

IMPLEMENTACION DE CENTROS CENTINELA DE VIGILANCIA CO INFECCION TB/VIH

I . INTRODUCCIÓN

La infección por VIH es el factor de riesgo más potente conocido para el desarrollo de la tuberculosis. Una de las consecuencias de esta interacción biológica es que el VIH ha aumentado la carga mundial de tuberculosis. En Latinoamérica y el Caribe se estima que cada año 12.000 casos de TB son atribuibles al VIH2. La OMS estima que la epidemia del VIH en Latinoamérica y el Caribe incrementó la prevalencia de TB en 1,3%, en 2003.

La epidemia de VIH/SIDA alimenta la epidemia de tuberculosis. El VIH fomenta la evolución de una infección reciente y latente por *Mycobacterium tuberculosis* a tuberculosis activa e incrementa la tasa de recurrencias de la tuberculosis ⁽¹⁾.

A largo plazo, sólo el control eficaz de la epidemia del VIH/SIDA invertirá el aumento asociado de la incidencia de tuberculosis. Entretanto, es preciso poner en marcha intervenciones orientadas a reducir la morbimortalidad de la tuberculosis asociada al VIH .

La OMS ha publicado una política provisional de las actividades conjuntas de lucha contra la tuberculosis y el VIH/SIDA ⁽²⁾. Donde se recomiendan doce actividades conjuntas de los programas de lucha contra la tuberculosis y contra el VIH/SIDA. Estas actividades deben incorporarse a los planes nacionales de lucha antituberculosa.

Entre estas actividades se menciona la vigilancia de la infección por el VIH entre los enfermos de tuberculosis, con independencia de las tasas de prevalencia del VIH ⁽³⁾.

En el estudio propuesto a continuación tiene como fin desarrollar una de estas actividades que la OMS recomienda, dar a conocer la prevalencia de VIH entre pacientes con tuberculosis, con el fin de desarrollar estrategias interinstitucionales para una adecuada vigilancia a nivel Nacional.

-
1. ¹ Organización Mundial de la Salud. 2002. **Strategic framework to decrease the burden of TB/HIV. Ginebra** (WH/CDS/TB/2002.296).
 2. Organización Mundial de la Salud. 2004. **Interim policy on collaborative TB/HIV activities. Ginebra.** (WHO/HTM/TB/2004.330).
 3. Organización Mundial de la Salud. 2004. A guide to monitoring and evaluation of TB/HIV activities. Field test version. Ginebra. (WHO/HTM/TB/2004.342).

II. ANTECEDENTES

Según los reportes del Ministerio de Deportes, la tasa de prevalencia del VIH/SIDA en Bolivia es del 0.17%⁽⁴⁾. Esta tasa fue calculada con base en los casos de VIH/SIDA reportados por el sistema de salud. Además, un análisis del comportamiento del VIH/SIDA en Bolivia a lo largo del tiempo pone en descubierto el riesgo de pasar de una epidemia concentrada a una generalizada si no fortalecen las actividades de prevención y detección del VIH/SIDA, la atención integral a las personas que viven con VIH/SIDA y la vigilancia epidemiológica⁽⁵⁾.

La distribución de la incidencia notificada de TB positivos BAAR (+) en el país durante el 2006 fue clasificada de la siguiente manera:

De riesgo muy severo: Departamentos de Santa Cruz (88,8/100.000 habitantes) y Pando (97,8/100.000 habitantes)

De riesgo severo: Departamentos de Tarija con tasas 70,2/100.000 habitantes.

De riesgo moderado: Departamentos de La Paz, El Alto, Cochabamba, Oruro, Potosí, Chuquisaca y Beni, con tasas de incidencia que se encuentran⁽⁶⁾.

Una problemática enfrentar de estas dos epidemias es la coinfección VIH/TB; en las Américas, el VIH/SIDA es una epidemia establecida que continúa propagándose; para finales del 2004 se estimó más de tres millones de personas infectadas, estando la mitad de ellas viviendo en Latinoamérica (1.700.000 PVVS), 440.000 en el Caribe y cerca de un millón en Norteamérica.

La infección por VIH es el factor de riesgo más potente conocido para el desarrollo de la tuberculosis. La OMS estima que la epidemia del VIH en Latinoamérica y el Caribe incrementó la prevalencia de TB en 1,3%, en 2003.

Sin embargo, existen grandes diferencias regionales respecto a la tasa de coinfección. Y en este contexto, de acuerdo a la vigilancia sistemática que realizaron seis países en 2003, la prevalencia de coinfección en pacientes con TB fluctuó entre 0% en Cuba a 40% en Jamaica.⁽⁷⁾

Al conocer los datos de co infección constituye una amenaza en nuestro país y es un virtual deber de todos los que trabajan tanto en la prevención, como en el control, desarrollar actividades conjuntas, con el fin de luchar contra las consecuencias que conlleva tanto, que una persona VIH (+) llegue a contraer tuberculosis y un TB (+) contraiga al virus de la inmunodeficiencia humana.

-
4. UNAIDS, 2004. Bolivia. **Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and sexually Transmitted Infections**. (Bolivia Hojas de información epidemiológica en HIV/SIDA e infecciones de transmisión sexual. Actualización 2004) UNAIDS, PAHO, UNICEF Y WHO. Ginebra.
 5. Ministerio de Salud y Deportes. Manual de Normas Técnicas de Tuberculosis. 2005. p 16.
 6. Fuente: **Programa Nacional de Control de la Tuberculosis**.
 7. Di perri G, Cruciani M, Danzi M, et al. **Nosocomial Epidemia of Active tuberculosis among HIV – Infected Patients**. *Lancet* 1989;2:1502-1504.

El sinergismo patógeno entre TB y VIH se debe principalmente a (a) un elevado riesgo entre la gente que vive con VIH (PVV) de desarrollar la enfermedad de TB primaria y reactivada debido a los efectos inmuno-comprometedores de infección de VIH, y (b) la rápida progresión a la enfermedad de tuberculosis y a la muerte de estas personas después de infectarse con *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*)⁽⁸⁾³⁽⁹⁾. El riesgo de desarrollar tuberculosis es del 50% en pacientes VIH positivos comparándolo, con un riesgo de 10% de contraer tuberculosis en un paciente VIH negativo, los pacientes co-infectados con TB/VIH constituyen un gran problema de salud pública⁽¹⁰⁾.

La tendencia creciente de la epidemia de VIH y su impacto negativo en la epidemiología de la Tuberculosis, representa un gran reto para los programas nacionales encargados de salud pública, siendo necesaria la implementación de estrategias de colaboración entre los Programas de Tuberculosis y VIH/SIDA en los diferentes niveles de atención sanitaria, con el perfeccionamiento de un sistema de referencia y contrarreferencia.

Si consideramos que la tuberculosis y la infección de VIH, como enfermedades separadas, tienen grandes implicaciones de salud pública por las razones antes enunciadas, estas implicaciones se multiplican cuando ambas enfermedades afectan a los individuos simultáneamente. La TB no tratada en un paciente transmitido con VIH disminuye la sobrevivencia del paciente y empeora la morbilidad debido a la transmisión por el VIH⁽¹¹⁾. En realidad, es improbable que la TB llegue a estar bajo control nuevamente, si no se llega a controlar la transmisión del VIH a la par.

Careciendo de información confiable sobre cómo la enfermedad de VIH puede afectar la epidemiología y curso natural de la TB, y vice versa en Bolivia, la habilidad del gobierno para priorizar la atención y asignar recursos para estas dos enfermedades sinérgicas es considerablemente limitada. Esto debería ser un tema de especial preocupación a nivel nacional, considerando que (a) la TB y el VIH pueden diseminarse hacia la población en general a través de conductas humanas comunes, a partir de los grupos que corren el riesgo más alto de adquirir estas infecciones; (b) las características socio-demográficas de grupos poblacionales especialmente vulnerables al VIH y TB son similares (Ej. juventud, pobreza) y (c) el VIH/TB afectan al segmento económicamente activo de la población y, por ende, podrían llegar a impactar la economía nacional y la estabilidad de la nación si se permite su diseminación extensamente entre la población general.

Si el objeto del uso de información epidemiológica precisa y consistente sobre TB y VIH es el informar la política y distribución de recursos a nivel nacional, es indispensable que se ponga en ejecución un sistema confiable de vigilancia de TB/VIH. El apoyo que se

8. Di perri G, Cruciani m, Danzi M, et al. **Nosocomial Epidemia of Active tuberculosis among HIV – Infected Patients.** Lancet 1989;2:1502-1504.

9. Barnes PF, Bloch AB, Davidson PT, Snide D E. **Tuberculosis in patients with human immunodeficiency virus infection.** New England Journal Medical. 1991;324:1644-1650.

10. OMS/ HTM/ TUBERCULOSIS/ 2004.06, OMS/VIH/ 2004.06, ONUSIDA/04.30E. **Guía técnicas para la vigilancia del VIH entre los pacientes con tuberculosis.** 2004. 2da edición.

11. Mukadi et al. **Tuberculosis case fatality rates in high HIV prevalence populations in sub-Saharan Africa AIDS.** 2001,15:143-52.

otorgue a la vigilancia centinela de TB/VIH en nuestro país servirá para tres fines (a) implementación práctica de normas nacionales en pacientes con TB (Ej. incluyendo consejería después de la devolución de los resultados de las pruebas de VIH, b) acceso por parte del paciente a servicios clínicos específicamente para el manejo de pacientes con VIH, y (c) rendición de datos e informes tanto sobre VIH como TB al sistema de vigilancia oficial. Estos pasos lograrían el fortalecimiento y mejoramiento de los sistemas rutinarios de vigilancia de TB y VIH en el país, ofrecerían información epidemiológica importante y oportuna sobre la infección de VIH entre pacientes con TB, e informarían la política nacional para la asignación de recursos adecuados para combatir estas enfermedades.

La OMS recomienda que los países afectados por TB y VIH colaboren entre sí y pongan en marcha actividades programáticas de TB/VIH como parte de la respuesta del sector salud a esta pandemia. Especialmente para pacientes con TB, la OMS recomienda (a) que se vigile la prevalencia de VIH entre esta población, (b) que se ofrezca prueba voluntaria y consejería de VIH y (c) que se ofrezca terapia antiretroviral (TAR) entre otras cosas ⁽¹¹⁾.

III. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

- Desarrollar un proceso de investigación para conocer la prevalencia de VIH en pacientes con tuberculosis, en las ciudades de La Paz y El Alto, en hombres y mujeres de 15 a 90 años, en las reuniones de Autoayuda Psico Social para pacientes con tuberculosis, en los meses de Febrero a Abril de 2008.

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Implementar el diagnóstico de VIH, mediante el uso de la prueba rápida, en pacientes con tuberculosis.
- Determinar datos demográficos de pacientes con tuberculosis, que se realicen la prueba de VIH.
- Determinar los factores de riesgo en pacientes con tuberculosis, para contraer el virus de VIH.
- Comparar la prevalencia de VIH en el área rural como en el área urbana en pacientes con tuberculosis.

IV. DISEÑO METODOLOGÍCO

A. POBLACION

1. Población.

La población estará constituida por pacientes diagnosticados con TB, con tratamiento antituberculoso mínimo de dos semanas, paciente que asiste a los centros elegidos donde se realizarán los grupos de auto ayuda Psico – social.

2. Definición de caso.

Según la localización de la enfermedad

Tuberculosis pulmonar: Enfermedad que afecta al parénquima pulmonar. Un paciente que presenta al mismo tiempo lesiones de TB pulmonar y extrapulmonar se lo debe registrar como un caso de TB pulmonar.

Tuberculosis extrapulmonar: Tuberculosis que afecta a otro órgano que no sea el pulmón, diagnosticada por médico especialista en base a: estudios bacteriológicos

(cultivo), histopatológicos o evidencia clínico-radiológica sólida. (diagnosticada por médico especialista)

Tuberculosis pulmonar con baciloscopía positiva (BAAR+)

- a) TB con mínimo una baciloscopía de esputo positiva de tres muestras examinadas.
- b) TB con baciloscopía de 1 a 9 BAAR en 100 campos microscópicos observados en dos muestras diferentes de las tres muestras examinadas.
- c) TB con baciloscopía de 1 a 9 BAAR en 100 campos microscópicos observados en una muestra representativa de las tres muestras examinadas, más cultivo positivo .
- d) TB con baciloscopía de 1 a 9 BAAR en 100 campos microscópicos observados en una muestra representativa de las tres muestras examinadas, más una imagen radiológica compatible con TB pulmonar activa (diagnosticada por médico especialista).
- e) En caso excepcional. Baciloscopía de 1 a 9 BAAR en 100 campos microscópicos observados en una muestra representativa de las tres muestras examinadas, en un paciente contacto de un enfermo bacilífero y con clínica sugestiva de tuberculosis activa.

Tuberculosis pulmonar con baciloscopía negativa (BAAR -)

- a) TB en un paciente con dos seriados de esputo negativo y cultivo positivo.
- b) TB en un paciente con dos baciloscopías seriadas de esputo negativos, pero con una imagen radiológica compatible de TB pulmonar activa (diagnosticada por médico especialista) clínica altamente sospechosa y/o contacto bacilífero.

Caso nuevo

- Paciente que nunca recibió tratamiento antituberculoso.
- Paciente que recibió tratamiento antituberculoso por un periodo menor a un mes.

Caso previamente tratado:

- **Recaída.** Paciente que, habiendo sido declarado curado o terminó tratamiento de una tuberculosis pulmonar, presenta nuevamente baciloscopía o cultivo positivo independientemente del tiempo transcurrido.
- **Fracaso terapéutico.** Paciente cuyas baciloscopías persisten o que vuelven a ser positivas al 4to. mes del Esquema I y 5to mes del Esquema II, cumpliendo estrictamente el tratamiento supervisado de la toma de medicamentos.

- **Abandono.** Paciente que, después de haber interrumpido el tratamiento durante más de 30 días consecutivos, reingresa al servicio de salud con baciloscopia de esputo positiva.
- **Crónico.** Paciente con antecedentes de más de dos tratamientos previos (fracaso o recaída al esquema II) independientemente que hayan completado o no el esquema de tratamiento.

B. DESCRIPCIÓN DEL AMBITO DE ESTUDIO

El ámbito de estudio será en las ciudades de La Paz y El Alto.

El estudio se implementará en los centros de salud donde se desarrollen las reuniones de autoayuda Psico Social, estos sitios estarán ubicados en el área rural como urbana.

C. ELECCIÓN DE LOS CENTROS CENTINELAS

La elección de los centros centinelas se realizó en coordinación con el Programa Nacional de Control de Tuberculosis como con las regionales.

La elección fue de acuerdo al número de pacientes asistentes con tratamiento a los centros, el número mínimo es de 10 pacientes; por otro lado los sitios fueron elegidos según cuenten con el personal requerido y ambientes para la realización de la prueba rápida de VIH.

Regional La Paz

Nº	GERENCIA DE RED	ESTABLECIMIENTOS	Nº PACIENTES
1	Sur Este (Red Urbana)	CS Tembladerani	13
2		CS Villa Nueva Potosí	10
3	Nor Este (Red Urbana)	CS Ciudadela Ferroviaria	10
4		PROSALUD Villa Victoria	10
5		Hosp. La Paz	20
6		PROSALUD Villa Fátima	10
7	Note Central (Red Urbana)	CS Vino Tinto	10
8		CS MI Achachicala	10
9		Centro Piloto	10
10	Este (Red Urbana)	CS Pamphasi Bajo	10
11			10
12	Sur (Red Urbana)	CS MI Bella Vista	10
13		CS Chasquipampa	10
14	Red 7 (Rural)	Hosp. Caranavi	60
15		CS Guanay	15
16		CS Tipuani	25
17		CS Palos Blancos	20

18	Red 8 (Rural)	Hosp. Chulumani	10
19		CS La Asunta	10
20	Red (Rural)	Hosp. Sorata	18
TOTAL		20	301

Regional El Alto

N°	GERENCIA DE RED	ESTABLECIMIENTOS	N° PACIENTES
1	Red Lotes y Servicios	CS MI Lotes y Servicios	34
2		CS Villa Tunari	10
3	Red Corea	CS MI Villa Adela	26
4		CS Cosmos 79	10
5		CS Nuevos Horizontes	14
6		Hosp. Corea	10
7		CS Santiago II	11
8		CS MI Villa Avaroa	24
9	Los Andes	CS Ceja El Alto CRA	19
10		CS Sta. Maria de los Angeles	19
11		CS Alto Lima III	16
12		CS FIDES (LUIS ESPINAL)	11
13		CS German Buch	11
14		CS Villa Ingenio	11
15		CS MI Iro de Mayo	15
16		Hosp. MI – Los Andes	14
17		Clínica 16 de Julio (PROSALUD)	15
18		CS Huayna Potosí	10
19	Boliviano Holandes	CS Sensata 79	15
20		CS MI Madre de Dios	14
21		Hosp. Boliviano Holandés	13
22		Policlínico de Especialidades	23
TOTAL		22	345

D TIPO DE INVESTIGACIÓN

El estudio será de tipo corte transversal, debido a que se realizará en un determinado Tiempo.

D. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

DIMENSION	INDICADOR	INDICE	ESCALA	INSTRUMENTO
Prueba rápida para VIH	Prueba serologica para VIH	Prueba que determina la presencia o ausencia de anticuerpos contra el virus de VIH	No reactivo Reactivo	Cinta de Inmunocromatografica (CIC)

DIMENSION	INDICADOR	INDICE	ESCALA	INSTRUMENTO
Datos demográficos		Sexo	-Femenino -Masculino	Encuesta
		Edad	-<18 -18-25 -26-34 -35-44 -45-54 ->55	Encuesta
		Nivel de instrucción	-No asistió a la escuela -Primaria incompleta -Primaria completa -Secundaria incompleta -Secundaria completa -Universidad incompleta -Universidad completa	Encuesta
		Lugar de nacimiento	-País -Departamento -Ciudad - Municipio -Provincia	Encuesta

		Lugar de residencia	-País -Departamento -Ciudad Municipio -Provincia	Encuesta
		Estado civil	-Soltero/a -Casado/a -Viudo/a -Separado/a -Unión libre	Encuesta
		Ocupación	-Trabajo regular (recibe un sueldo fijo cada mes) -Trabaja en su negocio propio -Le envían remesas -Vendedor/a ambulante -Lo mantienen sus padres -Transportista -Estudiante -Minero -Safrero -Otra actividad -No trabaja	Encuesta

DIMENSION	INDICADOR	INDICE	ESCALA	INSTRUMENTO
Factores de riesgo	Uso de drogas y otras sustancias	Drogas Bebidas alcohólicas	-Consumo -Frecuencia de consumo - Clasificación de drogas . Uso de jeringas	Encuesta
	Antecedentes Sexuales	Antecedentes sexuales	- Orientación Sexual. -Frecuencia relaciones sexuales.	Encuesta:
		Protección durante sus relaciones sexuales	-Uso -Frecuencia	Encuesta:

	Infecciones de Transmisión sexual	Infecciones de Transmisión Sexual	-Tuvo, No tuvo -Recibió tratamiento o diagnóstico -Tipo de infección de transmisión sexual	Encuesta
--	-----------------------------------	-----------------------------------	--	----------

DIMENSION	INDICADOR	INDICE	ESCALA	INSTRUMENTO
Resistencia y multidrogoresistencia		No Recibe tratamiento para TB	-Si -No	Encuesta
		Recibe tratamiento específico categoría IV	-Si -No	Encuesta

DIMENSION	INDICADOR	INDICE	ESCALA	INSTRUMENTO
Área rural vs Área Urbana		Lugar de residencia	Urbana Rural	Encuesta

E. DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE MUESTRA.

El tamaño de muestra se obtuvo en el Programa EPI INFO en la función STATCALC

El tamaño de muestra es de 287, esto según al número de casos reportados de tuberculosis, tanto en La Paz y El Alto.

EL tamaño mínimo de muestras con la que se pueda trabajar, según la recomendación en la Guía de la OMS, es la de 150 pacientes que se utilizan encuestas, como es el caso del estudio.

F. METODO DE MUESTREO

El método de muestreo que se utilizara en el estudio será el consecutivo, que incluye pacientes que satisfacen los criterios de admisibilidad en un centro particular, hasta alcanzar el tamaño necesario de la muestra o hasta finalizar el período de encuesta.

G. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

Los criterios de inclusión y exclusión fueron trabajados según la población que se describió, como a todo paciente con TB que llegue a los sitios centinela. (Anexo N° 1)

H. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

La implementación de la prueba rápida, como parte del proyecto, se ofertará a los pacientes TB positivos con tratamiento, que asistan a las reuniones de auto ayuda psico social, que se llevaran a cabo en los centros de salud escogidos. La metodología, actividades, a seguir en estas reuniones viene descrito en la guía de **Grupos de Auto ayuda Psico – Social con pacientes TB.**

Para el desarrollo de estas actividades se deberán seguir los siguientes pasos:

1) Capacitación.

La capacitación en primera instancia estará dirigida a todo personal que estará involucrado directamente en el proceso de la implementación de la investigación, de manera conjunta con el personal gerencial, administrativo y operativo de los centros, donde se desarrollarán las reuniones de auto apoyo Psico Social en las redes establecidas de cada ciudad donde se realizará el estudio, esto con el objeto de hacer conocer la importancia y delicadeza del tema de en cuestión.

La capacitación de manera general contendrá:

- Sensibilización acerca del tema de VIH, formas de transmisión, prevención.
- Abordaje acerca de co infección TB/VIH.
- Capacitación en pre consejería y post consejería para la realización de la prueba rápida de VIH, se dará capacitación estandarizada sobre cómo dar la orientación antes de las pruebas y se brindara según el programa de capacitación establecido en la normativa nacional observando los estándares nacionales de consejería para VIH.
- Compromisos éticos con respecto a la confidencialidad, privacidad y respeto, en el tratamiento a los pacientes que estén involucrados en la investigación. (Anexo N° 2 y 3)
- Correcto llenado de los instrumentos utilizados en esta investigación: encuesta, registros de consejería.
- Codificación según el Programa Nacional de ITS/VIH –SIDA (codificación utilizada a nivel nacional.

- Consideraciones generales y específicas en bioseguridad. (Anexo N ° 4).
- Entrenamiento en la realización de la prueba rápida para VIH.
- Interpretación en los resultados.
- Según sea el caso el correcto seguimiento, para la confirmación de caso positivo de VIH y los pasos consecutivos según el algoritmo manejado por el Programa Nal. ITS/VIH/SIDA.

2) Grupos de autoayuda psico-social de pacientes con tuberculosis

Objetivos del grupo de autoayuda

Crear un espacio amigable donde los pacientes en tratamiento pueden verbalizar sus problemas, dificultades, necesidades y reciben apoyo de otros pacientes en tratamiento, sus familiares, pacientes curados y equipo de profesionales.

Organización del grupo de autoayuda

La organización de estos grupos estará basada en la formación y el desenvolvimiento del personal de salud. El equipo facilitador debe estar conformado por dos facilitadores que pueden ser dos profesionales en salud, con los que se cuente en el establecimiento de salud donde se desarrollan las reuniones, pueden ser: médico, enfermeras, psicólogo, trabajadoras sociales.

Se recomienda que estas personas tengan las siguientes características:

- Sean capaces de ponerse en el lugar del otro y de comprender sus emociones (empatía)
- Estén involucrados y comprometidos con el bienestar de este grupo humano.
- Reconozcan y tengan bajo control los temores o sentimientos adversos frente a la enfermedad.
- Tengan conocimientos básicos de los aspectos sociales asociados con la enfermedad.

Para la guía de las técnicas que se utilizara consultar anexo....

3) Implementación de la vigilancia de coinfección VIH/TB con la prueba Rápida de VIH

La implementación de la vigilancia de coinfección VIH/TB con la prueba rápida serán en los centros donde se realizarán las reuniones de auto ayuda psico social, dichos centros ya elegidos en las ciudades de La Paz y el Alto.

La metodología a seguir para la oferta de la prueba rápida de VIH en pacientes con tuberculosis, será en el transcurso de las reuniones de auto ayuda psico social, dichas reuniones se realizarán en dos ocasiones, en el tiempo que se lleve a cabo el estudio.

Una vez definidos los centros centinela en La Paz y el Alto, se establecen las fechas en los distintos lugares en que se realizarán las reuniones de auto ayuda psico social.

La metodología establecida para las reuniones va enmarcada en la Guía de grupos de Auto ayuda, donde se describe la metodología para las dos reuniones que en principio se llevarán a cabo.

Las actividades descritas a continuación lo desempeñarán aquellas personas que asistieron al taller de capacitación para la realización de pre consejería.

