



Seroprevalencia del VIH/SIDA en privados/as de libertad recluidos en el Sistema Penitenciario de Chinandega, en el periodo Enero-Junio del 2007

Meyling Anielka Láinez Gauffreau¹, Lenin Miguel Castillo Espinoza¹, Armando Matute^{2*}, Gregorio Matus^{3*}

1. Facultad de Ciencias Médicas, Estudiantes de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León (UNAN-León).
2. Departamento de Medicina Interna-Infectología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León (UNAN-León).
3. Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León (UNAN-León)

RESUMEN

El Sistema Penitenciario de Chinandega alberga un elevado número de privados/as de libertad con vida sexual promiscua y con prácticas de riesgo para la infección por VIH. El objetivo principal de este trabajo fue determinar la seroprevalencia del VIH en los presidiarios/as. Diseño Metodológico: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. El muestreo fue aleatorio simple de 112 personas. Resultados: Se encontraron 2 casos positivos confirmados con la prueba Western Blot, encontrándose una seroprevalencia global de 1.7%. Los datos sociodemográficos encontrados fueron: edad 25-29 años (31.3%); sexo masculino (66%), secundaria (44.6%), solteros (44.6%). En cuanto a la seroprevalencia de VIH/SIDA: hombres (2.7%), primaria (5%), casados (5%), antecedentes de ITS (7.1%), múltiples parejas sexuales (3.2%) y uso ocasional del condón (3.5%). Conclusiones: Existe una elevada seroprevalencia de infección por VIH en los privados/as de libertad del Sistema Penitenciario, 48.9 veces mayor con respecto a la seroprevalencia a nivel nacional.

Palabras claves: ITS, VIH/SIDA, sistema penitenciario de Chinandega, factores de riesgo.

1. INTRODUCCIÓN

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), continúa su expansión en el mundo. Según el informe sobre la pandemia que hizo público la agencia de la ONU para la enfermedad (ONUSIDA), en el 2006 la epidemia alcanzó las nuevas cifras de 4.3 millones de personas infectadas, aumentando la cifra de personas que vivían con el virus en todo el mundo a 39.5 millones.^[1,2]

Si el comportamiento de la enfermedad se mantiene como está, estamos próximos a una pandemia incontrolable, ya que esta enfermedad es una amenaza para el desarrollo de las comunidades y los países, principalmente porque el 96% de las defunciones por esta causa se presentan en adultos jóvenes con edades comprendidas entre los 20 y 44 años de edad, etapa económicamente productiva y sexualmente activa.^[1, 2,3]

Centro América es la región más afectada, después del Caribe, por la epidemia de VIH/SIDA. Cuatro de los seis países de América Latina con mayores tasas de seroprevalencia de infección por VIH/SIDA están en Centroamérica, y en dos de ellos las tasas de prevalencia son superiores al 1%.^[4,5]

En Nicaragua desde 1987 en donde se registro el primer caso de infección por el Virus de Inmunodeficiencia

Humana (VIH), y desde esa fecha se ha observado un aumento constante y progresivo del reporte de casos la Vigilancia Epidemiológica del Programa de ITS/VIH/SIDA del Ministerio de Salud ha registrado un total acumulado de 2,450 casos de VIH/SIDA a diciembre de 2006.^[5,6,7]

El promedio mensual de casos diagnosticados por laboratorio de personas que viven con VIH y SIDA se ha venido incrementando progresivamente: 4,8 en 1996, 10,7 en 2000, 15,9 en 2002 y cerrando el 2006 con 35 por mes. Al inicio de la epidemia la relación hombre/mujer era 7:1, mientras que en el año 2006 la relación hombre/ mujer es de 2,4:1.^[5,7]

Aunque la incidencia se ha mantenido relativamente baja debido a una década de guerras y embargo económico, además del bajo consumo de drogas intravenosas, la prohibición de la venta comercial de sangre y el relativo control sobre el comercio sexual, actualmente los casos están aumentando de forma acelerada.^[4,5]

El primer caso de VIH reportado en Nicaragua fue en 1987 siendo el último país en reportar casos, teniendo una prevalencia para el año 2006 de 3.1 por cada 10,000 habitantes. Los SILAIS de mayor prevalencia son Managua (6.7/10,000), Chinandega (6.5/10,000), RAAS (4.8/10,000), León (3.5/10,000), Masaya (3.4/10,000) y RAAN (3.1/10,000).^[8,7]

