

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POSGRADO EN SALUD PÚBLICA



**MORTALIDAD POR VIH/SIDA EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL HONDURAS,
2009**

PRESENTADO POR

DALILA SUYAPA ROMERO DÍAZ

PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE

MASTER EN SALUD PÚBLICA

ASESORA

MSc. ELBA RUBÍ MORÁN

TEGUCIGALPA, M.D.C. AGOSTO 2016

HONDURAS, C.A.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS UNAH

RECTORA

Msc. JULIETA CASTELLANOS RUIZ

VICE RECTORA ACADEMICA

Dra. RUTILIA CALDERÓN PADILLA

VICE RECTOR DE ORIENTACIÓN Y ASUNTOS ESTUDIANTILES

Abog. AYAX IRIAS COELLO

VICE RECTOR DE ASUNTOS INTERNACIONALES

Dr. JULIO RAUDALES

SECRETARIA GENERAL

Licda. ENMA VIRGINIA RIVERA

DIRECTORA DEL SISTEMA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADOS

Msc. LETICIA SALOMÓN

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Dr. MARCO TULIO MEDINA

SECRETARIO ACADÉMICO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Dr. JORGE ARMANDO VALLE RECONCO

**COORDINADORA GENERAL DE POSGRADOS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS
MÉDICAS**

Dra. ELSA PALAOU

COORDINADOR GENERAL DEL POSGRADO EN SALUD PÚBLICA

Dr. HÉCTOR ARMANDO ESCALANTE VALLADA

Contenido

I. INTRODUCCIÓN	5
II. OBJETIVOS.....	8
A. Objetivo General	8
B. Objetivos Específicos.....	8
III. MARCO TEÓRICO	9
3.1 MUJERES EN EDAD FÉRTIL (MEF)	9
3.2 MUERTE MATERNA.....	10
3.3 EI VIH/SIDA.....	11
3.4 OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO	17
3.4.1 Erradicar la pobreza extrema y el hambre	18
3.4.2 Lograr la enseñanza primaria universal	18
3.4.3 Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer	18
3.4.4 Reducir la mortalidad infantil	18
3.4.5 Mejorar la salud materna	18
3.4.6 Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades	19
3.5 VULNERABILIDAD DE LA MUJER DE ADQUIRIR VIH: (Iris Padilla; Irina Bande, 2005).....	20
3.6 SERVICIOS DE SALUD	21
IV. METODOLOGÍA	24
4.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.....	24
4.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE	29
V. RESULTADOS.....	36
5.1 MORTALIDAD DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON VIH/SIDA DURANTE EL 2009 HONDURAS	36
5.1.1 Variable Persona	37
5.1.2 Variable Lugar	49
5.1.3 Variable Tiempo.....	54

5.1.4 Variable UPS	56
5. 2 MORTALIDAD MATERNA POR VIH/SIDA HONDURAS, 2009	61
VI. ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	63
6.1 ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS MORTALIDAD POR VIH/SIDA EN MEF, HONDURAS 2009	63
6.1.1 Persona	63
6.1.2 Lugar	66
6.1.3 Tiempo.....	68
6.1.4 Unidad Productora de Salud	68
6.2 MORTALIDAD MATERNA POR VIH/SIDA HONDURAS, 2009	69
VII. CONCLUSIONES.....	70
VIII. RECOMENDACIONES	71
IX. BIBLIOGRAFÍA.....	73
X. ANEXOS	78
ANEXO N° 1: IVM-1	78
ANEXO N°2 IVM-2 A.....	79
ANEXO N°3 Distribución de MEF con VIH/SIDA que fallecieron en Honduras durante el 2009 según su lugar de nacimiento y municipio.....	80
Anexo N° 4 Distribución de MEF con VIH/SIDA que fallecieron en Honduras durante el 2009, según fecha de defunción.	82
ANEXO 5: PRINCIPALES ONG trabajando en VIH/SIDA EN TEGUCIGALPA Y SAN PEDRO SULA.....	86

I. INTRODUCCIÓN

En el presente estudio se analizó la Mortalidad de Mujeres en Edad Fértil (MEF) y la Mortalidad Materna ambas relacionadas al VIH/SIDA, el cual es un tema prioritario en Salud Pública.

En el año 2000 Honduras suscribió los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), con metas puntuales entre ellas la mejora de la salud materna (ODM5), y combatir el VIH/SIDA, Paludismo, y otras enfermedades (ODM6); es por ello que la Secretaría de Salud (SESAL) ha realizado acciones tendientes a mejorar la salud materna, tales como realizar una investigación denominada “Actualización de la Razón de Mortalidad Materna” ya que el último dato oficial de mortalidad materna fue en 1997 (Secretaría de Salud S. S., 2010).

En dicho estudio se encontró que la mortalidad asociada a VIH/SIDA estaba entre las causas prioritarias de mortalidad de mujeres en edad fértil y Mortalidad materna. En el año 2012 el Postgrado en Salud Pública (POSAP) realizó un convenio con SESAL, en el cual maestrantes podrán tener acceso a información de Secretaría de Salud específicamente en el tema de mortalidad materna y neonatal, y así esta será analizada por profesionales del más alto perfil.

En el estudio de mortalidad materna del 2010 se encontró que 8.7% (171/1962) de las muertes de MEF eran debidas a enfermedades infecciosas; y de estas enfermedades infecciosas un alto porcentaje fueron relacionadas al VIH/SIDA.

Las principales causas de mortalidad materna siguen siendo la retención de restos placentarios, atonías uterinas, trastornos hipertensivos, todas estas causas prevenibles de mortalidad, y se observó que el VIH/SIDA sigue siendo una causa importante de mortalidad obstétrica indirecta.

Esto hace necesario realizar un estudio de mortalidad por VIH/SIDA en Mujeres en Edad Fértil en Honduras con datos del 2009, dentro de las cuales está incluida la mortalidad materna con causa indirecta de VIH/SIDA; el objetivo principal fue analizar los factores epidemiológicos relacionados con la mortalidad por VIH/SIDA en MEF, en Honduras durante el 2009.

Dentro de los objetivos específicos se tomaron las variables de la Epidemiología Descriptiva; persona, lugar y tiempo, además se consideró especificar algunas características de las unidades productoras de salud donde acudieron estas mujeres.

El presente estudio es una investigación descriptiva, cuantitativa, retrospectiva transversal: a nivel nacional en el que se incluyeron todas las mujeres con VIH/SIDA, residentes en Honduras con edades comprendidas entre 10 – 49 años y que fallecieron en Honduras durante el 2009.

La información fue recogida y procesada en una base de datos de Excel Windows 8 por SESAL; posteriormente se procedió a su depuración y se analizó en SPSS versión 22; se realizaron tablas y gráficos con frecuencias y porcentajes.

Del primero de enero al 31 de diciembre del 2009, según SESAL fallecieron un total de noventa y nueve (99) MEF con VIH/SIDA de las cuales tres (3) fueron muertes maternas relacionadas al VIH/SIDA. Para fines prácticos en el presente estudio se va a presentar las 96 MEF (sin incluir las muertes maternas) y por separado las tres muertes maternas.

El 87.1% de estas mujeres recibieron atención médica al momento de enfermar, el perfil fue mujeres de 30 a 34 años en un 22.1%, raza mestiza en un 71%, solteras en un 31% de los casos, 43 % con un nivel de escolaridad menor a la primaria incompleta y 81.3% eran amas de casa.

En el grupo de MEF se observa las causas de muerte básica principales: Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) sin otra especificación, enfermedad por VIH resultante en infección por mico bacteria, enfermedad por VIH resultante en otras enfermedades infecciosas. En la mortalidad materna cuya causa indirecta fue el VIH/SIDA se relacionó a Neuroinfección, toxoplasmosis e insuficiencia respiratoria.

El 69.7% de las defunciones ocurrieron a nivel institucional y el 30.3% a nivel comunitario.

Se encontró que según la procedencia de las mujeres la epidemia del VIH/SIDA sigue concentrada en las grandes ciudades, San Pedro Sula 16.8%(16) y

Tegucigalpa 15.8% (15), pese a que según densidad poblacional están más afectados los grupos indígenas.

Se observó que del total de defunciones 43 ocurrieron en 9 de los 28 hospitales públicos del país, y 5 en el Instituto Hondureño de Seguridad Social.

La semana epidemiológica que reportó mayor defunciones fue la 43 que corresponde a la última semana de octubre. El 76.4% (73) de las fichas IVM-1 e IVM-2 fueron llenadas el 2011, a pesar de que la defunción fue el 2009.

La mortalidad materna cuya causa indirecta fue el VIH/SIDA ocurrieron 3 casos comprendidas entre los 22 y 32 años, con escolaridad mínima de primaria, ocupación ama de casa. Dos de ellas fallecieron durante el embarazo entre la semana 24 y 26 de gestación y uno en 14 días de su puerperio.

Las causas de defunción fueron Neuroinfección, toxoplasmosis cerebral, insuficiencia respiratoria, las tres fueron clasificadas como muertes obstétricas indirectas. 2 fallecieron en hospital nacional y una a nivel comunitario.

Concluyendo con el estudio la Mortalidad de Mujeres en Edad Fértil con VIH/SIDA continua siendo una causa de muerte importante, disminuyendo los años de vida, dejando niños huérfanos, a la vez la Mortalidad Materna de mujeres con VIH/SIDA también es una causa importante de mortalidad indirecta en este grupo de mujeres, por lo que se incentiva a la Secretaría de Salud a continuar con las acciones de prevención del VIH/SIDA, mejorar el acceso a los servicios de salud oportunamente, y mejorar la Vigilancia Epidemiológica Y notificación de casos para que esta estadísticas sean del dominio público, y las cifras por si misma sirvan como un mecanismo de alerta en prevención de VIH/SIDA.

II. OBJETIVOS

A. Objetivo General

Caracterizar factores epidemiológicos relacionados con la mortalidad por VIH/SIDA en mujeres en edad fértil durante el año 2009, en Honduras.

B. Objetivos Específicos

1. Describir las características personales de las mujeres en edad fértil fallecidas por VIH/SIDA durante el 2009.
2. Identificar los lugares con mayor incidencia de mortalidad de mujeres en edad fértil por VIH/SIDA durante el 2009.
3. Identificar la mortalidad de mujeres en edad fértil con VIH/SIDA en relación al tiempo de ocurrencia durante el 2009.
4. Determinar las características de la unidad productora de salud que atendió a las mujeres en edad fértil con VIH/SIDA que fallecieron durante el 2009.

III. MARCO TÉORICO

La mortalidad de las Mujeres en edad fértil ha formado parte de la problemática de Salud Pública tanto a nivel mundial como nacional, en los últimos años se han logrado disminuciones importantes de estas cifras; sin embargo según la Organización Mundial de la Salud (OMS) diariamente fallecen un promedio de 1,500 mujeres en edad fértil (O.M.S, 2012); de las cuales 800 mujeres mueren por causas relacionadas al embarazo, parto y puerperio; y de estas el 99% ocurren en países en vías de desarrollo siendo mayor en zonas rurales y comunidades pobres; tal como es la situación de nuestro país.

En Honduras el número de MEF que fallecieron para el 2010 fue 1,962, lo que significa un promedio de 5.4 defunciones por día (Salud, Secretaría de; Sub Secretaría de Riesgos Poblacionales, Dirección General de Vigilancia de la Salud, 2013). Según algunos autores la principal causa de mortalidad de MEF son las causas relacionadas al embarazo y parto (Ortiz, 2002), es decir causas maternas, cifras realmente alarmante en comparación a países desarrollados.

3.1 MUJERES EN EDAD FÉRTIL (MEF)

Según la Organización Mundial de la Salud se define a todas las personas del sexo femenino entre 12 a 49 años; sin embargo este rango de edad ha sido modificado por los diversos países de acuerdo a su situación real, para el caso Secretaría de Salud de Honduras (SESAL) ha definido este grupo y tomando en cuenta el alto número de niñas embarazadas, y/o con vida sexual activa bajando este rango de edad a las mujeres cuya edad está comprendida entre los 10 y 49 años.

Para el año 2010 Honduras contaba con 2,527,674 MEF. (Salud, Secretaría de; Subsecretaría de Riesgos Poblacionales, Dirección General de Vigilancia de la Salud, 2013). Y para ese mismo año el número de casos de VIH/SIDA era de 630 personas, y aproximadamente 266 mujeres para un total de 6.5 mujeres por cada 100,000 habitantes (Salud, 2010)

Las cifras para Honduras son alarmantes ya que en nuestro país el 29.7% de las muertes de MEF son debidas a lesiones externas (accidentes, homicidios, traumatismo etc) 14% de procesos neoplasicos, el 14.2% de enfermedades infecciosas entre las que se incluyen el VIH/SIDA (con el 54% de estas infecciones) (Salud, Secretaría de; Sub Secretaría de Riesgos Poblacionales, Dirección General de Vigilancia de la Salud, 2013).

Al analizar estas causas de mortalidad se observa que la mayoría son prevenibles, y que están influenciada por variables como la edad, nivel educativo, la ocupación influyen directamente en el comportamiento sexual, reproductivo de nuestra mujeres; de estas variables muchas veces dependerá la planificación familiar, el número de hijos por tener, la decisión de tener o no relaciones sexuales y lo que es peor aun la decisión de buscar o no asistencia médica; todos ellos condicionantes para disminuir la mortalidad en MEF y la mortalidad materna (Guatemala, 2010, octubre).

3.2 MUERTE MATERNA

Dado que en este rango de mujeres en edad fértil se encuentran las mujeres en edad reproductiva se incluye en este grupo la muerte materna definida “muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo, o su atención pero no causas accidentales o incidentales” (Salud S. , 2012).

A nivel mundial la mortalidad materna es un gran problema ya que trae consigo problemas sociales, económicos, que de una u otra forma influyen en el desarrollo humano y de país; a pesar de que como se mencionó anteriormente la mayoría de las veces son causas prevenibles (hemorragias, infecciones, abortos); El VIH/SIDA ha tomado un lugar protagónico como causante de mortalidad, constituyéndose en países como Argentina en la principal causa de muerte de MEF entre 25 y 30 años (UNICEF/OPS, 2011).

A nivel nacional se han hecho esfuerzos para sumarse al comportamiento mundial de reducción de la mortalidad materna en donde se ha reducido en un 50% desde 1990 al 2010. En Honduras para el año 1990 era de 182/100,000 nacidos vivos, para 1997 108 /100,000 nacidos vivos y para el 2010 119/100,000 nacidos vivos (ODM Tercer Informe de País, Honduras 2010) lo cual demuestra importantes avances para el país, pero aun estos no fueron suficientes para alcanzar la meta propuesta en los Objetivos del Milenio para el 2015.

Entre los factores destacados que han influido en la disminución de la mortalidad encontramos medidas tomadas por Secretaría de Salud que ha implementado campañas orientadas a la planificación familiar, aumentar el número de mujeres en control prenatal, el parto institucional o al menos la atención del parto por personal calificado, vigilancia epidemiológica activa, educación, la mejora de acceso de las mujeres a servicios de salud, programas de control y tratamiento de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA etc.

La mortalidad materna se ha clasificado en causas directas que son las complicaciones propias del embarazo y causas indirectas que son aquellas que “resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debida a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo” (Salud S. , 2012).

3.3 EL VIH/SIDA

Constituye una de las principales causas indirectas de mortalidad materna y causa de mortalidad y morbilidad de MEF en el mundo entero, siendo la vía sexual (las relaciones no seguras) la principal vía de transmisión de la enfermedad en los países en desarrollo (OMS, 2009).

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un retrovirus que ataca a las defensas del organismo y altera la capacidad para defenderse de enfermedades ocasionadas por otros virus, bacterias, parásitos y hongos. Una etapa avanzada de la infección es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), cuya letalidad es alta, el alto costo económico de su tratamiento (no se cura), el costo social el cual

no se puede medir, la estigmatización de las personas que conviven con el VIH/SIDA, la enfermedad en personas económicamente activas sobre todo en mujeres cabeza de familia son repercusiones que influyen de una u otra forma en el desarrollo sostenible de un país.

De acuerdo a estadísticas de la Organización de las Naciones Unidas para la prevención del SIDA ONUSIDA para el año 2002 existían un total de 42 millones de persona conviviendo con el VIH; 19.2 millones (45.9%) mujeres con VIH/SIDA; 14,000 personas resultan infectadas diariamente con VIH, de las que el 38.7% son mujeres, del total de las personas infectas el 95% ocurre en países en vías de desarrollo. (Artemisa, 2003)

En el mundo la región más afectada es África Subsahariana que concentra más del 70% de los casos a nivel mundial, constituye la principal causa de muerte materna. Un estudio de cinco años de duración en Sudáfrica, reveló que la tasa de mortalidad materna fue 6 veces superior entre las mujeres con VIH sobre las que no tenían el virus.

