



Julio 29

**2012**

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

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



## Contenido

Vigilancia epidemiológica de la infección por VIH .....	2
Descripción de las notificaciones de VIH y Sida .....	3
Mortalidad por Sida .....	4
Caracterización de los casos de VIH recibidos durante el año 2011 .....	5
VIH en población pediátrica durante el 2011 .....	8
Prioridades del Programa Nacional ITS-VIH/Sida .....	8



## Situación epidemiológica de la infección por VIH y el SIDA en Uruguay.

### Vigilancia epidemiológica de la infección por VIH

La epidemia de infección por VIH/SIDA se ha modificado en el tiempo, requiriendo una revisión del sistema de vigilancia actualmente vigente en nuestro país, incorporando tanto la experiencia nacional como la internacional.

La propuesta planteada es un sistema integrado que contribuya a entender la dinámica de la epidemia de infección por VIH en el país, y proporcione información que permita diseñar planes de intervención y evaluación del impacto. Para ello, es necesario mejorar la calidad de la información, en este sentido la notificación se realiza a través de formularios obligatorios (según la ordenanza N° 624), que contemplan tanto la etapa diagnóstica de infección por VIH, como la de SIDA.

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

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

Este sistema se ha puesto en funcionamiento desde el 1ero de junio del 2011, pero aun así algunas instituciones continúan omitiendo su uso. No obstante se observan discretas disminuciones de los porcentajes sin dato. Por ejemplo en el 2011 se identificó un 1% de las notificaciones que no registran el sexo, en comparación con el 2010 que correspondía a un 8%.

La vía de transmisión está ausente en el 44% de las notificaciones, mientras que en el 2010 este porcentaje correspondía a un 52%.

Se puede acceder a los formularios en la página web del MSP con el link: [http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia\\_5259\\_1.html](http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia_5259_1.html).

Como todo sistema nuevo que se implementa requiere de un período de difusión y adherencia al mismo, por tal motivo se ha establecido un período de 6 meses para esta etapa. Finalizado el mismo, en el DLSP no se recibirán muestras de sangre para confirmación de VIH sin el formulario.

La implementación del formulario según la nueva ordenanza se evaluará el próximo año, corroborando el impacto en la cantidad y calidad de los datos.

Concomitantemente para obtener información de la transmisión vertical, se ha incorporado al certificado de recién nacido vivo dos variables: presencia o ausencia de VIH en la madre VIH del recién nacido y administración de drogas antirretrovirales como tratamiento o profilaxis de transmisión madre-hijo (PTMH).

## Descripción de las notificaciones de VIH y Sida

Esta información tiene como objetivo comunicar la situación epidemiológica de VIH-Sida. Se presenta la descripción de las notificaciones recibidas hasta el 31 de diciembre del año 2011, desde los efectores de salud al Departamento de Vigilancia en Salud del MSP.

Desde 1983 a diciembre de 2011 se han registrado 15.218 casos de infección por VIH. En los últimos veinte años se han cuadruplicado las tasas de notificaciones de VIH.

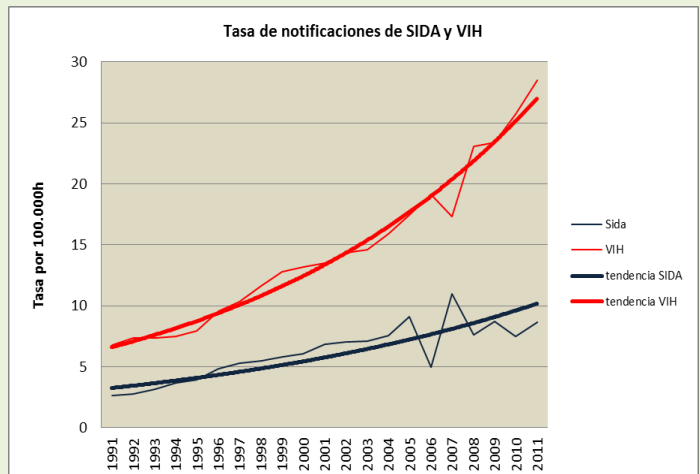
En los gráficos observamos la evolución de las notificaciones de VIH y SIDA desde 1991 a 2011 y sus tendencias.

