



Día mundial del VIH/SIDA

1º de diciembre

2015

Dirección General de la Salud

Departamento de Vigilancia en Salud – Área Programática ITS - VIH/SIDA

Situación epidemiológica del VIH/SIDA en Uruguay

Los datos del presente informe se obtienen de las notificaciones recibidas en el Departamento de Vigilancia en Salud desde el Departamento de Laboratorio de Salud Pública y la Unidad de Estadísticas Vitales pertenecientes a la División Epidemiología de la Dirección General de la Salud y de los prestadores de salud públicos y privados de todo el país.

A más de 30 años de la identificación del VIH en nuestro país, la infección se encuentra establecida, con carácter endémico en la población general y concentrado en algunos grupos específicos. La estimación de la prevalencia en población general de 15 a 49 años utilizando Spectrum¹ para el año 2014, fue de 0.7%, cifra similar a la obtenida en el estudio de carga global de enfermedad realizado en 2013.²

Los resultados de los estudios de segunda generación realizados, se muestran en la siguiente tabla:

Tabla I. Prevalencia de VIH en estudios serológicos de segunda generación y en registros del Área Programática ITS-VIH/SIDA en poblaciones específicas.

Población	Prevalencia	Año	Muestra	Origen del dato
Trabajadoras sexuales trans femeninas	36.5%	2007	n = 105 18 a 65 años Montevideo	Estudio de comportamientos, prácticas y serología. PPITS-SIDA ⁽¹⁾ , ATRU ⁽²⁾ , UDELAR ⁽³⁾ .
	26%	2013	n = 89 Montevideo e interior ⁽⁴⁾	Estudio de 2ª Generación en personas trans femeninas. Ministerio de Salud Pública (MSP). Proyecto del Fondo Mundial (FM).
Personas trans femeninas	21%	2013	n = 174 Montevideo e interior ⁽⁴⁾	Estudio de 2ª Generación en personas trans femeninas. MSP. Proyecto FM.
Trabajadores sexuales masculinos	8.1%	2007	n = 183 18 a 65 años Montevideo	Estudio de comportamientos, prácticas y serología. PPITS-SIDA ⁽¹⁾ , ATRU ⁽²⁾ , UDELAR ⁽³⁾ .
	8.5%	2013	n = 77 Montevideo e interior ⁽⁴⁾	Estudio de 2ª Generación en HSH. MSP. Proyecto FM.
Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)	9%	2008	n = 309 18 a 65 años Montevideo	Estudio de comportamientos, prácticas y serología. PPITS-SIDA ⁽¹⁾ , ATRU ⁽²⁾ , UDELAR ⁽³⁾ .
	9.7%	2013	n = 290 Montevideo e interior ⁽⁴⁾	Estudio de 2ª generación en HSH. MSP. Proyecto FM.
Trabajadoras sexuales mujeres	0.7%	2013	n = 1938 Nacional	Registro de control de salud trabajadoras/es sexuales (solo refiere a TS que realizan control)
Población Privada de Libertad (PPL)	2.4%	2013	n = 1700 Nacional	Registro (prevalencia en ingreso a unidades de internación de PPL)
Usuarios de pasta base de cocaína (PBC)	6.3% (10.4% en UD inyectables alguna vez en la vida)	2012	n = 318 Montevideo y área metropolitana	Estudio de seroprevalencia, conocimientos, actitudes y prácticas en usuarios de PBC. MSP, PITS-VIH/SIDA. JND ⁽⁵⁾ . ONUSIDA. PNUD.

⁽¹⁾ Programa Prioritario ITS-SIDA. ⁽²⁾ Asociación Trans del Uruguay. ⁽³⁾ Universidad de la República. ⁽⁴⁾ Artigas, Cerro Largo, Colonia, Maldonado. ⁽⁵⁾ Junta Nacional de Drogas.

¹ Spectrum es un sistema de modelaje de políticas recomendado por ONUSIDA para realizar estimaciones y proyecciones en temas de VIH

² MSP. Estudio de carga global de enfermedad en Uruguay 2010.

La tasa de notificación del VIH presentó un aumento sostenido durante el período 2000 -2012, seguido de un descenso en ambos sexos, que se ha mantenido durante los años 2013 y 2014.

