

Boletín N° 6

Hepatitis virales en la Argentina

Año VI - Julio de 2024



Ministerio de Salud
República Argentina

Presidente de la Nación
Javier Milei

Ministro de Salud
Dr. Mario Antonio Russo

Secretario de Acceso y Equidad en Salud
Dr. Pablo Enrique Bertoldi Hepburn

Subsecretario de Planificación y Programación Sanitaria
Dr. Hernán Cohen Arazi

Directora de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis
Dra. María Soledad Alonso

Boletín N° 6 Hepatitis virales en la Argentina

Año VI - Julio de 2024

Coordinación de Hepatitis Virales, Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2024.

Coordinación General

Roxana Aquino

Coordinación Técnica

Emma Coronel

Edición y corrección

María Laura Carones

Diseño

Cynthia Beduino

Coordinación de Hepatitis Virales

Roxana Aquino

Emma Coronel

Marcela Ezcurra

Karina Roitman

Esta publicación cuenta con el apoyo financiero de OPS.

Está permitida la reproducción total o parcial de este material y la información contenida, citando la fuente.

Boletín N° 6

Hepatitis virales en la Argentina

Año VI - Julio de 2024



Ministerio de Salud
República Argentina

Siglas y abreviaciones

AAD	antivirales de acción directa
anti HBc	anticuerpo contra el antígeno core del virus de la hepatitis B
anti HCV	anticuerpo anti virus de la hepatitis C
CHC	carcinoma hepatocelular
CNV	calendario nacional de vacunación
CPF	Complejo Penitenciario Federal
CRESI	Central de Reportes y Estadísticas del SINTRA
DICEI	Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles
DRVIHVyT	Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis
ENO	evento de notificación obligatoria
FHF	falla hepática fulminante
HBsAg	antígeno de superficie del virus de la hepatitis B
HBV-DNA	ácido desoxirribonucleico del virus de la hepatitis B
HCV-RNA	ácido ribonucleico del virus de la hepatitis C
HDV-RNA	ácido ribonucleico del virus de la hepatitis D
HEV-RNA	ácido ribonucleico del virus de la hepatitis E
HV	hepatitis virales
INCUCAI	Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante
ITT	infecciones transmisibles por transfusión
NEA	noreste argentino
NOA	nor oeste argentino
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PDS	promoción de la donación de sangre
PNA	primer nivel de atención
PPS	programas provinciales de Sangre
PSCE	Programa de Salud en Contextos de Encierro
SAHE	Sociedad Argentina de Hepatología
SINTRA	Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina
SNVS	Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud
SPP	Servicio Penitenciario Provincial
TH	trasplante hepático
VHA	virus de la hepatitis A
VHB	virus de la hepatitis B
VHC	virus de la hepatitis C
VHE	virus de la hepatitis E

Índice

Presentación	6
Situación epidemiológica de las hepatitis virales en Argentina en base a datos de vigilancia	8
Prevalencia de marcadores de hepatitis virales en bancos de sangre	28
Mortalidad por hepatitis virales en la Argentina.....	36
Trasplantes hepáticos por hepatitis virales en la Argentina	50
Actualización de datos sobre tratamientos de hepatitis virales	66
Microeliminación del virus de la hepatitis C en contextos de encierro.....	72
Simplificación en el abordaje de la hepatitis C: experiencia de revinculación en Córdoba	80
Rol de los actores claves en la respuesta a las hepatitis virales en la Argentina.....	86

Presentación

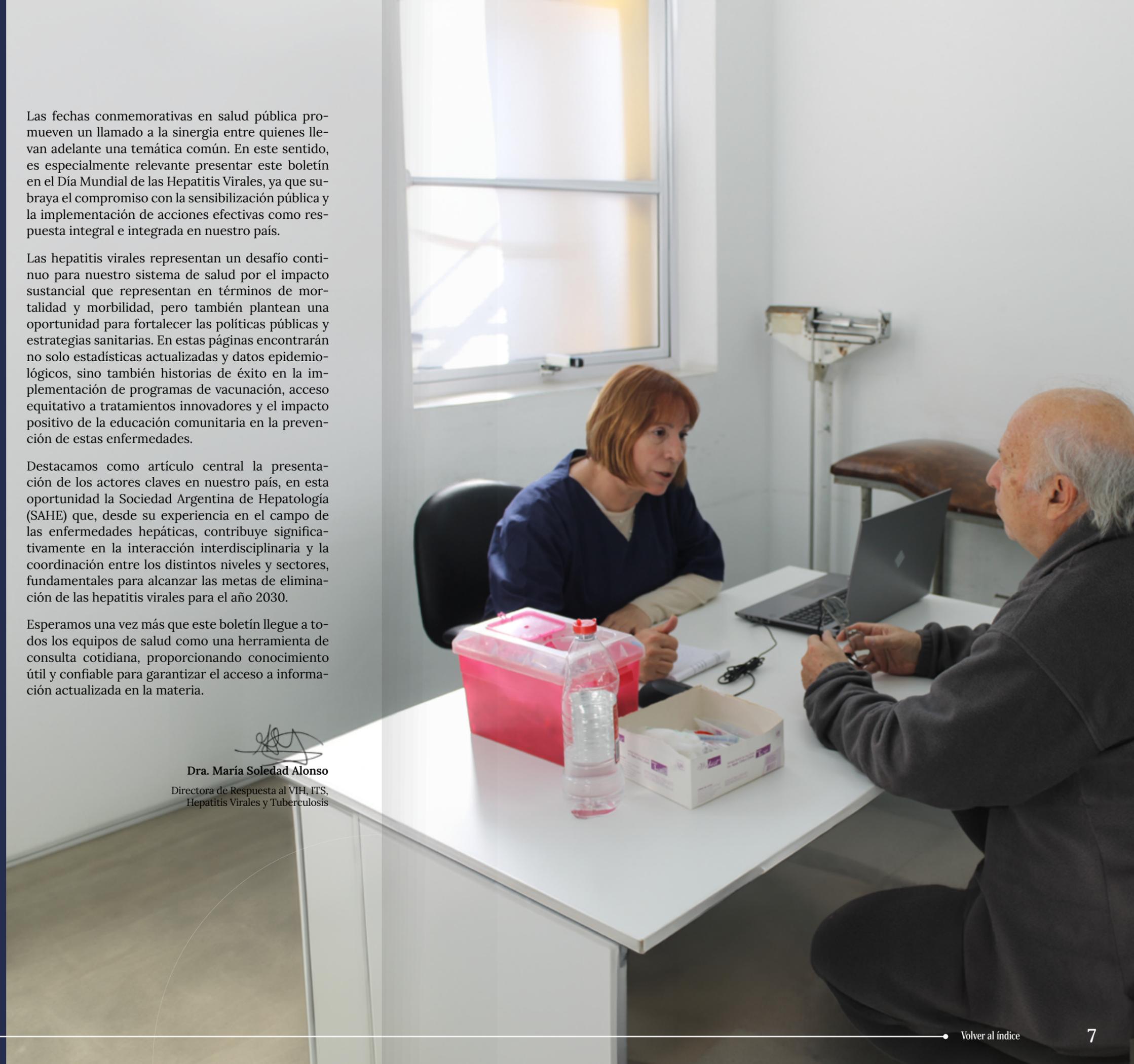
Las fechas conmemorativas en salud pública promueven un llamado a la sinergia entre quienes llevan adelante una temática común. En este sentido, es especialmente relevante presentar este boletín en el Día Mundial de las Hepatitis Virales, ya que subraya el compromiso con la sensibilización pública y la implementación de acciones efectivas como respuesta integral e integrada en nuestro país.

Las hepatitis virales representan un desafío continuo para nuestro sistema de salud por el impacto sustancial que representan en términos de mortalidad y morbilidad, pero también plantean una oportunidad para fortalecer las políticas públicas y estrategias sanitarias. En estas páginas encontrarán no solo estadísticas actualizadas y datos epidemiológicos, sino también historias de éxito en la implementación de programas de vacunación, acceso equitativo a tratamientos innovadores y el impacto positivo de la educación comunitaria en la prevención de estas enfermedades.

Destacamos como artículo central la presentación de los actores claves en nuestro país, en esta oportunidad la Sociedad Argentina de Hepatología (SAHE) que, desde su experiencia en el campo de las enfermedades hepáticas, contribuye significativamente en la interacción interdisciplinaria y la coordinación entre los distintos niveles y sectores, fundamentales para alcanzar las metas de eliminación de las hepatitis virales para el año 2030.

Esperamos una vez más que este boletín llegue a todos los equipos de salud como una herramienta de consulta cotidiana, proporcionando conocimiento útil y confiable para garantizar el acceso a información actualizada en la materia.

Dra. María Soledad Alonso
Directora de Respuesta al VIH, ITS,
Hepatitis Virales y Tuberculosis



Situación epidemiológica de las hepatitis virales en Argentina en base a datos de vigilancia

Autores: Tamara Wainziger*, Federico Santoro*, Antonella Vallone*, Carlos Giovacchini*, Cecilia González Lebrero*, María del Valle Juárez**.

*Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica y **Dirección de control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación.

Las hepatitis virales en Argentina constituyen Eventos de Notificación Obligatoria (ENO) según la ley nacional 15.465¹ y la actualización de las normas de vigilancia y control de enfermedades (resolución 1.715/2007²), que obligan al personal médico y de laboratorios de efectores de cualquier subsector (público, de seguridad social o privado) a realizar la notificación de los casos.

El principal objetivo de la vigilancia es brindar información relevante y de calidad para la intervención de los diferentes actores del sistema de salud que tienen responsabilidad en la prevención, diagnóstico, atención y seguimiento de los casos, así como también contribuir en la evaluación de las acciones implementadas a fin de orientar la planificación de políticas sanitarias.

Entre sus objetivos específicos se cuentan:

- Detectar nuevas infecciones.
- Alertar de forma temprana ante casos que requieran acciones de prevención y control comunitarios (casos y brotes de hepatitis A relacionados con el consumo de agua o alimentos contaminados; brotes de hepatitis B o C de posible fuente común como los asociados a cuidados de la salud, tratamientos estéticos o transfusiones de sangre y hemoderivados).
- Monitorear la distribución temporal y espacial de los casos.
- Caracterizar a las poblaciones afectadas por edad, género, factores de riesgo, oportunidad en el acceso al diagnóstico y tratamiento, entre otros.
- Contribuir a mejorar la calidad de la atención en todos los niveles, incluyendo la atención adecuada de donantes positivos.
- Contribuir a eliminar la transmisión materno infantil de la hepatitis B.
- Evaluar el impacto de las intervenciones, fundamentalmente las estrategias implementadas de prevención por vacunas para las hepatitis A y B, la detección de casos e implementación de tratamientos de hepatitis C, el control de brotes y el acceso a la atención de donantes positivos.
- Contribuir a la estimación de prevalencias en diferentes poblaciones.
- Contribuir a estimar la carga de enfermedad a través del registro de las secuelas de hepatitis virales (hepatitis fulminante, hepatocarcinoma y cirrosis asociados a hepatitis virales).

El presente informe se basa en datos de vigilancia provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) aportados por servicios de salud en el proceso de atención, en la pesquisa del control prenatal y en el proceso de control serológico de la sangre a transfundir.

¹ Ley 15.465 Régimen legal de las Enfermedades de Notificación Obligatoria, disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/195093/norma.htm>

² Resolución 1.715/2007 del Ministerio de Salud de la Nación, disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/135000-139999/135830/norma.htm>

Nota metodológica:

Se tomaron para el análisis los casos de hepatitis A, B, C, D y E notificados al SNVS entre el 1/1/2013 y el 31/12/2023 que contaban con el registro de los estudios de laboratorio que permitiera su clasificación o que hubieran sido notificados por unidades centinela. Los datos de la serie histórica pueden haber sufrido mínimas modificaciones en virtud de nueva evidencia reportada por los usuarios de cada jurisdicción.

Los casos fueron clasificados como confirmados de acuerdo a los siguientes criterios de diagnóstico por laboratorio:

- Hepatitis A: Casos con anti HAV-IgM positivo.
- Hepatitis B: Casos con HBsAg positivo, detección cuantitativa de HBV-DNA o detección cualitativa de HBV-DNA positiva (excepto en donantes de sangre).
- Hepatitis C: Casos con detección cuantitativa de HCV-RNA, casos con detección cualitativa de HCV-RNA; también se consideraron como casos de hepatitis C a aquellos con anti HCV positivo o anti HCV-IgM positivo (no se consideraron los casos positivos exclusivamente por tamizaje de bancos de sangre).
- Hepatitis D: Casos con detección cualitativa de HDV-RNA.
- Hepatitis E: Casos con detección cualitativa o cuantitativa de HEV-RNA positiva; también se consideraron como casos de hepatitis E a aquellos con anti HEV-IgM positivo notificados en el SNVS 2.0 a partir de 2018.
- Se excluyeron las cargas virales de seguimiento.

Hepatitis A

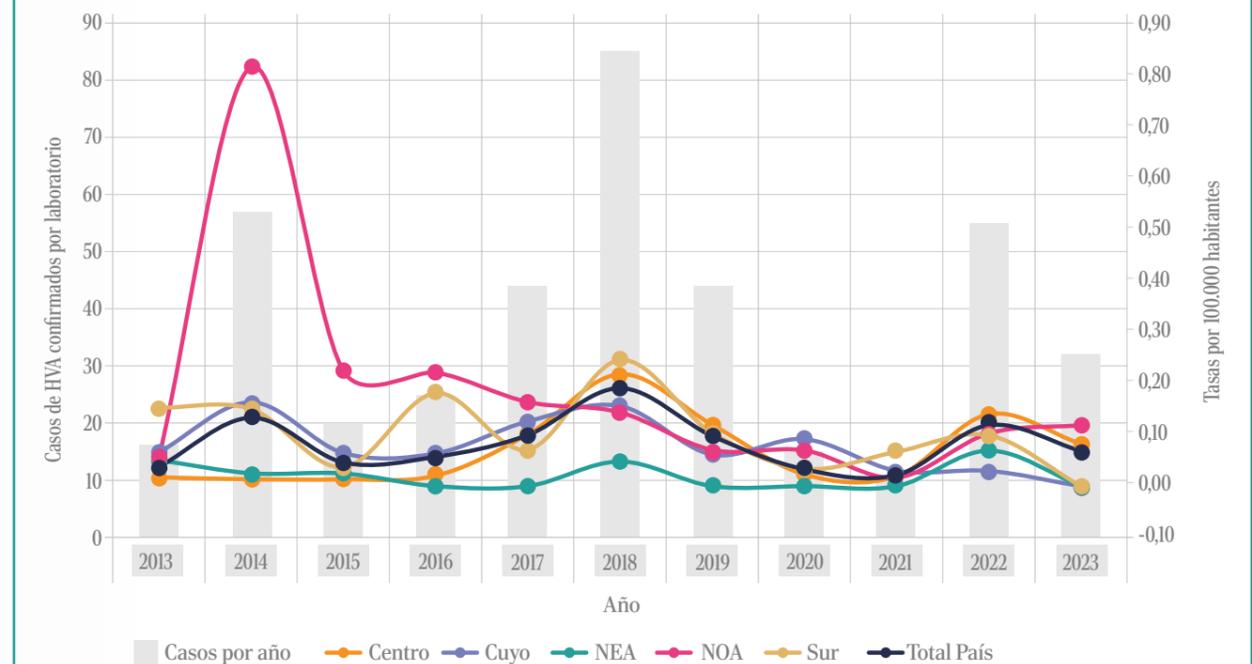
En el análisis a nivel país, las tasas de notificación de hepatitis A aguda muestran una baja incidencia de casos confirmados, que va de 0,02 a 0,18 casos cada cien mil habitantes según el año.

En el marco general de baja incidencia, y sobre todo en el análisis por regiones³, pueden distinguirse dos picos diferenciados (**Gráfico 1**): uno en la región del noroeste argentino (NOA) en 2014 (a expensas fundamentalmente de brotes en la provincia de Salta, en los departamentos San Martín y Rivadavia entre 2014 y 2015); el segundo aumento, en 2018, corresponde a distintos conglomerados de casos dados fundamentalmente en la región Centro (Santa Fe, Buenos Aires, CABA y Córdoba), pero también presentes en la región Sur y el NOA.

Se observa en 2022 un aumento de las tasas de incidencia correspondientes a la región Centro (con casos en Buenos Aires, CABA, Córdoba y Santa Fe), y en menor medida al NOA.

En el período analizado, la mediana de edad es de 32 años y 2 de cada 3 casos correspondieron a varones, lo que representa un 67% de los casos.

Gráfico 1. Evolución de los casos totales y de las tasas de hepatitis A por cien mil habitantes, según región. Argentina, 2013-2023.



FUENTE: Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica, en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

³ La región Centro comprende las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos y Santa Fe, y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Cuyo, las provincias de San Juan, San Luis y Mendoza. El NEA (noreste argentino) está conformado por Corrientes, Chaco, Formosa y Misiones. El NOA (noroeste argentino), por Salta, Jujuy, Tucumán, Catamarca, Santiago del Estero y La Rioja. Finalmente, la región Sur está integrada por La Pampa, Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

En cuanto a la distribución por grupos de edad (Gráfico 2), puede observarse que las tasas de notificación en menores de 20 años, si bien fluctuantes, son responsables de los picos en la población general hasta 2014. En los últimos años, el patrón se ha modificado y las tasas más altas corresponden a personas adultas de 20 a 39 años.

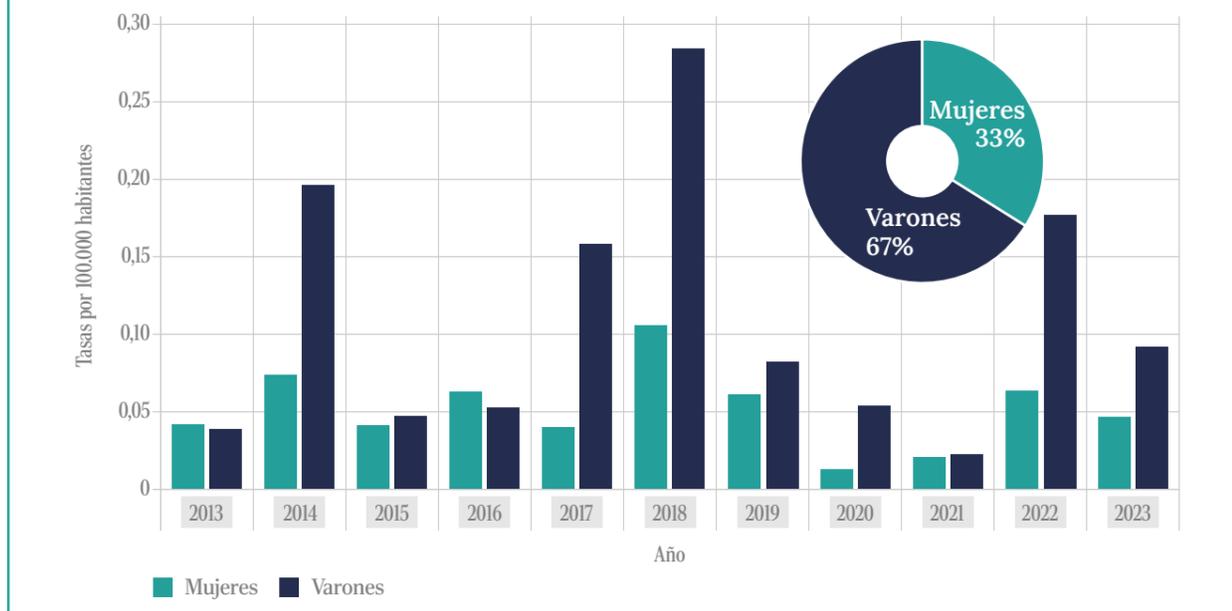
Gráfico 2. Evolución de las tasas de hepatitis A por cien mil habitantes, según grupos de edad. Argentina, 2013-2023.



FUENTE: Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica, en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

En cuanto al análisis por sexo (Gráfico 3), el 67% de los casos confirmados correspondieron a varones. Los años con mayor número de casos fueron los de mayor diferencia en la distribución por sexo: en 2014, 2017, 2018 y 2022 las tasas en varones fueron hasta cuatro veces las de mujeres.

Gráfico 3. Evolución de las tasas de hepatitis A por cien mil habitantes según sexo asignado al nacer y proporción de sexo de los casos totales. Argentina, 2013-2023.



FUENTE: Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica, en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Por lo expuesto, se puede describir un cambio de patrón en la epidemiología de la hepatitis A, que –siempre desde una baja incidencia– parece ir de casos y brotes limitados en población no vacunada menor de 20 años en diversas regiones según el año, a población principalmente masculina mayor de 20 años y fundamentalmente de la región Centro del país.

Tabla 1. Casos de hepatitis A confirmados por laboratorio, acumulados hasta la semana epidemiológica 52ª, según jurisdicción, región y año. Argentina, 2013-2023.

Jurisdicción / Región	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Buenos Aires	1	2	0	2	4	15	9	0	1	15	13
CABA	1	0	0	0	3	6	14	4	2	13	5
Córdoba	0	1	0	0	19	23	11	1	3	10	3
Entre Ríos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Fe	3	1	4	4	3	19	1	2	0	4	4
Centro	5	4	4	6	29	63	35	7	6	42	25
Mendoza	1	2	0	0	3	4	1	3	0	1	0
San Juan	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
San Luis	1	3	2	2	1	1	0	0	1	0	0
Cuyo	2	5	2	2	4	5	2	3	1	1	0
Chaco	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Corrientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Formosa	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
Misiones	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
NEA	2	1	1	0	0	2	0	0	0	3	0
Catamarca	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Jujuy	1	1	1	0	0	0	0	0	0	2	1
La Rioja	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
Salta	2	42	11	12	8	5	2	4	1	4	2
Santiago del Estero	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Tucumán	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	4
NOA	3	43	12	12	9	8	4	4	1	6	7
Chubut	3	3	0	0	1	0	1	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Neuquén	0	1	0	2	0	5	0	0	1	2	0
Río Negro	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0
Santa Cruz	0	0	1	0	0	2	1	0	1	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0
Sur	4	4	1	5	2	7	3	1	2	3	0
Otros países o desconocido	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Total País	17	57	20	25	44	86	44	15	10	55	32

FUENTE: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud – SIVILA – UC – SNVS2.0.

Estado de situación de la vacunación contra la hepatitis A

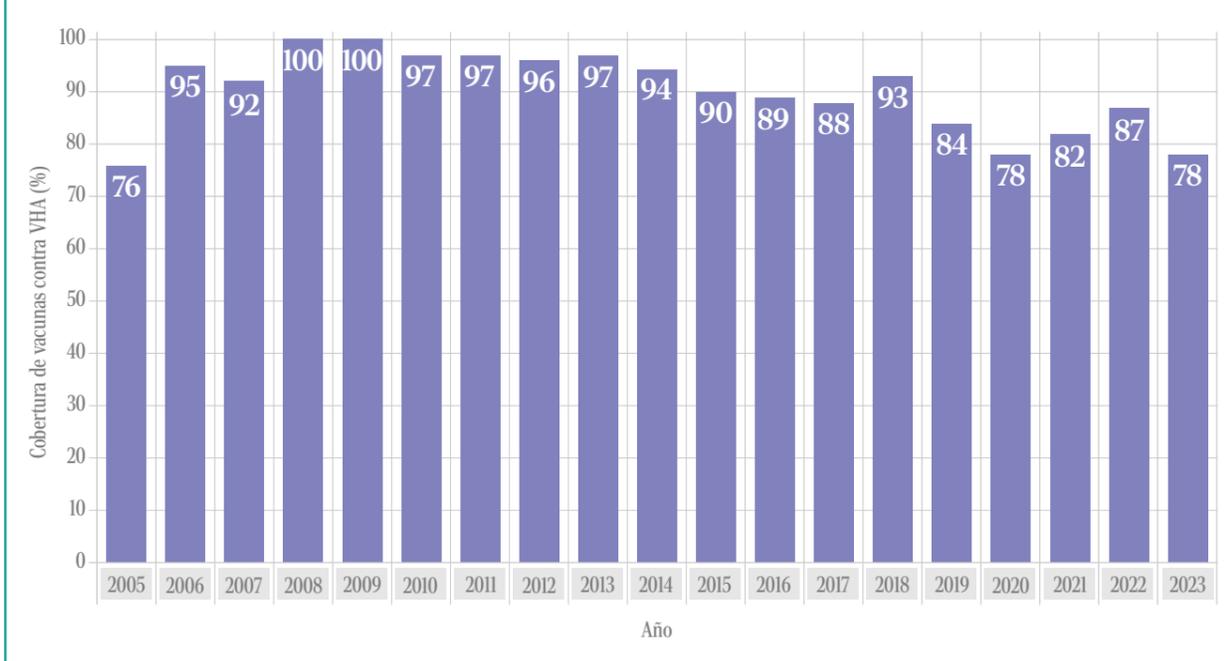
Actualmente se dispone de vacunación efectiva y ampliamente distribuida para los virus causantes de las hepatitis A y B. En el caso de la hepatitis A, en 2005 se incorporó la vacuna en el Calendario Nacional de Inmunizaciones, con una dosis única al año de edad. La experiencia impactó marcando la desaparición de los brotes epidémicos anuales y las complicaciones asociadas, como la hepatitis fulminante y el trasplante hepático.

Complementariamente, el Ministerio de Salud recomienda la vacunación contra la VHA en adultos (con un esquema de dos dosis) en los siguientes casos:

- varones que tienen sexo con varones, mujeres trans, trabajadoras y trabajadores sexuales,
- personas con desórdenes de la coagulación,
- personas con enfermedad hepática crónica,
- personal de laboratorio que manipula muestras de virus de la hepatitis A,
- personal gastronómico,
- personal de maestranza que maneje residuos y servicios sanitarios,
- personal de jardines maternas que asiste a niños y niñas menores de un año,
- personas que viajan a zonas de alta o mediana endemia (en este caso, el Ministerio de Salud no provee esta vacuna).

Las coberturas contra hepatitis A presentan una tendencia en descenso de los últimos años, acentuada en la pandemia de COVID-19 (Gráfico 4).

Gráfico 4. Coberturas de vacunación contra VHA en niñas y niños de 12 meses de edad. Argentina, 2005-2023.

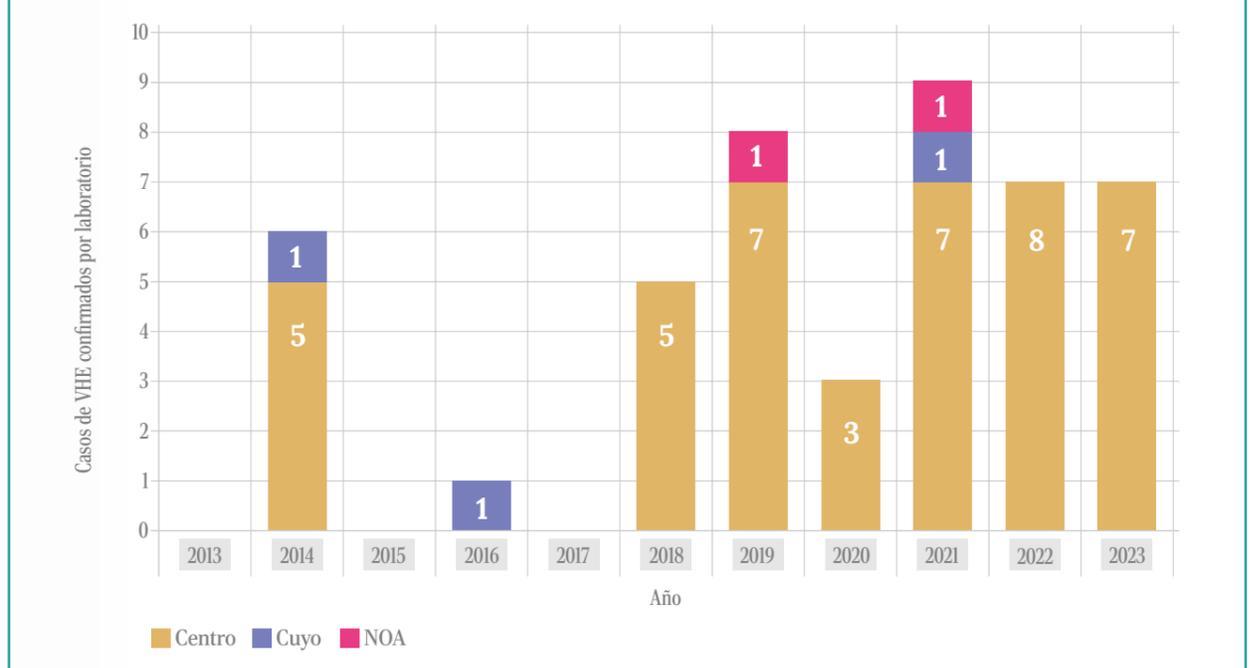


FUENTE: Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

Hepatitis E

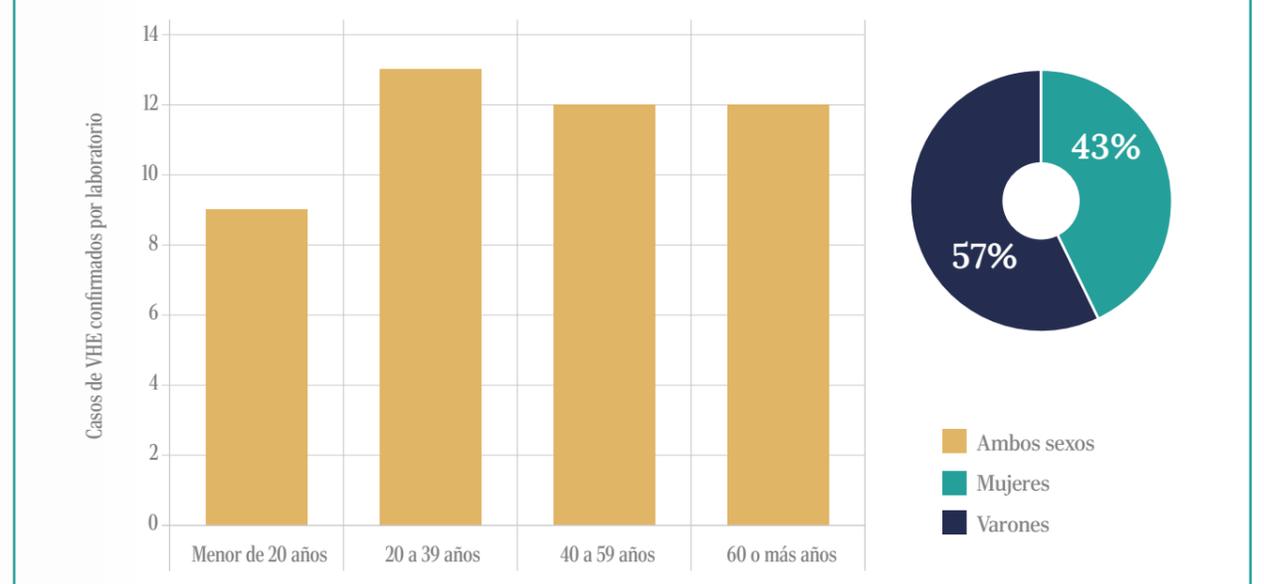
Los casos de hepatitis E reportados durante el periodo analizado ascienden a 47, en su mayoría con residencia en la región Centro (Gráfico 5), distribuidos en todos los grupos de edad, con una leve predominancia del sexo masculino (Gráfico 6).

Gráfico 5. Casos totales de hepatitis E según año y región. Argentina, 2013-2023.



