



1° Diciembre 2013
"Día Mundial del VIH/SIDA"

Se presentan la información más relevante sobre la vigilancia, las tendencias y las políticas públicas.

***Informe de la
situación nacional
de VIH/SIDA***



Índice

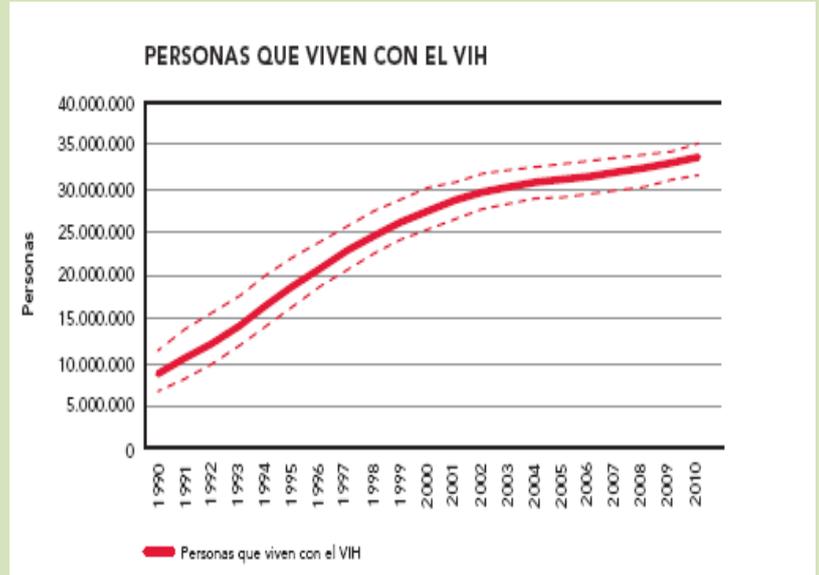
Situación Mundial de la epidemia de VIH - SIDA	2
Situación de la epidemia de SIDA en América Latina y Caribe	2
Vigilancia y situación epidemiológica de la infección por VIH y el SIDA en Uruguay.....	3
Descripción de las notificaciones de las nuevas infecciones 2011 – 2013*	4
Distribución geográfica.....	8
Transmisión vertical.....	8
Notificaciones de VIH en población pediátrica enero - octubre 2013	12
Mortalidad por SIDA	13

Situación Mundial de la epidemia de VIH - SIDA

Según el informe de ONUSIDA para el día mundial del SIDA del 2012, existen más personas que viven con VIH, debido no solo a las nuevas infecciones, sino a la accesibilidad al tratamiento antirretroviral, que ha contribuido en la reducción de la mortalidad por SIDA. A fines de 2011, aproximadamente 34 millones de personas vivían con el VIH en todo el mundo, un 17% más que en 2001. El número de personas que mueren por causas relacionadas con el SIDA, disminuyó a 1,8 millones en 2011, desde el nivel máximo de 2,2 millones alcanzado a mediados del 2000.

Gráfico N°1:

Numero estimados de personas viviendo con VIH en el mundo.1990-2012



Desde 1995, se ha evitado un total de 2,5 millones de muertes, en países de ingresos bajos y medianos, debido a una rápida ampliación del acceso al tratamiento. La proporción de mujeres que viven con el VIH se ha mantenido estable al 50% en todo el mundo, aunque este grupo de población es más afectado en África subsahariana y el Caribe (59 y 53% de todas las personas que viven con el VIH).¹

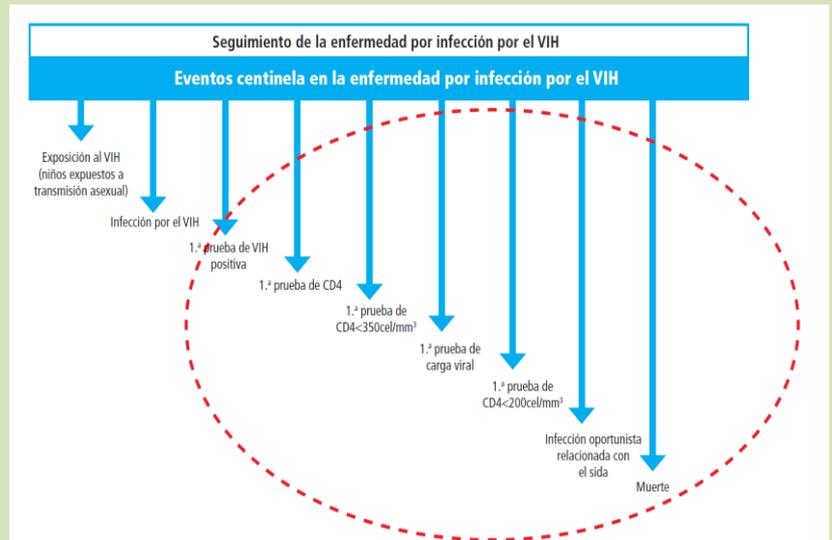
Situación de la epidemia de SIDA en América Latina y Caribe