* Autor para correspondencia: gmatusi@yahoo.com;
amatute@ibw.com.ni

El país se encuentra en una etapa de “diseminación silenciosa acelerada”, ya que hasta la fecha no hay ningún departamento de los 17 que forman el país que no haya sido afectado por la epidemia.^[5,6,10]

Esto se debe a que una cantidad importante de las personas no saben que están infectadas, por lo cual son potencialmente transmisores involuntarios de la enfermedad, asociado a altos niveles de pobreza, la migración de la población (trabajadores migratorios), y al estigma cultural hacia el uso del condón.^[5,6,10,8]

La epidemia amenaza avanzar sin control a menos que los esfuerzos de prevención se intensifiquen en los grupos altamente vulnerables, como los trabajadores comerciales del sexo (TCS), los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH) y las personas privadas de libertad.^[5,6,8]

Los miembros menos privilegiados de la sociedad entran a este entorno insalubre. Muy a menudo los internos pertenecen a grupos sociales en desventaja o marginados, como los pobres urbanos, minorías étnicas, inmigrantes nuevos y toxicómanos de drogas inyectables. Se ha encontrado en muchas cárceles del mundo que la prevalencia de trastornos mentales y físicos es mayor entre internos que entre la población en general.^[10,8,7]

Los centros penales reúnen una serie de factores como el aburrimiento del entorno penitenciario, la falta de ocupación mental y física que generan una acumulación de frustración y tensiones. Este ambiente favorece la aparición de actividades de alto riesgo como son el uso a las drogas, las relaciones sexuales entre hombres a menudo coercitivas, los tatuajes y otras actividades en donde se propicia el contacto con sangre humana y fluidos corporales.^[3,6,8,7]

En el Sistema Penitenciario de Chinandega se realizó un estudio de prevalencia de VIH/SIDA en el año 2001, en el que hubo una muestra de 200 reclusos, no se registro ningún caso positivo.^[9]

Desde el año 2001, no se han realizado investigaciones ulteriores que nos oriente acerca de la situación actual del VIH/SIDA en este penal, que recluye a una población presidiaría procedente de departamentos con elevadas tasas de seroprevalencia de VIH/SIDA en nuestro país; por lo consiguiente esperamos que los resultados que obtengamos sean de utilidad, ya que el VIH se podría estar diseminando silenciosamente, por lo que es necesario tomar medidas que ayuden a detener esta epidemia.^[7]

2. MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio fue descriptivo, de corte transversal, este se realizó en el Sistema Penitenciario de Chinandega, el cual está compuesto por 8 pabellones, en donde existe un promedio 100 presidiarios por pabellón, el pabellón número 5 pertenece a las mujeres privadas de libertad y los restantes a los varones reclusos.

Se abordó como población de estudio alrededor de 800 presidiarios/as de este penal, en donde no existe un número exacto ya que diariamente entran y salen en promedio 1-2 personas. Para la selección de la muestra se aplicó un muestreo aleatorio simple, escogiéndose a aquellos privados/as de libertad que accedieran a realizarse voluntariamente la prueba de VIH, previa consejería y consentimiento informado.

La fuente de información fue primaria, mediante entrevista directa con el privado/a de libertad y revisión de los resultados de las pruebas de laboratorio. La información se recolectó a través de una ficha de reporte y seguimiento de VIH/SIDA elaborada por el Ministerio de Salud, que contiene:

- a) Datos socio-demográficos
- b) Factores de riesgo para VIH/SIDA
- c) Preferencia sexual
- d) Uso de condón
- e) Visitas a otros países
- f) Contactos sexuales
- g) Resultados

El procedimiento que se llevó a cabo para recolectar la muestra de laboratorio para la prueba en busca de anticuerpos al VIH, incluye desde entrevista directa con el privado/a de libertad hasta la obtención de los resultados con las pruebas rápidas y su confirmación con la Prueba Western Blot.

Las variables cualitativas y cuantitativas fueron introducidas en el programa Microsoft Office Access 2003, para su procesamiento y posteriormente se realizó su análisis en el programa estadístico Epi-Info versión 3.3 para Windows. Se utilizó la prevalencia y la distribución porcentual como medidas de frecuencia. Los resultados se presentan en tablas y gráficos.

