



Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Carrera de Medicina

“Análisis epidemiológico del primer testeo simultáneo del
virus de la hepatitis C y del VIH”

Autor: Mariam Eliana Gammuto

Tutor: Sergio Lupo

Cotutor: Francisco Luis Marconi

Email: mariamgammuto@hotmail.com

Rosario, 4 de marzo de 2020

RESUMEN

Introducción

La infección por el VIH y la hepatitis C son dos pandemias mundiales que pueden diagnosticarse y tratarse para evitar la progresión y complicaciones en los pacientes y evitar nuevas transmisiones.

Objetivos

Investigar la prevalencia del VHC y del VIH en un grupo de voluntarios de la ciudad de Rosario.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en base a la decimonovena campaña anual de detección y prevalencia del VIH y VHC denominada “Una Prueba por la Vida”, el 30 de noviembre de 2018 en la ciudad de Rosario, el estudio consistió en analizar los datos de dicha campaña.

Resultados

Se incluyeron 2551 voluntarios de los cuales 1383 (54.21%) fueron de género cis femenino, 1163 (45.59%) cis masculino, 2 (0.08%) trans femenino, 2 (0.08%) trans masculino. El grupo etario más representado tuvo entre 25 y 49 años constituyendo el 52.0% de los voluntarios. El 72.8% de los encuestados manifestó tener relaciones sexuales sin uso consistente de preservativos. El 12.3% de los encuestados presentó antecedentes de ITS. La prevalencia del VIH fue del 0.50% y la del virus C del 0.15%.

Conclusiones

La prevalencia de VIH en un grupo de personas voluntarias que se testaron con test rápido fue del 0.50%.

La prevalencia de virus C en un grupo de personas voluntarias que se testaron con test rápido fue del 0.15%.

Es el primer estudio comparado en población general que muestra una prevalencia mayor de positividad para el VIH con respecto al virus C, a diferencia de estimaciones previas que mostraban lo contrario.

La causa más probable de transmisión fueron las relaciones sexuales no protegidas.

Todas las personas positivas fueron confirmadas en su diagnóstico y vinculadas al sistema de salud.

Palabras clave: VIH, Virus C, testeo serológico.

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
MARCO TEÓRICO	5
PROBLEMA	10
OBJETIVOS	10
MATERIALES Y MÉTODOS	11
RESULTADOS	13
DISCUSIÓN	17
CONCLUSIÓN	22
BIBLIOGRAFÍA	23
ANEXOS	26

Anexo 1: Encuesta

Anexo 2: Consentimiento Informado.

Anexo 3: Carta Tutor.

Anexo 4: Carta Co tutor.

Anexo 5: Autorización Instituto CAICI

Anexo 6: Autorización presentación

INTRODUCCIÓN

La infección por el VIH y la hepatitis C son dos pandemias mundiales que pueden diagnosticarse y tratarse para evitar la progresión y complicaciones en los pacientes y evitar nuevas transmisiones.

El virus de la hepatitis C, descubierto en los finales de los años 80, es una de las principales causas de enfermedad hepática crónica en todo el mundo estimándose que 160 millones de personas están afectadas, aunque la mayoría de las mismas no conocen su situación (Lavanchy, 2011). Datos de la OMS de 2017 cambiaron a 71 millones los infectados a nivel mundial con 3 millones de infecciones nuevas por año.

En una revisión relacionada sobre la epidemiología de la hepatitis C en seis países de América Latina, se estimó que la prevalencia para dicho evento en Argentina es de 1,5% para todas las edades y de 2 a 2,5 % si solo se tomaba en cuenta la población adulta (Kershenobich, 2011).

Diversos estudios epidemiológicos realizados en nuestro país, han demostrado que algunos grupos de la población poseen tasas de infección más elevadas: usuarios y ex usuarios de drogas inyectables 54%, hombres que tienen sexo con hombres 1.9-7.5 % 4-5 y trabajadoras sexuales y población travesti, transexuales y transgénero (Pando, et. al., 2006) (Dos Ramos Farias, et. al., 2011).

En una población VIH+ estudiada en la ciudad de Rosario, se observó la infección por virus C en un 66% de pacientes adictos endovenosos y un 4% en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) (Lupo, 2001).

Con respecto a la infección por VIH se estima que 35.9 millones de personas la padecen, conociendo su diagnóstico el 67%, desconociendo su estado serológico 9.4 millones de personas (UNAIDS, 2018).

En Argentina, se estima que en el año 2017 vivían 129 mil personas con VIH falleciendo 2000 personas por año. Existe una relación 2,3: 1 entre hombres y mujeres, y la edad media al diagnóstico es de 32 años en varones y 33 en mujeres. La principal vía de transmisión del VIH son las relaciones sexuales sin uso del preservativo (98%). Entre los varones, el 42,2% adquirió la infección en una relación heterosexual, mientras que el 56% lo hizo en una relación con otro varón. De hecho, uno de cada cuatro nuevos diagnósticos se da en hombres de 20 a 35 años que tienen relaciones sexuales no seguras con otros hombres. (Ministerio de Salud de Argentina, 2017). El hecho que un 30% de los pacientes desconozcan

su diagnóstico y que se infecten 5500 personas nuevas por año hace necesario estimular la oferta de detección del VIH.

En el año 1999 se realizó en Rosario la primera campaña de prevención y detección del VIH “Una prueba por la vida” utilizando un test oral (OraSure). Se realizaron 11465 test durante cinco días de detección (Lupo 2000; Acosta, 2000).

A partir de 2001 y hasta la fecha los testeos se realizaron con pruebas rápidas con punción digital (Determine). (Lupo 2002; Acosta 2002). Se llevan hechas 54210 pruebas con 340 voluntarios seropositivos lo que da una prevalencia de 0.62% algo mayor que la estimada para Argentina que es de 0.4%. El 100% de los positivos fueron confirmados por pruebas de western Blot.

El VIH y el virus C tienen vías de transmisión comunes, aunque con diferente eficacia (VIH mayor transmisión sexual y VHC mayor transmisión sanguínea). Ambas producen infección crónica y suelen permanecer asintomáticas por muchos años. Con los nuevos tratamientos de drogas de acción directa el virus C se cura en casi un 100% de los casos mientras que el VIH es suprimido e interrumpido en su progresión clínica. En ambos la capacidad de transmisión está íntimamente relacionada al nivel de carga viral plasmática y con el tratamiento específico se corta la probabilidad de transmisión (Chung 2018; Saag, 2018).

Diagnosticando la mayoría de las personas que conviven con estos virus sería posible eliminar ambas pandemias (Lupo, 2016).

Obtener datos epidemiológicos locales sobre el virus C y mejorar la conciencia de la población sobre la necesidad de testearse para un diagnóstico precoz fueron los objetivos fundamentales de la primera campaña simultánea de prevención y detección del virus C y del VIH, cuyos datos se analizarán en el presente trabajo.

MARCO TEÓRICO

Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un retrovirus con alta afinidad por el tejido linfático y el sistema retículo endotelial infectando a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH. (Lupo, 2003)

El VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia (OMS, 2019).