De acuerdo al último informe sobre la salud mundial de la OMS 2002 el SIDA es responsable del 5.2% de las muertes que ocurren en todo el mundo (Artemisa, 2003)

En cuanto a la prevalencia a nivel mundial se encontró las siguientes cifras:

CUADRO N° 1

PREVALENCIA, NÚMERO DE CASOS Y MUERTES POR SIDA EN REGIONES DEL MUNDO

Regiones del Mundo	Prevalencia de VIH (edades de 15-49 años)	Total de casos de VIH	Muertes por SIDA en 2005
África Subsahariana	6.1%	24.5 millones	2.0 millones
En todo el mundo	1.0%	38.7 millones	2.8 millones
Norte América	0.55%	1.3 millones	27,000
Europa Occidental	0.3%	5.8 millones	12,000

Fuente: (ONUSIDA, INFORME MUNDIAL SOBRE LA EPIDEMIA MUNDIAL DE SIDA 2013)

En el 2006 casi 1,7 millones de personas vivían con VIH/SIDA en América Latina y el Caribe, en especial en Brasil, México, Colombia y Argentina. En el Caribe un aproximado de 27,000 personas convive con el SIDA, siendo una de las principales causas de muertes en adultos jóvenes entre 15-44 años. En los últimos 20 años el SIDA ha cobrado un promedio de 600,000 muertes en la región. (Pablo Aldaz; Jesus Castillas; Fatima Irosurri, 2007)

Haití es el país del Caribe con la tasa de prevalencia más alta en la población adulta 3.8%.

Según las investigaciones lo que está provocando que la epidemia se mantenga y se propague tan rápidamente son las relaciones sexuales sin protección, tanto en relaciones homosexuales como heterosexuales. (Dr. José Moya, 2007); Sin embargo según ONUSIDA el 70% de las transmisiones son por vía heterosexual.

Las últimas estimaciones de ONUSIDA publicadas en noviembre del 2006, indican que la frecuencia de VIH en El Salvador, Guatemala y Panamá es un poco menor al 1%, en Honduras 1.5% y Belice 2.5% (ONUSIDA, Informe Mundial sobre la Epidemia Mundial de SIDA 2013, 2013). Lo cual demuestra una frecuencia mayor en nuestro país.

Se estima que en América Latina y el Caribe se infectan un promedio de 500 personas por día.

El primer caso en Honduras se dio en 1984 en un Odontólogo, homosexual que viajaba mucho residente de El Progreso, Yoro; se estima que para 1997 existían un promedio de 10,537 casos de VIH/SIDA, transmitidos principalmente por la vía sexual (92.1%), heterosexual en un 83%, bisexual 6.1%, y homosexual 3.4%, para este mismo año la distribución geográfica en un 60% de los casos Tegucigalpa, San Pedro Sula, El Progreso, Ceiba, Comayagua (SIERRA, 1997)

El aumento de casos de VIH/SIDA ha sido ascendente y la razón hombre mujer se ha ido equiparado a medida aumenta los casos ver cuadro 2.

CUADRO N°2
CASOS DE SIDA DE ACUERDO AL AÑO, SEXO Y RAZÓN HOMBRE-MUJER
EN HONDURAS

Año	N° de Casos en Hombres	N ° de Casos en Mujeres	Razón Hombre – Mujer
1985	4	0	-----
1986	9	4	2.3
1988	139	73	1.9
1990	464	272	1.7
1992	578	275	2.1
1994	663	402	1.6
1997	533	360	1.5

Fuente: Epidemiología del VIH/SIDA en Honduras, situación actual y perspectivas M. Sierra

Para el 2007 el 0.7% de la población entre 15-49 años sufre de VIH/SIDA (UNFPA, 2009 junio); de acuerdo a Secretaría de Salud de Honduras, para el 2009 había un aproximado de 20,095 casos de SIDA confirmados, manteniéndose el grupo de 20 a 39 años como el más afectado (Engels Sandoval, Yeni Chavarria, Kenneth

Bustillo, 2009) sin embargo otras fuentes reportan que el número de casos acumulados para el 2009 fueron 27,712 casos aproximadamente.

La prevalencia de SIDA en Honduras ha sido variable de 1990 0.2%, 2002 de 1.5% disminuyendo para el 2009 a 0.7%.

Honduras ha sido azotado fuertemente por la pandemia del SIDA hasta el punto que ha llegado a representar hasta 50% de los casos de SIDA de la Región, y según estadísticas ha logrado superar en más del doble el número de casos de sus hermanos países como podemos observar en el CUADRO N°3

CUADRO N° 3

CASOS DE SIDA REPORTADOS EN CENTRO AMERICA A MARZO DEL 2001

País	Frecuencia	Año de primer caso	Fecha de reporte
El Salvador	4,870	1984	Diciembre 2001
Guatemala	4,369	1984	Diciembre 2001
Honduras	13,025	1984	Diciembre 2001
Nicaragua	368	1987	Diciembre 2001
Panamá	4,606	1984	Marzo 2002
Costa Rica	2,263	1983	Diciembre 2001
Belice	451	1985	Diciembre 2001

Fuente: Análisis De Las Políticas Nacionales De ITS/SIDA Desde Un Enfoque De Género, 22 Agosto 2003

Al analizar el acelerado aumento en el número de casos se pueden relacionar con dos datos, el Departamento de ITS de Secretaría de Salud fue creado en el año 1958, es decir hace más de 50 años el país visualizó la promiscuidad como un problema de Salud Pública, hay cifras tan alarmantes que para el 2002 se tenía un registro de 46,000 casos de ITS diagnosticadas en el sector público, de las cuales

el 76% eran mujeres, la importancia de estas cifras es que la principal forma de transmisión del SIDA (si recordamos el 92% vía sexual) es la misma de cualquier ITS es decir que para ese año pudimos tener un total de 46,000 casos de SIDA.

Cifras de 2002 refieren que el 67.7% las personas afectadas por VIH están comprendidas entre los 20-39 años (grupo en edad fértil), la mayor concentración de casos de VIH se reportan en Cortés, Yoro y Santa Bárbara (47.4%) en Tegucigalpa se encuentran concentrados el 21.5% de los casos al analizar esta información se observa que se trata de personas jóvenes, laboralmente activas, concentradas en las grandes ciudades de nuestro país, donde hay mayor actividad económica y mayor producción, lo cual a la larga afecta al desarrollo del país ya que la población económicamente activa es la que se está enfermando.

A pesar de los años transcurridos desde su aparición el SIDA continua siendo una enfermedad que no tiene cura, pero es tratable, los avances en medicamentos retrovirales han disminuido notablemente la morbi-mortalidad por VIH, pero continua en las listas de principales causas de muerte en población joven económicamente activa; debido a que el costo de tratamientos retrovirales es alto y el acceso es limitado, y de cierta forma sigue siendo un tema tabú el decir que hay medicamentos para el SIDA, y para la mayoría de estos enfermos desconocido el hecho de que el Estado cuenta con centros de atención a personas con VIH/SIDA, y hasta para personal de salud es desconocido donde remitir estos pacientes ya que existen los Centros de Atención Integral (CAI) .

En Honduras la terapia retroviral ha crecido de 200 pacientes atendidos en 4 centros de Atención Integral (CAI) en el 2002 hasta 7,095 pacientes en 33 CAI, (6,280 adultos y 815 niños). El abandono de la terapia retroviral es alto ya que anda en un 17% en adultos y un 5% de niños, sin haber datos que expliquen realmente a que se debe este abandono de tratamiento.

ONUSIDA refiere que para el 2011 murieron un promedio de 1.8 millones de personas en comparación con 2.2 millones que fallecieron el 2000, hay una pequeña disminución en cuanto mortalidad que se ha visto relacionada con el uso de retrovirales. (Uruguay, 2012)

Secretaría de Salud preocupada por la transmisión vertical del VIH, y el número de casos nuevos que esto significa ha implementado en su control prenatal hacer diagnósticos oportunos, por lo que se realizan dos exámenes de VIH/SIDA (ELISA) durante los nueve meses de embarazo uno al llegar y el otro al final del segundo trimestre siendo la mujer únicamente un medio y no un fin de la prevención, es así que muchas mujeres al tener que cuidar del fruto de su vientre se ponen en control prenatal y es hasta ese momento que se dan cuenta que tienen la enfermedad.

Se conoce que el 12% de las mujeres embarazadas con VIH/SIDA transmiten a sus hijos en forma vertical el VIH. Dos de cada tres mujeres embarazadas con VIH/SIDA no saben que tienen la enfermedad hasta que van a control prenatal y se les indica para evitar la transmisión vertical (ONUSIDA, Como las mujeres que viven con el VIH ayudan al mundo a poner fin al SIDA, 2013) parte del control prenatal incluye terapia retroviral durante el embarazo.

Según la OMS para el 2005 un aproximado de 17,5 millones de mujeres tenía VIH a nivel mundial. Para ese mismo año en Estados Unidos la incidencia de VIH aumento un 10% en comparación a un 7% en los hombres.

Es alarmante el aumento de casos de VIH en mujeres en especial en el grupo de MEF, se está hablando a nivel mundial de la feminización de la epidemia, ya que se está observando como la relación hombre mujer ha disminuido hasta casi equipararse, por lo que se ha llegado a buscar los factores que hacen que la mujer sea más susceptible a adquirir el VIH, pero al final hay casi un consenso en donde se sabe que lo que más influye van a ser las condicionantes sociales de la enfermedad.

Estas cifras han hecho que el mundo entero este trabajando en las formas de prevención, cura y tratamiento de esta enfermedad. Logrando firmar compromisos para disminuir los casos de la enfermedad, comprometiéndose con los Objetivos del Milenio.

3.4 OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

Si se hace una revisión y análisis de cada uno de los **Objetivos de Desarrollo del Milenio** y su relación con la mortalidad materna y el VIH/SIDA encontramos:

3.4.1 Erradicar la pobreza extrema y el hambre

La pobreza por sí misma es un condicionante de mortalidad materna y de VIH/SIDA, el factor pobreza es clave en estas mortalidades ya sea por falta de acceso a los servicios de salud, limitaciones en adquirir los medicamentos necesarios, no control prenatal, desconocimiento de mecanismo de transmisión y prevención de la enfermedad etc.

3.4.2 Lograr la enseñanza primaria universal

Los estudios demuestran que mayor grado de escolaridad menor probabilidad de mortalidad materna y adquisición del VIH, ya que mujeres con un nivel educativo tienen mayor acceso a la información, conoce la enfermedad, conocen métodos de planificación, y ello las lleva a buscar de cuidados prenatales, utilizar métodos de planificación, a decidir relaciones sexuales más seguras.

3.4.3 Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer

La igualdad y equidad entre los géneros, disminuye la vulnerabilidad acumulada de la mujer de adquirir Infecciones de Transmisión Sexual, disminuye la mortalidad materna por mayor acceso a los servicios de salud, la igualdad de los género nos da la posibilidad de acceder a educación, trabajo, derecho de opinar y de ser escuchadas, todo ello repercute directamente en la salud femenina y consecuentemente en la salud de la familia.

3.4.4 Reducir la mortalidad infantil

Este podría ser un resultado indirecto ya que parte de la problemática de la muerte de las mujeres es que ellas dejan solos a sus hijos, y al no estar la madre, los niños sufren más desnutrición, no asisten a la escuela etc. Ya que la madre es quien mejor cuida de los hijos. Y a la vez hay transmisión vertical de la enfermedad, niños no nacen por estar aún en el útero de su madre, y por otro lado niños nacen con VIH/SIDA aumentando la morbilidad y mortalidad de estos niños.

3.4.5 Mejorar la salud materna

Este es el propósito fundamental ya que al mejorar la salud materna estamos disminuyendo directamente la muerte materna.

3.4.6 Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

Convoca a acciones sin precedentes para detener y comenzar a revertir el curso de la epidemia del VIH (malaria y otras enfermedades) para el 2015, el cual lleva varios componentes:

- Reducir la transmisión sexual del VIH en un 50% para el año 2015
- Reducir la transmisión de VIH por la inyección y/o drogas en un 50%
- Eliminar el VIH en niños, disminuyendo la mortalidad materna durante el embarazo, parto y puerperio objetivo en el cual se ha logrado impartir retrovirales a la mujer embarazada
- Proporcionar medicamento retroviral a 15 millones de personas para el 2012 un total de 9.7 millones reciben tratamiento

En el ODM6 ha logrado proporcionar algunos avances tanto a nivel nacional como mundial por ejemplo Brasil ha logrado estancar el número de casos de VIH/SIDA notificados desde el año 2000, en Barbados el diagnóstico de VIH en mujeres embarazadas ha disminuido, y se ha iniciado la terapia retroviral en el mismo grupo; en Haití se ha logrado descender la intensidad de contagio a un 3.7% (Dr. José Moya, 2007)

Sin embargo según las estadísticas la pandemia del SIDA es tan dinámica que se ha llegado a afirmar que por cada persona que comienzan a recibir tratamiento retroviral hay dos nuevos casos de VIH (Mireya Orio; José Peña; Mario Sanz, 2007).

Por lo que resulta imperante realizar una estrategia dirigida a disminuir la transmisión de la enfermedad ya que es bien conocido que respecto al SIDA es más importante prevenir la enfermedad que tratarla, los tratamientos retrovirales solamente son paliativos y al tener presente la enfermedad en nuestros países se aumenta el gasto en salud, disminuye calidad de vida de nuestra población, tenemos muertes e imposibilita al final invertir realmente en salud por medio de estrategias de promoción de la salud.

3.5 VULNERABILIDAD DE LA MUJER DE ADQUIRIR VIH: (Iris Padilla; Irina Bande, 2005)

Hay varias condicionantes que hacen que la mujer sea más vulnerable a adquirir VIH/SIDA, entre las que podemos mencionar algunas:

Vulnerabilidad Biológicas (Artemisa, 2003): en relaciones sexuales heterosexuales la mujer es de dos a cuatro veces más vulnerable a la infección por el VIH que el hombre, ya que durante la relación sexual se sabe que el área genital de la mujer es más extensa que la del hombre y es receptora de semen, el cual permanece dentro del cuerpo de la mujer, y a su vez contiene más virus que las secreciones vaginales de la mujer.

Por otro lado los tejidos genitales de la mujer son frágiles y pueden desgarrar con más facilidad sobre todo en una relación no consentida creando nueva vía de transmisión del virus.

Vulnerabilidad por Género y sexualidad: la mujer es multifacética ya que es madre, esposa, hija, ama de casa, trabaja, etc. Esto da espacio para no cuidar su propia salud por no tener el tiempo necesario y necesita cuidar a los demás (Campero, 2002). Por otro lado el derecho que tiene la mujer de decidir o no la relación sexual, vivimos en un país machista en donde la mujer es víctima de violencia física, moral y sexual dejándola sin muchas opciones, comportamientos en donde la promiscuidad del hombre es socialmente aceptada, el abuso sexual es repetitivo y cotidiano suman en que nuestras mujeres sean vulnerables para adquirir la enfermedad y para no recibir el tratamiento adecuado.

Vulnerabilidad Social: la mujer en la familia es la responsable de administrar el hogar, el cuidado de la casa, de la familia, la responsable de la educación de los hijos, de la salud de la familia, además de toda esa carga se ve acorralada por factores económicos, pobreza, educación etc.; por un lado está la mujer que depende económicamente de su pareja y se ve obligada a continuar relaciones por no tener alternativa y está el otro extremo de la mujer que trabaja y es víctima de acoso sexual e intimidación por su necesidad laboral, y el mismo hecho de tener que vender su cuerpo como un medio de subsistencia.

Vulnerabilidad acumulada: la más importante, este nuevo termino se refiere a que la mujer es vulnerable en todos los aspectos tiene las condiciones físicas y biológica, las condiciones de pobreza, genero, educación, acceso a servicios de salud, social etc. cada una de ellas se suman y la convierten en un ser altamente susceptible de adquirir VIH/SIDA o cualquier otra infección de transmisión sexual, vulnerable a no poder hablar sobre el tema, vulnerable a no poder buscar tratamiento o simple información adecuada, vulnerable a tener que morir joven por una enfermedad de transmisión sexual.

Los múltiples estudios demuestran el perfil de las personas que sufren VIH/SIDA; encontrando en su mayoría personas del área rural, edad económicamente activa o edad fértil, de 20 a 34 años, con bajos niveles de escolaridad, con actividad laboral de ingresos mínimos, y con poco acceso a servicios de salud.

(EUGENIA CANAVAL, GLADYS, VALENCIA, CLAUDIA PATRICIA, FORERO, LILIANA, GUARDELA, NIBIA, MAGAÑA, ADALGISA, & VARGAS, YADIRA, 2005)

Todo ello nos lleva a implicaciones sociales de la propagación de la epidemia ya que se está afectando la población económicamente activa, con hijos menores, dando como resultado sociedades con menor mano de obra, hogares huérfanos sin madre ni padre, carga social alta etc.

En cuanto a los servicios de salud de los hondureños encontramos que Secretaría de Salud es la rectora de la salud de los hondureños, el 60% de la población es atendida por este sector, el 18% de la población tiene acceso al IHSS y menos del 5% por el sector privado, hay un 17% sin acceso a servicios de salud, que son las personas del área rural y con mayor índice de pobreza (UNFPA, 2009 junio).

