

EDITORIAL

Desde los inicios de la epidemia del VIH, el incremento de casos fue constante, acentuándose en el último quinquenio; estamos alejados todavía de lograr un equilibrio epidemiológico, pese a los avances en la respuesta local, que han favorecido, al paciente, la familia y la comunidad desde la mejora en el acceso a la pruebas de diagnóstico rápido, esquemas de terapia antiretroviral simplificados, y sin costo para la PVV, seguimiento inmunológico y virológico gratuito, pese a estos avances no se logró estabilizar aun la epidemia.

La respuesta, será insuficiente, si no existe capacidad, decisión política y técnica de ampliar la atención de los afectados en su lugar de residencia.

Los avances en derechos humanos e igualdad de género, son insuficientes, y el estigma y discriminación existente dificulta el acceso a los servicios de salud de los grupos vulnerables.

Daremos una respuesta local en cuya misión estamos embarcados y La Paz llegara a la desconcentración de manera gradual y organizada.

En este boletín entregamos información epidemiológica, y actualización de respuesta y monitor del VIH.

Dr. Ariel W. Arancibia Alba
DIRECTOR TECNICO
SEDES LA PAZ

Dr. Arturo Pinto Ariñez
RESPONSABLE
PROGRAMA ITS/VIH/Sida LP

Dr. Eberth Osco Quispe
DIRECTOR CDVIR LA PAZ

Dr. René Barrientos A.
EPIDEMIOLOGO CDVIR LP.
EDICION ANALISIS Y
REDACCION

El VIH, que continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública mundial, se ha cobrado ya más de 35 millones de vidas. Cada año, un millón de personas fallecen en el mundo por causas relacionadas con este virus.

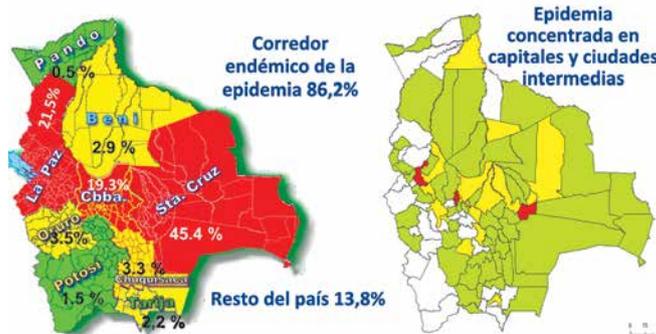
La cobertura mundial del TARV para las mujeres infectadas que están embarazadas o en periodo de lactancia es del 82%. 76 millones de personas contrajeron la infección; el 59% tuvo acceso a la TARV y 43% de niños están con TARV.

“ESCENARIO ACTUAL DE LA EPIDEMIA A NIVEL” “MUNDIAL Y LATINOAMERICANO VIH/Sida 2016 - 2018”



ESCENARIO DE LA EPIDEMIA EN BOLIVIA

RELACION DE CASOS NOTIFICADOS DE VIH/Sida POR DEPARTAMENTOS ACUMULADO AL 2018



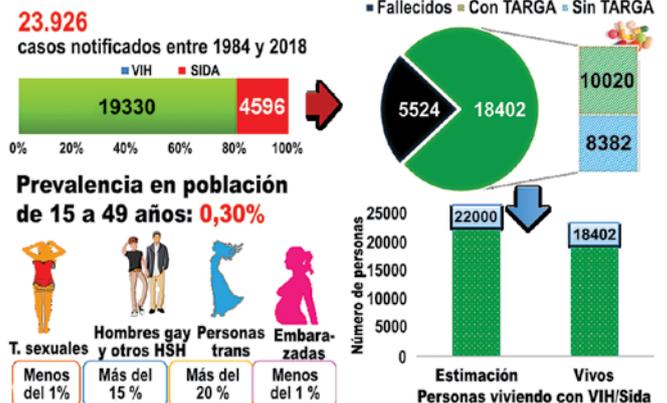
En Bolivia el 86% de los casos se encuentra concentrado en el corredor epidémico de mayor número de casos incidentes, Santa Cruz con el 45,4% de aporte de infectados, La Paz con el 21,5% y Cochabamba con el 19,3%. El aporte de carga de infectados con el virus del VIH en el resto de los departamentos es del 13,8%.

Si bien aparenta para el departamento de La Paz un escenario pesimista, pero desde el punto de vista epidemiológico y de análisis de riesgo es más bien de escenario optimista, tomando en cuenta la prevalencia oculta existente, podemos aseverar, que la localización en la detección de infectados mejoró de manera importante, en los últimos años.

El perfil de la epidemia nos muestra al país en epidemia concentrada, merced a los grupos vulnerables y población nuclear como los HSH y personas Trans con prevalencia de 15 y 20% respectivamente. En tanto que en otros grupos de riesgo como las trabajadoras sexuales y embarazadas es menor a 1%.

Se han notificado 23.926 personas el 81% en fase VIH y el 19% en fase avanzada de la enfermedad.

BOLIVIA: PERFIL DE LA EPIDEMIA SEGUN CASOS NOTIFICADOS ENTRE 1984 Y 2018

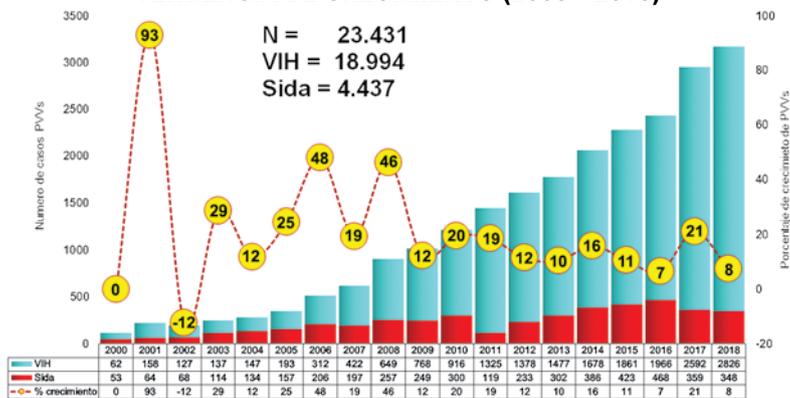


En América las cifras son menores pero muchas regiones como el nuestro en crecimiento de infectados detectados, en tanto que en otras regiones del mundo se encuentra controlado con mejoramiento epidemiológico.

2 millones de personas en América Latina. viven con VIH; 2,5% de PVVs fallecen. El 55% accede a la TARV, 76% de mujeres embarazadas con acceso a la TARV

En la Región de África había 25,6 millones de personas infectadas. Es la más afectada y en ella se registran casi dos tercios de las nuevas infecciones por el VIH en el mundo.

Bolivia: CASOS NOTIFICADOS DE VIH/Sida SEGUN TENDENCIA DE CRECIMIENTO (2008 - 2018)



manos e igualdad de género insuficientes, sumados a la incipiente implementación de la temática del VIH en la Educación Sexual Integral, contribuyen a generar un contexto que no favorece a la reducción del estigma y la discriminación dificultando el acceso a los servicios de salud de los grupos más vulnerables.

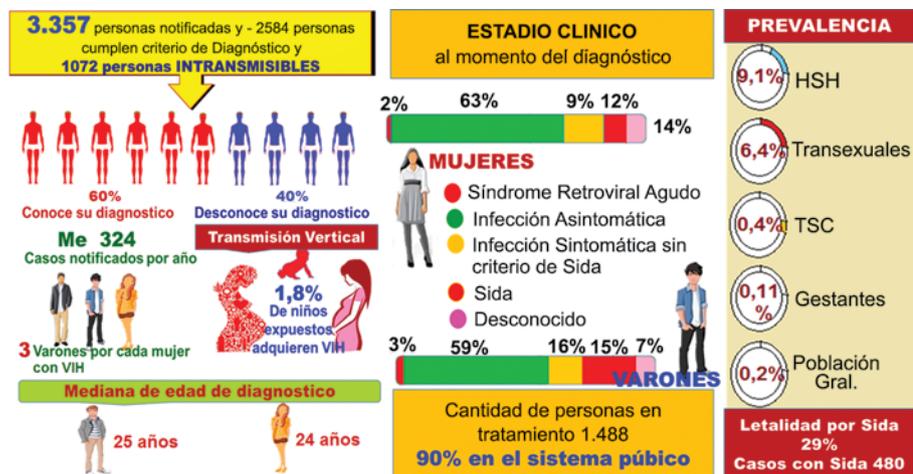
Debemos ser cautos al interpretar la tendencia secular de crecimiento de la tasa de VIH ya que su aumento no necesariamente indica que se están infectando más personas sino que puede haber mejorado el acceso a la prueba rápida y la respuesta casi inmediata, en tiempo real y oportuno de los resultados. Nos permitimos observar que los casos notificados están en permanente crecimiento y de manera irregular con crisis, lisis y horizontalización de la tendencia secular en su comportamiento, mas irregular aun los últimos cinco años. La detección en la localización de casos infectados en fase avanzada es significativamente alta dos de cada diez infectados estarían llegando en fase Sida. En tanto el crecimiento en el ultimo año disminuyo.

Este modo de representación gráfica es capaz de mostrar la proporción de personas que viven con VIH que están comprometidas con cada paso del continuo, es usado para monitorizar la calidad de la atención del VIH prestada a nivel nacional, al mismo tiempo que monitorizar el progreso individual luego del diagnóstico inicial del VIH. En el modelo del continuo del cuidado del VIH, los servicios de tamizaje y diagnóstico son el primer paso y el más crítico para entrar en el cuidado del VIH. Los servicios de tamizaje y diagnóstico ayudan a reducir el número de personas que no conocen su estado serológico del VIH. Sin embargo, es necesario llevar a cabo grandes esfuerzos para garantizar que las personas diagnosticadas con VIH estén efectivamente vinculadas y retenidas con el sistema de salud.

Siendo nuestra meta llegar al 90 - 90 - 90 es decir que el 90% de los infectados conozcan su diagnostico, y estén vinculados y retenidos en el servicio; que el 90% de estos diagnosticados como infectados reciban TARV y tengan CVP (carga viral plasmática) y que de estos el 90% se encuentren con CV Suprimida o indetectable.