Se estima que 36,9 millones (31,1 millones–43,9 millones) de personas vivían con el VIH en 2017 en todo el mundo. 21,7 millones (19,1 millones–22,6 millones) de personas tenían acceso a la terapia antirretroviral en 2017. 1,8 millones (1,4 millones–2,4 millones) de personas contrajeron la infección por el VIH en 2017. 940.000 (670.000–1,3 millones) personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida en 2017. 77,3 millones (59,9 millones–100 millones) de personas contrajeron la infección por el VIH desde el comienzo de la epidemia. 35,4 millones (25,0 millones–49,9 millones) de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida desde el comienzo de la epidemia. Desde 2010, las nuevas infecciones por VIH han aumentado en un 16% y las muertes relacionadas con el SIDA han aumentado en un 3% (ONUSIDA, 2018).

En 2017, el 75% (55–92%) de las personas que vivían con el VIH conocía su estado serológico con respecto al VIH. De lo contrario 9.4 millones de personas no sabían que vivían con el VIH. Desde el pico alcanzado en 1996, las nuevas infecciones por el VIH se han reducido en un 47%, con 1.8 millones (1.4millone-2.4 millones) de nuevas infecciones por el VIH, en comparación con los 3.4 millones (2.6 millones – 4.4 millones) de 1996.

En 2017, fallecieron 940.000 (670.000–1,3 millones) personas en todo el mundo a causa de enfermedades relacionadas con el sida, frente a los 1,9 millones (1,4 millones–2,7 millones) de 2004 y los 1,4 millones (1 millón–2 millones) de 2010 (ONUSIDA, 2018).

De acuerdo a los datos del programa nacional de SIDA de diciembre de 2018 se estiman que en Argentina hay 129 mil personas que conviven con el VIH registrándose 5800 casos nuevos por año. El 83% de las personas que conocen su diagnóstico se encuentra en tratamiento antirretroviral. La relación hombre/mujer es de 2.1 y la mediana al diagnóstico es de 32 años para los varones y de 33 para las mujeres. El 34% de los diagnósticos se realizan en etapa avanzada y es una de las causas por la cual mueren todavía más de 2000 pacientes por año. Los hombres que tienen sexo con hombre (12-15%) son las poblaciones más vulnerables a la adquisición del virus. Sin embargo la transmisión vertical sigue con cifras elevadas (2.6%). Es de destacar que en la provincia de Santa Fe ha disminuido al 1.2% por el buen control perinatal, la solicitud de testeo trimestrales a las embarazadas y después del parto y a sus parejas (Boletín sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina, 2018).

Hepatitis C

La hepatitis C es una enfermedad del hígado causada por el virus del mismo nombre; este virus puede causar hepatitis, tanto aguda como crónica, cuya gravedad varía entre una dolencia leve que dura algunas semanas, y una enfermedad grave de por vida. Es un RNA Flavivirus con alto tropismo hacia los hepatocitos, con replicación citoplasmática y sin reservorio latente a diferencia del VIH o del virus de la hepatitis B. Se transmite a través de la sangre, por vía sexual y por transmisión de madre a hijo. La mayoría de las infecciones se producen por exposición a pequeñas cantidades de sangre a través del consumo de drogas inyectables, de prácticas de inyección o de atención sanitaria poco seguras y de la transfusión de sangre y productos sanguíneos sin analizar. Los grupos de mayor riesgo son los hemofílicos, los adictos a drogas EV y los hemodializados (Lupo, 2008). La tasa de transmisión vertical en Madres VIH (-) es de 5.8% (95% CI 4.2-7.8%) y en Madres VIH (+): 10.8% (95% CI 7.6-15.2%) (Mok, 2005).

Se estima que hay en el mundo 71 millones de personas con infección crónica por el virus de la hepatitis C y que se producen 3 millones de infectados nuevos por año. Un número considerable de esas personas con infección crónica desarrollarán cirrosis o cáncer de hígado. Cada año mueren unas 399 000 personas debido a la hepatitis C, sobre todo por cirrosis y carcinoma hepatocelular. La OMS estima la prevalencia en Argentina entre 0.8 y 1.3% cifras

que parecen algo sobrestimadas. Un estudio en 6251 voluntarios sanos de 12 provincias de Argentina mostró una prevalencia del 0.32% (Pino 2013).

Los antivíricos pueden curar más del 95% de los casos de infección por el virus de la hepatitis C, lo que reduce el riesgo de muerte por cáncer de hígado y cirrosis, pero el acceso al diagnóstico y el tratamiento es limitado (OMS, 2019).

El interferón (IFN) fue propuesto como un tratamiento antiviral para la hepatitis C crónica desde el descubrimiento del virus, con pobres resultados y una eficacia inferior al 10% de respuesta virológica sostenida (RVS). La pegilación y la adición de ribavirina aumentaron las tasas de RVS- que equivale a la curación virológica de la enfermedad- aunque con importantes efectos adversos y tasas de discontinuación. La adición de los fármacos de acción directa como el telaprevir y el boceprevir mejoraron la eficacia terapéutica pero con mayor toxicidad. Una era libre de IFN comenzó en 2014, produciendo tasas de respuesta virológica sostenida mayores al 95% de los pacientes tratados durante 8 a 24 semanas con regímenes orales, simples, bien tolerados y con efectos adversos leves (Pawlotsky, 2015).

En 2015 se aprobaron en Argentina la mayoría de las drogas que constituyen los distintos esquemas orales libres de interferón: simeprevir, daclatasvir, sofosbuvir, paritaprevir, ombitasvir y dasabuvir; de distintas familias de inhibidores de proteasa y polimerasa. Con diferentes combinaciones, duración de tratamiento y criterios de selección acordes al genotipo del virus, permiten obtener la curación virológica (Actualización de las recomendaciones para el tratamiento de la hepatitis por virus C, 2016). Entre el 2016 y el 2018 se aprobaron nuevas drogas de acción directa como el elbasvir, velpastasvir, grazoprevir, pobrentasvir y el glecaprevir. Con estas nuevas combinaciones la eficacia virológica aumentó al 99% de los pacientes tratados.

Prevalencia de la coinfección por VHC en los pacientes infectados por VIH

La hepatopatía crónica por el VHC es actualmente una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en los pacientes infectados por el VIH. En el mundo, se estima que hay más de 35 millones de infectados por el VIH, y que 4-5 millones de ellos presentan coinfección por el VHC.

En Argentina, la prevalencia de coinfección VHC / VIH fue del 12,3%. El genotipo 1 del VHC fue el más prevalente (73%). El uso de drogas por vía intravenosa fue el principal

factor de riesgo independiente para adquirir la infección por VHC. Sin embargo, se sugirió una ruta alternativa (sexual) para la transmisión viral (Ré, et. al., 2008).

Los casos de enfermedad hepática en etapa terminal y muertes relacionadas con el hígado debido al VHC siguen creciendo, mientras que su prevalencia está disminuyendo. El aumento en las tasas de RVS no es suficiente, y se necesita un aumento en el número de pacientes diagnosticados y candidatos para el tratamiento para reducir la carga de la enfermedad por el VHC. Sobre la base de este escenario, se deben desarrollar estrategias para aumentar el diagnóstico y la aceptación del tratamiento para reducir la carga del VHC en Argentina (ONUSIDA, 2018).

Las últimas estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de los 36,7 millones de personas que se calcula que hay en el mundo infectadas por el VIH, unos 2,3 millones tienen pruebas serológicas de infección pasada o presente por el VHC. En las personas infectadas por el VIH, la prevalencia de anticuerpos anti-VHC era del 6,2%. Las hepatopatías representan una importante causa de morbilidad y mortalidad entre los infectados por el VIH.