Los aspectos éticos para la recolección de la muestra fueron cumplidos a cabalidad, se garantizó el respeto a los derechos humanos de las y los privados de libertad, se realizaron charlas grupales, en donde se impartió información sobre ITS/VIH/SIDA mediante métodos audiovisuales y escritos.

Posteriormente se brindó consejería pre-prueba personalizada, siguiendo el protocolo del “Manual de Consejería de VIH/SIDA”, del Ministerio de Salud.

Se les explicó la ley 238, “Ley sobre Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el SIDA”, enfatizando el Arto. 5 del capítulo 2, que se lee así:

“Nadie podrá ser sometido a pruebas para detectar la presencia de anticuerpos al VIH, sin su conocimiento y consentimiento expreso. Las personas que soliciten practicarse dicha prueba, darán su autorización por escrito, personalmente o a través de sus representantes o guardadores en su caso. Para donantes de sangre ésta autorización es implícita a la donación.”

Finalmente se solicitó el consentimiento expreso, mediante la firma voluntaria del consentimiento informado. Los resultados de las pruebas de laboratorio fueron entregados personalmente y con estricta confidencialidad, en caso de ser reactivo a las pruebas rápidas, se seguira conforme al algoritmo de pruebas diagnosticas en Nicaragua para VIH/SIDA. (figura 1)

3. RESULTADOS

Durante el período en estudio se analizó una muestra de 112 privados/as de libertad a quienes se le realizó la prueba del VIH/SIDA. Las características sociodemográficas y positividad a la prueba de VIH/SIDA, se describen a continuación: Se trata de una población joven, con edades entre los 25-34 años; mayoritariamente masculina (66.1%). Un porcentaje de un 44.6% había alcanzado lo estudios de secundaria, el 35.7% había obtenido estudios de primaria y el 44.6% de los entrevistados eran solteros.

De los 112 privados/as de libertad que aceptaron realizarse la prueba, se encontraron 2 casos que resultaron reactivo a la Prueba de Capillus, ELISA y la Prueba Confirmatoria Western Blot, encontrándose una seroprevalencia global del estudio de 1.7%. (tabla 1)

La seroprevalencia de la infección fue superior en los hombres (2.7%), mientras que en las mujeres no hubo ningún caso positivo, y en el grupo de edad de 20-24 y 25-29 años se presentó la mayor seroprevalencia de infectados (6.2%) y (3.5%) respectivamente, lo que es muy alarmante ya que los casos positivos se concentraron en población joven.

