

Informe Final

“Vigilancia Epidemiológica Centinela de Segunda Generación de ITS, VIH/ Sida y Hepatitis B en Población Indígena Amazónica Gestante y su Pareja”



***Dirección General de Epidemiología
Ministerio de Salud
junio, 2009***

Responsables del Estudio:

Grupo Temático: Vigilancia y Análisis de la Situación de Salud de Pueblos Indígenas.

Coordinadora: Licenciada en Enfermería Melvy Ormaeche Macassi. Especialista en Epidemiología

Grupo Temático: Vigilancia Epidemiológica y Análisis de la Situación de las ITS-VIH/SIDA y de la Sífilis Congénita en el Perú.

Coordinadora: Médico Cirujano Mónica Pun Chinarro.

Equipo de Investigación:

Melvy Ormaeche Macassi

Luis Suárez Ognio

Mónica Pun Chinarro

Alvaro Whittembury Vlásica

Isabel Nakamoto Tamashiro

Responsables del Estudio en las regiones de Salud

Región Cusco

Director de Epidemiología: Médico Cirujano Cesar Antonio Huallpa Sota.

Región Junín:

Director de Epidemiología: Médico Cirujano Daniel Zarate Domínguez.

Región Loreto:

Director de Epidemiología: Médico Cirujano Carlos Alberto Alvarez Antonio.

Región Pasco:

Director de Epidemiología: Lic. Enfermería Doris Nilda Calero Miranda.

Región Ucayali:

Director de Epidemiología: Médico Cirujano Cayo Leveau Bartra.

Introducción:

El Perú es un país en cuyo territorio además de la población de las grandes ciudades, viven poblaciones indígenas originarias andinas y amazónicas. Gran parte de ellas ocupan regiones extensas y dispersas de los valles y áreas alto andinas, así como las cuencas de los ríos amazónicos. La falta de acceso a servicios de salud y de programas de control de enfermedades específicos para estas poblaciones permite que muchas enfermedades endémicas persistan en niveles altos. A esta situación se ha agregado en las últimas décadas la aparición de enfermedades emergentes como la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana VIH causante del SIDA hecho que ha planteado un nuevo riesgo para estas poblaciones, ya que no se mantienen aisladas totalmente del resto del país. El cumplimiento del servicio militar por los indígenas, el contrato de mano de obra local para la extracción maderera o para actividades relacionadas con la explotación de hidrocarburos entre otras, han acercado a las poblaciones indígenas los nuevos riesgos en salud que enfrenta el país.

El VIH, la Sífilis y la Hepatitis B, son tres enfermedades infecciosas cuya principal forma de transmisión es la sexual. Otras formas de transmisión como la vía parenteral y de madre a hijo son secundarias a la transmisión sexual, ya que los “donantes de sangre infectados” o la “gestante infectada” adquirieron la infección generalmente por la vía sexual, por lo que es la más importante de ser adecuadamente estudiada para determinar las bases epidemiológicas para su prevención y control¹.

Se conoce relativamente muy poco sobre la magnitud de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y de los determinantes de riesgo relacionados con el comportamiento sexual en la población indígena de la amazonía; por un lado los servicios de salud son mínimos y por lo tanto también las estadísticas de estas enfermedades; por otro lado muy poco se conoce acerca de la sexualidad indígena, especialmente sobre prácticas que podrían incrementar su riesgo frente a estas infecciones.

Desde los años 90 se tiene información de zonas hiperendémicas de hepatitis B en algunos lugares del país. En el año 2000 se reportaron brotes epidémicos de Hepatitis B que afectaron a los pueblos Kandozi y Shapra en la selva norte. Estudios de seroprevalencia realizados meses después revelaron que más del 70% de estas poblaciones se habían infectado con virus de la Hepatitis B en algún momento de su vida. En años recientes se han publicado también otros reportes sobre zonas hiperendémicas de Hepatitis B en la amazonía peruana².

Entre 2004 y 2006 se reportaron casos de SIDA en pobladores indígenas en la selva norte del país. Los servicios de salud como el Hospital de Yurimaguas notificaron casos que llegaron en estadios avanzados de la enfermedad y murieron al poco tiempo.

En el año 2007 se publicó el artículo: “*High prevalence of HIV and syphilis in a remote native community of the Peruvian Amazon*”; en el cual se presentan resultados de una “alta prevalencia” en una comunidad indígena, en el distrito de Yurimaguas, provincia de

Alto Amazonas, Región de Loreto³. No obstante, este estudio no determinaba la prevalencia de VIH en un subgrupo poblacional específico. En una intervención desarrollada por la DGE en junio del 2007, se determinó que el nivel de la epidemia en población indígena amazónica del distrito de Yurimaguas, estaba en un nivel de epidemia concentrada, lo que sin embargo, ratificó la existencia del VIH/SIDA en población indígena amazónica¹. Ello que coincidió con los reportes hechos por la Región Amazonas, en la provincia de Bagua.

La Dirección General de Epidemiología desde el año 2002 ha realizado una serie de publicaciones sobre la Situación de Salud de las Poblaciones Indígenas Amazónicas, habiendo señalado ya en estas publicaciones el elevado riesgo de hepatitis B y de las ITS y VIH/SIDA, al haberse incrementado el contacto con la población de las ciudades amazónicas a través de las intervenciones extractivas de madera e hidrocarburos en territorio indígena. Sin embargo, a pesar de haber progresado mucho en el “diagnóstico de Situación” de los problemas de salud de la población indígena amazónica, en el Perú aún no se tiene una política definida para la salud de los indígenas^{4,5,6,7,8}.

La Dirección General de Epidemiología, según la Ley 27567 del Ministerio de Salud, es la responsable de conducir el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Desde el inicio de la epidemia de VIH/SIDA en el Perú, esta Dirección General ha implementado la vigilancia epidemiológica de este daño siguiendo las pautas para la Vigilancia Epidemiológica de Segunda Generación de la Epidemia del VIH/SIDA, dadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por ONUSIDA, lo que ha permitido monitorear la epidemia y orientar las medidas de prevención y control.

Para los años 2007-2008, como parte de las actividades de vigilancia epidemiológica, se identificó la necesidad de conocer con mayor precisión la situación de la epidemia de VIH/SIDA en la población indígena de la amazonía, por lo que se desarrolló el estudio denominado: **“Vigilancia Epidemiológica Centinela de Segunda Generación de ITS y VIH/Sida, Sífilis y Hepatitis B en Población Indígena Amazónica Gestante y su Pareja”**. Este estudio se realizó en los pueblos Kandozi, Shapra, Shawi (Chayahuita), Matsigenka, Asháninka y Shipibo-Konibo ubicados en las Regiones de Loreto, Ucayali, Cusco, Junín y Pasco.

El conocer la prevalencia de las ITS, VIH/SIDA, Sífilis y Hepatitis B en estas poblaciones, así como el comportamiento sexual, permitirá diseñar y proponer las estrategias de prevención y control más adecuadas culturalmente, basadas en evidencia epidemiológica.

Para el presente estudio tratamos de corregir las limitaciones descritas por otros investigadores para realizar estudios con las poblaciones indígenas. Estas limitaciones principalmente han sido el idioma, las costumbres, la religión, la pobreza y la falta de conocimiento y comprensión de la cultura de estas poblaciones. Estas limitaciones no solo

¹ Informe Técnico “Situación del VIH SIDA en la población indígena Shawi, distrito de Yurimaguas, Departamento de Loreto, Julio 2007”, elaborado por Luis Suárez Ognio, Melvy Ormaeche y Omar Trujillo.

están presentes en los estudios de investigación, sino también en las pocas intervenciones sanitarias que se realizan en estas poblaciones, las que no toman en cuenta la cosmovisión y formas particulares de ver la vida, y los conceptos de salud y enfermedad de las poblaciones indígenas, las que difieren del enfoque occidental que ofertan los servicios de salud.

La DGE y la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP) mantienen un convenio de cooperación interinstitucional, desde el año 2002 (RM 1446 – 02 SA/DM), que ha permitido desarrollar metodologías de investigación de acuerdo a las particularidades culturales de la población indígena amazónica. Este convenio facilitó el desarrollo de este estudio, a través de un proceso participativo, entre la DGE, AIDSESP, las DIRESA y los pueblos indígenas participantes.

Se garantizó un proceso ético reconociendo los derechos colectivos de los pueblos indígenas como un requisito *sine qua non* para el reconocimiento de los derechos individuales de los participantes en el estudio.

Con el presente estudio, los investigadores de la DGE presentamos nuevas evidencias de la situación del VIH, la Sífilis y la Hepatitis B en la población indígena amazónica en edad reproductiva, con lo que esperamos contribuir a un mejor diseño de las políticas y estrategias para su prevención y control.

Metodología:

La metodología empleada fue participativa. A lo largo de todo el proceso se contó con la participación de los representantes indígenas de cada uno de los pueblos seleccionados en sus estamentos nacional, regional y local. Para el presente estudio consideramos los siguientes parámetros:

1. Seguir las pautas de OMS y ONUSIDA para evaluar el nivel de la epidemia.
2. Realizar el Estudio de manera multicéntrica, incorporando a los profesionales del Ministerio de Salud que trabajan cerca de las poblaciones indígenas, conformando Equipos Regionales de Investigación lo cual nos permitió realizar capacitación en servicio y contribuir al desarrollo de capacidades del personal del Ministerio de Salud.
3. Respeto por las creencias y costumbres de los pobladores indígenas que participaron en el estudio.
4. Consejería pre y post prueba en el idioma nativo a través de traductores y personal calificado.
5. Consentimiento libre, previo e informado de las organizaciones indígenas nacionales y regionales.

