

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD PUBLICA**

**MAESTRIA EN SALUD PUBLICA  
OCOTAL 2002-2004**

**Informe final de Tesis para optar  
al Título de Maestro en Salud Pública.**

**"Complicaciones obstétricas del embarazo en adolescentes  
Hospital Regional "Santa Teresa"  
Comayagua, Honduras,  
Año 2002".**

**Autores:**

**Juan Oswaldo Jirón Tercero, MD.  
Zoila Violeta Ulloa, MD.**

**Tutor: MSc. Manuel Martínez Moreira.**

**05 Septiembre 2004.  
Ocotal, Nueva Segovia, Nicaragua.**

## INDICE

<u>TEMA</u>	<u>PAGINAS</u>
Dedicatoria Juan Oswaldo.	i
Dedicatoria Zoila Violeta.	ii
Agradecimiento.	iii
Poema.	Iv
Resumen.	v
I. Introducción.	1
II. Antecedentes.	3
III. Justificación.	5
IV. Planteamiento del problema.	6
V. Objetivos.	7
VI. Marco Conceptual de Referencia.	8
VII. Diseño Metodológico.	27
VIII. Resultados.	37
IX. Análisis de los Resultados.	41
X. Conclusiones.	45
XI. Recomendaciones.	47
XII. Bibliografía.	49
Anexos	

## DEDICATORIA

- A:** La mujer que más amo en la vida, mi madre. Quien hoy viaja por lo sideral.
- A mis hermanas:** Argentina, Martha y Blanca, por su apoyo en los momentos que pensé claudicaría.
- A mis hijos y sobrinos:** Para que sigan este ejemplo digno de emular.
- A Denis Oswaldo:** Para que atice siempre la herencia de Minerva en la meta que tiene programada.
- A 3M:** Por haber tomado mi mano cuando creí estar solo y la guió por palios de estrellas en los rediles de la vocación.
- A:** Mis preciados maestros que siempre dijeron: “ecce homo”.
- En especial:** A Dios Padre Celestial, que me permitió avanzar esta lid.

## **DEDICATORIA**

- A:** Dios todo poderoso  
y a los ángeles que  
coloca en mi sendero.
- A mis hijas:** Violeta, Johanna  
y Katherinne,  
quienes alimentaban la  
llama del saber en mi.
- A:** Mi madre, hermanos  
y cuñada Esperanza.
- A:** Mis maestros sin cuya  
ayuda no hubiese sido  
posible este sueño.
- A:** Juan Oswaldo, mi  
verdadero amigo y  
bastión en esta lucha,  
donde quiera que se  
encuentre...

## **AGRADECIMIENTO**

**Nuestro sincero y eterno agradecimiento a la Dirección Ejecutiva del CIES/UNAN (Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud) y a su séquito de Excelentes Catedráticos por permitirnos, con sus óbolos, alimentar nuestros futuro en aras de un mejor porvenir.**

**Los invitamos a continuar capacitando al resto de Romeriantes de la Salud para que nuestro país sea eminentemente profesionalizado y la población pueda recibir los frutos de ustedes por nuestro medio. Efusivo nuestro agradecimiento para las autoridades nicaragüenses quienes cooperaron en nuestra sed de conocimientos.**

**También queremos patentizar y extender esta dicha que hoy nos emana del alma, a las autoridades de la Secretaria de Salud en nuestro país, Honduras y sus redes de acción y otros organismos a fines (Colegio Médico de Honduras), por contribuir en nuestra formación accesándonos a la Maestría en Salud que hoy felizmente culminamos.**

## LA CALUMNIA

**Puede una gota de lodo,  
sobre un diamante caer.  
Puede también de este modo,  
su fulgor oscurecer.  
Pero aunque el diamante todo  
de fango se encuentre lleno,  
el valor que lo hace bueno  
no perderá ni un instante,  
y ha de ser siempre diamante  
por más que lo manche el cieno.**

## **RESUMEN**

La tesis que hoy depositamos en sus manos fue elaborada en un espacio no mayor de un año y se basó en las complicaciones obstétricas que se presentaron en las adolescentes embarazadas. Para lo cual se seleccionó la Ciudad de Comayagua, Honduras, específicamente el Hospital Regional "Santa Teresa". Los Expedientes Clínicos así como otros documentos y registros internos del Hospital, sirvieron para el estudio el cual se realizó en el años 2002.

Los resultados encontrados fueron sorprendentes ya que coincidieron con la literatura universal, pudiéndose comprobar que el problema es igual tanto en otros paises como en Honduras y especial en la población muestra. Razón por la cual hicimos recomendaciones específicas en todos los sectores involucrados para tratar de diezmar este flagelo.

## I. INTRODUCCIÓN.

El embarazo en adolescentes **hoy en día** es un problema de Salud Pública, no sólo asociado a los trastornos orgánicos **propios** de la juventud materna, sino porque están implicados factores socio-culturales y económicos que comprometen el binomio madre e hijo.

Como la adolescencia es una etapa en la cual ocurren un conjunto de cambios fisiológicos, sociales y emocionales; dependiendo de la edad de la adolescente y del tiempo que ha transcurrido entre su desarrollo y el embarazo puede haber más o menos complicaciones; si la adolescente tiene menos de 15 años. Se ha observado mayor riesgo de aborto, parto pre término o parto por cesárea por inmadurez fisiológica.

Para fines de este estudio se consideró como **adolescente** al grupo etario comprendido entre 12 a los 19 años. El estudio se realizó en el Hospital Regional “Santa Teresa”, en la ciudad de Comayagua a 90 Km. de la capital, Tegucigalpa (ver anexos No. 4). Ubicado en la entrada de la ciudad a 300 metros. de la carretera que comunica Tegucigalpa con San Pedro de Sula, yace el Hospital que funge de Referencia a los Hospitales de área de los Departamento de La Paz y La Esperanza.

Se realizó un análisis de las complicaciones obstétricas del embarazo en adolescentes en dicho Hospital, durante el año 2002. Considerando al mismo tiempo los factores socio demográficos, antecedentes gineco-obstétrico y las patologías más frecuentes que presentaron las adolescentes.

Este es un problema a nivel mundial. Honduras ni Comayagua están exentas, por lo que ameritan todo el apoyo posible, mayor proyección social y gubernamental, para lograr las medidas de control del mismo, por estar fuertemente vinculado con los problemas socio-culturales de los hondureños.

Se pretende con los resultados obtenidos aportar lineamientos y soluciones específicas que mitiguen este problema, fomentando la creación de proyectos educativos y Centros

asistenciales. Motivaremos a los político, a las autoridades de Salud y a los padres de familia para que participen en el control de este problema social que abate Comayagua y Honduras en general.

## II. ANTECEDENTES.

Se parte de la premisa de que la salud reproductiva en adolescentes sólo puede entenderse con referencia al contexto social y cultural en que viven los y las adolescentes. El embarazo adolescente forma parte de un contexto valorativo construido socialmente, y su significado varía entre las diferentes culturas (Villarreal, 1998).

En este sentido, sería limitada la visión que estima al embarazo adolescente como un problema universal. Así, el embarazo precoz no siempre se comprende como un problema desde el punto de vista de los jóvenes. En efecto, existen contextos en los que el embarazo no sólo no es un problema adicional sino que se constituye en la base de la construcción del único proyecto de vida disponible, basado en la procreación y el matrimonio, porque los adolescentes no encuentran otras alternativas de vida futura atractiva y viable.

Según Stern (1997), las razones que explican la consideración del embarazo adolescente como un problema social serían " el aumento y la mayor visibilidad de la población adolescente; la persistencia de las condiciones de pobreza de la población y la falta de oportunidades para las mujeres, los cambios sociales y culturales que han llevado a modificar el contexto normativo bajo el cual se sancionan los embarazos tempranos y, por último, las condiciones adversas a las que se enfrenta un número creciente de jóvenes que difícilmente pueden hacerse cargo de una familia, a pesar de que en muchas ocasiones estarían dispuestos y aun deseosos de hacerlo".

Precisamente, Stern distingue cuatro argumentos que se esgrimen con mayor frecuencia para definir el embarazo adolescente como problema:

- El supuesto aumento del embarazo entre adolescentes en varios países de América Latina.
- Los efectos adversos de un embarazo a edad temprana para la salud de madre e hijo.
- Las consecuencias de este fenómeno para el crecimiento de la población.
- La contribución del fenómeno a la transmisión intergeneracional de la pobreza.

Globalmente más de 13 millones de adolescentes menores de 20 años han parido cada año, contribuyendo el 10 % del número total de nacimientos anuales. En Honduras se considera que la Población General es de 6.5 Millones actualmente, con un crecimiento poblacional anual actual: 2.7 %. De continuar así, seremos 9 Millones (2015). 7.5 Millones de Adolescentes al 2015. Casi la mitad de la población es menor de 15 años. 1 de cada 4 habitantes es adolescente.

Respecto a la mortalidad materna en Honduras, cada 31 horas muere una mujer durante el embarazo parto o puerperio. La tasa de mortalidad materna para 1997 se estima en 108 muertes por 100.000 nacidos vivos, muy cerca de Guatemala (101 por 100,000 n.v.) y muy superior a El Salvador (52 por 100,000 n.v.) (Meléndez, H; Ochoa, J; Villanueva Y; SS. 1999.18)

La contribución del fenómeno a la transmisión intergeneracional de la pobreza. En Honduras y Nicaragua más de un 20% de las adolescentes son madres. La tasa de mortalidad materna del grupo de 12 a 14 años de edad es alarmantemente alta (391 por 100,000 n.v.). casi cuatro veces más que la nacional, este hecho es alarmante si se considera que este grupo de edad no deberían existir embarazos y mucho menos muertes maternas.

### **III. JUSTIFICACIÓN.**

El embarazo en adolescentes es un problema social en Comayagua y en todo el país. Por lo tanto se quiere analizar la magnitud que éste representa en el Hospital Regional Santa Teresa, determinando las complicaciones que presenta, los aspectos socio demográficos, antecedentes gineco-obstétricos y las patologías más frecuentes en las embarazadas.

Las adolescentes por su inmadurez y otros factores de riesgos son más vulnerable a determinadas causas de morbilidad y mortalidad materna, lo que refleja en Comayagua y Honduras que hay un problema que se debe controlar en beneficio de la salud de la población adolescente.

A pesar de la alta incidencia de embarazo en adolescentes que demandan los servicios de salud, hasta la fecha no se ha realizado un estudio preliminar en el Hospital, ni se brinda atención adecuada a este grupo, tampoco se da cumplimiento a los mecanismos recién normatizado para resolver este problema.

El estudio haría factible la implementación de programas y proyectos educativos que ayuden a disminuir la magnitud del problema, a través de Instituciones Públicas y privadas, con la participación conjunta de las Fuerzas Vivas del departamento, involucrando al mismo tiempo a los padres de familia, autoridades políticas y sociales del país..

## **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

### **4.1. Pregunta del estudio.**

¿Cuáles fueron las complicaciones obstétricas del embarazo en adolescentes en el Hospital Regional “Santa Teresa” de Comayagua, Honduras, durante el año 2002?

### **4.2. Las preguntas específicas son las siguientes:**

¿Cuáles fueron los aspectos socio-demográficos del embarazo en adolescentes en el Hospital Regional “Santa Teresa” de Comayagua, Honduras, durante el año 2002?

¿Cuáles fueron los antecedentes gineco-obstétricos del embarazo en adolescentes en el Hospital Regional “Santa Teresa” de Comayagua, Honduras, durante el año 2002?

¿Cuál fue la morbilidad del embarazo en adolescentes en el Hospital Regional “Santa Teresa” de Comayagua, durante el año 2002?

## **V. OBJETIVOS.**

### **5.1. Objetivo general.**

Determinar las complicaciones obstétricas del embarazo en adolescentes en el Hospital Regional “Santa Teresa” de Comayagua, Honduras, durante el año 2002.

### **5.2. Objetivos específicos.**

Determinar los aspectos socio-demográficos del embarazo en adolescentes en el Hospital Regional “Santa Teresa” de Comayagua, durante el año 2002.

Determinar los antecedentes gineco-obstétricos del embarazo en adolescentes en el Hospital Regional “Santa Teresa” de Comayagua, Honduras, durante el año 2002.

Determinar la morbilidad que se presentó en el embarazo en adolescentes en el Hospital Regional “Santa Teresa” de Comayagua, Honduras, durante el año 2002.

## **VI. MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA.**

El concepto de adolescencia es relativamente reciente en términos históricos. Surgió a fines del siglo XIX e inicios del XX en los países occidentales y sirvió para designar a un grupo específico de la población joven perteneciente, por lo general, a un nivel socioeconómico elevado, quienes llevaban a cabo una preparación prolongada antes de asumir los papeles adultos. Con el paso del tiempo, y a medida en que se fueron desarrollando los procesos de industrialización y urbanización, esta fase de preparación entre la niñez y la adultez se fue extendiendo en duración, a la vez que se conformaba la adolescencia como una edad particular de la vida, con identidad propia y necesidades específicas.

Sin embargo, al igual que sucedía en la antigüedad, en muchas sociedades, en especial de áreas rurales de América Latina, el ingreso a la edad adulta se inicia muy temprano, con fuertes responsabilidades económicas y familiares -que en ocasiones incluye el matrimonio-lo que hace de la adolescencia una etapa inadvertida. En cambio, en muchas otras áreas y sectores de la región, y como consecuencia del proceso de modernización, el período de la adolescencia se ha ampliado e incluso continúa creciendo.

En los países desarrollados, la extensión de la escolarización y el consiguiente retraso de la entrada al mercado laboral marcan una tendencia a la prolongación de la adolescencia. En los países en desarrollo se presentan situaciones que oscilan desde aquéllas en que se da un rápido tránsito de la niñez a la condición de adulto, hasta las que experimentan la adolescencia «tardía», en los sectores de la población de ingresos y escolaridad más altos. Ahora bien, la creciente escolarización y los profundos cambios culturales y tecnológicos, que facilitan una mayor exposición a los medios de comunicación y el acceso a la información, son factores que difunden modelos de comportamientos que influyen en las conductas de los jóvenes de toda la sociedad, incluyendo a las zonas rurales y comunidades indígenas, lo que incide en que el período de la adolescencia se amplíe, al tiempo .en que se van transformando las visiones y percepciones de los y las adolescentes acerca de sus papeles y alternativas' futuras.

En suma, la dificultad de definir de manera universal el concepto de adolescencia estriba en que por sí mismo el fenómeno representa una construcción cultural sujeta a la variación de ambientes y contextos (Villarreal, 1998). Se reconoce que las características y duración de esta etapa dependen de la clase social, el entorno sociocultural, el género, la etnia, etc. Aún así, se admite la necesidad práctica de establecer una convención que permita identificar y analizar la especificidad del comportamiento de los individuos que se encuentren transitando de la niñez a la edad adulta.

El criterio operacional más utilizado y ampliamente aceptado es el de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS considera que la adolescencia se inicia con los cambios bio-fisiológicos que experimentan los individuos luego de la niñez y finaliza con la madurez sexual y reproductiva, que abarca entre los 10 y los 19 años. En diferentes estudios se observa un cierto consenso en torno a que un rasgo distintivo de la adolescencia se relaciona con el desarrollo de las funciones sexuales y reproductivas, lo cual trae consigo un impacto tanto fisiológico como psico social en los individuos. En cuanto al límite superior no hay tanto acuerdo, dado el carácter difuso entre las fronteras del mundo adolescente y el adulto según el contexto sociocultural; con todo, por lo general no se lo sitúa más allá de los 20 años. La información disponible suele tomar como universo de estudio a los adolescentes de 15-19 años, restringiendo así la posibilidad de un análisis de mayor profundidad de los menores de 15 años.

## **6.2. Incidencia del embarazo adolescentes.**

La situación del embarazo en la adolescencia se determina básicamente por la fecundidad adolescente, lo cual puede ser incorrecto cuando, como es el caso de muchos países de la región, existe una alta incidencia del aborto inducido. Por este motivo, en este capítulo se analizan no sólo la fecundidad sino también el aborto en adolescentes.

La incidencia de la fecundidad temprana se evaluará principalmente mediante el indicador de las tasas de fecundidad por edades. Otro indicador utilizado a menudo es la proporción de nacimientos de madres adolescentes. Su mayor uso se explica por sus implicaciones en el nivel programático, porque muestra el peso que supone para los servicios de salud el atender a mujeres

que por su temprana edad podrían estar eventualmente en situación de mayor riesgo en cuanto a su salud, sobre todo si éstas son menores de 16 años y pertenecen a estratos pobres. Sin embargo, la proporción de nacimientos en adolescentes depende no sólo de la tasa de fecundidad adolescente sino también del número de mujeres en estas edades (y por lo tanto, de la estructura etaria de la población), y del nivel de la fecundidad en otras edades. Así, su cambio en el tiempo no expresa con fidelidad la incidencia de la fecundidad en estas edades y puede conducir a conclusiones erróneas.

La salud sexual y reproductiva adquiere dimensiones claramente diferenciadas en cada sexo. Precisamente, la fecundidad adolescente tiene mayor incidencia en mujeres que en varones, aun cuando éstos inician su vida sexual más temprano. En Perú, por ejemplo, la maternidad adolescente está presente en una de cada diez mujeres, en tanto que la paternidad adolescente apenas en uno de cada cincuenta hombres (véase el cuadro abajo).

En los casos de Honduras y Nicaragua más de un 20% de las adolescentes ya son madres, mientras que menos del 4% de los varones adolescentes son padres. En consecuencia, los indicadores de fecundidad adolescente se calcularán principalmente para las mujeres; de hecho, la gran mayoría de los padres de los hijos de madres adolescentes no son adolescentes. Entonces, los indicadores de fecundidad adolescente masculina no son necesariamente los que mejor representan la situación de salud reproductiva de los hombres.

Por lo general, la mayoría de los hijos de madres adolescentes tienen como padre a un adulto y es muy frecuente observar marcadas diferencias de edad entre ambos progenitores. Esta heterogamia, que según algunas investigaciones aumenta a menor edad de la mujer, se asocia con inequidades de género vinculadas a un contexto sociocultural que asigna comportamientos de nupcialidad, sexualidad y reproducción distintos en hombres y mujeres. Por una parte, los adolescentes hombres eligen con ventajas evidentes dentro de un más amplio mercado matrimonial; y por otro, las jóvenes, en un contexto que niega su capacidad de independencia, podrían verse motivadas a buscar una mayor estabilidad, estableciendo uniones con parejas de mayor edad.

**Porcentajes de adolescentes (15-19)  
que han tenido hijos nacidos vivos, según sexo:  
Países seleccionados de América Latina y el Caribe, 1995-8.**

PAIS-FECHA	PORCENTAJE DE ADOLESCENTES QUE HAN TENIDO HIJOS NACIDOS VIVOS	
	MUJERES	HOMBRES
BOLIVIA, 1998	11.5	3.0
BRASIL, 1996	14.3	3.1
HAITI 1995	10.8	0.3
HONDURAS, 1996	22.3	3.7
NICARAGUA, 1998	22.1	2.9
PERU, 1996	10.9	2.0
REP. DOMINICANA, 1996	18.3	1.2

Fuente: Encuesta DHS.

