

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

POSGRADO EN SALUD PÚBLICA



MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTES EN HONDURAS AÑO 2010

PRESENTADO POR

VIRGINIA MARIA ZAVALA ANDINO

PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE

MASTER EN SALUD PÚBLICA

ASESOR

DRA. NORA RODRIGUEZ COREA

TEGUCIGALPA, M.D.C.

DICIEMBRE 2016 HONDURAS, C.A.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS UNAH

RECTORA

LICDA. JULIETA CASTELLANOS RUIZ

VICERRECTORA ACADEMICA

DRA. RUTILIA CALDERON PADILLA

VICERRECTOR DE ORIENTACION Y ASUNTOS ESTUDIANTILES

ABOG. AYAX IRIAS COELLO

VICERRECTOR DE ASUNTOS INTERNACIONALES DR.

JULIO RAUDALES

SECRETARIA GENERAL

LICDA. ENMA VIRGINIA RIVERA

DIRECTORA DE INVESTIGACION CIENTIFICA Y

Msc. LETICIA SALOMON

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DR.

MARCO TULIO MEDINA

SECRETARIO ACADEMICO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DR.

JORGE ALBERTO VALLE RECONCO

**COORDINADORA GENERAL DE LOS POSGRADOS DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS DRA. ELSA YOLANDA PALOU**

COORDINADOR GENERAL DEL POSGRADO EN SALUD PÚBLICA

DR. HECTOR ARMANDO ESCALANTE VALLADARES

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento a Dios por permitirme tantas oportunidades de superación, por ser mi guía y mi sostén siempre.

A mi familia por su apoyo y animarme siempre a seguir adelante.

A todos mis maestros de postgrado por proporcionarme el conocimiento científico y su experiencia profesional.

Mi agradecimiento especial al personal del Sistema de Vigilancia de la Salud de la Secretaria de Salud de Honduras y al Post Grado en Salud Publica, los cuales me proporcionaron la información requerida para realizar mi trabajo de Investigación.

A mi tutora la Dra. Nora Rodríguez Corea por su paciencia y orientación en mi trabajo de investigación.

A todas las personas que de una u otra forma me apoyaron en la realización de este trabajo.

.

INDICE

1. INTRODUCCION	1
2. OBJETIVOS.....	5
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	5
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	5
3. MARCO TEORICO	6
3.1 MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTES: CONTEXTO MUNDIAL, AMERICA LATINA Y HONDURAS.....	6
3.1.1 MORTALIDAD MATERNA EN EL CONTEXTO MUNDIAL	6
3.1.2 MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTES EN AMÉRICA LATINA.....	11
3.1.3 MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTES EN HONDURAS.....	16
3.2 FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD DE MADRES ADOLESCENTES.	19
3.3 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTES	25
3.4 CONTEXTO GENERAL DE HONDURAS	28
3.5 SISTEMA DE SALUD EN HONDURAS.....	30
3.5.1 MISIÓN DE LA SECRETARIA DE SALUD	32
3.5.2 POLÍTICAS, PLANES Y CONVENIOS DE LA SECRETARIA DE SALUD.....	32
4. METODOLOGIA	42
4.1 DISEÑO METODOLOGICO.....	42
4.2 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	42
5. RESULTADOS.....	49
6. ANALISIS DE RESULTADOS	80
7. CONCLUSIONES	95
8. RECOMENDACIONES	97
8. BIBLIOGRAFIA	99

1. INTRODUCCION

En esta investigación se analiza las muertes ocurridas e investigadas en madres adolescentes en Honduras en el año 2010.y su relación con algunos determinantes sociales, particularmente el área de residencia; ocupación, escolaridad, estado civil, y la atención en salud de la madre adolescente en su embarazo, parto y puerperio. Comprende además, las principales causas de muerte según la Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Edición (CIE-10)

Los datos de la madre adolescente del Sub sistema de Vigilancia de la Secretaria de salud, no permiten realizar los cálculos de las tasas, notificación de las muertes y la identificación de las cifras reales de casos (sub registro) de muerte materna adolescente, lo que hace necesario requerir de investigaciones especiales.

Es imperativo actualizar los datos sobre la magnitud, tendencia, factores de riesgo y causales, de la muerte de la madre adolescente, así como también se hace necesaria la evaluación del impacto de las políticas y estrategias implementadas por la Secretaria de Salud, de tal manera que estas acciones puedan contribuir a la generación de nuevas políticas y diseño de planes acordes a la realidad existente, que lleven hacer alianzas con todos los involucrados (Autoridades, Secretarías, Personal de salud,

Organizaciones de apoyo financiero y técnico, Comunidad etc.), para el control y reducción de la mortalidad materna adolescente en Honduras.

Se caracterizaron las muertes maternas en adolescentes de 10-19 años en diez Regiones Departamentales de Salud del país, en el periodo de Enero a Diciembre del año 2010, con el objetivo de que esta información pueda ser utilizada por la Secretaría de Salud, para realizar intervenciones que contribuyan a disminuir el embarazo y la mortalidad materna en adolescentes en Honduras. Esta investigación se desprende de la investigación nacional de mortalidad materna, realizada por el Sistema de Vigilancia de la Salud de la Secretaría de Salud de Honduras en el año 2010, la cual fue proporcionada al Post Grado en Salud Pública como insumo de los maestrantes para trabajo de Tesis.

El presente estudio es de tipo retrospectivo, descriptivo y transversal. La Población en estudio fueron todas las muertes maternas adolescentes de 10 a 19 años que ocurrieron en el año 2010 en el país, la información fue obtenida mediante el registro de las fichas de investigación de mortalidad de mujeres en edad fértil, ficha de investigación de mortalidad materna comunitaria y hospitalaria.

La recolección de la información fue hecha por personal institucional con grado universitario (Epidemiólogos, Salubristas y otras formaciones

relacionadas). Se realizaron capacitaciones previas para el llenado correcto de los instrumentos se consultaron diferentes fuentes de datos a nivel comunitario que fueron utilizadas para la captación de los casos como: el Reporte Estadístico de Defunciones del Instituto Nacional de Estadística, Registro Nacional de las personas, Registros en Cementerios, Libros de levantamiento de la policía, organizaciones no gubernamentales, entre otros.

La mortalidad materna en adolescente es un indicador universal de salud en todos los países del mundo, y es un problema que tiene dimensiones amplias y que es muy sensible sobre todo en los países en desarrollo, en donde la tasa de mortalidad materna en adolescentes es muy alta, se estima que cada minuto en algún lugar del mundo una mujer fallece a causa de complicaciones en el embarazo, parto o puerperio.

Según investigaciones de La Organización Mundial de la Salud (OMS), el embarazo y la muerte materna se asocian a países con bajos ingresos. América Latina registra altos porcentajes de pobreza, de embarazos y muerte materna y en esta se incluye la mortalidad adolescente. Según el fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en América Latina y el Caribe unas 20. 000 mujeres mueren cada año por el poco acceso a la atención del parto por personal calificado y la baja captación al control

prenatal. El 10% de los partos acontece en adolescentes y la mortalidad materna es de 2 a 5 veces más alta en las mujeres menores de 18 años que en aquellas de 20 a 29.

Honduras al igual que los demás países de Latino América tiene un alto porcentaje de muerte materna adolescente, 16 de los 18 departamentos del país presentaron casos en el año 2010, lo que genera preocupación e interés por conocer sobre este problema que debe ser prioritario en salud

Se presenta en esta investigación de Mortalidad Materna Adolescente, el marco conceptual, resultados y algunos datos relevantes: Se presentaron en total 32 muertes maternas en adolescentes, el mayor número de muertes ocurrió en la etapa tardía de la adolescencia, predominan las muertes a nivel rural y en los departamentos de El Paraíso, Olancho y Atlántida. El estado civil que prevaleció fue el de unión libre. El más alto número de madres adolescentes fallecidas solo tenían educación primaria y eran amas de casa. La mayor cantidad de muertes se presentó a nivel institucional. Prevalen las muertes de tipo obstétrico; la mayoría no fue referida a hospital de mayor complejidad. Se consideran además análisis de resultados, conclusiones y recomendaciones.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Caracterizar las muertes maternas en adolescentes en Honduras, en el periodo de Enero a Diciembre del año 2010.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir epidemiológicamente las muertes ocurridas e investigadas en madres adolescentes en el año 2010.
2. Determinar los factores de riesgo que influyeron en la muerte materna de las adolescentes investigadas.
3. Determinar el momento reproductivo y el tiempo en que ocurrió la muerte de la madre adolescente.
4. Identificar el sitio donde ocurrió la muerte materna adolescente
5. Identificar las causas directas y básicas de muerte en la madre adolescente de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) ocurridas en el año 2010 en diez regiones departamentales de salud en honduras.
6. Identificar el tipo de demora en la atención que tuvieron las madres adolescentes.

3. MARCO TEORICO

3.1 MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTES: CONTEXTO MUNDIAL, AMERICA LATINA Y HONDURAS

3.1.1 MORTALIDAD MATERNA EN EL CONTEXTO MUNDIAL

Cada minuto en algún lugar en el mundo una mujer fallece a causa de complicaciones que surgen durante el embarazo, parto y puerperio. Según datos del Banco Mundial las tasas más altas de mortalidad materna a nivel mundial del año 2011 al 2015 la tiene Sierra Leona con 1,580 x 100,000 nacidos vivos (nv.) en el 2011 y 1,360 x 100,000 nv. en el 2015; en segundo lugar está la Republica Centro Africana, ya que en el 2011 su tasa de mortalidad era de 888 x 100,000 nv. y para el 2015 de 882 x 100,000 nv; el tercer lugar lo ocupa Chad que para el 2011 su tasa de mortalidad era de 984 x 100,000 nv. y para el 2015 de 856 x 100,000 nv; el cuarto lugar lo tiene Nigeria que para el 2011 su tasa era de 824 x 100,000 nv., para el 2015, de 814 x 100,000 nv. (BANCO MUNDIAL, 2016)

Los países con menor tasa de mortalidad materna en el mundo en el 2015 son Polonia, Islandia, Grecia y Finlandia cuya tasa es de 3 x 100,000 nv. La

tasa de mortalidad materna es la cantidad de mujeres que mueren durante el embarazo y el parto, por cada 100.000 nacidos vivos. (BANCO MUNDIAL, 2016)

Es importante resaltar que los países con más altas tasas de mortalidad materna en el mundo están en el continente africano, que presenta altos índices de pobreza; Según Médicos sin Frontera y la Organización Mundial de la Salud, las tasas de mortalidad materna extremadamente elevadas en Sierra Leona y en Burundi se explican por las dificultades de acceso a controles prenatales y atención obstétrica de urgencia de calidad; problemas que están ligados a la escasez de personal calificado, de infraestructura y sistemas de salud deteriorados por años de guerra civil. (MEDICOS SIN FRONTERA, 2012)

En cifras redondas diez países explican alrededor del 60% de las defunciones maternas de todo el mundo: India (50 000), Nigeria (40 000), República Democrática del Congo (21.000), Etiopía (13.000), Indonesia (8.800), Pakistán (7.900), República Unida de Tanzania (7.900), Kenia (6.300), China (5.900) y Uganda (5.900). Somalia y el Chad presentan el riesgo más alto:

Las mujeres enfrentan un riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida de 1 en 18 en Somalia y de 1 en 15 en el Chad, los más elevados del mundo. (OMS Y ASOCIADOS, 2014)

Un dato importante a considerar es que según datos de la Organización Mundial de la Salud, el embarazo y la muerte materna se asocia a países con bajos ingresos, para el 2014 unas 16.000.000 jóvenes de 15 a 19 años y aproximadamente 1,000.000 de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las jóvenes madres de 15 a 19 años en todo el mundo. Cada año, unas 3 millones de jóvenes de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos.

El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza (OMS, 2014). Según datos de la Organización mundial de la Salud, cada día mueren aproximadamente 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. Un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo. La

mortalidad materna es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres.

En comparación con otras mujeres, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo y la atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos. Según la Organización Mundial de la salud la mortalidad materna mundial se ha reducido en alrededor del 44% entre 1990 y 2015, dato muy esperanzador, pero aún falta mucho por hacer. La meta de la Agenda de Desarrollo Sostenible es reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030. (OMS, 2015)

De 30 países las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las jóvenes madres de 15 a 19 años en todo el mundo. Sin embargo, desde el año 2000 se han registrado descensos considerables en el número de muertes en todas las regiones, sobre todo en Asia Sudoriental, donde las tasas de mortalidad se redujeron de 21 a 9 por 100 000 jóvenes madres. Cada año se practican unos 3 millones de abortos peligrosos entre muchachas de 15 a 19 años,

lo que contribuye a la mortalidad materna y a problemas de salud prolongados. (OMS, 2014)

Según reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2011 en el mundo habían más de mil millones de adolescentes, 85% en los países en desarrollo; El 10% de los partos aconteció en adolescentes y 85% en los países en vías de desarrollo.

En 2011 la OMS publicó junto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) unas directrices sobre la prevención de los embarazos precoces y la reducción de los resultados negativos para la reproducción. Las directrices contienen recomendaciones sobre las medidas que los países podrían adoptar, con seis objetivos principales:

1. Reducir el número de matrimonios antes de los 18 años
2. Fomentar la comprensión y el apoyo a las adolescentes a fin de reducir el número de embarazos antes de los 20 años;
3. Aumentar el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes a fin de evitar el riesgo de embarazo involuntario
4. Reducir las relaciones sexuales forzadas entre las adolescentes
5. Reducir los abortos peligrosos entre las adolescentes
6. Incrementar el uso de servicios especializados de atención prenatal, en el parto y posnatal por parte de las adolescentes.

Además, la OMS participa en diversas iniciativas junto con organismos y programas conexos, como la iniciativa «H4+», en la que también participan ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, ONU Mujeres y el Banco Mundial. La iniciativa tiene por objeto acelerar el progreso hacia la consecución del Objetivo 4 de Desarrollo del Milenio (reducir la mortalidad infantil) y el Objetivo 5 (mejorar la salud materna) para 2015. Trata de abordar las causas profundas de la mortalidad y morbilidad maternas, neonatales e infantiles, entre ellas la desigualdad de género, el matrimonio prematuro y el acceso limitado a la educación para las niñas. Además, se alinea estrechamente con los planes de salud nacionales y proporciona apoyo financiero y técnico a los gobiernos. (OMS, 2015)

3.1.2 MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTES EN AMÉRICA LATINA

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) durante los años 90, las altas tasas de mortalidad materna y del menor de 5 años, promovieron en el mundo y la región de Latino América y el Caribe el compromiso de los países miembros y de las agencias de cooperación internacional la implementación de estrategias que revirtieran esta situación, compromiso que fue reafirmado con la declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en el año 2000. Sin embargo, a pesar de los

esfuerzos realizados por los países, las tendencias de reducción actual de muerte materna y de menores de cinco años no serían alcanzadas en diferentes regiones del mundo. (UNICEF, 2011)

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) estima que la maternidad adolescente en América Latina y Caribe, está por encima del 20% y guarda estrecha relación con las condiciones económico-sociales de este grupo humano, reporta además que la tasa de fecundidad adolescente del quintil más pobre cuadruplica la del quintil más rico. (GOMEZ P. I, 2011)

La adolescencia abarca entre los 10 y los 19 años. Se considera adolescencia temprana al periodo de 10 a 13 años; adolescencia media, de 14 a 16; y tardía, de 17 a 19 años de edad, es importante determinar estos periodos ya que nos orientan para conocer en que periodos de la adolescencia se presentan el mayor número de embarazos y muertes.

