



**III Jornada de
Excelencia
en VIH**

**Vigo, 29 y 30
de noviembre de 2019**

**Auditorio del Ilustre
Colegio de Médicos de Pontevedra
Rúa do Ecuador, 84. Vigo**



HISTORIA DEL
VIH Y RETOS
INMEDIATOS

Rosa Polo

PNS



UN VIAJE A TRAVÉS DE LA HISTORIA DEL VIH

ÉPOCA DEL DESCONCIERTO 1981

CENTERS FOR DISEASE CONTROL

MMWR

MORBIDITY AND MORTALITY WEEKLY REPORT

June 5, 1981

***Pneumocystis* Pneumonia - Los Angeles**

In the period October 1980 - May 1981, 5 young men, all active homosexuals, were treated for biopsy-confirmed *Pneumocystis carinii* pneumonia at 3 different hospitals in Los Angeles, California. Two of the patients died. All 5 patients had laboratory-confirmed previous or current cytomegalovirus (CMV) infection and candidal mucosal infection. Case reports of these patients follow.

July 4, 1981

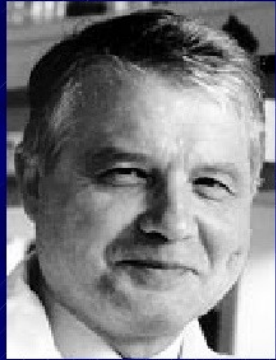
Kaposi's Sarcoma and *Pneumocystis* Pneumonia Among Homosexual Men - New York City and California

During the past 30 months, Kaposi's sarcoma (KS), an uncommonly reported malignancy in the United States, has been diagnosed in 26 homosexual men (20 in New York City (NYC), 6 in California). The 26 patients range in age from 26-51 years (mean 39 years). Eight of these patients died (7 in NYC, 1 in California) - all 8 within 24 months after KS was diagnosed.

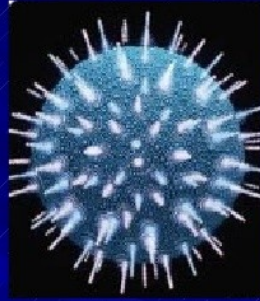
Época de la impotencia y desconocimiento De 1981 al 1986

- *Descubrimiento por gran parte del sistema sanitario y de los profesionales de modos de vida y prácticas diferentes, y hasta marginales en muchos casos: homosexualidad, drogadicción.*
- *Noción de grupos de riesgo y de prácticas de riesgo*
- *Descubrimiento de la vulnerabilidad de los pacientes jóvenes.*
- *Primeras manifestaciones de rechazo social (laboral, integración de niños en la escuela).*
- *El sida como enfermedad confidencial, aunque algunas personalidades revelan su enfermedad.*
- *Descubrimiento por parte de los sanitarios de un “nuevo” tipo de enfermo (en muchos casos, por la labor de los grupos de afectados/voluntarios): en unos casos marginados sociales, en otros como interlocutor informado y responsable de su propio cuidado y partícipe en la toma de decisiones.*
- ***Elevada mortalidad***

ABRIL 1983 FRANCIA: SE
DESCUBRE EL VIH

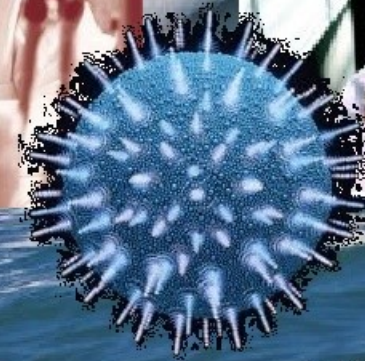
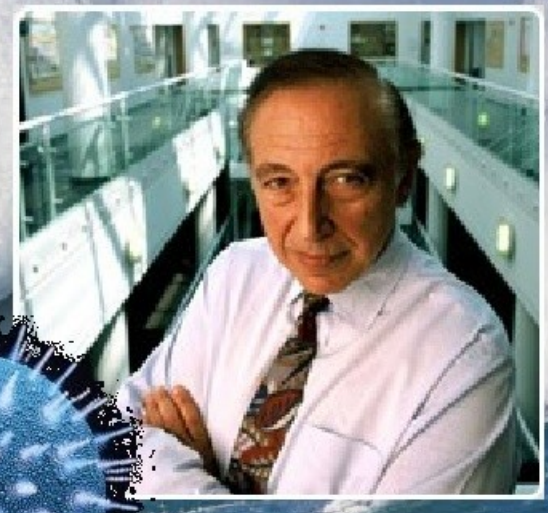


LUC MONTAGNIER

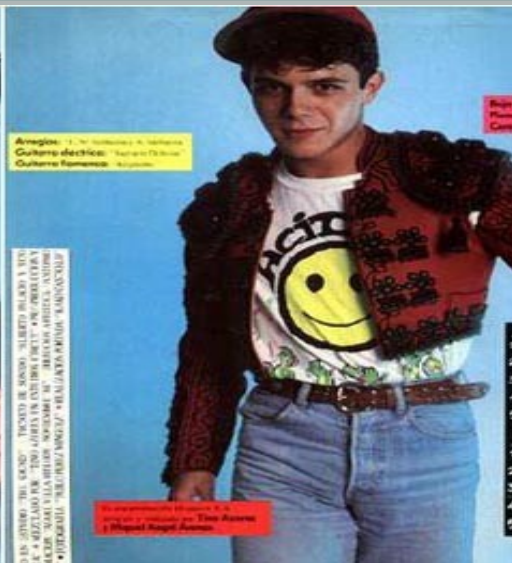
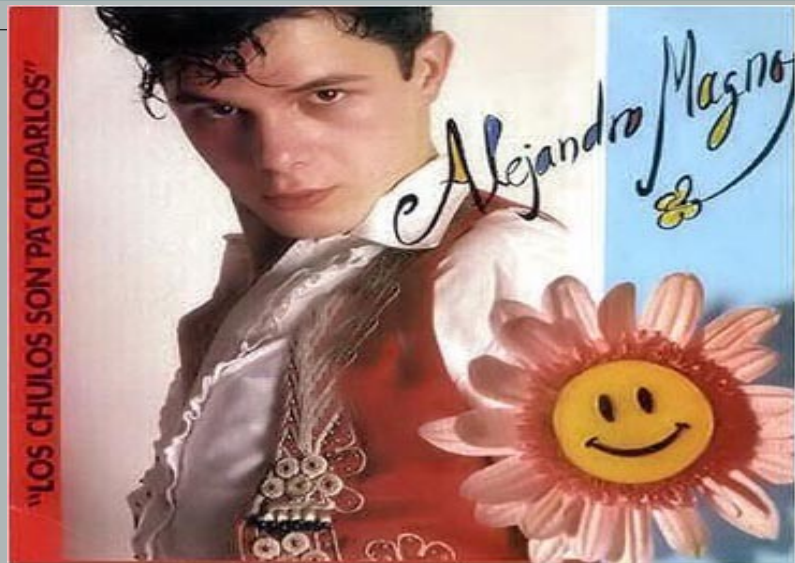


Es nombrado Virus asociado
a la Linfadenopatía (LAV)

Descubrimiento del VIH



Corbis.com





‘En los 80 y 90 la heroína mató más jóvenes que cualquier guerra’

MUERTOS POR CONSUMO DE HEROÍNA EN ESPAÑA 1981 - 1988



HITOS EN LA HISTORIA DEL VIH

LÍNEA DE TIEMPO

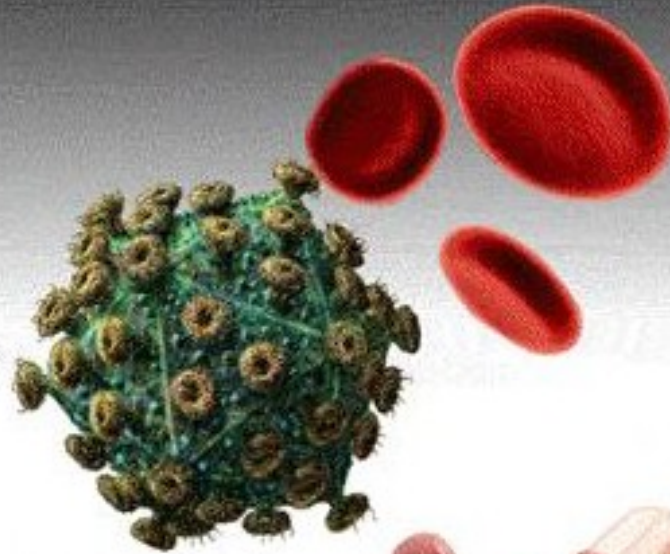
1981

Primera alerta



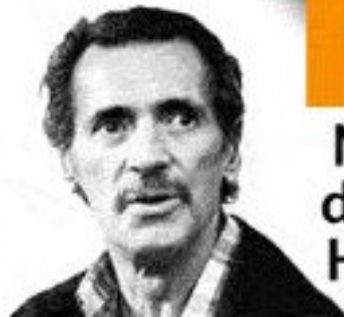
1983

Descubrimiento del virus



1985

Muerte de Rock Hudson



1987

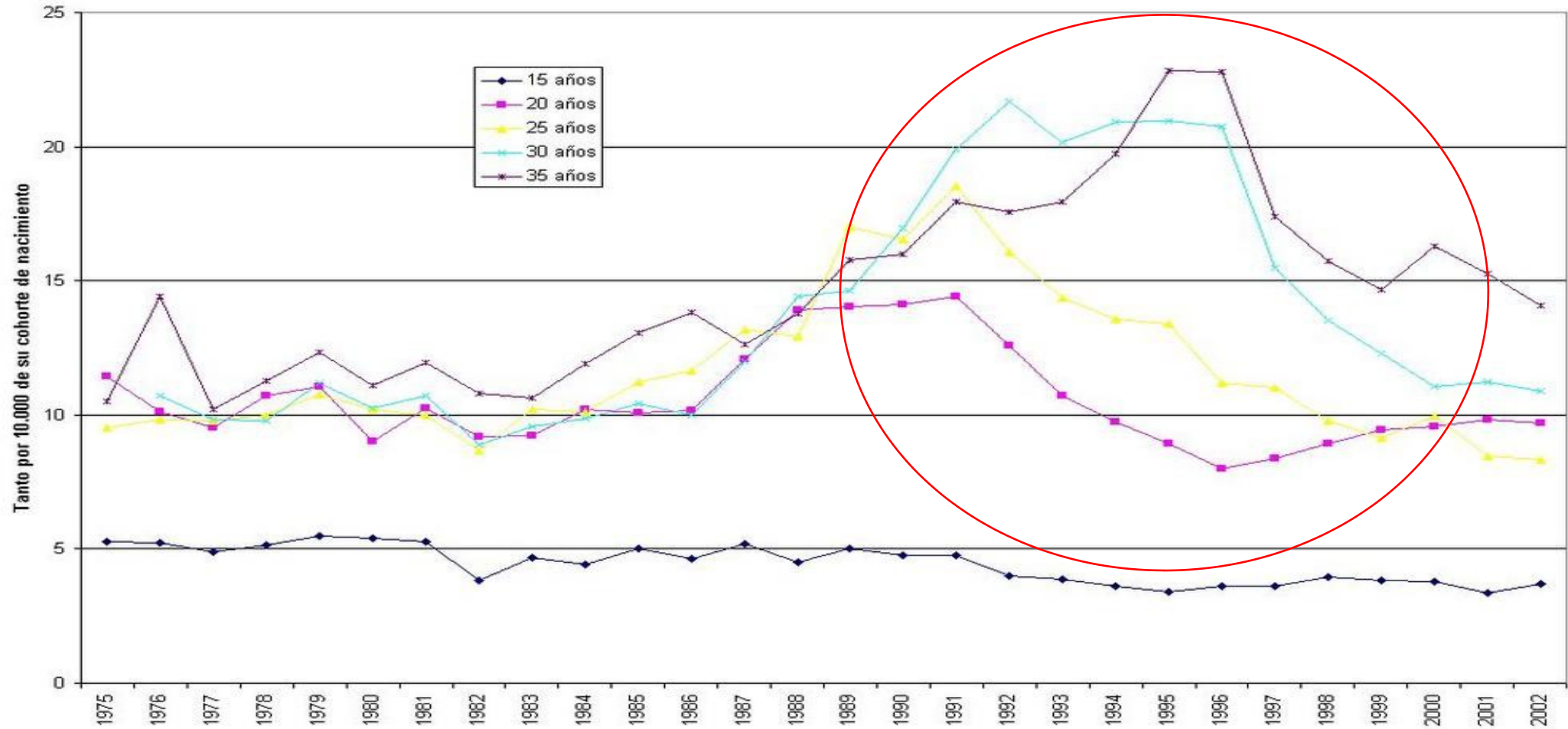
Primer antirretroviral



Época de la visibilidad. De 1987 a 1991

- *Primeros ensayos con vacunas (fallidos).*
- *Descubrimiento de numerosos fármacos antivirales.*
- *Demostración de la posibilidad de prevención de la transmisión de la madre al hijo.*
- *La epidemia se vuelve visible*
- *Primeras recomendaciones de tratamiento.*
- *Se comprueba una discreta mejoría de la supervivencia de los enfermos merced a la generalización de la profilaxis con cotrimoxazol.*
- *En el año 1993 empieza su andadura en Washington la conferencia sobre VIH más importante de todos los tiempos, el CROI.*

España, mortalidad de varones jóvenes (1975-2002)

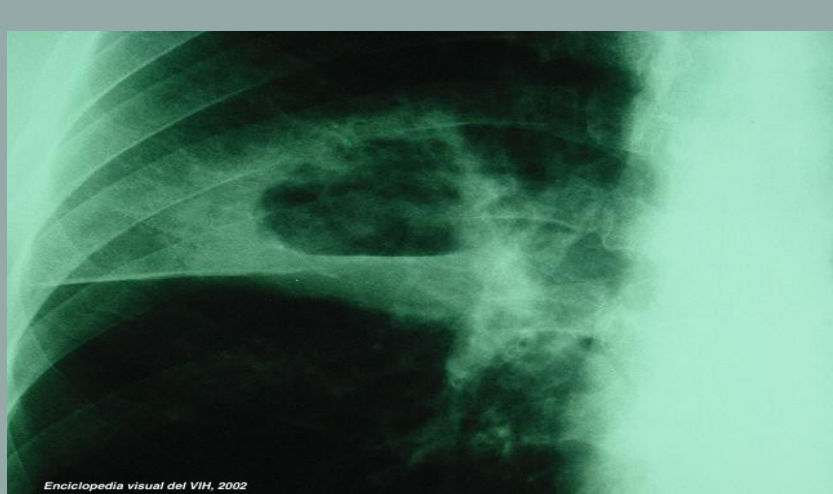


Fuente: elaboración propia con datos de Movimiento natural de la población del INE (www.ine.es).

Tabla 13: Casos de sida en España por modo de transmisión y año de diagnóstico. Registro Nacional de Sida. Fecha de actualización: 30 de junio de 2015. Datos corregidos por retraso en la notificación.

Año de diagnóstico	Modo de transmisión						TOTAL*
	HSH	Heterosexual	PID	Materno-infantil	Hemoderivados	Transfusión	
1981	1	0	0	0	0	0	1
1982	1	0	1	0	2	0	4
1983	4	0	4	0	4	2	14
1984	12	0	22	1	12	1	52
1985	37	4	109	6	19	1	178
1986	88	16	315	23	43	8	500
1987	211	47	716	34	47	20	1098
1988	340	101	1581	88	77	32	2274
1989	528	194	2175	88	84	31	3171
1990	585	323	2744	69	67	41	3941
1991	710	423	3061	86	78	44	4578
1992	795	559	3332	83	58	43	5093
1993	820	700	3595	86	53	30	5524
1994	925	1037	5102	84	69	23	7495
1995	961	1093	4748	84	59	23	7198
1996	794	1180	4407	55	54	17	6758
1997	543	934	3176	42	24	18	4970
1998	452	806	2240	24	10	6	3735
1999	387	672	1832	17	8	10	3165
2000	379	660	1610	12	8	4	2927
2001	334	610	1329	13	12	13	2522
2002	327	643	1200	9	6	2	2369
2003	357	626	1148	10	7	4	2312
2004	345	596	972	6	6	2	2087
2005	291	579	850	9	3	4	1874
2006	302	535	750	7	3	1	1752
2007	300	490	671	10	6	2	1639
2008	322	535	537	8	2	7	1544
2009	315	491	450	8	5	2	1418
2010	338	394	336	3	1	2	1208
2011	314	344	290	3	3	0	1063
2012**	313	321	230	3	0	2	968
2013**	235	233	163	3	0	2	713
2014**	195	186	114	0	0	0	557

HSH=Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres; PID=Personas que se inyectan drogas. *En el total se incluyen también los casos con modo de transmisión no informada; **Estimaciones corregidas por retraso que pueden sufrir modificaciones conforme se complete la notificación.



Enciclopedia visual del VIH, 2002



Enciclopedia visual del VIH, 2002



Enciclopedia visual del VIH, 2003



The New England Journal of Medicine

©Copyright, 1987, by the Massachusetts Medical Society

Volume 317

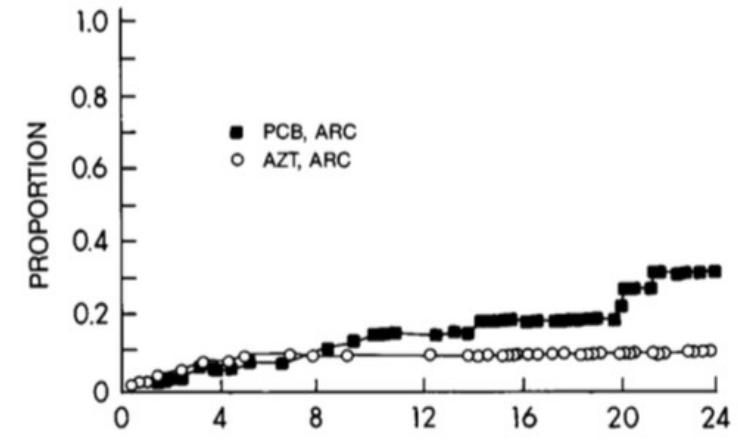
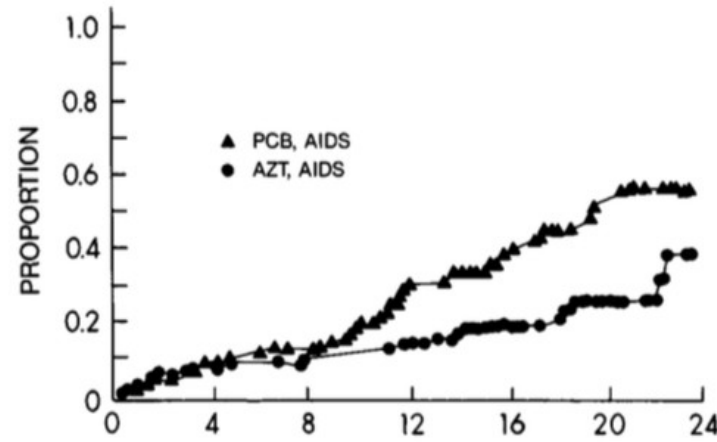
JULY 23, 1987

Number 4

THE EFFICACY OF AZIDOTHYIMIDINE (AZT) IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH AIDS AND AIDS-RELATED COMPLEX

A Double-Blind, Placebo-Controlled Trial

MARGARET A. FISCHL, M.D., DOUGLAS D. RICHMAN, M.D., MICHAEL H. GRIECO, M.D., J.D.,
MICHAEL S. GOTTLIEB, M.D., PAUL A. VOLBERDING, M.D., OSCAR L. LASKIN, M.D., JOHN M. LEEDOM, M.D.,
JEROME E. GROOPMAN, M.D., DONNA MILDVAN, M.D., ROBERT T. SCHOOLEY, M.D.,
GEORGE G. JACKSON, M.D., DAVID T. DURACK, M.B., D.PHIL., DANNIE KING, PH.D.,
AND THE AZT COLLABORATIVE WORKING GROUP



La monoterapia con ZDV fue el primer tratamiento en demostrar eficacia frente al VIH: en pacientes sintomáticos

Table 1. Projected Probability of 24-Week Survival.

