

Retos actuales de la infección VIH en la vida real

I Reunión Interautonómica en Enfermedades Infecciosas

Vigo, 27-28 de octubre 2023



Julio Diz Arén



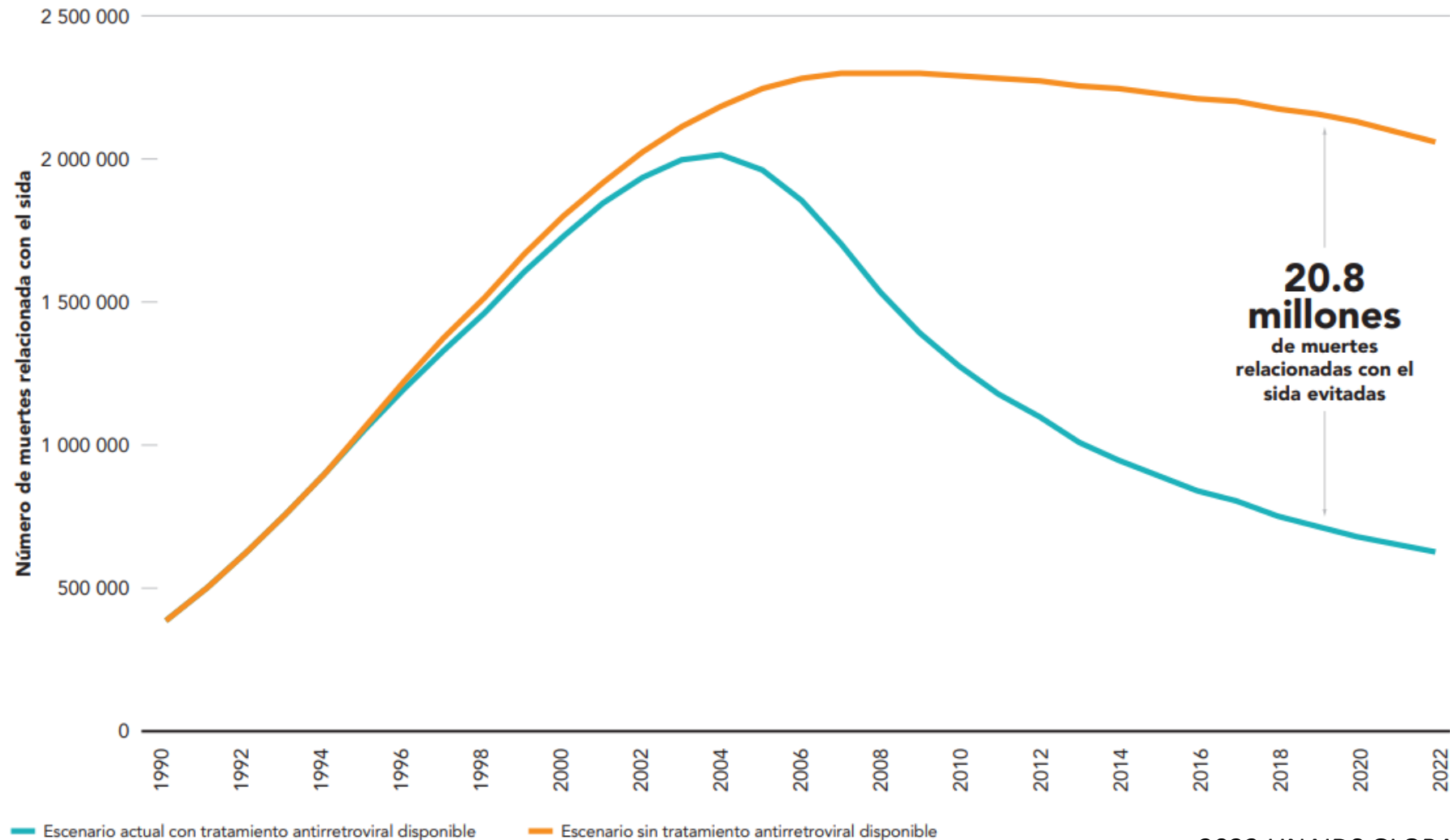
ÁREA SANITARIA DE
PONTEVEDRA E O SALNÉS

Retos actuales de la infección VIH en la vida real

- **Disminuir el retraso en el diagnóstico de los pacientes infectados por el VIH (PVVIH)**
- Redefinir el éxito terapéutico del tratamiento antirretroviral
- Adecuación del modelo de cuidados sanitarios para el PVVIH
- Desafíos educativos para revertir el estigma y la discriminación del PVVIH

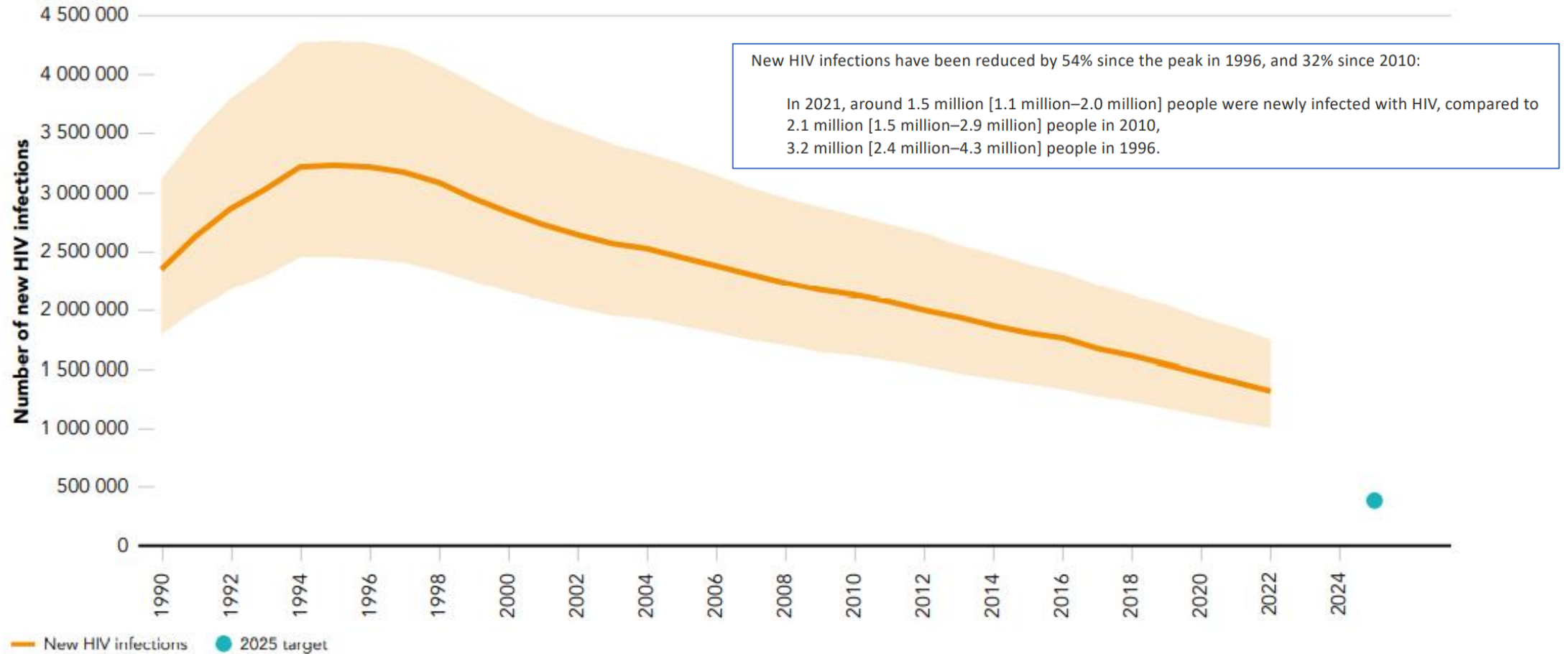
El TAR evitó casi 21 millones de muertes atribuibles al SIDA entre 1996-2022