Dentro de la metodología dentro de la guía de grupos de auto ayuda, se realizará pre consejería grupal para el abordaje acerca de la temática de co infección TB/VIH, donde seguidamente se ofertara la prueba rápida entre los participantes.

Como se sabe la realización de la prueba rápida para VIH, no es obligatoria, por lo tanto los participantes de las reuniones no estarán obligados a realizarse la prueba; sin embargo con fines de complementar la investigación de acuerdo al número de asistentes a las reuniones llenar el formulario de rechazo (Ver Anexo N° 5)

Seguidamente, aquellos que acepten realizarse la prueba, se procederá a que el paciente firme el consentimiento informado, más los datos que se adjuntan en el mismo formulario (Ver anexo N° 6).

Adicionalmente a este paso se revisarán los criterios de inclusión si el paciente en cuestión cumple con los criterios para ser incluido en el estudio.

Si estuviese, alguna persona que asistió a la reunión o que fue participe de ella, que estuvo presente en pre consejería grupal y que aceptase el ofrecimiento de la prueba rápida y no cumpliera con los requisitos para ser incluido en el estudio, se llenará el formulario de no elegibilidad (Anexo N° 7); aún así la persona podrá acceder a la realización de la prueba, en ningún caso se negará la realización de la prueba rápida, eso si cumpliendo con los dos aspectos importantes: la presencia, de la persona, en pre consejería y que tenga un consentimiento informado firmado.

A continuación, si el paciente cumple con los requerimientos de elegibilidad, de

manera muy cordial y educada se procederá a realizar el cuestionario al paciente que aceptó participar (Anexo N ° 8).

Una vez concluido el llenado del cuestionario, se llenará el registro de pacientes (Anexo N ° 9) donde se le dará la codificación utilizada a nivel nacional por el Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, de la siguiente manera: **iniciales de nombres, apellido paterno, apellido materno, seguido por el día, mes, año de nacimiento, del paciente.** Y de manera continua se va llenado el registro de pacientes.

4) Procedimientos para la prueba de VIH.

El personal que desempeñará todo el trabajo tanto de consejería, llenado cuestionario, llenado de registro y codificación, pasará al paciente con el personal responsable de la realización de la prueba rápida de VIH como tal.

El personal de laboratorio u otro personal de salud capacitado designado para la realización de la prueba rápida de VIH deben seguir los siguientes puntos:

- Asegurarse que todo el material necesario este disponible antes de empezar el procedimiento con la prueba rápida.
- Recordar las normas de bioseguridad necesarias para la toma de muestra y el manejo de muestras biológicas.
- Retirar el plástico de protección de la cinta inmunocromatográfica (CIC).
- Se etiquetará la prueba rápida de VIH con el código asignado (en el registro de pacientes) que identifique al paciente sometido a la prueba, en la superficie destinada para este fin.
- Seleccione el dedo índice, medio o anular; limpie con alcohol y dejar secar.
- Con la palma de la mano hacia arriba coloque la lanceta en el pulpejo del dedo y presione.
- Elimine la lanceta cuidadosamente en los recipientes de desecho cortopunzantes, evitando pincharse.
- Obtenga una gota de sangre y ponga la misma en contacto la misma con la superficie absorbente de la cinta de inmunocromatografía (CIC) (Determine), señalada con una flecha en la prueba rápida su vez esperar hasta que la sangre impregne totalmente las superficies de la CIC y añadir una gota de tampón.
- Esperar como mínimo 15 minutos antes de leer el resultado.
- Informarle al paciente de manera muy educada que el resultado estará en 15 minutos y se le solicitará que espere este tiempo.
- Una vez transcurrido el tiempo leer el resultado y guarde la CIC debidamente protegida con cinta adhesiva transparente.

- Interpretación de resultados:
 - REACTIVO** (positivo), dos barras rojas de cualquier tipo de tonalidad en la ventana de control y en la ventana del paciente.
 - NO REACTIVO** (Negativo), Ninguna barra en la ventana del paciente y una barra de coloración en la ventana de control.
 - INVALIDO**, Ninguna barra o una barra de coloración en la ventana del paciente pero no así en la del control.
 Es importante tener en cuenta que para validar los resultados siempre deberá existir una barra en la ventana de control ya sea esta negativa o positiva.
- El personal que estuvo encargado de la realización de la prueba registrará en el registro de pacientes el resultado (Anexo N ° 8) de la prueba utilizando únicamente el código de asignado al paciente en el laboratorio, conforme se especifica en la normativa nacional de pruebas de VIH.
- Si en caso de que la prueba diese positiva al paciente tendrá que tomarle 5ml de sangre entera para poder confirmar el resultado. El personal encargado tendrá que extraer suero e inmediatamente enviar al CDVIR – de la ciudad correspondiente ya sea de La Paz o El Alto, enviar la muestra debidamente etiquetada, con su código y con su formulario de requerimiento para su confirmación (Ver Anexo N ° 10) al CDVIR correspondiente y seguir el algoritmo por el Programa Nacional de ITS/VIH-SIDA definido para estos casos para su confirmación (Anexo N ° 11).
- Si la prueba diese negativa, se registra el resultado en el registro correspondiente, además se entregarán los resultados correctamente llenados según los datos requeridos en el formulario con este fin (Anexo N ° 12), además que debe ir debidamente identificado con el nombre y firma de la persona que realizó la prueba; seguidamente se entrega el resultado al consejero (a).
- Cualquiera sea el resultado se dará a los pacientes que accedieron a la prueba rápida, el personal de laboratorio deberá pasar el resultado al consejería post prueba de VIH, esto dado por el personal capacitado, sin embargo a aquellos pacientes que no acepten la prueba también se deberá hacer una consejería, poniendo hincapié en la importancia de saber el estado serológico de VIH y los cuidados que debe seguir para la prevención de la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana, siendo un paciente TB (+).
- La consejería post prueba, será individualizada, debe ser según el resultado de la prueba al momento de devolver los resultados de la prueba de VIH al paciente. Teniendo en cuenta la privacidad de todo paciente la consejería se llevará a cabo en un área específicamente seleccionada del establecimiento, que garantice máxima privacidad para el paciente. En todo momento se mantendrá una estricta confidencialidad respecto a la información de los pacientes. (Anexo N ° 2)

5) Atributos, deberes y responsabilidades del personal.

El personal involucrado serán aquellas personas que forman parte del equipo de los centros participantes de las redes de tuberculosis, además asistirán a los talleres de capacitación en consejería y en la prueba rápida.

Las reuniones de auto ayuda donde se llevara a cabo el estudio, se requerirá de personal de apoyo de tuberculosis, que compone los distintos centros elegidos para dichas reuniones; sin embargo el personal que asistirá a los talleres de capacitación estará a cargo de dar pre y post consejería, la realización de la prueba de VIH, el registro de los pacientes, la encuesta y el reporte de datos, todo esto en el marco de mayor confidencialidad.

El personal que deberá estar presente en las reuniones de auto apoyo serán:

a) Facilitador(a) (Terapeuta):

El Recurso Humano que desempeñara esta función puede ser aquel personal que cumpla funciones en el centro de salud como: médico(a), bioquímico(a), enfermero(a), psicólogo(a), trabajador(a) social, eso si personal comprometido con las reuniones de auto apoyo psico – social. Los facilitadores deberán:

- Ser encargadas de la coordinación y el seguimiento de las reuniones de auto ayuda.
- Establecen las reglas y normas de las reuniones.
- Responsables de la evaluación y el registro de las reuniones

b) Consejero (a):

La persona que desempeñe como consejero tiene que tener las siguientes características y funciones:

- Ser aquella persona que asistió a los talleres dados con este fin.
- Sensibilizar al grupo participante acerca del tema de VIH.
- Proveer pre consejería de forma grupal y el abordaje acerca del tema de co infección TB/VIH
- Ofertar la prueba rápida de VIH y hacer conocer la importancia del conocimiento del estado serológico de VIH como paciente TB positivos.
- Asignar un código para cada paciente para quienes que se hará una prueba de VIH. La codificación se la realizará según a la utilizada por todos los laboratorios CDVIR/ITS departamentales: las iniciales de los nombres, apellido paterno, apellido materno, día, mes año de nacimiento.

- Estar disponibles para proveer los resultados de las pruebas de VIH y la conserjería post prueba, de forma individualizada, a todos los pacientes identificados con TB quienes tienen una prueba de VIH realizada.
- Estar disponible para proveer la conserjería post prueba a todos los pacientes identificados con TB quienes tienen una prueba de VIH realizada, pero que no sean capaces de recibir sus resultados de la prueba durante su visita inicial al sitio centinela (cuando la prueba de VIH haya sido realizada). Esto también aplica donde a situaciones donde los resultados de la prueba de VIH podrían no retornarse durante la visita original al sitio centinela y el paciente solicite los resultados de la prueba de VIH durante las horas de trabajo; o si el proveedor de servicios del paciente o personal de salud donde se haga el seguimiento del paciente solicite este servicio.
- La calidad, más completa y exacta recolección de los datos del paciente y de su reporte.
- Revisar el registro del paciente en relación a complementar cualquier información necesaria para identificar y reportar un caso de TB y VIH, como se solicita en la norma nacional. Esta tarea requerirá el seguimiento respectivo de información recién ingresada en el registro medico escrito y en los registros de laboratorio (incluyendo resultados de la prueba de VIH para muestras que fueron enviadas al centro de referencias departamentales CDVIR/ITS, para pruebas de confirmación de VIH)
- Asegurar la disponibilidad de suministros y existencias adecuadas de insumos y pruebas de VIH.
- Proveer a todos los pacientes quienes han dado su consentimiento a la prueba de VIH con adecuados formularios de referencia y asegurar que la información que se brinde sea exacta en relación a la referencia y a los resultados de VIH del paciente.
- Mantener los datos de manera confidencial de los pacientes con TB quienes reciben conserjería pre prueba, pruebas de VIH, consejería post prueba y de aquellos que rechazan la prueba de VIH, junto con los resultados de la prueba rápida de VIH.
- Entrega de resultados, los consejeros cualquier resultado que se trate deben entregar el resultado con una post consejería de acuerdo al resultado encontrado.
- Todos los formularios registros, los consejeros deberán guardar de la manera más segura, esto dentro de los lineamientos por normas nacionales de la confidencialidad que tienen derecho todos los pacientes.

c) Personal de laboratorio:

Este personal debe ser:

- Entrenado en flebotomía
- Debe de haber recibido entrenamiento estandarizado como se prescriben la norma nacional de los programas.
- Entrenado en los principios de bioseguridad en el manejo de muestras biológicas.
- Tomar muestras de sangre y que se tomen las precauciones necesarias para el control de infecciones (Ej. El uso de precauciones universales y la disposición de materiales).
- Seguir todos los pasos descritos en la implementación de la prueba rápida de VIH.
- Asegurarse del material necesario y hacer los descargos del material utilizado.

d) Personal de Apoyo:

Este personal estará a cargo del apoyo de las reuniones de auto apoyo, en actividades de organización, logística, en lo necesario para que se lleven a cabo las reuniones. Personal de apoyo comprometido con la temática de tuberculosis y en adelante con VIH.

6) Asegurar existencias adecuadas de material para pruebas de VIH.

El personal de laboratorio estará a cargo de verificar las existencias de materiales necesarios: pruebas rápidas de VIH y equipo para llevarlas a cabo (Ej, lancetas, agujas, gasa, alcohol, jeringas, tubos, guantes), además estará a cargo de reportar los descargos de los materiales utilizados.

7) Registro de Datos.

El registro de datos estará a cargo de los consejeros instalados en los sitios centinelas, dichos personeros se harán responsables del almacenamiento, protección de dicha información hasta la entrega de los mismos al coordinador del proyecto que visitará los sitios centinela de manera continúa, además de su presencia en las reuniones de auto ayuda.

8) Seguimiento de sitio centinela

Semanal:

1. Serán monitoreadas las unidades centinela en relación a: revisión del correcto llenado de boletas de notificación, ingreso correcto de las encuestas, registros y resultados.

2. Esta labor será ejecutada por el coordinador del proyecto.

La elaboración de informe y realimentación a unidades centinela, áreas de salud y nivel central se lo realizará al terminar el estudio por el coordinador.

9) Análisis de datos

La información toda será recogida y recabada por el coordinador del proyecto, el cual mediante un sistema computarizado introducirá todos los datos recabados a lo largo del estudio, vale decir el llenado de los formularios, registros y encuestas que se confeccionan para el fin de este estudio.

La información recopilada a partir de los sitios centinelas permitirá la *caracterización* de datos definidos en los programas (Ej.- edad, sexo, lugar de residencia... estado serológico de VIH) de la población con TB que accedieron a realizarse la prueba.

Frecuencia y distribución de VIH entre pacientes con TB₂

La correlación de datos con respecto a factores de riesgo, comportamientos de riesgo, que implican la co infección TB/VIH.

Frecuencia de inclusión de pruebas de VIH en el Programa Nacional de Control de Tuberculosis en general.

Cálculo de asociaciones que son estadísticamente significativa entre infección de VIH en pacientes con TB en diferentes estratos, esto en el programa EPI INFO

V. CRONOGRAMA

El cronograma está siendo ajustado según al tiempo de acuerdo a cada una de las redes de tuberculosis participantes en el estudio.

VI. RESULTADOS ESPERADOS

A. RESULTADOS.

Los resultados esperados con este estudio, es el conocimiento de la prevalencia de VIH en los pacientes TB positivos, ya implementada la prueba rápida. Además de los datos demográficos, las áreas en riesgo y factores de riesgo en la co infección VIH/TB. Identificados casos de VIH positivos en pacientes resistentes o multidrogo resistentes a la medicación antituberculosa.

B. INDICADORES.

Los indicadores a medirse, en el estudio por parte del Fondo Global son: Número de Personas que viven con el virus del VIH (PVVs) que están con tuberculosis y **Número de Pacientes con tuberculosis que tienen el virus de VIH**

El indicador a medirse por parte del UNGASS, es el número de pacientes que

viven con el virus del VIH que reciben tratamiento para tuberculosis como **tratamiento ARV.**

C. BENEFICIARIO.

Entre los beneficiarios primarios están los pacientes con tuberculosis que participen en las reuniones de Autoayuda Psico Social que además accederán tanto, a la consejería como a la Prueba rápida para VIH.

Los beneficiarios secundarios es aquel personal de salud de tuberculosis, que será capacitado tanto para la realización de las consejerías y la realización de la prueba de VIH.

Entre otros beneficiarios de este estudio serán los Programas Nacionales: Programa ITS/VIH- SIDA, Programa Nacional de Control de Tuberculosis, Ministerio de Salud y Deportes, Unidad Nacional de epidemiología, acerca de información que se pueda utilizar más adelante para coordinar y programar nuevas actividades.

VII. IMPACTOS ESPERADOS

El impacto esperado con este proyecto es la implementación de un sistema de vigilancia coinfección VIH/TB, en los centros centinelas.ç

Dicho estudio dará los lineamientos e información necesaria para una vigilancia activa.

VIII. ORGANIZACIÓN

- ✓ La planificación, dirección y evaluación del proceso será responsabilidad de la Dirección Nacional del Programa Nacional de ITS-VIH/SIDA y ONUSIDA.
- ✓ La coordinación, la supervisión y el asesoramiento técnico será responsabilidad del Programa ITS VIH SIDA, ONUSIDA y Programa Nacional de Tuberculosis.
- ✓ La programación y ejecución será responsabilidad del los Programa ITS VIH SIDA, ONUSIDA y Programa Nacional de Tuberculosis.
- ✓ El equipo operativo estará conformado por parte del Programas Nacional de ITS/VIH-SIDA y Tuberculosis según compromiso.
- ✓ Por parte del Programa Nacional de ITS/VIH-SIDA y el Programa de Nacional de Tuberculosis se designará al personal de dicha unidad para realizar el asesoramiento y la coordinación de actividades.

Coordinadores:

Programa Nacional ITS/VIH-SIDA Dr. Juan Pablo Proto, Dr Ronny Rossel Dr. Víctor Bernal, Dra. Raquel Flores

Programa Nacional de Tuberculosis Dra. Miriam Nogales, Lic. Rosemary Avendaño

Participantes:

Programa Nacional ITS/VIH-SIDA

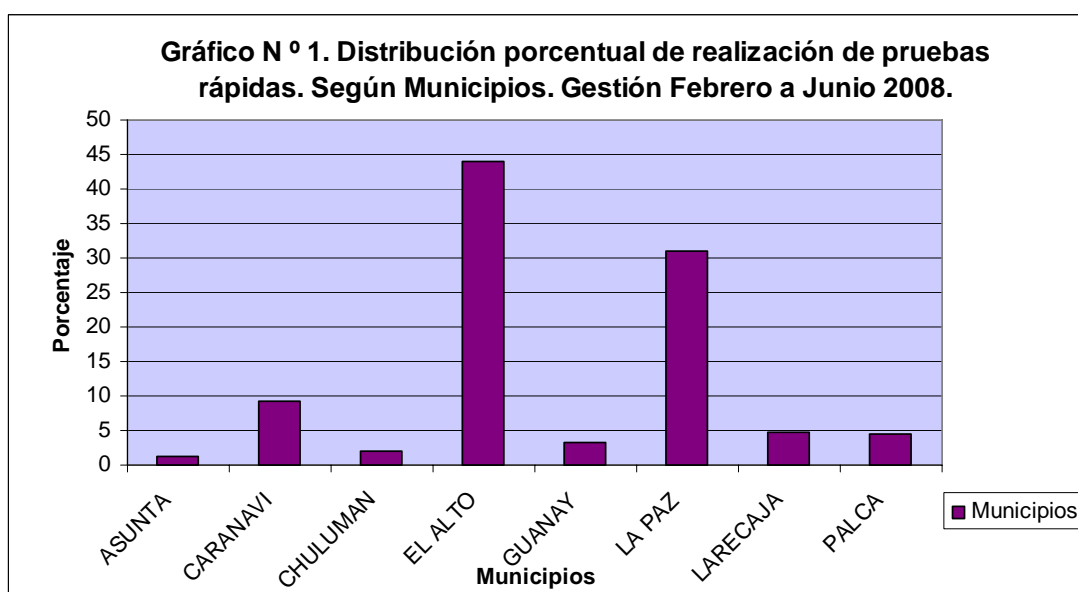
Programa Nacional de Control de Tuberculosis

ONUSIDA

VII. RESULTADOS

Tabla N ° 1. Distribución porcentual de realización de pruebas rápidas. Según Municipios. Gestión Febrero a Junio 2008.

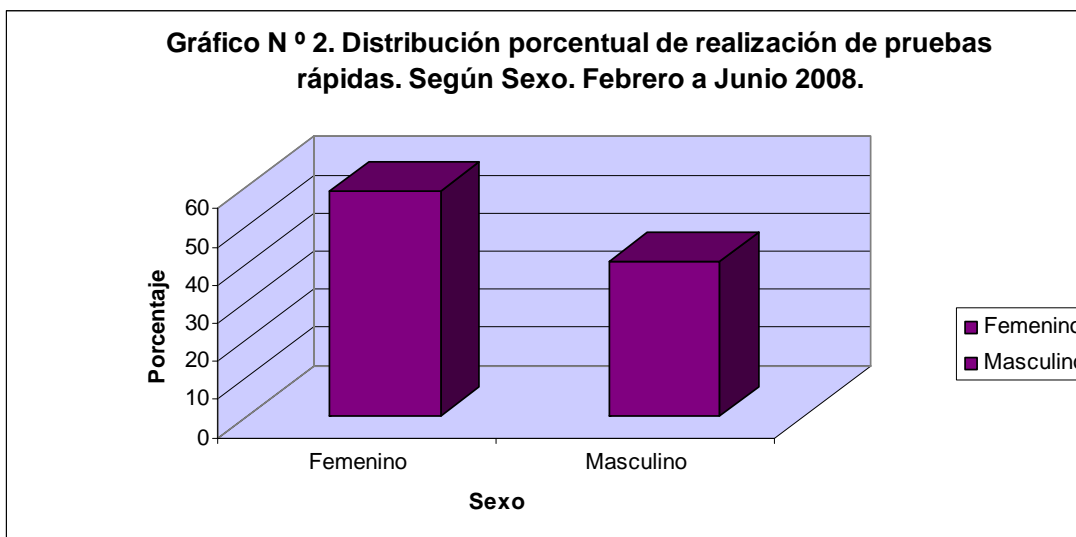
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ASUNTA	3	1,2	1,2	1,2
CARANAVI	23	9,3	9,3	10,5
CHULUMANI	5	2,0	2,0	12,5
EL ALTO	109	44,0	44,0	56,5
GUANAY	8	3,2	3,2	59,7
LA PAZ	77	31,0	31,0	90,7
LARECAJA	12	4,8	4,8	95,6
PALCA	11	4,4	4,4	100,0
Total	248	100,0	100,0	



El gráfico N ° 1 nos muestra la distribución porcentual de municipios en se realizaron las pruebas rápidas de un total de 248 pacientes con tuberculosis que accedieron a la prueba rápida: estos fueron con mayor porcentaje El Alto de 44%, La Paz en el área urbana de 31%, seguidamente el área rural, Caranavi 9%, Larecaja 4,8%, Palca 4,2%, Guanay 3,2%, Chulumani 2% y La Asunta 1,2%.

Tabla N ° 2. Distribución porcentual de realización de pruebas rápidas. Según Sexo. Febrero a Junio 2008.

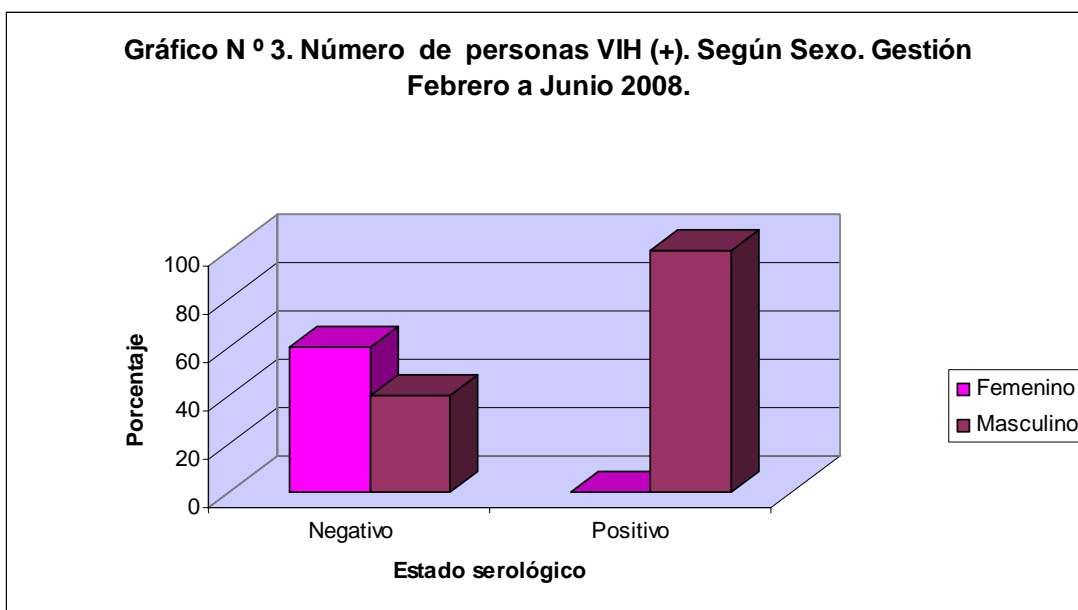
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Femenino	147	59,3	59,3	59,3
Masculino	101	40,7	40,7	100,0
Total	248	100,0	100,0	



En el gráfico N ° 2 nos muestra el porcentaje de aquellos pacientes con tuberculosis, del sexo femenino corresponde a un 59,3% y un 40,7% al del sexo masculino.

Tabla N ° 3. Número de personas VIH (+). Según Sexo. Gestión Febrero a Junio 2008.