Figura 1. Algoritmo de pruebas Diagnosticas para VIH en Nicaragua⁽¹⁷⁾

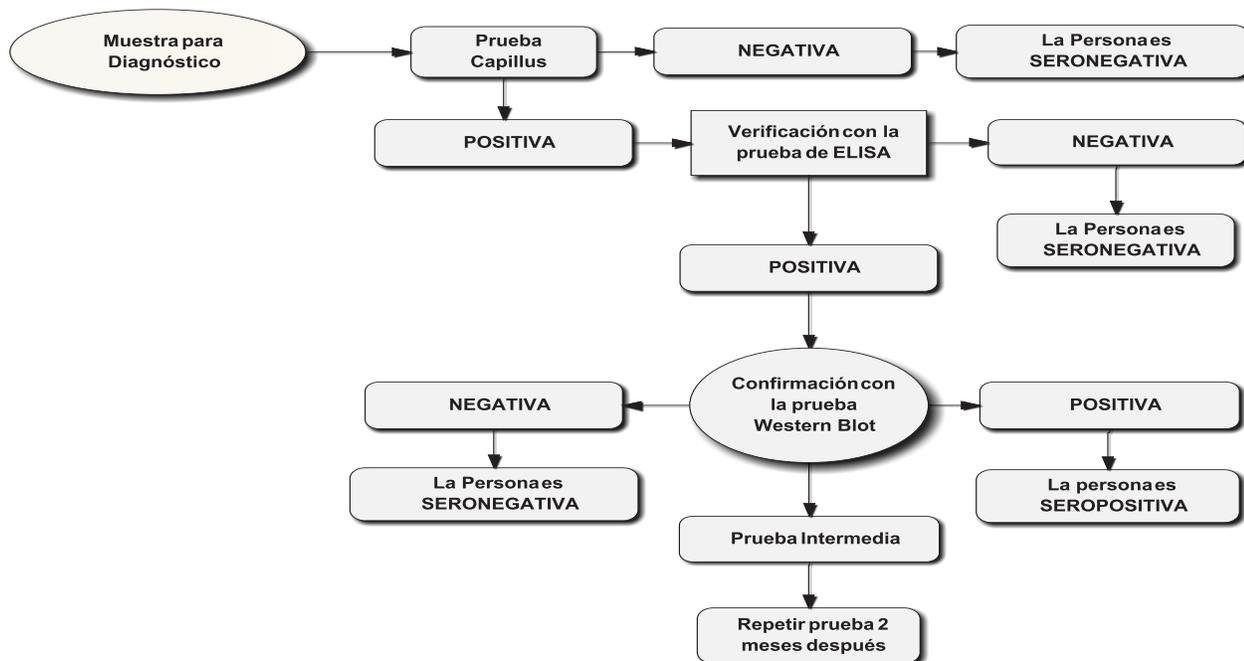


Tabla 1. Principales características sociodemográficas de los privados/as de libertad y positividad a la Prueba de VIH

VARIABLE		NÚMERO	PORCENTAJE	VIH (+)	SEROPREVALENCIA EN %
Género	Masculino	74	66.1	2	2.7
	Femenino	38	33.9	0	0
Edad	18-19 años	8	7.1	0	0
	20-24 años	16	14.2	1	6.2
	25-29 años	28	25.0	1	3.5
	30-34 años	24	21.4	0	0
	35-39 años	19	16.9	0	0
	39 a más años	17	15.1	0	0
Escolaridad	Analfabeta	7	6.3	0	0
	Primaria	40	35.7	2	5
	Secundaria	50	44.6	0	0
	Técnica	8	6.3	0	0
	Universidad	7	7.10	0	0
Estado Civil	Acompañado/a	41	36.6	0	0
	Casado/a	20	17.9	1	5
	Divorciado/a	1	0.9	0	0
	Soltero/a	50	44.6	1	2
Total		112	100	2	1.7

Este dato coincide con estudios realizados en donde se demuestra que el VIH está afectando cada día a poblaciones más jóvenes^[4,8,13]. Se observó mayor seroprevalencia en los que habían alcanzado lo estudios de primaria 5%, mientras que la infección se mostró también asociada al estado civil, siendo mayor en los casados 5% que en los solteros 2%. (tabla 1)

Otra de las variables con significativa importancia es el inicio temprano de la vida sexual activa, la seroprevalencia se presentó entre los que iniciaron su IVSA entre los 10-14 años de edad. (tabla 2)

El inicio a temprana edad de las relaciones sexuales, especialmente entre los 10-14 años, representa un factor de riesgo de importancia ya que está asociado a mayor número de compañeros sexuales, este rango de edades es uno de los más peligrosos, generalmente los adolescentes poseen poco conocimiento sobre el sexo y la sexualidad, y lo más importante el riesgo que incluye iniciar vida sexual cuando aún no se está preparado física y psicológicamente.^[13,9]

Tabla 2. Seroprevalencia de VIH/SIDA según el inicio de la vida sexual activa de los privados/as de libertad con Prueba Capillus

IVSA	Población muestreada	VIH+	Seroprevalencia (%)
10-14 años	60	2	3.3
15-19 años	49	0	0
20-24 años	3	0	0
Total	112	2	1.7

Las prácticas y/o exposiciones de riesgo que presentaron las más altas tasas de seroprevalencia fueron; los antecedentes de infecciones de transmisión sexual 7.1%, siendo un dato que establece una mayor asociación entre estas y la infección por VIH ya que los casos positivos encontrados se concentraron en los que tienen este antecedente. El tener múltiples parejas sexuales 3.2% y los privados/as de libertad que usaban condón en ocasiones se encontró una seroprevalencia de 3.5%. (figura 2)

La asociación de los antecedentes de múltiples parejas sexuales con la infección de VIH ha sido discutida ampliamente ya que las relaciones sexuales son una de las vías más frecuentes de contagio de VIH/SIDA.