La epidemia de VIH es estable en los países latinoamericanos, con aproximadamente 100.000 nuevos casos por año¹. En 2011 cerca de 1,4 millones de personas vivían con el VIH en América Latina, en comparación a los 1,2 millones en 2001. El Caribe es la región más afectada por la epidemia de VIH en América y la segunda más afectada del mundo. La prevalencia del VIH en adultos en 2011, fue de alrededor del 1%, una cifra superior a cualquier otra región del mundo, a excepción de África subsahariana. En el año 2011 la cobertura de terapia antirretroviral fue del 68% en América Latina y del 67% en el Caribe, en comparación a la media mundial situada en el 54%. La cobertura de tratamiento ascendió a más del 80% en Cuba, República Dominicana, México y Guyana. En Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, El Salvador, Jamaica, Nicaragua, Paraguay, Perú, Venezuela y Uruguay se alcanzó una cobertura de más del 60%¹. El número de personas que murieron por causas relacionadas con el SIDA disminuyó en un 10% entre los años 2005 y 2011.

Vigilancia y situación epidemiológica de la infección por VIH y el SIDA en Uruguay.

La epidemia de infección por VIH/SIDA se ha modificado en el tiempo, requiriendo una revisión de los sistemas de vigilancia. Incorporar el concepto de enfermedad transmisible con comportamiento crónico implica un desafío en la estrategia de vigilancia a seleccionar.

En este sentido el Programa ITS/SIDA y el Departamento de Vigilancia en Salud se encuentran embarcados en un proyecto de mejora y fortalecimiento del sistema de vigilancia. El mismo propone un sistema integrado con todas las áreas involucradas, desde la vigilancia hasta el tratamiento, contribuyendo a entender la dinámica de la epidemia de infección por VIH en el país, como un proceso longitudinal. Esto permitirá que los clínicos y las propias instituciones



cuenten con una información consolidada de sus usuarios y a la vez brindará la información necesaria para la planificación y evaluación de intervenciones².

Hasta la fecha la notificación se realiza a través de formularios obligatorios (según la ordenanza N° 624), que contemplan tanto la etapa diagnóstica de infección por VIH, como la de SIDA.

El sistema consiste en el envío del formulario de Solicitud de test confirmatorio de VIH al Departamento de Laboratorios de Salud Pública (DLSP), acompañando la muestra de sangre.

Si el test confirmatorio es positivo, el DLSP remite el resultado, acompañado del mismo formulario para ser completado en su totalidad. El formulario completo debe ser enviado al Departamento de Vigilancia en Salud (DEVISA).

Este sistema se ha puesto en funcionamiento desde el 1ero de junio del 2011, pero aun así algunas instituciones continúan omitiendo su uso. No obstante se observan discretas disminuciones de los porcentajes sin dato. La subnotificación de la vía de transmisión disminuyó de 52% vs 39% del 2010 al 2012. Se puede acceder a los formularios en la página web del MSP a través del link: http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia_5259_1.html

¹ Informe de ONUSIDA para el día mundial del SIDA/2012

² Vigilancia de la Infección por VIH basada en la notificación de casos. Organización Panamericana de la Salud 2012

*Descripción de las notificaciones de las nuevas infecciones 2011 – 2013**

*información preliminar

Desde 1983 a octubre de 2013 se han registrado 12.422 casos de infección por VIH y se estima que anualmente se infectan 1000 nuevos casos³. En 2012 se notificaron 3 casos de VIH cada 10.000 uruguayos (4/10.000 hombres y 2 /10.000 mujeres).

En el gráfico N° 2 se observa la evolución de las notificaciones de VIH y SIDA desde 1991 a 2012.

Al comparar ambas curvas de la tasa de notificación, se observa que desde 1991, la mayor pendiente corresponde a las notificaciones de VIH. Este fenómeno se explica por los avances terapéuticos y logros en la adhesión al tratamiento, que retrasan el pasaje a estadio SIDA, fenómeno observado a nivel mundial y en América Latina.

La tendencia al aumento en el número de casos de VIH existe en ambos sexos, con predominio del sexo masculino.

La relación hombre mujer para nuevos diagnósticos de VIH fue de 1.7 en 2012, presentando un leve aumento con respecto a los últimos años.

Hasta octubre del 2013 se notificaron 757 nuevos casos de VIH, lo que corresponde a una tasa de 23/100.000h.

La proporción de casos del sexo masculino corresponde a 63.3% de todas las notificaciones.

Gráfico N°2: Tasa de notificaciones de VIH y SIDA por 100.000 hab.

