

# BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO | N° 81 – Junio 2018

Epidemiología del VIH en la Argentina | 28 de Julio, Día Internacional de Lucha contra las Hepatitis virales. | Notificaciones breves: 1) Brote de Toxoplasmosis en Rio Grande, Brasil 2) Brote de sarampión en Brasil.

## STAFF Departamento de Epidemiología

**Dirección**  
DR. DANIEL STAMBOULIAN

**Coordinación y redacción**  
DRA. LILIÁN TESTÓN

**Edición**  
LIC. FRANCESCO GARABELLO

Con el aval de FIDEC/FUNCEI

**SUSCRIPCIÓN GRATUITA**  
epidemiologia@funcei.org.ar

**MÁS INFORMACIÓN**  
Twitter: @EpidemiologiaFUNCEI  
www.escalainicial.com.ar  
Twitter @escalainicial

**FUNCEI**  
French 3037- C1425AWK  
C.A.B.A., Argentina.  
Tel.: 4809-4242 info@funcei.org.ar  
www.funcei.org.ar

**FIDEC**  
2050 Coral Way Suite #407  
Miami, Florida 33145  
Tel: 305.854.0075  
www.fidec-online.org

## Epidemiología del VIH en la República Argentina

Según el boletín epidemiológico VIH /SIDA del año 2017, la epidemia se ha estabilizado. Esto se debe en gran medida al acceso a pruebas diagnósticas y a tratamientos y a la simplificación de los esquemas anti-retrovirales.

También hubo mejoras en el acceso a los servicios de la salud.

Además, desempeñaron un papel importante los progresos en derechos humanos relacionados con la igualdad de género junto a la reducción del estigma y la discriminación.

El documento presenta los resúmenes de tres investigaciones finalizadas en 2016. La primera investigación corresponde al seguimiento de:

- 1. Cohorte nacional de personas con diagnóstico reciente de VIH** luego de transcurrido un año y de **una cohorte de personas que iniciaron TARV** para conocer abandono y efectividad del tratamiento a los 12 meses.
- 2. Estudio cualitativo sobre la adherencia al tratamiento** basada en entrevistas individuales y grupales a pacientes y equipos de salud.
- 3. Estudio de prevalencia de VIH, Hepatitis B y C, sífilis y tuberculosis en personas privadas de la libertad** alojadas en el Servicio Penitenciario Federal.1



70%  
conoce su  
diagnóstico  
85.400 personas

30%  
desconoce  
su diagnóstico  
36.600 personas

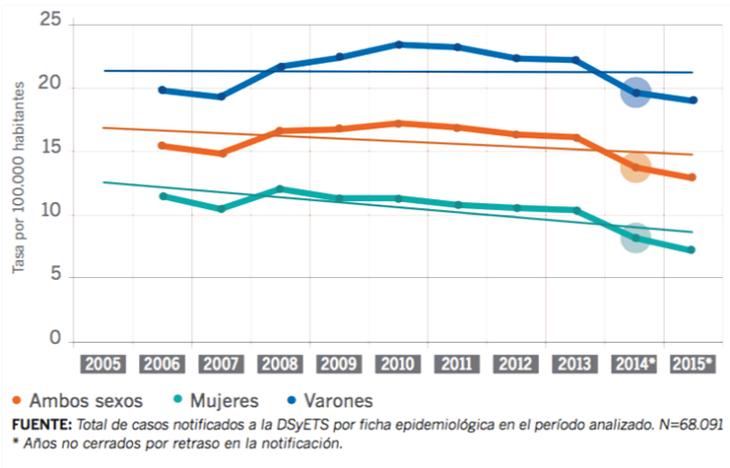


## Datos nacionales de la Infección por VIH

Tasa de incidencia	0.13 c 1000 habitantes 6500 casos /año
Tasa de prevalencia	0.3% población
Sexo M/F Razón	2/1
MEDIANA DE EDAD AL DIAGNOSTICO	32 años Masculino 33 años Mujeres
Trasmisión vertical	5%
Diagnósticos tardíos	35.2%

## Evolución de las tasas de diagnósticos de VIH por 100.000 habitantes según sexo. Argentina (2006-2015)

La línea de tendencia continúa con una leve caída en las mujeres y se mantiene estable en varones. El ligero descenso de las tasas específicas es continuo des-



de el año 2008 en las mujeres y desde el 2010 en los varones.