	PROBABILITY	P VALUE
By treatment		
AZT	0.98	<0.001
Placebo	0.78	
By diagnosis		
AIDS		
AZT	0.96	<0.001
Placebo	0.76	
AIDS-related complex		
AZT	1.00	<0.016
Placebo	0.81	
By CD4 cell count		
≤100		
AZT	0.96	<0.001
Placebo	0.70	
101-499		
AZT	1.00	0.028
Placebo	0.91	



Aspectos clínicos más relevantes de la epidemia de VIH en su primera etapa

Era de las enfermedades oportunistas

- Prevención y tratamiento de las infecciones oportunistas
- Tratamiento de las neoplasias definatorias de sida
- Asistencia hospitalaria
- Cuidados paliativos

AZT



1981

1987

1991

1996

2001

2006

2011

Época de la esperanza, De 1992 al 2000

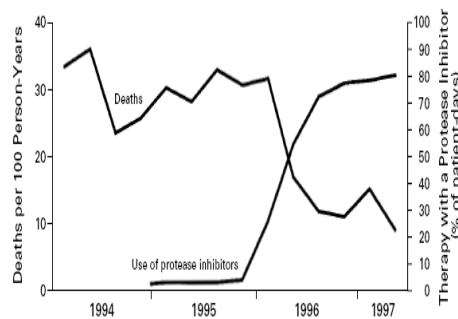
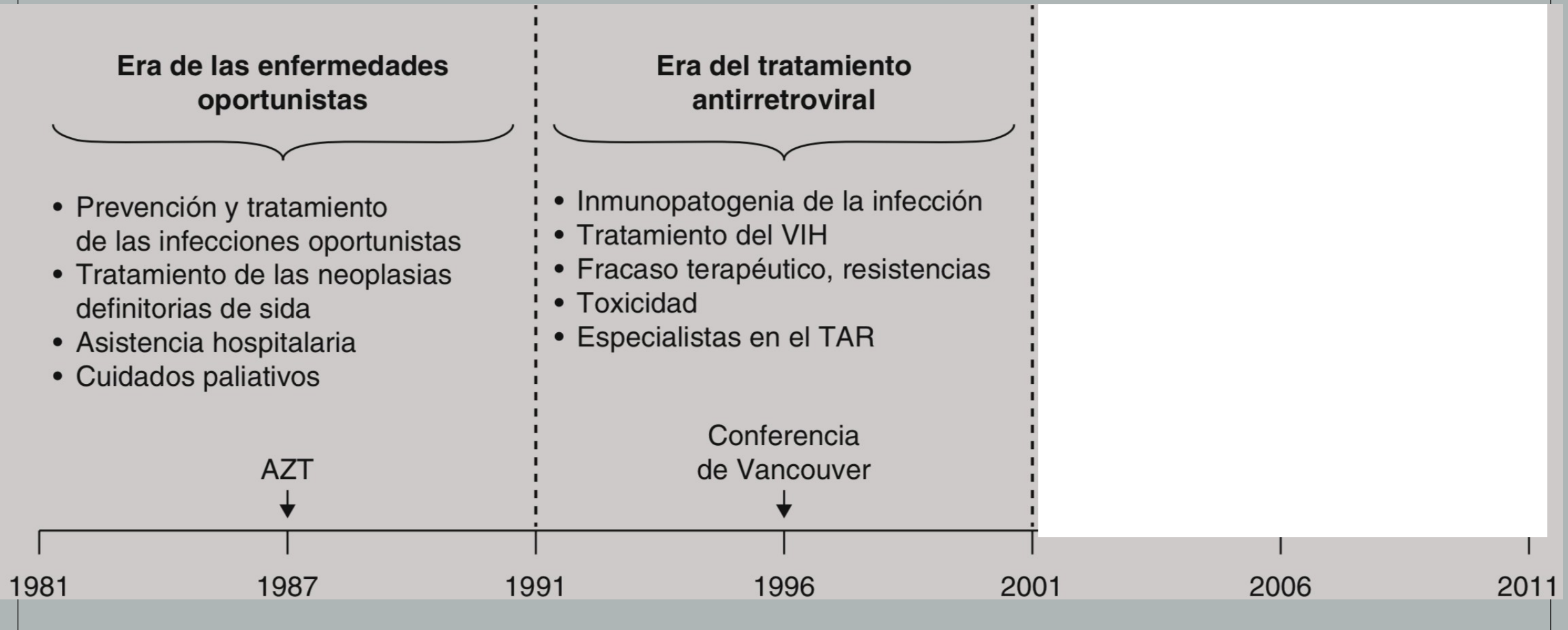


Figure 1. Mortality and Frequency of Use of Combination Antiretroviral Therapy Including a Protease Inhibitor among HIV-Infected Patients with Fewer Than 100 CD4+ Cells per Cubic Millimeter, According to Calendar Quarter, from January 1994 through June 1997.

- *Aumento de la supervivencia y disminución de la morbilidad, en los países que tienen acceso al TAR.*
- *Aparición de importantes efectos adversos de los tratamientos*
- *Reducción, hasta valores casi nulos, de la transmisión de madre a hijo en el primer mundo.*
- *Los nuevos fármacos, y nuevas formas galénicas, permiten introducir el concepto de simplificación, (1 comprimido -AZT/3TC/ABC- dos veces al día en 2000).*
- *Toma de conciencia en la comunidad científica, en muchos medios de comunicación y por numerosos líderes de opinión acerca del concepto de **pandemia mundial que requiere un abordaje global.***

Aspectos clínicos más relevantes de la epidemia de VIH en su segunda etapa





Triple terapia con IPs de primera generación es el primer paso para el control de la infección por VIH

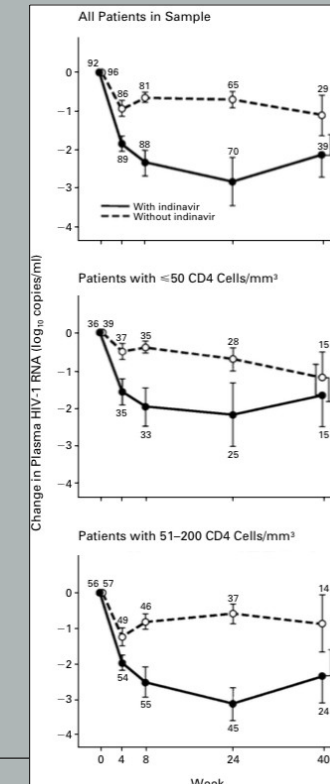
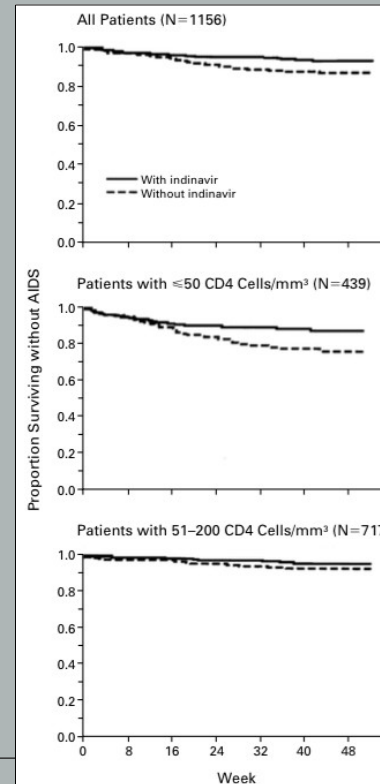
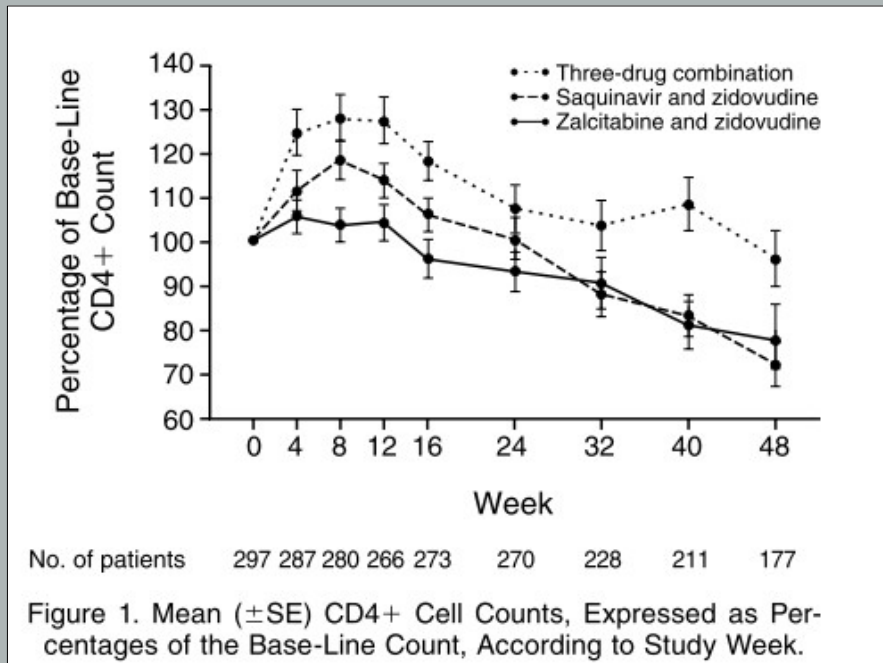
TREATMENT OF HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS INFECTION WITH SAQUINAVIR, ZIDOVUDINE, AND ZALCITABINE

ANN C. COLLIER, M.D., ROBERT W. COOMBS, M.D., PH.D., DAVID A. SCHOENFELD, PH.D.,
 ROLAND L. BASSETT, M.S., JOSEPH TIMPONE, M.D., ALICE BARUCH, M.D., PH.D., MICHELLE JONES, M.Sc.,
 KAREN FACEY, PH.D., CAROLINE WHITACRE, PH.D., VINCENT J. MCAULIFFE, M.D.,
 HARVEY M. FRIEDMAN, M.D., THOMAS C. MERIGAN, M.D., RICHARD C. REICHMAN, M.D.,
 CAROL HOOPER, M.D., AND LAWRENCE COREY, M.D., FOR THE AIDS CLINICAL TRIALS GROUP



A CONTROLLED TRIAL OF TWO NUCLEOSIDE ANALOGUES PLUS INDINAVIR IN PERSONS WITH HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS INFECTION AND CD4 CELL COUNTS OF 200 PER CUBIC MILLIMETER OR LESS

SCOTT M. HAMMER, M.D., KATHLEEN E. SQUIRES, M.D., MICHAEL D. HUGHES, PH.D., JANET M. GRIMES, M.S.,



Pautas complejas, con múltiples efectos adversos y restricciones dietéticas.....

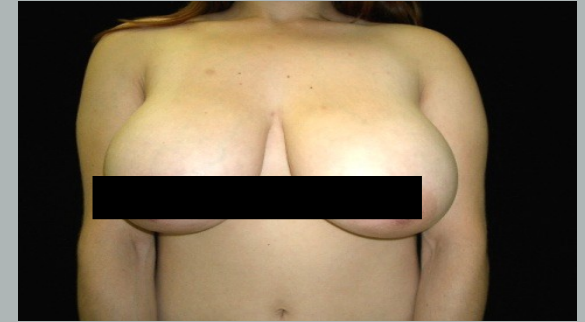


....y que provocaron múltiples problemas

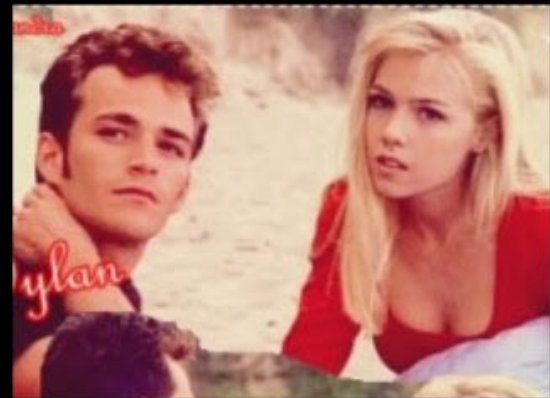
Lipoatrofia



Lipohipertrofia




LAMARQUISEANGELIQUE_BLOGSPOT_IT



Combinaciones en dosis fija de ITIN/ITINT

3TC/ AZT *Combivir*  Comprimido que incluye 150mg de 3TC y 300mg de AZT Un comprimido dos veces al día

3TC/ abacavir / AZT *Tribavir*  Comprimido que incluye 150mg de 3TC, 300mg de abacavir y 300mg de AZT Un comprimido dos veces al día

3TC/ abacavir *Kivexa (UE)*  Comprimido que incluye 300mg de 3TC y 600mg de abacavir Un comprimido una vez al día


FTC/ tenofovir *Truvada*  Comprimido que incluye 200mg de FTC y 300mg de tenofovir Un comprimido una vez al día

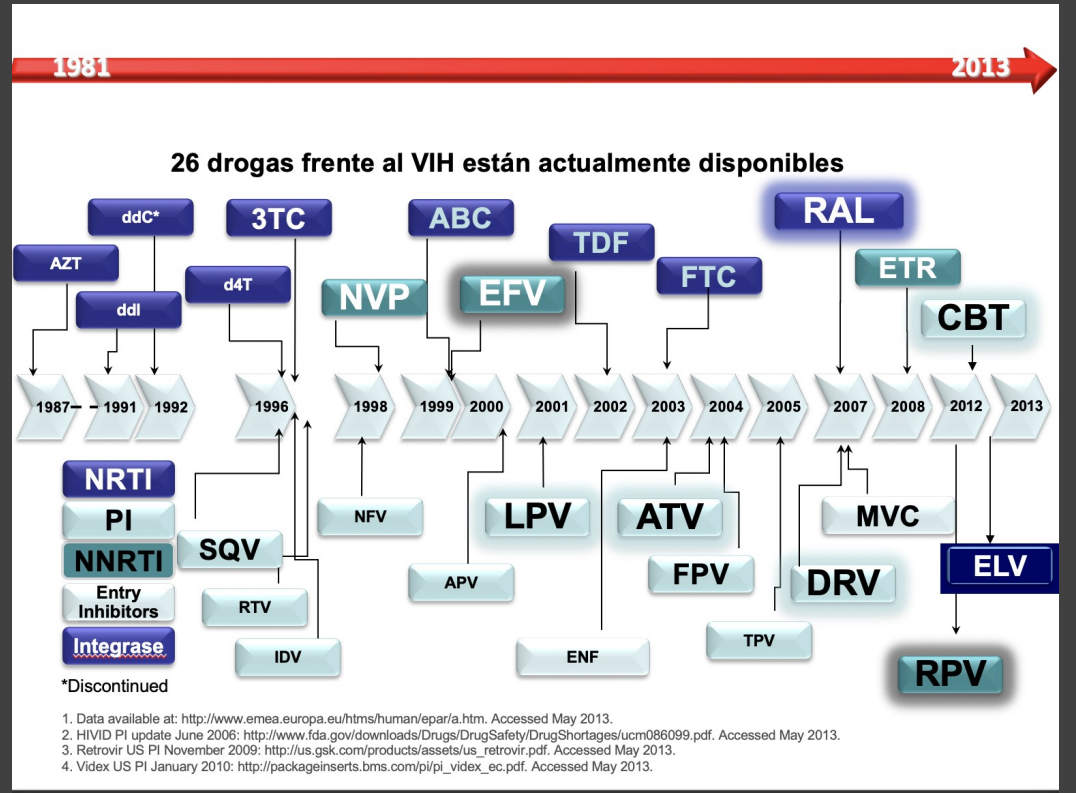
Combinaciones en dosis fija de ITIN/ITINT/ITINN

FTC/ tenofovir / efavirenz *Atripla*  Comprimido que incluye 600mg de efavirenz, 200mg de FTC y 300mg de tenofovir Un comprimido una vez al día

FTC/ rilpivirina / tenofovir *Eviplera (UE)*  Comprimido que incluye 200mg de FTC, 25mg de rilpivirina y 300mg de tenofovir Un comprimido una vez al día

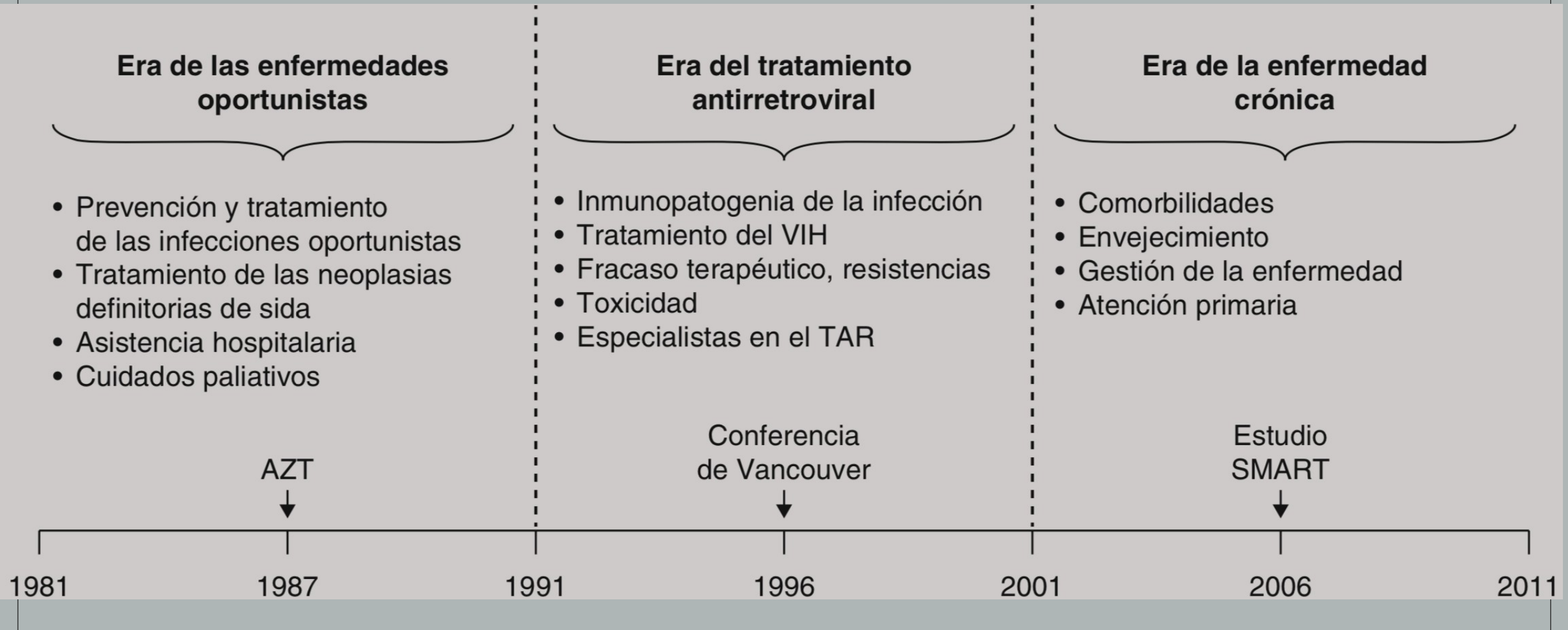
Combinaciones fijas de IT/ ITINT

Elvitegravir/cobicistat/ Tenofovir/Emtricitabina  150 mg de ELV y CBT/ 200 FTC/245 de TDF Un comprimido una vez al día
Stribild