Número de muertes relacionadas con el SIDA: escenario actual versus escenario sin terapia antirretroviral, 1990-2022



Reducción del número de contagios, global entre 1990–2022. Objetivo 2025

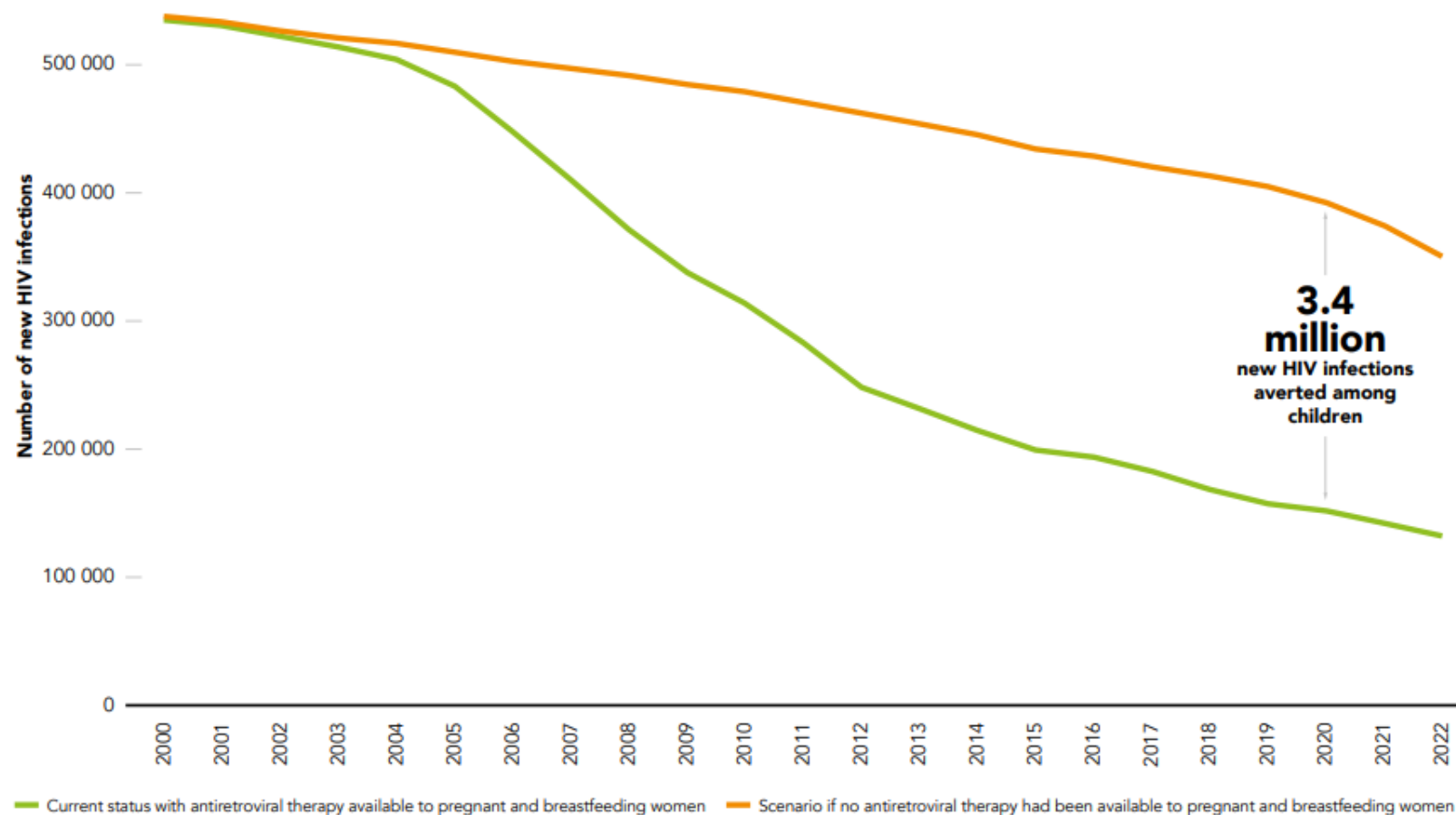
El TAR es la principal estrategia de prevención disponible



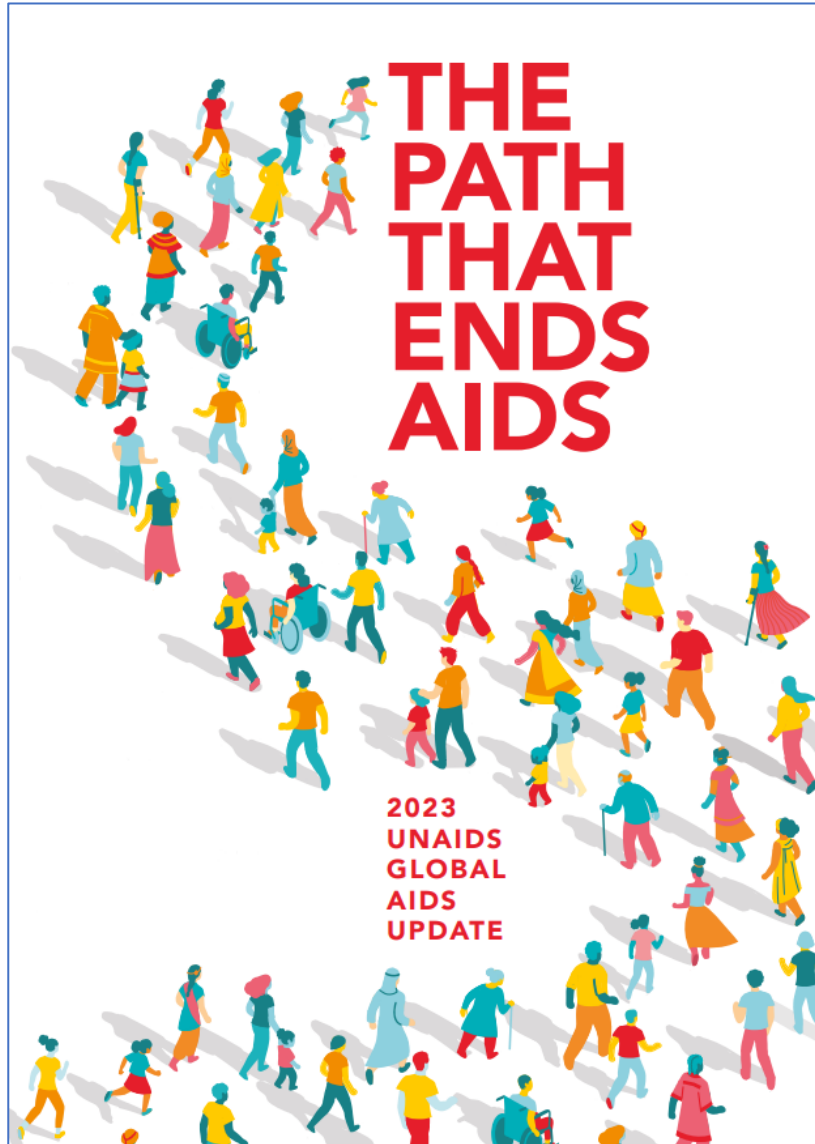
Source: UNAIDS epidemiological estimates, 2023 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

El TAR evitó casi 3.5 millones de nuevas infecciones en niños (0-14 años)

Número de nuevas infecciones por el VIH en niños entre 0-14 años, en comparación con el escenario sin antirretrovíricos. Terapia disponible para mujeres embarazadas y lactantes, mundial, 2000-2022



