

Informe epidemiológico ITS-VIH/SIDA

Dirección General de la Salud

DEVISA- PPITS/SIDA

Uruguay

Agosto 2010.



Índice	Pág.
<i>Introducción</i> -----	3
<i>Situación de la epidemia VIH-SIDA en Mundo y América Latina</i> -----	4
<i>Generalidades de la presentación de la epidemia VIH-SIDA en Uruguay</i> -----	6
<i>Mortalidad por SIDA</i> -----	12
<i>Situación de Sífilis en el adulto y Sífilis congénita</i> -----	16
<i>Referencias bibliográficas</i> -----	21

1 Introducción

Los primeros casos del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana en el mundo fueron reconocidos entre 1980 y 1981. En los Estados Unidos, los primeros casos reportados fueron 5 hombres jóvenes, homosexuales con diagnóstico de neumonía por *Pneumocystis carinii* en tres hospitales de la ciudad de Los Ángeles California. Poco tiempo después la infección por VIH aparece en Latinoamérica y los países más afectados fueron inicialmente Brasil y México¹.

Los primeros casos de SIDA en Latinoamérica fueron diagnosticados en inmigrantes haitianos hasta 1985, los países del Caribe y Brasil reportaban el mayor número de casos procedentes de Latinoamérica.

Desde entonces la epidemia del VIH en América Latina y el Caribe ha progresado. En 1988 solo Guyana Francesa y Belice presentaron un patrón de epidemia generalizada.

En 1998 República Dominicana, Haití, Honduras y Jamaica llegaron a prevalencias que fluctuaron entre 1 y 12%. Hasta la actualidad Colombia, Perú, Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay mantienen prevalencias menores al 1% lo cual los clasifica como países con nivel de epidemia concentrada.

En Uruguay el primer caso de SIDA internado en la Clínica de Enfermedades Infecciosas de la Facultad de Medicina, fue identificado en 1983. Se trató de un paciente de 38 años procedente de Nueva York (EEUU).

Los veinte primeros casos de SIDA tratados en la Clínica de Enfermedades Infecciosas de la Facultad de Medicina, fueron identificados en el periodo 1983 a 1988. De ellos, 19 eran varones y una era mujer, esta última de hábitos sexuales promiscuos y politransfundida.

Las edades oscilaron entre los 21 y 54 años. De estos pacientes 8 habían residido en Brasil, 4 en EEUU, 1 en Francia, 1 en España, 1 en Alemania y 2 en Argentina. El resto de los casos negaron haber abandonado el Uruguay¹.

El primer caso autóctono se diagnosticó en 1986 y era procedente de Canelones.

A más de 27 años de la presencia del SIDA en nuestro país, podemos apreciar en este Informe que la epidemia de VIH/SIDA se halla claramente establecida, con un carácter endémico y de tipo concentrada.

La vía de transmisión predominante actualmente, es la sexual entre hombres y mujeres. Esto constituye un escenario epidemiológico de difícil abordaje, dado que la epidemia se concentra en poblaciones específicas y de difícil acceso. Si bien el mecanismo sexual es el que mantiene la epidemia, en muchos casos coexiste junto al consumo de drogas, aumentando así el riesgo de adquirir la infección.

El VIH si bien afecta a las poblaciones vulnerables, existen poblaciones móviles que sirven de nexo a la población general, representando el VIH un problema social cuyos pilares a abordar son la sexualidad diversa, el uso de drogas y el trabajo sexual, fundamentalmente.

Las poblaciones de mayor vulnerabilidad, son los usuarios de drogas inyectables (UDIs), los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), los trabajadores sexuales, así como la población privada de libertad.

La mortalidad por VIH/SIDA, luego de varios altibajos, presenta un valor de 5.05 casos cada 100.000 habitantes por año, lo que equivale a 5 fallecimientos por SIDA cada 100.000 uruguayos por año¹.

La tasa de mortalidad, es uno de los indicadores de salud más importantes. La desventaja es que representan el mismo peso a todas las muertes, independientemente de la edad en la que se producen. Para reflejar las tendencias de mortalidad de los grupos de edad más joven, se utilizan indicadores de mortalidad prematura.

La mortalidad prematura, es un parámetro importante en la medición del estado de salud de una población, y por tanto, muy útil en la planificación sanitaria, dado que permite definir las prioridades de actuación.

En este informe hemos seleccionado medir la mortalidad prematura, a través del indicador AVPP (años de vida potencialmente perdidos) y RAVPP (razón de años de vida potencialmente perdidos). El análisis de estos datos muestran que en los últimos 5 años, los enfermos de SIDA vienen ganando meses de vida. En el 2005 el promedio de edad de fallecimiento fue de 38.75 años, a diferencia del 2009 donde esta fue de 44.26 años.

¹ Fuente: Departamento de Vigilancia en Salud

II SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA EN EL MUNDO, AMÉRICA LATINA Y URUGUAY

En 2008, el número de personas que viven con el VIH en todo el mundo alcanzó aproximadamente 33,4 millones, llegando en el año 2009, a 2,1 millones de personas fallecidas y 2,7 millones de nuevos casos (Tabla 1).

Los datos epidemiológicos mundiales muestran que el máximo número de nuevas infecciones ocurrió en 1996, 3,5 millones. En 2008 vemos un 30% menos que el punto máximo de la epidemia registrado hace 12 años.

La epidemia parece haberse estabilizado en la mayoría de las regiones, aunque en Europa Oriental, Asia Central, la prevalencia sigue aumentando debido a la alta tasa de nuevas infecciones por VIH.

África Subsahariana muestra un peso sustancialmente fuerte de la epidemia, en comparación al resto del mundo, representa el 71% de todas las nuevas infecciones por VIH en 2008.

Latinoamérica presenta una prevalencia de VIH de 0,6 % de su población entre 15 y 49 años, por lo que se caracteriza por una epidemia de bajo nivel o concentrada².

Tabla 1 Resumen global de la epidemia de VIH/SIDA, noviembre 2009

Total de nuevas infecciones por VIH en el año 2008	2,7 millones
Personas que viven con el VIH en 2008	Total: 33,4 millones
	Adultos: 30,8 millones
	Mujeres: 15,4 millones
	Menores de 15 años:
Defunciones causadas por el SIDA en el año 2008	2,0 millones

Fuente: Reporte ONUSIDA. Noviembre de 2009.

Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH)

El número de hombres infectados por VIH en América Latina es considerablemente más elevado que el número de mujeres que viven con el VIH, debido en gran parte, a la importante transmisión sexual entre hombres en la región. En Perú durante el 2008 el número de varones infectados es tres veces más elevado que el número de mujeres; no obstante este valor 3:1 representa una disminución considerable con respecto a 1990 cuando la relación hombre mujer se aproximó a 12:1

La prevalencia del VIH entre los HSH varía desde 7.9% en El Salvador a 25.6% en México. Entre los años 2006-2008 en Argentina se realizaron estudios transversales en población HSH en cuatro ciudades y la prevalencia fue del 11.8%².

Usuario de drogas inyectables

Se estima que el 29% de los más de 2 millones de latinoamericanos usuarios de drogas inyectables, está infectado por el VIH, con mayor número de casos en países del Mercosur y norte de México, en la frontera con Estados Unidos².