Historia natural

El VIH y el VHC interactúan bidireccionalmente, de modo que la historia natural de la hepatitis C no es la misma en los pacientes mono infectados por VHC que en los coinfectados por VIH/VHC. Además, tal y como se explicará más adelante, el VHC tiene también efectos sobre la historia natural de la infección por el VIH.

Los virus de la hepatitis B (HBV) y C (HCV) son, frecuentemente, causa de enfermedad hepática crónica en pacientes infectados por el HIV (HIV+), ya que tienen las mismas rutas de transmisión. Se ha informado de prevalencias variables de co-infección, dependiendo de la población bajo estudio.

La presencia del HIV modifica la historia natural de la infección por HCV, acelerando el avance de la enfermedad hepática en las personas co-infectadas. De las personas infectadas por HCV, entre el 8 y el 24% contraen cirrosis en los primeros 10 a 20 años después de su infección por HCV. La incidencia anual de carcinoma hepatocelular entre portadores de cirrosis es entre el 1 y el 4% (Aletheia, et. al., 2009).

Historia natural de la hepatitis C en el paciente coinfectado por VIH/VHC

Cronificación

Tras la infección aguda por el VHC (en ausencia de infección por el VIH) hasta el 15-45% de los pacientes llegan a erradicar espontáneamente el virus, de manera que la enfermedad se cronifica en un 55-85% de los expuestos. Se calcula que del 5% al 25% de los pacientes con hepatitis C crónica acabarán desarrollando cirrosis hepática, y que, anualmente, un 1- 3% de estos presentarán descompensación de la hepatopatía o carcinoma hepatocelular (Thomas & Sheff, 2005).

La coinfección por el VIH aumenta el riesgo de cronificación de la infección por el VHC, ocurriendo en el 90-95% de los pacientes coinfectados. Se postula que para conseguir erradicar la infección por el VHC es necesaria la elaboración de una respuesta mediada por linfocitos T de forma rápida, para evitar la replicación del virus y el desarrollo de cuasiespecies que consiguen adaptarse al sistema inmunitario del huésped. Los interferones son las citoquinas centrales en la inducción de un estado antiviral en las células (Thomas, et. al., 2000).

En los pacientes con infección por VIH la respuesta inmune sería insuficiente, lo que justificaría la mayor tendencia a la cronificación. Sin embargo, en un estudio se comprobó que la respuesta específica IFN- γ (interferón gamma) contra el VHC en la coinfección se mantenía en el hígado, a pesar de la reducción de la cifra de linfocitos T CD4⁺ tanto en sangre periférica como en células hepáticas; por lo tanto, sería la respuesta celular periférica la que falla, no la intrahepática. Otra explicación para la mayor prevalencia de la cronificación de la hepatitis C en pacientes infectados por el VIH podría ser la mayor frecuencia de reexposición al VHC, especialmente en el contexto de ADVP. Hay que señalar finalmente que los pacientes coinfectados tienen concentraciones de ARN-VHC más altas que los monoinfectados por VHC, y que en los primeros la carga viral del VHC es inversamente proporcional a la cifra de linfocitos T CD4⁺ (Danta, et. al., 2008).

PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia del Virus C y VIH en voluntarios testeados de la ciudad de Rosario?

HIPÓTESIS

¿La prevalencia del virus de la hepatitis C y del VIH son similares en la población general de la ciudad de Rosario?

OBJETIVOS

General

- Investigar la prevalencia del VHC y del VIH en un grupo de voluntarios de la ciudad de Rosario.

Específicos

- Comparar la prevalencia del VHC y del VIH
- Analizar las características demográficas, posibles vías de transmisión y hábitos de los voluntarios con serologías positivas.
- Analizar las características demográficas y hábitos de la población que asistió a testearse.

MATERIALES Y MÉTODOS

La decimonovena campaña anual de detección y prevalencia del VIH denominada “Una Prueba por la Vida” fue realizada el 30 de noviembre de 2018 en la ciudad de Rosario. Dicha edición tuvo la particularidad de ser en forma simultánea tanto el testeo del VHC como el del VIH, permitió en pocos minutos determinar si en una persona se detentan anticuerpos para dichos virus. El diagnóstico definitivo para cada infección se confirmó con la realización de pruebas de PCR (reacción de la polimerasa en cadena) a través de una extracción de sangre. Previo al testeo se realizó una entrevista de asesoría y una encuesta donde en forma anónima y confidencial se obtuvieron las características demográficas, posibles vías de transmisión y hábitos de los participantes voluntarios (ver anexo 1). La devolución de resultados fue con la entrega de un informe a los que resultaron negativos y se invitó a los que fueron positivos a realizarse la confirmación y luego seguimiento clínico. Los alumnos de medicina de la UAI Rosario participaron en las tareas de asesoría y laboratorio.

Criterios de inclusión

- Toda persona que voluntariamente asista a testearse previa firma de consentimiento informado.
- Pacientes mayores de 16 años.
- Los menores de 16 años con consentimiento y acompañamiento de sus padres.

Criterios de exclusión

- Voluntarios que no firmen el consentimiento informado.
- Pacientes menores de 16 años.
- Menores de 16 años sin el consentimiento de sus padres.

Tamaño de la muestra

Todas las personas que concurrieron a testearse el 30 de noviembre de 2018 entre las 9 y 18 horas en los diferentes centros de detección previamente determinados en la ciudad de Rosario.

Variables

Cualitativas:

- Nominales:
 - Género: femenino - masculino – transexual masculino- transexual femenino.
 - Estado Civil: Soltero/a o Casado/a o Viudo/a o Separado/a Unido/a de hecho
 - Forma posible de transmisión: sexual - sanguínea (drogadicción endovenosa, utilización de hemoderivados o accidente laboral) - vertical.
 - Relaciones sexuales con preservativos: si- no- a veces.
 - Testeo anterior de VIH: si- no pos- neg
 - Testeo anterior de VHC: si- no pos- neg

Cuantitativas:

- Continuas:
 - Edad: <14 15-24 25-49 50-50 o más
 - Última exposición de riesgo: último mes - últimos 9 meses - > 9 meses.

Análisis estadístico

Los datos recolectados fueron codificados y volcados en una planilla de Microsoft Excel y fueron procesados con el software estadístico SPSS.

Para describir las variables cuantitativas se calcularon promedio, desvío estándar, mínimo y máximo. Para describir las variables cualitativas se calcularon frecuencias absolutas y relativas.

Se aplican los test estadísticos correspondientes según la naturaleza de los datos: Chi-Cuadrado y/o F de Fisher para variables cualitativas y Prueba de U Mann-Whitney y/o Prueba de regresión para variables cuantitativas. En todos los casos se consideraron estadísticamente significativos los valores de p asociados inferiores a 0,05 ($p < 0,05$).

Los consentimientos informados se solicitaron durante la asesoría pre- testeo (Anexo 2). La Ley Nacional de Protección de Datos Personales (N°25.326) no aplica para este trabajo porque los datos de los voluntarios son anónimos y codificados.