3.6 SERVICIOS DE SALUD

Los servicios de salud con los cuales cuenta la población hondureña relacionados a la prevención, control, tratamiento del VIH/SIDA están: (Maria Elena Mendez; Ana María Ferrera; Eva Cristina Urbina; María Virginia Díaz, 2003):

1. **Secretaría de Salud:**

A través del Departamento de ITS/VIH/SIDA /TB creado en 1995 es la unidad rectora en VIH/SIDA cumple su función por medio de las siguientes instancias:

- a) Vigilancia Epidemiológica encargada de vigilar, reportar, investigar dar seguimiento a cada uno de los casos reportados de enfermedad
- b) Manejo sindrómico: es una forma de manejo de los casos de ITS en los Establecimientos de Salud donde no se cuenta con laboratorio clínico; en donde se realiza estudio y tratamiento de cada patología de acuerdo a los signos y síntomas clínicos.
- c) Prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo/a : este va orientado a detectar cada mujer embarazada portadora del VIH darle seguimiento oportuno, retrovirales (zidovudina) y eliminar la lactancia materna en algunos casos se les proporciona leches alternativas para el recién nacido (Maria Gonzalez; S. Guillen; J.T. Ramos, 2005)
- d) Atención Integral de la personas con VIH/SIDA: existen a nivel nacional dos centros especializados uno en el Instituto Nacional del Tórax en Tegucigalpa y otro en el Hospital Leonardo Martínez en San Pedro Sula aquí se brinda tratamiento médico, hospitalizaciones grupos de autoayuda, enfoque hacia la salud mental
- e) Consejería en VIH/SIDA: inicia desde 1986, se considera pilar fundamental en el control de la enfermedad y la calidad de vida de los afectados. Considerando el proceso de aprender a vivir con VIH/SIDA y el autocuidado
- f) Comunicación e Información es la encargada de realizar acciones tendientes a la prevención, a disminuir los mecanismos de transmisión

Los problemas que estos servicios de salud han encontrado han sido diversos y van desde:

- Falta de personal médico debidamente especializado
- Falta de equipo diagnóstico

- Ausencia de laboratorios para diagnósticos y tratamientos oportunos
- Concentración de centros de tratamiento en la zona urbana específicamente Tegucigalpa y San Pedro Sula
- Campañas de prevención e información han sido diseñadas para población del área urbana dejando de lado la población rural del país
- Seguimiento de personas conviviendo con el VIH a través de visitas domiciliarias
- Falta de reporte de seguimiento de casos

En el país se cuenta con un marco legal para el control tratamiento del VIH/SIDA el cual está fundamentado en:

1. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 1994
2. Política Nacional sobre ITS y SIDA 1999
3. Ley Especial de VIH/SIDA 1999
4. Reglamento Especial de la Ley de VIH/SIDA Secretaría de Salud
5. Plan Estratégico Nacional de Lucha y Control del VIH/SIDA

Cada una de estas leyes ha ido dando respuesta a la problemática en su momento, y han contado con el apoyo internacional para el control del VIH/SIDA

2. Instituto Hondureño de Seguridad Social:

Su mayor esfuerzo ha sido dirigido al tratamiento médico, es decir la parte curativa de las personas que solicitan el servicio ha faltado un trabajo de prevención y promoción de estilos de vida saludable hacia sus afiliados. (engels Sandoval, Yeni Chavarria, Kenneth Bustillo, 2009)

La atención médica en este servicio la reciben la población laboral de nuestro país, cuyos patrones cotizan al régimen del Seguro Social, quienes muchas veces se miran afectados por la falta de acceso a este servicio, por falta de

permisos por parte de sus patrones para buscar asistencia médica, hay miedo a ser despedidas si se dan cuenta que tienen la enfermedad de SIDA y prefieren no buscar la asistencia.

El IHSS cuenta con 3 hospitales a nivel nacional que cubren el 16% de las hospitalizaciones de la población hondureña a nivel nacional, y en los últimos años se ha expandido a clínicas periféricas en las grandes ciudades como son Catacamas, El Progreso y Choloma etc. En los cuales brinda consulta externa y los servicios de hospitalización los tiene subrogados a clínicas privadas

3. **Sociedad Civil** existen diversas instituciones organizadas (anexo 5) que en este momento realizan un trabajo disperso para el control del VIH, a nivel de las alcaldías municipales se encuentra CONVIDA, a nivel nacional está el Foro Nacional de SIDA creado desde el 2001 y presente en las ciudades de: Tegucigalpa, Santa Rosa de Copan, San Pedro Sula, Comayagua, Ceiba, y Choluteca (lugares con mayor población a nivel nacional) , muchas de estas refieren que el número real de casos de VIH/SIDA es mayor, el número de niños huérfanos por la enfermedad es alarmante.

IV. METODOLOGÍA

4.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

El presente estudio se definió como una investigación descriptiva, de corte transversal.

El Área de estudio fue nacional ya que corresponde a las 20 regiones sanitarias de salud del país

La población en estudio estuvo conformada por los registros de muerte de las mujeres en edad fértil (MEF) entre los 10 y 49 años de edad portadoras de VIH/SIDA, residentes en Honduras, que murieron entre el 1° de Enero al 31 de diciembre del 2009 y que están registradas en la base de datos de Secretaría de Salud.

El universo estuvo conformado por un total de 99 muertes de mujeres con VIH/SIDA que estaban en edad fértil, y que murieron durante el 2009; dado el tamaño de la población se decidió que la muestra sería el total del Universo.

Para facilitar la comprensión de los datos la presentación de los datos se dividirá en:

- mujeres en edad fértil sin causas maternas un total de 96 casos (para fines del estudio se excluyen las 3 muertes maternas)
- muertes maternas (que siempre son mujeres en edad fértil) un total de 3 casos.

Criterios de inclusión: Todo caso de muerte de MEF por VIH/SIDA que murieron durante el 2009 registrados en la base de datos de SESAL.

Criterios de Exclusión: todo caso debidamente identificado que aparezca dos veces en la base de datos.

Procedimiento:

1. solicitud de Secretaria de Salud para analizar las bases de datos de mortalidad materna por VIH/SIDA.
2. asignación de bases de datos al azar por parte del POSAP a los estudiantes para realizar su trabajo de tesis.
3. revisión de datos para identificar objetivos del estudio.
4. definición de objetivos e identificación de variables.
5. definición plan de análisis.

6. análisis de variables según objetivos en Excel Windows 8/ SPSS
7. presentación de resultados con gráficos, cuadros de frecuencia, etc.

Recolección de datos: La Secretaría de Salud realizó un convenio con el POSAP, en donde se brinda información para que esta sea analizada por maestrantes; por lo cual se analiza la información sobre la base de datos de Secretaría de Salud de Mortalidad de Mujeres en edad fértil con VIH/SIDA y mortalidad materna con VIH/SIDA durante el 2009.

La base de datos fue llenada por personal de las diferentes regiones de salud bajo la coordinación de los epidemiólogos regionales y el apoyo técnico de la Dirección General de Vigilancia y el Departamento de Atención Integral a la Familia. (Salud, 2012)

Identificada una muerte de MEF se procedió al llenado de la ficha de vigilancia de las muertes de mujeres en edad fértil, conocido como instrumento de vigilancia de la mortalidad (IVM-1, IVM-2)

En los casos en que la fuente de los datos no brindaron la información requerida en los instrumentos se buscaron fuentes alternativas para completar los datos esto incluyo visita a los familiares de la fallecida de acuerdo a la dirección consignada en la fuente consultada.

Posteriormente se asignó una base de datos que incluía las muertes de mujeres en edad fértil con VIH/SIDA que fallecieron durante el 2009 con un total de 120 casos, la cual al revisarla contaba con un número de 24 casos duplicados por lo que se procedió a depurar la base quedando 96 defunciones de MEF y una base de datos de muertes maternas asociadas a VIH/SIDA del mismo año con un total de 3 casos. Dichas bases de datos fueron revisadas y depuradas, algunos datos por no ser pertinentes al estudio tales como datos duplicados, persona quien lleno la ficha, número de expediente clínico, etc. Posteriormente se procedió a su análisis.

Técnica para recolección y análisis:

Se hizo una revisión de la base de datos de la SESAL de mortalidad de mujeres en edad fértil y mortalidad materna con VIH/SIDA de Honduras, durante el año 2009.

Instrumento

Matriz en Excel con variables definidas por Secretaria de Salud

Plan de análisis:

1. Para las variables cuantitativas se utilizó proporciones y porcentajes
2. Se presentaron gráficos y cuadros

Dimensiones de la Variables Epidemiológicas:

- **Características de la persona:** edad, raza, escolaridad, estado civil, ocupación, antecedentes Gineco obstétricos: paridad, número de hijos vivos, planificación familiar.
- **Características de lugar:** sitio de residencia, lugar de atención médica, sitio de fallecimiento
- **Características de tiempo:** incluye fecha de fallecimiento, fecha en que se llenó la ficha, semana epidemiológica de la defunción.
- **Características de UPS:** tipo de unidad (hospital, Cesar, CESAMO), Región de Salud según SESAL.

Aspectos éticos a considerar:

1. Mantener el anonimato del nombre de las personas fallecidas
2. No alteración de los datos de la base de datos proporcionada por Secretaría de Salud
3. Respeto a los derechos de autor

UDI-DEGT-UNAH

4.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

Variable Operativa	Definición	Tipo de Variable	Escala de Medición	Valor de Medición
VARIABLE CONCEPTUAL PERSONA: edad, raza, escolaridad, estado civil, ocupación, antecedentes gineco obstétricos: paridad, número de hijos vivos, planificación familiar.				
Recibió Atención Médica	se refiere a la asistencia médica que recibió la mujer al momento de fallecer	v. Cualitativa Dicotómica nominal	Si No	N° %
Edad	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento en años cumplidos	v. Cuantitativa Discreta	En los siguientes rangos: 10-14 15-19 20-24 25-29	N° %

Variable Operativa	Definición	Tipo de Variable	Escala de Medición	Valor de Medición
			30-34 35-39 40-44 45-49	
Etnia	Características externas de piel que diferencian los grupos poblacionales.	v. Cualitativa Nominal Politómica	Mestiza Lenca Garifuna Misquita	N° %
Estado Civil	Se refiere a la condición de relación de pareja que mantiene la mujer con otra persona del sexo opuesto y que es reconocida por las leyes del país.	. Cualitativa Nominal Politómica	Soltera Casada Viuda Unión Libre	N° %

Variable Operativa	Definición	Tipo de Variable	Escala de Medición	Valor de Medición
			Divorciada	
Nivel de Escolaridad	Se refiere a los niveles de estudio aprobados y reconocidos por el sistema educativo nacional en el nivel escolar, diversificado y universitario.	v. cualitativa Ordinal Politómica	Analfabeta Sabe leer Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Universitaria	N° %
Ocupación	Labor a la que se dedicaba la mujer	Cualitativa Nominal Politómica	Ama de casa, comerciante, alimentos, conserje, domestica, trabajadora del sexo, aseadora, estudiante, dependienta	N° %

Variable Operativa	Definición	Tipo de Variable	Escala de Medición	Valor de Medición
Causa de Muerte Básica	La enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos que condujeron directamente a la muerte.	Cualitativa Nominal	Nominal Diagnósticos del CIE-10	N° %
Antecedentes Obstétricos	Es la historia obstétrica de la mujer	Cuantitativa Discreta	Número de embarazo Número de partos Número de cesáreas Número de abortos	N° %
VARIABLE CONCEPTUAL LUGAR: sitio de residencia, lugar de atención médica, sitio de fallecimiento.				
Sitio de la Defunción	Se refiere al lugar donde ocurrió la muerte, especificando muerte comunitaria o institucional	V. Cualitativa Nominal	Institucional Comunitaria	N° %
Departamento de Nacimiento	Departamento de origen de la mujer fallecida.	V. Cualitativa Nominal	Los 18 departamentos del país	N° %

Variable Operativa	Definición	Tipo de Variable	Escala de Medición	Valor de Medición
Región de Secretaría de Salud	Cada región departamental de salud de acuerdo al organigrama de Secretaría de Salud	V. Cualitativa Nominal	Clasificación de Secretaría de Salud	N° %
Lugar de Atención	Es el tipo de establecimiento según complejidad dentro de la red de establecimientos públicos y privados donde se brindan atención médica	V. Cualitativa Nominal	Hospital Público CESAMO CESAR Hospital o clínica privada IHSS Otros	N° %
VARIABLE CONCEPTUAL TIEMPO: incluye fecha de nacimiento, fecha en que se llenó la ficha, semana epidemiológica de la defunción.				
Mes de Defunción	Es la fecha calendario que falleció la mujer	Cualitativa Ordinal	Mes	N° %

Variable Operativa	Definición	Tipo de Variable	Escala de Medición	Valor de Medición
Semana Epidemiológica	Es la agrupación de las semanas calendarios de acuerdo a conveniencia de la Secretaría de Salud.	V. Cualitativa Ordinal	Semanas enumeradas	N° %
VARIABLE CONCEPTUAL: UNIDAD PRODUCTORA DE SALUD UPS: tipo de unidad, Región de Salud según SESAL				
Año en que se llenó la ficha	Año calendario en el cual se ha llenado la ficha para el llenado de la base de SESAL	Cualitativa Ordinal	2009,2010,2011	N° %
Tipo de Unidad que Notifica	Se refiere a la unidad del sector salud que informa de la defunción.	v. Cualitativa Nominal	Hospital Público CESAMO CESAR IHSS	N° %

Variable Operativa	Definición	Tipo de Variable	Escala de Medición	Valor de Medición
Fuente de Registro de la Defunción	Se refiere a las diferentes fuentes consultadas para la identificación y registro de las muertes.	V. Cualitativa Nominal	Familiar Constancia de defunción Certificado de defunción CESAMO Hospital o expediente clínico, RNP, CAI	N° %

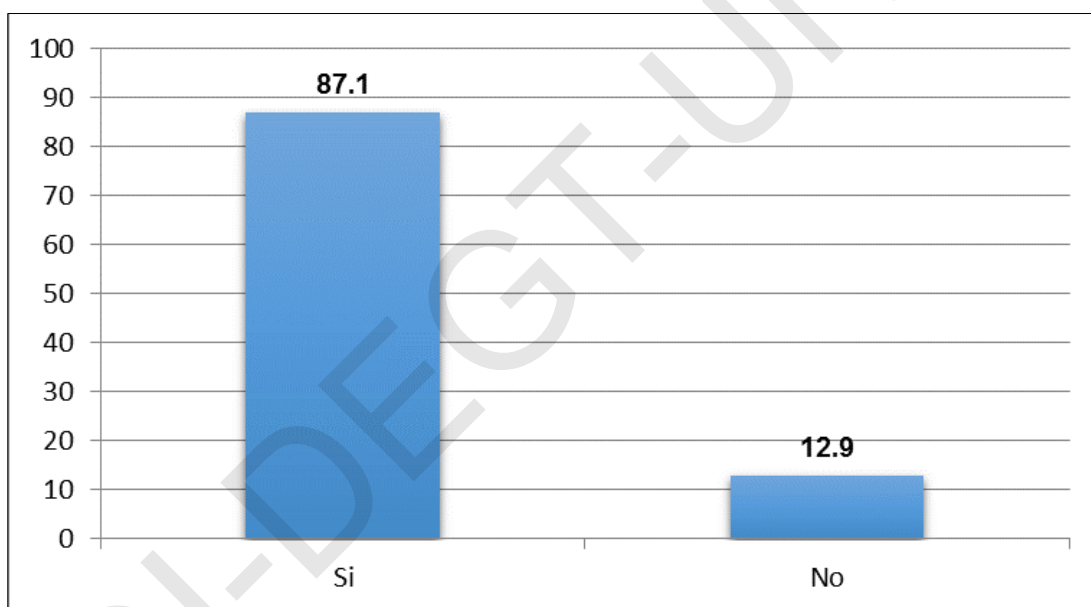
V. RESULTADOS

5.1 MORTALIDAD DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON VIH/SIDA DURANTE EL 2009 HONDURAS

Se trabajó con un total de 96 muertes de mujeres en edad fértil con VIH/SIDA y 3 muertes maternas (información detallada en forma separada) cuya causa indirecta fue el VIH/SIDA, para un total de 99 mujeres con VIH/SIDA, el rango de edad fue de 10 a 49 años en el momento de la defunción, y que fallecieron entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2009, registradas en la base de datos de Secretaría de Salud.

5.1.1 Variable Persona

GRÁFICO N° 1
ATENCIÓN MÉDICA DE MEF CON VIH/SIDA AL MOMENTO DE FALLECER
HONDURAS, 2009



Fuente: Honduras Actualización de la razón de mortalidad materna, año 2010.

Se puede observar que de las defunciones el 87.1% (81) recibieron atención médica al momento de la defunción y el 12.9% (12) no.