		Estado serológico		Total
		Negativo	Positivo	
Sexo	Femenino	147	0	147
	Masculino	98	3	101
Total		245	3	248

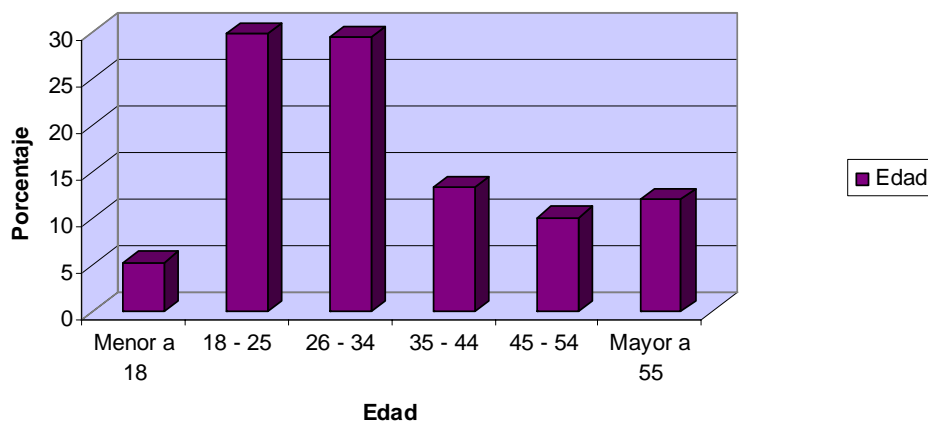


El gráfico N ° 3 nos muestra el recuento de pacientes VIH (+) confirmados resultó que de los 101 que correspondían al sexo masculino tres fueron VIH (+) confirmados y los 147 del sexo femenino ningún caso fue positivo para VIH.

Tabla N ° 4. Distribución porcentual de realización de pruebas rápidas. Según grupo étnico. Gestión Febrero a Junio 2008.

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Menor a 18	13	5,24	5,24	5,24
18 – 25	74	29,84	29,84	35,08
26 – 34	73	29,43	29,43	64,51
35 – 44	33	13,31	13,31	77,82
45 - 54	25	10,08	10,08	87,9
Mayor a 55	30	12,1	12,1	100
Total	248	100	100	

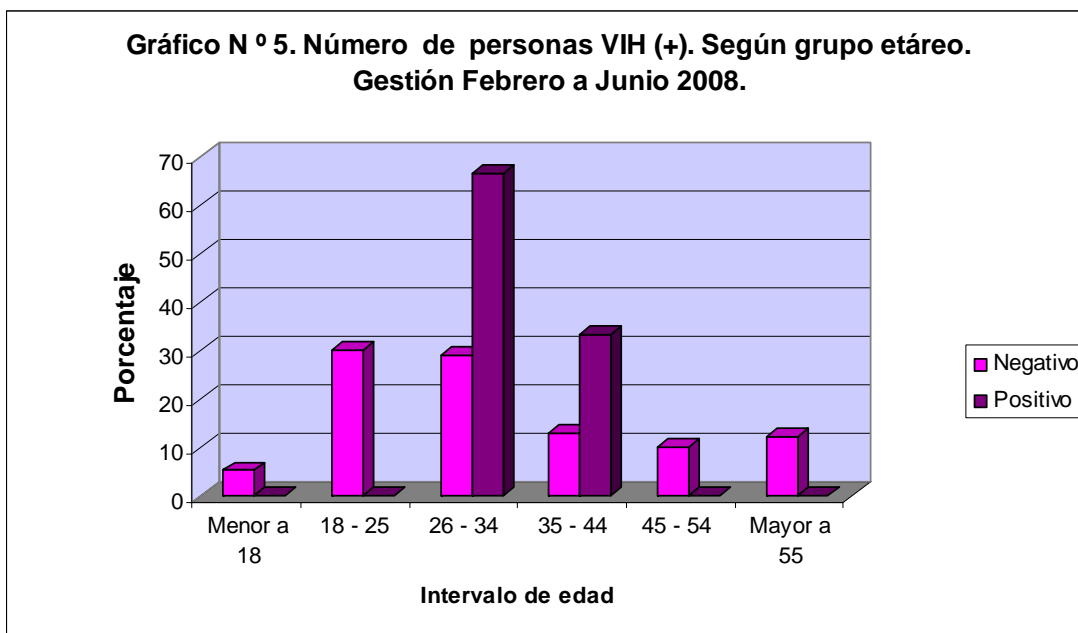
Gráfico N ° 4. Distribución porcentual de realización de pruebas rápidas. Según grupo étareo. Gestión Febrero a Junio 2008.



El gráfico N ° 4 nos muestra los grupos etáreos de pacientes con tuberculosis que accedieron a la prueba rápida, de 18 a 25 años un porcentajes mayores de 29,84, seguido de 26 a 34 años 29,43% y por último por las características de esta prueba la menor cantidad fue de menores a 18 años de un 5,24%.

Tabla N ° 5. Número de personas VIH (+). Según grupo etáreo. Gestión Febrero a Junio 2008.

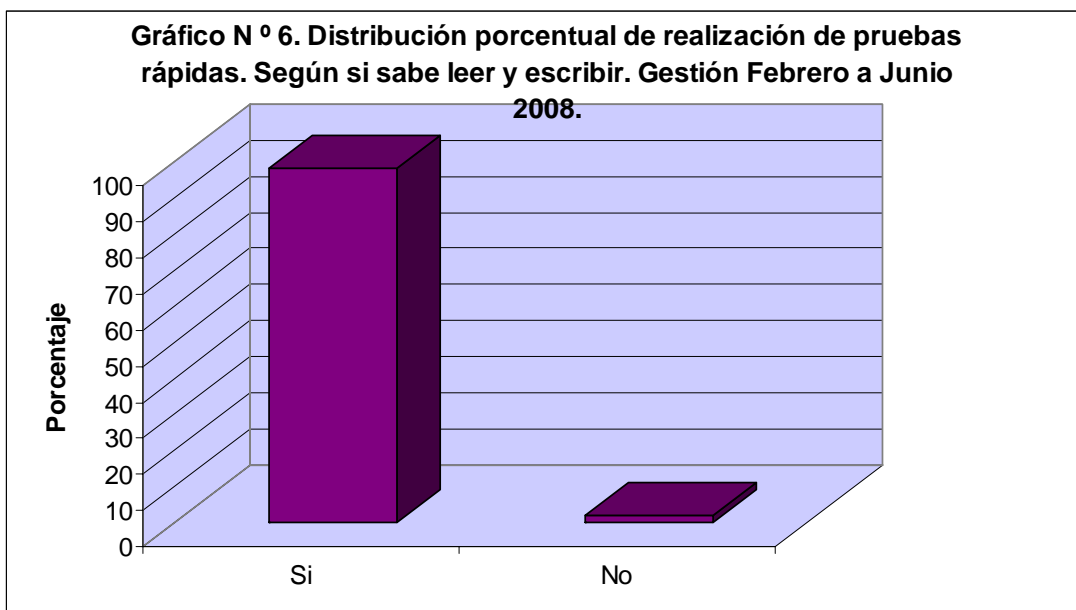
Edad		Estado serológico		Total
		Negativo	Positivo	
Menor a 18		13	0	13
18 – 25		74	0	74
26 – 34		71	2	73
35 – 44		32	1	33
45 - 54		25	0	25
Mayor a 55		30	0	30
Total		245	3	248



El gráfico N ° 5 muestra el recuento de pacientes VIH (+) confirmados, que dos pertenecen al grupo etáreo de 26 a 34 años y uno al de 35 a 44 años.

Tabla N ° 6. Distribución porcentual de realización de pruebas rápidas. Según si sabe leer y escribir. Gestión Febrero a Junio 2008.

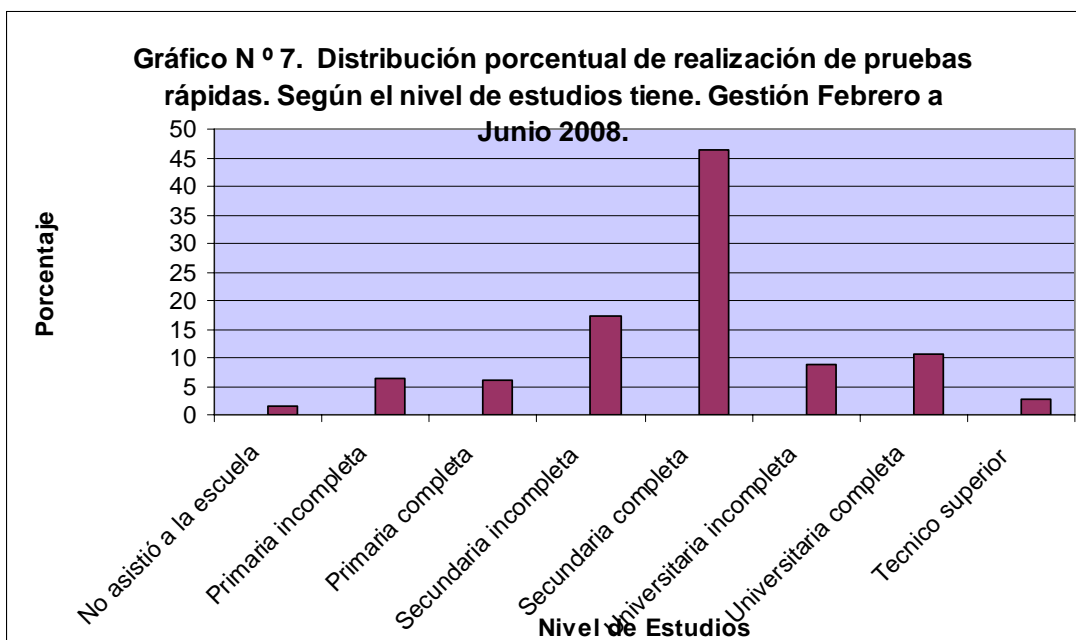
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	243	98,0	98,0	98,0
No	5	2,0	2,0	100,0
Total	248	100,0	100,0	



El gráfico N ° 6 nos muestra la distribución porcentual de aquellos pacientes que participaron en el estudio, si sabían leer y escribir que fue de un 98% a comparación de un 2% que no lo sabían.

Tabla N ° 7. Distribución porcentual de realización de pruebas rápidas. Según el nivel de estudios tiene. Gestión Febrero a Junio 2008.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 No asistió a la escuela	4	1,6	1,6	1,6
2 Primaria incompleta	16	6,5	6,5	8,1
3 Primaria completa	15	6,0	6,0	14,1
4 Secundaria incompleta	43	17,3	17,3	31,5
5 Secundaria completa	115	46,4	46,4	77,8
6 Universitaria incompleta	22	8,9	8,9	86,7
7 Universitaria completa	26	10,5	10,5	97,2
8 Técnico superior	7	2,8	2,8	100,0
Total	248	100,0	100,0	

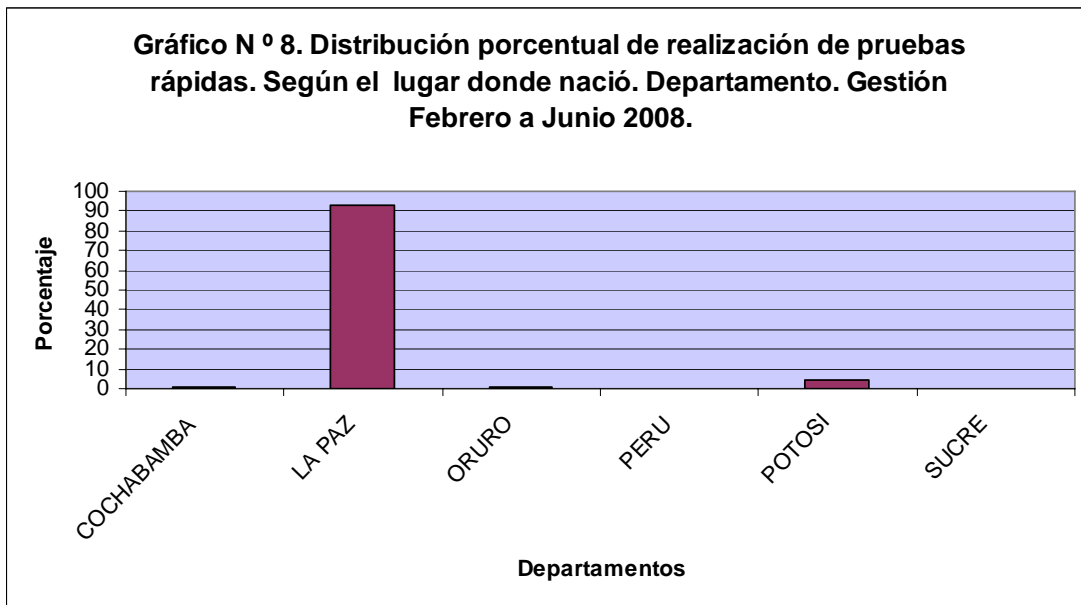


En la gráfica N ° 7 nos muestra la distribución porcentual del nivel de estudios de los participantes en el estudio, el mayor porcentaje fue que asistieron a secundaria completa con un 46,4%, por el contrario tenemos que un 1,6% no asistió a la escuela.

Tabla N ° 8. Distribución porcentual de realización de pruebas rápidas. Según el lugar donde nació. Departamento. Gestión Febrero a Junio 2008.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
COCHABAMBA	3	1,2	1,2	1,2
LA PAZ	230	92,7	92,7	94,0
ORURO	3	1,2	1,2	95,2
PERU	1	,4	,4	95,6
POTOSI	10	4,0	4,0	99,6
SUCRE	1	,4	,4	100,0
Total	248	100,0	100,0	

Gráfico N ° 8. Distribución porcentual de realización de pruebas rápidas. Según el lugar donde nació. Departamento. Gestión Febrero a Junio 2008.



El gráfico N ° 8 nos muestra la distribución porcentual de los participantes en el estudio según el lugar de nacimiento; con un 92,7% nacieron en el departamento de La Paz, teniendo en cuenta que también había pacientes nacidos en Cochabamba, Oruro, Potosí, Sucre y un paciente nacido en el país de Perú.

Tabla N °9. Distribución porcentual de realización de pruebas rápidas. Según el lugar de nacimiento. Provincia. Gestión Febrero a Junio 2008.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ALONSO IBAÑES	1	,4	,4	,4
AREQUIPA	1	,4	,4	,8
AROMA	7	2,8	2,8	3,6
BUSTILLOS	2	,8	,8	4,4
CAMACHO	5	2,0	2,0	6,5
CAPINOTA	1	,4	,4	6,9
CARNAVI	23	9,3	9,3	16,1
CERCADO	2	,8	,8	16,9
COTAGAITA	1	,4	,4	17,3
CURAGUARA DE CARANGA	1	,4	,4	17,7
FRANZ TAMAYO	3	1,2	1,2	19,0
INGAVI	5	2,0	2,0	21,0
INQUISIVI	7	2,8	2,8	23,8
LARECAJA	19	7,7	7,7	31,5
LOAYZA	3	1,2	1,2	32,7
LOS ANDES	3	1,2	1,2	33,9
LURIBAY	1	,4	,4	34,3
MUÑECAS	4	1,6	1,6	35,9
MURILLO	117	47,2	47,2	83,1
NOR CHICHAS	2	,8	,8	83,9
NOR YUNGAS	1	,4	,4	84,3
NORTE DE POTOSI	1	,4	,4	84,7
OMASUYOS	7	2,8	2,8	87,5
OROPEZA	1	,4	,4	87,9
ORURO	1	,4	,4	88,3
PACAJES	17	6,9	6,9	95,2
PANTALEON DALENCE	1	,4	,4	95,6
QUIJARRO	1	,4	,4	96,0
SAAVEDRA	1	,4	,4	96,4
SUD YUNGAS	6	2,4	2,4	98,8
TOMAS FRIAS	1	,4	,4	99,2
VILAQUE	1	,4	,4	99,6
VILLARROEL	1	,4	,4	100,0
Total	248	100,0	100,0	

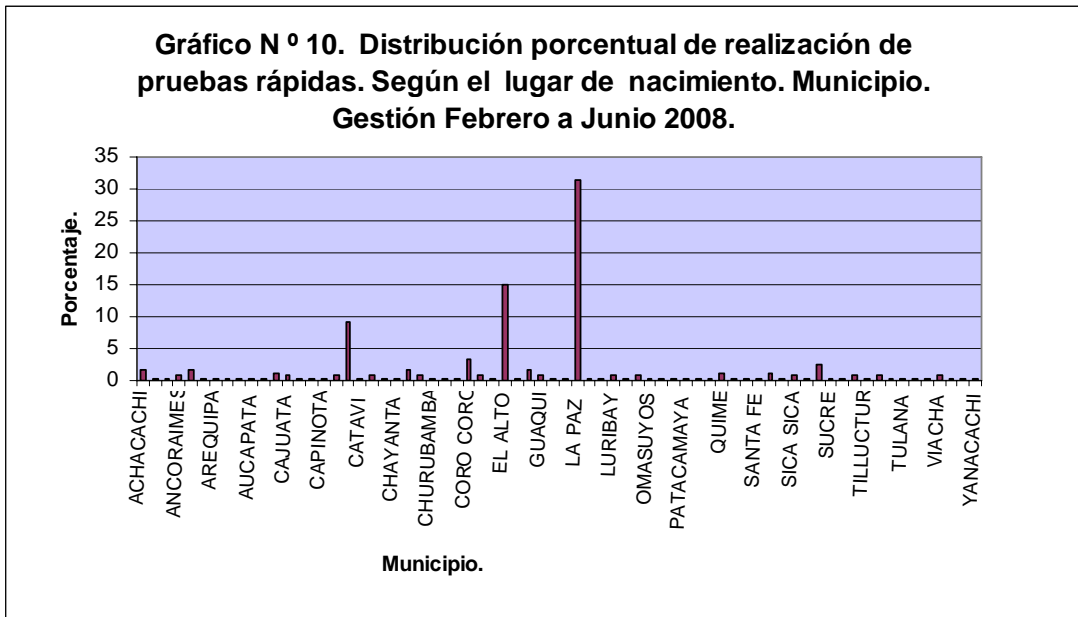


La gráfica N ° 9 nos muestra según el lugar de nacimiento, de los pacientes con tuberculosis que participaron, que provenían de la provincia Murillo un 47,2% y varias provincias que se encuentran en los departamentos que mencionamos antes.

Tabla N ° 10. Distribución porcentual de realización de pruebas rápidas. Según el lugar de nacimiento. Municipio. Gestión Febrero a Junio 2008.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ACHACACHI	4	1,6	1,6	1,6
ACHCOCALLA	1	,4	,4	2,0
ACHOCALLA	1	,4	,4	2,4
ANCORAIMES	2	,8	,8	3,2
APOLO	4	1,6	1,6	4,8
ARAPATA	1	,4	,4	5,2
AREQUIPA	1	,4	,4	5,6
AROMA	1	,4	,4	6,0
ASUNTA	1	,4	,4	6,5
AUCAPATA	1	,4	,4	6,9
BALLIVIAN	1	,4	,4	7,3
BATALLAS	3	1,2	1,2	8,5
CAJUATA	2	,8	,8	9,3
CALAMARCA	1	,4	,4	9,7
CAMACHO	1	,4	,4	10,1
CAPINOTA	1	,4	,4	10,5
CAQUIAVIRI	2	,8	,8	11,3
CARANAVI	23	9,3	9,3	20,6
CATAVI	1	,4	,4	21,0
CERCADO	2	,8	,8	21,8
CHAQUI	1	,4	,4	22,2
CHAYANTA	1	,4	,4	22,6
CHULUMANI	4	1,6	1,6	24,2
CHUMA	2	,8	,8	25,0
CHURUBAMBA	1	,4	,4	25,4
COLQUIRI	1	,4	,4	25,8
COMANCHE	1	,4	,4	26,2
CORO CORO	8	3,2	3,2	29,4
COTAGAITA	2	,8	,8	30,2
CURAGUARA	1	,4	,4	30,6
DE CARANGA	1	,4	,4	30,6
EL ALTO	37	14,9	14,9	45,6
ESCOMA	1	,4	,4	46,0
GUANAY	4	1,6	1,6	47,6
GUAQUI	2	,8	,8	48,4
INQUISIVI	1	,4	,4	48,8
JESUS DE	1	,4	,4	49,2
MACHACA	1	,4	,4	49,2
LA PAZ	78	31,5	31,5	80,6
LARECAJA	1	,4	,4	81,0

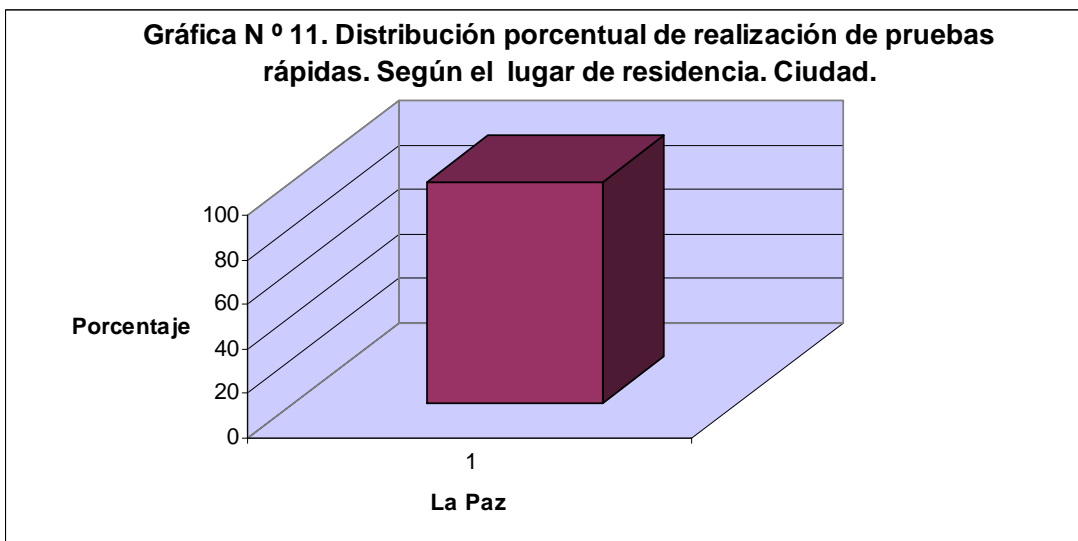
LOAYZA	1	,4	,4	81,5
LURIBAY	2	,8	,8	82,3
MAPIRI	1	,4	,4	82,7
MOCO MOCO	2	,8	,8	83,5
OMASUYOS	1	,4	,4	83,9
ORURO	1	,4	,4	84,3
PACAJES	1	,4	,4	84,7
PATACAMAYA	1	,4	,4	85,1
POCUATA	1	,4	,4	85,5
QUIABAYA	1	,4	,4	85,9
QUIME	3	1,2	1,2	87,1
ROSARIO	1	,4	,4	87,5
SACACA	1	,4	,4	87,9
SANTA FE	1	,4	,4	88,3
SANTIAGO DE CALLAPA	3	1,2	1,2	89,5
SAPAHAQUI	1	,4	,4	89,9
SICA SICA	2	,8	,8	90,7
SICASICA	1	,4	,4	91,1
SORATA	6	2,4	2,4	93,5
SUCRE	1	,4	,4	94,0
TANIPLAYA	1	,4	,4	94,4
TEOPONTE	2	,8	,8	95,2
TILLUCTURI	1	,4	,4	95,6
TIPUANI	2	,8	,8	96,4
TOMAS FRIAS	1	,4	,4	96,8
TULANA	1	,4	,4	97,2
TUPIZA	1	,4	,4	97,6
UYUNI	1	,4	,4	98,0
VIACHA	2	,8	,8	98,8
VILAQUE	1	,4	,4	99,2
VILLARROEL	1	,4	,4	99,6
YANACACHI	1	,4	,4	100,0
Total	248	100,0	100,0	



El gráfico N ° 10 muestra la distribución porcentual de los pacientes que participaron en el estudio según el Municipio donde nacieron, el porcentaje mayor fue en La Paz con 31,5% seguido por el Alto 14,9%.

Tabla N ° 11. Distribución porcentual de realización de pruebas rápidas. Según el lugar de residencia. Ciudad.

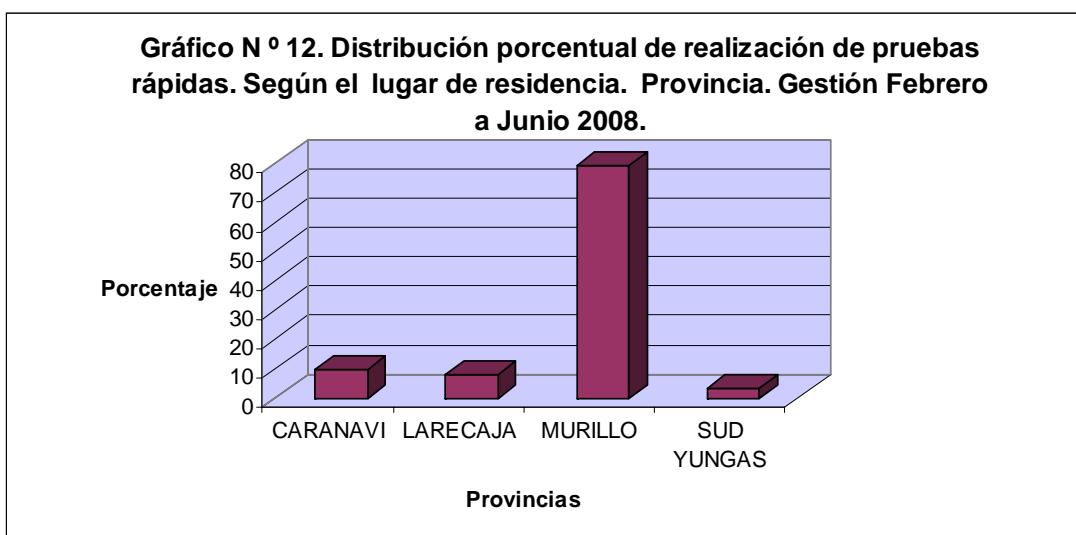
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
LA PAZ	248	100,0	100,0	100,0



La gráfica N ° 11 nos muestra que el total de los participantes residen en la ciudad de La Paz, el tiempo en que se realizó este estudio.