De 22.000 Infectados con VIH estimados para el país, se logro diagnosticar al 93% habiendo una brecha de 7% que no se logro diagnosticar, para llegar al 1er 90% que es la meta, de estos diagnosticados el 73% fueron vinculados y de estos el 58% retenidos, hasta ahí se tiene un 42% de brecha de que los PVVs diagnosticados no se encuentran con atención en el servicio. El 56% de los PVVs se encuentran con TARV y realizo CV el 49%. Llegaron al 3er 90 el 40% con CV suprimida < 1000 copias/ml y el 38% a CV Indetectable < 50 copias/ml. Todavía lejos de llegar a la meta del 90 - 90 - 90.

ESCENARIO DE LA EPIDEMIA EN LA PAZ CDVIR PERFIL EPIDEMIOLOGICO VIH/Sida CDVIR LP. 1987 - 20018



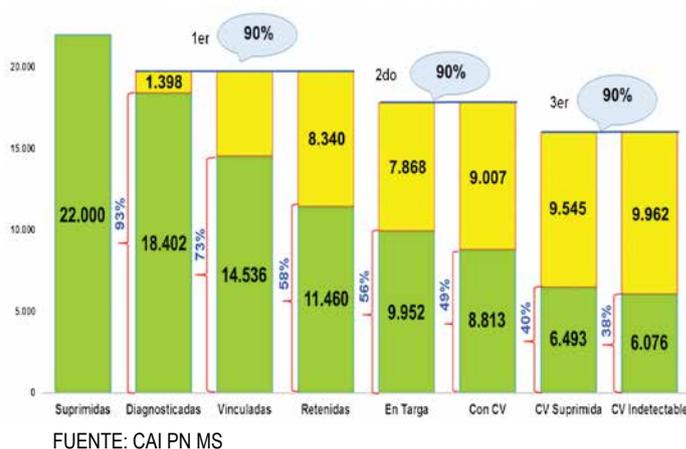
FUENTE: Propia de investigación.

Del total de infectados por el virus del VIH el 23% fueron notificados como fallecidos y se estima que el 71% de las PVV están vivos. De estos 18.402 personas vivas el 54% de las PVVs tuvieron acceso a la TARV y que el 46% esta sin acceso a la Terapia Antiretroviral.

La epidemia del VIH no se ha estabilizado en el país pese a los enormes avances en la respuesta nacional y el compromiso de una multiplicidad de actores del sector público y de la sociedad civil; y a las acciones de prevención sostenidas, así como las mejoras en el acceso a las pruebas diagnósticas y a los tratamientos, incluyendo el uso de la prueba rápida y la simplificación de los esquemas antirretrovirales.

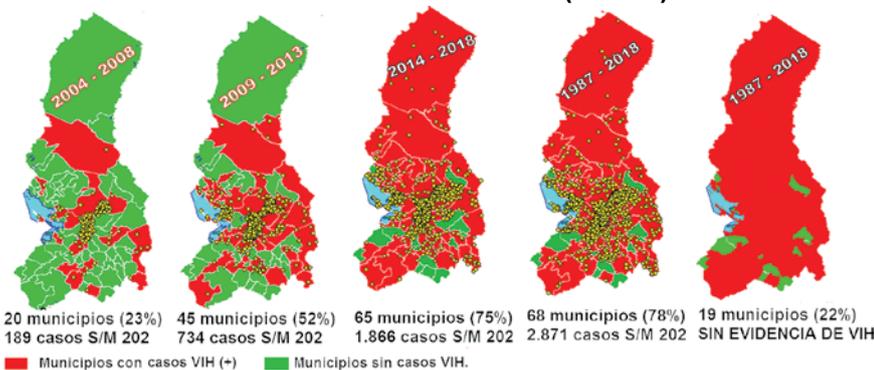
A nivel nacional creemos que la asfixiante centralización (asi como La Paz) en la atención integral en la detección y seguimiento asociado a los progresos en materia de derechos hu-

CASCADA DEL CONTINUO DE LA ATENCIÓN EN VIH METAS 90-90-90. BOLIVIA 2018



Describiremos el perfil de las personas que recibieron un diagnóstico de VIH entre los años 1987—2018, de 3.357 personas notificadas por el CDVIR LP tomadas de Software Simone en un momento puntual 1.072 PVVs tienen el seguimiento virológico de CV Indetectable. Estimamos que el 60% de las personas con VIH conoce su diagnostico y existe una prevalencia oculta del 40%. En los últimos 5 años se tienen una media de 324 pacientes nuevos notificados cada año, con una razón de 3:1 es decir tres hombres por cada mujer notificada con resultado positivo. Existe una relación proporcional de 1,8% de transmisión perinatal en niños expuestos. El 63% de los infectados son detectados en periodo asintomático en mujeres y el 59% en varones, el 44% de los PVVs accedieron a la TARV.

EPECTRO BIOGEOGRAFICO DE LA DISPERSION ESPACIAL Y TEMPORAL DE LA EPIDEMIA 1987 - 2018 (Simone)

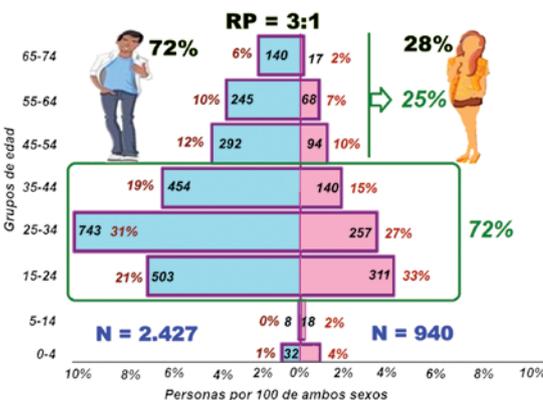


FUENTE: Software Simone

4 personas infectadas en fase avanzada del VIH fallecen de cada 10 infectados, y los municipios con altas tasas de letalidad supera al 13% y los que mantienen al virus supera el 78% del total de municipios del departamento. Esta estructura de dispersión espacial debe llamarnos a asumir acciones y desconcentrar la atención. Solo 19 municipios (22%) sin evidencia del virus.

Durante los últimos años el crecimiento porcentual de casos por año fue irregular, con lisis y crisis en su comportamiento, en ningún año logro un comportamiento horizontalizado, que simule una fase de estabilización de la epidemia este comportamiento nos muestra evidencia que la epidemia esta en franco crecimiento con la identificación de casos, quizá por el acceso fácil y oportuno al diagnóstico, y terapia oportuna.

PIRAMIDE POBLACIONAL SEXO, GRUPO DE EDAD Y RAZON DE PROPORCIONES CDVIR LP. 1987 - 2018



FUENTE: Software Simone

Si comparamos las medianas de edad entre varones y mujeres a lo largo de estos años vemos que, si bien la edad es muy pareja, la mediana de las mujeres fue creciendo, lo que redujo la diferencia con los varones.

Desde la emergencia de la epidemia el diagnóstico oportuno/ tardío se mide con un indicador clínico, el estadio clínico al momento del diagnóstico, y uno de laboratorio, el nivel de CD4 más próximo al diagnóstico. Sin embargo las condiciones de la vigilancia clínica, laboratorio, epidemiológico y aun estadístico, no estuvieron metodológicamente establecidos, pero según datos del software del Simone, el diagnóstico desde el inicio fue oportuno en 99% de los 72 casos notificados, fue VIH, Podemos decir que existió falacia ecológica. Corroborada por 71 casos de VIH por uno de Sida, pero ya en los últimos quinquenios se tiene una vigilancia mas específica y la razón VIH/Sida es de 4:1-

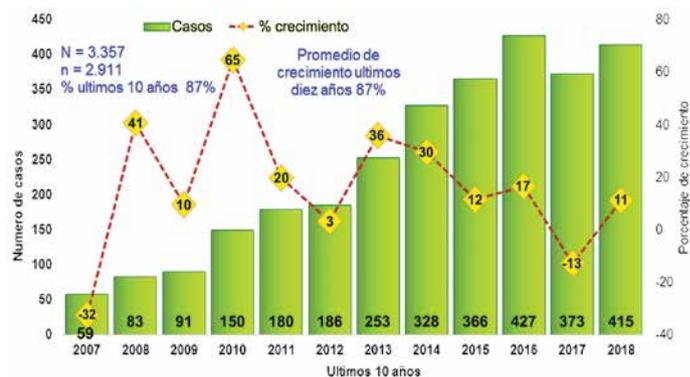
La tasa de crecimiento en el ultimo quinquenio con relación al anterior fue de 139% de diagnóstico tardío (fase Sida). El 58% de los casos de VIH/Sida se detecto en el ultimo quinquenio, lo que pone en evidencia que las mejoras en el diagnóstico rápido, y el acceso oportuno a los ARV muestra resultados alentadores.

Nos mantenemos en un escenario de epidemia concentrada merced a dos grupos altamente vulnerables los HSH o Gay con prevalencia del 9,1% y los Trans con 6,4%. Refleja tasa de letalidad que mide la gravedad de un evento en salud del 29% de personas con Sida.

En la respuesta frente al VIH no se puede seguir ignorando a los grupos poblacionales más afectados y relegados. Es necesario poner en práctica iniciativas preventivas eficaces relativas al VIH y de empoderamiento que lleguen a embarazadas, niñas y los adolescentes grupos que continúan siendo los más vulnerables y afectados en muchas comunidades, donde la carga de la epidemia es alta.

