

ESTUDIO CLINICO-EPIDEMIOLOGICO DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Por los doctores: H. Armas*, N. L. González González**, J. A. García Hernández**,
R. N. Rodríguez Díaz**, C. López Ramón y Cajal** y J. L. Santísimo**

RESUMEN

El embarazo en la adolescencia constituye en la actualidad un problema de salud pública de importancia creciente.

Con el fin de valorar algunos parámetros epidemiológicos, analizar el curso del embarazo y el parto, así como la morbilidad y mortalidad de los recién nacidos (RN) de madres adolescentes, estudiamos un grupo de 111 gestantes con edad inferior a 20 años, comparando los resultados obtenidos con los correspondientes a un grupo control formado por 50 embarazadas con edad comprendida entre los 20 y 35 años.

Los hechos más significativos asociados con el embarazo en la adolescencia en la muestra estudiada son el bajo nivel socioeconómico, una inadecuada asistencia prenatal y una elevada morbilidad perinatal.

SUMMARY

Pregnancy in adolescence constitutes currently a public health problem.

In order to assess some epidemiological parameters, to analyse the pregnancy and delivery courses as well as to find out the morbidity and mortality of the newborns from adolescent mothers, we studied 111 pregnant women less than 20 years old. The results were compared with the data obtained in a control group composed by 50 pregnant women 20 to 30 years old.

The most significant findings in the investigated group was the low socio-economical level, the inappropriate prenatal care and the high perinatal morbimortality associate to pregnancy in adolescence.

INTRODUCCION

El embarazo en la adolescente constituye en la actualidad un problema de salud pública de importancia creciente. A la elevada tasa de morbilidad materna e infantil que se observa en este grupo de gestantes se asocia una alta incidencia de abortos (1). Se producen además, importantes repercusiones psi-

* Departamento de Pediatría (Prof. E. Domech). Hospital General y Clínico de Tenerife. Facultad de Medicina de la Universidad de La Laguna.

** Departamento de Obstetricia y Ginecología (Prof. J. Parache).

cológicas y sociales para la adolescente. Sea o no deseado el embarazo, ejercerá influencias determinantes sobre el porvenir de la joven, tanto más importante cuanto menor sea su edad.

En un estudio recientemente publicado por Horno y cols. (2), y basado en los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística, la región canaria se encuentra dentro de las que mayor tasa nacional de embarazos en la adolescencia presentan.

Interesados en esta problemática hemos realizado el presente trabajo con el fin de valorar algunos parámetros epidemiológicos, analizar el curso del embarazo y el parto en estas gestantes, así como la morbimortalidad perinatal de sus hijos.

MATERIAL Y METODO

Se ha estudiado una muestra constitui-

da por 161 gestantes asistidas en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital General y Clínico de Santa Cruz de Tenerife, durante el primer semestre de 1985, diferenciando: Grupo I*: problema, constituido por 111 gestantes con edad inferior a los veinte años, y Grupo II*: control, 50 embarazadas escogidas aleatoriamente con la condición de que tuvieran una paridad similar a la registrada en el Grupo I, y una edad entre veinte y treinta y cinco años.

Se analizan los siguientes factores:

A) *Factores epidemiológicos*: Estado civil, utilización de métodos anticonceptivos, deseos de embarazo, conocimientos de sexualidad, y nivel socioeconómico. Para la valoración de la clase socioeconómica se utilizó el test de Graffar (3) (en el que se establecen unos niveles, se-

TABLA I
DISTRIBUCION POR EDADES

| Edad | Grupo I | Grupo II |
|-------|--------------|-------------|
| 13 | 1 (0,90 %) | |
| 14 | 5 (4,50 %) | |
| 15 | 9 (8,10 %) | |
| 16 | 15 (13,51 %) | |
| 17 | 21 (18,91 %) | |
| 18 | 25 (22,52 %) | |
| 19 | 35 (31,53 %) | |
| 20-24 | | 27 (54,0 %) |
| 25-29 | | 18 (36,0 %) |
| 30-34 | | 5 (10,0 %) |
| Total | 111 | 50 |

gún el coeficiente obtenido de valorar la profesión del padre y de la madre, el nivel de instrucción, los ingresos de ambos, la condición de su vivienda, y el aspecto del barrio en que viven).