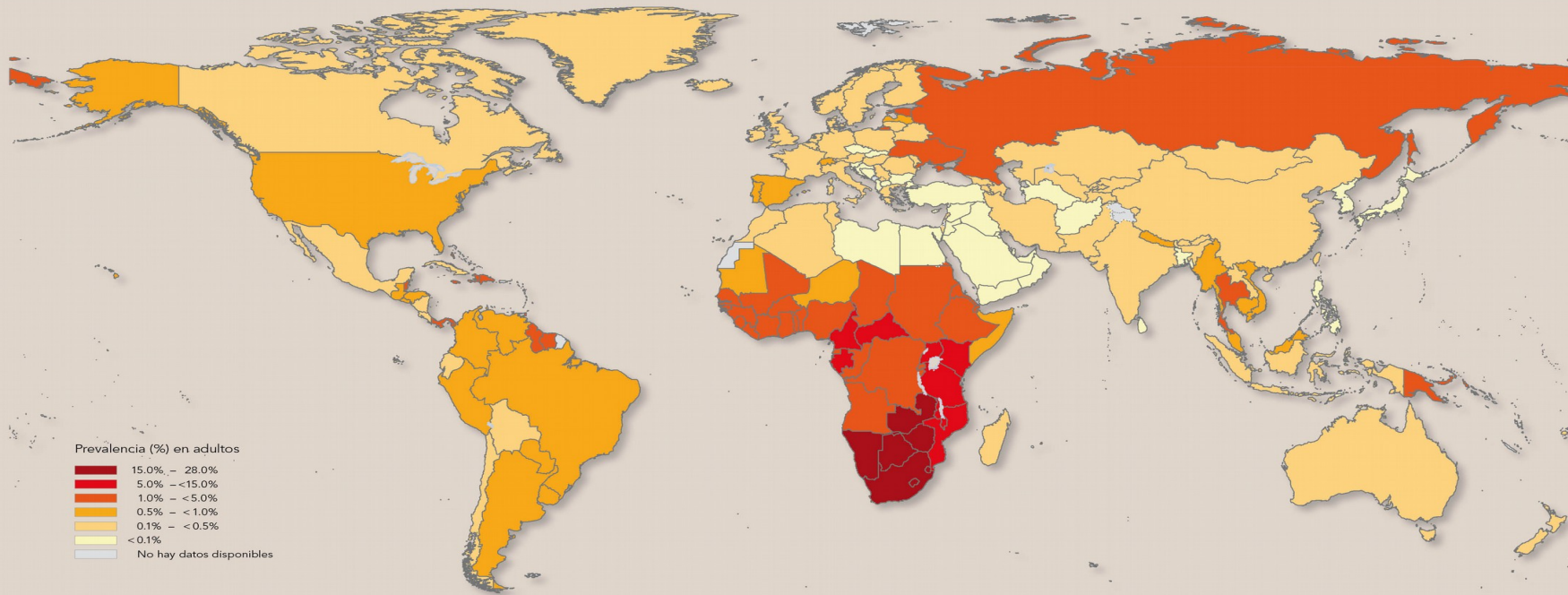
ÉPOCA DE PASOS RÁPIDOS. DEL 2002 AL 2013

Aspectos clínicos más relevantes de la epidemia de VIH en su tercera etapa



Panorama general de la infección por el VIH

33 millones de personas [30-36 millones] vivían con el VIH en 2007

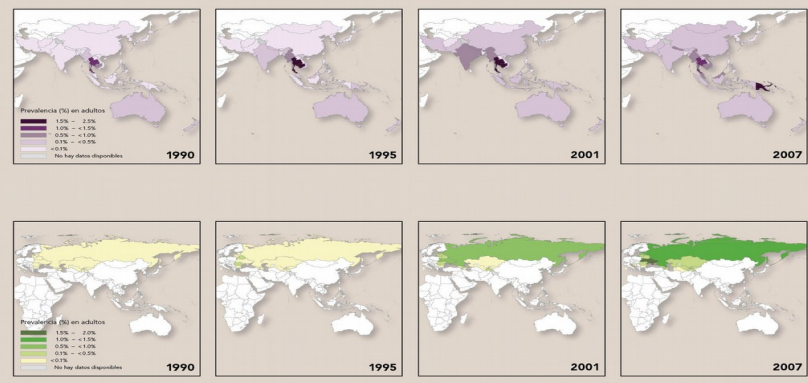
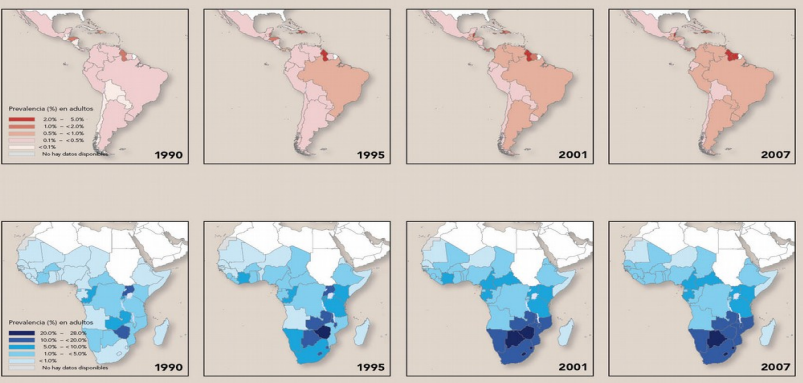


Prevalencia (%) en adultos

- 15.0% – 28.0%
- 5.0% – <15.0%
- 1.0% – <5.0%
- 0.5% – <1.0%
- 0.1% – <0.5%
- <0.1%
- No hay datos disponibles

Prevalencia (%) estimada del VIH en adultos (15-49 años) para los países en 2007.

Pais/región	Estimación	estimación baja	estimación alta	Pais/región	Estimación	estimación baja	estimación alta
África subsahariana				Europa Occidental y central			
Angola	2.1	[1.7 – 2.5]		Lituania	0.1	<[0.1 – 0.2]	
Benin	1.2	[1.1 – 1.4]		República de Moldavia	0.4	[0.3 – 0.7]	
Botsuana	23.9	[22.5 – 24.9]		Rumania	0.1	<[0.1 – 0.2]	
Burkina Faso	1.6	[1.4 – 1.9]		Federación de Rusia	1.1	[0.8 – 1.6]	
Burundi	2.0	[1.3 – 2.5]		Turkmenistán	0.3	[0.1 – 0.6]	
Camerún	5.1	[3.9 – 6.2]		Ucrania	1.6	[1.2 – 2.0]	
República Centroafricana	6.3	[5.9 – 6.7]		Uzbekistán	0.1	<[0.1 – 0.3]	
Chad	3.5	[2.4 – 4.3]		Europa Occidental y central			
Comoras	<0.1	[0.1]		Albania	...	<[0.2]	
Congo	3.5	[2.8 – 4.2]		Austria	0.2	[0.1 – 0.3]	
Côte d'Ivoire	3.9	[3.2 – 4.5]		Bélgica	0.2	[0.1 – 0.5]	
República Democrática del Congo	...	[1.2 – 1.5]		República Checa	...	<[0.1]	
Djibouti	3.1	[2.3 – 3.8]		Dinamarca	<0.2	[0.1 – 0.3]	
Guinea Ecuatorial	3.4	[2.6 – 4.4]		Finlandia	0.1	<[0.1 – 0.2]	
Eritrea	1.3	[0.8 – 2.0]		Francia	0.4	[0.2 – 0.7]	
Etiopía	2.1	[1.8 – 2.2]		Alemania	0.2	[0.1 – 0.3]	
Galápagos	5.9	[4.4 – 8.3]		Grecia	0.2	[0.1 – 0.3]	
Gambia	0.9	[0.4 – 1.3]		Hungría	0.1	<[0.1 – 0.2]	
Ghana	1.9	[1.7 – 2.2]		Irlanda	0.2	[0.1 – 0.4]	
Guinea	1.6	[1.3 – 2.2]		Irlanda	0.2	[0.1 – 0.3]	
Guinea-Bissau	1.8	[1.3 – 2.6]		Israel	0.1	<[0.1 – 0.3]	
Kenya	...	[7.1 – 8.5]		Italia	0.4	[0.3 – 0.6]	
Lesotho	23.2	[21.9 – 24.5]		Luxemburgo	0.2	[0.1 – 0.4]	
Liberia	1.7	[1.4 – 2.0]		Malta	...	<[0.1 – 0.2]	
Madagascar	0.1	<[0.1 – 0.2]		Montenegro	...	...
Malawi	11.9	[11.0 – 12.9]		Países Bajos	0.2	[0.1 – 0.3]	
Mali	0.5	[1.2 – 1.8]		Noruega	0.1	<[0.1 – 0.2]	
Mauritania	0.8	[0.5 – 1.5]		Polonia	0.1	<[0.1 – 0.2]	
Mauricio	1.7	[1.0 – 3.4]		Portugal	0.3	[0.3 – 0.5]	
Mozambique	12.5	[10.9 – 14.7]		Serbia	0.1	<[0.1 – 0.2]	
Namibia	15.3	[12.4 – 18.1]		Eslovaquia	<0.1	<[0.2]	
Niger	0.8	[0.6 – 1.1]		Eslovenia	<0.1	<[0.2]	
Nigeria	3.1	[2.3 – 3.8]		España	0.5	[0.3 – 0.8]	
Rwanda	2.8	[2.4 – 3.2]		Suecia	0.1	<[0.1 – 0.2]	
Senegal	1.0	[0.7 – 1.4]		Suiza	0.6	[0.3 – 1.0]	
Sierra Leona	1.7	[1.3 – 2.4]		Ex República Yugoslava de Macedonia	<0.1	<[0.2]	
Somalia	0.5	[0.3 – 1.0]		Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda de Norte	0.2	[0.1 – 0.5]	
Sudán	16.1	[15.4 – 20.9]		África del Norte y Oriente Medio			
Suizlandia	26.1	[25.1 – 27.1]		Argelia	0.1	<[0.1 – 0.2]	
Togo	3.3	[2.7 – 4.1]		Bahrein	...	<[0.2]	
Uganda	5.4	[5.0 – 6.1]		Chipe	...	<[0.2]	
República Unida de Tanzania	6.2	[5.8 – 6.6]		Egipto	...	<[0.1]	
Zambia	15.2	[14.3 – 16.4]		Irak	...	<[0.2]	
Zimbabwe	15.3	[14.6 – 16.1]		Jordania	...	<[0.2]	
Asia				Kuwait	...	<[0.2]	
China	0.1	<[0.1 – 0.2]		Libano	0.1	<[0.1 – 0.3]	
República Popular Democrática de Corea	...	<[0.1]		Jamahiriyá Árabe Libia	...	<[0.2]	
Japón	...	<[0.1]		Maruecos	0.1	<[0.1 – 0.2]	
Mongolia	0.1	<[0.1 – 0.2]		Omán	...	<[0.2]	
República de Corea	<0.1	[0.1]		Catar	...	<[0.2]	
Oceania				Arabia Saudita	...	<[0.2]	
Australia	0.2	[0.1 – 0.3]		Sudán	1.4	[1.0 – 2.0]	
Fiji	0.1	<[0.1 – 0.2]		República Árabe Siria	...	<[0.2]	
Nueva Zelanda	0.1	<[0.1 – 0.2]		Túnez	0.1	<[0.1 – 0.2]	
Papua Nueva Guinea	1.5	[1.4 – 1.6]		Turquía	...	<[0.2]	
Asia Interregional y Suboriental				Emiratos Árabes Unidos	...	<[0.2]	
Afganistán	...	<[0.2]		Yemen	...	<[0.2]	
Bangladesh	...	<[0.1]		América del Norte			
Bhután	0.1	<[0.1 – 0.2]		Canadá	0.4	[0.2 – 0.6]	
Brunei Darussalam	...	...		Estados Unidos de América	0.6	[0.4 – 1.0]	
Cambodia	0.8	[0.7 – 0.9]		Centro			
India	0.3	[0.2 – 0.5]		Bahamas	3.0	[1.9 – 4.2]	
Indonesia	0.2	[0.1 – 0.3]		Barbados	1.2	[0.8 – 1.7]	
Indonesia Islas (República Islámica del)	0.2	[0.1 – 0.3]		Cuba	0.1	<[0.1 – 0.2]	
República Democrática Popular Lao	0.2	[0.1 – 0.4]		República Dominicana	1.1	[0.9 – 1.2]	
Malasia	0.5	[0.3 – 0.8]		Haití	2.2	[1.9 – 2.5]	
Maldivas	...	<[0.1]		Jamaica	1.6	[1.1 – 2.1]	
Myanmar	0.7	[0.4 – 1.1]		Trinidad y Tobago	1.5	[1.0 – 2.2]	
Nepal	0.5	[0.4 – 0.7]		América Latina			
Pakistán	...	<[0.1 – 0.2]		Argentina	0.5	[0.4 – 0.7]	
Filipinas	...	<[0.1]		Bélica	2.1	[1.2 – 3.1]	
Singapur	0.2	[0.1 – 0.3]		Bolivia	0.2	[0.1 – 0.3]	
Sri Lanka	...	<[0.1]		Brazi	0.6	[0.5 – 0.8]	
Tailandia	1.4	[0.9 – 2.1]		Chile	0.3	[0.2 – 0.4]	
Timor-Leste	...	...		Colombia	0.6	[0.4 – 0.8]	
Vietnam	0.5	[0.3 – 0.9]		Costa Rica	0.4	[0.2 – 0.4]	
Europa oriental y Asia central				Ecuador	0.3	[0.2 – 0.5]	
Armenia	0.1	<[0.1 – 0.2]		El Salvador	0.8	[0.6 – 1.5]	
Azerbaiyán	0.2	[0.1 – 0.3]		Guatemala	0.8	[0.5 – 1.1]	
Belarus	0.2	[0.1 – 0.3]		Guyana	2.5	[1.4 – 3.7]	
Bosnia y Herzegovina	<0.1	<[0.2]		Honduras	0.7	[0.4 – 1.1]	
Bulgaria	...	<[0.2]		México	0.3	[0.2 – 0.5]	
Croacia	<0.1	<[0.2]		Nicaragua	0.2	[0.1 – 0.4]	
Estonia	1.3	[0.7 – 2.5]		Panamá	1.0	[0.8 – 1.3]	
Georgia	0.1	<[0.1 – 0.3]		Paraguay	0.6	[0.4 – 1.1]	
Kazajistán	0.1	<[0.1 – 0.3]		Perú	0.5	[0.3 – 0.6]	
Kirguistán	0.1	<[0.1 – 0.3]		Suriname	2.4	[1.5 – 3.3]	
Letonia	0.8	[0.6 – 1.2]		Uruguay	0.6	[0.3 – 1.1]	
				Venezuela	...	...



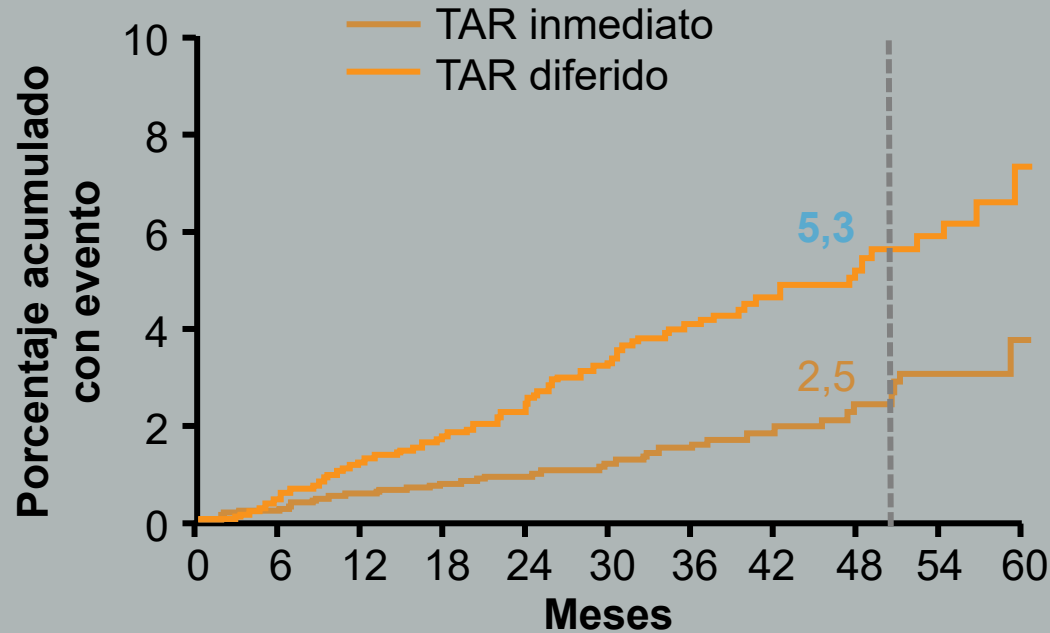
Para calcular la tasa de prevalencia del VIH en adultos, el número estimado de adultos (15-49 años) que vivían con el VIH en 2007 se dividió por la población adulta en 2007 (15-49 años).

Según la fiabilidad de los datos disponibles, puede haber más o menos certeza en torno a la estimación. Por lo tanto, presentamos intervalos, denominados "límites de verosimilitud" en torno a las estimaciones. Cuanto más amplio es el límite, mayor es la incertidumbre que acompaña la estimación correspondiente a un país. En gran medida, el grado de incertidumbre depende del tipo de epidemia, y de la calidad, cobertura y coherencia del sistema de vigilancia de un país, y en las epidemias generalizadas, de si se realizó o no una encuesta poblacional con pruebas del VIH. Se puede consultar una descripción detallada de los métodos utilizados para elaborar límites de verosimilitud en *Sexually Transmitted Infections 2008*, 84 (Suppl 1).

Estas estimaciones fueron generadas por ONUSIDA/OMS y fueron sometidas a la revisión y los comentarios de los programas nacionales sobre el sida, pero las cifras no representan necesariamente las estimaciones oficiales que utilizan los gobiernos de cada país.