En el área rural la tasa de letalidad supera a la urbana

TENDENCIA SECULAR DE CRECIMIENTO DEL VIH ACUMULADO LOS ULTIMOS DIEZ AÑOS CDVIR L.P. 2007 - 2018



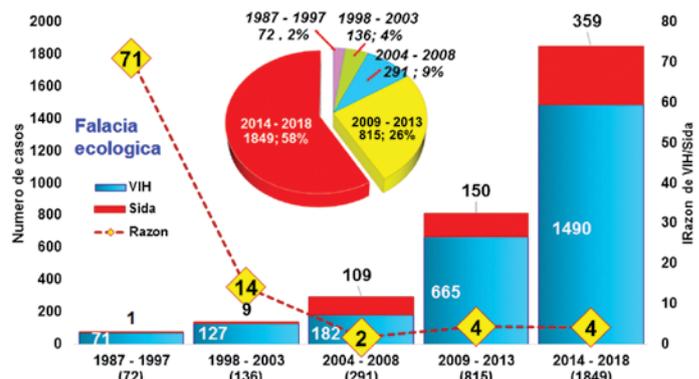
FUENTE: Software Simone

El ritmo de los diagnósticos de nuevas infecciones esta siendo acelerado, y están variando en los últimos años, por lo que aún resta mucho trabajo si es que queremos alcanzar las metas a las que nos comprometimos para poner fin a la epidemia el 2030.

Las tasas específicas por sexo y edad mantienen el mismo comportamiento que en los últimos cinco años. En cuanto a las mujeres, la franja etarea de 15 a 24 es la que tiende a un mayor crecimiento, en una relación de 2:1 por cada dos hombres infectados por el virus existe una mujer infectada; en tanto que en los mayores de 50 años en el ultimo quinquenio se observo un crecimiento de casos nuevos diagnosticados.

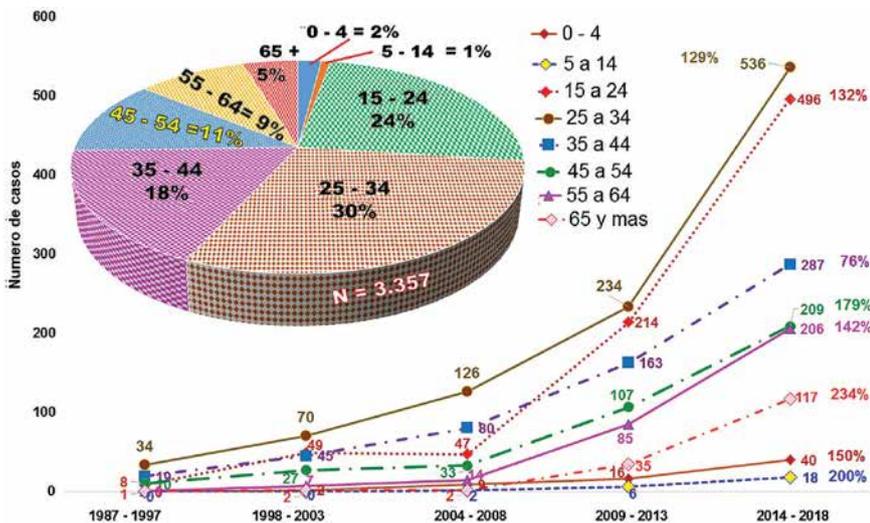
El mayor impacto de la epidemia esta sin mayor modificación con relación a otros quinquenios, con el 72% del total de casos en la franja de 15 a 44 años. Y la relación del índice de masculinidad en general es de 3:1 por tres hombres infectados una mujer esta infectada por el virus. Finalmente del total de casos notificados el 72% son varones con crecimiento importante en cada periodo, en el resto de las franjas se observa un comportamiento estable.

COMPORTAMIENTO SECULAR RAZON SIDA/VIH DE CASOS NOTIFICADOS POR QUINQUENIO CDVIR LP 1987-2018



FUENTE: Software Simone

TENDENCIA SECULAR DE CRECIMIENTO PORCENTUAL POR GRUPOS DE EDAD CDVIR LP. 1987 - 2018



FUENTE: Software Simone

Al comparar las estructuras poblacionales por edad en el periodo en estudio observamos algunos movimientos significativos. En el grupo de 0 a 4 años la prevalencia es del 2%. Los picos se aprecia entre los 25 a 34 años con prevalencia del 30% y de 15 a 24 años con prevalencia del 24% esta tendencia nos refleja que es una epidemia joven a predominio masculino pero con tendencia feminizante y autosostenible.

Pero si realizamos un análisis evolutivo y por quinquenios el grupo de edad de mayor crecimiento en la generación de casos es de 65 y mas años con 234% en el ultimo quinquenio y lo propio para el grupo de 5 a 14 años con 200%; seguido del grupo de 45 a 54 años con 179% y el de 55 a 64 años con 150%.

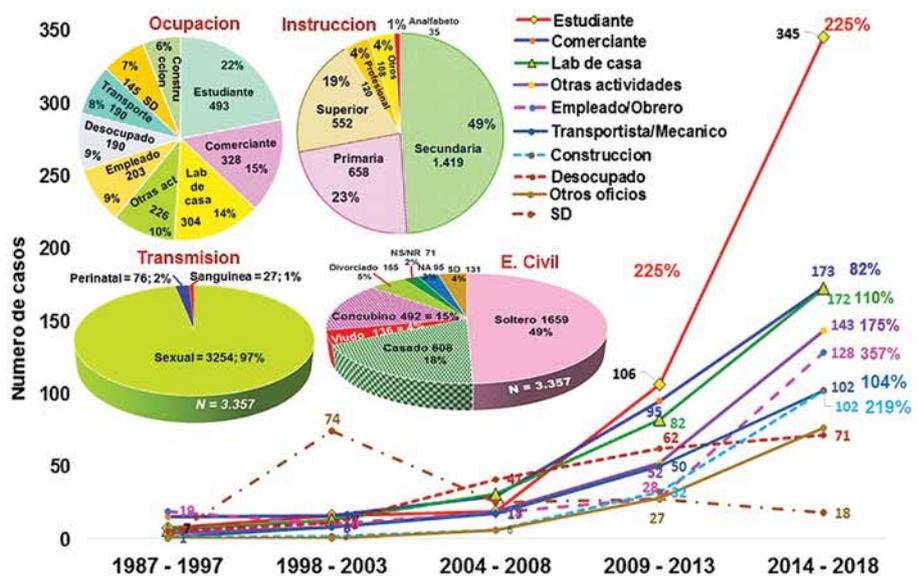
Estos movimientos evolutivos significativos en los últimos quinquenios nos ayudan a decir que los mayores de 50 años muestran crecimiento de casos en el diagnostico, lo que refleja si bien el mayor impacto de la epidemia esta entre la gente joven, las personas mayores de 50 años y el grupo de 5 a 14 años muestran un aumento proporcional de casos quizá con acceso tardío al diagnostico.

Comparativamente según ocupación el 22% de los notificados con VIH son estudiantes, seguido de los comerciantes y labores de casa con 15 y 14% respectivamente. El 51% de los infectados por VIH corresponden a estas tres segmentos por ocupación.

Y por nivel de instrucción el 49% tienen educación secundaria y el 23% primaria. El 97% de la transmisión del virus es por vía sexual, y el 49% con estado civil soltero; pero el 33% en aquellos que tienen parejas estables entre casados y concubinos, quizá sea el riesgo biológico de ingreso del virus al núcleo familiar con tanto impacto social.

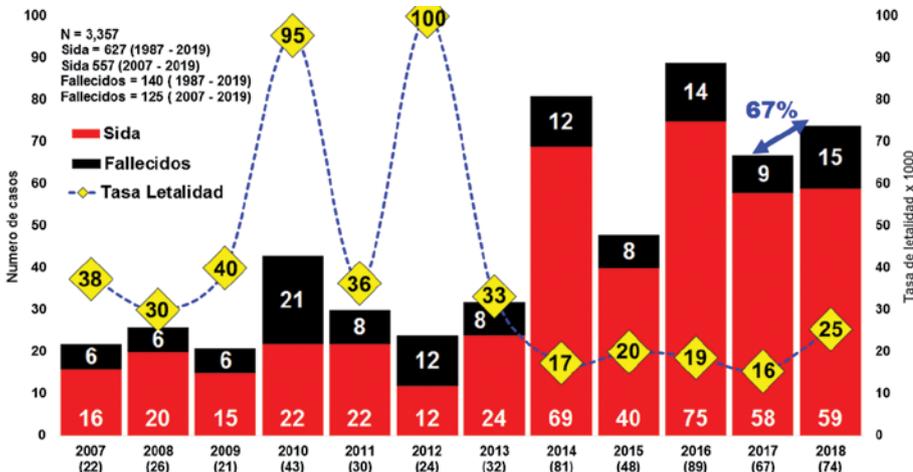
Evolutivamente el crecimiento mayor se observo entre los que trabajan como empleados u obreros con el 357%; seguido de los estudiantes con 225% y los que trabajan en la construcción con 219%. Este movimiento significativo en el ultimo quinquenio muestran un escenario preocupante ya que la tendencia de la epidemia es homogeneizante y de comportamiento generalizado, con la probabilidad de mayor prevalencia oculta en este segmento de la población.

CARACTERIZACION SEGUN PERSONA DE LA POBLACION INFECTADA POR QUINQUENIOS NOTIFICADOS POR EL CDVIR LA PAZ 1987 - 2018



FUENTE: Software Simone

TASA DE LETALIDAD POR SIDA X 100 ULTIMOS 12 AÑOS

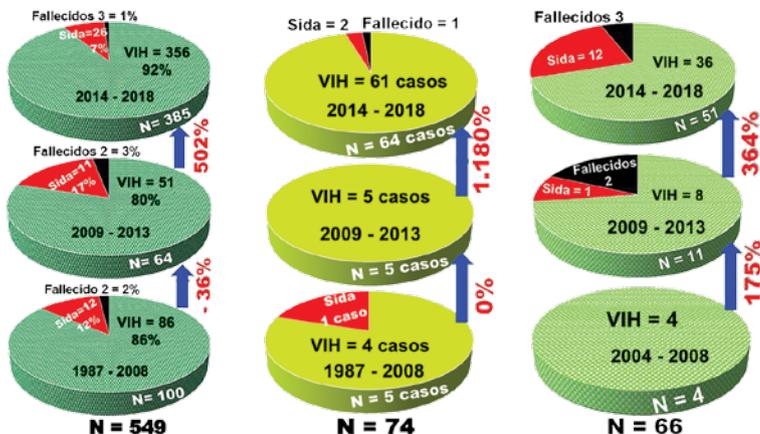


FUENTE: Software Simone

La letalidad por sida, mide la gravedad del problema de salud; en cualquier evento, mientras mas muertes ocurren, mayor preocupación y alerta poblacional.