TABLA N° 1
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LAS MEF CON VIH/SIDA
QUE FALLECIERON EN HONDURAS, 2009

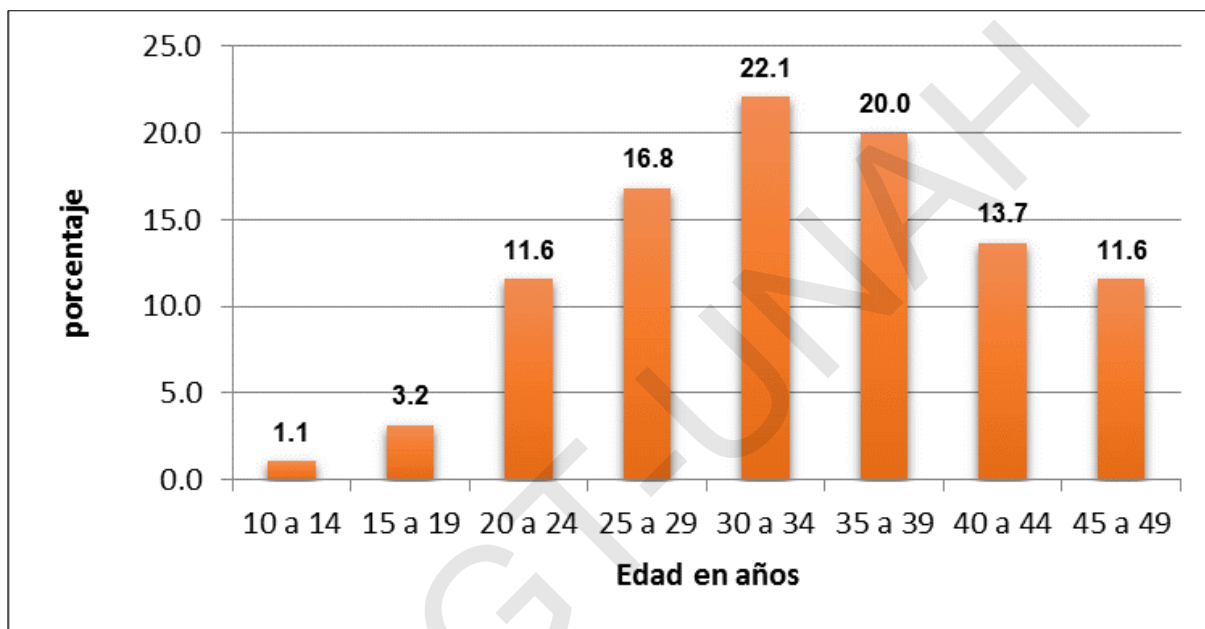
CARACTERÍSTICA DEMOGRAFICA		frecuencia	porcentaje
Edad	10-14	1	1.1
	15-19	3	3.2
	20-24	11	11.6
	25-29	16	16.8
	30-34	21	22.1
	35-39	19	20.0
	40-44	13	13.7
	45-49	11	11.6
	Total	95	100
Etnia	Mestiza	22	71
	Lenca	2	6.5
	Garífuna	3	9.7
	Misquita	4	12.9
	Total	31	100
Estado Civil	Soltera	31	44.9
	Casada	9	13.0
	Viuda	4	5.8
	Unión libre	16	23.2
	Divorciada	9	13.0
	Total	69	

Escolaridad	Analfabeta	10	15.3
	Sabe leer	8	12.3
	Primaria Completa	25	38.4
	Primaria incompleta	12	18.5
	Secundaria completa	2	3.1
	Secundaria incompleta	4	6.2
	Universitaria	4	6.2
	Total	65	100
	Ocupación	Dependiente	1
Estudiante		2	3.1
Aseadora		1	1.6
Trabajadora del sexo		1	1.6
Domestica		3	4.7
Conserje		1	1.6
Alimentos		1	1.6
Comerciante		2	3.1
Ama de casa		52	81.3
Total		64	100

Fuente: Honduras Actualización de la razón de mortalidad materna, año 2010.

Como se definió en los objetivos se realizó una caracterización epidemiológica de las variables persona, lugar, tiempo y de la Unidad Productora de Salud (UPS).

Se detalla un resumen de las características demográficas de las MEF fallecidas por VIH/SIDA en Honduras, las cuales serán detalladas en forma individual en los siguiente gráficos y tablas.

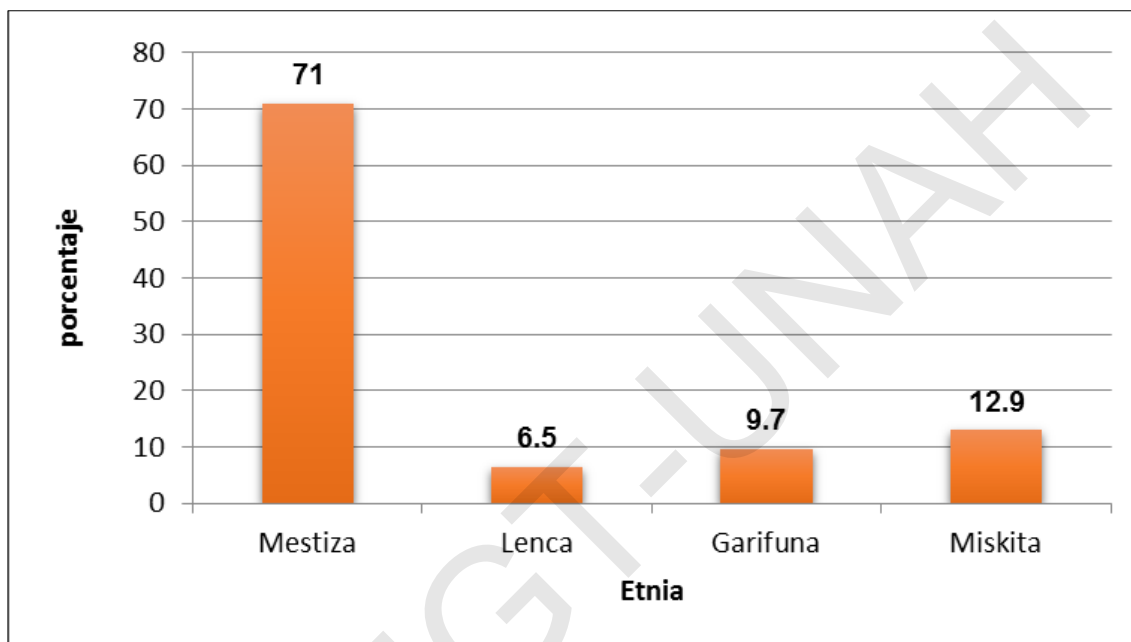
GRÁFICO N° 2**DEFUNCIONES DE MEF CON VIH/SIDA SEGÚN EDAD HONDURAS, 2009**

Fuente: Honduras Actualización de la razón de mortalidad materna, año 2010.

En relación a la edad de las muertes de MEF con VIH/SIDA se puede observar que el 22.1 % (21) de las mujeres murieron en un rango de 30 a 34 años, una media de 33.31; mediana 34; moda 38; desviación estándar de 8.355; siendo la de menor edad a los 10 años, (como se mencionó en el marco teórico se ha disminuido la edad de mujeres en edad fértil) y la de mayor edad a los 48 años.

GRÁFICO N° 3

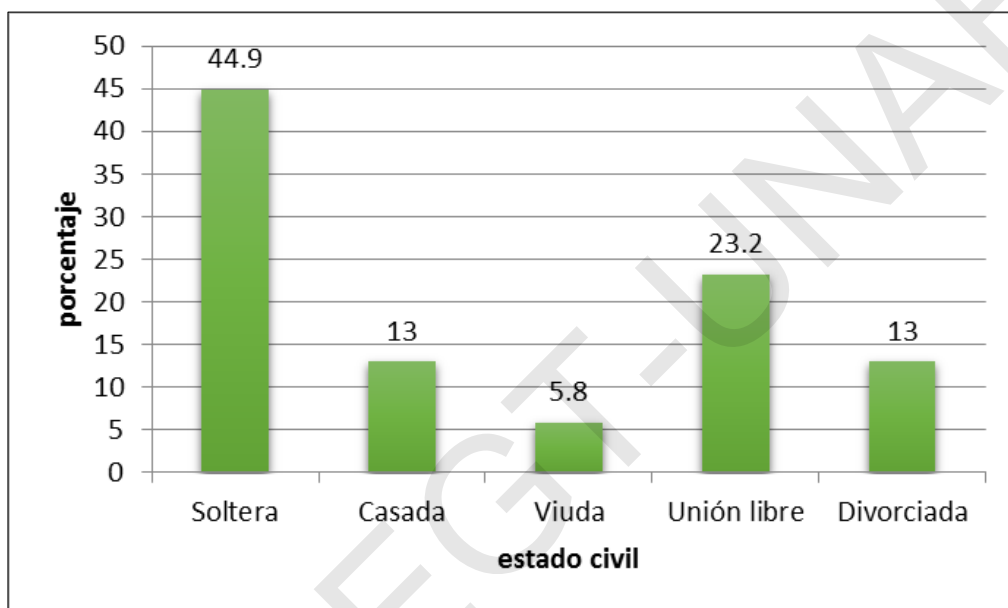
DEFUNCIONES DE MEF CON VIH/SIDA POR ETNIA HONDURAS, 2009



Fuente: Honduras Actualización de la razón de mortalidad materna, año 2010.

En relación a la etnia solo el 32.3% (31) de los casos presentaron información siendo la mayor frecuencia mestiza 71.0% (22) seguidas de los misquitos en un 12.9%(4), garífunas 9.7% (3) y lencas 6.5% (2).

GRÁFICO N° 4
DEFUNCIONES DE MEF CON VIH/SIDA POR ESTADO CIVIL HONDURAS,
2009



Fuente: Honduras Actualización de la razón de mortalidad materna, año 2010.

La distribución según el estado civil de estas mujeres era soltera en un 44.9%(31); unión libre 23.2% (16); casada y divorciada con un 9.4% (9) cada una y viuda 5.8%(4).

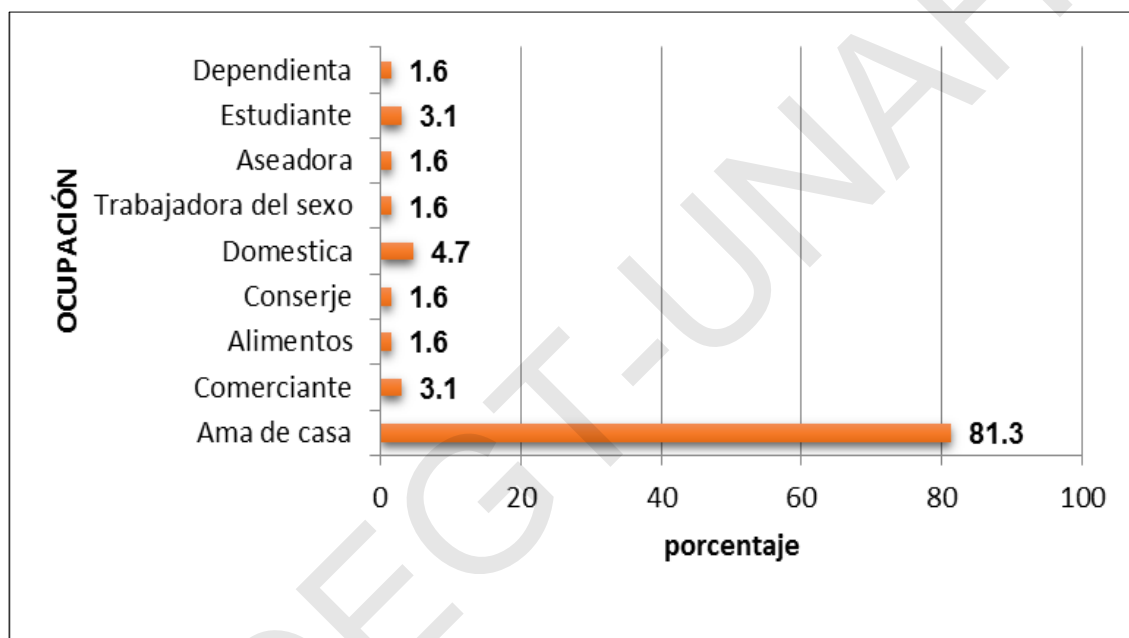
TABLA N° 2
GRADO DE ESCOLARIDAD MUJERES EN EDAD FÉRTIL FALLECIDAS POR
VIH/ SIDA, 2009

Escolaridad	frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	10	15.3
sabe leer	8	12.3
primaria incompleta	25	38.4
primaria completa	12	18.5
secundaria incompleta	2	3.1
secundaria completa	4	6.2
Universitario	4	6.2
total	65	100

Fuente: Honduras Actualización de la razón de mortalidad materna, año 2010.

En cuanto el grado de escolaridad de las MEF con VIH/SIDA de las cuales el 38.5% (25) de estas mujeres realizaron su primaria incompleta, seguidas de analfabetas 15.4% (10) y un 12.3% (8) que saben leer pero no reportan ningún nivel de escolaridad; observamos que el 18.5% terminaron su primaria y solamente el 6.2%(4) tienen un grado universitario.

GRÁFICO N° 5
DEFUNCIONES DE MEF CON VIH/SIDA POR OCUPACIÓN HONDURAS, 2009



Fuente: Honduras Actualización de la razón de mortalidad materna, año 2010.

Se observa que un 33 % de los casos no se tiene información de su ocupación, el 81.3% (52) de las MEF que fallecieron durante el 2009 eran amas de casa, domestica 4.7% (3) estudiante 4.7% (3); y se dedican alimentos, conserje, trabajadora del sexo, aseadora, dependienta todas con un 1.6% (1).

TABLA N° 3

**CAUSA BÁSICA DE MUERTE SEGÚN CLASIFICACIÓN CIE-10 DE MEF CON
VIH/SIDA HONDURAS, 2009**

Causa básica de muerte	frecuencia	porcentaje
Enfermedad por VIH, resultante en infección por mico bacterias	11	11.5%
Enfermedad por VIH, resultante en otras infecciones bacterianas	2	2.1%
Enfermedad por VIH, resultante en candidiasis	1	1.0%
Enfermedad por VIH, resultante en otras micosis	4	4.2%
Enfermedad por VIH, resultante en neumonía por Pneumocystis carinii	3	3.1%
Enfermedades por VIH resultantes en infecciones múltiples	1	1.0%
Enfermedad por VIH, resultante en otras enfermedades infecciosas o parasitarias	7	7.3%
Enfermedad por VIH, resultante en otras micosis	4	4.2%
Enfermedad por VIH, resultante en otros tipos de linfoma no Hodgkin	1	1.0%
Enfermedad por VIH, resultante en tumores malignos múltiples	1	1.0%
Enfermedad por VIH, resultante en otros tumores malignos	3	3.1%
Enfermedad por VIH, resultante en encefalopatía	3	3.1%
Enfermedades por VIH resultantes en enfermedades inmunológicas y hematológicas no clasificadas en ninguna otra parte	1	1.0%
Enfermedad por VIH, resultante en otras afecciones especificadas	6	6.3%

Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], sin otra especificación	48	50.0%
Total	96	100.0%

Fuente: Honduras Actualización de la razón de mortalidad materna, año 2010.

Se detallan las causas básicas de muertes de estas mujeres; en este grupo de estudio se agruparon según capítulos del CIE-10. Del total de muertes de MEF con VIH/SIDA el 50% (48) son debidas a enfermedad por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) sin otra especificación, el 11.5% (11) por Enfermedad por VIH, resultantes en infecciones por micobacterias, y el 7.3%(7) por Enfermedad por VIH, resultante en otras enfermedades infecciosas o parasitarias.

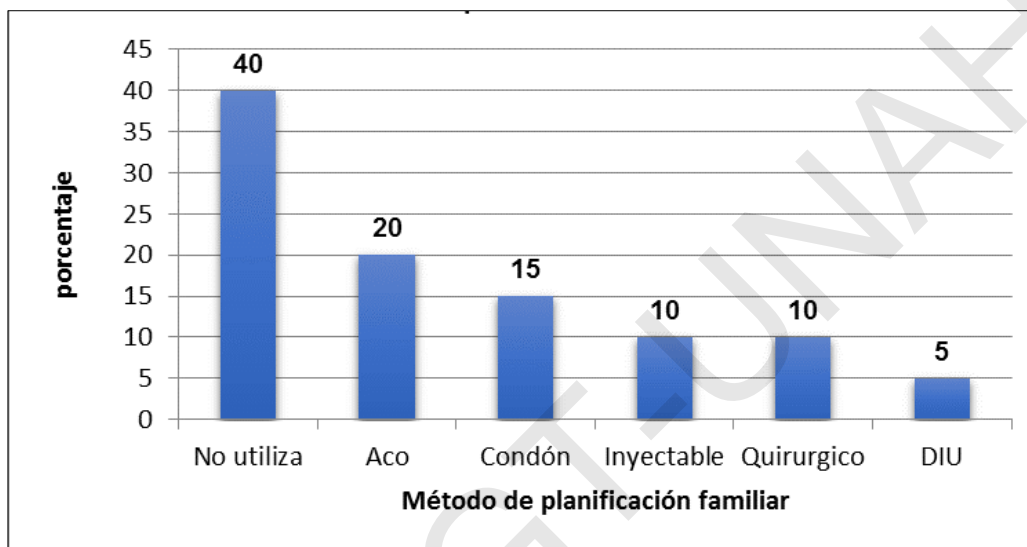
TABLA N° 4
HISTORIA GINECOOBSTETRA DE MEF CON VIH/SIDA FALLECIDAS EN
HONDURAS, 2009

Historia ginecobstetricia	Frecuencia	Porcentaje
MEF con VIH/SIDA que nunca se embarazo	16	16.6
MEF con VIH/SIDA que se embarazo más de una ocasión	44	45.8
MEF que tuvieron al menos un parto	40	41.6
MEF que tuvieron al menos una cesárea	11	11.4
MEF que tuvieron al menos un aborto	8	8.3
MEF que dejan al menos un hijo vivo	40	41.6
MEF que tuvieron hijos muertos	10	10.4
N° de hijos vivos en el total de MEF con VIH/SIDA	123	NA
N° de hijos muertos en el total de MEF con VIH/SIDA	13	NA

Fuente: Honduras Actualización de la razón de mortalidad materna, año 2010.