6. Consentimiento informado individual de los participantes en el estudio.
7. Desarrollo de todo el estudio en estrecha coordinación con las autoridades indígenas.
8. Coordinación con las dependencias del Ministerio de Salud para tratamiento de casos de Sífilis y VIH/SIDA (tratamiento específico y TARGA) detectados mediante el estudio.
9. Presentación de los resultados una vez finalizado el estudio, en primera instancia, a cada uno de los pueblos participantes, a las autoridades indígenas y a las autoridades de salud regionales y nacionales.

Objetivo.

Determinar la prevalencia y los determinantes de riesgo asociados a la presencia de anticuerpos para VIH, sífilis y Hepatitis B en gestantes y su pareja en 7 pueblos indígenas de la amazonia peruana: Aguarunas, Shipibo Konibo, Ashaninka, Kandozi, Shawi (Chayahuita), Matsigenka y Shapra.

Diseño de estudio.

El diseño del estudio fue analítico, observacional, transversal.

Población de estudio.

De los 42 Pueblos Indígenas amazónicos, se seleccionó por conveniencia a 7 pueblos indígenas. Los pueblos indígenas seleccionados fueron: Aguarunas (distrito Santiago - Amazonas), Kandozi, Shapra, Shawi (Chayahuita), Matsigenka, Ashaninka, y Shipibo Konibo, ubicados en los departamentos de Loreto, Ucayali, Cusco, Junín y Pasco.

La población de estudio estuvo constituida por las gestantes indígenas y su pareja sexual actual.

La unidad de análisis y de información fue: la gestante y su pareja.

VARIABLES PRINCIPALES DE ESTUDIO.

El diagnóstico de la infección por VIH se realizó mediante el siguiente procedimiento: se realizó una prueba de **ELISA** de cuarta generación y luego, en aquellos que resultaron positivos, se realizó una prueba confirmatoria de Inmunofluorescencia (IFI).

El diagnóstico de Sífilis se realizó mediante dos pruebas: una no treponémica, que en este caso fue el **RPR** (*rapid plasma reagin*) y luego, en los que resultaron positivos, una prueba treponémica, que en este caso fue el **MTPHA** (*microtreponema pallidum hemagglutination test*).

El diagnóstico de Hepatitis B se realizó mediante dos pruebas. Se realizó primero la prueba de **ELISA** para detección de anticuerpos totales contra el antígeno Core (Anti-

HBc) de la Hepatitis B. En todos los que tuvieron resultados positivos se realizó una prueba de **ELISA** para la detección de antígenos de superficie para la Hepatitis B (HBsAg).

Además, se buscó identificar comportamientos de riesgo mediante la aplicación de una encuesta elaborada de acuerdo a las recomendaciones de ONUSIDA y validada por los líderes indígenas de ambos sexos en taller de trabajo realizado con la participación de la AIDSESP.

Para el análisis del nivel de la epidemia de VIH se utilizó los niveles propuestos por ONUSIDA/OMS.

- Epidemia de bajo nivel: Prevalencia en HSH <5% y prevalencia en gestantes <1%.
- Epidemia concentrada: Prevalencia en HSH >5% y prevalencia en gestantes <1%
- Epidemia generalizada: Prevalencia en HSH >5% y prevalencia en gestantes >1%

Para la determinación del nivel de prevalencia de la Hepatitis B se utilizó los parámetros internacionales:

- Prevalencia baja: infección crónica <2%.
- Prevalencia intermedia: infección crónica de 2 a 7%.
- Prevalencia elevada: infección crónica > 7%.

Consideraciones éticas.

El protocolo de estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Nacional Dos de Mayo².

Se contó con la autorización escrita de las organizaciones indígenas nacionales y regionales y de los jefes de cada comunidad.

Asimismo, se obtuvo el consentimiento informado escrito de los participantes. Durante todo el proceso se respetaron las creencias y principios éticos de la población indígena.

Procedimientos.

En cada DIRESA participante se conformó un equipo de trabajo, mediante resolución Directoral. Los equipos estuvieron integrados por profesionales de la salud de las Oficinas de Epidemiología, Salud de las Personas y Laboratorio Regional, quienes trabajaron coordinadamente y de forma permanente con los dirigentes de las organizaciones indígenas de base participantes.

² Evaluación N° 040-2007-CEIB-AI-OADI-HNDM.

Se realizó reuniones técnicas con cada uno de los equipos regionales y organizaciones indígenas de base. Éstas sirvieron para la planificación de las intervenciones locales. Asimismo, se realizaron talleres de capacitación con los equipos locales que posteriormente realizaron el trabajo de campo. Los equipos locales se fortalecieron mediante el contrato de personal profesional de enfermería y facilitadores interculturales de ambos sexos.

Los equipos locales realizaron tres ingresos a cada zona de estudio:

- El primer ingreso fue para presentar el estudio a las autoridades locales y obtener su autorización, así como para realizar un censo poblacional en cada una de las comunidades de los pueblos seleccionados. Las gestantes identificadas junto con su pareja fueron invitados a participar en el estudio.
- El segundo ingreso fue para obtener el consentimiento informado, recolectar las muestras sanguíneas y aplicar la encuesta de comportamiento. Como parte del procedimiento de obtención de muestras sanguíneas se realizó una consejería pre prueba.
- El tercer ingreso fue para entregar de manera individual los resultados de laboratorio. Como parte del proceso de entrega de resultados se realizó una consejería post prueba.

Las muestras obtenidas por los equipos locales fueron llevadas a los Laboratorio de Referencia Regional, donde fueron procesadas para VIH, Sífilis y Hepatitis B. Las muestras de VIH positivas fueron enviadas al Instituto Nacional de Salud donde se realizó la prueba confirmatoria (IFI).

Las muestras con resultado positivo para anticuerpos contra el antígeno Core del virus de la Hepatitis B, fueron enviadas al laboratorio de Referencia Regional de la DISA Lima Sur, donde se volvió a correr esta prueba y se realizó detección del antígeno de superficie de la Hepatitis B.

El análisis estadístico fue realizado con el software Epi Info (TM) 3.5.1 *“Database and statistics software for public health professionals”* del Centro para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos. En el análisis estadístico descriptivo se utilizó las medidas de resumen para variables cualitativas y cuantitativas. Para las prevalencias se calculó el IC95% para distribución binomial. Para el análisis bivariado, en busca de asociaciones, se utilizó la prueba de Odds Ratio (OR). Como el número de casos positivos para VIH fue muy pequeño, se decidió juntar los casos de VIH con los de sífilis para crear la variable Infección de Transmisión sexual (ITS), para la cual se buscaron los factores asociados.

Resultados:

El estudio se realizó entre junio 2007 y diciembre 2008. De los 7 pueblos seleccionados, sólo se pudo trabajar con 6, debido a limitaciones logísticas. No se pudo realizar el estudio en el pueblo Aguaruna (distrito Santiago – Amazonas).

De un total de 1633 gestantes censadas, aceptaron participar en el estudio 1251 gestantes y 705 (43.6%) de sus parejas masculinas. A todos ellos se les obtuvo muestras sanguíneas y se les aplicó la encuesta CAP elaborada.

El total de las muestras fueron procesadas para VIH y Sífilis, mientras que para hepatitis B fueron procesadas 1241 (99.2%) de las muestras de gestantes y 697 (98.8%) de las parejas masculinas.

Prevalencia de VIH

La prevalencia de VIH obtenida en las gestantes fue de 0.16% (IC95%: 0.02 - 0.58). La prevalencia en su pareja masculina fue de 0.28% (IC95%: 0.03 – 1.02). Ver tabla 1.

Prevalencia de Sífilis

La prevalencia de Sífilis obtenida en las gestantes fue de 1.60% (IC95%: 0.98% – 2.46%). La prevalencia en su pareja masculina fue de 2.41% (IC95%: 1.41% – 3.83%). Ver tabla 1.

Se calculó la prevalencia de ITS, considerando tanto los casos de VIH como de Sífilis. La prevalencia de ITS en gestantes fue de 1.76% (IC95%: 1.11 – 2.65). La prevalencia en las parejas masculinas fue de 2.70 (IC95%: 1.63 – 4.18). Ver tabla 2.

Prevalencia de Hepatitis B

La prevalencia de infección por Hepatitis B (Anti-HBc) en gestantes fue de 42.06% (IC95%: 39.30% – 44.87%). La prevalencia en las parejas masculinas fue de 54.09% (IC95%: 50.31% – 57.84%). Ver tabla 3.

La prevalencia para infección crónica por Hepatitis B (Anti-HBc y HBsAg) en gestantes fue de 2.80% (IC95%: 1.41% – 4.95%). La prevalencia en parejas masculinas fue de 4.81% (IC95%: 2.72% – 7.81%). Ver tabla 3.