La letalidad por Sida muestra un comportamiento fuertemente condicionado por la introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARV), momento a partir del cual las tasas de letalidad comenzaron a descender. Sin embargo las muertes por sida en el ultimo año aumento en 67% con relación al año 2017 y la tasa de letalidad subió en nueve dígitos. Quizá debemos atribuir al acceso y diagnostico tardío, del paciente al servicio, a barreras sociales, psicograficas, geográficas, etc. De cada 10 PVVs VIH 3 están falleciendo.

CRECIMIENTO DE LA EPIDEMIA EN POBLACION VULNERABLE POR QUINQUENIOS CDVIR LA PAZ 1987-2018



FUENTE: Software Simone

de calle, cuya proporción de casos incidentes genera un crecimiento elevado en el último quinquenio con 364%. La realidad que representan las personas en situación de calle es la expresión de un problema social que se presenta con mayor frecuencia en las grandes ciudades y se relaciona con el crecimiento y desarrollo de las mismas. Este escenario sumado el elevado crecimiento de los afectados por VIH, reflejan la vulnerabilidad a las que se somete esta población, olvidada.

El patrón epidemiológico de la infección por el VIH ha experimentado cambios significativos en cuanto se refiere a las personas GBT—HSH, y afectados por el VIH. Además del incremento de nuevos diagnósticos de VIH que se observa en la población, de GBT—HSH hace que aumente la prevalencia e incidencia. En el último quinquenio el crecimiento fue de 502%. La enorme vulnerabilidad del colectivo GBT - HSH frente al VIH, requiere una respuesta coordinada de las administraciones implicadas y de la sociedad civil. Esta debería ser diversificada y adaptada a las necesidades del colectivo, focalizando esfuerzos en aquellos que más lo necesitan.

La mayoría de las mujeres descubren ser portadoras del VIH durante el embarazo, el parto, o posterior al parto al pesquisar la infección en su descendencia. Por lo que existe la necesidad de testear a todas las mujeres en la consulta pre y/o postconcepcional, y durante el control prenatal. Se debe cumplir con el acto de orientación pre test, la necesidad de consentimiento informado y la voluntariedad de las personas en la decisión de la realización del examen.

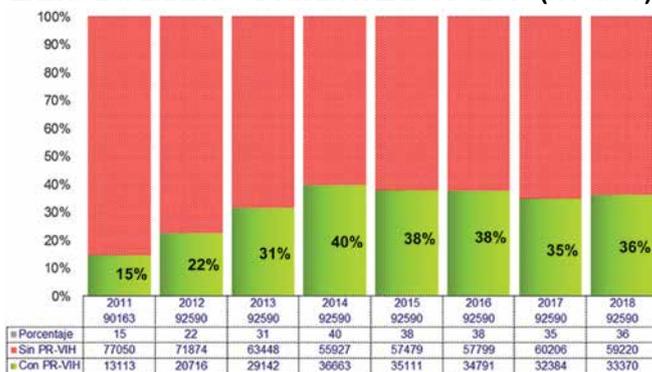
Se recomienda que es suficiente que exista la primera prueba rápida reactiva para, asumir como POSITIVO para efectos de iniciar profilaxis de transmisión materno infantil y seguir hasta la confirmación del resultado, según el cual se determinara continuar o suspender la terapia, independiente del periodo en que se encuentre, durante el embarazo, parto o puerperio. Así de esta manera favorecer al producto el inicio de PTMI en tiempo real. Durante los últimos cuatro años al parecer se ha horizontalizado el comportamiento del acceso a PR en la mujer embarazada, solo 4 de cada 10 embarazadas accedió a dicha

La información que nos brinda la vigilancia de estos indicadores es fundamental no solo para actuar en el momento adecuado otorgando oportunidad a la intervención del equipo de salud sino también para evaluar las políticas públicas desarrolladas. Analizar si es necesario acentuar o reformular las estrategias implementadas tanto a nivel de los decisores políticos que fijan la agenda de salud pública como desde los equipos de salud que intervienen en los procesos.

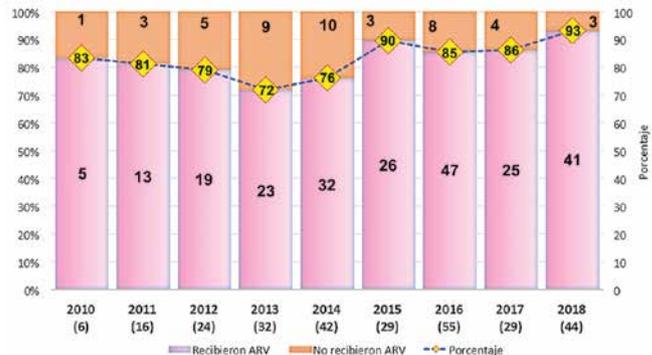
Las personas privadas de libertad (PPL) reclusas en las cárceles del país están más expuestas al VIH, sífilis, hepatitis B y C, y tuberculosis. El crecimiento de casos de VIH en esta población es mayor y las conductas de riesgo también asociado a la falta de uso de preservativo, y otras prácticas como el alcoholismo y la drogadicción. En el último quinquenio se ha experimentado un crecimiento exponencial en 1.180%. Urge medidas de contención y desconcentración a fin de dar una respuesta adecuada.

Debemos reconocer que las vulnerabilidades y exclusión social tienden a ocurrir con el VIH, pero en personas en situación

RELACIÓN PORCENTUAL DE PR. REALIZADAS A EMBARAZADAS ESPERADAS CDVIR LA PAZ 2011 - 2018 (N : 3.357)

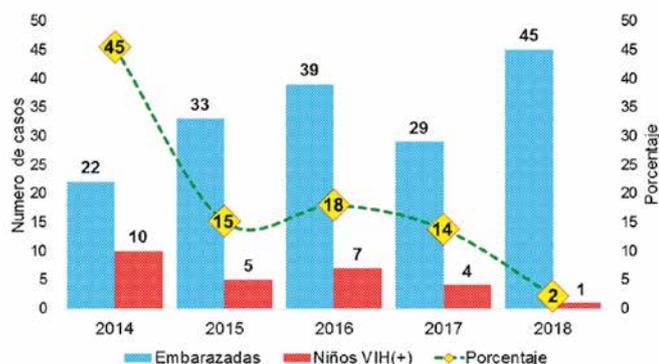


COMPORTAMIENTO SECULAR DE EMBARAZADAS Dx NUEVAS Y CONOCIDAS SEGUN ARV RECIBIDOS CDVIR L.P. 2010 - 2018



FUENTE: Software Simone

RELACIÓN PORCENTUAL DE NIÑOS VIH (+) NACIDOS SEGUN EMBARAZOS DEL MISMO AÑO CDVIR L.P. 2014 - 2018



FUENTE: Software Simone

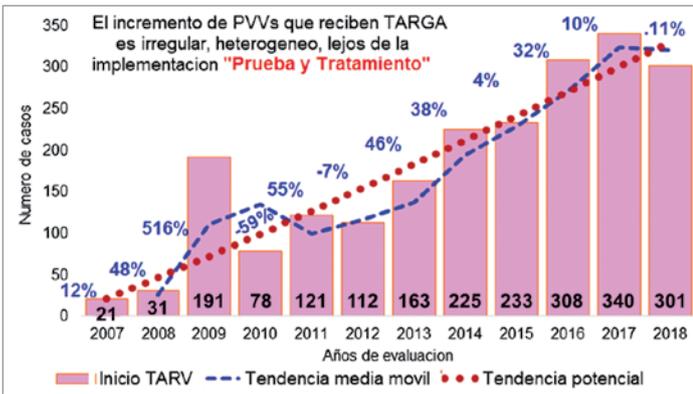
prueba (36%), un escenario pesimista. En tanto que de cada 10 embarazadas definidas como positivas 9 iniciaron TARV el último año. (93%).

Una de las estrategias de prevención de la transmisión perinatal del VIH es el diagnóstico temprano de la mujer embarazada, considerando el momento preconcepcional como uno de los más importantes y así dar inicio a un embarazo con VIH en la mejor condición clínica-infectológica de exposición del feto al virus.

Para lograr la disminución de la transmisión materno-infantil del VIH no solo es importante el inicio temprano de la TARV sino también que el esquema indicado sea efectivo.

Es decir, alcanzar valores no detectables de carga viral. Podemos ver los avances con la curva polinómica el descenso y en el año 2018 de 45 mujeres VIH positivas, se observó un solo niño reactivo para el virus. Si bien refleja un escenario optimista pero debemos, ampliar nuestros esfuerzos en la localización de casos a través de embarazadas con acceso a las PR de forma oportuna.

CRECIMIENTO PORCENTUAL DE CASOS NUEVOS CON TARV POR AÑOS CDVIR LP 2007 - 2018



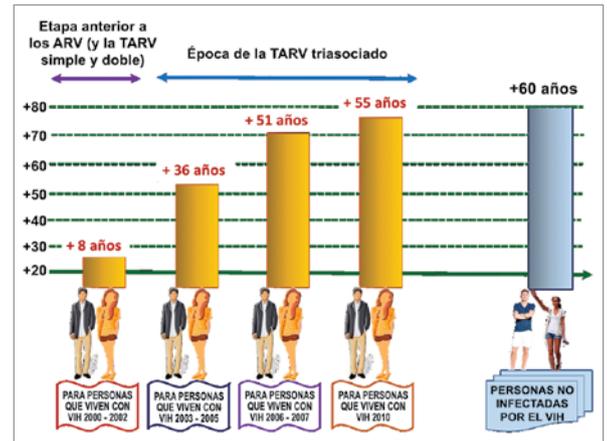
FUENTE: Software Simone

La noticia de un resultado de VIH positivo en la mayoría de los casos imprevista y traumática, es una realidad "difícil de asimilar". Las personas asocian el diagnóstico positivo con una muerte inminente, lo que precipita estados de fuerte desorientación que impactan en las primeras consultas médicas y en el inicio de los tratamientos.