Según estudio realizado sobre los factores relacionados con el embarazo y la mortalidad en menores de 15 años en América Latina en los países de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México y Panamá del 2000-2008. Chile, Panamá y Costa Rica no registran muertes maternas de madres de 14 años y menos en esta serie de años, excepto en el último país,

donde en 2008 ocurrió una muerte y dado el bajo número de muertes maternas totales la proporción se eleva a 4%. El resto de los países mantienen una proporción alrededor del 1%. En las adolescentes entre 15 a 19 años, varía entre 8 y 29 %. Las proporciones más altas corresponden a Panamá y Colombia. Se mantienen en un nivel intermedio Argentina, Brasil y México, con proporciones que varían entre 10 y 15 %. La proporción más baja se presenta en Chile, con variaciones de 8 a 15% y en descenso, sin presentar muertes en esta edad en 2007. (GOMEZ P. I, 2011)

En un análisis de las políticas y la legislación vigente en el tema adolescentes en la región Latino Americana realizado en colaboración con la universidad George Washington, demostró que la mayoría de los países carecen de políticas públicas de juventud. De 30 países encuestados, 8 tienen políticas explícitas de salud adolescente, 5 están en proceso de diseñarlas y en 17 no existen; El 75% de los líderes entrevistados considera que la legislación es inadecuada y está desactualizada. La educación sexual es obligatoria en diversos niveles de enseñanza en Panamá, Colombia, Cuba, Bolivia, Brasil, Ecuador, El Salvador y Chile, entre otros. Algunos países han creado vice-ministerios o ministerios de la niñez y la adolescencia: Panamá, Colombia y República Dominicana, entre otros. (GOMEZ P. I, 2011)

En la región Latino Americana 26 países han establecido programas nacionales de salud integral de adolescentes, la mayoría incluidos en otros

programas ministeriales (salud materno-infantil, salud mental, etc.). Solo 40% cuenta con recursos humanos y financieros para su implementación. La calidad de estos programas generalmente es deficiente. (GOMEZ P. I, 2011)

A pesar de la situación hay datos que son esperanzadores y orientan que se va por buen camino como lo expresa la Organización Mundial de la Salud y la organización panamericana de la Salud pues *la mortalidad materna se redujo en promedio un 40% entre 1990 y 2013 en la región. Sin embargo, alrededor de 9.300 mujeres murieron por causas maternas en 2013.* (OMS Y ASOCIADOS, 2014)

Un nuevo informe de las Naciones Unidas mostro que once países de América Latina y el Caribe lograron avances significativos en la reducción de las muertes relacionadas con complicaciones en el embarazo y el parto desde 1990. Sin embargo, ningún país de la región logro alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) de disminuir en un 75% la mortalidad materna para 2015. Los once países de la región que más avanzaron son Barbados (56%), Bolivia (61%), Brasil (43%), Ecuador (44%), El Salvador (39%), Guatemala (49%), Haití (43%), Honduras (61%), Nicaragua (38%), Perú (64%) y República Dominicana (57%). Varios de estos países presentaban las razones de mortalidad más altas de la región en 1990. A pesar de este progreso, en 2013 alrededor de 9.300 mujeres perdieron su

vida en América Latina y el Caribe por causas relacionadas con el embarazo (7.700 menos que las 17.000 de 1990). (OMS Y ASOCIADOS, 2014)

La razón de mortalidad materna en la región de América Latina y el Caribe fue de 85 muertes por cada 100.000 nacidos vivos lo que se considera "baja" entre las regiones en desarrollo. La razón de mortalidad materna de Haití continúa siendo la más alta de la región, sin embargo bajó un 43% (de 670 a 380 x 100.000) entre 1990 y 2013. (OMS Y ASOCIADOS, 2014)

Nicaragua es el primer país con más embarazos adolescentes de América Latina, este país centroamericano tiene una tasa de 109 nacimientos por cada 1,000 mujeres en edades entre 15 a 19 años, Le siguen en la lista Honduras, en el segundo lugar con 108 embarazos, luego Venezuela con 101 casos y Ecuador con 100 casos, según datos proporcionados por el Fondo de Población de las Naciones Unidas. (UNFPA, 2014)

En Latino América el porcentaje de partos atendidos por personal de salud calificado, en el área urbana y rural entre los años 2004 y 2008 refleja que en Belice, Guyana, Jamaica y Nicaragua la atención de parto por personal calificado es casi similar en el área rural y urbana, mientras que en países

como Bolivia, Colombia, Haití, Honduras, y Perú la atención de partos era mayor en el área urbana que en la rural. (UNICEF, 2011)

3.1.3 MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTES EN HONDURAS

La tasa de mortalidad materna en Honduras estimada mediante modelo, por cada 100.000 nacidos vivos según datos del Banco Mundial está de la siguiente manera: en el 2011 (149) casos, en el 2012 (141), en el 2013 (135), en el 2014 (132) y en el 2015 (129) casos. (BANCO MUNDIAL, 2016). Se observa una tendencia a la disminución de la mortalidad pero la meta debe ser que no haya embarazos ni muertes maternas en adolescentes.

La tasa global de fecundidad para el total de la población Hondureña para el período 2009-2012 es de 2.9 hijos por mujer, lo cual representa un descenso importante si se compara con la tasa estimada en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA) 2005-2006, en la cual la tasa global para los tres años anteriores a la encuesta se estimó en 3.3 hijos por mujer (aproximadamente para el período 2003-2006). A nivel nacional, el 10 por ciento de las mujeres entre 25 y 49 años se unieron antes de los 15 años, el 37 por ciento antes de los 18 y el 56 por ciento antes de los 20 años, porcentajes ligeramente por debajo de los observados en el 2005-2006. Los

porcentajes de uniones antes de dichas edades son mayores en el área rural que en el área urbana. (ENDESA, 2011 -2012)

La cobertura de atención prenatal por personal de salud sigue mejorando en Honduras. Según la ENDESA 2011-2012, el 97 por ciento de las madres que tuvieron nacimientos en los cinco años que precedieron a la encuesta recibieron atención prenatal de alguna persona calificada. La atención prenatal ha tenido un incremento de 5 puntos y 14 puntos porcentuales en relación a lo observado en la ENDESA 2005-2006 y en la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar (ENESF) 2001, respectivamente.

No solamente ha mejorado la cobertura, sino también el número de atenciones prenatales, ya que a nivel nacional el 89 por ciento de mujeres tuvieron al menos cuatro atenciones, 92 por ciento en el área urbana y 86 por ciento en la rural. En la ENDESA 2005-2006, a nivel nacional el 81 por ciento de mujeres tuvieron al menos cuatro controles, 87 por ciento en el área urbana y 76 por ciento en la rural.

La prevalencia del parto institucional calificado se ha incrementado en los últimos años en Honduras ya que según la ENDESA 2011-2012 el 83 por

ciento de los nacimientos ocurridos en los 5 años que precedieron la encuesta fueron atendidos a nivel institucional (78 por ciento en establecimiento público y 5 por ciento en establecimiento privado), lo cual representa un incremento de 16 puntos con respecto a la ENDESA 2005-2006, básicamente como resultado del aumento en los partos atendidos en establecimientos de salud del sector público del 61 al 78 por ciento.

Con relación al tipo de atención durante el parto, el 83 por ciento de los nacimientos fueron atendidos por profesionales de la salud, básicamente médicos (79 por ciento). En la ENDESA 2005-2006 la atención por profesional de salud fue del 67 por ciento y por médico 64 por ciento. El porcentaje es menor en mujeres rurales (73 por ciento comparado con 94 por ciento entre mujeres urbanas).

Los departamentos con los porcentajes más bajos de atención de parto por profesional de salud son: Gracias a Dios (61por ciento), Intibucá y Lempira (67 por ciento cada uno) y El Paraíso (72 por ciento). Los mayores niveles se observan en el Distrito Central, San Pedro Sula e Islas de la Bahía (98, 97 y 95 por ciento, respectivamente). (INE, 2015)

3.2 FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD DE MADRES ADOLESCENTES.

Muchos factores de riesgo han sido asociados con mortalidad materna. Estos incluyen enfermedades, factores de servicios de salud, factores reproductivos y factores socioeconómicos. Generalmente la edad de la madre, la paridad, el estado de salud antes del embarazo y el estado nutricional se relacionan con mortalidad materna. Además, se han encontrado asociaciones entre la mortalidad materna, el nivel de educación y el acceso a la atención de la salud.

La falta de disposición de servicios de salud materna en países en desarrollo, como resultado de condiciones sociales y económicas, contribuye de manera significativa a mortalidad materna. La atención prenatal y planificación familiar muestran ser indispensables para la prevención de las muertes maternas. En este sentido, el acceso a la atención primaria en salud puede ayudar a las embarazadas y su comportamiento con respecto a la utilización de los servicios de salud modernos. (CORDERO, 2011)

La Edad es un factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. El embarazo antes de los 20 y después de los 35 años, se asocia a un mayor riesgo materno y perinatal. El embarazo en menores de 20 años o

embarazo adolescente, además del mayor riesgo biológico que implica, genera una situación de riesgo social para el recién nacido y la madre, siendo un importante problema de salud pública en la mayoría de los países, especialmente para aquellos en desarrollo. (DONOSO, 2014)

La Pobreza es un factor de alto riesgo claramente determinado en la mortalidad materna. Las mujeres de niveles socioeconómicos bajos tienen menor probabilidad que las de estratos altos de gozar de buena salud. Las primeras tienen menos oportunidades de educación formal, de buscar y recibir atención médica. Estas personas usualmente no pueden pagar el costo de los medicamentos, operaciones, transporte y cuidados postoperatorios. Tampoco reciben atención prenatal y posnatal, ni el recurso para cubrir el costo de su suministro en hospitales. La mayoría de las mujeres que fallecen en gestación o por causas relacionadas con el embarazo están desnutridas y anémicas, porque carecen de una dieta adecuada y equilibrada.

La iniciación sexual muy temprana puede representar un riesgo para la salud y el bienestar de las adolescentes, particularmente en términos de embarazo imprevisto e infecciones de transmisión sexual, especialmente si las jóvenes no tienen la madurez o asertividad para utilizar medidas preventivas.

Las relaciones sexuales en la adolescencia temprana son frecuentes en América Latina, tal vez más de lo que los adultos imaginan. Entre 10 y 12% de las adolescentes de 15 a 19 años en Brasil, República Dominicana, Nicaragua y Colombia reportaron haberse iniciado sexualmente antes de los 15 años. En Argentina una encuesta a madres adolescentes reveló que 64.8% de las encuestadas se inició antes de los 16 años, y 12% antes de los 14 años (16).

Datos de diferentes países muestran que entre el 15% y 30% de las adolescentes y jóvenes usualmente reporta que su primera relación sexual con penetración fue forzada, resultado de una violación. Esto involucra por lo general a hombres conocidos, especialmente la propia pareja que presiona para tener relaciones sexuales con argumentos de rechazo o abandono, que amenaza o intimida a la mujer para que acceda a su pedido o usando directamente la fuerza físicamente (GOMEZ P. I, 2011)

La escolaridad se constituye también como un factor de riesgo de mortalidad materna adolescente ya que se considera que las adolescentes que están estudiando tienen menos posibilidades de embarazarse y morir por esta causa, estudios han demostrado que jóvenes que están estudiado se embarazan menos que aquellas que no lo hacen; una persona que tiene

un nivel educativo alto, tiene más conocimiento de riesgo, y mejor ingreso para hacerle frente a un embarazo

Los indicadores de la educación superior en Honduras están muy por debajo de los registrados en países como Estados Unidos, Finlandia y República de Corea que superan una cobertura arriba del 80% y del 60% en Argentina, Cuba, y Uruguay. En el ámbito Centroamericano Costa Rica tiene 55 universidades de las cuales 5 son estatales y 50 privadas; Nicaragua cuenta con 52, 4 públicas y 48 privadas; Panamá tiene 41 universidades 5 son estatales y 36 son privadas; El Salvador tiene 24 universidades 1 es estatal y 23 son privadas; Honduras tiene 20 centros de educación superior, 6 estatales y 14 privadas. (ALVARENGA, 2014)

El Estado Civil, La importancia del matrimonio y el estado civil como factores que influyen en el tamaño y la estructura del hogar y la familia es patente y ha sido documentada ampliamente por sociólogos y especialistas en demografía. (CORDERO, 2011). El acompañamiento y apoyo de una pareja en el hogar es determinante en una situación de emergencia o complicación.

La Inmadurez Física coloca a la madre adolescente en mayor riesgo para la morbilidad y mortalidad. Las adolescentes tienen el doble de probabilidades de morir en relación con el parto que las mujeres en los 20; aquellas por debajo de 15 años de edad aumentan en cinco veces el riesgo.

Los riesgos derivan de 2 situaciones: una de tipo biológica y otra por varios factores psicosociales; en lo biológico los peligros están determinados por la inmadurez de las estructuras pélvicas y del sistema reproductor en general.

Se reconoce una extensa gama de complicaciones biológicas cuya incidencia es superior en las madres adolescentes, las cuales abarcan todos los trimestres del embarazo, todos los periodos del parto y afectan tanto a la joven madre como a su hijo y están muchas veces relacionadas con las condiciones poco favorables de que la menor de 20 años llega a los eventos gestación parto puerperio.

Dentro de las complicaciones se pueden citar las siguientes:

- a.** Del embarazo: anemia, escasa ganancia de peso materna asociada, infección urinaria (incluida la bacteriuria asintomática), infecciones vaginales, estados hipertensivos gestacionales, aborto, amenaza de parto y parto pre termino, hemorragias asociados con afecciones placentarias, desprendimiento prematuro de membrana normo inserta (DPMNI), rotura prematura de membranas, retardo del crecimiento intrauterino, embarazo cronológicamente prolongado y la diabetes gestacional.

b. Del parto: trabajo de parto prolongado, partos operatorios (instrumentados o cesárea), desgarros del canal blando del parto y hemorragias.

c. Del puerperio: endometritis, abscesos de pared, anemia, sepsis de la herida quirúrgica entre otras.

d. Perinatales: se destacan el bajo peso y la depresión al nacer.

(NOLASCO, 2006)

Los factores psicosociales tienen que ver con la conducta y el entorno en que se desenvuelve la adolescente.

Limitado acceso a los servicios de salud. El acceso de los/as adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva puede ser dificultoso por barreras geográficas, horarias, económicas y culturales, además muchos servicios no están preparados para atender las necesidades particulares de los y las adolescentes y no se constituyen como espacios amigables al no resguardar la privacidad y confidencialidad, o al sancionar la actividad sexual de los(as) adolescentes.

El lugar de ocurrencia de la muerte. En los países en desarrollo gran parte de las mujeres que mueren en los hospitales por causas asociadas con el embarazo llegan muy tarde para prestarles atención eficaz. Es claro que la gran mayoría de muertes maternas pueden evitarse por medio del manejo y

atención tanto adecuada como oportuna, como señalan las bajas tasas de mortalidad materna de los países desarrollados (CORDERO, 2011) . También podemos ver casos de adolescentes que mueren en el hogar o en el traslado al hospital.

La poca educación sexual y anticonceptiva que reciben los adolescentes empeora la situación al igual que el ocultamiento y la actitud de rechazo de la adolescente Hacia el embarazo, esto genera retraso en su atención y por ende se constituye en un factor más de riesgo.

3.3 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTES

Según un estudio de la OMS sobre las causas de más de 60.000 defunciones maternas en 115 países, el 28% de las muertes fue provocado por afecciones preexistentes como la diabetes, el paludismo, la infección por el VIH y la obesidad, agravada por la gestación. Otras causas fueron las siguientes: hemorragia grave (especialmente durante y después del parto) 27%, hipertensión gestacional 14%, infecciones 11%, parto obstruido y otras causas directas 9%, complicaciones de abortos 8%, coágulos sanguíneos (embolias) 3%. (OMS Y ASOCIADOS, 2014)

El riesgo más alto de morir por causas del embarazo, parto o puerperio se presenta en las mujeres de 15 años y menos, en comparación con las mujeres de 15 a 19 años y de 20 y más años. Las razones de mortalidad materna en las madres–niñas de 14 años y menos, son el doble y hasta el triple de las que se presentan en madres adolescentes de 15 a 19 años. En las menores de 15 años la causa más importante se relaciona con el trastorno hipertensivo, la segunda causa se ubica en el grupo de muertes maternas registradas tardíamente, que son consecuencia de complicaciones del embarazo o parto.