Tabla N° 1

Positividad a la Inmunofluorescencia Indirecta para VIH y para Sífilis en las Gestantes estudiadas y sus parejas

Grupo Estudiado	VIH (IFI)				Sífilis(MTPHA)			
	Positivos	Prevalencia	IC 95%	Total Muestreados	Positivos	Prevalencia	IC 95%	Total Muestreados
Gestantes	2	0.16	0.02 - 0.58	1251	20	1.60	0.98 – 2.46	1251
Parejas	2	0.28	0.03 - 1.02	705	17	2.41	1.41 - 3.83	705

Tabla N° 2

“Casos de ITS” Positividad a la Inmunofluorescencia Indirecta para VIH y/o para Sífilis en las Gestantes estudiadas y sus parejas

Grupo Estudiado	ITS (VIH y/o Sífilis)			
	Casos positivos	Prevalencia	IC 95%	Total Muestreados
Gestantes	22	1.76	1.11 - 2.65	1251
Parejas	19	2.7	1.63 – 4.18	705

Tabla N° 3

Positividad para Hepatitis B en las Gestantes estudiadas y sus parejas

Grupo Estudiado	Hepatitis B (Ag Superficie)				Hepatitis B (Anti CORE)			
	Casos positivos	Prevalencia	IC 95%	Total Procesados Anti CORE Hep B reactivos	Casos positivos	Prevalencia	IC 95%	Total Muestreados
Gestantes	11	2.80	1.41 - 4.95	393	522	42.1	39.3 - 44.9	1241
Parejas	15	4.81	2.72 - 7.81	312	377	54.1	50.3 - 57.8	697

Comportamiento Sexual y conocimientos sobre prevención de ITS

La media de la edad en las gestantes fue de 24.87 años (d.e. 7.20) y en los varones de 29.87 años (d.e. 8.80). La media de la edad de inicio de relaciones sexuales en las gestantes fue de 15.00 años (d.e. 2.41) y en las parejas varones fue de 16.13 años (d.e. 2.66). La proporción de gestantes y su pareja que no tienen educación formal es de 10.6% y 5.5% respectivamente. La mayor proporción de las gestantes y sus parejas tienen nivel educativo primario: gestante 61.2% y pareja 46.6%. Los varones tienen mayor nivel educativo. Ver tabla 4.

Tabla 4.

Nivel educativo.

Nivel Educativo	Gestante (%)	Pareja (%)
Sin educación formal	10.6	5.5
Primaria incompleta	29.4	28.2
Primaria completa	29.8	18.4
Secundaria incompleta	19.9	25.1
Secundaria completa	7.2	17.1
Superior	1.0	5.8

En cuanto a la ocupación, las actividades de las gestantes estuvieron orientadas predominantemente a labores domésticas y de subsistencia. Así el 51.7% se dedicaba a las labores domésticas y el 41.6% a labores agrícolas de subsistencia.

En los varones el 87.8% se dedicaba a la agricultura, el 3.3% a trabajos en compañías petroleras y el 3.0% como profesores. Sólo el 1.0% se dedicaba a actividades de pesca.

La media de embarazos por gestante era de 3.75 (d.e. 2.66). La media de hijos vivos al momento de la encuesta era de 2.52 (d.e. 2.27).

El 6.6% de las gestantes no tenían pareja; de ellas 4.6% vivían con sus familiares y 2.0% solas con sus hijos.

Conocimiento y uso de condón.

El 41.2% de las gestantes refirió conocer el condón y sólo el 14.3% refirió haberlo usado en algún momento. En los varones el 70.3% refirió conocer el condón, el 29.6% refirió haberlo usado en algún momento; sólo el 12.0% refirió haberlo usado con su pareja actual.

Los principales motivos expresados por las gestantes por los que no usaban condón fueron: desconocimiento (45.7%), rechazo de la gestante “no le gustaba a la gestante” (24.9%), rechazo de la pareja “no le gustaba al varón” (14.1%), temor (5.3%), limitada disponibilidad (5.5%), método de planificación familiar que no es de su preferencia (5.5%).

Los principales motivos expresados por los varones pareja de las gestantes por los que no usaban condón fueron: desconocimiento (25.3%), rechazo del varón (22.6%), no se siente igual (11.4%), limitada disponibilidad (10.8%), método de planificación familiar que no es de su preferencia (4.6%), temor (3.8%), rechazo de la gestante (2.5%), no es su costumbre (3.3%), sólo lo usa en relaciones de riesgo (3.3%), tiene una sola pareja (2.1%).

Número de parejas sexuales.

La media de parejas sexuales de las gestantes en toda su vida fue de 2.32 (d.e. 2.38) y la mediana fue de 2.0 (50% de las gestantes tuvieron 2 ó menos parejas sexuales en toda su vida). La proporción de gestantes que sólo tuvo una pareja en los últimos 12 meses fue de 90.5%; y en los últimos 3 meses fue de 93.4%.

La media de parejas sexuales de los varones en toda su vida fue de 8.55 (d.e. 11.50) y la mediana fue de 5.0 (50% de los varones tuvieron 5 ó menos parejas sexuales en toda su vida). La proporción de varones que sólo tuvo una pareja en los últimos 12 meses fue de 73.3%; y en los últimos 3 meses fue de 91.1%.

Análisis bivariado (asociaciones) para ITS (HIV y Sífilis).

Al buscar asociaciones entre las variables estudiadas y el ser caso de ITS (VIH o Sífilis reactivo) en las gestantes se encontró asociación con (tabla 5):

- Pareja masculina positiva a una ITS (VIH o Sífilis): OR=14.10 (IC95%: 2.73 – 65.21; p=0.003).
- Antecedente de descensos³ alguna vez: OR=2.87 (IC95%: 1.15 – 7.14; p=0.021).
- Prueba reactiva para infección por Hepatitis B (Anti-HBc): OR=2.82 (IC95%: 1.13 – 7.23; p=0.013).
- El que la gestante haya tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses: OR=2.96 (IC95%: 1.07 – 8.18; p=0.045).
- El que la gestante haya tenido 5 o más parejas sexuales en toda su vida⁴: OR=3.50 (IC95%: 1.10 – 9.62; p=0.017).

³ Se consideró descensos al flujo vaginal considerado anormal por la entrevistada.

Tabla Nº 5

**Asociación entre las variables estudiadas y ser “Caso de ITS” en las gestantes
(Positividad a la Inmunofluorescencia Indirecta para VIH y/o para Sífilis)**

Variable Estudiada	Exposición en gestantes con ITS	Exposición en gestantes sin ITS	Odds Ratio	IC 95%	Valor p (Fisher exacto)
Pareja positiva a una ITS (VIH o Sífilis)	3/12	16/693	14.1	3.5 - 57.05	0.003139067
Tener relaciones sexuales durante la menstruación	5/21	431/1209	0.56	0.2 - 1.55	0.186968624
Antecedente de "Descensos"	10/19	287/742	2.87	1.15 - 7.14	0.020999693
Prueba Reactiva a Hepatitis B Anti CORE	16/22	506/1219	3.75	1.46	0.0032865239
Edad menor de 19 años	4/22	273/956	0.78	0.26 - 2.31	0.442344467
Inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años	14/22	575/1229	1.99	0.83 - 4.78	0.087791665
Tasa de Recambio Sexual Alta (Definida como haber tenido 3 o mas parejas sexuales en toda su vida, valor del p75 en el número de parejas sexuales en toda la vida)	9/13	336/1229	1.84	0.78 - 4.34	0.122538112
Tasa de Recambio Sexual Alta en su pareja (Definida como igual o mayor a “10” valor del p75 en el número de parejas sexuales en toda la vida)	4/18	139/1090	1.74	0.58 - 5.22	0.237571904
Número de parejas sexuales en toda la vida mayor o igual de 5	6/125	16/1126	3.50	1.10 - 9.62	0.01719252
Tener mas de una pareja sexual en los últimos 12 meses	5/17	111/1118	2.96	1.073 - 8.18	0.045843967
Pareja actual tuvo relaciones sexuales con al menos otra pareja en los últimos 12 meses	4/22	200/1229	1.143	0.38 - 3.41	0.494113578

Al buscar asociaciones entre las variables estudiadas y el ser caso de ITS (VIH o Sífilis reactivo) en las parejas masculinas se encontró asociación con (tabla 6):

- Antecedente de relación sexual con varón alguna vez en la vida: OR=5.9 (IC95%: 1.82 – 19.12; p=0.010).

⁴ Percentil 75.

- Antecedente de relación sexual con varón en los últimos 12 meses: OR=11.9 (IC95%: 3.01 – 47.26; p=0.005).
- Número de parejas sexuales en toda la vida mayor o igual de 10: OR=3.29 (IC95%: 1.29 – 8.36; p=0.015).

Tabla N° 6

Asociación entre las variables estudiadas y ser “Caso de ITS” en las parejas (Positividad a la Inmunofluorescencia Indirecta para VIH y/o para Sífilis)

Variable Estudiada	Exposición en Parejas con ITS	Exposición en parejas sin ITS	Odds Ratio	IC 95%	Valor p (Fisher exacto)
Antecedente de haber estado en la cárcel.	1/18	5/601	7.01	0.77 - 63.31	0.162883635
Antecedente de haber realizado el servicio militar.	6/19	96/605	2.44	0.90 - 6.59	0.073181713
Antecedente de RS con Hombres alguna vez en la vida.	4/17	33/667	5.9	1.82 - 19.12	0.010409162
Antecedente de RS con Hombres en los últimos 12 meses.	3/18	11/686	11.9	3.01 - 47.26	0.004618685
Ser menor de 19 años	2/19	29/686	2.66	0.58 - 12.08	0.201496471
Inicio de las RS antes de los 15 años.	6/19	156/686	1.56	0.58 - 4.19	0.256259141
Número de parejas en toda la vida mayor o igual a 10 (Percentil 75).	8/19	124/686	3.29	1.29 - 8.36	0.014608717
Tener al menos 1 pareja más en los últimos 12 meses.	7/19	180/686	1.64	0.63 - 4.23	0.216214773
Su pareja femenina (Gestante) tuvo al menos 1 pareja más en los últimos 12 meses.	2/19	49/686	1.53	0.34 - 6.81	0.405660031

Análisis bivariado (asociaciones) para Hepatitis B (Anti HBc).