Las denominaciones empleadas en este mapa y la forma en que aparecen presentados los datos, incluidas las tablas y el coloreado de las áreas de país, que contiene no implican, por parte del ONUSIDA ni de la OMS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

Estudio START. Desenlace primario



* 57% de reducción del riesgo de eventos graves o muerte con el TAR inmediato

* 68% de desenlaces primarios ocurrieron en pacientes con CD4 > 500 mm³

Desenlace primario	TAR inmediato	TAR diferido
Nº con evento (%)	42 (1,8)	96 (4,1)
Tasa/100 pacs. año	0,60	1,38
HR (inmediato vs diferido)	0,43 (95% CI: 0,30-0,62; <i>P</i> <0,001)	

El tratamiento como prevención

The NEW ENGLAND JOURNAL *of* MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

AUGUST 11, 2011

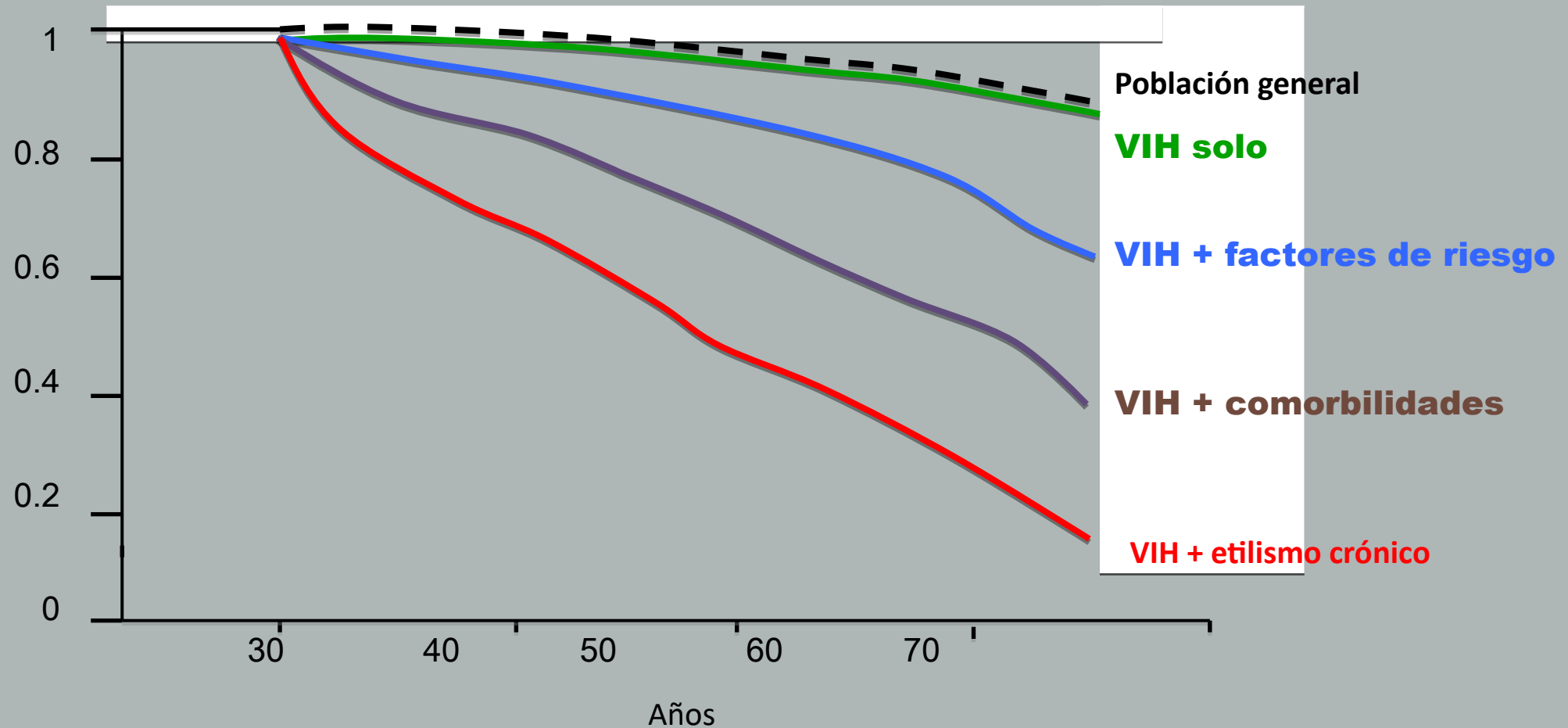
VOL. 365 NO. 6

Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy

Myron S. Cohen, M.D., Ying Q. Chen, Ph.D., Marybeth McCauley, M.P.H., Theresa Gamble, Ph.D.,
Mina C. Hosseinipour, M.D., Nagalingeswaran Kumarasamy, M.B., B.S., James G. Hakim, M.D.,
Johnstone Kumwenda, F.R.C.P., Beatriz Grinsztejn, M.D., Jose H.S. Pilotto, M.D., Sheela V. Godbole, M.D.,
Sanjay Mehendale, M.D., Suwat Chariyalertsak, M.D., Breno R. Santos, M.D., Kenneth H. Mayer, M.D.,
Irving F. Hoffman, P.A., Susan H. Eshleman, M.D., Estelle Piwowar-Manning, M.T., Lei Wang, Ph.D.,
Joseph Makhema, F.R.C.P., Lisa A. Mills, M.D., Guy de Bruyn, M.B., B.Ch., Ian Sanne, M.B., B.Ch.,
Joseph Eron, M.D., Joel Gallant, M.D., Diane Havlir, M.D., Susan Swindells, M.B., B.S., Heather Ribaud, Ph.D.,
Vanessa Elharrar, M.D., David Burns, M.D., Taha F. Taha, M.B., B.S., Karin Nielsen-Saines, M.D.

Mortalidad y comorbilidades en los pacientes VIH+

Supervivencia en la cohorte D:A:D



Basada en: Obel N, et al. *PLoS One* 2011; 6(7):e22698.



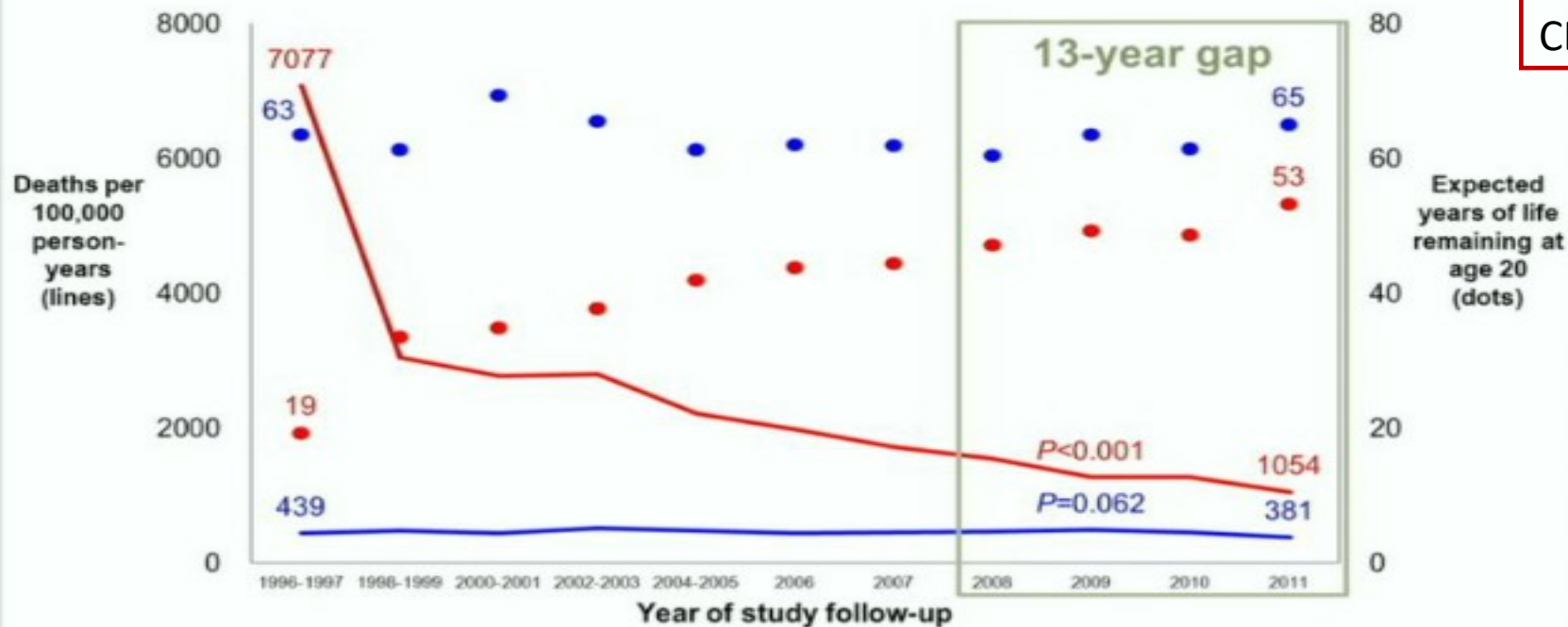
¿Te
acuerdas
del efecto
2000?

Época del despegue. De 2014 a 2019



Supervivencia en el paciente VIH. Kaiser permanente

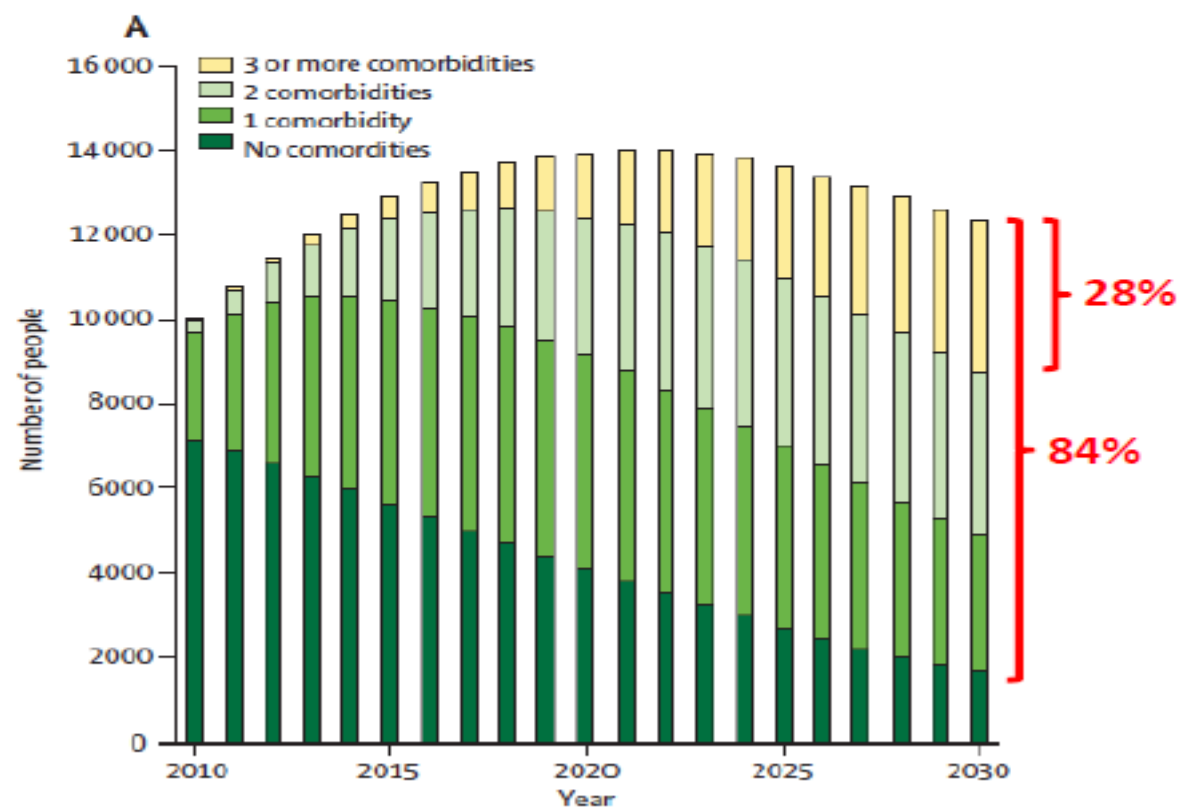
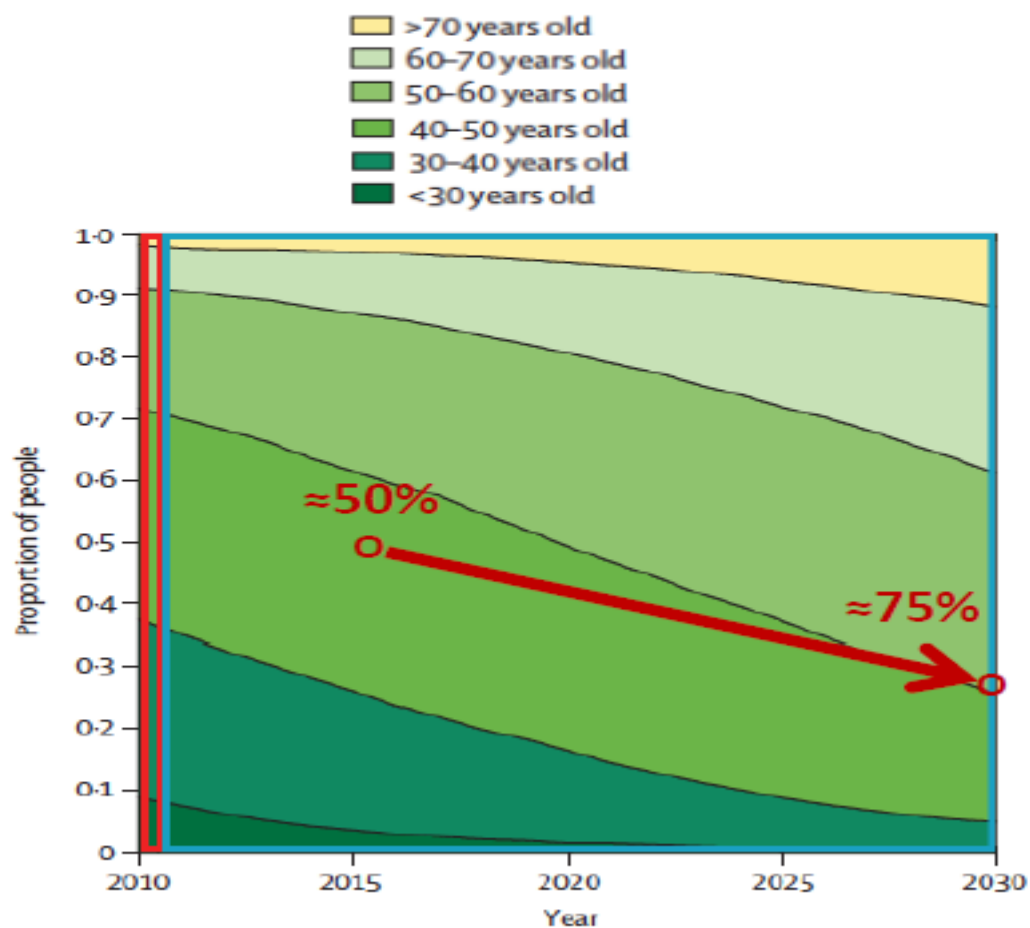
Decreasing mortality rates and increasing life expectancy for HIV+, while stable for HIV-



13 años de diferencia cuando se compara con VIH-

8 años de diferencia con el inicio del TAR y CD4 elevados.

Envejecimiento cronológico de la población VIH



Smit M, et al. *Lancet Infect Dis* 2015; 15:810-818.

FRAGILIDAD

❖ Peor estado de salud a la misma edad por pérdida de la capacidad funcional

Prevalencia en pacientes VIH ≥ 50 años: 7.5 – 19%
En España 15.4% vs 7.1% pob general (≥ 70 a)

1. Debilidad

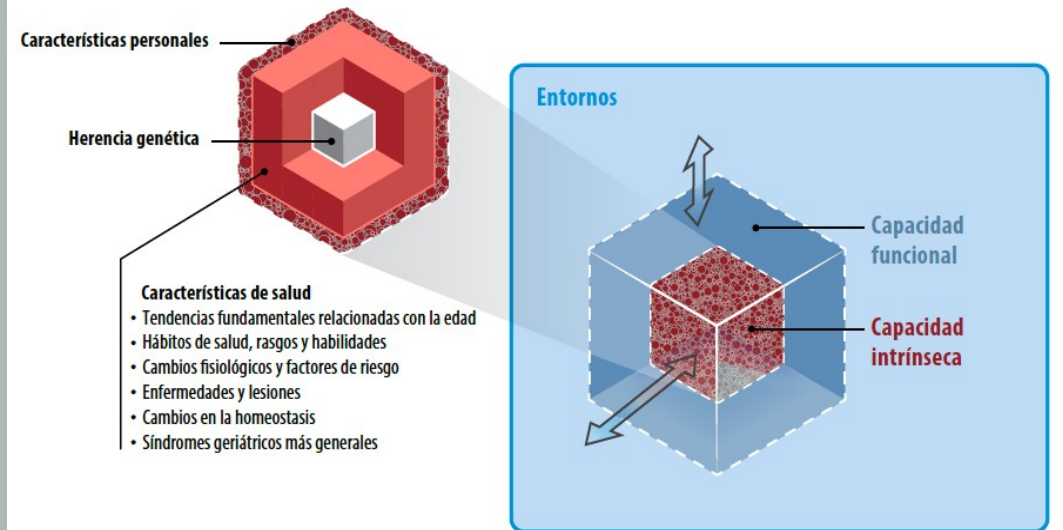
2. Baja resistencia al esfuerzo

3. Lentitud

4. Baja actividad física

5. Pérdida de peso no intencionada

Figura 2.1. *Envejecimiento Saludable*

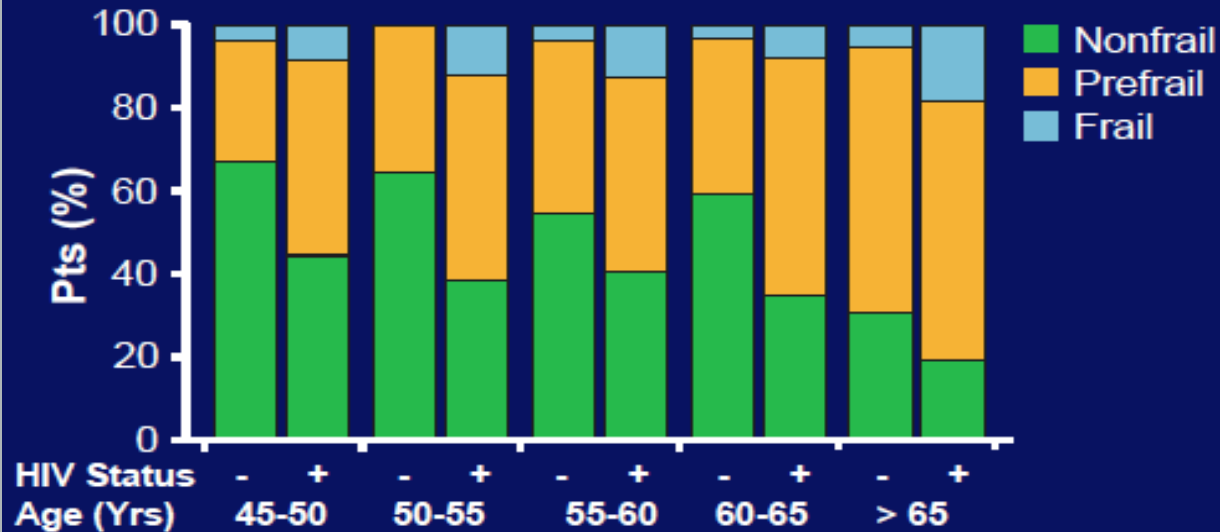


- ❖ Frágil: ≥ 3 criterios
- ❖ Prefrágil: 1 ó 2 criterios
- ❖ No frágil: 0 criterios