Trabajadores sexuales

Estudios realizados en Guatemala en población de trabajadores sexuales femeninas, muestran una prevalencia de VIH de 4.3%. En Argentina encuestas serológicas realizadas muestran que es significativamente más alta la prevalencia en trabajadores sexuales masculinos (22.8%) que en las trabajadoras sexuales femeninas (1.8%). En esta Región suele además superponerse el comercio sexual y el consumo de drogas².

Transmisión vertical

Se denomina transmisión vertical del VIH la situación en que el niño es infectado por el virus del SIDA durante el embarazo, el parto o por medio del amamantamiento³.

No obstante, el niño, hijo de madre infectada por el VIH, tiene la oportunidad de no infectarse con el VIH. Actualmente, existen medidas eficaces para evitar el riesgo de transmisión, tales como: el diagnóstico precoz de la embarazada infectada, el uso de drogas antirretrovirales, el parto por cesárea electiva, la suspensión del amamantamiento materno, substituyéndolo por leche artificial y otros alimentos, de acuerdo con la edad de la niño ³.

Cuanto más precoz es el diagnóstico de la infección por el VIH en la embarazada, mayores son las posibilidades de evitar la transmisión al niño ³.

A nivel mundial en 1982 se publicaron los primeros casos de SIDA en pacientes pediátricos. Se trataba de 4 lactantes que habían adquirido la infección por transmisión vertical y en 1984 se describió el primer caso de SIDA y embarazo, que tuvo lugar en una paciente afectada con un sarcoma de Kaposi diseminado. La infección precoz es rara y no ha sido descrita antes de las 12 semanas de gestación. Los datos disponibles en la actualidad sugieren que la infección prenatal por VIH ocurre, predominantemente, en los últimos 2 meses de embarazo ³.

Se estima que 6900 niños menores de 15 años se infectaron con VIH en América Latina en el 2008. Hasta diciembre del 2008, el 54% de las mujeres infectadas por el VIH en la región recibían medicación antirretroviral para prevenir la transmisión a los recién nacidos, en comparación con la cobertura mundial del 45% (OMS, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, ONUSIDA 2009), en 2004 la cobertura fue del 23%².

Personas Privadas de Libertad (PPL)

La prevalencia de VIH es mayor al 10% en la mayoría de los países de América Latina. En estas poblaciones coexisten diversas formas de infección, relaciones homosexuales, consumo de drogas, ambas conductas asociadas a la infección de VIH. En una encuesta de usuarios de cocaína en forma no inyectable, realizada en Argentina, la infección con VIH, se asoció significativamente con encarcelamiento previo². En Uruguay durante el periodo 2007-2008 se realizaron estudios seroepidemiológicos en establecimientos carcelarios. En el año 2007 se llevó a cabo en la ciudad de Canelones, mostrando una prevalencia de VIH del 5.5% en la PPL del sexo masculino ⁴. En el 2008 se realizó un estudio seroepidemiológico en la cárcel Cabildo de Montevideo, este estudio muestra una prevalencia de VIH del 2,0% en la población femenina privada de libertad ⁵

Poblaciones Móviles

Es posible que la migración transfronteriza entre México y Estados Unidos tenga un efecto considerable en la Epidemia de VIH de México. Los usuarios varones de drogas inyectables de Tijuana, que habían sido deportados de Estados Unidos, eran cuatro veces más propensos a estar viviendo con el VIH, que los usuarios varones de drogas inyectables que no habían sido deportados. Otro estudio muestra que más de 1 de cada 5 casos de SIDA, ocurre en personas que residieron en Estados Unidos².

Generalidades de la presentación de la epidemia en Uruguay

En Uruguay la epidemia presenta un patrón de distribución denominado “de tipo concentrada”. Cuando hablamos de epidemias concentradas hacemos referencia a epidemias que presentan baja prevalencia en población general (cifras inferiores al 1%) y alta prevalencia de VIH (superior a 5%), en poblaciones específicas. Estas poblaciones son consideradas con mayor vulnerabilidad y dificultades de acceso a los servicios de prevención y atención (en particular personas privadas de libertad, usuarios de drogas, trabajadores/as sexuales masculinos y femenino, hombres que tienen sexo con hombres).

Según el estudio de seroprevalencia en población general, mayor de 15 años, de alcance nacional, realizado en 2008 por el equipo de DEVISA y el Departamento de Laboratorio de Salud Pública (DIGESA-MSP) se encontró una prevalencia de VIH de 0.40%, esto significa que de cada 10.000 uruguayos existían 42 personas viviendo con VIH en ese año.

Evolución de las notificaciones de VIH/Sida.

Desde el inicio de la epidemia, hasta diciembre del 2009, se han notificado un total acumulado de 8968 casos de VIH y 3884 casos de Sida.

Al analizar la tendencia (Tabla N°2, gráfico N°1) de VIH y SIDA vemos claramente que la epidemia ha tenido un crecimiento sostenido.

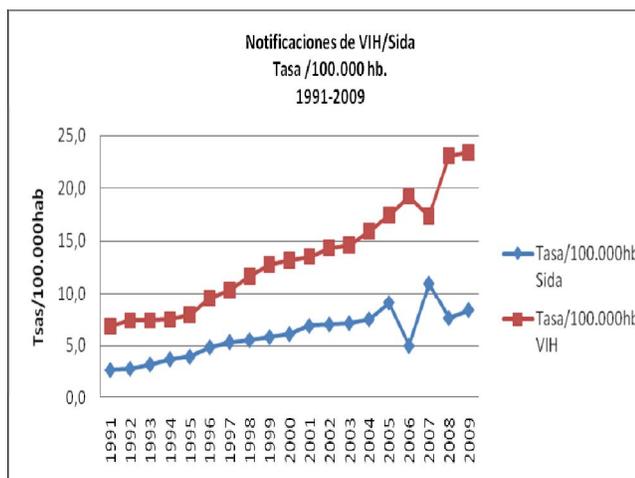
En el año 2006 hubo un descenso en los casos de SIDA, vinculado fundamentalmente a una subnotificación del pasaje de estadio, hecho que se mejora, en el 2007, donde se presenta la tasa de incidencia de SIDA más alta de todos los años y que luego vuelve a descender a las cifras esperables. Este descenso en las notificaciones presentadas en el 2006, que también se acompaña de una disminución de la calidad de los datos (dado por importante número de variables sin dato), genera la implementación de varias medidas desde DEVISA, incluyendo la vigilancia activa y la difusión del sistema on line de notificación. Así mismo se hace necesario incorporar el concepto de que si bien son diferentes etapas de una misma enfermedad, desde el punto de vista epidemiológico, es necesario contar con la información de los pasajes de estadio a modo de conocer la historia natural del VIH y evaluar el impacto de los tratamientos y las políticas nacionales.

Tabla N° 2. Distribución de la incidencia de VIH y SIDA por año 1991-2009. Uruguay

Años	Tasa de Incidencia VIH*100000h	Tasa de Incidencia SIDA *100000h
1990	6,58	2,35
	6,80	2,66
1994	7,36	2,78
	7,39	3,18
	7,48	3,68
1997	7,94	3,93
	9,55	4,82
	10,35	5,31
2000	11,64	5,50
	12,77	5,78
	13,18	6,06
2003	13,51	6,86
	14,33	6,98
	14,59	7,11
2006	15,90	7,48
	17,42	9,08
	19,16	4,95
2009	17,30	10,95
	23,07	7,59
	23,38	8,37

Fuente: Sector ITS-VIH/SIDA de DEVISA (M.S.P.)