Al buscar asociaciones entre las variables de comportamiento estudiadas y tener resultados positivos para anticuerpos contra el antígeno Core de la Hepatitis B (Anti HBc) en las gestantes se encontró asociación con (tabla 7):

- Pareja masculina positiva para Hepatitis B (Anti HBc): OR=7.15 (IC95%: 5.09 – 10.03; p=0.000).
- Tener relaciones sexuales durante la menstruación: OR=0.75 (IC95%: 0.59 – 0.96; p=0.013).
- Pareja con relaciones sexuales con otro varón alguna vez en la vida: OR=5.49 (IC95%: 2.38 – 12.64; p=0.000).
- Tener edad menor de 19 años al momento de la encuesta: OR=0.54 (IC95%: 0.40 – 0.72; p=0.000).
- Inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años: OR=1.32 (IC95%: 1.05 – 1.66; p=0.008).
- Pareja con 10 o más parejas en toda la vida: OR=1.94 (IC95%: 1.36 – 2.76; p=0.000).
- Pareja actual tuvo relaciones sexuales con al menos otra pareja en los últimos 12 meses: OR=1.65 (IC95%: 1.22 – 2.23; p=0.000).
- Pareja actual con 20 o más parejas sexuales en toda su vida: OR=1.90 (IC95%: 1.22 – 2.96; p=0.002).

Tabla N° 7

**Asociación entre las variables estudiadas y ser Hepatitis B en las gestantes
(Positividad a la prueba de ELISA anti CORE)**

Variable Estudiada	Exposición en gestantes con HB	Exposición en gestantes sin HB	Odds Ratio	IC 95%	Valor p (Fisher exacto)
Pareja positiva a Hepatitis B	256/330	119/365	7.15	5.09 – 10.03	0.000000000
Tener relaciones sexuales durante la menstruación	163/516	267/704	0.75	0.59 – 0.96	0.0127802315
Su pareja ha realizado el servicio militar	61/347	56/337	1.07	0.71 – 1.59	0.4082373455
Antecedente de "Descensos"	140/464	154/574	1.1785	0.89 – 1.54	0.1315641171
Su pareja ha tenido relaciones sexuales con hombres (alguna vez en la vida)	31/347	7/399	5.49	2.38 – 12.64	0.0000058668
Edad menor de 19 años	85/522	190/719	0.5416	0.40 – 0.72	0.0000118633
Inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años	266/522	316/719	1.32	1.05 – 1.66	0.0085516856
Tasa de Recambio Sexual Alta (Definida como haber tenido 3 o mas parejas sexuales en toda su vida, valor del p75 en el número de parejas sexuales en toda la vida)	141/522	204/719	0.93	0.72 – 1.20	0.3216884700
Tasa de Recambio Sexual Alta en su pareja (Definida como igual o mayor a "10" valor del p75 en el número de parejas sexuales en toda la vida)	81/522	62/719	1.94	1.36 – 2.76	0.0001360311
Tener mas de una pareja sexual en los últimos 12 meses	10/349	6/399	1.93	0.69 – 5.37	0.1514088426
Pareja actual tuvo relaciones sexuales con al menos otra pareja en los últimos 12 meses	107/522	97/719	1.65	1.22 – 2.23	0.0007025448

Al buscar asociaciones entre las variables de comportamiento estudiadas y el tener resultados positivos para anticuerpos contra el antígeno Core de la Hepatitis B (Anti HBc) en las parejas de las gestantes se encontró asociación con (tabla 8):

- Antecedente de relaciones sexuales con varones alguna vez en la vida: OR=5.88 (IC95%: 2.26 – 15.28; p=0.000).
- Tener edad menor de 19 años al momento de la encuesta: OR=0.41 (IC95%: 0.18 – 0.88; p=0.016).
- Inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años: OR=1.99 (IC95%: 1.38 – 2.89; p=0.000).

- Mantener relaciones sexuales con mujer con “descensos”: OR=1.60 (IC95%: 1.09 – 2.36; p=0.010).

Tabla Nº 8

Asociación entre las variables estudiadas y positividad a la Hepatitis B en las parejas de las gestantes (Positividad a la prueba de ELISA anti CORE)

Variable Estudiada	Exposición en Parejas con HB	Exposición en Parejas sin HB	Odds Ratio	IC 95%	Valor p (Fisher exacto)
Antecedente de haber estado en la cárcel	5/368	3/262	1.17	0.27 – 4.95	0.5649050589
Antecedente de haber realizado el servicio militar	57/359	42/257	0.96	0.62 – 1.49	0.4809162068
Antecedente de RS con Hombres alguna vez en la vida	32/365	5/399	5.88	2.26 – 15.28	0.0000189190
Antecedente de RS con Hombres en los últimos 12 meses	11/384	3/318	3.09	0.85 – 11.19	0.0586569025
Ser menor de 19 años	10/377	20/320	0.4087	0.18 – 0.88	0.0158719786
Inicio de las RS antes de los 15 años	107/377	53/320	1.99	1.38 – 2.89	0.0001372563
Tasa de Recambio Sexual Alta (Definida como igual o mayor a “10” valor del p75 en el número de parejas sexuales en toda la vida)	204/377	168/320	1.0669	0.79 – 1.43	0.3635946339
Tener al menos 1 pareja más en los últimos 12 meses	103/377	84/320	1.0561	0.75 – 1.48	0.4086035752
Su pareja femenina (Gestante) tuvo al menos 1 pareja más en los últimos 12 meses.	31/377	20/320	1.3439	0.75 – 2.40	0.1978318282
Tener relaciones Sexuales con una mujer que tiene “descensos”	101/337	51/242	1.6	1.088 – 2.36	0.0102222446

Discusión:

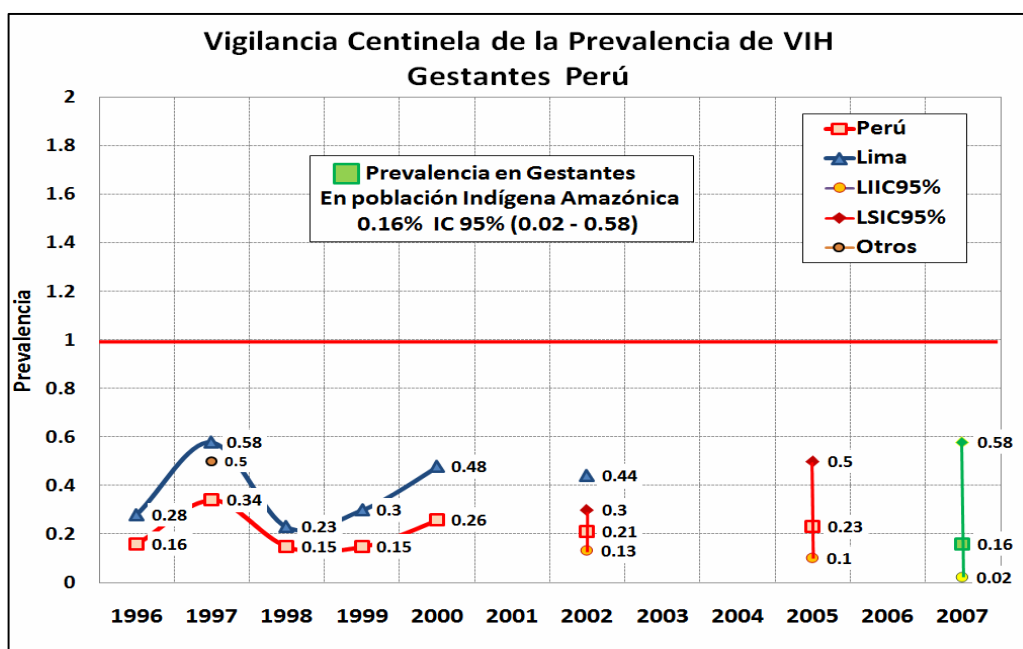
Sobre el VIH y la Sífilis.

La epidemia de VIH-SIDA en el Perú fue reconocida a partir de 1985 cuando se describieron los primeros casos diagnosticados en la ciudad de Lima en varones homosexuales⁹.

Sobre el Nivel y la Magnitud de la Epidemia de VIH y de la Sífilis en la Población Indígena.

En 2 de 1251 gestantes estudiadas se encontró infección por el VIH, por lo tanto la prevalencia correspondiente es de 0.16 % (una gestante infectada por cada 1000 gestantes). La DGE del MINSA ha realizado la vigilancia centinela de la prevalencia de VIH en las gestantes desde 1996 la cual continúa realizándose en la actualidad. En ninguno de los estudios realizados se encontró una prevalencia mayor de 1%. Gráfico No 1.

Gráfico No 1.



