

29 de Julio

Día Nacional del

VIH/Sida



Ministerio
de SALUD



Informe de la situación Nacional del VIH

Año 2016

Departamento de Vigilancia en Salud- Área programática ITS/SIDA

Situación epidemiológica del VIH/SIDA en Uruguay

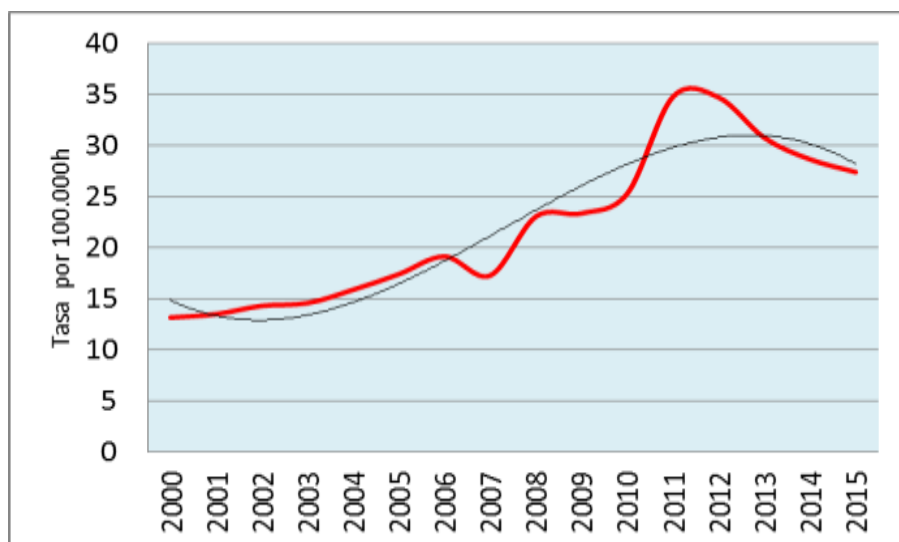
El presente informe se elabora con los datos obtenidos de las notificaciones recibidas en el Departamento de Vigilancia en Salud por parte del Departamento de Laboratorio de Salud Pública, la Unidad de Estadísticas Vitales dependientes de la DIGESA y los prestadores de salud.

La información comprende el total de los diagnósticos de VIH, ya que el Laboratorio de Salud Pública centraliza los estudios confirmatorios de todo el país.

La epidemia de VIH en Uruguay presenta un patrón de tipo "concentrado", lo que significa que la prevalencia en población general, es menor al 1% y en las poblaciones más expuestas mayor a 5%. La estimación de la prevalencia en población general de 15 a 49 años utilizando Spectrum¹ para el año 2015 fue de 0.5 % (0,4 -0,5), cifra similar a la obtenida mediante el software Dismod II en el estudio de carga global de enfermedad.²

La tasa de notificación de VIH presentó un aumento sostenido durante el período 2000 - 2012, seguido de un descenso de 2013 a 2015. (Gráfico N°1).

Gráfico N°1. Distribución de la tasa de notificación de nuevos diagnósticos de VIH. Periodo 2000-2015



En el 2015 se notificaron un total de 933 nuevos diagnósticos en adultos, alcanzando una tasa de 27/100.000 h.

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 2015.

Los estudios de segunda generación realizados en poblaciones en mayor riesgo identificaron las siguientes prevalencias:

Tabla I. Prevalencia de VIH en estudios serológicos de segunda generación y de registros del programa en poblaciones específicas