Gráfico N° 1 Distribución de la incidencia de VIH y SIDA por año 1991- 2009. Uruguay



Distribución según sexo

Desde 1983 los hombres fueron la población con mayor porcentaje de afectados.

Al analizar los casos acumulados desde ese año, vemos que el 62% de los casos de VIH son hombres (5797) y el 38 % han sido mujeres (3513).

Gráfico Nº 2 Distribución de los casos notificados de VIH por año y por sexo 1991-2009

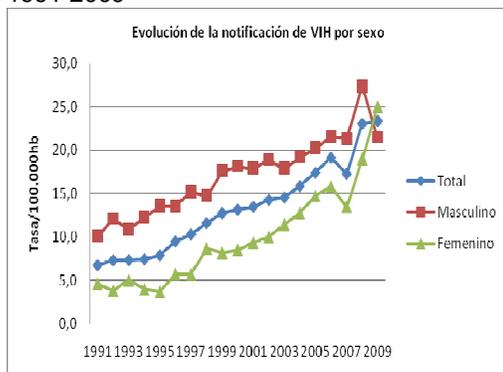
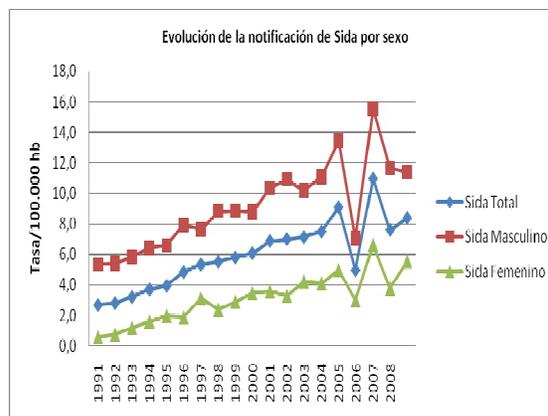


Gráfico Nº 3 Distribución de los casos notificados de Sida por año y por sexo 1991-2009



En los gráficos Nº 2 y 3 vemos que existe un aumento del número de casos de VIH y Sida notificados, proporcional en ambos sexos. Sin embargo en VIH, se observa más claramente que el sexo femenino, ha ascendido, alcanzando casi los valores masculinos.

Tabla Nº 3 Relación hombre mujer de VIH y Sida 1983 al 2009. Uruguay

AÑOS	R H/M SIDA	R H/M VIH
1988	6	6,9
1991	8,5	4,2
	6,6	3,4
	8,5	1,9
1994	6,5	2,8
	4,4	1,9
	3,6	2,7
1997	3	3,2
	4	2,2
	2,3	2,5
2000	3,5	1,6
	2,9	2
	2,4	2
2003	2,7	1,8
	3,1	1,8
	2,3	1,5
2006	2,5	1,4
	2,5	1,3
	2,2	1,3
2009	2,2	1,1
	2,9	0,9
	1,91	0,8

Al analizar la evolución de la relación hombre/mujer, en 1989 vemos una R H/M de VIH de 4.2 esto significa que en ese año por cada 42 hombres afectados de VIH había 10 mujeres infectadas. (Tabla Nº3 y Gráfico Nº4)

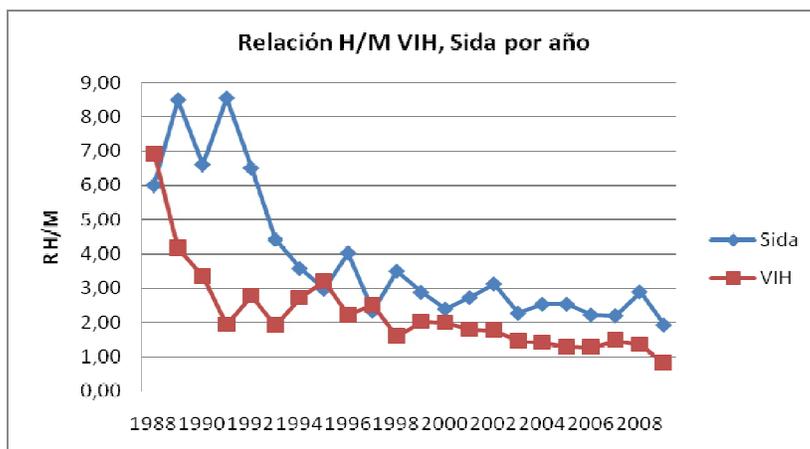
En el año 2009 esta relación H/M entre los infectados de VIH es de 0.8 es decir que por cada 8 hombres afectados de VIH había 10 mujeres.

La relación H/M de SIDA, en 1989 era de 8.5 esto significa que había por cada 85 casos de SIDA en hombres, había 10 casos de SIDA en mujeres, en el 2009 esta relación desciende a 1.91 (por cada 19 casos de SIDA en hombres se notificaron 10 casos de SIDA en mujeres).

Ese descenso de la relación H/M muestra claramente como en sus inicios la epidemia presentaba un gran número de afectados del sexo masculino, que en su mayoría eran homosexuales, pero en estos últimos años, vemos un aumento en los casos del sexo femenino. En el 2008 y 2009 el número de casos femeninos notificados a DEVISA superan el número de casos masculinos.

Se requiere un estudio más detallado, para poder responder a esta interrogante vinculada al aumento de los casos en el sexo femenino. Algunas hipótesis vinculadas a ese aumento pueden ser: el comportamiento bisexual de los hombres infectados, el consumo de drogas i/v en población femenina, y mayor accesibilidad de la oferta del test a las mujeres, y por tanto mayor notificaciones desde el Laboratorio Nacional de Salud Pública.

Gráfico Nº 4 Distribución de la relación H/M de Sida y VIH- 1988-2009



En la tabla Nº4 y gráfico Nº 5, se muestra una pirámide de población de los casos de VIH notificados.

Se observa un área mayor en el sector masculino y las edades comprendidas entre los 25 y los 34 años.

La tabla Nº 5 muestra la tasa de prevalencia específica por edad y entre los 25 y 34 años presenta las cifras mas elevadas en ambos sexos. Esa franja etaria es la mas afectada tanto en casos de VIH como de SIDA (ver grafico Nº 6)

Distribución según edad

Tabla Nº 4 Distribución de casos acumulados VIH según edad. Uruguay 2010.

Edad	Nº casos
0 -14a.	299
15-24a.	2160
25-34a.	3353
35-44a.	1646
45-54a.	723
55y +	406
s/d	723
Total	9310

Fuente: Sector ITS-VIH/SIDA de DEVISA

Gráfico 5 Pirámide poblacional de casos de VIH

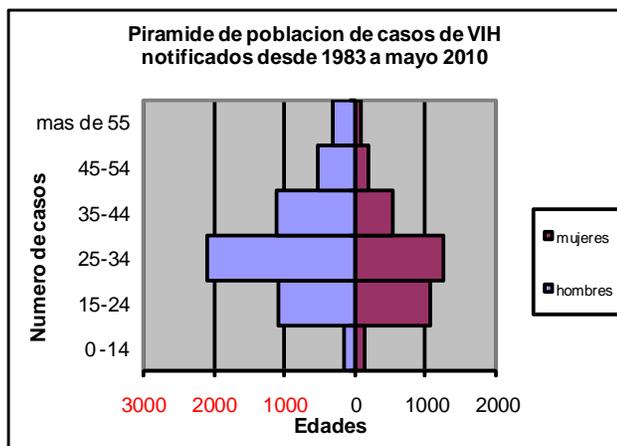


Tabla Nº 5: Tasa de prevalencia de VIH y SIDA por grupos etarios durante el quinquenio 2005-2009. Uruguay

Edad	Prevalencia VIH	Prevalencia SIDA
0-14a	23,28	2,61
15-24a	89,24	14,10
25-34a	204,98	88,02
35-44a	157,46	94,12
45-54a	84,25	55,11
55y+	28,15	18,56

Fuente: Sector ITS-VIH/SIDA de DEVISA (M.S.P.)

