

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

**ESTUDIO DE PREVALENCIA DE SIFILIS/VIH Y CONOCIMIENTOS,
PRACTICAS Y ACTITUDES DE LA POBLACION INDIGENA EN 3 EJES
GEOGRAFICOS DEL PARAGUAY**



2011

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE SIDA/ITS



Ficha Técnica

Título de la obra:

Estudio de Prevalencia de VIH/sífilis y conocimientos, prácticas y actitudes de la población indígena en 3 ejes geográficos del Paraguay.

Ejecución: Programa Nacional de Control de SIDA/ITS, PRONASIDA

Equipo de investigación

Investigador principal:

Dr. Nicolás Aguayo

Coordinación de laboratorio:

Dra. Alma Barboza

Coordinación de campo:

Lic. Liliana Giménez

Coordinación de gestión y análisis de datos:

Dra. Gloria Aguilar

Análisis de datos:

Dr. Aníbal Kawabata

Dra. Minako Nagai



ESTUDIO DE PREVALENCIA DE SIFILIS/VIH Y CONOCIMIENTOS, PRACTICAS Y ACTITUDES DE LA POBLACION INDIGENA EN 3 EJES GEOGRAFICOS DEL PARAGUAY.

INTRODUCCION

Los estudios epidemiológicos en el Paraguay revelan una prevalencia de sífilis de 3,89% en población general, en MTS (mujeres trabajadoras del sexo femenino) 19,43% y en TSM (Trabajador del sexo masculino) 13,33%.

La incidencia de sífilis congénita es del 8,3 x 1000 nacidos vivos.

Entre la fecha de los primeros casos de VIH/SIDA hasta diciembre del 2009 el sistema de vigilancia epidemiológica ha registrado 7932 personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS). Las personas fallecidas registradas suman 1641. La información disponible muestra una epidemia concentrada en población de mayor riesgo (PEMAR) (Hombres que tienen Sexo con Hombres, Usuario de Drogas Inyectables, Travesti Trabajador del Sexo, Mujeres Trabajadoras Sexuales).

Falta información sobre poblaciones vulnerables (niños de la calle, grupos étnicos, población móvil, jóvenes con prácticas de riesgo) lo que traduce que ellas quedan al margen de las estrategias de prevención.

Según los datos del censo realizado en el año 2002, la población indígena se encuentra constituida por 87.099 personas, que representan 1,7% de la población total del país. Un poco más de la mitad del total de la población indígena reside en la región Oriental (44.135) y el resto (42.964) en la región Occidental o Chaco. La población indígena se clasificó en 20 grupos étnicos, en cinco familias lingüísticas (Guaraní, Lengua Maskoy, Mataco Mataguayo, Zamuco y Guaycuru). La distribución por sexo, según es de 51,7% varones y 48,3% mujeres. Un 47,1% de la población es de 0 a 14 años; sólo 2,6% tiene 65 años y más. La tasa global de fecundidad para la población indígena casi duplica la cifra nacional: 6,3 hijos por mujer (4,8 en área urbana y 6,5 en área rural); hay enormes diferencias según etnia: desde 3,4 y 3,5 hijos por mujer en las etnias Enlhet Norte y Toba, respectivamente, a 8,9 y 8,8 hijos por mujer, respectivamente, en las Guaná y Manjui. Las tasas de analfabetismo indican una tremenda situación de desventaja para los indígenas: mientras es de 7,1% para la población general, es de 51% para los indígenas. El promedio de años de estudio es de 2,2 años (comparado a los 7 años para la población general). Los Guaraní Occidental tienen cinco años promedio de estudio, mientras los Manjui presentan 0,7 años.



El tipo de vivienda mayoritario es el rancho, caracterizado por la falta de los servicios básicos. Sólo 2,5% de la población indígena dispone de agua potable y 9,7% de energía eléctrica. Otro aspecto importante de la pobreza extrema de los indígenas es la tenencia de la tierra: de las 412 comunidades indígenas existentes en el Paraguay, 185 (45%) todavía no disponen de asentamiento legal y definitivo.