B) *Factores relativos a la gestación*: Número de consultas prenatales realiza-

das, medicación profiláctica, patología asociada, talla, peso, e incremento ponderal durante la gestación, tabaquismo, alcoholismo y drogadicción.

C) *Factores relativos al parto*: Edad gestacional, presentación fetal, amniorraxis prematura, medicación durante la di-

TABLA II
PARIDAD

| | Grupo I | Grupo II |
|-------------------|--------------|-------------|
| Primíparas..... | 98 (88,28 %) | 44 (88,0 %) |
| Segundíparas..... | 10 (9,00 %) | 5 (10,0 %) |
| Tercíparas..... | 3 (2,72 %) | 1 (2,0 %) |
| Total..... | 111 | 50 |

latación (oxitocina y analgésicos), duración del período de dilatación y del expulsivo, modalidad del parto, peso y test de Apgar de los recién nacidos (RN) al minuto y cinco minutos de vida.

D) *Patología puerperal*.

E) *Morbimortalidad perinatal*.

El estudio estadístico de los resultados obtenidos se ha realizado mediante los test chi-cuadrado y t de Student.

TABLA III
ESTADO CIVIL

| | Grupo I | Grupo II |
|---------------|---------------|-------------|
| Solteras..... | 43 (38,73 %)* | 4 (8,0 %) |
| Casadas..... | 67 (60,37 %) | 46 (92,0 %) |
| Total..... | 111 | 50 |

* p < 0,001.

RESULTADOS

A) *Factores epidemiológicos*: Se ha observado un número significativamente mayor de madres solteras en el grupo de gestantes menores de veinte años (p < 0,001) al compararlas con el grupo control. Las madres con edad inferior a diecisiete años eran solteras en el 50 por 100 de los casos estudiados. No hemos considerado en cuantas ocasiones el motivo del matrimonio fue la gestación, pero destaca el hecho de que en el grupo de embarazadas menores de veinte años la frecuencia de gestaciones no deseadas alcanza el 52,25 por 100, mientras que en el grupo control fueron embarazos no

deseados el 20 por 100. Estas diferencias resultan estadísticamente muy significativas (p < 0,001).

Los padres, amigos, profesores, y el compañero sexual proporcionaron los primeros conocimientos de sexualidad a las embarazadas con una frecuencia similar en los dos grupos estudiados.

En la tabla IV se muestra la frecuencia de utilización de métodos anticonceptivos en las embarazadas con edad inferior a veinte años y en el grupo control. Las diferencias existentes tienen significación estadística (p < 0,01).

La edad de la menarquia en los dos grupos estudiados se recoge en la tabla V.

El nivel socioeconómico de las gestan-

TABLA IV
ANTICONCEPCION

| | Grupo I | Grupo II |
|--------------------|---------------|-------------|
| Utilizada..... | 49 (38,73 %)* | 40 (80,0 %) |
| No utilizada | 62 (55,85 %) | 10 (20,0 %) |
| | 111 | 50 |

* p < 0,001.

TABLA V
MENARQUIA

| Años | Grupo I | Grupo II |
|-------|--------------|-------------|
| 8-12 | 68 (61,26 %) | 26 (52,0 %) |
| 13-15 | 42 (37,83 %) | 23 (46,0 %) |
| 15 | 1 (0,90 %) | 1 (2,0 %) |
| Total | 111 | |

tes de edad inferior a veinte años es significativamente menor que el correspondiente a las pacientes control (p < 0,001). En la tabla VI muestra los correspondientes resultados.

B) *Factores relativos a la gestación:* El número de consultas prenatales que realizaron las pacientes pertenecientes al grupo problema resulta significativamente menor que el realizado por las embarazadas del grupo control, siendo p < 0,001. Tabla VII. En relación directa con estos resultados está la menor frecuencia de toma de medicación profiláctica por parte

de las gestantes menores de veinte años (p < 0,01).

La patología que se asoció a la gestación en la muestra estudiada se recoge en la tabla VIII.

En la tabla IX se incluyeron los resultados obtenidos al valorar en los dos grupos estudiados el peso, la talla y el incremento ponderal durante la gestación. No se ha obtenido significación estadística al considerar las diferencias existentes entre el Grupo I y II.