Estas amplias diferencias entre las edades de las mujeres y sus compañeros crean en muchas ocasiones una gran vulnerabilidad femenina en su interacción con un hombre mayor, ya que las relaciones de poder tienden a ser más desiguales; por lo mismo, se observa un empoderamiento (*empowerment*) menor; incluso, esto puede constituir un factor de riesgo en la salud reproductiva de las adolescentes.

### **6.3. Consecuencias del embarazo en adolescentes.**

Tradicionalmente, la literatura sobre las consecuencias fisiológicas del embarazo en adolescentes plantea una serie de problemas de salud resultantes de la inmadurez del cuerpo de la mujer, como la desproporción céfalo-pélvica y la mayor prevalencia de toxemia, anemia, eclampsia y fístulas vasico-vaginales (véase, por ejemplo, Bonham & Place 1978; Buvinic & Kurz, 1997; McDevitt *et al.*, 1996; Strobino, 1987).

Las adolescentes parecen ser más vulnerables a determinadas causas de mortalidad materna, como la eclampsia, y en menos a otras, como la hemorragia (Vieira Matos *et al.*, 1985), pero el efecto neto de estas vulnerabilidades sería una mayor mortalidad materna en mujeres muy jóvenes. Senderowitz (1995) afirma que, en el conjunto de causas, en el conjunto de causas, el embarazo en adolescentes de 15-19 años se asocia con un riesgo adicional de 20-200% de mortalidad materna, además de mayores riesgos de prematuridad, bajo peso al nacer y una serie de otras complicaciones.

Evidentemente, debe tomarse en cuenta que los datos sobre la mortalidad materna no son muy confiables en la mayoría de los países, y en ocasiones la evidencia es contradictoria. Sin embargo, la interpretación actualmente más común es que los riesgos diferenciales observados en adolescentes mayores de 16 años se deben en gran medida a la selectividad socioeconómica desfavorable de las madres adolescentes y a su menor acceso a servicios médicos de buena calidad (Carvalho, 1983, 1984; Suárez Ojeda, Roberts & Cuminsky, 1985; Trussell, 1988; Villaseca, 1989). En países donde las condiciones de salud son satisfactorias, un embarazo de una adolescente de 16-19 años no representa una amenaza fisiológica especial (Makinson, 1985; Scholl, Hediger & Belsky, 1994) e incluso puede tener resultados más favorables que en mujeres de mayor edad. Aun en países o estratos sociales donde las condiciones de salud son más adversas, no siempre el riesgo relativo de las mujeres adolescentes es mayor, ya que en buena medida depende del entorno social.

#### **6.4 Mortalidad infantil.**

De igual forma que la mortalidad materna, la mortalidad infantil, como función de la edad de la madre, muestra un patrón en U, aunque el aumento de la tasa en mujeres mayores de 35 años es menos acentuado que en el caso de la mortalidad materna. Hay cierta controversia sobre las razones de la mortalidad infantil levemente superior entre mujeres de 15-19 años. Según algunos investigadores, esta mortalidad mayor refleja simplemente un efecto de selección socioeconómica y posiblemente el hecho de que en el grupo de 15-19 años hay una alta proporción de primeros nacimientos.

### **6.5. El embarazo como causa de abandono escolar.**

Además de sus posibles riesgos de salud, el embarazo en adolescentes puede tener consecuencias desfavorables desde el punto de vista social, interrumpiendo o modificando un proyecto de vida y forzando al padre, y principalmente a la madre adolescente, a suspender su educación y eventualmente a buscar un trabajo para dar sustento a su familia. El tema de la deserción escolar ha atraído un interés especial, por su relación con la formación de capital humano y la superación de la pobreza. Sin embargo, en los países en desarrollo, de un modo general, existe poca investigación sistemática sobre la importancia del embarazo precoz como motivo de abandono escolar.

### **6.6. Efectos negativos sobre empleo y pobreza.**

Aunque los efectos de un embarazo en la adolescencia sobre la carrera laboral y los futuros ingresos de la madre probablemente son más significativos que los efectos de salud, no han sido investigados con la misma intensidad que éstos, principalmente en América Latina y el Caribe. Debido, entre otras cosas, a la multiplicidad de criterios involucrados (efectos de corto o largo plazo, empleo o calidad del empleo, bienestar financiero o satisfacción con una situación de vida, etc.) y la variedad de metodologías, los resultados de diferentes investigaciones que se han realizado en los Estados Unidos, sobre las relaciones entre el embarazo adolescente y la situación económica posterior de la mujer, no siempre coinciden. Hoffman, Foster y Furstenberg (1993), en su comparación de las trayectorias de vida de hermanas, encontraron que un nacimiento en la adolescencia rebaja la tazon de ingreso/necesidades de una mujer de 21-33 años en más de 30% y aumenta su probabilidad de pobreza de 16% a 28%. Ribar (1996) descubrió que un embarazo en la adolescencia generalmente reduce la probabilidad posterior de empleo. Klepinger, Lundberg y Plotnick (1997), que basaron su análisis en un modelo econométrico, detectaron efectos bastante fuertes, en términos educativos y laborales. Tanto en mujeres blancas como negras, estimaron una reducción promedio de 2.6 años

### **6.7. Aumento de la fecundidad global.**

Parte de la inquietud por el embarazo en adolescentes en los países en desarrollo proviene de la circunstancia de que se trata del grupo etario que hasta ahora ha sido más resistente a la baja de la fecundidad observada en otras edades. Como se demostró en el capítulo n, esto puede entenderse teóricamente por la fuerza del deseo por hijos de órdenes más bajos y principalmente por los primogénitos. En la medida en que el deseo por los hijos disminuye en los órdenes de nacimiento más altos, sin que haya mecanismos compensatorios de postergación del primer alumbramiento y de aumento de los intervalos Inter.-genésicos, la consecuencia lógica es el rejuvenecimiento del patrón etario de la fecundidad. No se ha realizado mucha investigación empírica para averiguar en qué condiciones la disminución del deseo por hijos de órdenes de nacimiento mayores es acompañado o no por cambios en la localización de los nacimientos en el tiempo, pero aparentemente las sociedades de la región 'han sido relativamente resistentes a estos cambios

### **6.8. Otros efectos sociales del embarazo adolescente.**

Otro tema que ha sido objeto de inquietud es el de la inestabilidad de las uniones de madres adolescentes. En los Estados Unidos, 48% de las uniones de mujeres que se casaron con menos de 20 años terminan cuando ellas tienen entre 30-39 años, en comparación con sólo 35% de las uniones de mujeres que se casaron más tarde (Singh & Wulf, 1990). Haber tenido un embarazo o principalmente un nacimiento premarital también aumenta la probabilidad de separación o divorcio en los matrimonios o uniones posteriores (Billy, Landale & McLaughlin, 1986; O'Connen & Rogers, 1984; Teachman, 1983). Entre otros, han mostrado que las madres adolescentes padecen divorcios y otros trastornos maritales, y registran más nacimientos fuera del matrimonio. Junto con lo anterior, esto implica que las madres adolescentes pasan una mayor proporción de sus vidas solas, mientras cuidan de sus hijos menores.

## **6.8. Diferencias de géneros en las perspectivas adultas sobre la conducta reproductiva de los adolescentes.**

Por que hoy en día los adolescentes están llegando a la pubertad temprana y casándose más tarde, ellos son más comunes a tener su relaciones sexuales pre maritales, que como fueron los miembros de las generaciones de sus padres. Los adolescentes que han tenido relaciones sexuales pre maritales a menudo fallan al usar contraceptivos, con lo cual se exponen al riesgo de embarazo e infecciones sexuales (Infecciones de Transmisión Sexual), incluyendo Sida. Globalmente más de 13 millones de adolescentes menores de 20 años han parido cada año, contribuyendo el 10 % del número total de nacimientos anuales. Más de la mitad de los individuos infectados de SIDA, son menores de 25 años y la mayoría de estos jóvenes son mujeres.

### **6.10- Concepción en adolescentes.**

Cerca de 15 millones de jóvenes adolescentes dan a luz cada año, formando aproximadamente el 10% de todos los nacimientos globalmente. Es sabido que parir siendo adolescente es un riesgo considerable para la salud. Un cuarto de las 500.000 mujeres que mueren cada año por causas relacionadas con embarazo y parto, son adolescentes.

Las madres adolescentes tienen más complicaciones del embarazo como, toxemias, anemia por déficit de hierro, parto prolongado y obstruido, desórdenes hipertensivos del embarazo e incluso la muerte.

Debido a que la mayoría de las madres adolescentes pertenecen a países pobres, ellas son también psicológicamente inmaduras, incrementando los riesgos obstétricos.

### **6.11. Falta de atención pre-natal.**

La atención prenatal adecuada puede reducir la mortalidad y las complicaciones relacionadas con el embarazo, especialmente entre las mujeres jóvenes. Pero en los países en desarrollo muchas mujeres no reciben atención prenatal y las jóvenes son las que menos probabilidad tienen de recibirla, incluso en los países desarrollados. Si se les presta atención, eso ocurre generalmente, cuando el embarazo ya está adelantado. Aunque hay a servicios disponibles de atención prenatal, tal vez no se concurra a ellos porque se considera que el parto es algo normal para las jóvenes y que por lo tanto no requiere atención médica.

### **6.12. Riesgos para la salud del embarazo precoz.**

Cuando la mujer es demasiado joven, el embarazo, deseado o no, puede ser peligroso para la madre y el niño. Las complicaciones del parto y el aborto en condiciones peligrosas están entre las causas principales de mortalidad de las mujeres menores de 20 años. Incluso en condiciones óptimas, las jóvenes madres, especialmente las que tienen menos de 17 años tienen más probabilidad que las mujeres de alrededor de 20 años de sufrir complicaciones relacionadas con el embarazo y de morir en el parto. El riesgo de muerte puede ser dos o cuatro veces mayor, según el estado de salud y la situación socioeconómica de la mujer.

Las complicaciones del embarazo que hace peligrar la vida de las mujeres menores de 20 años son los mismos riesgos que enfrentan todas la demás mujeres: hemorragias, septicemia, hipertensión ocasionada por el embarazo, inclusive pre-eclampsia y eclampsia, distocia por obstáculo mecánico causado por la desproporción céfalo-pelviana, complicaciones del aborto en condiciones peligrosas y anemia ferropriva.

Las jóvenes enfrentan riesgos mayores de hipertensión, desproporción céfalo-pelviana, anemia ferropriva y aborto peligroso que las mujeres de más edad. Estos riesgos son mayores para las jóvenes no solo por su edad, sino también porque por lo común se trata del primer parto, siempre más peligroso que el segundo, el tercero o el cuarto.

Los factores socioeconómicos, incluidas la pobreza, la malnutrición, la falta de educación y la falta de acceso a servicios de atención prenatal o de atención obstétrica de emergencia pueden incrementar aún más el riesgo de complicaciones relacionadas con el embarazo de las jóvenes. Entre las jóvenes, igual que entre las mujeres de más edad, las que corren el máximo riesgo en las mujeres pobres, que en su mayoría están mal nutridas y con oportunidades mínimas de recibir atención prenatal.

La hipertensión ocasionada por el embarazo no tratada puede causar insuficiencia cardíaca o ataque apopléjico y resultar en la muerte de la madre y la criatura. La hipertensión se presenta más a menudo entre las mujeres que tienen su primer hijo y representa una gran proporción de defunciones maternas entre las mujeres menores de 20 años.

La desproporción céfalo-pelviana, lo que significa que la abertura pelviana de la mujer es demasiado pequeña para permitir que pase la cabeza del niño durante el parto puede retrasar o prevenir el parto vaginal. En algunos casos, si no puede practicarse cesárea, el útero de la mujer se desgarrará y muere tanto la madre como el niño. La desproporción céfalo-pelviana es común en las mujeres muy jóvenes cuyo crecimiento pelviano no se ha completado aún y en las mujeres de baja estatura en las que la mal nutrición les ha frenado el crecimiento.

Con el trabajo de parto prolongado relacionado con la desproporción céfalo-pelviano aumenta el riesgo de fístula-un desgarró entre la vagina y el tracto urinario o el recto, que permite que la orina o las heces se filtren a través de la vagina.

En numerosos países de Africa las lesiones fistulosas se producen mas comúnmente en las mujeres menores de 20 años y la distocia por obstáculo mecánico es la causa de la mayor parte de estas lesiones. La fístula se puede reparar con cirugía. Pero cuando la mujer no puede obtener atención adecuada, generalmente queda discapacitada por el resto de su vida y excluida de la comunidad.

En muchas regiones la anemia ferropriva es un factor contribuyente de casi todas las defunciones maternas. En una mujer anémica la probabilidad de morir por causa relacionada con el embarazo es cinco veces mayor que en la que no es anémica. Las mujeres anémicas son menos capaces de resistir las infecciones y menos capaces de sobrevivir después de una hemorragia u otra complicaciones del trabajo de parto y el parto. La anemia también es un factor contribuyente del parto prematuro y del bajo peso al nacer.

La anemia ferropriva es particularmente común entre las mujeres embarazadas y las jóvenes embarazadas tienden a más que las mujeres mayores a ser anémicas, incluso en los países desarrollados. Así por ejemplo, en un análisis de ocho estudios clínicos realizado en los Estados Unidos se encontró que las mujeres embarazadas menores de 20 años tenían dos veces más probabilidad de ser anémicas que las mujeres mayores.

En los Estados Unidos se llevó a cabo un estudio de adolescentes embarazadas que asistían a un dispensario prenatal y se encontró que 70% no tenían suficiente hierro. Las menstruaciones normales, una dieta que carece de hierro absorbible y el paludismo causan la mayor parte de las anemias en las mujeres embarazadas. Para evitar la anemia durante la adolescencia, las jóvenes necesitan dos veces más hierro que los adultos del mismo peso.

### **6.13. Ganancia inadecuada de peso entre las adolescentes embarazadas.**

Investigaciones han examinado los hábitos nutricionales de adolescentes embarazadas y han demostrado que las mujeres menores de 18 años de edad tienen mayores patrones erráticos de alimentación y una menor ingesta dietética comparados con las mujeres adultas. De hecho se ha demostrado que las adolescentes embarazadas tienen ingesta calóricas, muy por debajo del porcentaje dietético recomendado para mujeres embarazadas.

Como resultado del 8% al 19% de las adolescentes ganan menos de 20 libras durante el embarazo. La ganancia inadecuada de peso entre esta población tiene una significativa importancia social y económica porque estudios han documentado que una ganancia de peso

menor de 20 libras está asociado con partos de infantes de bajo peso al nacer y otras complicaciones peri-natales.

#### **6.14. Riesgo obstétrico en embarazadas menores de 18 años.**

Inglaterra y Wales tienen la más alta tasa de embarazos en adolescentes y la tasa más alta de madres adolescentes del oeste de Europa, cuatro veces más alto que Francia y seis veces más alto que Holanda. La tasa de embarazo de Inglaterra y Wales continúan incrementándose, y en 1997 más de 90,000 adolescentes concibieron, de las cuales 8000 eran menores de 16 años y 2200 eran menores de 14 años.

A pesar que casi la mitad de las adolescentes embarazadas prefieren terminar con su embarazo, la mayoría de los practicantes, parteras y obstétricas frecuentemente están involucrados a proveer cuidados prenatales a las embarazadas. Los involucrados tienen que estar informados sobre los riesgos obstétricos asociados con un embarazo en una adolescente. Los resultados de estudios anteriores que investigan el riesgo obstétrico en adolescentes embarazadas fueron contradictorios.

Algunos reportaron estadísticas significativas altas en frecuencia de anemia, mientras que otros estudios no. Algunos estudios reportaron asociación entre bajo peso al nacer y la edad joven materna, pero otros no. Muchos de los estudios también carecieron de suficiente poder para detectar pequeños pero importantes diferencias en los resultados comunes y mayor diferencias en resultados con prevalencia baja. Embarazo en mujeres jóvenes está asociado con varios factores <sup>1</sup>y es importante tomarlos en cuenta. Lo deseado con este estudio es probar la hipótesis de que la edad joven materna está asociada con riesgos obstétricos y cuantificar el riesgo.

#### **6.15. Riesgos mayores para los lactantes.**

El embarazo antes de los 20 años también presenta riesgos al bebé de la joven. Los daños de las encuestas Demográficas y de Salud y de otros estudios muestran que las tasas de mortalidad y morbilidad son más altas entre los bebés de madres y jóvenes. Estas, especialmente las que tienen menos de 15 años, exhiben tasas más altas de trabajo de parto prematuro, aborto espontáneo, muerte prenatal y bajo peso al nacer. Para el lactante que sobrevive, el mayor riesgo de mortalidad persiste durante toda la primera infancia.

#### **6.16. Mortalidad materna por edades.**

El análisis de las Razones de Mortalidad Materna por grupos de edad revela que para 1997 los valores son mayores en los extremos de la vida reproductiva. Los grupos con datos más bajos se encuentran entre los 20 y los 34 años. Llama poderosamente la atención que los valores de las razones de la mortalidad materna y del embarazo, parto y puerperio para que el grupo de 12 a 14 años es extremadamente alto, 391 por 100.000 nacidos vivos, que aunque puede estar influenciado por que los números absolutos son pequeños, no debemos descuidar el hecho de que en este grupo de edad no deberían de existir embarazos ni muchos menos muertes maternas.

Por otra parte, podemos observar que la mayoría de las menores de 18 años se mueren por causas no relacionadas y sin haber iniciado el trabajo de parto. Un porcentaje alto de las adolescentes también se mueren por hemorragia. Lo anterior refuerza la decisión normativa de poner énfasis en la referencia para el parto institucional de las mujeres mayores de 35 años, si bien no deben descuidarse esta acción para las adolescentes, las mujeres mayores tienen más riesgos de morir en el parto domiciliar.

#### **6.17. Prevención del embarazo en adolescentes.**

Actividades para prevenir embarazos en adolescentes incluyen vigilancia, investigación de conductas y demostración de proyectos. Los Estados Unidos tienen el índice más alto de embarazos en adolescentes que todos los países desarrollados. Un millón se embaraza cada año y 95% de esos embarazos son no deseados y casi la tercera parte termina en abortos. Se gastan

\$128 millones en un parto de adolescente y se ahorrarían \$48 millones si parieran por lo menos a los 20 años. En 1996 y este ritmo declinó en todos los grupos raciales, aunque se mantuvo en algunos Estados, los cuales se vieron en la necesidad de implementar programas para involucrar a las adolescentes y evitar riesgos relacionados con el embarazo. Ocho organizaciones no gubernamentales están apoyando al estado implementando técnicas a estos programas a fin de evitar embarazos en adolescentes.

A pesar de la tendencia a baja reciente en índices de natalidad adolescentes, el índice de nacimientos adolescentes en los Estados Unidos es mucho más alto que cualquier otra nación industrializada. Para verter la luz en este problema, Katherine Nitz proporciona una revisión de teorías actuales del comportamiento sexual. Ella también repasa acercamientos existentes de la intervención al embarazo y a la maternidad adolescentes (e.g., educación de la prevención del embarazo, programas para facilitar el acceso a los servicios anticonceptivos, y programas comunidad-basados de la opción de la vida). Nitz concluye el artículo con una discusión de las áreas para el estudio futuro.