Tabla N ° 12. Distribución porcentual de realización de pruebas rápidas. Según el lugar de residencia. Provincia. Gestión Febrero a Junio 2008.

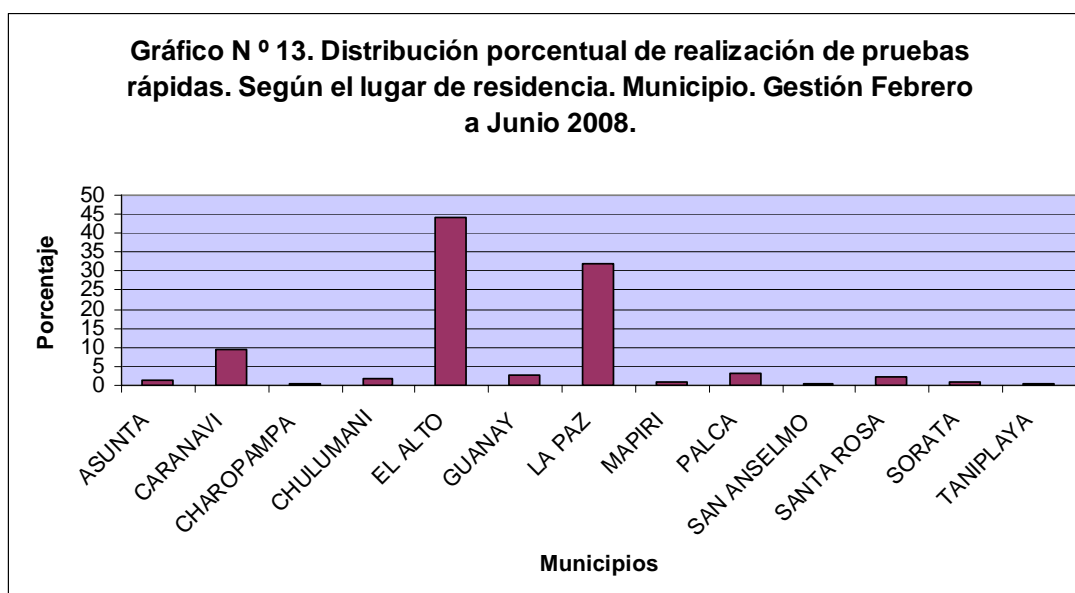
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
CARANAVI	24	9,7	9,7	9,7
LARECAJA	20	8,1	8,1	17,7
MURILLO	196	79,0	79,0	96,8
SUD YUNGAS	8	3,2	3,2	100,0
Total	248	100,0	100,0	



La gráfica N ° 12 nos muestra la distribución porcentual de los participantes del estudio según el lugar de residencia, el mayor porcentaje fue en la provincia Murillo con un 79%, así también como Caranavi con un 9,7%, Larecaja 8,1% y Sud Yungas 3,2 %.

Tabla N ° 13. Distribución porcentual de realización de pruebas rápidas. Según el lugar de residencia. Municipio. Gestión Febrero a Junio 2008.

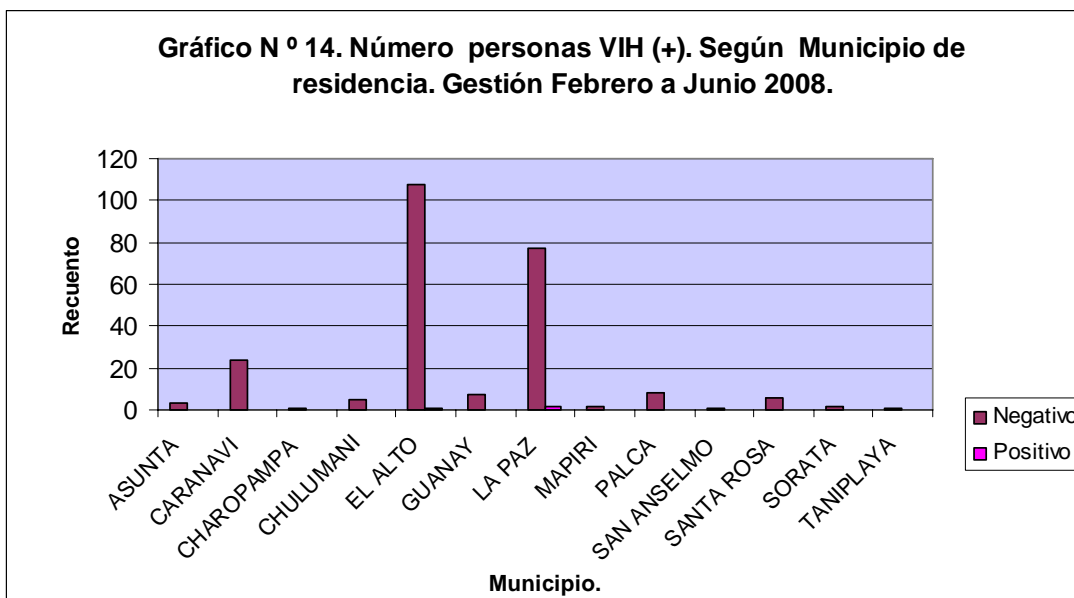
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ASUNTA	3	1,2	1,2	1,2
CARANAVI	24	9,7	9,7	10,9
CHAROPAMPA	1	,4	,4	11,3
CHULUMANI	5	2,0	2,0	13,3
EL ALTO	109	44,0	44,0	57,3
GUANAY	7	2,8	2,8	60,1
LA PAZ	79	31,9	31,9	91,9
MAPIRI	2	,8	,8	92,7
PALCA	8	3,2	3,2	96,0
SAN ANSELMO	1	,4	,4	96,4
SANTA ROSA	6	2,4	2,4	98,8
SORATA	2	,8	,8	99,6
TANIPLAYA	1	,4	,4	100,0
Total	248	100,0	100,0	



La gráfica N ° 13 nos muestra según la residencia de Municipios de los participantes que fueron en mayor cantidad del Alto 44%, seguido de La Paz de 31,9 % y luego distribuido en los distintos Municipios participantes.

Tabla N ° 14. Número personas VIH (+). Según Municipio de residencia. Gestión Febrero a Junio 2008.

	Estado serológico		Total
	Negativo	Positivo	
ASUNTA	3	0	3
CARANAVI	24	0	24
CHAROPAMPA	1	0	1
CHULUMANI	5	0	5
EL ALTO	108	1	109
GUANAY	7	0	7
LA PAZ	77	2	79
MAPIRI	2	0	2
PALCA	8	0	8
SAN ANSELMO	1	0	1
SANTA ROSA	6	0	6
SORATA	2	0	2
TANIPLAYA	1	0	1
Total	245	3	248



La gráfica N ° 14 nos muestra los casos VIH (+), según el Municipio de residencia: 2 pertenecen al municipio de La Paz y un caso al Municipio del Alto.

Tabla N ° 15. Número de personas VIH (+). Según el tiempo en que permanecieron en su lugar de residencia. Gestión Febrero a Junio 2008.

Tiempo (años)	Estado serológico		Total
	Negativo	Positivo	
1	7	0	7
2	9	0	9
3	5	0	5
4	5	1	6
5	7	0	7
6	4	0	4
7	3	0	3
8	4	0	4
9	1	0	1
10	12	1	13
12	3	0	3
13	4	0	4
14	1	0	1
15	12	0	12
16	8	0	8
17	3	0	3
18	6	0	6
19	9	0	9
20	22	0	22
21	9	0	9
22	5	0	5
23	7	0	7
24	5	0	5
25	6	0	6
26	4	1	5
27	5	0	5
28	7	0	7
29	3	0	3
30	23	0	23
31	1	0	1
32	3	0	3
33	1	0	1
34	3	0	3
35	5	0	5
36	2	0	2
38	2	0	2
39	1	0	1
40	7	0	7
42	2	0	2

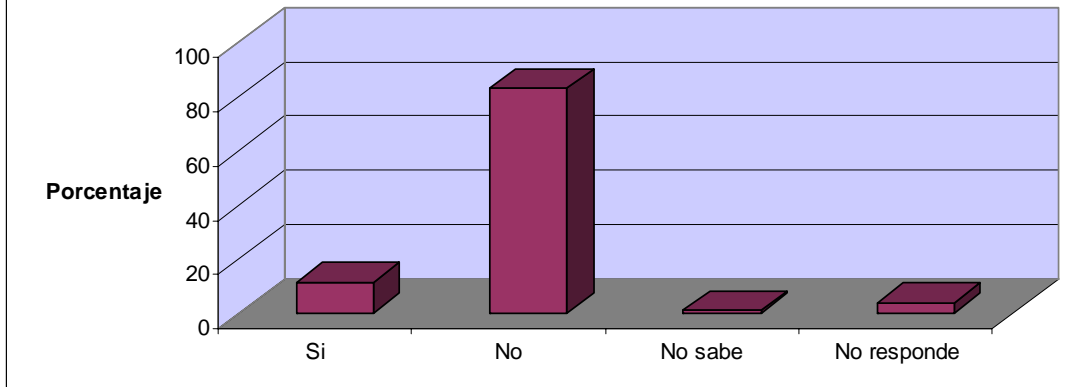
45	2	0	2
50	6	0	6
52	1	0	1
53	2	0	2
56	1	0	1
58	1	0	1
60	3	0	3
68	1	0	1
75	1	0	1
85	1	0	1
Total	245	3	248

En la gráfica N ° 15 se muestran el número de personas VIH (+) vesus el tiempo en años en que han permanecido en su lugar de residencia.

Tabla N ° 16. Distribución porcentual de realización de pruebas rápidas. Según el último año, si permanecieron fuera del lugar donde vive por más de un mes continuo. Gestión Febrero a Junio 2008

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	29	11,7	11,7	11,7
No	206	83,1	83,1	94,8
No sabe	3	1,2	1,2	96,0
No responde	10	4,0	4,0	100,0
Total	248	100,0	100,0	

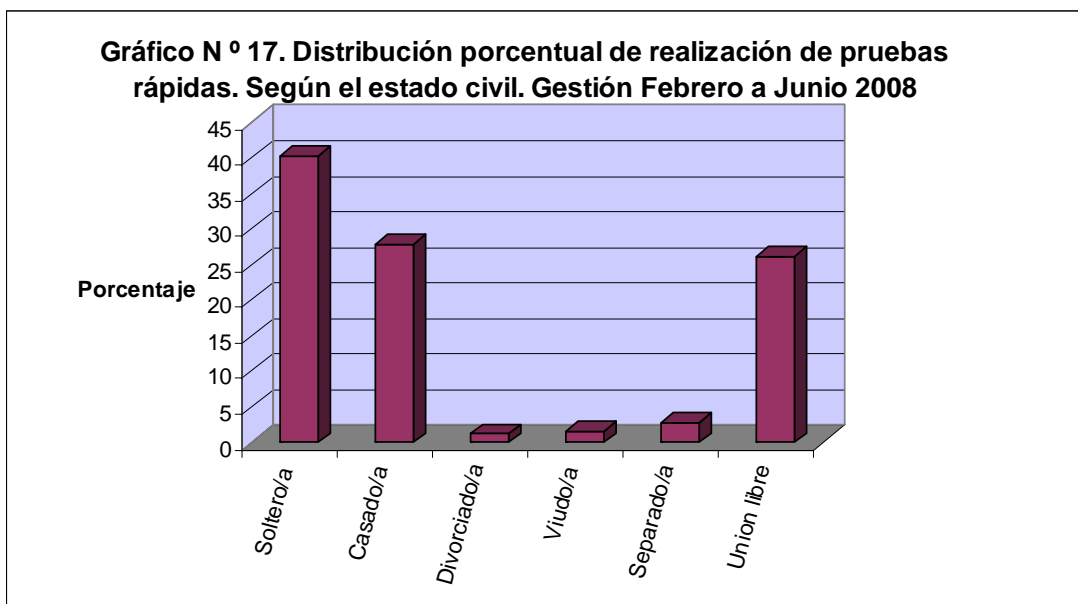
Gráfico N ° 16. Distribución porcentual de realización de pruebas rápidas. Según el último año, si permanecieron fuera del lugar donde vive por más de un mes continuo. Gestión Febrero a Junio 2008



En la gráfica N ° 16 nos muestra la distribución porcentual de los pacientes que se realizaron la prueba rápida de lo cual da un porcentaje de un 83,1% que no permanecieron fuera el último año por mas de un mes continuo.

Tabla N ° 17. Distribución porcentual de realización de pruebas rápidas. Según el estado civil. Gestión Febrero a Junio 2008

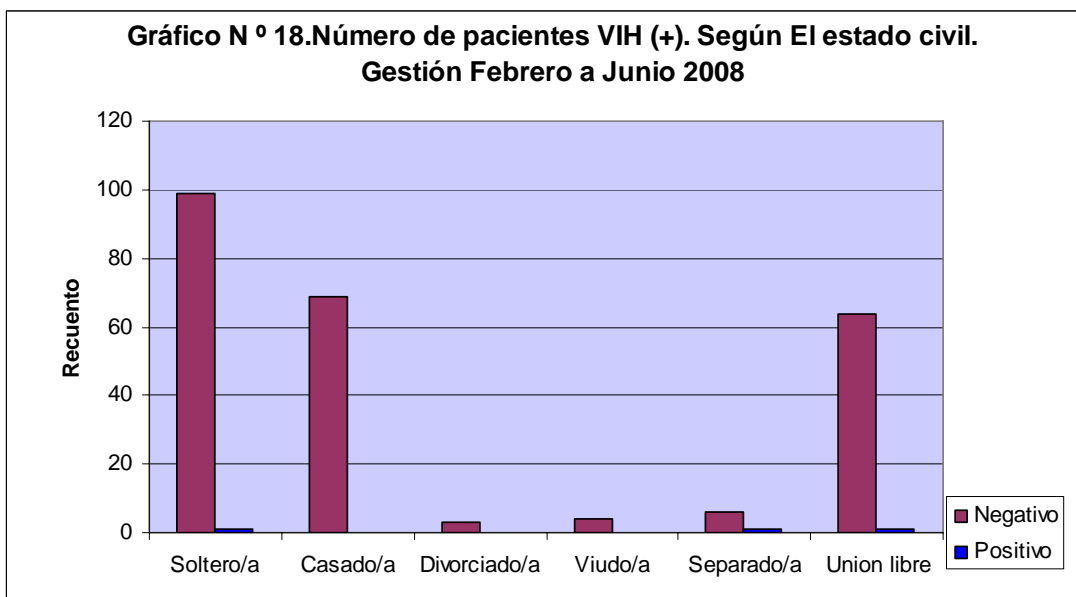
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soltero/a	100	40,3	40,3	40,3
Casado/a	69	27,8	27,8	68,1
Divorciado/a	3	1,2	1,2	69,4
Viudo/a	4	1,6	1,6	71,0
Separado/a	7	2,8	2,8	73,8
Unión libre	65	26,2	26,2	100,0
Total	248	100,0	100,0	



En la gráfica N ° 17 se muestra la distribución porcentual de pacientes que se realizaron la prueba rápida según su estado civil, lo que nos muestra que un 40,3% son solteros, seguido de casados 27,8% y unión libre 26,2%.

Tabla N ° 18. Número de pacientes VIH (+). Según El estado civil. Gestión Febrero a Junio 2008

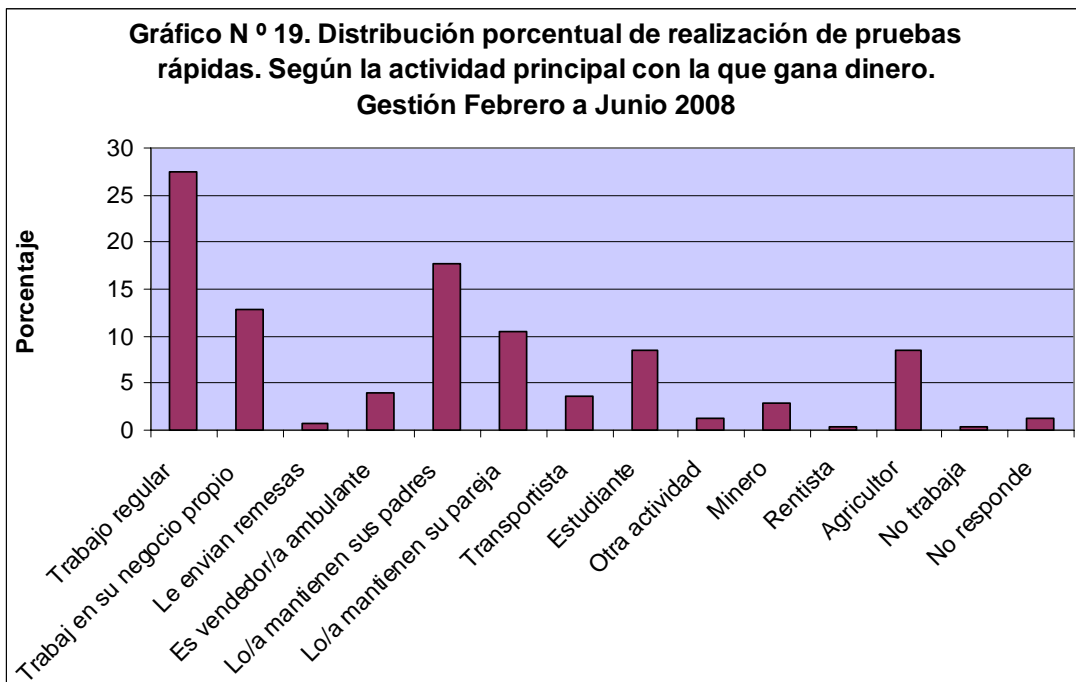
		Estado serológico		Total
		Negativo	Positivo	
Estado civil	Soltero/a	99	1	100
	Casado/a	69	0	69
	Divorciado/a	3	0	3
	Viudo/a	4	0	4
	Separado/a	6	1	7
	Unión libre	64	1	65
Total		245	3	248



En la gráfica N °18 se muestra el número de pacientes VIH (+), de los cuales uno corresponde a ser soltero, uno separado y el último unión libre.

Tabla N ° 19. Distribución porcentual de realización de pruebas rápidas. Según la actividad principal con la que gana dinero. Gestión Febrero a Junio 2008

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Trabajo regular	68	27,4	27,4	27,4
Trabajo en su negocio propio	32	12,9	12,9	40,3
Le envían remesas	2	,8	,8	41,1
Es vendedor/a ambulante	10	4,0	4,0	45,2
Lo/a mantienen sus padres	44	17,7	17,7	62,9
Lo/a mantienen su pareja	26	10,5	10,5	73,4
Transportista	9	3,6	3,6	77,0
Estudiante	21	8,5	8,5	85,5
Otra actividad	3	1,2	1,2	86,7
Minero	7	2,8	2,8	89,5
Rentista	1	,4	,4	89,9
Agricultor	21	8,5	8,5	98,4
No trabaja	1	,4	,4	98,8
No responde	3	1,2	1,2	100,0
Total	248	100,0	100,0	

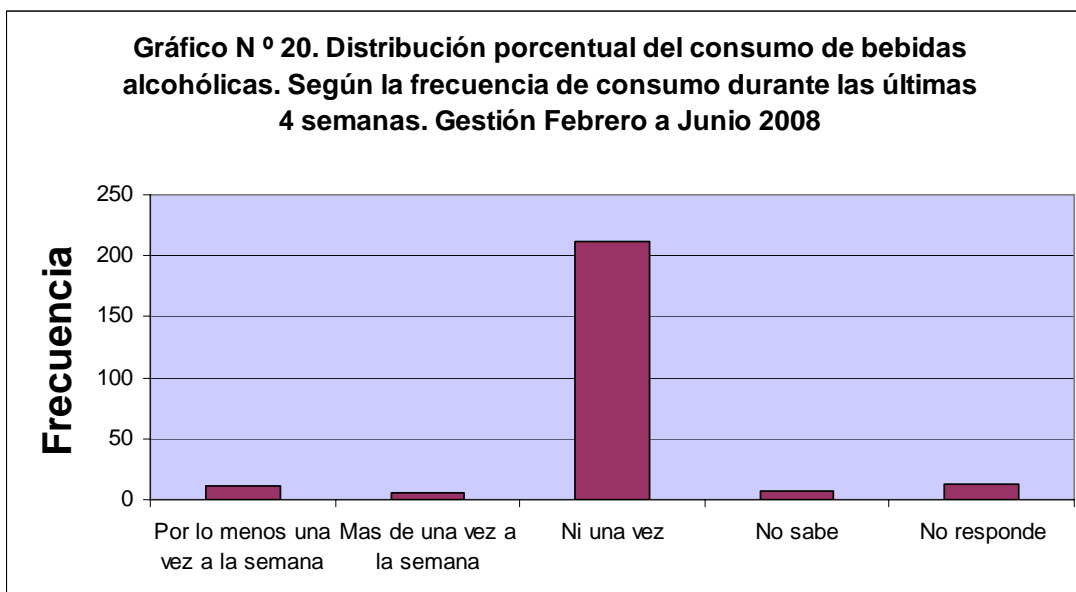


En la gráfica N ° 19 muestra la distribución porcentual de acuerdo a la actividad que desarrollan los pacientes participantes, el mayor porcentaje es el que desarrollan un trabajo regular de donde ganan dinero con un 27, 4% al contrario de un 0,4 % que no trabaja.

II. USO DE DROGAS Y OTRAS SUSTANCIAS

Tabla N ° 20. Distribución porcentual del consumo de bebidas alcohólicas. Según la frecuencia de consumo durante las últimas 4 semanas. Gestión Febrero a Junio 2008

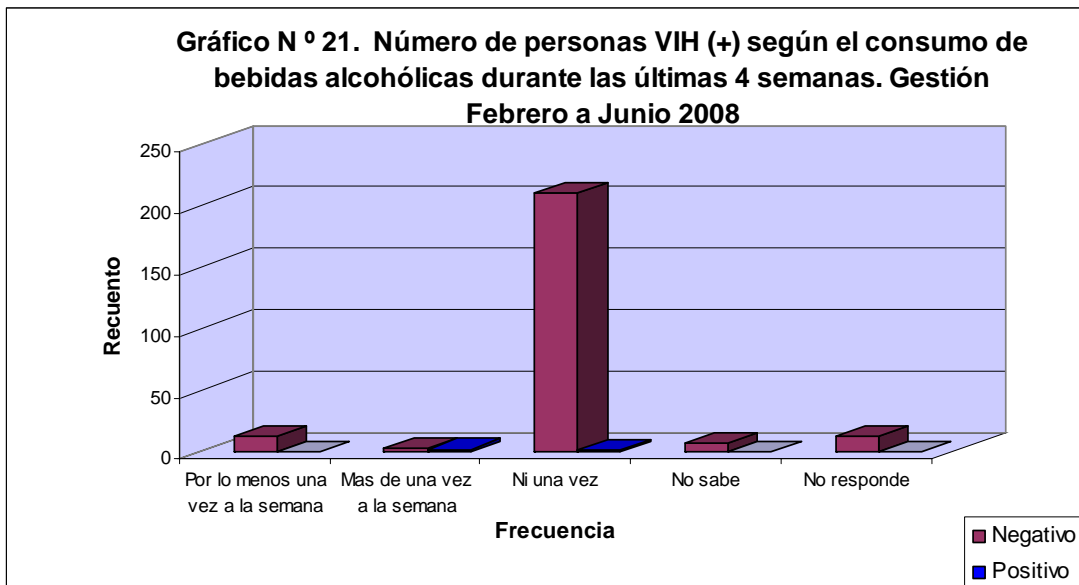
Categorías	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Por lo menos una vez a la semana	12	4,8	4,8	4,8
Mas de una vez a la semana	5	2,0	2,0	6,9
Ni una vez	211	85,1	85,1	91,9
No sabe	7	2,8	2,8	94,8
No responde	13	5,2	5,2	100,0
Total	248	100,0	100,0	



La gráfica N ° 20 muestra la distribución porcentual del consumo de bebidas alcohólicas que dio como resultado un 85 % que ni una vez habían consumido en las últimas 4 semanas.