Estudios realizados demuestran que una PVV, con adherencia a la TARV y carga viral indetectable, puede normalizar el tiempo de supervivencia al igual que una persona sin el VIH. Durante el 2000 a 2002 con TARV simple, se trazo una línea de base de infección a los 20 años; mas 6 años de vida la supervivencia era hasta los 26 años. Pero gradualmente fue mejorando el tiempo de supervivencia con TARV triasociado como el que se dispensa ahora. En el 2010, la supervivencia era de 55 años con buena adherencia a la TARV y CV indetectable mas 20 años como línea de base una PVV puede vivir hasta los 75 años, en tanto que una persona sin el virus vive 60 años, mas 20 de línea de base vive 80 años. **Este estudio revela la importancia de la TARV y su adherencia para hacer indetectable la Carga Viral Plasmática. (CVP).**

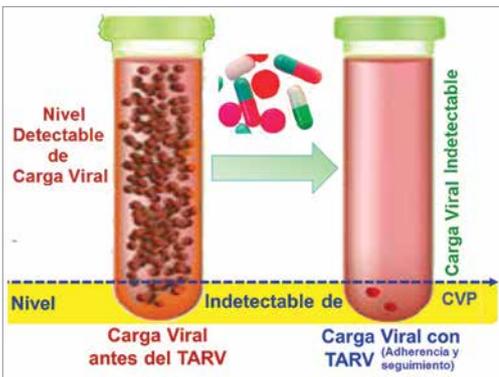
Se realizó estudios en parejas serodiscordantes, durante el estudio ninguna de las parejas VIH(+) que tomaba medicamentos ARV y que tenía CV indetectable, transmitió el virus a su pareja VIH negativa. Este estudio se analizó en 34.000 instancias de relaciones sexuales anales sin condón y en más de 36.000 relaciones sexuales vaginales sin condón entre parejas heterosexuales.

LA TARV PUEDE NORMALIZAR EL TIEMPO DE SUPERVIVENCIA



FUENTE: Propia de la investigación

INDETECTABLE = INTRANSMISIBLE



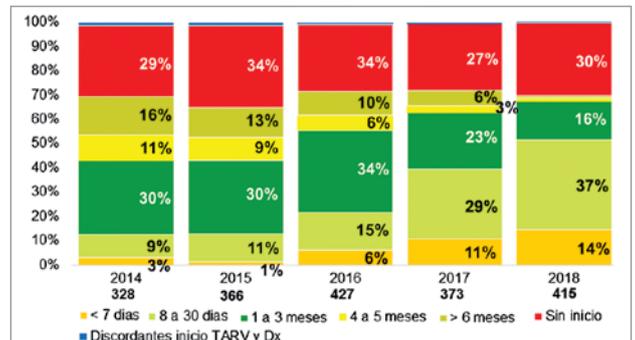
Las personas con el VIH que mantienen CV indetectable durante al menos 6 meses **NO TRANSMITEN** el VIH a través de relaciones sexuales sin condón. Los medicamentos ARV controlan de manera muy eficaz el VIH. **NO curan ni lo eliminan**, si existe buena adherencia a la TARV evita la replicación viral, evita el daño al sistema inmunológico y evita la transmisión sexual a otros. **Indetectable significa** que el nivel del VIH es tan bajo, que no se detecta en una prueba de CV. Puede estar oculto pero la cantidad es tan baja, que no se puede transmitir a otros a través de la transmisión sexual.

El estudio PARTNER contó con la participación de parejas serodiscordantes al VIH (es decir, donde un miembro de la pareja tiene el VIH, mientras el otro es seronegativo) repartidas en 14 países europeos. El estudio no detectó ningún caso de transmisión del VIH en el sexo de las parejas de hombres Gais, en donde la persona con el VIH tenía una **CARGA VIRAL inferior a 200 copias/ml**, a pesar de que se produjeron casi 77.000, encuentros sexuales sin preservativos. El estudio es válido que el concepto (i = i) **Indetectable = Intransmisible**; es igual de válido para los hombres Gay (relaciones sexuales anales) así como para las personas heterosexuales. Anthony Fauci

(investigador importante del VIH en EE.UU.) dice existen datos que reflejan una **relación inversa entre el nivel de carga viral y la tasa de transmisión del VIH.**

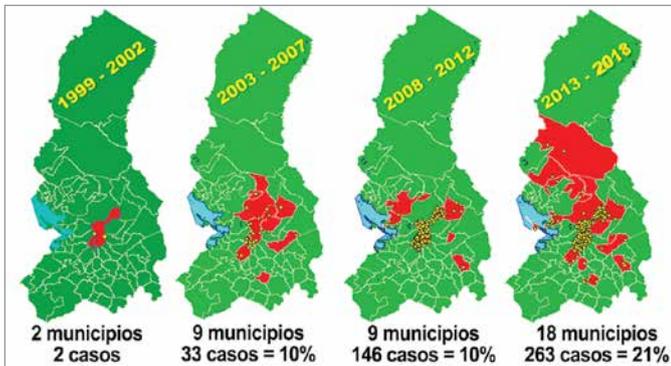
En nuestro medio debería ser posible realizar el seguimiento de la carga viral de forma rutinaria, lo que haría posible que una persona pueda estar seguro de su carga viral indetectable. El concepto de vigilancia supone un argumento adicional para trabajar por **mejorar el acceso a los servicios de seguimiento de la carga viral**. Una vez conocido el resultado de laboratorio de la Prueba Rápida II como reactiva, se la cataloga como POSITIVO y **para el inicio de la terapia antiretroviral, tenemos 7 días, independiente de su CD4 y CV**. Sin embargo en esos 7 días se debe realizar los exámenes rutinarios y necesarios para el inicio de la terapia. En el estudio descriptivo y retrospectivo, se puede observar leve mejoría, el 2018 el 14% inicio TARV en tiempo real, y acumulativamente el 51% inicio TARV antes de los 30 días. Empero el 30% de las PVVs no inicio TARV. Todavía hay mucho por hacer.

PRUEBA RÁPIDA POSITIVA INICIA TERAPIA DENTRO LOS 7 DÍAS



FUENTE: Farmacia CDVIR

ESPECTRO BIOGEOGRAFICO DE CASOS COINFECTADOS TB/VIH NOTIFICADOS Y LA DISPERSION ESPACIAL CDVIR LP. 1987 - 2018



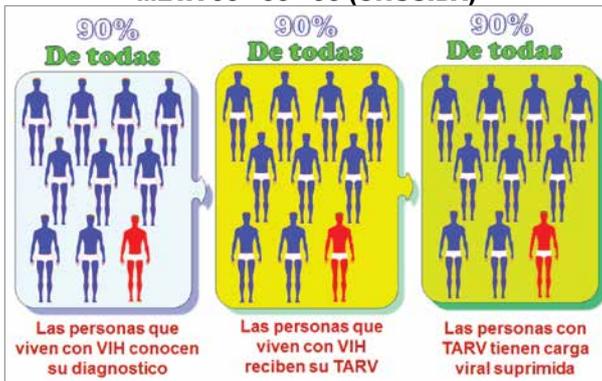
FUENTE: Software Simone

El reporte oficial de los países de la Región para este año fue de 21 800 casos de TB con VIH, lo que representa 12% de coinfección. El impacto de la coinfección VIH y tuberculosis es bidireccional. Al aumentar la carga viral, la tuberculosis acelera la progresión de la infección por VIH a sida y, con ello, a la muerte. Por su parte, la infección por VIH causa una disminución de la población de linfocitos CD4 (de crucial importancia en iniciar y mantener la respuesta inmunitaria) y afecta la presentación clínica y evolución de la tuberculosis.

La asociación de TB y VIH potencian sus morbilidades (sindemia) haciendo temible su aparición y expansión. Ambas enfermedades tienden a concentrarse en áreas de pobreza; a pesar de algunos logros, representan el principal fracaso de la salud pública. La dispersión biogeográfica refleja un crecimiento del 80% en el último quinquenio; de 9 municipios con presencia de casos coinfectados entre el quinquenio 2008–2012 para el quinquenio del 2018 se tiene 18 municipios, y su impacto es mayor en municipios receptores con alta carga bacilar, el 30% de los casos son extrapulmonares.

MARCO DEL MONITOREO DE LA CASCADA DEL CONTINUO DE ATENCION EN VIH

META 90 - 90 - 90 (ONUSIDA)



El Informe presenta el avance del CDVIR LP en el Continuo de la Atención en VIH, al año 2018, hacia las metas 90-90-90. Que el 90% de todas las personas con VIH conozcan su diagnóstico; Que el 90% de todas las PVVs reciban TARV; Que el 90% de todas las PVVs con TARV tengan carga viral suprimida.

La cascada permite analizar las brechas de efectividad e impacto de las políticas de diagnóstico, atención y tratamiento a nivel local y permite generar información estratégica valiosa para apoyar la expansión y sostenibilidad del tratamiento antirretroviral.

De forma operativa, el marco de monitoreo de la cascada cuantifica, mediante indicadores transversales, el número de personas diagnosticadas, vinculadas, retenidas, en tratamiento y con carga viral suprimida, como proporción del número estimado de personas viviendo con VIH en un determinado año de análisis. Permite analizar las brechas en los servicios de atención a nivel individual así como el impacto a nivel poblacional (reducción de morbimortalidad e incidencia de nuevas infecciones).

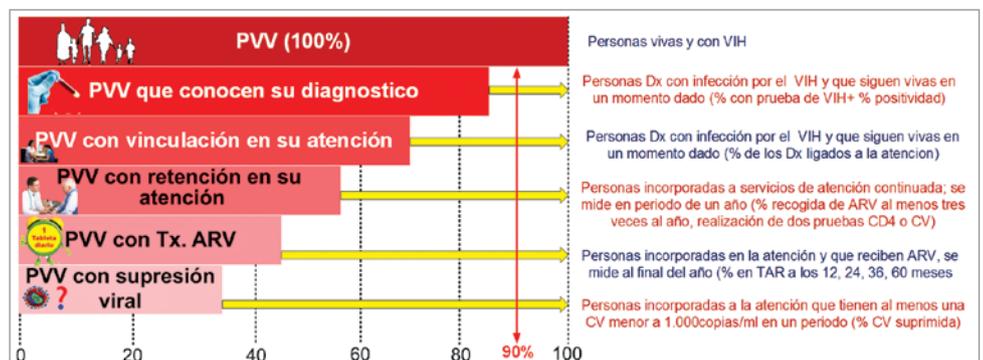
Con esta metodología se identificaron las acciones necesarias para cerrar las brechas de información en las mismas. La vigilancia de VIH debe estar basada en casos nuevos de infección por el VIH (en lugar de casos de sida) y se debe seguir la evolución de cada caso con el transcurso del tiempo (enfoque longitudinal).