Hay las teorías numerosas que se han utilizado para dirigir el desarrollo de los programas de la prevención del embarazo. Algunos son del comportamiento en la naturaleza (e.g., teoría cognoscitiva social), mientras que otros explican el papel del ambiente social en el comportamiento de los adolescentes (e.g., teoría ecológica). Aunque estas teorías son útiles para formar y evaluar programas, Nitz discute que haya una necesidad de desarrollar y de probar un modelo teórico más comprensivo, que considera la naturaleza multidimensional de este problema.

La necesidad de un modelo teórico más comprensivo es apoyada, en parte, por el hecho de que los programas actuales han tenido un impacto relativamente limitado en la reducción de embarazo adolescente. Por ejemplo, los programas de la educación de la prevención del embarazo (programas abstinencia-basados incluyendo) no han sido muy acertados en la reducción de tarifas del embarazo entre adolescencias, aunque algunos programas han tenido un impacto positivo en la reducción del comportamiento riesgo-que tomaba sexual (e.g., uso de aumento del condón). El autor concluye que los programas teoría se basan que, tienen metas específicas, utilizan un formato pequeño del grupo, utilizan a educadores del par, e incluyen componentes comunidad-basados son más probable ser acertados.

Los programas que proporcionan el acceso a la contracepción también no aparecen conducir a una disminución sostenida *de tarifas adolescentes del embarazo*, con todo a algo de ellos han demostrado un impacto positivo en los comportamientos sexuales (e.g., un uso más constante de la contracepción). Desafortunadamente, muchos de estos estudios implicaron los métodos débiles de la evaluación, de tal modo limitando las conclusiones sobre su impacto. Los programas más acertados incluyeron componentes para realzar las habilidades de los estudiantes y para reducir barreras a conseguir la contracepción.

los programas Comunidad-basados de las opciones de la vida se están convirtiendo en un acercamiento cada vez más común a reducir embarazo adolescente. En general, estos programas se centran en el edificio de la habilidad en las áreas que extienden más allá de embarazo (e.g., las habilidades académicas o del empleo), que son determinantes importantes del embarazo adolescente. Hasta la fecha, muchas de las evaluaciones de estos programas sugieren que estén teniendo un impacto positivo en la reducción de embarazo adolescente.

El artículo concluye que ha habido pocos programas adolescentes acertados de la prevención del embarazo debido a una carencia de teorías eficaces dirigir el desarrollo de los estos programas. Además, esos programas que han sido acertados tienden para extender más allá de salud reproductiva para incluir opciones de la vida, tales como entrenamiento de habilidades de la educación y de trabajo.

El autor sugiere la necesidad de la investigación futura de determinarse mejor qué factores predisponen a adolescentes al embarazo adolescente. Ella también observa que hay varias otras áreas que mantienen promesa en desarrollar programas más eficaces de la prevención del embarazo (e.g., reconocimiento y dirección del impacto de la familia, de la vecindad, y de la comunidad; participación de varones, de miembros de la familia, y de pares; asegurando programas sea cultural y developmentally apropiado).

#### **6.18. Situación de salud del adolescente en Honduras.**

Población General 6.5 Millones actualmente. Crecimiento poblacional anual actual: 2.7 % De continuar así: seremos 9 Millones (2015). 7.5 Millones de Adolescentes al 2015. Casi la mitad de la población es menor de 15 años. 1 de cada 4 habitantes es adolescente. En Honduras

de las adolescentes 55% de las adolescentes vive en area rural y el 45% en area urbana. El 67.8% de todos los egresos hospitalarios esta relacionado con el ciclo reproductivo de la mujer EPP (Embarazo Parto y Puerperio). 27% corresponde a mujer adolescente.

Datos de ENESF-96 sobre las adolescentes mujeres de 15-19 años, revelaron que el 10.5% de ellas tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años y el 46.5% antes de cumplir los 18 años. Aproximadamente 40 de cada 100 de ellas tuvieron relaciones con parejas de 20 a 24 años y 20 de cada 100 lo hicieron con parejas de 25 a 30 más años. El 93.6% de las adolescentes de 15 a 17 años y el 93.1% de las de 18 años, estuvieron expuestas a un embarazo no deseado en la primera relación sexual, ya que no usaron ningún tipo de anticonceptivo. Y entre las que lo usaron, el condón representa solo el 2.5% (ASHONPLAFA/USAID; CDC; SS. ENESF-96, 1998:226).

27.2% de las mujeres ( 15 – 24 a ) han tenido relaciones sexuales pre-maritales. Y de las cuales en promedio a la edad 18.3 años han tenido relaciones sexuales pre-maritales. 13.4% de las mujeres antes de cumplir los 15 años habían tenido relaciones sexuales.

67.8% de todos los egresos hospitalarios esta relacionado con el ciclo reproductivo de la mujer (EPP). 27% corresponde a mujer adolescente. En 1999: 30% de los partos atendidos en Hospital Escuela fueron de madres menores de 19 años. En 2001 A nivel nacional se considera un promedio del 35% en todos los servicios de Maternidad de la red. Se desconocen los datos de partos comunitarios.

Respecto a la mortalidad materna en Honduras, cada 31 horas muere una mujer durante el embarazo parto o puerperio. La tasa de mortalidad materna para 1997 se estima en 108 muertes por 100.000 nacidos vivos, muy cerca de Guatemala (101 por 100,000 n.v.) y muy superior a El Salvador (52 por 100,000 n.v.) (Meléndez, H; Ochoa, J; Villanueva Y; SS. 1999.18)

La tasa de mortalidad materna del grupo de 12 a 14 años de edad es alarmantemente alta (391 por 100,000 n.v.). casi cuatro veces más que la nacional, este hecho es alarmante si se considera que este grupo de edad no deberían existir embarazos y mucho menos muertes

maternas. Un gran número de casos está asociados a condiciones socioeconómicas precarias, así como y al escaso acceso a la educación sexual y a los servicios de atención en salud, principalmente consejería y planificación familiar lo que significa que muchas muertes podrían haberse evitado.

Entre las principales causas de muertes maternas de mujeres adolescentes menores de 18 años están el 41% mueren sin haber iniciado el trabajo de parto; el 23.5% durante el puerperio; el 11.8% durante el parto; el 11.8% por un aborto; el 5.9% por embarazo ectópico y el 5.9% por embarazo molar. (Meléndez, H; Ochoa, J; Villanueva Y; SS. 1999:40-41).

### **Programa Nacional de atención integral a la adolescencia (PAIA). Disposiciones generales.**

1. Toda y todo adolescente tiene derecho a ser atendida (o) en las Unidades de Salud (US).
2. Los servicios que se brinden deben de tener como características:
  - ❖ Respeto
  - ❖ Con Calidad y calidez
  - ❖ Con Confidencialidad
  - ❖ Equidad de género
  - ❖ Con seguridad
  - ❖ Enfoque étnico-cultural Inter-activa.
3. Todo (a) adolescente que demande atención por algún problema que no este contenido en este manual deberá ser atendido de acuerdo a las normas vigentes de la Secretaría de salud.
4. El personal institucional y comunitario deberá referir a los niveles correspondientes al riesgo y con el formulario respectivo.
5. Toda US esta en la obligación de enviar contra-referencia en su formulario respectivo.
6. Las Normas del adolescente, serán operativizadas por el personal institucional que labora en los servicios ambulatorios de la Secretaría de Salud.
7. Las US con mayor complejidad atenderán a los y las adolescentes bajo el esquema de atención diferenciada aplicando las normas vigentes y protocolos.

8. Todo (a ) adolescente deberá captarse lo más temprano **posible** y ser evaluado por lo menos una vez **por año** para la promoción y protección de su salud.
9. El personal de salud que labora en las US, que brindan atención diferenciada para adolescentes deberá promover el trabajo en **equipo**.
10. Todo (a) adolescentes que consulte por cualquier patología y que durante el proceso de atención se **identifiquen** factores de riesgo psico-social deberá ser **referido** a evaluación psicológica.

### **Estrategias.**

- ✓ Intersectorialidad
- ✓ Multidisciplinariedad
- ✓ Descentralización
- ✓ Protagonismo adolescente
- ✓ Participación local.
- ✓ Adecuación de los servicios.
- ✓ Desarrollo del recurso humano.
- ✓ IEC/Cambio de comportamiento .
- ✓ Sistema de información.
- ✓ Vigilancia epidemiológica.

### **Avances y logros**

- Adecuación de los servicios
- Desarrollo del recurso humano
- IEC/cambio de comportamiento
- Sistema de información
- Vigilancia epidemiológica

•En las diferentes **Regiones** se están desarrollando servicios de atención diferenciados y procesos de promoción **para la salud integral**, en los que los y las adolescentes reciben una atención

integral con calidad calidez y enfoque de género.

- Bases Programáticas que son las Políticas Nacionales del PAIA, donde se enfatiza la equidad de género y la calidad de los servicios.
- Actualmente el PAIA cuenta con el Manual de Normas de Atención Integral a La Adolescencia.
- Se ha conformado una Red de Comunicadores Sociales en Tegucigalpa y San Pedro Sula, la cual se esta capacitando en temas de adolescencia, calidad de los servicios y enfoque de género. y apoyan el fortalecimiento de acciones de promoción.
- Se está coordinando con la Secretaría de Educación la incorporación de temas de salud en la Curricula con énfasis en valores, equidad de género y participación ciudadana.
- Se han elaborado y distribuido Hojas de Abogacía con información sobre temas de Adolescencia.

## **VII. DISEÑO METODOLOGICO.**

### **7.1. Tipo de estudio.**

Estudio de corte transversal, descriptivo sobre las complicaciones obstétricas del embarazo en las adolescentes en el Hospital Regional “Santa Teresa” en Comayagua, Honduras, durante el año 2002.

### **7.2. Universo y muestra.**

Fueron todas las embarazadas adolescentes que demandaron asistencia en el Hospital Regional “Santa Teresa”, Comayagua, Honduras, durante el año 2002. El universo fueron 1420 embarazadas adolescentes.

### **7.3 Unidad de análisis.**

Las embarazadas adolescentes.

### **7.4 Variables.**

#### **7.4.1. De los Objetivos Específicos No. 1.**

Aspectos socio-demográficos de las embarazadas adolescentes.

- Edad.
- Estado Civil.
- Profesión.
- Ocupación.
- Escolaridad.

- Domicilio.

#### **7.4.2. De los Objetivos Específicos No. 2.**

Antecedentes gineco- obstétricos de las embarazadas adolescentes.

- Vida Sexual Activa.
- Relaciones sexuales semanales.
- Cónyuges.
- Métodos anticonceptivos.
- Embarazo anterior.
- Tipo partos anterior.
- Lugar de atención parto anterior.
- Atención del parto anterior.
- Cesárea previa.
- Controles prenatales.

#### **7.4.3. De los Objetivos Específicos No. 3.**

Patologías más frecuentes de las embarazadas adolescentes (morbilidad).

- ❖ Anemia Ferropriva.
- ❖ Infección del Tracto Urinario.
- ❖ Infecciones de Transmisión Sexual.
- ❖ Otras.

#### **7.4.4. De los Objetivos Específicos No 4**

Complicaciones más frecuentes de las embarazada adolescentes.

- Desproporción Céfaló-Pélvica.

- Ruptura Prematura de Membrana.
- Sufrimiento Fetal Agudo.
- Producto de bajo peso al nacer.
- Mortalidad materna.
- Otras.

## **7.5. Criterios de Selección**

### **7.5.1. Criterios de Inclusión.**

Todos los expedientes clínicos de las adolescentes embarazadas que contenían la información pertinente (aspectos socio-demográficos, antecedentes gineco-obstétricos, patología y complicaciones mas frecuentes, así como resultados de laboratorios, etc.). Todas las embarazadas de 12 á 19 años, que hayan demandado asistencia médica en el Hospital Regional “Santa Teresa”, durante el año 2002.

### **7.5.2. Criterios de Exclusión.**

Los Expedientes Clínicos de las adolescentes embarazadas que no tenían información pertinente. Adolescentes embarazadas menores de 12 años y mayores de 19 años..

## **7.6. Fuente y obtención de los datos**

### **7.6.1. Fuente de datos**

Los expedientes Clínicos de las embarazadas adolescentes. El libro de ingresos, los AT-1 (Hoja de Atención diaria) y del Partograma (ver anexos) de la Sala de Labor y Parto del Hospital Regional “Santa Teresa” en Comayagua. Durante el año 2002. No se hizo entrevista a las adolescentes embarazadas porque fueron dadas de alta oportunamente.

### **7.6.2. Obtención de datos**

Para la recopilación de datos se solicitó permiso a la Dirección del Hospital. El número de los Expedientes Clínicos se obtuvo del Libro de Ingresos; los AT-1 (Hoja de Atención diaria). Se recopilaron datos del Expediente Clínico y el Partograma (Historia Clínica Perinatal-SS) de la Sala de Labor y Partos, utilizando la Guía de Revisión del Expediente y dichos datos fueron vaciados en una matriz de datos (ver anexos).

## **7.7. Técnicas e Instrumentos**

### **7.7.1. Técnica**

Se aplicó una Guía de Revisión del Expediente Clínico la cual fue llenada exclusivamente por los investigadores (Ver anexos).

### **7.7.2. Instrumento**

Se elaboró una Guía de Revisión del Expediente Clínico (ver anexos).

## **7.8. Procesamiento de la información.**

### **7.8.1 Análisis de los datos.**

Se analizaron los resultados en forma de porcentajes, se utilizó  $\text{Chi}^2$  para analizar las Desviaciones Estándares. Se utilizaron los programas de Word, Excel y Power Point para la elaboración de tablas, gráficos y tabulación.

### 7.8.2 Cruce de variables.

Edad/Aspectos socio demo-gráficos.

Edad/Antecedentes gineco-obstétricos.

Edad/Patologías más frecuentes (morbilidad).

Edad/Complicaciones más frecuentes.

### 7.8.3. Trabajo de Campo.

La recopilación de los datos se hizo en el Departamento de Estadísticas del Hospital Regional “Santa Teresa” de Comayagua, Honduras.

### 7.8.4. Operacionalización de variables.

OBJETIVOS	VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	VALORES
<b>Determinar los aspectos socio-demográficos del embarazo en adolescentes en el Hospital Regional “Santa Teresa” de Comayagua,</b>	Edad.	Número de años que una persona tiene desde su nacimiento.	Numero de años.	12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 19.
	Estado Civil.	Condición Jurídica de una persona.	Soltera. Casada. Unión libre.	
	Profesión	Título obtenido en	Secretaria	

<p><b>durante el año 2002.</b></p>	<p>Ocupación.</p> <p>Escolaridad.</p> <p>Domicilio.</p>	<p>escuela técnica o superior</p> <p>Actividad que realiza una persona para vivir.</p> <p>Grado de alfabetismo en las personas.</p> <p>Lugar donde vive o reside una persona.</p>	<p>Perito Mercantil</p> <p>Doméstica. Operaria.</p> <p>Analfabeta. Primaria Secundaria. Universitaria.</p> <p>Caserío. Aldea. Municipio Ciudad.</p>	<p>No lee ni Es. 1 a 6 Grados. 1 a 5 Años. 1 a 5 Años.</p>
<p><b>Determinar los antecedentes gineco-obstétricos del embarazo en adolescentes en el Hospital Regional “Santa Teresa” de Comayagua, Honduras, durante el año 2002.</b></p>	<p>Vida sexual activa.</p> <p>Relaciones sexuales Semanales.</p> <p>Cónyuges.</p>	<p>Edad en que la adolescente embarazada inició sus relaciones sexuales.</p> <p>Coitos que la embarazada tuvo en una semana determinada</p> <p>Persona con quien la embarazada tuvo relaciones sexuales.</p>	<p>Número de años.</p> <p>Frecuencia de relaciones sexuales por semana.</p> <p>Número de cónyuges</p>	<p>12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 19</p> <p>1, 2, 3 o más.</p> <p>1, 2, 3 o más</p>

	Métodos anticonceptivos.	Mecanismo para evitar un embarazo.	Uso o no de algún método anticonceptivo.	Si. No.
	Embarazo anterior.	Gestación de 9 meses que la embarazada tuvo previo al embarazo actual.	Presencia de embarazo anterior.	Si. No.
	Tipo de Parto anterior.	Presentación del producto al momento del parto.	Eutrófico. Distócico.	
	Lugar de atención del parto anterior.	Espacio físico donde fue atendido el parto anterior de la adolescente embarazada.	Número de casas. hospitales. y Clínicas Materno Infantiles.	
	Atención del parto anterior	Personal de Salud capacitada o no que atiende partos	Número de Médicos, Enfermera y Partera.	
	Cesárea previa	Embarazada adolescente a quien le habían practicado cesárea en el embarazo anterior.	Cesáreas previas practicadas,	Si. No.

	Controles prenatales.	Controles periódicos del embarazo realizados por instituciones de salud.	Controles realizados..	.Si. No.
<b>Determinar la morbilidad que se presentó en el embarazo en adolescentes en el Hospital Regional “Santa Teresa” de Comayagua, Honduras, durante el año 2002.</b>	Anemia Ferropriva.	Hemoglobina menor de 15 mg., documentados con el examen del laboratorio del hospital.	Presencia de Anemia Ferropriva.	Si. No.
	Infección del Tracto Urinario.	Infección de las vías urinaria documentada con el examen de orina con leucocitos y/o nitritos positivos.	Presencia de I.T.U.	Si. No.
	Infecciones de Transmisión Sexual.	Infecciones transmitidas por el cónyuge (SIDA, sífilis, condilomas, etc.),	Presencia de I.T.S..	Si. No.

	Otras patologías.	confirmadas con la clínica y laboratorio.  Enfermedades poco frecuentes en la adolescentes embarazada (Cardiopatías, Diabetes Mellitus, Hipertensión inducida por el embarazo).  ..	Presencia de otras Patologías poco frecuentes.	Si. No.
<b>Determinar las complicaciones obstétricas del embarazo en adolescentes en el Hospital Regional “Santa Teresa” de Comayagua, Honduras, durante el año 2002.</b>	Desproporción Céfalo Pélvica.	Producto de gran tamaño que no puede salir por vía vaginal.	Presencia de D.P.C.	Si. No.
	Ruptura Prematura de Membranas.	Ruptura de las membranas antes de tiempo obstétrico con salida de líquido amniótico.	Presencia de Rupturas Prematuras de Membranas.	Si. No.
	Sufrimiento Fetal Agudo.	Sufrimiento agudo intrauterino del feto , caracterizado por asfixia y pérdida progresiva de las funciones vitales.	Presencia de Sufrimientos Fetales Agudos.	Si. No.

	RN Bajo peso	Recién Nacido con peso inferior de 2,500 gramos.	Presencia de RN de bajo peso al nacer.	Si. No.
	Cesáreas.	Terminación del embarazo por vía quirúrgica.	Cesáreas realizadas	Si. No.
	Mortalidad materna.	Muerte de una adolescente embarazada antes, durante y después del parto..	Número de muertes maternas.	Si. No.
	Otras Complicaciones.	Complicaciones poco frecuentes en la adolescente embarazada(sangrados uterinos, malformaciones congénitas, sepsis post parto, distocias, etc.).	Presencia de complicaciones poco frecuentes	

## **VIII. RESULTADOS.**

### **8.1. Aspectos socio-demográficos de las embarazadas adolescentes.**

Según el Estado Civil de las embarazadas adolescentes el 33.6% eran solteras. 1.3% eran casadas y el 65% vivían en unión libre. Se observó alta incidencia que vive en unión libre en los grupos etarios de 17 a 19 años (Ver gráfica No. 1).