Ambas causales son indicadores de un déficit en la detección precoz de una patología mal tratada o simplemente no tratada en el período prenatal. La tercera causal se relaciona con las complicaciones de un embarazo que termina en aborto, la cuarta y quinta, con las complicaciones en el período del trabajo de parto y sepsis en el posparto inmediato o puerperio mediato. (GOMEZ P. I, 2011)

En 30 países las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las mujeres adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo; sin embargo, desde el año 2000 se han registrado descensos considerables en el número de muertes en todas las regiones, sobre todo en

Asia Sudoriental, donde las tasas de mortalidad se redujeron de 21 a 9 por 100 000 mujeres adolescentes. Cada año se practican unos 3 millones de abortos peligrosos entre jóvenes de 15 a 19 años, lo que contribuye a la mortalidad materna y a problemas de salud prolongados. (OMS, 2014).

Para el año 2006 según la Organización Panamericana de la Salud en los países de América predominaban las causas obstétricas directas de muerte, que superan el 70%. Entre estas causas médicas primarias figuran la hemorragia (25%), la septicemia (15%), las complicaciones del aborto (13%), la eclampsia (12%) y el parto obstruido (8%). Las mujeres con complicaciones obstétricas mueren generalmente en un plazo de 48 horas. Las defunciones causadas por la hemorragia y la septicemia están más relacionadas con el propio parto.

La hipertensión del embarazo es un riesgo importante de morbilidad y mortalidad materna. El aborto, especialmente aquel que es provocado, es un problema importante de salud pública. Estas complicaciones están directamente relacionadas con la falta de acceso o utilización de los servicios de maternidad. Además, los servicios a menudo no pueden responder a las situaciones de urgencia, y la calidad de su atención es, a veces, deficiente. (OPS, 2008)

3.4 CONTEXTO GENERAL DE HONDURAS

Honduras se encuentra ubicada en el centro de América Central, tiene una extensión territorial de 112,492 Km². para el año 2010 la población total era de 8,046.0 millones de habitantes, con una población Urbana de 4,128.7 millones y la Rural de 3,917.3 (BANCO CENTRAL DE HONDURAS, 2010 - 2012)

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud y el Instituto Nacional de Estadística Honduras tiene un alto porcentaje de población adolescente para este año se constituía en el 23.7% de la población total, de esta el 50.7% eran varones y el 49.3% eran mujeres.

De acuerdo al XVII Censo de Población y VI de Vivienda 2015 que realizó el Instituto Nacional de Estadística (INE), el índice de población de Honduras ya supera los 8.6 millones de habitantes de los cuales 51 por ciento son mujeres y 49 por ciento hombres, menciona que la población ya no se ubica en el sector rural como hace una década, ya que 54 por ciento viven en la zona urbana y solo un 46% en la zona rural. (AGUILAR, 2015).

Honduras es un país de ingreso medio-bajo que se enfrenta a desafíos significativos, con cerca del 63 por ciento de la población viviendo en

pobreza en 2014, según datos oficiales, en zonas rurales aproximadamente seis de cada

10 hogares viven en pobreza extrema o con menos de US\$2.50 al día.

Honduras enfrenta los niveles más altos de desigualdad económica de Latinoamérica. Otro de sus grandes desafíos es el alto nivel de crimen y violencia, cuenta con una de las más altas tasas de homicidios en el mundo (67 asesinatos por cada 100 mil habitantes en 2014. (BANCO MUNDIAL, 2016).

Estudios del Banco Mundial han destacado la importancia de mejorar la calidad de la educación y diversificar las fuentes de ingresos rurales, ya que la mayoría de los hondureños que viven en pobreza residen en zonas rurales y dependen de la agricultura para subsistir. Otros estudios señalan que los programas sociales focalizados han demostrado potencial para reducir la pobreza. (BANCO MUNDIAL, 2016).

Según el informe de Índice de Desarrollo Humano (IDH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) 2013 que contempla los indicadores (salud educación, esperanza de vida e ingreso) el país registra un IDH de 0.632, en el 2014 estos resultados a nivel del mundo lo ubica entre las

posiciones más bajas (120) y entre los países de América Latina y el Caribe ocupa el lugar 33, quedando por arriba solo de Nicaragua, Guatemala y Haití; la tasa de fecundidad disminuyó a 3.3 hijos por mujer, en el área urbana fue de 2.6 y en el área rural 4.1; La esperanza de vida al nacer para la población en general se incrementó de 69.9 (2000) a 73.4 años (2012).

En relación a la educación un gran porcentaje de adolescentes abandonan sus estudios por el embarazo o por trabajo ya que deben llevar una fuente de ingreso al hogar. En lo que corresponde a salud reproductiva un gran porcentaje de adolescentes son madres a temprana edad, la tasa de fecundidad es una de las más alta de la región centro americana, Guatemala ocupa el primer lugar seguido de Honduras que ocupa el segundo lugar. (PNUD, 2015).

3.5 SISTEMA DE SALUD EN HONDURAS.

El Sistema de Salud Hondureño está conformado por todas las organizaciones, instituciones y recursos dirigidos a la realización de acciones cuyo propósito principal es el mejoramiento de la salud de la población, incluye organizaciones gubernamentales, grupos profesionales, agentes de

financiamiento, organizaciones privadas, comunitarias y locales, y los proveedores de servicios.

El sistema de salud hondureño es un sistema mixto, constituido básicamente, por el sector público: Secretaría de Salud (SESAL), Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y el sector privado, con y sin fines de lucro.

La Secretaría de Salud, brinda servicios a la población de escasos recursos económicos, sin embargo acuden personas de todos los niveles sociales; El IHSS brinda servicios de salud a la población trabajadora y a sus beneficiarios afiliados al sistema de aseguramiento. Se estima que el 82 por ciento de la población tiene acceso a los servicios de salud, 60 por ciento a través de la Secretaría de Salud, 12 por ciento por parte del Instituto Hondureño de Seguridad Social y un 10 por ciento por el sector privado. Según datos del Área de Sistemas de Información de la Secretaria de Salud, la red con mayor número de establecimientos del país pertenece a la Secretaría de Salud, red que actualmente cuenta con 1587 Unidades de Salud, 28 hospitales, 68 clínicas materno infantil (CMI), 444 CESAMO, 3 CLIPER y 1044 CESAR. El IHSS cuenta con 2 hospitales y 18 establecimientos de salud. (ENDESA, 2011 -2012).

3.5.1 MISIÓN DE LA SECRETARIA DE SALUD

A la Secretaría en el Despacho de Salud se le ha encomendado la misión fundamental de formular, diseñar, controlar, dar seguimiento y evaluar las políticas, normas, planes y programas nacionales de salud; ejercer la rectoría del sector salud; orientar los recursos del Sistema Nacional de Salud; así como promover, conducir y regular la construcción de entornos saludables y el mejoramiento de las condiciones de vida de la población.

3.5.2 POLÍTICAS, PLANES Y CONVENIOS DE LA SECRETARIA DE SALUD

Políticas. Dentro de sus políticas esta la Política Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez (RAMNI) 2008, que tiene como objetivo disminuir la mortalidad materna y de la niñez, plantea el abordaje del embarazo en adolescentes como una de sus líneas de intervención priorizadas. Su objetivo general es reducir la tasa de mortalidad materna de 108 a 45 por 100.000 nacidos vivos (nv.) al 2015. Algunas de sus metas son disminuir la mortalidad materna a 45 muertes por 100 mil nv al 2015. (60 por 100 mil nv. al 2010) como promedio nacional y que ninguna región supere las 90 muertes por 100 mil nv. Fecundidad de 3 hijos por mujer como promedio nacional (3.1 al 2010) y que ninguna región supere los 4

hijos por mujer. Parto institucional 85% como promedio nacional (80% al 2010) (UPEG, 2011).

Planes .La situación de salud, le plantea al Sistema de Salud una serie de retos que deberán ir resolviéndose mediante la adopción de medidas y el desarrollo de acciones cuya implementación requiere, apoyo político, apoyo de los involucrados y el fortalecimiento de la capacidad institucional, para lograr el bienestar de la población. Para operativizar dichas medidas, la Secretaría de Salud planteo el Plan Estratégico Institucional 2014-2018 que expresa con precisión los resultados de gestión que requiere afrontar con éxito. Esos retos son los siguientes:

1. Situar la cobertura universal de salud como prioridad fundamental para la disminución de las desigualdades en salud.
2. Promover como estrategia la Atención Primaria de Salud para que sea accesible a toda la población, promoviendo hábitos de vida saludables.
3. Mejorar la salud materna y de los menores de 5 años, reduciendo la mortalidad en ambos grupos.

4. Mejorar la seguridad y calidad de los bienes y servicios que recibe la población para incidir en el riesgo de enfermar y morir de la población.
5. Disminuir los riesgos y daños colectivos a la salud de la población.
6. Implementar modelos de gestión basados en resultados que mejoren la eficacia en las acciones y la eficiencia en el uso de los recursos financieros y el desempeño de la gestión.
7. Implementar el Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Gestión por resultados que evalúe el desempeño institucional y estimule la toma de decisiones basadas en evidencia, fortaleciendo el sistema integrado de información en salud.
8. Reestructurar organizacional y funcionalmente a la Secretaría de Salud para el fortalecimiento de su rol rector en el marco de la implementación de la separación de funciones.
9. Impulsar la descentralización como estrategia para ampliar la cobertura y mejorar la transparencia y la eficiencia de los servicios.
10. Disminuir la prevalencia de las enfermedades crónicas priorizadas.
11. Mejorar el control de las enfermedades vectoriales priorizadas.
12. Mejorar el control de las enfermedades infecciosas priorizadas.
13. Implementar intervenciones por ciclo de vida para mitigar el riesgo de enfermar y morir en la población.

Dentro de los principales hitos del plan la Secretaria de Salud contempla tres componentes estratégicos con sus respectivas líneas de acción del 2014-2018 Componente Estratégico 1. Conducción del Sistema Nacional de Salud sus líneas de acción son implementar el Modelo Nacional de salud, implementar la nueva estructura organizativa y funcional de la Secretaria de Salud , Fortalecer la vigilancia de la salud y la Ley marco del Sistema de Salud

Componente Estratégico 2: Regulación del Sistema Nacional de Salud, sus líneas de acción son: Desarrollar los recursos humanos de salud y fortalecer el desarrollo y el cumplimiento del marco normativo.

Componente Estratégico 3: Provisión de servicios de salud, sus líneas de acción son: Servicios de salud organizados en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) de acuerdo a los lineamientos de la Secretaria de Salud e incrementar la gestión descentralizada de los hospitales, que ya está ejecutándose. Estos son el hospital de San Lorenzo, Intibucá, Gracias Lempira, Leonardo Martínez y Catarino Rivas en San Pedro Sula, Hospital María en Tegucigalpa, hospital de Puerto Lempira, Hospital de Catacamas Olancho y Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios.

Convenios. En su plan de país y plan nacional de salud Honduras ha establecido convenios internacionales como ser el cumplimiento de los 8 objetivos del milenio para el 2015, ahora conocidos como objetivos de desarrollo sostenible, dentro de los objetivos que corresponde a la Secretaria de Salud cumplir están: El objetivo 4 que es reducir la mortalidad de los niños y niñas menores de 5 años; El objetivo 5 mejorar la salud materna; El objetivo 6 combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

Aunque aún no se han cumplido en su totalidad hay importantes avances en relación al objetivo 5 durante las últimas décadas, Honduras a través de la Secretaria de Salud ha venido desarrollando estrategias tendientes a mejorar la calidad de atención materna, favoreciendo el acceso de las mujeres a la planificación familiar, la captación de las embarazadas antes de las 12 semanas de gestación, el acceso oportuno a la atención calificada del parto y la atención de calidad del período del postparto.

Para tal propósito, se han diseñado normas actualizadas y estandarizadas que contienen los procedimientos básicos necesarios para que los proveedores de salud, tanto públicos como privados, puedan brindar una atención oportuna, segura y eficaz a las mujeres que demanden atención en hospitales, clínicas materno infantiles y centros de salud tanto urbanos como

rurales, a fin de favorecer la normal evolución del embarazo, prevenir complicaciones e identificarlas precozmente para un manejo oportuno. En dichas normas están incluidos las prácticas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los nuevos enfoques basados en la evidencia científica disponible, para la atención de la mujer durante su embarazo, parto y postparto. (ENDESA, 2011 -2012).

Normas. En el año 2002 la Secretaria de Salud en el marco de las actividades de reforma del Sector salud presento como uno de sus avances el documento Manual de Atención Integral para los y las Adolescentes, teniendo los objetivos siguientes:

Objetivo general: Proporcionar al personal de los servicios de salud del nivel ambulatorio, lineamientos técnicos, científicos, conceptuales y operacionales básicos, para brindar una atención integral diferenciada, eficiente, eficaz, con calidad, calidez, equidad y perspectiva de género a los y las adolescentes a nivel nacional.

- Promover la reorganización de los servicios para la implementación de servicios diferenciados a los y las adolescentes.
- Promover la participación social para incrementar el acceso de la población adolescente a los servicios diferenciados en salud,

articulando acciones conjuntas con las comunidades del área geográfica de influencia de las Unidades de Salud US.

- Promover la intersectorialidad en el abordaje de la atención y resolución de la problemática de los y las adolescentes.
- Mejorar sistemáticamente el desempeño del personal en los servicios de salud en la aplicación de las normas de atención de los y las adolescentes a través del proceso de supervisión, monitoria y evaluación.
- Sistematizar la atención integral a los y las adolescentes a través de la dotación de un instrumento de normas que regule la prestación de servicios diferenciados a los y la adolescentes.

Estrategias. Para lograr la disminución de la mortalidad materna en un 75 % para el año 2015 la Secretaria de Salud desarrollo varias estrategias una de ellas es:

- La creación de la norma del adolescente
- El establecimiento de un sistema de vigilancia de la mortalidad materna.
- Estrategia Nacional para la prevención del embarazo en Adolescentes con 6 líneas estratégicas:

Línea Estratégica 1: Intervenciones basadas en la familia, comunidad y sector educación para prevenir la ocurrencia del primer embarazo.

Línea estratégica 2: Provisión de servicios de salud de calidad e integrales para adolescentes a nivel ambulatorio y hospitalario dirigidos a la prevención del primer y subsiguiente embarazo.

Línea Estratégica 3: Desarrollo de las competencias de los recursos humanos para responder a las necesidades en salud de la población adolescente.

Línea Estratégica 4: Generación de Información estratégica

Línea Estratégica 5: Alianzas estratégicas.

Línea Estratégica 6: Instancias de coordinación.

- Estrategia Nacional para los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE), aprobada desde Marzo de 2007. Esta se inició en los departamentos de Lempira, La Paz, Intibucá y Copan en el mes de Mayo 2007., esta estrategia tiene como uno de los componentes más importantes la capacitación del recurso humano para que este brinde una atención de calidad a la mujer en cuanto su embarazo, parto, puerperio y el manejo de complicaciones obstétricas así como para la atención del recién nacido. (SESAL, 2007).

Una de las principales causas de muerte materna y adolescentes son las complicaciones obstétricas, algunas de ellas son: Hemorragia en la primera y segunda mitad del embarazo, Hemorragia post parto, Manejo de trastornos hipertensivos, graves en el embarazo (Pre eclampsia, Eclampsia, Síndrome de Hellp), Sepsis puerperal. Es por eso que la capacitación de CONE va encaminada a capacitar al personal institucional en estos aspectos así mismo en otras complicaciones no obstétricas como trombo embolismo, influenza, manejo de shock hipovolémico, séptico y mixto. También se consideran las demoras ya que esto es determinante para la ocurrencia de muerte.

Existen tres tipos de demoras:

La **primera Demora** se relaciona con la capacidad de la mujer y su familia para identificar su problema y tomar la decisión para buscar ayuda. Esta demora refleja directamente las relaciones de poder de decisión al interior de la familia, la dependencia económica, la baja condición social y cultural de la mujer.

La Segunda Demora se relaciona con el acceso de la mujer a la unidad de salud para recibir su atención, esta demora está condicionada por las

diferentes barreras (económicas, cultural, geográfica) y la disponibilidad de recursos.