Tabla N ° 21. Número de personas VIH (+) según el consumo de bebidas alcohólicas durante las últimas 4 semanas. Gestión Febrero a Junio 2008

	Estado serológico		Total
	Negativo	Positivo	
Por lo menos una vez a la semana	12	0	12
Mas de una vez a la semana	3	2	5
Ni una vez	210	1	211
No sabe	7	0	7
No responde	13	0	13
Total	245	3	248

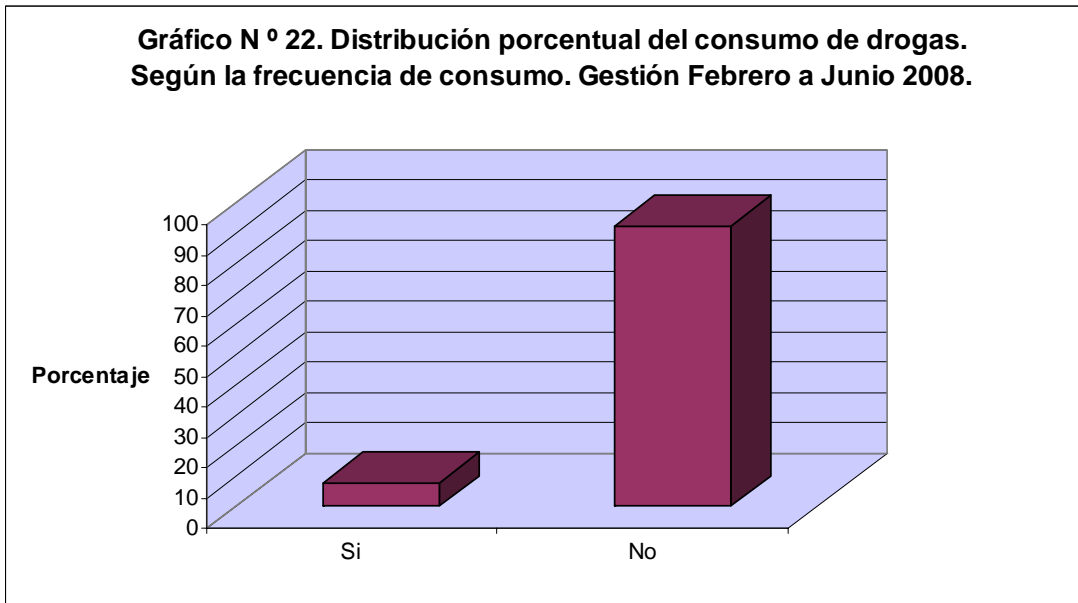


En la gráfica N ° 21 nos muestra los pacientes VIH (+) que consumieron bebidas alcohólicas durante las últimas 4 semanas: dos pacientes más de una vez a la semana y uno ni una vez.

Tabla N ° 22. Distribución porcentual del consumo de drogas. Según la frecuencia de consumo. Gestión Febrero a Junio 2008.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	19	7,7	7,7	7,7
No	229	92,3	92,3	100,0
Total	248	100,0	100,0	

Gráfico N ° 22. Distribución porcentual del consumo de drogas. Según la frecuencia de consumo. Gestión Febrero a Junio 2008.

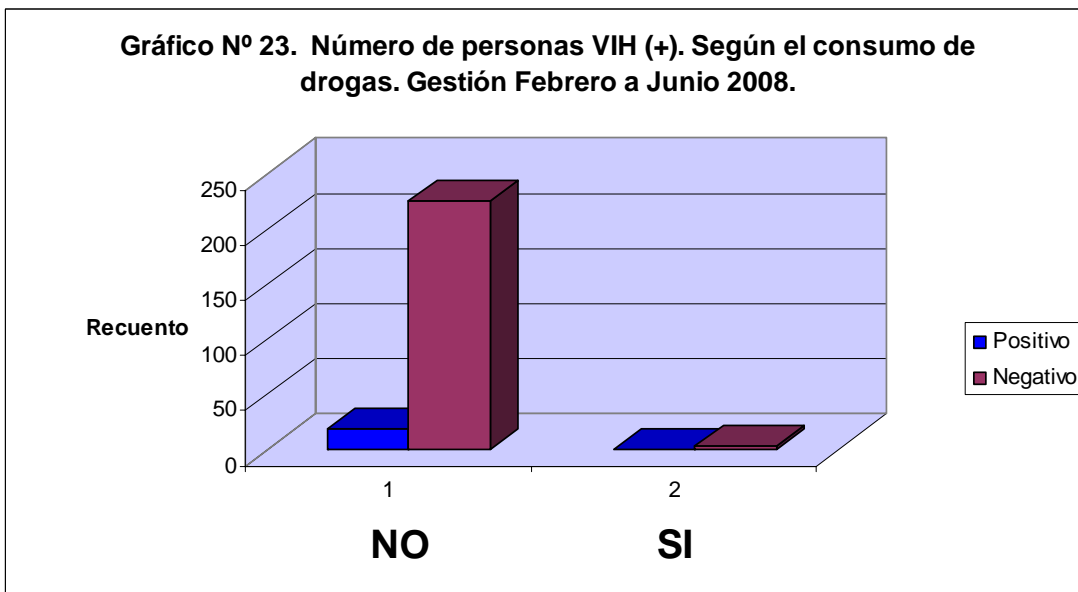


En la gráfica N ° 22 muestra la distribución porcentual del consumo de drogas donde se observa que no consumieron drogas en un 92,3%

Tabla N 23. Número de personas VIH (+). Según el consumo de drogas. Gestión Febrero a Junio 2008.

	Estado serológico		Total
	Negativo	Positivo	
Si	19	0	19
No	226	3	229
Total	245	3	248

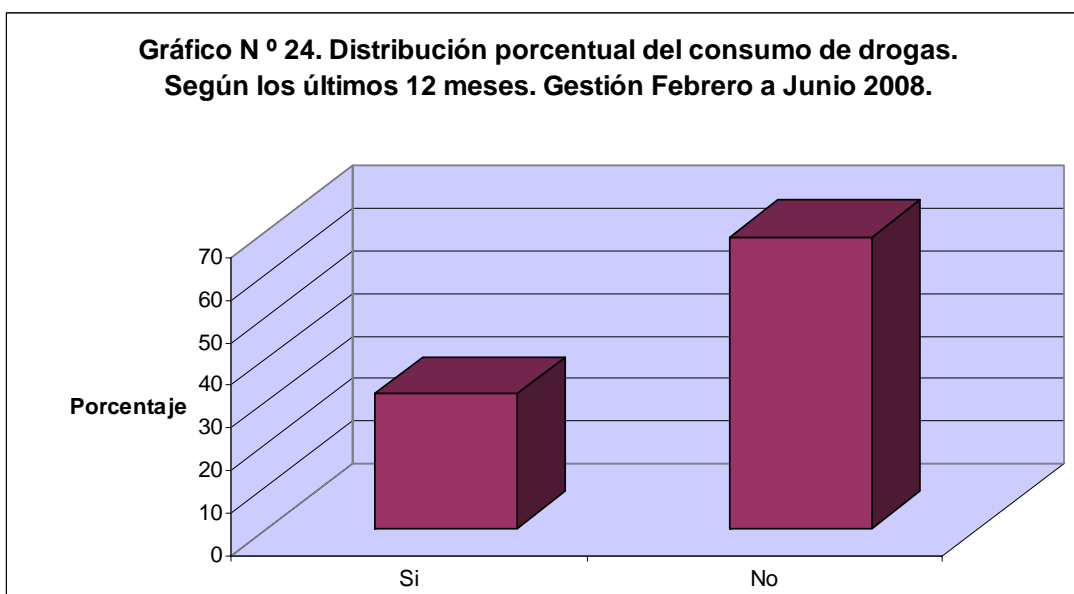
Gráfico N° 23. Número de personas VIH (+). Según el consumo de drogas. Gestión Febrero a Junio 2008.



La gráfica N ° 23 muestra el número de pacientes VIH(+) que ninguno consumió drogas.

Tabla N ° 24. Distribución porcentual del consumo de drogas. Según los últimos 12 meses. Gestión Febrero a Junio 2008.

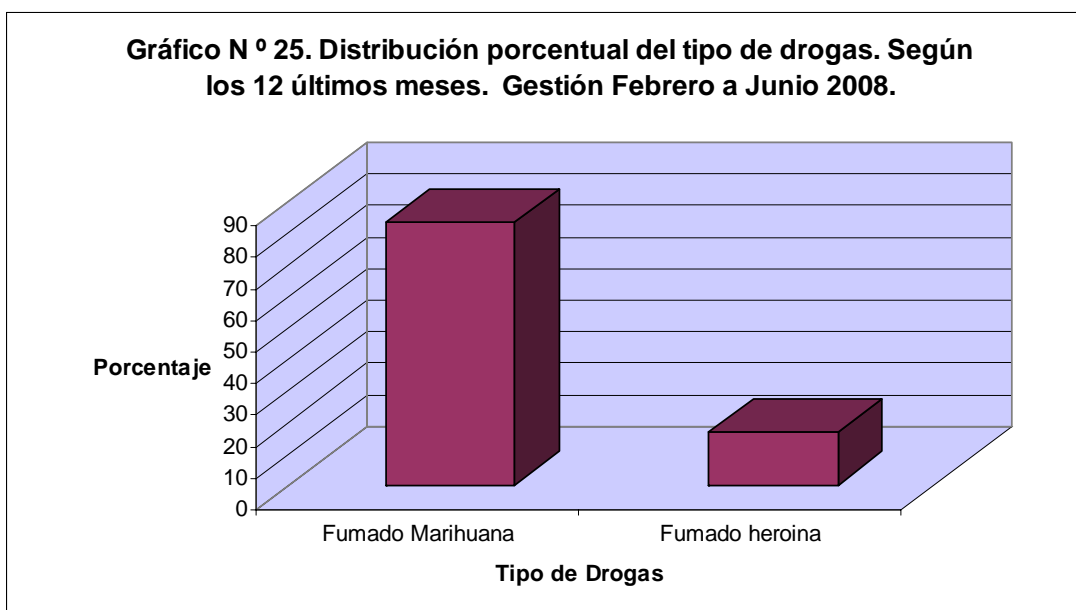
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	6	31,6	31,6	31,6
No	13	68,4	68,4	100,0
Total	19	100,0	100,0	



En la gráfica N ° 24 se muestra que de las personas que consumieron drogas, el 68,4% no lo hizo en los últimos 12 meses.

Tabla N ° 25. Distribución porcentual del tipo de drogas. Según los 12 últimos meses. Gestión Febrero a Junio 2008.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Fumado Marihuana	5	83,3	83,3	83,3
Fumado heroína	1	16,7	16,7	100,0
Total	6	100,0	100,0	

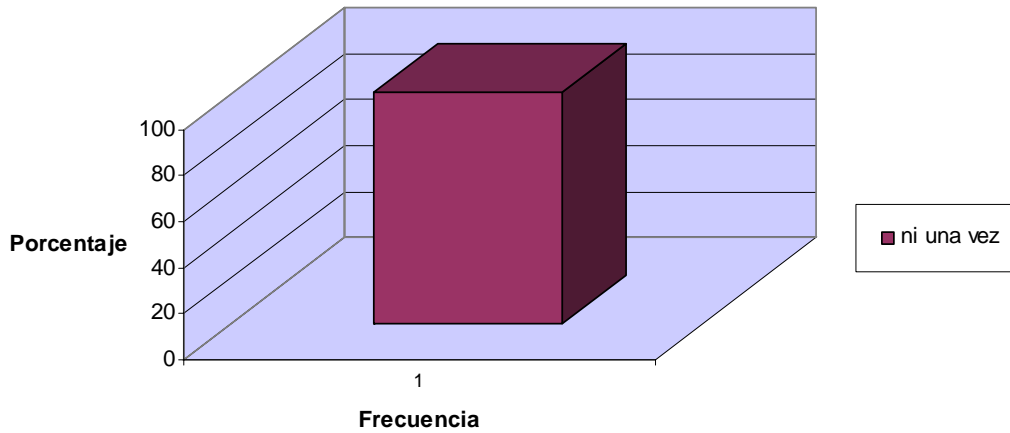


La gráfica N ° 25 muestra que de los participantes del estudio que consumieron drogas los últimos 12 meses un 83,3% fumaron marihuana y un 16,7% fumado heroína.

Tabla N ° 26. Distribución porcentual del consumo de drogas. Según la frecuencia de consumo durante las últimas 4 semanas. Gestión Febrero a Junio 2008.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ni una vez	6	100,0	100,0	100,0
Total	6	100,0		

Gráfico N ° 26. Distribución porcentual del consumo de drogas. Según la frecuencia de consumo durante las últimas 4 semanas. Gestión Febrero a Junio 2008.

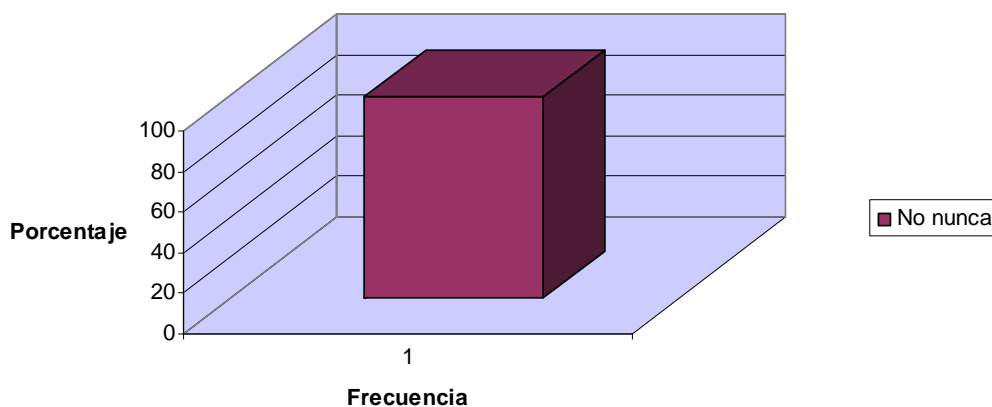


La gráfica N ° 26 nos muestra que ninguno de los participantes del estudio no consumieron drogas en las últimas 4 semanas.

Tabla N ° 27. Distribución porcentual del uso de jeringas cuando se inyecta drogas. Según la frecuencia de consumo. Gestión Febrero a Junio 2008.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No nunca	6	2,4	100,0	100,0
Total	6	100,0		

Gráfico N ° 27. Distribución porcentual del uso de jeringas cuando se inyecta drogas. Según la frecuencia de consumo. Gestión Febrero a Junio 2008.

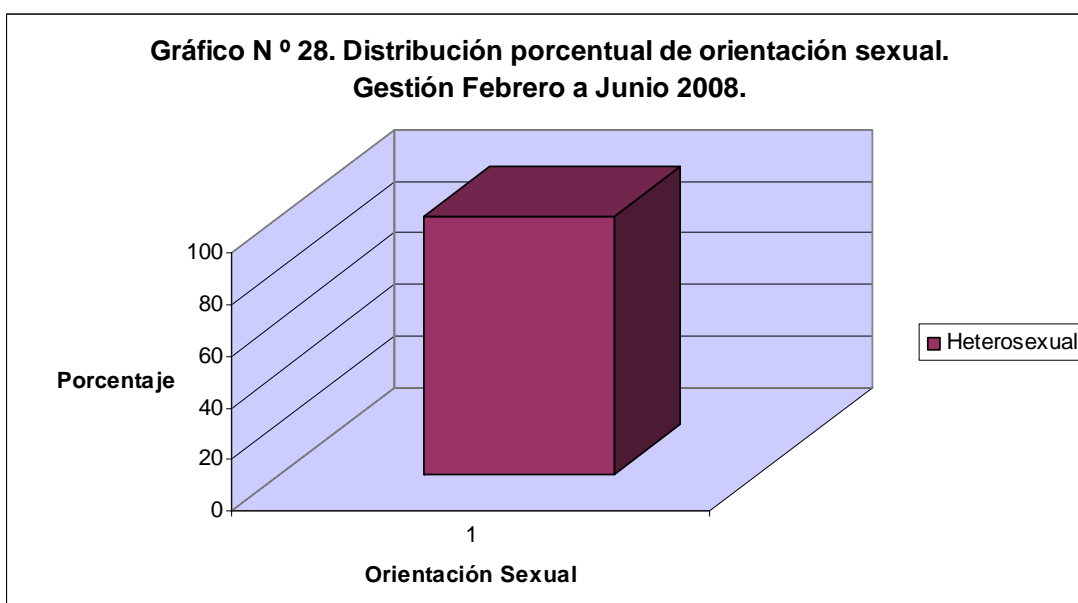


La gráfica N ° 27 muestra que de los participantes que alguna vez consumieron drogas, nunca se inyectaron drogas.

SECCION III ANTECEDENTES SEXUALES

Tabla N ° 28. Distribución porcentual de orientación sexual. Gestión Febrero a Junio 2008.

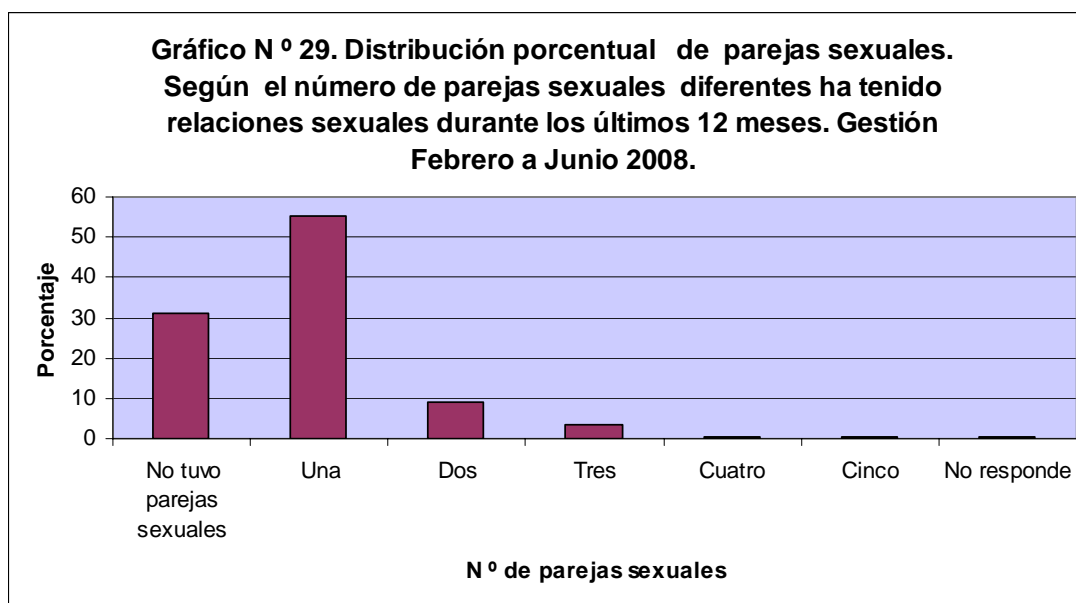
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Heterosexual	248	100,0	100,0	100,0



La gráfica N ° 28 nos muestra la distribución porcentual según la orientación sexual de los pacientes con tuberculosis que accedieron a la prueba rápida, el 100% afirmaron que su orientación sexual es la heterosexual.

Tabla N ° 29. Distribución porcentual de parejas sexuales. Según el número de parejas sexuales diferentes ha tenido relaciones sexuales durante los últimos 12 meses. Gestión Febrero a Junio 2008.

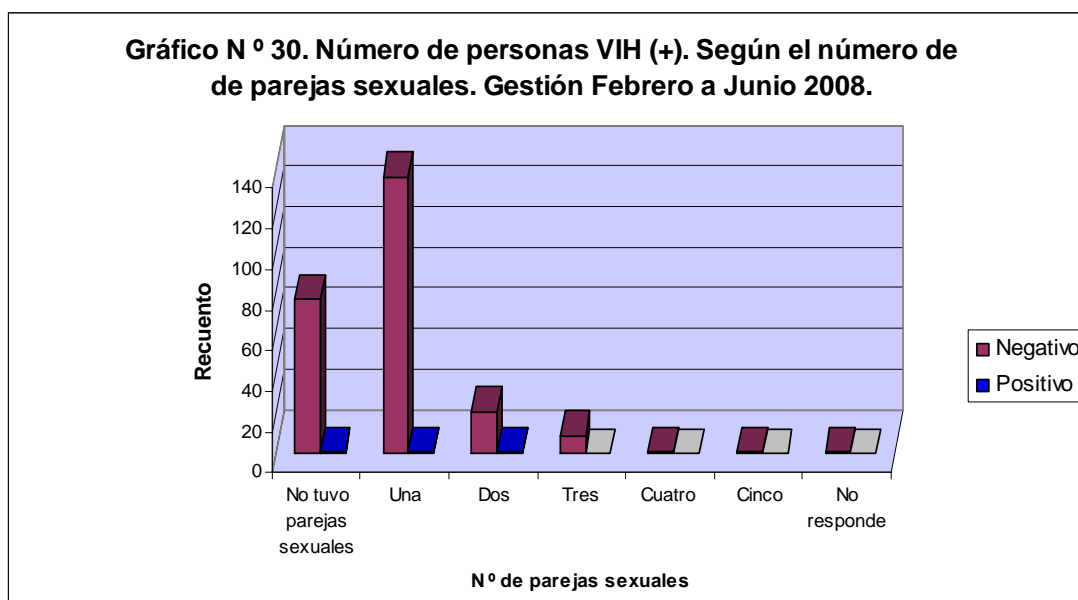
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No tuvo parejas sexuales	77	31,0	31,0	31,0
1	137	55,2	55,2	86,3
2	22	8,9	8,9	95,2
3	9	3,6	3,6	98,8
4	1	,4	,4	99,2
5	1	,4	,4	99,6
No responde	1	,4	,4	100,0
Total	248	100,0	100,0	



En la gráfica N ° 29 nos muestra que el mayor porcentaje de 55,2% que corresponde a haber tenido relaciones sexuales con una pareja sexual y al contrario con cinco parejas sexuales corresponde un 0,4%.

Tabla N ° 30. Número de personas VIH (+). Según el número de de parejas sexuales. Gestión Febrero a Junio 2008.

	Estado serológico		Total
	Negativo	Positivo	
No tuvo parejas sexuales	76	1	77
1	136	1	137
2	21	1	22
3	9	0	9
4	1	0	1
5	1	0	1
No responde	1	0	1
Total	245	3	248

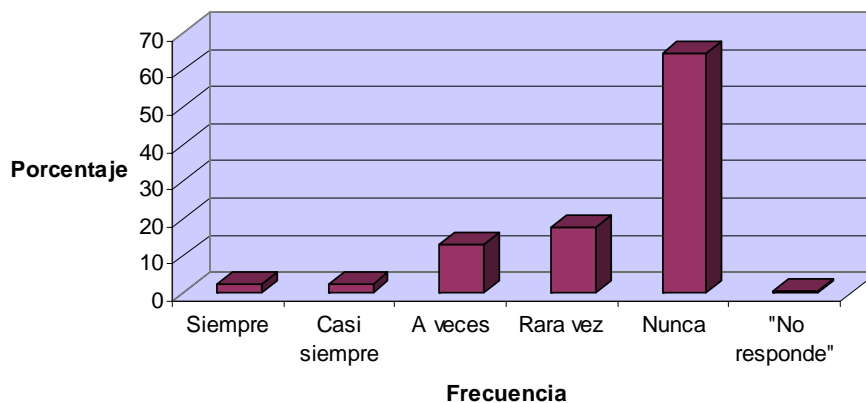


En la gráfica N ° 30 nos muestra que de los tres casos positivos 1 no tuvo parejas sexuales, el segundo caso tuvo una pareja y el tercero tenía dos parejas sexuales, esto en los doce últimos meses.