FUENTE: Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica, en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Gráfico 6. Hepatitis E: Casos acumulados según grupo de edad y sexo. Argentina, 2013-2023.



FUENTE: Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica, en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Tabla 2. Casos de hepatitis E confirmados por laboratorio, acumulados hasta la semana epidemiológica 52ª, según jurisdicción, región y año. Argentina, 2013-2023.

Jurisdicción / Región	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Buenos Aires	0	1	0	0	0	2	3	1	3	6	4
CABA	0	2	0	0	0	0	1	1	0	1	1
Córdoba	0	0	0	0	0	1	2	1	4	1	2
Entre Ríos	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Fe	0	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0
Centro	0	5	0	0	0	5	7	3	7	8	7
Mendoza	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
San Juan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
San Luis	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Cuyo	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0
Chaco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Corrientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Misiones	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NEA	0										
Catamarca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Rioja	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Salta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tucumán	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
NOA	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sur	0										
Otros países y desconocido	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total País	0	6	0	1	0	5	8	3	9	8	7

FUENTE: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud - SIVILA - UC - SNVS2.0.

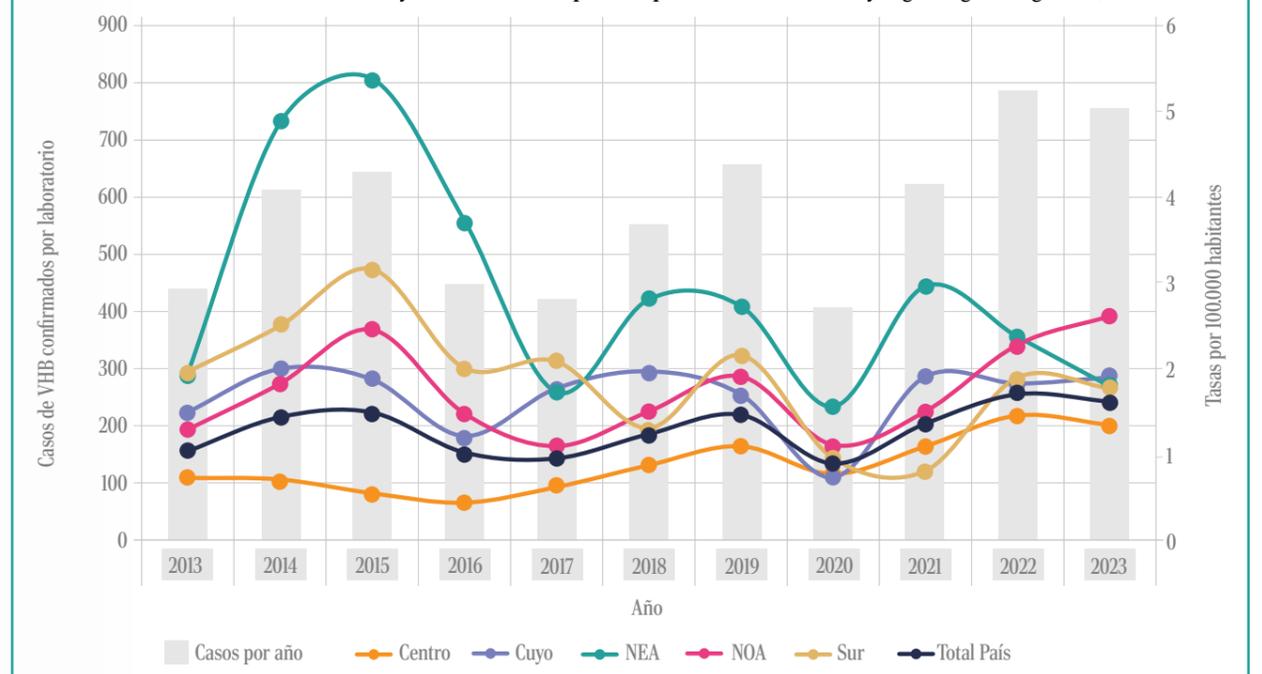
Hepatitis B

Los casos confirmados y tasas de hepatitis B para el total país (Gráfico 7) muestran una fluctuación temporal con leves ascensos en algunos años y leves descensos en otros, si bien se observa una tendencia estable en el período, con una mediana de 610 casos anuales (mínimo de 406 y máximo de 784; tasa mínima de 0,89 casos por cien mil habitantes en 2020 y una máxima de 1,70 en 2022). En los últimos cuatro años las tasas presentan un promedio de 1,40 por cien mil habitantes.

Respecto del comportamiento según regiones, las tasas del NEA fueron las más elevadas hasta 2022, y se vieron superadas en el último año por las del NOA y Cuyo. La región Centro presenta la tasa más baja del país, aunque registra un leve ascenso en el período de análisis.

En 2023, la tasa de casos por cien mil habitantes del NOA muestra una variación 51% mayor que la reportada en 2022.

Gráfico 7. Evolución de los casos totales y de las tasas de hepatitis B por cien mil habitantes y según región. Argentina, 2013-2023.



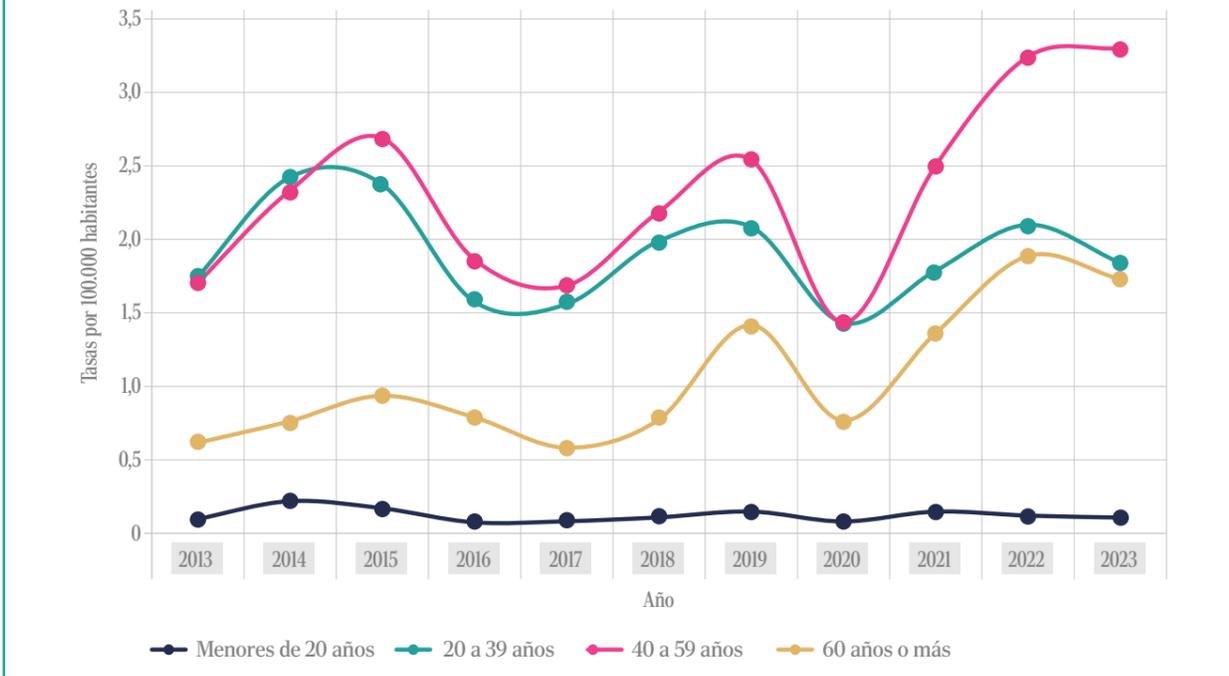
FUENTE: Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica, en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Al observar la distribución por grupos de edad (Gráfico 8), se aprecia que las tasas en menores de 20 años son cercanas a cero durante toda la serie (producto de la universalización de la vacuna desde 2000), mientras que en los grupos de entre 20 y 60 años se observan las tasas más elevadas. Esta información acentúa la necesidad de fortalecer la vacunación a población mayor de 20 años que no haya sido previamente vacunada, tal cual se promueve desde 2012 a través de la vacunación universal y gratuita contra la hepatitis B⁴.

En cuanto a las tasas para el grupo de mayores de 60 años de edad, también se observa estabilidad en el período analizado, a excepción de los últimos dos años, cuando se registra un aumento que de todos modos no llega a alcanzar los valores de los dos grupos antes mencionados. De la misma manera, las tasas del grupo de 40 a 59 años muestran una leve tendencia ascendente hacia el final del período, con una tasa máxima de 3,3 por cien mil habitantes en 2023.

⁴ Vacuna contra el virus de la hepatitis B. Vacunación universal. Lineamientos técnicos. Argentina 2012, disponible en https://banco.salud.gov.ar/sites/default/files/2018-10/0000000446cnt-2013-10_lineamientos-vacunacion-universal-hepatitis-b.pdf.

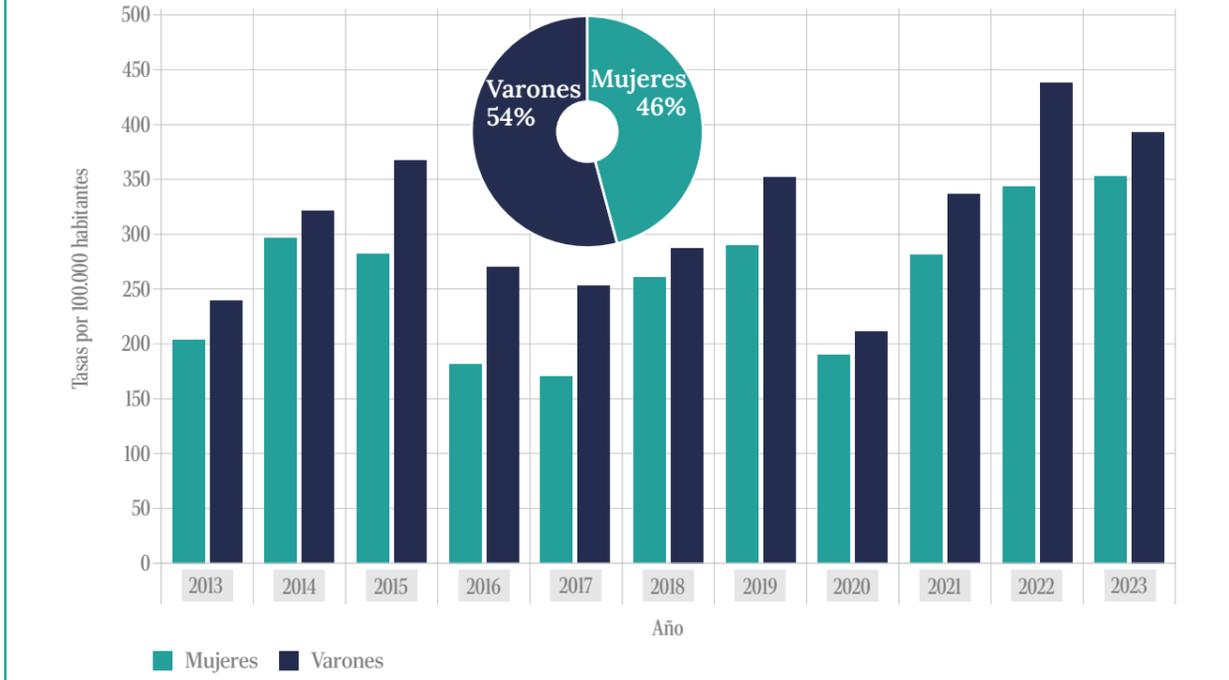
Gráfico 8. Evolución de las tasas de hepatitis B por cien mil habitantes según grupos de edad. Argentina, 2013-2023.



FUENTE: Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica, en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

En el análisis por sexo (Gráfico 9), pueden observarse diferencias en el período completo y en casi todos los años de la serie se registran valores más altos entre los varones.

Gráfico 9. Evolución de las tasas de hepatitis B por cien mil habitantes según sexo asignado al nacer y proporción de sexos de los casos totales. Argentina, 2013-2023.



FUENTE: Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica, en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Tabla 3. Casos de hepatitis B confirmados por laboratorio, acumulados hasta la semana epidemiológica 52ª, según jurisdicción, región y año. Argentina, 2013-2023.

Jurisdicción / Región	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Buenos Aires	38	66	47	56	72	127	143	114	176	181	178
CABA	0	0	0	16	28	35	20	32	53	64	32
Córdoba	12	28	21	11	21	4	79	30	42	69	87
Entre Ríos	12	4	5	2	5	14	6	2	5	7	9
Santa Fe	137	98	80	38	50	71	70	48	47	112	97
Centro	199	196	153	123	176	251	318	226	323	433	403
Mendoza	25	52	50	31	42	52	38	14	37	43	45
San Juan	2	0	2	2	5	5	5	0	9	10	10
San Luis	18	9	6	5	9	6	12	10	17	8	9
Cuyo	45	61	58	38	56	63	55	24	63	61	64
Chaco	27	63	89	45	15	11	25	8	7	16	7
Corrientes	2	2	2	1	1	4	9	0	1	11	6
Formosa	0	8	3	0	5	6	8	15	55	8	4
Misiones	46	118	120	104	49	94	71	42	62	66	60
NEA	75	191	214	150	70	115	113	65	125	101	77
Catamarca	0	0	1	2	0	1	1	3	3	1	5
Jujuy	32	40	38	14	29	36	37	17	19	64	66
La Rioja	0	0	0	0	0	9	0	3	0	2	2
Salta	20	40	60	30	21	28	37	36	45	47	58
Santiago del Estero	0	0	0	0	0	2	3	1	3	5	2
Tucumán	15	16	32	34	10	7	29	3	16	13	20
NOA	67	96	131	80	60	83	107	63	86	132	153
Chubut	6	4	6	14	5	6	13	4	5	15	8
La Pampa	1	0	2	5	1	7	7	3	1	5	9
Neuquén	25	31	60	19	38	7	19	4	5	11	11
Río Negro	17	30	15	12	13	10	10	10	9	15	10
Santa Cruz	2	1	0	0	1	5	9	5	3	8	9
Tierra del Fuego	0	0	2	5	0	2	4	2	1	3	7
Sur	51	66	85	55	58	37	62	28	24	57	54
Otros países o desconocido	9	9	9	5	5	2	0	0	0	0	0
Total País	446	619	650	451	425	551	655	406	621	784	751

FUENTE: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud – SIVILA – UC – SNVS2.0.

Hepatitis B en personas gestantes

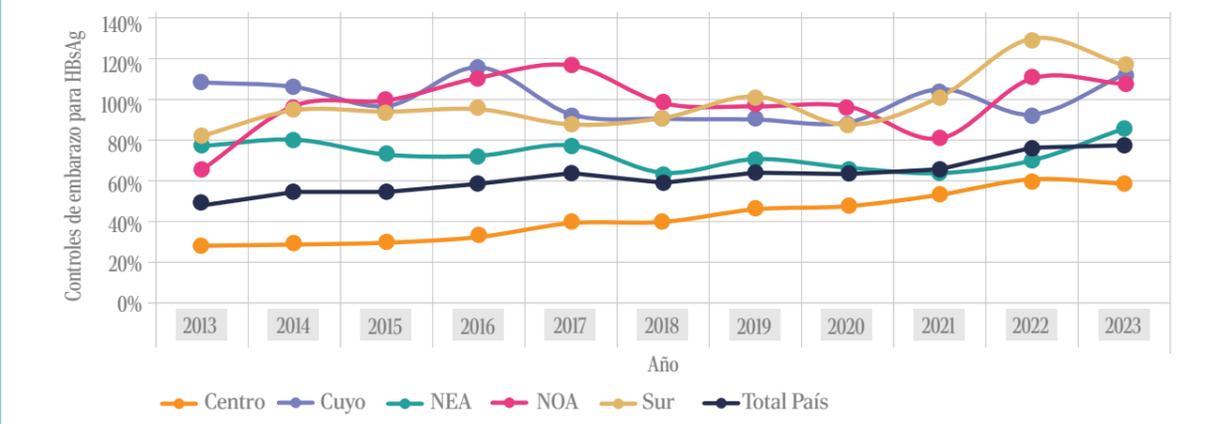
La notificación de controles de embarazo para hepatitis B se monitorea sistemáticamente a través de la relación entre la cantidad de controles notificados y los nacidos vivos del sector público para un año en una jurisdicción, con el objetivo de tener una medida de la cobertura de la información.

Este indicador, medido en controles de embarazo (primer control y controles sin especificar) para HBsAg, muestra que la cobertura de la información a nivel país tiene una tendencia creciente (Gráfico 10) pronunciada hasta 2017 y con un aumento más tenue luego. Actualmente, la cobertura de la notificación para los controles durante la gestación ronda los 0,7 controles por nacido vivo.

El análisis por regiones muestra que las mayores coberturas de información para este indicador se encuentran en las regiones NOA, Sur y Cuyo, mientras que el valor más bajo se registra en la región Centro en toda la serie.

En cuanto a la positividad para HBsAg en personas gestantes a nivel país, la tendencia fue en descenso desde 2014 y es relativamente estable desde ese año hasta 2023, oscilando entre 0,15% y 0,10% (Gráfico 11 y Tabla 4).

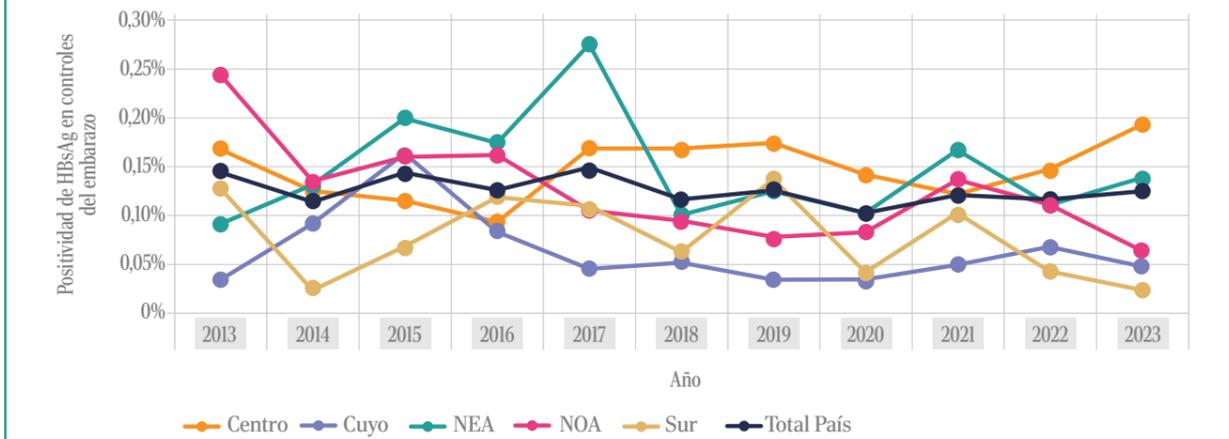
Gráfico 10. Evolución de la cobertura de controles de embarazo para HBsAg* según región y total país. Argentina, 2013-2023.



* La cobertura de controles de embarazo notificados es una razón que se obtiene de dividir la cantidad de controles por los nacidos vivos del sector público de salud.

FUENTE: Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica, en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Gráfico 11. Evolución del porcentaje de positividad de HBsAg en controles de embarazo según región y total país. Argentina, 2013-2023.



FUENTE: Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica, en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Tabla 4. Proporción de positividad de HBsAg en controles de embarazo, hasta la semana epidemiológica 52ª, según jurisdicción, región y año. Argentina, 2013-2023.

Jurisdicción / Región	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Buenos Aires	0,14%	0,12%	0,20%	0,10%	0,21%	0,25%	0,24%	0,09%	0,14%	0,14%	0,22%
CABA	1,13%	0,55%			0,92%	0,61%	0,62%	0,26%	0,08%	0,36%	0,20%
Córdoba	0,05%	0,07%	0,08%	0,05%	0,13%	0,06%	0,13%	0,19%	0,15%	0,25%	0,32%
Entre Ríos	0,30%	0,17%	0,04%	0,13%	0,21%	0,03%	0,05%	0,10%	0,08%	0,13%	0,05%
Santa Fe	0,18%	0,06%	0,07%	0,10%	0,02%	0,11%	0,04%	0,13%	0,10%	0,05%	0,08%
Centro	0,17%	0,13%	0,12%	0,09%	0,17%	0,17%	0,17%	0,14%	0,12%	0,15%	0,19%
Chaco	0,08%	0,07%	0,16%	0,11%	0,56%	0,06%	0,05%	0,04%	0,31%	0,09%	0,18%
Corrientes	0,00%	0,00%	0,14%	0,64%	0,28%	0,03%	0,27%	0,31%	0,76%	0,16%	0,16%
Formosa	0,12%	0,13%	0,15%	0,11%	0,18%	0,05%	0,08%	0,04%	0,05%	0,08%	0,10%
Misiones	0,09%	0,22%	0,28%	0,22%	0,18%	0,18%	0,15%	0,18%	0,10%	0,14%	0,15%
NEA	0,09%	0,13%	0,20%	0,17%	0,28%	0,10%	0,12%	0,10%	0,17%	0,11%	0,14%
Jujuy	1,00%	0,40%	0,41%	0,37%	0,32%	0,19%	0,20%	0,15%	0,25%	0,15%	0,14%
Salta	0,45%	0,15%	0,16%	0,17%	0,12%	0,10%	0,07%	0,10%	0,17%	0,15%	0,09%
Catamarca	0,84%	0,00%	0,24%	0,06%	0,47%	0,54%	0,57%	0,66%	1,18%	0,74%	0,00%
La Rioja	0,10%	0,00%	0,00%	0,00%	0,05%	0,10%	0,10%	0,04%	0,00%	0,15%	0,03%
Santiago del Estero	0,00%	0,00%	0,00%	0,15%	0,01%	0,03%	0,02%	0,06%	0,05%	0,14%	0,00%
Tucumán	0,02%	0,03%	0,06%	0,09%	0,03%	0,03%	0,02%	0,03%	0,09%	0,03%	0,04%
NOA	0,24%	0,14%	0,16%	0,16%	0,11%	0,09%	0,08%	0,08%	0,14%	0,11%	0,06%
San Luis	0,04%	0,15%	0,18%	0,02%	0,09%	0,15%	0,07%	0,04%	0,18%	0,04%	0,09%
San Juan	0,00%	0,06%	0,03%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,06%	0,00%
Mendoza	0,04%	0,07%	0,18%	0,12%	0,03%	0,02%	0,03%	0,05%	0,01%	0,08%	0,05%
Cuyo	0,03%	0,09%	0,16%	0,08%	0,05%	0,05%	0,03%	0,03%	0,05%	0,07%	0,05%
Chubut	0,07%	0,00%	0,00%	0,00%	0,03%	0,10%	0,00%	0,00%	0,09%	0,08%	0,00%
La Pampa	0,15%	0,04%	0,28%	0,83%	0,74%	0,07%	0,12%	0,06%	0,28%	0,05%	0,00%
Neuquén	0,19%	0,05%	0,07%	0,06%	0,06%	0,05%	0,28%	0,02%	0,04%	0,03%	0,03%
Río Negro	0,11%	0,00%	0,01%	0,01%	0,01%	0,05%	0,11%	0,05%	0,07%	0,01%	0,03%
Santa Cruz	0,12%	0,04%	0,06%	0,18%	0,05%	0,17%	0,00%	0,21%	0,71%	0,06%	0,13%
Tierra del Fuego	0,00%		0,29%	0,11%	0,00%	0,00%	0,26%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Sur	0,13%	0,02%	0,07%	0,12%	0,11%	0,06%	0,14%	0,04%	0,10%	0,04%	0,02%
Total País	0,14%	0,11%	0,14%	0,13%	0,15%	0,12%	0,13%	0,10%	0,12%	0,12%	0,13%

FUENTE: Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica, en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Estado de situación de la vacunación contra la hepatitis B

La vacunación contra la hepatitis B, es obligatoria en el país desde el año 1992 y actualmente se encuentra en el calendario de vacunación de la siguiente manera:

Una dosis neonatal: personas recién nacidas dentro de las primeras 12 horas.

Luego incluida en la quintuple que se aplica:

- Primera dosis: a los 2 meses de vida
- Segunda dosis: a los 4 meses de vida
- Tercera dosis: a los 6 meses de vida
- Refuerzo: entre los 15-18 meses de vida

Desde 2012 es universal y no requiere orden médica para todas las personas de cualquier edad que no la hayan recibido previamente. Las personas no vacunadas o que tienen que completar las dosis faltantes, deberán recibir el siguiente esquema:

- Primera dosis: desde los 11 años en adelante
- Segunda dosis: al mes de la primera dosis
- Tercera dosis: a los 6 meses de la primera dosis

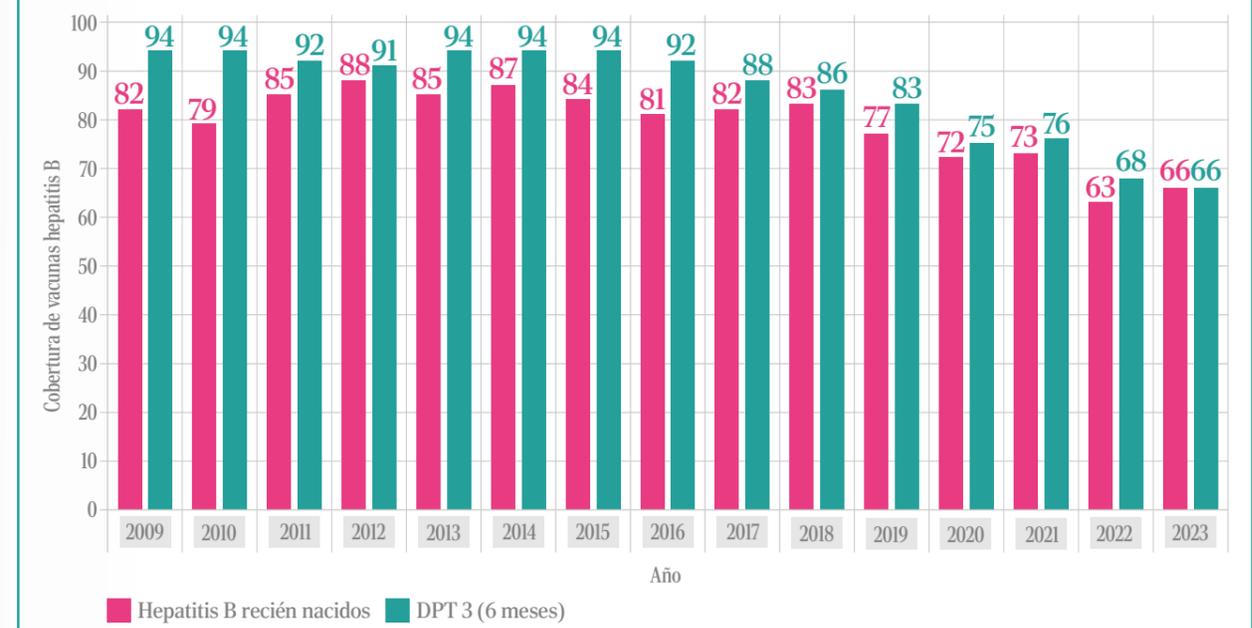
La vacuna tiene una eficacia del 90 al 95% para prevenir la infección aguda y las formas crónicas del virus de la hepatitis B en población pediátrica y adultos. Con respecto a los recién nacidos, es indispensable vacunarlos antes de las 12 horas de vida como estrategia esencial en la prevención de la infección vertical por el VHB. Si, por cualquier motivo, un recién nacido no hubiera recibido la vacuna dentro de este lapso, debe recibirla tan pronto como sea posible. El esquema completo de vacunación requiere tres dosis para inducir una respuesta de anticuerpos protectores adecuados (antiHBs \geq 10 mUI/ml en el 90% de los adultos sanos y más del 95% de los niños y adolescentes).

No obstante la universalidad de la vacunación contra hepatitis B, se recomienda realizar acciones intensivas dirigidas a individuos pertenecientes a grupos en riesgo:

- personal de salud,
- personas hemodializadas,
- personas politransfundidas,
- personas con hepatopatías crónicas,
- varones que tienen sexo con varones,
- personas privadas de la libertad y personal de las cárceles,
- personas heterosexuales con relaciones no monogámicas,
- usuarios de drogas endovenosas,
- personas con VIH,
- convivientes y parejas de personas con hepatitis B.

En el **Gráfico 12** se presentan las tasas de cobertura de la vacunación para la prevención del VHB al nacimiento y a los 6 meses de edad, desde 2009 a 2023.

Gráfico 12. Evolución de la cobertura de la vacunación contra hepatitis B en niñas y niños recién nacidos y a los seis meses de edad. Argentina, 2009-2023.



FUENTE: Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

Hepatitis C

Los casos confirmados y tasas de hepatitis C (VHC) totales muestran una tendencia al ascenso paulatino hasta 2014, seguido de un aumento en 2015, traccionado por la posibilidad de tratamiento surgida en ese momento. Desde 2016, los casos y tasas se mantuvieron por debajo de los valores de 2015, hasta que en 2019 se registra un aumento que continúa hacia el fin del período, con excepción de 2020, cuyo descenso en todas las regiones se atribuye a la pandemia de COVID-19. Entre 2021 y 2023 se reporta el mayor número de casos confirmados y tasas de toda la serie (**Gráfico 13**). A lo largo del período se registró una mediana de 573 casos anuales, con un mínimo de 392 en 2013 y un máximo de 1.481 en 2023.

Las tasas de casos de hepatitis C para el total del país oscilan entre un valor mínimo de 0,93 por cien mil habitantes en 2013 y un máximo de 3,17 en 2023.

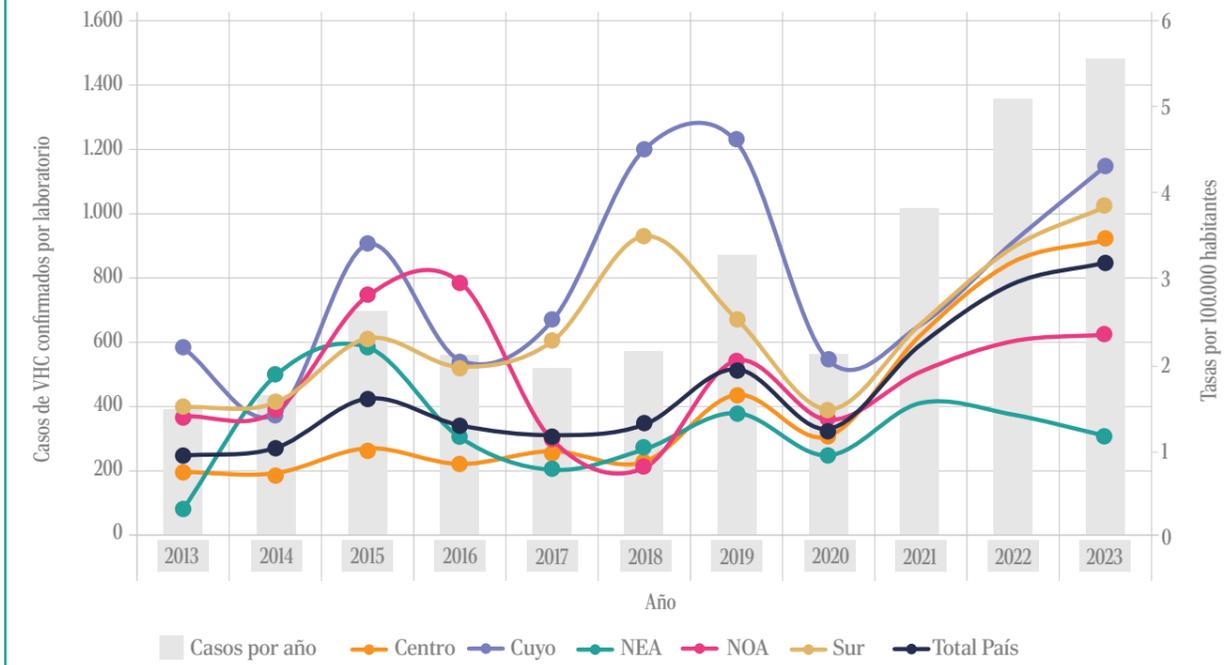
En cuanto a la distribución geográfica, se evidencia un aumento de las tasas en el último trienio en todas las regiones, excepto el NEA en 2022 y 2023, que presenta un leve descenso (**Gráfico 13**).