La **tercera demora**: Se relaciona con la oportunidad con que la mujer es atendida una vez que llega a la unidad de salud y recibe tratamiento adecuado, está condicionada por la eficiencia y calidad de los servicios en las unidades de salud. (SESAL, 2014).

4. METODOLOGIA

4.1 DISEÑO METODOLOGICO

El presente estudio es de tipo retrospectivo, descriptivo y transversal. La Población en estudio fueron las adolescentes de 10- 19 años de edad, residentes en los 18 departamentos de Honduras, que murieron durante el periodo de Enero a Diciembre de 2010.

4.2 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se utilizó la base de datos facilitada por el Sistema de Vigilancia de la Secretaria de Salud, la cual fue proporcionada a los maestrantes del Post Grado en Salud Publica de la Universidad Autónoma de Honduras, para sus proyectos de Tesis. Los datos fueron recolectados por la Secretaria de Salud a través de la Dirección de Investigación de la Salud mediante la búsqueda activa de casos, con parientes y/o familiares de las madres adolescentes fallecidas. La fuente de datos fueron todas las defunciones registradas en las fichas llenadas durante la búsqueda activa de los casos del año 2010. El denominador fue la población oficial para estos grupos de edad proporcionada por el Instituto Nacional de Estadísticas y el Programa Ampliado de Inmunizaciones. Además, en esta fase se procedió a obtener la frecuencia de la causa básica de muerte en las adolescentes.

Se incluyeron todas las adolescentes fallecidas, de cada uno de los departamentos de Honduras, durante el periodo de enero a diciembre del 2010, en el nivel ambulatorio. Se excluyeron todas las adolescentes que aunque corresponden a cada departamento, fallecieron fuera del país durante el periodo de estudio; también todas las adolescentes que murieron en cada departamento, pero que residían en el extranjero. (Se consideró residente en el extranjero toda adolescente entre 10-19 años que tenía como período mínimo seis meses de vivir en otro país) y todas las adolescentes fallecidas de cada departamento del país, durante el periodo de Enero a Diciembre de 2010, en el ámbito hospitalario.

Las muertes fueron captadas a través de búsqueda activa de casos, utilizando los instrumentos definidos por el subsistema de vigilancia de la mortalidad materna en adolescente. Se realizó una movilización nacional del personal de las regiones sanitarias departamentales para la actualización de la razón de mortalidad materna.

Los instrumentos utilizados para la investigación de casos fueron: Ficha de Vigilancia de la Mortalidad Materna en Mujeres en Edad Fértil, Ficha de mortalidad Materna a nivel comunitaria y hospitalario. Cada instrumento

contenía su respectivo manual para el encuestador, el cual fue entregado a cada persona que realizó la actividad de recolección de los datos de la muerte de cada adolescente.

Para la recolección de los datos, la Dirección de Vigilancia de la Secretaría de Salud utilizó personal institucional con grado universitario, con capacitaciones en epidemiología (Egresados del Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo (PRENECH), egresados de la Maestría en Epidemiología, pasantes de la Maestría de Salud Pública, Cursos en los Módulos de los MOPECE II y otras formaciones relacionadas). Previo a este momento se realizaron capacitaciones en diferentes grupos; uno fue a los encuestadores con el propósito del llenado correcto de los diferentes instrumentos para la recolección de los datos, así como la utilización del manual del encuestador.

Existen diferentes fuentes de datos a nivel comunitario que fueron utilizadas para la captación de los casos: Reporte Estadístico de Defunción (RNP-INE) disponible en las oficinas de registro civil municipal en aquellos lugares donde existía, Libro de registro de defunciones en las oficinas de registro civil municipal, Oficialía Civil Departamental del Registro Nacional de las Personas,

Registros en cementerios. Registros de la Oficina municipal de cementerios. ONG y Proveedores descentralizados. Oficinas de Ministerio Público en los lugares donde existía. Libro de registro de levantamientos de la policía. Consulta a informantes clave: Alcaldes auxiliares, jueces de paz, parteras, colaboradores voluntarios, representantes de salud, monitoras de AIN-C, guardianes de salud y otros informantes que se identificaron en la comunidad.

Las fuentes a nivel institucional no hospitalario (CMI, CESAMO, CESAR):

Registro de defunciones extra hospitalarias, Listado de embarazadas (LISEM), Listado de mujeres en Edad Fértil, Auxiliares de Enfermería, Enfermeras profesionales, Médico asistencial, Técnico de Salud Ambiental, Informe presentado por voluntarios de salud, reuniones de voluntarios. Monitoras de AIN-C, Registro de atenciones ambulatorias ATA. Todas estas fuentes permitieron captar las muertes de las madres adolescentes ocurridas, teniendo el cuidado de verificar que no existiera duplicación de casos.

Una vez obtenidos los registros de las muertes de la madre adolescente la región sanitaria procedió a la revisión y depuración de las fichas para control

del llenado de todas las variables contempladas en las mismas ò duplicidad de los casos y codificación de aquellas que lo ameritaban. Posteriormente fueron procesados en una base de datos en formato Access, que está dentro del software (SISLOC), la que fue instalada en cada una de las regiones, así como a nivel central. Para el registro de los diagnósticos de la causa básica se utilizó la codificación de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades décima edición (CIE-10), previo análisis de las mismas por expertos.

Las variables mínimas a considerar en el procesamiento de los datos fueron: Características de la persona; Características de Lugar: sitio de residencia, características relacionadas con la accesibilidad geográfica, sitio de fallecimiento. Características de Tiempo: Incluyó el año, mes, día de la semana, hora del día en que ocurrió el evento-

El proceso de análisis involucró los diferentes niveles: Nivel Local: CESAR, CESAMO, Clínicas materno infantil, CLIPERS, Hospitales. Nivel Regional. Nivel Central.

Tomando en cuenta el alcance nacional de la investigación se decidió conformar el Equipo nacional de investigación por cinco investigadores con formación en epidemiología o salubristas de la Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS) y (DAIF), que coordinaron todas las actividades y tareas que la investigación por si misma generó, a estos se le asignó bajo su tutela, cuatro regiones y se mantuvieron en constante comunicación con el investigador a nivel regional, teniendo el acompañamiento de un consultor experto en el tema.

El equipo regional fue constituido por un investigador con formación en epidemiología o Salubrista, de preferencia el epidemiólogo regional, con apoyo de un recurso de provisión de servicios, los que coordinaron todas las actividades y tareas de la investigación dentro de la región y estuvieron en constante comunicación con su respectivo enlace del equipo a nivel nacional. Además la Región Sanitaria identificó dos personas, una a nivel de hospital y otra de la región las cuales estuvieron durante todo el proceso desde las capacitaciones hasta la elaboración del informe final por región, que fueron los responsables posteriormente de la vigilancia rutinaria de la Mortalidad de la madre adolescente de 10-19 años de la región.

Ambos equipos fueron los responsables de estandarizar los conceptos mecanismos y procesos de apoyo a la investigación, tuvieron la potestad de

reunir a los equipos de investigación y supervisión para la unificación de criterios a lo largo del proceso y resolución de aquellos casos especiales (Ejemplo. Migración de familiares de las adolescentes fallecidas a otras regiones departamentales).

5. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos a través de la investigación de la mortalidad materna en adolescentes en Honduras, de Enero a Diciembre de 2010

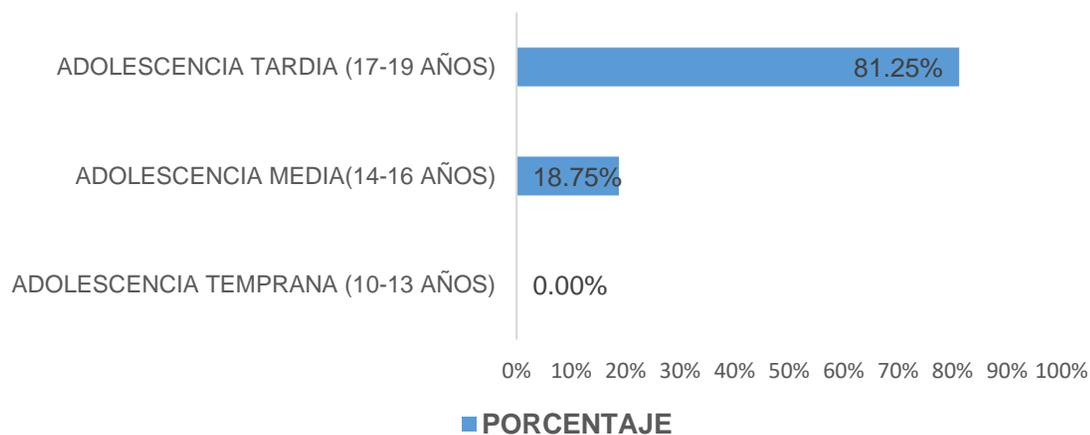
CUADRO 1. DISTRIBUCION DE MUERTES MATERNAS EN ADOLESCENTES POR EDAD HONDURAS, AÑO 2010

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 años	1	3.13
16 años	5	15.62
17 años	9	28,12
18 años	9	28.12
19 años	8	25
TOTAL	32	100 %

Fuente: Honduras: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad materna. 2010

De las 32 muertes maternas en adolescentes ocurridas en Honduras en el año 2010, se encontró que en las edades de 17 y 18 años se presentaron el mayor porcentaje de casos (56.24%). En la edad de 19 años (25%) y en las edades de 16 y 15 años (18.75%)

GRAFICO 1 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUERTE MATERNA SEGÚN ETAPA DE LA ADOLESCENCIA HONDURAS AÑO 2010



Fuente: Honduras: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad materna. 2010.

Según el cuadro anterior en la adolescencia tardía se presentó el 81.25%, (26 casos), en la adolescencia media 18.75% (6 casos) y en la etapa de la adolescencia temprana no se presentaron casos.

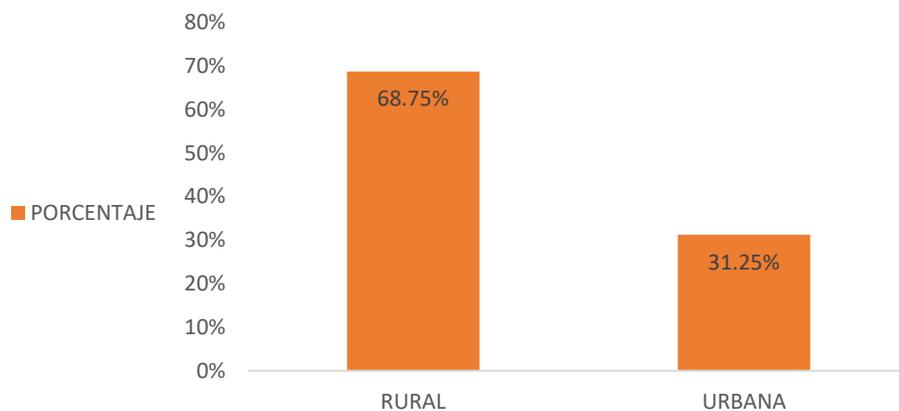
CUADRO 2. MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTES SEGÚN PROCEDENCIA. HONDURAS. AÑO 2010

PROCEDENCIA	CANTIDAD	PORCENTAJE
El Paraíso	5	15.6
Olancho	4	12.5
Atlántida	3	9.3
Colón	2	6.2
Intibucá	2	6.2
Yoro	2	6.2
MDC	2	6.2
Cortes	2	6.2
Gracias a Dios	2	6.2
Comayagua	2	6.2
Islas de la Bahía	1	3.1
Santa Bárbara	1	3.1
Copan	1	3.1
La Paz	1	3.1
Choluteca	1	3.1
Valle	1	3.1
Total	32	100%

Fuente: Honduras: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad materna. 2010.

Según procedencia de las muertes maternas en adolescentes en el año 2010, en Honduras, el departamento de El Paraíso tuvo 5 casos (15.6%), Olancho 4 casos (12.5%), Atlántida 3 casos (9.3%); Los Departamentos de Colón, Intibucá, Yoro, MDC, Cortes, Gracias a Dios y Comayagua presentaron solo 2 casos de muertes (6.2%) en cada Departamento; Islas de la Bahía, Santa Bárbara, Copan, La Paz, Choluteca y Valle, presentaron un caso cada uno.

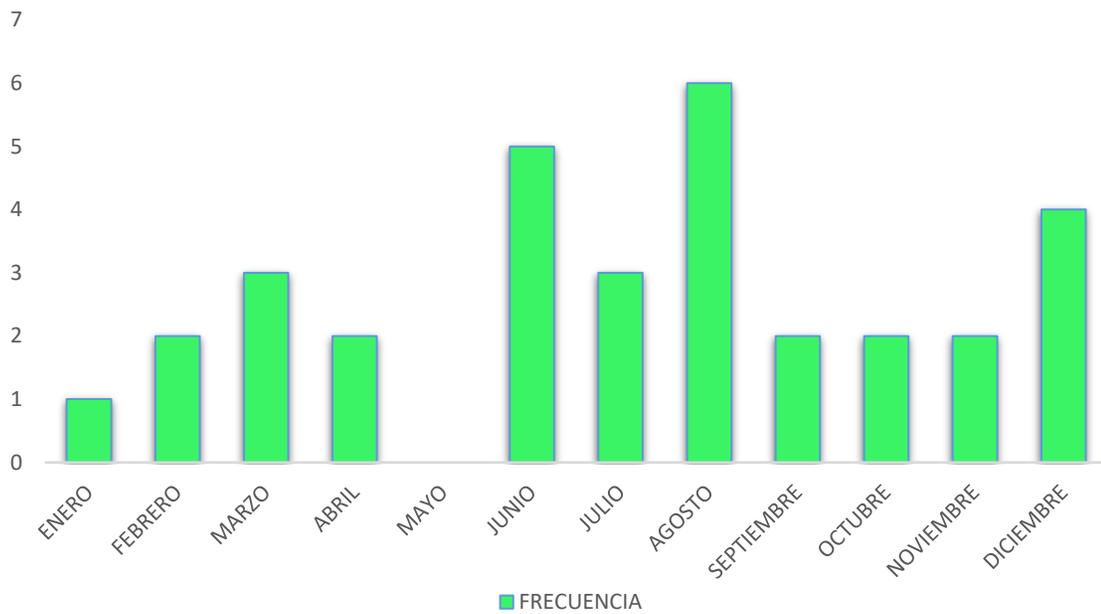
GRAFICO 2: DISTRIBUCIÓN DE MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTES DE ACUERDO A ZONA, HONDURAS AÑO 2010.



Fuente: Honduras: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad materna. 2010.

De 32 casos de mortalidad materna en adolescente, 68.75% (22 casos) procedían de la zona rural y 10 casos (31.25%) de la zona urbana

GRAFICO 3 : DISTRIBUCIÓN MENSUAL DE MUERTES MATERNAS EN ADOLESCENTES EN HONDURAS AÑO 2010



Fuente: Honduras: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad materna. 2010.

En el mes de Agosto se presentaron 6 muertes (18.75%), seguido del mes de Junio con 5 casos (15.62%), Diciembre 4 casos (12.5%), En Marzo y Julio 3 casos; en Febrero, Abril, Septiembre y octubre 2 casos en cada mes (6.25%); En Enero un caso (3,12%) y en el mes de Mayo (0) casos.