El 2.0% de las embarazadas adolescentes eran Peritos Mercantiles y 1.8% eran Secretarias Comerciales. El restante 94.2% se dedican a los oficios domésticos y estudio. La mayor incidencia de Peritos Mercantiles y Secretaras Comerciales está en los 18 y 19 años (Ver gráfica No. 2).

La ocupación más común de las embarazadas adolescentes fueron los oficios domésticos en su casa con un 83.5%. El 16.5% restante de la población estudia (ver gráfica No. 3).

En las embarazadas adolescentes la población analfabeta representó el 26.5%. El 59.2% realizó estudios primarios, 12.9% secundarios, 1.3% universitarios. (ver gráfica No. 4).

El 27% de la población de embarazadas adolescentes vivían en la ciudad. 29% en Municipios, 31% en aldeas y 12% en caseríos (ver grafica No.5).

### **8.2. Antecedentes gineco-obstétricos de las embarazadas adolescentes:**

El 73% de las adolescentes embarazadas iniciaron vida sexual activa entre las edades de 15 a 19 años. El 27% restante inicio vida sexual activa de los 12 a los 15 años (ver grafica No. 6).

El 15.7% de las embarazadas adolescentes tuvieron una relación sexual por semana, 55.4% dos veces por semana y 29% tres veces o más. La mayor incidencia de relaciones sexuales fueron dos veces por semana en los grupos de 17, 18 y 19 años. (ver grafica No. 7).

El 51.7% de las embarazadas adolescentes refirió haber tenido un cónyuge, 31.6% dos y 14.7% tres o más. La mayor incidencia fue dos cónyuges en las de 19 años. (ver grafica No. 8).

El 39.1% de las embarazadas adolescentes no usaron métodos anticonceptivos, contra un 60.9% Se observó mayor incidencia en el grupo de 17 años. (ver gráfica No. 9).

El 4.3% de las embarazadas adolescentes tuvieron un embarazo anterior. La incidencia fue mayor en el grupo de 19 y 18 años respectivamente. (ver gráfica No. 10).

El 3.7% de la población de embarazadas adolescentes tuvieron partos anteriores distócicos con mayor incidencia a los 14 y 15 años (ver grafica No.11).

El 3.0% de las embarazadas adolescentes tuvieron sus partos anteriores en casa, 2.3% intra-hospitalario, 3.5% lo hizo en Clínicas Materno Infantil o privada. Hubo mayor incidencia de partos en casa a la edad de 17 años. (ver gráfica No.12).

El 2.3% de los partos anteriores de las embarazadas adolescentes fueron atendidas por médicos. 3.5% por Enfermeras Auxiliares o Profesionales. 3.0 % por parteras. La mayor incidencias de partos por parteras se presentó en el grupo de 17 años (ver grafica No. 13).

El 2.6% de las embarazadas adolescentes tuvieron el antecedente de cesárea previa. La mayor incidencia se presentó a los 16 y 18 años (ver gráfica No. 14).

El 36.6 % de las embarazadas adolescentes no asistieron a controles prenatales. Se observó mayor incidencia en el grupo de 19 años (ver gráfica No. 15).

### **8.3. Morbilidad que presentaron las embarazadas adolescentes.**

El 52.4% de las embarazadas adolescentes presentó anemia ferropriva. La mayor incidencia de casos estuvo en los grupos etarios de 16 a 19 años (ver gráfica No. 16).

El 8.5% de las embarazadas adolescentes presentaron infección de las vías urinarias. La mayor incidencia fue en los grupos de 17 a 19 años (ver gráfica No.17).

El 5.5% de las embarazadas adolescentes presentaron infecciones de transmisión sexual (sífilis, verrugas, etc.). Hubo mayor incidencia en los grupos etarios de 16 a 17 años (ver gráfica 18).

El 0.9 % de las embarazadas adolescentes presentaban otro tipo de patologías (cardiopatías, hipertensión inducida por embarazo, sangrados, etc.). Se observó mayor incidencia en los grupos de 15, 16 y 18 (ver gráfica No. 19)

### **8.4. Complicaciones que presentaron las embarazadas adolescentes.**

Se observó que el 1.5% de las embarazadas adolescentes que acudieron a tener su parto en el Hospital presentaron Desproporción Céfalo-Pélvica. La mayor incidencia se presentó en los grupos de 15 y 18 años (ver gráfica No. 20).

El 11.6% de las embarazadas adolescentes presentaron Ruptura Prematura de Membranas con una incidencia mayor en el grupo de 17, 18 y 19 años (ver gráfica No.21).

El 1.4% de las embarazadas adolescentes presentó Sufrimiento Fetal Agudo. La mayor incidencia se presentó en las edades de 15 y 19 años. (ver gráfica 22).

El 11% de las embarazadas adolescentes tuvieron productos de bajo peso al nacer. En el grupo 16 años se presentó mayor incidencia (ver gráfica No. 23).

El 1.8% de las embarazadas adolescentes se les practicó cesáreas. La mayor incidencia fue en los grupos etarios de 15 y 18 años. (ver gráfica No. 24).

La mortalidad materna en las embarazadas adolescentes fue de un 0.3%: Con una incidencia de una muerte materna a los 17 años (sepsis) y tres a los 19 años por sangrado (ver gráfica No. 25).

En las embarazadas adolescentes se encontraron otras complicaciones (sangrados uterinos, malformaciones congénitas, sepsis post parto, distocias, etc) que representaron el 0.5%. El grupo con mayor incidencia fue el de 14 y 16 años (ver gráfica No. 26).

## **IX. ANALISIS DE LOS RESULTADOS.**

### **9.1. Aspectos Sociodemográficos de las embarazadas adolescentes.**

Con relación al estado civil de las adolescentes embarazadas que fueron atendidas en el Hospital Regional “Santa Teresa”, durante el período que abarcó la investigación, se pudo observar, de acuerdo con los datos reflejados en el capítulo de Resultados, que la mayoría son solteras o conviven en unión libres, lo que indica la situación social de mujeres embarazadas adolescentes que tuvieron hijos sin el respaldo de un padre.

Estos datos confirman la teoría antropológica de padre ausente en la mayoría de las sociedades latinoamericanas, además del matrifocalismo, siendo la madre el sustento del hogar, pero con el riesgo del incremento de la pobreza en este tipo de hogares.

En cuanto al nivel de escolaridad encontrado llama la atención que la gran mayoría de las adolescentes estudiadas, poseen un grado de escolaridad relativamente alto y cierto nivel de calificación, aunque esto coincide con el empleo, dado que la mayoría se ocupan de oficios domésticos o trabajan en las maquilas.

Este dato confirma las dificultades que tienen las mujeres para acceder al empleo, además refleja el alto porcentaje de desempleo en Honduras, que oscila en un 35.7%. Esta situación encontrada también puede deberse a la procedencia de las adolescentes, que en su mayoría provienen de la zonas rurales de Comayagua.

### **9.2. Antecedentes gineco-obstétricos de las embarazadas adolescentes.**

Se observa que el inicio de la vida sexual activa es relativamente temprano, porque de acuerdo con los datos empiezan a tener relaciones sexuales entre los doce y los quince años, comparado con el promedio nacional que está por encima de los dieciocho años en zonas

urbanas, y mayor que dieciséis en zonas rurales. Además esta observación coincide con los promedios internacionales de inicio de vida sexual activa, que en América Central oscila entre los quince y los dieciocho años.

Muchas de ellas tuvieron dos o tres veces relaciones sexuales con dos o mas cónyuges y sin la debida protección, esta promiscuidad las predispone al riesgo tanto de embarazarse prematuramente como contraer una infecciones de Transmisión Sexual que podría a la poste contribuyen a aumentar la morbi-mortalidad materna en este grupo etario, así como repercusiones patológicas en el producto al momento de su nacimiento con las consecuentes secuelas. Con lo que queda manifiesto que este grupo hace unión marital sin una apropiada información, educación y comunicación (IEC) por parte de autoridades involucradas en la problemática social de ellos.

Fue notoria que el grupo etario de diecinueve y veinte años, tuvieron uno o dos embarazos anteriores, lo que hace a la adolescente mas vulnerable a patologías propias del embarazo debido a lo precoz del mismo y a la falta de madurez de sus órganos, situación que origina que estos futuros partos sean distócicos como se pudo comprobar en un buen porcentaje del estudio, conduciendo al mismo tiempo a la embarazada a una cesárea, la cual incrementa los riesgos del binomio madre e hijo, lo anterior es compatible con la literatura universal y nacional que demuestra la teoría de que entre más joven sea la futura madre, mayores son los riesgos de presentar complicaciones y de morir tanto ella como el producto.

La tendencia tradicional y matriarcal a tener sus hijos en casa con partera fue notoria así como la no asistencia a los controles prenatales en ningún Centro de Salud, demostrando con esto la falta de educación específica que las predispone más aun a sufrir complicaciones dada que la idiosincrasia de ellas es el parto en casa y con parteras empíricas quienes se ha visto provocan mucho daño con sus tradicionalismos en cuanto a la atención del parto o las famosas “sobadas” antes del mismo sin considerar que toda primigesta debe ser parto hospitalario y sobretodo en las distocias es imperativo la cesárea para no poner en riesgo la vida de ambos involucrados.

### **9.3. Morbilidad que presentaron las embarazadas adolescentes.**

En cuanto a la morbilidad que presentaron las embarazadas adolescentes se confirmó que en su mayoría sufrieron de anemia ferropírica, compatible con la literatura universal, en donde se manifiesta la alta incidencia de anemias de este tipo, lo cual se puede decir que está vinculado con las condiciones socioeconómicas que vive la adolescentes y especialmente si tiene su domicilio en las áreas urbanas en donde se manifiesta la pobreza que las incapacita para recibir los nutrientes apropiados para estar sanas y saludables y poder dar a su futuro producto óptimas condiciones de vida.

Estas mismas situaciones de vida, las condicionaba a sufrir enfermedades urinarias lo que ponía en riesgo la salud precaria del niño, así como a ella con la posibilidad de tener un aborto en el primer trimestre y último del embarazo, muchas de ellas en edades de extremas del estudio.

Bajos porcentajes de Infecciones de Transmisión sexual del tipo sífilis y condilomatosis se encontraron, lo que demostró que la promiscuidad ejercida por ellas las condujo a esta patología, situación que pudo evitarse si ellas hubieran sido orientadas a la protección y uso del condón y de ser posible a evitar las relaciones sexuales prematuras. A pesar de que Comayagua ocupa el segundo lugar en las estadísticas de SIDA, no se encontró ningún caso sero-positivo. Estas infecciones se ha visto que interfieren en el desarrollo normal de un parto y aumentan las posibilidades de complicaciones y secuelas.

Las cardiopatías, hipertensión inducida por el embarazo, sangrados y otras, fueron encontradas en porcentaje muy bajo, sin embargo esto es una condicionante a que se produzca una complicación en cualquier embarazo y máxime en las adolescentes quienes no están aptas para un parto y sobretodo que no se controlaron el embarazo oportunamente, ni evitaron salir embarazadas. Estas patologías han originado en muchos parturientas mayores la muerte y la adolescente no debe ser sometida a este riesgo por la alta morbi-mortalidad que representa.

#### **9.4. Complicaciones que presentaron las embarazadas adolescentes.**

Por la inmadurez de sus órganos y por su poca edad. Las embarazadas presentaron Desproporción Céfalo Pélvica en un porcentaje muy alto, la cual impide la salida del producto por vía vaginal, se presentaron también Rupturas Prematuras de Membranas la que provoca Sufrimiento Fetal Agudo, Producto de Bajo Peso al nacer, situaciones que en su mayoría conducen a una eventual cesárea para tratar de salvar ambas vidas.

Todas estas complicaciones están relacionados con las mismas causas y se manifestaron en un alto porcentaje especialmente en grupo etarios de 15 y 17 años, situación que coincide con la literatura internacional en donde se plantea que estas morbilidades son manifiesta en las adolescentes por la inherencia del embarazo a temprana edad y también compatible con la problemática de nuestro país tanto a nivel local, regional y nacional.

El porcentaje de mortalidad materna encontrado fue alto, lo cual es compatible con las estadísticas internacionales y hondureñas en donde cada 31 hora muere una mujer por parto, mortalidad cercana a la de Guatemala y superior a la de El Salvador que es de 108 muertes por 100,000 n.v.

Dos embarazadas adolescentes de 17 años murieron por sepsis post parto y una de 19 años por sangrado, lo cual fue secundario a lo prematuro del embarazo, a la falta de controles prenatales apropiados, una buena calidad de atención del parto y sobretodo a orientaciones específicas para evitar embarazos a temprana edad; complicaciones cuyas causas están implícitas en los registros establecidos por la Organización Mundial de la Salud y las cuales pudieron haberse evitado.

## X. CONCLUSIONES.

Con respecto a los datos socio demográficos de las adolescentes embarazadas se confirmó que la mayoría convivían en unión libre lo cual predominó más en el grupo de adolescentes de menor edad es decir, de los 12 a los 15 años y en su mayoría se dedicaban a los oficios domésticos del hogar. El profesionalismo fue muy bajo

La mayor parte de ellas eran del área rural (aldeas, municipios, etc.), lo que se confirma con la literatura que debido a que no tienen un proyecto de vida y considera factible formar pareja a temprana edad, dedicándose a su rol de ama de casa. Se observó un alto grado de analfabetismo y en su mayoría eran estudiantes de primaria.

En los antecedentes se encontró que el inicio de la vida sexual activa fue a los 15 años de edad en promedio, que tenían relaciones sexuales dos veces por semanas, habían tenido por lo menos 2 cónyuges antes del embarazo, en su mayoría no hacían uso de los métodos anticonceptivos ni acudían a los controles prenatales.

También se confirmó que algunas de ellas habían tenido un parto anterior, partos distócicos, partos atendidos por parteras, cesáreas previas. Todo esto a consecuencia del contexto socio económico y cultural en que las adolescente vivían.

En base a esta condicionante, más el embarazo, presentaron indistintamente anemia ferropriya, infecciones urinarias, infecciones de transmisión sexual, siendo poco frecuente otras patologías como la hipertensión inducida por el embarazo y las cardiopatías. .

Se encontraron complicaciones como Ruptura Prematura de Membranas, Desproporción Céfalo pélvica, Sufrimiento Fetal Agudo lo que en ocasiones condujo a la practica de cesárea, así como mortalidad materna. En menor porcentaje se encontraron otras complicaciones como

distocias, sangrados uterinos y anomalías congénitas. Lo cual es un indicativo de la inmadurez fisiológica y anatómica de las adolescentes ya que según la literatura universal, el porcentaje de que se presenten estas complicaciones en este grupo etario es alto.

## **XI. RECOMENDACIONES.**

A las autoridades locales, promover y desarrollar en las adolescentes, conocimientos, actitudes y prácticas adecuadas, a través de acciones de información, educación y comunicación (IEC), para favorecer en ellos estilos de vida saludables.

Promover una imagen pública positiva de la juventud hondureña y de el reconocimiento sobre la importancia de su atención integral, así como, de su validez y aporte al desarrollo nacional.

A las autoridades del Hospital Regional “Santa Teresa” brindar a las adolescentes servicios diferenciados a través de la creación y/o adecuación de espacios accesibles, donde reciban una atención integral con calidad técnica y humana.

Sistematizar experiencias y desarrollar investigaciones operativas que nos permitan fortalecer el conocimiento para el diseño, orientación y desarrollo de acciones a favor de la población adolescente.

Desarrollar el recurso humano con el propósito de crear una masa crítica a través de procesos de capacitación, seguimiento y apoyo técnico que permitan brindar una atención integral diferenciada.

A las Autoridades a nivel Central fomentar y fortalecer la cooperación inter-institucional e Inter.-sectorial en el abordaje de la adolescencia desarrollando redes de apoyo entre organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y juveniles que realizan acciones dirigidas a este grupo.

Garantizar la participación equitativa de las adolescentes, sin ningún tipo de discriminación, en la construcción de propuestas e intervenciones locales, regionales y nacionales.

A los padres de familia su colaboración y participación activa, en la formación integral del adolescentes brindándoles amor y comprensión en esa etapa crítica acorde a los cánones familiares.

## XII. BIBLIOGRAFÍAS.

1. La adolescencia y la salud reproductiva. [www.profamilia.org.co/ProfamiliaJoven/Documentos/La\\_Adolescencia](http://www.profamilia.org.co/ProfamiliaJoven/Documentos/La_Adolescencia). Villarreal, 1998.
2. Pregnancy in adolescence. [www.scielosp.org](http://www.scielosp.org) Stern Claudio. 1997
3. Melendez, H; Ochoa, J; Villanueva Y; Secretaria de Salud. 1999. 18
4. Meléndez, H; Ochoa J; Villanueva Y; Secretaria de Salud 1999. 40-41
5. Charles' birthplace <http://personal.nbnet.nb.ca/hansen/Charlie/bonham> Bonham. 1978.
6. The Costs of Adolescent Childbearing in Latin America. [www.icrw.org/docs/gender\\_adolescence](http://www.icrw.org/docs/gender_adolescence) Kurz, M. Buvinic 1997 KM 1997.
7. Adolescent and youth reproductive health in indonesia. [www.bkkbn.go.id/hqweb/ceria/ma86adolescents](http://www.bkkbn.go.id/hqweb/ceria/ma86adolescents). McDevitt et al., 1996
8. Adolescent sexuality and its consequences. [www.people.virginia.edu/~psykliff/pubs/publications/allen%20seitz%20apel%202002](http://www.people.virginia.edu/~psykliff/pubs/publications/allen%20seitz%20apel%202002). Strobino, 1987.
9. Conclusions: Work status during pregnancy did not significantly affect birth weight. [higiene.med.up.pt/05-Resumos](http://higiene.med.up.pt/05-Resumos). J Amado; E Matos; J Calheiros.
10. Salud Reproductiva de los Adolescentes. [www.rhoespanol.org/html/adol\\_keyissues](http://www.rhoespanol.org/html/adol_keyissues) McCauley and Salter, Senderowitz, 1995.
11. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1984. Faculdade de Saúde Pública/USP; 1983. [www.scielo.br/scielo.php](http://www.scielo.br/scielo.php)... Dr. Enéas de Carvalho.
12. Mortalidad materna y perinatal. [servicio.cid.uc.edu.ve/fcs/vol4n3/6mortal](http://servicio.cid.uc.edu.ve/fcs/vol4n3/6mortal). SUÁREZ D., OJEDA, L. 1985.