Gráfico I. Evolución de la tasa de notificación de nuevos diagnósticos de VIH. Años 2000-2014

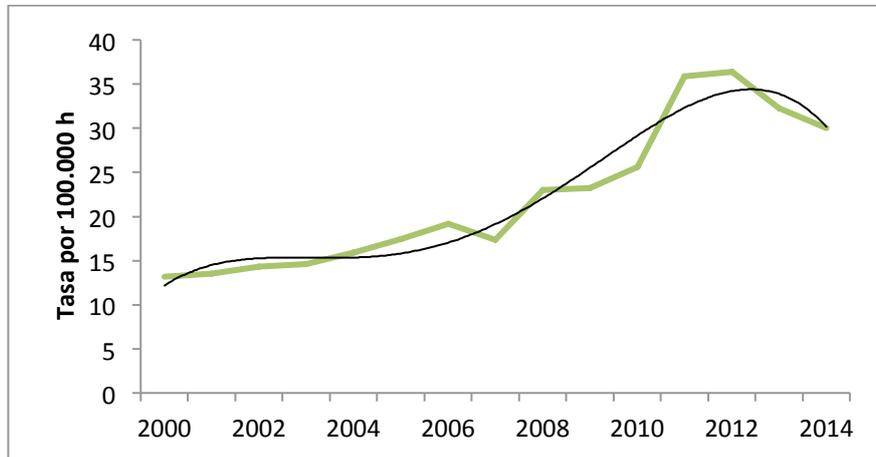
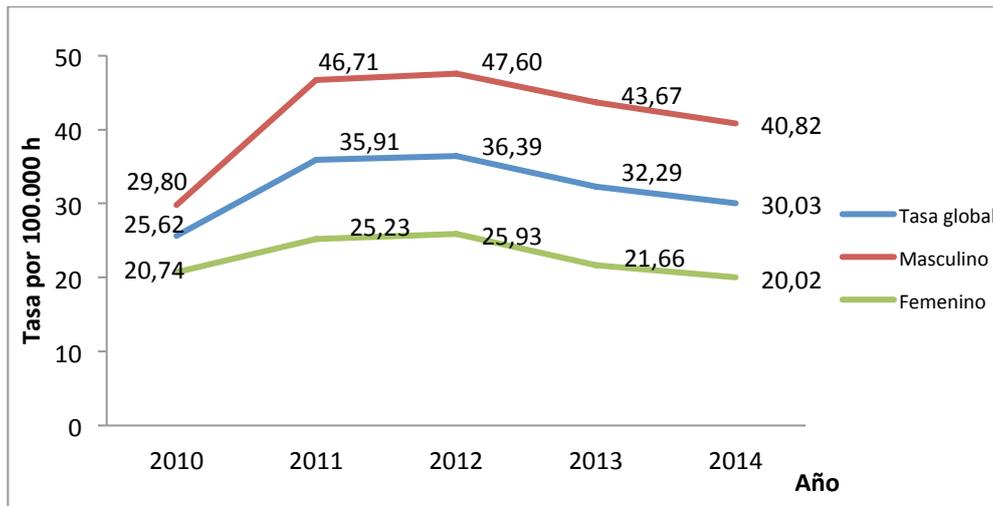


Gráfico II. Tasa de nuevos diagnósticos de VIH total y por sexo. Años 2010-2014



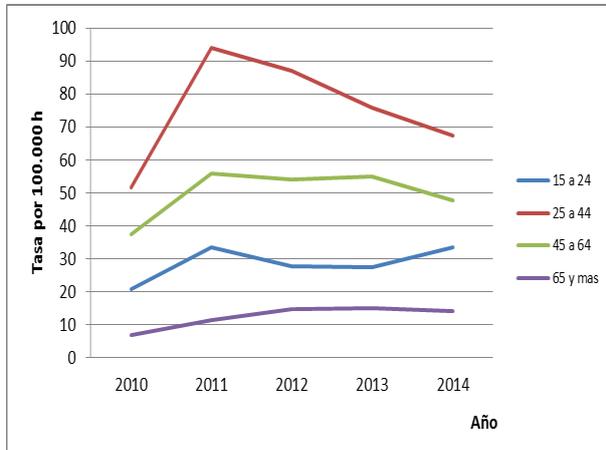
La relación hombre/mujer disminuyó en forma constante hasta el año 2009, posteriormente aumentó hasta alcanzar 1,9 hombres por cada mujer en el 2014.