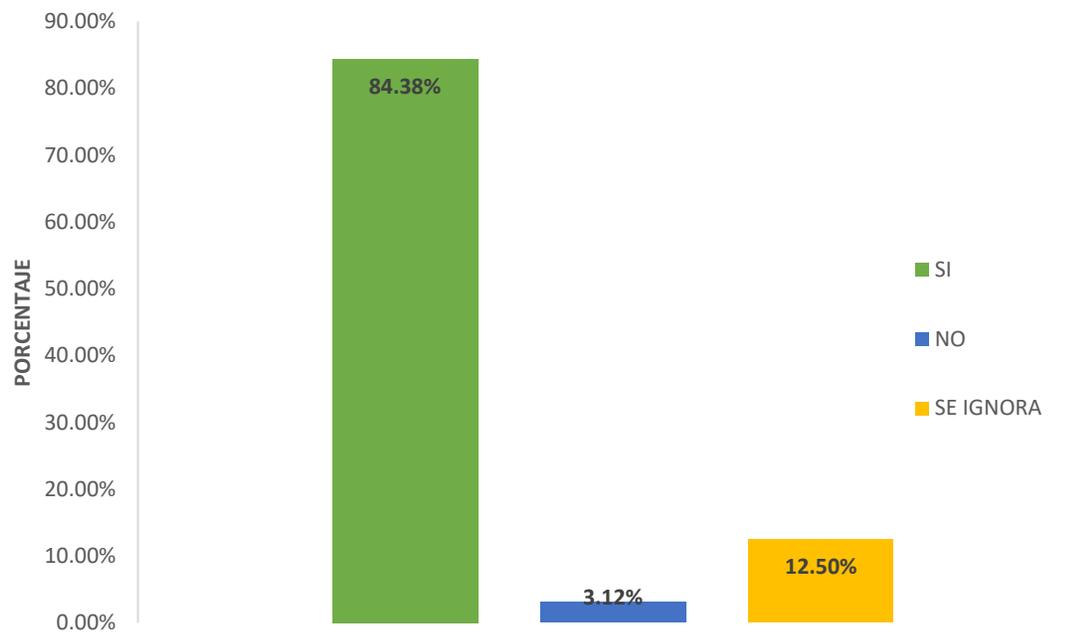
CUADRO 3. DISTRIBUCIÓN DE MUERTES MATERNAS EN ADOLESCENTES DE ACUERDO A ESTADO CIVIL. HONDURAS AÑO 2010

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
UNION LIBRE	21	65.63%
SOLTERA	9	28.13%
CASADO	1	3.12%
NO CONSIGNADO	1	3.12%
TOTAL	32	100%

Fuente: Honduras: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad materna. 2010.

De las muertes maternas en adolescentes de Honduras en el año 2010, se observa que 21 casos (65.63%) estaban en unión libre, 9 estaban solteras (28.13%), una estaba casada, y un caso no fue consignado.

GRAFICO 4 DISTRIBUCIÓN DE MUERTES MATERNAS EN ADOLESCENTES QUE SABIAN LEER HONDURAS AÑO 2010.



Fuente: Honduras: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad materna. 2010.

De las 32 muertes maternas en adolescentes 27 (84.38%) sabían leer, una no sabía leer (3.12%) y de 4 (12.50%) se ignora

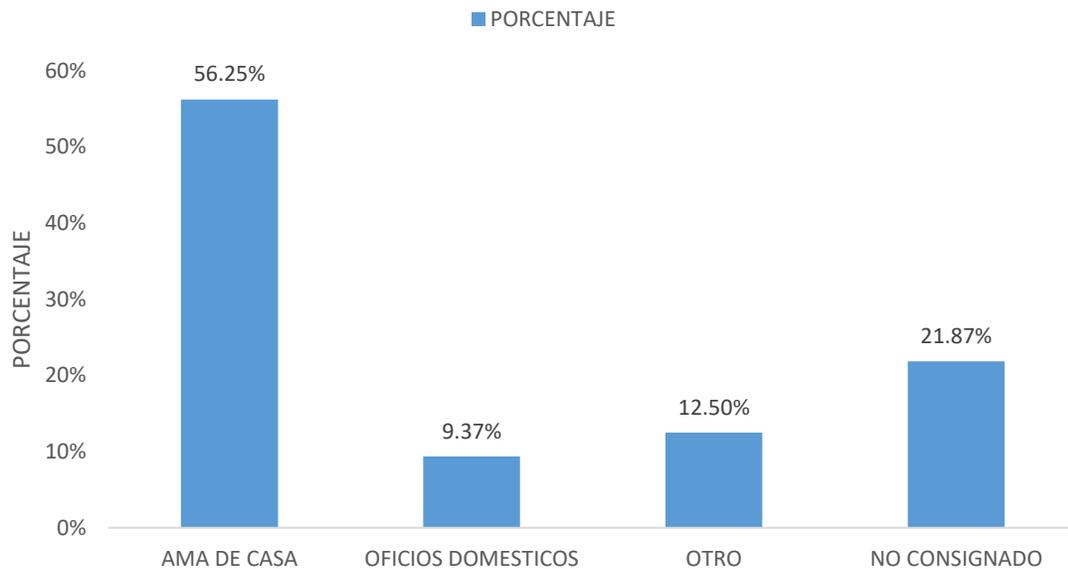
**CUADRO 4. ESCOLARIDAD DE MUERTES MATERNAS ADOLESCENTES
HONDURAS AÑO 2010**

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	17	53.13%
SECUNDARIA	5	15.62%
UNIVERSITARIA	2	6.25%
ANALFABETA	1	3.12%
NO CONSIGNADO	7	21.87%
TOTAL	32	100%

Fuente: Honduras: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad materna. 2010.

De las 32 muertes maternas en la adolescencia 17 casos (53.13%) tenían primaria, 5 casos (15.62%) tenían secundaria, 2 de ellas (6.25%) eran universitarias, una (3.12%) era analfabeta y 7 de los casos (21.87%) no estaba consignada la escolaridad.

GRAFICO 5 MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTES SEGUN OCUPACIÓN HONDURAS AÑO 2010



Fuente: Honduras: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad materna. 2010.

De la ocupación de las muertes maternas en adolescentes 18 casos (56.25%) eran amas de casa, en 7 casos no fue consignada la ocupación; aparecen 4 casos como otro (12.5%) y 3 casos (9.37%) como oficios domésticos.

**CUADRO 5. MUERTES MATERNAS EN ADOLESCENTES SEGÚN
PARIDAD HONDURAS AÑO 2010**

PARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMIGESTA	23	71.87 %
SECUNDIGESTA	7	21.87 %
TERCIGESTA	1	3.12 %
NO CONSIGNADO	1	3.12 %
TOTAL	32	100%

Fuente: Honduras: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad materna. 2010.

De las 32 muertes maternas en adolescentes ocurridas 23 (71.87%) eran primigestas, 7 (21.87%) secundigestas, una (3.12%) tercigesta y un caso no fue consignado.

**CUADRO 6. MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTES SEGUN
NUMERO DE CONTROLES PRENATALES QUE RECIBIERON.
HONDURAS AÑO 2010.**

CONTROLES RECIBIDOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 CONTROLES	3	9.37 %
1 CONTROL	2	6.25 %
2 CONTROLES	1	3.12 %
3 CONTROLES	3	9.37 %
4 CONTROLES	4	12.5 %
5 CONTROLES	8	25.0 %
6 CONTROLES	0	0 %
7 CONTROLES	1	3.12 %
NO CONSIGNADO	10	31.25 %
TOTAL	32	100. %

Fuente: Honduras: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad materna. 2010.

El número de controles prenatales recibidos por adolescente fallecida se detalla así: No consignado 10 casos (31.25%), 5 controles 8 casos (25%), 4 controles 4 casos (12.5%), tres controles 3 casos (9.37%), dos controles 1 caso (3:12%), un control 2 casos (6.25%) y 3 adolescentes no recibieron ningún control.

CUADRO 7. MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTE SEGÚN QUIEN REALIZO EL CONTROL PRENATAL (CPN) HONDURAS AÑO 2010.

QUIEN REALIZO EL CONTROL PRENATAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MEDICO GENERAL	15	46.87 %
GINECOLOGO	3	9.37 %
AUXILIAR DE ENFERMERIA	3	9.37 %
NO SE CONTROLA	2	6.25 %
SOLO FICHA	3	9.37 %
NO CONSIGNADO	6	18.75 %
TOTAL	32	100.0 %

Fuente: Honduras: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad materna. 2010.

Los controles prenatales fueron realizados de la siguiente manera: 15 adolescentes (46.87%) fueron atendidas por médico general, 3 casos (9.37%) por ginecólogo, 3 casos (9.37%) fueron atendidos por Auxiliar de Enfermería, 2 casos (6.25%) no se controlaron; en 3 casos se encontró solo la ficha y en 6 casos no fue consignada.

**CUADRO 8. MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTE SEGÚN
DESCRIPCIÓN DEL MOMENTO REPRODUCTIVO DEL FALLECIMIENTO
HONDURAS AÑO 2010**

MOMENTO REPRODUCTIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EMBARAZO	9	28.12 %
PARTO	1	3.12 %
PUERPERIO	22	68.75 %
TOTAL	32	100.0 %

Fuente: Honduras: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad materna. 2010.

De 32 casos ocurridos, 22 (68.75%) fallecieron en el puerperio, 9 (28.12%) durante el embarazo y una (3.12%) en el parto.

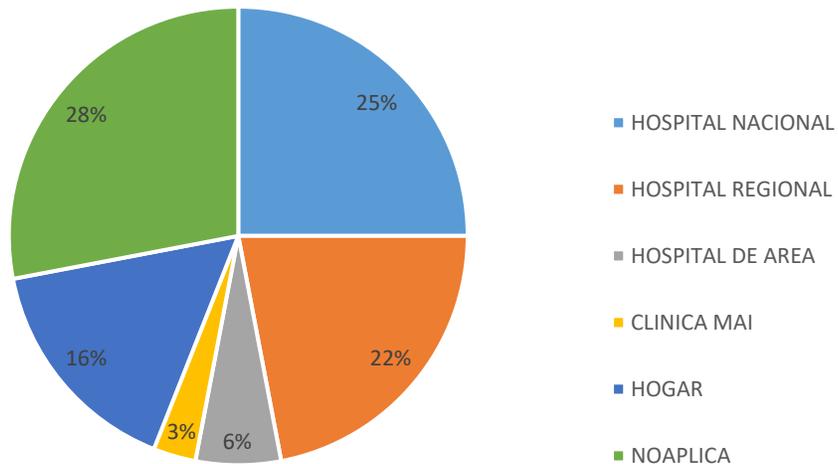
CUADRO 9. MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTE SEGÚN SEMANAS DE GESTACIÓN CUMPLIDAS AL MOMENTO DE LA MUERTE. HONDURAS AÑO 2010

SEMANAS DE GESTACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
22 SEMANAS	1	3.12 %
23 SEMANAS	1	3.12 %
24 SEMANAS	1	3.12 %
25 SEMANAS	1	3.12 %
26 SEMANAS	1	3.12 %
28 SEMANAS	2	6.25 %
37 SEMANAS	2	6.25 %
38 SEMANAS	4	12.5 %
39 SEMANAS	3	9.37 %
40 SEMANAS	4	12.5 %
41 SEMANAS	1	3.12 %
42 SEMANAS	1	3.12 %
NO CONSIGNADA	10	31.25 %
TOTAL	32	100 %

Fuente: Honduras: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad materna. 2010.

De 32 casos cuatro (12.5%) llegaron a las 38 y 40 semanas de gestación, tres casos (9.37%) a las 39 semanas, dos casos (6.25%) a las 28 y 37 semanas, un caso a la semana 22, 23, 24, 25, 26, 41 y 42; y en diez casos no se consignó dato.

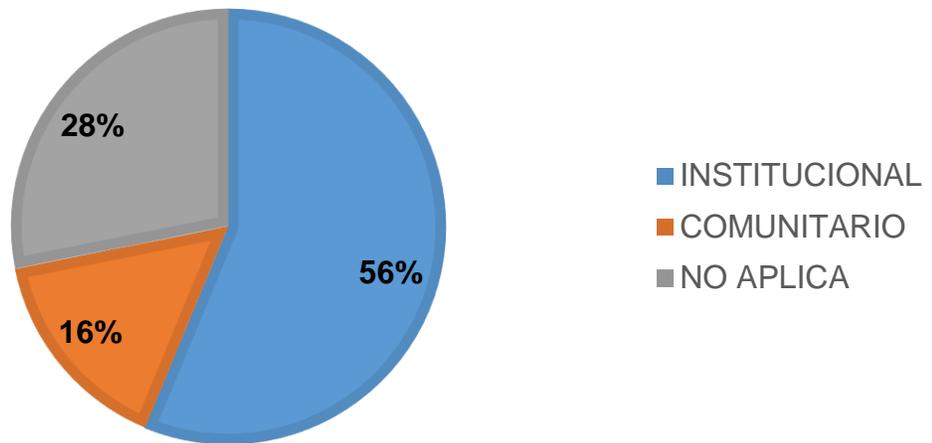
GRAFICO 6. SITIO DEL PARTO DONDE OCURRIO LA MUERTE MATERNA EN ADOLESCENTE. HONDURAS 2010



Fuente: Honduras: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad materna. 2010.

De 32 casos de muerte materna en adolescente, ocho (25%) fueron atendidos en el hospital nacional, siete (22%) en hospital regional, cinco (16%) en casa, dos (6%) en hospital de área, y uno (3%) en clínica materna. Nueve casos (28%) no aplican por que no fueron partos.

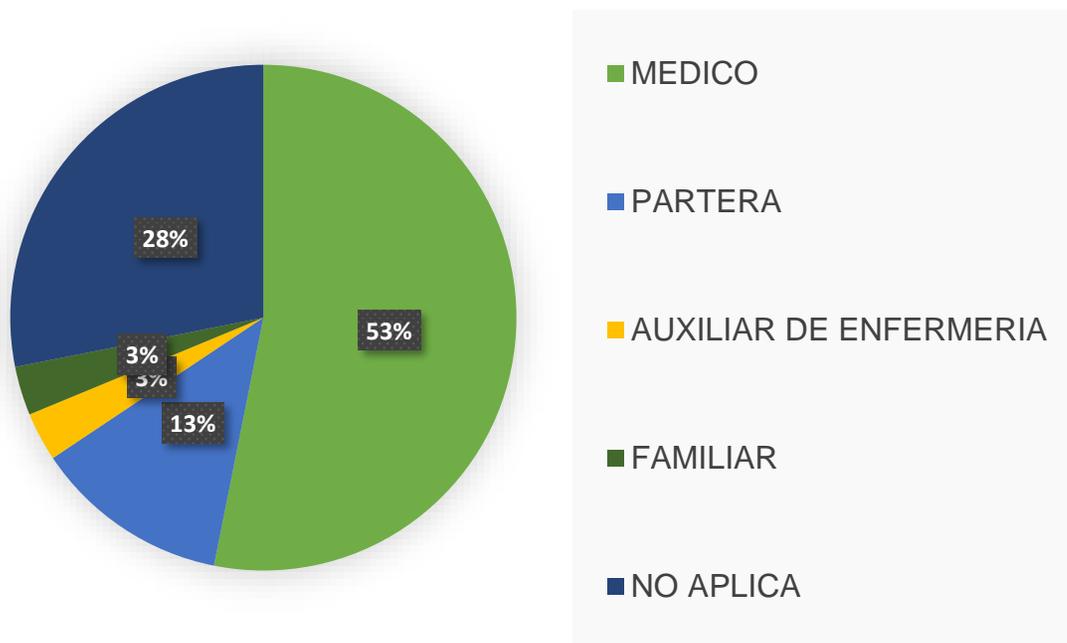
GRAFICO 7 MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTES SEGÚN TIPO DE PARTO HONDURAS AÑO 2010



Fuente: Honduras: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad materna. 2010.

De los 32 casos 18 (56.25%) fueron partos institucionales, y 5 (16%) partos comunitarios. Nueve casos () no aplican por que fueron muertes en periodo gestacional.

GRAFICO 8: PORCENTAJE DE DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTE SEGÚN PERSONAL QUE ATENDIO EL PARTO HONDURAS 2010



Fuente: Honduras: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad materna. 2010.

De los 32 casos atendidos, 17 (53%) fueron atendidos por médico 4 (13%) por partera, 1 (3%) por auxiliar de enfermería, 1 (3 %) por familiar y 9 casos no aplican.