Población	Prevalencia	Año	Origen del dato	Muestra
Trabajadores sexuales masculinos	8,1%	2007	PPITS-SIDA, ATRU, UDELAR. Estudio de comportamiento, prácticas y serología en TSM.	n = 313 18 a 65 años Montevideo
Trabajadoras sexuales trans femeninas	36,5%	2007	PPITS-SIDA, ATRU, UDELAR. Estudio de comportamiento, prácticas y serología en TSM.	n = 313 18 a 65 años Montevideo
HSH	9,0%	2008	PPITS-SIDA, ATRU, UDELAR. Estudio de comportamiento, prácticas y serología en HSH.	n = 309 18 a 62 años Montevideo
PPL	1,7%	2010	Ministerio del Interior, UDELAR. Censo Nacional de Reclusos.	8169 (autorreporte, 9% no respondió la pregunta sobre VIH)
Consumidores de cocaína fumables	6,3%	2012	MSP-PNITS-VIH/SIDA, JND, CONASIDA, ONUSIDA, PNUD. Estudio de seroprevalencia de VIH/SIDA y conocimientos, actitudes y prácticas entre usuarios de cocaína, pasta base, crack y otros derivados de la hoja de coca en Montevideo y su área metropolitana.	n = 318
UDI alguna vez en su vida	10,4%	2012	Idem anterior	sd
Transgénero femeninas	28,6%	2012	MYSU. Relevamiento de necesidades de salud en personas Trans.	n = 35 38-75 años Montevideo/ Interior
HSH	9,7%	2013	MSP. Proyecto Fondo Mundial. AIRE.UY. Estudio de segunda generación en HSH.	n = 290 Montevideo e Interior
Transgénero femeninas	21,0%	2013	MSP. Proyecto Fondo Mundial. RADAR Estudio de segunda generación en personas trans.	n = 174 Montevideo e Interior
Trabajadores sexuales masculinos	8,5%	2013	MSP. Proyecto Fondo Mundial. AIRE.UY. Estudio de segunda generación en HSH.	n = 77 Montevideo e Interior
Trabajadoras sexuales trans femeninas	23,0%	2013	MSP. Proyecto Fondo Mundial. RADAR Estudio de segunda generación en personas trans.	n = 89 Montevideo e Interior
Trabajadoras sexuales mujeres	0,7%	2013	Reporte mensual de control de salud de trabajadoras y trabajadores sexuales.	n (aprox) = 1938 Montevideo e Interior
PPL	2,0%	2013	Prevalencia en población asistida en las Unidades de Internación de PPL	N = 9627**
PPL	2,53%	2013 2014	Centro de Diagnóstico y Derivación (ASSE). Nuevo dispositivo instalado para diagnóstico antes de la derivación a establecimiento carcelario.	sd

En el siguiente gráfico se ilustra la cronología de los principales hitos diagnósticos en la historia del VIH en nuestro país.

Gráfico N° 2. Esquema de los principales hitos diagnósticos de VIH. Años 1986 a 2015



El 66% (N = 617) de los nuevos diagnósticos de VIH en 2015 correspondieron al sexo masculino. La relación hombre/mujer disminuyó en forma constante hasta el año 2009, posteriormente aumentó hasta alcanzar 1,9 hombres por cada mujer en el 2015.

Gráfico N°3. Distribución de la tasa de notificación de nuevos diagnósticos de VIH según sexo. Periodo 2010-2015

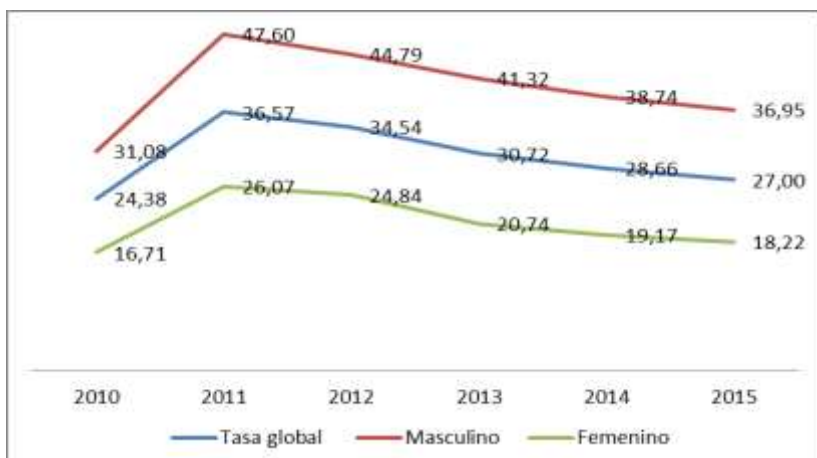


Gráfico N° 4. Distribución de la tasa de notificación. Nuevos diagnósticos de VIH por grupos de edad en hombres. Años 2010-2015