La tasa de prevalencia de VIH por 100.000h en los últimos 5 años, es mas alta en el grupo etario de 25 a 34 años, seguida, en orden, por el grupo de 34 a 44 años.

En SIDA este orden se invierte, siendo mayor en el grupo de 35 a 44 años para el mismo período. El grupo etario con tasas de prevalencia de VIH y SIDA mas bajas corresponde al grupo de 0-14 años.

Distribución geográfica

Los departamentos con cifras de prevalencia más altas en el quinquenio 1990-1994 fueron Montevideo, Rivera, Maldonado. En el quinquenio 1995-1999 a los ya citados se incorpora Artigas. En el periodo 2000-2004 se incorpora Rocha con una prevalencia mayor a la de Maldonado. Desde el 2005 al 2009 los departamentos corresponden a Montevideo, Maldonado, Rivera, Rocha, Artigas, Cerro Largo y Canelones.

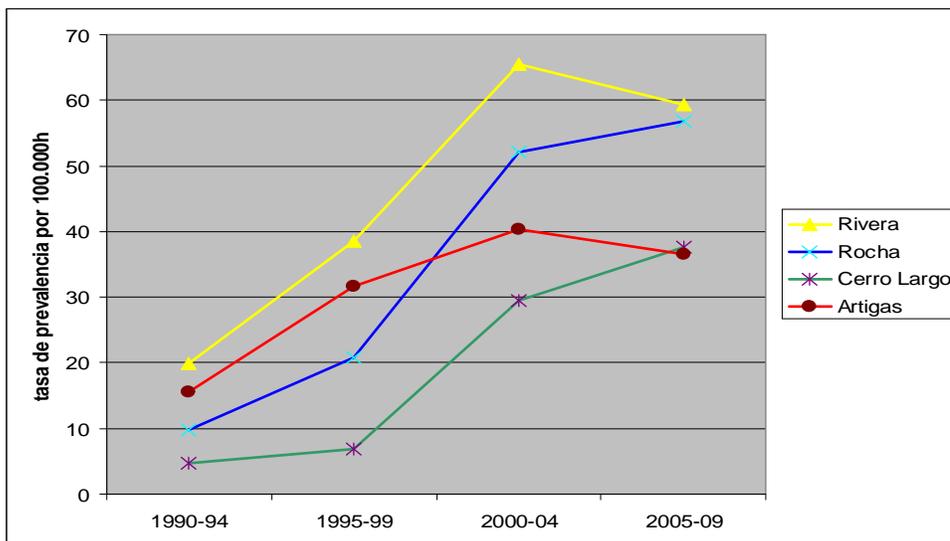
En la actualidad vemos por tanto que los departamentos mas afectados por VIH son los departamentos fronterizos, de movimiento turístico y con poblaciones móviles.

Tabla Nº 6

Tasa de prevalencia VIH por 100.000h por quinquenios en los departamentos de Uruguay desde 1990 al 2010				
Departamento.	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2009
Artigas	15,61	31,73	40,29	36,58
Canelones	15,90	25,53	35,72	38,83
Cerro Largo	4,72	6,93	29,53	37,62
Colonia	5,70	18,63	16,50	26,48
Durazno	12,26	6,83	10,02	24,30
Flores	0,00	31,13	11,76	15,57
Florida	5,89	8,72	7,21	15,60
Lavalleja	6,43	6,37	14,53	61,34
Maldonado	16,10	34,52	40,66	106,78
Montevideo	66,98	94,46	133,56	186,42
Paysandú	6,14	18,11	13,89	39,62
Río Negro	7,58	18,51	36,40	23,12
Rivera	19,85	38,53	65,56	59,40
Rocha	9,76	20,84	52,05	56,79
Salto	5,83	21,82	15,96	22,66
San José	5,05	16,71	10,49	43,77
Soriano	10,76	22,26	22,09	37,51
Tacuarembó	6,88	7,79	19,41	37,49
Treinta y Tres	0,00	1,97	15,95	10,08

Fuente: Sector ITS-VIH/SIDA de DEVISA (M.S.P.)

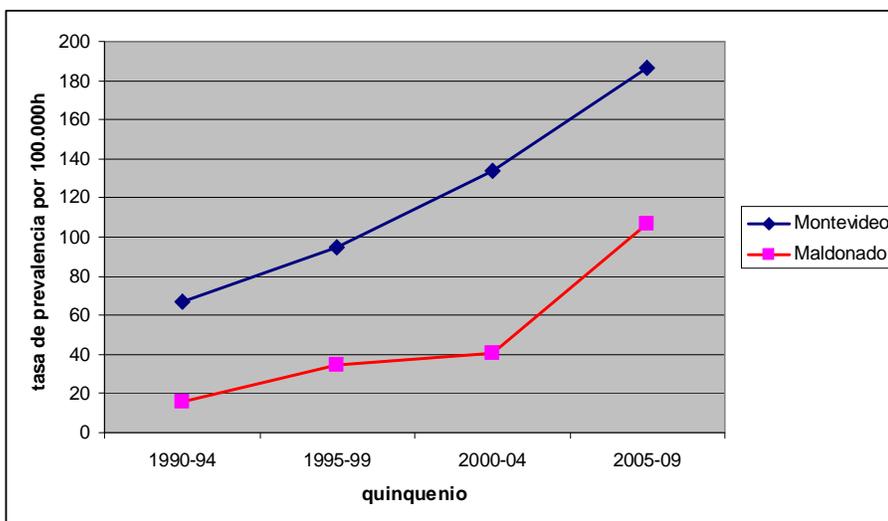
Grafico Nº 7: Evolución de la prevalencia de VIH en 5 departamentos de Uruguay.1990-2010



En Rivera y Artigas vemos un descenso en la tasa de prevalencia de VIH que comienza en el quinquenio 2005-2009, estos 2 departamentos fronterizos fueron junto con Montevideo los primeros en presentar las tasas de prevalencia mas altas en comparación con el resto del país entre 1983 y 1991. Al analizar otros departamentos como Rocha y Cerro Largo, éstos presentan tasas de prevalencia que mantienen un aumento sostenido, siendo el de Cerro Largo mas lento en comparación con Rocha.

Maldonado y Montevideo presentan curvas de prevalencia cuya pendiente son casi exponenciales en el tiempo. Quizás el turismo interno e internacional sea el responsable de este comportamiento epidemiológico que vemos en estos dos departamentos. (Grafico 7 y 8).

Grafico Nº 8: Evolución de la prevalencia de VIH en Montevideo y Maldonado de Uruguay.1990-2009



Mecanismo de transmisión

Tabla Nº 7 Distribución del mecanismo de Transmisión de la infección VIH. Uruguay 2010.