En Cuyo se registran las tasas más elevadas en la mayoría de los años del período, con un valor máximo de 4,59 casos por cien mil habitantes en 2019. La región Sur muestra un comportamiento similar, alcanzando sus tasas máximas en 2018, 2022 y 2023 (3,49; 3,35 y 3,82 casos por cien mil habitantes, respectivamente).

La región Centro presenta una tendencia similar a la tasa del total del país, con sus valores más elevados entre 2022 y 2023 (2,32 y 3,44 por cien mil habitantes respectivamente).

El NEA reporta su mayor tasa en 2015 (2,18 por cien mil habitantes) y en los años siguientes tiende a registrar tasas más bajas respecto de las demás regiones y es la única que presenta un leve descenso en los últimos tres años. Por su parte, el NOA muestra su tasa más elevada en 2016 (2,96 casos por cien mil habitantes) y en los años siguientes se comporta de manera similar a la del total del país.

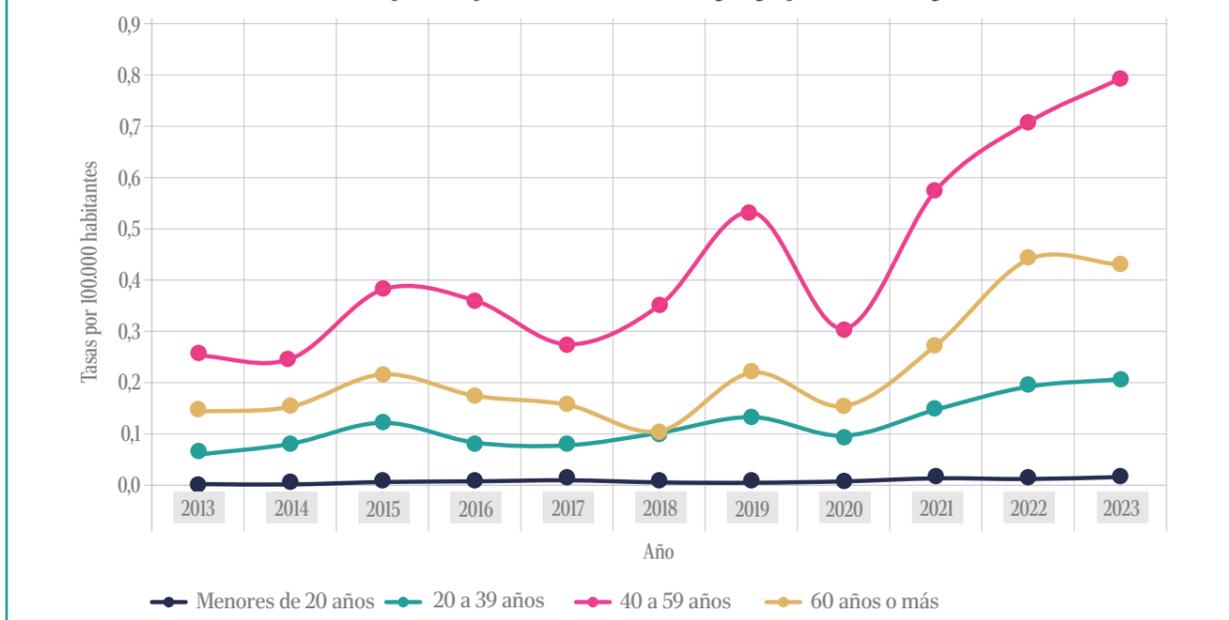
Gráfico 13. Evolución de los casos totales y de las tasas de hepatitis C por cien mil habitantes por región. Argentina, 2013-2023.



FUENTE: Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica, en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

En lo relativo a la distribución por grupos de edad (Gráfico 14), se observa que las tasas en menores de 20 años son cercanas a cero durante toda la serie también en VHC. El resto de los grupos de edad evidencian un aumento en 2015, 2019 y de 2021 a 2023. A diferencia de los grupos de edad mayores de 60 años y de 20 a 40, en los que la tasa de VHC se mantuvo relativamente estable, el grupo de 40 a 59 años es el que presenta mayores valores y grandes fluctuaciones.

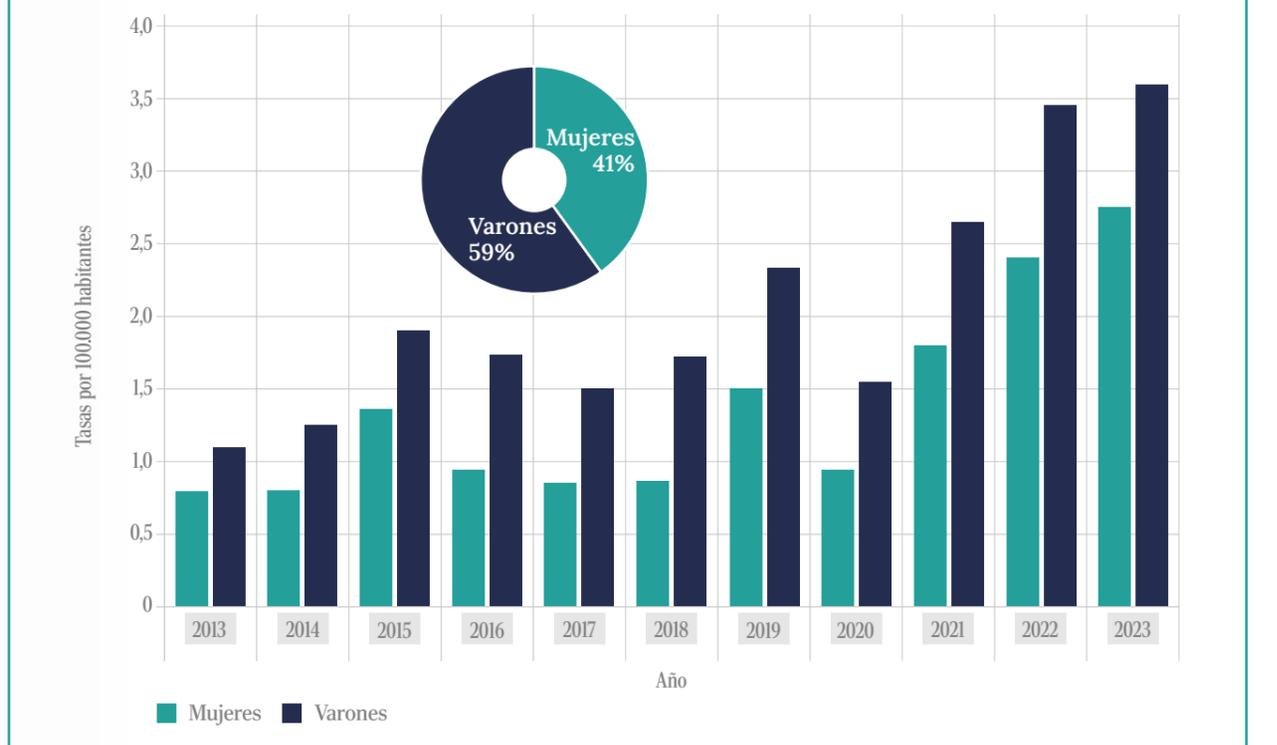
Gráfico 14. Evolución de las tasas de hepatitis C por cien mil habitantes según grupos de edad. Argentina, 2013-2023.



FUENTE: Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica, en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

El análisis por sexo revela diferencias en el período completo y en los distintos años de la serie, con un 59% de casos reportados en varones. Esa diferencia se hace más marcada de 2016 en adelante (Gráfico 15).

Gráfico 15. Evolución de las tasas de hepatitis C por cien mil habitantes, según sexo asignado al nacer y proporción de sexos de los casos totales. Argentina, 2013-2023.



FUENTE: Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica, en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Tabla 5. Casos de hepatitis C confirmados por laboratorio, acumulados hasta la semana epidemiológica 52ª, según jurisdicción, región y año. Argentina, 2013-2023.

Jurisdicción / Región	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Buenos Aires	40	52	107	87	116	147	245	192	406	512	554
CABA	-	-	-	32	45	32	28	27	115	117	112
Córdoba	24	15	13	11	18	8	68	43	86	138	210
Entre Ríos	7	9	7	6	5	11	17	7	3	7	12
Santa Fe	132	125	157	99	96	48	117	69	77	173	144
Centro	203	201	284	235	280	246	475	338	687	947	1.032
Mendoza	22	34	64	23	25	51	45	27	39	42	60
San Juan	28	-	14	8	21	2	47	7	15	32	42
San Luis	16	9	27	33	33	91	57	33	27	40	43
Cuyo	66	43	105	64	79	144	149	67	81	114	145
Chaco	5	57	58	10	6	2	3	4	4	8	8
Corrientes	-	-	-	-	-	7	11	1	4	6	10
Formosa	-	-	3	-	-	-	5	11	21	9	9
Misiones	7	16	26	36	25	32	40	23	36	37	23
NEA	12	73	87	46	31	41	59	39	65	60	50
Catamarca	4	-	2	7	-	-	1	3	10	1	3
Jujuy	12	6	14	5	4	4	3	3	1	24	20
La Rioja	-	-	-	1	-	-	1	-	1	10	1
Salta	32	23	13	16	15	4	21	18	15	29	42
Santiago del Estero	-	-	-	-	2	2	8	4	2	7	13
Tucumán	24	47	120	131	40	33	80	48	80	60	58
NOA	72	76	149	160	61	43	114	76	109	131	137
Chubut	9	2	3	10	15	31	21	-	19	15	17
La Pampa	-	1	2	2	1	12	14	9	7	9	10
Neuquén	18	12	40	22	19	15	9	11	18	27	30
Río Negro	12	26	17	15	21	30	18	8	17	27	35
Santa Cruz	-	-	-	2	-	4	3	7	9	12	7
Tierra del Fuego	-	-	-	3	7	7	8	8	3	11	18
Sur	39	41	62	54	63	99	73	43	73	101	117
Otros países y desconocido	9	5	12	20	-	1	-	-	-	-	-
Total País	392	434	687	559	514	573	870	563	1.015	1.353	1.481

FUENTE: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud - SIVILA - UC - SNVS2.0.

Hepatitis D

No hubo casos confirmados entre los estudiados como sospechosos de hepatitis D, si bien hubo reportes de coinfección registrados entre las defunciones del período (ver artículo de [Mortalidad](#)).

Conclusiones

La vigilancia integral de las hepatitis virales en Argentina –que incluye la notificación universal de casos, el tamizaje en personas gestantes y bancos de sangre, y el aporte de las unidades centinela– dan por resultado un sistema de vigilancia robusto en constante proceso de mejora.

La integración actual de las diferentes fuentes de información en el nuevo SNVS 2.0 brinda la oportunidad de disponer más ágilmente de la información allí volcada por todos quienes intervienen en el diagnóstico y atención de las HV.

Los principales desafíos son mantener y mejorar la oportunidad y cobertura de la información (incluyendo a los establecimientos privados, procurando los datos completos de las fichas epidemiológicas); la utilización sistemática de la información por parte de los diferentes actores involucrados en las acciones de control y seguimiento, a fin de garantizar el diagnóstico completo y el tratamiento adecuado en cada uno de los casos; y el fortalecimiento de las unidades centinela para proveer información de alta calidad, como indicadores vinculados a las secuelas y estudios de carga de enfermedad.

Prevalencia de marcadores de hepatitis virales en bancos de sangre (2012-2022)

Autores: María Susana Pisarello*, Anahí Lualhe*, Manuel Díaz*

* Dirección de Medicina Transfusional, Ministerio de Salud de la Nación

La creación del Plan Nacional de Sangre en 2002 determina un desarrollo de las políticas en medicina transfusional ejerciendo acciones de rectoría para la organización del Sistema Nacional de Sangre, establecido en los siguientes pilares:

1. El marco normativo de la Hemoterapia, basado en la actualización de los estándares de seguridad internacionales.
2. Los procesos de procesamiento y producción de componentes sanguíneos, enmarcados en buenas prácticas de manufactura e infraestructura sanitaria adaptada a las necesidades.
3. La conformación y capacitación de equipos multidisciplinarios para el desarrollo de los Programas Provinciales de Sangre (PPS), incluyendo programas de Promoción de la Donación de Sangre (PDS) que han cambiado la visión de la seguridad transfusional buscando transformar la donación de sangre en un acto voluntario, altruista y habitual.

En este marco, mediante un programa de capacitaciones orientadas a la elegibilidad del donante, se establecieron acciones de estandarización de la información previa a la donación y se incorporaron materiales gráficos de modo que estén disponibles para ser socializados al momento de concurrencia de los potenciales donantes. Así, se realzó la importancia de la donación de sangre en una comunicación directa con ellos, con el objetivo de invitarlos a donar sangre dos o tres veces al año y que se conviertan en donantes voluntarios habituales. Además, se incorporó la modalidad de colectas externas (o extramuros) de sangre, llamadas así por ocurrir fuera de las instalaciones del sistema de salud, en la búsqueda de facilitar y acercar la donación a otros lugares, como clubes y universidades, entre otros. Otra medida de gran impacto fue el inicio de acciones de trabajo articulado con asociaciones civiles y el fortalecimiento de las asociaciones de donantes distribuidas en el territorio argentino.

La Política Nacional de Sangre implementada logró que en los bancos de sangre descendieran los marcadores serológicos de las infecciones transmisibles por transfusión (ITT), como sífilis, Chagas, VIH, HTLV, hepatitis B y C y brucelosis.

El promedio de donaciones voluntarias en la Argentina, que en 2002 era del 0,3%, se estableció en el 56% en 2022. Este indicador refleja el impacto de la política de Sangre Segura, que produjo un aumento de la donación voluntaria y habitual y también una disminución en la prevalencia de las ITT en bancos de sangre, que progresivamente se aleja de la prevalencia en la población general. Es de resaltar, en esta instancia, que surge así un sesgo a tener en cuenta al momento del análisis poblacional total y las acciones de los programas específicos existentes.

Los datos aportados en este boletín por la Dirección de Medicina Transfusional expresan la información vertida por los programas provinciales de Hemoterapia, que detallan las actividades realizadas por el sector público, a excepción de Salta y Córdoba, que incluyen al subsector privado.

Entre 2012 y 2022, en el sector público, donaron sangre 5.954.482 personas. Los números anuales, presentados en la **Tabla 1**, muestran un incremento significativo en 2021, que se relaciona directamente con la adherencia al momento del envío de datos tanto del sector público como del privado. Se trata de los datos de donaciones efectivas y, por lo tanto, de personas que cumplieron con los criterios de elegibilidad para donar y no aplicaron para ninguno de los criterios de autoexclusión (según los requisitos estipulados en las **Normas Técnicas y Administrativas de Hemoterapia** vigentes en el país). Cada donación efectiva es tamizada para el virus de la hepatitis B mediante pruebas de antígeno de superficie (HBsAg) y anticuerpos anti-Core (anti HbC). Para hepatitis C, se realizan pruebas de detección de anticuerpos y antígeno del virus de la hepatitis C (anti HCV).

Tabla 1. Prevalencia de hepatitis virales en donantes de sangre. Argentina, 2012-2022.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Donantes	504.550	516.218	510.118	492.682	500.653	369.750	424.796	398.789	472.586	776.533	987.807	5.954.482
HBsAg	0,18%	0,17%	0,20%	0,18%	0,21%	0,19%	0,21%	0,20%	0,19%	0,20%	0,17%	0,19%
anti HBc	1,37%	1,39%	1,38%	1,31%	1,36%	1,16%	1,00%	0,98%	0,93%	1,19%	1,15%	1,20%
anti HCV	0,36%	0,35%	0,40%	0,35%	0,28%	0,28%	0,31%	0,30%	0,28%	0,27%	0,24%	0,30%

FUENTE: Dirección de Medicina Transfusional, en base a la Memoria Anual de Actividades de los programas provinciales de Hemoterapia de las 24 jurisdicciones.

El comportamiento epidemiológico de estas infecciones virales en la población donante voluntaria y habitual de sangre en la Argentina pone de manifiesto la magnitud de la importancia del donante seguro y fidelizado, ya que se encuentran también prevalencias elevadas en algunas provincias, que pueden analizarse y contemplarse por el porcentaje de donación de reposición, que dista marcadamente de la prevalencia de la población general.

En el período 2012-2022, la prevalencia de hepatitis C en donantes de sangre de Argentina oscila entre el 0,24 y el 0,40%, según las diferentes jurisdicciones. En el caso de la hepatitis B, la prevalencia del HBsAg va de 0,17 a 0,21% y la de anti HBc, de 0,93 a 1,39 % (Gráfico 1).

Gráfico 1. Evolución anual de las prevalencias de hepatitis virales en donantes de sangre. Argentina, 2012-2022.



FUENTE: Dirección de Medicina Transfusional, en base a la Memoria Anual de Actividades de los programas provinciales de Hemoterapia de las 24 jurisdicciones.



En las **Tablas 2, 3 y 4** se muestra la prevalencia del HBsAg, anti Hbc y anti HCV en bancos de sangre de las distintas jurisdicciones entre 2012 y 2022.

Tabla 2. Prevalencia de HBsAg en bancos de sangre según jurisdicción. Argentina, 2012-2022.

HBsAg	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Buenos Aires	0,14%	0,11%	0,20%	0,17%	0,18%	0,16%	0,28%	0,27%	0,25%	0,26%	0,24%
CABA	0,16%	0,22%	0,21%	0,15%	0,20%	0,15%	0,18%	0,17%	0,19%	0,20%	0,18%
Catamarca	0,23%	0,08%	0,47%	0,23%	0,27%	0,29%	0,29%	0,30%	0,28%	0,27%	0,29%
Chaco	0,13%	0,15%	0,08%	0,15%	0,05%	0,09%	0,20%	0,19%	0,20%	0,22%	0,21%
Chubut	0,23%	0,31%	0,00%	s/d	0,18%	0,11%	0,18%	0,17%	0,19%	0,18%	0,17%
Córdoba	0,07%	0,12%	0,08%	0,13%	0,35%	0,19%	0,43%	0,42%	0,40%	0,41%	0,40%
Corrientes	0,05%	0,07%	0,05%	0,07%	0,11%	0,07%	0,10%	0,09%	0,12%	0,10%	0,11%
Entre Ríos	0,66%	0,12%	0,11%	0,03%	0,08%	0,09%	0,21%	0,20%	0,18%	0,19%	0,20%
Formosa	0,36%	0,16%	0,24%	0,62%	0,70%	0,21%	0,23%	0,25%	s/d	s/d	s/d
Jujuy	0,61%	0,37%	0,41%	0,07%	0,03%	0,10%	0,16%	0,13%	0,10%	0,12%	0,11%
La Pampa	0,32%	0,28%	0,06%	0,17%	0,39%	0,19%	0,12%	0,15%	0,16%	0,14%	0,17%
La Rioja	0,18%	0,24%	0,34%	0,95%	0,42%	0,52%	0,83%	0,81%	0,80%	0,79%	0,78%
Mendoza	0,55%	0,08%	0,21%	0,31%	0,34%	0,47%	0,14%	0,11%	0,09%	0,10%	0,09%
Misiones	0,45%	0,36%	0,25%	0,42%	0,17%	0,31%	0,27%	0,28%	0,26%	0,25%	0,24%
Neuquén	0,11%	0,18%	0,08%	0,18%	0,12%	0,63%	0,24%	0,21%	0,22%	0,20%	0,19%
Río Negro	0,27%	0,44%	0,18%	0,18%	0,22%	0,27%	0,15%	0,15%	0,17%	0,18%	0,20%
Salta	0,44%	0,24%	0,33%	0,22%	0,34%	0,34%	0,49%	0,47%	0,48%	0,46%	0,45%
San Juan	0,05%	0,14%	0,10%	0,02%	0,02%	0,00%	0,05%	0,04%	0,16%	0,15%	0,12%
San Luis	0,12%	0,06%	0,09%	0,14%	0,17%	0,10%	0,15%	0,16%	0,17%	0,14%	0,13%
Santa Cruz	0,11%	0,05%	0,02%	0,00%	0,52%	0,32%	0,05%	0,06%	0,04%	0,05%	0,05%
Santa Fe	0,10%	0,33%	0,21%	0,18%	0,10%	0,06%	0,08%	0,06%	0,05%	0,05%	0,04%
Santiago del Estero	0,28%	0,31%	0,31%	0,01%	0,05%	0,01%	0,02%	0,04%	0,03%	0,04%	0,07%
Tierra del Fuego	0,27%	0,13%	0,13%	0,00%	0,07%	0,00%	0,04%	0,03%	0,04%	0,05%	0,03%
Tucumán	0,04%	0,13%	0,27%	0,14%	0,17%	0,11%	0,11%	0,10%	0,12%	0,11%	0,09%
Total País	0,18%	0,17%	0,20%	0,18%	0,21%	0,19%	0,21%	0,23%	0,19%	0,21%	0,19%

FUENTE: Dirección de Medicina Transfusional, en base a la Memoria Anual de Actividades de los programas provinciales de Hemoterapia de las 24 jurisdicciones.

Tabla 3. Prevalencia de anti Hbc en bancos de sangre según jurisdicción. Argentina, 2012-2022.

anti Hbc	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Buenos Aires	0,81%	0,97%	1,09%	1,17%	1,18%	0,59%	0,83%	0,80%	0,81%	0,82%	0,84%
CABA	2,05%	1,66%	1,45%	1,24%	1,39%	1,04%	1,05%	1,00%	1,02%	1,05%	1,04%
Catamarca	2,00%	1,21%	1,15%	1,10%	1,02%	0,97%	2,53%	2,49%	2,51%	2,48%	2,45%
Chaco	1,30%	1,51%	0,93%	1,30%	1,00%	0,79%	1,07%	1,12%	1,10%	1,14%	1,19%
Chubut	2,31%	1,18%	0,56%	s/d	0,79%	0,67%	0,64%	1,00%	0,98%	0,97%	1,00%
Córdoba	0,88%	0,95%	0,82%	0,63%	0,44%	0,69%	0,88%	0,83%	0,84%	0,85%	0,86%
Corrientes	1,00%	0,88%	0,76%	0,73%	0,78%	0,72%	0,82%	0,80%	0,78%	0,80%	0,79%
Entre Ríos	1,59%	1,07%	1,05%	0,62%	0,66%	0,59%	1,12%	1,13%	1,00%	1,10%	1,09%
Formosa	3,08%	2,28%	3,36%	2,64%	3,13%	1,91%	1,59%	1,61%	s/d	s/d	s/d
Jujuy	4,44%	5,62%	4,64%	2,69%	1,82%	1,88%	1,11%	1,15%	1,12%	1,16%	1,20%
La Pampa	0,88%	0,46%	0,23%	0,17%	0,39%	0,31%	0,29%	0,30%	0,28%	0,29%	0,27%
La Rioja	3,42%	2,44%	2,77%	3,83%	3,37%	1,54%	0,54%	0,62%	0,60%	0,59%	0,55%
Mendoza	1,70%	1,25%	1,32%	1,56%	1,74%	1,70%	0,73%	0,71%	0,74%	0,72%	0,69%
Misiones	5,60%	4,25%	3,84%	4,21%	4,55%	4,07%	2,53%	2,50%	2,51%	2,48%	2,45%
Neuquén	1,89%	1,60%	1,31%	1,60%	0,99%	2,59%	0,55%	0,53%	0,52%	0,51%	0,59%
Río Negro	0,57%	0,66%	0,75%	0,62%	0,43%	0,69%	0,34%	0,41%	0,39%	0,40%	0,42%
Salta	3,37%	2,60%	2,98%	2,68%	4,04%	3,30%	2,86%	2,82%	3,00%	2,97%	3,00%
San Juan	0,73%	0,72%	0,66%	0,56%	0,56%	0,55%	0,48%	0,50%	0,51%	0,53%	0,71%
San Luis	0,85%	0,32%	0,37%	0,71%	0,71%	0,82%	0,35%	0,34%	0,38%	0,34%	0,32%
Santa Cruz	1,53%	1,54%	0,80%	1,19%	0,52%	1,59%	0,99%	1,12%	1,09%	1,10%	1,13%
Santa Fe	1,36%	2,22%	0,98%	1,85%	0,65%	0,88%	1,19%	1,00%	0,92%	0,91%	0,98%
Santiago del Estero	0,56%	0,62%	0,92%	0,84%	0,69%	0,26%	0,43%	0,38%	0,40%	0,38%	0,42%
Tierra del Fuego	1,22%	1,35%	0,76%	0,67%	0,46%	0,57%	0,52%	0,50%	0,49%	0,45%	0,44%
Tucumán	1,33%	0,78%	1,10%	1,19%	1,22%	0,00%	0,69%	0,57%	0,55%	0,56%	0,58%
Total País	1,37%	1,39%	1,38%	1,31%	1,36%	1,16%	1,00%	0,98%	0,93%	0,94%	0,96%

FUENTE: Dirección de Medicina Transfusional, en base a la Memoria Anual de Actividades de los programas provinciales de Hemoterapia de las 24 jurisdicciones.

Tabla 4. Prevalencia de anti VHC en bancos de sangre según jurisdicción. Argentina, 2012-2022.

anti HCV	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Buenos Aires	0,25%	0,32%	0,44%	0,32%	0,33%	0,20%	0,30%	0,30%	0,29%	0,27%	0,25%
CABA	0,56%	0,58%	0,44%	0,36%	0,40%	0,39%	0,42%	0,40%	0,38%	0,37%	0,34%
Catamarca	1,35%	1,32%	0,35%	0,45%	0,48%	0,49%	0,82%	0,81%	0,78%	0,76%	0,80%
Chaco	0,23%	0,22%	0,20%	0,12%	0,19%	0,16%	0,15%	0,17%	0,14%	0,13%	0,23%
Chubut	0,21%	0,49%	0,46%	s/d	0,13%	0,11%	0,23%	0,21%	0,18%	0,17%	0,20%
Córdoba	0,40%	0,29%	0,46%	0,40%	0,07%	0,29%	0,62%	0,61%	0,59%	0,55%	0,56%
Corrientes	0,16%	0,11%	0,07%	0,15%	0,11%	0,21%	0,10%	0,80%	0,27%	0,25%	0,22%
Entre Ríos	0,77%	0,12%	0,26%	0,07%	0,23%	0,08%	0,07%	0,06%	0,11%	0,09%	0,10%
Formosa	0,16%	0,12%	0,42%	0,62%	0,68%	0,10%	0,25%	0,23%	s/d	s/d	s/d
Jujuy	0,42%	0,24%	0,18%	0,36%	0,27%	0,13%	0,10%	0,90%	0,18%	0,20%	0,17%
La Pampa	0,50%	0,20%	0,14%	0,17%	0,62%	0,13%	0,40%	0,38%	0,39%	0,37%	0,35%
La Rioja	1,16%	0,71%	0,73%	2,37%	0,98%	0,71%	0,66%	0,64%	0,62%	0,63%	0,58%
Mendoza	0,72%	0,37%	0,35%	0,42%	0,24%	0,63%	0,53%	0,51%	0,49%	0,47%	0,50%
Misiones	0,09%	0,32%	0,15%	0,30%	0,26%	0,17%	0,31%	0,29%	0,27%	0,26%	0,23%
Neuquén	0,51%	0,53%	0,40%	0,53%	0,46%	0,48%	0,44%	0,41%	0,43%	0,42%	0,39%
Río Negro	0,27%	0,21%	0,45%	0,41%	0,25%	0,30%	0,24%	0,20%	0,22%	0,20%	0,19%
Salta	0,31%	0,22%	0,51%	0,45%	0,38%	0,43%	0,50%	0,47%	0,44%	0,42%	0,43%
San Juan	0,12%	0,10%	0,37%	0,16%	0,10%	0,12%	0,05%	0,05%	0,07%	0,05%	0,06%
San Luis	0,27%	0,16%	0,44%	0,28%	0,24%	0,21%	0,12%	0,10%	0,13%	0,12%	0,15%
Santa Cruz	0,72%	0,82%	0,30%	0,16%	0,48%	0,11%	0,14%	0,12%	0,11%	0,13%	0,12%
Santa Fe	0,23%	0,45%	0,25%	0,36%	0,18%	0,23%	0,34%	0,31%	0,32%	0,33%	0,29%
Santiago del Estero	0,19%	0,81%	0,63%	0,34%	0,44%	0,08%	0,06%	0,05%	0,07%	0,06%	0,09%
Tierra del Fuego	0,45%	0,35%	0,00%	0,11%	0,11%	0,12%	0,12%	0,10%	0,10%	0,11%	0,10%
Tucumán	0,45%	0,21%	0,40%	0,26%	0,18%	0,17%	0,37%	0,35%	0,33%	0,31%	0,29%
Total País	0,36%	0,35%	0,40%	0,35%	0,28%	0,28%	0,31%	0,39%	0,28%	0,27%	0,27%

FUENTE: Dirección de Medicina Transfusional, en base a la Memoria Anual de Actividades de los programas provinciales de Hemoterapia de las 24 jurisdicciones.

Los marcadores de hepatitis evolucionan de acuerdo con la política de Sangre Segura, basada como ya se dijo en la donación voluntaria y habitual, con fuerte participación de las asociaciones civiles en la promoción y procuración de donantes.

La eficacia de los programas de donación voluntaria de sangre se observa en los descensos significativos de la prevalencia de las hepatitis virales en la población donante y su incidencia en la prevalencia de la población general.

Los virus de las hepatitis B (VHB) y C (VHC) representan un problema para la salud pública y, en el caso de la medicina transfusional y los bancos de sangre, una problemática puntual por la repercusión que pudieran tener en el abastecimiento de hemocomponentes. Es por ello que se debe fortalecer la prevención en la población general.

Si bien las medidas de seguridad son más eficaces a lo largo de los años, existe la posibilidad de transmisión en los bancos de sangre debido a la ventana inmunológica, donantes asintomáticos, portadores crónicos con resultados serológicos negativos, infección con cepas mutantes o errores técnicos. Por tanto, es fundamental contar con equipos automatizados en los laboratorios de ITT, con controles de calidad internos y externos que permitan reducir el error humano, y con pruebas de tamizaje que, sea por técnicas serológicas y/o de biología molecular, cuenten con mayor sensibilidad y especificidad.

El trabajo articulado de la Coordinación de Hepatitis Virales, la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica y la Dirección de Medicina Transfusional, junto con los programas provinciales de Control de Hepatitis Virales, de Epidemiología y de Sangre, tiene como propósito lograr una respuesta oportuna a aquellos donantes que presentan una serología reactiva, para que sean notificados y derivados para su diagnóstico, seguimiento, tratamiento, favoreciendo así el acceso a la salud.

Mortalidad por hepatitis virales en la Argentina

Autores: Carlos Guevel^a, Valeria Levite^a, Marysol Orlando^b, Roxana Aquino^c, Marcela Ezcurra^c, Karina Roitman^c, Emma Coronel^c.

^a Dirección de Estadísticas e Información de Salud; ^b Área de Información Estratégica y ^c Coordinación de Hepatitis Virales, Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis y TB, Ministerio de Salud de la Nación.

