

Caracterización de problemas priorizados

Morbimortalidad por VIH y transmisión vertical de VIH y sífilis

Introducción

La infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es una infección de transmisión sexual (ITS) que rápidamente se expandió para constituirse en una pandemia.

El pronóstico de la enfermedad ha cambiado sustancialmente desde la disponibilidad del tratamiento antirretroviral (TARV) de alta eficacia basada en la asociación de fármacos; la enfermedad que inevitablemente era mortal, pasa a adquirir un comportamiento crónico. De hecho, aquellos individuos cuyo diagnóstico se realiza precozmente con una terapia instalada de manera temprana tienen una expectativa de vida cercana a la población general sin VIH.

Además del evidente beneficio en la supervivencia, el TARV mejora la calidad de vida (evita la aparición de enfermedades oportunistas a través de la recuperación inmune) y evita la transmisión. Este último beneficio, demostrado recientemente, transforma el TARV en una medida con un impacto poblacional, una medida de salud pública.

Situación en Uruguay

En nuestro país se tuvo un rápido acceso a los primeros fármacos antirretrovirales (ARV) y tempranamente se implementó la estrategia de TARV de alta eficacia. Sin embargo, este acceso al TARV no ha tenido un impacto significativo en la mortalidad por SIDA, resultado que es evidente en otros países.⁽¹⁾ Por otra parte, la expansión del TARV ha comenzado a tener un impacto en la disminución de nuevas infecciones por VIH en varias regiones del mundo. En Uruguay, en 2020, la tasa de notificación de nuevos diagnósticos presentó un leve descenso con relación al 2019, alcanzando a 25/100.000 hab.

Las tasas más altas de nuevas infecciones se observan en Montevideo y en Maldonado, la vía sexual continúa siendo la principal vía de transmisión de VIH. El 50 % de los nuevos diagnósticos presenta menos de 38 años, el 70 % de las nuevas infecciones corresponden a casos del sexo masculino.⁽¹⁾

1 Tasas de mortalidad x 100.000 habitantes en países de la región y otros. Argentina 2016: total 3,6; varones 5,2, mujeres 2,2. Brasil 2016: 7,0; varones 9,6; mujeres 4,5. Chile 2011: total 3,3; varones 5,7, mujeres 0,9. Fuente: OPS. Plataforma de Información en Salud para las Américas.

La cobertura de TARV entre la población diagnosticada fue de 71 % y la tasa de mortalidad por causas vinculadas a VIH/SIDA (CIE-10 B20-24) en 2020 fue la más baja de los últimos 5 años.⁽¹⁾

Tabla 1. Número de casos de VIH y tasa cada 100.000 habitantes, por año. Período 2016-2020. Uruguay

| Año | F A | Tasa cada 100.000 h |
|------|-----|---------------------|
| 2016 | 856 | 25 |
| 2017 | 797 | 23 |
| 2018 | 988 | 28 |
| 2019 | 993 | 29 |
| 2020 | 876 | 25 |

Fuente: MSP. Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en Uruguay. 2021.

En el Estudio Nacional de Carga Global de Enfermedad,⁽²⁾ en el grupo etario de 20 a 64 años, se coloca al VIH/Sida en 10.º lugar como causa de muerte prematura (AVP); en 5.º lugar en carga de morbilidad (AVD), y en 8.º lugar en el índice combinado de los anteriores (AVISA).

Tabla 2. Años de Vida Perdidos ordenados por frecuencia de enfermedad y sexo. 2010. Uruguay

| Ubicación | Enfermedad | Hombre | Mujer | Total |
|------------|-------------------------------|--------|-------|--------|
| AVP | | | | |
| 1 | Siniestros de transporte | 12.328 | 3.105 | 15.433 |
| 2 | Heridas autoinflingidas | 11.498 | 3.415 | 14.913 |
| 3 | Cáncer de pulmón | 10.157 | 3.875 | 14.032 |
| 4 | Otros neoplasmas malignos | 7.540 | 4.849 | 12.389 |
| 5 | AVE | 6.435 | 5.204 | 11.639 |
| 6 | Isquémica aguda del corazón | 7.602 | 2.751 | 10.353 |
| 7 | Isquémica crónica del corazón | 5.712 | 2.222 | 7.934 |
| 8 | Cáncer de mama | 172 | 7.041 | 72.13 |
| 9 | Cáncer colon y recto | 3.649 | 2.776 | 6.425 |

| | | | | |
|----|--------------------|-------|-------|-------|
| 10 | VIH | 4.196 | 2.036 | 6.232 |
| 11 | Violencia | 4.692 | 928 | 5.620 |
| 12 | Diabetes | 2.578 | 2.327 | 4.905 |
| 13 | Cáncer de estómago | 2.638 | 1.629 | 4.267 |
| 14 | Neumonía | 2.145 | 2.006 | 4.151 |
| 15 | Cáncer de páncreas | 2.473 | 1.599 | 4.072 |