Mecanismo de transmisión	Total	%
Sexual	6008	64
Sanguíneo	1420	15
Vertical	294	3
Sin datos	1610	17
Total	9332	100

Fuente: Sector ITS-VIH/SIDA de DEVISA (M.S.P.)

Tabla Nº 8: Mecanismo de transmisión de VIH en Uruguay por quinquenios. 1983-2010

Categoría	1983-1988	1989-1994	1995-2000	2001-2006	2007-2010
SEXUAL	68,1	69,2	65,9	65,4	58,7
SANGUINEA	29,2	23,0	22,3	12,5	7,1
VERTICAL	0,0	1,0	1,9	1,7	3,5
SIN DATOS	2,7	6,8	9,9	20,5	30,6
TOTALES	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

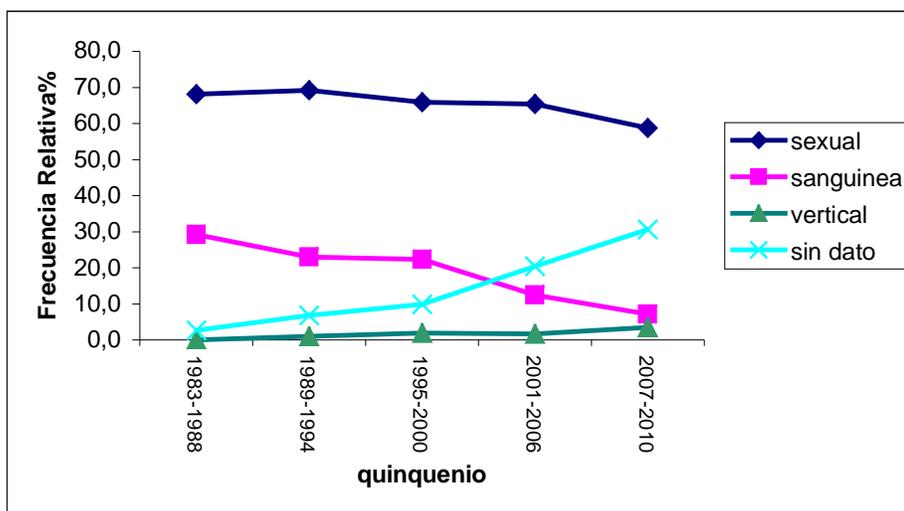
Fuente: Sector ITS-VIH/SIDA de DEVISA (M.S.P.)

El 64 % de la población que hoy vive con VIH, adquirieron el virus por transmisión sexual, un 15 % por vía sanguínea (de ellos el 98% por compartir los implementos que se utilizan en la administración de drogas inyectables) y un 3 % por transmisión vertical (Tabla Nº 7).

Al analizar por quinquenios vemos que si bien la transmisión sexual es la responsable del mayor porcentaje de casos de VIH, los datos que se presentan muestran un descenso del 68.1% a 58.7% del desde 1983 a 2010. Pero es muy importante destacar que año a año el equipo responsable de notificar los casos de VIH, no especifican el mecanismo de transmisión probable.

En el periodo 1983-1988 teníamos un 2.7% de casos sin especificar la causa probable de infección, esta variable cada vez es menos informada en los formularios de notificación, siendo en el último quinquenio un 26.7% del total de casos notificados los que no especifican el mecanismo de infección probable. (Tabla Nº 8 y Grafico nº 9)

Grafico Nº 9 Distribución del mecanismo de Transmisión de la infección VIH. Uruguay 2010



Fuente: Sector ITS-VIH/SIDA de DEVISA (M.S.P.)

Mortalidad por Sida

La línea de tendencia de la tasa de mortalidad por SIDA presenta un aumento lento y progresivo desde 1996. (Ver Grafico N° 10). El sexo masculino es el más afectado

La edad media de los muertos de SIDA fue de 40.5 años en 2009 (Grafico N° 12).

En 2004 el SIDA causó 129 años perdidos/100.000h y en el 2009 causó 103 años perdidos/100.000h (Gráfico N° 10).

Por tanto si bien la mortalidad tiene un ascenso lento y progresivo estas muertes vienen ocurriendo a edades mayores, lo que se puede ver en Grafico N° 12 que muestra la evolución de la edad promedio de los fallecidos por SIDA desde 2005.

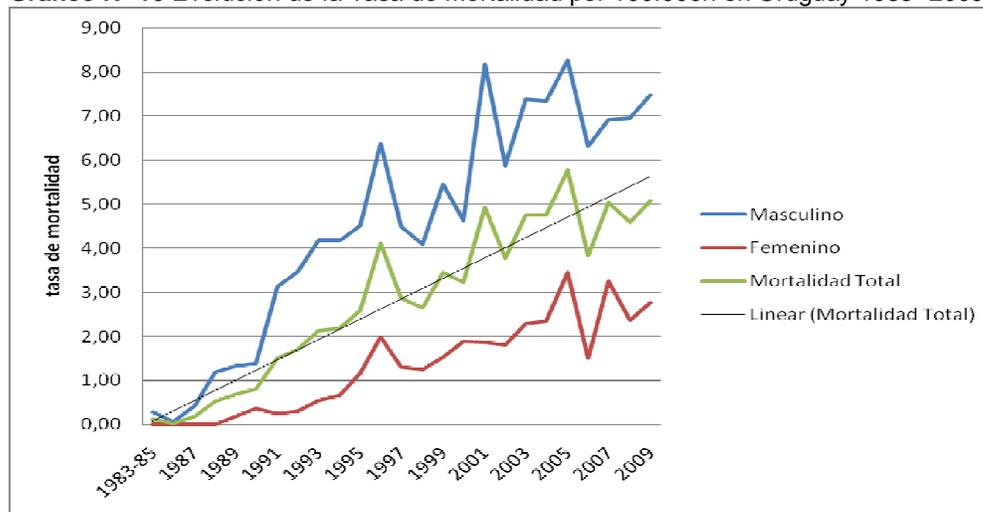
Dentro de las enfermedades oportunistas las 5 mas frecuentes en los pacientes con SIDA son las Neumonías por *Pneumocystis carinii*, Candidiasis orofaríngea, Tuberculosis, neumonías bacterianas y Toxoplasmosis (Grafico N° 13).

Tabla N° 9 Evolución de la Tasa de Mortalidad en Uruguay desde 1996 a 2009

Año	Masculino	Femenino	Total	Población Total	Tasa de mortalidad
1996	100	33	133	3235549	4,11
1997	71	22	93	3256182	2,86
1998	65	21	86	3273777	2,63
1999	87	26	113	3288819	3,44
2000	74	32	106	3300847	3,21
2001	131	32	163	3308356	4,93
2002	94	31	125	3308527	3,78
2003	118	39	157	3303540	4,75
2004	117	40	157	3301732	4,76
2005	132	59	191	3305723	5,78
2006	101	26	127	3314466	3,83
2007	111	56	167	3323906	5,02
2008	112	41	153	3334052	4,59
2009	121	48	169	3344938	5,05

Fuente: Sector ITS-VIH/SIDA de DEVISA (M.S.P.)