Esta prevalencia cumple con el primero de los criterios de OMS/ONUSIDA para una epidemia concentrada (Prevalencia en gestantes menor de 1%).

En el caso de las parejas masculinas de las gestantes se encontró infección por el VIH en 2 de 705 (0.28%) parejas de las gestantes.

En un estudio realizado de manera conjunta por investigadores de la Universidad de California, la DGE del MINSA y la Universidad Cayetano Heredia en 4 ciudades de la costa entre diciembre de 2003 y enero de 2004 se encontró, infección por el virus del VIH en 15 de 1834 parejas de gestantes estudiadas, siendo la prevalencia de 0.8% IC 95% (0.5 – 1.4%)¹⁰.

Entre el año 2006 y 2007 la DGE del MINSA realizó la vigilancia Centinela de prevalencia de VIH en gestantes, encontrando 0.27%. En este estudio participaron solo parejas de gestantes menores de 25 años y la muestra fue representativa de todo el país.

El otro criterio para definir una epidemia concentrada es una prevalencia mayor al 5% en la población de Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH). En un estudio publicado por Zavaleta y colaboradores el 2007 se describen una prevalencia de 7.5% de infección por VIH en varones, Shawi quienes admitieron relaciones homosexuales hasta en un 44%. En otro estudio realizado por la DGE también en población indígena Shawi en el año 2007, se encontró infectados con VIH, 3 de 44 (6.4%) de hombres adultos que admitieron haber tenido alguna vez en su vida relaciones homosexuales. Durante la realización del presente estudio el equipo de investigadores se tomo muestras a 15 varones homosexuales indígenas (muestra intencional), encontrando a 5 de ellos infectados con el VIH (33%). Aunque aún no se ha realizado un estudio de prevalencia de VIH en una muestra más grande y representativa de la población de HSH indígena es muy probable que la prevalencia se encuentre sobre el 5% y por lo tanto el nivel de la epidemia de VIH en la población indígena ya se encuentre en el nivel de una epidemia concentrada.

Sobre los factores asociados a mayor riesgo de Infección por VIH y de Sífilis.

Han sido establecidos determinantes biológicos y sociales que incrementan el riesgo de infección por el VIH por transmisión sexual, factores biológicos como el mantener relaciones sexuales durante o cerca de la menstruación o la existencia de una ITS o algún otro proceso inflamatorio en los genitales incrementa la eficiencia de la transmisión del VIH. El tener múltiples parejas sexuales es también un importante factor que incrementa el riesgo de infección al incrementarse la exposición a diferentes parejas sexuales. Las relaciones sexuales de las parejas de las gestantes son también un importante riesgo en especial cuando la pareja mantiene relaciones sexuales con otros hombres estableciendo “redes sexuales” que enlazan a las gestantes con los HSH donde la prevalencia de la Infección por el VIH es más elevada. Finalmente el no usar condones es también un factor que facilitara la transmisión.

Dado que solo 2 de las 1251 mujeres gestantes estudiadas y 2 de los 705 hombres fueron positivos a la infección por VIH y que la sífilis también se adquiere por vía sexual, los investigadores decidimos analizar de manera conjunta los factores asociados a estar infectado con VIH o con sífilis creando para ello la variable dependiente “Infectado con una ITS”, disponiendo para el análisis de las 1251 gestantes positivas a una “ITS” y de de

los 705 parejas masculinas, en los que se busco la asociación a factores biológicos y sociales.

En las gestantes encontramos que el que tenga una pareja masculina con VIH o Sífilis (ITS) es un factor asociado a tener una ITS (VIH o Sífilis). (VIH o Sífilis: OR=14.1, IC95% [3.5 - 57.05]). Este es un resultado similar al encontrado en estudios realizados en diferentes poblaciones¹¹.

El antecedente de descensos vaginales en las gestantes es un factor asociado a la presencia de una ITS. (OR=2.87, IC95% [1.15 – 7.14]). Los descensos pueden ser una manifestación de ITS u otra patología inflamatoria de la vagina o el cérvix uterino que incrementan la eficiencia de infección por ITS debido al daño en la mucosa genital. El flujo vaginal se encuentra reconocido dentro del protocolo de manejo sindrómico para ITS.

Que la gestante hay tenido más de una pareja en los últimos 12 meses es un factor asociado a presentación de ITS, (OR=3.50, IC95% [1.10-9.62]).

El antecedente de infección por Hepatitis B (antiCORE) es otro factor fuertemente asociado a la presencia de ITS en la gestante (OR=3.75, IC95% [1.49 – 10.52]). Esto se debe a que la hepatitis B también es una enfermedad cuya principal forma de transmisión es la sexual⁵

En las parejas de las gestantes, la infección con una ITS en los varones estuvo asociada con el antecedente de relaciones sexuales con otros varones alguna vez en la vida (OR=5.9, IC95% [1.82 – 19.12]) y en los últimos 12 meses (OR=11.9, IC95% [3.01 – 47.26]). Asimismo, también estuvo relacionada con haber tenido 10 o más parejas sexuales (varones o mujeres) durante toda la vida (OR=3.29, IC95% [1.29 – 8.36]). Estudios en población de hombres que tienen sexo con otros hombres han determinado que estos grupos son de mayor riesgo para las ITS y VIH, lo cual explica esta asociación¹².

Basados en el número de casos notificados por cada departamento del Perú y luego además por los niveles de la prevalencia encontrados en los estudios de vigilancia centinela, el Programa Especial para el Control del SIDA (PECOS) entre 1989 y 1995, y luego el Programa Nacional de control de ETS y SIDA PROCETSS de 1996 a 2001 consideraron a la población urbana de la Costa y la Selva como la principal “población objetivo” por ser donde se encontraba con mayor intensidad la epidemia, esto significó que la mayor parte de los recursos financieros disponibles para la prevención y control fueron destinados a estas ciudades. La población de las ciudades andinas fueron consideradas como poblaciones de menor riesgo y recibieron menos recursos; las poblaciones indígenas amazónicas no fueron consideradas en los planes nacionales entre

⁵ Publicación Científica y Técnica Nº 581 “El Control de las Enfermedades Transmisibles”, James Chin, Editor. Decimoséptima Edición. Informe Oficial de la Asociación Estadounidense de Salud Pública. Organización Panamericana de la Salud

1996 y 2001. Durante los años 2003 a 2007 la responsabilidad de los planes de control de VIH SIDA recayó en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA, la cual tampoco consideró en sus actividades a la población Indígena Amazónica, por la misma razón en ninguno de los proyectos presentados al fondo global entre 2004 y 2008 se consideró a la población Indígena de la amazonia como una población objetivo de intervenciones diferenciadas.

Los resultados obtenidos, tanto en el nivel de la prevalencia de VIH y de ITS así como en las prevalencias de comportamientos de riesgo, expresan una elevada vulnerabilidad de esta población la cual requiere del desarrollo de estrategias de prevención y control adaptadas en un marco intercultural y basadas en experiencias exitosas en poblaciones similares. Estas mismas características de vulnerabilidad podrían hacer que el nivel y la magnitud de la epidemia tengan una evolución de la epidemia mucho más acelerada que en las ciudades de la costa peruana, de la misma manera que ha ocurrido en poblaciones indígenas africanas y centroamericanas.

Sobre la Hepatitis B

Sobre el Nivel y la Magnitud de la Hepatitis B en la Amazonia Peruana.

Nuestro estudio encontró 42% de prevalencia en las gestantes para Anti Core HB y 54.1% en las parejas masculinas. Según los niveles establecidos se considera “Endemicidad Alta”, cuando la prevalencia del Anti Core HB es mayor a 40% (Ref INS 1997), por lo que estos hallazgos muestran una vez más los hallazgos descritos en otros estudios que revelan la magnitud elevada de exposición al virus de la hepatitis B en la población indígena amazónica. Basado en la prevalencia del antígeno de superficie, es considerado endemicidad intermedia cuando esta se encuentra entre 2 a 7% y endemicidad alta cuando supera el 8%^{13,14}.

Los resultados de la seroprevalencia de Anticuerpos contra el antígeno core de la Hepatitis B encontrados en el estudio, nos indican que la Hepatitis B se encuentra en un nivel de endemicidad alto. Por otro lado, la seroprevalencia del antígeno de superficie de manera simultánea con anticuerpos contra el core indican que el nivel de endemicidad es intermedio. Sin embargo, este último resultado puede haber sido influido por el hecho de que la prueba para detectar el antígeno de superficie se realizó en la ciudad de Lima, mientras que la prueba para detectar anticuerpos contra el antígeno core se realizaron en laboratorios regionales. Esta situación podría haber provocado que hayan menos muestras positivas para el antígeno de superficie, por lo que en este caso es mejor utilizar los resultados de los anticuerpos contra el antígeno core para esta clasificación.

La hiperendemicidad de la Hepatitis viral B en pueblos indígenas de la Amazonía Peruana ha sido descrita en el Perú y en otros países amazónicos^{2,13,14}

La selva amazónica del Perú tiene más de 60 etnias amazónicas quienes a su vez pertenecen a diferentes grupos lingüísticos. Es de esperarse que los comportamientos que los hacen más vulnerables puedan variar de una población a otra.

Estudios previos realizados por el Instituto Nacional de Salud y otros investigadores en comunidades nativas de la selva muestran la elevada prevalencia de hepatitis B y delta, en tres de los ocho pueblos idiomáticos más importantes de la selva, Jíbaro (Nordeste), Pano (Ucayali) y Arawak (centro y Sudeste) áreas donde 82,9% de los indígenas que fueron estudiados presentaron marcadores serológicos para HVB, y 17,1% fueron considerado como portadores asintomáticos de la HVB.