En cuanto a la historia Gineco obstetra de estas mujeres tenemos que 16.6%(16) nunca se embarazaron, 45.8 %(44) durante su vida tuvo al menos un embarazo; 41.6% (40) tuvieron al menos un parto, 11.4%(11) al menos una cesárea, ;8.3 %(8) al menos un aborto; 41.6%(40) dejan al menos un hijo vivo; 10.4 %(10) tuvieron hijos muertos; en la actualidad de estas 96 mujeres hay un total de 123 hijos vivos y un total de 8 hijos muertos.

GRÁFICO N°6
MÉTODO DE PLANIFICACIÓN QUE UTILIZARÓN LAS MEF CON VIH/SIDA
FALLECIDAS EN HONDURAS, 2009



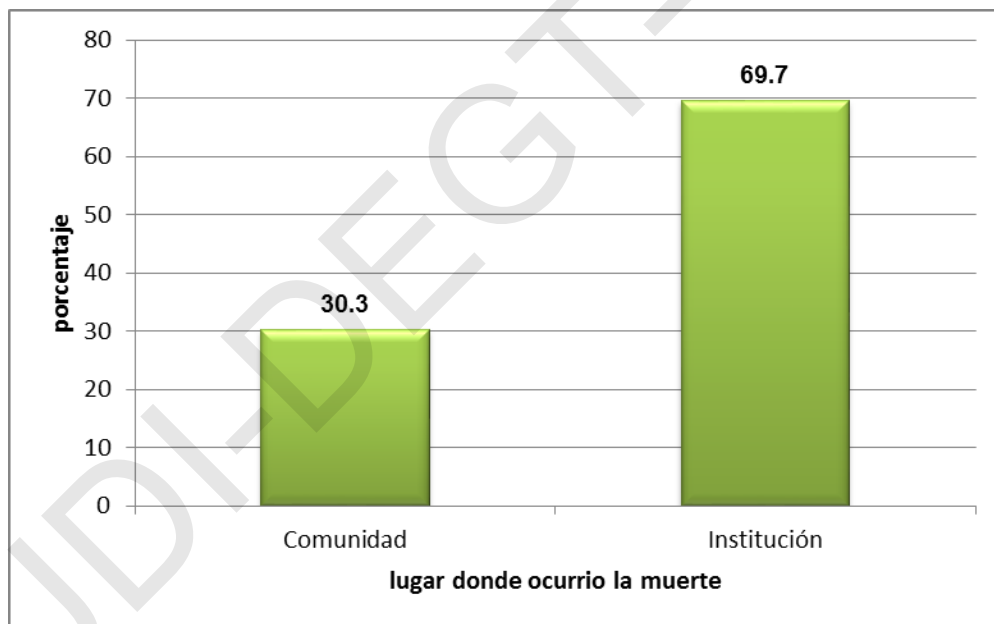
Fuente: Honduras Actualización de la razón de mortalidad materna, año 2010.

En relación al método de planificación familiar se muestra que del total del MEF con VIH/SIDA que fallecieron durante el 2009, EL 20.8% se obtuvo información del método de planificación utilizado 20 se consignó el método de planificación utilizado, en donde el 40%(8) no utilizó ningún método de planificación, el 20%(4) utilizó anticoncepción oral, 15% (3) métodos de barrera específicamente el condón.

5.1.2 Variable Lugar

En cuanto a la caracterización por lugar, se observó el lugar de origen, el sitio de la defunción en institucional o comunitaria, el lugar de defunción por región departamental de salud.

GRÁFICO N° 7
MORTALIDAD DE MEF CON VIH/SIDA SEGÚN SITIO DE DEFUNCIÓN,
HONDURAS 2009.



Fuente: Honduras Actualización de la razón de mortalidad materna, año 2010.

El 69.7% (62) de las defunciones ocurrieron a nivel institucional y el 30.3% (27) de los casos a nivel de la comunidad y/o hogar.

TABLA N° 5
DEFUNCIONES DE MEF CON VIH/SIDA SEGÚN DEPARTAMENTO DE
ORIGEN, HONDURAS 2009

Departamento	Frecuencia	Porcentaje
Atlántida	9	9.4
Colón	9	9.4
Copán	1	1.0
Cortés	29	30.2
Choluteca	5	5.2
El Paraíso	1	1.0
Francisco Morazán	15	15.6
Gracias A Dios	4	4.2
La Paz	1	1.0
Lempira	4	4.2
Ocotepeque	3	3.1
Olancho	3	3.1
Santa Bárbara	8	8.3
Yoro	3	3.1
Total	95	99.0
Sin información	1	1.0
Total	96	100.0

Fuente: Honduras Actualización de la razón de mortalidad materna, año 2010.

De la mujeres Fallecidas con VIH/SIDA durante el 2009, su departamento de origen con mayor número de casos fue Cortes con un 30.5% (29) seguido de Francisco Morazán con 15.8% (15); Atlántida y Colón con 9.4%(9) cada uno. El municipio de origen con mayor número de casos fue el de San Pedro Sula 16.8%(16) seguido de Tegucigalpa con 15.8%(15); La Ceiba con 4.2%(4) y Brus Laguna con 3.2%(3) ver anexo 3.

TABLA N° 6

**DEFUNCIONES DE MEF CON VIH/SIDA DISTRIBUIDA POR REGIÓN DE
SESAL Y SITIO DONDE OCURRIÓ LA MUERTE, HONDURAS 2009**

Región de Salud	Sitio donde ocurrió la defunción		Distribución	
	Comunidad	Institucional	frecuencia	%
Atlántida	2	3	5	5.7
Colón	3	2	5	5.7
Copán	0	2	2	2.3
Cortés	5	3	8	9.2
Metropolitana de San Pedro Sula	1	24	25	28.7
Choluteca	1	2	3	3.4
Francisco Morazán	0	3	3	3.4
Metropolitana de Tegucigalpa	0	15	15	17.2
Gracias a Dios	3	1	4	4.6
La Paz	0	1	1	1.1
Lempira	2	2	4	4.6
Ocatepeque	1	0	1	1.1
Olancho	2	1	3	1.1
Santa Bárbara	3	3	6	3.4
Yoro	2	0	2	2.3
Total	25	62	87	100

Fuente: Honduras Actualización de la razón de mortalidad materna, año 2010.

La Región de Salud en donde ocurrió la defunción se encontró mayor frecuencia en la Región Metropolitana de San Pedro Sula, con el 28.7 (25) de los casos, seguida de la región metropolitana de Tegucigalpa con el 16%(15) de los casos; la región de Cortés con el 9.2% (8) de los casos y Santa Barbará con el 6.9% (6) de los casos.

Al realizar el cruce entre la Región de Salud donde ocurrió la defunción y el sitio de la muerte se encontró que la Región de Salud con mayor muerte comunitaria fue la de Cortés 5.7%(5); con menor muerte comunitaria fueron Copán, Francisco Morazán, La Paz, y la Región Metropolitana de Tegucigalpa 0 %(0); con mayor muerte institucional la Región Metropolitana de San Pedro Sula con 27.6%(24) y con menor muerte institucional fueron Yoro y Ocotepeque con 0%(0).

TABLA N° 7
DEFUNCIONES DE MEF CON VIH/SIDA POR SITIO DE
DEFUNCION Y ATENCION MEDICA, HONDURAS 2009

Recibió atención médica	Sitio donde ocurrió la defunción		Total
	Comunidad	Institución	
Si	14 15.9%	62 70.5%	76 86.4%
No	12 13.6%	0 0.0%	12 13.6%
Total	26 29.5%	62 70.5%	88 100.0%

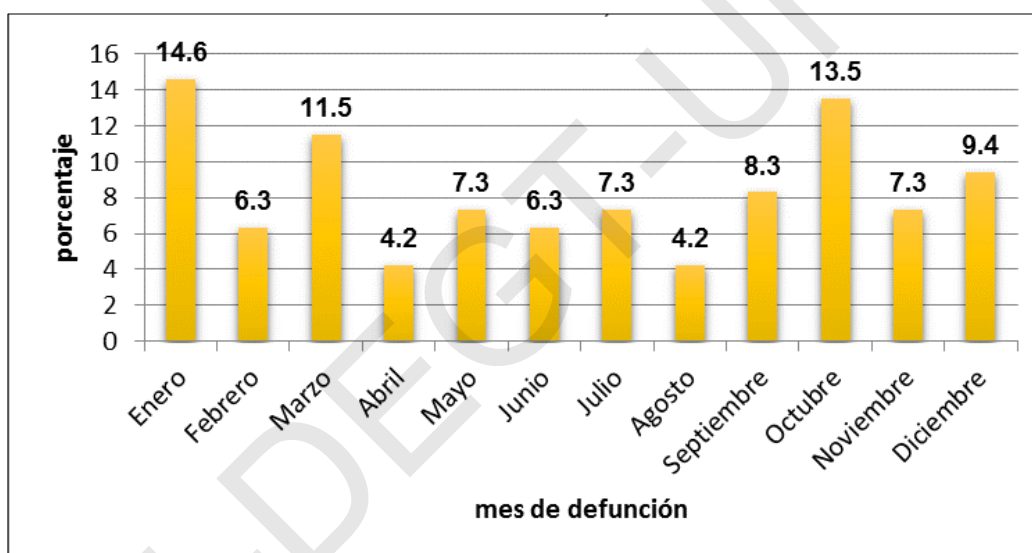
Fuente: Honduras Actualización de la razón de mortalidad materna, año 2010.

Se observó que el 100% de las pacientes que no recibieron atención médica fallecieron a nivel de la comunidad y/o hogar. El 15.9% de las personas que recibió atención médica falleció a nivel de la comunidad.

5.1.3 Variable Tiempo

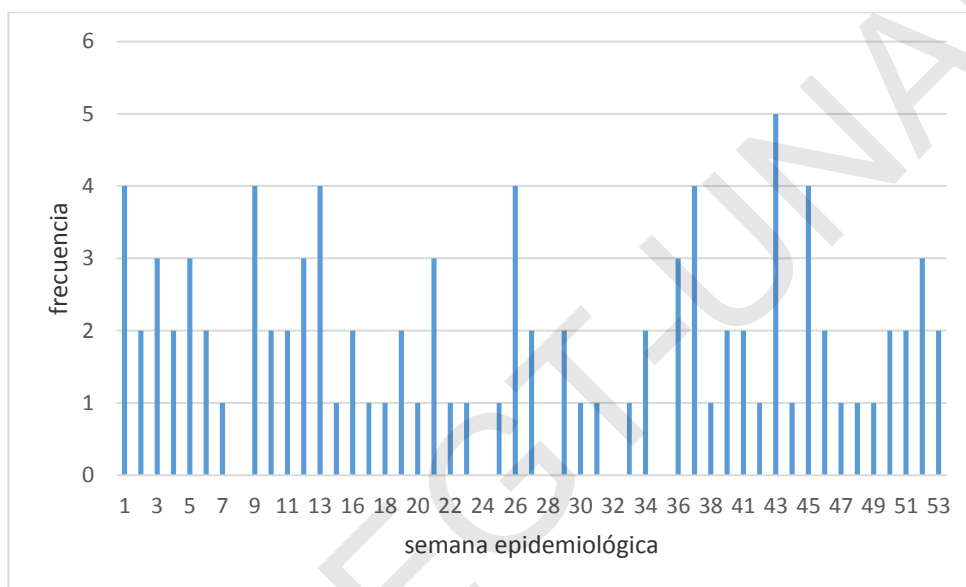
En la variable tiempo se analizó el mes de defunción, las semanas epidemiológicas.

GRÁFICO N° 8
DEFUNCIONES DE MEF CON VIH/SIDA POR MES DE MUERTE, HONDURAS
2009



Fuente: Honduras Actualización de la razón de mortalidad materna, año 2010.

El mes que presenta mayor frecuencia de defunciones fue el mes de enero con un 14.6% (14); seguido de octubre con 13.5%(13); el que presenta menor número fue abril con 4.2% (4).

GRÁFICO N° 9**DEFUNCIONES DE MEF CON VIH/SIDA DISTRIBUIDAS POR SEMANAS
EPIDEMIOLÓGICA, HONDURAS 2009**

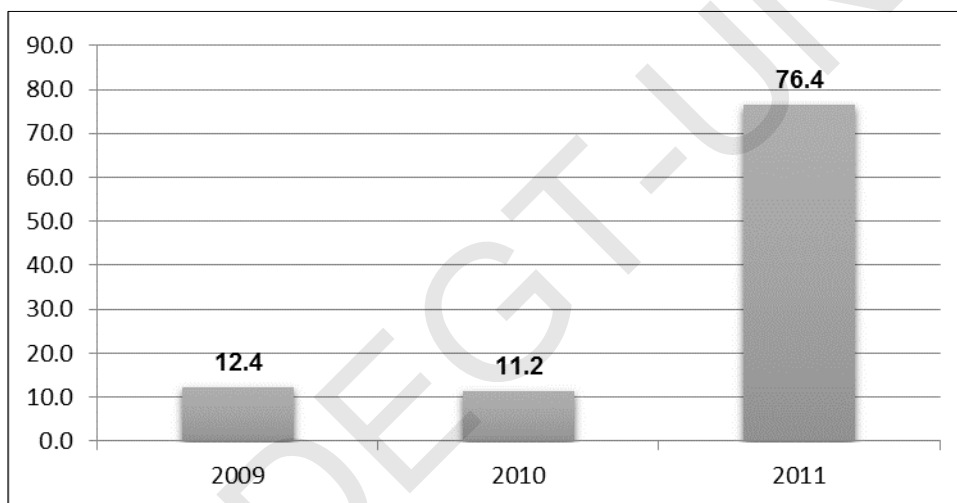
Fuente: Honduras Actualización de la razón de mortalidad materna, año 2010.

La semana epidemiológica con mayor número de defunciones fue la 43 con un 5.2% (5), seguida de las semanas 1,9,13,26,37,45 con una frecuencia de 4.1% (4) defunciones por cada semana; en las semanas 8,24,28,32,35,39 no se presentó ninguna defunción.

5.1.4 Variable UPS: Unidad Productora de Salud: tipo de unidad, Región de Salud según SESAL.

GRAFICO N° 10

DEFUNCIONES DE MEF CON VIH/SIDA DE ACUERDO AL AÑO EN QUE SE LLENO LA FICHA DE MUERTE, HONDURAS 2009.



Fuente: Honduras Actualización de la razón de mortalidad materna, año 2010.

El 76.4% (73) de las ficha IVM-1 fue llenado el año 2011, el 12.4%(12) el año 2009; y el 11.2%(11) el 2010.

TABLA N°8
DEFUNCIONES DE MEF CON VIH/SIDA SEGÚN UNIDAD QUE NOTIFICA LA
MUERTE, HONDURAS 2009

Unidad productora de salud	Frecuencia	Porcentaje
Hospital público	50	52.1
CESAMO	27	28.1
CESAR	7	7.3
IHSS	7	7.3
Total	91	94.8
Sin información	5	5.2
Total	96	100

Fuente: Honduras Actualización de la razón de mortalidad materna, año 2010.

Se observó que el 52.1% de las notificaciones de las defunciones fueron en un Hospital Público, seguido del 28.1%(27) CESAMO; y un 7.3% (7) a nivel de CESAR o IHSS cada uno.

TABLA N°9

DEFUNCIONES DE MEF CON VIH/SIDA EN HOSPITALES, HONDURAS 2009

Centro hospitalario	Frecuencia	Porcentaje
Hospital Puerto Lempira	1	2.0
Hospital Mario Catarino Rivas	16	32.0
Hospital San Isidro	2	4.0
INCP	4	8.0
IHSS	5	10.0
Hospital Escuela	12	24.0
Hospital Regional de Occidente	3	6.0
Hospital Regional Atlántida	3	6.0
Hospital Privado	2	4.0
Hospital de Choluteca	2	4.0
Total	50	100

Fuente: Honduras Actualización de la razón de mortalidad materna, año 2010.