Tabla N °31. Distribución porcentual del uso del condón. Según la frecuencia del uso del condón en sus relaciones sexuales, en los 12 últimos meses. Gestión Febrero a Junio 2008.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Siempre	4	1,6	2,3	2,3
Casi siempre	4	1,6	2,3	4,7
A veces	22	8,9	12,9	17,5
Rara vez	30	12,1	17,5	35,1
Nunca	110	44,4	64,3	99,4
No responde	1	,4	,6	100,0
Total	171	69,0	100,0	

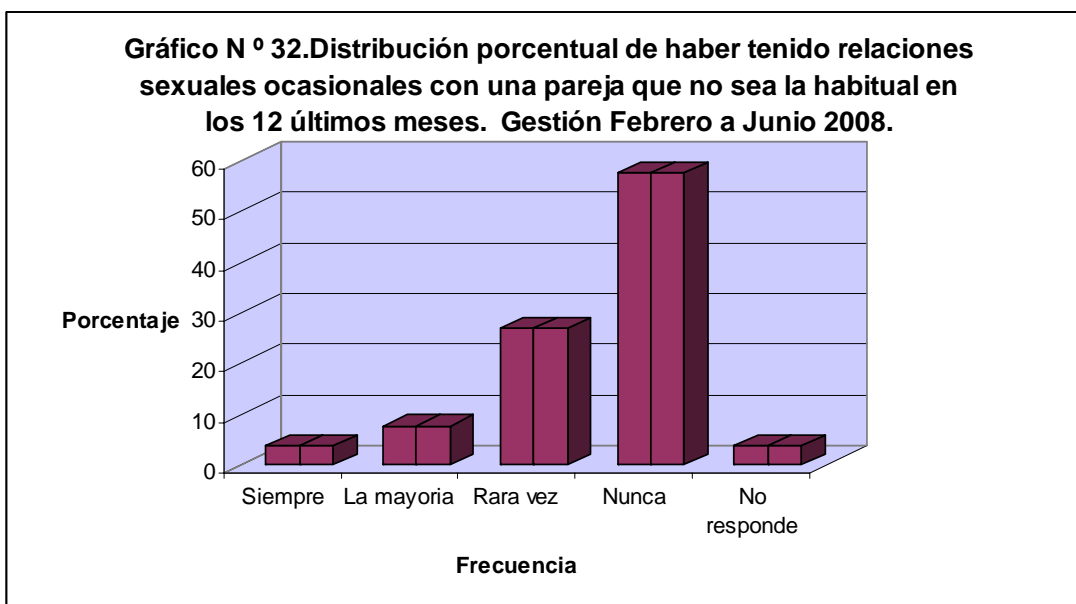
Gráfico N ° 31. Distribución porcentual del uso del condón. Según la frecuencia del uso del condón en sus relaciones sexuales, en los 12 últimos meses. Gestión Febrero a Junio 2008.



En la gráfica N ° 31 se observa que en un 44% nunca utilizaron condón en sus relaciones sexuales en los 12 últimos meses y siempre, casi siempre en un 1,6%.

Tabla N ° 32. Distribución porcentual de haber tenido relaciones sexuales ocasionales con una pareja que no sea la habitual en los 12 últimos meses. Gestión Febrero a Junio 2008.

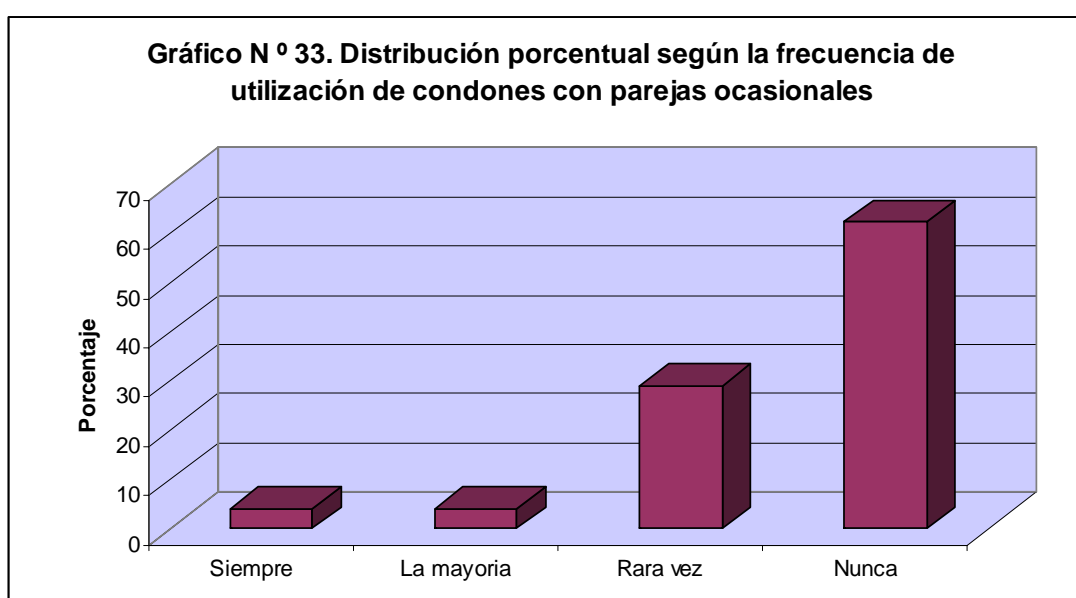
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	24	14,0	14,0	14,0
No	141	82,40	82,5	96,5
No sabe	3	1,8	1,8	98,2
No responde	3	1,8	1,8	100,0
Total	171	100,0	100,0	



En la gráfica N ° 32 nos muestra que en un 82,4% no tuvieron relaciones sexuales ocasionales con una pareja que no era la habitual, esto en los 12 últimos meses.

Tabla N ° 33. Distribución porcentual del uso del condón. Según la frecuencia del uso del condón con parejas ocasionales con las que tuvo relaciones sexuales en los 12 últimos meses. Gestión Febrero a Junio 2008.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Siempre	1	,4	4,2	4,2
La mayoría	1	,4	4,2	8,3
Rara vez	7	2,8	29,2	37,5
Nunca	15	6,0	62,5	100,0
Total	24	9,7	100,0	

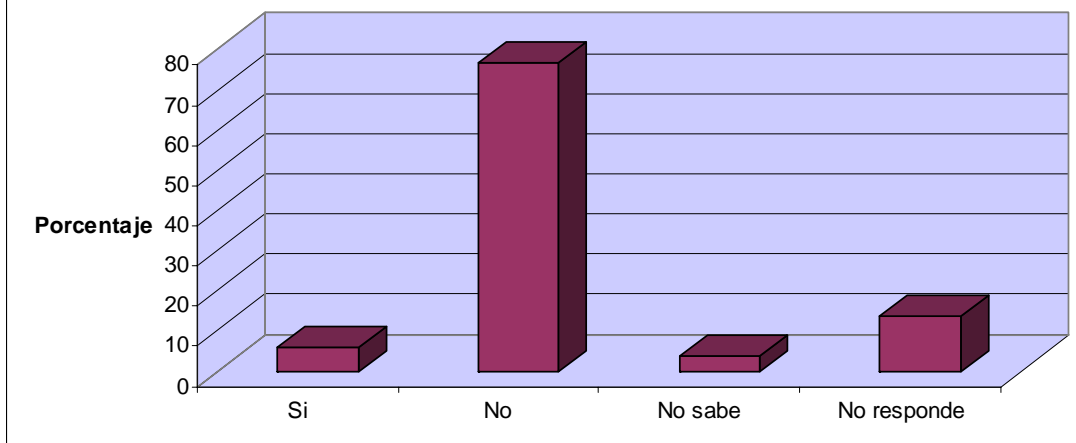


En la gráfica N ° 33 nos muestra que de las 24 personas que tuvieron relaciones sexuales con parejas ocasionales un 62,5% nunca usaron condón.

Tabla N ° 34. Distribución porcentual del uso del condón. Según el uso del condón en su última relación sexual. Gestión Febrero a Junio 2008.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	15	6,0	6,0	6,0
No	190	76,6	76,6	82,7
No sabe	9	3,6	3,6	86,3
No responde	34	13,7	13,7	100,0
Total	248	100,0	100,0	

**Gráfica N ° 34. Distribución porcentual del uso del condón.
Según el uso del condón en su última relación sexual. Gestión
Febrero a Junio 2008.**



**Tabla N ° 35. Número de personas VIH (+). Según el uso del condón en la
última relación sexual. Gestión Febrero a Junio 2008.**

	Estado serológico		Total
	Negativo	Positivo	
Si	14	1	15
No	188	2	190
No sabe	9	0	9
No responde	34	0	34
Total	245	3	248

La gráfica N ° 35 nos muestra el uso del condón en la última relación sexual que tuvieron las personas VIH (+), una si utilizó, en tanto las otros dos casos positivos no utilizaron condón.

Gráfica N ° 35. Número de personas VIH (+). Según el uso del condón en la última relación sexual. Gestión Febrero a Junio 2008.

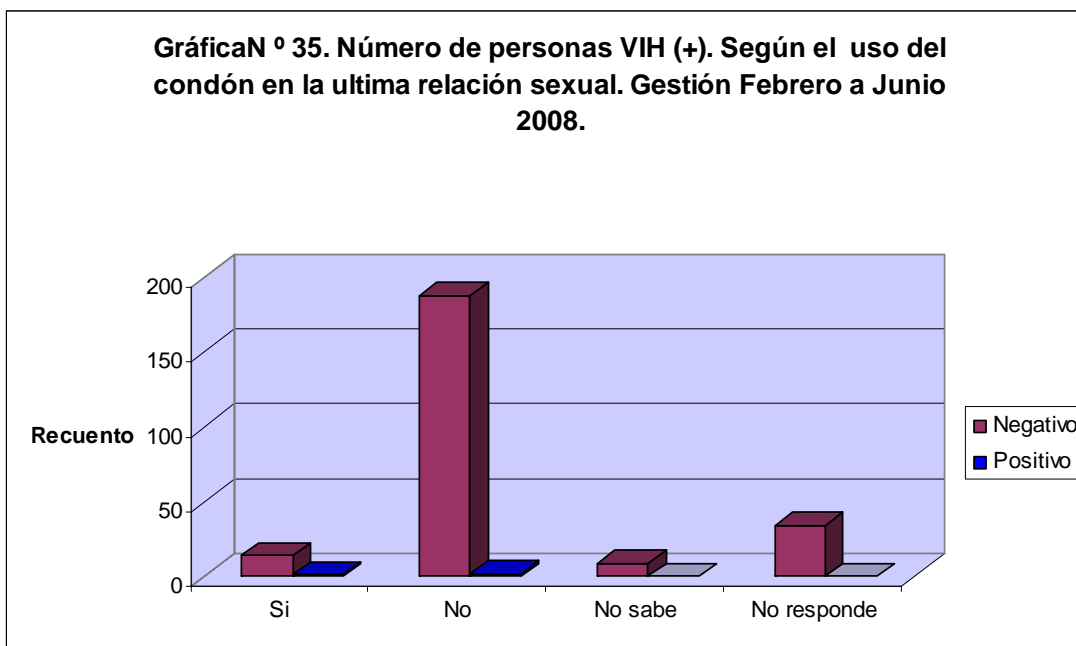
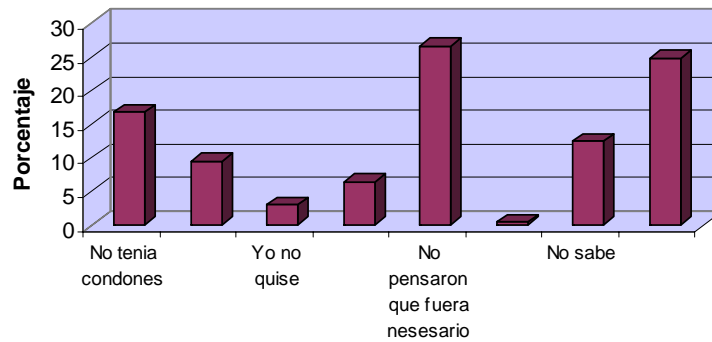


Tabla N ° 36. Distribución porcentual del uso del condón. Según las razones el por qué no utilizaron condón. Gestión Febrero a Junio 2008.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No tenía condones	39	16,7	16,7	16,7
Porque mi pareja no quiso	22	9,4	9,4	26,2
Yo no quise	7	3,0	3,0	29,2
No me gustan los condones	15	6,6	6,6	35,6
No pensaron que fuera necesario	62	26,6	26,6	62,2
Creo que los condones no sirven	1	,4	,4	62,7
No sabe	29	12,4	12,4	75,1
No responde	58	24,9	24,9	100,0
Total	233	100,0	100,0	

Gráfico N ° 36. Distribución porcentual del uso del condón. Según las razones el por qué no utilizaron condón. Gestión Febrero a Junio 2008.



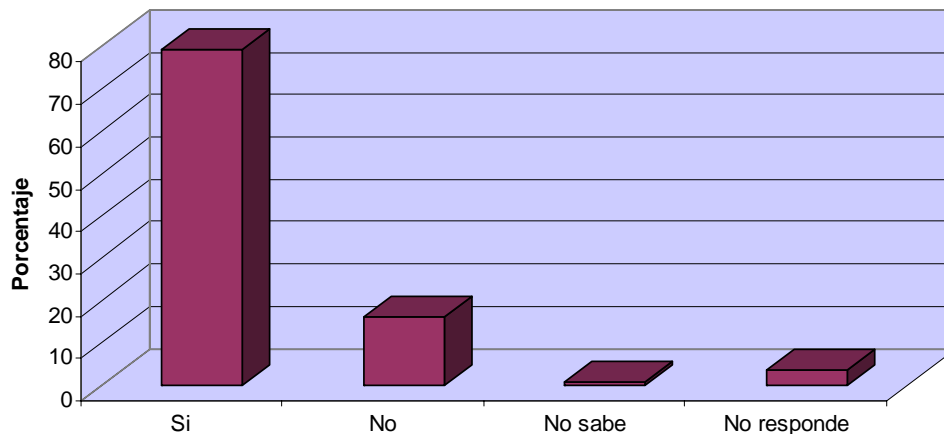
La gráfica N ° 36 nos muestra el porcentaje del 26,6% que no pensaron que fuera necesario usar condón en su última relación sexual, en contrario de un 0,4% por la razón que no les gustaba la utilización del condón.

SECCION IV. ITS

Tabla N ° 37. Distribución porcentual de los pacientes con tuberculosis. Según la información que tienen acerca de las infecciones de transmisión sexual o enfermedades venéreas. Gestión Febrero a Junio 2008.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	197	79,4	79,4	79,4
No	40	16,1	16,1	95,6
No sabe	2	,8	,8	96,4
No responde	9	3,6	3,6	100,0
Total	248	100,0	100,0	

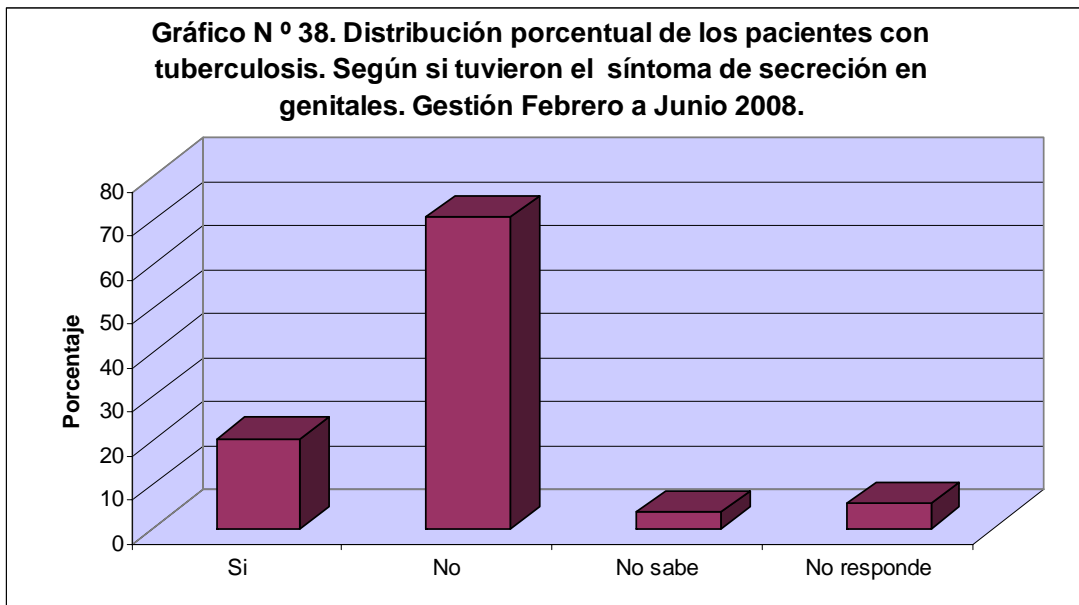
Gráfico N ° 37. Distribución porcentual de los pacientes con tuberculosis. Según la información que tienen acerca de las infecciones de transmisión sexual o enfermedades venéreas. Gestión Febrero a Junio 2008.



En la gráfica N ° 37 se observa que en un 79,4% de los participantes del estudio afirman haber tenido en algún momento información acerca de las infecciones de transmisión sexual o enfermedades venéreas.

Tabla N ° 38. Distribución porcentual de los pacientes con tuberculosis. Según si tuvieron el síntoma de secreción en genitales. Gestión Febrero a Junio 2008.

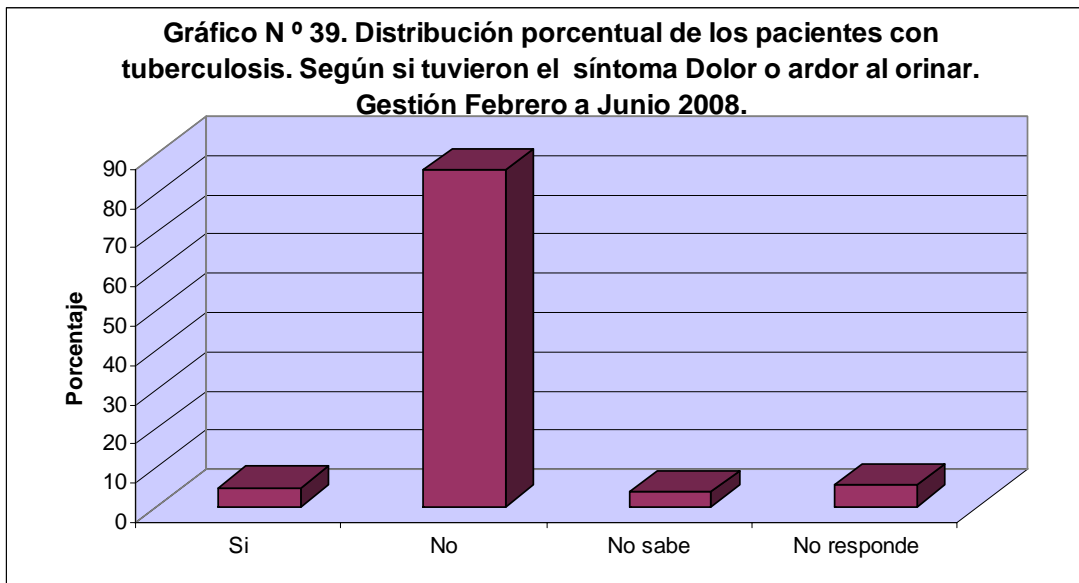
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	50	20,2	20,2	20,2
No	175	70,6	70,6	90,7
No sabe	9	3,6	3,6	94,4
No responde	14	5,6	5,6	100,0
Total	248	100,0	100,0	



La gráfica N ° 38 nos muestra que en un 20%, de los participantes tuvieron el síntoma secreción genital.

Tabla N ° 39. Distribución porcentual de los pacientes con tuberculosis. Según si tuvieron el síntoma Dolor o ardor al orinar. Gestión Febrero a Junio 2008.

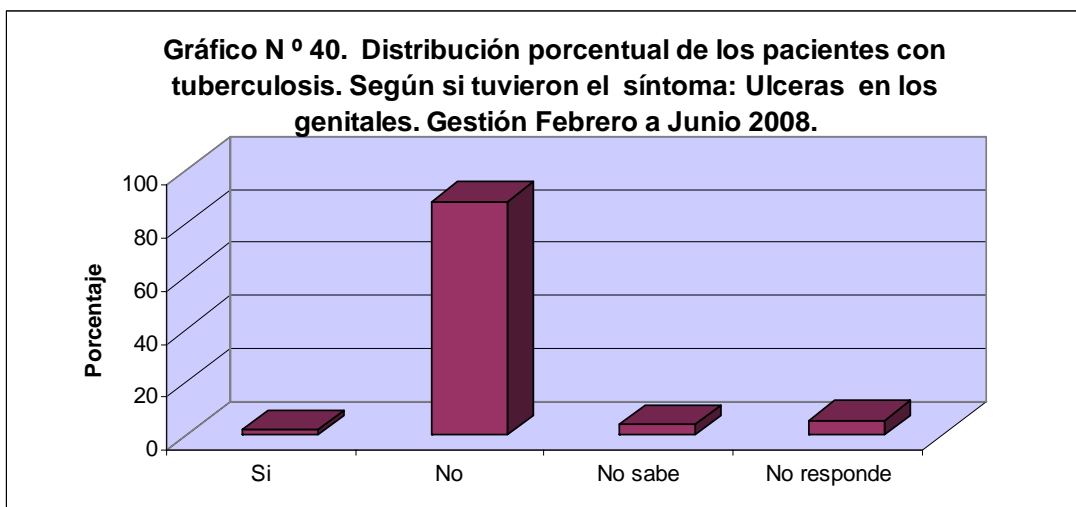
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	12	4,8	4,8	4,8
No	213	85,9	85,9	90,7
No sabe	9	3,6	3,6	94,4
No responde	14	5,6	5,6	100,0
Total	248	100,0	100,0	



La gráfica N ° 39 nos muestra que en un 4,8% los participantes del estudio tuvieron alguna vez dolor al orinar.

Tabla N ° 40. Distribución porcentual de los pacientes con tuberculosis. Según si tuvieron el síntoma: Ulceras en los genitales. Gestión Febrero a Junio 2008.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	5	2,0	2,0	2,0
No	219	88,3	88,3	90,3
No sabe	10	4,0	4,0	94,4
No responde	14	5,6	5,6	100,0
Total	248	100,0	100,0	

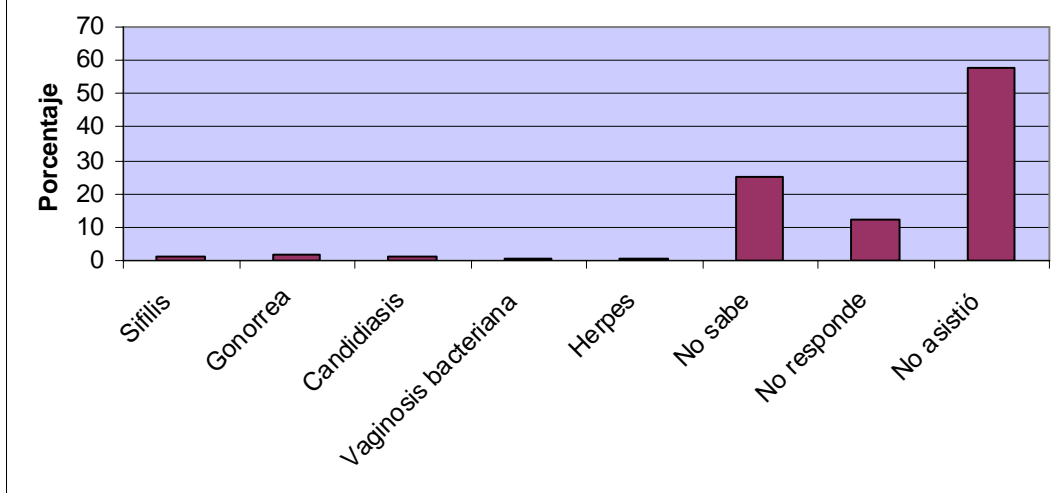


La gráfica N ° 40 nos muestra que un 2% de la población en estudio sufrió alguna vez úlceras en los genitales.

Tabla N ° 41. Distribución porcentual de los pacientes con tuberculosis. Según la infección de transmisión sexual por la cual asistió al médico. Gestión Febrero a Junio 2008.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sífilis	3	1,2	2,9	2,9
Gonorrea	4	1,6	3,8	6,7
Candidiasis	3	1,2	2,9	9,5
Vaginosis bacteriana	2	,8	1,9	11,4
Herpes	1	,4	1,0	12,4
No sabe	62	25,0	59,0	71,4
No responde	30	12,1	28,6	100,0
No asistió	143	57,7		
Total	248	100,0		

Gráfico N ° 41. Distribución porcentual de los pacientes con tuberculosis. Según la infección de transmisión sexual por la cual asistió al médico. Gestión Febrero a Junio 2008.