Si comparamos la línea de tendencia de VIH con la de Sida desde 1991, observamos que esta última, presenta una menor pendiente. Este fenómeno podría explicarse por los avances terapéuticos y logros en la adhesión al tratamiento que retrasan el pasaje a estadio Sida

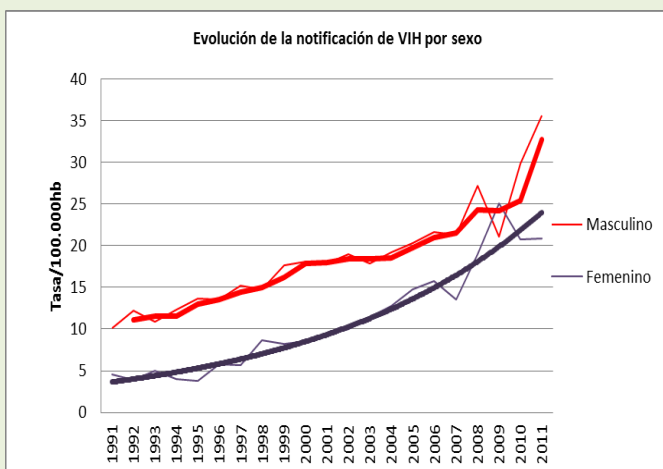
La tendencia al aumento en el número de casos de VIH existe en ambos sexos, siempre con un predominio del sexo masculino.

La relación hombre mujer para nuevos diagnósticos de VIH fue de 1.59 en 2011, presentando un leve aumento con respecto a los últimos años. Dado que de la disminución de la relación H/M, se entre otras causas se puede explicar por la mayor oferta que la mujer tiene al controlarse en el período del embarazo, el PITS/Sida ha fortalecido la difusión de la necesidad de realizarse la prueba, para la detección precoz. Eso puede estar influyendo en el aumento de la relación H/M que se observa en este último período.

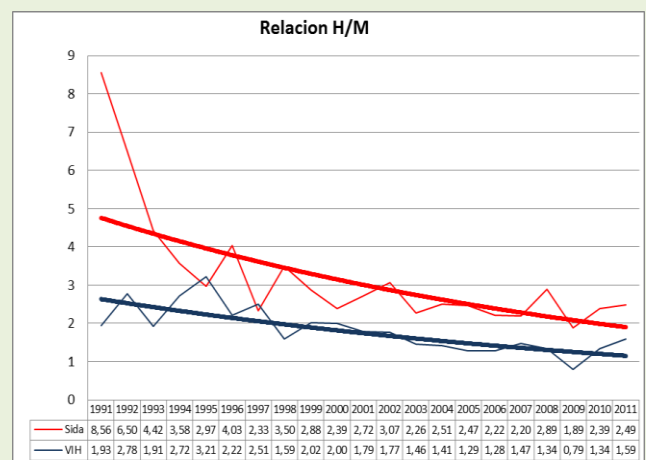
**Gráfico N°1.** Tasa de notificaciones de VIH y SIDA por 100.000 hab.



**Gráfico N°2.** Tasa de notificaciones de VIH según sexo por 100.000 hab



**Gráfico N° 3** Evolución de la relación Hombre Mujer en VIH y SIDA. Uruguay 1991-2011

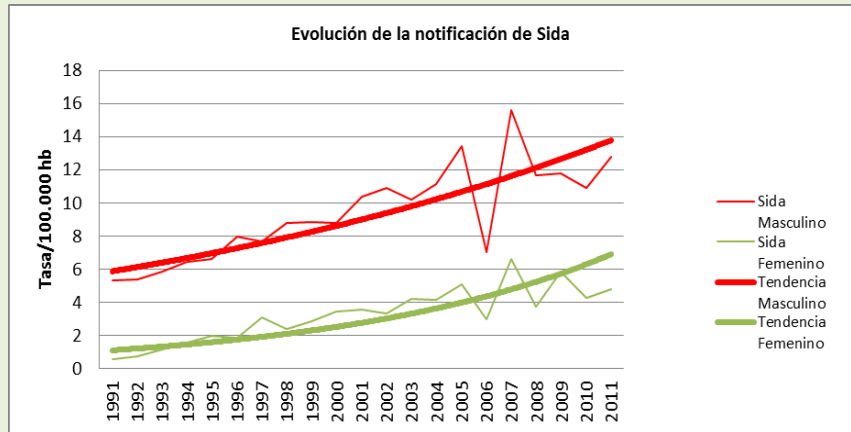


**Gráfico N°4.** Tasa de notificaciones de SIDA según sexo por 100.000h

El número de casos de SIDA al igual que el número de casos de VIH notificados, predominan en el sexo masculino.