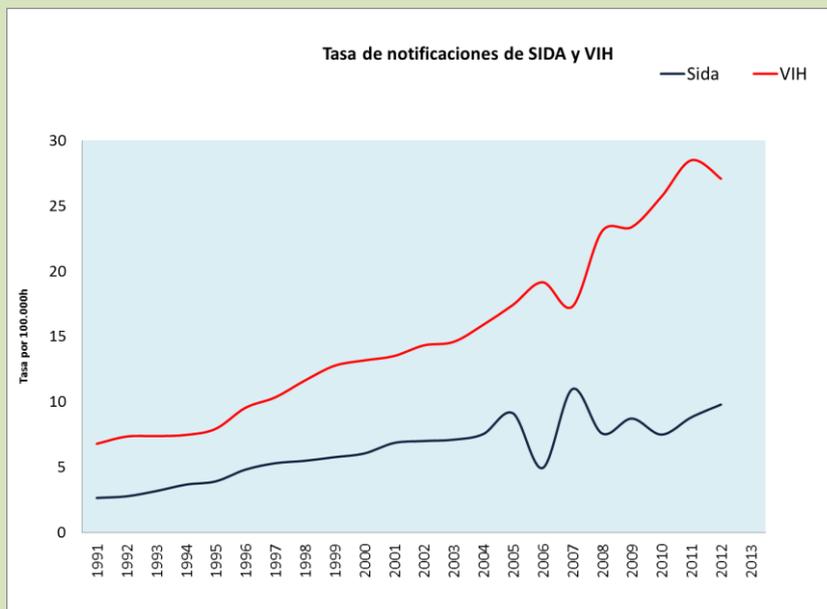
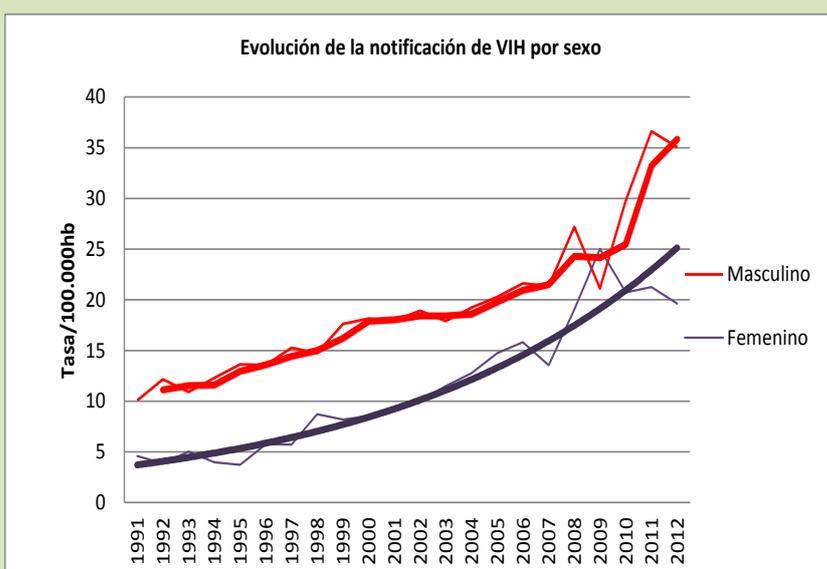


Gráfico N°3: Tasa de notificaciones de VIH según sexo por 100.000h



³ Estimaciones Spectrum

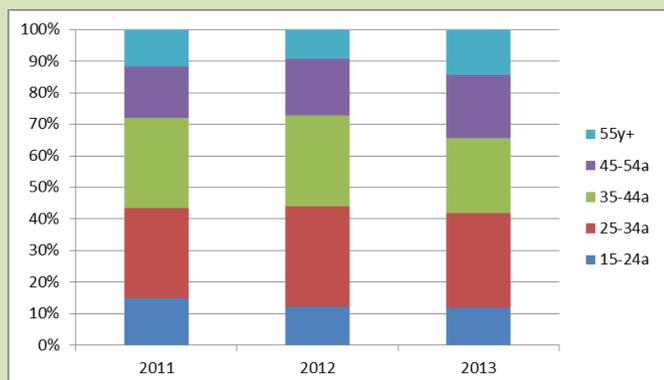
El 73% de los casos de VIH notificados a Departamento de Vigilancia en Salud mayores de 14 años, se encuentra entre los 15 y los 44 años, el predominio en el sexo masculino es claro en casi todos los grupos, excepto en el de 15 a 24 años y 35 a 44 donde la frecuencia es mayor en el grupo de mujeres. En ambos sexos predomina la vía de transmisión sexual.

La subnotificación de la vía de transmisión descendió de un 52% en el 2010, a un 36% en el 2013 (44%), siendo igualmente un valor alto.

Al observar el sexo de las notificaciones que no discriminan la vía sexual, existe un alto porcentaje que corresponden al grupo del sexo masculino. Una hipótesis planteada para explicar este valor sin dato, puede ser una resistencia del equipo de salud a interrogar la orientación sexual en los pacientes del sexo masculino.