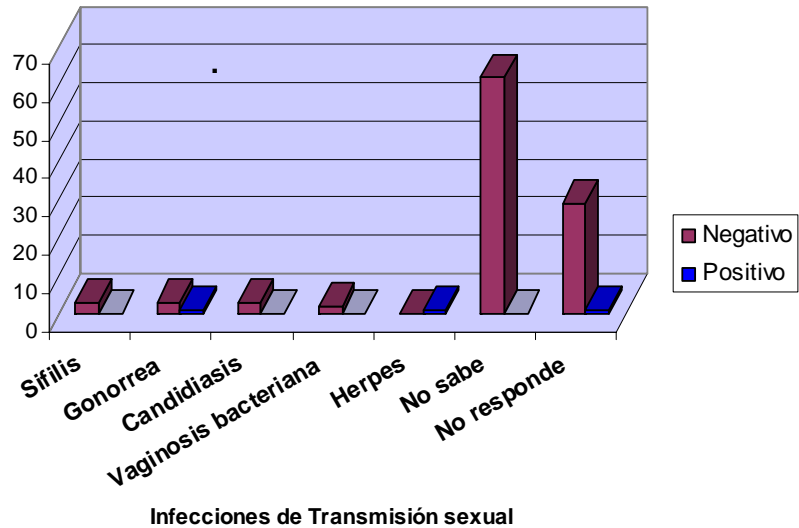


La Gráfica N ° 41 muestra que en un 57, 7% no asistió al médico por ninguna infección de transmisión sexual, seguido por un 25% de personas que no sabían; sin embargo en pequeños porcentajes se presentaron pacientes que asistieron por sífilis 1,2%, gonorrea un 1,6%, vaginosis bacteriana un 0,8%, herpes un 0,4%.

Tabla N ° 42. Número de pacientes VIH (+). Según la infección de transmisión sexual por la cual asistió al médico. Gestión Febrero a Junio 2008.

	Estado serológico		Total
	Negativo	Positivo	
Sífilis	3	0	3
Gonorrea	3	1	4
Candidiasis	3	0	3
Vaginosis bacteriana	2	0	2
Herpes	0	1	1
No sabe	62	0	62
No responde	29	1	30
Total	102	3	105

Gráfico N ° 42 Número de pacientes VIH (+). Según el la infección de transmisión sexual por la cual asistió al médico. Gestión Febrero a Junio 2008.

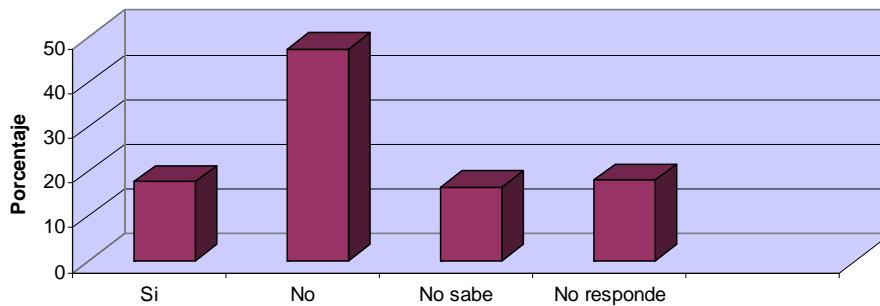


La gráfica N ° 42 nos muestra el número de pacientes VIH (+) que asistieron al médico según la infección de transmisión sexual que padeció. Uno de los casos sufrió gonorrea, herpes y un tercero que no respondió acerca de la pregunta.

Tabla N ° 43. Distribución porcentual de pacientes con tuberculosis. Según si tomaron algún medicamento o algún tratamiento para una infección de transmisión sexual. Gestión Febrero a Junio 2008.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	44	17,7	17,7	17,7
No	118	47,6	47,6	65,3
No sabe	41	16,5	16,5	81,9
No responde	45	18,1	18,1	100,0
Total	248	100,0	100,0	

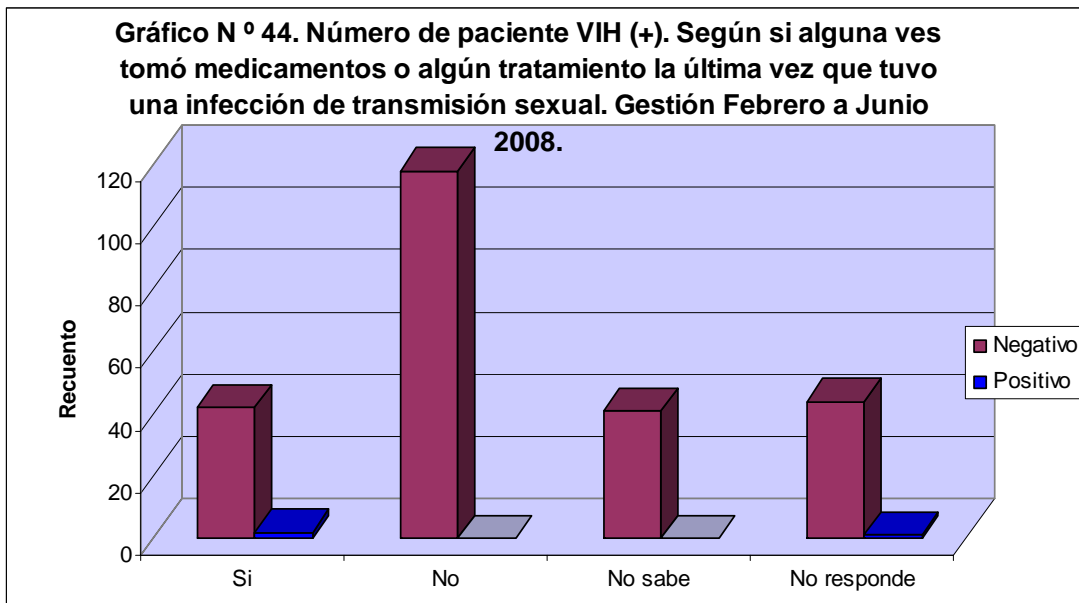
Gráfico N ° 43. Distribución porcentual de pacientes con tuberculosis. Según si tomaron algún medicamento o algún tratamiento para una infección de transmisión sexual. Gestión Febrero a Junio 2008.



La gráfica N ° 43 nos muestra que en un 47,6% de los participantes no tomó algún medicamento o siguió algún tratamiento para una infección de transmisión sexual, sin embargo en un 17,7% si siguieron alguna vez tratamiento dado por el médico o sólo tomaron algún medicamento para alguna infección de transmisión sexual.

Tabla N ° 44. Número de paciente VIH (+). Según si alguna vez tomó medicamentos o algún tratamiento la última vez que tuvo una infección de transmisión sexual. Gestión Febrero a Junio 2008.

	Estado serológico		Total
	Negativo	Positivo	
Si	42	2	44
No	118	0	118
No sabe	41	0	41
No responde	44	1	45
Total	245	3	248



La gráfica N ° 44 nos muestra el número de pacientes VIH (+) que siguieron tratamiento alguna ves para alguna infección de transmisión sexual, de los cuales dos recibieron tratamiento y el tercero no responde.

VIII. CONCLUSIONES

- Se implementó las pruebas rápidas para el diagnóstico de VIH en pacientes con tuberculosis que firmaron el consentimiento informado, que llenaron la encuesta y que participaron en los grupos de auto ayuda.
- Se llegó a obtener los datos demográficos de los participantes mediante los datos recogidos mediante la entrevista.
- La prevalencia obtenida en el área urbana es de 1,2% y en el área rural no se encontró ningún caso positivo.

IX. DISCUSIÓN

Del estudio piloto se obtuvo un total de muestras fueron 248 pacientes con tuberculosis extra pulmonar o pulmonar, con tratamiento ya diagnosticados y notificados en el Programa de Control de Tuberculosis,

La prevalencia hallada por el estudio es de **1,2%**, evidentemente la tuberculosis es una de las infecciones oportunistas más comunes entre personas que viven con el virus del VIH, hablando de casos de coinfección esta prevalencia con respecto a las **estimadas de 14%** por ONUSIDA, sin embargo de acuerdo a un estudio realizado en Colombia de los años 2002 al 2006 (Tuberculosis en pacientes con infección por VIH en el Hospital Universitario de de San Ignacio , 2002 – 2006) se describe que hay una prevalencia del **3,5%** y esto realizado en cuatro años de estudio, en comparación del presente estudio se realizó de los meses de Febrero a Junio del presente año esto justificaría la prevalencia de 1,2% hallada.

Por otra parte la estimación por la OPS/OMS indica que del total de pacientes con TB el 10% tiene VIH, la prevalencia hallada por este estudio es mucho menor a este número por un lado por el tiempo del estudio, la metodología empleada con consentimiento informado y más aún que se trató de un proyecto piloto donde en coordinación con el Programa de Control de Tuberculosis y el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, se consensó en tomar esta metodología y no emplear un estudio a ciegas sin consentimiento de los pacientes, que con el procedimiento empleado se pueda llegar a sensibilizar acerca en la temáticas de TB y VIH/SIDA.

Se realizó el estudio en La Paz tomando en cuenta algunos Municipios, El Alto, esto se eligió según a los centros de salud participantes donde contaban como mínimo diez pacientes diagnosticados con tuberculosis, que cuenten con un área para la realización de pruebas rápidas, además de los lugares donde haya mayor incidencia de tuberculosis, como es el área rural de Caranavi y algunos municipios aledaños.

La ciudad del Alto como tal se realizaron un 44% de pruebas, en La Paz un 31% y en el área rural con un 25%, se pudo acceder a los pacientes con tuberculosis.

Entre los hallazgos fueron que el sexo femenino (59,3%) accedió a la prueba rápida en mayor porcentaje, en cambio los casos como VIH (+) encontrados dentro de esta población, fueron del sexo masculino con un 1,2% de casos positivos, lo que reafirma de que en el país aún la infección por VIH tenemos una relación de 2:1 con respecto de hombres a mujeres.

Los grupos etáreos que accedieron a la prueba rápida son los de 18 a 25 y de 26 a 34 años, de las cuales se presentaron dos casos de VIH, esto es acorde con los datos que se tiene en el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, que estas edades son las más vulnerables y el tercer caso en la edad de 35 a 44 años.

Con relación al nivel de estudios con un 41% de los participantes llegaron hasta la secundaria completa (bachillerato), lo que concuerda con los casos positivos. Esto sugiere que la adquisición del VIH es un problema no necesariamente a la asociado a la educación, toda vez que los comportamientos de riesgo para contraer la infección por VIH son la interacción de diversos factores culturales, sociales.

Con respecto a los participantes del estudio en cuanto al lugar de nacimiento la mayoría fue del departamento de La Paz, seguido de Potosí, Oruro, Cochabamba, Sucre, con sus respectivos municipios y provincias. El lugar donde residían los participantes que dieron VIH (+) fueron en la ciudad de La Paz y El Alto. En el área rural no se encontraron casos positivos.

En relación al estado civil de los participantes, se vio que hubo más solteros, casados y unión libre, los casos positivos, se presento de igual manera, un caso de soltero, un separado y el último como unión libre, lo cual no demuestra que la infección de VIH, no hay una relación marcada con respecto al estado civil.

Lo que llama la atención del estudio que aún un paciente de tuberculosis por su estado en algunos casos no tienen la posibilidad de trabajar lo hacen en distintos trabajos como trabajo regular.

Con respecto a las situaciones de riesgo, como el consumo de alcohol, en general los participantes en un 85% afirmaron que ni una vez consumieron alcohol en las últimas 4 semanas, esto porque todos ellos ya estaban con tratamientos antituberculosos mínimo de dos semanas; sin embargo de la relación con los casos positivos para VIH, dos casos tenemos que más de una vez, aun estando con tratamiento, consumieron alcohol y uno no consumió.

Acerca de la utilización de drogas en general los resultados nos dieron que un 92,3% no consumieron drogas de ningún tipo y los casos VIH (+) se encontraron dentro del grupo que nunca consumió drogas. Tal hecho explicaría acerca de que

los pacientes que participaron una mayoría no estuvieron expuestos a este tipo de situación de riesgo, por lo cual no se halló un mayor número de casos VIH positivos.

Del 7,7% que consumieron drogas alguna vez no se presentaron casos positivos y el tipo de droga era mariguana y heroína, que dentro las últimas cuatro semanas no lo habían hecho ni una vez y de esta pequeña población que consumió alguna vez drogas, nunca uso jeringas para inyectarse drogas.

Con respecto a los factores comportamiento de tipo sexual los resultados dieron que de los 248 pacientes con tuberculosis el 100% afirmó que su orientación sexual heterosexuales y que en un 55,2% tuvieron sólo una pareja sexual durante los últimos doce meses, con relación a aquellos que dieron VIH (+) tuvieron hasta tres parejas sexuales.

En relación al uso del condón los resultados hallados fueron que en un 64,3% nunca usaron condón cuando mantuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses, aquí se denota aún la renuencia en el uso del preservativo como método de prevención tanto para la infección de VIH e ITS.

Otro comportamiento de riesgo para contraer la infección por el VIH el mantenimiento de relaciones sexuales con parejas ocasionales, en el estudio demostró que en un 14% tuvieron relaciones sexuales ocasionales, de este porcentaje un 62,5% no utilizaron condón.

Hablando ya acerca del uso del condón en una última relación sexual que tuvieron los participantes un 82,7% respondieron que no utilizaron preservativo y en relación a los casos VIH (+), dos de los casos afirmaron no haberlo utilizado en la última relación sexual. Las respuestas más comunes acerca del porqué no utilizan condón, las tres respuestas más comunes fueron: que no sabían, que no sirven los condones y que no creyeron que fuera necesario usarlo en la relación sexual, como se pudo evidenciar que no existe aún el uso permanente del condón.

Los participantes afirmaron en un 79,4% a ver recibido en algún momento recibió información acerca de que son las infecciones de transmisión sexual.

En la encuesta realizada se preguntó acerca de los síntomas más comunes que se presentan en las infecciones de transmisión sexual como: secreción en genitales respondieron afirmativamente un 20,2% haberlo tenido, dolor o ardor al orinar un 4,8%, Ulceras en los genitales un 2,0%, el síntoma más común es la secreción en genitales.

De las personas que habían afirmado tener en algún momento alguno de los síntomas mencionados un 59% respondieron que no sabían que ITS habían pasado, un 3,8% que fue el porcentaje más elevado y se trató de gonorrea en relación a los casos positivos para VIH, presentaron antecedentes de haber pasado una infección de transmisión sexual: gonorrea y herpes, que innegablemente es un factor de riesgo para el ingreso del VIH.

Del total de participantes se consulto si alguna vez habían tomado algún tratamiento ya sea supervisado por un doctor o mediante automedicación un 17,7% respondieron que siguieron un tratamiento, los pacientes VIH (+) siguieron tratamiento para la infección de transmisión sexual.

Una de las limitaciones de este estudio fue la falta de sensibilización e información acerca de la temática del VIH/SIDA, tanto a nivel del personal de salud y así también de la población general, por lo cual no se logró realizar la prueba de VIH a los pacientes tuberculosis.

Otro aspecto importante es que no se tiene reglamentada la realización del examen de VIH a los pacientes diagnosticados con tuberculosis; este procedimiento no es obligatorio y, por tanto, está sujeto a la voluntad y aceptación del paciente; de tal forma que para realizar la vigilancia del VIH en los pacientes con tuberculosis se debió utilizar estrategias en las que se incluya el darle a los pacientes sensibilización acerca preprueba y con ello la posibilidad de realizar este diagnóstico, por esta razón se propuso dicho proyecto como un Piloto, con una metodología con consentimiento informado para la realización de la prueba y emplear esto dentro de los Grupos de Auto Ayuda.

Los pacientes que accedieron a realizarse la prueba para VIH se pudo obtener una prevalencia mucho más elevada al obtener las pruebas a ciegas, sin embargo nuestro medio, lo que se pudo observar que muchas personas, más aún de los pacientes con tuberculosis, son personas de bajos recursos, generalmente, que aún están muy arraigados en tradiciones, como por ejemplo que una primera relación sexual tiene que dar como resultado una infección de transmisión sexual, o actitudes como el machismo, al no querer usar el condón, como medio de protección; son factores que de algún modo ejercen presión sobre las personas para no aceptar de hablar de temas de sexualidad y más aún de realizarse una prueba de este tipo.

Entre otros resultados importantes que se pudo obtener con este Proyecto piloto:

- Coordinación de actividades entre los Programas TB/VIH,
- Sensibilización en la temática de VIH, a personal de salud, pacientes con tuberculosis, autoridades de algunos Municipios y a población en general.
- Actividades como TB/VIH en el área rural como es los Yungas de La Paz.
- Fortalecimiento en capacitación al personal.
- Beneficio de las redes ya implementadas en tuberculosis para extender la cobertura para el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA.
- Reconfiguración de grupos de Guía de Auto Ayuda Psicosocial
- Interacción personal de Salud con pacientes.

Las actividades de coordinación que se realizaron entre Programas Nacionales departamentales para la elaboración del protocolo del Proyecto y la posterior coordinación de actividades en sí.

En cuanto a la sensibilización y capacitación se realizaron, cuatro capacitaciones esto solo a personal de salud que esta involucrado en tuberculosis, se llegó a capacitar a 100 personas. Los talleres de capacitaciones se tomaron en cuenta cuatro acápites importantes: capacitación en Consejería, la realización de la prueba de VIH, bioseguridad y socialización de la guía de Grupos de Autoayuda. Además de las capacitaciones fueron teóricas como prácticas, donde el personal de salud accedió a las pruebas rápidas. Se trabajó mucho con sensibilización ya que el propio personal de salud es aún reacio a saber su estado serológico para VIH; sin embargo con las reuniones de Autoayuda, que se conformaron, se llegó a realizar 83 pruebas rápidas a personal de salud.

Se realizaron a lo largo de la implementación 30 reuniones, donde asistieron de los cuales 350 fueron pacientes con tuberculosis de los cuales 248 accedieron a la prueba rápida en algunos centros se llegaron a realizar en dos ocasiones las personas responsables de la organización fueron el personal de tuberculosis capacitado, además del personal DOTTS, se encargaron de elaborar los programas, hubo apoyo además de la Asociación de pacientes con Tuberculosis (ASPACONT).

X. RECOMENDACIONES

Por la prevalencia encontrada en bajo porcentaje ya como prueba piloto es proponer otras estrategias solo para saber prevalencia como el estudio a ciegas pero esto ya en el eje troncal del país.

Es importante fomentar la notificación de los casos que se diagnostiquen, la calidad de los registros y llevar el sistema de vigilancia epidemiológica activa, en el cual se comparan y analizan los registros de tuberculosis y de VIH/sida, con el fin de tomar oportunamente las medidas de intervención.

La determinación de la demora diagnóstica y su origen deben ser minimizadas ya que es un tiempo en el cual el paciente está contagiando a la comunidad y, en el caso de la coinfección, aumenta la probabilidad de muerte del paciente. Para evitar estos problemas, es importante la información y la educación del personal de salud y del público en general sobre los síntomas y signos de la tuberculosis y el VIH/sida, junto con la atención en salud para todos los enfermos.

El impacto esperado con este proyecto es que a nivel Nacional se implementen políticas, estrategias interinstitucionales, para la prevención además asegurar la atención integral y los tratamientos en casos de coinfección TB/VIH.

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. 2002. **Strategic framework to decrease the burden of TB/HIV. Ginebra** (WH/CDS/TB/2002.296).
2. Organización Mundial de la Salud. 2004. **Interim policy on collaborative TB/HIV activities. Ginebra.** (WHO/HTM/TB/2004.330).
3. Organización Mundial de la Salud. 2004. **A guide to monitoring and evaluation of TB/HIV activities. Field test version. Ginebra.** (WHO/HTM/TB/2004.342).
4. UNAIDS, 2004. Bolivia. **Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and sexually Transmitted Infections.** (Bolivia Hojas de información epidemiológica en HIV/SIDA e infecciones de transmisión sexual. Actualización 2004) UNAIDS, PAHO, UNICEF Y WHO. Ginebra.
5. Organización Panamericana y Mundial. Reunión STOP TB, Lima – Perú 2007 (Información Epidemiológica en VIH/TB a nivel mundial y las Américas)
6. Ministerio de Salud y Deportes. Manual de Normas Técnicas de Tuberculosis. 2005. p 16.
7. Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.
8. Organización Panamericana de Salud Programas Nacionales de Control de la TB. **Plan Regional de Tuberculosis 2006-2015.** p: 8 –9.
9. Di perri G, Cruciani m, Danzi M, et al. **Nosocomial Epidemia of Active tuberculosis among HIV – Infected Patines.** Lancet 1989;2:1502-1504.
10. Barnes PF, Bloch AB, Davidson PT, Snide D E. **Tuberculosis in patients with human immunodeficiency virus infection.** New England Journal Medical. 1991;324:1644-1650.
11. OMS/ HTM/ TUBERCULOSIS/ 2004.06, OMS/VIH/ 2004.06, ONUSIDA/04.30E. **Guía técnicas para la vigilancia del VIH entre los pacientes con tuberculosis.** 2004. 2da edición.
12. Mukadi et al. **Tuberculosis case fatality rates in high HIV prevalence populations in sub-Saharan Africa AIDS.** 2001,15:143-52.

13. Centers for Disease Control. Assesment of HIV Seroprevalence in Hospital: Guidelines for Rapid Assessment of HIV Seroprevalence in Hospitalized Patients. Apr 10,1991.
14. Constantine NT, Callahan JD, Watts DM. **Pruebas para la detección del VIH y control de calidad. Guía para personal de laboratorio.** Editores Mitchell S, Gringle R. AIDSTECH. Family Health International. Durham, Carolina del Norte, EEUU de Norteamérica, 1991.
15. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. **Manual de Orientación para la realización de la prueba voluntaria del VIH.**

IMPLEMENTACIÓN DE CENTROS CENTINELAS EN CO INFECCIÓN TB/VIH

ANEXO N ° 1. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN E INCLUSIÓN

Los criterios de inclusión y exclusión para la población seleccionada son:

Grupo de Población	Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Pacientes diagnosticados con tuberculosis en sitios centinelas.	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente TB (+) confirmado paciente que asiste a reuniones de auto ayuda. • Paciente TB (+) que oscile en las edades de 15 años hasta los 90 años. • Paciente TB (+) hombres y mujeres que oscilen en la edad requerida. • Paciente TB (+) que recibe tratamiento, para tuberculosis, de cualquier esquema. • Paciente TB (+) que no se haya realizado ninguna prueba para VIH. • Paciente TB (+) que se haya realizado una prueba de VIH con resultado negativo, con tres meses de anterioridad, esto avalado por un resultado de informe de laboratorio. • Pacientes TB (+) que oscilen entre las edades de 15 a 17 años, que tengan un consentimiento Informado para realizar la Prueba Rápida de VIH firmado por un tutor. • Pacientes TB (+) que hayan firmado el consentimiento Informado para realizar la Prueba Rápida del VIH. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente con TB (+) y VIH (+) • Paciente TB (+) que se haya realizado cualquier prueba para VIH con menos de tres meses, esto avalado por un resultado de informe de laboratorio. • Pacientes TB (+) que oscilen entre las edades 15 a 17 años, que NO tengan consentimiento escrito de autorización sus tutores para la realización de la prueba rápida de VIH. • Pacientes TB (+) que NO hayan firmado el consentimiento Informado para realizar la Prueba Rápida del VIH

IMPLEMENTACIÓN DE CENTROS CENTINELAS EN CO INFECCIÓN TB/VIH

ANEXO N ° 2. COMPROMISOS ÉTICOS

1. *Protecciones para el paciente*

- a. Consejería antes de la prueba de VIH. A todo paciente que se someta a la Prueba Voluntaria con Consentimiento informado sobre VIH se le concederá privacidad para la orientación antes y después de la prueba y para la obtención de la sangre para la prueba de VIH. Además toda Prueba Voluntaria será proporcionada por un profesional capacitado que sea miembro del personal del sitio centinela. Toda prueba de VIH será precedida por lo siguiente:
 - (i) Consejería antes de la prueba que proporciona al paciente una explicación sobre el por qué se le está pidiendo que se someta a pruebas de VIH
 - (i) Consejería antes de la prueba que provee una explicación sobre el propósito de las pruebas de VIH (Ej. Asociación patógena de ITS y VIH)
 - (ii) Consejería antes de la prueba que asegura al paciente que se haga todo esfuerzo para retornarle los resultados de la prueba de VIH a él/ella o al tutor del paciente (conjuntamente con consejería después de la prueba), al sitio de la visita original si es posible
 - (iii) Consejería antes de las pruebas que faculta al paciente a solicitar los resultados de sus pruebas de VIH, y se asigna a una persona de contacto y una localización en dónde se podrán obtener los resultados de las pruebas en caso que dichos resultados no pudieran ser devueltos al paciente durante la visita original.
 - (iv) Una oportunidad para optar a **no** someterse a las pruebas de VIH. Al paciente se le informará que su asistencia médica y/o diagnóstico laboratorial no se verá comprometida de manera alguna si rehusara ser analizado para VIH o participar en la evaluación.
 - (v) Una oportunidad para optar a no permitir que su formulario de recolección de datos se ponga en su historial médico. Al paciente se le informará que su asistencia médica y/o atención no será comprometida de ninguna forma si rehusara permitir que la información forme parte de un historial médico. Sin embargo, se le informará al paciente que si su médico no es consciente del estado serológico positivo del VIH, el retraso de atención puede ser no adecuado.
- b. Consejería después de la prueba de VIH. Si el paciente da su consentimiento para las pruebas de VIH, la consejería será ofrecida con los resultados de la prueba. Consejería posterior a las pruebas de VIH será apropiado según el resultado de la prueba de VIH y se proporcionará una referencia para consejería adicional y el manejo de la enfermedad de VIH.
- c. El estatus de VIH del paciente será reportada al programa Nacional de ITS/VIH-SIDA conforme a la normativa nacional, utilizando únicamente un código ya establecido en el Programa Nacional de ITS/VIH -SIDA. Al paciente se le

informará que:

Todos los datos definidos por el programa e información sobre el resultado de la prueba de VIH obtenida para la evaluación y para fines de reporte al Programa Nacional de ITS VIH SIDA serán manejados únicamente por *personal de recolección y reporte de datos* específicamente capacitados en asuntos relacionados con privacidad y confidencialidad.

