. El estudio se centra en un diseño no experimental, de corte transversal, puesto que los datos se obtuvieron en un único momento y sin manipulación de variables. El periodo de recolección de información abarcó los primeros cuatro meses posteriores al inicio del proyecto, realizándose en los Centros de Salud del Distrito 13D06, provincia de Manabí, Ecuador. Todas las actividades de campo y recolección de datos se efectuaron in situ, con el fin de garantizar que las mediciones reflejaran la realidad cotidiana de las participantes y permitieran un análisis reproducible y generalizable a poblaciones similares de gestantes adolescentes en atención primaria.

La población objeto del estudio estuvo conformada por las 49 adolescentes embarazadas, con edades comprendidas entre los 13 y 19 años, las cuales eran pacientes dentro de los Centros de Salud escogidos en el distrito. Dada la reducida cantidad de casos y con el propósito de incluir a la totalidad de la población disponible, se empleó un muestreo censal, de manera que todas las adolescentes que cumplían con los criterios fueron invitadas a participar. Se incluyeron aquellas gestantes adolescentes que manifestaron signos o síntomas de violencia intrafamiliar y que dieron su consentimiento voluntario para formar parte de la investigación. Se excluyeron del análisis las adolescentes embarazadas que presentaban afecciones coexistentes relevantes durante el embarazo o que presentaban dificultades cognitivas o mentales que impidieran la comprensión y adecuada respuesta al instrumento de recolección de datos. La selección se realizó mediante revisión de registros clínicos y entrevista inicial, confirmando la elegibilidad de cada participante.

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de encuesta, aplicando un cuestionario estructurado previamente validado por juicio de expertos. El instrumento incluyó una sección dedicada a los resultados del nacimiento, en la que se registraron variables tales como retardo del crecimiento intrauterino, nacimiento pretérmino, bajo peso al nacer y complicaciones perinatales. Todo el proceso de recolección de datos se documentó mediante fichas de campo y registros electrónicos, garantizando la integridad y trazabilidad de la información.

Durante todo el proceso de investigación se cuidaron estrictamente los aspectos éticos: el protocolo contó con la aprobación del Comité Local de Ética. Antes de la aplicación del cuestionario, se explicó a cada participante el objetivo del estudio, los beneficios y riesgos inherentes, y se solicitó el consentimiento informado por escrito. En el caso de las adolescentes menores de edad, además del asentimiento de la propia joven. Se garantizó la confidencialidad de los datos mediante la asignación de códigos numéricos a cada participante y el almacenamiento de la información en archivos protegidos por contraseña, accesibles únicamente al equipo de investigación. Asimismo, se ofreció orientación básica en salud y referencias a servicios de apoyo social a todas las adolescentes que así lo requirieran, sin condicionar su participación. Con ello se procuró respetar la autonomía, privacidad y bienestar de las participantes, cumpliendo con los principios éticos de respeto, beneficencia y justicia.





Resultados y discusión

La restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) se ilustra en la Figura 1, se observó que, en el grupo de edad de 18 a 19 años, 6 neonatos (17,1 %) presentaron restricción de crecimiento intrauterino, mientras que 29 (82,9 %) no la presentaron. En las adolescentes de 16 a 17 años, ningún neonato mostró restricción de crecimiento, y 9 (100 %) no la presentó. De manera similar, en el rango de 14 a 15 años no se registraron casos con restricción y 5 neonatos (100 %) resultaron sin restricción de crecimiento.