## Trasmisión vertical (TV)

La trasmisión de madre a niño durante el embarazo y el parto es la forma más frecuente de adquisición del virus en los niños. En el mundo nacen cada día alrededor de 1600 niños de madres infectadas, 1500 pertenecen a la región subsahariana africana, donde el porcentaje de trasmisión suele alcanzar el 35%. Los factores de riesgo para la trasmisión dependen: niveles de carga viral en la madre, el parto vaginal y el amamantamiento.<sup>3</sup>

La disminución o supresión de la carga viral mediante la profilaxis con ARV, la cesárea electiva previa a la ruptura de membranas, y la contraindicación de lactancia materna mostraron suficiente evidencia para reducir el riesgo de TV.

La estrategia mundial contra el VIH 2016-2021 (Metas OMS-OPS) tiene como objetivo:

- Reducir a 0 las nuevas infecciones en lactantes
- Reducir la trasmisión materno infantil del VIH a 2% o menos.
- Reducir el número de nuevas infecciones por VIH en el mundo a menos de 500.000
- Acceso a la información y a los recursos necesarios para prevenir la trasmisión
- Acceso al diagnóstico oportuno con asesoramiento
- Acceso a la atención de calidad
- Reducción del estigma y discriminación

## Indicadores para evaluar la trasmisión vertical

- Tasa de trasmisión perinatal del VIH
- Porcentaje de embarazadas que realizan el test durante el control prenatal
- Porcentaje de embarazadas que recibieron ARV en el embarazo
- Porcentaje de parejas que realizaron el test durante el control prenatal
- Porcentaje de niños expuestos al VIH que realizaron el primer estudio de diagnóstico virológico antes de los 2 meses de vida
- Porcentaje de niños con trasmisión perinatal del VIH que iniciaron tratamiento ARV antes del año de vida.

Países como Armenia, Belarus, Cuba, Tailandia y la región del Caribe lograron eliminar la TV, mientras que en Etiopía, Sudáfrica y Tanzania presenta tasas menores al 5%.<sup>4</sup>

## Tasa de transmisión vertical del VIH en Argentina (2013-2016)

Año	Niños estudiados	Niños con diagnóstico completo	Niños positivos	Tasa positivos/casos cerrados	Tasa positivos/expuestos
2013	1.390	1.136 (82%)	56	4,9%	4,2%
2014	1.348	1.034 (77%)	57	5,5%	4,2%
2015	1.459	1.016 (69,3%)	50	5,0%	3,5%
2016*	1.366	820 (60%)	42	5,1%	3,1%

Fuente: SIVILA Dirección de epidemiología, Ministerio de Salud de la Nación y base de datos de laboratorios que realizan seguimiento de niños expuestos. (\*año no cerrado por retraso en el reporte de información)

La TV perinatal se mantiene en alrededor del 5% en los últimos años.

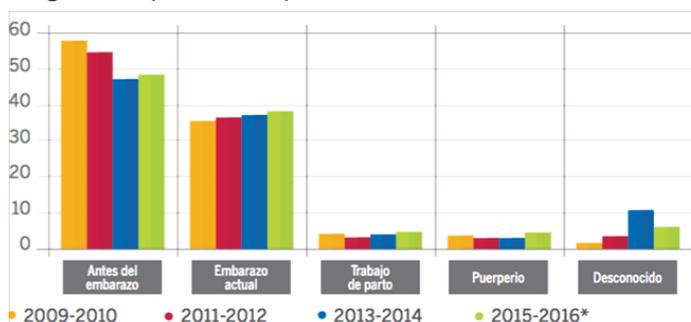
### Diagnóstico en la embarazada

#### Momento del diagnóstico en mujeres embarazadas

Una de las estrategias de prevención de la TV es el diagnóstico temprano en la mujer, siendo el momento preconcepcional uno de los momentos clave para iniciar el embarazo con medicación ARV.