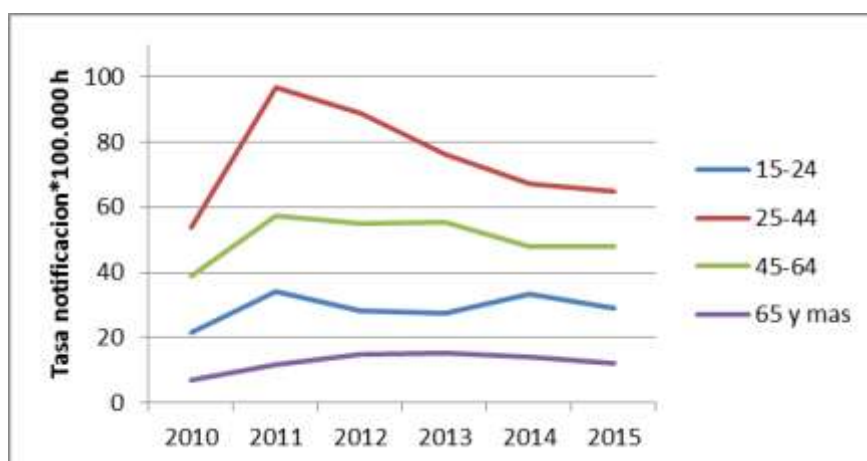
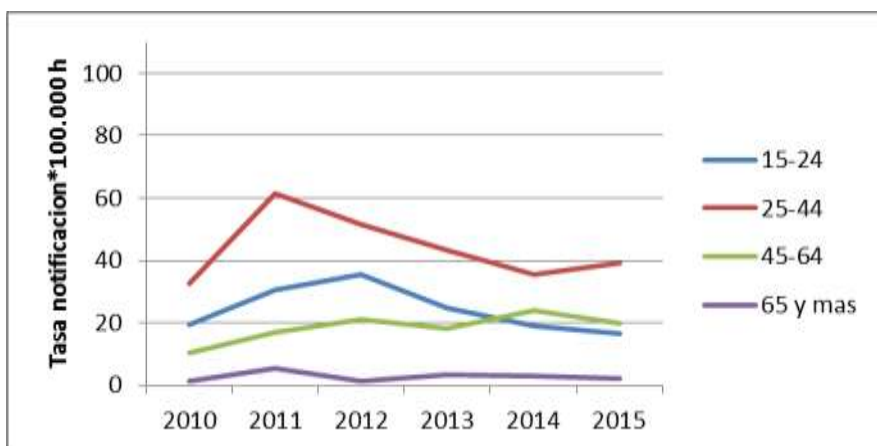


Gráfico N° 5. Distribución de la tasa de notificación. Nuevos diagnósticos de VIH por grupos de edad en mujeres. Años 2010-2015



En los gráficos 4 y 5 se observa que en todas las franjas etarias la tasa de notificación es mayor en el sexo masculino, esta diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

De 933 casos notificados en el 2015, 16% no tuvieron el dato de vía probable de transmisión. La principal vía de transmisión del VIH fue la sexual (79%). En el

sexo masculino el 69% manifestó relaciones heterosexuales y el 31% relaciones con personas del mismo sexo (incluye homo y bisexuales).

La vía sanguínea representó el 6% de las notificaciones, de las cuales el 100% corresponden a usuarios de drogas inyectables.