Nota metodológica

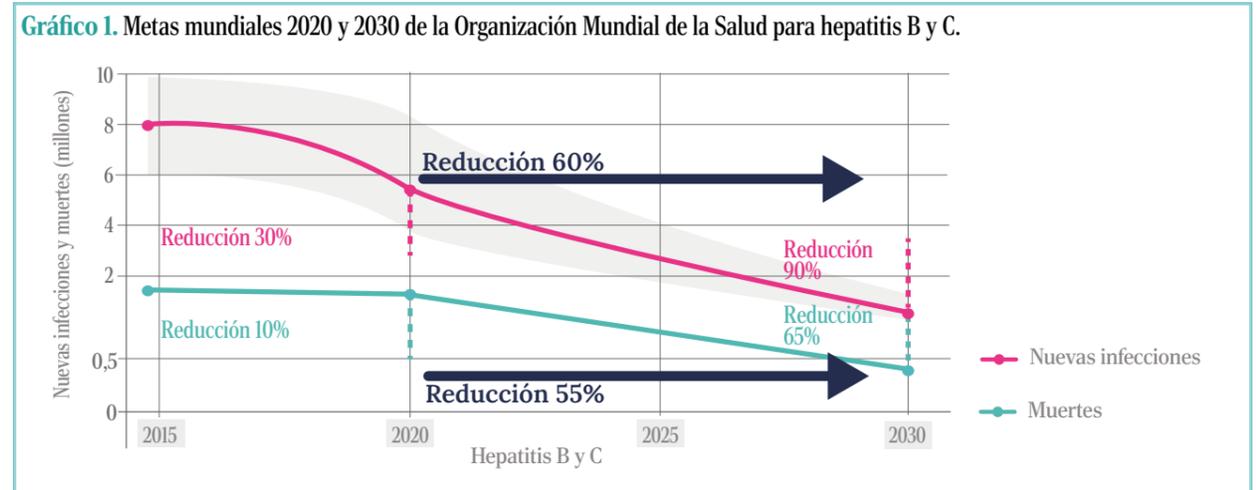
La fuente de datos de este reporte es la información surgida de los certificados de defunción, elaborada por la Dirección de Estadísticas e Información en la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (DEIS). Las diferentes causas o factores etiológicos relacionados con la muerte se informan en las partes I y II de dichos certificados, de acuerdo con codificación de la Clasificación internacional de enfermedades, 10^a Edición (CIE-10)¹. Están incluidos en este análisis todos los casos de defunción por hepatitis virales (códigos B15.0-B19.9 y B94.2), carcinoma hepatocelular (códigos C22.0-C22.9) y enfermedades hepáticas seleccionadas que pudiesen estar causadas por hepatitis virales (códigos K70-K77), ocurridos en el período 2012-2022.

¹ Las referencias bibliográficas se listan al final del artículo.

Introducción

Las hepatitis virales (HV) representan un problema prioritario en materia de salud pública en todo el mundo y sus tasas de mortalidad son uno de los principales indicadores que ponen de manifiesto la magnitud del problema.

Es por ello que la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2016 estableció la Estrategia Mundial del sector de la Salud contra las hepatitis víricas 2016-2021 para lograr su eliminación². Allí insta metas de reducción de la mortalidad ocasionada por las HV en un 10% para 2020 y en un 65% para 2030 (Gráfico 1).



FUENTE: WHO. Global health sector strategy on viral hepatitis, 2016-2021.

Si bien existen diversos virus causantes de hepatitis, el 96% de la mortalidad global por HV se debe a los virus de la hepatitis B (VHB) y de la hepatitis C (VHC)^{3,4,5}.

A pesar de que en el escenario mundial actual se han logrado grandes avances relacionados con la cobertura de vacunas para las HV y con la disponibilidad de tratamientos altamente efectivos para su control y/o eliminación, los datos de mortalidad atribuibles a HV continúan siendo altos, lo que las posiciona como una importante causa de muerte por enfermedad transmisible, que se encuentra en ascenso^{6,7}. De hecho la OMS, en su Reporte Global de Hepatitis 2024, informa que el número estimado de muertes por hepatitis virales se incrementó de 1,1 millones de personas en 2019 a 1,3 millones durante 2022: 1.100.000 muertes (83%) se asociaron al VHB y 244.000, al VHC (17%). Estos datos ubican a las hepatitis virales (junto a la tuberculosis) como la segunda causa de muerte por enfermedades transmisibles en 2022 luego del COVID-19⁸.

El análisis sistemático de la información sobre mortalidad es un indicador primordial en la gestión estratégica de la Coordinación de Hepatitis Virales del Ministerio de Salud de la Nación, no solo por el impacto que las hepatitis virales representan en términos de muerte prematura y reducción de la esperanza de vida, sino también por su importancia para el desarrollo y la evaluación de políticas sanitarias tendientes a mitigarlas.

Mortalidad por hepatitis virales en la Argentina

Según información provista por la Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS), en 2022 se reportaron 113 muertes específicamente atribuidas a HV, con mayoría de sexo masculino (69) y con una media y una mediana de edad de 59,7 y 60 años, respectivamente. El promedio de muertes anuales en los últimos diez años es 148. Sin embargo, se considera que existe un subregistro de la mortalidad asociada a las HV.

Las hepatitis virales B y C pueden evolucionar a la cronicidad y, en ausencia de un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado, pueden llevar al desarrollo de cirrosis, carcinoma hepatocelular (CHC) e insuficiencia

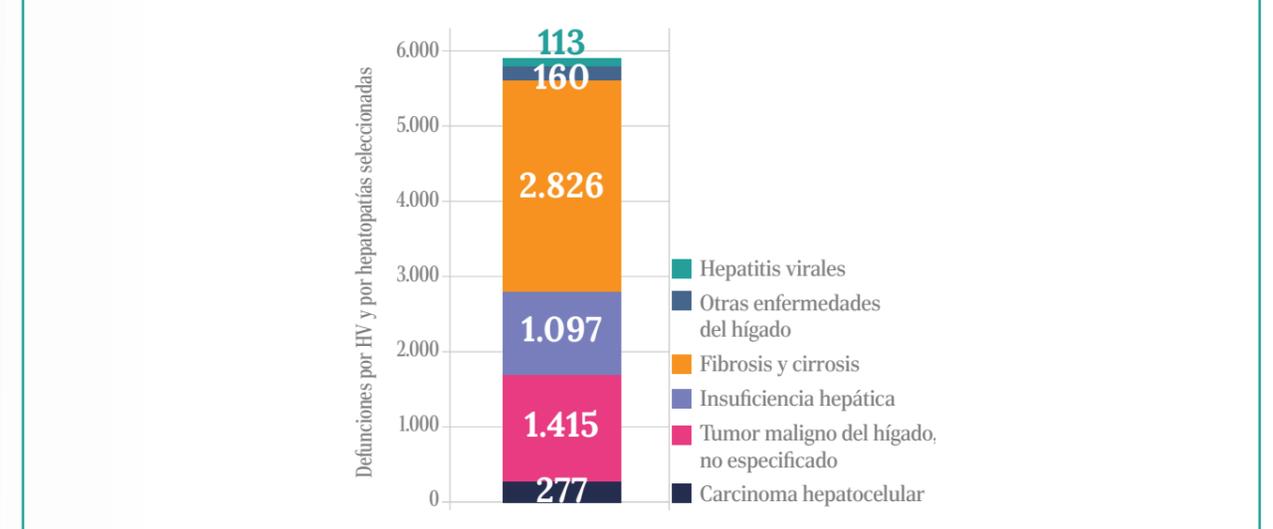
hepática, que son las principales causas de muerte fundamentalmente asociadas a HV⁹⁻¹². En virtud de este escenario, en 2022 hubo 5.775 defunciones por enfermedades hepáticas, dentro de las cuales se estima que un importante número podrían estar asociadas a VHB y VHC (Tabla 1 y Gráfico 2).

Tabla 1. Muertes por hepatitis virales (HV) y por hepatopatías seleccionadas. Argentina, 2012-2022.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
VHA	-	-	2	3	7	2	3	3	2	1	2
VHD	-	-	2	1	1	-	-	-	2	-	-
VHB	31	24	20	27	30	26	29	20	22	14	18
VHC	100	99	106	134	125	108	97	74	64	53	68
VHE	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
Otras HV	2	-	2	3	2	-	1	-	1	-	-
HV sin especificar	15	24	20	25	28	42	26	43	24	23	25
Secuelas de HV	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Carcinoma hepatocelular	215	203	215	214	184	194	231	290	289	284	277
Tumor maligno del hígado, no especificado	1.613	1.535	1.486	1.669	1.595	1.714	1.555	1.516	1.576	1.526	1.415
Insuficiencia hepática	-	-	-	-	-	-	1.296	1.181	1.089	1.264	1.097
Fibrosis y cirrosis	1.948	2.067	2.241	2.683	2.922	2.560	2.553	2.650	2.727	3.043	2.826
Otras enfermedades del hígado	260	226	247	178	221	205	177	177	188	186	160

FUENTE: elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Dirección de Estadísticas e Información en la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (DEIS).

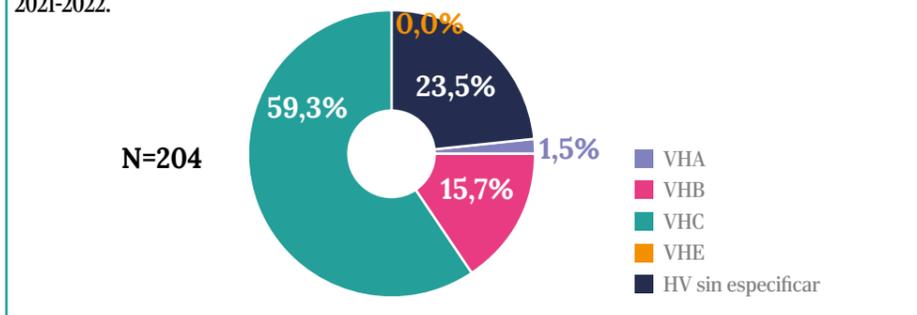
Gráfico 2. Muertes por hepatitis virales (HV) y por hepatopatías seleccionadas. Argentina, 2022.



FUENTE: elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Dirección de Estadísticas e Información en la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (DEIS).

De las 204 muertes por HV ocurridas en el bienio 2021-2022, un 59,3% se debió al VHC, un 15,7% al VHB y un 1,5% a la hepatitis A (VHA). Sin embargo, estos porcentajes podrían variar, ya que hubo un 23,5% de muertes por hepatitis virales en las que no se consignó el agente etiológico (Gráfico 3).

Gráfico 3. Proporción de muertes por hepatitis virales (HV) según agente etiológico. Argentina, 2021-2022.



FUENTE: elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Dirección de Estadísticas e Información en la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (DEIS).

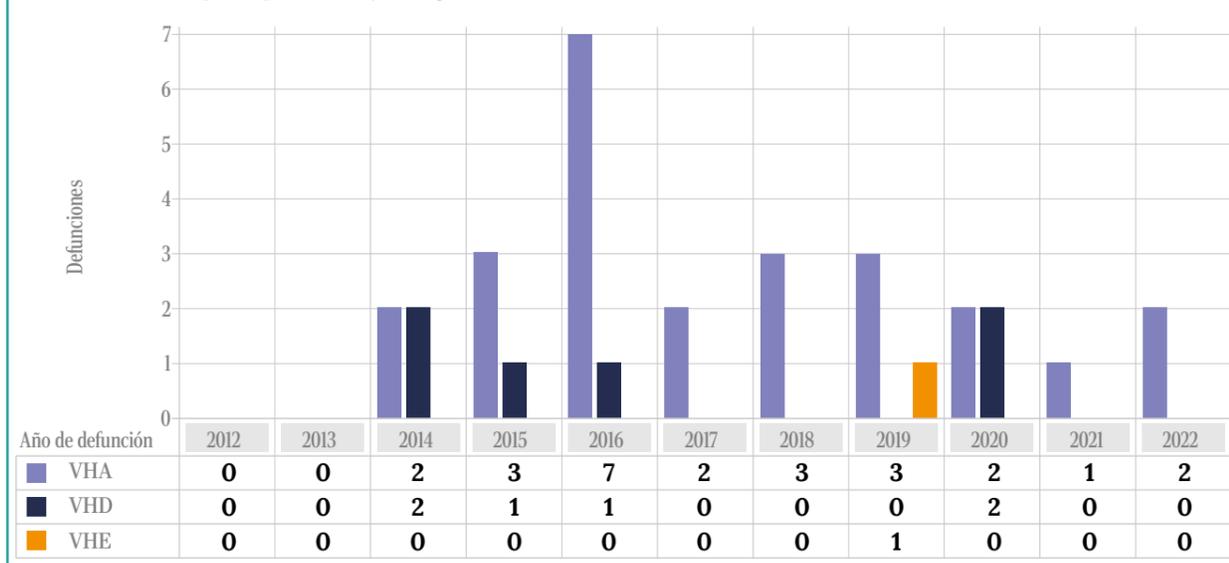
Mortalidad por hepatitis A, E y D

Desde 2012 hasta 2022, se registró el fallecimiento de 25 personas por VHA y solo una por hepatitis E (VHE). Es importante señalar que ninguna de las muertes por VHA ocurrió en niñas o niños con edad suficiente como para haber recibido la vacuna contra la hepatitis A (incorporada al Calendario Nacional de Vacunación en 2005)¹³.

De las 25 muertes ocurridas por VHA, 15 fueron de personas que residían en la región Centro, 5 en la región de Cuyo, 3 en el noreste argentino (NEA), 1 en el noroeste argentino (NOA) y 1 en la región Sur*. En cuanto al VHE, un virus de baja prevalencia en el territorio nacional, la única muerte ocurrida en el período correspondió a una persona que residía en la región de Cuyo.

Por último, en el período analizado hubo 6 muertes por **hepatitis D**: en dos casos se trataba de coinfección con VHB y en cuatro, de superinfección. El rango de edad de las personas fallecidas por este virus fue de 47 a 80 años. Cuatro de estas personas vivían en Santa Fe, una en Córdoba y una en Tucumán. El Gráfico 4 muestra la distribución anual de estas defunciones.

Gráfico 4. Muertes por hepatitis A, D y E. Argentina, 2012-2022.



FUENTE: elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Dirección de Estadísticas e Información en la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (DEIS).

*La región Centro se compone de las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe y Entre Ríos y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La región de Cuyo está integrada por Mendoza, San Juan y San Luis. El NEA, por Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones. El NOA, por Catamarca, Jujuy, La Rioja, Salta, Santiago del Estero y Tucumán. La región Sur, por La Pampa, Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

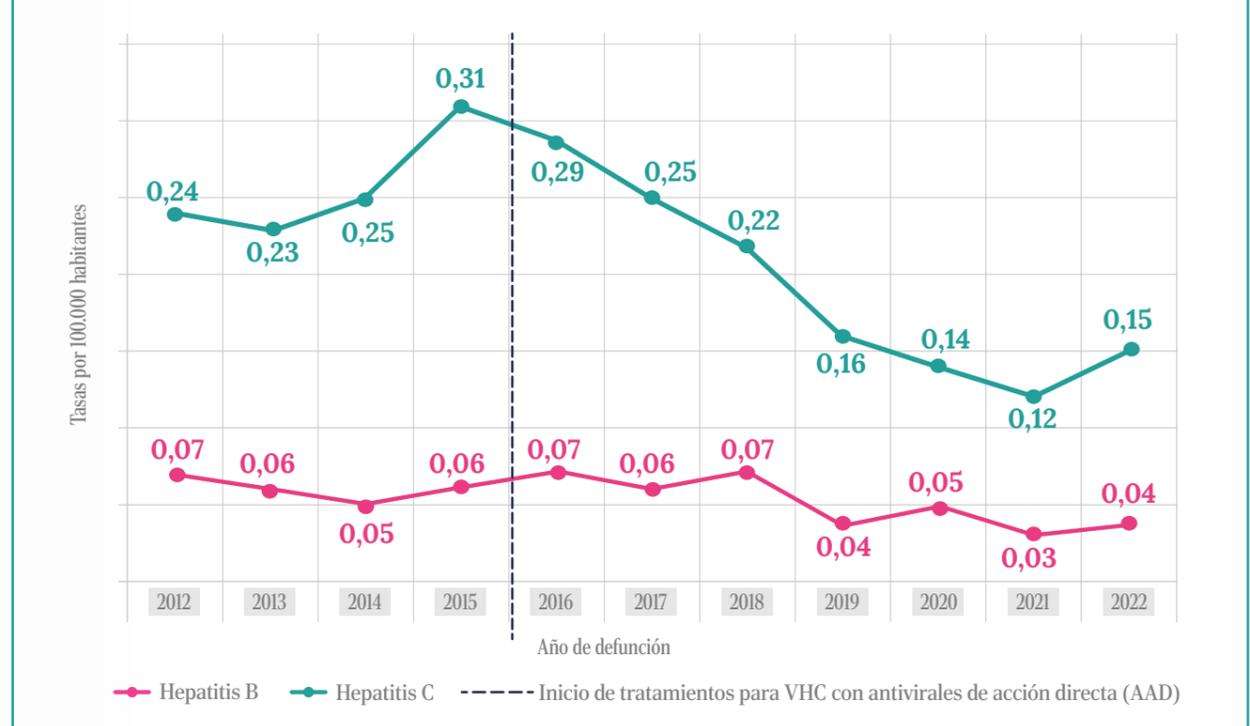
Mortalidad por hepatitis B y C

El 76% de las 113 muertes por hepatitis virales registradas en 2022 fueron causadas por los virus B y C. De las 18 muertes por VHB, la presentación aguda asociada a insuficiencia hepática fue la principal causa, mientras que las 68 muertes por el VHC se debieron en su mayoría a formas crónicas asociadas al desarrollo de enfermedad hepática avanzada.

La tasa de mortalidad por VHB de 2022 es de 0,04 por cien mil habitantes, valor que en los últimos cuatro años se mantiene constante y que en su evolución en los últimos diez años oscila entre 0,03 y 0,07 por cien mil habitantes.

La tasa de mortalidad por VHC fue de 0,15 por cien mil habitantes en 2022. En el período de estudio esta tasa fue entre 2,8 y 5,2 veces mayor que la del VHB. La curva interanual de la tasa de mortalidad por el VHC muestra un importante descenso a partir de 2016, cuando en nuestro país se comenzaron a administrar los nuevos antivirales de acción directa (AAD) (Gráfico 5).

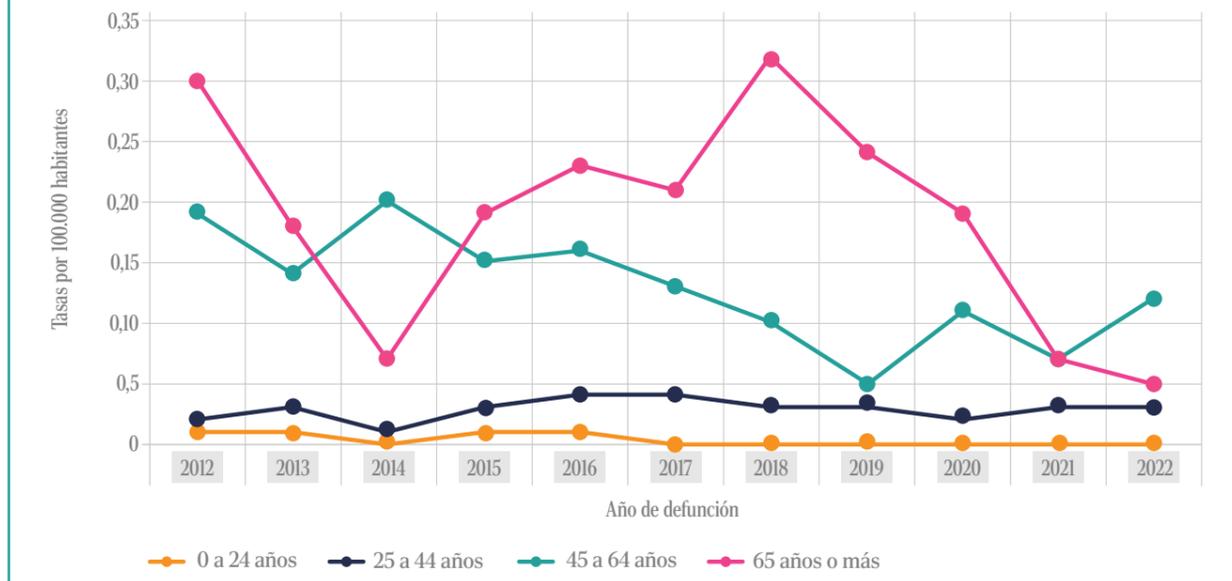
Gráfico 5. Evolución de las tasas de mortalidad por hepatitis B y C por cien mil habitantes. Argentina, 2012-2022.



FUENTE: elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Dirección de Estadísticas e Información en la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (DEIS).

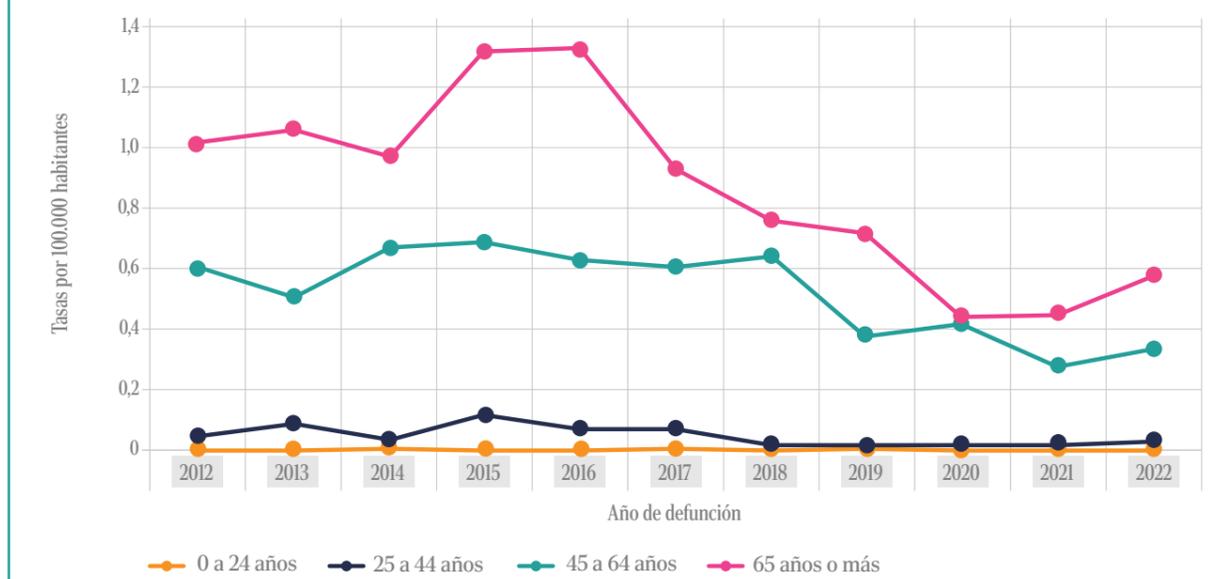
El análisis de las tasas de mortalidad por grupo etario indica que los grupos más afectados son los de 45 años en adelante, tanto por VHB como por VHC. Las tasas correspondientes al VHC resultan superiores a las de VHB en todos los grupos etarios. Asimismo, también aquí se destaca el descenso en la mortalidad por VHC en el subgrupo de personas mayores de 65 años a partir del uso de los AAD, entre quienes probablemente el factor más implicado esté en relación con un mayor grado de fibrosis hepática e impacto de la eliminación viral, lo que pone de manifiesto la importancia de garantizar el acceso al tratamiento universal en todos los subsistemas de salud de nuestro país (Gráficos 6 y 7).

Gráfico 6. Evolución de las tasas de mortalidad por hepatitis B por cien mil habitantes según grupo etario. Argentina, 2012-2022.



FUENTE: elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Dirección de Estadísticas e Información en la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (DEIS).

Gráfico 7. Evolución de las tasas de mortalidad por hepatitis C por cien mil habitantes según grupo etario. Argentina, 2012-2022.



FUENTE: elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Dirección de Estadísticas e Información en la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (DEIS).

Cuando se analiza la mortalidad según el sexo asignado al nacer de las personas fallecidas, se observa que la cantidad de fallecimientos por VHB durante los últimos diez años siempre fue más alta entre los varones (Gráfico 8).

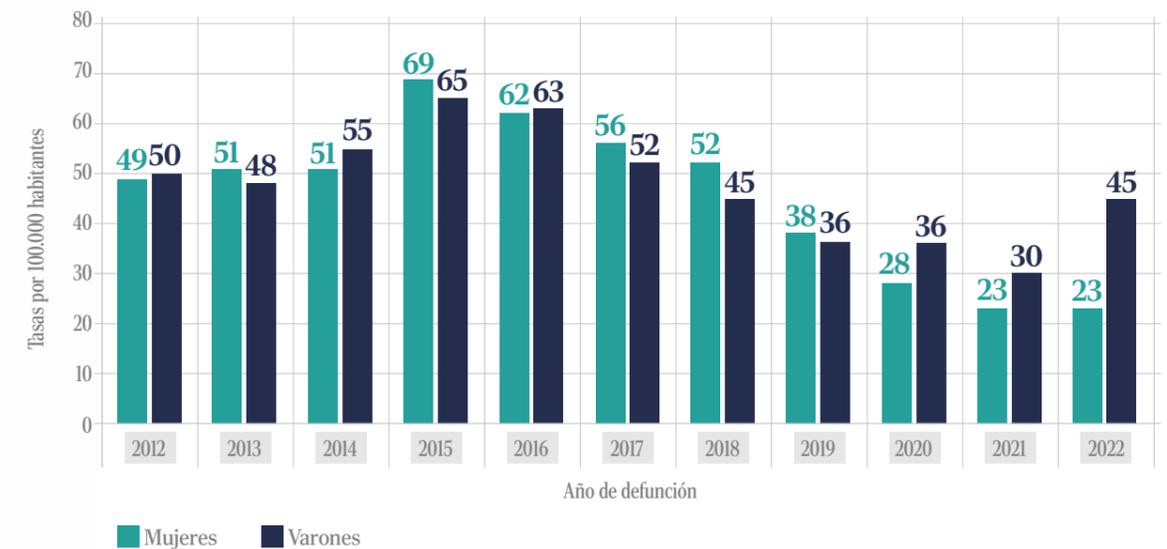
Gráfico 8. Evolución de las tasas de mortalidad por hepatitis B por cien mil habitantes según sexo asignado al nacer. Argentina, 2012-2022.



FUENTE: elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Dirección de Estadísticas e Información en la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (DEIS).

Por su parte, las muertes por VHC son más parejas entre varones y mujeres que lo que ocurre con VHB. Hasta 2019, fueron oscilando sin presentar grandes diferencias entre sexos, pero a partir de 2020, los varones comenzaron a presentar valores superiores a los de las mujeres (Gráfico 9).

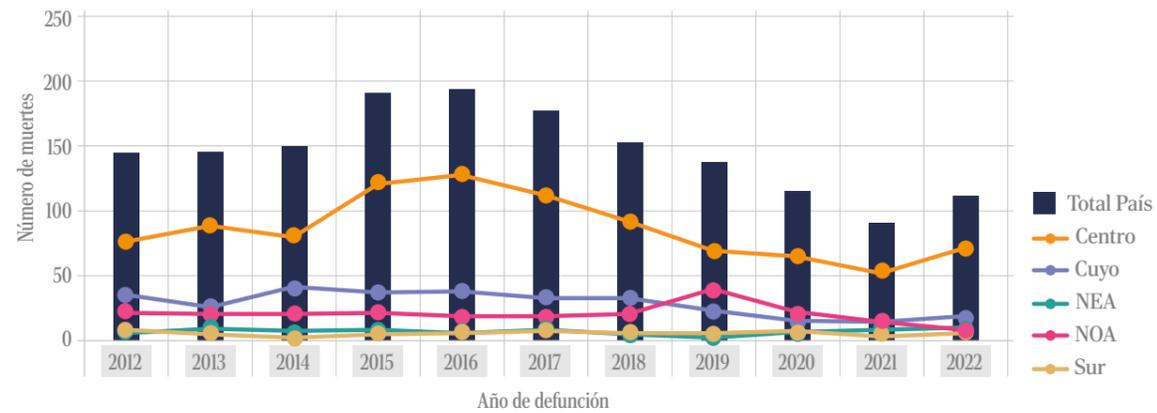
Gráfico 9. Evolución de las tasas de mortalidad por hepatitis C por cien mil habitantes según sexo asignado al nacer. Argentina, 2012-2022.



FUENTE: elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Dirección de Estadísticas e Información en la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (DEIS).

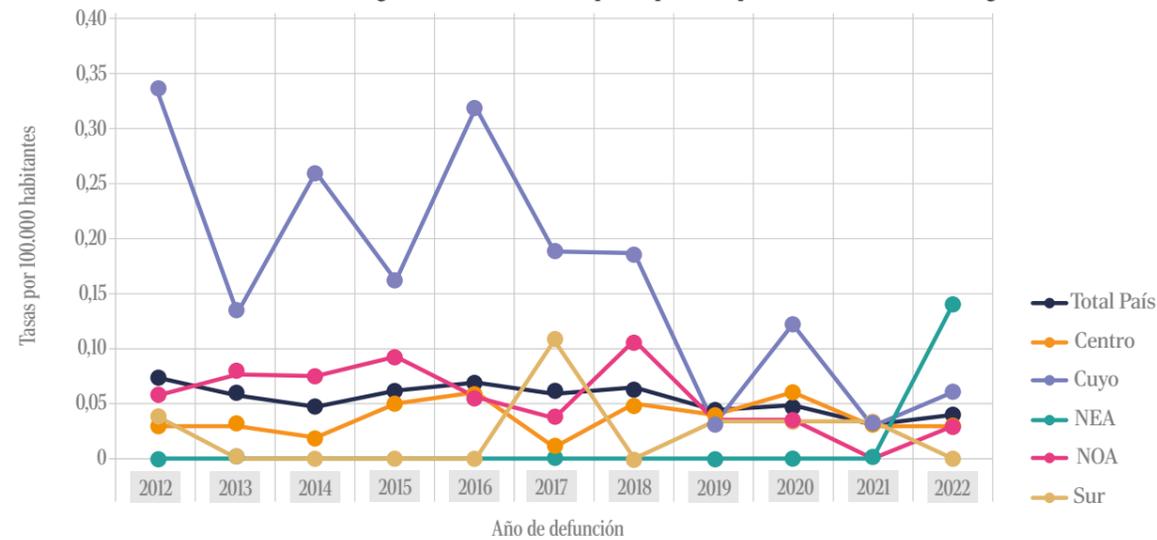
En relación con el lugar de residencia, la mayoría de las personas fallecidas por VHB y VHC entre 2012 y 2022 se registraron en la región Centro (Gráfico 10), pero al analizar los datos con una base poblacional, las tasas más altas para ambas hepatitis y para el mismo período muestran que es la región Cuyo la que presenta los valores más altos, lo que plantea la necesidad imperiosa de aumentar el diagnóstico oportuno y continuar garantizando el acceso al tratamiento universal, ya que desde 2018 comienzan a bajar las tasas de mortalidad por VHC en la región. También llama la atención el aumento en la tasa de mortalidad por VHB en el NEA durante 2022 (Gráficos 11 y 12).

Gráfico 10. Muertes anuales por hepatitis virales según región de residencia y total país. Argentina, 2012-2022.