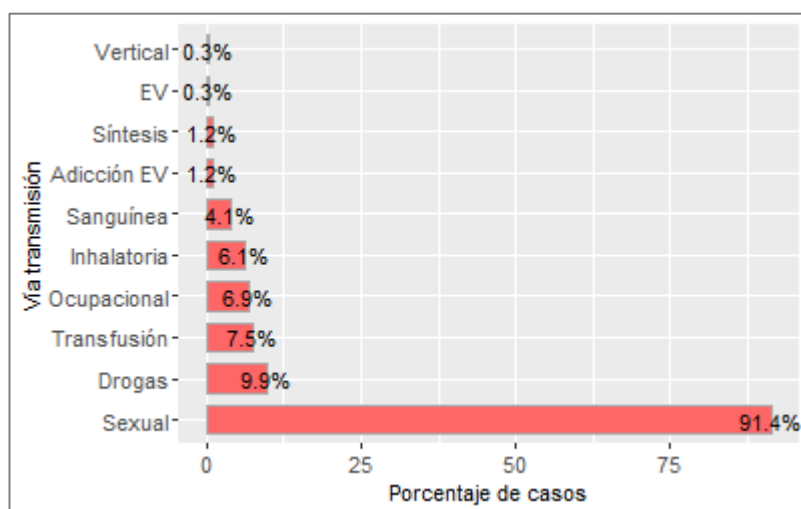
RESULTADOS

Tabla 1. Medidas descriptivas de las variables sociodemográficas

Variable	Medida descriptiva
Género	
Femenino	1383 (54.21%)
Masculino	1163 (45.59%)
Trans femenino	2 (0.08%)
Trans masculino	2 (0.08%)
NS/NC	1 (0.04%)
Edad	
<14	5 (0.2%)
15-24	530 (20.8%)
25- 49	1328 (52.0%)
50 o más	688 (27.0%)
Estado civil	
Casado/a	368 (14.4%)
Separado/a	328 (12.8%)
Soltero/a	1527 (59.9%)
Unido/a hecho	179 (7.0%)
Viudo/a	122 (4.8%)
NS/NC	27 (1.1%)

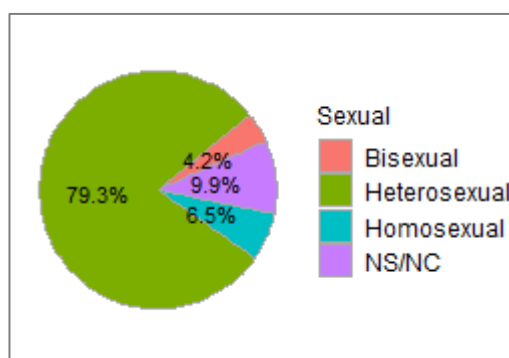
En este estudio se incluyeron 2551 voluntarios de los cuales 1383 (54.21%) fueron de género cis femenino, 1163 (45.59%) cis masculino, 2 (0.08%) trans femenino, 2 (0.08%) trans masculino y desconocido en 1 caso. El grupo etario más representado fue entre los 25 y 49 años constituyendo el 52.0% de los voluntarios. El 60.2% de los encuestados fueron solteros (Tabla 1).

Gráfico 1. Porcentaje de voluntarios que afirmaron como posibles cada una las vías de transmisión



La vía de transmisión sexual fue afirmada como posible en el 91.4% de los encuestados. El antecedente de adicción a drogas fue referido en el 9.9%, de los cuales especificaron la forma inhalatoria en el 6.1%, endovenosa en el 1.2% y drogas de síntesis 1.2%. El 7.5% refirió una posible transfusión y el 6.9% por accidente ocupacional. El resto de las posibles forma de adquisición del VIH constituyó el 1.5% (Gráfico 1).

Gráfico 2. Distribución de los voluntarios que afirmaron que la vía de transmisión sexual era posible según tipo de relación



De los encuestados que manifestaron a la transmisión sexual como vía posible, el 79.3% dijo poseer relaciones heterosexuales, el 6.5% homosexuales, el 4.2% bisexuales y el 9.9% no lo especificó (Gráfico 2).

Tabla 2. Distribuciones de los encuestados según si su pareja presentaba VIH o VHC

Respuesta	VIH	VHC
Positivo	27 (1.0%)	10 (0.4%)
Negativo	686 (26.9%)	547 (21.4%)
NS/NC	1838 (72.1%)	1994 (78.2%)

El 1.0% de los encuestados afirmó que su pareja era VIH positivo, el 26.9% que era seronegativo y el 72.1% desconocía el resultado. En el caso de VHC, las parejas de los encuestados presentaban VHC positivo en el 0.4%, VHC negativo en el 21.4% y desconocía el 78.2% (Tabla 2).

Gráfico 3. Distribución de los encuestados según si tenían relaciones sexuales sin preservativos



El 42.0% de los encuestados manifestó tener relaciones sexuales sin preservativos algunas veces, el 30.8% siempre, el 24.8% nunca y el 2.4% no respondió esta pregunta (Gráfico 3).

Tabla 3. Distribución de los encuestados según si presentaban antecedentes de ITS

Respuesta	Frecuencia
Si	314 (12.3%)
No	2169 (85.0%)
NS/NC	68 (2.7%)

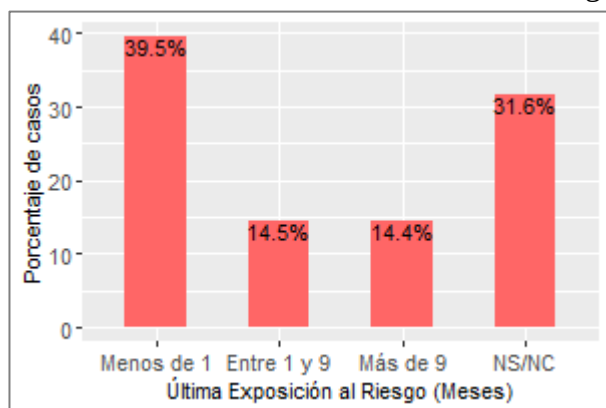
El 12.3% presentó antecedentes de ITS, el 85.0% no y el 2.7% no contestó esta pregunta (Tabla 3).

Tabla 4. Distribución de los encuestados según si se habían realizado pruebas previas de VIH y VHC y su resultado

Respuesta	VIH	VHC
Si	1605 (62.9%)	565 (22.1%)
Positivo	3 (0.2%)	23 (4.1%)
Negativo	1534 (95.6%)	501 (88.7%)
NS/NC	68 (4.2%)	41 (7.3%)
No	927 (36.3%)	1880 (73.7%)
NS/NC	19 (0.7%)	106 (4.2%)

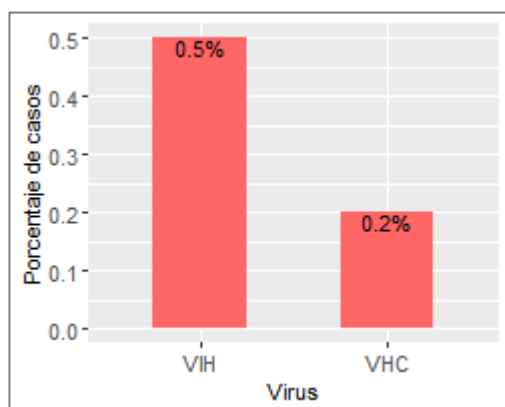
El 62.9% de los voluntarios se habían realizado una prueba previa de VIH resultando positiva en el 0.1% y negativa en el 95.6% de esos casos. En el caso de VHC, el 22.1% se había realizado la prueba previa siendo positiva en el 4.1% y negativa en el 88.7% de ellos (Tabla 4).