Se observó que del total de defunciones 50 ocurrieron en un centro hospitalario público presentándose en el Hospital Mario Catarino Rivas el mayor número de frecuencia 32% (16); seguido del Hospital Escuela con un 24%(12) y el IHSS con 10.0% (5).

TABLA N°10
PROCEDENCIA DE LAS MEF CON VIH/SIDA FALLECIDAS EN LOS
PRINCIPALES HOSPITALES DEL PAIS: HOSPITAL ESCUELA Y
HOSPITAL MARIO CATARINO RIVAS HONDURAS, 2009

Hospital nacional	Departamento	Frecuencia /%
Hospital Escuela	Choluteca	1
	Francisco Morazán	9
	Yoro	1
Hospital Mario Catarino Rivas	Colón	4
	Cortés	17
	Lempira	1
	Ocatepeque	1
		23

Fuente: Honduras Actualización de la razón de mortalidad materna, año 2010.

Se encontró que de las 96 muertes de MEF con VIH/SIDA, un total de 34 fallecieron en los dos grandes hospitales del país 67.6%(23) Hospital Mario Catarino Rivas y 32.4%(11) Hospital Escuela independientemente de su lugar de procedencia.

TABLA N° 11
FUENTE DE INFORMACIÓN DE MEF CON VIH/SIDA QUE FALLECIERON
HONDURAS ,2009

Fuente de información	Frecuencia	Porcentaje
Registro Nacional de la Persona	6	8.8
Constancia de defunción, Hoja de defunción, Control de defunción	19	27.9
CESAMO, Expediente clínico, Hospital, Hoja de estadística, Hoja de hospitalización, Región de salud	30	44.1
Registro civil municipal	1	1.5
MM	2	2.9
Informante clave	1	1.5
Familiar	7	10.3
Registro de muerte extra hospitalaria	1	1.5
Cementerio	1	1.5
Total	68	100.0

Fuente: Honduras Actualización de la razón de mortalidad materna, año 2010.

Es notorio que todas las fichas fueron llenadas por una búsqueda activa de casos buscando diferentes fuentes de información siendo el principal responsable de la información los expedientes clínicos ya sea de CESAMO, CESAR y/o Hospital con un 44.1% (30) seguidos de la constancia de defunción en un 27.9% (19).

5. 2 MORTALIDAD MATERNA POR VIH/SIDA HONDURAS, 2009

TABLA N° 12
MORTALIDAD MATERNA POR VIH/SIDA HONDURAS, 2009

ATENCIÓN MÉDICA	SI	2
	NO	1
EDAD	32	1
	28	1
	22	1
ESTADO CIVIL	Soltera	1
	Unión libre	2
ESCOLARIDAD	Analfabeta	2
	Primaria	1
PROCEDENCIA	MDC	2
	Santa Cruz de Yojoa	1
OCUPACIÓN	Ama de casa	2
	No consignada	1
MOMENTO OBSTÉTRICO	Embarazo 24 SG	1
	Embarazo 26 SG	1
	Puerperio de más de	1
CONTROLES PRENATALES RECIBIDOS	0	1
	1	1
	2	1
LUGAR DE PARTO	Hospital nacional	1
CAUSA DE DEFUNCIÓN	Neuro infección	1
	Toxoplasmosis	
	cerebral	1
	Insuficiencia respiratoria	1

CLASIFICACIÓN	DE	Muerte obstétrica	
MUERTE		indirecta	3
MES DE DEFUNCIÓN		Abril	1
		Junio	1
		Diciembre	1
LUGAR DE DEFUNCIÓN		Hospital Escuela	1
		Hosp. Mario Catarino	1
		Rivas	1
		Comunidad	1
N° DE GESTAS		2	1
		4 y mas	2
FUENTE DE INFORMACION		Registros médicos	2
		Comunidad	1

Fuente: Honduras Actualización de la razón de mortalidad materna, año 2010.

Se observa que la mortalidad Materna por VIH/SIDA en Honduras durante el 2009 fue de 3 casos, de los cuales dos buscaron asistencia médica, el rango de edad es de 22 a 32 años, 2 eran unión libre, dos analfabetas, dos pertenecían a Tegucigalpa, dos amas de casas, dos se encontraban en el segundo trimestre del embarazo y una en puerperio de más de 14 días, dos muertes hospitalarias, las tres fueron catalogadas como muertes obstétricas indirectas.

VI. ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

6.1 ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS MORTALIDAD POR VIH/SIDA EN MEF, HONDURAS 2009

6.1.1 Persona

Al analizar el porcentaje de MEF que buscaron asistencia médica se observó que el 87.1% de los casos recibió atención médica, y el 12.9% no; esto nos indica que estas pacientes y sus familiares visualizan el VIH/SIDA como una enfermedad mortal, lo que los hace buscar atención médica, aunque hay un 12.9% que no tuvo la oportunidad de una asistencia.

Como lo indica la literatura el rango de edad más afectado es el de la población económicamente activa en general y en el caso de las mujeres el rango de 22 a 34 años (Renata Ferreira, Hisako Shima, Marica de Souza, 1998), en este trabajo las mujeres más afectadas están comprendidas entre 30-34 años en un 22.1%(21) pero es de hacer notar que las adolescentes conforman un grupo especial de riesgo ya que la edad de menor presentación fue de 10 años, en el presente estudio se nos es imposible determinar la forma de contagio de la enfermedad, se presentó un caso de 15 años, uno de 17 años y uno de 19 años; según UNICEF los niños y niñas con VIH menores de 14 años la vía de transmisión de la enfermedad fue en más del 95% de los casos exclusivamente perinatal, y los mayores de esa edad fueron contagiados por vía sexual (UNICEF/OPS, 2011); la persona de mayor edad que falleció en el presente estudio tenía 48 años.

La esperanza de vida en Honduras según el INE para el año 2006 era de 70 años, es decir que al contar los años de vidas perdidos por esta población se observa que la media fue de 33 años encontramos 37 años perdidos, y si tomamos en cuenta la mujer de menor edad fue de 10 años tenemos un total de 60 años perdidos para ella.

Para el Instituto de Investigación y Educación Superior en el libro de Demografía de Honduras la distribución por etnia fue la siguiente 2% blancos, 3% garífunas, 6% indígenas (lencas, miquitos,) 90% mestizo al realizar una correlación observamos que el 71% de estas mujeres eran mestizas (18% menos que la proporción de la población hondureña), 6.5% lenca más 12.9% misquitas un total de 19.4% indígenas 3 veces más que la proporción de la población hondureña, y 9.7% garífuna el triple de la población hondureña. Los que nos indica que la población lenca, misquita y garífuna son los grupos más afectados por el VIH/SIDA, patrón que se ha reproducido a través de los años.

Continuando con la caracterización epidemiológica de las MEF con VIH/SIDA fallecidas Engels, Chavarría y Bustillo describieron la población femenina VIH del IHSS que el mayor porcentajes de sus pacientes estaban solteras y divorciadas, y solamente menos del 20% tenía una relación de pareja estable, lo que coincide con nuestro grupo de estudio que incluye mujeres a nivel nacional en el cual el 63.7% están solteras, viudas y/o divorciadas y solamente un 36.2% están casada o unión libre. Al relacionarlo con la población hondureña según Perdomo el 41% de las MEF están solteras y un 59% casada o con pareja estable, se observa una diferencia notable de las cifras.

Hay una relación inversamente proporcional entre el nivel de escolaridad y la vulnerabilidad de adquirir el VIH/SIDA, que nos dice que a menor grado de escolaridad mayor susceptibilidad de adquirir la enfermedad y a la inversa a mayor nivel educativo (universitario) menor incidencia de la enfermedad (Campero, 2002); a la vez estudio en Colombia presenta un alto nivel educativo de las mujeres como un factor protector de adquirir ITS en general y VIH en particular (EUGENIA CANAVAL, GLADYS, VALENCIA, CLAUDIA PATRICIA, FORERO, LILIANA, GUARDELA, NIBIA, MAGAÑA, ADALGISA, & VARGAS, YADIRA, 2005). Lo que coincide con los hallazgos del estudio en donde solo el 6.2% de las mujeres tenían un grado universitario, y por el contrario un 27.6% no referían haber ingresado a la escuela primaria.

Estos mismos autores refieren la independencia económica de la mujer como un posible factor protector ante la epidemia del VIH, ya que mujeres económicamente solventes, exigían mayor responsabilidad sexual a sus parejas, (Renata Ferreira, Hisako Shima, Marica de Souza, 1998); en el estudio el 81.3% de las mujeres eran amas de casa, y el 100% de ellas realizaban labores de baja remuneración económicas todos menores al equivalente de un salario mínimo.

Y es aquí donde se habla de las vulnerabilidades acumuladas y las desigualdades por género como factor condicionante prioritario en la adquisición del VIH en MEF (Iris Padilla; Irina Bande, 2005) , ya que tenemos mujer joven, (30 a 34 años), perteneciente a grupos minoritarios como ser indígenas o garífunas, con bajo nivel de escolaridad analfabeta o simplemente sabe leer, de un estrato económico bajo ama de casa u oficios múltiples mal remunerados, nos dan como resultado una muerte de una mujer en edad fértil, con un promedio de 35 años de vida perdidos.

A nivel mundial el VIH/SIDA según la OMS está en las principales causas de muertes de MEF, en países como Argentina incluso se llegó (UNICEF/OPPS, 2011) a decir que era la principal causa de muerte prevenible de MEF (UNICEF/OPPS, 2011), en África el VIH/SIDA constituye la principal causa de mortalidad materna, al observar las causas básicas de muerte del presente estudio se observa que el 50% de las muertes son por Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana sin otra especificación, en los últimos años las enfermedades oportunistas que causan SIDA han ido variando, y creando diferencia según sexo, por ejemplo el sarcoma de Kaposi tiene su mayor presentación en el sexo masculino (no se presenta ningún caso en este estudio), las micobacterias y hongos están presentes en el sexo femenino (11.5% de estas defunciones) , la realidad es que por la naturaleza de la enfermedad la causa de muerte en VIH/SIDA va ser de constantes cambios dado las característica de infecciones oportunistas que tiene el SIDA (Pablo Aldaz; Jesus Castillas; Fatima Irosurri, 2007).

La historia Gineco obstétrica de las MEF con VIH/SIDA tiene dos fases, el 60% de las MEF en un estudio de Solís refiere que 60% de estas mujeres tenían más de 4 hijos, lo interesante de los antecedentes obstétricos de este estudio es ver el número de hijos vivos que dejan estas mujeres y son un total de 123 huérfanos, son 40 madres que dejan un hogar vacío, y este se considera el verdadero impacto del SIDA (Doris Rodriguez; José Verde, 2013);

A pesar que al momento de darse cuenta de que poseen VIH la historia de la mujer cambian estas siguen visualizando la utilización de métodos de planificación familiar como no necesarios en su vida sexual, el 40% de las mujeres con compañeros sexual no utilizaban métodos de planificación (aunque es imposible determinar si su vida sexual era activa), solamente el 15% utilizaron un método de barrera a pesar de conocerse la importancia de estos para disminuir la carga viral del VIH, el 45% restante utilizaron anticonceptivos orales, inyectables o un método quirúrgico para evitar la concepción. La literatura nos dice que las mujeres con VIH/SIDA con vida sexual activa continúan conociendo muy poco sobre los métodos de planificación, es por ello la importancia de que la mujer se empodere para comenzar a cambiar prácticas que van en perjuicio de su salud, la mayoría de la mujeres VIH deciden evitar la concepción por temor a transmitir la enfermedad y en caso contrario a dejar huérfanos a sus hijos. (ONUSIDA, Como las mujeres que viven con el VIH ayudan al mundo a poner fin al SIDA, 2013)

6.1.2 Lugar

En África se encontró que más del 80% de las defunciones por VIH/SIDA se dan a nivel comunitario, lo que podría estar determinado por las condiciones de pobreza o de acceso a servicios de salud de ese país; en el presente estudio se encontró que el 69.7% de las muertes ocurrieron a nivel institucional y un 30.3% de ellas a nivel comunitario, pese a que el SIDA es una enfermedad mortal incurable, los avances médicos y las terapias retrovirales han mejorado tanto la calidad de vida como el tiempo de vida; por lo que sería interesante buscar las razones por las que

estas mujeres decidieron su muerte a nivel de su hogar, aunque la literatura nos refiere que las mujeres no conocen los tratamientos oportunos para el VIH y aceptan su diagnóstico como una condena a muerte.

Para el 2009 las MEF que fallecieron procedían de 14 de los 18 departamentos del país, (solamente en Islas de la Bahía, Comayagua, Intibucá y Valle no reportaron defunciones de MEF con VIH/SIDA para el 2009) para Sierra en 1997 la mayor concentración de personas con VIH/SIDA se concentró en San Pedro Sula y Tegucigalpa, lo cual coincide con los datos actuales, pero al analizar detalladamente la densidad poblacional de cada uno de estos departamentos observamos que Gracias a Dios con un total de 4 casos (88 mil habitantes) y lo comparamos con Cortes con un total de 29 casos (1.5 millón).

El mayor número de muertes comunitarias se da en la región de Cortes, posiblemente porque fue la que reporto mayor número de casos, a pesar de ser de las regiones de salud de Honduras con mayor acceso a los servicios de salud pero no se cuentan con datos para analizar si esto fue por falta de acceso a los servicios de salud, por percepción de los familiares de gravedad de la enfermedad y poca esperanza en respuesta, etc.

En Gracias a Dios 3 de 4 mujeres fallecieron a nivel comunitario lo que podemos relacionar con la situación de salud conocida de esa región del país, en donde las condiciones de acceso a servicios de salud son deplorables, ya que hay que recorrer grandes distancias para llegar al centro de salud y/o al hospital; la otra muerte no sucedió a nivel hospitalario.

6.1.3 Tiempo

No existe en la literatura información del mes de defunción de las personas con VIH/SIDA, en el presente estudio el mes de mayor mortalidad fue el de enero,

La semana epidemiológica con mayor número de defunciones fue la 43 con un 5.2% (5); sin embargo en el mes de enero ocurrieron el mayor número de defunciones en un 14.6% (14); seguido de octubre con 13.5%(13). Sería interesante realizar algún tipo de revisión si la mortalidad hospitalaria aumenta en ese mes relacionándolo con los cambios de turnos, o contratación de personal médico o de enfermería de los centros hospitalarios, o festividades.

En realidad es difícil determinar si en el caso de mortalidad de MEF por VIH/SIDA tiene algún factor predisponente la semana epidemiológica y/o el mes en el que sucede la defunción; pero es notable que el mes de enero es el primer mes del año y la productividad baja en muchos sectores económicos del país, y seguido del mes de octubre en el cual se presentan las emergencia por épocas lluviosas e inundaciones, días feriados, lastimosamente en este estudio es imposible llegar alguna conclusión que determine que el factor tiempo (semana epidemiológica o mes de defunción) incide directamente en el aumento de mortalidad de MEF con VIH/SIDA en la que suceden las defunciones y tampoco se encontró literatura que relaciones las muertes por VIH/SIDA con la fecha de defunción.

6.1.4 Unidad Productora de Salud

El 76.4% (73) de las ficha IVM-1 / IVM-2 fue llenado el año 2011; en el presente estudio no se puede determinar si es por un mal sistema de vigilancia epidemiológica de Secretaría de Salud, o porque hasta esta fecha se tomó la decisión de realizar el estudio.

La organización asistencial de Secretaria de Salud está dado por CESAR, CESAMO, Hospital Regional, Hospital de Area, dado que el VIH/SIDA es una enfermedad mortal, no curable, y que lo que se notificó fueron precisamente

defunciones es de hacer notar que un 7.3% de las fichas de vigilancia epidemiológica fueron llenadas a nivel de CESAR.

Sin embargo es interesante observar que pese a que las defunciones provienen de los diferentes departamentos del país (14 de 18 departamentos) siguen buscando los dos principales centros asistenciales. Coincidente con los principales centros hospitalarios del país el mayor número de defunciones se dan en el HMCR y Hospital Escuela, no se reporta ninguna defunción en el Hospital Leonardo Martínez pese a poseer el segundo centro especializado en VIH/SIDA lo cual debería ser objeto de debate ya que es importante conocer si las personas que están conviviendo con VIH/SIDA saben que el Leonardo Martínez cuenta con un centro especializado para su atención.

El resto de la mortalidad de MEF con VIH/SIDA que son 50 de estas mujeres falleció en centros hospitalarios públicos (10) del país.

6.2 MORTALIDAD MATERNA POR VIH/SIDA HONDURAS, 2009

El embarazo, parto y puerperio es una condición fisiológica no una enfermedad pero hace más susceptible a la mujer ante cualquier situación de enfermedad, aumentando la morbilidad y mortalidad asociada a VIH/SIDA.

La mortalidad Materna por VIH/SIDA en Honduras durante el 2009 fue de 3 casos, de los cuales dos buscaron asistencia médica, el rango de edad es de 22 a 32 años, 2 eran unión libre, dos analfabetas, dos pertenecían a Tegucigalpa, dos amas de casas, dos se encontraban en el segundo trimestre del embarazo y una en puerperio de más de 14 días, dos muertes hospitalarias, las tres fueron catalogadas como muertes obstétricas indirectas.