Aún estando reconocida esta práctica como vía de transmisión de VIH, en nuestro estudio el 100% de los casos positivos tienen esta variable estrechamente relacionada, este aspecto coincide con un estudio realizado a nivel nacional en todos los penales del país, por el Fondo Mundial, en año 2004, en donde se muestra que la forma de prevenir la transmisión sexual del VIH es mediante una estabilidad en la relación de parejas, sin embargo las prácticas reflejan diferencias importantes entre lo que saben, lo que creen y lo que hacen encontrándose en gran parte el tener múltiples parejas sexuales (tendencia es mayor en los varones) [6,8]

El mayor riesgo de infección se encuentra en aquellos que tienen antecedentes de infecciones de transmisión sexual, ya que suelen producirse lesiones en la mucosa anal, vaginal o peniana y alteración de pH genital, lo que facilita la entrada del virus al organismo por vía sexual principalmente. [7,8,10]

Se ha comprobado que el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) no puede atravesar tan fácilmente el preservativo, ya que este sirve como barrera para evitar la transmisión del virus si se usa correctamente.

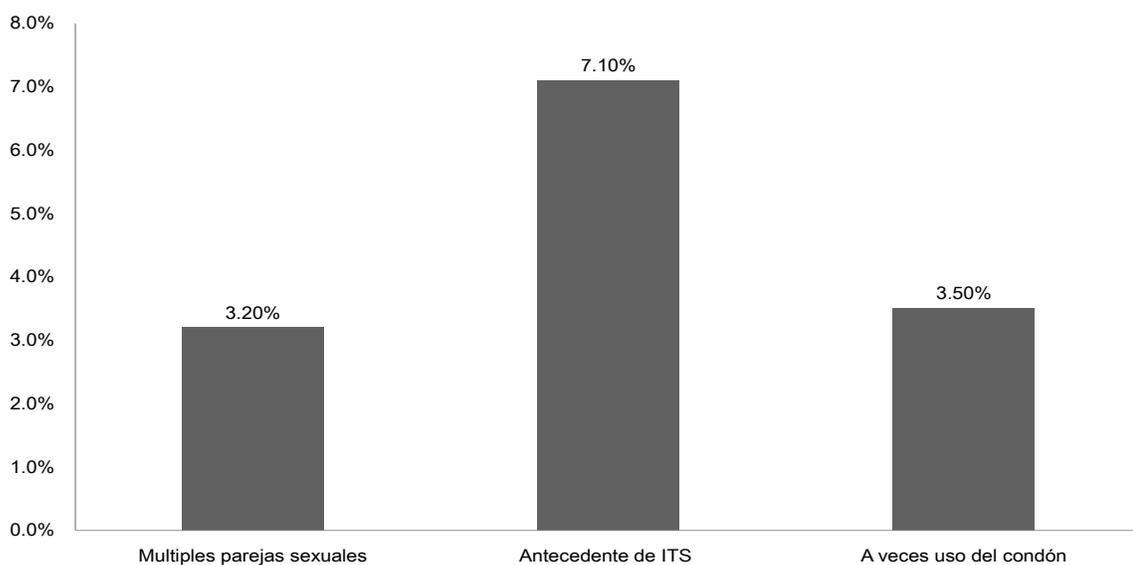
El no utilizarlo siempre y correctamente por los privados/as de libertad aumenta el riesgo de contagio por el contacto con los fluidos corporales. [8,10]

Un estudio conducido en el Sistema Penitenciario de Tipitapa en el año 2005, investigó la prevalencia de VIH/SIDA en privados de libertad. La muestra fue 300 personas aproximadamente. Más de la mitad de los entrevistados manifestaron que no habían usado condón en su última relación sexual.

La prevalencia del VIH/SIDA entre los participantes fue de aproximadamente 1%. Esto refleja la falta de concientización de los presidiarios/as acerca del uso de preservativo, que en comparación con nuestro estudio existe una similitud ya que en nuestra muestra se encontró que la mayoría de los entrevistados usa ocasionalmente el preservativo. [6,8,11]

Generalmente en los sistemas penitenciarios se provee de preservativos pero su uso es ocasional y es influenciado por el estigma cultural hacia la protección con este método por la creencia de tendencia machista, en donde el hombre no suele tener el mismo placer durante el coito, esto contrasta con el verdadero placer tanto sexual como psicológico de la pareja al saber que se están protegiendo mutuamente del contagio de ITS/VIH/SIDA. [4,3]

Figura 2. Seroprevalencia de VIH/SIDA según factores de riesgo o antecedentes patológico de los privados de libertad con la prueba de Capillus



Las preferencias sexuales influyen como factores de riesgo, se encontró un caso de transmisión de la infección, probablemente por prácticas bisexuales y en otro por prácticas heterosexuales.(ver figura 3)

Sin embargo no registró ningún caso positivo en los presidiarios con preferencia homosexual, esto difiere de algunos estudios que sugieren que este grupo es uno de los que más riesgo tienen, no obstante la falta de aceptación de este tipo de tendencia sexual se ve influida por la cultura y la simulación de tener otro tipo de preferencias, lo que dificulta la focalización de los casos positivos en este grupo.