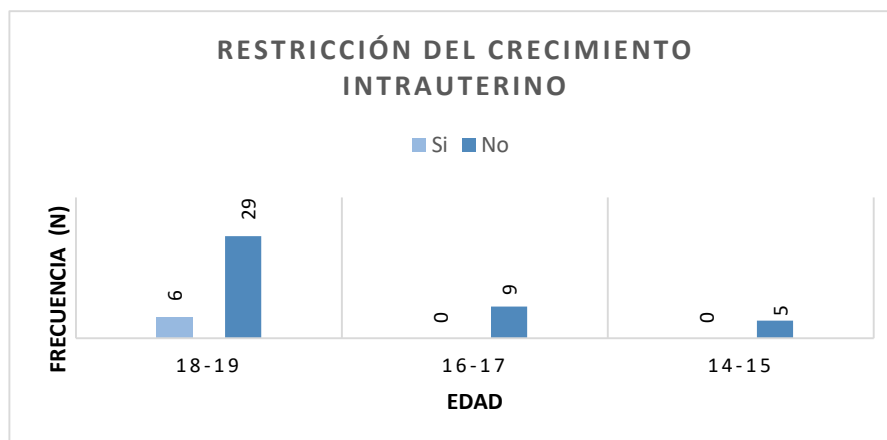


Figura 1. Frecuencia de restricción del crecimiento intrauterino en adolescentes embarazadas atendidas en los Centros de Salud del Distrito 13D06.

La Figura 2 muestra el número de nacimientos pretérminos dentro de la muestra. Se identificó que, en las gestantes de 18 a 19 años, 4 neonatos (11,4 %) nacieron antes de las 37 semanas y 31 (88,6 %) a término. En el grupo etario de 16 a 17 años, 1 neonato (10 %) fue pretérmino, frente a 9 (90 %) que nació a término. Finalmente, en adolescentes de 14 a 15 años no hubo nacimientos pretérminos y 5 neonatos (100 %) llegaron a término. Estos valores respondieron a la comparación entre fecha de última menstruación y edad gestacional documentada en la historia clínica.

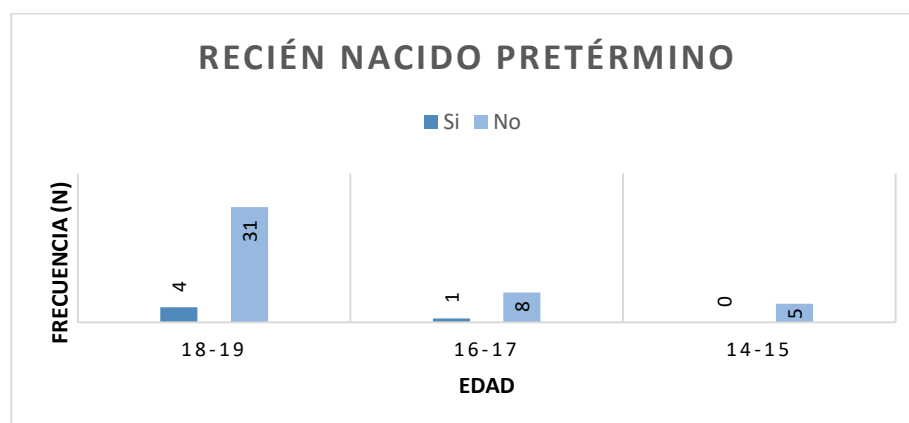


Figura 2. Recién nacido pretérmino producto de adolescentes embarazadas atendidas en los Centros de Salud del Distrito 13D06.





La Figura 3 detalla la frecuencia de bajo peso al nacer. Del total de 49 neonatos, se observó que, entre las adolescentes de 18 a 19 años, 8 neonatos (22,9 %) pesaron menos de 2 500 g, mientras que 27 (77,1 %) pesaron $\geq 2\,500$ g. En el grupo de 16 a 17 años, 1 neonato (10 %) presentó bajo peso al nacer y 8 (80 %) se encontraron en el rango normal; en el rango de 14 a 15 años no se registraron casos de bajo peso y 5 neonatos (100 %) alcanzaron $\geq 2\,500$ g. Estos datos provinieron de la primera medición de peso realizada en la sala de partos.