Los datos deben recopilarse para un conjunto mínimo de variables estandarizadas, incluidos las prácticas de riesgo y los factores (como comportamiento sexual, consumo de drogas inyectables y exposición a transfusión) y las variables inmunológicas y de tratamiento (como carga viral, recuento de células CD4 y fecha de inicio de TARV).

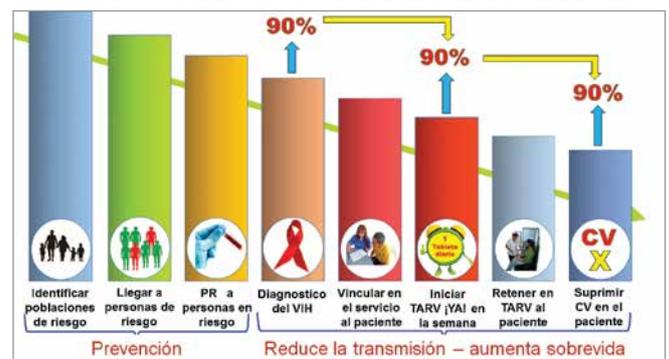
La vigilancia debe incluir una evaluación del acceso y la calidad de la atención a través del proceso de seguimiento, que va desde el diagnóstico hasta la entrada en la atención y el tratamiento, la retención en servicios, y el control de carga viral. Además esta metodología proporciona orientación sobre el diagnóstico de la infección por el VIH, el cuidado de las personas que viven con el VIH y el uso de medicamentos antirretrovirales no sólo como tratamiento sino también para la prevención de la transmisión del VIH.

En el modelo de continuidad del cuidado del VIH, los servicios de tamizaje y diagnóstico son el primer paso y el más crítico para entrar en el cuidado del VIH. Los servicios de tamizaje y diagnóstico ayudan a reducir el número de personas que no conocen su estado de infección por el VIH. Sin embargo, es necesario llevar a cabo esfuerzos en los servicios, para garantizar que las personas diagnosticadas con VIH estén efectivamente vinculadas y retenidas en el sistema de salud.

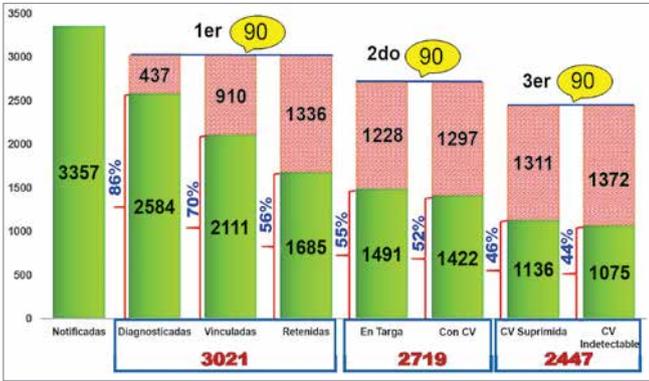
INDICADORES DE LA CASCADA DEL CONTINUO DE ATENCION



MODELO ESTRATEGICO DE PREVENCIÓN- DIAGNOSTICO – ATENCIÓN – Y TRATAMIENTO DEL VIH



MARCO DE MONITOREO DE LA CASCADA DEL CONTINUO DE ATENCION EN VIH META 90 - 90 - 90. CDVIR LP. 2018



FUENTE: Simone

tuvieron historia clínica abierto o con exámenes de CD4 o CV habiendo logrado el 70%; con una brecha del 30% de no vinculadas.

Se ha logrado retener al 56% (que asistieron al menos a dos citas o fueron monitoreadas con dos pruebas para CD4 y CV) de 3021 PVVs como meta, y el 44% no retenido. La meta de PVV en TARV y con CV es de 2.729 y accedieron a TARV el 55% (que los últimos tres meses de año este con medicamentos) con una brecha del 45%. Con CV el 52% (al menos una CV al año) y la brecha de 48%. La meta de CV suprimida < a 1000 copias/ml es de 2.447. y se logro el 46% dejando brecha del 54%; finalmente con Carga Viral Indetectable < 50 copias/ml se tiene al 44% con brecha de 56%.

En el camino para el continuo de atención, este fuerte descenso es un reto típico para realizar ajustes en el proceso de seguimiento y análisis desde la confirmación de los resultados de las pruebas de laboratorio, así como a la vinculación fallida o retrasos en la atención y/o en la calidad que se va ofertando a los PVV.

CASCADA DEL CONTINUO DE ATENCION DE VIH SEGUN PVV DIAGNOSTICADOS CDVIR LP 2018

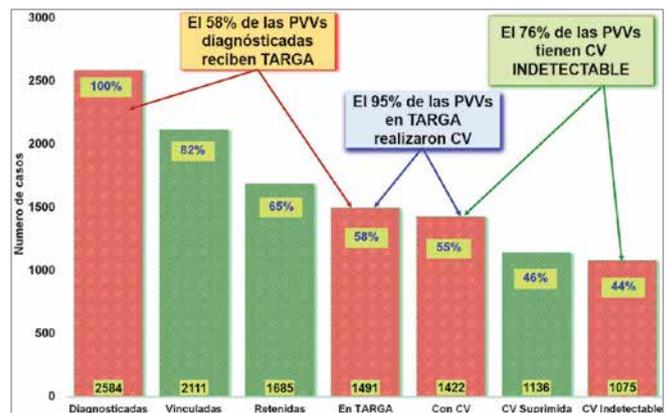


FUENTE: Propia de la investigación

El modelo del continuo del cuidado del VIH se suele representar con gráfico de barras, en los que cada barra identifica un paso clave de la atención médica del VIH. El gráfico en la practica usual incluye cinco etapas: (1) hacerse la prueba y ser diagnosticado, (2) estar vinculado a la atención, (3) estar retenido en el cuidado - esto también se conoce como la "etapa pre TARV", (4) se prescribe TARV, y (5) supresión viral (teniendo concentraciones bajas de VIH en el cuerpo). De este modo la representación gráfica es capaz de mostrar la proporción de personas que viven con VIH que están comprometidas con cada paso del continuo, puede ser usado para monitorizar la calidad de la atención del VIH prestada a nivel del servicio, al mismo tiempo que monitorizar el progreso individual luego del diagnóstico inicial del VIH.

La meta debía ser calculada de acuerdo a las estimadas, pero creemos mas real en base a las notificadas y así llegar al 90 - 90 - 90. Los notificados con VIH fueron de 3357 hasta el 2018; De esta población 3.021 PVVs, deberían ser diagnosticadas; y se logro el 86% de PVV con diagnostico de VIH y vivos, existe brecha de prevalencia sin diagnostico del 14%. Se observa descenso en las personas vinculadas al servicio que no asistieron al menos a una cita o

CASCADA DEL CONTINUO DE ATENCION DE VIH SEGUN PVV DIAGNOSTICADOS CDVIR LP 2018

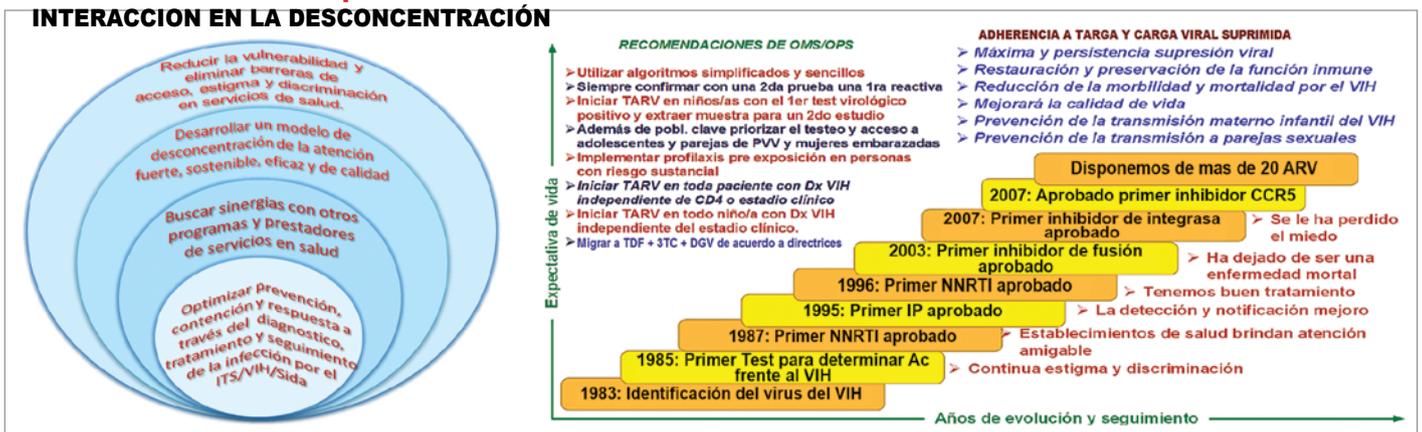


se deberá aumentar la percepción del riesgo, eliminar barreras, y crear estrategias de acompañamiento y retención, mejorando la calidad de atención y articulando servicios. Como una transversal reducir el estigma y discriminación a las PVV, mas bien incorporarlos para este fin, eliminando barreras del continuo.

Pero realizando un análisis mas real y critico, asumiendo solo a los diagnosticados vivos, del total de PVVs diagnosticados iniciaron TARV 58%; de estos el 95% de los PVVs en TARGA realizaron CV. Donde el 76% de los PVVs tienen CV Indetectable. Analizado así es un gran logro y podríamos asumir que se esta trabajando bien; empero deberán haber ajustes y cumplir con el monitoreo de la cascada y llegar al 90-90-90 como meta.