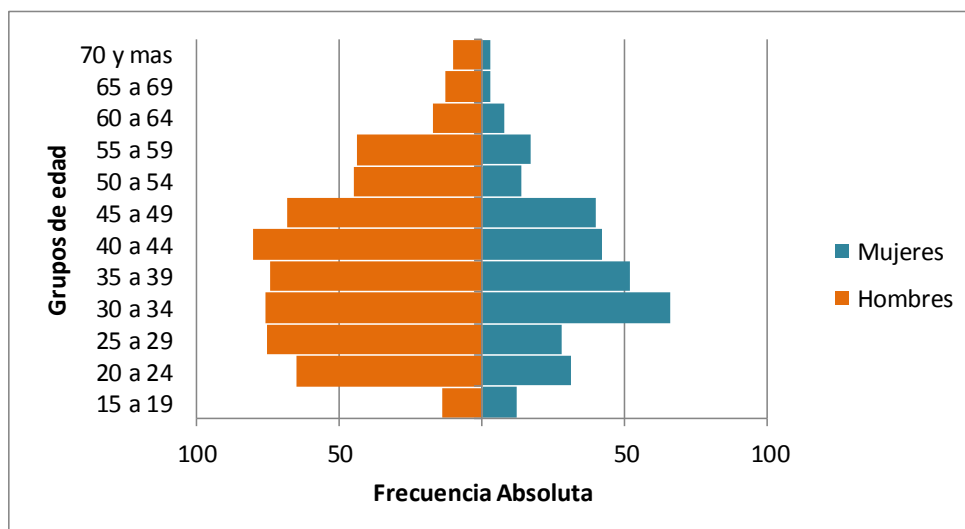
Distribución por edad y sexo

Con respecto a la edad en el momento del diagnóstico, las mujeres son diagnosticadas con un promedio de 38 años y los hombres con un promedio de 39 años, no observándose diferencias estadísticamente significativas ($p=0.07$) entre ambos. En relación a los grupos de edad, el 50 % de los hombres y el 58 % de las mujeres se encuentra entre 25 y 44 años de edad.

Tabla II. Distribución de la frecuencia de nuevos diagnósticos de VIH por grupos de edad en ambos sexos. Año 2015

Edades	Hombres		Mujeres	
	F. Absoluta	F Relativa%	F. Absoluta	F Relativa%
15 a 24 a	78	12,9	43	13,4
25 a 44 a	305	50,3	188	58,8
45 a 64 a	174	28,7	79	24,7
65 y mas	23	3,8	6	1,9
sin dato	26	4,3	4	1,3
Total	606	100	320	100

Gráfico N°6. Distribución de los nuevos diagnósticos de VIH por grupos de edad en ambos sexos. 2015



El 17% (N=157) de los nuevos diagnósticos fue realizado en pacientes con enfermedades oportunistas, lo que se define como diagnóstico tardío. La proporción de diagnósticos tardíos fue mayor en el sexo masculino (11% vs 5% diferencia estadísticamente significativa $p<0,05$). En la tabla III se observa

una proporción similar de diagnósticos tardíos en 2014. No se cuenta con la información de recuento de CD4 al diagnóstico.

Tabla III. Distribución del número de nuevos casos en mayores de 15 años, según oportunidad diagnóstica. 2011- 2015

Diagnostico	2011	2012	2013	2014	2015
Oportuno	1055	923	834	833	774
Tardío (etapa SIDA)	209	267	226	158	157
Total	1264	1190	1060	991	931

Tabla VI. Distribución de las 3 enfermedades oportunistas más frecuentes notificadas en 2015

Enfermedad oportunista	FA
Tuberculosis	102
Síndrome de desgaste por VIH	62
<i>P. Jirovecii</i>	28

Dentro de las enfermedades marcadoras de estadio SIDA más frecuentes se destacan la tuberculosis, síndrome de desgaste por VIH y la neumonía por *Pneumocystis jirovecii*.

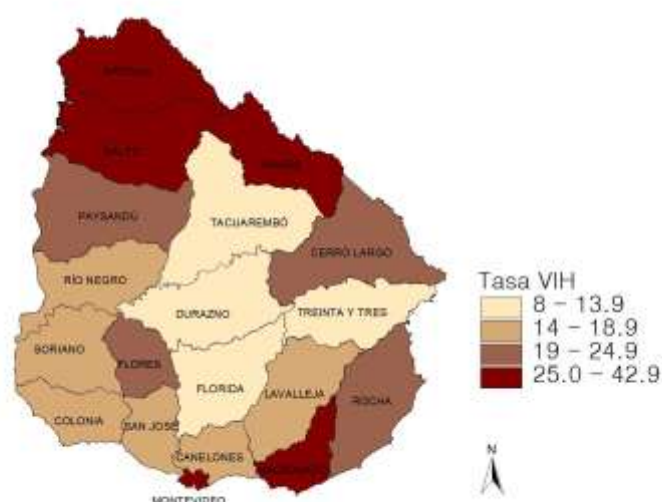
Del total de los nuevos diagnósticos de VIH, el 17% fueron notificados en etapa SIDA, siendo mayor en el sector público.