13. Adolescencia y juventud: Aspectos demográficos y epidemiológicos. [www.scielo.br/scielo.php](http://www.scielo.br/scielo.php). CUMINSKY, M., 1985.
14. Enfermedades tropicales y el embarazo. [www.fhi.org/sp/networks/sv19-2/ns1922](http://www.fhi.org/sp/networks/sv19-2/ns1922). Trussell J, Stewart F, et al. 1988
15. Adolescente embarazada: características y riesgos. [www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol23\\_1\\_97/gin03197.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol23_1_97/gin03197.htm). Villaseca. 1989.
16. Características reproductivas de adolescentes. [www.insp.mx/salud/35/356-20s](http://www.insp.mx/salud/35/356-20s). Makinson C. 1 (3): 195- 212 35. Vol.35 No.6
17. Archivos Latinoamericanos de Nutrición. Prevalence of anemia. [www.scielo.org.ve/scielo.php](http://www.scielo.org.ve/scielo.php) Scholl. 1994.
18. Consideraciones Finales. Seminars in Adolescent Medicine [www.scielo.org.ve/scielo.php](http://www.scielo.org.ve/scielo.php). Grotberg, 1993.
19. Cultura, Salud y Reproducción: El Embarazo Adolescente. [www.hsph.harvard.edu/organizations/healthnet/](http://www.hsph.harvard.edu/organizations/healthnet/) Hoffman, SD, EM Foster, y Furstenberg. 1993.
20. American Journal of Economics and Sociology. [www.findarticles.com/p/articles](http://www.findarticles.com/p/articles). Ribar 1994, Conrad 1996.
21. The Sensitivity of an Empirical Model of Married Women's Hours. [ideas.repec.org/a/econ/emetrp/v55y1987i4p765-99](http://ideas.repec.org/a/econ/emetrp/v55y1987i4p765-99). D. Klepinger. 1997.
22. Adolescentes de hoy, padres del mañana. [www.encolombia.com/obsgine51300-adolescentesyemb3](http://www.encolombia.com/obsgine51300-adolescentesyemb3). Singh S, Wulf D. 1990.
23. Facial discrimination. [www.geocities.com/f\\_delolmo/psyresearch/bibliog\\_en.htm](http://www.geocities.com/f_delolmo/psyresearch/bibliog_en.htm) Feinberg, TE & Rifkin, A. & Schaffer, C, & Walker, E. 1986
24. Neighborhood effects influencing. [www.scielo.cl/scielo.php](http://www.scielo.cl/scielo.php) Teachman J, Crowder K 1983.
25. Berenson, Abbey B. et al. "Ganancia inadecuada de peso entre la adolescentes embarazadas: factores de riesgos y relación con el peso del niño al nacer". Am J Obstet Ginecol 1997; 176:1220-7.

26. Nitz, K. "prevención adolescente del embarazo: Una revisión de intervenciones y de programas." *Psicología Clínica Review*, 1999, 19(4), 457-471.
27. ASHONPLANFA/USAID;CDC; Secretaria de Salud. ENESF-96, 1998:226
28. Brown H L. et al. "Complicaciones obstétricas en adolescentes". *South Med. J.* 84(64) 1991.
29. Hollingsworth, DR, Felice M. "Embarazo en Adolescentes: un problema sociológico multi-racial". *Am J. Obstet. Ginecol.* 155. 1986.
30. Instituto de Medicina, Academia Nacional de Ciencias. "Nutrición durante el embarazo. Parte I: ganancia de peso Parte II: suplementos nutritivos". Washintong, D.C: Academia Nacional. 1990.
31. Jolly, M. C. et al. "Riesgos Obstétricos de Embarazo en Mujeres menores de 18 años de edad". *Obstetric and Gynecology*, 96(6), diciembre 2000.
32. Mcgrew M, Shore W. "Problema de embarazo en adolescentes". *J. Fam. Prac.* 32. 1991.
33. 15. Meléndez, Jorge Humberto; Ochoa Vásquez, José G. Ulloa Yanira. "Investigación sobre mortalidad materna y de mujeres en edad reproductiva en Honduras". Ministerio de Salud Pública. 1999. p40-1.
34. Piura López, Julio. *Introducción a la Metodología de la investigación científica*. 3ª. ed. Managua, CIES/UNAN. 1995 (Publicación científica de la Escuela de Salud Pública de Nicaragua)

# Anexos No. 1

## **GUIA DE REVISION DEL EXPEDIENTE.**

### **I. Datos Generales**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Expediente No: \_\_\_\_\_

### **II. Características Sociodemográficas de las embarazadas adolescentes:**

Edad. 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19.

Profesión. PERITO. MERCANTIL.  
SECRETARIA.

Ocupación. OPERARIA.  
DOMESTICOS.

Estado Civil. SOLTERA.  
CASADA  
UNION LIBRE.

Escolaridad. ANALFABETA.  
PRIMARIA.  
SECUNDARIA.  
UNIVERSITARIA.

Domicilio. CIUDAD.  
MUNICIPIO.  
ALDEA.  
CASERIO.

### III. Antecedentes que se presentaron en la adolescentes embarazada.

	( Si )	( No )
Edad en que Inicio vida sexual.	12-13-14-15- 16-17-18-19.	
Frecuencia de relaciones sexuales semanal.	UNA VEZ. DOS VECES TRES O MAS VECES.	
Número de cónyuges	UNO. DOS. TRES O MAS.	
Usó métodos anticonceptivos.	( )	( )
Embarazos anterior	( )	( )
Tipo de parto anterior.	EUTRÓFICO. DISTOCICO	
Lugar de atención del parto anterior	CASA. HOSPITAL CLINICA MATERNO INF..	
Quien atendió el parto anterior.	MEDICO ENFERMERA PARTERA	
Cesárea previa.	( )	( )
Se realizó controles prenatales.	( )	( )

**IV. Enfermedades más comunes en las embarazadas adolescentes (morbilidad):**

	(SI)	(NO)
1) Anemia Ferropriva.	( )	( )
2) Infección del Tracto Urinario.	( )	( )
3) Infecciones de Transmisión Sexual.	( )	( )
4) Otras.	_____	

**V. Complicaciones que pueden presentarse en la embarazada adolescente:**

	(SI)	(NO)
1) Desproporción Céfalo Pélvica.	( )	( )
2) Ruptura Prematura de Membranas.	( )	( )
3) Sufrimiento Fetal Agudo.	( )	( )
4) RN Bajo peso.	( )	( )
5) Cesáreas.	( )	( )
6) Mortalidad Materna.	( )	( )
7) Otras.	_____	

**MATRIZ DE DATOS No. 1.**  
**ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS EMBARAZADAS**  
**ADOLESCENTES. H.R.S.T. COMAYAGUA. AÑO 2002.**

EDAD	ESTADO CIVIL			PROFESIÓN		OCUPACION		ESCOLARIDAD				DOMICILIO			
	SOLT. %	CAS. %	U.L %	P.M. %	S.C. %	DOM. %	OPER. %	ANALF. %	PRIMA. %	SECUN. %	UNIV. %	CIU. %	MUN. %	ALD. %	CAS. %
12	0	0	0.6%	0	0	0.5%	0	0.5%	0.5%	0	0	0.3%	0.5%	0.7%	0
13	0	0	0.2%	0	0	0.2%	0	0	0.2%	0	0	0	0	0.2%	0.6%
14	0	0	14%	0	0	11%	0	12%	10%	0	0	6.5%	9.8%	11.7%	6.8%
15	0	0	14%	0	0	11%	0	16%	8%	0	0	7.5%	10.3%	11.5%	4.6%
16	0	0	16%	0	0	12%	0	11%	13%	0	0	8.1%	10.3%	12.6%	9.7%
17	33%	0	17%	0	0	26%	0	23%	27%	0	0	21.1%	24.9%	20.7%	21.2%
18	37%	0	16%	28%	40%	17%	57%	18%	21%	44%	0	24.5%	21.3%	22.7%	23.4%
19	30%	100%	22%	7% <sup>2</sup>	60%	21%	49%	20%	20%	56%	100%	32%	22.8%	19.8%	33.7%
<b>TOTAL</b>	<b>478</b>	<b>19</b>	<b>923</b>	<b>29</b>	<b>25</b>	<b>1187</b>	<b>233</b>	<b>377</b>	<b>841</b>	<b>184</b>	<b>18</b>	<b>384</b>	<b>417</b>	<b>444</b>	<b>175</b>

**MATRIZ DE DATOS No. 2**  
**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y NO PATOLÓGICOS**  
**PRESENTADOS POR LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES**  
**H.R.S.T. COMAYAGUA, HONDURAS. AÑO 2002.**

EDAD	EDAD QUE INICIO VIDA SEXUAL ACTIVA	NUMERO DE RELACIONES SEXUALES SEMANAL			NUMERO DE CONYUGES			USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES		EMBARAZO ANTERIOR		TIPO DE PARTO ANTERIOR	
		1	2	+3	1	2	+3	SI	NO	SI	NO	EUTO CICO	DISTO CICO
12	7.3%	0	0.4%	1%	0.8%	0	0	0	0.7%	0	0.4%	0.1%	9.4%
13	7.3%	0	0.3%	0	0.1%	0.2%	0	0	0.2%	0	0.1%	0.1%	2%
14	12.6%	0	8%	16%	12%	8.6%	0	4.5%	12%	0	9.5%	8.7%	21%
15	15%	0	7%	18%	13.3%	6.5%	0	8.5%	10%	0	10%	8.5%	28%
16	14.8%	0	11%	14%	9.7%	8.6%	17%	14.2%	8%	24.2%	10%	10.2%	15.1%
17	14%	11%	28%	17%	22.3%	19%	28.2%	9.3%	30%	14.5%	22%	22.5%	11.3%
18	14.6%	38%	24%	12%	25.6%	13.6%	34%	31%	17.6%	27%	23%	23.5%	7.5%
19	14.2%	51%	21%	21%	24%	55.5%	20.6%	32.3%	21.4%	34%	25%	26.5%	5.7%
<b>TOTAL</b>	<b>1420</b>	<b>223</b>	<b>787</b>	<b>410</b>	<b>734</b>	<b>477</b>	<b>209</b>	<b>556</b>	<b>864</b>	<b>62</b>	<b>1358</b>	<b>1367</b>	<b>53</b>

**MATRIZ DE DATOS No. 2 (CONTINUACIÓN...)  
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y NO PATOLÓGICOS  
PRESENTADOS POR LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES  
H.R.S.T. COMAYAGUA HONDURAS. AÑO 2002.**

EDAD	LUGAR DE ATENCIÓN DELPARTO ANTERIOR			QUIEN ATENDIO EL PARTO ANTERIOR			CESAREA PEVIA		CONTROLES PRENATALES	
	CASA	HOSPITAL	CLINICA	MEDICO	ENFERMERA	PARTERA	SI	NO	SI	NO
12	0	3%	0	26%	0	0	0	0.4%	0.4%	0.4%
13	0	3%	0	2%	0	0	0	0.1%	0	0.4%
14	0	3%	0	2%	0	0	0	9.4%	9%	9%
15	2%	15%	4%	12%	4%	2.3%	0	9.5%	10.3%	7%
16	9%	27%	20%	21%	20%	9.3%	29%	10%	5%	20%
17	74%	22%	10%	16%	10%	74.4%	18%	22%	18%	30%
18	9%	9%	44%	7%	44%	9.3%	31.5%	23%	24%	20%
19	5.6%	18%	22%	14%	22%	5%	21%	26%	33%	13%
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>33</b>	<b>50</b>	<b>43</b>	<b>50</b>	<b>43</b>	<b>38</b>	<b>1382</b>	<b>900</b>	<b>520</b>

**MATRIZ DE DATOS No. 3.  
MORBILIDAD OCURRIDA EN LAS  
EMBARAZADAS ADOLESCENTES. H.R.S.T.  
COMAYAGUA, HONDURAS. AÑO 2002.**

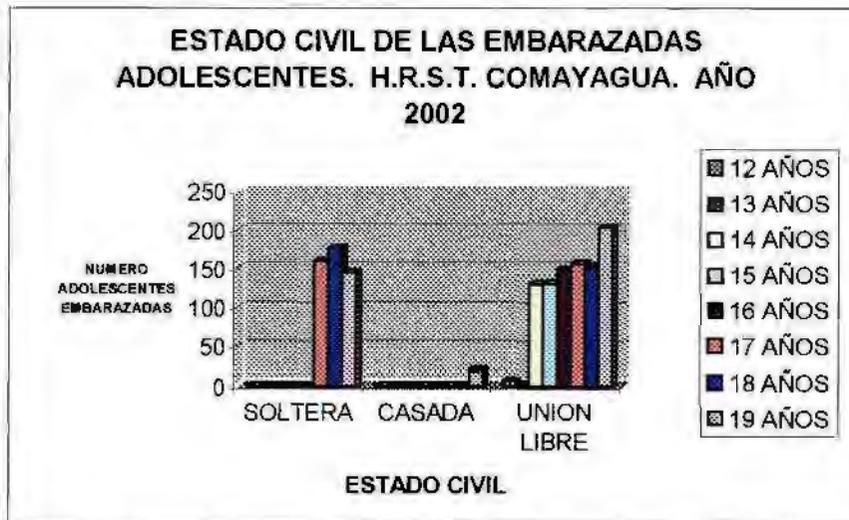
EDAD	ANEMIA		INFECCIONE URINARIAS		INFECCIONES TRANS. SEXUAL		OTROS	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
<b>12 AÑOS</b>	0.5%	0.3%	2%	0.3%	0	0.4%	8%	0.3%
<b>13 AÑOS</b>	0.1%	0.1%	0	0.1%	0	0.1%	8%	0.1%
<b>14 AÑOS</b>	10%	8.5%	12.3%	9%	0	10%	8%	9.2%
<b>15 AÑOS</b>	9.6%	9%	9.1%	9%	31%	8%	15%	9.2%
<b>16 AÑOS</b>	13%	7.2%	3.3%	11%	23%	10%	15%	10%
<b>17 AÑOS</b>	17%	27%	23%	22%	18%	22%	8%	22%
<b>18 AÑOS</b>	24%	21%	22.1%	23%	17%	23%	23%	23%
<b>19 AÑOS</b>	25%	26.5%	28.1%	25.5%	11.5%	27%	15%	26.1%
<b>TOTAL</b>	<b>730</b>	<b>690</b>	<b>121</b>	<b>1299</b>	<b>78</b>	<b>1342</b>	<b>13</b>	<b>1407</b>

**MATRIZ DE DATOS. No. 4.**  
**COMPLICACIONES QUE OCURRIERON EN LAS**  
**EMBARAZADAS ADOLESCENTES. H.R.S.T.**  
**COMAYAGUA, HONDURAS. AÑO 2002.**

EDAD	DCP		RPM		SFA		BAJO PESO AL NACER		CESAREA		MORTALIDAD MATERNA		OTRAS	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
12 AÑOS	9%	0.3%	0	0.4%	10%	0.3%	2%	0.2%	8%	0.3%	0	0.4%	0	0.4%
13 AÑOS	4%	0.1%	0	0.1%	5%	0.1%	1.3%	0	4%	0.1%	0	0.1%	0	0.1%
14 AÑOS	9%	9.2%	5%	9.2%	10%	9%	10.2%	9%	11.5%	9%	0	9%	28.6%	9%
15 AÑOS	18%	9.1%	15%	9.1%	20%	9.1%	23.5%	7.4%	19.2%	9%	0	9.2%	14.3%	9.2%
16 AÑOS	14%	10.3%	5%	10%	15%	10.3%	30%	8%	11.5%	10%	0	10.4%	28.6%	10.3%
17 AÑOS	14%	22.2%	25%	22.1%	15%	22.2%	18%	23%	15.4%	22%	25%	22%	14.3%	22%
18 AÑOS	18%	23%	20%	23%	10%	23.1%	9.5%	24.5%	19%	23%	0	23%	14.3%	23%
19 AÑOS	14%	26%	30%	26%	15%	26%	6%	28.2%	11.5%	26%	75%	25.6%	0	26%
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>1398</b>	<b>20</b>	<b>1400</b>	<b>20</b>	<b>1400</b>	<b>157</b>	<b>1263</b>	<b>26</b>	<b>1394</b>	<b>4</b>	<b>1416</b>	<b>7</b>	<b>1413</b>

# Anexos No. 2

**GRAFICO No. 1**



**FUENTE:** Hospital Regional "Santa Teresa", Departamento de Estadística Comayagua, Honduras. 2002.

Según el Estado Civil de las embarazadas adolescentes el 36.6% eran solteras. 1.3% casadas y el 65% vivían en unión libre. Se observó alta incidencia que vive en unión libre en los grupos etarios de 17 a 19 años.

**GRAFICO No. 2**



**FUENTE:** Hospital Regional "Santa Teresa", Departamento de Estadística, Comayagua Honduras. 2002.

El 2.04% de las embarazadas adolescentes eran Perito Mercantil y el 1.8% Secretarias Comerciales. La mayor incidencia de Peritos Mercantiles y Secretaras Comerciales está en los 18 y 19 años

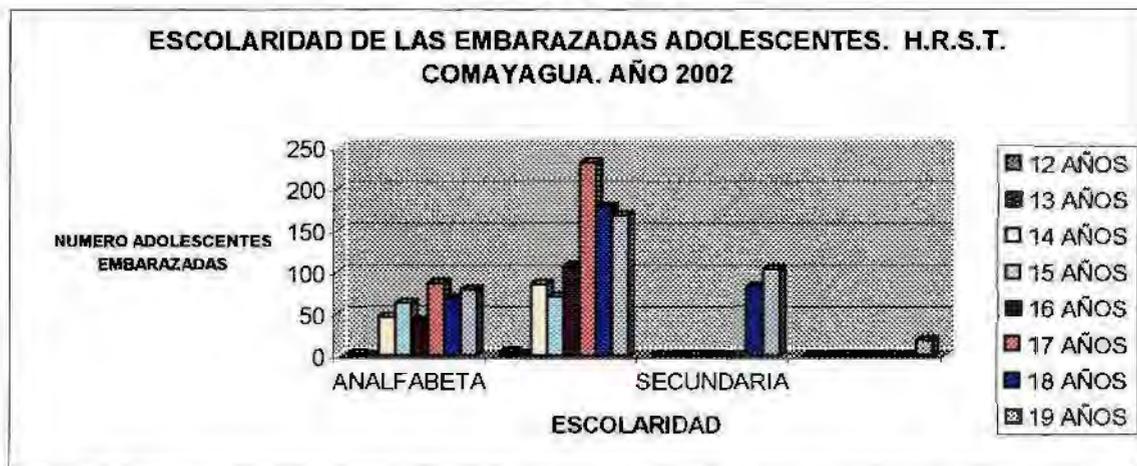
**GRAFICO No. 3**



**FUENTE:** Hospital Regional "Santa Teresa", Departamento de Estadísticas, Comayagua, Honduras. 2002.

La ocupación más común de las embarazadas adolescentes fueron los oficios domésticos de su casa con un 83.5%. El 16.5% restante de la población estudia.