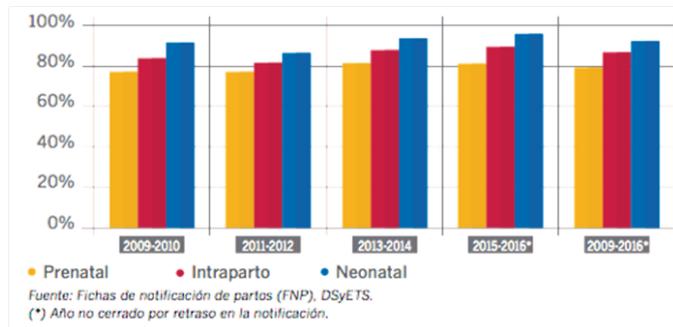
En el análisis se evidencia un aumento de diagnóstico en el trabajo de parto y puerperio (4.3 y 3.9% respectivamente) en el último bienio estudiado. Esta situación implica la necesidad de ofertar activamente el testeo del VIH en mujeres y varones en edad fértil. El objetivo es el inicio temprano de ARV y lograr cargas virales (CV) no detectables.

#### Distribución de los partos de mujeres con VIH según el momento de diagnóstico. Argentina (2009-2016)



Fuente: Dirección SIDA y ETS y SIVILA de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación

#### Porcentaje de cobertura de profilaxis según año de parto. Argentina (2009-2016)



Se observa un incremento lento y sostenido de la cobertura de profilaxis. En el período 2009-2016, la profilaxis prenatal alcanza valores de 81%, para la cobertura intraparto y neonatal el porcentaje fue del 90 y 96%.

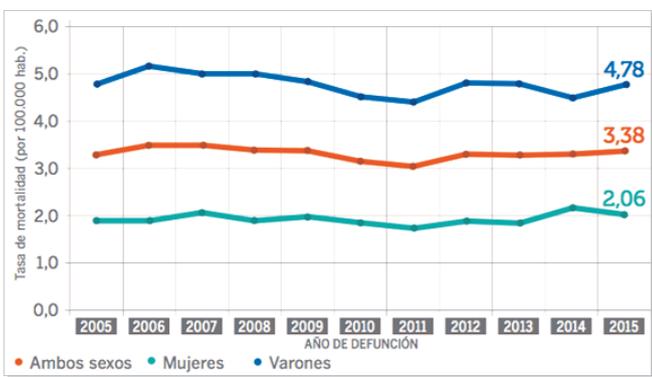
El promedio de edad de las mujeres embarazadas con VIH es de 27 años, al 70% se le realizó el estudio de carga viral. La proporción de embarazadas con CV < 1000 copias/ml se mantiene estable en un 80% de las mujeres evaluadas.

#### Mortalidad por SIDA . Años 2005-2015

Según la Dirección de Estadísticas e Información en Salud, del Ministerio de Salud de la Nación, con la introducción del TARGA (Tratamiento antirretroviral de gran actividad) las tasas de mortalidad comenzaron a descender, manteniéndose estables desde el año 2010.

Si la tasa se ajusta por edad, se observa un aumento en dos grupos etarios: de 15 a 24 años y en mayores de 45 años. La tasa de mortalidad en mujeres se incrementa un 100% en el grupo de 45 a 54 años, 147% entre los 55 -64 años y 110% en mayores de 65 años.

### Mortalidad por SIDA ajustada por edad según sexo. Argentina (2005-2015)



Fuente: Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación

### Algunas cifras

- El 30% de los pacientes que viven con VIH, no conoce de su condición.
- El 21% de las mujeres con VIH son diagnosticadas a partir de los 45 años de edad.
- El 19% de las mujeres con VIH son diagnosticadas durante el embarazo.
- El porcentaje de transmisión vertical se mantiene en 5% desde el año 2014.
- El 10% de las personas diagnosticadas con el virus tenían un resultado negativo el año anterior.
- El test rápido es una herramienta que puede mejorar el diagnóstico temprano.
- La mortalidad se mantiene estable a partir del momento de la aparición del TARGA, ubicándose en el 4.4% menor en las mujeres.

### Referencias

1. Boletín VIH SIDA. Ministerio de Salud de la Nación 2017
2. Estado actual del VIH pediátrico y transmisión perinatal. 8º Congreso Argentino de Infectología Pediátrica. **Dra. Mirian Bruno.**
3. W.Wariki, E. Ota, et al. Interventions for preventing mother to child HIV transmission: protocol of an overview of systematic reviews. *BMJ Open* 2017; 7:e014332. doi: 10.1136/bmjopen-2016-014332
4. Vrazo A, Sullivan D, Phelps BR. Elimination mother to child transmission of HIV by 30: 5 strategies to ensure continued progress. *Global Health; Science and Practice* Vol6, Number 2. 2018. Disponible en: [www.ghspjournal.org](http://www.ghspjournal.org)

## 28 de julio de 2018: Día de la lucha contra las hepatitis virales.

Autor: Dr. Marcelo Laurido\*

Las hepatitis virales representan un verdadero problema de salud pública a nivel mundial, pero también regional y local. Su impacto radica en las complicaciones que pueden generar, algunas de las cuales son potencialmente mortales.