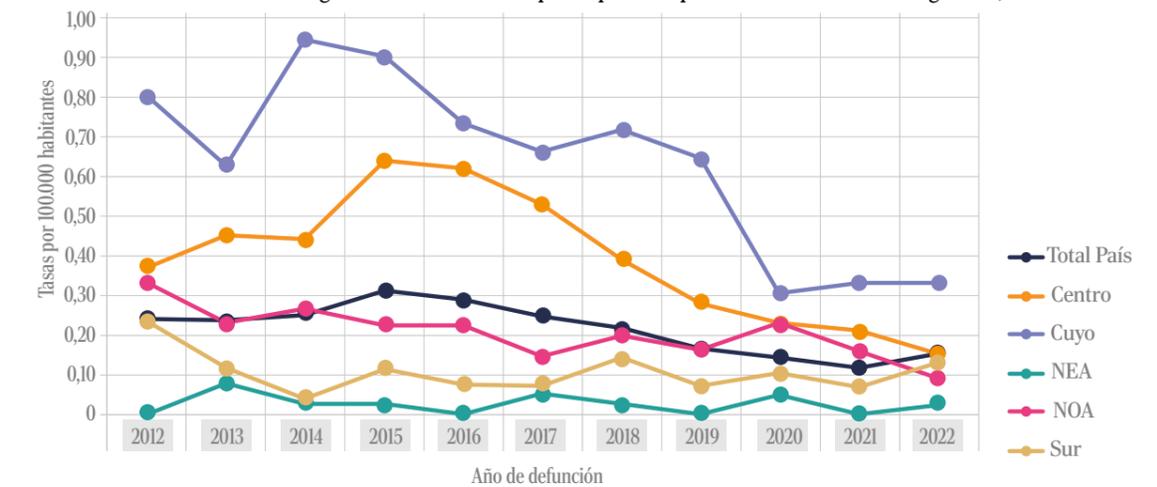
FUENTE: elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Dirección de Estadísticas e Información en la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (DEIS).

Gráfico 11. Evolución anual de las tasas regionales de mortalidad por hepatitis B por cien mil habitantes. Argentina, 2012-2022.



FUENTE: elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Dirección de Estadísticas e Información en la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (DEIS).

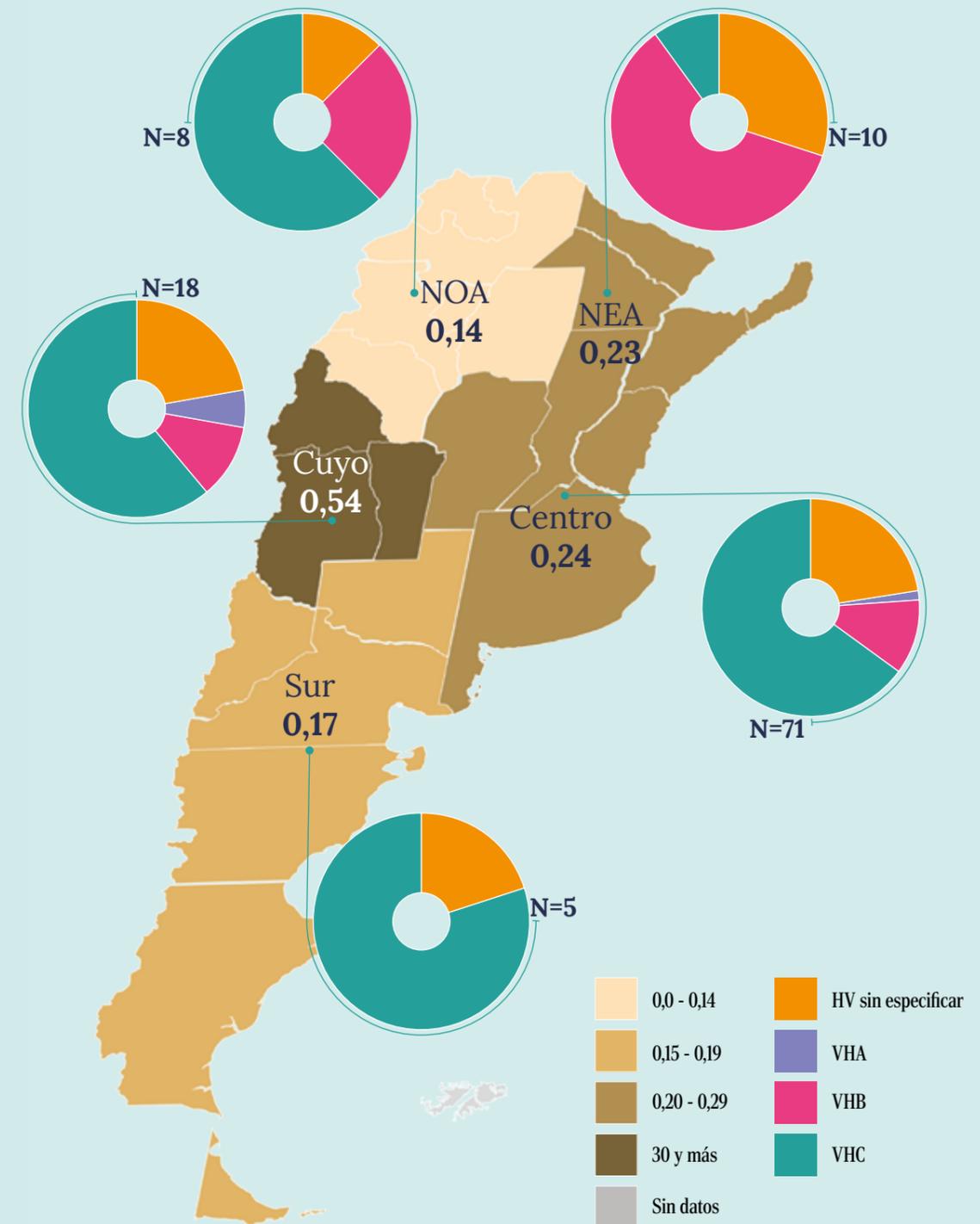
Gráfico 12. Evolución de las tasas regionales de mortalidad por hepatitis C por cien mil habitantes. Argentina, 2012-2022.



FUENTE: elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Dirección de Estadísticas e Información en la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (DEIS).

En el **Mapa 1**, se puede ver la tasa de mortalidad por hepatitis virales por región del año 2022 y la proporción de los virus en cada una de ellas.

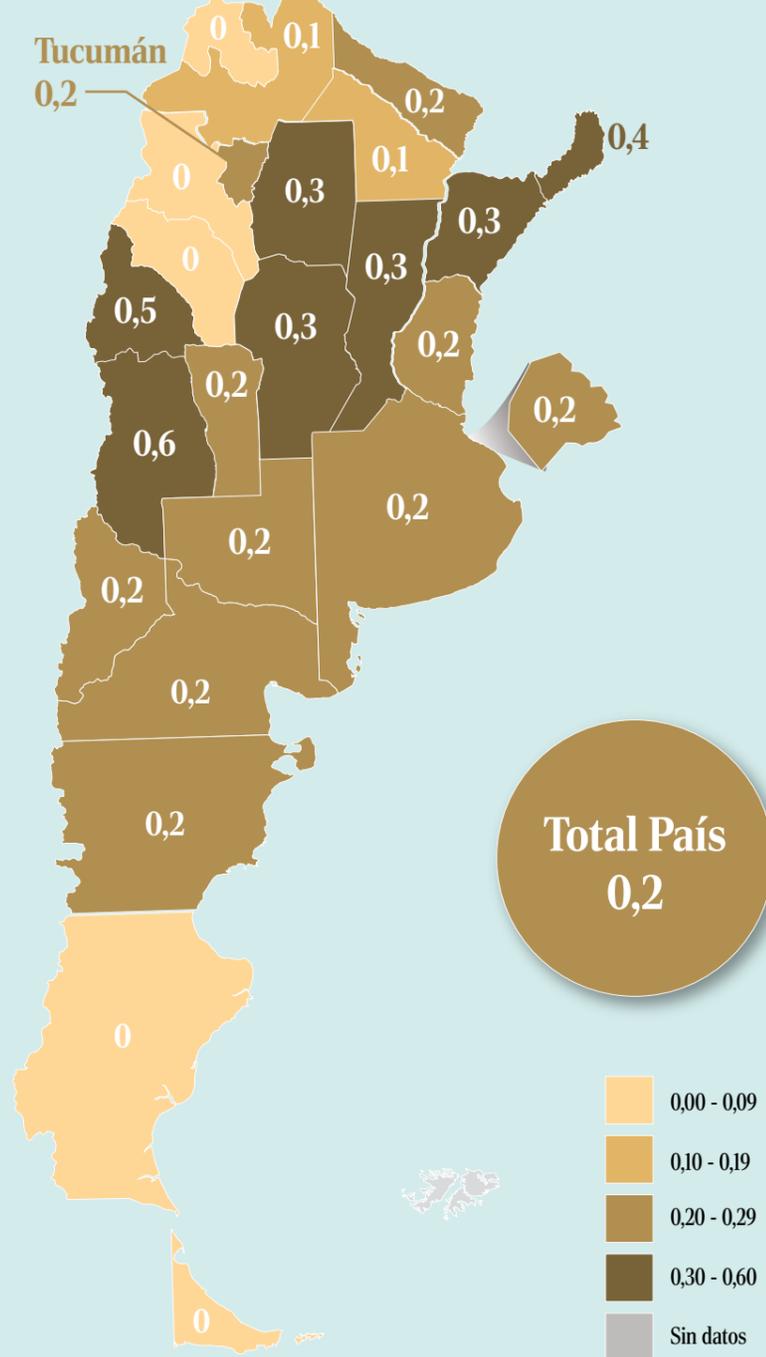
Mapa 1. Tasa de mortalidad por hepatitis virales y distribución del virus según región geográfica. Argentina, 2022.



FUENTE: elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Dirección de Estadísticas e Información en la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (DEIS).

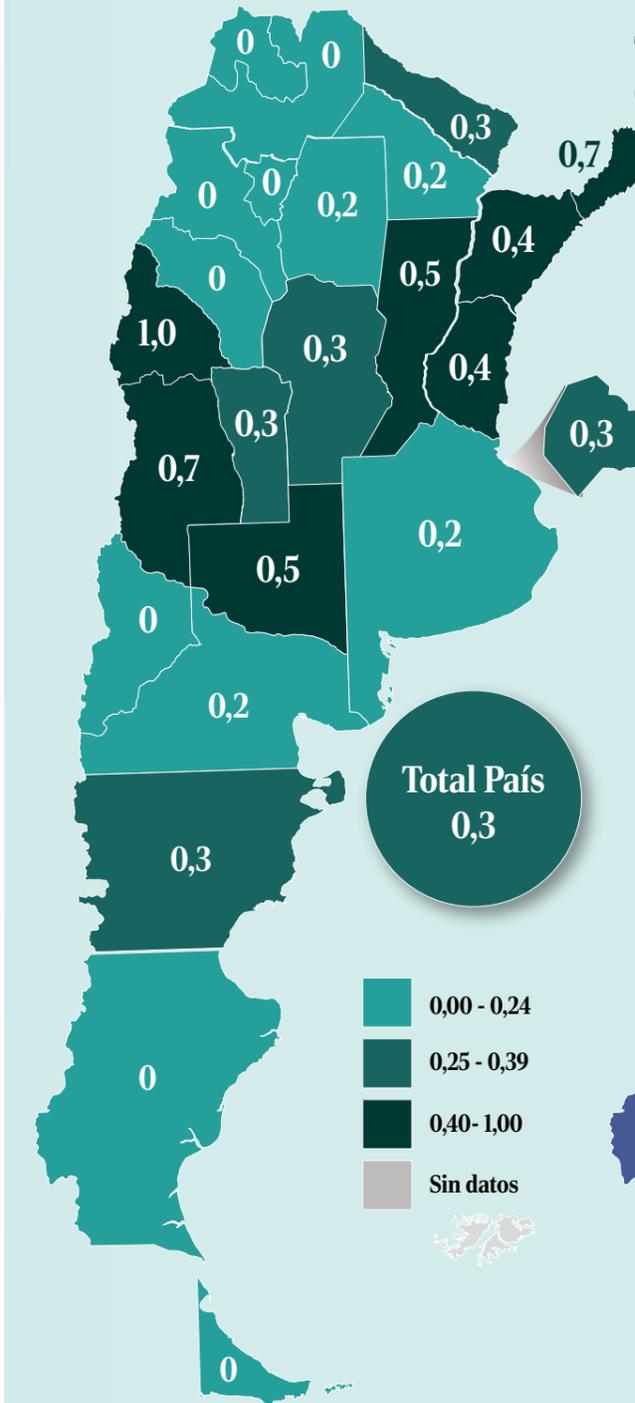
En el **Mapa 2**, se pueden observar las tasas de mortalidad por hepatitis virales durante 2022 por jurisdicción de residencia, ajustadas por edad (una medida que permite comparar la mortalidad entre poblaciones con diferentes estructuras etarias), y en los **Mapas 3 y 4**, según el sexo asignado al nacer. Cabe destacar que esta medida es estimada y no representa la tasa real de cada jurisdicción. Las tasas de mortalidad para cada jurisdicción pueden observarse en la **Tabla 2**.

Mapa 2. Tasas de mortalidad por hepatitis virales por cien mil habitantes según jurisdicción de residencia, ajustadas por edad. Argentina, 2022. **AMBOS SEXOS.**



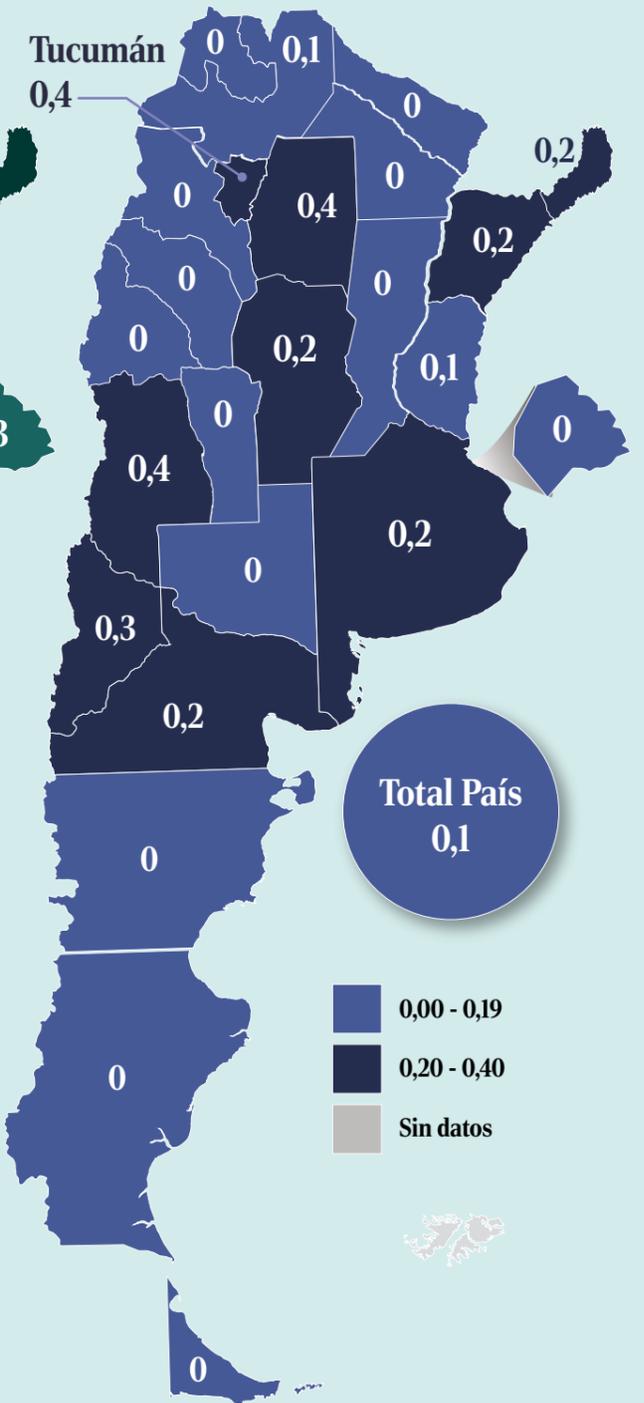
FUENTE: elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Dirección de Estadísticas e Información en la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (DEIS).

Mapa 3. Tasas de mortalidad por hepatitis virales por cien mil habitantes según jurisdicción de residencia, ajustadas por edad. Argentina, 2022. **VARONES.**



FUENTE: elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Dirección de Estadísticas e Información en la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (DEIS).

Mapa 4. Tasas de mortalidad por hepatitis virales por cien mil habitantes según jurisdicción de residencia, ajustadas por edad. Argentina, 2022. **MUJERES.**



FUENTE: elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Dirección de Estadísticas e Información en la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (DEIS).

TABLA 2. Cantidad de defunciones y tasas de mortalidad por hepatitis virales por jurisdicción de residencia. Argentina 2022

Jurisdicción	Defunciones	Tasa
Total País	113	0,2
Buenos Aires	37	0,2
CABA	7	0,2
Catamarca	0	0
Chaco	1	0,1
Chubut	1	0,2
Córdoba	12	0,3
Corrientes	3	0,3
Entre Ríos	4	0,3
Formosa	1	0,2
Jujuy	0	0
La Pampa	1	0,3
La Rioja	0	0
Mendoza	13	0,6
Misiones	5	0,4
Neuquén	1	0,1
Río Negro	2	0,3
Salta	1	0,1
San Juan	4	0,5
San Luis	1	0,2
Santa Cruz	0	0
Santa Fe	11	0,3
Santiago del Estero	3	0,3
Tucumán	4	0,2
Tierra del Fuego	0	0

FUENTE: elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Dirección de Estadísticas e Información en la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (DEIS).

Conclusión

Determinar la mortalidad asociada a las hepatitis virales, con inclusión del número de personas que fallecieron por hepatitis crónica, carcinoma hepatocelular y cirrosis atribuibles al virus de las hepatitis B y C, es un primer paso para empezar a conocer el real impacto de las hepatitis virales en la Argentina, y nos permite comprender la epidemia como base para la planificación estratégica en materia de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento, con la finalidad de abogar por el control y erradicación de las HV más prevalentes en nuestro país. Finalmente, el presente artículo forma parte del compromiso estratégico y político de garantizar el acceso, equidad y calidad de la política nacional en el área de las hepatitis virales, con vistas a las metas de control y erradicación trazadas a 2030².

Referencias bibliográficas

1. **WORLD HEALTH ORGANIZATION.** *International statistical classification of diseases and related health problems: instruction manual.* World Health Organization, 2004.
2. **WORLD HEALTH ORGANIZATION et al.** Estrategia Mundial del sector de la salud contra las Hepatitis Virales 2016-2021. World Health Organization, 2016.
3. **WORLD HEALTH ORGANIZATION, et al.** *Global hepatitis report 2017.* World Health Organization, 2017.
4. **WORLD HEALTH ORGANIZATION.** Combating hepatitis B and C to reach elimination by 2030: advocacy brief. World Health Organization, 2016. Disponible en: <https://acortar.link/dtOHfr> (consultado: 01/12/2020).
5. **STANAWAY, Jeffrey D., et al.** The global burden of viral hepatitis from 1990 to 2013: findings from the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 2016, vol. 388, no 10049, p. 1081-1088.
6. **THOMAS, David L.** Global elimination of chronic hepatitis. *New England Journal of Medicine*, 2019, vol. 380, no 21, p. 2041-2050.
7. **WORLD HEALTH ORGANIZATION.** Informe de progreso mundial sobre el VIH, las hepatitis virales e infecciones de transmisión sexual, 2021.
8. **WORLD HEALTH ORGANIZATION.** *Global hepatitis report 2024: action for access in low- and middle-income countries.*
9. **FEDELI, Ugo, et al.** Mortality associated with hepatitis C and hepatitis B virus infection: A nationwide study on multiple causes of death data. *World journal of gastroenterology*, 2017, vol. 23, no 10, p. 1866. Disponible en <http://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v23/i10/1866.htm> (consultado: 01/12/2020).
10. **FASSIO, Eduardo, et al.** Etiología del hepatocarcinoma en Argentina: resultados de un estudio multicéntrico retrospectivo. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*, 2009, vol. 39, no 1, p. 47-52.
11. **SOZA, Alejandro; LÓPEZ-LASTRA, Marcelo.** Hepatitis C en Chile: Magnitud del problema. *Revista médica de Chile*, 2006, vol. 134, no 6, p. 777-788.
12. **LY, Kathleen N., et al.** Rising mortality associated with hepatitis C virus in the United States, 2003-2013. *Clinical infectious diseases*, 2016, vol. 62, no 10, p. 1287-1288.
13. **Calendario Nacional de Vacunación.** Argentina 2024. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024-02-calendario-nacional-vacunacion.pdf>

Trasplantes hepáticos por hepatitis virales en la Argentina (2006-2023)

Autores: Liliana Bisignano^a, Viviana Tagliafichi^a, Roxana Aquino^b, Marcela Ezcurra^b, Karina Roitman^b, Emma Coronel^b.

^a Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI).

^b Coordinación de Hepatitis Virales, Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Ministerio de Salud de la Nación.

Nota metodológica

Para la realización de este trabajo se utilizaron como fuente datos recabados del Registro Nacional de Procuración y Trasplantes, dependiente de la Central de Reportes y Estadísticas (CRESI) del Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina (SINTRA).

El SINTRA es el sistema informático del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), organismo que impulsa, normaliza, coordina y fiscaliza las actividades de donación y trasplante de órganos, tejidos y células en nuestro país.

Como población general de evaluación, se tomaron los pacientes trasplantados asignados en distribución hepática (resolución INCUCAI 112/05).

El período de evaluación comprende desde el 1-1-2006 hasta el 31-12-2023, los trasplantes se agruparon anualmente por fecha de desclampeo y los receptores, por diagnóstico de ingreso en lista de espera.

Introducción

Las hepatitis virales representan un gran problema de salud pública a escala mundial y nacional¹. A lo largo de la historia nuestro país ha implementado diferentes estrategias tendientes a mejorar la promoción, prevención, acceso a la atención, diagnóstico y tratamiento de las hepatitis virales.

En materia de prevención, Argentina cuenta con un Calendario Nacional de Vacunación (CNV) que incluye la aplicación obligatoria de la vacuna para los virus de la hepatitis A (VHA) y hepatitis B (VHB). No obstante, el país no se encuentra exento de presentar brotes cíclicos de VHA, principalmente en adultos jóvenes que no se vieron beneficiados por la vacunación implementada en 2005². En la mayoría de los casos, el VHA se manifiesta de forma leve, pero eventualmente puede evolucionar a formas graves y desencadenar el desarrollo de falla hepática fulminante (FHF).

Por otro lado, si bien existe una política de vacunación universal y gratuita para prevenir la VHB, esta infección permanece como una causa importante de hepatitis aguda y FHF en el país³. Asimismo, la infección aguda por el VHB puede evolucionar a la cronicidad en un 5% de la población adulta y contribuir al desarrollo de cirrosis y carcinoma hepatocelular (CHC), con la consecuente necesidad de trasplante hepático (TH).

En el caso de la infección por el virus de la hepatitis C (VHC), un porcentaje significativo de pacientes suele evolucionar a las formas crónicas, con la potencialidad de desarrollar cirrosis, CHC y eventualmente requerir un TH⁴.

Trasplante hepático en Argentina

El TH representa la mejor opción terapéutica, en términos de beneficio en la supervivencia, de las personas con enfermedad hepática descompensada, CHC en estadios tempranos y FHF. Nuestro país es pionero en Latinoamérica en materia de trasplante de órganos: la creación del INCUCAI, en 1978, permitió ordenar el sistema de donación y procuración de una manera eficaz y transparente. En 1988 se realizó el primer TH en Argentina y desde entonces se ha ido incrementando, de manera sostenida, el volumen de TH, debido a una mejora en el sistema de procuración y a un perfeccionamiento tanto de la técnica quirúrgica como del cuidado clínico de los receptores.

En igual dirección, la promulgación de la ley 27.447 en 2018 reforzó el concepto de donante presunto y ha sido uno de los pilares más importantes para el avance de la actividad de trasplante de órganos y tejidos en nuestro país.

Actualmente, la Argentina cuenta con más de 32 centros habilitados para trasplantes hepáticos distribuidos en ocho provincias (Tabla 1). Durante 2023, se realizaron 421 TH.

Tabla 1. Equipos de trasplante hepático según jurisdicción. Argentina, 2024.

Jurisdicción	Equipos de TH
Ciudad de Buenos Aires	14
Buenos Aires	7
Córdoba	3
Mendoza	2
Santa Fe	3
Formosa	1
Neuquén	1
Río Negro	1
Total	32

FUENTE: Elaboración propia en base a datos tomados del INCUCAI.

¹ Las referencias bibliográficas se listan al final del artículo.

Hepatitis virales y trasplante hepático

Las hepatitis virales son una indicación frecuente de TH en Argentina y en el mundo. Históricamente, la VHC ha sido la principal indicación de TH en nuestro país⁵. Esta tendencia se ha ido revirtiendo con la aparición de los nuevos tratamientos antivirales de acción directa (AAD), cuya alta efectividad y excelente perfil de seguridad permiten obtener altas tasas de curación y una menor progresión a la cirrosis y sus complicaciones⁶. El advenimiento de los AAD posibilita tasas de curación mayores al 95% y es actualmente la terapia de elección en pacientes con VHC, independientemente del estadio de la enfermedad⁷.

El escenario de la VHB es completamente diferente. Actualmente es infrecuente que un paciente con VHB crónica requiera un TH, dado que contamos con un amplio acceso a antivirales altamente efectivos y seguros que, si bien no logran curar la infección, pueden controlarla, evitar su progresión a cirrosis y disminuir significativamente el desarrollo de CHC. Como contrapartida, la infección aguda por VHB puede manifestarse de manera fulminante y requerir un TH de manera urgente. **En este escenario, el VHB representa la principal indicación de TH por FHF asociada a hepatitis virales en nuestro país.**

En igual sentido, el VHA también puede manifestarse como FHF y ha sido la principal indicación de trasplante hepático pediátrico en nuestro país antes de la implementación, en 2005, de la vacunación universal de los niños de un año⁸. Es así que desde 2007 no se reporta ninguna FHF por VHA en niños, lo que deja en evidencia el impacto sustancial de las políticas sanitarias en materia de prevención^{9,10}. Como contrapartida, **en la población adulta joven, en la que aún se registran brotes cíclicos de VHA, el desarrollo de FHF puede desencadenar la necesidad de TH.**

Argentina tiene un programa nacional de hepatitis virales desde 2012, que aboga por lograr el control y erradicación de las hepatitis virales. En este contexto, se han alcanzado grandes objetivos, como la donación de sangre segura, la implementación de un calendario de vacunación efectivo y una amplia cobertura de acceso al diagnóstico y tratamiento de las hepatitis. Sin embargo, a pesar de estos esfuerzos, aún queda un importante número de pacientes con diagnóstico en etapas avanzadas de la enfermedad, para quienes el TH emerge como la única opción terapéutica.

El presente artículo tiene por objetivo describir la situación actual del TH en relación con las hepatitis virales nuestro país. Nos enfocaremos en diferentes escenarios: la proporción de pacientes con hepatitis virales crónicas que requieren TH, el impacto de las hepatitis virales en la FHF y, finalmente, la prevalencia de las hepatitis virales en donantes de órganos y tejidos.

Pacientes con hepatitis virales crónicas que requieren trasplantes

La infección por el VHC evoluciona mayoritariamente hacia la cronicidad y una proporción significativa de personas con VHC crónica puede desarrollar cirrosis, CHC y enfermedad hepática terminal, que constituyen las principales indicaciones de trasplante en Argentina⁴. Por otra parte, la infección aguda por VHB en los adultos presenta una menor evolución a la cronicidad y, en consecuencia, tiene una menor probabilidad de requerir un TH¹¹.

Entre 2006 y 2023 se realizaron en el país 6.189 trasplantes hepáticos, con una media de 344 trasplantes anuales y un sostenido incremento del volumen de TH hasta 2019. Durante 2020 la tendencia cayó un 40%, con motivo de la pandemia, y volvió a subir a partir 2021 (Gráfico 1).

Gráfico 1. Evolución anual del número de trasplantes hepáticos. Argentina, 2006-2023.



FUENTE: Elaboración propia en base a datos tomados del INCUCAI.

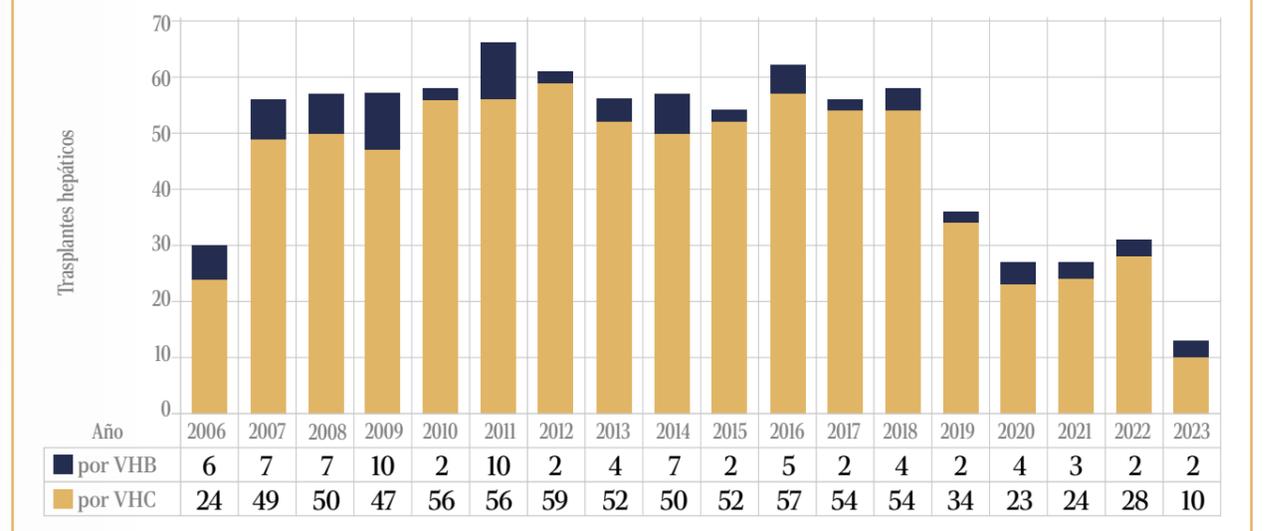
De los 6.189 TH del período, el 13,91% (861) fueron por cirrosis secundaria a hepatitis virales. El VHC fue el principal factor etiológico asociado y representó el 90,47% del total de los trasplantes por hepatitis virales (Tabla 2 y Gráfico 2).

Tabla 2. Cantidad anual de trasplantes hepáticos por cirrosis asociada a virus de la hepatitis C (VHC) y virus de la hepatitis B (VHB) y existencia de carcinoma hepatocelular (CHC). Argentina, 2006-2023.

Año	Trasplantes totales	Cirrosis asociada a hepatitis virales			
		VHB	VHB con CHC	VHC	VHC con CHC
2006	234	5	1	20	4
2007	253	6	1	40	9
2008	294	4	3	42	8
2009	243	10	0	36	11
2010	288	2	0	43	13
2011	331	6	4	41	15
2012	357	2	0	37	22
2013	323	3	1	36	16
2014	326	4	3	26	24
2015	347	2	0	27	25
2016	330	2	3	33	24
2017	410	1	1	21	33
2018	432	3	1	23	31
2019	482	0	2	24	10
2020	290	2	2	11	12
2021	407	2	1	13	11
2022	421	3	0	14	14
2023	421	2	0	5	5
Total	6.189	59	23	492	287

FUENTE: Elaboración propia en base a datos tomados del INCUCAI.