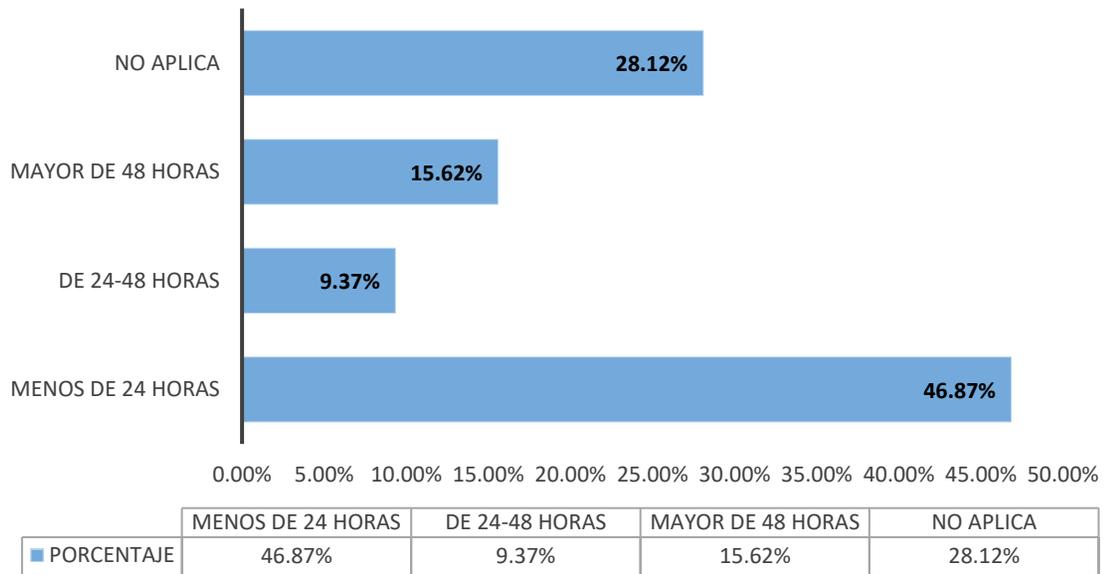
CUADRO 10. MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTE SEGÚN DIAS DE PUERPERIO AL FALLECER. HONDURAS AÑO 2010

DIAS DE PUERPERIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOS DE UNA SEMANA	16	50.0 %
8-14 DIAS	2	6.25%
MAYOR DE 14 DIAS	3	9.37 %
NO APLICA	9	28.12 %
SIN DATO	2	6.25 %
TOTAL	32	100.00 %

Fuente: Honduras: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad materna. 2010.

En cuanto a los días de puerperio de los casos de mortalidad en adolescente, 16 (50%) estuvo menos de una semana, 3 (9.37%) más de 14 días, 2 casos (6.25%) de 8-14 días, 2 casos no tenían dato y 9 (28%) casos no aplica porque es mortalidad en el embarazo.

**GRAFICO 9. MORTALIDAD MATERNA EN
 GRAFICO 9 ADOLESCENTE SEGUN HORAS EN EL
 PUERPERIO HONDURAS AÑO 2010**



Fuente: Honduras: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad materna. 2010.

En cuanto a las horas que la adolescente estuvo en el puerperio 15 (46.87%) estuvieron menos de 24 horas, 5 (15.62%) estuvo más de 48 horas, 3 (9.37%) de 24-48 horas; y 9 casos no aplican.

**CUADRO 11. MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTE SEGUN
NÚMERO DE DIAS EN EL PUERPERIO HONDURAS AÑO 2010**

NUMERO DE DIAS EN EL PUERPERIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 DIAS	16	50.00 %
1 DIA	2	6.25 %
2 DIAS	1	3.12 %
8 DIAS	1	3.12 %
15 DIAS	1	3.12 %
20 DIAS	1	3.12 %
26 DIAS	1	3.12 %
SIN DATO	9	28.13 %
TOTAL	32	100.00 %

Fuente: Honduras: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad materna. 2010.

Según el número De días en el puerperio 16 casos (50%) estuvieron 0 días, 2 casos (6.25%) 1 día, y un caso que permaneció 2 días, otro 8, 15, 20 y 26 días que representan el (15.6%).

CUADRO 12. CAUSA BASICA DE MUERTE MATERNAS EN ADOLESCENTES SEGÚN CODIGO DE CIE 10, HONDURAS AÑO 2010

Código CIE 10	Causa Básica de muerte	N°	%
O15.2	Eclampsia	6	18.75 %
O88.8	Embolia obstétrica	3	9.38 %
O14.1	Preclampsia severa	2	6.25 %
J18.9	Neumonía	2	6.25 %
O71.3	Desgarro cervical	1	3.12 %
O72.0	Hemorragia post Parto	1	3.12 %
O86.8	Otras Infecciones Puerperales	1	3.12 %
O86.3	Infección de vías Urinarias	1	3.12 %
O85	Endometritis	1	3.12 %
O72	Retención Placentaria	1	3.12 %
O45.9	Desprendimiento Prematura de Placenta	1	3.12 %
O42.1	Ruptura Prematura de Membranas	1	3.12 %
O68.8	Complicación Obstétrica por Sufrimiento Fetal	1	3.12 %
O95	Muerte Obstétrica de causa no especificada	1	3.12 %
O11	Hipertensión esencial preexistente con proteinuria	1	3.12 %
O10.9	Hipertensión que complica el Embarazo Parto y Puerperio	1	3.12 %
O33.9	Atención materna por desproporción conocida o presunta	1	3.12 %
O99.8	Pielonefritis Aguda Abcesada	1	3.12 %
O98.8	Septicemia debida a Streptococcus	1	3.12 %
O99.3	Meningitis Bacteriana	1	3.12 %
J15.7	Neumonía debida a Mycoplasma Pneumoniae	1	3.12 %
O 99.5	Asma Bronquial en Crisis	1	3.12 %
O98.5	Dengue Hemorrágico	1	3.12 %
	Total	32	100 %

Fuente: Honduras: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad materna. 2010.

La Eclampsia se presentó en 6 casos (18.75%) seguido de la Pre eclampsia y Embolia Obstétrica en 2 casos (6.26 %), el resto de enfermedades solo un caso.

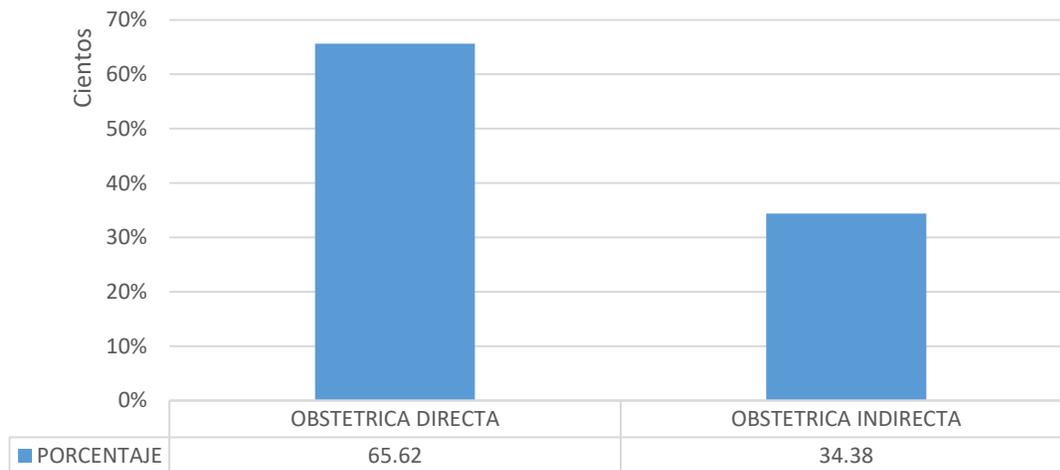
CUADRO 13. CAUSA DIRECTA DE MUERTE MATERNA EN ADOLESCENTES. HONDURAS AÑO 2010

CAUSA DIRECTA DE MUERTE	N°	%
SHOCK SEPTICO	7	21.88%
SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO	7	21.88%
SHOCK HIPOVOLEMICO	4	12.5 %
ECLAMPSIA	3	9.38 %
SINDROME DE HELLP	1	3.13 %
HEMORRAGIA POST PARTO	1	3.13 %
HIPOTENSION ARTERIAL INDUCIDA POR DROGA MEDICAMENTOSA	1	3.13 %
CAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA	1	3.13 %
ENCEFALOPATIA HIPOXICA	1	3.13 %
INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS CONSECUTIVAS	1	3.13 %
ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR	1	3.13 %
NEUMONIA POR BRONCOASPIRACIÓN	1	3.13 %
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	1	3.13 %
ABCESO CEREBRAL	1	3.13 %
OTRAS	1	3.13 %
TOTAL	32	100.00 %

Fuente: Honduras: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad materna. 2010.

De las 32 causas directas de muerte materna en adolescente el Shock Séptico y el Síndrome de Distres Respiratorio ocuparon 7 casos en cada caso (43,76%); 4 casos fueron por shock hipovolémico (12.5%); y 3 casos fueron por Eclampsia (9.38%).

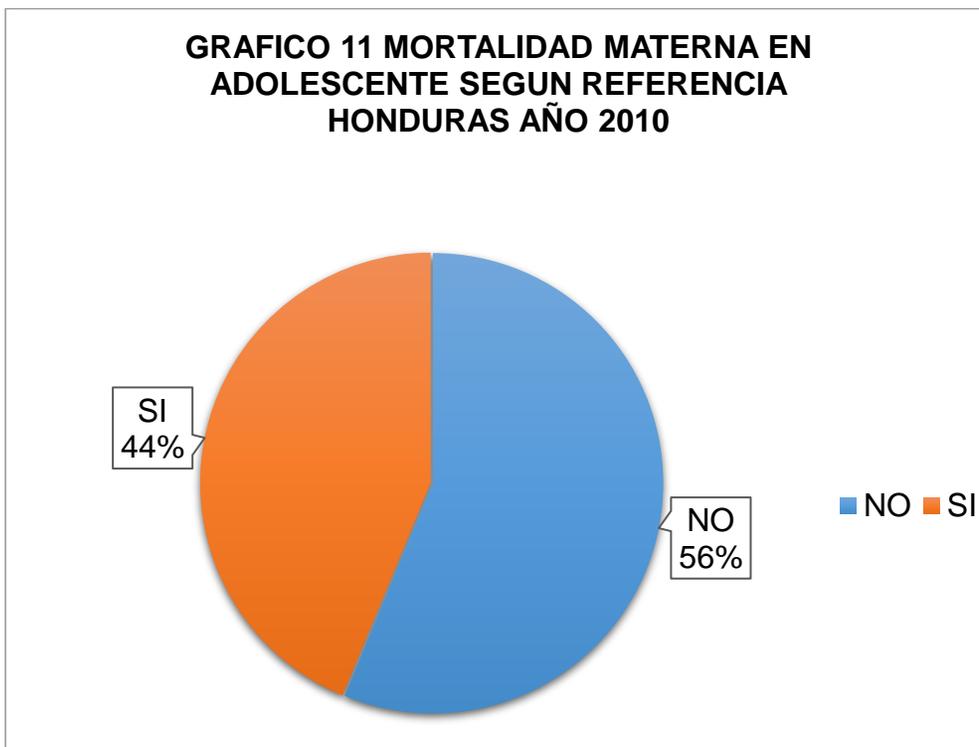
GRAFICO 10 CLASIFICACIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTE SEGUN TIPO HONDURAS 2010



Fuente: Honduras: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad materna. 2010.

De la clasificación de la mortalidad materna en adolescente según tipo, la causa obstétrica directa ocurrió en 21 casos (65.62%) y la causa obstétrica indirecta en 11 casos (34.38%).

GRAFICO 11 MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTE SEGUN REFERENCIA HONDURAS AÑO 2010



Fuente: Honduras: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad materna. 2010.

De las 32 muertes maternas en adolescentes 18 (56.25%) no fueron referidas y 14 casos (43.75%) si fueron referidas a otro nivel de atención.

CUADRO 14. MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTE SEGÚN

UNIDAD QUE REFIERE, HONDURAS AÑO 2010

UNIDAD QUE REFIERE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOSPITAL DE TELA	2	6.25 %
HOSPITAL GABRIELA ALVARADO	2	6.25 %
HOSPITAL ATLANTIDA	1	3.13 %
HOSPITAL SANTA TERESA	1	3.13 %
HOSPITAL DE SANTA BARBARA	1	3.13 %
HOSPITAL DE ROATAN	1	3.13 %
HOSPITAL DEL PROGRESO	1	3.13 %
HOSPITAL DE PUERTO CORTES	1	3.13 %
HOSPITAL ROBERTO SUAZO	1	3.13 %
CORDOVA		
HOSPITAL PRIVADO SAN JOSE	1	3.13 %
CESAMO LA ENTRADA	1	3.13 %
CLIPER DE VILLA NUEVA	1	3.13 %
NO APLICA	18	56.25 %
TOTAL	32	100.00%

Fuente: Honduras: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad materna. 2010.

De las unidades que refirieron casos, el hospital Gabriela Alvarado y hospital de Tela tiene 2 casos cada uno (12.50%) el resto solo refirieron un caso 10 (31.3%) y en 18 casos no aplica.

**CUADRO 15. MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTES SEGÚN
LUGAR DONDE OCURRIÓ LA MUERTE, HONDURAS AÑO 2010**

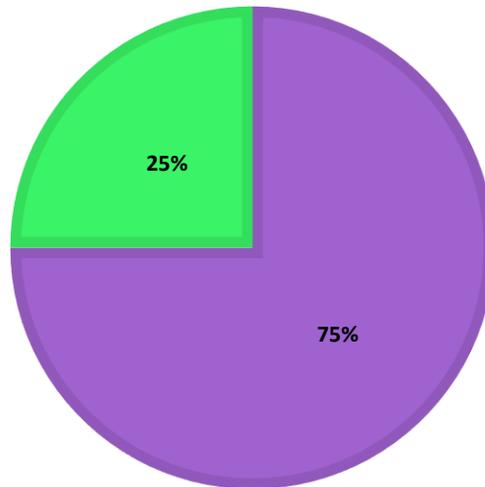
LUGAR DONDE OCURRIÓ LA MUERTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOSPITAL ESCUELA	10	31.25 %
HOSPITAL MARIO CATARINO RIVAS	7	21.88 %
HOSPITAL SAN FRANCISCO	1	3.13 %
HOSPITAL DE PUERTO LEMPIRA	1	3.13 %
HOSPITAL SAN ISIDRO	1	3.13 %
HOSPITAL MANUEL DE JESUS	1	3.13 %
HOSPITAL DE OCCIDENTE	1	3.13 %
CLINICA SAN RAFAEL	1	3.13 %
CLINICA MATERNA INFANTIL DE GUAYAPE	1	3.13 %
BARRIO MARIA AUXILIADORA	1	3.13 %
BARRIO EL PROGRESO	1	3.13 %
SALTOS, JUTIAPA	1	3.13 %
APALI, DANLI	1	3.13 %
COMUNIDAD SAF DEL PARAISO	1	3.13 %
MALGUARA INTIBUCA	1	3.13 %
EL PICACHO, SAN RAFAEL	1	3.13 %
KRAOSIRPI, GRACIAS A DIOS	1	3.13 %
TOTAL	32	100.00 %

Fuente: Honduras: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad materna. 2010.

Según el lugar donde ocurrió la muerte el Hospital Escuela tiene 10 casos (31.25%) seguido del hospital Mario Catarino Rivas con 7 casos (21.88%) el resto de lugares tiene solamente un caso (46.88%).