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

Prestador	Momento del diagnóstico		Total
	Oportuno	Tardío	
Público	37%	12%	50
Privado	46%	4%	50
Total	83%	17%	100

Distribución geográfica

Mapa 1. Distribución de las tasas de notificación de las nuevas infecciones de VIH departamento y frecuencia absoluta según sexo en 2015



En cuanto a la distribución geográfica se registra notificación de casos en todo el país, con una mayor tasa en Montevideo, seguido por Salto, Artigas, Rivera y Maldonado.

Tabla VI. Distribución de las tasas de notificación de las nuevas infecciones de VIH departamento y frecuencia absoluta según sexo en 2015

Departamento	Tasa*100,000h	Frecuencia Absoluta	
		Hombres	Mujeres
Montevideo	42,8	375	189
Salto	30,4	20	18
Artigas	27,3	10	10
Rivera	27,1	19	9
Maldonado	26,8	32	12
Flores	24	3	3
Rocha	23,5	12	4
Paysandú	21,2	14	10
Cerro Largo	20,1	9	8
San José	18,5	11	9
Lavalleja	17	9	1
Soriano	17	10	4
Canelones	16,9	59	29
Rio Negro	16,4	6	3
Colonia	16,2	16	4
Florida	13,4	6	3
Treinta y tres	10,4	3	2
Tacuarembò	10	3	6
Durazno	8,8	4	1
Total	27,1	621	325

Transmisión vertical

La transmisión de VIH de madre a hijo o transmisión vertical (TV) se puede producir en el embarazo, en el parto o durante la lactancia.

Existen medidas altamente eficaces para reducir la probabilidad de TV al mínimo: terapia antirretroviral (TARV) durante el embarazo que logre suprimir la replicación del virus (carga viral indetectable), cesárea (si la mujer llega al parto con carga viral detectable o presenta alguna indicación de cesárea por causas obstétricas), profilaxis con antirretrovirales al recién nacido y suspensión de la lactancia. Instauradas estas medidas la probabilidad de TV se reduce a menos del 2% y esta es la meta establecida cuando nos referimos a eliminación de la TV de VIH. Nuestro país se destaca por la adopción temprana de las medidas e intervenciones antes mencionadas que han tenido un impacto significativo en la reducción de la TV.

El cálculo de la TV se realiza dividiendo el número de niños/as que resultan infectados sobre el número de niños/as expuestos (hijos de mujeres con VIH) que nacieron en un año calendario. Para conocer si un/a niño/a expuesto/a

resulta infectado, es necesario realizar un seguimiento con pruebas de diagnóstico periódicamente. Dado que los anticuerpos maternos contra el VIH se transfieren al RN, la serología no es útil hasta luego de los 12 meses de vida. Es por esta razón que para el diagnóstico se utiliza técnicas de biología molecular (reacción en cadena de polimerasa), las que se realizan: 1ª prueba entre el nacimiento y los 15 días de vida, 2ª prueba al 1º - 2º mes de vida y la 3ª prueba entre el 4º y 6º mes de vida.

Para excluir el diagnóstico de VIH se requiere de al menos 2 pruebas negativas separadas en el tiempo (luego del 1er mes y luego del 4º mes) y para confirmar infección de adquisición perinatal 2 pruebas positivas de dos muestras separadas en cualquier momento luego del nacimiento. Por este motivo el análisis de la TV requiere de un seguimiento de al menos un año con las pruebas mencionadas.

Dado que la vigilancia epidemiológica recibe la notificación de los niños/as infectados, pero no cuenta con el dato de niños/as expuestos, conocer con exactitud la tasa de TV a nivel nacional, requiere implementar otras herramientas de vigilancia y monitoreo. Desde el año 2011 se comenzó a realizar encuestas a los servicios y a partir del año 2013 se implementó la auditoría de casos. Estas auditorías deben ser realizada por la Institución (ordenanza 367/13), relevando un set de datos de atención, en toda mujer que presenta una prueba reactiva de VIH durante el embarazo, parto o puerperio inmediato, así como los resultados del niño/a. Esta auditoría es enviada al Área Programática de ITS-VIH/Sida para su procesamiento y análisis, con el objetivo de obtener la información de TV de VIH a nivel nacional, de identificar las brechas en el proceso asistencial que puedan estar explicando la persistencia de transmisión madre-hijo en nuestro país e implementar acciones correctoras.