VII. CONCLUSIONES

1. El número de Mujeres en Edad Fértil con VIH/SIDA, que fallecieron en Honduras durante el 2009 fue de 99, de las cuales 3 fueron mortalidad materna asociada a VIH/SIDA.
2. Las Mujeres en Edad Fértil con VIH/SIDA que fallecieron en Honduras durante el 2009, pertenecían en su mayoría a grupos con características personales vulnerables como ser: mujer joven entre años 30 y 34 años, solteras, con primaria incompleta, y que se dedican a oficios domésticos.
3. Según densidad poblacional las mujeres misquitas 12.9 % (4) y garífunas 9.7% (3) son las etnias más afectadas.
4. La causa básica de muerte fue Enfermedad por Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH; sin otra especificación en un 50% (48).
5. La distribución en frecuencia siguen concentradas en las grandes ciudades del país San Pedro Sula y Tegucigalpa, pero al observar densidad poblacional encontramos que los lugares más afectados son Atlántida, Colón y Gracias a Dios.
6. Las vulnerabilidades acumuladas de estas mujeres (mujeres, jóvenes, étnicas, geográficas, escolaridad etc.) hacen difícil su acceso a los servicios de salud con los que se cuentan en el país.
7. No se logró determinar si el tiempo de defunción de estas mujeres tiene alguna relación con la atención recibida.
8. El VIH/SIDA es un problema grave de Salud Pública que trae como consecuencia problemas económicos por el alto costo de su tratamiento, por el número de muertes de personas laboralmente activas.
9. Un total de 123 niños perdieron su madre a consecuencia del VIH/SIDA durante 2009 en Honduras.
10. El VIH/SIDA es una enfermedad que no tiene cura, pero que se puede tratar; y requiere especial atención durante el embarazo, parto y puerperio.

VIII. RECOMENDACIONES

1. La Secretaría de Salud debe buscar una nueva estrategia que visibilice el VIH/SIDA como un problema de salud que está afectando la población hondureña y en particular las mujeres en edad reproductiva.
2. Los sistemas de Vigilancia Epidemiológica de Secretaría de Salud deben dar respuesta inmediata a la situación del VIH/SIDA en nuestro país, mejorando la recolección de datos, difundiendo la información real del número de casos y el número de muertes, realizando investigaciones continuas en zonas más afectadas.
3. Los Centros de Atención Integral (CAI) de personas conviviendo con VIH/SIDA deben de ser promocionados para lograr el acceso a la población.
4. Es necesario que los servicios de salud a todo nivel local, y central den una respuesta en salud a las personas conviviendo con VIH/SIDA; que se dé mayor acceso a los tratamientos retrovirales, mejorar la cobertura de atención.
5. Es necesario empoderar a la población hondureña y a nuestras mujeres en particular del tema de VIH/SIDA, el cual debe estar presente para que se conozcan su prevención y tratamiento, existiendo un verdadero trabajo de promoción de la salud.
6. Hay que realizar acciones tendientes a mejorar en la población el acceso y la utilización de los servicios de la prueba de VIH/SIDA, lo que daría mayor facilidad en el cuidado de su salud de las personas conviviendo con VIH/SIDA.
7. La Secretaría de Salud deberá realizar especial énfasis en cuanto al trabajo con VIH/SIDA en los grupos étnicos más afectados.
8. Es necesario que la unidad rectora de la salud hondureña realice estrategias de comunicación, difusión, prevención del VIH/SIDA para que sea un tema actual y veraz que necesita estar presente en la mente de toda persona para que pueda tomar las medidas de prevención y tratamiento necesarias.
9. Fomentar la investigación y divulgación de resultados en VIH/SIDA en Honduras.

10. Es necesario que las instituciones que estén trabajando con VIH/SIDA tengan una comunicación activa con Secretaría de Salud para evitar la duplicidad de acciones y lograr un mayor impacto.
11. La experiencia de la UNAH como máxima casa de estudio en este tipo de investigaciones es fundamental para el desarrollo del país; pero es necesaria para que sus estudiantes enriquezcan sus conocimientos con el diario vivir de nuestra gente en especial de nuestras mujeres.
12. Los cambios en el estilo de vida que puede modificar la incidencia de VIH/SIDA deben ser permanentes y para el resto de la vida; es por ello indispensable la creación de Programas específicos de Promoción de la salud a la población en general y dando especial énfasis a las mujeres.
13. El momento del reporte de la defunción varió mucho de la fecha de defunción por lo que se deben fortalecer los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica.
14. Se debe de institucionalizar el seguimiento de los huérfanos por VIH/SIDA, ya que en la actualidad hay un subregistro de los mismos y no se cuenta con una política de salud que dé seguimiento y respuesta a las necesidades de estos niños.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Artemisa. (2003). Perinatología: Reproducción Humana. *Medigraphic Artemisa*, 17, 25-27.
2. Bolaños Gutiérrez, M. (2013). Implicaciones éticas, legales y sociales del diagnóstico de VIH/SIDA en la mujer. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39, 124-134.
3. Campero, H. C. (2002). *la Vulnerabilidad de la Mujer ante VIH/SIDA . constantes cambios en el tema*. Mexico : Salu Publica Mexico.
4. Cecchini, D. M. (2011). Prevención de la Transmisión Vertical del VIH-1 en un Hospital Público de complejidad terciaria de Buenos Aires, Argentina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30(3), 189-195.
5. Dinorah Oliva Venereo; Claribel Saaveedra; Arturo Luis Viñas. (2001). La Mujer y el VIH/SIDA ¿por que un problema? *Rev. Habanera de Ciencias Médicas*, 8(5), 113-120.
6. Doris Rodriguez; José Verde. (diciembre de 2013). Consecuencia de una Muerte Materna en la Familia. 13(3), 433-444.
7. Dr. José Moya, D. J. (2007). Principales Causas de Mortalidad Registradas en Haití durante el año 2000. El Impacto del SIDA. *Revista Cubana de Epidemiología*, 45(1).
8. Dres. Pedro Fanele; Mariela Rivas. (2010). Mortalidad Materna: tragedia prevenible, ¿hemos avanzado? *rev. Obstetricia Ginecologia de Venezuela*, 70(1), 24-30.
9. Engels Sandoval, Yeni Chavarria, Kenneth Bustillo. (2009). Características Clínicas y Epidemiológicas de los pacientes adultos con VIH en el Instituto Hondureño de Seguridad Social. *Revista Médica Hondureña*, 77(4), 153-192.
10. Eugenia Canava,. Gladys Valencia, Claudia Patricia Forero, Liliana, Guardela, Nibia , Magaña, Adalgisa, & Vargas, Yadira. (2005).). Factores Protectores y de Riesgo para VIH/SIDA en Muejres de Cali, Colombia. *Ciencia y Enfermería*, 11(2), 23-33.

11. Fernandez, J. A. (2003). la Epidemia del SIDA en Honduras: Discriminación, Estigmatización u Derechos Humanos. *Rev. MÉDICA Hondureña*, 35-41.
12. Guatemala, S. d. (2010, octubre). *Vigilancia de las Embarazadas y de la muerte de Mujeres en Edad Fértil (10-54 años) para la identificación de las muertes maternas*. Guatemala, Guatemala: ServiprensaS.A.,
13. <http://www.hn.undp.org/content/honduras/es/home/mdgoverview>. (s.f.).
14. INE. (2010). *Proyecciones de Población 2011-2015. Censo de Población y Vivienda 2001*.
15. INE. (2011). *ENDESA*.
16. Iris Padilla; Irina Bande. (Enero a Junio de 2005). La Mujer más Vulnerable a Adquirir la Infección por VIH, las Desigualdades de Genero su mayor condicionante. *Revista de la Facultad de Ciencias Medicas/UNAH*, 1.
17. José Maria Carrera; Nestor Devess; Dolores Chacon. (2007). Mortalidad Materna en Africa. *Prog Obstetricia Ginecologia*, 50(7), 405-419.
18. Katie Badillo- Navarro, L. P.-t.-E. (enero de 2013). Evaluacion Inicial del Programa de Prevención de la Transmisión Materno-infantil de la Infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana en Guinea Ecuatorial. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 32(1), 31-36.
19. Madrid, S. d. (2012). *Mortalidad por VIH/SIDA en España 2010 , Evolución 1981-2010*. Madrid.
20. Maria Elena Mendez; Ana María Ferrera; Eva Cristina Urbina; María Virginia Díaz. (2003). *Analisis de las Políticas Nacionales de ITS y VIH/SIDA desde un enfoque de Género*. Tegucigalpa: UNIFEM.
21. Maria Gonzalez; S. Guillen; J.T. Ramos. (2005). Evolución de la Transmisión Vertical del VIH. *an. Pediatrico*, 62(1), 25-31.
22. Marina Holgado-Juan, M. C.-J. (marzo de 2013). Características de una Conhorte Materna con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 31(3), 147-151.
23. Mejía, J. S. (2014). *Demografía de Honduras 1945-2015*. Tegucigalpa, Honduras: Instituto de Investigación Científica y Educación Superior.

24. Mexico, S. P. (enero a febrero 2004 de 2002). Estadísticas de Mortalidad Relacionada con la Salud Reproductiva México 2002. *Salud Pública de Mexico*, 46(1).
25. Mireya Orio; José Peña; Mario Sanz. (2007). Cambios en la transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana, comparación de 1994-2004. *Medicina Clinica*, 128(9), 321-334.
26. Nolasco, D. (2009). *La Salud de la Mujeres y los Hombres en Panama: OPS*.
27. O.M.S. (2012). *www.OMS/CIFRAS MUNDIALES*.
28. Ochoa, G. V. (1 de febrero de 2011). Analisis de la Mortalidad por causas específicas: VIH-SIDA, Tuberculosis, causas maternas, accidentes de transito 2007-2008. Lima,, Perú.
29. ONUSIDA. (2013). *Como las mujeres que viven conel VIH ayudan al mundo a poner fin al SIDA*. ONUSIDA.
30. ONUSIDA. (2013). *Informe Mundial Sobre la Epidemia Mundial de SIDA 2013*. ONUSIDA.
31. OPS. (noviembre de 2009). Salud de la Mujer, nota descriptiva. *nota descriptiva N° 334* .
32. OPS. (1998). *Mortalidad Materna en Cifras Mundiales*. OPS.
33. OPS. (2001). *OPS Vigilancia del SIDA en las Americas (informe bianual)* . WASHINGTON: OPS.
34. OPS. (2012). *Estadísticas Sanitarias Mundiales. Ginebra*.
35. Ortiz, B. M. (octubre-diciembre de 2002). ¿de Que mueren las Mujeres? *publicación trimestral del programa Mujeres y Salud del Isis Internacional*(28), 1.
36. Pablo Aldaz; Jesus Castillas; Fatima Irosurri. (2007). Cambios en la mortalidad y en las causas de defunción en las personas con diagnostico de infeccion por el VIH, 1985-2004. *Enfermedades Infecciosas Microbiologia Clinica*, 25(1), 5-10.
37. Patricia Uribe-Zuniga, Carlos Magis-Rodriguez, Enrique Bravo-Garcia, Cecilia Gayet-Serrano, Lucila Villegas-Icazbalceta, Griselda Hernandez-

Tepichin. (octubre-diciembre de 2003). El SIDA en la Mujeres Logros y Asignaturas Pendientes. Mexico, Mexico.

38. Plazola-Camacho, N. O.-I. (2009). Veinte años de Experiencia en el Manejo de la Mujer Embarazada Infeccionada por VIH/SIDA en el Instituto Nacional de Perinatología. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 66(4).
39. Quintero, M. P. (2009). Políticas Públicas, Sistema de Salud y Mujeres con VIH/SIDA en Colombia: un análisis crítico. *Revista Gerencia y POLÍTICAS DE SALUD*, 8(16), 58-71.
40. Renata Ferreira, Hisako Shima, Marica de Souza. (diciembre de 1998). Mujeres y SIDA: Perfil de una Población Infeccionados y Reflexiones sobre implicaciones sociales. *rev latinoamericana Enfermería de Ribeirao*. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1590/so104-11691998000500008>
41. Salud, S. d. (2010). *Informe de ITS/SIDA 2010*. Tegucigalpa, Honduras.
42. SALUD, S. D. (Agosto 2013). *Actualización de la razón de mortalidad materna, Honduras año 2010*. Tegucigalpa : Secretaría de Salud.
43. Secretaría de Salud, A. U. (2002). *Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar ENESF-2001 y Encuesta Nacional de Salud Masculina ENSM-2001*. Tegucigalpa: INE.
44. Secretaría de Salud, S. S. (2010). *Honduras Actualización de la Razón de Mortalidad Materna, año 2010*. RAMNI. Tegucigalpa, Honduras: Secretaría de Salud.
45. Secretaría de Salud, S. S. (julio 2010). *Estrategia Nacional de Comunicación en Apoyo al Proceso de Actualización De la Razón de la Mortalidad Materna del año 2009 y 2010*. Tegucigalpa, Honduras: Secretaría de Salud.
46. SIERRA, M. (1997). *Epidemiología del VIH/SIDA en Honduras, Situación Actual y Perspectivas en Honduras*. SECRETARIA DE SALUD.
47. UNFPA. (2009 junio). *Análisis de Situación de Población en Honduras*. Tegucigalpa.
48. UNICEF/OPS. (2011). *situacion de los niños, niñas y adolescente con VIH en Argentina*. Argentina: OPS.

49. Uruguay, M. d. (2012). *Informe de la Situación Nacional del VIH/SIDA 2012*. uruguay.
50. VIH/SIDA, P. C. (2002). *Informe sobre la Epidemia Mundial del VIH/SIDA 2002*. Ginebra: ONUSIDA.

UDI-DEGT-UNAH

X. ANEXOS

ANEXO N° 1: IVM-1

Secretaría de Salud Dirección General de Vigilancia de la Salud Departamento de Atención Integral a la Familia		
FICHA DE VIGILANCIA DE LA MUERTE DE MUJERES EN EDAD FERTIL (10 – 49 AÑOS)		IVM- 1
I. Datos de la unidad notificadora:		
1. Tipo de unidad :	1.Hospital <input type="checkbox"/> 2.CMI <input type="checkbox"/> 3.CESAMO <input type="checkbox"/> 4.CESAR <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> PER <input type="checkbox"/>	
2. Nombre de la unidad: _____	Código RUPS _____	
3. Región Sanitaria: _____	Código _____	
II. Datos generales de la mujer		
4. Nombre: _____		
5. No. Expediente _____	6. Identidad: _____	
7. Edad: _____ años	8. Estado conyugal: Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> En Union libre <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
9. Sabía leer y escribir: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	Si su respuesta es No continúe con pregunta 11	
10. Grado Escolaridad: _____ (Especifique en números)	11. Etnia: _____	
12. Ocupación habitual: _____		
13. Dirección habitual: Departamento: _____ Municipio _____ Aldea _____ Barrio/colonia/caserío _____		
III. Datos de la muerte		
14. Esta muerte fue captada en : _____		
15. Fecha de muerte: _____ día _____ mes _____ año	16. Semana Epidemiológica _____	
17. Recibió atención médica 48 hrs antes de morir: <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> Se igno <input type="checkbox"/> Si su respuesta es No pase a la pregunta 19		
18. Lugar de atención: Hospital <input type="checkbox"/> CESAMO/CESAR <input type="checkbox"/> CMI <input type="checkbox"/> Hosp/Clinica privada <input type="checkbox"/>		
19. Sitio donde ocurrió la muerte: Comunidad <input type="checkbox"/> Instiución <input type="checkbox"/>		20. Lugar donde ocurrió la muerte: Departamento: _____ Municipio _____ Aldea _____ Barrio/Colonia _____
21. Especifique nombre del sitio donde ocurrió la defunción: _____		
IV. Causa de la defunción		
a) _____ debido a (o como consecuencia de)	22 _____ Códigos	
b) _____ debido a (o como consecuencia de)	23 _____	
c) _____ debido a (o como consecuencia de)	24 _____	
d) _____ debido a (o como consecuencia de)	25 _____	
Otros estados patológicos: _____		
V. Caracterización de la fallecida		
26. Menstruaba al momento de muerte: <input type="checkbox"/> Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 Se ign <input type="checkbox"/> 9		
26.1 Porque no menstruaba: _____		27. FUM: _____ 27.1 Se ignora FUM <input type="checkbox"/>
28. Fecha de ultimo parto: _____ / _____ / _____ 27.1 Se ignora fecha <input type="checkbox"/>		
VI. Clasificación de los casos		
29. Este caso se clasifica como:		
a. Una muerte de MEF que ocurrió durante el embarazo, parto, y puerperio b. Una muerte de MEF que ocurrió entre los 43 y 365 días después de la terminación del último embarazo: c. Una muerte de MEF que no estaba embarazada, no era parturienta y no era puerpera	<input type="checkbox"/> Continué con la investigación de caso, utilice el IVM 2 <input type="checkbox"/> Concluya la investigación <input type="checkbox"/> Concluya la investigación	
30. Fuentes consultadas para completar este instrumento: _____		