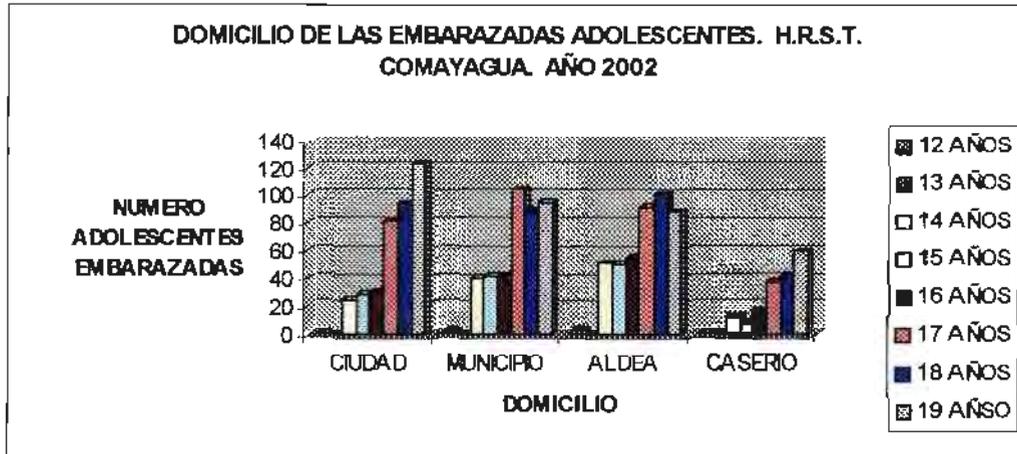
**GRAFICO No. 4**



**FUENTE:** Hospital Regional "Santa Teresa", Departamento de Estadística, Comayagua, Honduras. Año 2002.

En las embarazadas adolescentes la población analfabeta representó el 26.5%. El 59.2% realizó estudios primarios, 12.9% secundarios, 1.3% universitarios.

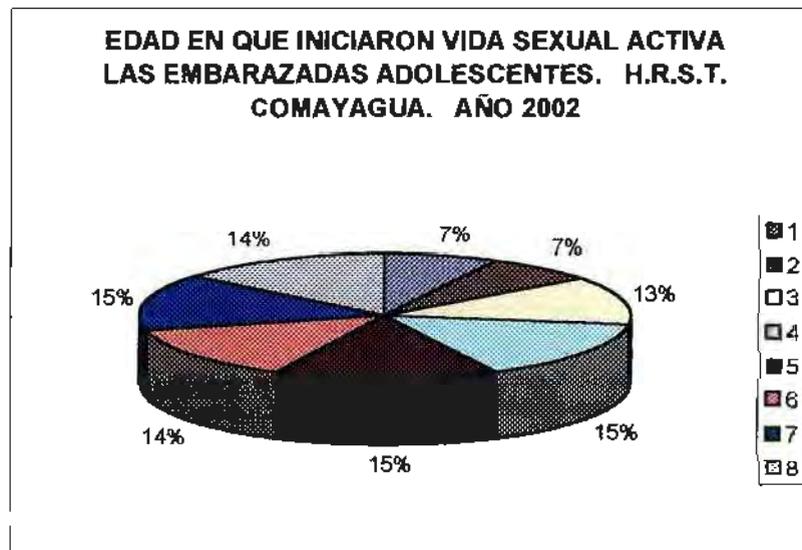
**GRAFICO No. 5**



**FUENTE:** Hospital Regional “Santa Teresa”, Departamento de Estadísticas, Comayagua, Honduras, 2004.

El 27% de la población de embarazadas adolescentes vivían en la ciudad. 29% en Municipios, 31% en aldeas y 12% en caseríos.

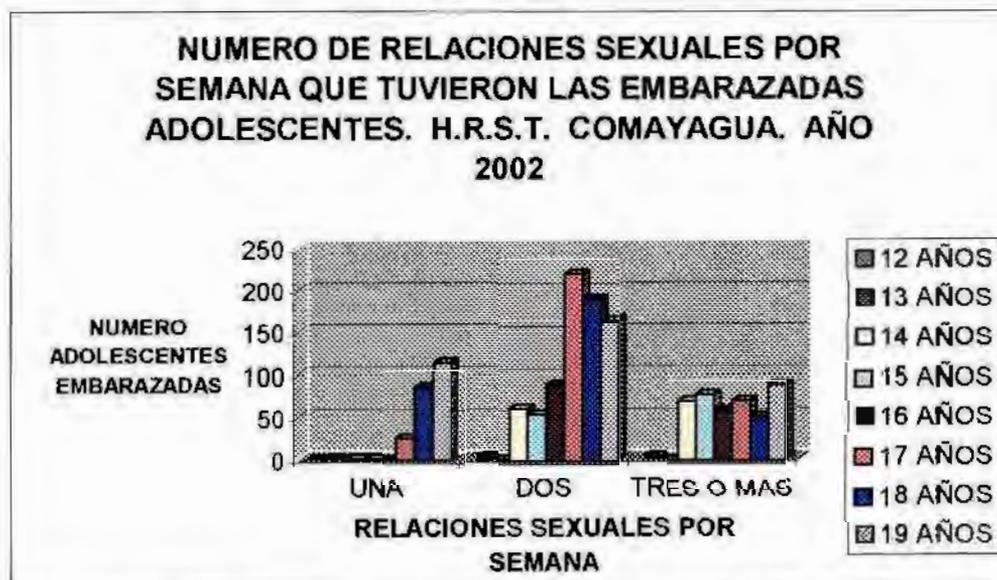
**GRAFICO No. 6**



**FUENTE:** Hospital Regional “Santa Teresa”, Departamento de Estadísticas, Comayagua, Honduras. 2002.

El 73% de las adolescentes embarazadas iniciaron vida sexual activa entre las edades de 15 a 19 años. El 27% restante lo hizo de los 12 a los 15 años.

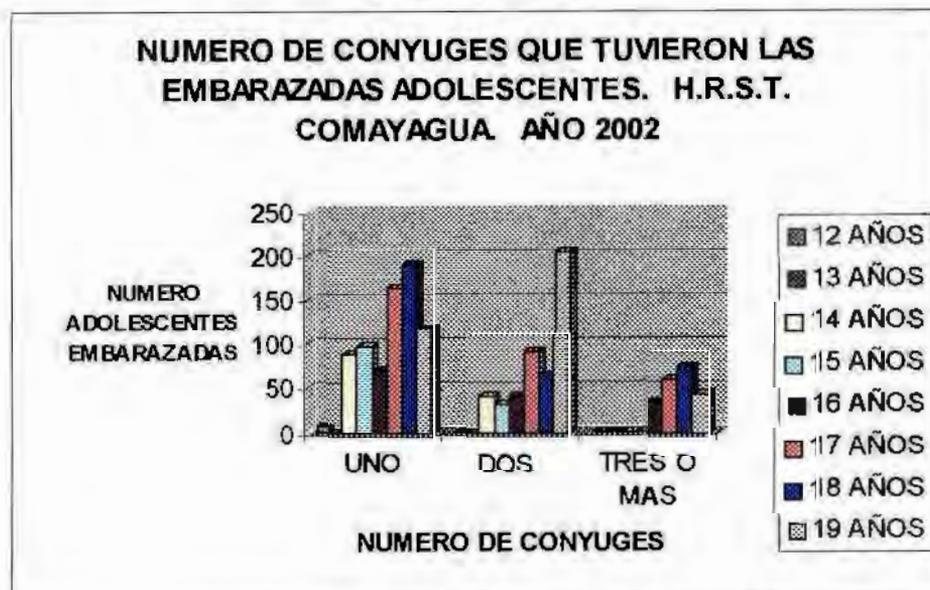
GRAFICO No. 7



FUENTE: Hospital Regional "Santa Teresa", Departamento de Estadística, Comayagua, Honduras, 2002.

El 15.7% de las embarazadas adolescentes tuvieron una relación sexual por semana, 55.4% dos veces por semana y 29% tres veces o más. La mayor incidencia de relaciones sexuales fueron dos veces por semana en los grupos de 17, 18 y 19 años.

GRAFICO No. 8



FUENTE: Hospital Regional "Santa Teresa", Departamento de Estadísticas, Comayagua, Honduras, 2002.

El 51.7% de las embarazadas adolescentes refirió haber tenido un cónyuge, 31.6% dos y 14.7% tres o más. La mayor incidencia fue dos cónyuges en las de 19 años.

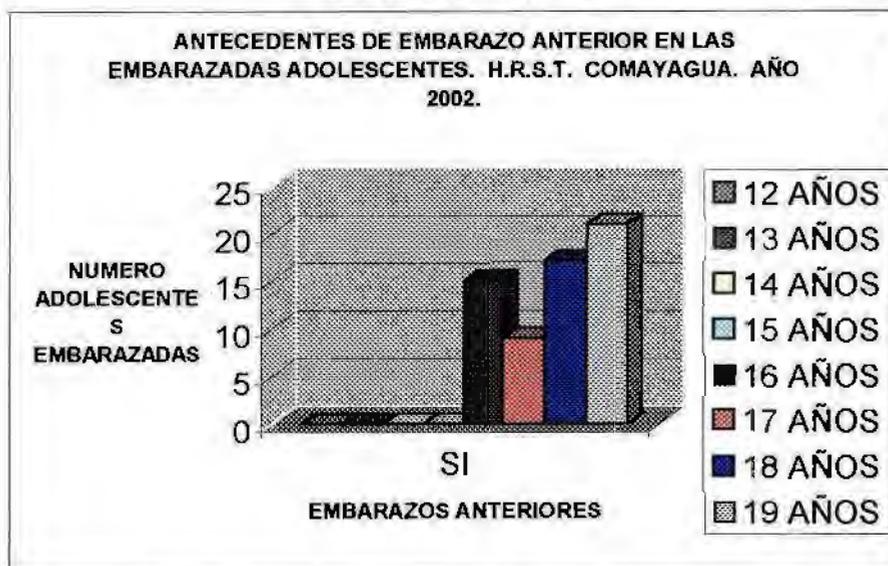
**GRAFICO No. 9**



**FUENTE:** Hospital Regional "Santa Teresa", Departamento de Estadísticas, Comayagua, Honduras. 2002.

El 39.1% de las embarazadas adolescentes no usaron métodos anticonceptivos, contra un 60.9%. Se observó mayor incidencia en el grupo de 17 años.

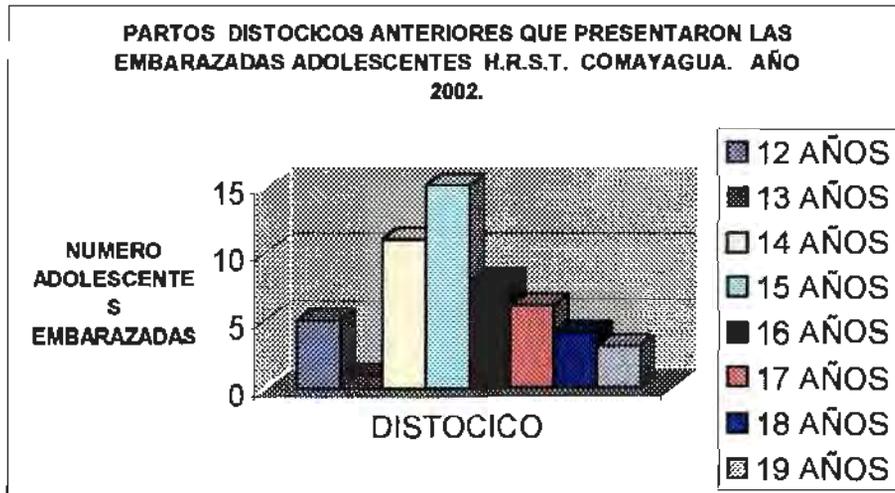
**GRAFICO No. 10**



**FUENTE:** Hospital Regional "Santa Teresa", Departamento de Estadísticas, Comayagua, Honduras. 2002.

El 4.3% de las embarazadas adolescentes tuvieron un embarazo anterior. La incidencia fue mayor en el grupo de 19 y 18 años respectivamente.

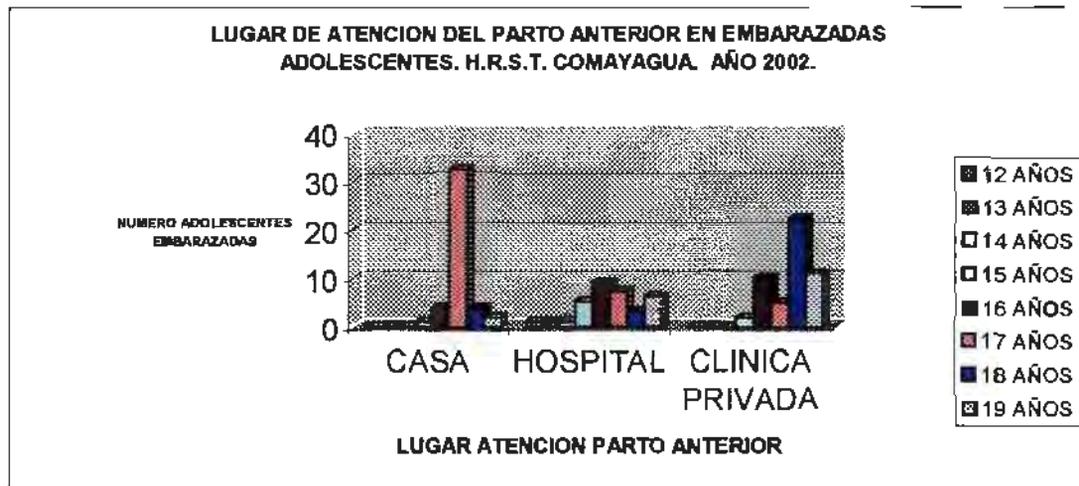
**GRAFICO No. 11**



**FUENTE:** Hospital Regional “Santa Teresa”, Departamento de Estadísticas, Comayagua, Honduras. 2002.

El 3.7% de la población de embarazadas adolescentes tuvieron partos anteriores Distócicos con mayor incidencia a los 14 y 15 años.

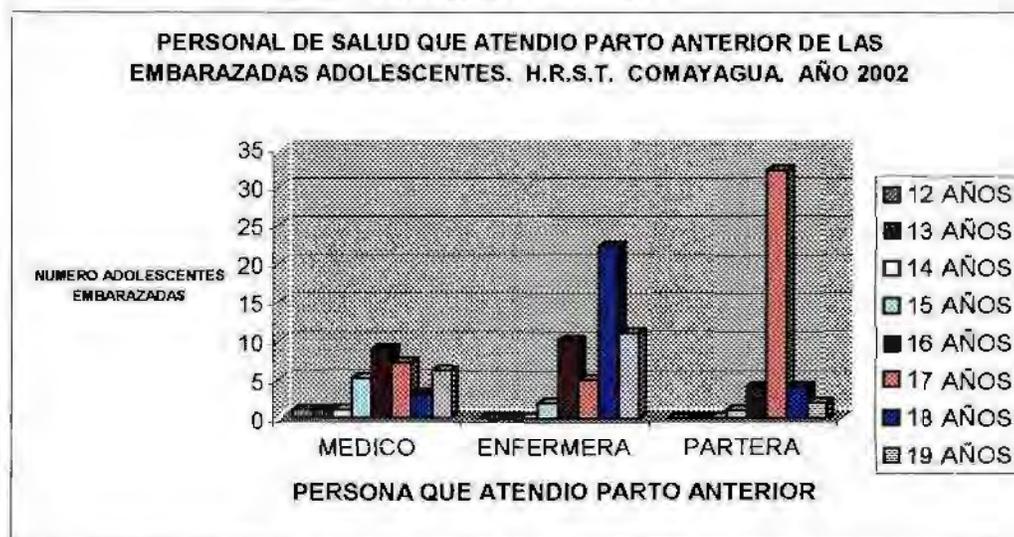
**GRAFICO No. 12**



**FUENTE:** Hospital Regional “Santa Teresa”, Departamento de Estadísticas, Comayagua, Honduras. Año 2002.

El 3.0% de las embarazadas adolescentes tuvieron sus partos anteriores en casa, 2.3% intra-hospitalario, 3.5% lo hizo en Clínicas Materno Infantil o privada. Hubo mayor incidencia de partos en casa a la edad de 17 años.

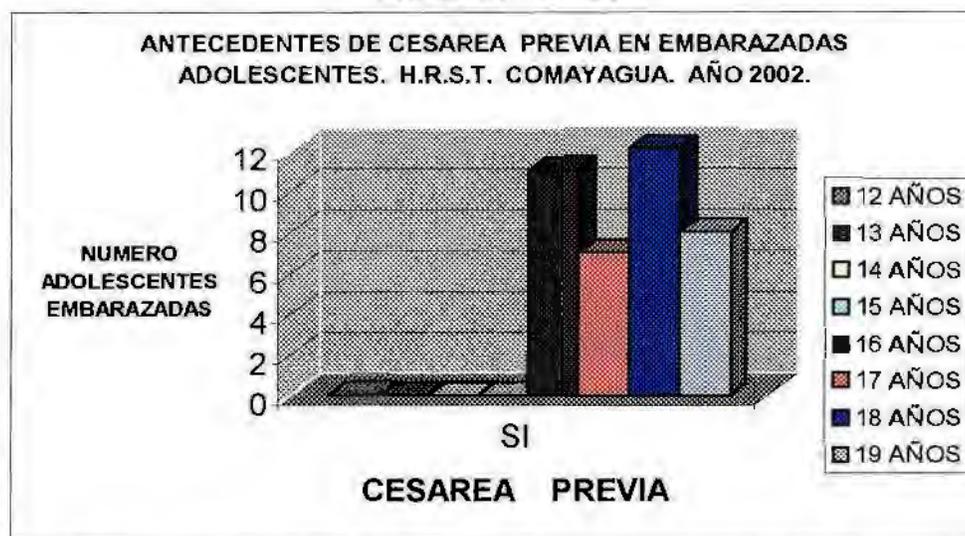
**GRAFICO No. 13**



**FUENTE:** Hospital Regional "Santa Teresa", Departamento de Estadísticas, Comayagua, Honduras. 2002.

El 2.3% de los partos anteriores de las embarazadas adolescentes fueron atendidas por médicos. 3.5% por Enfermeras Auxiliares o Profesionales. 3.0 % por parteras. La mayor incidencias de partos por parteras se presentó en el grupo de 17 años.

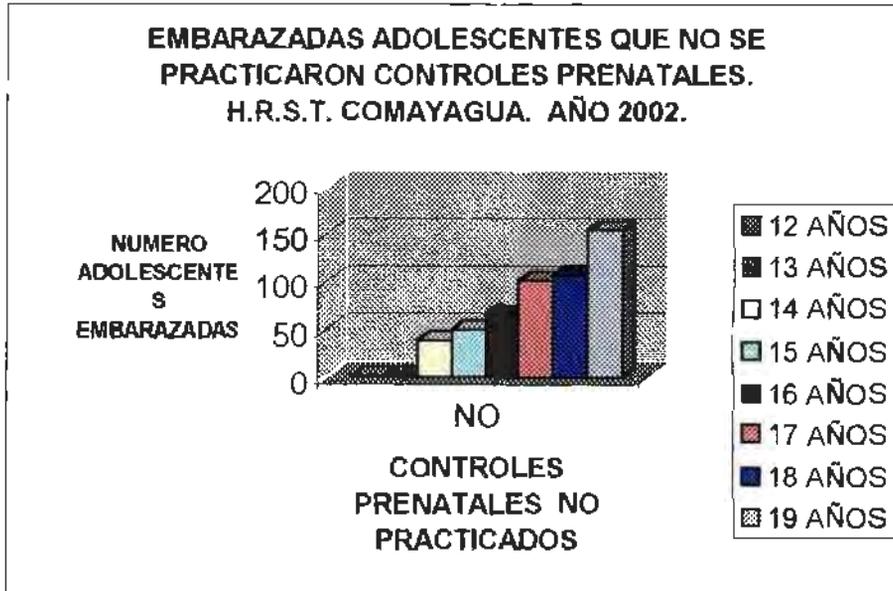
**GRAFICO No. 14**



**FUENTE:** Hospital Regional "Santa Teresa", Departamento de Estadísticas, Comayagua, Honduras. 2002.

El 2.6% de las embarazadas adolescentes tuvieron antecedentes de cesárea previa. La mayor incidencia se presentó a los 16 y 18 años.