La vía sexual continua siendo la vía de transmisión más frecuente en ambos sexos, con respecto a la vía de transmisión sanguínea, el consumo de drogas intravenosa es el factor de riesgo más destacado y el mayor porcentaje corresponden al sexo masculino.

Gráfico N°4: Distribución de los casos de VIH en hombres según grupo etario, año 2011-2013



En los gráficos N° 4 y 5 se observa la distribución de los casos de VIH notificados según grupos de edad y sexo entre los años 2011-2013.

En ambos grupos la población de 25 a 34 años presenta el mayor porcentaje.

Le siguen en porcentaje el grupo de 35 a 44 años.

En la tabla N°1 se observa que al comparar las edades de nuevos diagnósticos de VIH, los hombres son diagnosticados a edades mayores

Gráfico N°5: Distribución de los casos de VIH en mujeres según grupo etario, año 2011-2013

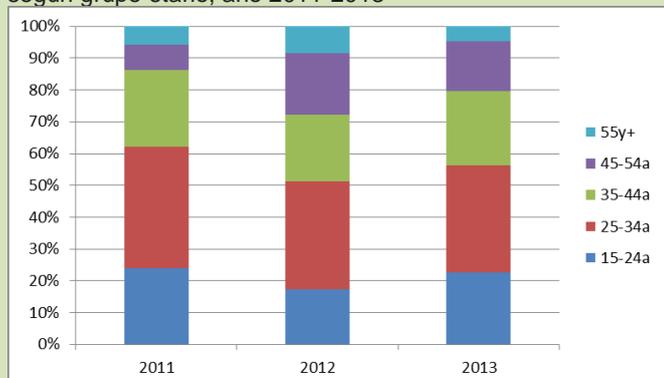


Tabla N° 1. Medidas de resumen de la edad en ambos sexos, de nuevas infecciones. 2011 – 2013.

Medidas de resumen	2011		2012		2013	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
Mediana	31,00	37,00	33,00	36,00	32,00	38,00
Media	33,00	37,70	35,10	38,00	34,60	39,40
Desvío estándar	9,20	9,90	9,80	9,60	9,20	10,50

Momento del diagnóstico

En los gráficos N° 6 y 7, se observa un leve aumento en la proporción de pacientes diagnosticados como VIH en etapa SIDA, en ambos sexos. Aunque la proporción según las notificaciones es casi un 20%, se estima que este valor es mayor, debido a la subnotificación del estadio. El criterio utilizado para medir debut SIDA a través de las notificaciones, es en base a la presencia de una o más enfermedades oportunistas o a partir de la información procedente de los certificados de defunción. Hasta el momento no se ha logrado medir las notificaciones de SIDA en función del nivel de CD4 y carga viral (CV) presentes en el momento del diagnóstico.

Gráfico N°6. Etapa de la infección en la que se realiza el diagnóstico en mujeres 2011- 2013.

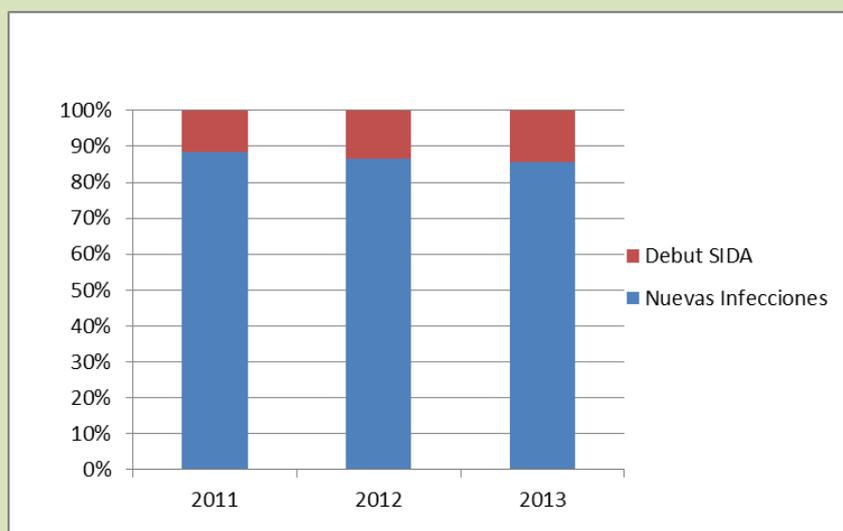


Gráfico N°7. Etapa de la infección en la que se realiza el diagnóstico en hombres 2011- 2013.