Según el último informe de la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, las hepatitis virales figuran en el séptimo lugar como causa más frecuente de mortalidad a nivel mundial; **se estima que 1.400.000 personas mueren anualmente, tanto por hepatitis agudas como por las complicaciones de las hepatitis crónicas**; de hecho, la tasa de mortalidad global por hepatitis virales ha superado a la mortalidad por VIH, tuberculosis y malaria.

De acuerdo a este organismo internacional, se estima que aproximadamente **unos 2.000 millones de personas se han infectado con el virus de la hepatitis B**, de los cuales **unos 350 millones padecen actualmente una hepatitis crónica por este virus**. Por su parte, se estima que **la prevalencia a nivel mundial de la hepatitis C es cercana al 3%**, lo que representa unos **170 millones de personas**.

En cuanto a la hepatitis D, dado que se trata de un patógeno que requiere la presencia del virus de la hepatitis B para poder multiplicarse, su prevalencia se estima en un 5% de la población crónicamente infectada con hepatitis B, lo cual resulta en 10 a 15 millones de personas. Estas tres hepatitis virales tienen en

común la transmisión parenteral y la progresión hacia formas crónicas.

Por su parte, las hepatitis A y E comparten el mecanismo de transmisión fecal-oral y suelen ser autolimitadas, por lo que habitualmente no causan cuadros serios o crónicos. Sin embargo, en el caso de la hepatitis A, las personas que la adquieren a edades muy tempranas o luego de los cincuenta años tienen un riesgo aumentado de presentar complicaciones, mientras que en el caso de la hepatitis E, su adquisición durante el embarazo aumenta el riesgo de esteatosis y hepatitis grave, así como también incrementa la morbimortalidad neonatal. En cuanto a la incidencia de la hepatitis A, se estima que 1,4 millones de personas se infectan cada año en el mundo, a pesar de que existen vacunas altamente efectivas, y en relación a la hepatitis E se observan seroprevalencias muy variadas en diferentes poblaciones (entre el 1,5% y 26%), en general vinculadas con bajos niveles sanitarios.

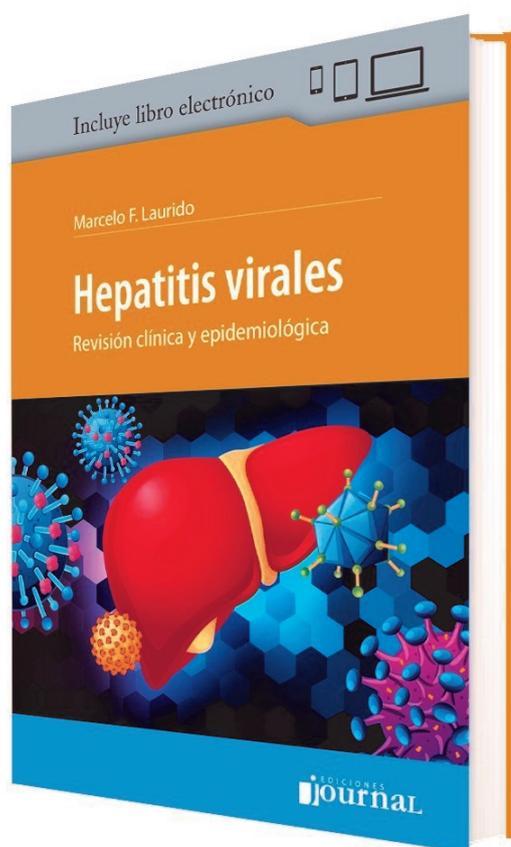
En Argentina, gracias a la incorporación de la vacunación para la hepatitis A en el calendario nacional de inmunizaciones a partir del año 2005, los nuevos casos de esta infección se han reducido drásticamente y las complicaciones graves ya no se observan. En cuanto a la hepatitis E, se trata de una zoonosis con casos esporádicos y no se conoce con exactitud su prevalencia.