Fuente: MSP. Estudio de carga global de enfermedad. 2015.

Tabla 3. Distribución de Años de Vida con Discapacidad ordenados por frecuencia de enfermedad y sexo. 2010. Uruguay

| Ubicación | Enfermedad | Hombre | Mujer | Total |
|------------|-------------------------------------|--------|--------|--------|
| AVD | | | | |
| 1 | EPOC | 8.990 | 14.738 | 23.728 |
| 2 | Isquémica crónica del corazón | 6.910 | 3.370 | 10.280 |
| 3 | AVE | 2.986 | 3.831 | 6.817 |
| 4 | Osteoartritis | 2.455 | 2.583 | 5.038 |
| 5 | VIH | 2.612 | 2.101 | 4.713 |
| 6 | Depresión mayor | 1.038 | 3.103 | 4.141 |
| 7 | Siniestros de transporte | 2.539 | 1.318 | 3.857 |
| 8 | Visión | 1.451 | 2.239 | 3.690 |
| 9 | Diabetes | 1.513 | 1.876 | 3.389 |
| 10 | Audición | 1.249 | 1.927 | 3.176 |
| 11 | Artritis reumatoidea | 233 | 1.882 | 2.115 |
| 12 | Enfermedad hipertensiva del corazón | 695 | 1.150 | 1.845 |
| 13 | Diarreas | 777 | 1.058 | 1.835 |
| 14 | Hiperplasia prostática benigna | 1769 | - | 1.769 |
| 15 | Dolor de espalda crónico | 592 | 1.131 | 1.723 |

Fuente: MSP. Estudio de carga global de enfermedad. 2015.

Caracterización de los componentes del problema

Se identifican como **componentes del problema**:

- 1) Acceso al diagnóstico de VIH.
- 2) Estigma y discriminación como obstáculos al acceso a los servicios de salud.
- 3) Cobertura de TARV.
- 4) Adherencia al TARV.

La identificación de estos componentes se realiza a través de indicadores construidos a partir de datos de la notificación epidemiológica, estudios de cohortes, encuestas a servicios de salud, en el marco de reportes de seguimiento a compromisos internacionales e insumos aportados por la sociedad civil.

Desarrollo de los componentes del problema

Componente 1: ACCESO AL DIAGNÓSTICO

Un componente del problema crítico es el acceso al diagnóstico. Realizar diagnóstico temprano —como en toda enfermedad crónica— es una condición fundamental para facilitar el acceso oportuno a cuidados, mejorar la calidad de vida y la sobrevivencia. En VIH se suma el beneficio de interrumpir la cadena de transmisión.

La tasa de nuevos diagnósticos en nuestro país entre 2016-2020 presenta cierta estabilidad, como puede verse en la tabla 1.

Subdiagnóstico: aproximadamente 10 % de personas con VIH no diagnosticadas, proporción que probablemente aumentó durante la pandemia por la COVID-19 debido a la reducción de la oferta del test. Los profesionales de salud deben ofrecer la prueba de VIH (test rápido o serológica) durante el control de salud.

Diagnóstico tardío: 16 % de personas fallecidas por VIH en 2020 fueron diagnosticadas en ese mismo año.⁽¹⁾ Se considera importante incorporar el dato de primer valor de CD4 en la notificación obligatoria, para poder monitorear el diagnóstico tardío.

Componente 2: ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN COMO OBSTÁCULOS AL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

La mayor proporción de denuncias por estigma y discriminación se produce en el sector salud, hecho que atenta contra el acceso y continuidad de los cuidados de las personas con VIH.⁽³⁾ También existe evidencia nacional respecto de la existencia de

actitudes de discriminación de la población general hacia personas con VIH y hacia personas de colectivos más vulnerables.^{2 (4)}

La asociación del VIH a “promiscuidad”, a personas con “conductas sexuales desviadas” y su origen y mayor prevalencia en grupos estigmatizados por su orientación sexual o identidad de género ha signado la respuesta social al VIH, donde la discriminación opera en contra de la inclusión y el ejercicio de derechos de las personas afectadas.