En este contexto, de una población con exclusión social y del sistema de salud, móvil, que habita predominantemente en la región oriental (de difícil acceso), con características que los hace vulnerables ante la infección por las infecciones de transmisión sexual, entre ellas la sífilis y el VIH (inicio precoz de la actividad sexual (11 a 14 años), alta tasa global fecundidad (6,3), y analfabetismo (51%) es preciso realizar estudios para obtener información que permita planificar las estrategias de prevención y control del VIH y la sífilis en esa población.

A los efectos de determinar el nivel de prevalencia de infección por la sífilis y el VIH, asociada a factores sociocomportamentales en población de indígenas, se plantea la realización de un estudio en una muestra representativa a nivel nacional.



OBJETIVO GENERAL DEL ESTUDIO

Caracterizar la situación de la población indígena del Paraguay en términos de los niveles de prevalencia de infección por la sífilis y el VIH así como las conductas, conocimientos y actitudes respecto a dichas infecciones.

Objetivos específicos

- 1- Determinar la prevalencia de infección por la sífilis y el VIH, en población indígena del Paraguay.
- 2- Identificar los comportamientos sexuales, y los factores protectores de infección por la sífilis y el VIH en la población indígena del Paraguay.
- 3- Conocer el acceso efectivo a los servicios de salud sexual, (incluyendo información y productos) en el ámbito público.
- 4- Identificar el nivel de conocimiento sobre el tema de la sífilis /VIH y sus formas de transmisión y de prevención..



METODO DE INVESTIGACION:

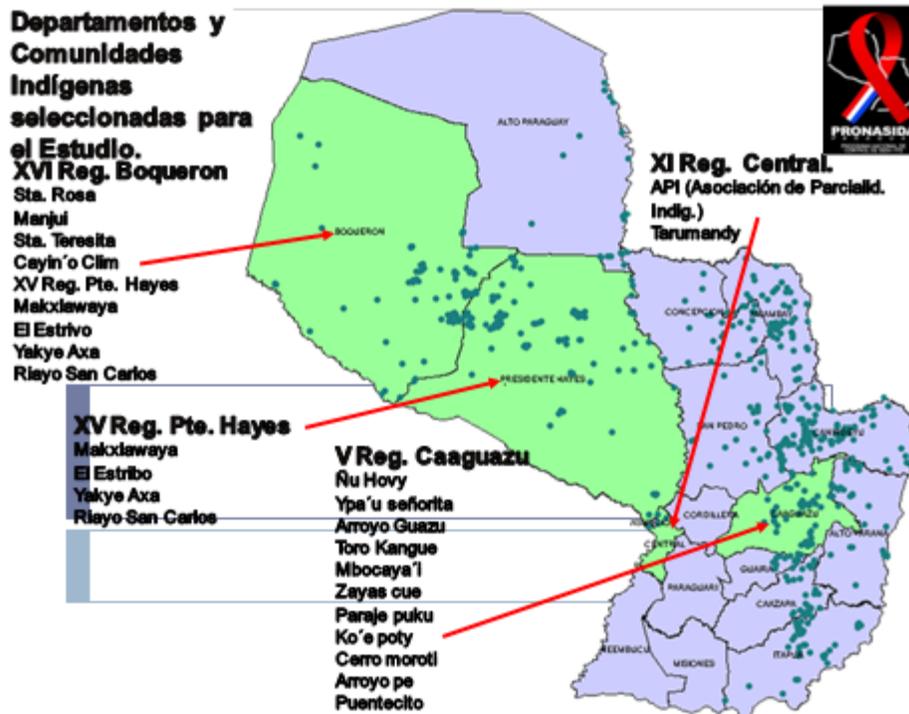
I- Materiales y métodos

Tipo y periodo de estudio: Estudio descriptivo de corte transversal, incluye encuesta y pruebas serológicas para VIH y sífilis, confidenciales ligadas en el periodo del 2011.

Población de estudio: Hombres y mujeres pertenecientes a la población indígena de los tres ejes geográficos del Paraguay (Chaco, Centro-oriental y área metropolitana). La población de estudio *objetivo* (i. e., población de *unidades de análisis*) incluyo a hombres y mujeres de mujeres de igual o mayores a 15 años de edad pertenecientes a la población indígena.

Muestreo: Probabilístico, por conglomerados bietápico estratificado.