Considerando como fumadoras a las gestantes que consumieron más de siete

TABLA VI
STATUS SOCIOECONOMICO

| Nivel | Grupo I | Grupo II |
|-------------------|--------------|-------------|
| Alto | 0 | 2 (4,0 %) |
| Medio alto..... | 1 (0,90 %) | 6 (12,0 %) |
| Medio medio | 25 (22,5 %) | 20 (40,0 %) |
| Medio bajo | 45 (40,5 %) | 21 (42,0 %) |
| Bajo..... | 40 (36,0 %)* | 1 (2,0 %) |
| Total | 111 | 50 |

* p < 0,001.

TABLA VII
CONSULTAS PRENATALES

| Número | Grupo I | Grupo II |
|--------|---------------|-------------|
| 3 | 15 (13,51 %)* | 1 (2,0 %) |
| 3-6 | 68 (61,26 %) | 18 (36,0 %) |
| 6 | 28 (25,22 %) | 31 (62,0 %) |
| Total | 111 | 50 |

* p < 0,001.

TABLA VIII
PATOLOGIA ASOCIADA A LA GESTACION

| Entidad | Grupo I | Grupo II |
|------------------------------|--------------|-------------|
| Amenaza de aborto..... | 4 (3,60 %) | 2 (4,0 %) |
| Anemia (Hb 11 g/100 ml)..... | 10 (9,0 %) | 4 (8,0 %) |
| Infección urinaria..... | 4 (3,60 %) | 2 (4,0 %) |
| Lues | 2 (1,80 %) | 0 |
| Vaginitis..... | 3 (2,70 %) | 2 (4,0 %) |
| Parotiditis | 1 (0,90 %) | 0 |
| Hipertensión arterial..... | 1 (0,90 %) | 0 |
| Total | 26 (23,42 %) | 12 (24,0 %) |

TABLA IX
ANTROPOMETRIA

| | Grupo I | | Grupo II | |
|-----------------|-----------|-------|-----------|------|
| | \bar{x} | DE | \bar{x} | DE |
| Talla | 158,46 | 6,16 | 158,18 | 5,24 |
| Peso..... | 65,05 | 10,50 | 69,49 | 8,04 |
| Δ Ponderal..... | 13,10 | 5,26 | 12,78 | 4,13 |

cigarrillos al día durante el embarazo, resulta significativo el mayor número de fumadoras existentes entre las gestantes con edad inferior a veinte años, según se muestra en la tabla X. Se registraron dos casos de drogadicción en el grupo de gestantes problema. No se registró ningún caso de drogadicción en el grupo control, ni de alcoholismo en la totalidad de la muestra estudiada.

C) *Factores relativos al parto:* La edad gestacional calculada a partir de la

última regla normal resulta similar en el grupo problema y control, según se muestra en la tabla XI. Siete gestantes grupo de menores de veinte años ignoraban la fecha de la última regla, comprobándose ecográficamente que se había alcanzado el término al inicio del parto en la totalidad de estos casos.

El tipo de presentación fetal es semejante en el Grupo I y II, asimismo carece de significación estadística la diferente

TABLA X
TABAQUISMO

| | Grupo I | Grupo II |
|--------------------|---------------|-------------|
| Fumadoras | 47 (42,34 %)* | 11 (22,0 %) |
| No fumadoras | 64 (57,65 %) | 39 (78,0 %) |

* p < 0,02.

TABLA XI
EDAD GESTACIONAL

| Edad | Grupo I | Grupo II |
|-------|--------------|-------------|
| 28 | 1 (0,90 %) | 0 |
| 29-37 | 10 (9,00 %) | 7 (14,0 %) |
| 38-42 | 84 (75,67 %) | 40 (80,0 %) |
| 42 | 9 (8,10 %) | 3 (6,0 %) |
| ? | 7 (6,30 %) | 0 |

frecuencia de rotura prematura de bolsa observada ($p \geq 0,05$).

Se utilizó oxitocina durante el periodo de dilatación en un número significativamente superior de casos en el grupo de gestantes con edad inferior a veinte años. La tabla XII recoge los valores numéricos correspondientes.

La proporción de parturientas que recibieron analgesia durante el periodo de dilatación (Meperidina intravenosa, o Bupivacaína epidural) resulta similar en el Grupo I y II. No resulta estadísticamente significativa la diferencia existente en cuanto a la duración del periodo de dilatación, la duración del periodo expulsivo, y la modalidad del parto entre el gru-

po de embarazadas menores de veinte años y el grupo control.