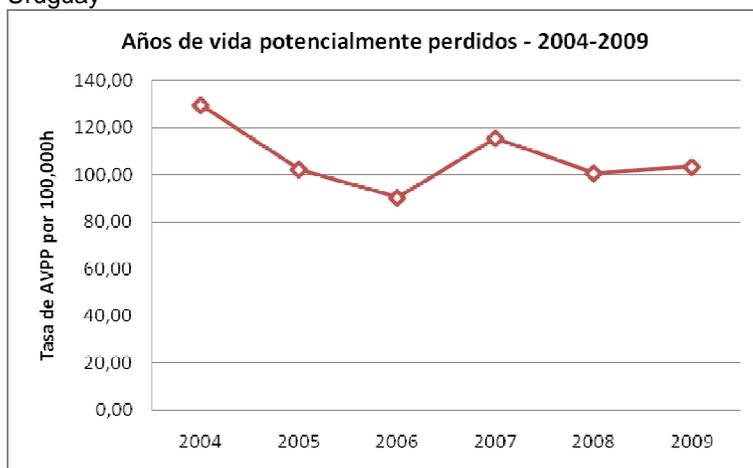
Grafico N° 10 Evolución de la Tasa de Mortalidad por 100.000h en Uruguay 1983- 2009



Fuente: Sector ITS-VIH/SIDA de DEVISA (M.S.P.)

Años de vida potencialmente perdidos

Gráfico Nº 11: Distribución de la Tasa de AVPP por SIDA por 100.000h, período 2004-2009 Uruguay



Los años potencialmente perdidos (AVPP), es una estimación de la cantidad de años de vida que se pierden por muerte prematura (es decir, antes que la persona llegue a la edad en que se espera que fallezca).

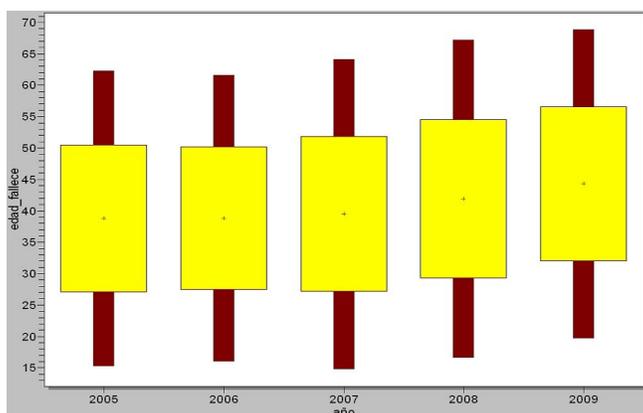
En los últimos años vemos que los AVPP por SIDA tienen una leve tendencia al descenso, estabilizándose entre 2008-2009.

Para el año 2009 los AVPP fueron 3643 años, lo que implica una disminución respecto al año 2004 del 20.2% (total año 2004: 4567 años de vida perdidos).

Tabla Nº 11 Distribución del promedio de edad de los fallecimientos por SIDA. 2004-2009 en Uruguay

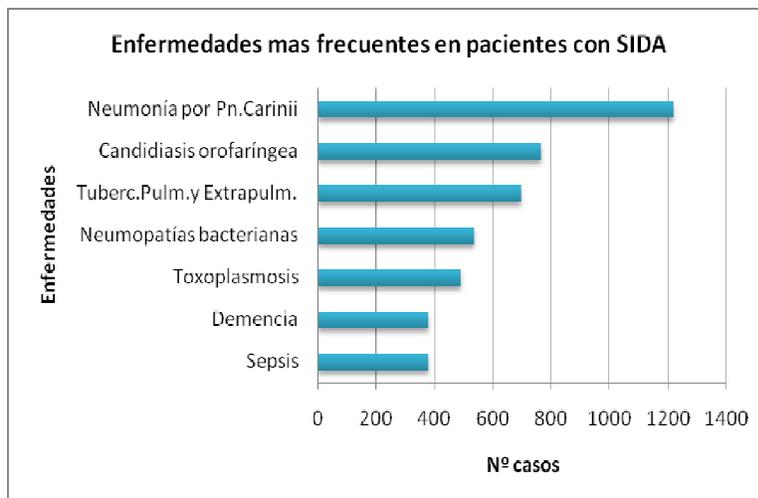
Año de fallecimiento	Edad promedio de muerte
2005	38,75
2006	38,78
2007	39,47
2008	41,86
2009	44,26

Gráfico Nº 12 Distribución del promedio de edad de los fallecimientos por SIDA. 2005-2009 en Uruguay



En el 2005 el promedio de edad de fallecimiento fue de 38.75 años, a diferencia del 2009 donde ésta fue de 44.26 años. Se observa un incremento en el promedio de edad de fallecimiento en los últimos 5 años ($p < 0.0001$, análisis de varianza ANOVA).

Gráfico N°13. Enfermedades mas frecuentes en pacientes con Sida



Fuente: Sector ITS-VIH/SIDA de DEVISA (M.S.P.)

Situación de Sífilis en el adulto y Sífilis congénita

La sífilis (infección por *Treponema pallidum*) es una enfermedad incluida dentro del grupo de infecciones de transmisión sexual, y a pesar de que su diagnóstico y tratamiento son muy conocidos desde hace largos años, continúa constituyendo un flagelo para la salud pública.

En América Latina y el Caribe se estima que ocurren 3 millones de nuevos casos de sífilis por año.

En Uruguay desde el año 1986, existe una norma que obliga a la investigación serológica de infección por sífilis a través de la realización de examen de VDRL: 1) a la embarazada en el primer trimestre y antes de la semana 32 de gestación, y 2) a todos los recién nacidos.

Dado que la sífilis congénita se trata claramente de una enfermedad evitable a través de un adecuado control de la embarazada y de un tratamiento oportuno de la embarazada infectada y su pareja, resulta inaceptable que continúe habiendo casos; menos aún que se constate un aumento de los mismos. Si bien en comparación con la Región Uruguay presenta un número de casos, significativamente menor, se ha constatado un aumento en las estimaciones de incidencia de la enfermedad, corroborado por el número de las notificaciones por un lado (pese a que es altamente probable un subregistro), y por otro lado, por el registro del Sistema Informático Perinatal, que constató un aumento de los casos de VDRL positivos.

En el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio se encuentran también las estrategias para eliminar la sífilis congénita (promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer (ODM-3), reducir la mortalidad infantil (ODM-4), mejorar la salud materna (ODM-5), combatir el VIH-SIDA y otras enfermedades (ODM-6). Con el objetivo de abordar este problema en su real dimensión, se constituyó en el año 2007 una comisión interdisciplinaria integrada por representantes de los programas prioritarios Salud de la Niñez, Programa ITS/SIDA, Programa Mujer y género, técnicos del Centro Hospitalario Pereira Rossell, Facultad de Medicina a través de las cátedras de Ginecología y Obstetricia y Neonatología, ginecólogos, dermatólogos, neonatólogos, pediatras, anatomopatólogos, laboratorio, directores de ASSE de la Red de Atención Primaria (Plan Aduana) e integrantes de la Unidad de Vigilancia en Salud Pública de la División de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública.