Las unidades de primera etapa (conglomerados) fueron las comunidades y las de segunda etapa (unidades de análisis) las mujeres y hombres de la población indígena



El cálculo de la muestra de la población indígena del país se realizó con parámetros para detectar una prevalencia puntual de infección del 4%, con margen de error muestral absoluto de $\pm 1\%$, nivel de confianza de 95% (probabilidad aceptada de error tipo I no mayor de 5%) y factor de pérdida muestral de 15%. El tamaño muestral requerido bajo estas condiciones, con selección muestral es de 1346 unidades de análisis

Ingresaron al estudio los hombres y mujeres elegibles después de firmar el consentimiento informado, donde se les explicó cual es la importancia de su colaboración a la investigación, que tipo de preguntas deberá responder, como se realizara el procedimiento para la extracción de muestras, como se procesaran estas y los beneficios que ellas obtendrán a partir de su ingreso. Se les esclareció que el manejo de la información y datos personales que ellas brinden serán utilizados para devolverle resultados a cada una de las participantes, y que los datos resultados como generales serán utilizados para presentación y análisis de la investigación, sin ninguna posibilidad de ligarlos a los nombres o cualquier información personal que las ingresantes proporcionen.

En todos los casos, la aceptación de ingreso al estudio fue confirmada por la persona seleccionada y el consentimiento informado.

En todos los casos se realizó consejería antes y después de la extracción del material biológico para las pruebas.



PLAN DE EJECUCIÓN (Plan Operativo)

Se trabajo en forma conjunta con los líderes de las comunidades indígenas. Se capacitaron a los promotores de salud de esas comunidades y a los encargados de los servicios de salud cercanos a dichas comunidades en consejería y la realización del testeo

Se trabajo con informantes clave, quienes proveyeron información sobre las comunidades indígenas y sus respectivas localizaciones y tamaño poblacional.

Posteriormente se realizaron las visitas a las comunidades para la consejería y realización del testeo por los promotores de salud y/o encargados de los servicios de salud. Se utilizaron para el estudio encuestadores pares, es decir pertenecientes a la población indígena que fueron sido capacitados para el efecto.

Después de habérseles explicado el alcance y los objetivos del estudio, a aquellas mujeres y hombres interesados/as en participar se les brindo una ficha de consentimiento para que la firmen. Se procedió a realizar las preguntas del cuestionario La ficha de consentimiento así como el cuestionario se leyeron en voz alta. A las mujeres y hombres que no sabían leer o escribir o que no quisieron firmar se les hizo firmar con una X. Tanto el consentimiento, la encuesta como las muestras fueron generados con único código identificador.

Procedimientos de extracción y análisis de las muestras

- 1) **Técnica de venipunción y de colecta de sangre**
- 2) Se deben utilizar dos tubos al vacio: un primer tubo de tapa lila (con EDTA) y un segundo tubo sin anticoagulante (tapa roja) Para reducir el riesgo de reflujo de cualquier anticoagulante hacia la circulación del paciente se debe COLOCAR EL TUBO siempre en posición vertical en una gradilla(tapa HACIA ARRIBA).
- 3) Colocar a cada uno el código correspondiente al paciente. (pegasola)
- 4) Abrir el paquete de la aguja pero no retirar el cobertor de la aguja. Insertar la aguja dentro del soporte adaptador (amarillo).
- 5) Colocar la aguja dentro del soporte adaptador. DEJAR EN ESA POSICIÓN.
- 6) Seleccionar el lugar para realizar la venopunción. Buscar una buena vena. Colocar el brazo del voluntario hacia abajo para facilitar el flujo de sangre hacia la vena.
- 7) Aplicar el torniquete. Limpiar el lugar para realizar la venopunción utilizando un antiséptico adecuado. NO VOLVER A PALPAR EL ÁREA luego de haber aplicado el antiseptico. DEJAR SECAR EL ÁREA.
- 8) Retirar el protector de agujas.
- 9) Entonces realizar la venopunción