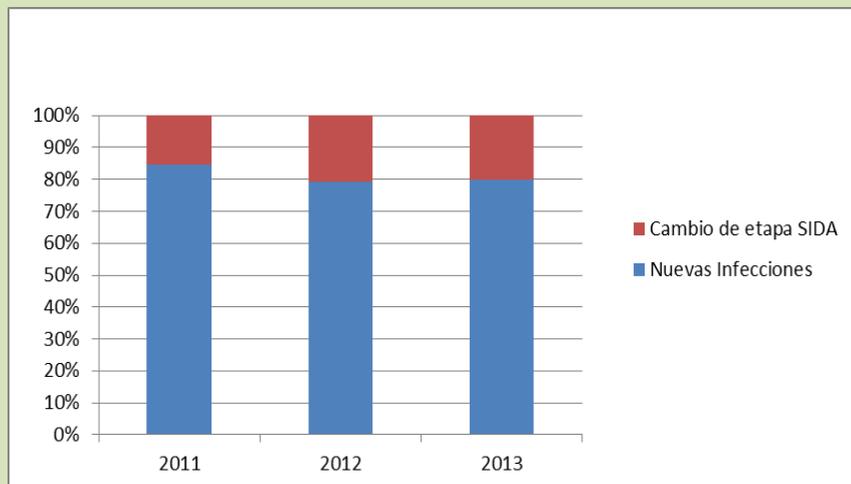
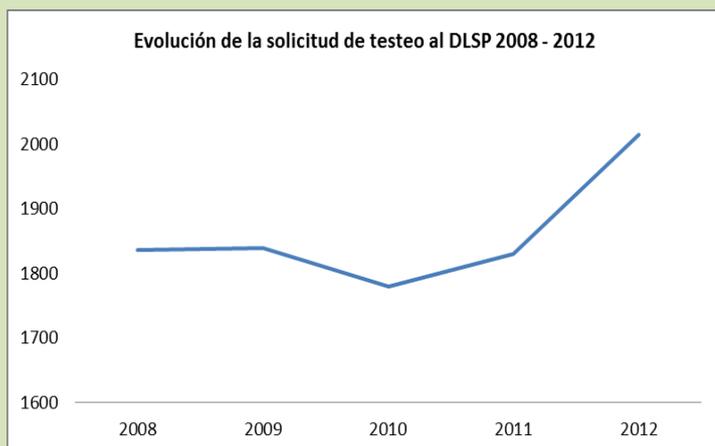


Gráfico N° 8. Evolución de la solicitud de testeo DLSP. Años 2008-2012.



Como indicador indirecto de accesibilidad al test, se muestra la evolución de las solicitudes de confirmación al Departamento de Laboratorios de Salud Pública según año.

Si bien el dato tiene sus limitaciones de interpretación, es un dato indirecto de progreso de las pruebas diagnósticas de VIH realizadas como tamizaje.

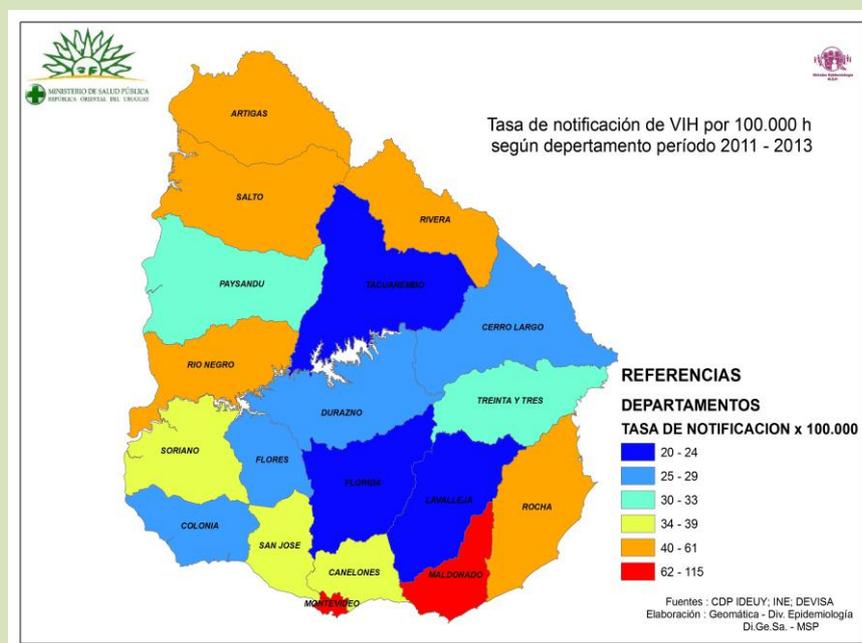
Distribución geográfica

Las tasas cada 100.000 h los departamentos, muestra una mayor proporción en Montevideo, Maldonado, Rivera, Salto y Rocha.

En la distribución geográfica, se observa el impacto de características sociales, culturales, movilización demográfica, turismo, etc.