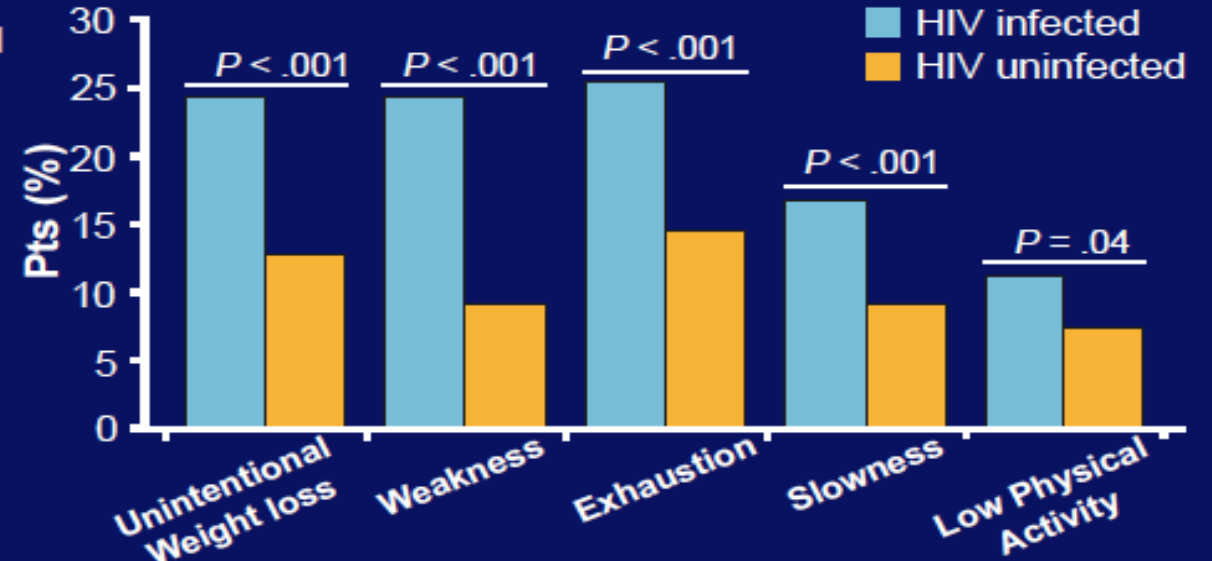
La fragilidad es más prevalente en el VIH vs no VIH

- Assessment of frailty* in HIV-infected (n = 521) and -uninfected (n = 513) pts in AGEHIV cohort

Frailty Prevalence by Age/HIV Status



Individual Frailty Criteria



- Frailty/prefrailty associated with HIV infection, advanced age, smoking, chronic HCV infection, depression, low BMI,[†] and waist-to-hip ratio

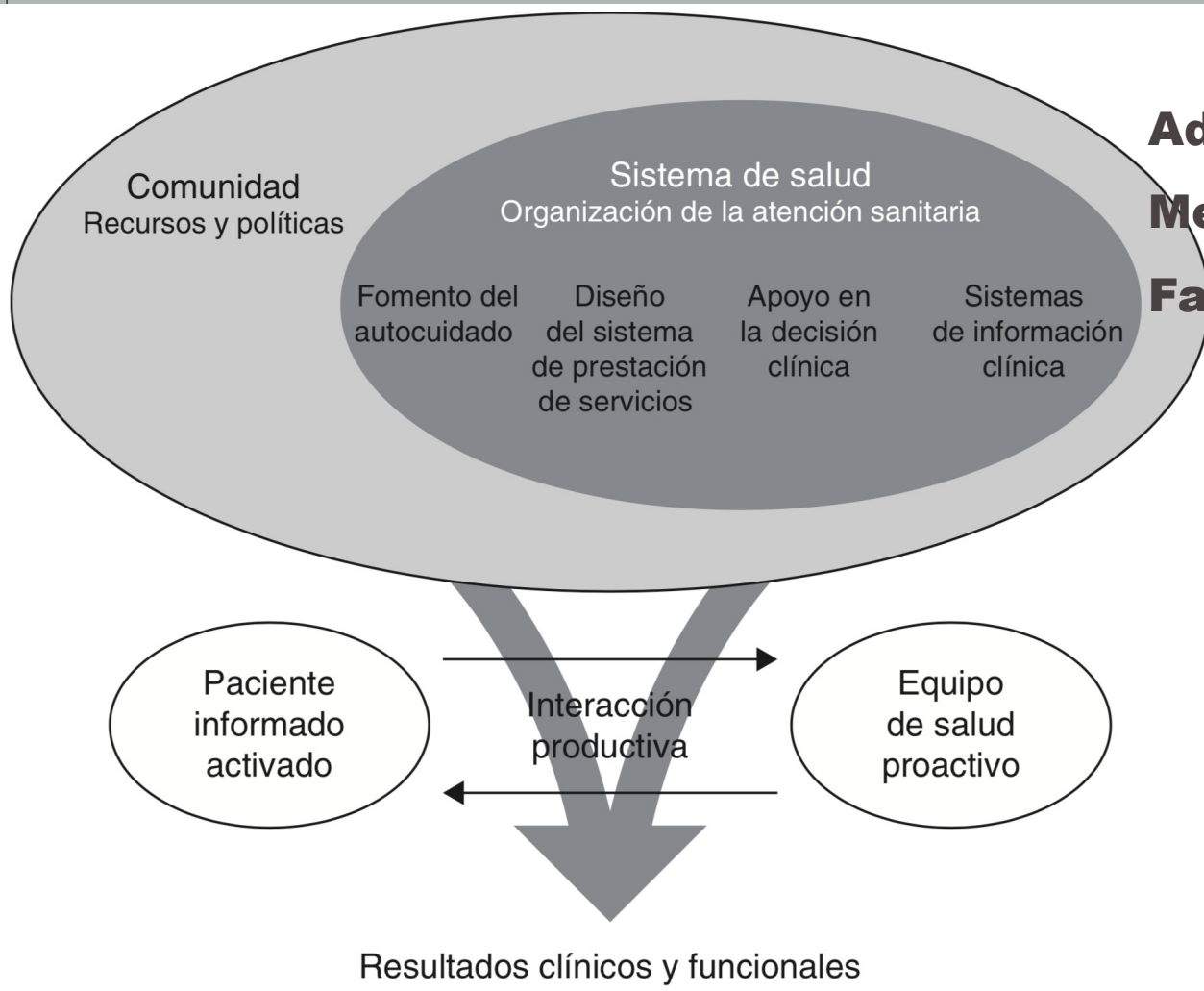
*Using Fried frailty phenotype. †In HIV-infected patients only.

Modelo ideal de atención



Equipos multidisciplinares, colaborando en los distintos niveles de atención, que compartan objetivos, a lo largo del proceso de enfermedad

Modelo de cuidado de crónicos



Adopción de recomendaciones clínicas

Mejora del trabajo en equipo

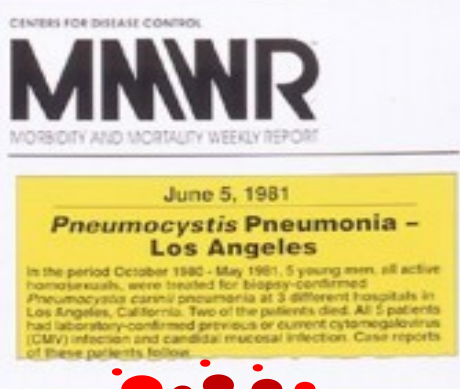
Faculta pacientes en autocuidados

Alineación objetivos

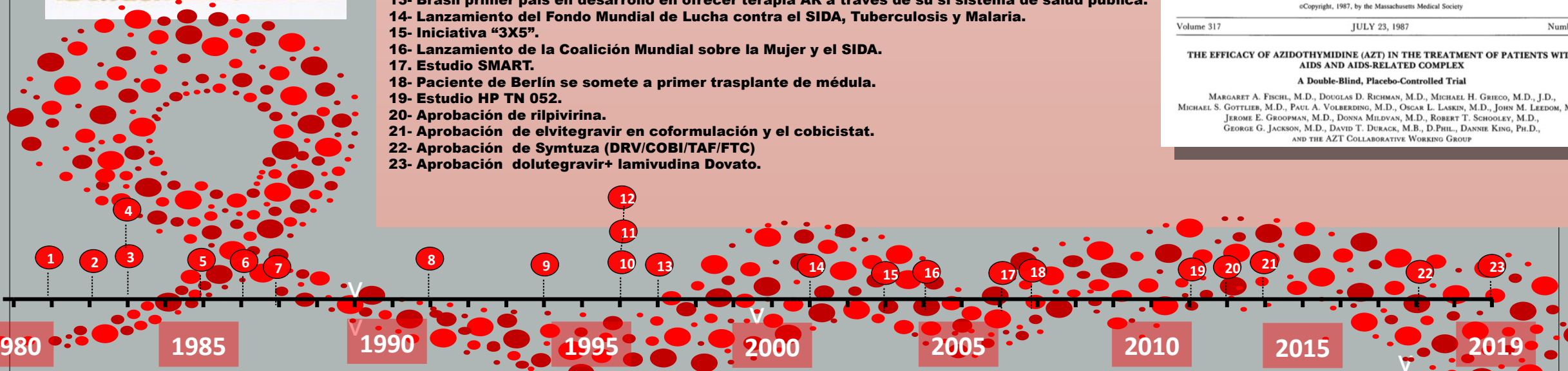
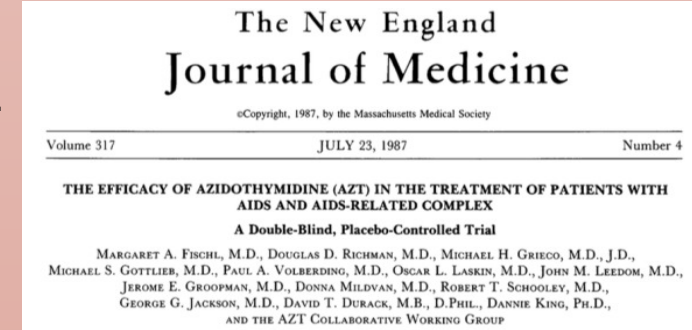
asistenciales

Programa terapéutico

individualizado



- 1- Primeros casos de inmunodeficiencia entre hombres gays en EEUU.
- 2- Se define por 1ª vez el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
- 3- Se define el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) como causa del SIDA.
- 4- En África se revela una epidemia de SIDA heterosexual.
- 5- 1ª Prueba de anticuerpos del VIH disponible.
- 5- Creación de la Red Mundial de Personas que viven con VIH/SIDA (GPN+), el entonces Comité Directivo Internacional de personas que viven con el VIH/SIDA.
- 6- La OMS lanza el programa Mundial sobre el SIDA.
- 7- AZT
- 8- Primera disminución importante de la epidemia en los países en desarrollo.
- 9- Lanzamiento del tratamiento AR altamente activo.
- 10- Conferencia de Vancouver.
- 11- Primer régimen de tratamiento para reducir la transmisión materno-infantil del VIH.
- 12- Creación de ONUSIDA.
- 13- Brasil primer país en desarrollo en ofrecer terapia AR a través de su sistema de salud pública.
- 14- Lanzamiento del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria.
- 15- Iniciativa "3X5".
- 16- Lanzamiento de la Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA.
- 17- Estudio SMART.
- 18- Paciente de Berlín se somete a primer trasplante de médula.
- 19- Estudio HP TN 052.
- 20- Aprobación de rilpivirina.
- 21- Aprobación de elvitegravir en coformulación y el cobicistat.
- 22- Aprobación de Symtuza (DRV/COBI/TAF/FTC)
- 23- Aprobación de dolutegravir+ lamivudina Dovato.

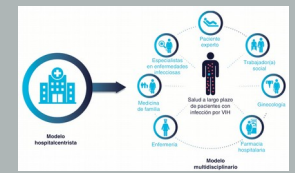


1980 **1985** **1990** **1995** **2000** **2005** **2010** **2015** **2019**

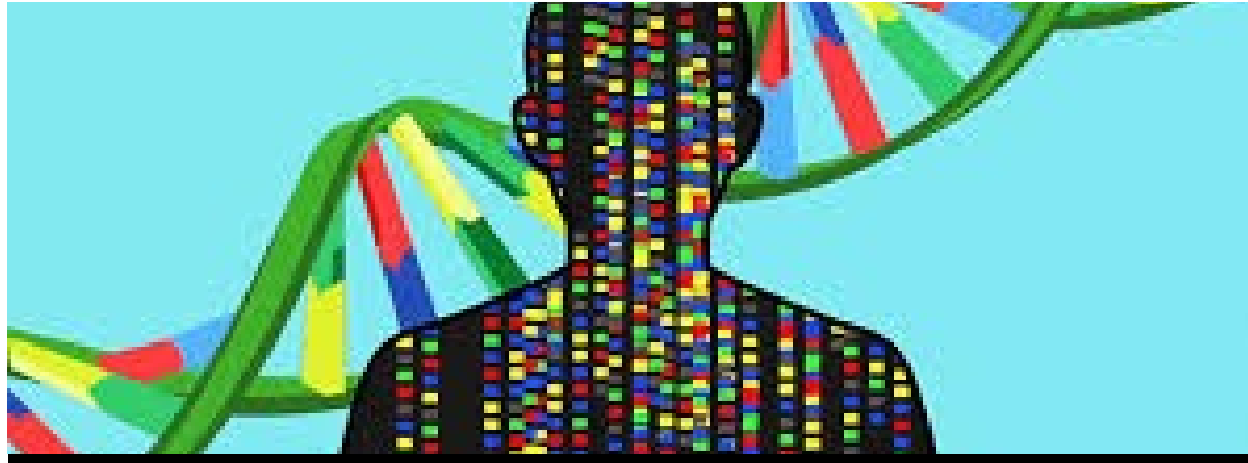
Época de la impotencia y desconocimiento **Época de la visibilidad** **Época de la esperanza** **Época de los pasos rápidos** **Época del despegue**

- **Noción de grupos de riesgo y de prácticas de riesgo**
 - **Primeras manifestaciones de rechazo social (laboral, integración de niños en la escuela).**
 - **Descubrimiento por parte de los sanitarios de un "nuevo" tipo de enfermo.**
 - **Elevada mortalidad**
- **Primeros ensayos con vacunas (fallidos).**
 - **Nuevos fármacos antivirales.**
 - **La epidemia se vuelve visible**
 - **En el año 1993 empieza la conferencia sobre VIH más importante de todos los tiempos, el CROI.**
- **Aumento de la supervivencia y disminución de la morbilidad, en los países que tienen acceso al TAR.**
 - **Reducción, hasta valores casi nulos, de la transmisión de madre a hijo en el primer mundo.**
 - **Toma de conciencia concepto de pandemia mundial que requiere un abordaje global.**

Combinaciones en dosis fija de ITIN/ITIN1			
3TC/ AZT	Combivir		Comprimido que incluye 150mg de 3TC y 300mg de AZT
3TC/ abacavir / AZT	Trivir		Comprimido que incluye 150mg de 3TC, 300mg de abacavir y 300mg de AZT
3TC/ abacavir	Kivexa (UE)		Comprimido que incluye 300mg de 3TC y 600mg de abacavir
FTC /tenofovir	Truvada		Comprimido que incluye 200mg de FTC y 300mg de tenofovir
Combinaciones en dosis fija de ITIN/ITIN1/ITIN1N			
FTC /tenofovir / efavirenz	Atripla		Comprimido que incluye 600mg de efavirenz, 200mg de FTC y 300mg de tenofovir
FTC /rilpivirina / tenofovir	Eviplera (UE)		Comprimido que incluye 200mg de FTC, 25mg de rilpivirina y 300mg de tenofovir
Combinaciones fijas de IT/ ITIN1			
Elvitegravir/cobicistat/ Tenofovir/Emtricitabina	Stribild		150 mg de ELV y CBI/ 200 FTC/245 de TDF



Diapositiva realizada por Marta Cobos



¿CUAL DEBE SER NUESTRO OBJETIVO EN UN
FUTURO PRÓXIMO?



ENDING THE AIDS EPIDEMIC BY 2030



RETOS



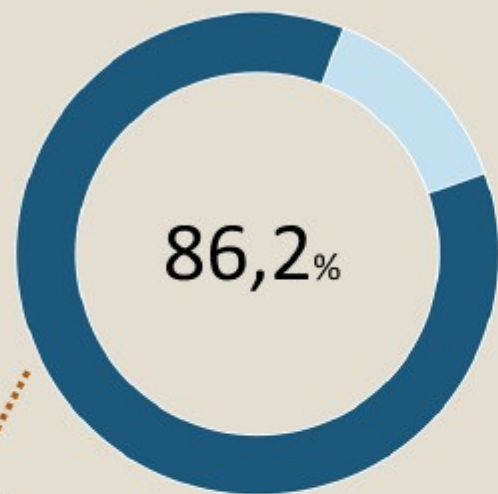
1º RETO.