ANEXO N°2 IVM-2 A



SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA FAMILIA



FICHA DE INVESTIGACIÓN DE LAS MUERTES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO QUE OCURREN EN LA COMUNIDAD (NO HOSPITALARIAS) IVM - 2 A

Datos Generales:

Unidad Notificadora: _____ Código
 Región Sanitaria _____
 Fecha llenado: _____ / _____ / _____
 Quien proporciona la información: _____ Día Mes Año

Parte 1

I. Datos Generales fallecida

1. Nombres y Apellidos _____ **2. Edad:**

3. No. Identidad

4. Fecha de muerte: Día _____ Mes _____ Año _____

5. Estaba la señora embarazada al momento de su muerte: Sí No

6. La muerte ocurrió dentro de los 42 días siguientes a la terminación de su emba Sí No

7. Fecha en que término último embarazo: Día _____ Mes _____ Año _____ Era primer embarazo

8. ¿El fallecimiento de la señora ocurrió durante el embarazo, durante el parto o después del parto?
 Responda marcando en el cuadrado que corresponde

a. Embarazo ¿Cuantos meses de embarazo tenía la señora?
b. Parto
c. Puerperio **c.1 ¿Cuanto tiempo (horas, días) después del parto falleció la señora?**
 a. Horas _____ b. Días _____ c. Semanas _____ d. No Sabe _____
 (Escriba Número de horas, días, semanas)

9. Escriba un breve comentario relacionado con la forma en que ocurrió la muerte:

A partir de los hechos narrados y de la información del IVM 1 podemos concluir que:

1. Fue muerte de embarazada o puerpera debida a una lesión no intencional (accidentales): E). incidentes de trafico y el transporte las ocurridas en los hogares, en el lugar de trabajo, en espacios públicos y las causadas por desastres naturales. **Continue parte**
2. Fue muerte de embarazada o puerpera por lesiones relacionadas con la violencia (intencionales): violencia interpersonal, colectiva y las auto-infligidas. (E). por violencia, Homicidio **Continue parte 4**
3. Fue muerte de embarazada o puerpera por Suicidio (Intoxicación plaguicidas u otra sustancia, ahorcamiento, **Continué con parte 2**
4. Fue muerte de embarazada o puerpera por otras causas: **Continué con parte 2**

ANEXO N°3 Distribución de MEF con VIH/SIDA que fallecieron en Honduras durante el 2009 según su lugar de nacimiento y municipio.

Departamento	Municipio	Frecuencia	Porcentaje válido
Atlántida	La Ceiba	4	4.2%
	El Provenir	1	1.1%
	Jutiapa	2	2.1%
	Tela	2	2.1%
Colón	Trujillo	4	4.2%
	Santa Fe	1	1.1%
	Santa Rita de Aguan	1	1.1%
	Tocoa	2	2.1%
	Choloma	1	1.1%
Copán	Florida	1	1.1%
Cortés	San Pedro Sula	16	16.8%
	Choloma	5	5.3%
	Puerto Cortés	2	2.1%
	San Francisco de Yojoa	1	1.1%
	Santa Cruz De Yojoa	2	2.1%
	Villanueva	1	1.1%
	La Lima	2	2.1%
Choluteca	Choluteca	1	1.1%
	El Triunfo	2	2.1%
	Marcovia	1	1.1%
	Pespire	1	1.1%
El Paraíso	Danlí	1	1.1%
	Total	1	1.1%

Francisco Morazán	Distrito Central	15	15.8%
Gracias A Dios	Brus Laguna	3	3.2%
	Wampusrpi	1	1.1%
La Paz	Marcala	1	1.1%
	Total	1	1.1%
Lempira	Las Flores	1	1.1%
	Lepaera	1	1.1%
	Sam Rafael	1	1.1%
Ocotepeque	Ocotepeque	1	1.1%
	Concepcion	1	1.1%
Olancho	Juticalpa	1	1.1%
	Catacamas	1	1.1%
	San Esteban	1	1.1%
Santa Bárbara	Colinas	1	1.1%
	Nueva Celilac	1	1.1%
	Proteccion	1	1.1%
	Quimistan	2	2.1%
	San Pedro Zacapa	1	1.1%
	San Vicente	1	1.1%
	Centenario	1	1.1%
	Las Vegas	1	1.1%
Yoro	Yoro	1	1.1%
	El Progreso	1	1.1%
	Olanchito	1	1.1%
Sin información		4	
Total		96	100.0%

Anexo N° 4 Distribución de MEF con VIH/SIDA que fallecieron en Honduras durante el 2009, según fecha de defunción.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
01-ene-09	2	2.1	2.1	2.1
03-ene-09	1	1.0	1.0	3.1
06-ene-09	2	2.1	2.1	5.2
09-ene-09	1	1.0	1.0	6.3
11-ene-09	1	1.0	1.0	7.3
12-ene-09	1	1.0	1.0	8.3
15-ene-09	1	1.0	1.0	9.4
18-ene-09	1	1.0	1.0	10.4
22-ene-09	1	1.0	1.0	11.5
26-ene-09	2	2.1	2.1	13.5
31-ene-09	1	1.0	1.0	14.6
02-feb-09	1	1.0	1.0	15.6
03-feb-09	1	1.0	1.0	16.7
07-feb-09	1	1.0	1.0	17.7
10-feb-09	1	1.0	1.0	18.8
11-feb-09	1	1.0	1.0	19.8
19-feb-09	1	1.0	1.0	20.8
02-mar-09	1	1.0	1.0	21.9
04-mar-09	1	1.0	1.0	22.9
05-mar-09	1	1.0	1.0	24.0
07-mar-09	1	1.0	1.0	25.0
10-mar-09	1	1.0	1.0	26.0
12-mar-09	1	1.0	1.0	27.1
19-mar-09	1	1.0	1.0	28.1

21-mar-09	1	1.0	1.0	29.2
26-mar-09	1	1.0	1.0	30.2
29-mar-09	2	2.1	2.1	32.3
01-abr-09	1	1.0	1.0	33.3
10-abr-09	1	1.0	1.0	34.4
15-abr-09	1	1.0	1.0	35.4
28-abr-09	1	1.0	1.0	36.5
05-may-09	1	1.0	1.0	37.5
11-may-09	1	1.0	1.0	38.5
12-may-09	1	1.0	1.0	39.6
20-may-09	1	1.0	1.0	40.6
24-may-09	3	3.1	3.1	43.8
05-jun-09	1	1.0	1.0	44.8
07-jun-09	1	1.0	1.0	45.8
22-jun-09	1	1.0	1.0	46.9
26-jun-09	1	1.0	1.0	47.9
29-jun-09	2	2.1	2.1	50.0
03-jul-09	1	1.0	1.0	51.0
04-jul-09	1	1.0	1.0	52.1
07-jul-09	1	1.0	1.0	53.1
08-jul-09	1	1.0	1.0	54.2
22-jul-09	2	2.1	2.1	56.3
29-jul-09	1	1.0	1.0	57.3
05-ago-09	1	1.0	1.0	58.3
16-ago-09	1	1.0	1.0	59.4
23-ago-09	1	1.0	1.0	60.4
27-ago-09	1	1.0	1.0	61.5
07-sep-09	1	1.0	1.0	62.5
08-sep-09	1	1.0	1.0	63.5

11-sep-09	1	1.0	1.0	64.6
13-sep-09	1	1.0	1.0	65.6
14-sep-09	1	1.0	1.0	66.7
16-sep-09	1	1.0	1.0	67.7
19-sep-09	1	1.0	1.0	68.8
23-sep-09	1	1.0	1.0	69.8
04-oct-09	1	1.0	1.0	70.8
08-oct-09	1	1.0	1.0	71.9
12-oct-09	1	1.0	1.0	72.9
17-oct-09	1	1.0	1.0	74.0
19-oct-09	1	1.0	1.0	75.0
20-oct-09	1	1.0	1.0	76.0
21-oct-09	1	1.0	1.0	77.1
25-oct-09	1	1.0	1.0	78.1
28-oct-09	1	1.0	1.0	79.2
29-oct-09	2	2.1	2.1	81.3
30-oct-09	1	1.0	1.0	82.3
31-oct-09	1	1.0	1.0	83.3
06-nov-09	1	1.0	1.0	84.4
08-nov-09	1	1.0	1.0	85.4
10-nov-09	1	1.0	1.0	86.5
11-nov-09	1	1.0	1.0	87.5
13-nov-09	1	1.0	1.0	88.5
16-nov-09	1	1.0	1.0	89.6
18-nov-09	1	1.0	1.0	90.6
03-dic-09	1	1.0	1.0	91.7
11-dic-09	1	1.0	1.0	92.7
15-dic-09	2	2.1	2.1	94.8
20-dic-09	1	1.0	1.0	95.8

22-dic-09	1	1.0	1.0	96.9
30-dic-09	1	1.0	1.0	97.9
31-dic-09	2	2.1	2.1	100.0
Total	96	100.0	100.0	

UDI-DEGT-UNAH

ANEXO 5: PRINCIPALES ONG trabajando en VIH/SIDA EN TEGUCIGALPA Y SAN PEDRO SULA

PRINCIPALES ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES E INSTITUCIONES QUE EN EL TEMA DE VIH/SIDA EN TEGUCIGALPA				
No.	ORGANIZACIÓN	PROGRAMAS / PROYECTOS	POBLACIÓN META	ÁREA GEOGRÁFICA
1	Enlace de Mujeres Negras de Honduras (ENMUNEH)	<ul style="list-style-type: none"> - Atención integral en salud sexual y reproductiva, - Defensoría en derechos humanos - Formación de facilitadoras comunitarias - Organización y capacitación a promotoras de salud - Orientación y prevención en VIH/SIDA 	Mujeres jóvenes, adultas, niños y niñas	Atlántida, Colón y Cortés
2	Centro de Derechos de Mujeres (CDM)	<ul style="list-style-type: none"> - Programa de Comunicación donde se aborda el tema e Salud Sexual y Reproductiva, VIH/SIDA entre otros. - Formación de comunicadores(as) jóvenes en radio - Producción de material de divulgación y comunicación 	Mujeres jóvenes y adultas	Tegucigalpa, Choluteca, Cortés

3	Centro de Estudios de la Mujer Honduras (CEM-H)	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitación a mujeres jóvenes líderes y adultas den el tema de salud sexual y reproductiva VIH/SIDA - Procesos de capacitación con mujeres líderes de 8 departamentos del país en el tema de Salud Sexual y Reproductiva VIH/SIDA entre otros. 	Mujeres jóvenes y adultas	Tegucigalpa, Cortés, Intibucá, El Paraíso, Yoro, Valle, Choluteca y Francisco Morazán Sur.
4	Centro de Estudios y Acción para el Desarrollo de Honduras (CESADEH) Honduras	<ul style="list-style-type: none"> - Jornadas de capacitación con mujeres jóvenes y adultas - Prevención de ETS/VIH/SIDA 	- Mujeres jóvenes y adultas	- Tegucigalpa, La Paz

5	Acciones para el Desarrollo Integral	<ul style="list-style-type: none"> - Clínicas de atención integral - Programa de atención integral y erradicación de la violencia de género - Programa de Educación, comunicación y organización - Capacitación a mujeres jóvenes y adultas en ETS/VIH/SIDA 	- Mujeres jóvenes y adultas	- A nivel nacional
6	KUKULKAN	<ul style="list-style-type: none"> - Promoción, abogacía y defensa de los derechos humanos de la población. - Educación sexual - Capacitación en ETS/VIH/SIDA - Servicio de conserjería - Campañas educativas - Atención y remisión de casos 	- Hombres (HSH)	- Tegucigalpa

7	Colectivo Violeta		Promoción y defensa de los derechos – humanos Consejera Capacitación	Hombres, TSC, HSH	Tegucigalpa
8.	Médicos sin Fronteras		Apoyo al Programa de Atención Integral a la Mujer y al Niño(a) Proyecto de ITS/VIH/SIDA Educación preventiva Atención medica directa a PVVS Suministro de medicamentos, material médico y equipamiento Apoyo emocional y psicosocial PVVS Elaboración de material educativo	Mujeres Niñas(os) Hombres Jóvenes	Atlántida, Yoro,
9	Pastoral Social Arquidiocesana, Pastoral Samaritano	CARITAS, del Buen	Organización Formación preventiva Incidencia Consejería	Mujeres y hombres jóvenes	Tegucigalpa Comayagua Trujillo Juticalpa
					Santa Rosa de Copan Choluteca San Pedro Sula

10	Casa Alianza	Prevencción en VIH/SIDA Consejería en VIH/SIDA Atención Integral al niño(os) viviendo con VIH/SIDA –Área Residencial de niñas(os) Rehabilitación social de niña(os) Prevencción y formación en drogas	Niñas, niños y jóvenes	Tegucigalpa
11	Programa de Desarrollo para la Infancia y la Mujer (PRODIM)	IEC, consejería, servicios clínicos- por ITS y PVVS	Adultos en edad reproductiva, TSC y sus clientes, PVVS, personas con ITS	Tegucigalpa, y Comayagüela
12	Centro de Orientación y Capitación- en SIDA COCSIDA	Promoción y defensa pública, IEC, consejería	Niñez, adolescencia, adultos(as) en edad reproductiva, TCS, influyentes, PVVS	Tegucigalpa y Comayagüela
13	Fundación Fomento en Salud (FFS)	Promoción y defensa pública, IEC	Adultos(as) en edad reproductiva, PVVS, TCS, y HSC	Nacional
14	Grupo PRISMA	Promoción y defensa pública, IEC	HSH, mujeres- lésbicas	Tegucigalpa Comayagüela y

15	Gaviota	Promoción y defensa pública, IEC	Adolescentes, TSC y sus clientes, adultos(as) en edad reproductiva, influyentes	Tegucigalpa y Comayagüela
16	Asociación Nacional de Personas Viviendo con el VIH/SIDA ASONAPVSIDAH	Defensa Publica, IEC	PVVS, adultos(as) en edad reproductiva	Nacional
17	Pan American Social Marketing Organización PASMO	IEC	-Adolescentes, TCS y sus clientes, adultos(as) en edad reproductiva, HSC.	Nacional
18	Médicos del Mundo	Promoción y defensa pública, IEC	-Adultos(as) en edad reproductiva, influyentes	Tegucigalpa y Comayaguela
19	Grupo RENACER	Promoción y defensa pública, IEC	Adultos(as) en edad reproductiva, HSH y PVVS	Tegucigalpa y Comayaguela
20	Alternativas y Oportunidades	IEC; Consejería, distribución de condones	Niñas(os), adolescentes, adultos(as) en edad reproductiva	Tegucigalpa y Comayaguela
21	Casa Zulema	Albergue a las PPVV (hombres y mujeres)	Personas viviendo con VIH/SIDA	Tegucigalpa
22	Casa Pasionista	Albergue a las PPVV (hombres y mujeres)	Personas viviendo con VIH/SIDA	Tegucigalpa

PRINCIPALES ORGANIZACIONES E INSTITUCIONES NO GUBERNAMENTALES QUE TRABAJAN EN EL TEMA DE VIH/SIDA EN EL VALLE DE SULA				
No.	ORGANIZACIÓN	PROGRAMAS / PROYECTOS	POBLACIÓN META	AREA GEOGRAFICA
1	ASONAPVSI DAH	- Capacitación en VIH/SIDA, género, salud e incidencia política, - Organización, - Monitoreo de grupos de apoyo	- Mujeres y hombres adultos - Miembros de grupos de apoyo	San Pedro Sula, Cortés
2	Hermanas de la Misericordia	Hogar para niños(as) viviendo con VIH/SIDA	Niños(as) en edades comprendidas de 9-12 años	San Pedro Sula, Cortés
3	Comunicación y Vida (CONVIDA)	- Capacitación a jóvenes en escuelas y colegios - Seguimiento a grupos de apoyo - Organización y prevención de VIH/SIDA	- Jóvenes - Población adulta	San Pedro Sula Choloma Cortés El Progreso

4	Comunidad Gay Sampedrana	- Capacitación - Organización e incidencia - Campañas de prevención, - elaboración de material educativo	- Población Gay y Travesti	- San Pedro Sula, Cortés
5	CARITAS, Programa de Atención a VIH/SIDA	- Capitación - Prevención en VIH/SIDA	- Mujeres Jóvenes	- San Pedro Sula, Cortés
6	DUARI, ECO SALUD	- Servicio de conserjería en VIH/SIDA - Atención directa a pacientes - positivos - Capacitación en nutrición, manejo de - bioseguridad	- Mujeres - Hombres - Adolescentes	- Departamento de - Atlántida
		- Comunicación y divulgación - Capacitación a maestros(as) de - primaria y secundaria en el tema de - ETS/VIH/SIDA		
7	Hogar Corazón de la Misericordia	- Atención - Prevención en VIH/SIDA	- Niñas - Niños	- Cortés