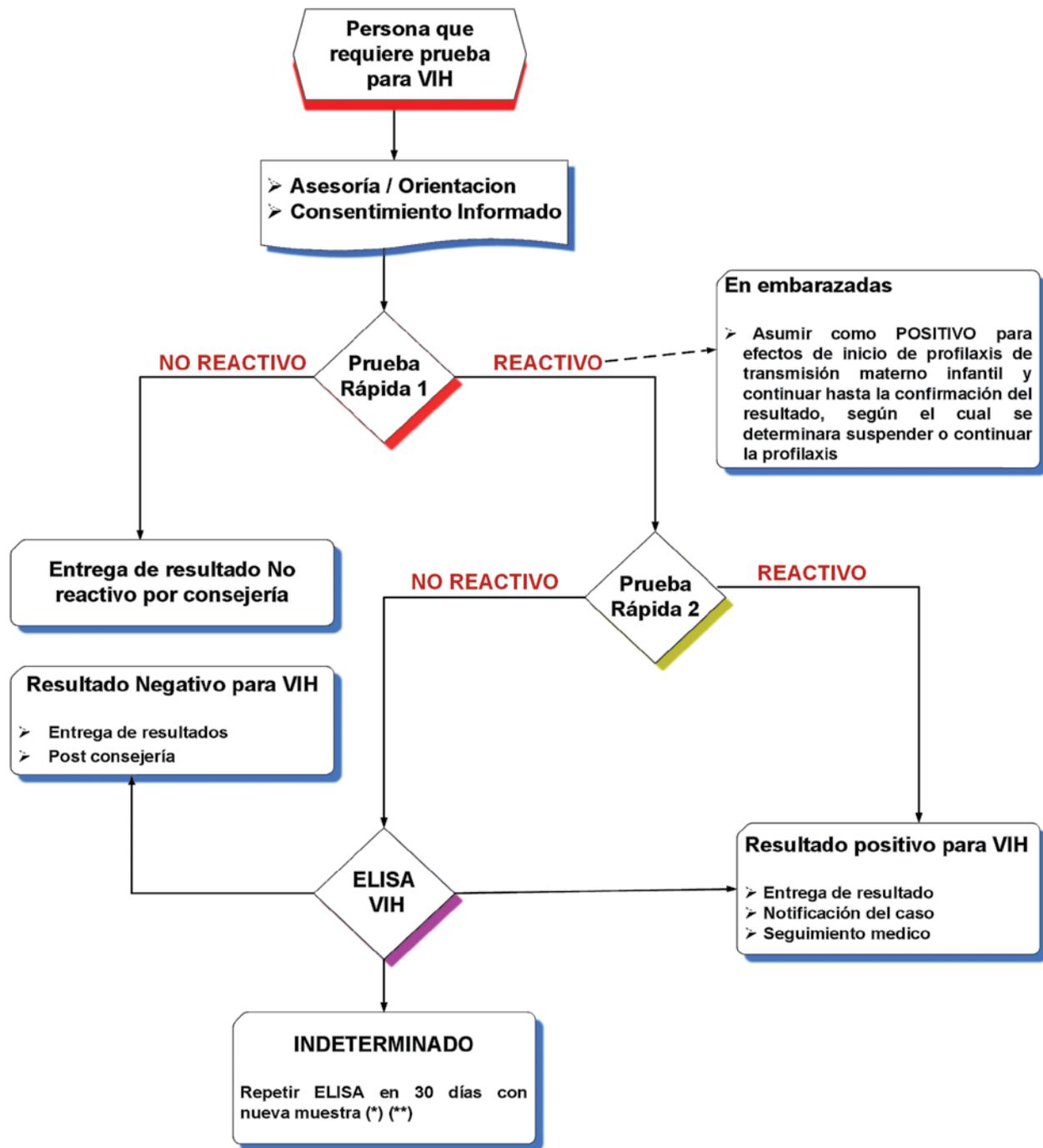
Y la vida dentro el continuo, obliga asumir responsabilidades el personal de servicio de salud tratante con tres pilares y el paciente PVV con tres pilares para llegar a CV indetectable.

30 AÑOS DE DESARROLLO DE FARMACOS FRENTE AL VIH Y ESTAMOS ¡ LISTOS PARA EL GRAN SALTO DE LA DESCONCENTRACION !



FUENTE: Propia de la investigación

ALGORITMO DE DIAGNOSTICO PARA VIH



(*) De acuerdo al resultado del nuevo ELISA se reportara NEGATIVO o POSITIVO

(**) De persistir el ELISA como INDETERMINADO, se podrá proceder a realizar pruebas directas que estén disponibles a través del CDVIR - CRVIR o el laboratorio de referencia.

Para su aplicación, los reactivos deben cumplir con las siguientes características

- Prueba Rápida 1: (PRUEBA DE TAMIZAJE); debe ser una prueba rápida con sensibilidad $\geq 99.8\%$.
- Prueba Rápida 2: (PRUEBA DE CONFIRMACION); realizada solo si el resultado de la prueba rápida 1 es reactivo. Debe ser una prueba rápida diferente a la prueba rápida 1, con especificidad $\geq 99.9\%$.
- Prueba de ELISA: (PRUEBA DE DESEMPATE), solo se realiza en caso de discordancia de resultados obtenidos entre las pruebas 1 y 2. Debe ser una prueba ELISA de 4ta generación con sensibilidad del 100% y especificidad del 99%.

Las tres pruebas de detección de anticuerpos deben cumplir con:

- Tener evaluación de desempeño del INLASA sin observaciones
- y/o ser precalificada por OPS.

PASOS PARA LA APLICACIÓN DEL ALGORITMO DE DIAGNOSTICO DE VIH

PASOS PARA LA APLICACIÓN DEL ALGORITMO DE DIAGNOSTICO DE VIH

- Las PRUEBAS RÁPIDAS se pueden realizar en todo establecimiento de salud de primer, segundo y tercer nivel, por personal debidamente capacitado y acreditado por el CDVIR LP
- Las pruebas de ELISA deberán realizarse en establecimientos, con laboratorio que tengan capacidad técnica y equipamiento para ejecutar la técnica de ELISA, por personal profesional entrenado y acreditado por el CDVIR

ASESORIA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Conforme establece la Ley 3729, la prueba para VIH debe ser previa orientación y firma de consentimiento informado, excepto en casos descritos en la mencionada Ley.

Paso 1 PRUEBA RAPIDA 1 (Tamizaje)

Se realiza de acuerdo al procedimiento indicado en el manual. Según el resultado obtenido se procede de la siguiente manera:

REACTIVO: Se procede a realizar la prueba rápida 2

NO REACTIVO: Se reporta como **NO REACTIVO**. (Considerar que si el paciente/usuario, ha estado expuesto ha situación de riesgo, podría estar en periodo ventana o de seroconversión, en tal caso solicitar nueva prueba en un mes).

NO VALIDO: No cumple las especificaciones de control de calidad descritas por el fabricante, en tal caso se repite el procedimiento.

Paso 2 PRUEBA RAPIDA 2 (Confirmatorio)

Se aplica en caso que la prueba rápida 1 tenga RESULTADO REACTIVO. Se realiza de acuerdo al procedimiento descrito en el manual o inserto en la misma. De acuerdo al resultado se debe proceder de la siguiente manera:

REACTIVO: Reportar como **POSITIVO** (pasar al punto de emisión de resultados)

NO REACTIVO: Se tiene un escenario de discordancia (primera prueba reactiva y segunda prueba no reactiva). Solo en este caso se debe realizar la prueba de ELISA, llamada **PRUEBA DE DESEMPATE**.

NO VALIDO: No cumple las especificaciones de control de calidad descritas por el fabricante, en tal caso se deberá repetir el procedimiento, de la segunda prueba.

Paso 3 PRUEBA DE ELISA (Desempate)

Solo se aplica en caso de resultados discordantes (primera prueba rápida reactiva y segunda prueba rápida no reactiva). De acuerdo al resultado se debe proceder de la siguiente manera:

REACTIVO : Reportar como **POSITIVO** (pasar al punto de *emisión de resultado*)

NO REACTIVO : Reportar como **NEGATIVO** (pasar al punto de *emisión de resultados*)

INDETERMINADO : Reportar **INDETERMINADO**. Se debe repetir ELISA con una nueva muestra en un mes (paciente/usuario podría estar en periodo ventana o de seroconversión)

EMISION DE RESULTADOS - REGISTROS

- ▶ Las pruebas y resultados se deben registrar en el formulario o planilla de pruebas para VIH del establecimiento.
- ▶ Se debe llenar la ficha de Registro Individual, solo en los casos que la prueba rápida 1 haya sido reactiva.
- ▶ El resultado final de la serología para VIH se emitirá tomando en cuenta los siguientes criterios.

POSITIVO, Cuando :

- Tiene las dos pruebas rápidas **REACTIVAS** o
- Tiene dos pruebas de anticuerpos reactivas (prueba rápida 1 y ELISA)

NO REACTIVO, cuando :

- La prueba rápida 1 es **NO REACTIVA** o

NEGATIVO

- Tiene dos pruebas de anticuerpos **NO REACTIVAS** (prueba rápida 2 y ELISA)

INDETERMINADO, cuando :

- La prueba de ELISA es indeterminado se debe repetir en 30 días
- La prueba ELISA repetida persiste indeterminado. En este caso solicitar prueba directa disponible.