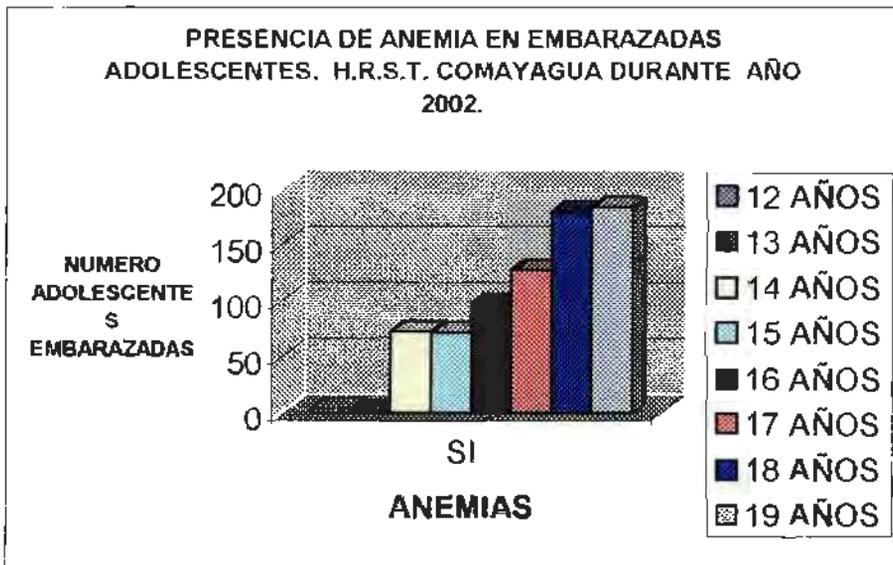
**GRAFICO No. 15**



**FUENTE:** Hospital Regional "Santa Teresa", Departamento de Estadísticas, Comayagua, Honduras. 2002.

El 36.6 % de las embarazadas adolescentes no asistieron a controles prenatales. Se observó mayor incidencia en el grupo de 19 años

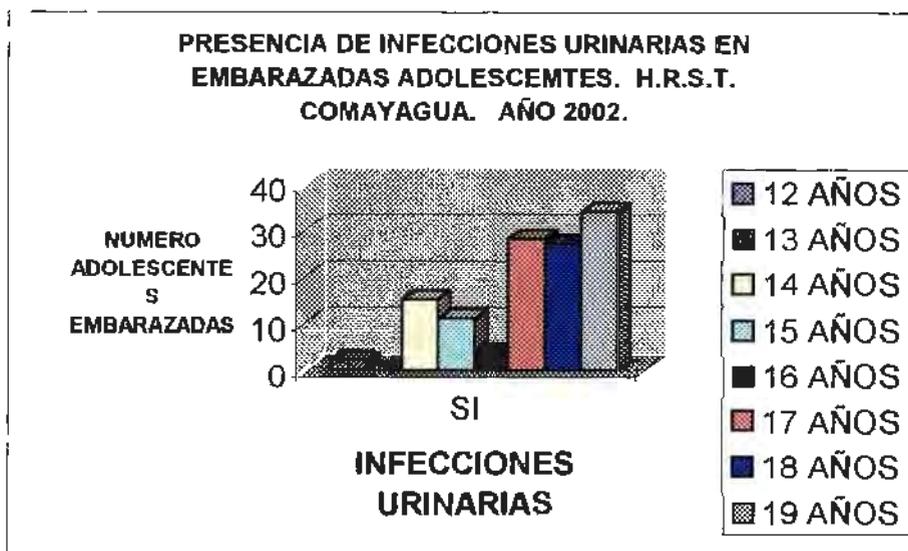
**GRAFICO No. 16**



**FUENTE:** Hospital Regional "Santa Teresa", Departamento de Estadísticas, Comayagua, Honduras. 2002.

El 52.4% de la embarazadas adolescentes presentó anemia ferropriva. La mayor incidencia de casos estuvo en los grupos etarios de 16 a 19 años.

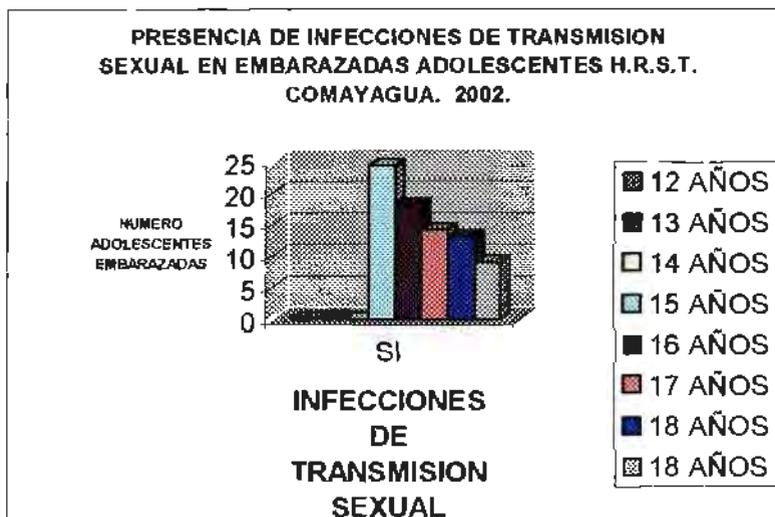
GRAFICO No. 17



**FUENTE:** Hospital Regional “Santa Teresa”, Departamento de Estadísticas, Comayagua, Honduras. 2002..

El 8.5% de las embarazadas adolescentes presentaron infección de las vías urinarias. La mayor incidencia fue en los grupos etarios de 17 y 19 años.

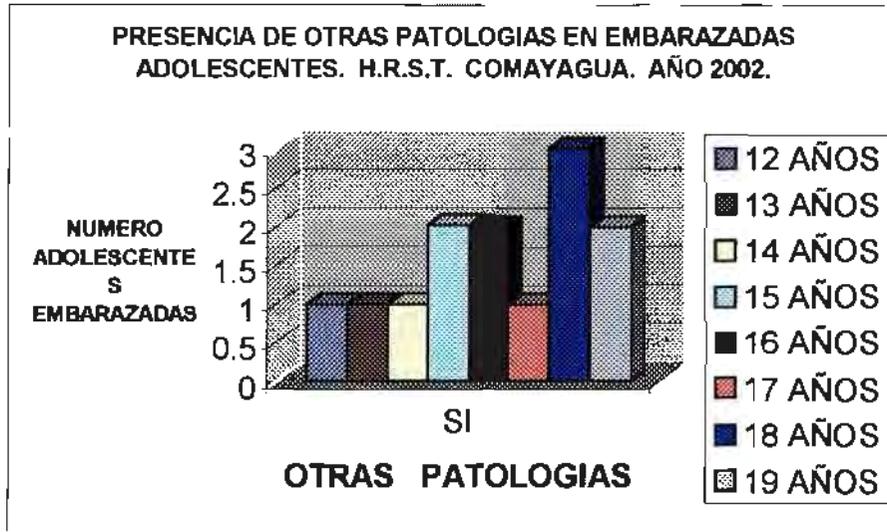
GRAFICO No. 18



**FUENTE:** Hospital Regional “Santa Teresa”, Departamento de Estadísticas, Comayagua, Honduras. 2002.

El 5.5% de las embarazadas adolescentes presentaron infecciones de transmisión sexual (sífilis, verrugas, etc.). Hubo mayor incidencia los grupo etarios de 16 a 17 años.

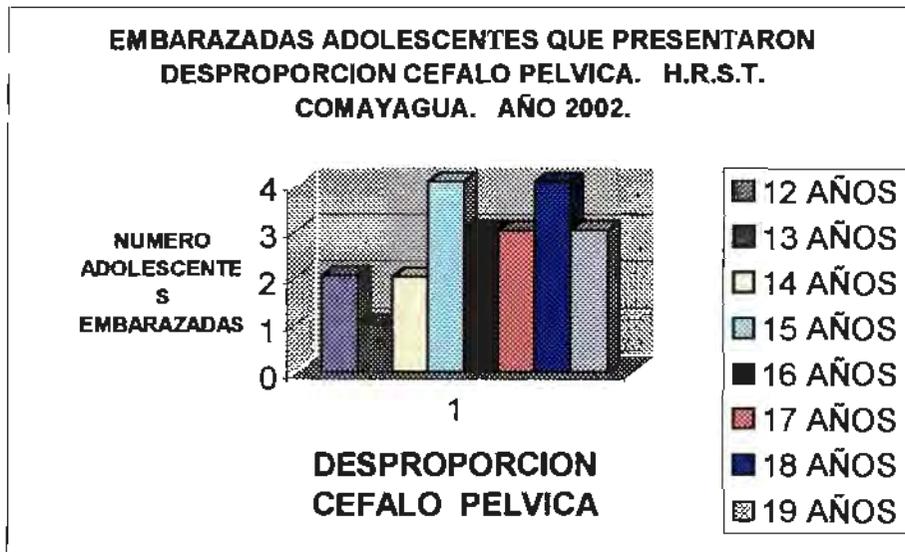
**GRAFICO No. 19**



**FUENTE:** Hospital Regional “Santa Teresa”, Departamento de Estadísticas, Comayagua, Honduras. 2002.

El 0.9 % de las embarazadas adolescentes presentaban otro tipo de patologías (cardiopatías, hipertensión inducida por embarazo, sangrados, etc.). Se observó mayor incidencia en los grupo de 15, 16 y 18.

**GRAFICO No. 20**



**FUENTE:** Hospital Regional “Santa Teresa”, Departamento de Estadísticas, Comayagua, Honduras. 2002.

Se observó que el 1.5% de las embarazadas adolescentes que acudieron a tener su parto en el Hospital presentaron Desproporción Céfalopélvica. La mayor incidencia se presentó en los grupos de 15 y 18 años.

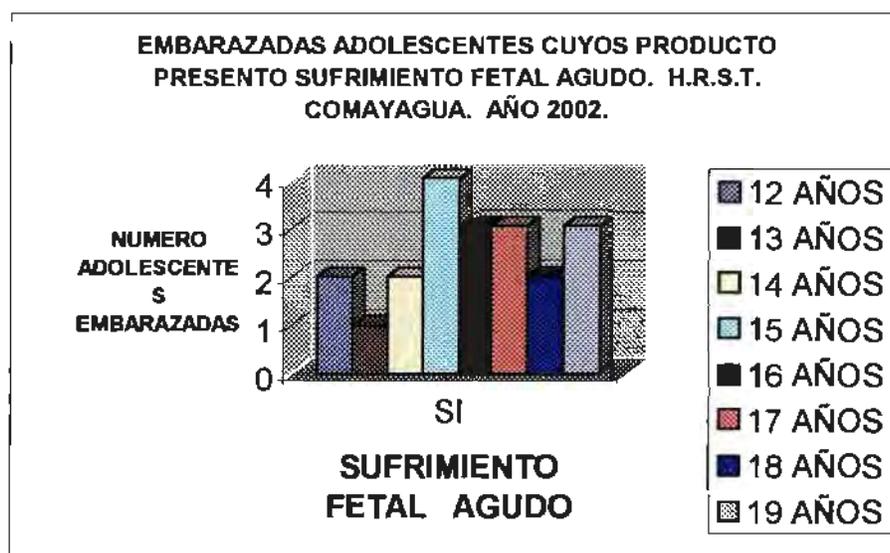
**GRAFICO No. 21**



**FUENTE:** Hospital Regional "Santa Teresa", Departamento de Estadísticas, Comayagua, Honduras. 2002.

El 11.6% de las embarazadas adolescentes presentaron Ruptura Prematura de Membranas, con una incidencia mayor en los grupos de 17, 18 y 19 años.

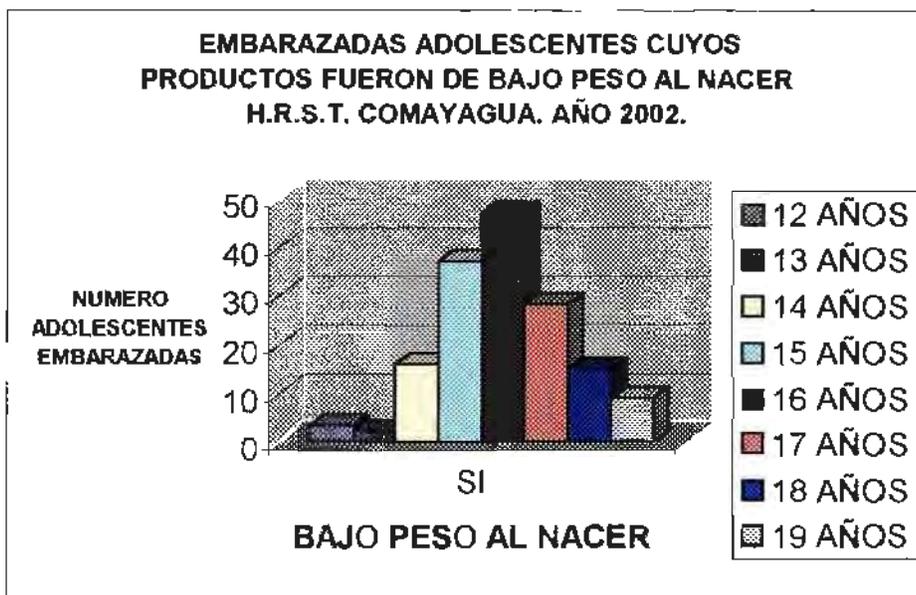
**GRAFICO No. 22**



**FUENTE:** Hospital Regional "Santa Teresa", Departamento de Estadísticas, Comayagua, Honduras. 2002.

El 1.4% de las embarazadas adolescentes presentó Sufrimiento Fetal Agudo, La mayor incidencia se presentó en las edades de 15 y 19 años.

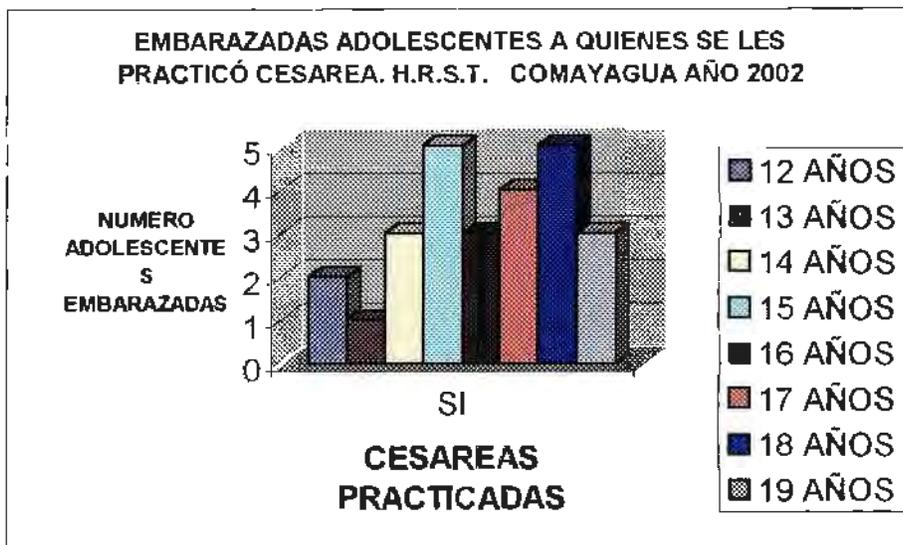
**GRAFICO No. 23**



**FUENTE:** Hospital Regional "Santa Teresa", Departamento de Estadísticas, Comayagua, Honduras. 2002.

El 11% de las adolescentes embarazadas tuvieron productos de bajo peso al nacer. En el grupo 16 años se presentó la mayor incidencia.

**GRAFICO No. 24**



**FUENTE:** Hospital Regional "Santa Teresa", Departamento de Estadísticas, Comayagua, Honduras. 2002.

El 1.8% de las embarazadas adolescentes se les practicó cesáreas. La mayor incidencia fue en los grupos etarios de 15 y 18 años.

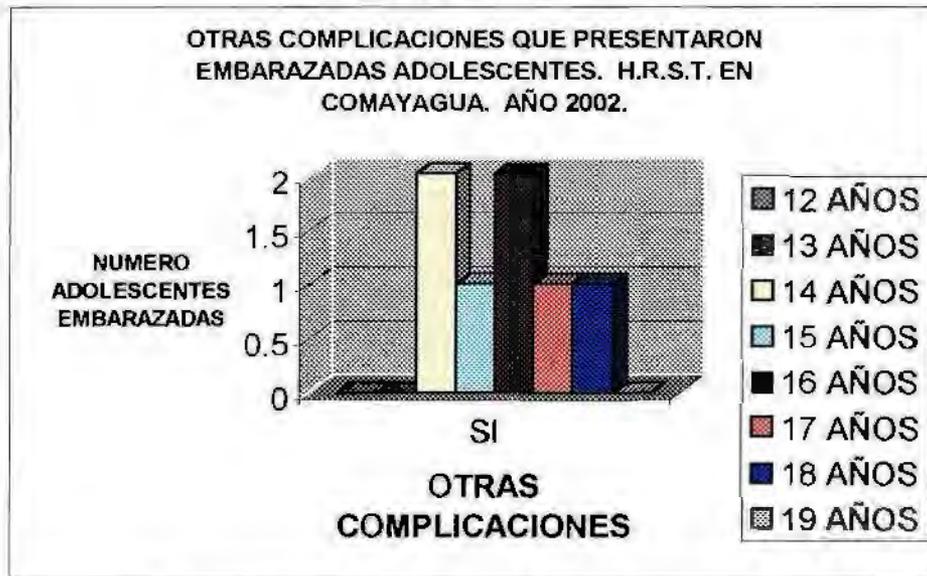
**GRAFICO No. 25**



**FUENTE:** Hospital Regional "Santa Teresa", Departamento de Estadística. Comayagua, Honduras. 2002.

La mortalidad materna en las embarazadas adolescentes fue de un 0.3%: Con una incidencia de una muerte materna a los 17 años (sepsis) y tres a los 19 años por sangrado uterino.

**GRAFICO No. 26**



**FUENTE:** Hospital Regional "Santa Teresa", Departamento de Estadística. Comayagua, Honduras. 2002.

En las embarazadas adolescentes se encontraron otras complicaciones (sangrados uterinos, malformaciones congénitas, sepsis post parto, distocias, etc) que representaron el 0.5%. El grupo con mayor incidencia fue el de 14 y 16 años.