Se observa que en todas las franjas etarias la tasa de notificación es mayor en el sexo masculino, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

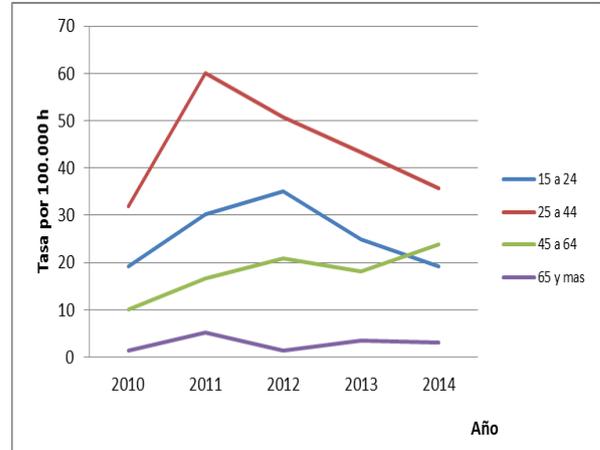
La tasa de nuevos diagnósticos de VIH en ambos sexos es más alta en el grupo de 25 y 44 años, seguida por el grupo de 45 a 64 años.

La evolución de los nuevos diagnósticos por grupo etario, muestra un descenso en todos los grupos menos en el de 15 y 24 años en población masculina y el de 45 a 64 años en población femenina.

Gráficos III Tasa de nuevos diagnósticos según grupos de edad en población masculina 2010-2014



Gráficos IV Tasa de nuevos diagnósticos según grupos de edad en población femenina 2010-2014



El promedio de edad en el momento del diagnóstico es similar para ambos sexos, 38 años para las mujeres y 39 para los hombres.

En el 2014 se notificaron un total de 987 nuevos diagnósticos de VIH en adultos, alcanzando una tasa de 30 por 100.000 h, predominando en varones (65%).

Del total de nuevos diagnósticos, el 57% fue notificado desde los prestadores públicos.

El 16% (157) de los mismos fue realizado en pacientes con enfermedades oportunistas. La proporción de diagnósticos tardíos fue mayor en el sexo masculino (18% vs 11% diferencia estadísticamente significativa $p < 0,05$) y en el subsector público.

Tabla II. Distribución de las notificaciones de los nuevos diagnósticos de VIH según prestador y momento del diagnóstico

Prestador	Momento del diagnóstico	
	Oportuno	Tardío
Público	77%	23%
Privado	93%	7%

Las enfermedades marcadoras de estadio SIDA más frecuentes fueron tuberculosis (40%), síndrome de desgaste por VIH (21%) y neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (11%).

La principal vía de transmisión del VIH fue la sexual con 78%, seguido por la vía sanguínea con el 6% (drogas inyectables) y menos del 1% correspondió a casos de transmisión materno-infantil. En el 15% de las notificaciones no consta la vía de transmisión.

En el total de infectados cuya vía de transmisión fue la sexual, el 77% manifestaron relaciones heterosexuales. En el sexo masculino el 59% manifestó relaciones heterosexuales y el 41% relaciones con personas del mismo sexo (incluyendo bisexuales).

Con respecto a la vía vertical se notificaron cinco casos, de los cuales cuatro lo adquirieron durante el embarazo-parto y uno durante la lactancia; cuatro pertenecen al subsector público y uno al privado.

En el Centro Hospitalario Pereira Rossell la tasa de transmisión vertical fue de 2,7% (73 embarazadas VIH y 2 infectados uno por parto y otro por lactancia, nacido en diciembre de 2013). A nivel nacional los datos preliminares de transmisión vertical entre mujeres que tuvieron su parto en el 2014 es de 2,8% (4/142).

En relación a la distribución geográfica se registra notificación de casos en todo el país, con una mayor tasa en Montevideo y Maldonado.

Tabla III. Distribución de las tasas de notificación de las nuevas infecciones de VIH departamento y frecuencia absoluta según sexo en 2014

Departamento	Masculino (n)	Femenino (n)	Tasa por 100.000h
Montevideo	411	189	45,80
Maldonado	40	27	41,39
Artigas	12	7	25,89
Rivera	19	5	23,19
Soriano	14	10	29,06
Treinta y Tres	5	5	20,78
Salto	20	11	24,82
Paysandú	10	12	20,33
San José	17	7	22,16
Cerro Largo	9	3	14,17
Rocha	9	7	23,50
Rio Negro	4	1	9,13
Tacuarembó	4	5	9,99
Florida	3	2	7,46
Colonia	6	7	10,55
Durazno	4	4	14,01
Canelones	53	35	16,92
Lavalleja	2	4	10,20
Flores	2	1	11,98
Total	644	342	30,16

Tratamiento antirretroviral

El tratamiento antirretroviral tiene como objetivos:

- Mantener la carga viral indetectable
- Mejorar la sobrevida
- Mejorar la calidad de vida
- Disminuir la transmisibilidad del VIH
- Disminuir todos los eventos asociados a la infección por VIH

Por lo tanto, la cobertura de tratamiento antirretroviral (TARV) es un indicador relevante que contribuye a medir avances en la respuesta de la epidemia.