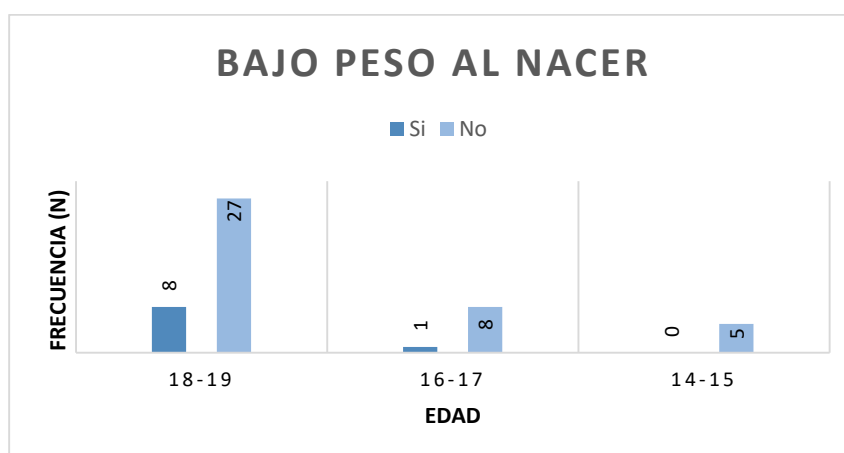


Figura 3. Bajo peso al nacer de en adolescentes embarazadas atendidas en los Centros de Salud del Distrito 13D06.

La Figura 4 resume los casos de complicaciones perinatales registrados durante el estudio. Se identificó que, en las gestantes de 18 a 19 años, se registraron 2 complicaciones perinatales (5,7 %) y 38 nacimientos sin problemas (94,3 %). En las adolescentes de 16 a 17 años no hubo complicaciones, 9 neonatos (100 %) pasaron el periodo perinatal temprano sin ninguna dificultad. En el grupo de 14 a 15 años tampoco se documentaron complicaciones y 5 nacimientos fueron exitosos (100 %).

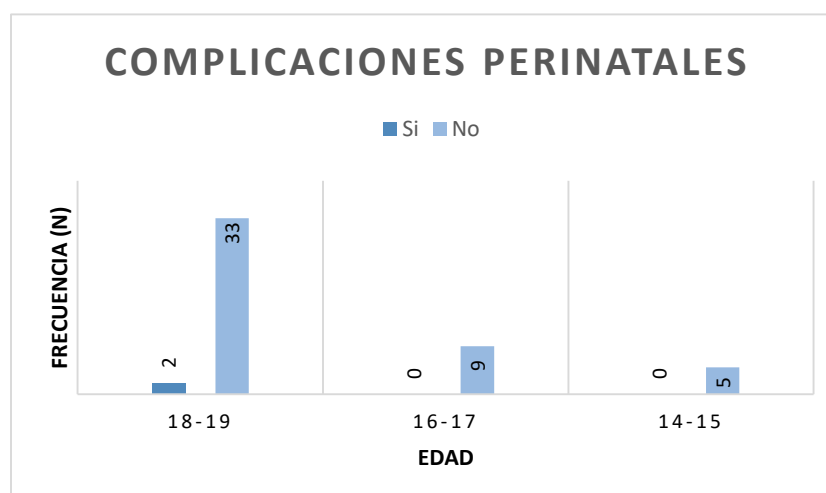


Figura 4. Complicaciones perinatales en adolescentes embarazadas atendidas en los Centros de Salud del Distrito 13D06.





Discusión

Los hallazgos revelan que los resultados neonatales en adolescentes embarazadas presentan variaciones según la edad materna, con mayores complicaciones en el grupo de 18-19 años. Los casos de restricción de crecimiento intrauterino (RCIU) se concentraron en este segmento, mientras que las adolescentes más jóvenes mostraron mejores indicadores. Estos resultados coinciden con estudios que señalan que la inmadurez biológica y factores socioeconómicos incrementan riesgos en gestantes cercanas a la adultez temprana (7,12). La ausencia de RCIU en menores de 17 años podría relacionarse con una menor competencia metabólica entre la madre y el feto, tal como postulan investigaciones sobre el desarrollo gestacional en adolescentes (13).

La comparación con literatura internacional muestra similitudes en la asociación entre edad materna avanzada y bajo peso al nacer, un hallazgo consistente en contextos diversos (7,13). La ausencia de bajo peso al nacer en el grupo más joven podría reflejar diferencias en el perfil nutricional o socioeconómico, aunque el pequeño tamaño muestral de este grupo limita las conclusiones definitivas. Es importante considerar que por cada kilogramo de aumento en el peso pregestacional materno, el peso al nacer puede incrementarse hasta 10,3 gramos, lo cual sugiere la importancia del estado nutricional materno previo a la gestación (14).