En el estudio del Fondo Mundial se reconoció la existencia de prácticas sexuales entre hombres dentro de los Centros Penitenciarios y entre mujeres, lo que tiene similitud con nuestro estudio en donde una considerable parte de los entrevistados se identificaron con preferencias homosexuales y bisexuales.^[3,4, 5,8]

El 41.0% de los privados/as de libertad que participaron en el estudio recibía visitas conyugales y en este grupo se presentó una seroprevalencia de VIH de 2.1%, mientras que el restante 58.9% que no recibía en el momento del estudio las visitas conyugales tuvo una seroprevalencia de 1.5%. En los privados/as de libertad que han visitado otros países se encontró el 100% de los casos positivos que representa el 3.5% de seroprevalencia de VIH.

El 15.1% de la población presentaba al menos un tatuaje. El 6.2% de los estudiados tenían antecedentes de haber usado drogas intravenosas (heroína), sin embargo manifestaron no haber compartido material de inyección.

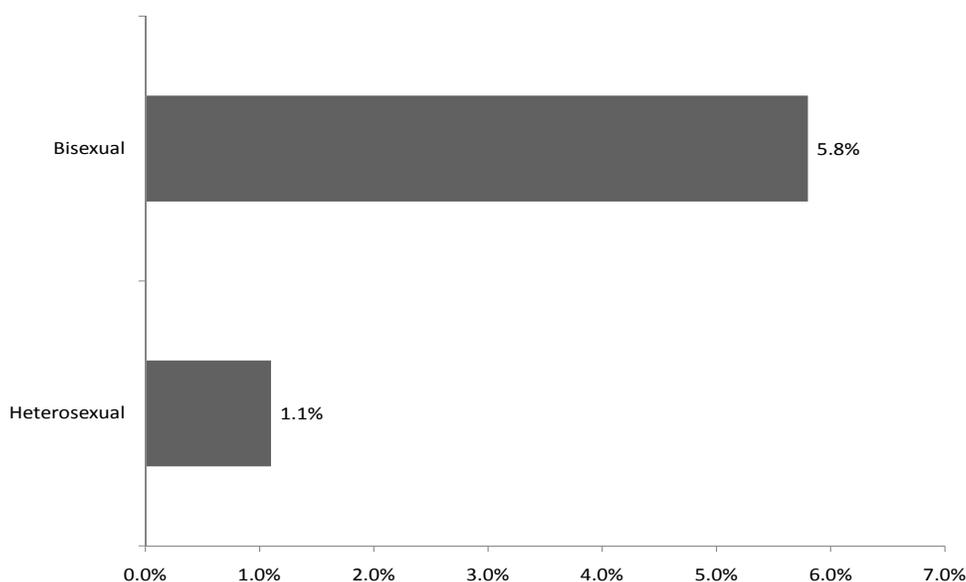
La prevalencia de infección por VIH en el Sistema Penitenciario de Chinandega es muy elevada, 48.9 veces mayor que la estimada para la población general en nuestro país (3.1 por cada 10,000 personas). Se estima que la prevalencia de muchas enfermedades, incluyendo el VIH/SIDA, es 30-40 veces mayor en comparación con la estimada para la población general.^[5,8]

El número de casos positivos en una muestra pequeña de la población del penal demuestra que la epidemia del VIH/SIDA continua en ascenso continuo, mantenido y significativo, ya que en estudios anteriores, principalmente el realizado en el año 2001 no se detectaron casos seropositivos, esto demuestra que la infección por VIH/SIDA puede llegar a propagarse muy rápidamente dentro de un grupo vulnerable de la población que crea las condiciones para ello.

4. CONCLUSIONES

Los datos demográficos de relevancia donde hubo la mayor seroprevalencia fueron: las edades entre 20- 29 años, el sexo masculino, los privados/as que están casados/as, los/as que tienen nivel de estudios de primaria.