En los últimos veinte años se triplicaron las tasas de notificaciones de SIDA, sin embargo hay una desaceleración en el aumento.

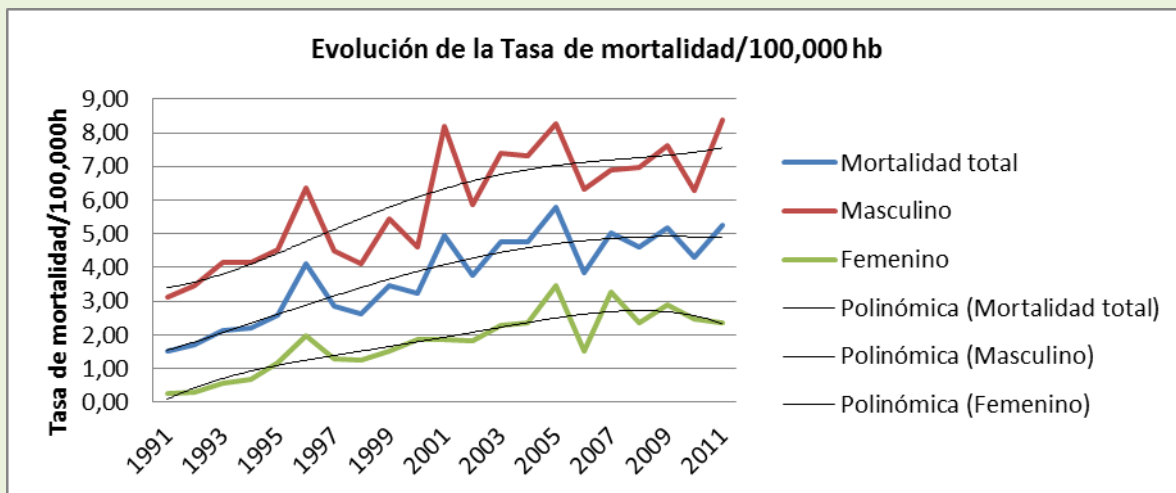
Con la accesibilidad a los tratamientos antiretrovirales, la tasa de SIDA, hoy no es considerado el indicador más importante para la evaluación de la tendencia de la enfermedad, no obstante permite medir otros elementos de interés para el Programa ITS/Sida.



### Mortalidad por Sida

La mortalidad por Sida, tuvo un aumento marcado en los inicios de la epidemia, pero hoy muestra una tendencia a estabilizarse.

**Gráfico N° 5** Evolución de la tasa de mortalidad por SIDA por sexo



## Caracterización de los casos de VIH recibidos durante el año 2011

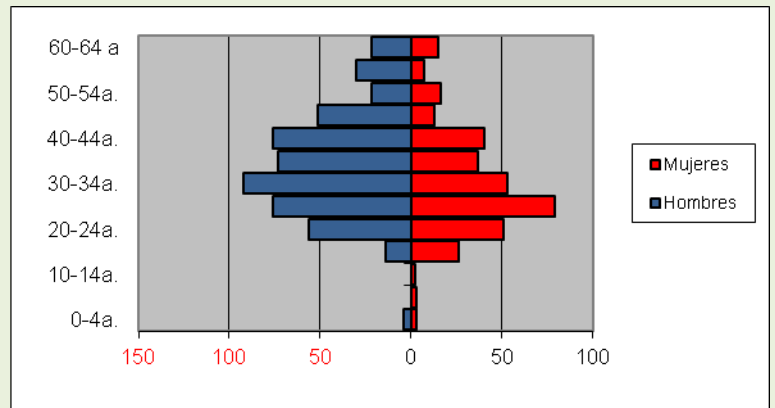
En el año 2011 se notificaron 953 nuevos casos de VIH, lo que corresponde a una tasa de 28.5/100.000h.

La proporción de casos del sexo masculino corresponde a 61% de todas las notificaciones.