GRAFICO 12 MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTE SEGÚN MUETE DEFINIDA, HONDURAS AÑO 2010

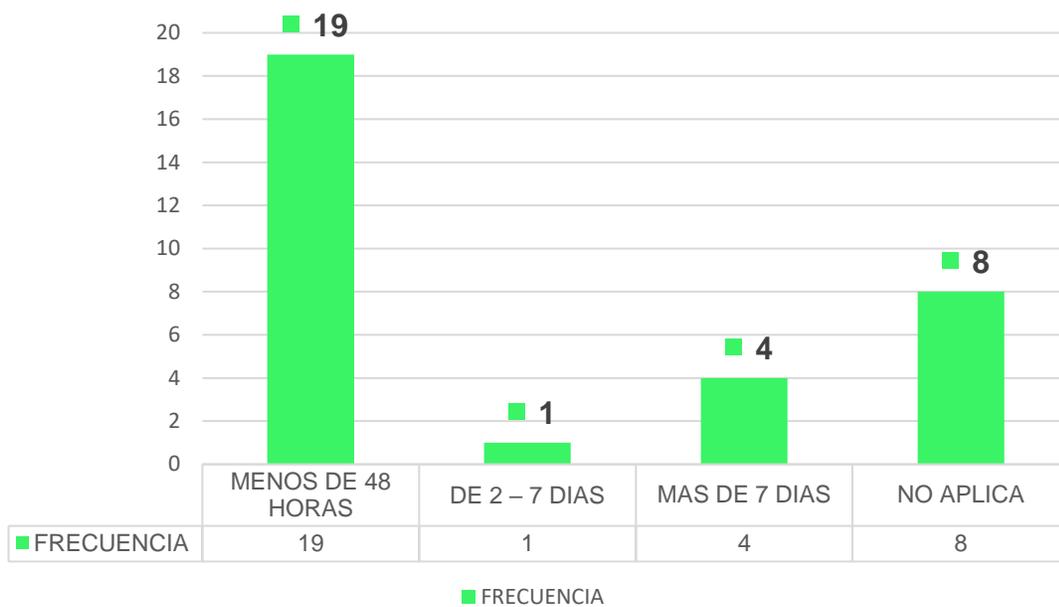
■ INSTITUCIONAL ■ COMUNITARIA



Fuente: Honduras: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad materna. 2010.

De las 32 muertes maternas en adolescentes ocurridas en el año 2010, 24 (75%) fueron de tipo institucional, y 8 (25%) fueron comunitarias.

GRAFICO 13 CARACTERIZACIÓN DE MUERTE MATERNA EN ADOLESCENTE SEGÚN DIAS ESTANCIA



Fuente: Honduras: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad materna. 2010.

Según los días estancia 19 casos (59.37%) estuvieron menos de 48 horas, 4 casos (12.5%) estuvieron más de 7 días y solo 1 caso estuvo entre 2 - 7 días.

CUADRO 16. MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTE SEGÚN VIA DE NACIMIENTO DEL PRODUCTO, HONDURAS AÑO 2010

VIA DE NACIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CESÁREA	13	40.63 %
VAGINAL	10	31.25 %
NO APLICA	9	28.12 %
TOTAL	32	100.00 %

Fuente: Honduras: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad materna. 2010.

Según la vía de nacimiento 13 casos (40.63%) fueron por Cesárea, 10 casos parto vaginal (31.25%) y 9 casos (28%) no aplican por que no fueron partos.

CUADRO 17. DEMORAS EN LA ATENCIÓN DE CASOS DE MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTE, HONDURAS AÑO 2010

DEMORA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DEMORA I	6	18.75 %
DEMORA I Y II	7	21.88 %
DEMORA I Y III	2	6.25 %
DEMORA III	11	34.38 %
NO DEMORA	5	15.63 %
NO CONSIGNADO	1	3.13 %
TOTAL	32	100.0 %

Fuente: Honduras: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad materna. 2010.

En cuanto a la demora de atención 11 casos (34.38%) tuvieron demora III, 7 casos (21.88%) demora I Y II, 6 casos (18.75 %) demora I, 2 casos (6.25%) demora I Y III; 5 casos (15.63 %) no tuvieron demora y un caso no fue consignado.

La primera demora se relaciona con la capacidad de la mujer y su familia para identificar su problema y tomar la decisión para buscar ayuda.

La segunda demora se relaciona con el acceso de la mujer a la unidad de salud para recibir su atención, esta demora está condicionada por las diferentes barreras (económicas, cultural, geográfica) y la disponibilidad de recursos.

La tercera demora: Se relaciona con la oportunidad con que la mujer es atendida una vez que llega a la unidad de salud y recibe tratamiento adecuado.

6. ANALISIS DE RESULTADOS

La mortalidad materna en adolescente continúa siendo un problema de país al que debe dársele especial atención. En esta investigación realizada en el año 2010 en Honduras se puede ver que la mortalidad materna adolescente fue de 32 casos. Estos resultados tienen rostro de jóvenes que eran parte de la familia hondureña

De acuerdo a la edad, se encontró que el mayor porcentaje de fallecimientos ocurrió entre las edades de 17-18 años; en las edades de 10- 13 años no se presentaron casos; lo que nos hace ver que según las etapas de la adolescencia el mayor problema se presentó en la adolescencia tardía (17 - 19-años) y no en la adolescencia temprana como se menciona según el marco conceptual, países como Chile, Panamá y Costa Rica tampoco presentaron casos en esta edad de 10 - 13 años, en el 2007. (GOMEZ P. I, 2011)

En relación a la procedencia 16 departamentos del país reportaron muertes maternas en adolescentes ocupando los tres primeros lugares, El Paraíso, seguido de Olancho y Atlántida; no presentaron casos los departamentos de

Lempira y Ocotepeque. Es importante resaltar que en el año 2010 en Honduras, la política de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y la Niñez (RAMNI) estableció como meta que ningún departamento presentaría una razón de Mortalidad Materna superior a 90 por 100.000 nacidos vivos; pero solo diez departamentos lo lograron Copan, Cortes, Choluteca, Francisco Morazán, Lempira, Ocotepeque, Santa Bárbara, Valle, Olancho y Yoro. Sin embargo ocho no lograron cumplir esa meta, ellos son Atlántida, Colon, Comayagua, el Paraíso, Gracias a Dios, Intibucá, Islas de la Bahía y La Paz. (SESAL, 2014)

Determinar la procedencia y la zona en que ocurren las muertes de este grupo poblacional ayuda a concentrar esfuerzos y hacer prevención. Según los resultados en la zona rural se presentaron el mayor porcentaje (68.75%) de casos de muerte materna en adolescentes contra un 31.25% en la zona urbana, este es un indicador que tiene que ver con el acceso, oportunidad e ingreso, con la exclusión en salud. Este resultado concuerda con lo expresado por la Organización Mundial de la Salud que dice que en los países en vías de desarrollo la mortalidad materna es mayor en la zona rural que en la urbana. (OMS, 2015)

Conocer la ocurrencia de muertes maternas en adolescentes por meses del año se vuelve importante ya que es un indicador que puede permitir a los servidores de salud reforzar la vigilancia y toma de decisiones oportunas en las unidades de prestación de servicios, en esta investigación se encontró que los meses con mayor ocurrencia de fallecimientos fue en los meses de Agosto, Junio y Diciembre de 2010.

El estado civil es un variable socio demográfico al igual que la edad y la escolaridad, que se constituyen en factores de riesgo para la mortalidad en las adolescentes. En esta investigación en relación al estado civil, la unión libre ocupó el primer lugar, le sigue el estado soltero; resultados similares se presentaron En un estudio realizado en Perú en los años 2007-2008 sobre la Relación entre Pobreza y Embarazo Adolescente en donde se puede observar altos porcentajes en estos dos aspectos ya que la unión libre tiene un 43% y el estado soltero el 51.5%. (Contreras, 2011). En Honduras muchas de las uniones de parejas adolescentes aun dependen económicamente de sus padres al igual que las que ya son madres y están solteras.

En relación a la escolaridad un alto porcentaje (84.38%) sabían leer, pero solo 53.13% habían cursado la primaria y 6.25% eran universitarias; Lo que muestra que si hay una relación entre embarazo y muerte materna adolescente y bajos niveles de escolaridad. Al hacer una comparación de estos resultados con datos de la ENDESA 2005 – 2006, se observa que hubo un ligero aumento en lo que se refiere al nivel de educación ya que el porcentaje de adolescentes embarazadas con primaria era de 42%, para 2010 se incrementó en 53.13% y en educación superior aumento de 2% a 6.25%. (SESAL, 2012).

En otros países como Perú el nivel de escolaridad se asocia de manera importante con el embarazo a edades tempranas entre las adolescentes (CONTRERAS, 2011) Pero esta situación es general en todos los países a menor escolaridad y preparación más posibilidades de un embarazo y riesgo de muerte.

Según ocupación de las madres adolescentes fallecidas en el 2010 el 56.25% eran amas de casa, lo que deja ver que las fallecidas no tenían en su mayoría ingresos económicos propios para suplir todas sus necesidades. Este dato confirma lo que dice La Comisión Económica para América Latina y el Caribe

(CEPAL) que la maternidad adolescente en América Latina y Caribe, guarda estrecha relación con las condiciones económico-sociales de este grupo humano, y que la tasa de fecundidad adolescente del quintil más pobre cuadruplica la del quintil más rico (FLASOG, 2011)

En Honduras Según la ENDESA 2005 – 2006 las adolescentes en el quintil inferior de riqueza tenían tres veces más la probabilidad de haber sido madres (31%), que el quintil superior de riqueza (9.60%). (SESAL, 2012)

La paridad es considerado un factor de riesgo; De las madres adolescentes fallecidas en el 2010 un alto porcentaje (71.87%) eran primigestas, lo que evidencia que las adolescentes no están utilizando métodos anticonceptivos e iniciando actividad sexual a temprana edad. En Argentina una encuesta a madres adolescentes reveló que 64.8% de las encuestadas inició actividades sexuales antes de los 16 años, y 12% antes de los 14 años, ambos aspectos aumentan el número de embarazos en la adolescencia y por ende las pone en riesgo de morir por complicaciones y de contraer una infección de transmisión sexual. (GOMEZ P. I, 2011)

Según datos de la Organización Mundial de la Salud en comparación con otras mujeres, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de

complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo. La Norma de Atención Materna Neonatal en Honduras establece que los embarazos antes de los 18 años y después de los 35 se constituyen en riesgo para el binomio madre hijo.

Otro aspecto importante en la prevención de Mortalidad Materna de la Adolescente es el control prenatal. Las normas vigentes de la Secretaría de Salud establecen brindar como mínimo cinco atenciones a un embarazo de bajo riesgo, teniendo que realizarse la primera idealmente en las primeras 12 semanas, la segunda entre la 13 y 24 semanas, la tercera entre las 25 y 29 semanas, la cuarta entre las semanas 30 y 35 y la quinta atención entre las 36 y 40 semanas de gestación. (SESAL, 2011). La ventaja de tener la primera atención temprano radica en que esto permite establecer una línea de base del embarazo y así los trabajadores de la salud tienen más facilidades para detectar cualquier anomalía oportunamente.

Según resultados obtenidos en esta investigación del año 2010, solo 12% de las fallecidas recibieron cuatro controles prenatales y el 25% recibió los 5 controles prenatales establecidos en la norma materna neonatal, Existe un 31% de sub - registro por lo que la secretaria de salud deberá mejorar el sistema de información. Se encontró que el 9.37% de los casos de muerte

materna adolescente no recibieron control prenatal lo que evidencia la poca importancia que un porcentaje de la población le da al control del embarazo. Este dato contrasta con la información que reportó la ENDESA 2011-2012 que hubo un incremento en la atención al control prenatal; ya que en este grupo de estudio la cobertura del control prenatal fue baja.

A pesar de las barreras y problemas existentes para 2011–2012 el número de atenciones prenatales se mejoró a nivel nacional ya que el 89% de las mujeres tuvieron al menos cuatro atenciones prenatales (92%) en el área urbana y (86%) en el área rural. La captación oportuna para la primera atención prenatal también ha mejorado en el país. Un 78 por ciento de las mujeres embarazadas asiste a su primera visita antes del cuarto mes (69 por ciento en la ENDESA 2005-2006). (ENDESA, 2011 -2012)

El control prenatal, se considera que debe ser realizado por personal calificado, según los resultados de la investigación el 46.87% fue hecho por Medico General, y solo un 9.37% por Gineco-obstetra e igual porcentaje fue hecho por la Auxiliar de Enfermería.

Según la ENDESA. Para el año 2011 – 2012 la atención prenatal es brindada en su mayoría por médico (77 por ciento) y en segundo lugar por Auxiliar de enfermería (19 por ciento). El nivel de atención es similar por lugar de residencia y por edad de la madre, aunque ligeramente menor en madres 35-49 años. Las mujeres rurales reciben menor atención prenatal por médico que las mujeres urbanas (62 por ciento en comparación con 94 por ciento). Esta situación es porque la cobertura de médicos a nivel rural es limitada. Los departamentos con los valores menores de atención prenatal por médico son Olancho (59 por ciento), Choluteca (63 por ciento), El Paraíso (65 por ciento), Gracias a Dios (65 por ciento), La Paz (65 por ciento), Lempira (65 por ciento), Santa Bárbara (68 por ciento), Intibucá (69 por ciento), Colón (69 por ciento) y Valle (70 por ciento). (ENDESA, 2011 - 2012)

La Organización Mundial de La Salud según refiere que la atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las madres adolescentes. (OMS, 2015) ; Así que vemos que esta información se confirma ya que de las muertes ocurridas en madres adolescentes en el año 2010 más del 50% no fueron atendidas por personal calificado y tienen bajas coberturas de control prenatal.

El momento reproductivo en que ocurrieron la mayor cantidad de muertes maternas en las adolescentes en el 2010, fue en el puerperio (68.75%). En muchos casos las hemorragias graves después del parto pueden llevar a la madre adolescente a la muerte en tan solo horas, las infecciones puerperales también son causales de muerte materna adolescente, al igual que los trastornos hipertensivos gestacionales como la Pre -eclampsia y Eclampsia. (OPS, 2008)

Todas estas muertes pudieron ser evitables y en tal sentido la Secretaria de Salud realiza esfuerzos para fortalecer los cuidados en el embarazo parto y puerperio de la madre adolescente, a través de diferentes estrategias como la implementación de Normas Nacionales Materno neonatal, Norma del Adolescente, Estrategia RAMNI, Estrategia de Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales, que permiten la capacitación del recurso humano involucrado en la atención de las madres adolescentes

Según las Semanas de Gestación cumplidas al momento de la muerte poco menos del 50% llegaron a la culminación del embarazo (37- 42 SG). En 10 casos no se consignó dato. El cuidado de cada embarazo adolescente debe

ser prioritario en cada población ya que dos vidas están en peligro de morir, cualquier esfuerzo que se realice es poco si se salva una vida.

El sitio donde ocurrió la muerte materna adolescente, fue en mayor porcentaje en tres lugares: en primer lugar Hospital Nacional, seguido de Hospital Regional y en el Hogar; y muy poca cantidad en Hospital de Área y Clínica Materno Infantil. Esto es debido a que ambos hospitales son de referencia y mayor especialización y muchos de los casos son referidos para su atención de unidades de menor complejidad.

El tipo de parto que más se atendió fue el institucional, los partos fueron atendidos mayormente por personal médico (53%) contrario a resultados de años anteriores que en su mayoría eran atendidos por partera. Según la ENDESA del año 2005 – 2006, el porcentaje de parto institucional fue de 67%, mientras que para los años 2011- 2012 hubo un incremento de 5%. (ENDESA, 2011 -2012)

En relación a días y horas estancia hospitalaria de la mortalidad materna en las adolescentes según días de puerperio, se encontró que la mayor ocurrencia de casos estuvo menos de una semana. Según las horas

estancia en el puerperio de las fallecidas el porcentaje más alto estuvo menos de 24 horas. La estancia según número de días que permanecieron las madres adolescentes fallecidas en el puerperio refleja que el 50% de las muertes se dio en menos de un día, lo que indica que se debe enfatizar la vigilancia y atención en esas primeras 24 horas de puerperio, sin descuidar todos esos 40 días que establece la norma materna para el cuidado de la madre y el niño, puesto que se presentaron casos de fallecimiento después de las 24 horas de puerperio.

Las tres primeras causas básicas de muerte materna adolescente según código CIE-10 en el 2010 fueron la Eclampsia; la embolia Obstétrica, la Pre-eclampsia Severa y la Neumonía. El resto de enfermedades que se presentaron fueron problemas obstétricos en su mayoría.

En relación a causa directa de muerte materna adolescente se encontró que el Shock Séptico y Síndrome de Distres Respiratorio aporta el porcentaje más alto, le sigue el Shock Hipovolémico y en tercer lugar la Eclampsia, en 13 casos no se consignó dato.