Gráfico 2. Trasplantes hepáticos anuales por cirrosis, según asociación a virus de la hepatitis C (VHC) y virus de la hepatitis B (VHB). Argentina, 2006-2023.



FUENTE: Elaboración propia en base a datos tomados del INCUCAI.

La media de edad al momento del trasplante fue de 56 años, la mayor proporción fue de varones (69%) con residencia en la región Centro del país, y resulta un dato a destacar que un 36% de los TH por hepatitis virales se asoció a la presencia de CHC (Tablas 3 y 4, Gráfico 3 y Mapa 1).

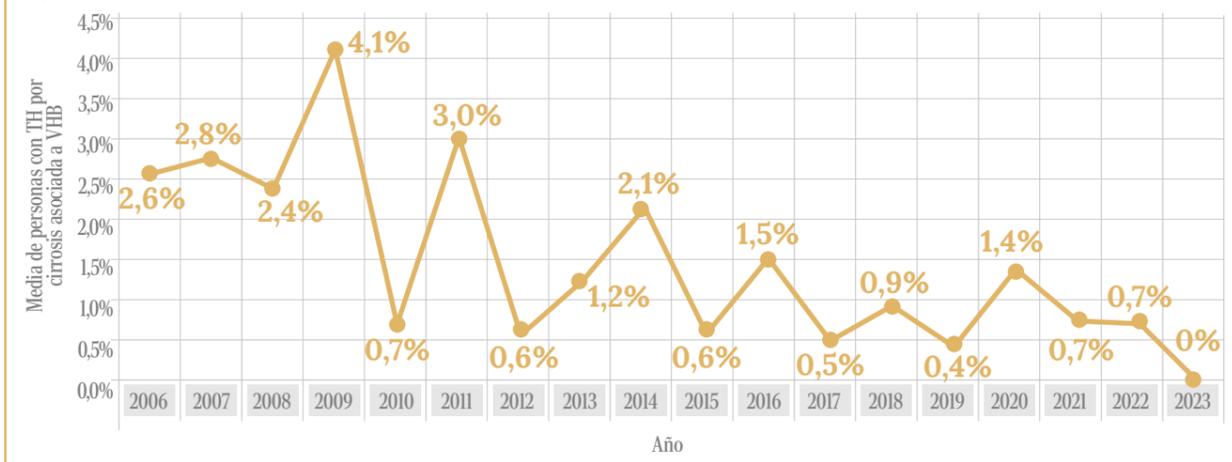
Tabla 3. Trasplantes hepáticos por cirrosis asociada a virus de la hepatitis C (VHC) y virus de la hepatitis B (VHB), según presencia de carcinoma hepatocelular (CHC), edad y sexo asignado al nacer. Argentina, 2006-2023.

	Trasplantes hepáticos por cirrosis asociada a hepatitis virales			
	VHB	VHB con CHC	VHC	VHC con CHC
Total=861	59	23	492	287
Edad promedio al momento del TH	52,28	56,63	55,46	59,34
Mujeres	15	6	163	82
Varones	44	17	329	205
Proporción de varones	75%	74%	67%	71%

FUENTE: Elaboración propia en base a datos tomados del INCUCAI.

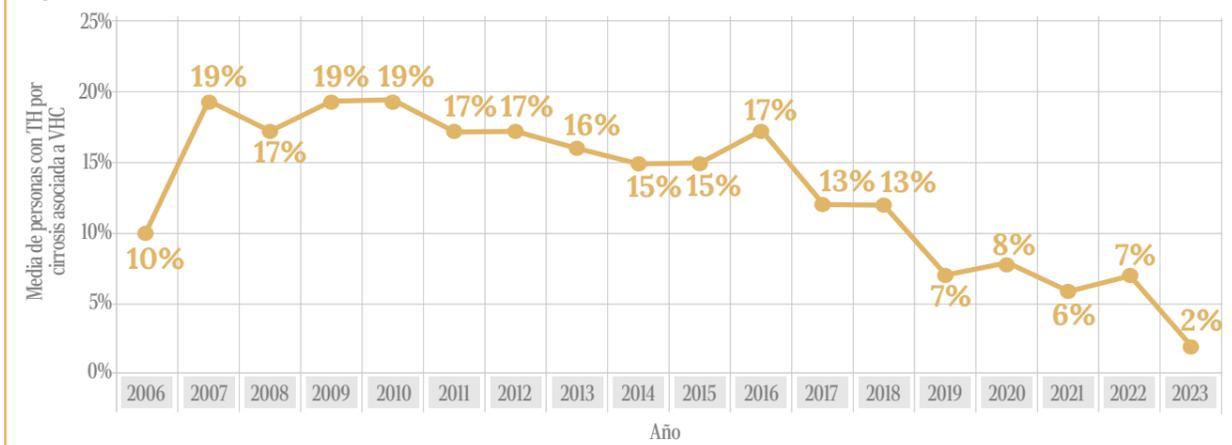
La media anual de pacientes con TH por cirrosis asociada al VHB es baja y oscila entre un 4,1% en 2009 y un 0,4% en 2019 (Gráfico 4). En el caso del VHC, al igual que ocurre a nivel mundial¹², la media de trasplantes disminuyó significativamente en función de la disponibilidad de nuevos AAD desde 2016 (de 19% a 2% en 2023) (Gráfico 5).

Gráfico 4. Media anual de pacientes con trasplante hepático por cirrosis asociada al virus de hepatitis B (VHB), en porcentajes. Argentina, 2006-2023.



FUENTE: Elaboración propia en base a datos tomados del INCUCAL.

Gráfico 5. Media anual de pacientes con trasplante hepático por cirrosis asociada al virus de hepatitis C (VHC), en porcentajes. Argentina, 2006-2023.



FUENTE: Elaboración propia en base a datos tomados del INCUCAL.

La principal limitación de la aplicabilidad del TH a nivel mundial se debe a la escasez de donantes para dar respuesta a la cantidad de personas en lista de espera. Los datos obtenidos del Registro Nacional de Trasplante Hepático muestran que **durante el período 2006-2023 la aplicabilidad del trasplante hepático en Argentina (número de trasplantes/número de pacientes en lista de espera) fue del 50%**. Este contexto da cuenta de la creciente y progresiva desproporción entre el número de personas en lista de espera y el número de trasplantes realizados, sobre la que pesan múltiples factores causales, que van desde la disponibilidad de donantes, al aumento o descenso progresivo en las etiologías que conllevan a la necesidad de TH¹³.

En la **Tabla 5** se puede observar el aumento año a año de las personas enlistadas (de 355 personas en 2006 a 1.472 durante 2021). En 2022, la implementación de nuevas normativas relacionadas a la actualización clínica hizo que el número de personas en lista de espera descendiera a 784 aunque los porcentajes de personas con HV se mantuvieron estable. **En dicho punto, resulta importante remarcar el descenso progresivo y significativo de personas con VHC en lista de espera para TH, que claramente se hace más pronunciado como consecuencia del impacto positivo de la disponibilidad de tratamiento con AAD (26% a 10%).** En

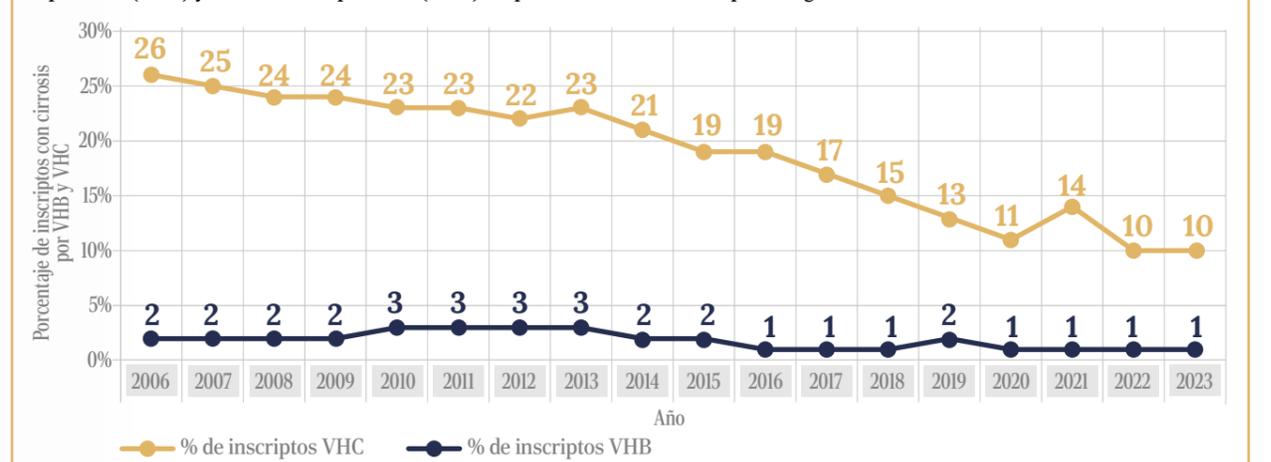
contraposición, la indicación de trasplante por VHB se ha mantenido estable a lo largo de los años, con una media de 2% de las personas en lista de espera para TH (Gráfico 6).

TABLA 5. Personas con virus de hepatitis B (VHB) y virus de hepatitis C (VHC) enlistados a espera de un trasplante y número de trasplantes hepáticos, según año. Argentina, 2006-2023.

Año	Inscriptos al 31/12	Inscriptos VHC	VHC/Total %	Inscriptos VHB	VHB/TOTAL %	Incorporados totales	Trasplantes totales
2006	355	91	26%	9	3%	450	234
2007	428	108	25%	8	2%	456	253
2008	470	112	24%	12	3%	486	294
2009	574	140	24%	12	2%	512	243
2010	614	142	23%	20	3%	511	288
2011	697	158	23%	19	3%	681	331
2012	779	174	22%	24	3%	683	357
2013	930	214	23%	25	3%	743	323
2014	1.046	223	21%	22	2%	762	326
2015	1.152	224	19%	25	2%	784	347
2016	1.179	223	19%	17	1%	741	330
2017	1.132	202	17%	17	2%	805	410
2018	1.055	159	15%	13	1%	836	432
2019	1.123	148	13%	18	2%	930	482
2020	1.350	150	11%	17	1%	593	290
2021	1.472	201	14%	22	1%	773	407
2022	784	75	10%	6	1%	866	421
2023	973	96	10%	11	1%	1003	421
TOTAL	16.113	2.840	18%	297	2%	12.615	6.189

FUENTE: Elaboración propia en base a datos tomados del INCUCAL.

Gráfico 6. Evolución anual de la proporción de personas con indicación de trasplante hepático por cirrosis asociada a virus de la hepatitis C (VHC) y virus de la hepatitis B (VHB) respecto del total de inscriptos. Argentina, 2006-2023.



FUENTE: Elaboración propia en base a datos tomados del INCUCAL.

En conclusión, el advenimiento de los nuevos AAD no solo trajo aparejada una menor proporción de pacientes enlistados para TH (y en consecuencia, un menor número de pacientes trasplantados), sino que además ha representado un singular cambio de paradigma en la supervivencia de los pacientes con TH por VHC, dada la posibilidad de tratamiento en el escenario del post trasplante^{14,15}.

Impacto de las hepatitis virales en la falla hepática fulminante en Argentina

La FHF es una condición médica compleja que se caracteriza por la disfunción hepática aguda y severa que se manifiesta como coagulopatía y encefalopatía en personas sin enfermedad hepática previamente conocida. Inicialmente esta patología presentaba una mortalidad cercana al 70%. Afortunadamente, con el mejor manejo médico y la aparición del TH, la mortalidad por FHF disminuyó al 25% aproximadamente¹⁶.

La FHF representa el 10,7% de los trasplantes hepáticos realizados en Argentina. Múltiples etiologías pueden causarla y varían según la región analizada. Un estudio nacional describió las causas y la evolución de los pacientes adultos inscriptos en lista de espera en el INCUCAI por FHF entre 2006 y 2016³. Según el mismo, las etiologías más frecuentes de FHF en nuestro país son: de causa indeterminada, hepatitis autoinmune y asociadas a hepatitis virales. Dentro del grupo de las hepatitis virales, la gran mayoría de los pacientes presentaron infección aguda por VHB.

El escenario en la población pediátrica es diferente: hasta la implementación de la vacuna contra el VHA, la infección por este virus era la principal indicación de TH en este grupo etario. En 2007 se reportó el último caso de VHA aguda en un paciente pediátrico, lo que remarca el éxito del plan de vacunación implementado^{9,10}.

La **Tabla 6** y el **Gráfico 7** describen las diferentes causas de TH por FHF y el número de pacientes con hepatitis virales que requirieron un trasplante hepático por FHF entre 2006 y 2023 en Argentina.

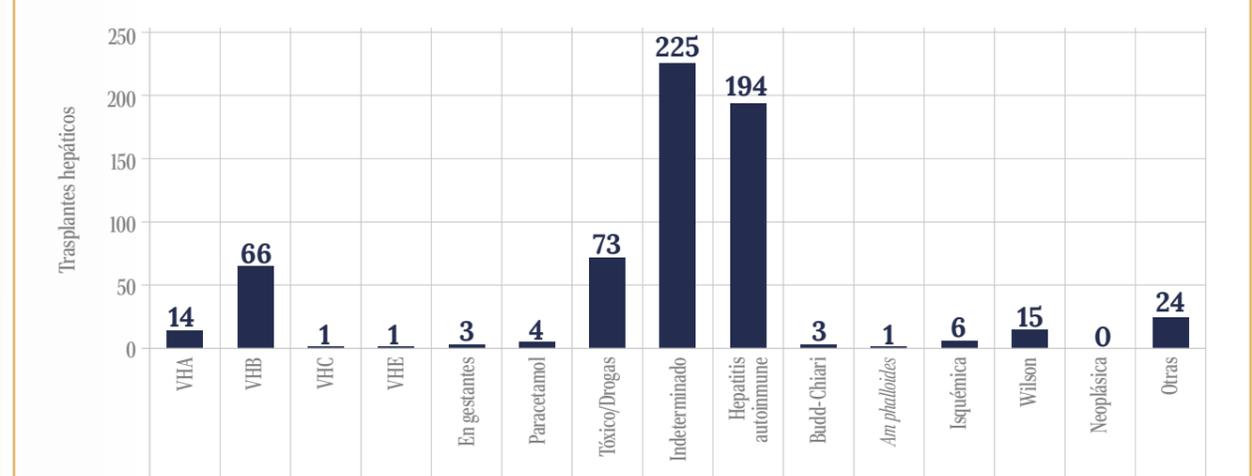
Tabla 6. Cantidad, proporción y distribución anual de los trasplantes hepáticos por etiología de falla hepática fulminante (FHF). Argentina, 2006-2023.

Causa de FHF	Total	%	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*	2021*	2022*	2023*
VHA	14	2%	11	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
VHB	66	10%	5	3	4	2	5	5	2	5	2	4	3	2	3	4	5	4	5	3
VHC	1	0%	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VHE	1	0%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
En gestantes	3	0%	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
Paracetamol	4	1%	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0
Tóxico/Drogas	73	12%	3	2	4	0	3	4	3	4	11	6	3	3	3	5	6	5	5	3
Indeterminada	225	36%	12	14	13	6	13	17	13	7	18	12	7	9	13	13	16	15	16	11
Hepatitis autoinmune	194	31%	8	14	11	4	6	14	10	12	8	9	10	12	14	12	14	13	13	10
Budd-Chiari	3	0%	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Am phalloides</i>	1	0%	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Isquémica	5	1%	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0
Wilson	15	2%	0	0	3	1	1	1	0	1	0	1	0	0	2	1	1	1	1	1
Neoplásica	0	0%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otras	24	4%	1	1	1	1	0	2	1	1	1	1	2	1	1	2	2	3	2	1
Total FHF	629	100%	40	35	37	15	28	45	33	31	40	34	25	28	39	41	45	42	42	29

*valores estimados

FUENTE: Elaboración propia en base a datos tomados del INCUCAI.

Gráfico 7. Número de trasplantes hepáticos (TH) según etiología de la falla hepática fulminante (FHF). Argentina, 2006-2023.



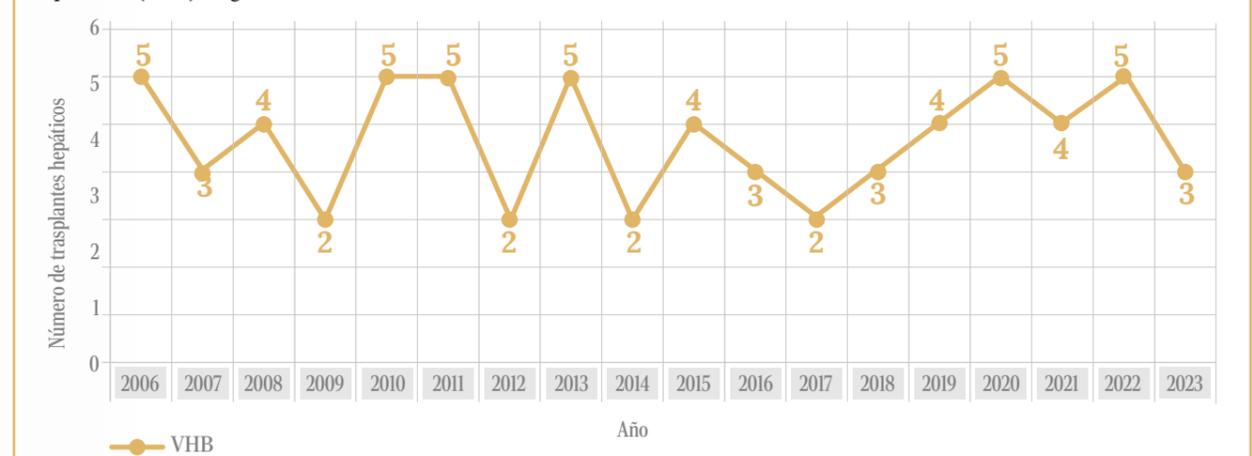
FUENTE: Elaboración propia en base a datos tomados del INCUCAI.

El VHB, prevenible por vacuna, es la primera causa de TH dentro del grupo de hepatitis virales, con un número estable de entre 2 y 6 trasplantes por año (Gráfico 8), lo que redobla el desafío de reforzar la cobertura de vacunas en población adulta. En segundo lugar, se encuentra el VHA, con 14 casos de pacientes adultos jóvenes que paradójicamente son la población con mayor riesgo en la actualidad. En relación con el VHC y el virus de la hepatitis E (VHE), estas infecciones son una causa infrecuente de FHF: se registra un solo trasplante por VHC en 2011 y uno solo por VHE en 2019, siendo esta última una causa infrecuente de hepatitis aguda¹⁷.

De igual forma, resulta importante remarcar que no todos los sujetos que presentan FHF por hepatitis virales van a requerir de un TH. En algunos casos, con tratamiento médico de sostén, se puede lograr revertir el cuadro.

Finalmente, si bien la FHF es un cuadro clínico dramático e inesperado, gracias a la implementación de un plan de vacunación efectivo, nuestro país ha podido controlar las FHF asociadas a VHA en la población pediátrica e indirectamente en los adultos, y resulta mandatorio redoblar los esfuerzos por continuar fortaleciendo la vacunación para VHA en adultos susceptibles** y la vacunación universal para VHB.

Gráfico 8. Evolución anual del número de trasplantes hepáticos (TH) por falla hepática fulminante (FHF) ocasionada por virus de hepatitis B (VHB). Argentina, 2006-2023.



FUENTE: Elaboración propia en base a datos tomados del INCUCAI.

** El Ministerio de Salud recomienda la vacunación contra la VHA en adultos (con un esquema de 2 dosis) para las siguientes situaciones, independientemente de la edad: varones que tienen sexo con varones, personas con desórdenes de la coagulación, personas con enfermedad hepática crónica, personal de laboratorios que trabaja con el VHA, personal gastronómico, personal de jardines maternas que asiste a niños menores de un año, viajeros a zonas de alta o mediana endemicidad (la vacuna para los viajeros no es provista por el estado nacional).

Prevalencia de las hepatitis virales en donantes de órganos y tejidos

Las hepatitis virales, principalmente VHB y VHC, están entre las primeras causas de muerte por enfermedad transmisible en el mundo. La prevalencia estimada a escala nacional es de 0,3% en el caso de VHB y de 0,5% en el caso de VHC. Es importante remarcar que estos datos resultan cuando menos sesgados, por tratarse de estudios basados en población referida e incluso sin un adecuado muestreo poblacional¹⁸⁻²⁵. Algo similar ocurre con los estudios realizados en donantes de sangre que, si bien suelen aportar información con una tendencia a la disminución de la seroprevalencia en los últimos años, resultan de una población sesgada y con una distribución heterogénea en función de las distintas zonas de nuestro país.

Dado este escenario, resulta interesante conocer la prevalencia de VHB y VHC en potenciales donantes de órganos y tejidos de Argentina durante el período comprendido entre el 1/1/2006 y el 31/12/2023 por medio de datos oficiales del INCUCAI^{26,27}. Se evaluaron tanto donantes de tejidos como donantes de órganos efectivos y no efectivos. Se definió como donante efectivo a aquel de quien se implantó al menos un órgano. Se registraron los datos serológicos en el momento de la procuración: para VHB, antígeno de superficie HBsAg y anti HBcAc, y para VHC, anticuerpos anti HCV. Los resultados se estratificaron según el tipo de donante y su estatus serológico.

Se analizó un total de 20.709 donantes, con una mediana de edad de 50,55 ± 19 años y un predominio de varones (1,56:1). La prevalencia de anticuerpos para la VHC fue 0,81% (n=168); la de antígeno de superficie fue 0,37% (n=76) y anticore 5,5% (n=1.049) (Tabla 7).

Tabla 7. Seroprevalencia de hepatitis B (VHB) y hepatitis C (VHC) en potenciales donantes de órganos y tejidos. Argentina, 2006-2023.

Total de donantes	20.709
Edad	50,55 ± 19 años
Proporción de varones y mujeres	61% - 39%
VHC	0,81%
HBsAg	0,37%
Anti HBcAc	5,50%

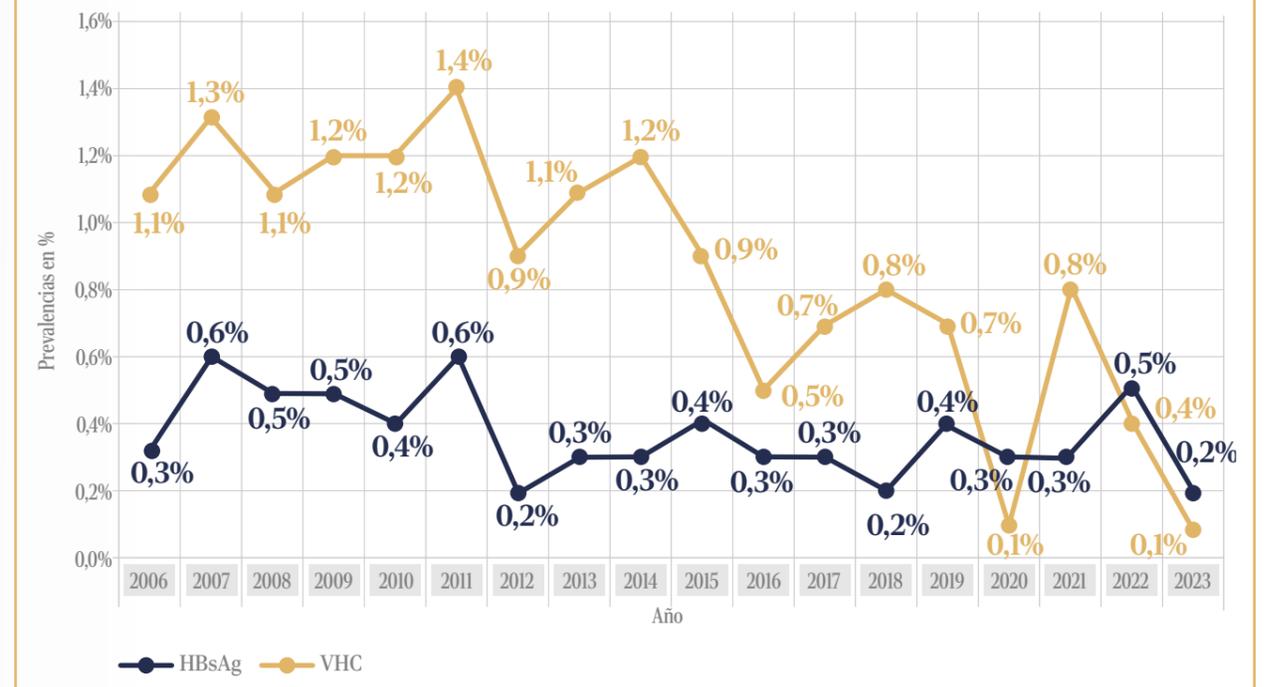
FUENTE: Elaboración propia en base a datos tomados del INCUCAI.

Del total de donantes, 9.819 (47%) fueron donantes de tejidos y 10.890 (53%), de órganos.

Mediante el análisis de series temporales, se observa que la prevalencia de VHB no se ha modificado a lo largo del período evaluado, mientras que la de VHC tiene un descenso significativo hasta alcanzar los valores de VHB, con la mayor prevalencia en 2011 (1,4%) y la menor en 2020 y en 2023 (0,1%) (Gráfico 9).

Finalmente, se podría concluir que los datos del presente análisis sugieren una adecuada estimación de la prevalencia de VHB (0,37%) y una posible sobrestimación de la prevalencia del VHC (0,81%) entre los potenciales donantes. El seguimiento temporal de estos indicadores nos permitirá conocer el real impacto de los nuevos AAD en la prevalencia de donantes VHC positivos.

Gráfico 9. Evolución anual de la prevalencia de HBsAg y VHC en donantes, en porcentajes. Argentina, 2006-2023.



FUENTE: Elaboración propia en base a datos tomados del INCUCAI.

Referencias

1. **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.** Estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis víricas 2016-2021. Hacia el fin de las hepatitis víricas. 2016. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250578/WHO-HIV-2016.06-spa.pdf> (consultado: 10/12/2022).
2. **MARCIANO, Sebastián, et al.** Outbreak of hepatitis A in a post-vaccination era: high rate of co-infection with sexually transmitted diseases. *Annals of Hepatology*, 2020. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665268120300788> (consultado: 10/12/2022).
3. **MENDIZÁBAL, Manuel, et al.** Liver transplantation in adults with acute liver failure: Outcomes from the Argentinean Transplant Registry. *Annals of hepatology*, 2019, vol. 18, no 2, p. 338-344.
4. **HADDAD, L., et al.** Characteristics of Liver Transplantation in Argentina: A Multicenter Study. *Transplantation proceedings*. Elsevier, 2018. p. 478-484.
5. **CEJAS, Nora Gabriela, et al.** Improved Waiting-List Outcomes in Argentina After the Adoption of a Model for End-Stage Liver Disease-Based Liver Allocation Policy. *Liver Transplantation*, 2013, vol. 19, no 7, p. 711-720.
6. **DIRCHWOLF, Melisa, et al.** Trends in liver transplantation for hepatitis C in a country with reduced access to direct-acting antiviral agents. *Clinical transplantation*, 2018, vol. 32, no 4, p. 1-8.
7. **RIDRUEJO, E. y GALDAME, O. (en representación de la Asociación Argentina para el Estudio de las Enfermedades del Hígado).** Recomendaciones para el tratamiento de la Hepatitis C, Actualización 2020. AAEEH. Disponible en: <https://www.aaeeh.org.ar/es/consensos-guias> (consultado: 10/12/2022).
8. **URUEÑA, Analía, et al.** Single-dose universal hepatitis A immunization in one-year-old children in Argentina: high prevalence of protective antibodies up to 9 years after vaccination. *The Pediatric infectious disease journal*, 2016, vol. 35, no 12, p. 1339-1342.
9. **CERVIO, Guillermo, et al.** Decline in HAV-associated fulminant hepatic failure and liver transplant in children in Argentina after the introduction of a universal hepatitis A vaccination program. *Hepatic medicine: evidence and research*, 2011, vol. 3, p. 99-106.
10. **MENDIZÁBAL Manuel, Dip Marcelo, Demirdjian Ezequiel y col.** Changing etiologies and prognostic factors in Pediatric Acute Liver Failure. *Liver Transplantation*, 2020; vol. 26, no 2, p. 268-275.
11. **FATTOVICH, Giovanna; BORTOLOTTI, Flavia; DONATO, Francesco.** Natural history of chronic hepatitis B: special emphasis on disease progression and prognostic factors. *Journal of hepatology*, 2008, vol. 48, no 2, p. 335-352.
12. **CRESPO, Gonzalo, et al.** The efficacy of direct anti-HCV drugs improves early post-liver transplant survival and induces significant changes in waiting list composition. *Journal of hepatology*, 2018, vol. 69, no 1, p. 11-17.
13. **RUF, Andrés E., et al. (en representación de la Sociedad Argentina de Trasplantes).** Consenso Argentino de Trasplante Hepático. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*, 2016, vol. 46, no 3, p. 230-236. Disponible en: <https://actagastro.org/consenso-argentino-de-trasplante-hepatico> (consultado: 10/12/2022).
14. **MAURO, Ezequiel, et al.** Viral eradication and fibrosis resolution in post-liver transplant cholestatic hepatitis C virus. *Liver transplantation: official publication of the American Association for the Study of Liver Diseases and the International Liver Transplantation Society*, 2018, vol. 24, no 5, p. 703-707.
15. **MAURO, Ezequiel, et al.** Portal pressure and liver stiffness measurements in the prediction of fibrosis regression after sustained virological response in recurrent hepatitis C. *Hepatology*, 2018, vol. 67, no 5, p. 1683-1694.
16. **MENDIZÁBAL, Manuel; SILVA, Marcelo Oscar.** Liver transplantation in acute liver failure: A challenging scenario. *World journal of gastroenterology*, 2016, vol. 22, no 4, p. 1523-1531.
17. **MENDIZÁBAL, Manuel, et al.** Hepatitis E infection is an infrequent cause of acute hepatitis in the metropolitan area of Buenos Aires. *Journal of Clinical Virology*, 2020, p. 104309.
18. **AFDHAL, Nezam H.** The natural history of hepatitis C. *Seminars in liver disease*, 2004, vol. 24, suppl. 2, p. 3-8.
19. **CHEN, Stephen L.; MORGAN, Timothy R.** The natural history of hepatitis C virus (HCV) infection. *International journal of medical sciences*, 2006, vol. 3, no 2, p. 47-52.
20. **HATZAKIS, Angelos, et al.** The present and future disease burden of hepatitis C virus (HCV) infections with today's treatment paradigm—volume 2. *Journal of viral hepatitis*, 2015, vol. 22, p. 26-45.
21. **REGGIARDO, María Virginia, et al.** Consenso Argentino de Hepatitis C 2013. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*, 2014, vol. 44, no 2, p. 154-173.
22. **INSÚA, Jorge T; O'FLAHERTY, Martín y SILVA, Marcelo.** Hepatitis C Virus (HCV) prevalence and risk of unsafe parenteral practices in Derqui, Argentina. *Gastroenterol Hepatol* 2017; vol. 6, p. 6-11.
23. **GAITE, Luis Alejandro, et al.** Hepatitis C in Argentina: epidemiology and treatment. *Hepatic medicine: evidence and research*, 2014, vol. 6, p. 35-43.
24. **PICCHIO, Gastón R., et al.** High prevalence of infection with a single hepatitis C virus genotype in a small rural community of Argentina. *Liver International*, 2006, vol. 26, no 6, p. 660-665.
25. **GOLEMBA, Marcelo D., et al.** High prevalence of hepatitis C virus genotype 1b infection in a small town of Argentina. Phylogenetic and Bayesian coalescent analysis. *PLoS One*, 2010, vol. 5, no 1, p. e8751.
26. **ANDERS, María, et al.** Hepatitis B virus Status of Organ Donors in Argentina. *Transplantation* 2022; vol. 106 (9S):S175.
27. **MENDIZÁBAL, Manuel, et al.** Characterization and Utilization of HCV-positive Donors in Argentina. *Transplantation* 2022. vol. 106(9S):S13.