Gráfico 4. Distribución de los encuestados según si última exposición al riesgo



La última exposición al riesgo había sido durante el mes anterior en el 39.5% de los encuestados, en el mes anterior y los 9 meses previos en el 14.5%, y más allá de los 9 meses previos en el 14.4%. El 31.6% no respondió esta pregunta (Gráfico 4).

Gráfico 5. Porcentaje de encuestados según resultado de las pruebas



Descartando las personas que ya conocían su status serológico, el resultado de la prueba resultó positivo para VIH en 13 casos (0.5%) y para VHC en 4 casos (0.15%). (Gráfico 5).

Tabla 5. Género y Edad de los casos con VIH o VHC positivo.

Variable	VIH	VHC
Género		
Cis Femenino	1	2
Cis Masculino	12	2
Trans femenino	0	0
Trans masculino	0	0
NS/NC	0	0
Edad		
<14	0	0

15-24	3	0
25- 49	7	2
50 o más	3	2

De los 13 casos con pruebas positivas para VIH, 12 corresponden a individuos de género cis masculino y 1 cis femenino. La edad de estos individuos fue de entre 15 y 24 años en 3 casos, de entre 25 y 49 años en 7 casos y de 50 años o más en 3 casos. Cinco manifestaron tener relaciones de hombres con hombres o bisexuales. La única mujer seropositiva sólo tenía relaciones sexuales con su pareja pero desconocía el estado serológico de la misma. Ninguna usaba preservativos en forma consistente. Cinco manifestaron haber tenido antecedentes de ITS. Sólo tres tuvieron pruebas de VIH anteriores que habían sido positivas.

De los 4 casos con VHC positivo, 2 correspondieron a individuos de género masculino y 2 de género femenino. La edad de estos individuos fue de entre 25 y 49 años en 2 casos y de 50 años o más en los otros 2 casos (Tabla 5).

En la plaza Montenegro hubo cinco pruebas VIH positivas, en plaza San Martín una VIH positivo y una virus C positivo. En Estación de Omnibus se detectaron 5 personas para VIH y una para virus C y en el Balneario la Florida un caso con VIH y otro con hepatitis C. No hubo resultados positivos en el Policlínico PAMI II y en La capilla de la natividad del Señor. Todos los testeados positivos fueron confirmados con pruebas de PCR en el Centro de tecnología y comenzaron sus controles asistenciales en el Hospital Provincial del Centenario.

Ninguno de estos practicaba consistentemente sexo seguro siendo las relaciones sexuales la probable vía de adquisición del virus C en los mayores de 50 años (60 y 66 respectivamente) no pudiendo excluirse la vía sanguínea por contacto accidental o iatrogenia.

DISCUSIÓN

El 30 de noviembre de 2018, en consonancia con el Día Internacional de la Lucha contra el Sida se realizó en Rosario la 19° campaña de prevención y detección del VIH denominada “una prueba por la Vida” en puntos estratégicos y de alta circulación de personas en la ciudad de Rosario. Este evento tuvo la particularidad de testear simultáneamente con test rápidos, VIH y anticuerpos para virus C de la hepatitis, hecho que nunca se había realizado previamente.

Se testearon 2551 personas, de los cuales 1383 fueron de género cis femenino, 1163 del género cis masculino, 2 trans femenino, 2 trans masculinos y se desconoció el género en 1 caso. Desde el año 1999 se realiza la campaña de detección y prevención del VIH en la ciudad de Rosario, habiéndose realizado en total 54210 pruebas. Salvo en la primer campaña donde se realizó el testeó durante cinco días con 11465 pruebas (Acosta, 2000) en las posteriores la media de testeos fué de alrededor de 3000 pruebas siendo la concurrencia de mujeres superior a la de varones. Un estudio realizado en 16 provincias de Argentina (Haad, 2019) presentó datos similares sobre 172770 personas testeadas durante ocho años (Mujeres 56,4%, hombres 42,9%, transgénero 0,7%). El grupo etario de mayor concurrencia estuvo entre los 25 y 49 años (52 %) que comprende a las edades de mayor número de diagnóstico del VIH en Argentina (32 años en mujeres y 33 en varones) de acuerdo a los datos del Programa Nacional de Sida de nuestro país. El 60% de los voluntarios eran solteros, hecho que podría relacionarse a la mayor preocupación a testearse en personas que no tienen una pareja estable y practican sexo en forma ocasional.

De los encuestados que manifestaron a la transmisión sexual como vía posible, el 79.3% dijo practicar relaciones heterosexuales, el 6.5% homosexuales, el 4.2% bisexuales y el 9.9% prefirió no contestar esta pregunta. El 42.0% de los encuestados manifestó mantener relaciones sexuales sin preservativos algunas veces, el 30.8% siempre y el 24.8% nunca deja de usarlo. Si consideramos sexo seguro la relación sexual donde se usa el preservativo en forma consistente sólo 1 de 4 personas lo practica, lo que las pone a un riesgo de contraer diferentes infecciones de transmisión sexual. Son cifras superiores a las de campañas anteriores (Acosta 2000; Lupo 2002) donde el 40 % practicaba sexo seguro. En el estudio de Haad ya mencionado sólo el 14.5% de los encuestados practicaba sexo seguro. De acuerdo a datos del Programa Nacional de Sida el 98% de las personas que conviven con el VIH lo adquiere por relaciones sexuales. La situación es diferente al virus C en Argentina donde los factores de riesgo están relacionados a la vía hemática, por transfusiones en un 22%, cirugías 24%, drogas EV 14% y tatuajes 8%, contra 8% de probable transmisión sexual (Vladimirsky, 2015). Un estudio reciente realizado en EEUU (Hofmeister, 2019) refuerza la condición que la hepatitis C es la infección más frecuente de transmisión sanguínea en ese país y dirige sus esfuerzos a incluir poblaciones menos investigadas como personas encarceladas, personas sin hogar y sin refugio, personal militar en servicio activo y residentes de hogares de ancianos. Concluye que durante 2013-2016 el 1.7% de todos los adultos en los Estados Unidos, aproximadamente 4.1 millones de personas, fueron anticuerpos

positivos para el VHC (indicando antecedentes o infección actual) y aproximadamente 2.4 millones de personas adultas, eran ARN VHC positivo (lo que indica infección actual). Esta diferencia podría deberse a que la prevalencia de ARN puede haber disminuido por el avance en el tratamiento curativo para la infección por VHC y la mortalidad entre la población infectada en estadios avanzados. Un estudio del Ministerio de Salud pública de nuestro país en población carcelaria (Adaszko 2017) mostró una prevalencia de 3.3% de personas con Ac contra el virus sobre 2180 personas privada de su libertad en prisiones federales, 2,6 de VIH positivos y 0.88 de coinfectados por ambos virus. Sería importante realizar estudios similares en las otras poblaciones mencionadas.

El 62.9% de los voluntarios de nuestro trabajo se habían realizado una prueba previa de VIH y el 22.1% de virus C. Esta diferencia refleja el mayor trabajo en prevención y detección en VIH y el desconocimiento de la población y de los profesionales de la salud acerca del virus C.

El 12.3% presentó antecedentes de ITS lo que está en íntima relación con las prácticas de riesgo poco seguras. Según datos del Ministerio de Salud y desarrollo social de la nación (Boletín epidemiológico sobre VIH, Sida y ETS; 2018) la tasa de casos de sífilis reportados en varones y mujeres jóvenes y adultos se triplicó entre 2013 y 2017, ya que pasó de 11,7 a 35,2 por cada 100.000 habitantes. Con respecto a la sífilis congénita en el mismo período la tasa a nivel nacional muestra un ascenso año a año aumentando de 1 caso cada 1.000 nacidos vivos en 2013 a 1,7 en 2017. El comité provincial de ETS y Sida de la provincia de Santa Fe reportó 2.65% de embarazadas con sífilis en 2017 y una tasa de sífilis congénita de 3,18 ‰ nacidos vivos.