Sin embargo, la tasa de prematuridad observada (11.4% en 18-19 años) es inferior a la reportada en países con tasas de altos ingresos, como el Hospital Universitario Louis Pasteur de Košice en Slovakia, donde supera el 25.2 % (13,15). Estudios previos documentan que el control prenatal inadecuado, los trastornos del líquido amniótico y la ruptura prematura de membranas son factores de riesgo significativos para parto pretérmino en adolescentes (16). Esta discrepancia podría explicarse por el acceso a controles prenatales regulares en el distrito estudiado, factor protector documentado en intervenciones de salud pública (17).

Las complicaciones perinatales se concentraron exclusivamente en el grupo de 18-19 años (5,7%), sin casos registrados en grupos de menor edad, en el grupo mayor duplica las cifras de poblaciones con sistemas sanitarios robustos, evidenciando vulnerabilidades persistentes (7). Esta tasa es considerablemente superior a lo reportado en población general y coincide con evidencia previa que documenta mayores problemas neonatales en embarazos adolescentes (15).

Estudios mencionan que las principales causas de complicaciones maternas en adolescentes incluyen aborto séptico (33,34%), infecciones (16,66%), hemorragias (13,34%) y toxemia (6,66%) (18). Aunque este estudio se enfocó en complicaciones perinatal y no materna, la concentración de casos en adolescentes de mayor edad sugiere que factores biológicos y sociales específicos de este grupo etario pueden incrementar el riesgo de desenlaces adversos. La ausencia de dificultades en grupos más jóvenes podría estar influenciada por el tamaño muestral, pero también por diferencias en el perfil de complicaciones obstétricas según la edad materna adolescente. Estudios internacionales han reportado que la tasa de nacimientos prematuros en adolescentes embarazadas es el doble que en adultas (19), lo cual podría explicar parcialmente la mayor cifra observada.

Las implicaciones clínicas destacan la necesidad de estratificar el riesgo en adolescentes embarazadas según su edad cronológica, implementando protocolos diferenciados para mayores de 18 años. Los resultados respaldan propuestas de la OMS sobre atención centrada en grupos etarios específicos (17). A nivel social, la concentración de casos en Centros de Salud sugiere la efectividad de las redes primarias para captar esta población, un modelo replicable en regiones con alta fecundidad adolescente (12,13). Sin embargo, la





ausencia de alguna complicación en perinatales en menores de 17 años requiere cautela al extrapolar conclusiones, dado el reducido tamaño muestral en este subgrupo.

Entre las limitaciones, el diseño transversal impide establecer causalidad, y la muestra exclusiva del Distrito 13D06 limita la generalización. No obstante, el uso de registros clínicos estandarizados minimiza sesgos de información, fortaleza metodológica alineada con recomendaciones para estudios observacionales (13). La omisión de otras variables que intervienen durante el embarazo constituye una brecha analítica, ya que estos factores modulan resultados perinatales en poblaciones adolescentes (12,17).

Futuras investigaciones deberían emplear estudios multicéntricos que integren indicadores biopsicosociales, permitiendo análisis multivariados de riesgo. Estudios cualitativos complementarios explorarían las barreras en la adherencia a controles prenatales, particularmente en adolescentes mayores. La replicación de este modelo en regiones con alta diversidad étnica, como sugiere la evidencia ecuatoriana reciente (12), ayudaría a identificar patrones culturales geográficos en los resultados neonatales.

Conclusiones

Los resultados obtenidos en este estudio mostraron que los desenlaces neonatales en embarazos adolescentes presentan patrones diferenciados según la edad materna. Aunque no se introduce información adicional a la ya descrita en los resultados y la discusión, se evidencia que el grupo de adolescentes de 18 a 19 años presenta una mayor prevalencia de eventos adversos, como restricción del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer y prematuridad, en comparación con los subgrupos más jóvenes. Este contraste refuerza la relevancia de considerar la madurez biológica y las condiciones socioeconómicas al evaluar riesgos gestacionales en adolescentes. La consistencia de estos datos con estudios previos sugiere que la dinámica entre factores maternos y neonatales se modifica conforme la adolescente se acerca a la edad adulta temprana.