***NUESTRA REALIDAD***

Madres adolescentes, lactando neonatos de bajo peso al nacer. 17 y 18 años respectivamente



JUJITER

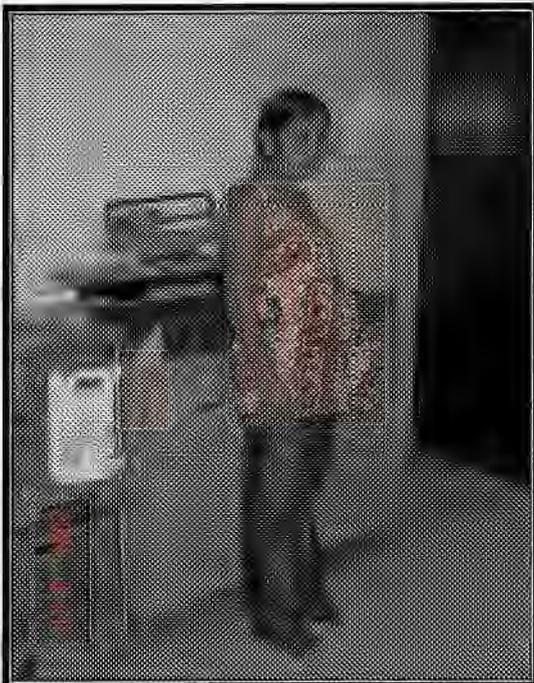


JUJITER

Adolescente 16 años con sangrado masivo por aborto incompleto



JUJITER



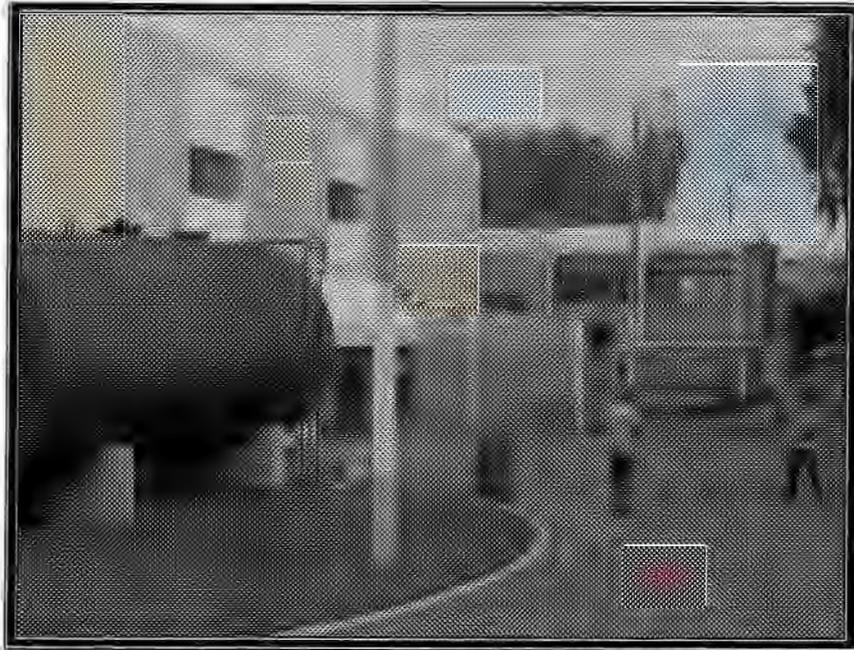
Adolescentes  
embarazadas.  
Arriba de 15 años  
programada para  
eventual cesárea.  
Abajo de 19 años  
en el último mes  
del embarazo.



H.R.S.T. Entrada principal. Area administrativa. Costado Este. JUTER



H.R.S.T. Area de Consultas Externas. Costado Este. JUTER



Costado Sur. Hospital Regional "Santa Teresa". Area de lavandería.  
JUIYTER



Costado Oeste. Hospital Regional "Santa Teresa". JUIYTER



H.R.S.T. Costado Oeste acceso al área de mantenimiento y morgue.  
Arriba, las Salas de hospitalizaciones con sus cuatro Especialidades.  
JUIJTER

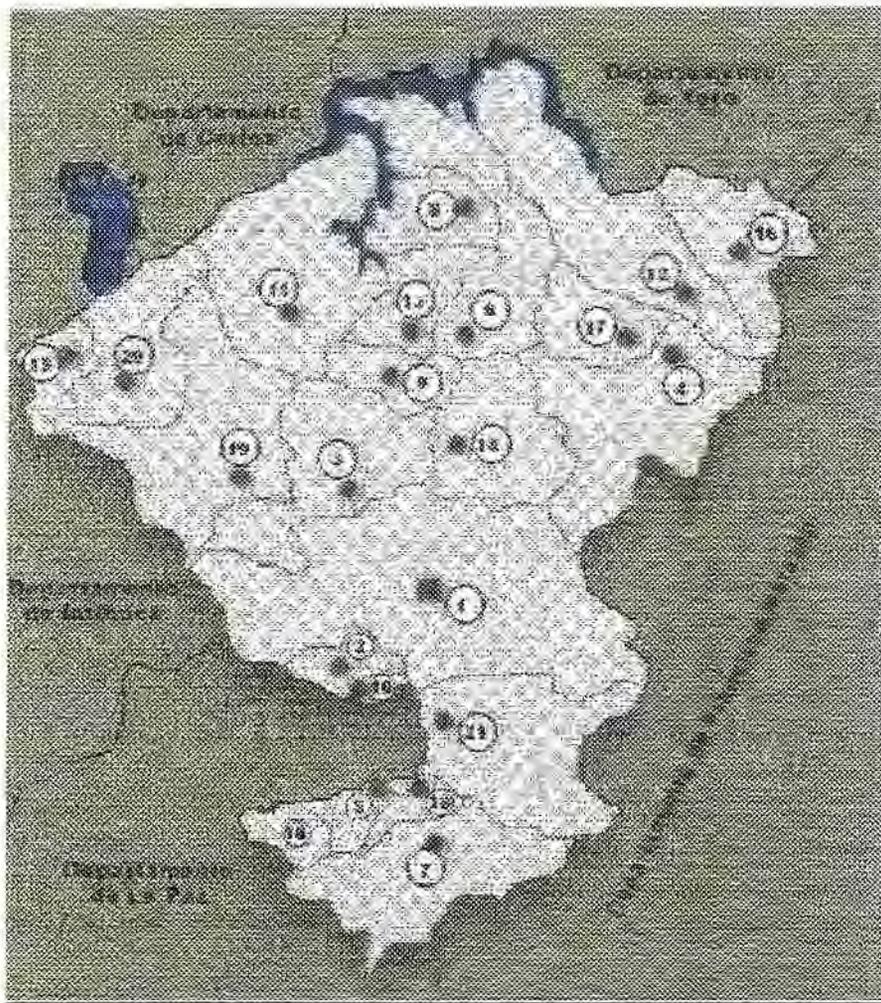


H.R.S.T. Remodelación que será la entrada principal del futuro ubicada  
en el costado norte la Institución y a dos cuadras de la carretera que une  
Tegucigalpa con San Pedro Sula. JUIJTER

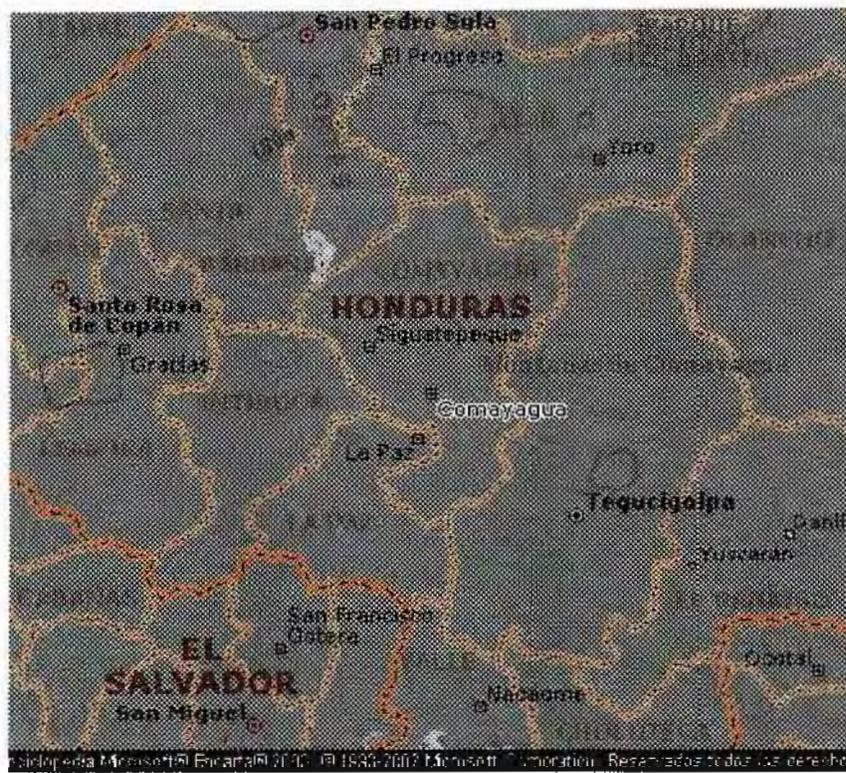
# Anexos No. 3

## DIVISION POLITICA (1957) DIVISION ACTUAL





## MAPA POLITICO DE COMAYAGUA



## CROQUIS DE LA CIUDAD DE COMAYAGUA



1.- Parque Central

2.- Catedral

3.- Iglesia de la Merced

4.- Plaza de la Merced

5.- Alcaldía Municipal

6.- Palacio Episcopal /  
Museo Colonial

7.- Museo Regional  
de Arqueología

8.- Iglesia de San Francisco

9.- Plaza de San Francisco

10.- Iglesia de la Caridad

11.- Casa Real

12.- Hotel Quan

13.- Hotel America Inn

14.- Rest. Villa Real

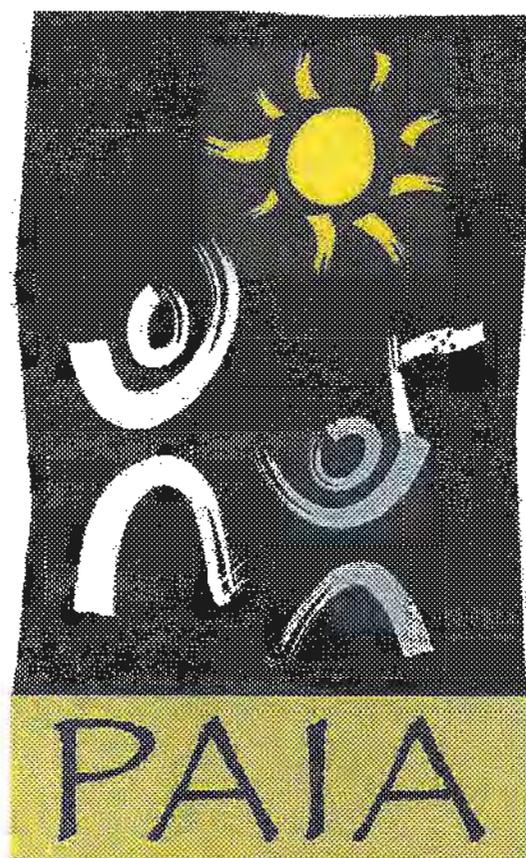
15.- Comida Rapida Venecia

16.- Policía Nacional

17.- Hondutel / Correo

18.- Internet Cafe

19.- Cafeteria Señorita



Programa Nacional  
de Atención Integral  
a la Adolescencia

# **Anexos No. 4**



Adolescente puérpera de 16 años de edad con mastitis por plétora y pezón invertido.

JUJITER



Mortalidad materna en embarazada adolescentes de 18 años. Aldea Las Tejas, Comayagua. Secundigesta. Parto en casa con Partera quien provoca sangrado uterino al extraer placenta retenida traccionando cordón umbilical. PRODUCTO VIVO. J.UJITER





# HISTORIA CLINICA PERINATAL-SS

NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO día mes año		ETNIA <input type="radio"/> blanca <input type="radio"/> indígena <input type="radio"/> mestiza <input type="radio"/> negra <input type="radio"/> otra	ALFA BETA <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	ESTUDIOS ninguno primario secund.univers. años en el mayor nivel	ESTADO CIVIL casado unión estable soltero otro	No. de EXPEDIENTE	UPS PARTO	ID No.
DEPTO		MUNICIPIO		EDAD (años) <input type="radio"/> < de 18 <input type="radio"/> > de 35						
LOCALIDAD		UPS PRENATAL								

## ANTECEDENTES

<b>FAMILIARES</b> <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no TBC <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no diabetes <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no hipertensión <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no preeclampsia <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no eclampsia <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no otros <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		<b>PERSONALES</b> <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no VIH + <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no cardiopat. nefrop. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no cond. médica grave <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		<b>OBSTETRICOS</b> gestas previas <input type="text"/> <input type="text"/> abortos <input type="text"/> <input type="text"/> vaginales <input type="text"/> <input type="text"/> nacidos vivos <input type="text"/> <input type="text"/> vivos <input type="text"/> <input type="text"/> muertos 1ª sem. <input type="text"/> <input type="text"/> después 1ª sem. <input type="text"/> <input type="text"/> nacidos muertos <input type="text"/> <input type="text"/> cesáreas <input type="text"/> <input type="text"/> partos <input type="text"/> <input type="text"/> < 2500g <input type="text"/> <input type="text"/> > 4000g <input type="text"/> <input type="text"/> ninguna o más de cuatro partos <input type="text"/> <input type="text"/>		<b>FIN EMBARAZO ANTERIOR</b> día mes año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> menos de 2 años <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <b>EMBARAZO ACTUAL PLANEADO</b> <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <b>FRACASO METODO ANTICONCEP.</b> no barrera DIU píldora depo Natura AGV hormonal <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	
---	--	---	--	---	--	--	--

## GESTACION ACTUAL

PESO ANTERIOR <input type="text"/> Kg	TALLA (cm) <input type="text"/> <input type="text"/>	FUM <input type="text"/> <input type="text"/>	EG CONFIABLE por FUM Eco <20 s <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	MOVIM. FETALES desde día mes <input type="text"/> <input type="text"/>	CIGARRILLOS POR DIA <input type="text"/>	ALCOHOL <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	TOXICOIDE dT vigente sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/> no	ANTIRUBEOLA previa no sabe <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	EX. NORMAL <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no
BACTERIURIA <input type="radio"/> - <input type="radio"/> + <input type="radio"/> no se hizo	GRUPO Rh <input type="radio"/> + <input type="radio"/> -	PAPANICOLAOU solicitada <input type="radio"/> vigente <input type="radio"/> solicitada <input type="radio"/>	VIH solicitado <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	VDR/LRPR <20 sem <input type="radio"/> - <input type="radio"/> + <input type="radio"/> no se hizo	VDR/LRPR ≥20 sem <input type="radio"/> - <input type="radio"/> + <input type="radio"/> no se hizo	Hb <20 sem <input type="text"/> <input type="text"/>	Fe/FOLATOS indicados <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	Hb ≥20 sem <input type="text"/> <input type="text"/>	ODONT. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no

día	mes	edad gest.	peso	PA	altura uterina	presen. fación	latidos fetales	movs. fetales	ede ma	hemo rraja	signos de alarma, exámenes, tratamientos	próxima cita
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												

## PARTO ABORTO

FECHA DE INGRESO día mes año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	CARNÉ <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	CONSULTAS PRENATALES total <input type="text"/>	HOSPITALIZ. en EMBARAZO días <input type="text"/>	CORTICOIDES PRENATALES CICLO UNICO <input type="radio"/> completo <input type="radio"/> múltiples <input type="radio"/> incompl. <input type="radio"/> ninguna	INICIO <input type="radio"/> espontáneo <input type="radio"/> inducido <input type="radio"/> cesar. elect.	RUPTURA MEMBRANAS ANTEPARTO <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	EG sem. <input type="text"/>	Tiempo hasta el parto <input type="text"/> d <input type="text"/> h	EDAD GEST. al parto semanas días <input type="text"/> <input type="text"/>	PRESENTACION <input type="radio"/> cefálica <input type="radio"/> pélvica <input type="radio"/> transversa
---	---	---	---	--	--	---	------------------------------	---	--	--

hora	min	COMPANIA	POSICION	Contr./10	DILATACION	ALTURA	FCF / DIPS	NOTAS

FECHA Y HORA DE RUPTURA hora día mes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ninguna <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	HTA previa <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	HTA transitoria del embarazo <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	preeclampsia <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	eclampsia <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	cardiopat. nefrop. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	diabetes <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	otra cond. grave <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	corioamnionitis <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	Infec. urinaria <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	amenaza parto preter. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	R.C.I.U. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	rotura prem. de membranas <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	HEMORRAGIA 1ª trim. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	2ª trim. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	3ª trim. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	postparto <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	Infección puerperal <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no
---	---	--	--	--	---	--	--	--	---	---	---	--	---	---	--	--	---	---

## NACIMIENTO

VIVO <input type="radio"/> MUERTO <input type="radio"/>	hora min día mes año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MULTIPLE <input type="radio"/> 0=única <input type="radio"/> fetos <input type="text"/>	espont. <input type="radio"/> cesárea <input type="radio"/>	INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO <input type="radio"/> INDUC. <input type="radio"/> OPER. <input type="radio"/>
acompañante <input type="radio"/> familiar <input type="radio"/> ninguno <input type="radio"/>	POSICION PARTO <input type="radio"/> sentada <input type="radio"/> acostada <input type="radio"/>	EPISIOTOMIA <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	DESGARRO Grado <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	OCITOCICOS EN ALUMBRAMIENTO <input type="radio"/> octocina <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> ninguno <input type="radio"/>

## RECEN NACIDO

SEXO <input type="radio"/> M <input type="radio"/> H	PESO AL NACER <input type="text"/> g	PER. CEFALICO <input type="text"/> cm	TALLA <input type="text"/> cm	EG. CONFIABLE sem. días <input type="text"/> <input type="text"/>	PESO E.G. <input type="text"/> g	APGAR 1º min. <input type="text"/> 5º <input type="text"/>	REANIMACION <input type="radio"/> máscara <input type="radio"/> tubo <input type="radio"/> masaje <input type="radio"/> adrenalina <input type="radio"/>	FALLECE en SALA de PARTO <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	DESTINO <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> alq. <input type="radio"/> corj. <input type="radio"/> hosp. <input type="radio"/> hosp.
--	--------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------	---	----------------------------------	--	--	--	---

## DEFECTOS CONGENITOS

DEFECTOS CONGENITOS <input type="radio"/> menor <input type="radio"/> mayor	TAMIZAJE NEONATAL NORMAL	VDR/LRPR <input type="radio"/> - <input type="radio"/> +	GRUPO SANGUINEO <input type="radio"/> - <input type="radio"/> +	Rh <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	HB <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	Mecario 1º Día <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	Boca Arriba <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no
---	--------------------------	--	---	--	--	--	---

## EGRESO RN

EGRESO RN <input type="radio"/> vivo <input type="radio"/> fallece <input type="radio"/>	Referido <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	EDAD días completos <input type="text"/>	LACTANCIA exclusiva <input type="radio"/> Mista <input type="radio"/> fórmula <input type="radio"/>	PESO AL EGRESO (g) <input type="text"/>	EGRESO MATERNO <input type="radio"/> día mes <input type="text"/> <input type="text"/>	ANTIRUBEOLA POST PARTO <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	ANTICONCEPCION SUMINISTRADA <input type="radio"/> barrera <input type="radio"/> DIU <input type="radio"/> natural <input type="radio"/> referida <input type="radio"/> hormonal <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>
--	--	--	---	---	--	--	--

## Responsable:

Responsable:

Este color significa ALERTA