Componente 3: COBERTURA DE TARV

El TARV tiene un doble beneficio:

1. individual, con mejoría en la calidad de vida que permite una inclusión plena sociofamiliar de las personas, y, prolongación en la sobrevivencia que hace que quienes acceden de manera precoz al TARV alcancen una expectativa de vida similar a la de las personas sin VIH;
2. poblacional, ya que la supresión de la carga viral plasmática a través del TARV previene la transmisión horizontal (además del conocido efecto preventivo de la transmisión vertical).

Las indicaciones de inicio de TARV han cambiado a lo largo de los años como consecuencia de: beneficio demostrado del inicio precoz, menor toxicidad de los fármacos disponibles y mayor simplicidad de las posologías. En este momento la tendencia es llegar a “testear y tratar”. En Uruguay, las recomendaciones para inicio de TARV se describen en las *Recomendaciones de tratamiento antirretroviral (2018)*.⁽⁵⁾ El TARV está indicado y debe ser ofrecido a todas las personas con diagnóstico de VIH; independientemente del recuento de CD4, el inicio del TARV debe proponerse desde la primera consulta. Aun sin contar con resultados de población linfocitaria ni Carga Viral (CV) se ha demostrado que un inicio rápido aumenta la vinculación, retención en cuidados y el tiempo a lograr la CV suprimida. En mujeres embarazadas se debe iniciar desde la primera prueba reactiva de VIH, sin esperar la confirmación. En 2020, el 71 % (8.711/12.224) de los pacientes diagnosticados recibieron TARV.

Componente 4. ADHERENCIA AL TARV

La continuidad de TARV es una medida indirecta de adherencia.

² Investigación realizada por Equipos Mori, Subreceptor No Estatal – ANII – en el marco del Proyecto del Fondo Mundial “Hacia la Inclusión Social y el Acceso Universal a la prevención y atención integral en VIH/Sida de las poblaciones más vulnerables en Uruguay”.

En Uruguay existe un déficit en el reporte de los retiros de TARV anual desde las farmacias, lo cual dificulta medir la adherencia por prestador de salud. Para ello, se propone que los prestadores de salud reporten el momento en que los pacientes presentan una carga viral indetectable, dado que este es un indicador utilizado para medir la adherencia al TARV.

Transmisión vertical de sífilis y VIH

Para conocer con exactitud la incidencia de sífilis congénita (SC) en Uruguay y evaluar en mayor profundidad los potenciales determinantes, en el año 2013 se comenzó a implementar una auditoría de todo caso de mujer embarazada con prueba de sífilis reactiva (independientemente de la técnica) y de todo recién nacido con prueba reactiva en el cordón (Ordenanza n.º447/12).

Las auditorías de sífilis y VIH comenzaron a implementarse en los prestadores de salud en todo el territorio nacional a partir de ese año. El objetivo general es monitorizar la aplicación de las ordenanzas ministeriales 447 del 14 de agosto del 2012 y 367 del 4 de junio de 2013.⁽⁶⁾⁽⁷⁾

Con respecto a sífilis, los objetivos específicos son:

- Disponer de información certera respecto de la prevalencia de sífilis gestacional (SG) y tasa de incidencia de SC.
- Evaluar la aplicación de las pautas de atención de mujeres embarazadas con sífilis.
- Identificar los factores asociados a sífilis congénita.
- Contribuir al proceso de mejora de la calidad asistencial.

La transmisión materno-infantil del VIH puede producirse durante el embarazo, el parto o la lactancia. Uruguay ha sido pionero en la implementación de intervenciones altamente efectivas para la prevención de la transmisión vertical (TV): introducción de la prueba diagnóstica de VIH durante el embarazo, uso de pruebas rápidas en embarazos mal controlados, terapia antirretroviral (TARV), suspensión de la lactancia y provisión de fórmulas de sustitución.⁽⁸⁾

En Uruguay, la tasa de TV de VIH en el periodo 2016-2020 fue inferior a 2 %.