- 10) Empujar el tubo hacia la aguja, perforando en la parte media de la tapa de goma del tubo.
- 11) Una vez que se lleno de sangre el tubo deja de aspirar pues contiene vacío. Entonces sacar el primer tubo y sin sacar la aguja de la vena, colocar el segundo tubo tapa roja
- 12) Un poco antes de terminar la extracción, SACAR EL TORNQUETE que no debe durar más de DOS MINUTOS.
- 13) Cuando el primer tubo (tapa Lila) se ha llenado hasta el volumen fijado, retirarlo del soporte e
Invertir el tubo de 5 a 6 veces para mezclar el anticoagulante con la sangre. NO SACUDIR para evitar hemólisis.
- 14) Cuando el segundo tubo (tapa roja) se ha llenado, retirar primero el tubo y LUEGO LA AGUJA de la vena.
- 15) Aplicar presión al lugar de punción con una gasa seca y estéril hasta que el sangrado haya finalizado.
- 16) Colocar un curita si se desea. En los militares no se usara venda adhesiva (asegura el anonimato)
- 17) Luego de culminada la venopunción, en la parte superior del tapón pueden quedar residuos de sangre. Se deben tomar las precauciones adecuadas cuando se manipulan los tubos para evitar el contacto con la sangre. Cualquier cosa que se contamine con sangre debe considerarse potencialmente infeccioso
- 18) Después de la colecta, utilizar un dispositivo de desecho adecuado para desechar la aguja. NO VOLVER A TAPAR.
- 19) Colocar los tubos en un soporte en posición vertical (con la tapa hacia arriba) etiquetados para la identificación de los pacientes.

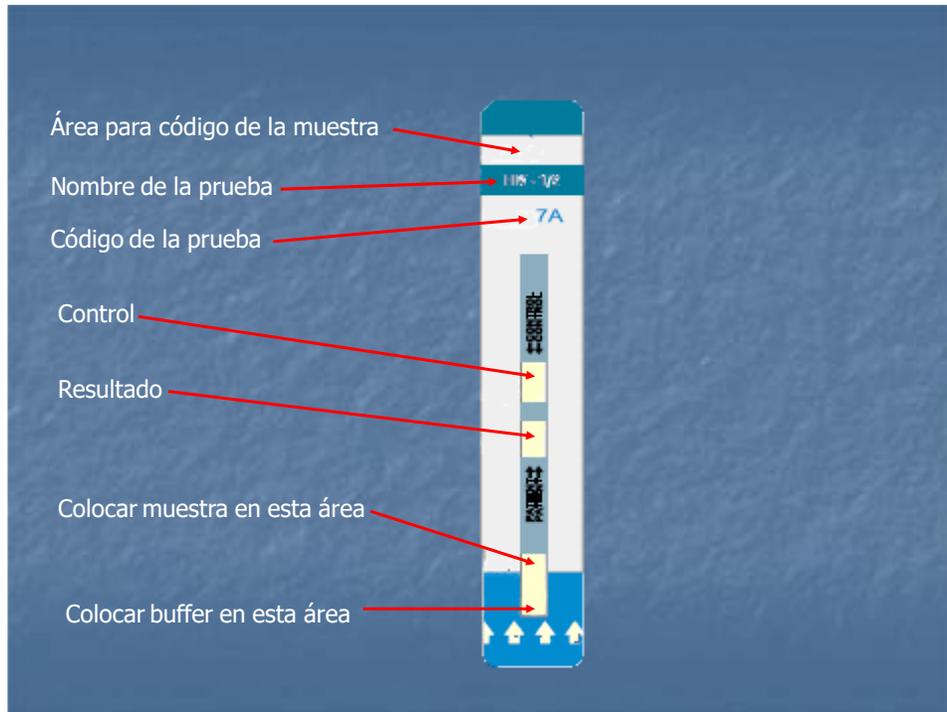
Procesar los test rápidos:

- Abrir el paquete Prepara las tiras reactivas de VIH y sífilis
- Quitar la cobertura de la tira de prueba
- Mezclar el tubo por inversión de 4 a 5 veces y luego proceder a destaparlo
- Aplicar la muestra por la cara de la tira, en la parte inferior; si se emplea sangre total, añadir una gota del buffer. Utilizar una pipeta de transferencia para tomar una alícuota del tubo con EDTA
- Esperar de 15 a 20 minutos y leer los resultados.