El peso de los RN de madres con edad inferior a veinte años no difiere en nuestra serie del correspondiente a los niños nacidos de madres con edad comprendida entre los veinte y treinta y cinco años ($p \geq 0,05$). Las diferencias existentes entre ambos grupos al considerar el test de Apgar de los RN al minuto y cinco minutos de vida carece de significación estadística ($p \geq 0,05$).

D) *Patología puerperal*: La tabla XIII recoge la patología puerperal observada en la muestra estudiada. No resulta significativa la mayor frecuencia de complica-

TABLA XII
MEDICACION OXITOCICA

| | Grupo I | Grupo II |
|--------------------|---------------|-------------|
| Oxitocina | 29 (26,12 %)* | 28 (56,0 %) |
| No oxitocina | 82 (73,87 %) | 22 (44,0 %) |

* p < 0,001.

TABLA XIII
MODALIDAD DEL PARTO

| | Grupo I | Grupo II |
|--------------------|--------------|-------------|
| Parto normal | 87 (78,37 %) | 32 (64,0 %) |
| Fórceps | 19 (17,11 %) | 12 (24,0 %) |
| S.F. | 4 (3,60 %) | 3 (6,0 %) |
| Otros | 15 (13,51 %) | 9 (18,0 %) |
| Cesáreas | 5 (4,50 %) | 6 (12,0 %) |
| SF | 2 (1,80 %) | 0 |
| DCP | 0 | 3 (6,0 %) |
| Otros | 3 (2,70 %) | 3 (6,0 %) |

ciones puerperales que se produjeron en las pacientes menores de veinte años.

E) *Morbimortalidad perinatal*: En la tabla XIV se incluye la patología neona-

tal que presentaron los RN en los Grupos I y II. 15,31 por 100 de los RN de madres menores de veinte años requirieron ingreso en la unidad de RN patológicos,

TABLA XIV
PATOLOGIA PUERPERAL

| | Grupo I | Grupo II |
|--------------------------|------------|-----------|
| Anemia grave | 2 (1,80 %) | 1 (2,0 %) |
| Endometritis | 4 (3,60 %) | 0 |
| Edema vulvar | 1 (0,90 %) | 0 |
| Desgarro Grado III | 1 (0,90 %) | 1 (2,0 %) |
| Infec. urinaria | 1 (0,90 %) | 0 |
| Gastroenteritis | 0 | 1 (2,0 %) |
| Total | 9 (8,10 %) | 3 (6,0 %) |

TABLA XV
PATOLOGIA NEONATAL

| Entidad | Grupo I | Grupo II |
|---------------------------------|-------------|------------|
| Distrofia | 5 (4,50 %) | 2 (4,0 %) |
| Inmadurez | 1 (0,90 %) | 0 |
| Prematuridad | 10 (9,00 %) | 7 (14,0 %) |
| Asfisia neonatal | 1 (0,90 %) | 0 |
| Anencefalia | 1 (0,90 %)* | 0 |
| Meningitis-hidrocefalia | 1 (0,90 %)* | 0 |
| Gastrosquisis | 1 (0,90 %)* | 0 |
| Estenosis hipertr. píloro | 1 (0,90 %) | 0 |
| Sepsis | 1 (0,90 %) | 0 |
| E. membrana hialina | 1 (0,90 %) | 0 |
| Cardiopatía congénita | 1 (0,90 %) | 0 |
| Malformaciones menores | 3 (2,70 %) | 0 |
| * Muerte neonatal | 27 | 9 |

mientras que ingresaron en esta unidad el 8 por 100 de los niños nacidos de madres con edad comprendida entre los veinte y treinta y cinco años. Esta diferencia no resulta estadísticamente significativa. Destaca la elevada frecuencia de malformaciones congénitas graves registrada en el Grupo I, causa del fallecimiento del RN en tres ocasiones. La mortalidad perinatal en el Grupo I alcanza el 27 por 1.000. En el grupo control no se produjo ninguna pérdida perinatal.