Actualización de datos sobre tratamientos de hepatitis virales

Autores: Emma Coronel^a, Marcela Ezcurra^a, Karina Roitman^a, Roxana Aquino^a.

^a Coordinación de Hepatitis Virales, Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Ministerio de Salud de la Nación.

En Argentina, el recorrido de la respuesta a las hepatitis virales es extenso y marcado por logros significativos y desafíos pendientes. Los avances en materia de antivirales para tratar el virus de la hepatitis B (VHB) y curar el virus de la hepatitis C (VHC) representan hitos cruciales en el control e incluso la posible erradicación de estas infecciones.

Desde su creación en 2012, la Coordinación de Hepatitis Virales ha trabajado activamente por la incorporación en nuestro país de los esquemas terapéuticos disponibles a nivel mundial y ha abogado por el acceso universal a estos nuevos antivirales. Esta búsqueda permanente de estar a la vanguardia terapéutica, acompañada de las estrategias de simplificación en diagnóstico y tratamiento, ha llevado a la Coordinación a actualizar la [Guía para el diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de las hepatitis B y C](#) en 2021, en línea con las recomendaciones de las sociedades científicas nacionales e internacionales y en consenso con un Comité Asesor multidisciplinario.

Este artículo tiene como objetivo ofrecer una actualización en relación con los tratamientos implementados, así como plantear los principales desafíos futuros.

Virus de la hepatitis B

La progresión natural del virus de la hepatitis B (VHB) implica la posibilidad de evolución hacia una forma crónica luego de una infección inicial aguda. La mayoría de las infecciones agudas son asintomáticas, mientras que aproximadamente un 30% de ellas manifiestan síntomas. La cronicidad del VHB conlleva riesgos significativos, que incluyen el desarrollo de daño hepático progresivo como la cirrosis o el carcinoma hepatocelular (CHC).

La Coordinación de Hepatitis Virales gestiona anualmente la adquisición de dos antivirales para el tratamiento de la hepatitis B: entecavir y tenofovir alafenamida (TAF), que se orientan hacia la supresión de la replicación viral, crucial para prevenir complicaciones severas. Además de su papel terapéutico, estos antivirales son fundamentales para prevenir la reactivación viral en personas con inmunocompromiso y en la transmisión vertical del virus.

En abril de este año la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió nuevos criterios de elegibilidad para el inicio de tratamiento de la hepatitis B¹. En nuestro país, hasta el momento, la decisión de iniciar tratamiento se fundamenta en tres factores clave: la carga viral del VHB, los niveles de enzimas hepáticas alteradas y la evaluación del daño hepático mediante análisis histológico, acorde a las guías nacionales e internacionales.

En 2023, fueron tratadas 469 personas, de las cuales 32 (6,82%) recibían profilaxis y 437 (93,18%), tratamiento crónico. En cuanto al antiviral de elección, fueron tratados con entecavir 430 personas (91,68%) y con TAF 39 personas (8,32%).

En resumen, los datos examinados muestran que el manejo de la hepatitis B se ha establecido como una política sostenida en nuestro país. En un aspecto más amplio, enfatizan la importancia de adoptar enfoques que fomenten la adherencia y el monitoreo semestral de la viremia, además de sostener la implementación de medidas preventivas, como la vacunación contra la hepatitis B, enfocadas en la población adulta.

Tabla 1. Tratamientos de hepatitis B dispensados por la Coordinación de Hepatitis Virales. Argentina, 2023.

	Tratamiento con entecavir	Tratamiento con TAF	Profilaxis con entecavir	Profilaxis con TAF	Total
Personas	400	37	30	2	469

TAF=tenofovir alafenamida.

FUENTE: Coordinación de Hepatitis Virales.

¹ WHO (2024): Guidelines for the prevention, diagnosis, care and treatment for people with chronic hepatitis B infection (who.int), disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903>.

Virus de la hepatitis C

Se estima que alrededor del 0,5% de la población de Argentina está afectada por el virus de la hepatitis C. El 30% de estas personas cuenta con cobertura pública exclusiva, mientras que el 70% restante está bajo la cobertura de la seguridad social y los servicios privados. Es importante destacar que estos porcentajes de cobertura son dinámicos y que, independientemente de ellos, la Coordinación de Hepatitis Virales junto a los equipos jurisdiccionales de todo el país abogan para que todas las personas puedan acceder a la cura de esta enfermedad.

De enero a diciembre de 2023, la Coordinación de Hepatitis Virales trató a 933 personas, de las cuales 251 (26,9%) llegaron al tratamiento con APRI mayor a 1,5, lo que indica un estadio de fibrosis avanzada. Si bien este número es inferior al del año anterior (que era del 31%²) y su descenso se correlaciona con la exitosa experiencia de los programas de revinculación que llevaron adelante varias instituciones sanitarias del país junto a organizaciones de la sociedad civil (OSC). Es indiscutible el inmenso desafío que constituye tratar a todas las personas con hepatitis C.

Respecto de los esquemas antivirales más utilizados, el 58,20% (543) de las personas tratadas recibieron el coformulado sofosbuvir/velpatasvir y el 40,84% (381) lo hicieron con glecaprevir/pibrentasvir. Por último, el 0,96% (9) de las personas restantes fueron tratadas con sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir, esquema de elección para personas que presentan fallo al tratamiento previo o resistencia del VHC a los otros antivirales de acción directa (AAD).

En la **Tabla 2** y el **Mapa 1** se representa la dispensa de tratamientos provistos por la Coordinación de Hepatitis Virales en 2023 según jurisdicción; allí se aprecia que persiste una concentración notable en las principales áreas urbanas. Es por ello que se incorporan la **Tabla 3** y el **Mapa 2**, que muestran la distribución de tratamientos en las regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires, que según el **Censo de Población, Hogares y Viviendas 2022** es la provincia más poblada del país, con el 38,19% (17.523.996) de los habitantes del total nacional y, en forma refleja, es la jurisdicción con mayor número de tratamientos en el año analizado.

Por último, el **Gráfico 1** presenta la evolución anual del volumen de tratamientos para VHC con antivirales de acción directa (AAD) distribuido por la Coordinación de Hepatitis Virales: la tendencia muestra una estabilización y ligera disminución de 2019 a 2023 que sugiere la necesidad de fortalecer los programas regionales que incluyan la expansión del acceso geográfico a los tratamientos, la descentralización de la detección temprana, la capacitación continua de los equipos de salud, la promoción de la adherencia al tratamiento, la integración de tecnologías de telemedicina, el incremento de la vigilancia epidemiológica y el fomento de la colaboración intersectorial, a fin de garantizar un acceso sostenido y equitativo de estos tratamientos esenciales a todas las personas afectadas.

² Boletín de Hepatitis Virales en la Argentina | N° 4 | Dic. 2022, disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-de-hepatitis-virales-en-la-argentina-ndeg-4-dic-2022>.

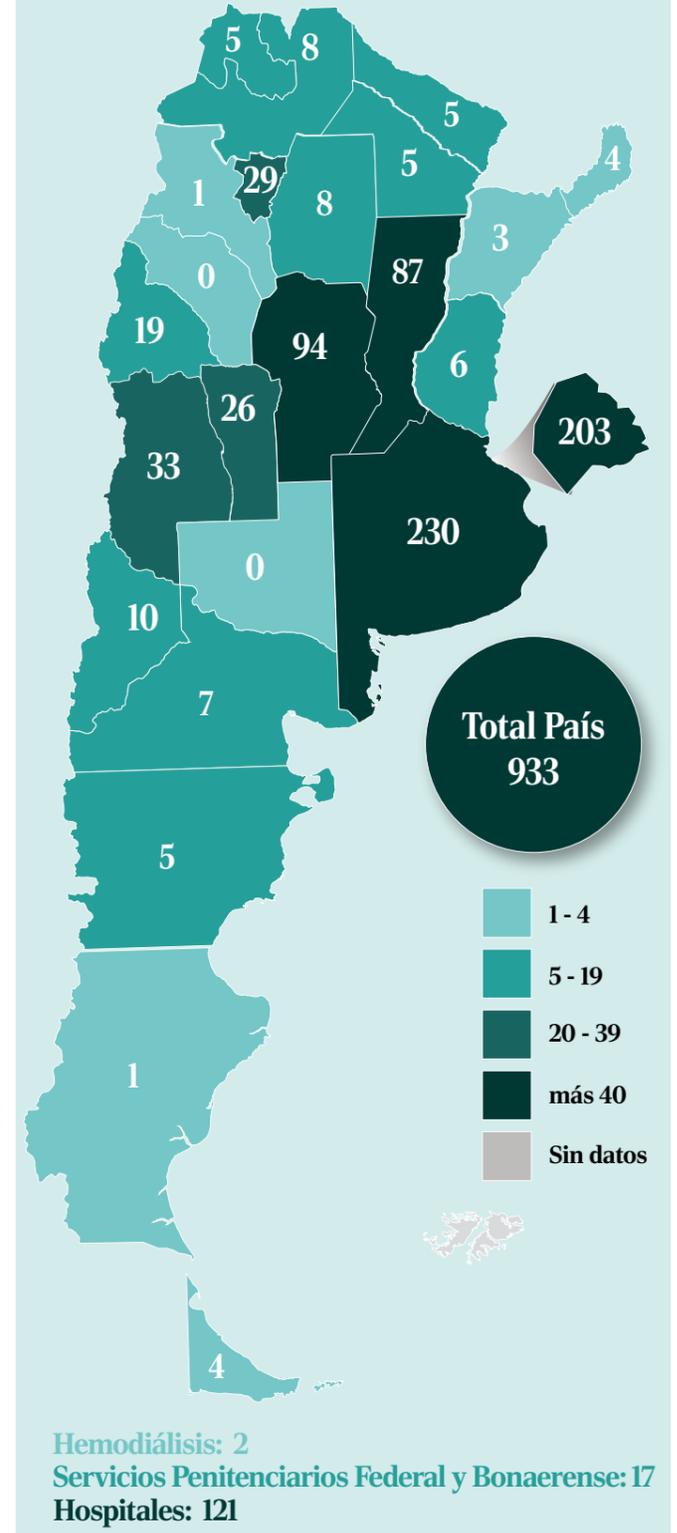
Tabla 2. Tratamientos de hepatitis C dispensados por la Coordinación de Hepatitis Virales. Argentina, 2023.

Jurisdicción	Tratamientos 2023	% por jurisdicción
Buenos Aires	230	24,65
CABA	203	21,76
Catamarca	1	0,11
Chaco	5	0,54
Chubut	5	0,54
Córdoba	94	10,08
Corrientes	3	0,32
Entre Ríos	6	0,64
Formosa	5	0,54
Jujuy	5	0,54
La Pampa	0	0,00
La Rioja	0	0,00
Mendoza	33	3,54
Misiones	4	0,43
Neuquén	10	1,07
Río Negro	7	0,75
Salta	8	0,86
San Juan	19	2,04
San Luis	26	2,79
Santa Cruz	1	0,11
Santa Fe	87	9,32
Santiago del Estero	8	0,86
Tierra del Fuego	4	0,43
Tucumán	29	3,11
Hospitales*	121	12,97
Hemodiálisis	2	0,21
Servicios Penitenciarios Federal y Bonaerense	17	1,82
Total	933	100,00

* Hospitales El Cruce, Clínicas (CABA), Posadas, Garrahan, Sommer.

FUENTE: Coordinación de Hepatitis Virales.

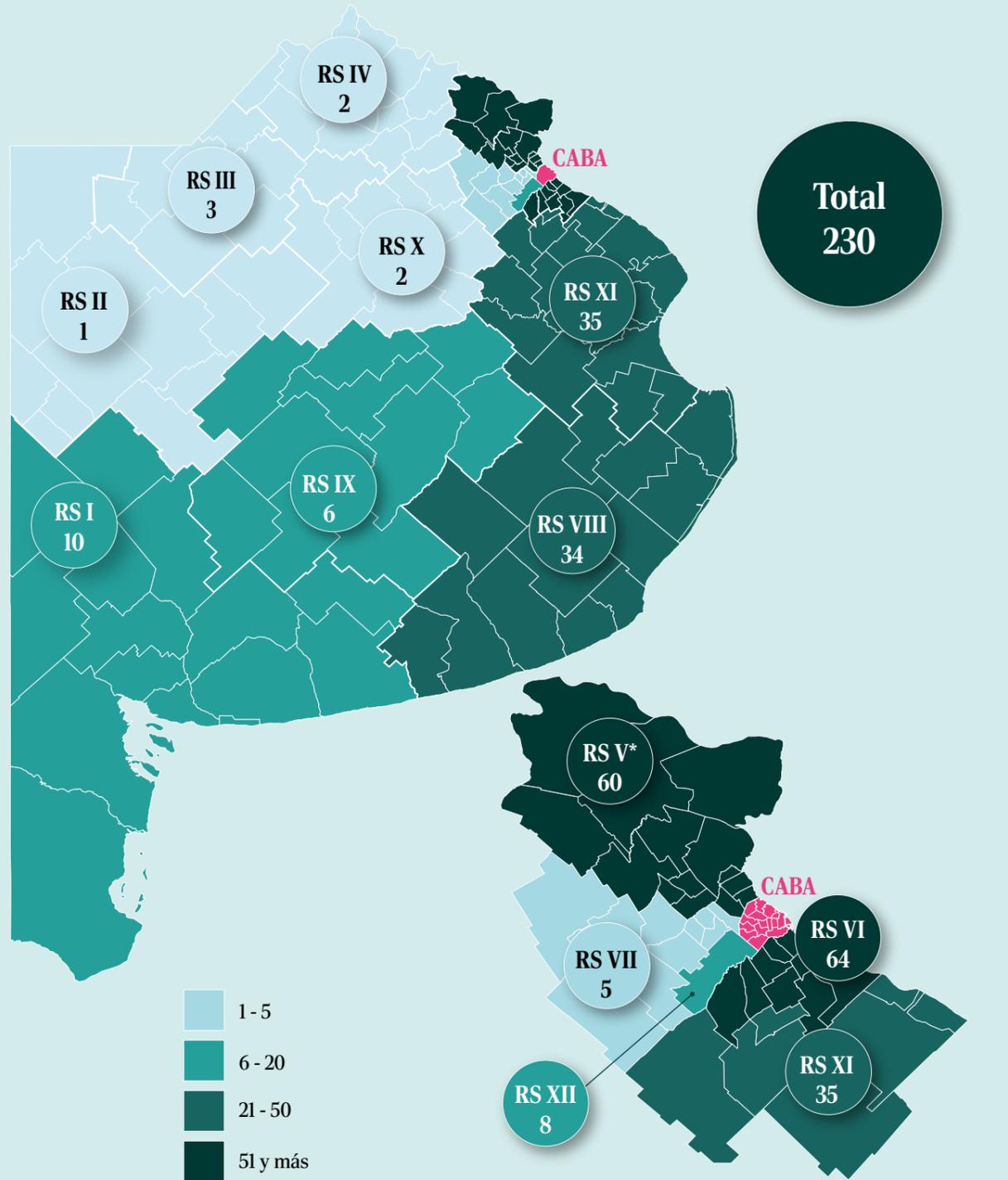
Mapa 1. Tratamientos de hepatitis C dispensados por la Coordinación de Hepatitis Virales. Argentina, 2023.



* Hospitales El Cruce, Clínicas (CABA), Posadas, Garrahan, Sommer.

FUENTE: Coordinación de Hepatitis Virales.

Mapa 2. Distribución de tratamientos para VHC por región sanitaria. Provincia de Buenos Aires, 2023.



*Incluye Centro Regional de Ablación e Implante Norte.

FUENTE: Coordinación de Hepatitis Virales.

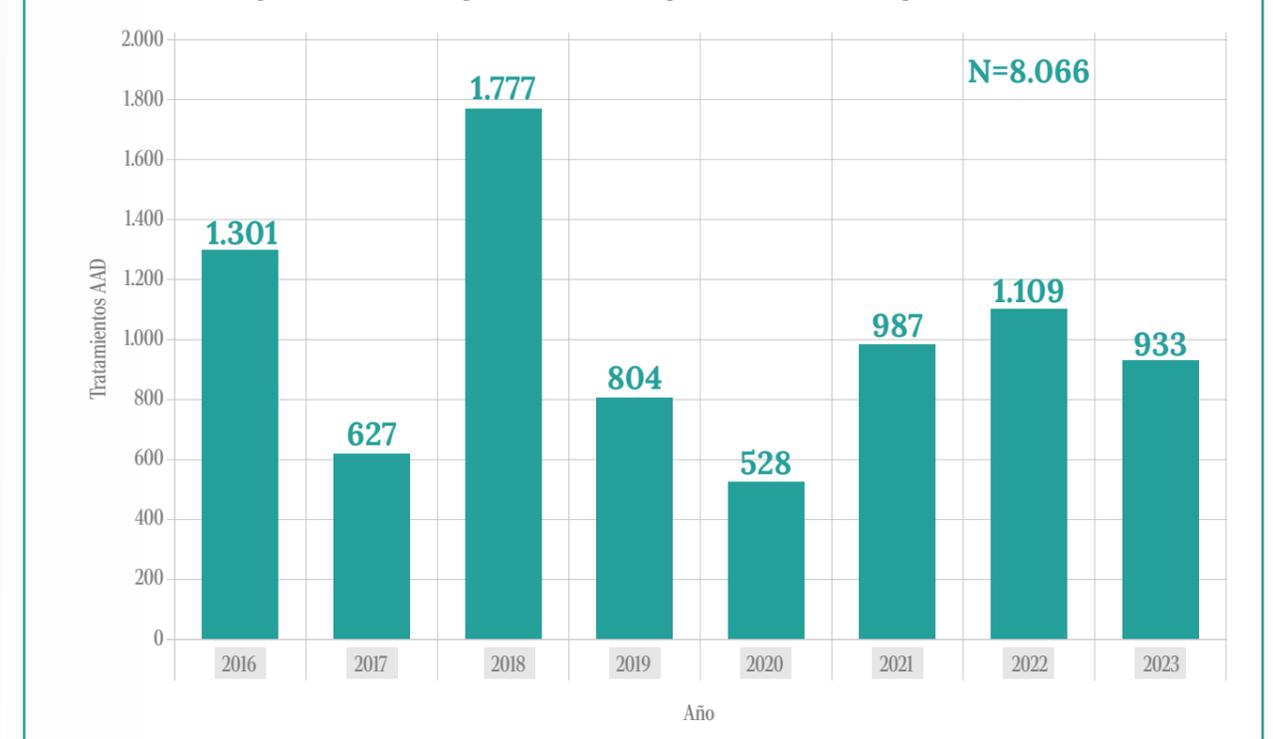
Tabla 3. Distribución de tratamientos para VHC por región sanitaria. Provincia de Buenos Aires, 2023.

Región Sanitaria de la Provincia de Buenos Aires	Tratamientos 2023	% por Región Sanitaria
Región Sanitaria I	10	4,35
Región Sanitaria II	1	0,43
Región Sanitaria III	3	1,30
Región Sanitaria IV	2	0,87
Región Sanitaria V*	60	26,09
Región Sanitaria VI	64	27,83
Región Sanitaria VII	5	2,17
Región Sanitaria VIII	34	14,78
Región Sanitaria IX	6	2,61
Región Sanitaria X	2	0,87
Región Sanitaria XI	35	15,22
Región Sanitaria XII	8	3,48
Total	230	100,00

*Incluye Centro Regional de Ablación e Implante Norte.

FUENTE: Coordinación de Hepatitis Virales.

Gráfico 1. Tratamientos para VHC con AAD dispensados anualmente por la Coordinación de Hepatitis Virales hasta diciembre de 2023.



FUENTE: Coordinación de Hepatitis Virales.

Microeliminación del virus de la hepatitis C en contextos de encierro

Autores: Roxana Aquino^a, Emma Caronel^a, Marcela Ezcurra^a, Karina Roitman^a, Juan Adrián Sotelo^b.

^a Coordinación de Hepatitis Virales.

^b Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Ministerio de Salud de la Nación.

Microeliminación de VHC en complejos penitenciarios del AMBA

En el marco de la estrategia de microeliminación de la hepatitis C en personas privadas de libertad, se implementaron diversas iniciativas en varios complejos penitenciarios federales y provinciales de Argentina entre noviembre de 2022 y julio de 2023.

Dichas iniciativas se llevaron a cabo en colaboración con múltiples actores pertenecientes a la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis (DRVIHVyT), el Programa de Salud en Contextos de Encierro (PSCE), el Servicio Penitenciario Federal (SPF), el Hospital de Clínicas José de San Martín (UBA) y la OSC Buena Vida¹.

Las actividades desarrolladas en el Servicio Penitenciario Federal comprendieron tres establecimientos: el Complejo Penitenciario Federal I (Ezeiza) para varones, Complejo Penitenciario Federal IV (Ezeiza) para mujeres y la Unidad 31 del SPF para mujeres con niños/as. El abordaje consistió en los siguientes pasos:

1. Ofrecimiento para la realización de pruebas rápidas de hepatitis C informando el carácter voluntario de acceso a las mismas.
2. Asesoramiento pretest: se realizó de forma grupal en cada pabellón, destacando la importancia de acceder al diagnóstico y tratamiento de la hepatitis C.
3. Asesoramiento posttest: para el caso de los resultados negativos, consistió en la devolución grupal brindando información sobre la prevención de la hepatitis C e ITS en contextos de encierro.
4. Test reflejo: se basó en la toma de muestras para confirmación del diagnóstico por biología molecular, tras un resultado positivo de anticuerpos contra el virus de la hepatitis C.
5. Articulación con el servicio de salud intramuros: ante un resultado positivo confirmado, se brindó a la persona el asesoramiento sobre la etapa del tratamiento, remarcando que es simplificado y que permite la cura. Luego se coordinó con el equipo médico la solicitud y seguimiento.

Resultados

En el Complejo Penitenciario Federal I, se llevaron a cabo 1.247 pruebas rápidas con una aceptabilidad del 65,8% y se detectaron 17 casos positivos.

En el Complejo Penitenciario Federal IV, se realizaron 345 pruebas con una aceptabilidad del 70,7%, y se encontraron 3 casos positivos.

En la Unidad 31, se efectuaron 95 pruebas con una aceptabilidad del 79,8% y no se detectaron casos positivos.

En total, se realizaron 1.687 pruebas rápidas en 118 módulos de estos complejos penitenciarios, con una prevalencia total del virus del 1,19%. Las intervenciones fueron exitosas en términos de aceptación por parte de la población carcelaria y permitieron identificar casos para su posterior tratamiento, contribuyendo así a la microeliminación de la hepatitis C en estos entornos específicos.

¹ Mariana Ceriotto, María Soledad Alonso, Juan Sotelo, Roxana Aquino, Marcela Ezcurra, Luciana Angueira (DRVIHVyT); Catalina Carreira, Santiago Ameigeiras, Guido Sintas (PSCE); Juan Caillava, Luis Gomez (SPF); Rubén Cantelmi, Claudio Ronchi, Gustavo Mardesena (Asociación Buena Vida, Grupo de apoyo a pacientes con enfermedades hepáticas); Marcelo Rodríguez Fermepin, Esteban Bertani Marin, David Sosa (Hospital de Clínicas, UBA).

Complejo Penitenciario Federal de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires Devoto

Microeliminación de la Hepatitis C

El Complejo Penitenciario Federal de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires Devoto, contaba en diciembre de 2023 con una población total de 1.517 personas privadas de la libertad alojada en seis módulos, distribuidos entre 5 y 6 pabellones, excepto el módulo 6 que cuenta con 26 pabellones.

Entre septiembre y noviembre de 2023 se realizaron jornadas de promoción, prevención y diagnóstico con asesoramiento de hepatitis C mediante el uso de pruebas rápidas. El trabajo de campo continuó con la modalidad utilizada en las otras unidades del AMBA, aunque con una diferencia significativa en la dinámica de trabajo: por protocolo de seguridad y por condiciones edilicias, la mayor parte del asesoramiento pre test se realizó sin ingresar a los pabellones; esto representó una barrera al momento de la comunicación con las personas privadas de la libertad y una disminución del número de quienes decidían acceder a la prueba rápida.

En cuanto a la devolución y el asesoramiento postest de los casos positivos, se hizo de manera confidencial e individual, y se tomaron muestras para la realización de pruebas confirmatorias por biología molecular (test reflejo), a fin de continuar la evaluación y solicitud de tratamiento por parte del equipo médico.

Se accedió a 45 pabellones distribuidos en los seis módulos que componen el complejo. Del total de personas privadas de la libertad (1.517), 701 aceptaron realizar la prueba rápida para VHC (46,21%); hubo 11 resultados positivos, lo que arrojó una prevalencia de 1,57%.

De las 11 pruebas rápidas positivas, 8 (72,73%) fueron confirmadas por carga viral y 3 (27,27%) resultaron no detectables, por lo tanto descartadas. Todas las personas con diagnóstico confirmado se encuentran en distintas etapas de tratamiento simplificado.

Por último, resulta importante señalar que el total de la población testeada en este Complejo Penitenciario refirió antecedentes de consumo de drogas endovenosas e inhalatorias.

Los resultados obtenidos en esta experiencia se presentan en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Población testeada en el CPF Devoto. Septiembre a noviembre de 2023.

Fecha	Módulo	Población estimada alojada/pabellón	Cantidad de PR realizadas	% de aceptabilidad del testeo	Total positivos	Población total del CPF Devoto	1.517
nov-23	1	280	83	29,64	1	Total de PR del CPF	701
oct-23	2	285	111	38,95	4	% de aceptabilidad	46,21%
oct-23	3	300	166	55,33	5	Total positivos	11
oct-23	5	377	230	61,01	1	Prevalencia	1,57%
sep-23	6	263	100	38,02	0		
nov-23	51	12	11	91,67	0		
Total		1.517	701	46,21	11		

¹ www.mpf.gob.ar/procuvin/files/2024/07/PROCUVIN.-Informe-semesteral-20242-1.pptx-Solo-lectura.pdf

Resultados preliminares

En el período de noviembre de 2022 a diciembre de 2023, se llevaron adelante actividades de testeo para hepatitis C en 163 pabellones de cuatro unidades del Servicio Penitenciario Federal pertenecientes al AMBA.

Se realizaron 2.388 pruebas rápidas, de las cuales 31 resultaron positivas, dando una prevalencia de 1,30% (**Tabla 2**).

Tabla 2. Población testeada en cuatro unidades penitenciarias del SPF. Noviembre del 2022 a diciembre del 2023.

	Módulos	Pabellones a los que se accedió	Cantidad de alojados por CPF	Cantidad de PR realizadas/módulo	% de aceptabilidad	Positivos	Prevalencia
Total Ezeiza	7	63	1.896	1.247	65,77	17	1,36
Total Complejo IV	5	36	487	345	70,84	3	0,87
Total Unidad 31	19	19	120	95	86,67	0	0,00
Total Devoto	6	45	1.517	701	46,21	11	1,57
Total SPF a DIC 23	37	163	4.020	2.388	59,40	31	1,30

A las personas con pruebas positivas, se les realizó por test reflejo carga viral: 24 muestras resultaron (77,4%) y 7 fueron no detectables (22,6%).

De las personas con diagnóstico confirmado, 20 (83,3%) se encuentran en diferentes etapas de tratamiento simplificado con antivirales de acción directa (AAD) y 4 (16,7%) salieron en libertad o fueron trasladadas, de modo que se perdió el contacto con ellas antes de la devolución de la confirmación de diagnóstico.

Con una aceptabilidad final del 59,4% por parte de las personas privadas de la libertad, la implementación del uso de pruebas rápidas con asesoramiento dentro de los pabellones fue el pilar fundamental para que pudieran acceder al diagnóstico y al tratamiento de la hepatitis C de manera efectiva. Este enfoque permitió ofrecer atención directa y accesible, que continúa a la fecha de la presente edición, integrando las capacidades sanitarias a la compleja estructura de los servicios penitenciarios.

Formación de promotores de salud

Desde 2015, el Programa de Salud en Contextos de Encierro (PSCE) del Ministerio de Salud de la Nación lleva adelante el curso de formación como promotores/as de salud dirigido a personas privadas de la libertad.

El curso tiene como objetivo desarrollar procesos de enseñanza-aprendizaje que promuevan acciones comunitarias, generando instancias para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades dentro de los pabellones donde están detenidas las personas.

De junio a septiembre de 2023, y dentro del módulo “VIH-ITS-Hepatitis Virales y Tuberculosis”, la Coordinación de Hepatitis Virales dictó dos capacitaciones a un total de 50 participantes.

Se brindaron conceptos básicos sobre los principales avances en el abordaje de las hepatitis virales (prevención, atención, diagnóstico, tratamientos), la vacunación contra el VHB y la microeliminación del VHC.

Bajo una dinámica participativa, los talleristas respondieron a las dudas e inquietudes de promotores formados, en formación, profesionales de salud y personal de seguridad respecto de las hepatitis virales y se brindaron todos los recursos disponibles desde la Coordinación para facilitar las acciones que cotidianamente los futuros promotores podrán desarrollar en sus espacios de trabajo.

Acciones desarrolladas en otras jurisdicciones



Provincia de Salta

A partir de la experiencia que se llevó adelante en las unidades del Servicio Penitenciario Federal, la provincia de Salta replicó la estrategia de microeliminación de hepatitis C para personas privadas de la libertad, como parte del plan con proyección nacional a fin de mejorar las intervenciones en salud y calidad de atención en los servicios penitenciarios desde una perspectiva de derechos.

Las acciones desarrolladas en la Unidad Carcelaria N° 1 de Salta fueron las siguientes:

1. Capacitación sobre actualización en hepatitis virales dirigida a personas privadas de la libertad.
2. Capacitación teórico-práctica sobre la técnica de prueba rápida para hepatitis C dirigida a profesionales de la salud de unidades penales de la provincia de Salta (actividad conjunta con el Programa Provincial de Hepatitis Virales de Salta).
3. Jornada de asesoramiento y acceso al diagnóstico de hepatitis C y hepatitis B, y búsqueda de personas con síntomas respiratorios para el diagnóstico de tuberculosis.



Resultados

Durante dos días de trabajo de campo, un total de 30 promotores de salud privados de la libertad recibieron la capacitación sobre hepatitis virales mientras que 10 profesionales de salud de unidades penales de la provincia de Salta resultaron capacitados en la técnica de prueba rápida para hepatitis C.

Por otra parte, 585 personas privadas de la libertad accedieron al testeo de hepatitis C y B y búsqueda de sintomáticos-respiratorios para TBC.

De las pruebas rápidas realizadas, hubo un resultado positivo de hepatitis C y uno de hepatitis B. Ambos resultados fueron confirmados por carga viral y continuaron su evaluación en instituciones sanitarias extramuros.

Por último, se tomaron 31 muestras de esputo en personas que mencionaron síntomas respiratorios en los quince días previos; dos de ellas arrojaron resultados positivos para baciloscopia.



Provincia de San Juan

Al cierre de la presentación del anterior boletín de hepatitis virales, se completó la agenda de actividades con una jornada de testeo en el marco del Día Mundial de las Hepatitis de 2023 y se realizó una capacitación teórico-práctica sobre la técnica de pruebas rápidas para hepatitis C dirigida a personal de salud penitenciario de Chimbas.