De los 13 casos con pruebas positivas para VIH, 12 corresponden a individuos de género cis masculino y 1 cis femenino. Esta relación 12 a 1 no coincide con la relación estimada hombre mujer en nuestro país que es 2.5 M/F (Boletín sobre el VIH, Sida e ITS en la Argentina; 2018). El mayor número de positivos de hombres coincide con los resultados de otras campañas aunque con mayor diferencia. La prevalencia de testeos seropositivos para VIH fue de 0.5% similar a la de campañas anteriores (Acosta, 2000 y Lupo, 2002), levemente superior a la estimación nacional en población general que es de 0.4% e inferior a la de Haad que fue de 0.9%. Que haya mayor prevalencia de testeo positivos en las campañas podría deberse a una concurrencia mayor de personas que se consideran en riesgo por las relaciones sexuales no seguras.

Más de la mitad de los testeados positivos tenían entre 25 y 49 años edad de mayor prevalencia al diagnóstico de VIH en nuestro país (Boletín sobre el VIH, Sida e ITS en

la Argentina; 2018). Cinco manifestaron tener relaciones hombres con hombres o bisexuales. Las dos poblaciones con mayor riesgo de ser seropositivos en Argentina es la población transgénero (34%) y la de HSH (12 a 15%).

No hubo resultados positivos en la población trans pero el número de testeos en este grupo fue muy bajo. Esto coincide con campañas anteriores pero no con el estudio de Haag donde tienen mayor prevalencia. Este hecho ratifica la necesidad de hacer testeos “focalizados” en población vulnerable. Al respecto hubo un estudio en la ciudad de Buenos Aires, con un total de 500 hombres utilizando la metodología de Muestreo Dirigido por los Participantes (Respondent Driven Sampling, RDS). El 24,5 % se identificó como homosexual, 36,2 % como bisexual, 21,9 % como heterosexual y 17,4 % como “otro”. El 33 % de los participantes reportó haber tenido relaciones sexuales con hombres, mujeres y mujeres trans durante los 2 meses previos. Los participantes que sólo reportaron parejas sexuales masculinas tuvieron prevalencias significativamente mayores. El 52 % nunca se había realizado el diagnóstico de VIH. El estudio reveló índices alarmantes de infección por VIH e ITS entre los HSH de la zona metropolitana de Buenos Aires. Entre hombres que sólo tienen sexo con otros hombres, la prevalencia de VIH (30 %) bordea las tasas de África sub-Sahariana. Aunque la prevalencia entre hombres que tienen actividad sexual con hombres, mujeres y mujeres trans fue considerablemente más baja, fue elevada en comparación con la población general (Balan, 2016).

La única mujer seropositiva sólo tenía relaciones sexuales con su pareja pero desconocía el estado serológico de la misma. Es una situación frecuente que las mujeres adquieran el virus con su propia pareja por la baja percepción de riesgo por ser parejas estables (Lupo, et. Al., 2002).

Ninguno de los testeados seropositivos usaba preservativos en forma consistente. Este hecho confirma lo comentado anteriormente acerca del aumento de las prácticas sexuales no seguras.

Cinco personas manifestaron haber tenido antecedentes de ITS. Sólo tres tuvieron pruebas de VIH anteriores que habían sido negativos. Las personas que tenían pruebas anteriores positivas fueron descartadas para el análisis estadístico que incluye sólo nuevos diagnósticos.

Todas las personas VIH positivas fueron vinculadas al sistema sanitario. Once fueron confirmadas y comenzaron tratamiento antirretroviral y dos prefirieron seguir su atención por su médico de cabecera, desconociéndose su evolución. De las 340 personas diagnosticadas en las campañas de “Una prueba por la Vida” el 95% de las personas

continuaron su asistencia médica similar al trabajo de Haag donde el 94,5% de los casos con resultados positivos fueron vinculados al sistema de salud. Esta es una ventaja del testeo rápido ya que las personas entran en el mismo momento en contacto con el personal de salud que le realiza la entrega del resultado y lo cita en forma inmediata para su confirmación y seguimiento.

De los 4 casos con VHC positivo, 2 correspondieron a individuos de género cis masculino y 2 de género cis femenino. La prevalencia fue de 0.15%, inferior a todas las estimaciones previas. La OMS estimaba en 2017 una prevalencia muy superior (0.8 a 1.3%) para nuestro país y uno de los estudios mejor diseñados (Pino, et. al., 2013) la estimó en 0.32% más cercana a nuestro datos. El estudio de Vladomirsky mostró que el 76 % de los pacientes con diagnóstico de hepatitis C nacieron entre los años 1945 y 1974 (45 a 74 años de edad) y de los de los 2551 testeados en nuestro estudio sólo un 27% eran mayores de 45 años. Una revisión sistemática reciente realizada en Europa (Han, 2019) demostró una prevalencia del Anticuerpos HCV de 0.54 - 1.50% en la población general.

Tener nuevos datos sobre la prevalencia de hepatitis C en nuestro país (aunque en nuestro estudio nos da datos sobre prevalencia de personas voluntarias a testearse y no de la población general) es sumamente importante para poder hacer una estimación de los gastos que representaría tratar a todos los pacientes del país, condición indispensable para terminar con la epidemia de virus C (“tratamiento para la prevención”)

Dos de los individuos seropositivos para virus C tuvieron más de 50 años edad (edad de mayor riesgo de adquisición por vía hematógena accidental). Ninguno de los cuatro positivos practicaba consistentemente sexo seguro, forma cada vez más frecuente de adquisición de hepatitis C sobre todo en HSH. Aunque en el estudio de Vladomirsky sólo 8% de los sujetos con hepatitis tuvo factores de riesgo por transmisión sexual nuevos estudios muestra mayor prevalencia (1.80-7.10% en el estudio de Han, 2019). Las relaciones sexuales grupales combinadas con drogas de diseño (“chemsex”), frecuentes en países europeos y extendiéndose a todo el mundo han producido un gran aumento de infecciones de transmisión sexual, incluyendo hepatitis C (Pakianathan, et. al., 2018).

Los cuatro personas con Ac positivos para virus C fueron vinculadas al sistema de salud. En todos se les realizó PCR y fueron confirmados como positivos. Uno de ellos completó tratamiento con drogas de acción directa y tuvo respuesta virológica sostenida. Los restantes están a la espera del tratamiento por estar en estadio F0-F1 por fibroscan.

CONCLUSIONES

La prevalencia de VIH en un grupo de personas voluntarias que se testaron con test rápido fue del 0.50%.

La prevalencia de virus C en un grupo de personas voluntarias que se testaron con test rápido fue del 0.15%.

Es el primer estudio comparado en población general que muestra una prevalencia mayor de positividad para el VIH, a diferencia de estimaciones previas que mostraban lo contrario.

La causa más probable de transmisión fueron las relaciones sexuales no protegidas.