Tabla N° 2: Tasa de notificaciones de VIH por 100.000h según departamento durante el año 2011-2013

	Tasa notificación*100,000
Montevideo	114,94
Maldonado	99,81
Rivera	61,03
Salto	54,88
Rocha	51,2
Artigas	47,94
Rio Negro	47,52
Soriano	39,35
Canelones	39,11
San José	38,47
Paysandú	32,57
Treinta y Tre	32,38
Colonia	28,94
Flores	27,17
Cerro Largo	26,26
Durazno	25,56
Tacuarembó	23,58
Lavalleja	22,56
Florida	19,69

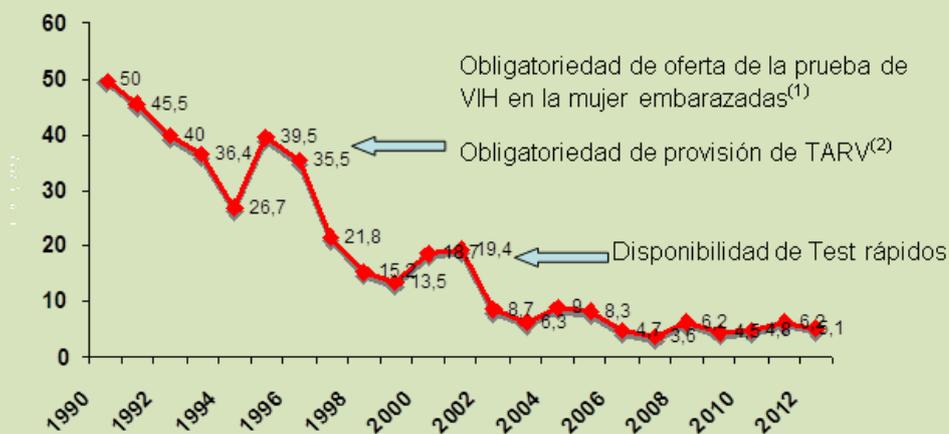


Transmisión vertical

La transmisión madre-hijo puede producirse durante el embarazo, parto y lactancia. Sin embargo existen medidas altamente eficaces para la prevención: tratamiento antirretroviral (TARV) durante el embarazo, cesárea cuando está indicada, sustitución de la lactancia por fórmulas lácteas, profilaxis con antirretrovirales al recién nacido.

En nuestro país se han logrado disminuciones muy significativas en las tasa de transmisión vertical y algunas medidas han marcado hitos en la evolución de la misma: la introducción de la oferta de la prueba de VIH durante el embarazo (que actualmente se recomienda en el primer control del embarazo y a las 28 semanas), la TARV que debe ser ofrecida siempre en la mujer embarazada y la introducción de las pruebas rápidas en embarazos de captación tardía o con riesgo de exposición.

Gráfico N°9. Evolución nacional de la tasa de transmisión vertical de VIH. 1990 – 2012.



⁽¹⁾Ordenanza Ministerial N° 430. ⁽²⁾Resolución Ministerial 171/97

En julio del 2012, fue incorporado en la HCPB-SIP (Sistema de Información Perinatal) la variable VIH, el resultado y la indicación de TARV. El mismo año se incorporaron al Certificado del Nacido Vivo electrónico las variables: prueba diagnóstica de VIH, momento de realizada y resultado.

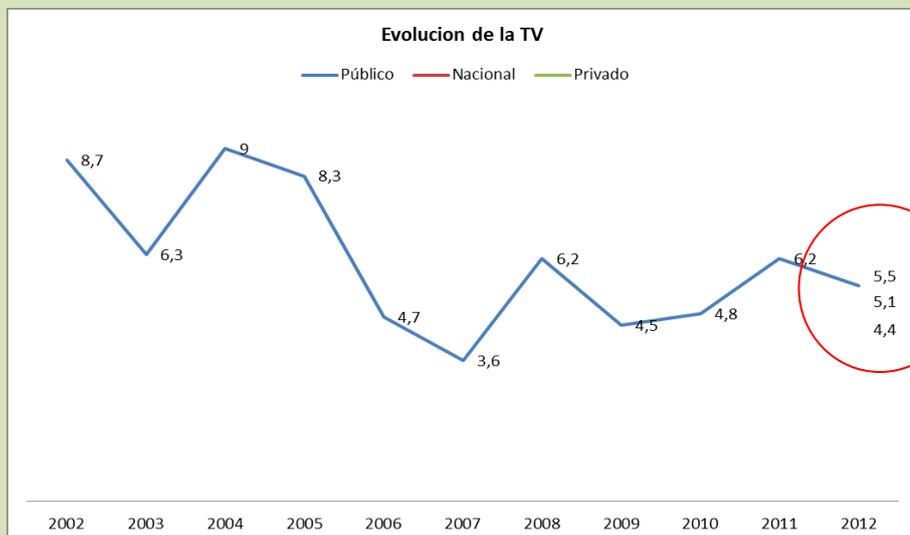
Estas 2 herramientas permiten obtener datos de mujeres embarazadas con VIH y por lo tanto el denominador para realizar el cálculo de transmisión vertical a nivel nacional, discriminado por subsector de atención.