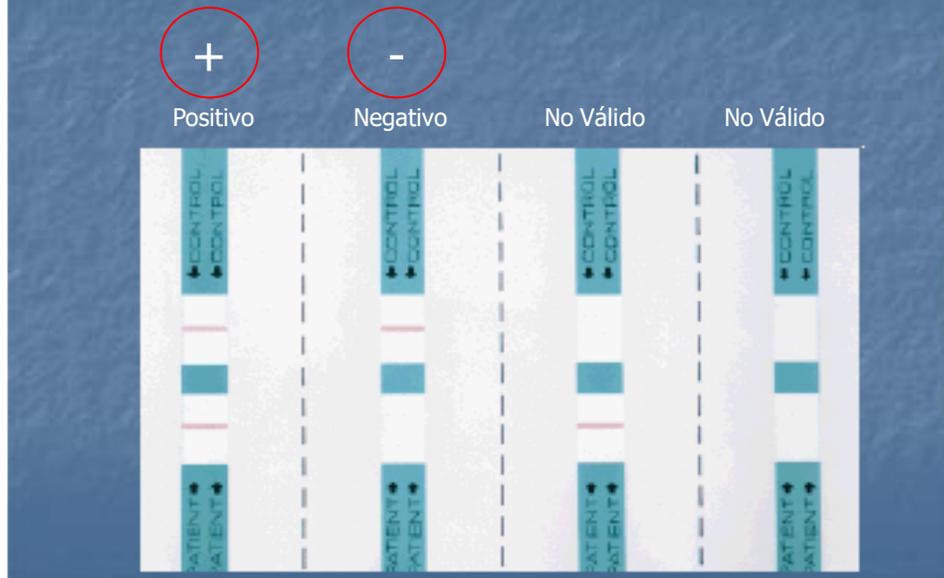


Interpretación de resultados:

- Dos barras rojas significan “Resultado Positivo (reactivo).
- Una barra roja en la ventana del control, significa “Resultado Negativo” (No reactivo)
- Si la barra control no aparece, la prueba es invalida y debe ser repetida



Interpretación de Resultados



En caso de resultado de VIH reactivo, tomar una segunda muestra en el tubo con EDTA y se procederá a centrifugar inmediatamente (dentro de las dos horas posteriores a la colecta de la sangre para obtener mejores resultados).

20) Centrifugar el tubo/las muestras de sangre a temperatura ambiente (18-25°C) utilizando un rotor horizontal (de cabezal rotante hacia afuera) durante un mínimo de 10 minutos a 2.500 rpm.

21) Plasma: Después de realizar la centrifugación, aspirar con una pipeta de transferencia 1.5 ml de plasma sin causar trastorno del paquete globular

22) Suero: Después de centrifugar, aspirar aproximadamente todo el suero sin destruir el coágulo.

23) Transferir a los crioviales el volumen adecuado de 1 o 1,5 ml en cada alícuota de muestra deseada.

24) Los viales de las muestras reactivas que han sido separadas se deben congelar en hielo seco según se describe más abajo. Colocar suficiente hielo seco dentro del contenedor de transporte alrededor de las muestras, para mantenerlas por lo menos a -40 grados Celcius

Desinfecte el contenedor después del uso.



2) Transporte de muestras:

El laboratorio local del PRONASIDA recibirá muestras de sangre tomadas en tubos vacutainer. Después del proceso de centrifugación, los crioviales con las alícuotas de plasma deben ser enviados utilizando las reglas de seguridad existente al Laboratorio CENTRAL del PRONASIDA en Asunción.

3) Recibo de especímenes en el laboratorio Central

Las siguientes reglas deben seguirse.

1. El laboratorio del PRONASIDA en Asunción debe recibir todas las muestras positivas de VIH y todos los de sífilis
2. Los consentimientos informados deben tener todas las firmas y fechas.
3. Los cuestionarios completamente llenados y los formatos de consentimiento deben ser controlados cuidadosamente y a la persona responsable se le debe requerir que provea cualquier dato faltante.
4. Siguiendo la recepción, el empaquetamiento de las muestras y número de alícuotas debe ser chequeado.
5. Los cuestionarios y los consentimientos informados deben ser transferidos al centro de datos para la digitación de los datos en una base de datos.
6. Realice ELISA para VIH en todas las muestras reactivas, si resulta reactivo, se realizara nuevamente el ELISA por duplicado y si vuelve a resultar reactivo, se procede a realizar el Western blot. Si fuera indeterminado, se recomienda realizar nuevamente el ELISA a los 3 meses.