En el año 2008 se conformó desde la Dirección General de la salud la Comisión Nacional por la Eliminación de la Sífilis Congénita.⁽⁶⁾

Antecedentes

Desde mayo de 2007 la comisión interdisciplinaria estableció las siguientes acciones:

En Mayo del 2007 fueron presentados los datos del Sistema Informático Perinatal (SIP) del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) del año 2006.⁽⁷⁾ Se comunicó la presencia de VDRL reactivos en 214 madres y 117 recién nacidos (RN). El Programa Nacional de Salud de la Niñez se abocó a analizar los puntos críticos que en la principal maternidad del país, interferían con el control de la infección. Con el apoyo técnico y financiero del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), se procuró también reunir información específica sobre los determinantes de la SC de las madres asistidas en el CHPR.^(6,8)

Además se interactuó con todos los sectores involucrados en el tema, proponiendo actividades consensuadas y coordinadas para lograr un control efectivo de la SC. Esta iniciativa abarcó únicamente el CHPR y algunas instituciones de Montevideo.

El Programa Nacional ITS/SIDA, previamente había iniciado una experiencia piloto con una prueba rápida para el diagnóstico de sífilis en las gestantes.

El laboratorio se dedicó a optimizar el flujo de información: los informes de laboratorio se informatizaron, los RN con VDRL reactivo se comunicaron al Programa Aduana y por esta vía se informó al primer nivel de atención. La notificación al Departamento de Vigilancia en Salud del MSP se incrementó.

Desde la Dirección de Epidemiología a través del Departamento de Vigilancia en Salud, se elaboró una propuesta de modificaciones en el Código Nacional sobre Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria, a los efectos de incluir la sífilis del adulto y de la embarazada en particular, así como establecer la vigilancia sistemática de los óbitos fetales.

Se optimizó y elaboró un nuevo formulario para notificación y para ingreso de los datos al sistema informático. Se elaboró un Manual de Procedimientos para la Vigilancia Epidemiológica de la Sífilis Congénita.

Se optimizó la comunicación y retroalimentación de los resultados, comunicando en diferentes instancias y reuniones la situación epidemiológica de la Sífilis Congénita en el Uruguay.⁽⁶⁾

Identificación del problema

Pese a las acciones implementadas resulta evidente que la sífilis congénita constituye un problema complejo, cuyo abordaje exige estrategias variadas, equipos multidisciplinarios actuando en coordinación y en cada una de las áreas involucradas además de la expresa voluntad política existente.

La Comisión Nacional para la Eliminación de la Sífilis Congénita en la agenda elaborada para la acción, propone 4 objetivos:

1. Contar con el compromiso político y la asesoría pertinente
2. Promover la atención prioritaria materno-infantil
3. Captar y tamizar para sífilis a toda embarazada y a sus parejas sexuales
4. Fortalecer la vigilancia epidemiológica de casos de sífilis materna, de probables SC, de abortos y óbitos.

Componentes de la Vigilancia de la Sífilis

Para la vigilancia de la sífilis pueden identificarse dos componentes:

1. Reporte de casos: el proceso de notificación de casos o de los resultados de laboratorio con serología positiva, pudiendo establecerse como una enfermedad de notificación obligatoria
2. Monitoreo/ Estudios de prevalencia: permiten monitorear las tendencias en poblaciones definidas y en períodos de tiempo determinados, así como identificar proporción de personas de una población con la enfermedad e identificar población de riesgo.

A diferencia de los casos obtenidos por notificación, que permiten establecer bases poblacionales, el monitoreo de la prevalencia de sífilis generalmente se obtiene de población seleccionada y/o identificada como de un riesgo especial.^(9,10)

Usos y propósitos de la Vigilancia en Sífilis

La Vigilancia en Salud Pública, se define como la recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria, sobre algunas condiciones de salud de la población. El análisis e interpretación de los datos debe proporcionar bases para la toma de decisiones y al mismo tiempo ser utilizada para su difusión.

La Vigilancia en Salud Pública se enfoca principalmente en eventos o casos ya ocurridos, pero cobra fuerza la necesidad de hacerlo también sobre los factores de riesgo que son causa o facilitan su ocurrencia. En el caso de la sífilis se ha recurrido al monitoreo de datos sobre el estado social y las conductas, lo que permite aplicar un enfoque de riesgo.

Los propósitos y usos de la Vigilancia de sífilis a través del reporte de casos son:

- Monitorear tasas y analizar tendencias de la infección
- Identificar rápidamente brotes epidémicos
- Identificar personas en riesgo y las comunidades donde viven
- Conocer las características de las personas con la infección y generar hipótesis sobre probables factores determinantes o de riesgo.
- Identificar fallas en la atención a la salud y oportunidades perdidas de intervención.
- Confirmar y demostrar la necesidad de implementar programas e control
- Planificar intervenciones

A su vez, tanto en un nivel local como central los datos de casos reportados pueden utilizarse para:

- Evaluar la subnotificación.
- Intentar asegurar un diagnóstico apropiado y un tratamiento oportuno a la persona y sus contactos

- Identificar personas en riesgo de infecciones asociadas (por ej. HIV)
- Evaluar efectividad de los programas de prevención y control de sífilis
- Establecer pautas de diagnóstico y tratamiento
- Evaluar la efectividad del screening de sífilis prenatal para prevenir la sífilis congénita

Por otra parte, los propósitos y usos de la Vigilancia a través de los estudios de prevalencia son:

- Monitorear y conocer la carga de enfermedad así como las tendencias
- Identificar poblaciones con alta tasa de infección
- Evaluar la vigilancia a través de casos reportados
- Establecer intervenciones orientadas
- Redistribuir recursos destinados a salud ^(11,12,13)

Propuestas de modificación de la notificación de sífilis

Desde el año 2004, según el Código de Enfermedades de Notificación Obligatoria vigentes, se establece la obligatoriedad de notificar Sífilis congénita, no considerándose necesaria la notificación de otras situaciones de Sífilis (Sífilis del adulto en sus diferentes formas incluyendo sífilis en la embarazada).

En vistas de la situación actual, y enmarcada en otras tantas medidas a tomar para combatir el problema de la sífilis congénita en nuestro país, desde el punto de vista de la Vigilancia en Salud se propuso desde la División Epidemiología:

- Incluir en el Código de Enfermedades de Notificación Obligatoria², la sífilis en todas sus manifestaciones, incluyendo sífilis del adulto, lo que al comprender a la embarazada permitirá optimizar el diagnóstico de situación y la captación oportuna de las situaciones de riesgo.
- Al igual que para otras enfermedades, esto debe comprender la notificación de casos sospechosos además de los casos confirmados.
- Notificar sistemáticamente la situación de óbito fetal, estableciendo la necesidad de que cada vez que se produzca un óbito se investigue infección por *Treponema pallidum* en la embarazada y el feto.
- En conjunto con el laboratorio y los médicos tratantes, seguir estrechamente los casos detectados de VDRL positivos, para determinar si constituyen o no un caso de sífilis. En especial se propone el seguimiento de los casos registrados en el Sistema Informático Perinatal
- Establecer la devolución de la información en forma periódica, como forma de estrechar el trabajo conjunto y estimular la notificación.
- Continuar la difusión de la situación y de la información sobre la necesidad de la notificación.