Objetivos y compromisos para el control de la infección VIH, en el año 2025



2025 AIDS TARGETS

PUTTING PEOPLE LIVING WITH HIV AND COMMUNITIES AT RISK AT THE CENTRE

■ THE 10s ■ THE 95s ■ THE INTEGRATION

10% < Poner fin a las desigualdades > 95%

MENOS DEL 10 %
DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH Y GRUPOS DE POBLACIÓN CLAVE SUFREN ESTIGMA SOCIAL Y DISCRIMINACIÓN

MENOS DEL 10 %
DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH, MUJERES Y NIÑAS Y GRUPOS DE POBLACIÓN CLAVE EXPERIMENTAN DESIGUALDADES Y VIOLENCIA DE GÉNERO

MENOS DEL 10 %
DE LOS PAÍSES TIENEN LEYES Y POLÍTICAS PUNITIVAS

Personas que viven con el VIH y comunidades en riesgo en el centro a la respuesta

EL 95 % DE LAS PERSONAS CON RIESGO DE INFECCIÓN POR EL VIH UTILIZAN LA PREVENCIÓN COMBINADA

95 %-95 %-95 % PRUEBA DEL VIH, TRATAMIENTO Y SUPRESIÓN VIRAL EN LOS ADULTOS Y NIÑOS

EL 95 % DE LAS MUJERES ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

COBERTURA DEL 95 % DE LOS SERVICIOS PARA ELIMINAR LAS NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH EN NIÑOS Y MANTENER CON VIDA A SUS MADRES

EL 90 % DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH RECIBEN TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA TUBERCULOSIS

EL 90 % DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH Y LAS PERSONAS CON RIESGO DE INFECCIÓN ESTÁN VINCULADAS A OTROS SERVICIOS DE SALUD INTEGRADOS

Objetivos 95-95-95: diagnósticos, tratamiento y supresión viral, global 2023



Source: UNAIDS special analysis of epidemiological estimates, 2023.

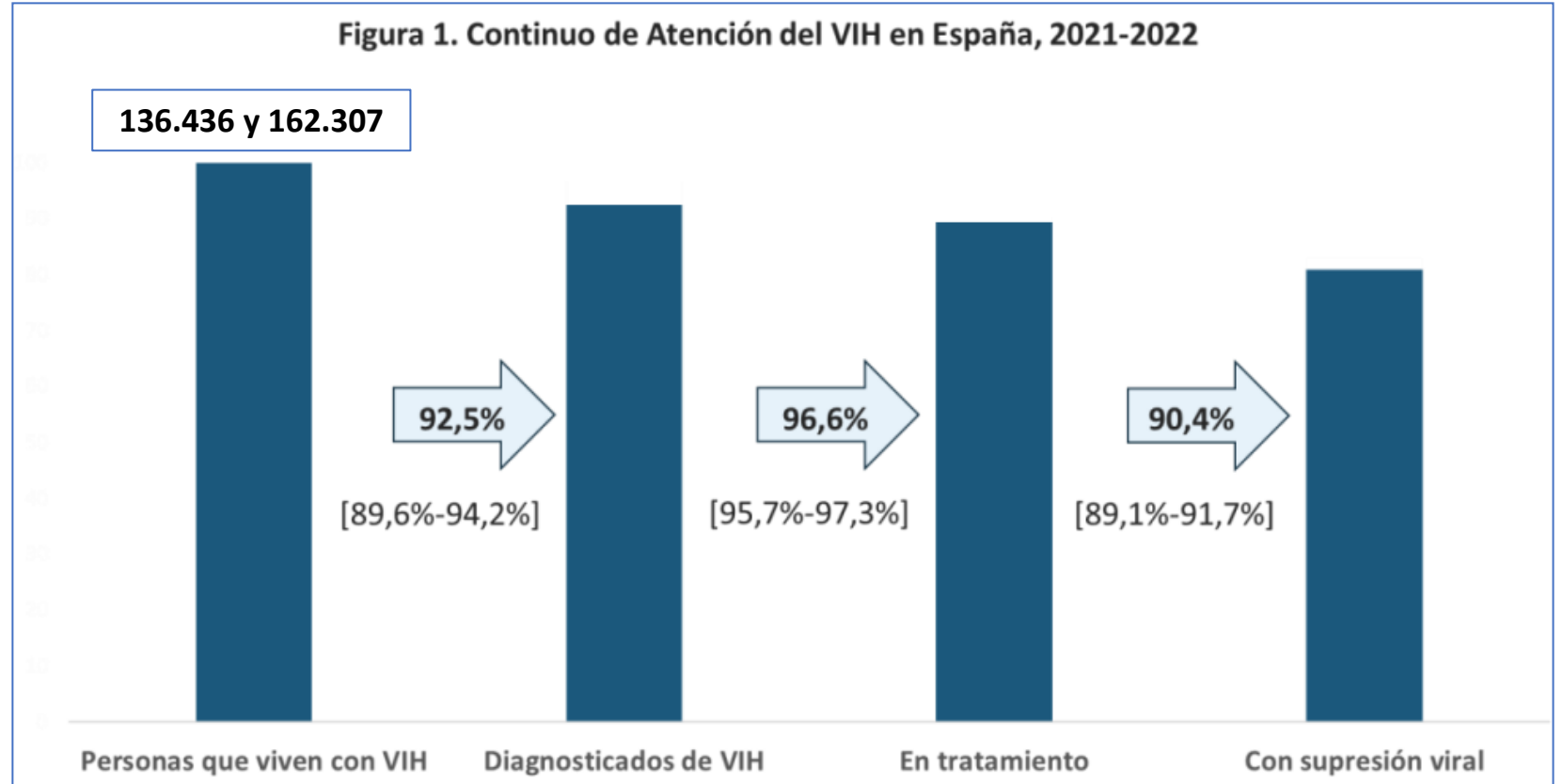
Objetivos 95-95-95 en España, datos publicados en 2023