DISMINUIR EL DIAGNÓSTICO TARDÍO

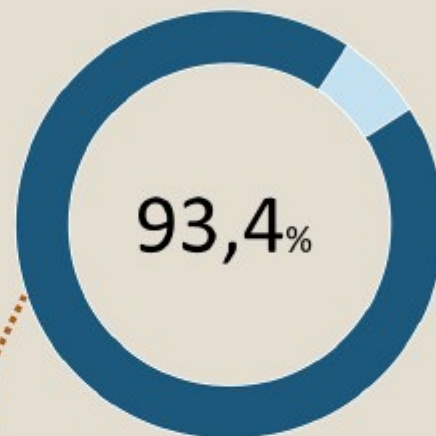
ESTIMACIÓN DEL CONTINUO DE ATENCIÓN DEL VIH EN ESPAÑA, 2016

146.500 personas
que viven con VIH
en España

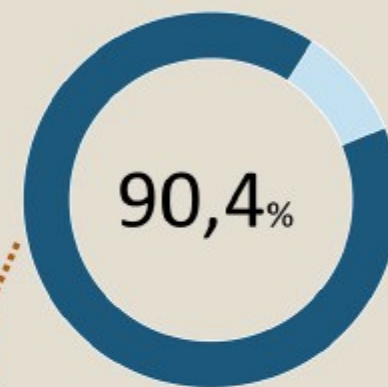
Objetivo ONUSIDA
90-90-90



Personas que
conocen su
diagnóstico de
VIH



Personas que
reciben
tratamiento
antirretroviral

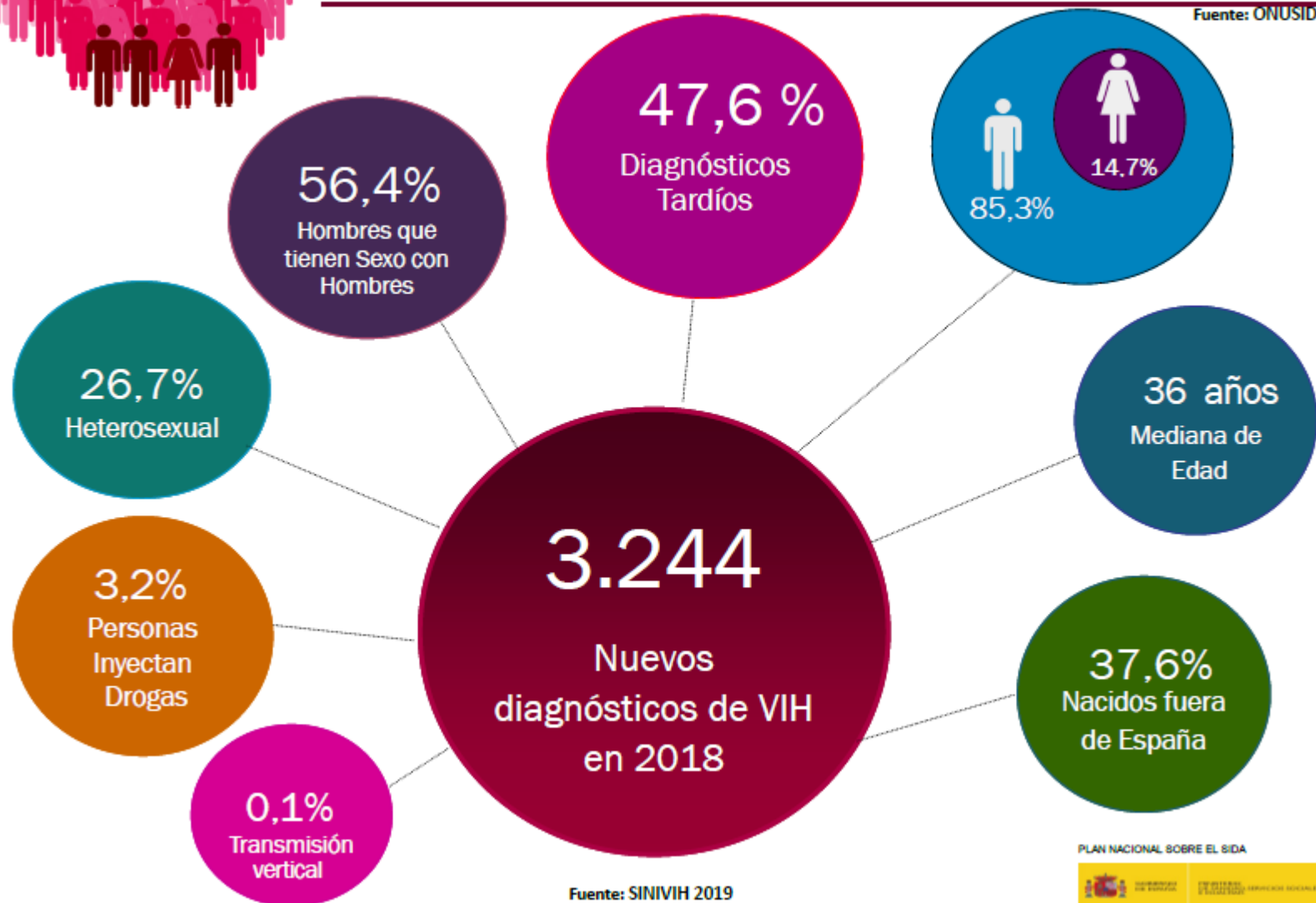


Personas que
alcanzan carga
viral suprimida



Estimación de la prevalencia de personas con el VIH en la población general 0,3%

Fuente: ONUSIDA 2019



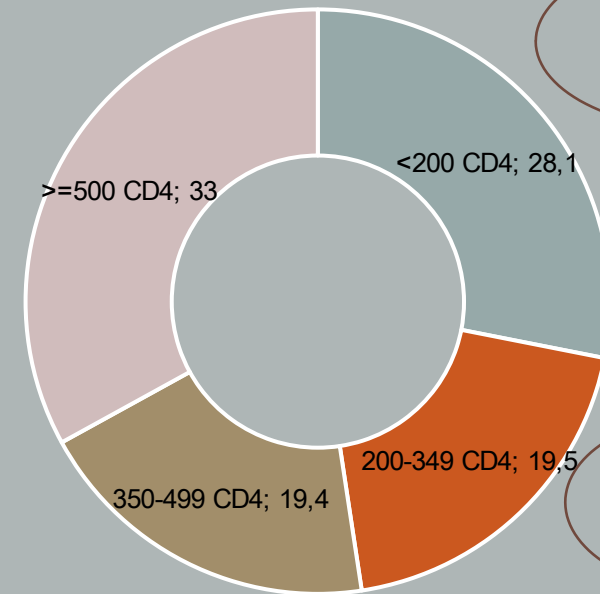
Fuente: SINIVIH 2019

PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA



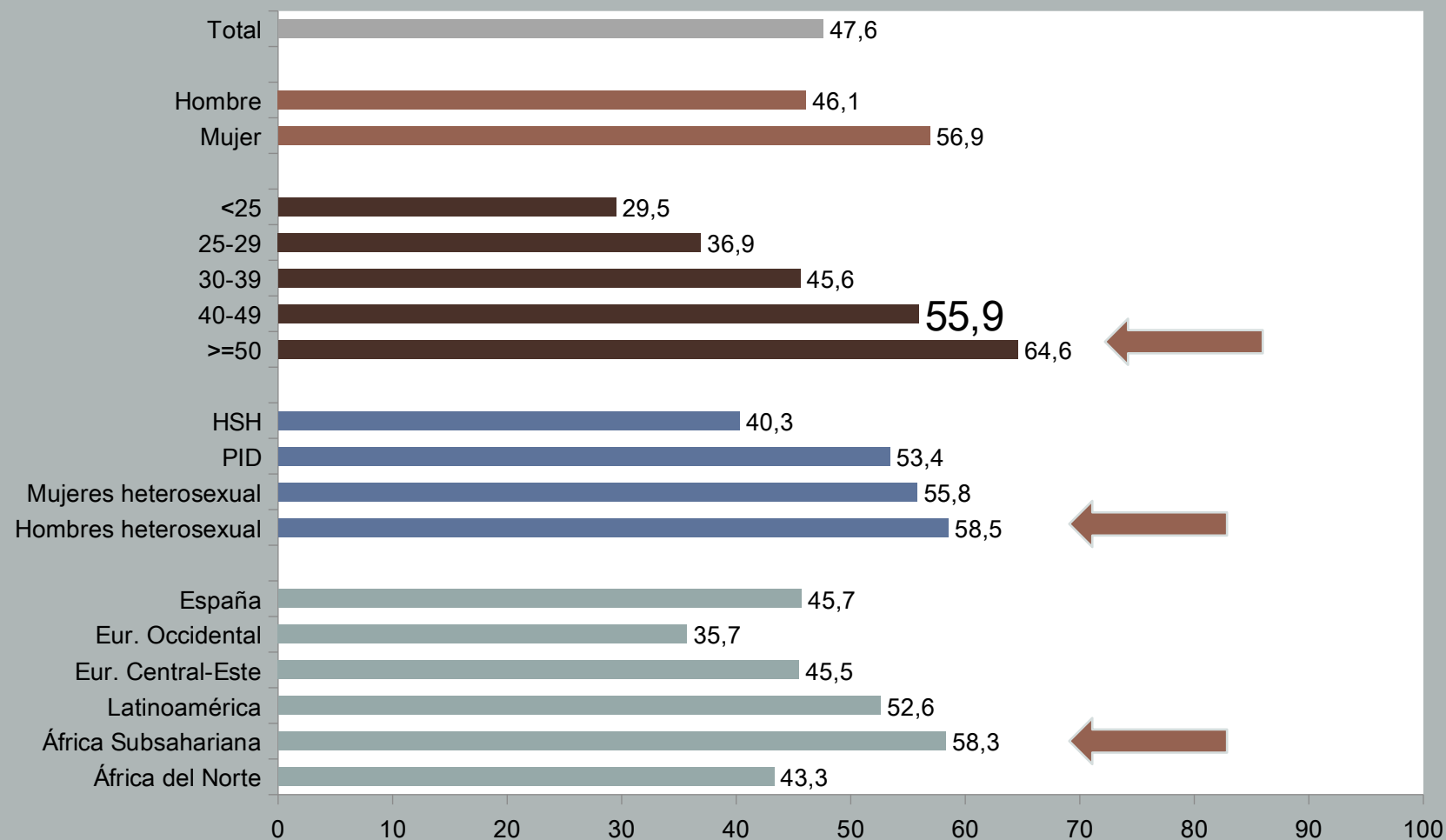
Nuevos diagnósticos de VIH. Diagnóstico tardío, 2018

Mediana de CD4 al diagnóstico de VIH:
365 cels. (RIC: 167-575)



% de casos con CD4
<350 cels/mm³: 47,6%

Prevalencia de diagnóstico tardío (<350 cels./mm³) según variables de interés, 2018

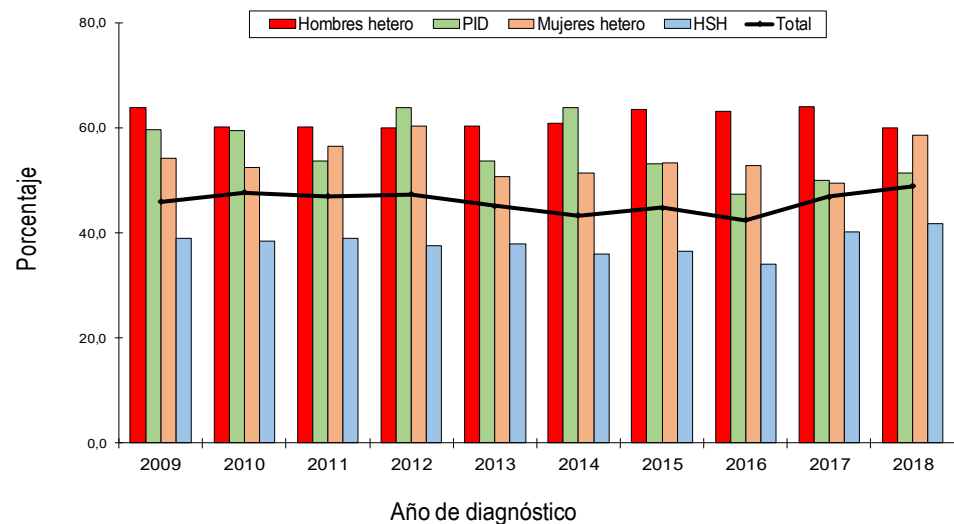


Tendencia del diagnóstico tardío, 2009-2018



Figura 21
Nuevos diagnósticos de VIH.

Diagnóstico tardío (<350 CD4) según año de diagnóstico y modo de transmisión. España*, 2009-2018. Datos no corregidos por retraso en la notificación.

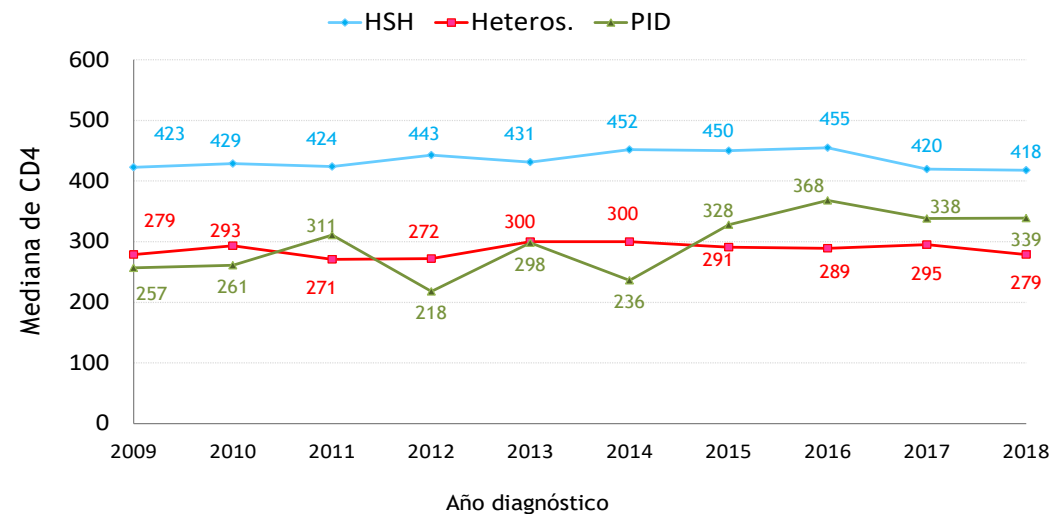


*Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla La Mancha, Castilla-León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra, País Vasco, Ceuta y Melilla.



Figura 22

Mediana del recuento de CD4 al diagnóstico de VIH por modo de transmisión, 2009-2018. Datos no corregidos por retraso en la notificación.



*Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla La Mancha, Castilla-León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra, País Vasco, Ceuta y Melilla.

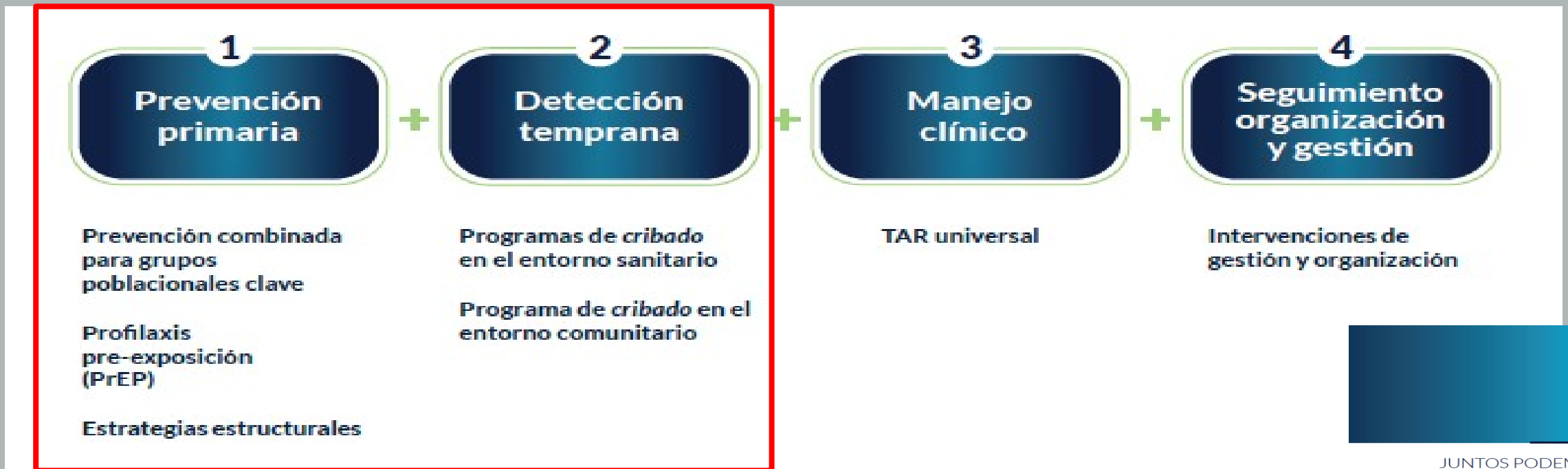


2º RETO

PRIORIZAR LA PREVENCIÓN PRIMARIA

Prevención del VIH

Intervenciones priorizadas en el continuo de atención del VIH



JUNTOS PODEMOS
VENCER **AL VIH** 

Implementar en función del contexto local, un paquete de intervenciones de prevención combinada para los grupos poblacionales clave identificados”.

Ejemplo prevención combinada



Antecedentes

2012



FDA

2015



WHO

2016



EMA

2016



AEMPS

2016



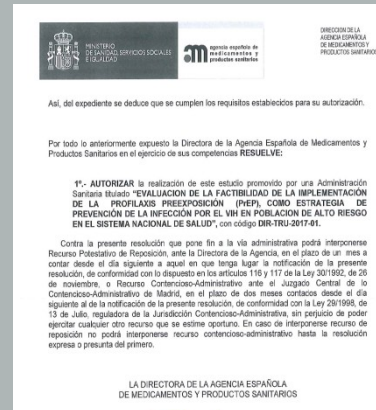
Guía GeSIDA

2017-2018



Guía MSCBS

Cronología de la PrEP



26 de abril 2016

El Departamento de Medicamentos de Uso Humano de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), de conformidad con los preceptos aplicables, ⁽¹⁾ **RESUELVE** clasificar el estudio citado anteriormente como **“Estudio Posautorización financiado con fondos públicos o promovido por Administraciones Sanitarias”** (abreviado como EPA-AS).



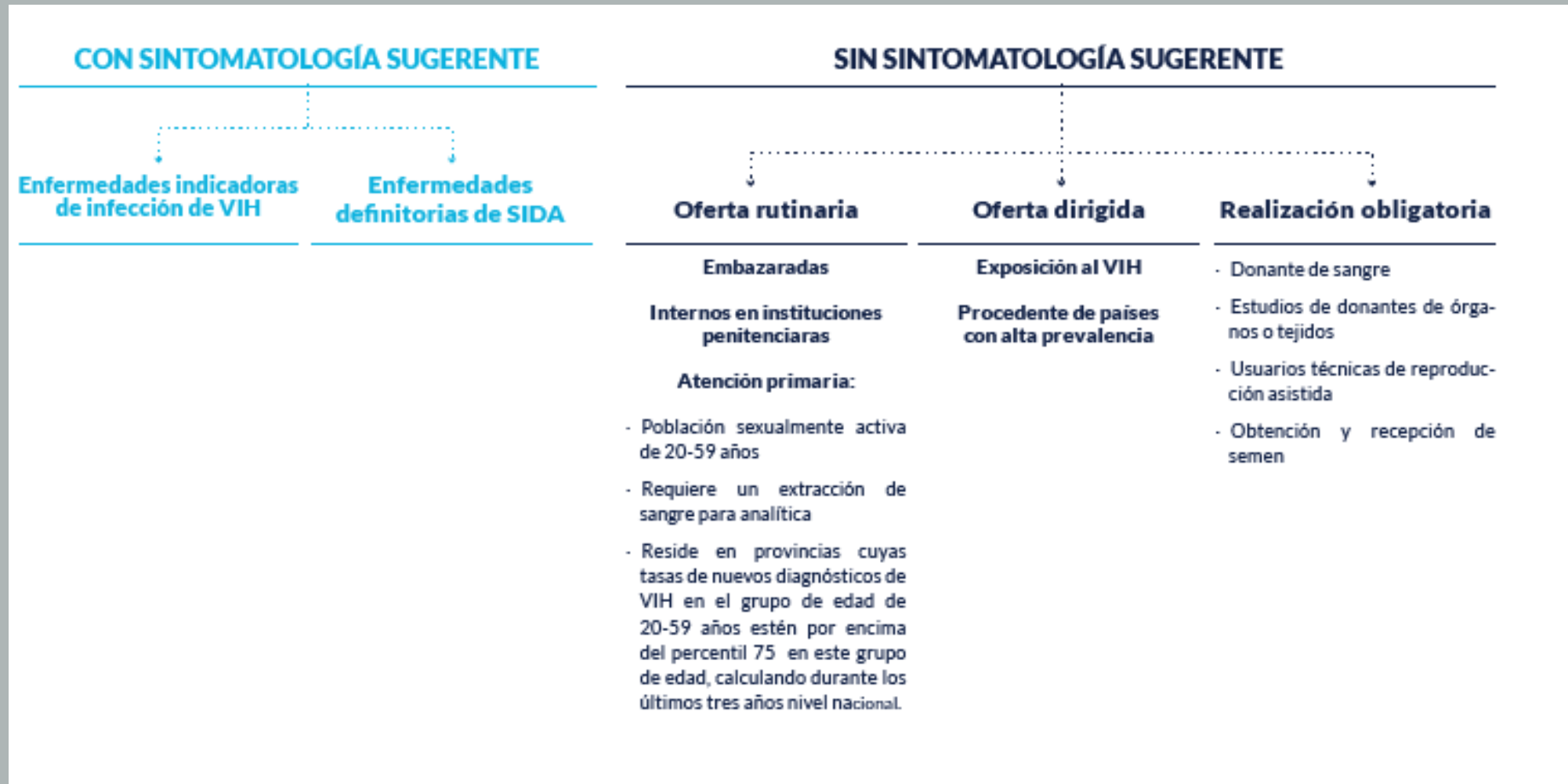
1 de noviembre de 2019: resolución de financiación de PrEP por el CIMNP

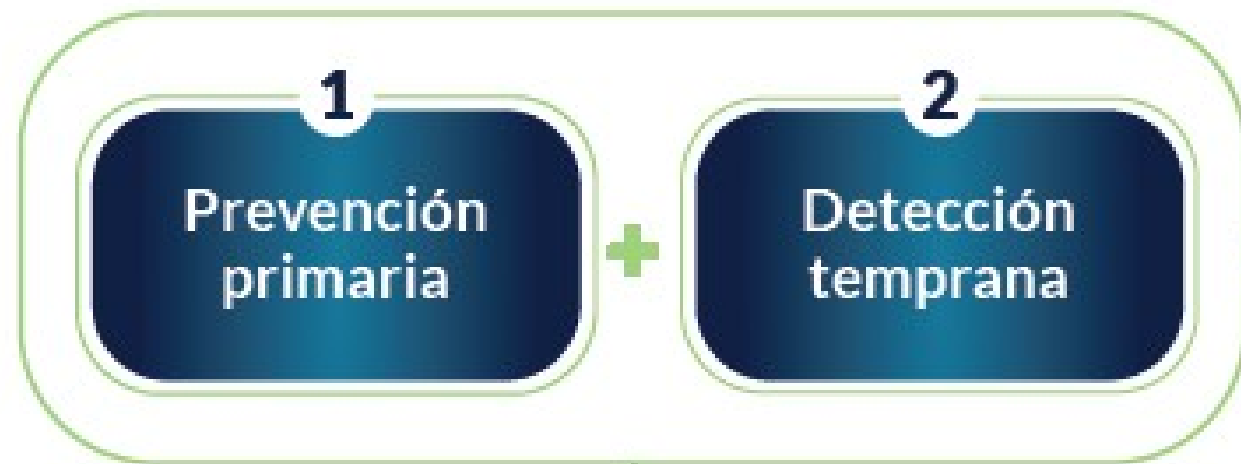
Estrategias combinadas con PrEP

Estrategias de cambio de comportamientos	Estrategias Biomédicas	Estrategias de tratamiento	Estrategias de defensa de derechos
Consejo asistido para reducción de riesgo	Diagnóstico precoz del VIH	PPE	Liderazgo político
Educación afectivo-sexual	Cribado de ITS	TAR al diagnóstico	Participación comunitaria
Promoción del uso de preservativo	Vacunación de VHA, VHB y VPH	Tratamiento de ITS	Acceso a los servicios
Reducción daños: intercambio de jeringuillas y tratamiento sustitutivo opiáceos			



DetECCIÓN DEL VIH EN ENTORNO NO HOSPITALARIO





IMPULSAR Y POTENCIAR:

+ INVERSIÓN
+ COBERTURA



3º RETO

ABORDAJE DE LA CRONICIDAD

Componentes del crecimiento demográfico de España Primer semestre de 2018

Población residente a 1 de enero de 2018 (A)	46.658.447
Nacimientos ^(*)	178.939
Defunciones ^(*)	225.212
Saldo vegetativo ^(*) (B) (Nacimientos - Defunciones)	-46.273

El porcentaje de **población de 65 años y más**, que actualmente se sitúa en el **18,7%** del total de la población, pasaría a ser del **25,6% en 2031, y del 34,6% en 2066**.