Diferente es el caso de la hepatitis B, que si bien tiene una vacuna efectiva incorporada en el calendario nacional de inmunizaciones, su prevalencia se mantiene estable en la última década, probablemente asociada a la población adulta no inmunizada que mantiene la transmisión principalmente por vía sexual.

Pero es la hepatitis C quien ha acaparado la atención en los últimos años debido a la disponibilidad de tratamientos orales sencillos y de corta duración que pueden curar la infección con tasas superiores al 95%. Se estima que **en nuestro país, la prevalencia de la hepatitis C está alrededor del 1,5%, lo cual representa más de 600.000 personas infectadas, de las cuales el 80% padece una hepatitis crónica.** El gran desafío es aumentar la cantidad de personas diagnosticadas dado que dos tercios de la población con esta patología no saben que la pade-

cen, pero también garantizar el acceso al tratamiento antiviral dada su elevada eficacia.

\* El doctor **Marcelo Laurido** es médico infectólogo de Helios Salud y autor del libro: **“HEPATITIS VIRALES. Revisión clínica y epidemiológica”**, de Ediciones Journal.



## NOTIFICACIONES BREVES

### Toxoplasmosis Rio Grande Do Sul (Brasil)

Se han confirmado 621 casos de toxoplasmosis en las últimas dos semanas. Cincuenta y cuatro mujeres embarazadas fueron afectadas con 3 muertes fetales y 3 abortos.<sup>1,2</sup>

La detección del protozoo responsable de la enfermedad fue detectada en el tanque de agua de la zona residencial de la ciudad; pero aún no se confirma su relación con la epidemia.

El agua es un importante vehículo para la disemina-

ción de toxoplasmosis humana y Brasil es considerada endémica. En brotes anteriores se demostró que agua no filtrada y tratada por el municipio fue la fuente epidemiológica implicada en el brote. Para su demostración se realizó la detección y genotipificación del *Toxoplasma gondii*<sup>3</sup>

La Sociedad Brasileira de Enfermedades Infecciosas informa que la enfermedad puede ocurrir a través de la ingestión de oocistos de la tierra contaminada con heces de gatos infectados; por infección trasplacentaria o consumo de carne inadecuadamente cocida. El período de incubación comienza entre los 10-23 días cuando la causa es el consumo de carne y de 5 a 20 días cuando la causa es el contacto con heces de gato.

Dentro de los síntomas más frecuentes que presentaron los infectados se destacan: fiebre, cansancio y adenomegalias.

#### Recomendaciones

- No ingerir carne cruda o que no tenga una cocción adecuada.
- Lavado de frutas y vegetales.
- Evitar el consumo de verduras crudas en mujeres embarazadas.
- Evitar el contacto con las heces de gato sin guantes.
- Hervir el agua para el consumo cuando el sistema de distribución de agua no es confiable.

Brotes similares asociados a contaminación de agua ocurrieron en Vancouver<sup>4</sup> y durante el año 2006 en Brasil.

De los estudios mencionadas surgen como factores de riesgo asociados a la infección por *Toxoplasma gondii*: beber más de 10 vasos de agua de la fuente contaminada por día (OR 3); beber agua del tanque contaminado (OR 4.5) e ingesta de helado comercial (OR 4.5).

#### Referencias

1. <https://q1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/casos-confirmados-de-toxoplasmose-em-santa-maria-ja-ultrapassam-600-segundo-ultimo-boletim.ghtml>
2. PRO/AH/EDR. Toxoplasmosis- Brasil. July 14, 2018
3. Moura. L et al. Waterborne toxoplasmosis, Brazil, from field to gene. Emerg Infect Dis 2006;12:326-329
4. Bowie. WR, et al. Outbreak of toxoplasmosis associated with municipal drinking water. The BC Toxoplasma Investigation Team. Lancet 1997;350:173-177

### Brote de Sarampión en Brasil

En el estado de Roraima (límite con Venezuela) se notificaron 412 casos de sarampión.

La Secretaría de Salud de Manaus confirmó que un bebé de siete meses, es la primera víctima mortal del nuevo brote en ese estado amazónico donde se notificaron 1440 casos sospechosos.

Río de Janeiro, registró los dos primeros casos de sarampión en 18 años.

Los indígenas venezolanos Sanemá, un subgrupo de la etnia Yanomani, que habita en la frontera entre Brasil y Venezuela registran 67 casos confirmados de sarampión. No se tiene control de la enfermedad entre los indígenas venezolanos, la vacunación es baja, enferman y buscan ayuda médica en Brasil.