Tabla 4. Transmisión vertical de VIH. Niños afectados, expuestos y tasa de TV según año. Período 2016-2020. Uruguay

| Año | Niños infectados | Expuestos | Tasa de t vertical (%) |
|------------|-------------------------|------------------|-------------------------------|
|------------|-------------------------|------------------|-------------------------------|

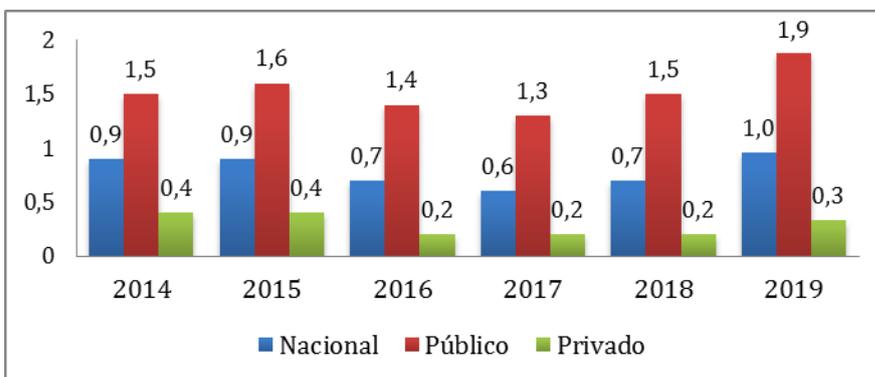
| | | | |
|------|---|-----|------|
| 2016 | 2 | 130 | 1,54 |
| 2017 | 2 | 102 | 1,96 |
| 2018 | 2 | 113 | 1,76 |
| 2019 | 1 | 88 | 1,13 |
| 2020 | 1 | * | * |

Fuente: MSP. Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en Uruguay. 2021.

Sífilis gestacional

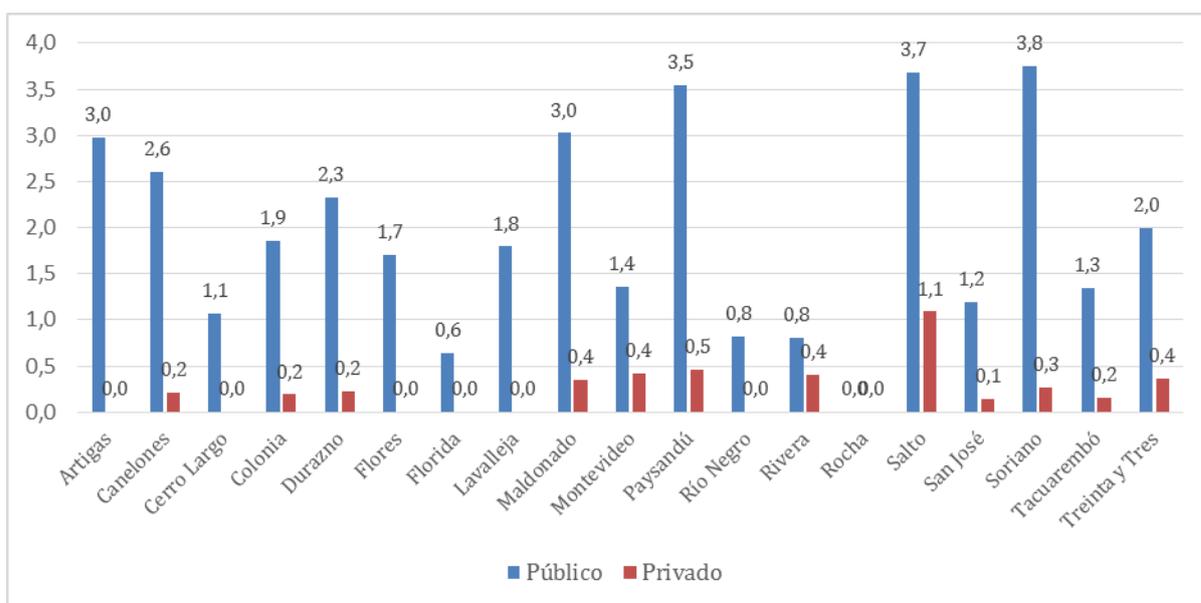
Se observa en 2019 un aumento del porcentaje de sífilis gestacional, tanto en el subsector público como en el subsector privado de la salud.