El descenso de la TV ha sido muy significativo en nuestro país, pasando de más de un 40% a principio de la década del 90 a una tasa promedio menor a 5% en los últimos 10 años. En el año 2013 se alcanzó la tasa mínima de TV, 1.6%, cumpliendo con la meta de eliminación e impulsando a profundizar las acciones para el logro de la meta de manera sostenida a corto plazo.

La eliminación de la TV de VIH (< 2%) y de la sífilis congénita (< 0.5/1.000 nacimientos) es un prioridad para nuestro país. Fue definido como uno de los resultados esperados en el marco de los Objetivos Sanitarios Nacionales 2015-2020, en el objetivo estratégico 3: "Disminuir la carga prematura de morbilidad y discapacidad".

Resultados de la auditoría de VIH en mujeres embarazadas, 2014

La tasa de TV en el 2014 fue de 2.9% (4/136), 2.8% (3/107) en el subsector público y 3% (1/33) en el privado. Se identificó a 140 mujeres embarazadas con VIH que tuvieron su parto en el 2014, resultando en una prevalencia de VIH en mujeres embarazadas de 0.29% (140/48368), 0.56% en el subsector público (107/19333) y 0.11% en el subsector privado (33/28755).

En el año 2015, la vía vertical se identificó en dos casos que adquirieron la infección durante el embarazo-parto. En cuanto a la cobertura de salud, uno pertenece al subsector público y el otro al privado.

Tratamiento antirretroviral

El tratamiento antirretroviral tiene como objetivos:

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

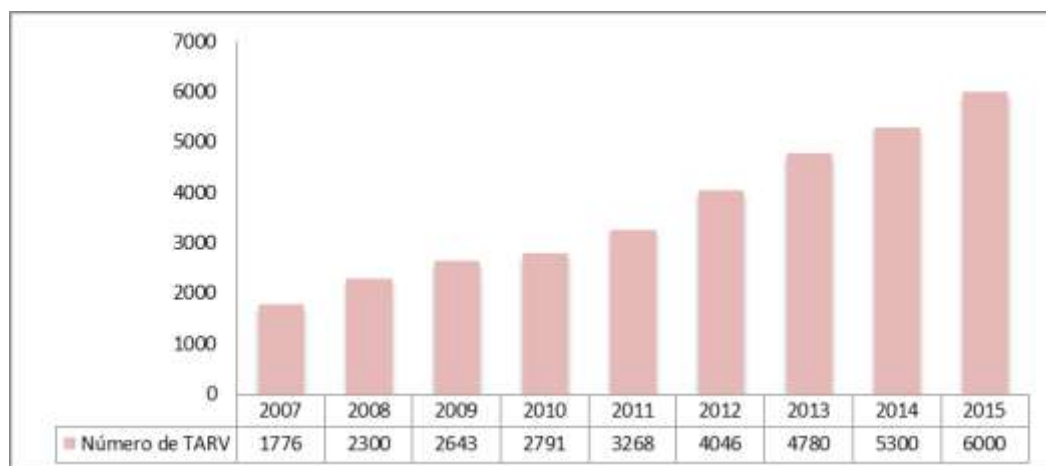
Por lo tanto, la cobertura de tratamiento antirretroviral (TARV) es un indicador relevante que contribuye a medir avances en la respuesta de la epidemia

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 2015 era de 6.000, 67% varones (n=4020) y 33% mujeres (n=1980); 58% en el subsector público y 42% en el privado.