ACTUALIZACIÓN DEL CONTINUO DE ATENCIÓN DEL VIH EN ESPAÑA, 2021-2022



Mayo 2023



Objetivos 95-95-95 en España, datos publicados en 2023

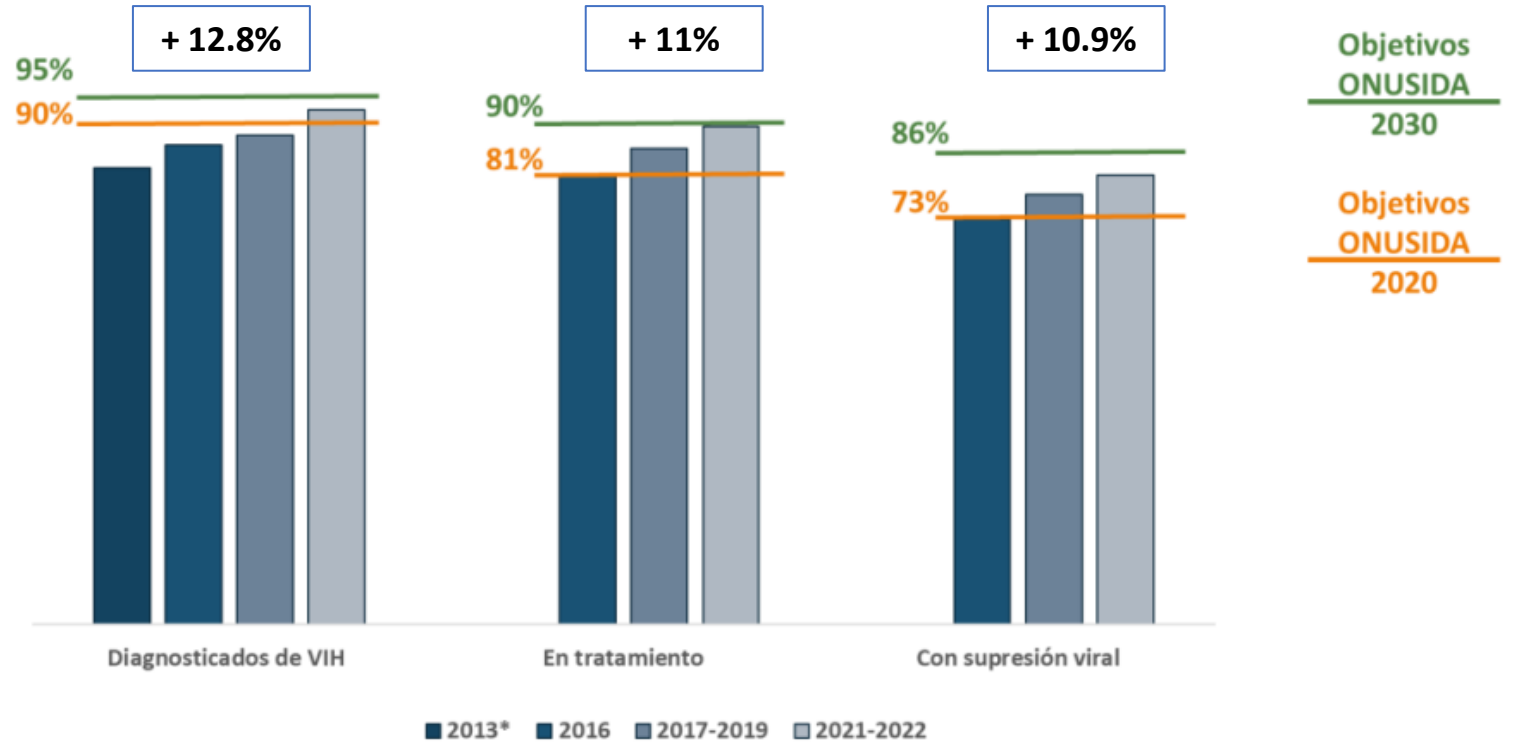


ACTUALIZACIÓN DEL CONTINUO DE ATENCIÓN DEL VIH EN ESPAÑA, 2021-2022



Según estos resultados España habría superado, a finales de 2021, el objetivo 90-90-90 planteado por ONUSIDA para el año 2020

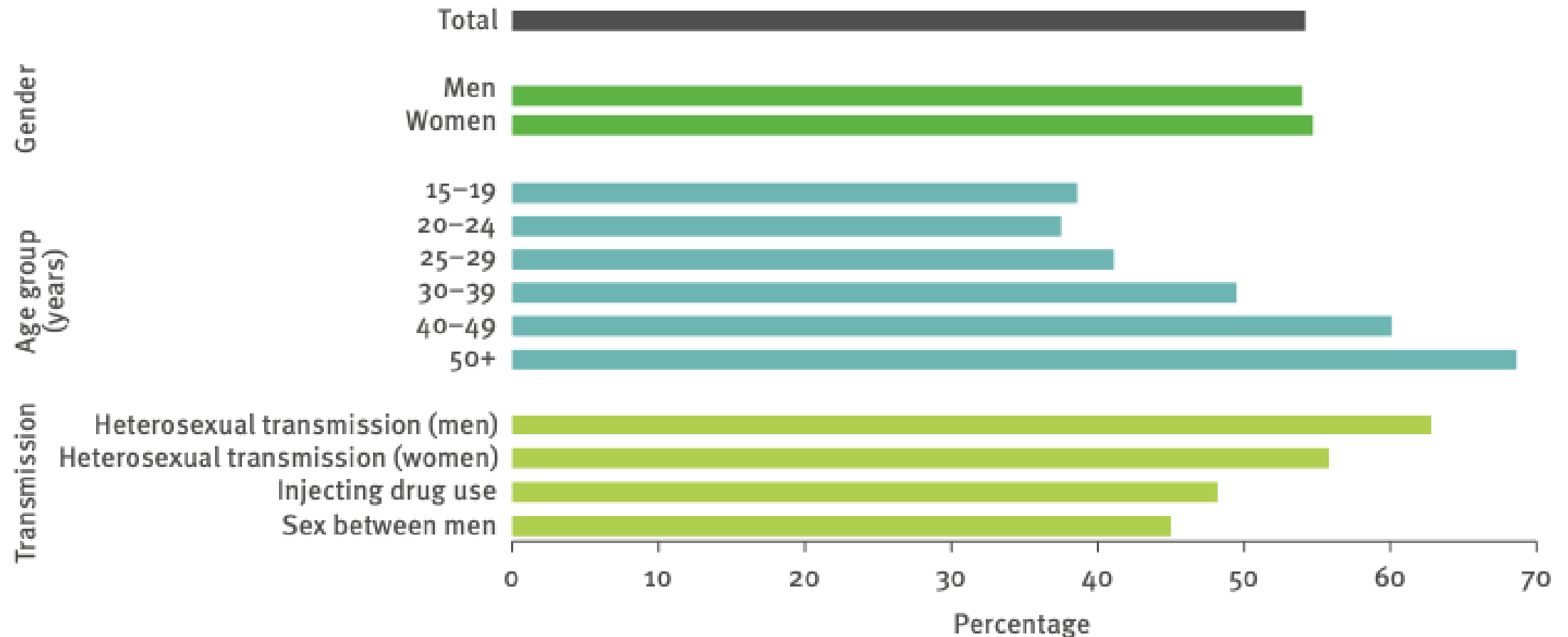
Figura 2. Evolución del Continuo de Atención del VIH en España, 2013-2022



*En 2013 solo se dispone de estimaciones del porcentaje de personas que viven con VIH que conocen su diagnóstico

Epidemiología de la infección VIH, presentación tardía en Europa y España

→ Proportion of people diagnosed late (CD4 cell count < 350 per mm^3) by gender, age and transmission, WHO European Region, 2021 (n = 28 742)



Source: ECDC/WHO (November 2022). HIV/AIDS Surveillance in Europe 2021 data

Nuevos diagnósticos VIH. Diagnóstico tardío en España, año 2022



Nuevos diagnósticos de VIH. Diagnóstico tardío
España, año 2021. Datos no corregidos por retraso en la notificación.

N = 2382

CD4 < 350: 49.8%

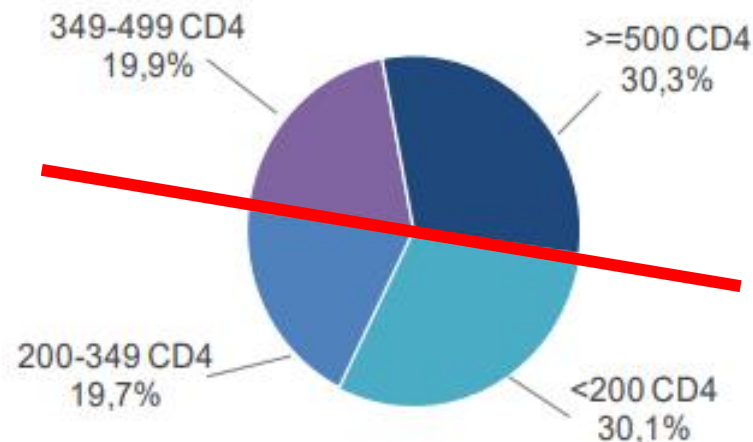
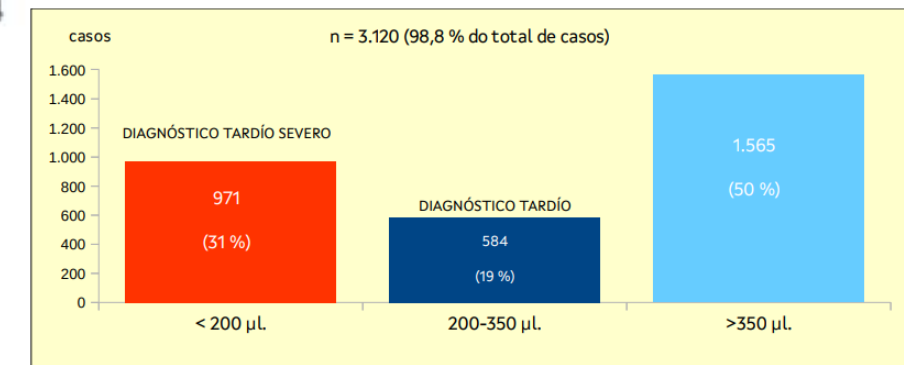