Por otro lado, en poblaciones con alta endemicidad la principal vía de transmisión es la perinatal (de madre a hijo), o la vía horizontal durante la niñez temprana. La eficiencia en la transmisión de madre a hijo durante la etapa perinatal puede llegar al 90% (de cada 100 madres con infección activa, 90 pueden transmitir la enfermedad a sus hijos en la etapa perinatal). Es en la población de recién nacidos infectados en la etapa perinatal donde el riesgo de evolución de la infección por hepatitis B a una enfermedad crónica es mayor. Se estima que el riesgo de infección crónica en niños tempranamente infectados puede llegar al 90%^{14,15}. Asimismo, se considera que la transmisión madre-hijo de la Hepatitis B genera el 50% de los casos de hepatitis B crónica en áreas de alta prevalencia. Consecuentemente son los niños afectados a más temprana edad quienes tienen mayor riesgo de presentar complicaciones por la hepatitis B, como el cáncer de hígado y la cirrosis hepática, y muerte prematura debido a éstas¹⁶. No obstante, este tipo de situación no se puede corroborar con la información actual disponible, ya que ese trata de poblaciones alejadas y con escaso o nulo acceso a los servicios de salud.

Sin embargo, en estas condiciones de alta endemicidad, la vacunación de los recién nacidos antes de la 24 horas, y el cumplimiento del esquema de vacunación de los infantes y niños es la mejor estrategia para el control de la hepatitis B^{14,17}.

Es importante recordar que la población incluida en el estudio es población en edad reproductiva que no necesariamente representa a la población infantil. Es muy probable que una proporción importante de niños que hayan sido infectados con la Hepatitis B desde edades tempranas no lleguen a la edad adulta, ni tengan posibilidades de tener una pareja y reproducirse. Es importante que se pueda estudiar con mayor profundidad este problema de salud en la población de niños indígenas.

Sobre los factores asociados a mayor riesgo de Infección por Hepatitis B.

Para el estudio de factores asociados al riesgo de infección por hepatitis B, utilizamos la presencia de anticuerpos contra el “core” (anticore), el cual nos traduce el antecedente de infección por hepatitis B. Encontramos asociación entre la positividad para el anticore con: Tener una pareja positiva a hepatitis B (OR=7.15, IC95%[5.09 – 10.03]); el que su pareja haya tenido relaciones sexuales con otro hombre alguna vez en la vida (OR=5.49, IC95%[2.38 – 12.64]), El inicio de las relaciones sexuales antes de los 15 años (OR=1.32, IC95%[1.05 – 1.66]), el que su pareja (masculina) haya tenido 10 o más parejas sexuales

durante su vida (OR=1.94, IC95%[1.36 – 2.76]), y que su pareja haya tenido relaciones sexuales con al menos otra pareja en los últimos 12 meses (OR=1.65, IC95%[1.22 – 2.23]).

La presencia de anticore en las parejas de las gestantes (Varones), estuvo asociado con: El antecedente de relaciones sexuales con otro hombre alguna vez en la vida (OR=5.8, IC95%[2.26 – 15.28]), El Inicio de las relaciones sexuales antes de los 15 años (OR=1.99, IC95%[1.38 – 2.89]).

Esta información sobre hepatitis B, determina claramente el rol de la transmisión sexual de la hepatitis B en la población estudiada, lo que sugiere que ésta es la principal forma de transmisión en la población indígena en edad reproductiva.

En el estudio realizado por Cesar Cabezas y colaboradores² no se estudia la transmisión sexual de la hepatitis B, en el estudio citado se encontró como asociaciones significativas: el consumo de masato (OR= 4,98; IC95%= 3,37 - 7,36) y la mordedura por murciélago (OR=1,69; IC95%= 1,21 - 2,35). El mismo estudio cita que: “Los clásicos mecanismos de transmisión como cirugía previa, transfusión de sangre, tatuajes, curación y extracción dental, no fueron asociaciones significativas”, sin embargo no hace referencia a la transmisión sexual.

El estudio que presentamos por primera vez pone en evidencia la importancia de la transmisión sexual de la hepatitis B en la hiperendemia de hepatitis B que sufre la población indígena, donde las relaciones sexuales entre hombres y el comportamiento bisexual están jugando un rol importante.

A pesar de conocerse por estudios anteriores desde hace varios años que la hepatitis B en la población indígena amazónica se encuentra en niveles muy altos, no se ha llevado a cabo un plan de vacunación anti hepatitis B de manera sostenida y con amplia cobertura. Debemos señalar que después de la epidemia de hepatitis B y Delta que afectara a la población indígena Candozi y Shapra de la región nororiental, a iniciativa del Centro de Salud San Lorenzo y con el apoyo de la Oficina General de Epidemiología del MINSA y luego de UNICEF, se realizó un plan de vacunación a los recién nacidos en estas comunidades, con la finalidad de “bloquear” la transmisión de la hepatitis B de madre a hijo, siendo considerada una experiencia exitosa que debe tomarse como base para replicarla en el resto de la población amazónica.

Conclusiones:

Sobre el VIH y Sífilis.

1. El presente estudio demuestra la presencia de la transmisión sexual del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en comunidades indígenas de la amazonia peruana.
2. La prevalencia de VIH encontrada en gestantes y parejas, y las referencias de la magnitud de la epidemia en Hombre que tienen Sexo con Hombres (HSH), sugiere que el nivel de la epidemia se encuentra en “epidemia concentrada”, de manera similar a la situación promedio para el país. (prevalencia gestantes <1%; prevalencia HSH >5%). Sin embargo, para tener mayor certeza sobre el nivel de la epidemia es necesario hacer un estudio de prevalencia en varones HSH.
3. La presencia de ITS en las gestantes se encuentra asociada principalmente al comportamiento sexual de riesgo de la pareja masculina y al número de parejas sexuales.
4. La presencia de ITS en las parejas se encuentra asociado a las relaciones sexuales con otros hombres y de un elevado recambio de parejas sexuales durante toda la vida.
5. La elevada prevalencia de comportamiento sexual de riesgo en los hombres (Comportamiento bisexual, múltiples parejas sexuales, relaciones sexuales entre hombres, presencia de otras ITS y bajo uso de preservativos), son determinantes de riesgo que hacen muy vulnerable a la población indígena de la amazonia en comparación a otras poblaciones del país, por lo que de no intervenir con medidas adecuadas de control podría evolucionar en años al nivel de epidemia generalizada.

Sobre la Hepatitis B

1. El nivel de endemicidad de hepatitis B en la población estudiada es alto “Hiperendemia” (Basado en la prevalencia de anticore).
2. La infección por el virus de la hepatitis B en las gestantes se asocia con el comportamiento sexual de las mismas gestantes y el comportamiento sexual de sus parejas (varones); principalmente con: el inicio temprano de relaciones sexuales en las gestantes, el tener múltiples parejas sexuales, y el que sus parejas hayan tenido relaciones sexuales con otros hombres. De esta manera se evidencia el importante rol de la transmisión sexual de la hepatitis B en la población estudiada, lo que sugiere que ésta es la principal forma de transmisión en la población indígena.
3. La elevada prevalencia de hepatitis B en la población indígena hace que no sea suficiente un plan de control basado solo en estrategias de vacunación tradicionales, ya que la probabilidad de que una gestante este infectada es alta, por lo que se

requiere que la vacunación de los recién nacidos se haga en las primeras 24 horas de vida. Otro aspecto a considerar es la detección de personas que presenten una hepatitis crónica progresiva con la finalidad de que puedan tener la oportunidad de recibir un tratamiento adecuado que evite la progresión de la infección crónica hacia cirrosis y hepatocarcinoma.

Recomendaciones:

1. Es urgente el diseño y ejecución de un Plan de Prevención y Control del VIH, ITS y Hepatitis B en la población Indígena Amazónica. Este Plan debe ser diseñado y ejecutado coordinadamente con las organizaciones indígenas de la Amazonía Peruana considerando un enfoque de interculturalidad y género.
2. El plan de prevención y control de la Hepatitis B en la población indígena de la amazonía debe incluir entre sus objetivos la vacunación de los recién nacidos en las primeras 24 horas de vida, así como el acceso a los servicios de salud para diagnóstico y tratamiento oportunos de aquellos niños y adultos que sufren de infección aguda y crónica.
3. Es urgente el fortalecimiento de las capacidades de los servicios de salud ubicados en la amazonia peruana a fin de que puedan realizar pruebas diagnosticas y tratamientos de ITS en la población indígena amazónica, así como de proveer información, consejería y preservativos.
4. Debe de garantizarse todos los recursos necesarios para que se realice el tamizaje de gestantes para VIH y Sífilis, establecidas por ley, con el objetivo de reducir el riesgo de transmisión de VIH de madre a hijo y la eliminación de la sífilis congénita.
5. Deben de tomarse las medidas necesarias para proveer y facilitar el acceso a tratamiento para los pacientes infectados con el VIH, Sífilis y Hepatitis B de la población indígena amazónica.
6. Es necesario determinar con mayor precisión el nivel de la epidemia en población indígena amazónica, para lo cual es imprescindible desarrollar investigación complementaria que aborde otros pueblos y grupos indígenas, como la población masculina de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH).
7. Debe promoverse la realización de estudios adecuados sobre la salud sexual y reproductiva de la población indígena amazónica, que sirva de base para el diseño de estrategias de educación y comunicación para el cambio de comportamiento de riesgo.
8. La difusión de los resultados de este estudio deben realizarse de manera coordinada con las organizaciones indígenas, siguiendo para ello los canales establecidos, a fin de evitar que se genere estigmatización o discriminación de la población indígena de

la amazonía que atente contra la implementación de adecuadas medidas de prevención y control.