4) Procedimientos de seguimiento y entrega de resultados

Los resultados de test rápidos fueron comunicados verbalmente a los participantes in situ.

Un consejero capacitado realizo la entrega de los resultados por escrito en el PRONASIDA u Hospital regional o SAI de la región sanitaria correspondiente, de 7 a 13 horas.

Los individuos que son VIH positivos fueron referidos al PRONASIDA para seguimiento y tratamiento del VIH que fue ofrecido ao libre de costo. Además serán ofrecidos consejería, examen médico periódico, profilaxis para infecciones oportunistas y terapia antiretroviral. Todo esto según la disponibilidad que tenga el Ministerio de Salud del Paraguay.



Los individuos VIH positivos fueron informados de este resultado durante la consejería post-test. En esos individuos que fueron positivos en un examen inicial se tomo una segunda muestra durante la consejería post test a fin de confirmar el resultado inicial de la prueba

Los resultados de las pruebas realizadas en los voluntarios son almacenados en el Programa Nacional de SIDA (PRONASIDA) y están accesibles a los investigadores envueltos en este estudio durante la duración del protocolo.

El PRONASIDA mantendrá un registro de los códigos de los participantes que no regresen a recoger sus resultados durante la consejería post-test. Estos códigos serán reportados al comité de Ética, durante el informe anual..

Para los casos de sífilis reactiva, se realizo el tratamiento en la región sanitaria correspondiente según Normas Nacionales de aplicación de la penicilina.

5) Manejo de datos: métodos para la entrada de datos, análisis y presentación de datos recolectados.

5.1 Análisis y Presentación de resultados:

Todas las variables contenidas en los cuestionarios fueron consignadas en una base de datos de Excel para Office 2007 y analizada con el software estadístico STATA 9.0 Fueron utilizadas las pruebas de Chi cuadrado para las variables categóricas y el estadístico T para las variables cuantitativas.

5.2 Variables

- Persona de la población indígena positiva para sífilis
- Persona de la población indígena positiva para VIH
- Departamento
- Comunidad
- Etnia
- Edad
- Sexo



-
- Edad de la primera relación sexual
 - Tenencia de pareja estable
 - Uso de condón en la última relación sexual
 - Número de parejas
 - Beneficio a cambio de las relaciones sexuales
 - Uso de alcohol en la última relación sexual
 - Conocimiento del VIH

5.3 Instrumentos de medición:

- 1- Pruebas de laboratorio
 - a- Test rápido de sífilis
 - b- VDRL cuantitativo
 - c- Test rápido de VIH
 - d- Enzimoinmunoensayo (EIA)
 - e- Western blot
- 2- Cuestionario



RESULTADOS

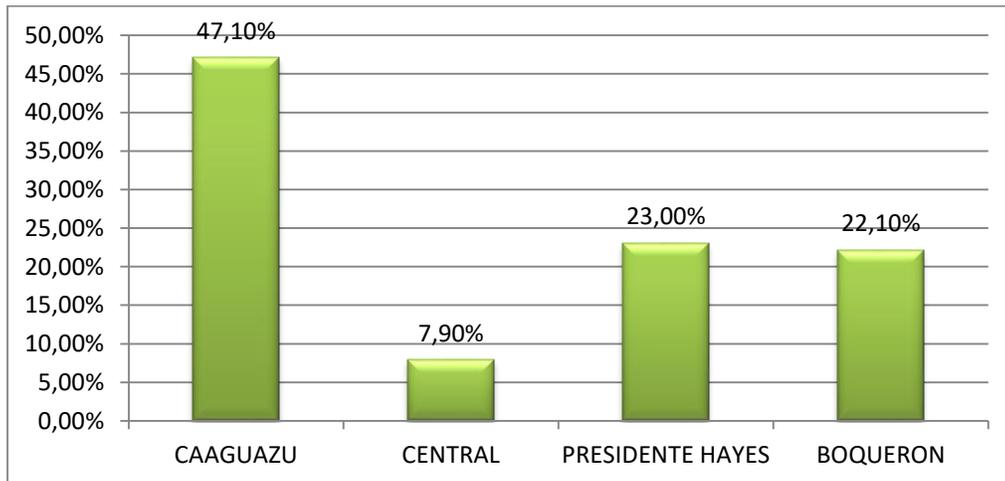
Ingresaron al estudio 1322 personas de la población indígena

a- Descripción de la población de estudio

Distribución de la población indígena por:

1- Departamento

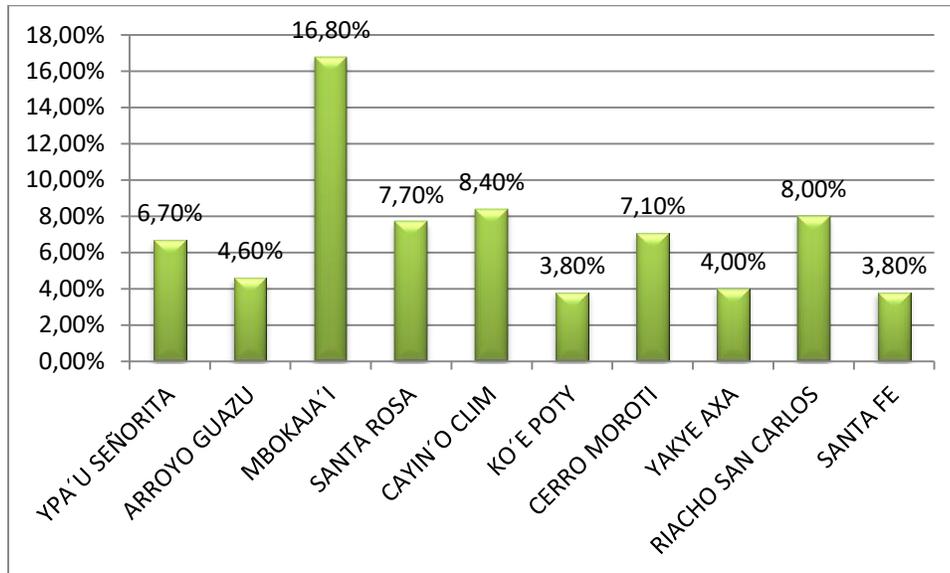
Gráfico 1. Distribución de la población indígena según departamento. N=1322