DISCUSION

La incidencia de relaciones sexuales en los jóvenes ha aumentado considerablemente y, con ello, la necesidad de una educación sexual, y de una adecuada divulgación de los métodos contraceptivos, como primera medida profiláctica del embarazo en las adolescentes. Según un estudio publicado por Zelnik y Kanter, en 1980 (4), aproximadamente el 70 por 100 de las jóvenes americanas de menos de diecinueve años afirman haber tenido relaciones sexuales.

En nuestra serie la frecuencia de gestaciones en jóvenes menores de veinte años alcanza el 11,18 por 100, cifra muy elevada si se compara con el 3,27 por 100 que encuentran en Santander Barbero y colaboradores (5). En 1975 la frecuencia de embarazos menores de diecisiete años fue de 2,47 por 100 en la provincia de Tenerife. En nuestra serie hemos encontrado al considerar esta edad una frecuencia de 5,66 por 100, a lo largo del primer semestre de 1985.

El número de embarazos no deseados en las adolescentes resulta significativamente mayor que el correspondiente al grupo control, y junto a este hecho está el bajo número de pacientes que utilizaron anticonceptivos con anterioridad al em-

barazo. El Comité de Adolescencia de la Academia Americana de Pediatría refiere que la elevada tasa de fertilidad en las adolescentes es consecuencia del reducido uso que hacen de anticonceptivos, cuanto más joven es la adolescente menos probable es que utilice un anticonceptivo adecuado (6).

La mayor frecuencia de madres solteras entre las adolescentes es un hecho ampliamente conocido (5, 6). No hemos registrado en cuántos casos el matrimonio se produjo como consecuencia del embarazo, pero destaca el hecho de que en el grupo de menores de diecisiete años únicamente el 50 por 100 de las gestantes estaban casadas, y dos de las que lo estaban ya no convivían con su marido. Entre el 50 por 100 de madres solteras se encuentra un caso de incesto, una oligofrenia profunda, y una embarazada que ignoraba su estado hasta el momento del ingreso en trabajo de parto. Por otra parte, el matrimonio legitima el nacimiento del niño y las relaciones sexuales de la adolescente, pero no resuelve los problemas prácticos relacionados con el embarazo y el parto.

La actividad sexual temprana y el embarazo son más frecuentes en las adolescentes que pertenecen a familias con escasos ingresos y un nivel social bajo (7). En nuestra serie 36 por 100 de las gestantes menores de veinte años tenían un bajo estatus socioeconómico. La importancia de este hecho está en que actualmente la mayoría de los autores coinciden en afirmar que los resultados adversos observados en las madres adolescentes y en sus hijos están en relación, más que con la edad ginecológica de las gestantes, con el bajo nivel socioeconómico frecuentemente asociado (6, 8).

La falta de cuidados prenatales, o el inicio tardío de los mismos caracterizan

al embarazo en la adolescente, sin embargo, la atención prenatal precoz se asocia con un desenlace más favorable para la madre y el niño (6). Únicamente 25,22 por 100 de las gestantes adolescentes de nuestra serie iniciaron las consultas prenatales en el primer trimestre y las continuaron de forma regular. Estos resultados coinciden con los referidos por Ryan (9) y Barbero y cols. (5).

La mayor incidencia de patología durante la gestación en las adolescentes es un hecho constatado por distintos autores, siendo la enfermedad hipertensiva, inducida por el embarazo, la complicación más frecuente (1, 5, 9). Coexisten frecuentemente en estas pacientes como factores de riesgo, además de la edad, la primiparidad, un nivel socioeconómico bajo, y ocasionalmente la malnutrición. Sin embargo, en nuestra serie, y coincidiendo con Donat y cols. (1), no hemos encontrado diferencias significativas en cuanto a la patología asociada a la gestación en el grupo problema y control. El tamaño de la muestra es quizá pequeño para objetivar diferencias.

Resulta significativa la mayor frecuencia de gestantes fumadoras entre las adolescentes estudiadas, hecho que no ha sido referido por otros autores.

En algunas series se ha observado un aumento de riesgo de prematuridad en las gestaciones de las adolescentes, y se ha relacionado más con el bajo nivel socioeconómico asociado que con la edad de las gestantes (9, 11). Nosotros no hemos constatado diferencias en cuanto a la edad gestacional en el momento del parto en los grupos estudiados.