Gráfico 1. Prevalencia de sífilis gestacional a nivel nacional, por subsector público y subsector privado y según año. Período 2014-2019. Uruguay



Fuente: Programa de Salud Sexual y Reproductiva, Programa de ITS VIH/SIDA. Auditorías de Sífilis. 2020.

Gráfico 2. Prevalencia de sífilis gestacional (%) por departamento, subsector público y subsector privado, y año. Año 2019. Uruguay



Fuente: Programa de Salud Sexual y Reproductiva, Programa de ITS VIH/SIDA. Auditorías de Sífilis. 2020.

Sífilis congénita

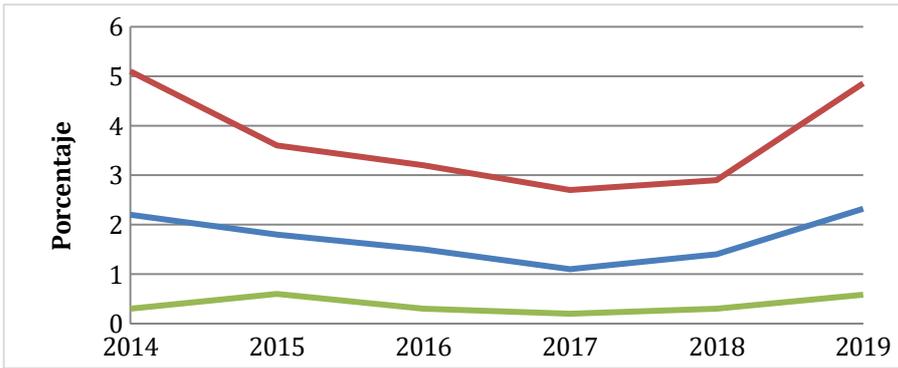
En el año 2019 aumentó el porcentaje de sífilis gestacional (SG) y la incidencia de sífilis congénita (SC).

El aumento de casos de SC es más significativo en el subsector público y en el interior del país, principalmente en los departamentos Durazno, Salto, Paysandú, Artigas y Lavalleja.

En 2019 hubo 87 casos clasificados como SC, lo que da una incidencia de 2,3 /1.000 nacimientos.

La incidencia de SC en el 2019 aumentó, tanto en el subsector privado como en el subsector público, por encima de la meta de eliminación ($\leq 0.5/1000$ nacimientos).

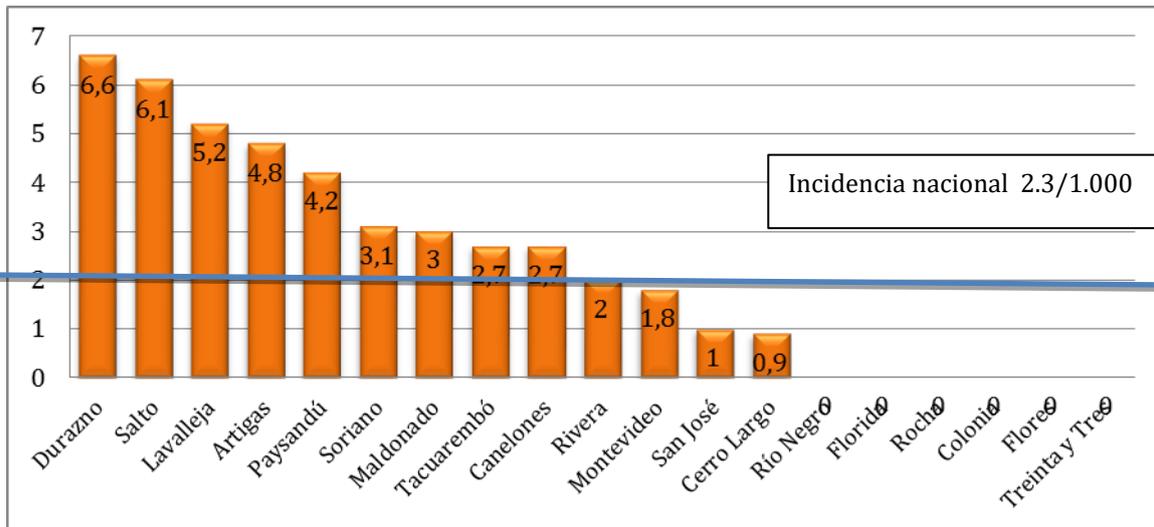
Gráfico 3. Sífilis congénita. Tasa de incidencia nacional, por subsector público y subsector privado, y por año. Período 2014-2019. Uruguay



Fuente: Programa de Salud Sexual y Reproductiva, Programa de ITS VIH/SIDA. Auditorías de Sífilis. 2020.