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

Año	No de personas en TARV	Umbral de CD4 para inicio
2007	1776	
2008	2300	
2009	2643	≤ 200 CD4/mL
2010	2791	
2011	3268	≤ 350 CD4/mL
2012	4046	
2013	4780	
2014	5300	≤ 500 CD4/mL
2015	6000	

Grafico N° 7. Número de personas en TARV. Periodo 2007-2015



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

Tabla VIII. Distribución de líneas de TARV. Año 2015

Distribución de planes	FA	FR (%)
1 ^{era} línea	4800	80
2 ^{da} línea	780	13
3 ^{era} línea o mayor	132	2,2
Sin dato	288	4,8
Total	6000	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 (2014) y en el numerador el número de personas que continuaron bajo el mismo TARV iniciado a los 12 meses.

Tabla XI. Distribución de la continuidad de TARV según prestador de salud. Año 2014-2015

	Total	Prestador público	Prestador privado
Inicios	862	491	371
Continuidad	634	265	321
% de continuidad	73,5%	54%	86,5%

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. También es posible una migración entre prestadores que sea contabilizada como discontinuaciones y sobrestime esta tasa.

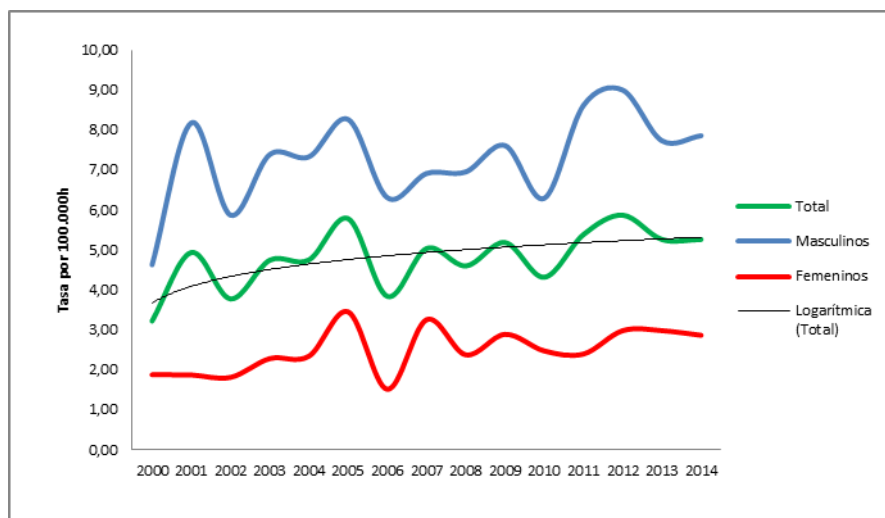
Un indicador que mide eficacia del TARV y está directamente relacionado con la reducción en la transmisibilidad es porcentaje de personas con VIH bajo TARV que se encuentran con carga viral indetectable. Desde que se reconoce el rol protector de la transmisión que tiene el TARV (la transmisión de VIH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

Aún no se ha logrado el reporte sistemático y universal de este indicador. En el 2015 se disponía de la información de 2596 pacientes bajo TARV, del subsector privado, donde el 85,4% se encontraban con carga viral indetectable.

Mortalidad

La tasa de mortalidad por SIDA ha tenido oscilaciones siendo 5,3 por 100.000 h en 2014.

Gráfico Nº 8. Evolución de la tasa de mortalidad por sexo. 2000-2014



La edad promedio de los fallecidos en la población masculina es de 45 años, y en la femenina 44 años, no encontrándose diferencias significativas ($P=0,58$)

En resumen:

- La tasa de notificación de VIH presentó un aumento sostenido durante el período 2000 -2012, seguido de un descenso en 2013, alcanzando a 27/100.000h en 2015.
- En 2015 se reportaron 933 nuevas infecciones, de las cuales el 66% corresponden a casos del sexo masculino.
- El número absoluto de nuevas infecciones es similar en subsector público y privado
- Las tasas más altas de nuevas infecciones se reportan desde los departamentos de Montevideo, Salto, Artigas, Rivera y Maldonado
- La vía sexual continúa siendo la principal vía de transmisión de VIH en Uruguay.
- El 17 % 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 2015 era de 6000, 67% varones (4020) y 33% mujeres (1980); 58% en el subsector público y 42% en el privado.
- Hubo un leve aumento en la tasa de continuidad al año global de pacientes que iniciaron TARV en el 2014, 73.5%. 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.