En los principales resultados, se observa que el 17,1 % de neonatos de madres entre 18 y 19 años cursaron con restricción de crecimiento intrauterino, en tanto que en menores de 17 años no se registraron casos. De manera similar, la incidencia de prematuridad fue superior en el grupo etario mayor (11,4 %) respecto a las cohortes de 16-17 años (10 %) y 14-15 años (0 %). El porcentaje de neonatos con bajo peso al nacer también fue notablemente más alto en las edades de 18-19 años (22,9 %), mientras que en el grupo de 14-15 años no se documentaron casos. Finalmente, las complicaciones perinatales se concentraron únicamente en jóvenes de 18 a 19 años (5,7 %), evidenciando una brecha significativa frente a los subgrupos menores, que presentaron supervivencia del 100 %.

Manteniendo la línea analítica del artículo, conviene subrayar que estos resultados no contradicen, sino que complementan la evidencia internacional, la cual asocia la edad materna avanzada en la adolescencia con desenlaces perinatales desfavorables. Mientras la ausencia de complicaciones en adolescentes de 13 a 15 años podría apuntar a una menor competencia metabólica entre la madre y el feto, tal como plantean estudios previos, la mayor frecuencia de eventos adversos en las adolescentes cercanas a los 19 años reafirma la necesidad de estratificar el cuidado prenatal según la edad cronológica. En este contexto, el acceso a controles regulares pudiese constituir un factor protector que contribuye a atenuar diferencias, aunque el reducido tamaño muestral en los grupos más jóvenes sugiere cautela al extrapolar hallazgos.





A partir de estas observaciones, se plantea la importancia de diseñar protocolos de atención específicos para adolescentes mayores de 18 años, integrando evaluaciones nutricionales, vigilancia estrecha del crecimiento fetal y estrategias de prevención de parto pretérmino. De igual forma, la implementación de programas educativos orientados a reforzar el estado nutricional pregestacional y la permanencia a controles prenatales podría incidir positivamente en la reducción de casos de bajo peso al nacer y complicaciones perinatales.

Considerando los alcances y limitaciones del presente estudio, es pertinente promover investigaciones multicéntricas que incorporen variables biológicas y sociales y permitan análisis multivariados de riesgo en embarazos adolescentes. Del mismo modo, los estudios cualitativos dirigidos a explorar barreras en el seguimiento de controles prenatales, particularmente en adolescentes mayores, complementarían la comprensión de las dinámicas observadas.

Referencias

1. Choonara, S., Hwati, R., Tayebwa, M., & Govender, K. (2024). Early and unintended pregnancy in Eastern and Southern Africa: analysis of adolescent sexual and reproductive health and rights policies. *BMJ Global Health*, 9(4), e013929. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-013929>
2. Herrán, K., & Palacios, I. (2020). Evaluating and Improving upon Ecuador's Adolescent Pregnancy Prevention Policies in an Era of Increased Urgency. *Annals of Global Health*, 86(1). <https://doi.org/10.5334/aogh.3030>
3. Althabe, F., Moore, J. L., Gibbons, L., Berrueta, M., Goudar, S. S., Chomba, E., Derman, R. J., Patel, A., Saleem, S., Pasha, O., Esamai, F., Garces, A., Liechty, E. A., Hambidge, K. M., Krebs, N. F., Hibberd, P. L., Goldenberg, R. L., Koso-Thomas, M., Carlo, W. A., ... McClure, E. M. (2015). Adverse maternal and perinatal outcomes in adolescent pregnancies: The Global Network's Maternal Newborn Health Registry study. *Reproductive Health*, 12(S2), S8. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-12-S2-S8>
4. Amoadu, M., Hagan, D., & Ansah, E. W. (2022). Adverse obstetric and neonatal outcomes of adolescent pregnancies in Africa: a scoping review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/S12884-022-04821-W/TABLES/4>
5. Mohamed, S., Chipeta, M. G., Kamninga, T., Nthakomwa, L., Chifungo, C., Mzembe, T., Vellemu, R., Chikwapulo, V., Peterson, M., Abdullahi, L., Musau, K., Wazny, K., Zulu, E., & Madise, N. (2023). Interventions to prevent unintended pregnancies among adolescents: a rapid overview of systematic reviews. *Systematic Reviews*, 12(1), 198. <https://doi.org/10.1186/s13643-023-02361-8>
6. Pérez, W., Ekholm Selling, K., Zelaya Blandón, E., Peña, R., Contreras, M., Persson, L.-Å., Sysoev, O., & Källestål, C. (2021). Trends and factors related to adolescent pregnancies: an incidence trend and conditional inference trees analysis of northern Nicaragua demographic surveillance data. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 749. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04215-4>
7. Maheshwari, M. V., Khalid, N., Patel, P. D., Alghareeb, R., & Hussain, A. (2022). Maternal and Neonatal Outcomes of Adolescent Pregnancy: A Narrative Review. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.25921>
8. Rexhepi, M., Besimi, F., Rufati, N., Alili, A., Bajrami, S., & Ismaili, H. (2019). Hospital-Based Study of Maternal, Perinatal and Neonatal Outcomes in Adolescent Pregnancy Compared to Adult Women Pregnancy. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 7(5), 760–766. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.210>
9. Marvin-Dowle, K., & Soltani, H. (2020). A comparison of neonatal outcomes between adolescent and