Se estima que 3873 indígenas viven en la zona, afectados no solamente por sarampión sino también por malaria, leishmaniasis y neumonía.

#### Referencias

1. <http://efectococuyo.com/salud/indigenas-de-la-frontera-entre-brasil-y-venezuela-afectados-por-sarampion>
2. Brasil: el sarampión ataca a los yanomanis de la Amazonia. [www.france24.com](http://www.france24.com)

### Situación del sarampión en Argentina

La región de las Américas fue la primera del mundo en ser declarada libre de los virus de la rubéola en 2015 y del sarampión en el 2016. El último caso de sarampión endémico se registró en el año 2000. Desde entonces se registraron un total de 32 casos importados.

Ante la circulación del virus de sarampión en países de América y resto del mundo, el Ministerio de Salud de la Nación, durante el mes de marzo, emite un alerta con el objetivo de informar sobre la situación, difundir las recomendaciones para la población local y viajeros e instar a los equipos de salud a intensificar la vigilancia epidemiológica de la Enfermedad Febril Exantemática, así como verificar los circuitos para la notificación oportuna y la implementación de acciones de control ante la presencia de casos sospechosos.

El día 28 de marzo se confirmó el primer caso de sarampión del año en curso en una beba de 8 meses, residente de CABA (Ciudad Autónoma de Buenos Aires), en la búsqueda activa por el equipo de epidemiología se confirmó que la fuente de infección se trataba de una paciente de 21 años, sin antecedente de vacunación, con antecedente de viaje a Tailandia y residencia en la misma ciudad. La fuente y el contacto consultaron el mismo día a un mismo efector de salud produciéndose el contagio.

Posteriormente se notificó en CABA otro caso de sarampión en una paciente de 26 años con antecedente de viaje a Sudeste Asiático (no pudo determinarse el genotipo viral)

Desde el 19 de julio se confirmaron 3 casos de sarampión en menores de 1 año:

- Caso 1: niño 5 meses, residente CABA
- Caso 2: niña 6 meses, residente Pvcia. De Bs.As
- Caso 3: niño de 10 meses, residente de Pvcia de Bs.As, detectado en la investigación epidemiológica de los dos primeros casos.

Los casos presentaron clínica compatible: Fiebre, exantema, tos y conjuntivitis y fueron confirmados por serología IgM positiva y detección de genoma viral por PCR. Todos presentaron mismo genotipo y linaje: **D8 Hulu Langat**. Su evolución es favorable.

Con respecto al caso identificado en el mes de abril cabe destacar que el linaje identificado difiere de los casos actuales, lo que descarta una circulación viral sostenida.

Los equipos técnicos continúan trabajando para hallar la fuente de infección como así también la vigilancia de posibles casos secundarios en los contactos

### Recomendaciones para el equipo de salud

- Verificar esquema de vacunación completo para la edad
- De 12 meses a 4 años: deben acreditar UNA DOSIS de vacuna triple viral
- Mayores de 5 años: deben acreditar DOS DOSIS de vacuna doble o triple viral luego del año de vida
- Las personas nacidas antes de 1965 NO necesitan vacunarse
- Equipo de salud: DOS DOSIS de vacuna

### Actividades ante un caso sospechoso

- Informar a la autoridad sospechosa sin esperar la confirmación serológica
- Notificar al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS)
- Recolección de muestras de sangre, orina hasta 14 días posteriores a la aparición del exantema y/o hisopado nasofaríngeo hasta 7 días posteriores. Las muestras deben ser estudiadas para sarampión y rubeola.
- Aislamiento del paciente. Hasta los 7 días siguientes del inicio del exantema

### Equipo técnico de epidemiología

- Investigación epidemiológica, investigación de contactos, posible fuente de infección
- Vacunación de bloqueo: con vacuna triple viral a los contactos del caso sospechoso que no cuenten con esquema de vacunación adecuado
- Monitoreo rápido de cobertura de vacunación en áreas de ocurrencia de casos para identificar a los no vacunados y completar esquemas.

Durante los meses de setiembre -octubre se realizará la Campaña de Vacunación Sarampión – Rubéola.

### Referencias

Alertas epidemiológicas 2018, .Disponible en: [www.msal.gob.ar/index.php/home/funciones/alertas-epidemiologicos](http://www.msal.gob.ar/index.php/home/funciones/alertas-epidemiologicos)