Gráfico 26. Nuevos diagnósticos VIH según el nivel de CD4. Galicia 2004-2021

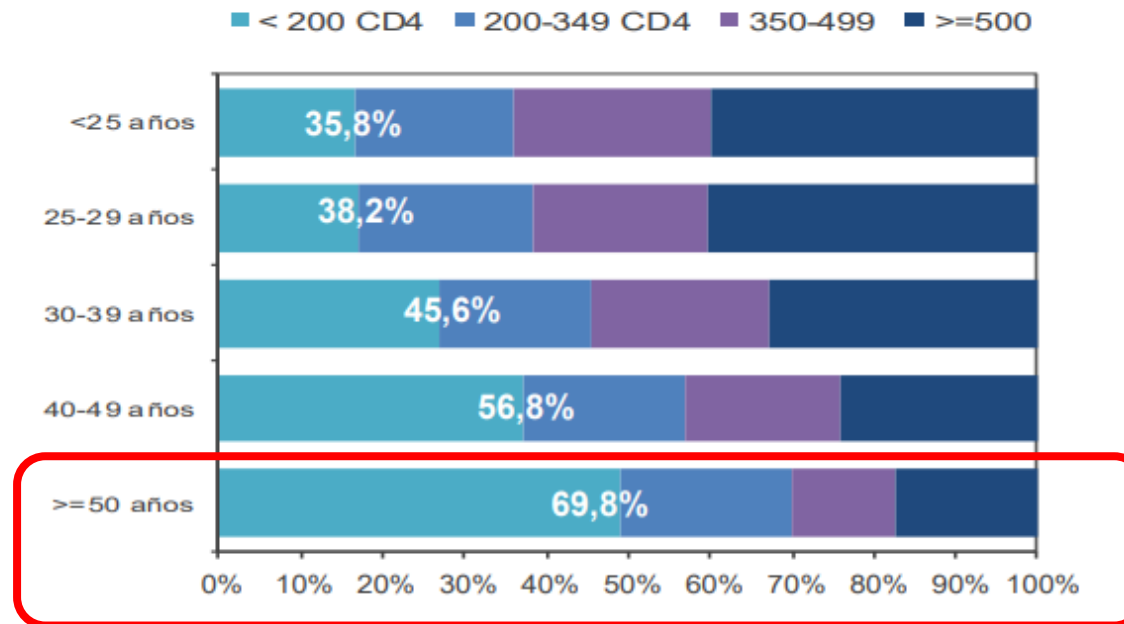


(DXSP: datos de 30 de junio de 2022)

Nuevos diagnósticos VIH. Diagnóstico tardío, según grupo de edad



Nuevos diagnósticos de VIH. Diagnóstico tardío según grupo de edad.
España, año 2021. Datos no corregidos por retraso en la notificación.



n = 2.382

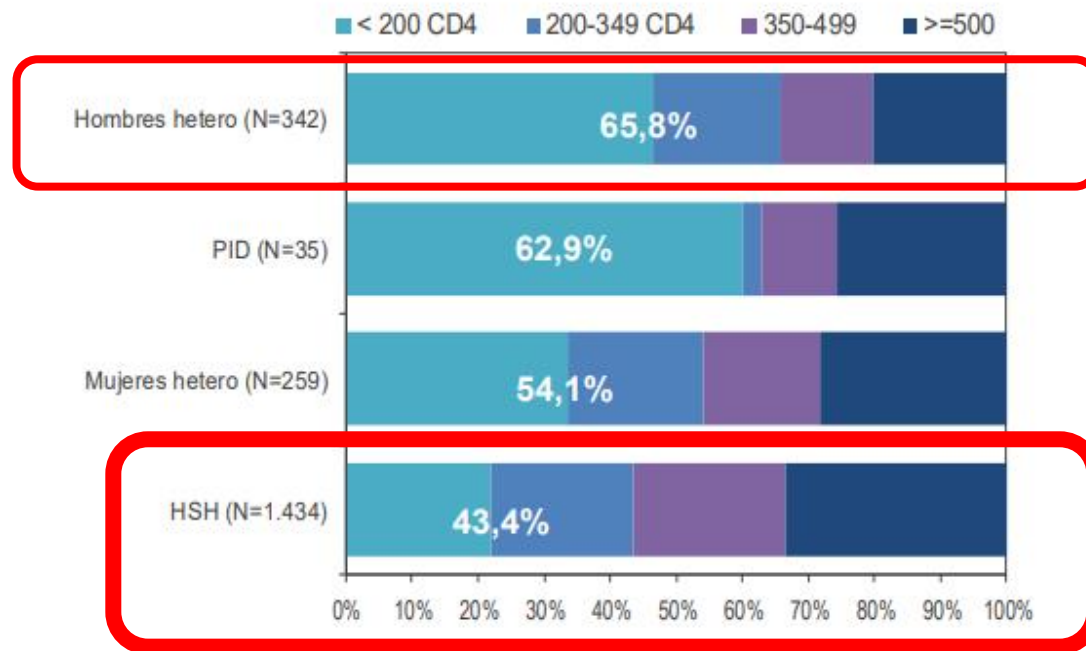
Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2021: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III/ División de control de VIH, ITS, Hepatitis virales y tuberculosis. Ministerio de Sanidad. Madrid; noviembre 2022

Nuevos diagnósticos VIH. Diagnóstico tardío, según modo de transmisión

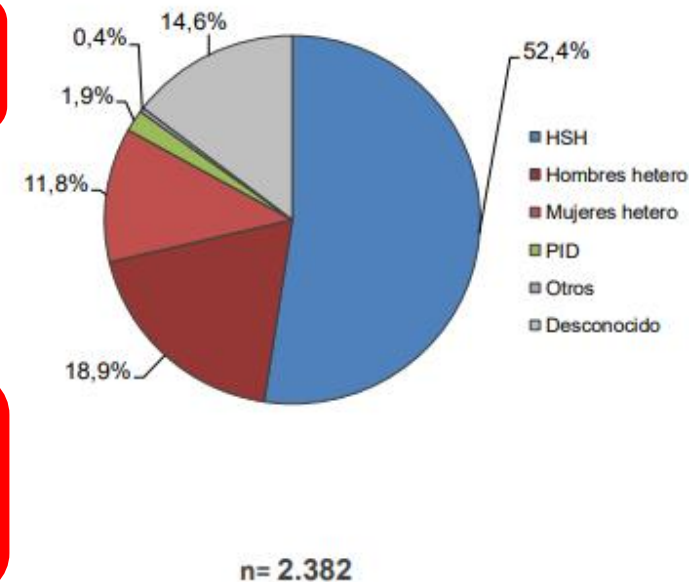


Nuevos diagnósticos de VIH. Diagnóstico tardío.
España, año 2020. Datos no corregidos por retraso en la notificación.