Todas las personas positivas fueron confirmadas en su diagnóstico y vinculadas al sistema de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta MA. (2000). Volunteer Training for Pre and Post test Counseling for HIV Infection. *XIII International AIDS Conference*, 9-14; Durban, South Africa. (?)
- Acosta MA. (2002). Advantage and Effectiveness of mass HIV Detection Camping. *XIV International AIDS Conference*; 7-12; Barcelona.
- Actualización de las recomendaciones para el tratamiento de la hepatitis por virus C (2016). *Asociación Argentina para el estudio de las enfermedades del hígado*. Recuperado de: <http://aaeeh.org.ar/neweb/docs/Actualizacion-RecomendacionesHep-Cronica-por-virus-C.pdf>
- Adaszko D; Sotelo J; Orlando M; Angele P. (2017). Estudio de prevalencia de VIH, sífilis, hepatitis virales y tuberculosis en personas en contextos de encierro en unidades del Servicio Penitenciario Federal. *Ministerio de salud pública de la nación*. Recuperado de: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001084cnt-2017-12-29_carceles-vih.pdf
- Boletín sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina, N° 31, 2018. Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC. *Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Argentina*.
- Balán IC , Frasca T , Pando MA , Mabragaña M,...& Ávila MM. (2016). Resumen del estudio LINKS: Factores asociados con la infección por VIH entre hombres que tienen sexo con hombres en Buenos Aires, Argentina. *Actual SIDA infectol*. 24(91). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6467296/>
- Chung, RT., Ganhy, MG., Kim, AY., Marks, KM., Naggie, S., Vargas, HE,... & Workowsky, KA. (2018). Hepatitis C Guidance 2018 Update: AASLD-IDS Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C Virus Infection. *Clin Infect Dis* 30;67(10):1477-1492. doi: 10.1093/cid/ciy585.
- Dos Ramos Farias, MS., Garcia, MN., Reynaga, E., Romero, M., Gallo Vaulet, ML., Rodriguez Fermepin, M & Avila, MM. (2011). First report on sexually transmitted infections among trans (male to female transvestites, transsexuals, or transgender) and male sex workers in Argentina: high HIV, HPV, HBV, and syphilis prevalence. *Int J Infect Dis*; 15(9):e, 635-40.
- Haag N, Florencia Bagilet, Marcelo Laurido, Miguel Pedrola. (2019). Prevalencia del VIH en Argentina, seis años de seguimiento de 2013 al 2018. P1102.
- Han R, Zhou J, François C, Toumi M. (2019). Prevalence of hepatitis C infection among the general population and high-risk groups in the EU/EEA: a systematic review update. *BMC Infect Dis*. 23;19(1):655. doi: 10.1186/s12879-019-4284-9.
- Huntington S, Folch C, González V, Meroño M, Ncube F, Casabona J. (2010). Prevalencia del VIH, hepatitis C y factores asociados en usuarios de drogas por vía parenteral seleccionados en Cataluña. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica, volumen*

28 (14). Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-prevalencia-del-vih-hepatitis-c-S0213005X09003449>

Hofmeister MG, Rosenthal EM, Barker LK, Rosenberg ES, Barranco MA, Hall EW, Edlin BR, Mermin J, Ward JW, Ryerson AB. (2019). Estimating Prevalence of Hepatitis C Virus Infection in the United States, 2013-2016. *Hepatology* 69 (3):1020-1031.

Kershenobich, D., Razavi, HA., Sanchez-Avila, JF., Bessone, F., Coelho, HS., Dangher, L., ... & Silva, M. (2011). Trends and projections of hepatitis C virus epidemiology in Latin America. *LiverInt* 31 (2), 18-29.

Lavanchy, D. (2011). Evolving epidemiology of hepatitis C virus. *Clinical Microbiology Infection* 17, 107-115.

Lupo S, Agostini M, Bortolozzi R, Trapé L, Lavarello D, Acosta MA. (2002). Rapid test in HIV detection campaign in Rosario city, Argentina. *XIV International AIDS Conference* 7-12; Barcelona.

Lupo, S. (2000). HIV Detection Campaign in Rosario City, Argentina. *XIII International AIDS Conference*. Durban, South Africa.

Lupo S (2003) Clínica y Terapéutica de la Infección por VIH y Sida. ISBN N° 950-673-350-3 UNR Editora.

Lupo, S., Bessone, F., Agostini, M., Palazzi, J., Montorfano, M., Godoy, A. (2001). Genotype Characterization of HIV/HCV Coinfected Population. *8th European Conference On Clinical Aspects and Treatment Of HIV infection*; Atenas.

Lupo S., Bessone F. (2008). Hepatitis C. *Infectología y enfermedades infecciosas. Ediciones Journal*. Capítulo 27; pag. 185-190.

Lupo S. (2016). Hacia la cura y erradicación del VIH Rev. *Méd. Rosario* 82: 6-8.

Mok et al 2005 Arch Dis Child; Benova et al 2014 Clin Infect Dis; Snijdewind et al 2014 J Clin Virol; Pembrey et al 2003

OMS (2019). VIH/SIDA. Recuperado el día 13 de mayo de 2019:
<https://www.who.int/hiv/pub/es/>

OMS (2019). Hepatitis C. recuperado el día 13 de mayo de 2019:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>

ONUSIDA (2018). Estadísticas mundiales sobre el VIH de 2017. Hoja informativa – día mundial del sida de 2018. Recuperado el día 13 de mayo de 2019:
https://www.unaids.org/es/resources/documents/2018/UNAIDS_FactSheet

ONUSIDA (2018). Visión General. Argentina. Recuperado el día 13 de mayo de 2019:
<https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/argentina>

- Pando MA, Maulen S, Weissenbacher M, Marone R, Duranti R, Peralta LM, et al. (2003). High human immunodeficiency virus type 1 seroprevalence in men who have sex with men in Buenos Aires, Argentina: Risk factors for infection. *Int J Epidemiol* 32(5):735–40.
- Pando, MA., Berini, C., Bibini, M., Fernández, M., Reinaga, E., Maulen, S., ... & Ávila, MM. (2006). Prevalence of HIV-1 and other sexually transmitted infections among female commercial sexworkers in Argentina. *American Journal of Tropical Medicine & Hygiene* 74 (2), 233-238.
- Pakianathan M¹, Whittaker W, Lee MJ, Avery J, Green S, Nathan B, Hegazi A. (2018). Chemsex and new HIV diagnosis in gay, bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics. *Chemsex and new HIV diagnosis in gay, bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics*. HIV Med. doi: 10.1111/hiv.12629.
- Pawlotsky JM, Feld JJ, Zeuzem S, Hoofnagle JH. (2015). From non-A, non-B hepatitis to hepatitis C virus cure. *J Hepatol.* 62(1 Suppl):S87-99. doi: 10.1016/j.jhep.2015.02.006
- Pino et al. (2013). Molecular epidemiology and putative origin of hepatitis C virus in random volunteers from Argentina. *World J Gastroenterol* 21;19(35):5813-27.
- Ré V, Gallego S, Farías A, Barbás G, Kremer L, ...& Contigiani M. (2008). Hepatitis C y coinfección por VIH en la región central de Argentina: prevalencia, caracterización del genotipo y factores de riesgo. *Enferm infect microbiol clin.* 26 (7): 423-5.
- Saag MSet (2018). Antiretroviral Drugs for Treatment and Prevention of HIV Infection in Adults, *Recommendations of the International Antiviral Society-USA Panel*; 24;320(4):379-396.
- Thomas, D.L. & L.B. Seeff. (2005). Natural history of hepatitis C. *Clin Liver Dis* 9(3): 383-98, vi.
- Thomas, D.L. (2000). The natural history of hepatitis C virus infection. *Host, viral, and environmental factors* 284(4): 450-6.
- Vladimirsky SN et al. (2015) hepatitis C patients record in the Sentinel Units for viral hepatitis in Argentina 2007- 2014. *Act. Gast. Lat* 45 (2) 110-6.