De mantenerse las tendencias actuales, **la tasa de dependencia** (el cociente, en tanto por ciento, entre la población menor de 16 años o mayor de 64 y la población de 16 a 64 años) se elevaría desde **el 53,5% actual hasta el 62,2% en 2031, alcanzando el 87,7% en 2066**.

La población centenaria pasaría de las 16.460 personas en la actualidad a más de 222.104 dentro de 50 años.

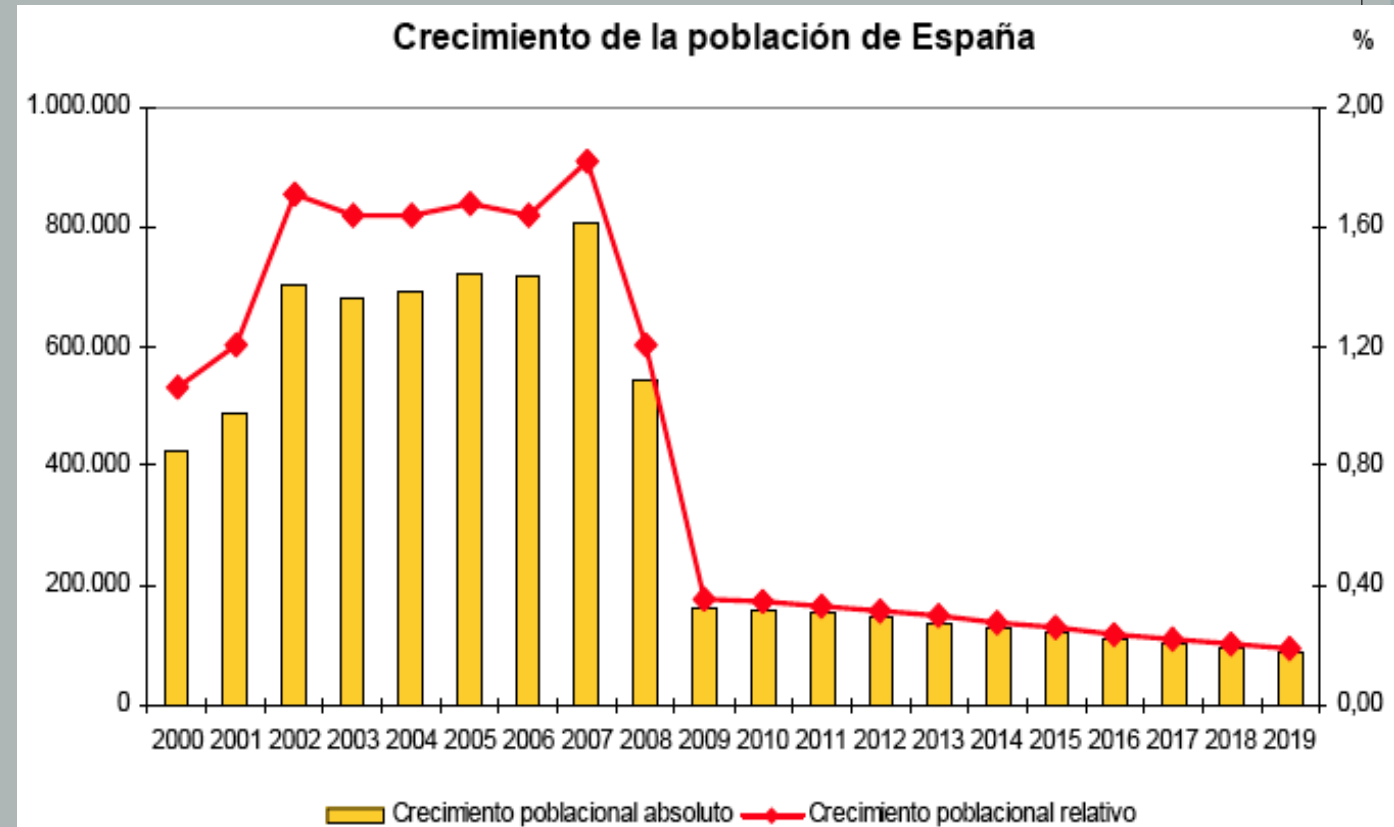
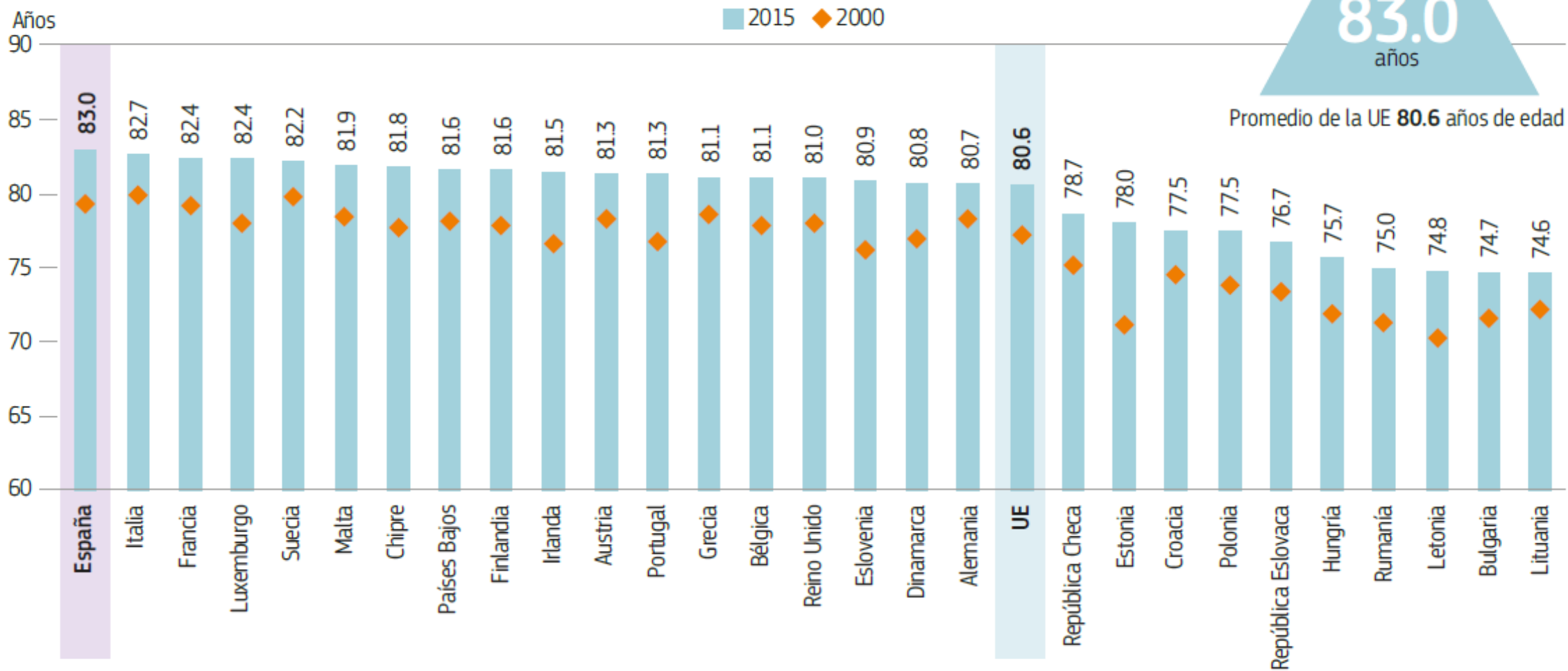


Gráfico 1, España ha ganado casi cuatro años de esperanza de vida al nacer durante los últimos quince años



Fuente: Base de datos de Eurostat.

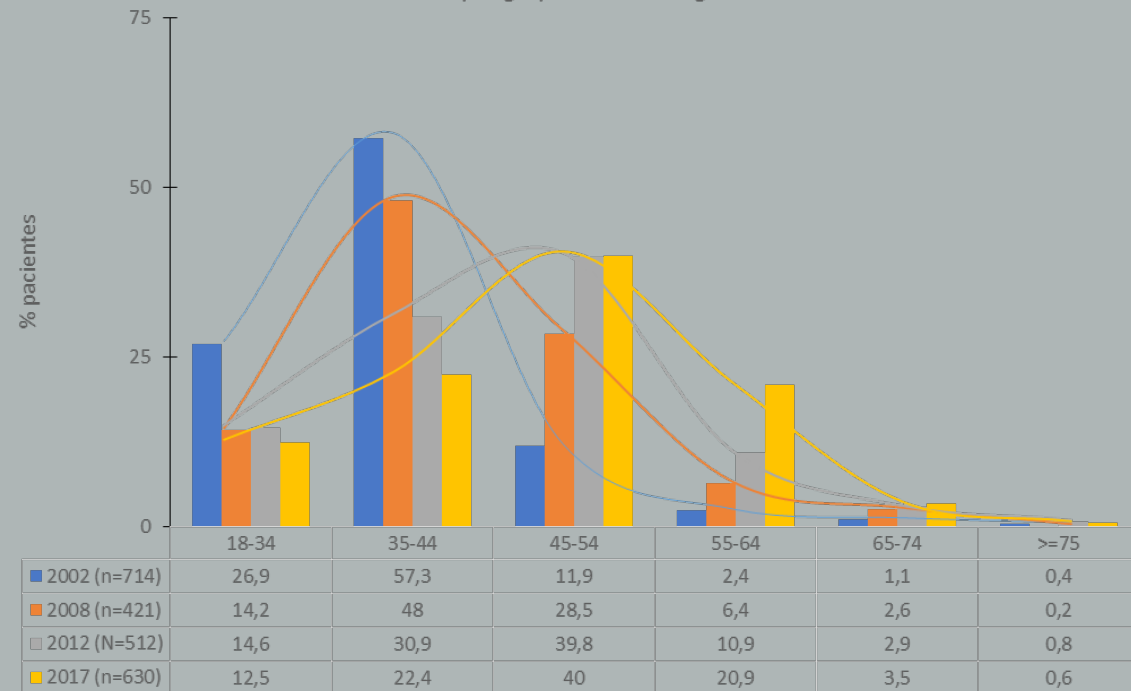
Datos de la Encuesta Hospitalaria de pacientes con infección por el VIH

La edad media de la población VIH en 2017 fue de 47,5 años (DE: 11,0)

En 2017, el 46,7% de las personas encuestadas llevaban más de 15 años diagnosticados de la infección por VIH

En 2017, el 46,5% de los sujetos encuestados tenía 50 años o más.

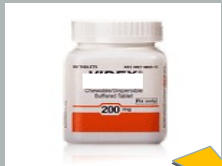
Distribución por grupos de edad según año de encuesta



Determinantes del envejecimiento



HIV and its Treatment Impact of Biological Determinants of Aging



Stem cell exhaustion

Altered intercellular communication

Deregulated nutrient-sensing

Mitochondrial dysfunction

Cellular senescence

Genomic instability

Telomere attrition

Epigenetic alterations

Loss of proteostasis



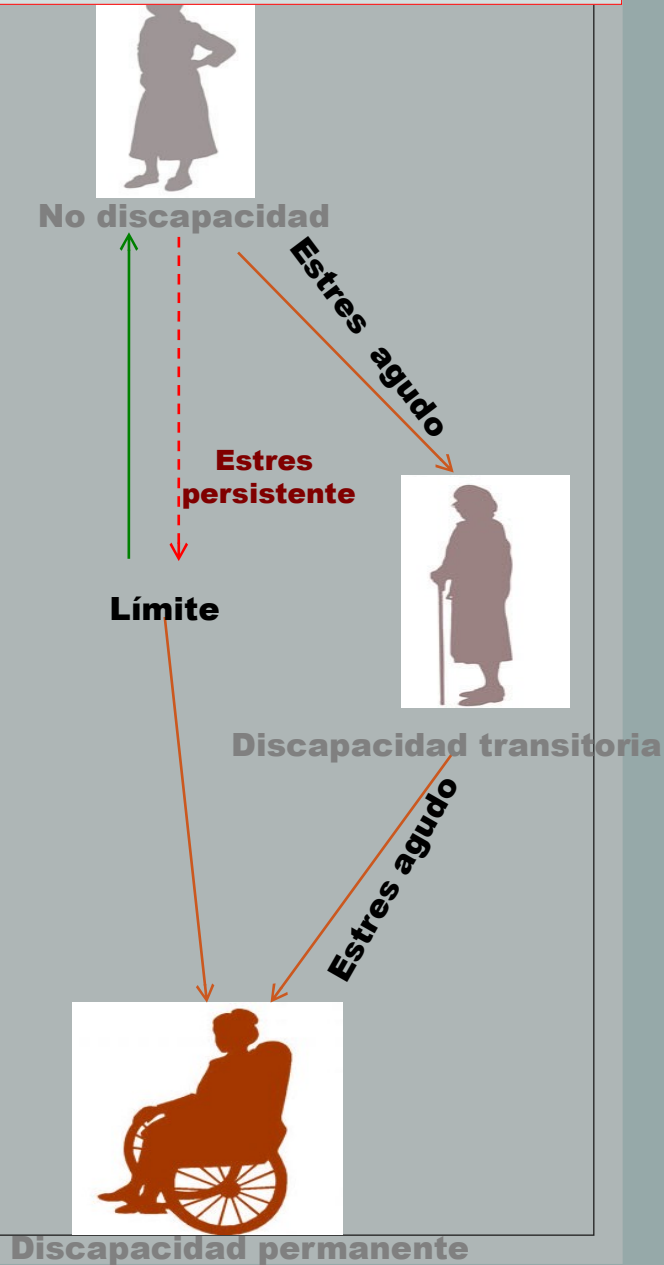
Modelo del impacto del VIH en el envejecimiento

Impacto del VIH y el TAR sobre los determinantes biológicos en el envejecimiento	Impacto del VIH y TAR sobre los determinantes ambientales en el envejecimiento. environmental
 <p>Inflamación Acortamiento de los telómeros Senescencia celular Inestabilidad genómica Alteraciones epigenéticas Disfunción mitocondrial Agotamiento de las células madre</p>	 <p>Tabaco Abuso drogas Multimorbilidad Polifarmacia Aislamiento social</p>

- Pérdida de la redundancia fisiológica**
- Alteración nutricional/Sarcopenia**
- Pérdida acumulativa de la funcionalidad**
- Vulnerabilidad de la salud**

- Enfermedades órgano-específicas**
- Enfermedad cardiovascular
 - Enfermedad renal crónica
 - Enfisema/EPOC
 - Osteoporosis
 - Tumores
 - Disminución eurocognitiva

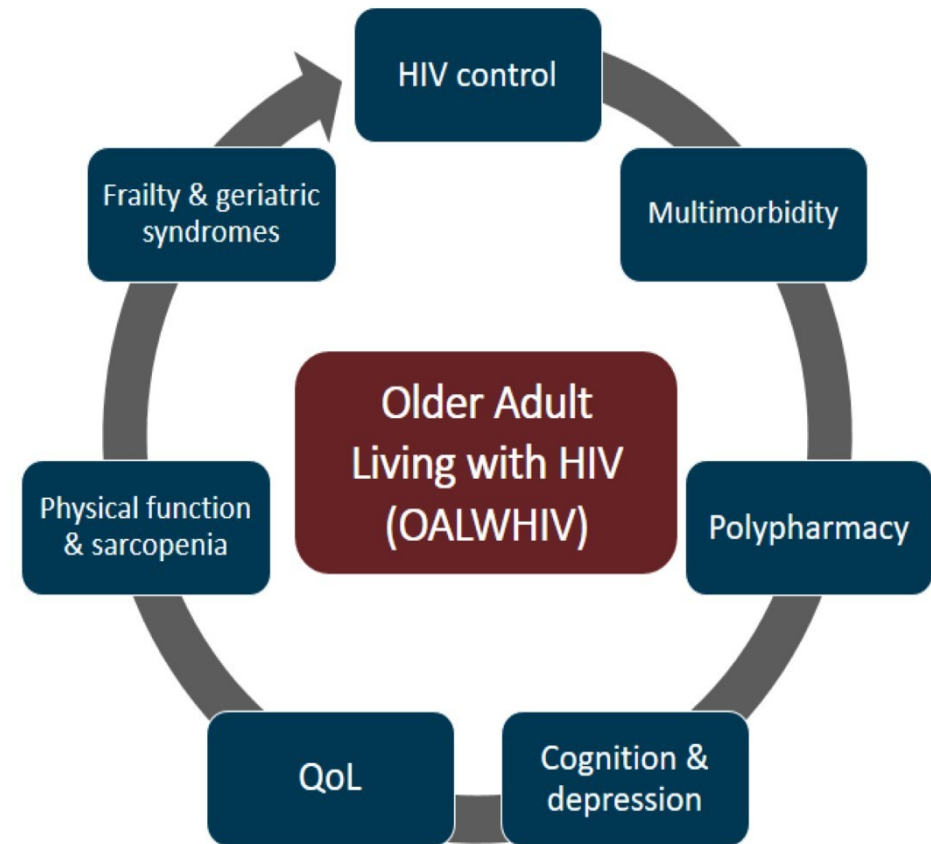
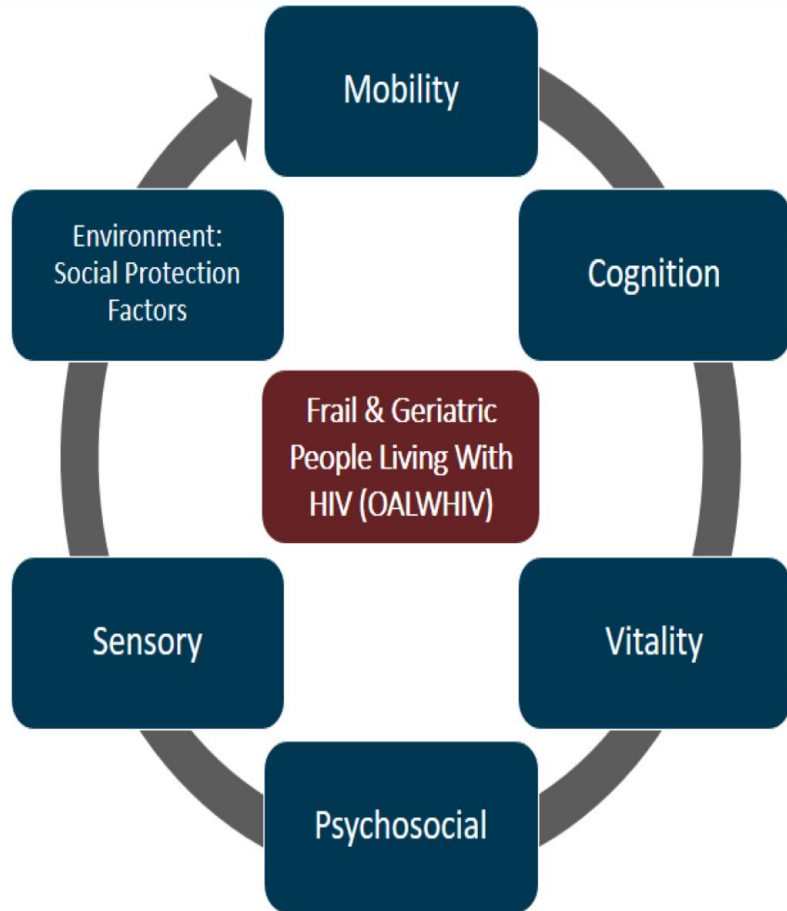
**MULTIMORBILIDAD/FRAGILIDAD
DISCAPACIDAD FLUCTUANTE
AUMENTO NECESIDADES DE ATENCION**