Diagnóstico tardío
según modo de transmisión

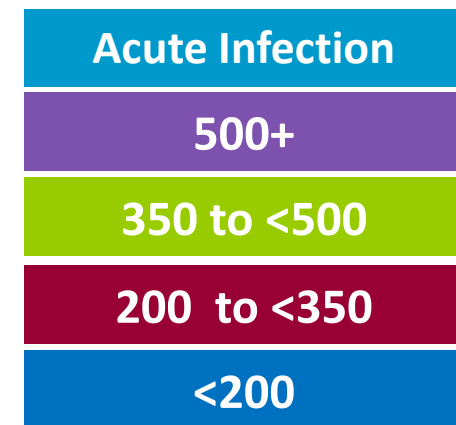
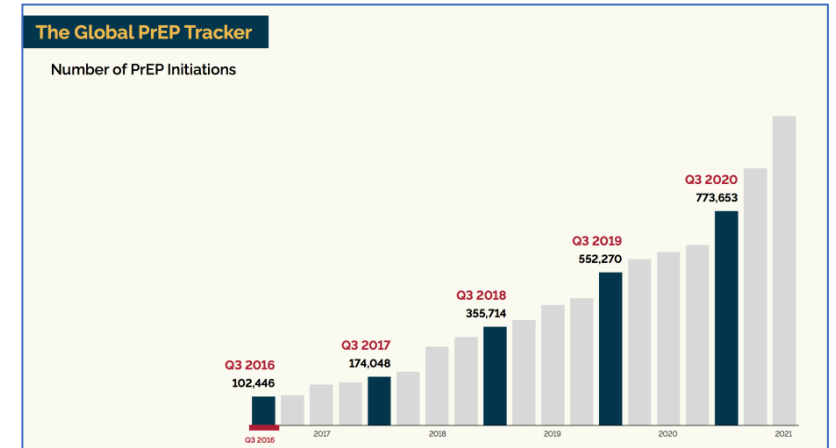


Modo de transmisión
en pacientes con diagnóstico tardío



HSH: a pesar de la PrEP, todavía el 44% tienen presentación tardía en Europa

Por definición, cada nueva infección por VIH en un usuario de PrEP es una **INFECCIÓN PRIMARIA** (aguda/reciente) a estar controlados cada 3 meses.



Consecuencias del diagnóstico tardío de la infección VIH

> iScience. 2022 Jun 30;25(7):104488. doi: 10.1016/j.isci.2022.104488. eCollection 2022 Jul 15.

Accelerated aging with HIV begins at the time of initial HIV infection

Elizabeth Crabb Breen¹, Mary E Sehl², Roger Shih², Peter Langfelder^{3,4}, Ruibin Wang⁵, Steve Horvath^{6,7}, Jay H Bream⁸, Priya Duggal⁵, Jeremy Martinson⁹, Steven M Wolinsky¹⁰, Otoniel Martínez-Maza¹¹, Christina M Ramirez¹², Beth D Jamieson²

Affiliations + expand

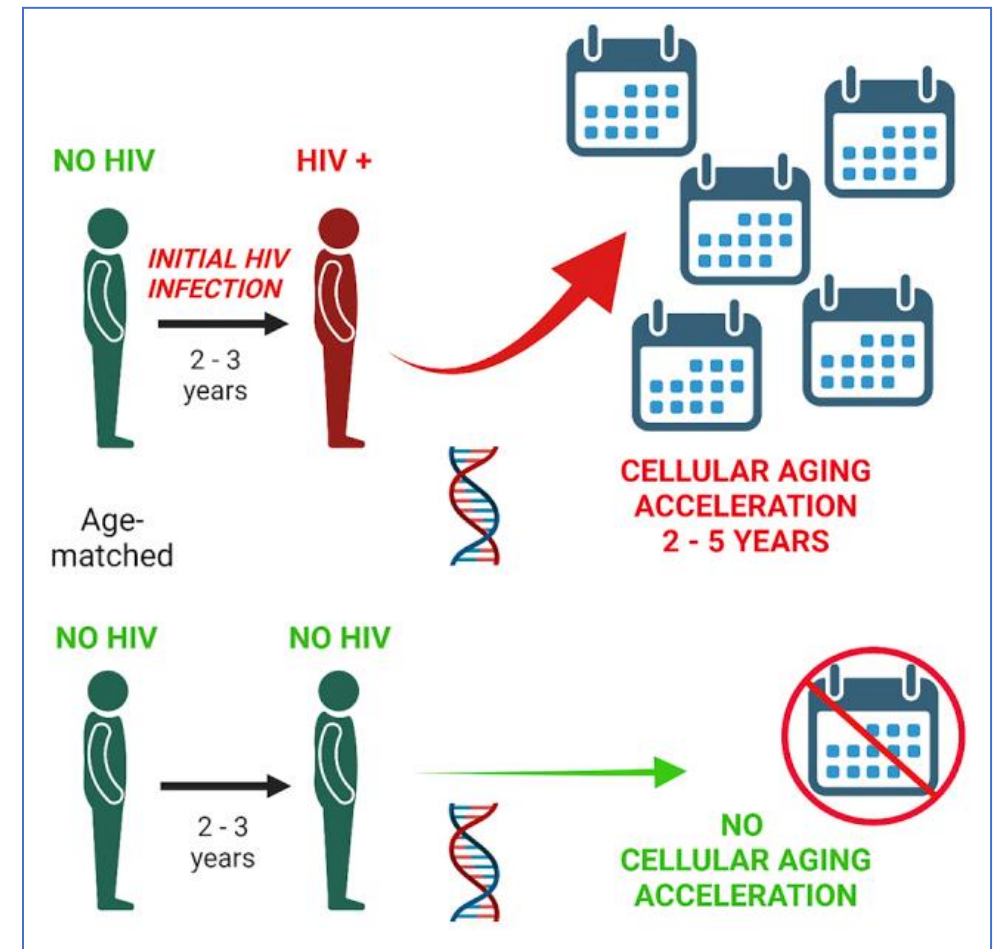
PMID: 35880029 PMCID: PMC9308149 DOI: 10.1016/j.isci.2022.104488

Vivir con la infección por VIH se asocia con la aparición temprana de afecciones crónicas relacionadas con el envejecimiento, a veces descritas como **ENVEJECIMIENTO ACELERADO**. **Los patrones epigenéticos de metilación del ADN permiten evaluar la aceleración de la edad biológica en relación con la edad cronológica**. El impacto de la infección inicial por VIH en cinco medidas epigenéticas del envejecimiento se examinó antes y aproximadamente 3 años después de la infección por VIH en los mismos individuos (n = 102).

Se observó una aceleración significativa de la edad epigenética (mediana de 1,9 a 4,8 años) y un acortamiento estimado de la longitud de los telómeros (todos $p \leq 0,001$) desde antes hasta después de la infección por VIH, y siguieron siendo significativos en tres medidas epigenéticas después de controlar los cambios en las células T.

No se observó aceleración en los controles no infectados por VIH con intervalos de edad y tiempo. Los cambios en los grupos de metilación de todo el genoma también se asociaron significativamente con la infección inicial por VIH ($p \leq 2.0 \times 10^{-4}$).

Estas observaciones longitudinales demuestran claramente un impacto temprano y sustancial de la infección por VIH en el proceso de envejecimiento epigenético, y sugieren un papel para el VIH en sí mismo en el inicio temprano del envejecimiento clínico.



**DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL VIH
INICIO PRECOZ DEL TAR**

Consecuencias del diagnóstico tardío de la infección VIH

Epigenetic ageing accelerates before antiretroviral therapy and decelerates after viral suppression in people with HIV in Switzerland: a longitudinal study over 17 years

Isabella C Schoepf*, Andrés Esteban-Cantos*, Christian W Thorball*, Berta Rodés, Peter Reiss, Javier Rodríguez-Centeno, Carlotta Riebenschalm, Dominique L Braun, Catia Marzolini, Marco Seneghini, Enos Bernasconi, Matthias Cavassini, Hélène Buvelot, Maria Christine Thurnheer, Roger D Kouyos, Jacques Fellay, Huldrych F Günthard, José R Arribas*, Bruno Ledergerber*, Philip E Tarr*, and the Swiss HIV Cohort Study

Lancet Healthy Longev 2023; 4: e211-18

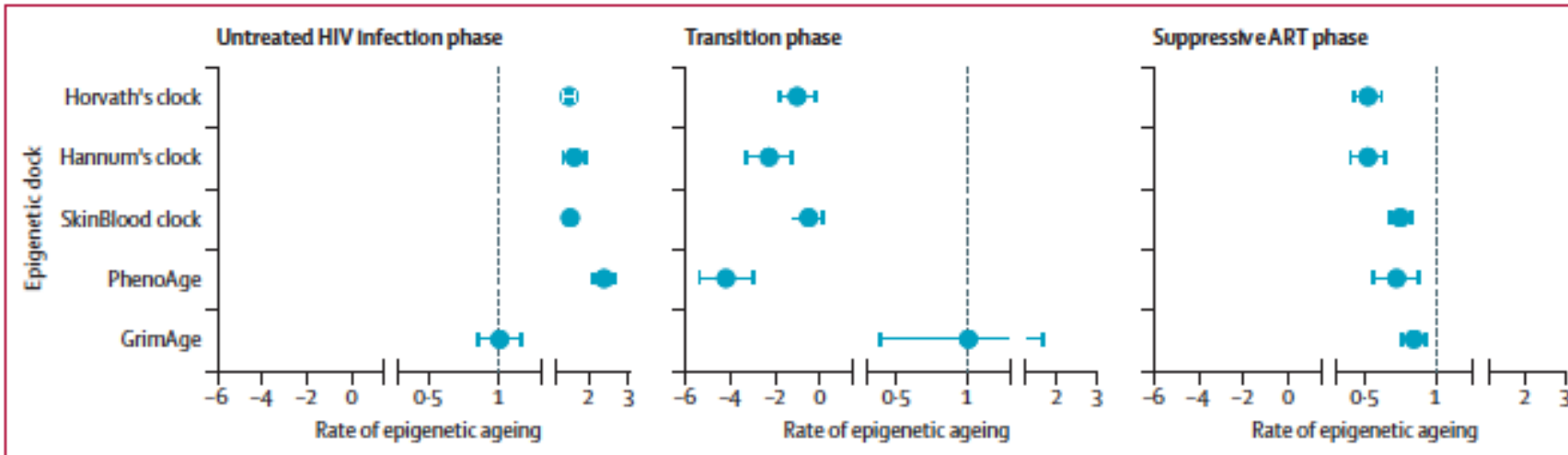


Figure 4: Rates of epigenetic ageing for different epigenetic clocks

Data are mean, error bars indicate 95% CI. Rate of epigenetic ageing (R) was calculated as reported by Sehl and colleagues.¹⁸ The vertical dashed line (R=1) indicates that 1 year of epigenetic age increases per 1 year chronologically, with R greater than 1 suggesting faster or accelerated ageing, and R less than 1 suggesting slower or decelerated ageing (see appendix p 5 with x-axis adjusted to the respective scale).

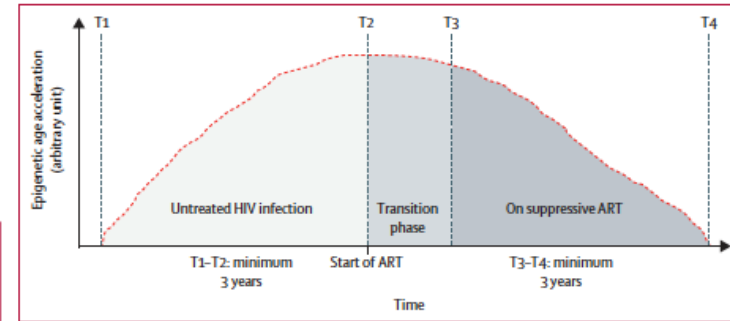


Figure 1: Study hypothesis and timepoints T1-T4 for measurement of DNA methylation. Median date was Aug 19, 1997, at T1 (IQR Dec 6, 1994, to May 1, 1999), March 21, 2006, at T2 (March 16, 2004, to Feb 12, 2008), June 1, 2007, at T3 (March 17, 2006, to Jan 26, 2010), and April 11, 2017, at T4 (Feb 14, 2017, to June 27, 2017). In each participant, we measured epigenetic age acceleration in the first available sample before ART start (T1) and in the last available sample before ART start (T2), in the first available sample after attaining viral suppression (T3), and in the last available sample during suppressive ART (T4). The light grey shaded area indicates the transition phase from ART start until viral suppression was attained (T2 to T3). The dark grey area indicates the suppressive ART phase (T3 to T4). ART=antiretroviral therapy.

	T1-T2	T2-T3	T3-T4
CD4 cell count, cells per μL	517.5 (367.0 to 678.5)	294.0 (224.0 to 362.5)	428.5 (320.5 to 554.0)
CD4 annual change, cells per μL	-27.0 (-51.6 to -13.1)	76.6 (26.7 to 145.7)	26.6 (9.8 to 38.0)
CD8 cell count, cells per μL	762.0 (590.5 to 951.0)	941.5 (675.0 to 1232.5)	775.5 (597.0 to 1008.5)
CD8 annual change, cells per μL	21.5 (-14.6 to 53.1)	-73 (-244.4 to 25.2)	-7.4 (-29.8 to 10.1)
CD4:CD8 ratio	0.7 (0.4 to 1.0)	0.3 (0.2 to 0.4)	0.5 (0.4 to 0.8)
CD4:CD8 ratio annual change, cells per μL	-0.04 (-0.09 to -0.03)	0.15 (0.06 to 0.23)	0.05 (0.02 to 0.06)
HIV RNA, log copies per mL	4.92 (4.57 to 5.31)	4.86 (4.34 to 5.24)	1.65 (1.53 to 1.78)

Data are median (IQR).

Table 1: Immunovirological and HIV-related status in each phase

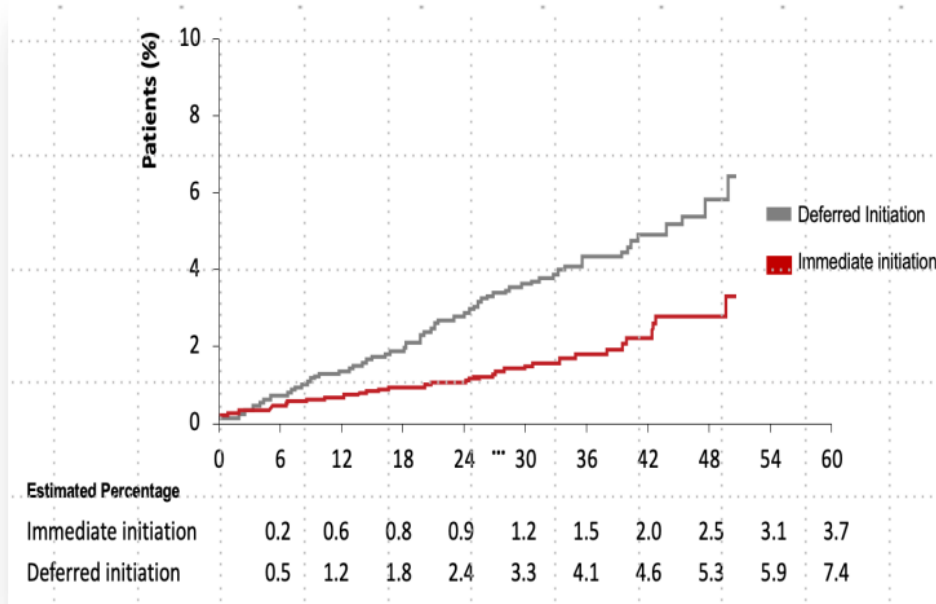
Cuanto mayor el tiempo transcurrido sin TAR, mayor el desaceleramiento necesario en el envejecimiento celular para volver al nivel basal