**Tabla N° 1.** Distribución de casos de VIH en 2011 según sexo.

Sexo	Casos	FR %
Masculinos	578	61
Femeninos	363	38
Sin Dato	12	1
Total	953	100

**Gráfico N°6** Distribución de los casos de VIH notificados según edad y sexo. Uruguay- 2011.

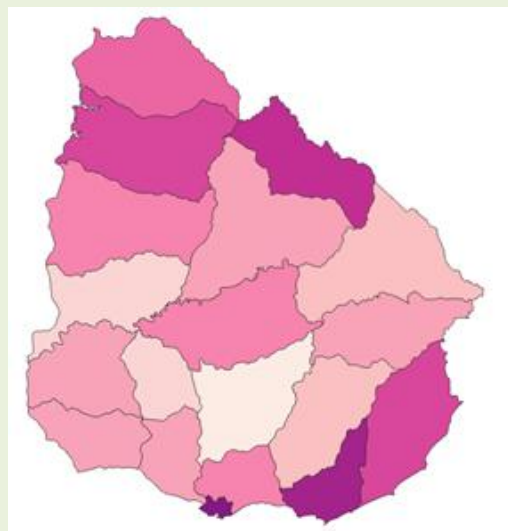
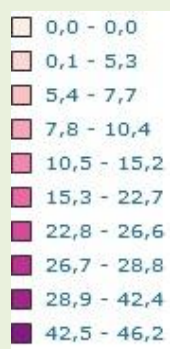


La franja etaria que concentra el 67% de los casos de VIH se encuentra entre 20 y 44 años, la mayoría varones.

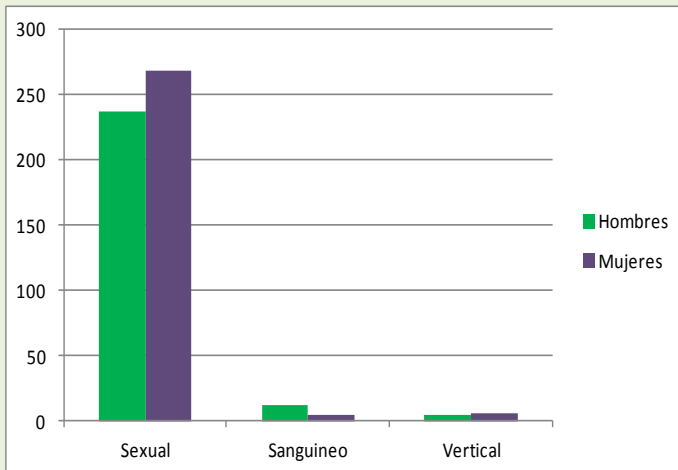
La mediana de edad en el momento de diagnóstico de VIH en el año 2011 fue de 36.0 años para hombres y de 35.1 años para mujeres.

Con respecto a la distribución de los casos dentro del territorio nacional, los departamentos con mayor tasa de notificaciones de VIH son Montevideo, Maldonado, Rocha, Rivera y Salto

**Mapa N° 1:** Tasa de notificaciones de VIH por 100.000h según departamento durante el año 2011



**Grafico N° 7** Distribución de los casos de VIH notificados según sexo y vía de transmisión. Año 2011. Uruguay



En los gráficos 7 y 8 se observa que el 95% reporta la vía sexual como fuente probable de exposición en ambos sexos.

Los 17 casos (1.8 %) de VIH infectados por vía sanguínea corresponden a usuarios de drogas intravenosas.

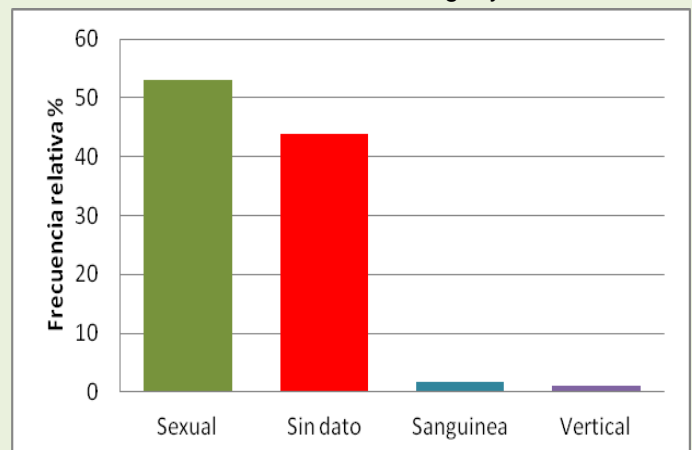
Se destaca que en el 44 % (419 notificaciones) de los casos notificados no consta la vía de transmisión.