En el gráfico 3 se observa una mayor incidencia de SC en el interior del país en el subsector público en todo el periodo. El subsector privado alcanza la meta de eliminación ($\leq 0.5/1000$ nacimientos) entre 2014 y 2018, sin embargo en 2019 pasa a $0.6/1000$ nacimientos (13 casos).

Gráfico 4. Incidencia de sífilis congénita por departamento. Año 2019. Uruguay



Fuente: Programa de Salud Sexual y Reproductiva, Programa de ITS VIH/SIDA. Auditorías de Sífilis. 2020.

Tabla 4. Componentes presentes en la transmisión vertical de sífilis congénita y VIH.

| Determinantes | SC | VIH |
|--|---|-----|
| 1. Mala calidad de control del embarazo: | Captación tardía del embarazo con el consecuente retardo en el diagnóstico de la infección en la mujer embarazada y de las intervenciones terapéuticas. | |
| | Embarazos mal controlados (< de 5 controles) | |
| 2. Acceso a atención | Baja proporción de captación de la pareja sexual para asesoría y tratamiento | |

| | | |
|--|---|--|
| 3. Deficiencias en calidad asistencial | (reinfecciones). | |
| | En diagnóstico oportuno. | Comunicación tardía del diagnóstico en espera del resultado confirmatorio con el retardo en inicio de TARV en mujeres embarazadas donde el diagnóstico de VIH se realiza en el embarazo. |
| | En promoción y prevención con involucramiento de la pareja (maternidad-paternidad responsable). | Infecciones de la mujer adquiridas durante el embarazo o la lactancia. El riesgo de transmisión de VIH es máximo en las primeras semanas de adquirida la infección (pico de viremia). |

Fuente: Elaboración propia. Área de ITS VIH/SIDA, MSP. 2021.

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud Pública. Informe de situación epidemiológica del VIH/SIDA en Uruguay. 2021. MSP [Internet]. 2021 Jul 29; Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/informe-situacion-epidemiologica-del-vihsida-uruguay-2021>
2. Ministerio de Salud Pública, Programa de Prevención de Enfermedades No Transmisibles. Estudio de Carga Global de Enfermedad. Estudios de Evaluación Comparativa de riesgo o de carga atribuible a factores de riesgo. 1.º edición. MSP, editor. Montevideo, Uruguay; 2015.
3. UNAIDS, Proyecto PAF A. Estudio sobre estigma y discriminación hacia personas viviendo con VIH [Internet]. Montevideo, Uruguay: MSP; 2011. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Estudio_sobre_Estigma_y_Discriminación_hacia_PVVIH_2011_0.pdf
4. Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII). La población ante al estigma y la discriminación: actitudes y creencias de la población uruguaya hacia la población Trans, hombres que tienen sexo con hombres y personas que viven con VIH [Internet]. Montevideo, Uruguay: ANII; 2013. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Encuesta_Estigma_y_discriminacion_HSH_poblacion_Trans_y_VIH_2013_0.pdf
5. Ministerio de Salud Pública. Recomendaciones de tratamiento antirretroviral [Internet]. Montevideo; 2018. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/TARV_MSP_Web.pdf

6. Ministerio de Salud Pública. Control de embarazo e infecciones de transmisión sexual [Internet]. Montevideo, Uruguay; Ordenanza n.º 447, Aug 14, 2012. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-447012-control-embarazo-infecciones-transmision-sexual>
7. Ministerio de Salud Pública. Realización de auditorías por VIH [Internet]. Montevideo, Uruguay; Ordenanza n.º 367, Jun 4, 2013. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-367013-realizacion-auditorias-vih>
8. Quian J, Gutiérrez S, González V, et al. Prevención de la transmisión materno-infantil del virus de inmunodeficiencia humana de tipo 1 en Uruguay: 1987-2009. Análisis de las diferentes medidas adoptadas. Rev Chil Infect [Internet]. 2012;29(1): 87–94. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182012000100014>