Bibliografía:

- ¹ Perú. Ministerio de Salud. Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Bases epidemiológicas para la prevención y control. Lima: Dirección General de Epidemiología; 2006.
- ² Cabezas C, Suarez M, Romero G, Carrillo C, García M, Reátegui J, Vallenás F, Torres L. Hiperendemicidad de Hepatitis viral B y Delta en pueblos indígenas de la Amazonía Peruana. *Rev Med Exp Salud Pública* 2006; 23(2):114-22.
- ³ Zavaleta C, Fernández C, Konda K, Valderrama Y, Vermund SH, Gotuzzo E. High prevalence of HIV and syphilis in a remote native community of the Peruvian Amazon. *Am J Trop Med Hyg.* 2007;76(4):703-5.
- ⁴ Perú. Ministerio de Salud. Análisis de la situación de salud del pueblo Shipibo-Konibo. Lima: Oficina General de Epidemiología; 2002.
- ⁵ Perú. Ministerio de Salud. Análisis de situación de los pueblos indígenas de la amazonía peruana. Lima: Oficina General de Epidemiología; 2003.
- ⁶ Perú. Ministerio de Salud. Pueblo en situación de extrema vulnerabilidad: El caso de los Nanti de la Reserva Territorial Kugapakori Nahua – Río Camisea, Cusco. Lima: Oficina General de Epidemiología; 2003.
- ⁷ Perú. Ministerio de Salud. Análisis de situación de salud del pueblo Matsigenka. Lima: Dirección General de Epidemiología; 2006.
- ⁸ Perú. Ministerio de Salud. Análisis de situación de salud del pueblo Achuar. Lima: Dirección General de Epidemiología; 2006.
- ⁹ Patrucco R. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en el Perú (SIDA). *Estudios inmunológicos. Diagnóstico* 1985;16(6):122-35.
- ¹⁰ Clark JL, Konda KA, Munayco CV, Pún M, Lescano AG, Leon SR, Pajuelo J, Suarez-Ognio L, Klausner JD, Coates TJ, Cáceres CF. Prevalence of HIV, herpes simplex virus-2, and syphilis in male sex partners of pregnant women in Peru. *BMC Public Health.* 2008;8:65.
- ¹¹ Alarcon J, Kay M, Jonson b,c,d, Barry Courtoisc, Carlos Rodrigueze, Jorge Sanchez, Douglas M. Watts, King K. Colmes b,c. Determinants and prevalence of HIV infection in pregnant Peruvian women. *AIDS* 2003;17:613–618.
- ¹² Sanchez J, Lama JR, Kusunoki L, Manrique H, Goicochea P, Lucchetti A, Rouillon M, Pun M, Suarez L, Montano S, Sanchez JL, Tabet S, Hughes JP, Celum C. HIV-1, sexually transmitted infections, and sexual

behavior trends among men who have sex with men in Lima, Peru. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2007;44(5):578-85.

¹³ Cabezas C. Epidemiología de las hepatitis virales B (VHB) y delta (VHD) en el Perú. *Rev Med Exp INS* 1997;14(1):57-62.

¹⁴ Hepatitis B vaccine. WHO position paper. *Wkly Epidemiol Rec*. 2004;79(24):253-64.

¹⁵ Centers for Disease Control and Prevention. *Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. Hepatitis B*. Atkinson W, Wolfe S, Hamborsky J, McIntyre L, eds. 11th ed. Washington DC: Public Health Foundation, 2009.

¹⁶ Shah U, Kelly D, Chang MH, Fujisawa T, Heller S, González-Peralta RP, Jara P, Mieli-Vergani G, Mohan N, Murray KF. Management of chronic hepatitis B in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2009;48(4):399-404.

¹⁷ Mast EE, Margolis HS, Fiore AE, Brink EW, Goldstein ST, Wang SA, Moyer LA, Bell BP, Alter MJ; Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). A comprehensive immunization strategy to eliminate transmission of hepatitis B virus infection in the United States: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) part 1: immunization of infants, children, and adolescents. *MMWR Recomm Rep*. 2005;23(54):1-31.

ANEXO 1

En el presente anexo se adjunta la propuesta de Lineamientos de política de salud en poblaciones indígenas amazónicas del Perú para la prevención y control de las ITS – VIH/SIDA y Hepatitis B. Estos lineamientos fueron elaborados como parte de un taller participativo con un grupo de autoridades comunales de 22 comunidades Shipibo-Konibo del río Ucayali, en la ciudad de Pucallpa en el mes de Setiembre del año 2008, con motivo de la presentación preliminar de los resultados del estudio “Vigilancia Epidemiológica Centinela de Segunda Generación de ITS, VIH/ Sida y Hepatitis B en Población Indígena Amazónica Gestante y su Pareja”.

**Lineamientos de política de salud en poblaciones indígenas
amazónicas del Perú para la prevención y control
de las ITS – VIH/SIDA y Hepatitis B.**

- La política de prevención y control de las ITS, el VIH-SIDA y la Hepatitis B en poblaciones indígenas de la amazonia del Perú, deberá contar con la plena participación y aprobación de los representantes de las poblaciones indígenas amazónicas del Perú.
- Las intervenciones sanitarias que realice cualquier prestador de servicios de salud sea estatal o no gubernamental dirigidas a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la infección de transmisión sexual y el control del VIH- SIDA y la Hepatitis B en poblaciones indígenas, deberán ser realizadas considerando el respeto a su propia concepción de la sexualidad, el amor, el cuerpo. El Ministerio de Salud con la participación de las poblaciones indígenas preparará las guías técnicas de prevención y atención para este fin
- El Estado Peruano deberá tomar las medidas necesarias para proveer los servicios que se requieren para la prevención y para la atención de la población indígena infectada con ITS, el VIH-SIDA y la Hepatitis B con énfasis en las poblaciones dispersas incluyendo las poblaciones intermedias considerando las estrategias necesarias para llegar a estas poblaciones.
- Las intervenciones educativas de prevención y atención de las ITS, el VIH-SIDA y la Hepatitis B que realice el Estado peruano a través del Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación serán coordinadas con las organizaciones indígenas de manera que estas presten las facilidades para su ejecución.
- Los estudios biomédico , epidemiológicos y socio antropológicos que se pretenda realizar en la población indígena amazonia, en relación a las ITS, el VIH-SIDA y la Hepatitis B deberán cumplir además de lo estipulado en los acuerdos internacionales de ética en investigación, con el Consentimiento libre, previo e informado de sus representantes considerado en el Convenio 169 de la OIT y la declaración de los Derechos Indígenas - ONU.

Propuesta de Plan Estratégico para la prevención y control de las ITS, el VIH-SIDA y la Hepatitis B en poblaciones indígenas de la amazonia del Perú,

Población Objetivo:

- Personas viviendo con VIH-SIDA en los Pueblos Indígenas de la Amazonia Peruana.
- Grupos de de Personas con elevada prevalencia de ITS-VIH-SIDA o con conductas que los pone en alto riesgo de adquirir ITS y VIH. Incluye a Hombres y mujeres con múltiples parejas sexuales y/o contactos sexuales no protegidos.
- Gestantes y sus pareja.
- Adolescentes y hombres y mujeres jóvenes que inician su vida sexual.
- Población General con bajo riesgo de adquirir o transmitir ITS y VIH.
- Dirigentes de Comunidades y Organizaciones Indígenas de la Amazonia.
- Organizaciones Gubernamentales y no gubernamentales nacionales e internacionales implicados en la lucha contra las ITS, el VIH-SIDA y la Hepatitis B en la población indígena de la Amazonia Peruana.

Meta:

Reducir el Impacto Negativo ocasionado por la epidemia del ITS,VIH-SIDA incluyendo sífilis congénita y la hepatitis B en la Salud de los Pueblos Indígenas de la Amazonia Peruana.

Propósitos:

1. Se cuenta con una **política de estado** definida para la prevención y control de las ITS, VIH-SIDA en poblaciones indígenas de la amazonia del Perú incluyendo sífilis congénita y la hepatitis B, aceptada y aprobada por los pueblos Indígenas y en plena ejecución en el ámbito nacional.
2. Se ha **Reducido la Transmisión Sexual** de las ITS,VIH-SIDA y la Hepatitis B en la población indígena de la amazonia peruana, mediante intervenciones y estrategias basadas en evidencias científicas y con el enfoque intercultural necesario y aceptado.
3. Se ha controlado la **Transmisión del VIH, la Sífilis Congénita y la Hepatitis B por vía peri natal** a través de un Programa de tamizaje de gestantes y administración de antiretrovirales, antibióticos y vacunas garantizando la atención gratuita e integral de la madre y el niño.
4. Se ha reducido el riesgo de transmisión de ITS, VIH y Hepatitis B por via Parenteral, se han tomado las medidas necesarias para garantizar la seguridad de las **transfusiones sanguíneas y hemoderivados** en los establecimientos de salud que atienden a las poblaciones.