Figura 3. Seroprevalencia de VIH/SIDA según preferencia sexual de los privados de Libertad con la Prueba Capillus



Los factores de riesgo con mayor seroprevalencia fueron quienes presentaron: antecedentes de infecciones de transmisión sexual, utilización ocasional del condón, inicio de vida sexual activa entre los 10-14 años de edad, tener múltiples parejas sexuales y preferencia bisexual.

En conclusión existe una elevada seroprevalencia de infección por VIH en los privados/as de libertad del Sistema Penitenciario de Chinandega, 48.9 veces mayor con respecto a la seroprevalencia a nivel nacional.

5. AGRADECIMIENTO

A Dra. Olivia Aragón, Dra. Arling Alonso, Dr. William Ugarte, Dr. Andrés Herrera, Dr. Manuel González, Lic. Armengol Figueroa y Alcaide del Sistema Penitenciario de Chinandega que con su apoyo, conocimientos y abnegada entrega a la enseñanza ayudaron en el transcurso de todo el trabajo de investigación.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Programa Conjunto de las Naciones Unidas Sobre El VIH/SIDA: ONUSIDA Informe sobre la epidemia de VIH/SIDA, 2005.
- OPS/Diseminación Selectiva de la Información, Prevención y Control de las Enfermedades OPS/OMS, 2005. Afrontando el Impacto del SIDA.
- La Epidemia y Prioridades para su prevención. Epidemiológica, Los Países de América Central. Proyecto Acción SIDA de Centroamérica (PAS- CA) Enero, 2006.
- Ministerio de Salud "Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y Sida, Nicaragua, 2006-2010" Managua, Nicaragua, Septiembre, 2006.
- MINSA; Boletín Epidemiológico, Situación Epidemiológica del VIH en Nicaragua hasta el Primer Semestre del año 2006, Managua, Nicaragua, 2006.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), Situación de la epidemia del SIDA. Estimaciones Mundiales para adultos y niños a final del 2003, Situación mundial de la epidemia, Diciembre, 2003.
- MINSA: Boletín Epidemiológico, Situación epidemiológica del VIH/SIDA en Nicaragua, Semana 13, Managua, Nicaragua, 2007.
- Fondo Mundial, Conocimientos, Actitudes y Prácticas sexuales seguras ante el VIH en s privados/as de libertad, Managua, Nicaragua, 2005.
- VARGAS TORREZ, B.; VANEGAS, Y.; PICHARDO, D. (2001) "Prevalencia de VIH/SIDA en los reclusos del Sistema Penitenciario de Chinandega, Nicaragua. Marzo-Octubre".
- ROBBINS Y CORTAN (2005) Patología Estructural y Funcional, 7º Edición, Editorial Mc. Hill Interamericana, España.
- El País, Madrid y Fundación Sur-ONUSIDA, ONUSIDA: El Sida afecta ya a 40 millones de personas, Informe 2,004.
- Banco Mundial, Reduciendo la vulnerabilidad del VIH/SIDA en Centroamérica: Nicaragua, situación del VIH/SIDA y la respuesta a la epidemia, Diciembre, 2006.
- MANCHENO, M. (1998) "Las prácticas sexuales de riesgo de infección del VIH/SIDA y ETS de adolescentes marginados reclusos en el Sistema Penitenciario de Tipitapa" Primera edición, Managua, Nicaragua.
- C.E.L. HOEKSTRA, M. RIEDIJK, A.J. MATUTE (2006) "Prevalence Of HIV And Syphilis In Pregnant Women In León, Nicaragua" American Journal of Tropic Medicine and Hygiene, September.
- BIANCO M. , PAGANI L. (1998) Re. MUJER, SEXUALIDAD Y SIDA. Global reproductive health forum. Noviembre.
- Ministerio de Salud, Programa Nacional ITS/VIH/SIDA "Pautas de Tratamiento Antirretroviral" Managua, Nicaragua, 2005.
- Ministerio de Salud, "Manual de Consejería de VIH/ SIDA", Managua, Nicaragua 2005.
- República de Nicaragua, Asamblea Nacional, Ley Nº 238 "Promoción, Protección, y Defensa de los Derechos Humanos ante el SIDA", Managua, Nicaragua, 1996.