La implementación del nuevo formulario de notificación tiene por objetivo mejorar la calidad de la información, recogiendo variables imprescindibles para el diagnóstico de situación y la caracterización de la epidemia y sus tendencias.

A través del nuevo formulario se busca también caracterizar mejor la contribución de las diferentes prácticas sexuales, especialmente en varones.

En 2010 ese dato no se registraba en el 52% de las notificaciones, si bien se observa una disminución de un 8%, aun es alto el porcentaje de notificaciones que llegan a DEVISA sin discriminar la vía de transmisión.

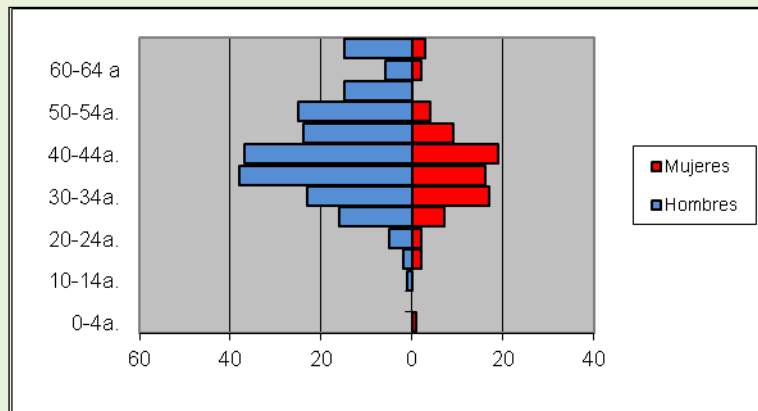
**Grafico N° 8** Distribución de los casos de VIH según vía de transmisión. Año 2011. Uruguay



Con respecto a la notificación de Sida, en el año 2011 se notificaron 290 casos, lo que corresponde a una tasa de notificación de 8.6/100.000h.

En 2011 la tasa de notificación de SIDA fue tres veces mayor en hombres que en mujeres, en el sexo masculino fue de 12,77 / 100.000 h y en el sexo femenino de 4.78/100.000 h. Este hallazgo puede indicar que aún hay menor acceso al diagnóstico temprano en hombres. La franja etaria que concentra el 83 % de los casos de SIDA se encuentra entre 25 y 44 años, la mayoría varones.

**Grafico N° 9** Distribución de los casos de SIDA notificados según edad y sexo. Uruguay- 2011.

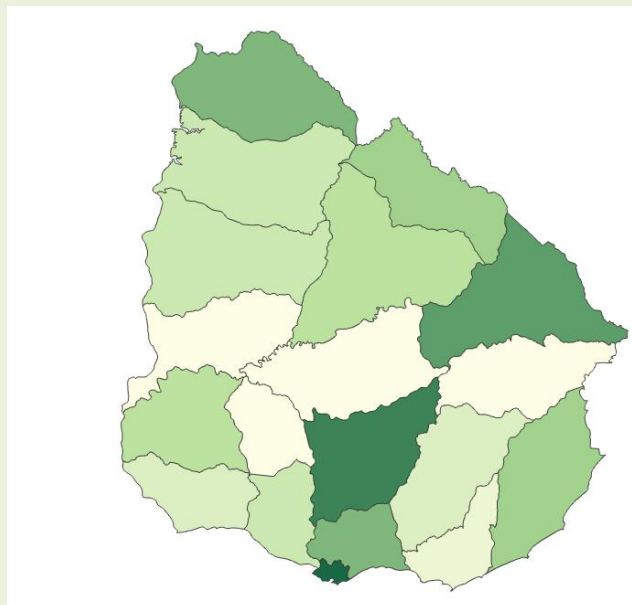
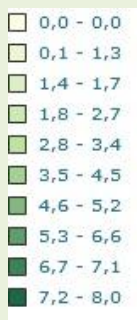


Según el análisis de los certificados de defunción del año 2011, se registraron 177 fallecimientos por SIDA, siendo 136 varones y 41 mujeres.

Estos casos ya habían sido notificados como VIH en años previos desde el inicio de la epidemia. El promedio de edad de los fallecimientos por SIDA ocurridos en 2011 fue de 43 años, (44 en varones y 40 en mujeres)

Como se observa en el mapa N° 3, los departamentos con mayores tasas de mortalidad por SIDA son Montevideo, Florida, Cerro Largo y Canelones. Es de destacar que el registro de mortalidad es por lugar de ocurrencia y no por lugar de residencia.