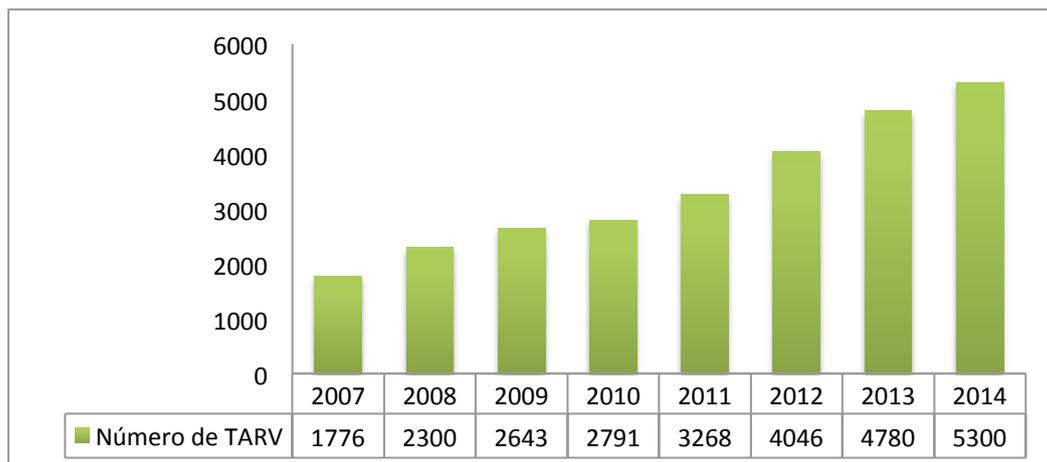
Anualmente se realiza las encuestas de uso de antirretrovirales (ARV) a todas las instituciones públicas y privadas del país. El número total de personas en TARV en diciembre del 2014 era de 5300, 65% varones (3445) y 35% mujeres (1885); 58% en el subsector público y 42% en el privado.

Tabla IV. Número de personas en TARV. Periodo 2007-2014

Año	No de personas en TARV	Umbral de CD4 para indicación de TARV*
2007	1776	≤ 200 CD4/mL
2008	2300	
2009	2643	
2010	2791	
2011	3268	≤ 350 CD4/mL
2012	4046	
2013	4780	≤ 500 CD4/mL
2014	5300	

*El umbral para indicar el inicio del tratamiento antirretroviral (TARV) ha cambiado a lo largo de los años según la evidencia disponible. Al momento actual, con los amplios beneficios demostrados del TARV - que incluye la reducción de la transmisión – y, la tolerabilidad de los fármacos disponibles, la Organización Mundial de la Salud en el presente año, ha ampliado la recomendación para el inicio a todas las personas que se diagnostican con VIH, independientemente del nivel de CD4.

Gráfico V. Número de personas en TARV. Periodo 2007-2014



El número de personas con VIH en TARV se ha duplicado en los últimos 5 años y es necesario mantener este ritmo de incremento en el presente quinquenio para alcanzar las metas 90-90-90 para el año 2020 – 90% de las personas con VIH diagnosticadas, 90% de las diagnosticados bajo TARV, 90% de quienes están en TARV con carga viral suprimida. Alcanzar estas metas es lo

que hará posible terminar con la epidemia para el año 2030, meta incluida en el tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible.

La mayoría de los pacientes se encuentran en su primera línea de TARV (primer plan indicado) y menos del 3% corresponden a planes de 3ª línea o mayor que suelen ser los que requieren fármacos más potentes de última generación.

Tabla V. Distribución de líneas de TARV. Año 2014

Distribución de planes	FA	FR (%)
1 ^{era} línea	4245	80
2 ^{da} línea	776	15
3 ^{era} línea o mayor	136	2.5
Sin dato	143	2.5
Total	5300	100

En la mencionada encuesta se releva el indicador de continuidad de TARV, que es una medida indirecta de la adherencia. El denominador es el número total de personas que iniciaron el tratamiento en el período de 1 año (2013) y en el numerador el número de personas que continuaron bajo el mismo TARV a los 12 meses de iniciado (al 2014).