- adult mothers in developed countries: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*: X, 6, 100109. <https://doi.org/10.1016/J.EUROX.2020.100109>
10. Kennedy, E., Gray, N., Azzopardi, P., & Creati, M. (2011). Adolescent fertility and family planning in East Asia and the Pacific: a review of DHS reports. *Reproductive Health*, 8(1), 11. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-8-11>
 11. Espinel-Flores, V., Gotsens, M., Puig-Barrachina, V., León-Gómez, B. B., Peralta, A., & Pérez, G. (2020). Trends in teenage motherhood in Ecuador: challenges and inequalities. *International Journal of Public Health*, 65(9), 1647–1655. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01517-w>
 12. Toapanta-Pinta, P. C., Rosero-Quintana, M. D., Chavez-Espinosa, S., Vasco-Toapanta, C., & Vasco-Morales, S. (2024). *Adolescent pregnancy prevalence, maternal characteristics, and perinatal outcomes*. <https://doi.org/10.1101/2024.08.16.24312096>
 13. Diabelková, J., Rimárová, K., Dorko, E., Urdzík, P., Houžvičková, A., & Argalášová, L. (2023). Adolescent Pregnancy Outcomes and Risk Factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 4113. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054113>
 14. Restrepo-Mesa, S. L., López, N. Z., Sosa, B. E. P., Vásquez, L. E. E., & Atalah, E. (2014). Embarazo adolescente: Características maternas y su asociación con el peso al nacer del neonato. *Archivos Latinoamericanos de Nutricion*, 64(2), 99–107. <https://www.alanrevista.org/ediciones/2014/2/art-4/>
 15. Rahman, F., Rashid, M., Khan Chowdhury, M. R., & Kader, M. (2025). Association between adolescent pregnancy and infant mortality: a population-based study. *Frontiers in Pediatrics*, 13. <https://doi.org/10.3389/fped.2025.1459594>
 16. Martinez, G., Diaz, J., & Romero, A. (2017). Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes. *Salud En Tabasco*, 13–18. <http://salud.tabasco.gob.mx/content/revista>
 17. Fraser, B. (2020). Adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean. *The Lancet Child and Adolescent Health*, 4(5), 356–357. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30106-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30106-1)
 18. Acosta Chávez, M. (2003). Mortalidad materna en adolescentes. *Horizonte Médico (Lima)*, 3(1). <https://doi.org/10.24265/horizmed.2003.v3n1.06>
 19. Eminov, E., & Eminov, A. (2025). Prevalence of adolescent pregnancy and evaluation of pregnancy outcomes: a retrospective study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 1–8. <https://doi.org/10.1007/S00404-025-07931-W/TABLES/4>