El curso y la modalidad del parto en el grupo de gestantes adolescentes fue similar al de las pacientes incluidas en el grupo control, destacando únicamente la menor frecuencia con que se utilizaron exitócicos en las embarazadas más jóve-

nes. La mayor frecuencia de desproporciones céfalo-pélvicas referidas en la literatura relativa al parto de la adolescente justifican esta actitud poco intervencionista que, por otra parte, no condicionó una prolongación significativa de la duración del periodo de dilatación o del expulsivo (11).

El bajo peso y una evolución neonatal desfavorable son hechos frecuentemente relacionados con los niños nacidos de madres adolescentes (9). Con estas complicaciones coexisten frecuentemente un bajo nivel social y económico, un inadecuado control prenatal y un incremento ponderal por debajo de lo normal en la embarazada adolescente (5, 10). No hemos constatado diferencias de peso entre los RN del grupo problema y control en nuestra serie y, si bien es significativamente bajo el nivel socioeconómico y el número de consultas prenatales realizadas por las adolescentes estudiadas, no hemos encontrado diferencias en cuanto al incremento ponderal durante el embarazo. Estos resultados coinciden con los de Horno y cols. (10).

La proporción de RN de madres adolescentes que requirieron ingreso en la unidad de RN patológicos es del 15 por 1.000 en nuestra serie. Ryan y Schnider (9) refieren resultados similares. La mortalidad perinatal asciende al 27 por ciento en la muestra estudiada, mientras que los citados autores alcanzan cifras del 54 por 1.000. Aunque sin significación matemática, destaca la frecuencia de malformaciones graves observadas en el grupo problema. Un caso de anencefalia, una hidrocefalia y una gastrosquisis condicionaron las tres pérdidas perinatales registradas. Fue en cambio favorable la evolución de un RN con estenosis hipertrófica de piloro, y de un caso de malformación cardíaca.

El bajo nivel socioeconómico, un inadecuado control prenatal, y una elevada morbilidad perinatal son los hechos

más significativos en relación con la gestación en la adolescencia en la población estudiada.

BIBLIOGRAFIA

1. DONAT, F.; COLOMER, C.; COLOMER-REVUELTA, J.; CATELLO, M. L.; ALFONSO, M. C.; PEIDRO, M. C.; VARGAS, J., y SORIANO, J.: «Estudio epidemiológico del embarazo en adolescentes». *Rev. Esp. Obst. y Gin.*, 43, 425-429, 1984.
2. HORNO-GONZALEZ, M.; FUENTE, C.; YAGO, M. T., y GOMEZ-CALATAYUD, J. M.: «Embarazo en el adolescente». *Rev. Esp. Obst. y Gin.*, 41, 1-11, 1982.
3. PAIDOS'84: «Estudio epidemiológico sobre nutrición y obesidad infantil». Proyecto Universitario. Gr. Jomagar. Madrid, 1985.
4. ZELNIK, M., y KATNER, J.: «Sexual activity, contraceptive use and pregnancy among metropolitan-area teenagers». *Fam. Plann. Perspect.*, 12, 230-238, 1980.
5. BARBERI, C., y DE MIGUEL, J. R.: «Edad materna inferior a veinte años. Riesgos gravídicos y perinatales». *Clin. Invest. Gin. Obst.*, 11, 120-124, 1984.
6. COMITE DE ADOLESCENCIA DE LA ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA: «Informe sobre el embarazo en la adolescencia». *Pediatrics* (ed. esp.), 7, 427-429, 1979.
7. KLEIN, L.: «Antecedentes del embarazo en adolescentes». *Clin. Obstet. Ginec.*, 4, 1199-1208, 1978.
8. McANARNEY, E.: «Embarazo y maternidad en adolescentes: Nuevos datos, nuevos problemas». *Pediatrics* (ed. esp.) 19, 283-285, 1985.
9. RYAN, G. M., y SCHNEAIDER, J. M.: «Complicaciones obstétricas en adolescentes». *Clin. Obstet. Ginec.*, 4, 1243-1250, 1978.
10. HORON, I. L.; STROBINO, D. M., y MacDONALD, H. M.: «Birth weights among infants born to adolescent and young adult women». *Am. J. Obst. Ginecol.*, 146, 444-449, 1983.
11. DUENHOELTER, J. H.; JIMENEZ, J. M., y BAUMANG, E.: «Adolescent pregnancy». *Obstet. Gynecol.*, 46, 49-54, 1975.