En la clasificación de mortalidad materna de las adolescentes según tipo en Honduras año 2010 se encontró que la causa obstétrica directa se registró en un 66%. Esto tiene relación con lo referido por la Organización Panamericana de la Salud en el 2006 que en los países de América predominaban las causas obstétricas directas de muerte, que superan el 70%. general y patologías mal tratadas; Entre estas causas médicas primarias figuran la hemorragia (25%), la septicemia (15%), las complicaciones del aborto (13%), la eclampsia (12%) y el parto obstruido (8%). Las mujeres con complicaciones obstétricas mueren generalmente en un plazo de 48 horas. Las defunciones causadas por la hemorragia y la septicemia están más relacionadas con el propio parto. (OPS, 2008)

Analizando la referencia de los casos un 44% de las fallecidas fueron referidas a otro nivel de atención de mayor complejidad para ser atendidas. Los hospitales que más pacientes refirieron fueron el hospital de Tela y el hospital Gabriela Alvarado de la ciudad de Danli.

Según el lugar donde ocurrió la muerte de la madre adolescente el Hospital Escuela y el Hospital Mario Catarino Rivas ocupa los mayores porcentajes,

Esto quizá se deba a que ambos son hospitales de mayor complejidad, especialización y referencia de casos obstétricos complicados.

Es importante analizar además dentro de la mortalidad materna adolescente la vía de nacimiento del producto, y esta fue mayormente por la vía Cesarea, generalmente las adolescentes se ven expuestas a un procedimiento quirúrgico por problemas relacionados con la madre como ser desproporción céfalo pélvica, por problemas relacionados con el embarazo (como preeclampsia, eclampsia), o sufrimiento fetal agudo que se relaciona con el niño.

Por último la demora en la atención, que está vinculada a la ocurrencia de casos de mortalidad materna adolescente. Los resultados obtenidos indican que de las tres demoras definidas, la demora 3 ocupa el mayor porcentaje (34%), esta demora tiene que ver con la oportunidad con que la madre adolescente fue atendida en las unidades de salud y recibió su tratamiento. En segundo lugar se encontró La Demora 1 y 2 (22%); En tercer lugar se encuentra La demora 1 tiene que ver con la capacidad que tiene la mujer y su familia para identificar su problema

La decisión de buscar ayuda es el primer paso para que una mujer con una complicación reciba Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales. Esta decisión puede estar influenciada por muchos factores entre ellos que la

mujer, su familia o acompañantes sepan reconocer que tiene una complicación que amenaza su vida y saber a dónde acudir. Puede ser que las personas sepan que necesitan ayuda, pero deciden no ir a un hospital porque saben que no hay médicos con habilidades obstétricas.

La segunda demora: Consiste en llegar a la Unidad de salud para recibir tratamiento:

Una vez tomada la decisión de buscar ayuda, la mujer debe llegar a la Unidad donde están disponibles los Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales (CONE). La accesibilidad a las instalaciones de salud por lo tanto influenciará la demora en este paso.

La tercera demora tiene que ver con recibir el tratamiento adecuado en los servicios de salud.

Muchas mujeres mueren en los hospitales, habiendo sobrepasado las barreras de la primera y segunda demora. La calidad de los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales depende de factores como el personal capacitado, disponibilidad de medicamentos y suministros, las condiciones de la Unidad y la calidez con que se brinda la atención, que está íntimamente relacionada con la actitud del personal para abordar el problema. Sin embargo, una Unidad puede tener todo su personal y suministros requeridos aun así brindar un mal servicio, si el contenido de los servicios que brinda no

está basado en la evidencia o si el personal no ejecuta los procedimientos de manera correcta. Otro aspecto de la tercera demora es la oportunidad con que es atendida la madre adolescente. (SESAL, 2007)

7. CONCLUSIONES

1. La ocurrencia de muerte materna adolescente en Honduras en el año 2010 fue de 32 casos, ocurrió principalmente en las edades de 17-19 años, en la adolescencia tardía.
2. De 18 departamentos 16 reportaron casos de mortalidad materna adolescente lo que indica que es un problema de magnitud nacional, el mayor número de casos se presentaron en los departamentos de El Paraíso, Olancho y Atlántida.
3. Los meses en donde más mortalidad se registró, fue en los meses de Agosto, Junio y Diciembre.
4. Según la procedencia de las adolescentes embarazadas, la zona rural es donde más se registraron las defunciones.
5. Los factores de riesgo que influyeron en la muerte materna de las adolescentes investigadas fueron la edad, escolaridad, estado civil, paridad, ocupación, bajo control prenatal y demora en la atención.

6. El momento reproductivo y el tiempo en que ocurrió la hora del fallecimiento materno fue en el puerperio, y en las primeras 24 horas del mismo.
7. El sitio donde ocurrieron las muertes de acuerdo a resultados fueron en primer lugar a nivel de Hospital Nacional seguido del Regional.
8. Las principales causas de muerte básica según la clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, en el año 2010 fueron La Eclampsia, La Embolia Obstétrica, la Pre-eclampsia Severa y la Neumonía.
9. Dentro de las causas directas se encontraron en mayor porcentaje el Shock Séptico, Síndrome de Distres Respiratorio, el Shock Hipovolémico y la Eclampsia. En las causas directas específicas se encontró el Shock Séptico y el Shock hipovolémico.
10. Las muertes maternas en las adolescentes fueron principalmente de tipo institucional.
11. La demora 3 fue la que más se registró y esta se relaciona con la oportunidad con que la mujer es atendida al llegar a la unidad de salud y recibe tratamiento adecuado.

8. RECOMENDACIONES

Se recomienda a las autoridades de la Secretaria de Salud

- 1.** Enfatizar en la sensibilización de los y las adolescentes, familia, comunidad, autoridades, personal de salud y secretarias afines como educación y otros en la prevención del embarazo adolescente a nivel de país.
- 2.** Realizar campañas dirigidas a la prevención de embarazos adolescentes de forma permanente.
- 3.** Socializar con todo el personal de salud la norma de atención para los y las adolescentes, en todos los niveles de atención.
- 4.** Asegurar que la formación del personal que está involucrado en la prestación de servicios obstétricos, conozca y asuma el proyecto de una maternidad sin riesgo.
- 5.** Contar con registros de información bio-demografica de la población adolescente que permita la toma oportuna de decisiones. La secretaria de Salud debe dar seguimiento a los diferentes problemas encontrados en esta

investigación que se constituyen en factores y causales de muerte materna adolescente.

6. Asegurar una atención de calidad a las madres adolescentes libre de riesgo, oportuna, y sin barreras en todas sus unidades prestadoras de servicio.

7. Certificar a todo el personal de salud que brinde atención a las embarazadas adolescentes de forma anual para garantizar una atención de calidad.

8. BIBLIOGRAFIA

1. AGUILAR, S. (04 de SEPTIEMBRE de 2015). POBLACIÓN DE HONDURAS SUBE A 8.6 MILLONES DE HABITANTES SEGÚN EL NUEVO CENSO DEL INE. *LA TRIBUNA*, pág. 1.
2. ALVARENGA, C. (25 de MARZO de 2014). HONDURAS REPORTA UNA COBERTURA DE EDUCACIÓN UNIVERSITARIA MENOR AL 30%. *PRESENCIA UNIVERSITARIA*, pág. S.d. Obtenido de <https://presencia.unah.edu.hn/academia/articulo/honduras-reporta-una-cobertura-deeducacion-universitaria-menor-al-30>
3. CONTRERAS, M. L. (S.f de DICIEMBRE de 2011). RELACION ENTRE POBREZA Y EMBARAZO ADOLESCENTE EN PERU. *RELACION ENTRE POBREZA Y EMBARAZO ADOLESCENTE EN PERU*. S.d, S.D, PANAMA: S.d.
4. CORTES, R. M. (S.F. de JULIO de 2011). CONDICIONANTES ECONOMICO-SOCIALES Y VULNERABILIDAD DE LAS ADOLESCENTES MENORES DE 15 AÑOS. *EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN MENORES DE 15 AÑOS DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE*. LIMA, S.D., PERÚ: S.D.
5. DONOSO ENRIQUE JORGE A CARVAJALI, C. V. (16 de ENERO de 2014). *SCIELO CHILE*.

Recuperado el 12 de ABRIL de 2016, de SCIELO CHILE:

<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v142n2/art04.pdf>

6. ENDESA, H. (Mayo de 2011 -2012). http://www.observatoriodescentralizacion.org/download/informaci%C3%B3n_general_/Hon_duras%20ENDESA%20DHS%202012%20%2006-19-2013.pdf. Recuperado el 12/4/16 de Abril de 2016, de

http://www.observatoriodescentralizacion.org/download/informaci%C3%B3n_general_/Hon_duras%20ENDESA%20DHS%202012%20%2006-19-2013.pdf:

http://www.observatoriodescentralizacion.org/download/informaci%C3%B3n_general/Honduras%20ENDESA%20DHS%202012%20%2006-19-2013.pdf

7. FLASOG. (S.f de Julio de 2011). *ASPECTO CLINICO- EPIDEMIOLOGICOS DE LA MORBI - MORTALIDAD MATERNO INFANTIL*. Obtenido de EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN MENORES DE 15 AÑOS EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE:

<http://aecid.lac.unfpa.org/webdav/site/AECID/shared/files/FLASOG%20EI%20embarazo%20a>

[dolescente%20en%20menores%20de%2015%20a%C3%B1os%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe.pdf](http://aecid.lac.unfpa.org/webdav/site/AECID/shared/files/FLASOG%20EI%20embarazo%20a)

8. FRONTERA, MEDICOS SIN. (05 de DICIEMBRE de 2012). *PERIODISMO HUMANO*.

Obtenido de PERIODISMO HUMANO: <http://msf.periodismohumano.com/tag/sierra-leona/>

9. GOMEZ P. I, M. Z. (s.f de s.f de 2011). *FACTORES RELACIONADOS CON EL EMBARAZO Y LA MORTALIDAD EN MENORES DE 15 AÑOS EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE*. c. Lima, LIMA, PERU: s.d.

10. HONDURAS, B. C. (2010 - 2012). *HONDURAS EN CIFRAS*. TEGUCIGALPA: S.d.

11. INE. (2015). *DATOS DE POBLACIÓN POR DEPARTAMENTO*. TEGUCIGALPA HONDURAS:

S.d.

12. MANUEL, A. C. (2002). *MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTES*. *REVISTAS ACADEMICAS*, 9.

13. MUNDIAL, BANCO. (2016). *HONDURAS PANORAMA MUNDIAL*. TEGUCIGALPA, HONDURAS: S.D.

14. MUNDIAL, BANCO. (S.f de S.f de 2016). *TASA DE MORTALIDAD MATERNA (ESTIMADA MEDIANTE.....EL BANCO MUNDIAL)*. Recuperado el 16 de Marzo de 2016, de TASA DE MORTALIDAD MATERNA (ESTIMADA MEDIANTE.....EL BANCO MUNDIAL):

<http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT>

15. NOLASCO, M. L. (2006). *MORBILIDAD MATERNA EN GESTANTES ADOLESCENTES*. 13-

18.

16. OMS. (1 de SEPTIEMBRE de 2014). EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. *CENTRO DE PRENSA*, pág. 12.
17. OMS. (S.d. de Septiembre de 2014). *EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA*. Obtenido de EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
18. OMS. (S.f de NOVIEMBRE de 2015). *OMS/MORTALIDAD MATERNA - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD*. Recuperado el 16 de MARZO de 2016, de OMS/MORTALIDAD MATERNA - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
19. OPS. (23 de JUNIO de 2008). *MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL EN ALC Y ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN*. Obtenido de MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL EN ALC Y ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN.: http://www.who.int/pmnch/activities/sintesis_situacionmortalidad_en_alc.pdf
20. OPS, OMS. (09 de Mayo de 2014). *ONCE PAISES DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE REGISTRARON AVANCES EN LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA*. Obtenido de ONCE PAISES DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE REGISTRARON AVANCES EN LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=839:oncepais-es-de-america-latina-y-el-caribe-registraron-avances-en-la-reduccion-de-la-mortalidadmaterna-segun-nuevo-informe-de-la-onu&catid=697:noticias
21. PIO IVAN GOMES, R. M. (S.d. de ENERO de 2011). *FACTORES RELACIONADOS CON EL EMBARAZO Y LA MATERNIDAD EN MENORES DE 15 AÑOS*. Recuperado el 12 de ABRIL de 2016, de FACTORES RELACIONADOS CON EL EMBARAZO Y LA MATERNIDAD EN MENORES DE 15 AÑOS: <http://www.sguruguay.org/documentos/6factores-relacionados-maternidadmenores-15-anos-lac.pdf>
22. PNUD. (2015). *INFORME SOBRE DESARROLLO HUMANO*. NUEVA YORK: S.d.
23. SESAL. (2005). *PLAN NACIONAL DE SALUD 2021*. HONDURAS: S.d.
24. SESAL. (S.f. de MAYO de 2007). *ESTRATEGIA NACIONAL PARA LOS CUIDADOS OBSTETRAS Y NEONALES ESENCIALES. ESTRATEGIA NACIONAL PARA LOS CUIDADOS OBSTETRAS Y NEONALES ESENCIALES*. TEGUCIGALPA, MDC, HONDURAS: S.d.

25. SESAL. (2007). *VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA 2004- 2006*. TEGUCIGALPA, HONDURAS.
26. SESAL. (S.f de S.f de 2009). *MANUAL DE NORMAS DE ATENCION INTEGRAL PARA LOS Y LAS ADOLESCENTES. DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LOS Y LAS ADOLESCENTES*. TEGUCIGALPA, FRANCISCO MORAZAN, HONDURAS: S.d.
27. SESAL. (S.F de MAYO de 2011). *NORMAS NACIONALES PARA LA ATENCIÓN MATERNO - NEONATAL*. TEGUCIGALPA, MDC., HONDURAS: S.D.
28. SESAL. (05 de OCTUBRE de 2012). *ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE HONDURAS (ENAPREAH). ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE HONDURAS (ENAPREAH)*. TEGUCIGALPA, M.D.C, HONDURAS: S.d.
29. SESAL. (2013). *MEMORIA INSTITUCIONAL 2010 - 2013*. TEGUCIGALPA: S.d.
30. SESAL. (S.F. de JULIO de 2014). *MANUAL PARA LA CAPACITACIÓN EN CUIDADOS OBSTETRICOS Y NEONATALES ESENCIALES EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON INTERNAMIENTO*. TEGUCIGALPA, HONDURAS: SESAL.
31. SESAL. (2014). *PLAN NACIONAL DE SALUD*. TEGUCIGALPA, HONDURAS: S.d.
32. UNFPA. (11 de Agosto de 2014). *NICARAGUA EL PAIS CON MAS EMBARAZOS ADOLESCENTES EN AMERICA LATINA. EL NUEVO DIARIO*, pág. S.d. Obtenido de <http://www.elnuevodiario.com.ni/nacionales/327098-nicaragua-pais-mas-embarazosadolescentes-america/>.
33. UNICEF. (2010). *ODM 5 MEJORAR LA SALUD MATERNA*. TEGUCIGALPA, HONDURAS: S.d.
34. UNICEF. (2011- 2015). *ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD MATERNA, NEONATAL E INFANTIL*. PANAMA: S.d.
35. UNICEF. (2011). *ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA*. NUEVA YORK: S.D.
36. UPEG, S. D. (S.F de JULIO de 2011). *PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE REDUCCIÓN ACELERADA DE LA MORTALIDAD MATERNA Y DE LA*

NIÑEZ. *PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN RAMNI*. TEGUCIGALPA, M.D.C., HONDURAS: S.d.

37. VALENZUELA, M. F. (S.F. de DICIEMBRE de 2011). LA POBREZA Y OTROS FACTORES DE RIESGO PARA EL EMBARAZO ADOLESCENTE EN COLOMBIA. *LA POBREZA Y OTROS FACTORES DE RIESGO PARA EL EMBARAZO ADOLESCENTE EN COLOMBIA*. S.D, PANAMA: S.D.
38. Zulema, C. R. (2011). FACTORES SOCIO ECONÓMICOS Y DE SERVICIOS DE SALUD ASOCIADOS CON LA MORTALIDAD MATERNA . 77 - 85.