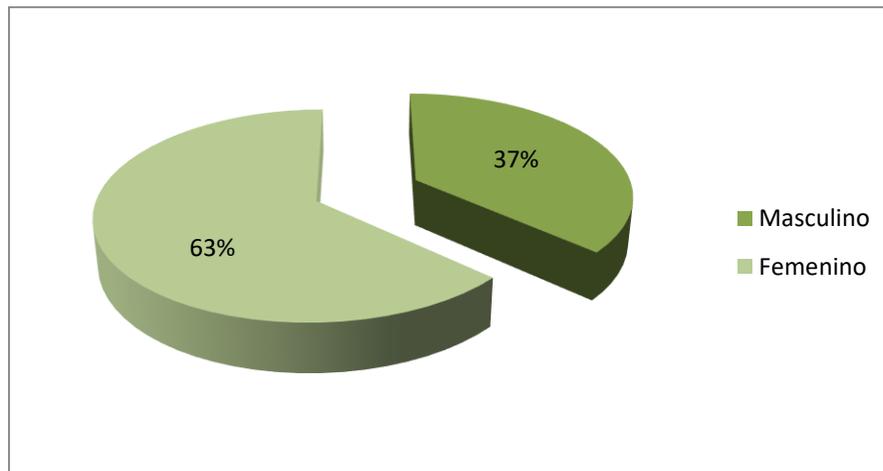
2- Comunidad

Gráfico 2. Distribución de la población indígena según comunidades. N=1322



3- Sexo

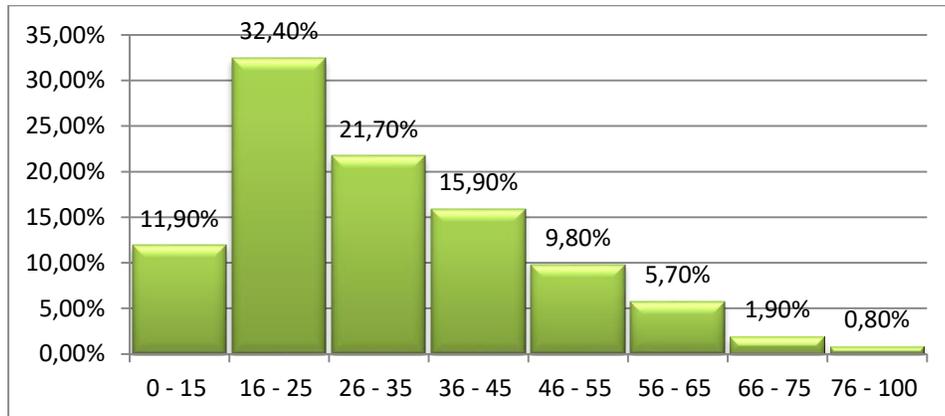
Gráfico 3. Distribución de la población indígena según sexo. N=1299





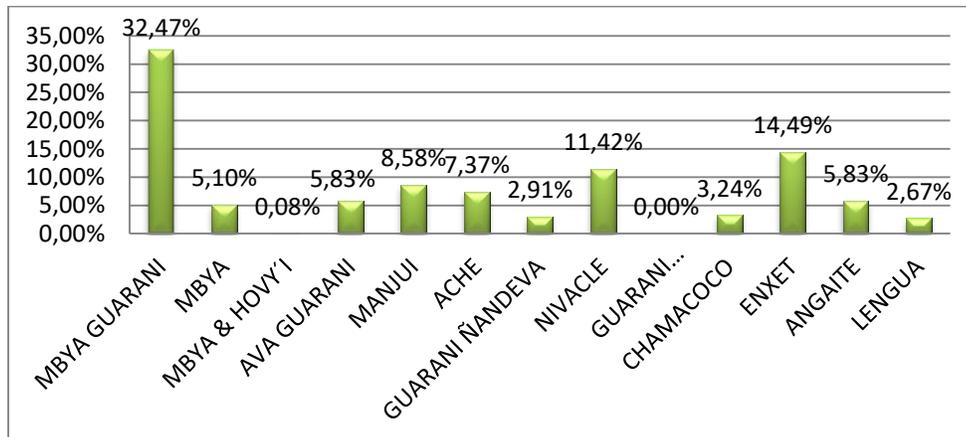
4- Grupo de edad

Gráfico 4. Distribución de la población indígena según grupo de edad. N=1316



5- Etnia

Gráfico 5. Distribución de la población indígena según etnias. N=1235





b- Prevalencias de VIH y sífilis.

Característica	Frecuencia
Edad de la 1ra relación sexual (menor a 15 años)	75%
Número de parejas (mayor a 2)	21.2%
Uso de condón en la última relación sexual	5.9%
Uso de alcohol en la última relación sexual	22.23%
Tenencia de pareja estable	71.49%
Relaciones sexuales con personas de otra comunidad	24.34%
Recibió dinero a cambio de relaciones sexuales	8.47%

c- Comportamiento sexual

Cuadro 1. Comportamiento de la población indígena. N=1322

	Prevalencia	Intervalo de confianza 95%
Sífilis	9.70%	8.2 – 11.5
VIH	0.40%	0.1 – 1.0

d- Conocimiento del VIH

Cuadro 2. Conocimiento del VIH de la población indígena. N=1322

Pregunta		Frecuencia
¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja fiel y no infectada?	Si	42.06%
¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando preservativos?	Si	46.07%
¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH?	Si	43.34%
¿El VIH se transmite por picaduras de mosquito?	No	33.89%
El VIH se transmite al compartir terere o mate con una persona con VIH?	No	40.17%



CONCLUSIÓN

La prevalencia de sífilis encontrada es más elevada que la de la población general del Paraguay, sin embargo, la prevalencia de VIH encontrada es similar. El bajo porcentaje de uso de condón y conocimiento de la sífilis y el VIH, son factores asociados que ameritan una intervención urgente por parte de las autoridades nacionales para cortar la cadena de transmisión de estas ITS en dicha población.