Todos los formularios que contengan cualquier dato definido por los programas y resultados de pruebas de VIH serán anonimizados, eliminando permanentemente el nombre del paciente y sustituyéndolo con un código que le ha sido asignado. Este código se derivará de las instrucciones específicas giradas por el Programa Nacional de ITS VIH SIDA.

2. Otras consideraciones éticas

El protocolo para este sistema de vigilancia centinela de VIH propuesta será presentado al Comité de Ética del Ministerio de Salud y Deportes para la determinación de no investigación.

Programa Nacional de ITS VIH SIDA serán manejados únicamente por *personal de recolección y reporte de datos* específicamente capacitados en asuntos relacionados con privacidad y confidencialidad

Todos los formularios que contengan cualquier dato definido por los programas y resultados de pruebas de VIH serán anonimizados, eliminando permanentemente el nombre del paciente y sustituyéndolo con un código que le ha sido asignado. Este código se derivará de las instrucciones específicas giradas por el Programa Nacional de ITS VIH SIDA.

ANEXO N ° 3. CARÁCTER CONFIDENCIAL DE LOS DATOS DE LA VIGILANCIA DEL VIH

Todos los programas de vigilancia de las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA tienen normas que contemplen la protección de la información privada del paciente y la confidencialidad de los datos del control de las enfermedades; que garanticen la integridad de los datos (que no se puedan modificar sin autorización), y que solo den acceso a la información a personas autorizadas y con el fin de trabajar en el control de las enfermedades.

Si se llega a divulgar sin autorización información personal de un paciente con ITS o VIH u otra enfermedad bajo vigilancia de salud pública, las repercusiones para el individuo o para la institución pueden ser muy graves. Además, se logrará perder la confianza en los

sistemas básicos de control de enfermedades y se arriesgará el éxito de las actividades de control.

En la mayoría de los países los datos de identificación personal se mantienen en el sitio que notifica o en la jurisdicción local, bajo restricciones estrictas. No es necesario traspasar a la instancia nacional la información personal sobre los pacientes, y por lo general no se hace.

ANEXO N ° 4. NORMAS DE BIOSEGURIDAD PRECAUCIONES UNIVERSALES.

Se llama así al conjunto de medidas que debe llevar a cabo el personal médico y paramédico para evitar infectarse o transmitir infecciones entre pacientes. Las precauciones universales deben aplicarse a todos los pacientes, independientemente de su condición o no de seropositivos.

Toda actividad realizada en un establecimiento de salud, en el cual se realiza el manejo de residuos sólidos, el desecho de los mismos debe estar regida por la norma Boliviana 69001 7 Residuos sólidos, el Reglamento de Gestión de residuos sólidos generados en establecimientos en salud 14 03 2002.

Dentro de las precauciones se debe hacer una adecuada clasificación de acuerdo a los residuos y el código de colores según la norma Boliviana:

CLASE	SUB CLASE	TIPO DE RESIDUO
Clase A Residuos infecciosos Color rojo	A1	Biológicos
	A2	Hemoderivados, fluidos corporales.
	A3	Cortes anatomopatológicos
	A4	Cortopunzantes
	A5	Cadáveres o partes de animales
	A6	Asistencia de pacientes en aislamiento
Clase B Residuos Especiales Color azul	B1	Residuos radioactivos
	B2	Residuos Farmacéuticos
	B3	Residuos Químicos peligrosos
Clase C Residuos Comunes Color negro		Asimilables generados en el domicilio

Se debe realizar un manejo integral de los residuos, comenzando en la separación adecuada en el origen, acondicionar recipientes, estos deben ser según el residuo que se deseche:

- Infecciosos comunes: deben ser de fácil lavado, resistentes, identificados, con bolsa plástica de 60 a 120 micrones respetando el código de colores.
- Cortopunzantes: Recipientes de plástico con paredes rígidas con boca tipo alcancía, bien identificados.
- Especiales: Cajas de cartón, identificados.

En el trabajo diario en el manejo de residuos sólidos se debe tener en cuenta los principios de bioseguridad

- Universalidad: Todos los pacientes y líquidos biológicos, deben ser considerados como potencialmente infectantes sin importar el motivo de consulta, por lo tanto todas las áreas del laboratorio deben cumplir con las normas establecidas.
- Uso de barreras: Establece el concepto de evitar la exposición directa con muestras biológicas y productos químicos, mediante el uso de dispositivos que se interpongan al contacto de las mismas. Como la protección del personal a la exposición de agentes infecciosos provista a través de:
 - a. Practicas técnicas de laboratorio estándar y normas de higiene personal.
 - b. Equipos de seguridad adecuados: batas, lentes de protección, guantes etc.
 - c. Vacunas: Hepatitis B, tétanos.
- d. Desinfección de instrumentos y superficies: Proceso que implica el uso de agentes químicos en objetos inanimados como superficies de trabajo, pisos, equipamiento. La desinfección elimina todos los microorganismos no formadoras de esporas. Para llevar a cabo una desinfección es necesario conocer, la actividad del desinfectante, la concentración que debe tener para su aplicación, el tiempo de contacto con la superficie que se descontaminara, las especies y el numero de gérmenes que eliminara
- Eliminación segura de los desechos: Es el conjunto de dispositivos y procedimientos destinado a la eliminación segura de los residuos generados en todas las actividades que desarrolla el laboratorio.

Evaluación de riesgos: Corresponde a un proceso de análisis de la probabilidad que ocurran daños, heridas, infecciones en el laboratorio.

ANEXO Nº 5. FORMULARIO DE RECHAZO. Primera reunión

Nombre del centro _____ Población _____ Fecha _____

Responsable _____

Número de pacientes asistentes a la reunión	Número de pacientes asistentes que aceptan la prueba	Número de pacientes asistentes que NO aceptan la prueba	Observaciones

ANEXO Nº 5. FORMULARIO DE RECHAZO. Segunda reunión

Nombre del centro _____ Población _____ Fecha _____

Responsable _____

Número de pacientes asistentes a la reunión	Número de pacientes asistentes que aceptan la prueba	Número de pacientes asistentes que NO aceptan la prueba	Observaciones

ANEXO Nº 6. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA RÁPIDA DEL VIH

Establecimiento de Salud _____

Yo _____

Certifico que (me han leído y explicado) este documento sobre consentimiento informado que contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba rápida para VIH, su interpretación, sus limitaciones, riesgo y que entiendo su contenido.

Que he recibido pre – consejería (realizada por un profesional de salud para prepararme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba de diagnóstico).

Se me explicó que si el resultado de la prueba rápida es positivo, se me tomará adicionalmente una muestra de sangre de 5 ml para confirmar este resultado (ELISA y Western Blot anti – HIV) y que debo retornar a este establecimiento de salud en una semana para conocer los resultados.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso, también recibiré una post consejería (procedimiento mediante el cual me explicarán mi resultado) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria, que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Nombre y firma de quién realiza y otorga el consentimiento:

Código de usuario/a: _____ Firma de usuario/a: _____

Fecha nacimiento usuario/a _____ Sexo: F M

Fecha: _____ / _____ / _____

ANEXO N ° 7. FORMULARIO DE NO ELEGIBILIDAD

Nombre del sitio centinela _____ Población _____ Fecha _____
Responsible _____

Número	Codificación del paciente	Razones porque el paciente no es elegible para el estudio. (No tiene consentimiento firmado, paciente TB no confirmado, paciente con tratamiento finalizado)	Observaciones

ANEXO N ° 8. ENCUESTA

Introducción: “Mi nombre es... (nombre encuestador) Yo trabajo para..... Estamos entrevistando personas aquí en (nombre de la ciudad, región o sitio) para averiguar sobre el comportamiento sexual y obtener datos sobre la prevalencia e incidencia del VIH. El objetivo de este estudio consiste en generar información que permita desarrollar políticas y estrategias adecuadas para la prevención del VIH SIDA en el país.

Se le ha entrevistado en las últimas semanas para este estudio.

SI SE LE HA ENTREVISTADO ANTES DURANTE ESTA SERIE DE ENTREVISTAS NO ENTREVISTE A ESTA PERSONA DE NUEVO. Indíquelo que no puede entrevistarle una segunda vez, agradezca y finalice la entrevista. Si no ha sido entrevistado continúe:

Confidencialidad y consentimiento: Le voy a hacer algunas preguntas muy personales que para algunas personas son difíciles de responder. Sus respuestas son completamente confidenciales. Su nombre no aparecerá escrito en este formulario y nunca se utilizará en conexión con ninguna de la información que se me proporcione. **NO** tiene que responder a las preguntas que no quiera responder y puede terminar esta entrevista en el momento que usted desee. Le agradecemos su ayuda al responder a esta entrevista. La entrevista tomará 10 minutos

Si acepta participar por favor permítame firmar como constancia de su aceptación para ingresar al estudio.

(Firma el entrevistador certificando que el entrevistado ha dado su consentimiento verbalmente)

SECCION I. Antecedentes.

PREGUNTAS		RESPUESTAS
1	Sexo	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
2	¿Cuántos años cumplidos tiene?	Edad en años cumplidos: <input type="text"/> <input type="text"/>
3	¿Sabe leer y escribir?	Si No
4	¿Qué nivel de estudios tiene? HAGA UN CIRCULO ALREDEDOR DE UNA RESPUESTA	1. No asistió a la escuela 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria completa 6. Universitaria incompleta 7. Universitaria completa
5	En que lugar nació? Especifique el lugar. Complete cada una de las líneas	Departamento _____ Ciudad _____ Provincia _____ Municipio _____
6	¿En que lugar vive? Especifique el lugar. Complete cada una de las líneas	Departamento _____ Ciudad _____ Provincia _____ Municipio _____
7	¿Cuánto tiempo tiene viviendo en este lugar?	Meses <input type="text"/> <input type="text"/> Años <input type="text"/> <input type="text"/>
8	En el último año: ¿permaneció fuera del lugar donde vive por más de un mes continuo?	Si No
9	Cuál es su estado civil?	1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Divorciad/a 4. Viudo/a 5. Separado/a 6. Unión libre
10	¿Cuál es la actividad principal con la que gana dinero? Puede elegir más de una respuesta	1. Trabajo regular 2. Trabaja en su negocio propio 3. Le envían remesas 4. Es vendedor/a ambulante 5. Lo/a mantienen sus padres 6. Lo/a mantiene su pareja 7. Transportista 8. Estudiante 9. Otra actividad (Especifique) 10. Minero

		11. Safrero 12. No trabaja
--	--	-------------------------------

Sección II. Uso de drogas y otras sustancias

PREGUNTAS

RESPUESTAS

11	Durante las últimas 4 semanas ¿Con qué frecuencia ha ingerido bebidas alcohólicas? HAGA UN CIRCULO ALREDEDOR DE UNA RESPUESTA	1. Todos los días 2. Por lo menos una vez a la semana 3. Más de una vez a la semana 4. Ni una vez 5. No sabe 6. No responde
12	¿Alguna vez ha consumido drogas? Excluir medicamentos con fines médicos o de tratamiento.	1. Sí 2. No Si la respuesta es NO pasar a la sección 3
13	En los últimos 12 meses ¿ha consumido drogas?	1. Sí 2. No Si la respuesta es NO pasar a la sección 3
14	<u>En los 12 últimos meses</u> ¿Ha probado alguna de las siguientes drogas? Puede elegir más de una respuesta HAGA UN CIRCULO ALREDEDOR DE LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	1. Fumado marihuana 2. Fumado piedra o crack 3. Inhalado piedra o crack 4. Inhalado cocaína 5. Inyectado cocaína 6. Fumado heroína 7. Inyectado Heroína 8. Inhalado thiner o clefa 9. Consumido éxtasis 10. Tomado anfetaminas 11. Tomado Diazepam 12. Otra droga 13. Especifique: 14. Ninguna
15	Durante las <u>últimas 4 semanas</u> ¿Con qué frecuencia ha utilizado drogas?	1. Todos los días 2. Una vez a la semana 3. Dos o tres veces a la semana 4. Una vez al mes 5. Ni una vez
16	Comparte usted las jeringas cuando se inyecta drogas?	1. Siempre 2. A veces 3. No nunca 4. No responde

Sección III. Antecedentes Sexuales

17	<p>En términos de su orientación sexual. ¿Usted cómo se identifica?</p> <p>RECUERDE USTED QUE ESTA ENCUESTA ES CONFIDENCIAL</p>	<p>1. Gay u homosexual 2. Bisexual 3. Heterosexual 4. Travesti 5. Transexual 6. Transgenero 7. Otros (especifique)_____</p>
18	<p>Por favor piense con cuantas parejas sexuales diferentes ha tenido relaciones sexuales durante los últimos 12 meses</p> <p>Por favor tomese su tiempo para responder para que podamos obtener información lo mas exacta posible</p>	<p>Número _____</p> <p>1. No tuvo parejas sexuales en los últimos 12 meses 2. No sabe 3.No responde</p>
19	<p>En los últimos 12 meses con que frecuencia utilizó condón en sus relaciones sexuales</p>	<p>1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces. 4. Rara vez 5. Nunca</p>
20.	<p>En los últimos 12 meses ha tenido relaciones sexuales ocasionales con una pareja que no sea la habitual</p>	<p>1. Si 2. No 3. No sabe 4. No responde</p> <p>SI LA RESPUESTA ES NO PASAR A LAPREGUNTA 22</p>
21	<p>En los últimos 12 meses Con que frecuencia utilizó condones con parejas ocasionales con las que tuvo relaciones sexuales.</p> <p>HAGA UN CÍRCULO ALREDEDOR DE UNA RESPUESTA.</p>	<p>1. Siempre 2. Todas las veces 3. La mayoría de veces. 4. Rara vez 5. Nunca 6. No sabe. 7. No responde</p>
22	<p>Piense en la ultima relación sexual ¿Utilizó condón?</p>	<p>1.Sí 2. No 3. No Sabe 4. No responde</p> <p>SI LA RESPUESTA ES NO PASAR A LA PREGUNTA 23</p>
23	<p>Por qué no uso condón en esa última relación sexual</p> <p>PUEDA ELEGIR MAS DE UNA RESPUESTA HAGA UM CIRCULO EN TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</p>	<p>1.No tenía condones 2. Son muy caros. 3. Porque mi pareja no quiso 4. Yo no quise 5. No me gustan los condones 6. No pensaron que fuera necesario 7. Creo que los condones no</p>

		sirven. 8. No sabe 9. No responde
--	--	---

Sección IV. ITS

24	¿Ha escuchado sobre las infecciones de transmisión sexual o enfermedades venéreas?	1. Si 2. No SI LA RESPUESTA ES NO PASAR A LA SECCION V																								
25	¿Ha asistido alguna vez a un servicio medico para el diagnostico o tratamiento de alguna Infección de transmisión sexual (ITS)?	1. Si 2. No																								
26	<u>En los 12 últimos meses</u> ¿Ha asistido a un servicio medico para el diagnostico de una ITS o VIH?	1. Si 2. No																								
27	En los 12 últimos meses Ha tenido alguno de los siguientes sintomas HAGA UN CIRCULO ALREDEDOR DE LAS RESPUESTAS PROPUESTAS LEA LA PREGUNTA EN VOZ ALTA	MARQUE SEGUN CORRESPONDA <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center;">SI</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Secreción en genitales</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Dolor o ardor Al orinar</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Ulceras en Genitales</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Picazon en Genitales</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td colspan="3">No ha tenido ninguno de los sintomas mencionados</td> </tr> <tr> <td colspan="3">No sabe</td> </tr> <tr> <td colspan="3">No responde</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	Secreción en genitales	1	2	Dolor o ardor Al orinar	1	2	Ulceras en Genitales	1	2	Picazon en Genitales	1	2	No ha tenido ninguno de los sintomas mencionados			No sabe			No responde		
	SI	NO																								
Secreción en genitales	1	2																								
Dolor o ardor Al orinar	1	2																								
Ulceras en Genitales	1	2																								
Picazon en Genitales	1	2																								
No ha tenido ninguno de los sintomas mencionados																										
No sabe																										
No responde																										
28	Tomó medicamentos o algún tratamiento la última vez que tuvo una infección de transmisión sexual?	1. Si 2.No 3. No sabe 4 No responde																								

Sección 4. Tuberculosis

29	¿Usted está recibiendo actualmente tratamiento para tuberculosis?	1. Si 2. No Si la respuesta es NO termina la encuesta
30	¿Recibe tratamiento específico categoría IV?	1.Si 2. No

Nota: Esta última sección del cuestionario verificarlo en la tarjeta de tratamiento de cada paciente con tratamiento de tuberculosis.

ANEXO N ° 9

**FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES (Check list)
de datos**

Ingreso

Nombre del sitio centinela _____ **Población** _____ **Fecha** _____
Responsable _____

	Código asignado al paciente	Elegible	No elegible	Recibió Preconserjería	No acepta la prueba (rechaza la prueba)	Acepta la prueba	Consentimiento informado	Llenado de la encuesta	Resultado Reactivo No reactivo	Observaciones
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

Ingreso de datos

ANEXO N ° 10. REFERENCIA DE SERVICIOS A CONFIRMACIÓN .

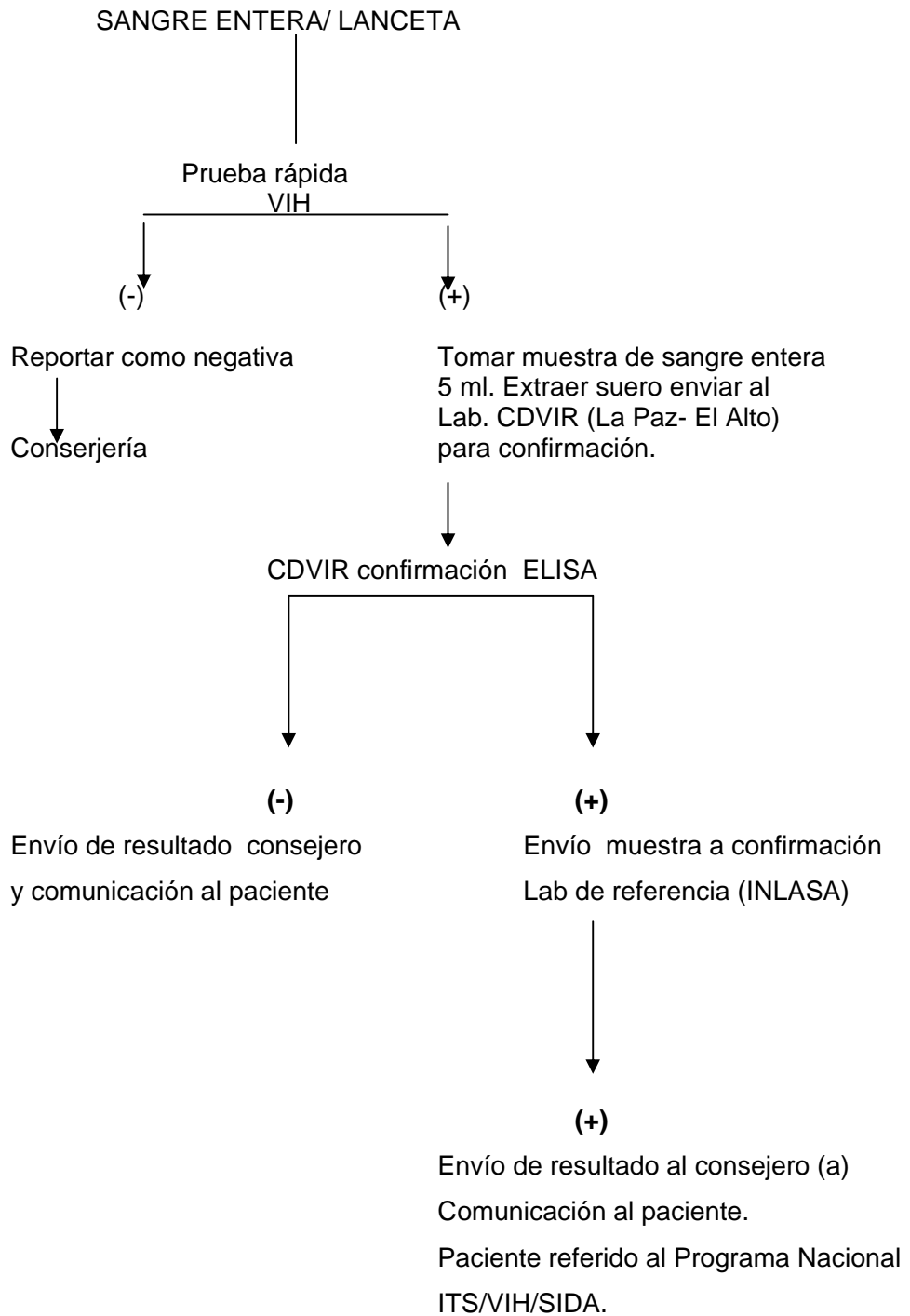
FECHA: _____

Dr. _____

Le referimos la muestra con la siguiente codificación_____ para su evaluación de infección de VIH y para su confirmación del diagnóstico, al paciente se le realizó la prueba rápida de VIH, esto por parte del estudio de co infección de TB/VIH realizado en_____ sitio centinela, donde fue realizada la prueba.

Gracias por su atención: Firma y sello del que refiere, el personal de consejería

ANEXO N ° 11. ALGORRITMO



ANEXO N ° 12. RESULTADO DE PRUEBA RÁPIDA: NO REACTIVA

DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS ANTI VIH

Ciudad: _____ Red _____ Centro. _____

Nº de Código: _____ Fecha de Toma de Muestra: _____

Muestra: _____ Sangre _____

Identificación: _____ Edad ____ Sexo M F

Técnica: _____ Inmunocromatografía _____

Nombre y marca Reactivo: _____ Determine _____

Tipo de Muestra: _____

Resultado: **No Reactivo**

Interpretación: *La muestra no presenta anticuerpos específicos anti- VIH*

FECHA DE EMISION DE RESULTADO: _____

Firma y Sello Responsable

CRONOGRAMA PROYECTO CO INFECCION TB/VIH

NUMERO	ACTIVIDADES	FEBRERO											MA		
		14	15	16	18	19	20	21	22	23	25	26		27	
1	Primer Taller La Paz											XX	XX	XX	
2	Primer Taller Alto	XX	XX	XX											
3	Segundo Taller La Paz				XX	XX	XX								
4	Segundo Taller El Alto							XX	XX	XX					
5	Reuniones de Apoyo El Alto														
6	Reuniones de Apoyo La Paz														
7	Supervisiones reuniones														
8	Recolección de información														
9	Sistematización de información														

Primer Taller de la ciudad del Alto se realizará con las redes: Lotes y Servicios - Los Andes (CONFIRMADO)

Primer Taller de la ciudad de La Paz se realizará con las redes: Sur Este - Nor Este -Norte Central - Este

Segundo Taller de la ciudad de la ciudad del Alto se realizará con las redes: Corea - Boliviano Holandes

Segundo Taller de la ciudad de la ciudad de La Paz se realizará con las redes: Sur - Red 7 - Red 8 - Red (Sorata)

El número de reuniones que tendrán que cumplir serán de dos reuniones, en el transcurso de los meses

Marzo y Abril las fechas serán definidas por cada centro según el cronograma de actividades