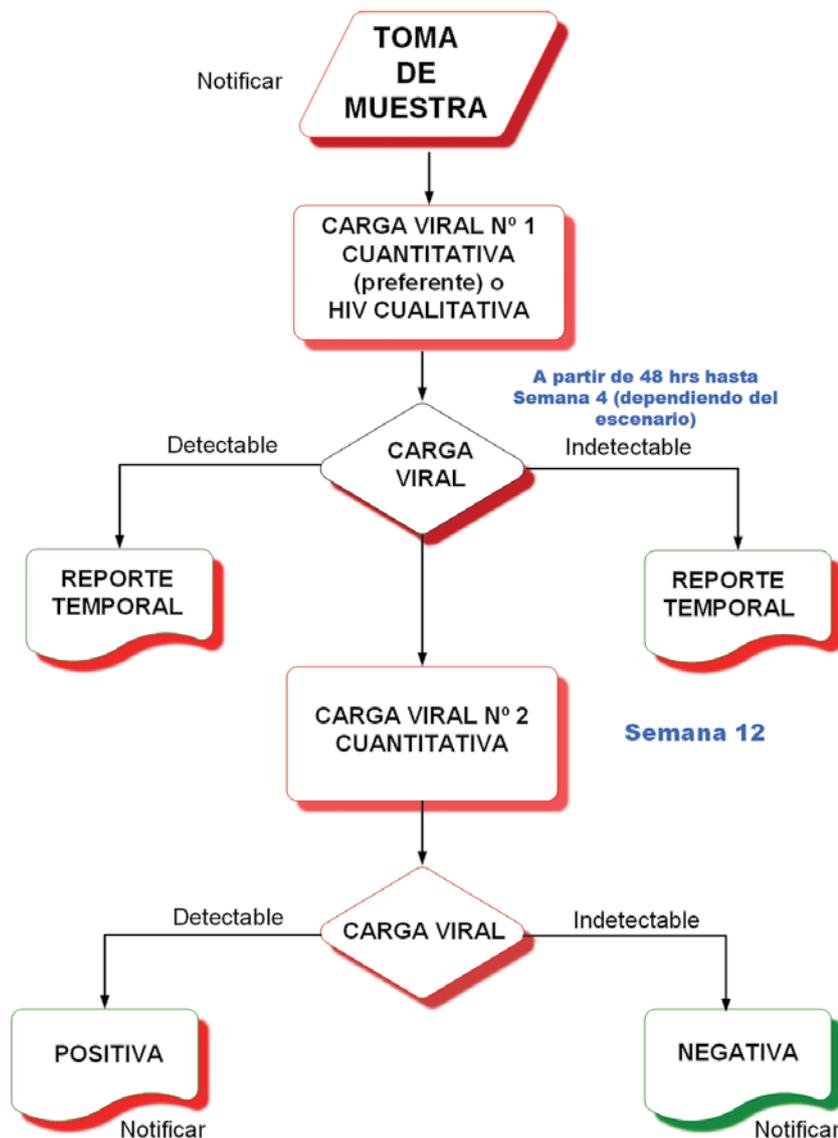
NOTIFICACION DE CASO

Todo caso VIH **POSITIVO** debe ser registrado necesariamente en la Ficha Epidemiológica de Notificación de caso VIH y reportar al Programa Departamental ITS/VIH/Sida/ y/o CDVIR, CRVIR del SEDES La Paz.

AMBITO DE APLICACION

En todo el Sistema Departamental de Salud, publico, privado, seguridad social, de convenio, etc.

ALGORITMO DE DIAGNOSTICO PARA LA EMBARAZADA Y PUERPERA



RECOMENDACIONES PARA EL DIAGNOSTICO DE INFECCION POR VIH EN MUJERES EMBARAZADAS Y PUERPERAS, CON RESULTADO REACTIVO EN PR1 DE TAMIZAJE PARA VIH, Que deberá ser confirmada mediante la determinación de prueba directa. (Medición de carga viral)

SE REQUIERE DOS TIPOS DE MUESTRA

1ra.: Muestra de **SUERO** cantidad de 0,8 a 1,0 ml

2da.: Muestra de **SANGRE ENTERA (4ml)**, tomada en tubo nuevo al vacío, con EDTA como anticoagulante.

a. Esta muestra anti coagulada, deberá ser tomada cuando se obtenga resultado reactivo al VIH y debe ser enviada, (junto a la 1ra muestra) al laboratorio del CDVIR LP de forma inmediata. **(NO CONGELAR)**.

b. En caso de no enviarse en este plazo, deberá separarse inmediatamente el **PLASMA** mediante centrifugación a 1000 rpm por 20 minutos, retirando el plasma con la punta de una pipeta de transferencia nueva (Volumen mínimo es de 1,2 ml,) a un vial con tapa de rosca que puede ser provisto por el laboratorio del CDVIR LP y congelado máximo por un tiempo de 72 hrs.

c. En caso de emergencia la muestra de sangre entera puede ser refrigerada por un plazo máximo de 20 hrs a temperatura de 6 a 8°C **(NO CONGELAR)** y ser remitida al CDVIR LP antes que se cumpla el plazo.

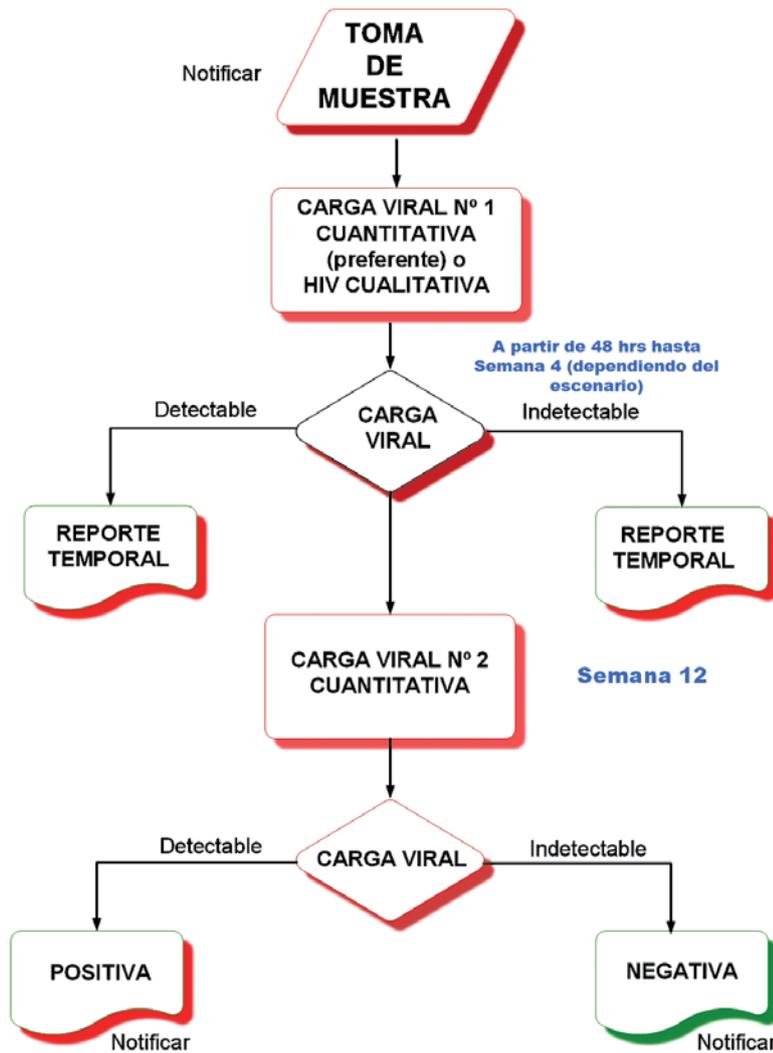
DATOS GENERALES REQUERIDOS PARA EL EXAMEN

1. Solicitud de prueba de forma imprescindible.
2. Nombre del establecimiento que solicita (Red de salud, municipio)
3. Nombres y apellidos completos de la paciente
4. Lugar fecha de nacimiento
5. Estado civil, grado de instrucción, ocupación
6. Teléfono de referencia y fotocopia de carnet de identidad de la embarazada
7. Edad en semanas de gestación y fecha de FUN o días post parto.
8. Marca, resultado y fecha de vencimiento de PR utilizada
9. Teléfono, nombre completo, firma, sello del solicitante, responsable de la toma de muestra.

NOTIFICACION DEL CASO

En cualquier caso que se **CONFIRME** el diagnostico de VIH, el establecimiento es responsable de la notificación (llenar **FICHA EPIDEMIOLOGICA DE NOTIFICACION**) y el seguimiento del caso.

ALGORITMO PARA NIÑO EXPUESTO



RECOMENDACIONES PARA EL DIAGNOSTICO DE INFECCION POR VIH DE NIÑOS NACIDOS DE MADRES VIH (+) (seropositivas) EN MENORES DE 18 MESES. Que deberá ser confirmada mediante la determinación de prueba directa. (Medición de carga viral)

SE REQUIERE LA SIGUIENTE MUESTRA

Muestra de SANGRE COMPLETA (1,5 a 3ml mínimo), tomada en tubo nuevo al vacío, con EDTA como anticoagulante. (tubo lila).

- Esta muestra anti coagulada, deberá ser tomada cuando se obtenga **resultado reactivo al VIH** de la madre gestante o cuando es portadora del VIH (PVV) y debe ser enviada, al laboratorio del CDVIR LP o al INLASA, de forma inmediata. **(NO CONGELAR)**.
- En caso de no enviarse el mismo día refrigerar la muestra de sangre entre 6 a 8°C máximo por 20 hrs (cadena de frío) y remitir al CDVIR LP, antes que se cumpla el tiempo **(NO CONGELAR)**

DATOS GENERALES REQUERIDOS PARA EL EXAMEN

- Solicitud de prueba de forma imprescindible.
- Nombres y apellidos completos del menor.
- Lugar y fecha de nacimiento del menor
- Escenario del parto. Tomando en cuenta la clasificación adjunta.
- Nombre completo de la madre, fecha de nacimiento y número de carnet de identidad.
- Teléfono de referencia de la madre, fotocopia de carnet de identidad de la madre.
- Teléfono, nombre completo, firma, sello del solicitante, responsable de la toma de muestra.

CLASIFICACION DE ESCENARIOS

- ESCENARIO I :** Gestante VIH (+) diagnosticada y con tratamiento antes del embarazo.
- ESCENARIO II :** Gestante VIH (+) diagnosticada en control prenatal con TARV antes de la semana 14 de embarazo.
- ESCENARIO III :** Gestante VIH (+) diagnosticada en etapas finales y/o trabajo de parto del embarazo.
- ESCENARIO IV :** Recién nacido de madre VIH(+) que no pudo o no recibió profilaxis con antiretrovirales.

NOTIFICACION DEL CASO

En cualquier caso que se **CONFIRME** el diagnóstico de VIH, el establecimiento es responsable de la notificación (llenar **FICHA EPIDEMIOLOGICA DE NOTIFICACION**) y el seguimiento del caso.