En total, entre el 26 y el 28 de julio se testearon 300 personas privadas de la libertad, en el marco de un abordaje integral con controles de distintas áreas (como odontología, vacunación, nutrición, entre otras). Asimismo, cuatro profesionales de la salud de unidades penales de la provincia de San Juan se capacitaron en la técnica de prueba rápida para hepatitis C.

La actividad se realizó en función de las líneas estratégicas propuestas por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la DRVIHVyT en la provincia de San Juan y contó además, con un espacio de consejería de diversidad y salud sexual a cargo de la sociedad civil Enlazando Oportunidades, en conjunto con el equipo técnico del consultorio de diversidad del Hospital José Giordano de Albardón.

Simplificación en el abordaje de la hepatitis C: experiencia de revinculación en Córdoba

Autores: Mariano Hurtado¹, Diosnel Siro Bouchet¹, María Gabriela Barbas², Natalia Altamirano², Marcos Balangero³.

¹ Programa Provincial de VIH/SIDA, ITS, Hepatitis Virales y TBC de la Provincia de Córdoba.

² Laboratorio Central de la Provincia de Córdoba.

³ Subsecretaría de Integración Sanitaria, Secretaría de Prevención y Promoción, Ministerio de Salud.

Las Hepatitis Virales continúan siendo un problema de salud pública a pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos. Según el último reporte mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre hepatitis virales, se estima que la mortalidad a ellas asociada está en aumento y que en forma conjunta las hepatitis B y C causan 1,3 millones de muertes anuales. A su vez, 254 millones de personas viven con VHB, 50 millones de personas viven con VHC y se producen 2,2 millones de nuevas infecciones cada año. En Argentina, en base a los datos del Boletín Nacional de Hepatitis Virales N° 5 (2023), las tasas de notificación de VHB y VHC muestran una tendencia ascendente. El desafío de alcanzar las metas propuestas por la OMS en la estrategia de eliminación de las hepatitis virales para 2030 sigue vigente.

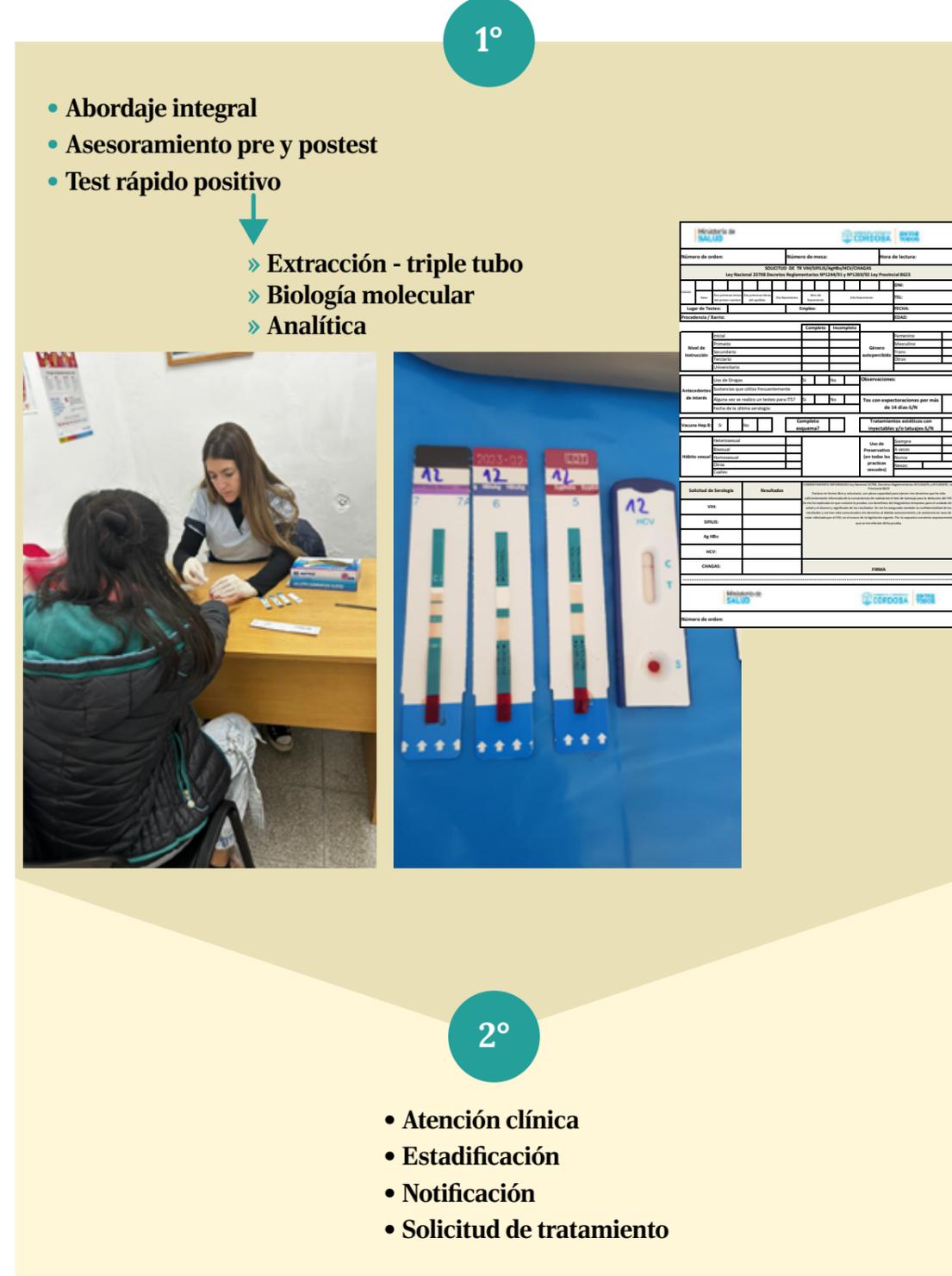
Desde mediados de 2022 el Programa Provincial de VIH/SIDA, ITS, Hepatitis Virales y TBC y el Laboratorio Central de la provincia de Córdoba comenzaron un **proyecto de expansión diagnóstica y terapéutica basado en descentralización de la atención en el primer nivel de atención (PNA), que incluyó jornadas de capacitación y monitoreo de los equipos de salud con foco en la expansión de la oferta de testeo, vinculación activa de usuarios al sistema sanitario y pautas de diagnóstico y tratamiento simplificado mediante la implementación de test reflejo.**

La descentralización de la atención en el PNA se planificó con el objetivo de que los efectores realicen el proceso de atención integral de las personas que viven con hepatitis virales en todas las etapas de la cadena de cuidados, desde el diagnóstico hasta el abordaje terapéutico y posterior seguimiento, en base a la utilización de algoritmos simplificados según recomendaciones de la Coordinación de Hepatitis Virales. A tal fin, los equipos de salud fueron capacitados para que dispongan de las herramientas y conocimientos necesarios para el adecuado abordaje clínico y el seguimiento. Se estableció una articulación con la organización no gubernamental Iniciativa Medicamentos para Enfermedades Desatendidas (DNDi, por sus siglas en inglés), donde referentes de la organización, el programa provincial y el programa nacional trabajamos en conjunto para llevar a cabo una serie de intervenciones territoriales, que incluyeron talleres para mejorar el abordaje del VHC, buscando incrementar la detección temprana y el tratamiento en áreas claves del PNA de la provincia, en línea con las políticas y directrices nacionales.

A su vez, se implementó un proceso de comunicación permanente entre los centros periféricos del PNA y el Programa Provincial para permitir la supervisión del proceso diagnóstico-terapéutico y a su vez coordinar, en los casos en que fuera necesaria, la derivación a centros de mayor complejidad.

La expansión de la oferta diagnóstica se basó en la incorporación de las pruebas rápidas para la detección de anticuerpos de VHC a las ya disponibles de VHB, sífilis y VIH que se utilizan en los Centros de Testeo y Prevención Combinada, y la posterior confirmación por técnicas de biología molecular mediante la implementación del test reflejo. El uso del test reflejo tiene por objetivo simplificar el proceso diagnóstico reduciendo al mínimo la cantidad de consultas y extracciones necesarias para facilitar así el acceso oportuno al tratamiento. Consiste en la toma de una muestra de sangre venosa inmediatamente después de un resultado positivo por punción digital, para su posterior envío para la realización de pruebas serológicas y de biología molecular que confirmen o descarten el diagnóstico inicial; además, se hacen estudios analíticos que permitan la evaluación de fibrosis hepática a través del uso de score no invasivos (APRI, FIB4). En un segundo paso, se vincula a las personas con el sistema sanitario, para que de este modo en solo dos consultas ya cuenten con un diagnóstico definitivo y accedan, de ser necesario, al tratamiento correspondiente.

Figura 1. Test reflejo basado en pruebas rápidas.



La incorporación de las pruebas rápidas de VHC como método de tamizaje se inició a mediados de 2022 y se fue expandiendo progresivamente, incrementando tanto la cantidad de test distribuidos como los efectores solicitantes.

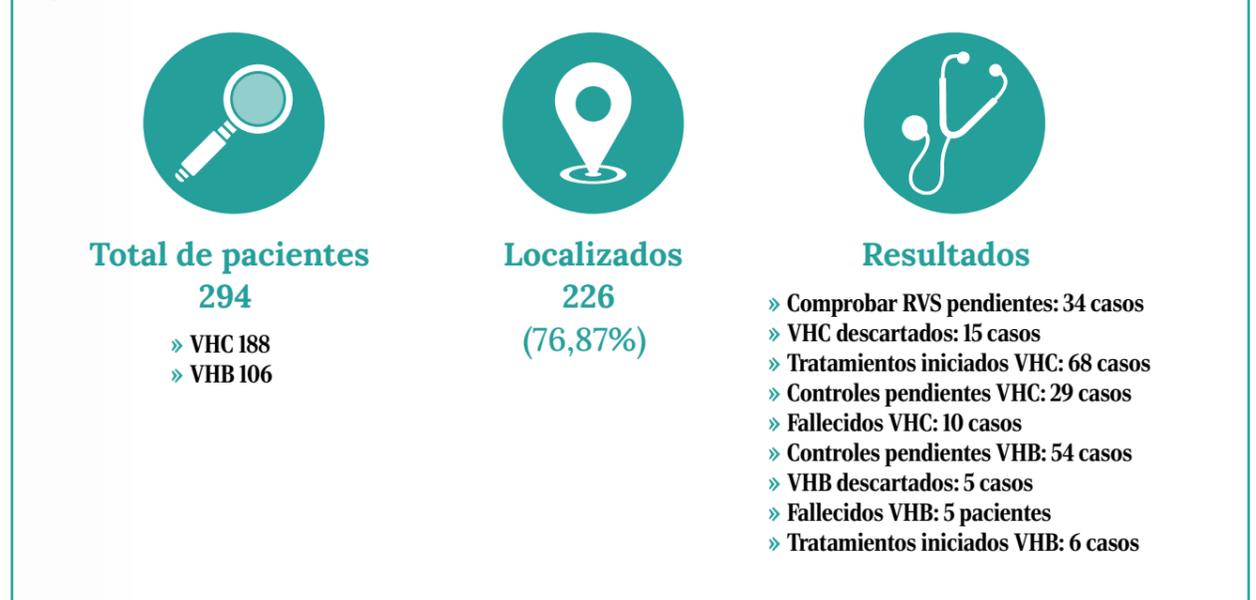
El Laboratorio Central cuenta con una red de efectores de salud en toda la provincia de Córdoba, que ofrecen pruebas rápidas para VIH, sífilis y hepatitis virales. Los efectores son habilitados luego de un proceso de capacitación y acompañamiento para la implementación de los servicios de prevención y testeo, en el marco de una estrategia de prevención combinada. Para su habilitación se requiere que cuenten con un supervisor bioquímico, encargado de garantizar la calidad de las pruebas y el circuito de confirmación diagnóstica; un referente clínico encargado de seguir y tratar los casos de personas con pruebas confirmatorias positivas; operadores capacitados a cargo de los asesoramientos y el testeo; y personal capacitado en la notificación de los casos estudiados y confirmados al sistema nacional de vigilancia (SNVS 2.0).

En el marco de esta estrategia de ampliación diagnóstica, la provincia cuenta hoy con **113 centros de testeo (de los más de 200) que han solicitado pruebas rápidas de VHC** y, desde el inicio de la implementación, **se han distribuido 23.150 pruebas rápidas de VHC**. Estos centros están en 23 de los 26 departamentos de Córdoba, lo que representa una cobertura de la mayor parte del territorio provincial.

La vinculación activa de personas al sistema de salud se inició en 2022, como una necesidad imperiosa ante los efectos negativos que la pandemia generó en la accesibilidad de la población a la asistencia, prevención, asesoramiento y tratamiento de enfermedades prevalentes.

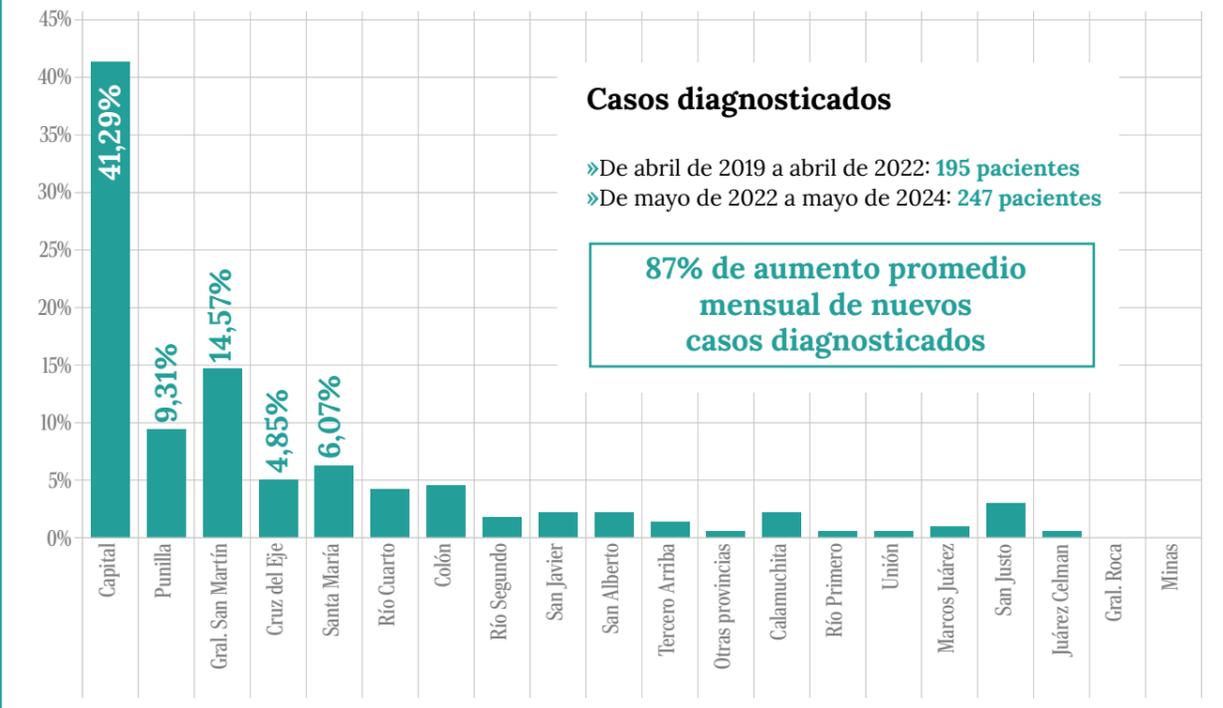
El **Proyecto Vincular** consistió en la búsqueda activa de usuarios con sospecha, confirmación o falta de seguimiento con hepatitis virales atendidos en el período 2019-2021. La búsqueda activa se realizó a partir de bases de datos disponibles del Programa Provincial y del Laboratorio Central de Córdoba, con posterior localización de los pacientes vía telefónica y/o correo electrónico. El proyecto logró un alto porcentaje de vinculación/revinculación y permitió dar continuidad a procesos diagnósticos o terapéuticos que estaban pendientes. A partir de los resultados positivos obtenidos, se decidió implementar desde 2023 la vinculación activa en tiempo real, que consiste en la comunicación inmediata de aquellos resultados sospechosos o confirmatorios de hepatitis virales al Programa Provincial para realizar una pronta vinculación de las personas al centro de atención más cercano a fin de completar los procesos pendientes.

Figura 2. Proyecto Vincular.



A través del conjunto de medidas de prestación simplificada y descentralización adoptadas, se logró aumentar considerablemente las tasas de nuevos diagnósticos de VHC; al comparar los períodos sin aplicación de tales procesos (de abril de 2019 a abril de 2022) con los períodos de implementación (mayo de 2022 a mayo de 2024), se aprecia la eficacia consolidada en relación con la expansión diagnóstica.

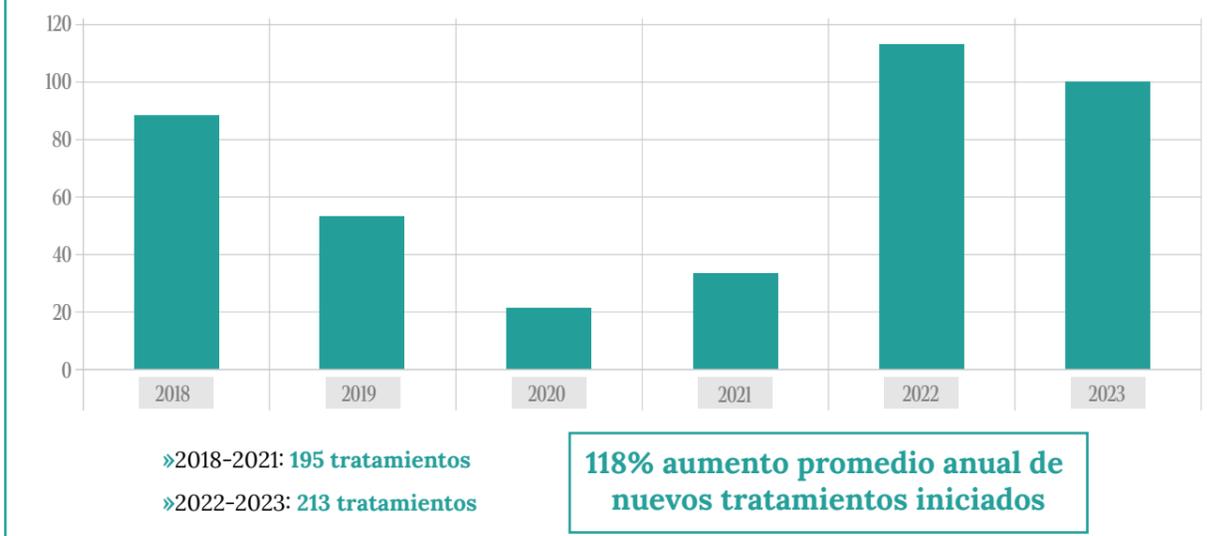
Figura 3. Distribución departamental de personas con VHC diagnosticadas y atendidas (Córdoba, mayo de 2022 a mayo de 2024) y comparación del total de pacientes entre períodos seleccionados.



A su vez, progresivamente aumentan los casos diagnosticados y tratados íntegramente en el PNA del interior provincial, lo que confirma la aceptabilidad tanto de los equipos de salud y como de la comunidad a la política de descentralización integral de la atención.

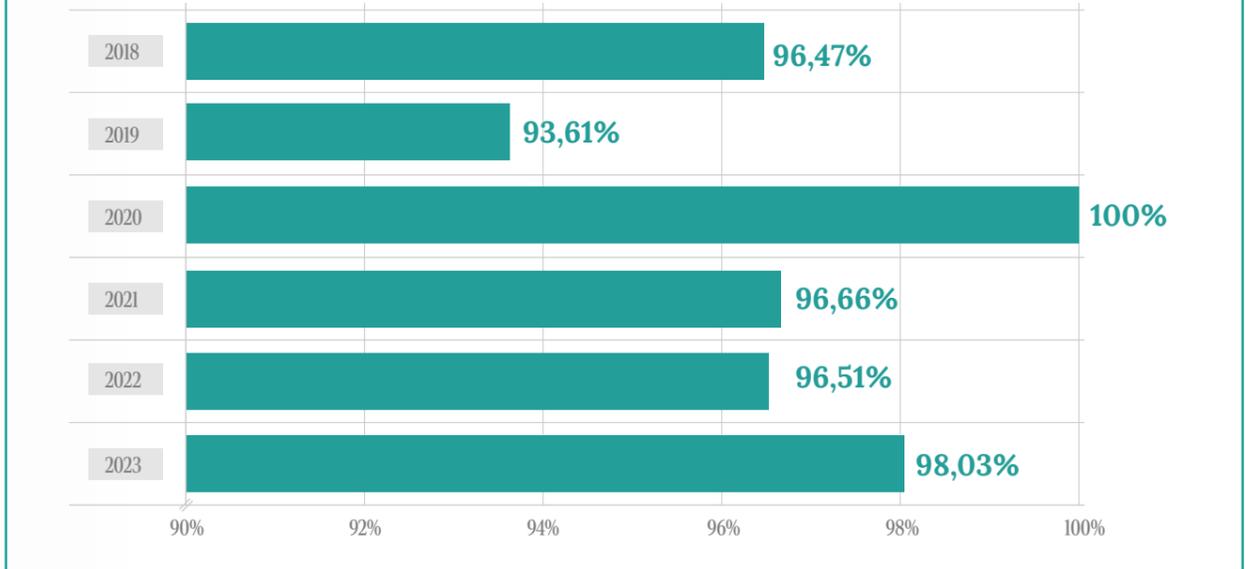
El aumento de casos diagnosticados de VHC y la facilitación al acceso oportuno al tratamiento se evidencian en el notorio incremento de inicios de tratamiento en 2022/2023 en comparación con el período inmediatamente anterior.

Figura 4. Distribución anual de los inicios de tratamiento para VHC (Córdoba, 2018-2023) y comparación entre períodos seleccionados.



A su vez, la calidad asistencial se mantiene garantizada con las prácticas simplificadas y descentralizadas, manteniendo elevadas tasas de respuesta viral sostenida (RVS).

Figura 5. Proporción de respuesta viral sostenida (RVS) en tratamientos de VHC según año. Córdoba, 2018-2023.



Conclusiones

La prevención combinada –estrategia propuesta por OMS, OPS y las entidades nacionales– contempla a las hepatitis virales entre sus líneas priorizadas, y su implementación exitosa implica la descentralización y el involucramiento de los equipos de salud del PNA. En el trabajo para lograr las metas, la instalación del test reflejo para VHC en el PNA ha resultado exitosa en cuanto a brindar acceso a la salud (asesoramiento, testeo, diagnóstico, tratamiento inmediato y seguimiento) a las personas afectadas con impacto también en el costo-beneficio para el sistema sanitario. Aún quedan desafíos por delante que asumimos como insumos para el desarrollo e implementación de nuevas estrategias e intervenciones.

Nuestros proyectos, desde su concepción, contemplan las premisas propuestas por las entidades internacionales y nacionales referentes de salud: atención centrada en las personas, desde un enfoque de derechos, respetando la interculturalidad y la diversidad. Aparece como fundamental el involucramiento progresivo de las comunidades y en ese sentido resulta de vital importancia sumar a las organizaciones de la sociedad civil.

Claramente las líneas estratégicas disponibles para lograr la “Eliminación de las Hepatitis Virales para el año 2030” son exitosas, su implementación descentralizada y accesible es el gran desafío que asumimos los programas y su concreción necesita sostener políticas públicas de salud, inversiones y directrices dinámicas adaptadas para que sean aplicables y que así la salud pública siga siendo la mejor oferta para las personas que se asisten en este subsistema.



Las hepatitis virales representan un desafío significativo para la salud pública en nuestro país, ya que afectan a miles de personas y requieren una respuesta coordinada y efectiva por parte de diversos actores claves.

Desde la Coordinación de Hepatitis Virales nos proponemos presentar en este espacio a los distintos actores que construyen esa respuesta en nuestro país, como recurso de apoyo a los diferentes niveles de gestión involucrados en la temática. En este artículo, exploraremos el rol de la Sociedad Argentina de Hepatología (SAHE) como pieza fundamental en la investigación, la educación y la promoción de estrategias de prevención y tratamiento.

Rol de los actores claves en la respuesta a las hepatitis virales en la Argentina

Contribuciones de la SAHE en la salud pública nacional

La Sociedad Argentina de Hepatología desempeña un papel fundamental en la promoción de la salud hepática y en la respuesta a las enfermedades del hígado en nuestro país. Fundada con el objetivo de avanzar en la investigación, educación y prevención de enfermedades hepáticas, esta sociedad científica juega un rol crucial en la mejora de la calidad de vida de los pacientes y en la formación de profesionales de la salud especializados.

La SAHE se dedica activamente a la investigación y difusión de conocimientos sobre enfermedades hepáticas, desde las hepatitis virales hasta la cirrosis y el cáncer de hígado. A través de congresos, conferencias y publicaciones científicas, fomenta el intercambio de información entre investigadores, médicos y otros profesionales de la salud interesados en el área hepática. Estas actividades no solo fortalecen el conocimiento científico en el país, sino que también contribuyen a la formación continua de los profesionales médicos y al desarrollo de políticas de salud pública más efectivas.

La SAHE mantiene una estrecha colaboración con diversos actores claves en el ámbito de la salud y la investigación médica en Argentina. Colabora activamente con hospitales, universidades, centros de investigación y organizaciones no gubernamentales dedicadas a la salud hepática. Esta articulación permite desarrollar proyectos conjuntos, estudios epidemiológicos y programas de prevención y tratamiento que beneficien a la población argentina afectada por enfermedades del hígado.

Además, participa en redes internacionales de hepatología, lo que permite facilitar el intercambio de experiencias y conocimientos con expertos de todo el mundo. Esta integración global no solo enriquece las prácticas médicas locales, sino que también promueve estándares internacionales en el manejo y tratamiento de enfermedades hepáticas.

La comisión directiva actual está compuesta por:

Presidente: Dr. Esteban González Ballerga

Vicepresidente: Dr. Juan Carlos Bandi

Secretario: Dr. Andrés Bruno

Prosecretario: Dr. Guillermo Tsariktsian

Tesorero: Dr. Daniel Poncino

Protesorero: Dr. Manuel Barbero

Vocales titulares: Dr. Luis Gaite, Dr. Matías Bori, Dr. Ignacio Roca, Dra. Melisa Dirchwolf

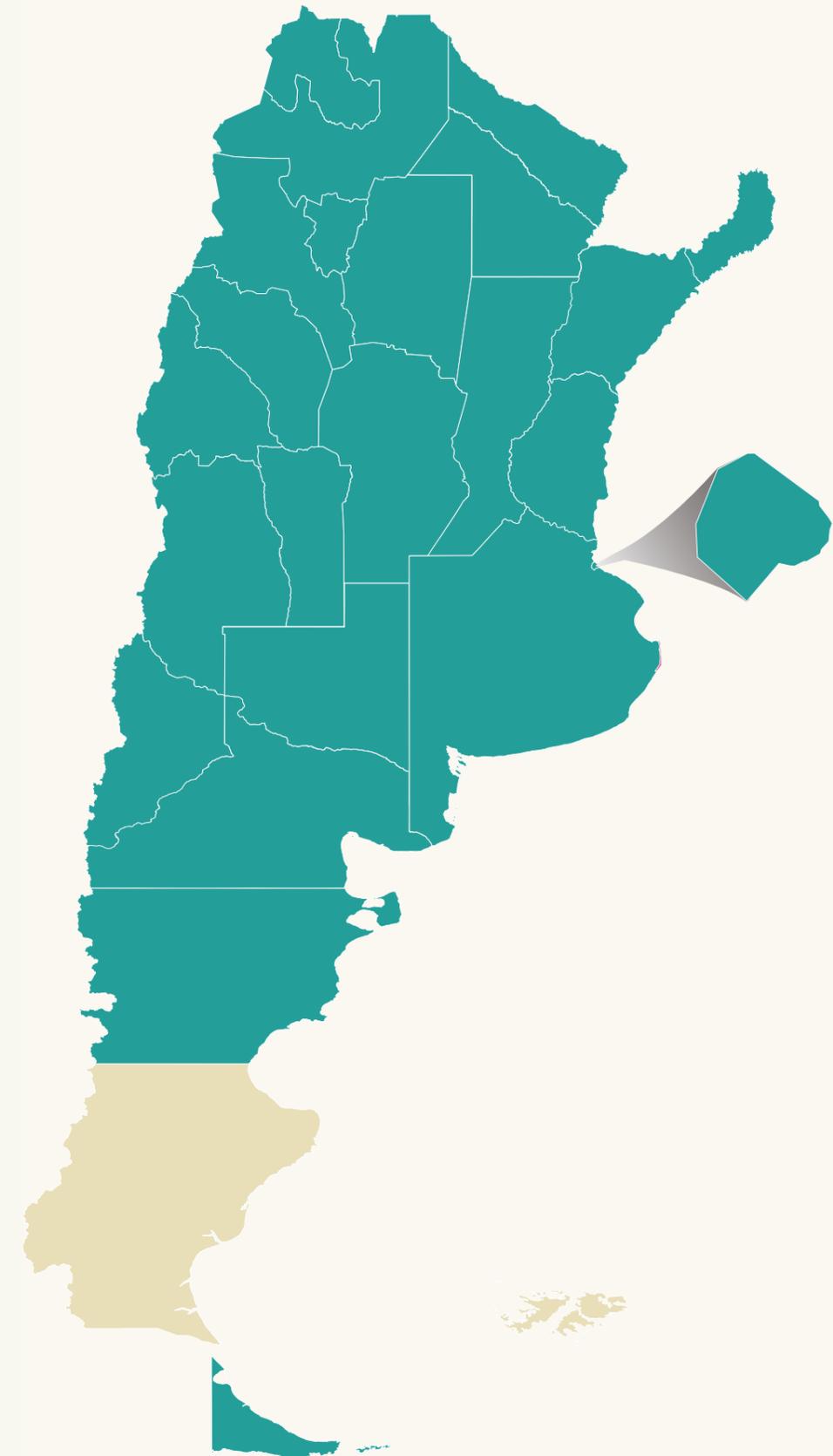
Vocales suplentes: Dra. Marcela De Sousa, Dra. Andrea Curia, Dr. Fernando Barreyro, Dra. Natalia Sobenko

La subcomisión de Hepatitis Virales se encuentra integrada por los doctores Fernando Cairo, Ezequiel Rídruejo, Fernando Bessone, María Virginia Reggiardo y Gisela Sotera.

Durante 2024 se creó la subcomisión de revinculación de enfermedades hepáticas, con el fin de profundizar estrategias para que los pacientes que perdieron el seguimiento puedan retomar las consultas y el tratamiento correspondiente. Actualmente se realizó el llamado a convocatoria de hepatólogos interesados en el tema para conformar la nueva subcomisión.

A nivel provincial, cuenta con delegados (**Mapa 1**) que actúan como representantes locales de la sociedad. Estos delegados desempeñan un papel crucial en la difusión de las actividades de la sociedad, en la organización de eventos científicos regionales y en la coordinación con profesionales de la salud en sus respectivas áreas geográficas. Su labor es fundamental para asegurar que las iniciativas de la SAHE lleguen a todas las regiones del país y para promover una atención integral de las enfermedades hepáticas a nivel local.

Mapa 1. Delegados provinciales de la SAHE y datos de contacto.





Ministerio de Salud
República Argentina

0800.222.1002
argentina.gob.ar/salud/hepatitis
Av. 9 de Julio 1925. C.A.B.A.