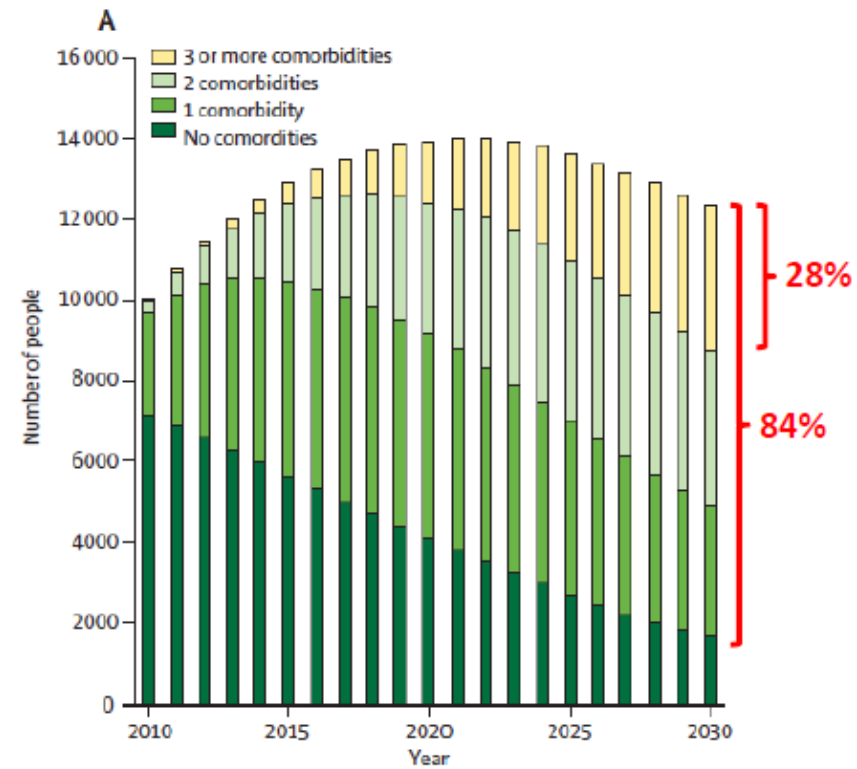
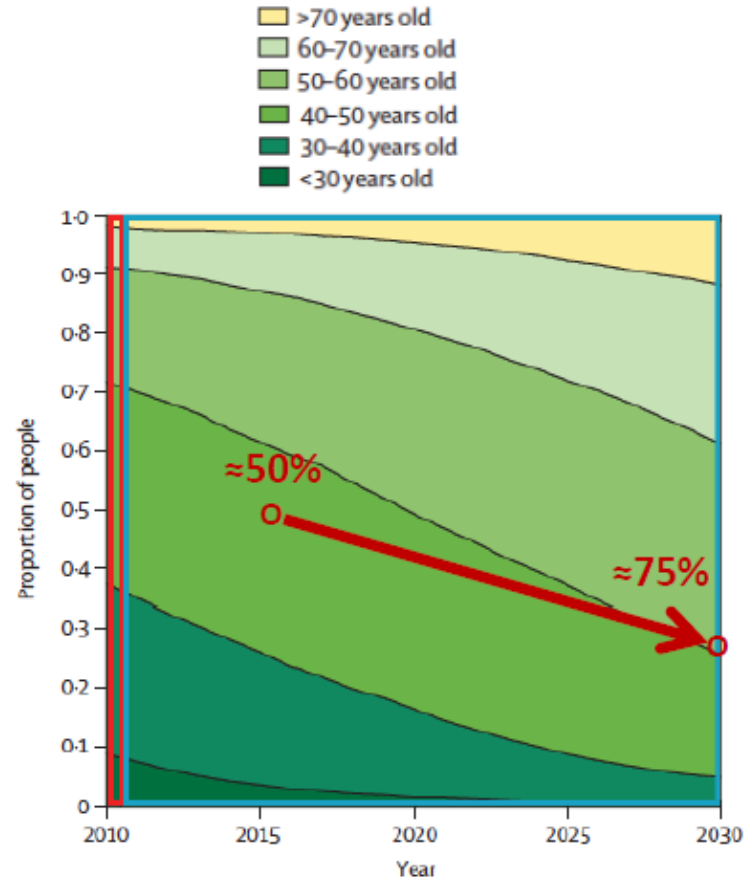
Edad biológica

Healthy Aging Wit

Enfoque multidimensional centrado en el paciente y en el adulto mayor con el VIH



Envejecimiento cronológico de la población VIH



Smit M, et al. *Lancet Infect Dis* 2015; 15:810-818.

Qué retos se nos plantean

Prevención primaria

Diagnóstico precoz

Barreras de acceso

Estigmatización

Cronicidad

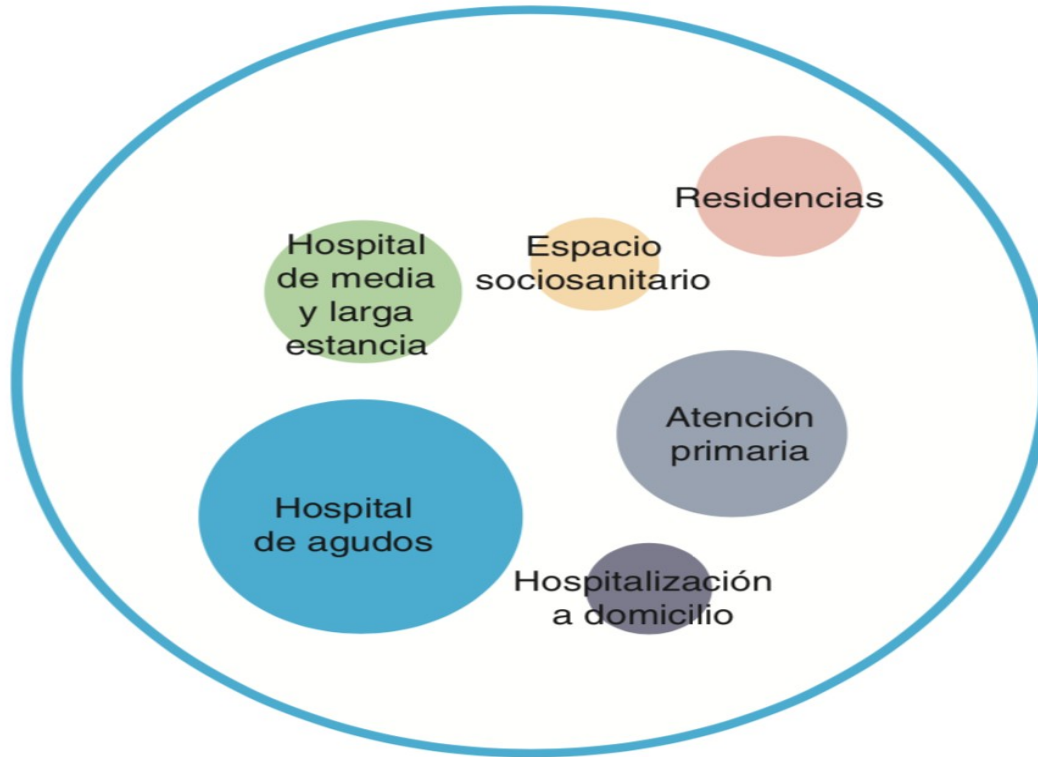
Envejecimiento

Falta de inversión en investigación

Modelo asistencial

Cambio en el modelo de atención

Modelo de provisión fragmentado



Modelo de provisión integrado basado en «sistemas»



Atención del Paciente agudo

=

Atención del Paciente crónico



4° RETO

MUJER Y VIH

Situación de las mujeres con infección por el VIH en España, 2017

Nuevos diagnósticos de VIH

El porcentaje de nuevos diagnósticos en mujeres desciende año a año de manera continuada



Se diagnostica **1 mujer** por cada **5,5 hombres**

La media de edad al diagnóstico es **mayor** en las mujeres que en los hombres



En el **85%** de las mujeres la vía de transmisión fueron las relaciones sexuales no protegidas



El **4,2%** fue a través del consumo de drogas inyectadas



Más de la mitad de las mujeres diagnosticadas eran **inmigrantes**

59,2% **45%** África Subsahariana
30% Latino América

+ Retraso diagnóstico

Las mujeres se diagnostican en **peor situación clínica e inmunológica** que los hombres

En el momento del diagnóstico el **22,4%** de las mujeres tenían un recuento de células T-CD4 mayor de 500 cel./mm3



Mujeres que viven con la infección por VIH



Entre las personas que viven con el VIH, en 2017, había **2,8 hombres** por cada mujer

El **90,8%** reciben tratamiento antirretroviral



El **79,8%** presentan un recuento de células T-CD4 >350 cel./mm3,



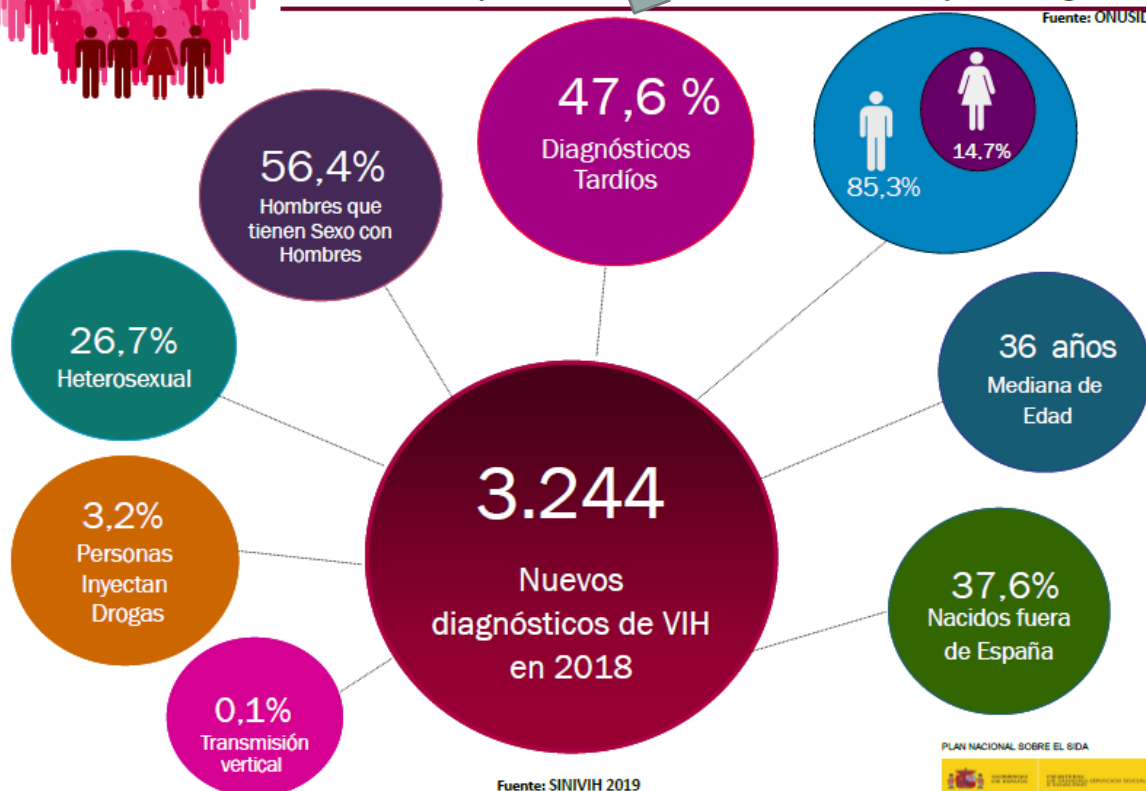
Y el **91,7%** carga viral <200 copias/ml



56,9% en mujeres

Estimación de la prevalencia de personas con el VIH en la población general **0,3%**

Fuente: ONUSIDA 2019

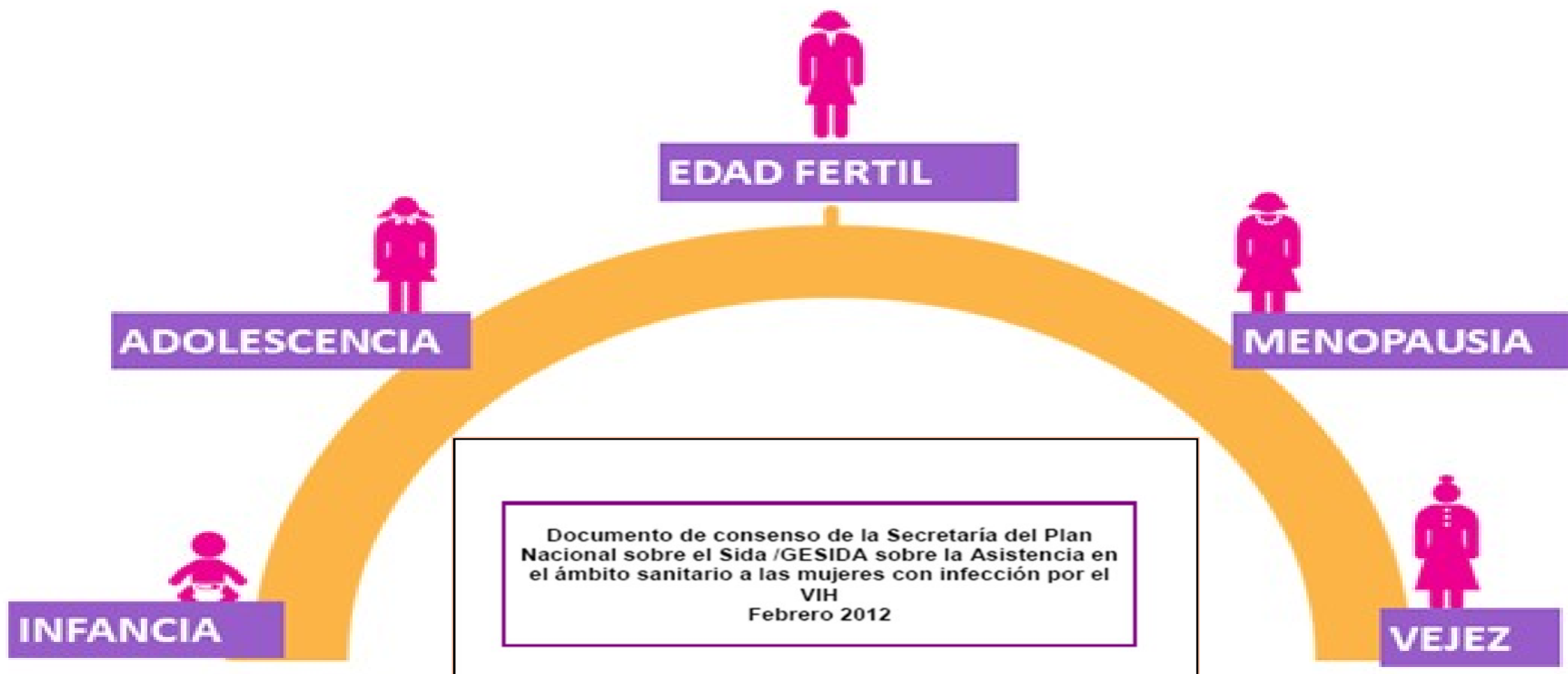


Fuente: SINIVIH 2019

PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA



LA TRAVESÍA VITAL DE LA MUJER QUE VIVE CON VIH



- **VIH afecta a la mujer en cada una de las etapas de su vida**
- **Ser mujer con VIH supone desafíos específicos, diferentes a los de los hombres**
- **Cada vez disponemos de más datos, pero existen aún muchas lagunas para entender la base biológica y las consecuencias clínicas de estas diferencias**

Conoce los retos

60% de los países en el mundo tienen leyes, regulaciones o políticas que obstaculizan los servicios de salud contra el VIH en poblaciones clave y grupos vulnerables.

50% de aumento en riesgo de contraer VIH entre mujeres que han sido víctimas de violencia por parte de sus parejas.

41 países, territorios y áreas imponen algún tipo de restricción en la entrada, estancia y residencia de personas dependiendo de su estado serológico.

Cada hora

50 mujeres jóvenes son infectadas con VIH.

Personas que necesitaron tratamiento en 2013 (cerca del 34% tuvo acceso)

28 600 000

Niños que necesitaron tratamiento y no tuvieron acceso al mismo en 2012 (según las directrices de la OMS)

1 250 000

Mujeres mayores de 15 años que fueron infectadas durante el 2012

960 000

Se donaron menos condones masculinos en el 2012 que en el 2011

1 000 000 000

Personas con mayor riesgo de tener VIH

22 x
Personas que utilizan drogas inyectables

13 x
Trabajadores(as) sexuales

13 x
Hombres que tienen sexo con hombres

En vida real...



Factores de riesgo y estrategias de reducción de daños

Factores de riesgo

- Susceptibilidad biológica
- Relaciones sexuales precoces
- Baja percepción de riesgo
- Abuso de sustancias
- Sexo transaccional
- Status socioeconómico bajo
- Falta de empoderamiento con respecto a las relaciones
- Temor al abandono
- Falta de acceso a los servicios de salud
- Violencia de género
- Sexo anal



INTERVENCIONES

- ✓ Educación para reducción de riesgo específica de género
- ✓ Mejor acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva
- ✓ Retraso en la edad de matrimonio
- ✓ Acceso a los preservativos
- ✓ Soporte económico
- ✓ Mejorar la educación frente a la desigualdad

Hacia dónde nos dirigimos?



- *A disminuir el número de nuevas infecciones
prevención*
- *A acabar con la fracción oculta y el diagnóstico tardío*
- *Cronicidad y envejecimiento*
- *Cambio de modelo asistencial dirigido al paciente
crónico*



Muchas gracias