ANEXO N° 1

Planilla campaña 2018.qxp_Planilla campaña 14/11/18 8:47 Página 1



unapuebaporlavida



Sociedad Argentina
Interdisciplinaria de Sida
Filial Santa Fe

Campaña Anual de Prevención y Detección del VIH y Virus C

CODIGO

Responsable de la entrevista: _____

DATOS PERSONALES Edad: <14 ☐ 15-19 ☐ 20-24 ☐ 25-29 ☐ 30-34 ☐ 35-39 ☐ 40-44 ☐ 45-49 ☐ 50-55 ☐ 60 o más ☐

Género: M ☐ F ☐ Trans M ☐ Trans F ☐

Estado Civil: Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Viudo/a ☐ Separado/a ☐ Unido/a de hecho ☐

VIAS DE TRANSMISION POSIBLES

SI TIENE PAREJA, CONOCE?

Sexual ☐ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual ☐ VIH+ ☐ VHC+ ☐
Sanguínea ☐ Adicción EV SI ☐ NO ☐ Transfusión ☐ Ocupacional ☐ VIH - ☐ VHC- ☐
Consume Drogas SI ☐ NO ☐ EV ☐ Inhalatoria ☐ Síntesis ☐ Chemsex ☐
Vertical ☐ Desconoce ☐ ☐

Usted tiene relaciones sexuales sin usar preservativo? Siempre ☐ A veces ☐ Nunca ☐

Antecedentes de ITS SI ☐ NO ☐

PRUEBAS DE DETECCION PREVIA VIH NO ☐ SI ☐ POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐ NS ☐

VHC NO ☐ SI ☐ POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐ NS ☐

ULTIMA EXPOSICION DE RIESGO 9 meses ☐ entre 1-9 meses ☐ 1 mes ☐

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DEL ANALISIS DE VIH y Virus C

CODIGO

- Declaro en forma libre y voluntaria, que he sido ampliamente informado, sobre la conveniencia y riesgos de someterme a una prueba diagnóstica para la detección del VIH y Virus C.
- Se me ha explicado en qué consiste la prueba, los beneficios del diagnóstico temprano para el cuidado de la salud y se me ha transmitido el alcance y significado de los resultados.
- A su vez, me han asegurado la Confidencialidad de los resultados, como así también el debido asesoramiento y se me ha informado el derecho a la asistencia, en caso de estar infectado por el VIH, en el marco de la legislación vigente. Por lo expuesto, consiento expresamente que se me efectúe dicha prueba diagnóstica y las que sean necesarias para la confirmación de los resultados.

Profesional actuante/Responsable entrevista

Solicitante

Resultado TEST VIH:
Virus C:

Fecha: / /

ANEXO N° 2

Consentimiento informado



Sociedad Argentina
Interdisciplinaria de Sida
Filial Santa Fe

unapuebaporlaveda

Campaña Anual de Prevención y Detección del VIH y Virus C

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DEL ANALISIS DE VIH y Virus C

CODIGO

- Declaro en forma libre y voluntaria, que he sido ampliamente informado, sobre la conveniencia y riesgos de someterme a una prueba diagnóstica para la detección del VIH y Virus C.
- Se me ha explicado en qué consiste la prueba, los beneficios del diagnóstico temprano para el cuidado de la salud y se me ha transmitido el alcance y significado de los resultados.
- A su vez, me han asegurado la Confidencialidad de los resultados, como así también el debido asesoramiento y se me ha informado el derecho a la asistencia, en caso de estar infectado por el VIH, en el marco de la legislación vigente. Por lo expuesto, consiento expresamente que se me efectúe dicha prueba diagnóstica y las que sean necesarias para la confirmación de los resultados.

Profesional actuante/Responsable entrevista

Solicitante

Resultado TEST VIH:
Virus C:

Fecha: / /

Firma y sello profesional Bioquímico

ANEXO N° 3

ANEXO N° 3

Autorización del tutor

Rosario, 15 de mayo de 2019

Dr. Guillermo Weisburd
Director de la carrera de Medicina
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
Universidad Abierta Interamericana

Por la presente me dirijo a usted con la finalidad de dar a conocer que el Dr. Sergio Lupo acepta ser mi tutor de mi trabajo final, titulado “Análisis epidemiológico del primer testeo simultáneo del virus de la hepatitis C y del VIH”

Autoriza su presentación para la evaluación correspondiente y se compromete a acompañarme en el acto de defensa ante las autoridades del tribunal evaluador, según las reglas dispuestas por la facultad.



Dr. Sergio Lupo



Mariam E. Gammuto

ANEXO N° 4

ANEXO N° 4

Autorización del Cotutor

Rosario 15 de mayo del 2019.-

Dr. Guillermo Weisburd.

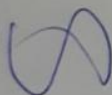
Director de la carrera de Medicina.

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud.

Universidad Abierta Interamericana.

Por la presente me dirijo a usted con la finalidad de dar a conocer que el Dr. Marconi Francisco Luis acepta ser mi cotutor de mi trabajo final, titulado “Análisis epidemiológico del primer testeo simultáneo del virus de la hepatitis C y del VIH”

Autoriza su presentación para la evaluación correspondiente y se compromete a acompañarme en el acto de defensa ante las autoridades del tribunal evaluador, según las reglas dispuestas por la facultad.



Dr. Francisco Luis Marconi



Mariam E. Gammuto

ANEXO N° 5

Rosario 15 de mayo de 2019.-

Sr. Director médico del Instituto centralizado de asistencia e investigación clínica integral (CAICI).

Prof. Dr. Sergio Lupo.

Tengo el agrado de dirigirme a usted con el fin de solicitarle que me confiera la autorización para realizar mi trabajo final de investigación de medicina de la Universidad Abierta Interamericana Sede Regional Rosario. Dicho trabajo se titulará “Análisis epidemiológico del primer testeo simultáneo del virus de la hepatitis C y del VIH”.

Para la realización de mi trabajo deberé acceder a datos obtenidos en la campaña realizada el día 30 de noviembre de 2018, en la ciudad de Rosario, titulándose Una prueba por la vida.

A la espera de una respuesta favorable me despido atentamente.

.

Mariam E. Gammuto

ANEXO N° 6

Autorización presentación

Rosario, 24 de noviembre de 2019

Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

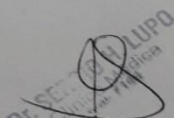
Carrera de Medicina

Sr. Director de la carrera de Medicina, Dr. Guillermo Weisburd

De mi mayor consideración,

Quien suscribe, Dr Sergio Lupo, expreso por medio del documento presente, que autorizo su presentación del "Trabajo final de carrera" titulado: "Análisis epidemiológico de primer testeo simultaneo del virus de la hepatitis C y del VIH", para la evaluación correspondiente y me comprometo a acompañarla en el acto de defensa del mismo ante las autoridades del tribunal evaluador, según las reglas dispuestas por la faculta.

Sin otro particular, saludos a usted muy atentamente.


Dr. Sergio Lupo