El numerador (niños con infección por VIH) se obtiene de la notificación obligatoria y de los datos laboratoriales (PCR en niños expuestos).

Por otra parte, por ordenanza ministerial (367/13), los prestadores de salud deben realizar auditorías de las historias clínicas de mujeres embarazadas con VIH. Estas auditorías son enviadas al Programa de ITS-VIH/SIDA y permiten caracterizar el diagnóstico y la atención de las mujeres con VIH, así como determinar los factores contribuyentes a la transmisión vertical.

En el año 2012 se obtuvo información de 134 mujeres embarazadas (93 del subsector público y 41 del privado) y 135 recién nacidos vivos, con una tasa de transmisión vertical a nivel nacional de 5.1%, 5.5% en el subsector público y 4.4% en el privado.

Gráfico N°10. Evolución nacional de la tasa de transmisión vertical de VIH en los subsectores público y privado de Uruguay. Años 2002-2012



Sí bien la auditoría se ha establecido a partir del año 2013, durante el 2012 se solicitó a los servicios completar un formulario de datos que ha permitido caracterizar parcialmente a 117 mujeres embarazadas con VIH.

Tabla N° 3. Características clínicas y paraclínicas de las embarazadas con VIH.

Edad, años (mediana, rango)	29 (16-42)
VIH previo (n, %)	60 (51.3%)
TARV previo (n, %)	18 (30%)
CD4 basal en embarazadas sin TARV (Md, rango)	387 (22-1307)
CD4 basal ≤ 350/mm ³	34/88 (39%)
CD4 basal ≤ 200/mm ³	12/88 (13.6%)
Cesárea	59/85 (69%)
Cesárea en carga viral > 50 copias/ml	15/59 (26%)
Parto vaginal	26/85 (30.6%)
Parto vaginal en carga viral < 50 copias/ml	22/26 (85%)
Carga viral < 50	66/85 (78%)

De las 117 embarazadas con datos, recibieron algún tipo de PTMI (Prevención de la Transmisión Materno-Infantil) 112 (96%), TARV 104 (89%) y zidovudina sola o asociado a nevirapina 8 (7%). Es de destacar que 5 de 117 no recibieron ninguna intervención durante el embarazo y/o el parto (4%).

Tabla N° 4. Características de la TARV en las embarazadas con VIH. Año 2012

Uso de TARV (n=104)		Frecuencia
Momento de inicio del TARV en el embarazo (n = 87)	Antes de 24 sem	53 (62%)
	Antes de 14 sem	28 (24%)
	Después de las 24 sem.	33 (38.3%)
TARV previo (VIH previo = 63)		18 (29%)
Continuaron TARV post parto (n = 98)		51 (43%)

En el presente año se actualizaron las Guías de atención del MSP a mujeres embarazadas con VIH y niños/as expuestos/as, donde se recomienda la continuidad del TARV en la mujer luego del parto, considerándolo como una medida fundamental, para la salud de la mujer además de su efecto protector de la transmisión vertical.

También fueron identificados los factores asociados, los que se muestran en la siguiente tabla.

Tabla N° 5. Características de las variables de exposición en los recién nacidos de las embarazadas con VIH. Año 2012

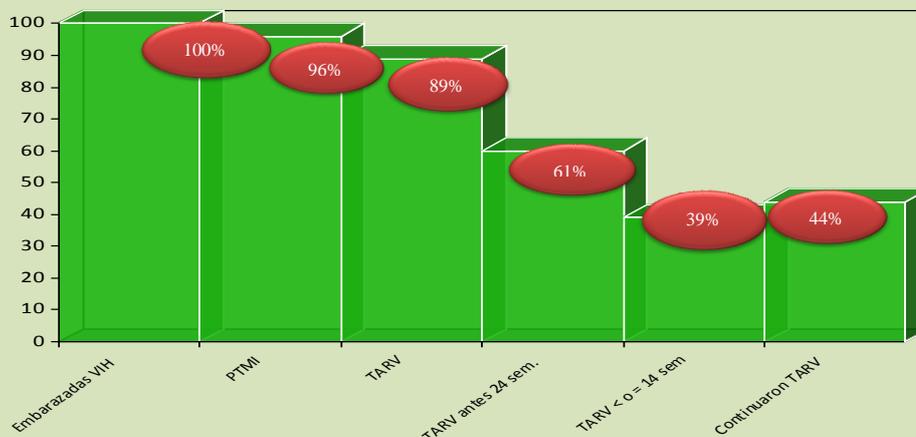
Características (SI/NO)	VIH Positivo (n = 7)	VIH Negativo (n = 109)	Valor p
Diagnóstico en TDP	2/5	2/107	0.0002
No PTMI	2/5	3/104	0.002
No TARV	3/4	9/100	0.0036
CV < 50	3/4	63/18	0.04

De la evolución se destaca, que en los últimos años las dificultades para llegar al objetivo de eliminación (tasa de 2%) se explican por el acceso tardío al diagnóstico y por lo tanto a las intervenciones preventivas.