**Mapa N°2** Distribución de las tasas de mortalidad por SIDA por Departamentos. Año 2011







## VIH en población pediátrica durante el 2011

A nivel nacional se notificaron 12 casos en niños menores de 15 años, de los cuales 11 son de transmisión vertical. De estos 11, 1 fue por lactancia, dado que la infección de la madre se produjo durante el periodo de amamantamiento.

De la vigilancia activa realizada por el equipo de DEVISA en CHPR durante el 2011 se registraron un total de 71 niños expuestos al VIH, 4 niños infectados durante el embarazo y parto, y 1 niño infectados durante el puerperio.

Con estos datos podemos observar que la tasa de transmisión vertical en CHPR en 2011 fue de 5,6% y si contamos las lactancias de 7%.

## Prioridades del Programa Nacional ITS-VIH/Sida

Una de las prioridades del Programa Nacional ITS-VIH/Sida es promover el acceso al diagnóstico de la infección por el VIH. Facilitar el diagnóstico a través de la oferta de la prueba con asesoría/consejería de forma activa por el proveedor de salud tiene varios efectos beneficiosos: 1) en personas que resultan negativas, promover las conductas de autocuidado; 2) en quienes resultan con serología positiva, el diagnóstico temprano tiene un impacto muy significativo tanto en la calidad como expectativa de vida. El solo hecho de realizarse la prueba con asesoría favorece la reflexión acerca de comportamientos y prácticas, reconocer potenciales riesgos de adquisición de la infección y promueve el cambio de comportamientos.

Por otra parte, acortar el período entre la adquisición de la infección y su diagnóstico contribuye sensiblemente a acortar el período de transmisibilidad, y es clave en la prevención de nuevas infecciones a nivel poblacional.

En el estado actual de conocimientos y avances terapéuticos, el conocer el estatus de infección por VIH es un Derecho, ya que es un Derecho acceder a los mejores estándares de salud incluido el tratamiento antirretroviral.

Nuestro país dispone de tratamientos antirretrovirales de forma amplia y su suministro está regulado por Resolución Ministerial 171/97. Aún así se verifica una importante brecha entre el número de personas tratadas y aquellas que lo necesitan, resultado de múltiples factores como el acceso tardío al diagnóstico, obstáculos a la atención continuada y confidencial, dificultades en la adherencia.

Probablemente uno de los obstáculos mas importantes que aún existen al acceso al diagnóstico y a cuidar de la salud y mantenerse bajo cuidados, está determinado por la discriminación hacia las Personas que Viven con VIH (PVV) y hacia grupos poblacionales identificados como de mayor "riesgo". Es así que la sensibilización de la sociedad en su conjunta, que permita una comprensión y conocimiento mas cabal de la temática, es otro eje estratégico que sustenta las acciones del Programa.

Uno de los pilares en prevención, es la prevención en la transmisión madre-hijo. El diagnóstico oportuno del VIH en el embarazo (tamizaje que se ofrece a todas las embarazadas en el primer y tercer trimestre), la instauración de tratamiento antirretroviral, la profilaxis con antivirales al niño y la suspensión de la lactancia, reducen la probabilidad de transmisión vertical a menos del 2%. Sin embargo, en el subsector público esta tasa es casi tres veces mayor. Sin dudas, las condiciones de vulnerabilidad social de esta población es determinante de esta situación, con embarazos no controlados y acceso tardío a diagnóstico y tratamiento, situaciones similares que explican la problemática similar de la sífilis connatal.

Una serie de acciones se están implementando y para poder evaluar sus resultados es imprescindible contar con un Sistema de Monitoreo y Evaluación (M&E), que retroalimente la



planificación.

Es así que la Vigilancia Epidemiológica se constituye en una herramienta imprescindible en M&E y lograr una notificación oportuna, confiable y de calidad aporta datos que ayudan a comprender la dinámica de la epidemia.

Otra herramienta que permitirá ampliar el conocimiento a nivel nacional respecto a la transmisión vertical de VIH, es la incorporación de las variables estatus de VIH y tratamiento antirretroviral en la embarazada registradas en el Certificado de Recién Nacido.

Se está trabajando actualmente en un sistema de monitoreo de la coinfección de VIH y tuberculosis, que permita conocer y evaluar la co-gestión de ambas infecciones e implementar medidas correctoras, así como en un sistema que permita conocer características de prescripción de antirretrovirales.