Esto permitirá acercarnos a los objetivos especificados anteriormente, optimizar el diagnóstico de situación de sífilis en nuestro país y en forma fundamental, a través del diagnóstico y tratamiento oportuno, reducir los casos de sífilis congénita, con miras a su eliminación. ⁽⁶⁾

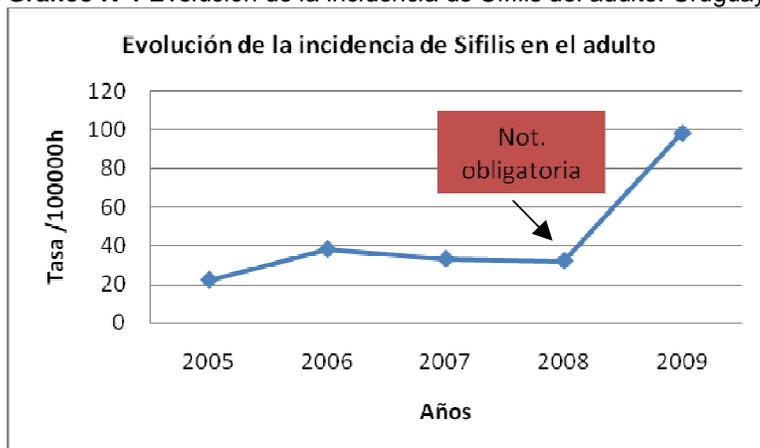
Resultados obtenidos hasta la fecha:

Tabla Nº 1: Distribución de la tasa de incidencia de Sífilis de adulto en Uruguay.

Año	Femenino	Masculino	s/d	Total	Tasax100.000h
2005	312	378	41	731	22,1
2006	605	630	33	1268	38,2
2007	503	538	61	1102	33,1
2008	514	487	70	1071	32,1
2009	1865	1361	74	3300	98,6

² Ordenanza N°82 Ref.N°4591/2008 del 24/12/2008

Gráfico N°1 Evolución de la incidencia de Sífilis del adulto. Uruguay 2005-2009



La prevalencia de sífilis en el 2009 fue de 98.6/100.000h, es importante destacar que los datos de sífilis de adultos de años previos (previo a la ordenanza N° 82 Ref.N°4591/2008 del 24/12/2008) fueron de registros que algunas instituciones notificaban a pesar de no ser un evento de notificación obligatoria.

A partir de la ordenanza se observa un aumento de las notificaciones, a pesar de ello, se requiere continuar trabajando con la definición del evento y las variables de interés.

Sífilis congénita

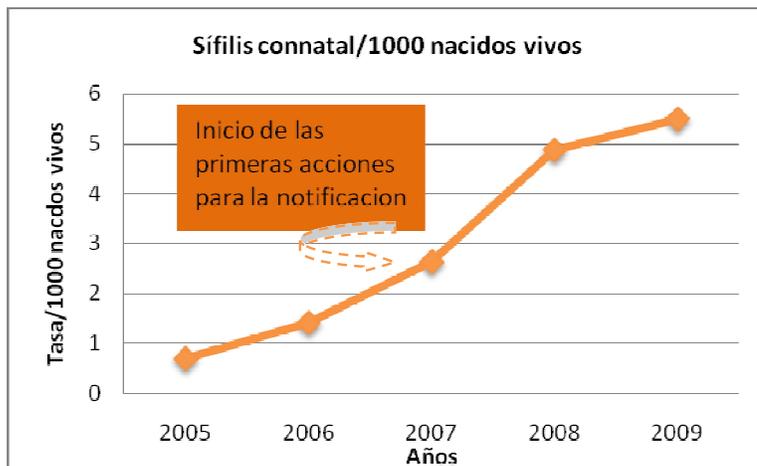
En cuanto a sífilis congénita debemos destacar que las notificaciones que se reciben corresponden a serología de VDRL (datos aportados por el laboratorio del sector público y privado) de sangre del cordón umbilical, pudiendo corresponder muchas veces, a anticuerpos de serología materna que por transmisión pasiva se detectan en el recién nacido. Por este motivo el Departamento de Vigilancia en Salud está iniciando un estudio de seguimiento de las notificaciones, para conocer la real incidencia de sífilis congénita.

Tabla N°2 Distribución de los casos de Sífilis Congénita por Año y Sexo

Año	Mujer	Hombre	S/d	Total	Tasax1000nac.
2005	13	17	3	33	0,69
2006	40	27	0	67	1,41
*2007	46	66	13	125	2,63
2008	102	120	9	231	4,87
2009	138	116	5	259	5,49

Fuente: Sector ITS/SIDA

Gráfico Nº 2 Distribución de la incidencia Sífilis Congénita /1000 nacidos vivos por año



Fuente: Sector ITS/SIDA

Las notificaciones vienen aumentando en los últimos 5 años. Vemos que en 2005 se notificaron 6 niños por 10.000 nacidos vivos con serología de sangre de cordón positiva para VDRL. En cambio el número de notificaciones aumentó casi 8 veces para el 2009, pasando a ser la tasa de infección de 54.9 infectados por 10.000 nacidos vivos.

En esta primera etapa se evidencia un resultado de las acciones impulsadas para el aumento de las notificaciones, nos resta continuar trabajando en la calidad de la información y en el seguimiento de las mismas.

Bibliografía

1. Dra. Teresa López, Dra. Olga Medina, Dr. Washington Scapiego, Dra. Olga Hernández, Dr. Horacio Corradi, Dr. Ary Tejedor; Los veinte primeros casos de SIDA tratados en la Clínica de Enfermedades Infecciosas de la Facultad de Medicina. Revista Médica Uruguay 1990; 6: 13-22.
2. ONUSIDA, OMS; Situación de la Epidemia de Sida. ONUSIDA/09.36S / JC1700S (versión española, diciembre de 2009) Disponible en www.unaids.org.
3. Dra. María Ángeles López Vilchez, Dr. Antonio Mur Sierra; Transmisión vertical de VIH en nuestro medio en la época de las posibilidades terapéuticas preventivas para minimizarlas.
4. ONUSIDA, OPS, UNODC, MSP, ASSE Ministerio del Interior. Estudio cuantitativo sobre condiciones de vida, prácticas de riesgo sexual, consumo de drogas y epidemiología en VIH y VHB en personas privadas de libertad Establecimiento Penitenciario Departamental de Canelones. Uruguay. Año 2007 (pag 64).
5. ONUSIDA, OPS, UNODC, MSP, ASSE Ministerio del Interior. Estudio seroepidemiológico de VIH y VHB, condiciones de vida, práctica de riesgo sexual y consumo de drogas en mujeres privadas de libertad del Establecimiento correccional y de detención para mujeres de Montevideo. Cárcel Cabildo . Año 2008 (pag 134).
6. Pujadas, M; Cuevas, L. Informe : Aportes a la Comisión de Eliminación de la Sífilis Congénita. DIGESA MSP Documento interno
7. Sífilis congénita: un desafío nacional. Cuevas L, Oliveira R. Arch Gin Obstetr 2005; 43: 143-147.
8. Registros Sistema Informático Perinatal Uruguay.
9. Guías para el diseño, implementación y evaluación de sistemas de vigilancia epidemiológica de lesiones. OPS <http://www.guidelines-5-sp.pdf>.
10. Public health preparedness in Alberta: a systems-level study. Douglas Moore, Alan Shiell, Tom Noseworthy, Margaret Russell and Gerald Predy .BMC Public Health 2006, 6:313 doi:10.1186/1471-2458-6-313 www.biomedcentral.com/1471-2458/6/
11. Centers for Disease Control and Prevention. The National Plan to Eliminate Syphilis from the United States. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services; May 2006.
12. Centers for Disease Control and Prevention. Primary and secondary syphilis—United States, 2003–2004. MMWR 2006;55:269–73.
13. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted disease surveillance. 2008.