Tabla VI. Distribución de la continuidad de TARV según prestador de salud. Año 2014

	Total	Prestador público	Prestador privado
Inicios	690	359	331
Continuidad	497	225	272
% de continuidad	72%	63%	82%

Se destaca que la tasa de pérdidas (abandonos) es significativamente mayor en el subsector público comparado con el privado, lo que probablemente sea multicausal y se plantean, entre otras, las condiciones de vulnerabilidad socio-cultural de los usuarios del subsector público.

Un indicador que mide eficacia del TARV y está directamente relacionado con la reducción en la transmisibilidad es porcentaje de personas con VIH bajo TARV que se encuentran con carga viral indetectable. Desde que se reconoce el rol protector de la transmisión que tiene el TARV (la transmisión de VIH desde personas con carga viral indetectable bajo el tratamiento se reduce en un 95%), el objetivo de carga viral “cero” es prioritario.

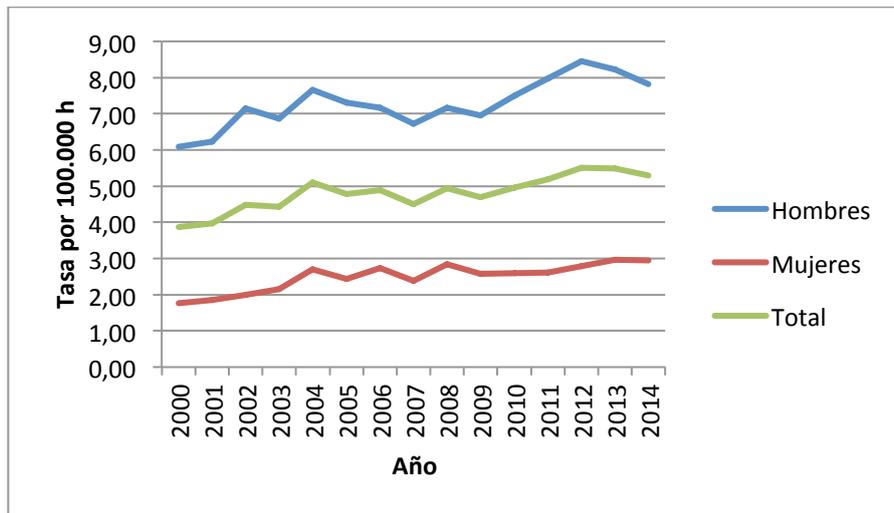
Aún no se ha logrado el reporte sistemático y universal de este indicador. En el 2014 se disponía de la información de 2169 pacientes bajo TARV, del subsector privado, donde el 74% se encontraban con carga viral indetectable.

Mortalidad

La tasa de mortalidad por SIDA ha tenido oscilaciones pasando de 3,2 por 100.000 h en el año 2000 a 5,3 por 100.000 h en 2014, observándose una estabilización a partir del 2012.

Los hombres tienen una tasa de mortalidad superior a las mujeres. (7,92 vs 2,93 100.000h)

Gráfico VI. Evolución de la tasa de mortalidad por sexo. Años 2000-2014 (media móvil)



La edad promedio de los fallecidos en la población masculina es de 45 años, y en la femenina 44 años.

En suma

- La tasa de notificación de VIH presentó un aumento sostenido durante el período 2000 - 2012, seguido de un descenso en 2013, alcanzando a 30/100.000h en 2014 (986)
- El 65% corresponden a casos del sexo masculino
- La tasa de nuevos diagnósticos aumentó en 2014 en hombres entre 15 a 24 años y mujeres entre 45 a 64 años
- El 57% de las nuevas infecciones en 2014 fueron notificadas por los prestadores públicos
- Las tasas más altas de nuevas infecciones se reportan desde los departamentos de Montevideo y Maldonado
- La vía sexual continúa siendo la principal vía de transmisión de VIH en Uruguay
- El 16 % (157) de las nuevas infecciones fueron notificadas en etapa SIDA
- La tuberculosis es la enfermedad oportunista más frecuente en los casos de SIDA notificados
- El número total de personas en tratamiento antirretroviral (TARV) en diciembre del 2014 era de 5300, 65% varones (3445) y 35% mujeres (1885); 58% en el subsector público y 42% en el privado
- La tasa de pérdidas de TARV es significativamente mayor entre el subsector público comparado con el privado
- La tasa de mortalidad por SIDA en 2014 fue de 5,3 por 100.000 h siendo superior en las personas del sexo masculino