5. La población indígena amazónica viviendo con el VIH-SIDA cuenta con pleno acceso a los **medicamentos antiretrovirales** y a los cuidados integrales para el tratamiento, tomándose las medidas necesarias para la atención a las poblaciones dispersas incluyendo las poblaciones intermedias.
6. Se han desarrollado e implementado intervenciones específicas para **reducir el impacto social, emocional y cultural** de la epidemia de las ITS, VIH-SIDA y Hepatitis B en las poblaciones indígenas amazónicas.
7. **La lucha contra las ITS, el VIH-SIDA y la Hepatitis B en la población indígena amazónica se ha fortalecido** y se realiza coordinadamente intra e intersectorialmente, canalizando los esfuerzos a través de las dependencias competentes del Ministerio de Salud en coordinación con los representantes de las poblaciones indígenas de la amazonia peruana.

Resultados Esperados por cada Propósito:

1. **Se cuenta con una política de estado definida para la prevención y control de las ITS, VIH-SIDA en poblaciones indígenas de la amazonia del Perú incluyendo sífilis congénita y la hepatitis B, aceptada y aprobada por los pueblos Indígenas y en plena ejecución en el ámbito nacional.**
 - 1.1. Se cuenta con Lineamientos de política para la prevención y control de las ITS, VIH-SIDA en poblaciones indígenas de la amazonia del Perú incluyendo sífilis congénita y la hepatitis B, aceptada y aprobada por los pueblos Indígenas, aprobados con resolución ministerial y acta de aprobación de AIDSESEP.
 - 1.2. Se cuenta con un Plan Estratégico para la prevención y control de las ITS, VIH-SIDA en poblaciones indígenas de la amazonia del Perú incluyendo sífilis congénita y la hepatitis B, aceptado y aprobado por los pueblos Indígenas.
 - 1.3. Implementación y equipamiento de Centros de Referencia de ITS, Laboratorio Regional de Referencia para brindar el Soporte necesario para el desarrollo de las actividades del Plan Estratégico para la prevención y control de las ITS, VIH-SIDA en poblaciones indígenas de la amazonia del Perú incluyendo sífilis congénita y la hepatitis B.
 - 1.4. Los Gobiernos Regionales y las dependencias del MINSA, incluyen en sus Planes Operativos Institucionales, las actividades necesarias para el Desarrollo del Plan de Prevención y Control del VIH en población indígena amazónica, según su competencia establecida por ley y cuentan con el presupuesto necesario.
 - 1.5. La Dirección General de Epidemiología DGE del MINSA conduce y desarrolla la Vigilancia Epidemiológica de las ITS/VIH/SIDA y la Hepatitis B en la población indígena amazónica.
 - 1.6. El MINSA dota los recursos humanos calificados necesarios para el desarrollo del Plan de Prevención y Control del VIH en Población Indígena Amazónica.
 - 1.7. Se ha Implementado una Red de Promotores de Salud indígenas con capacitación adecuada para la prevención de ITS/VIH/SIDA en la Población.
 - 1.8. Se ha establecido en cada provincia una mesa de coordinación permanente entre el MINSA, las autoridades locales y los dirigentes de las organizaciones

indígenas para el desarrollo del Plan de Prevención y Control de las ITS/VIH/SIDA en Población Indígena Amazónica.

2. Se ha reducido la transmisión sexual de las ITS, VIH-SIDA y la Hepatitis B en la población indígena de la amazonia peruana, mediante intervenciones y estrategias basadas en evidencias científicas y con el enfoque intercultural necesario y aceptado.

- 2.1. Plan de Educación e Información para la prevención de ITS/VIH para la población indígena amazónica, con enfoque intercultural y de género implementado y en difusión permanente que les permita mantener una conducta socialmente responsable y acorde a los principios de su cultura para prevenir el VIH-SIDA
- 2.2. Diagnostico y Tratamiento adecuado para las ITS disponible y accesible gratuitamente para la población indígena amazónica.
- 2.3. Plan de promoción de uso y provisión de condones asegurando la consejería, respetando su cultura e identificando los grupos poblacionales para su uso en poblaciones indígenas de la amazonia que tienen múltiples parejas sexuales
- 2.4. Desarrollo de una red de consejeros en Salud Sexual y reproductiva y Prevención de ITS/VIH/SIDA para la población indígena.

3. Se ha controlado la transmisión del VIH, la Sífilis Congénita y la Hepatitis B por vía peri natal a través de un Programa de tamizaje de gestantes y administración de antiretrovirales, antibióticos y vacunas garantizando la atención gratuita e integral de la madre y el niño.

- 3.1. Programa de Tamizaje de VIH, Hepatitis B y Sífilis para gestantes de las poblaciones indígenas de la amazonia establecido en todos los Establecimientos de Salud y con amplia cobertura poblacional.
- 3.2. Programa garantizado gratuito de tratamiento integral y seguimiento a las gestantes con VIH y a sus hijos infectados incluyendo la provisión oportuna y de calidad de antirretrovirales.
- 3.3. Programa Estratégico garantizado y gratuito de vacunación contra hepatitis B a los recién nacidos en zonas endémicas de hepatitis B proveído en las primeras 48 horas de nacido.
- 3.4. Tratamiento antibiótico garantizado y gratuito proveído a las gestantes con RPR positivo, a sus hijos y a sus parejas.

4. Se ha reducido el riesgo de transmisión de ITS, VIH y Hepatitis B por Transmisión Parenteral, tomando las medidas necesarias para garantizar la seguridad de las transfusiones sanguíneas y hemoderivados en los establecimientos de salud que atienden a las poblaciones.

- 4.1. Los Establecimientos de Salud cuentan con la infraestructura y equipamiento necesario para asegurar la provisión de sangre segura y hemoderivados.
 - 4.2. La población indígena amazónica está motivada para realizar una donación altruista de sangre cuando sea necesario.
 - 4.3. El personal de salud realiza adecuadas prácticas de bioseguridad para la prevención de accidentes laborales con sangre y fluidos.
 - 4.4. La población de los pueblos indígenas de la amazonia conoce los riesgos de transmisión de ITS, VIH-SIDA y Hepatitis B a través de tatuajes, piercing, reutilización de agujas, inyecciones en sitios no seguros y otras prácticas que incluyan el uso de objetos punzocortantes.
- 5. La población Indígena Amazónica viviendo con el VIH-SIDA cuenta con pleno acceso a los medicamentos antirretrovirales y a los cuidados integrales para el tratamiento, tomándose las medidas necesarias para la atención a las poblaciones dispersas incluyendo las poblaciones intermedias.**
- 5.1. Se ha garantizado la provisión de Antirretrovirales para el TARGA, estableciéndose los mecanismos logísticos necesarios.
 - 5.2. Se han establecido los Centros de TARGA y cuidado integral y gratuito, para atender a los pacientes que requieren el tratamiento antirretroviral.
 - 5.3. Se desarrolla un adecuado seguimiento y consejería a los pacientes en TARGA para motivar la adherencia y cumplimiento adecuado del Tratamiento Integral.
- 6. Se han desarrollado e implementado intervenciones específicas para reducir el impacto social, emocional y cultural de la epidemia de las ITS, VIH-SIDA y Hepatitis B en las poblaciones indígenas amazónicas.**
- 6.1. Se ha desarrollado un Intensivo Plan de Educación Sexual con el enfoque intercultural necesario para toda la población indígena amazónica, con énfasis en la población adolescente.
 - 6.2. Se ha realizado una adecuada información a los Dirigentes de los Pueblos Indígenas amazónicos y comunidades en general sobre el apoyo que requieren las personas viviendo con VIH/SIDA y sus familias.
 - 6.3. Se ha promovido el reconocimiento de la etnicidad, respeto la cultura indígena amazónica y al ejercicio de los derechos humanos en los pueblos indígenas de la amazonia.
 - 6.4. Se ha capacitado y sensibilizado a los trabajadores de los Servicios de Salud en el respeto a la cultura indígena, la no discriminación de las personas viviendo con VIH, motivando la solidaridad y calidez en la atención.
 - 6.5. La Comunidad participa activamente para mejorar la convivencia entre las personas que viven con el VIH, facilitando su integración colectiva en sus respectivas comunidades.

7. La lucha contra las ITS, el VIH-SIDA y la Hepatitis B en la población indígena amazónica se ha fortalecido y se realiza coordinadamente intra e intersectorialmente, canalizando los esfuerzos a través de las dependencias competentes del Ministerio de Salud en coordinación con los representantes de las poblaciones indígenas de la amazonia peruana.

- 7.1. El MINSA a través de sus dependencias correspondientes coordina y canaliza el esfuerzo nacional e internacional para el desarrollo del Plan Estratégico para la prevención y control de las ITS, VIH-SIDA en Poblaciones Indígenas de la Amazonía del Perú incluyendo sífilis congénita y la hepatitis B.
- 7.2. El MINSA en acuerdo con las Organizaciones Indígenas ha establecido y conduce una Mesa de Coordinación de los organismos cooperantes nacionales e internacionales para el control de las ITS/VIH/SIDA en la población indígena amazónica.
- 7.3. El MINSA apoya coordinadamente el desarrollo de los esfuerzos e iniciativas regionales y locales para la prevención, control las ITS, VIH y SIDA.