Esto es pronunciado en el subsector público donde la población asistida se caracteriza por su elevada vulnerabilidad social.

Por lo que llegar a estas poblaciones requiere de abordajes articulados con políticas sociales de impacto.

Gráfico N°11. Porcentaje de los eventos de la cascada de atención observados en las mujeres con VIH. Año 2012



Notificaciones de VIH en población pediátrica enero - octubre 2013

El departamento de vigilancia en Salud ha recibido 3 notificaciones en población menor de 14 años, 1 ha adquirido la enfermedad durante el embarazo-parto y 2 durante el puerperio.

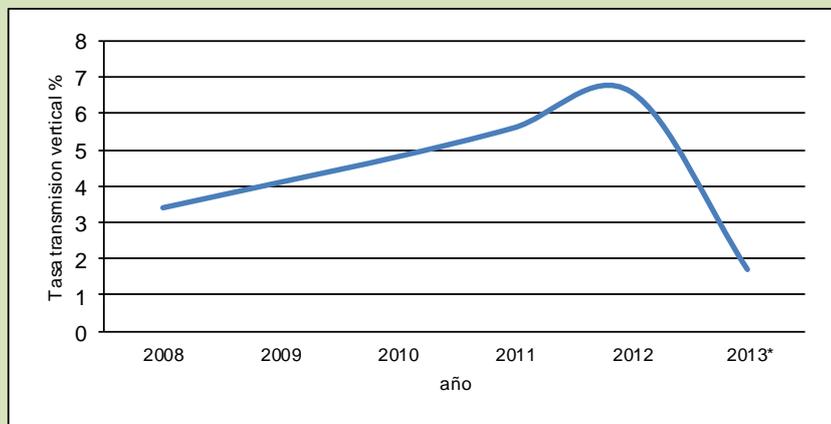
Tabla N° 6. Distribución del número de infecciones de VIH en recién nacidos en el país

Año	Casos de VIH
2011	10
2012	6
2013*	3

De la vigilancia activa realizada por el equipo de DEVISA en CHPR, durante el 2012, se registraron un total de 76 partos de madres VIH positivo y 5 niños se infectaron durante el embarazo.

Hasta octubre del 2013 se ha registrado un total de 60 partos de madres VIH positivo y de ellos solo 1 ha adquirido el virus durante el embarazo.

Gráfico N°12. Distribución de la tasa de transmisión vertical en CHPR. Uruguay. Enero 2008 - octubre 2013

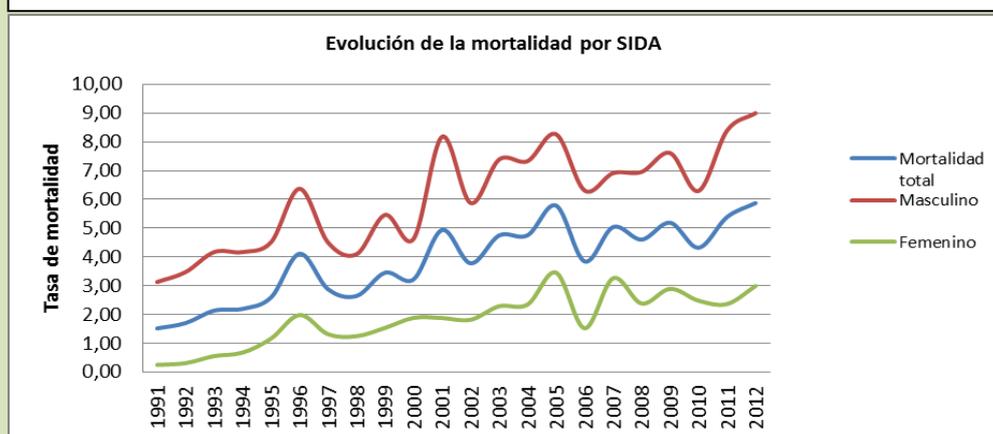


Mortalidad por SIDA

La mortalidad total por SIDA, tuvo un aumento marcado en los inicios de la epidemia, pero hoy muestra una tendencia a estabilizarse. En el gráfico N° 13 se observa la tasa de mortalidad específica por sexo siendo claramente menor en el grupo del sexo femenino.

Según el análisis de los certificados de defunción del año 2012, se registraron 193 fallecimientos por SIDA, siendo 142 varones y 51 mujeres.

Gráfico N° 13: Evolución de la tasa de mortalidad por SIDA específica por sexo



El departamento con mayor tasa de mortalidad por SIDA es Florida (junto a Montevideo), esto se explica por la existencia de un centro de internación para SIDA y enfermos terminales, único en nuestro país, al que confluyen pacientes de todo el interior y de Montevideo, sin contar con el dato real de residencia.