Beneficios del inicio precoz/temprano del TAR

START Study

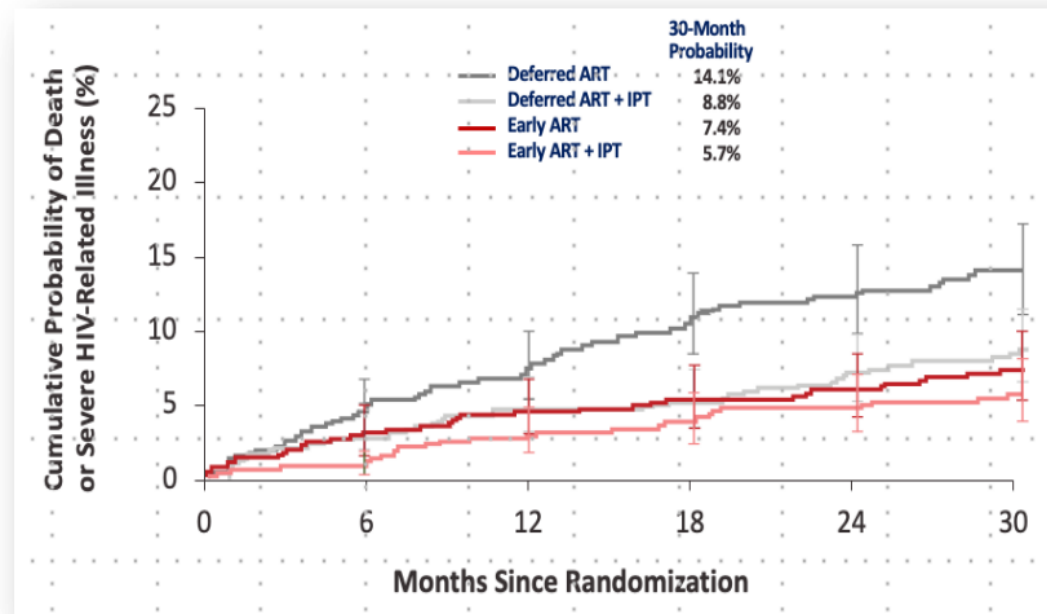
Time to First Primary Event

(A Serious AIDS-Related or Serious Non-AIDS-Related Event, Including Death)



Inicio precoz de TAR con CD4 > 500 cels/mm³ fué superior al TAR diferido hasta CD4 <350 cels/mm³ (HR 0.43, $p < 0.001$)

TEMPRANO Study (Ivory Coast)



El riesgo de muerte o de enf. grave relacionada con VIH fue menor con TAR precoz que con TAR diferido (aHR 0.56; 95% CI, 0.41 - 0.76)

The INSIGHT START Study Group. *N Engl J Med* 2015;373:795-807;

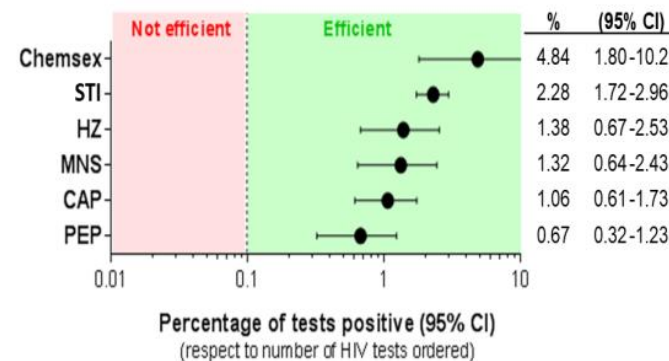
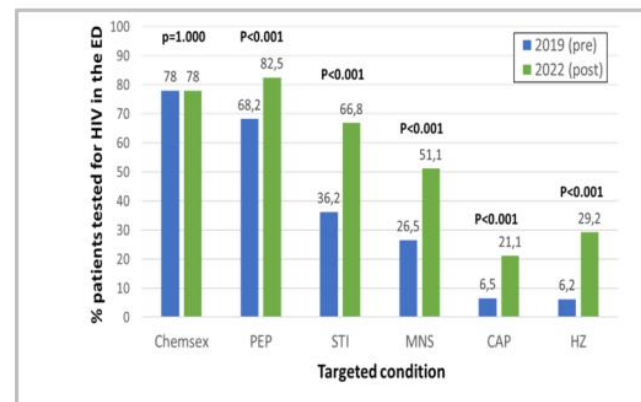
The TEMPRANO ANRS 12136 Study Group. *N Eng J Med.* 2015;373:808-822.

Programas de cribado oportunista del VIH en S. de urgencias hospitalarios



Potential of emergency departments to uncover new HIV diagnosis: a before/after trial evaluating effects

- Estudio cuasi-experimental, **diagnósticos de VIH** realizados en 6 escenarios clínicos, en 34 SUH en España pre (**2º semestre 2019**) y post implementación de las recomendaciones de SEMES (**1er semestre 2022**)
- **Incremento del 75% en nº de test realizados** (7.080 pre vs. 13.436 post)
- Aumento significativo de **nuevos diagnósticos del 220% Cribado eficiente** en todos los escenarios clínicos
- **Más de 1/100 pruebas realizadas son positivas** en escenarios de chemsex, ITS, HZ, NAC y mononucleosis



Programas de cribado oportunista del VIH en S. de urgencias hospitalarios

PROGRAMA DE CRIBADO OPORTUNISTA DO VIH NOS SERVIZOS DE URXENCIAS HOSPITALARIOS



Xullo de 2023

URXENCIAS VIH IA CRIBADO OPORTUNISTA VIH NOS SERVIZOS DE URXENCIAS

OBXECTIVO

Diminuír o atraso diagnóstico do VIH fomentando a detección precoz de VIH en determinadas situacións.

A QUEN?

Persoas de 16 e máis anos con algunha das seguintes situacións:

- Pneumonía adquirida na comunidade (só ata os 65 anos).
- Herpes Zóster (só ata os 65 anos).
- Síndrome Mononucleósica.
- Infeccións por transmisión sexual.
- Profilaxe postexposición de VIH.
- Práctica do chemsex.



Obtención do consentimento verbal

DERIVACIÓN

Das persoas con resultado positivo ao servizo asistencial correspondente de cada hospital.



VIXILANCIA EPIDEMIOLÓXICA

Envío dos datos ao Servizo de Control de Enfermidades Transmisibles da Dirección Xeral de Saúde Pública.

Dirección Xeral de Saúde Pública
Infórmate en: dxsp.sergas.gal



6.1. SELECCIÓN DAS PERSOAS CANDIDATAS

A selección das persoas candidatas será realizada polo persoal facultativo médico do Servizo de Urxencias. Segundo a organización rutineira de cada servizo, o persoal de enfermería pode colaborar no programa facendo unha triaxe previa segundo as primeiras informacións obtidas do paciente. Do mesmo xeito nas áreas sanitarias **poderán desenvolverse sistemas de avisos automatizados nos aplicativos informáticos que permitan facilitar a triaxe.**

6.2. CONSENTIMENTO INFORMADO

Antes da realización da extracción sanguínea, informarse á persoa e solicitaráselle o consentimento informado (poderá ser de forma verbal pero deixarase constancia do mesmo na historia clínica). Para isto, é importante que se lle explique ao/á paciente que se lle vai solicitar a proba, a existencia do programa, as características da enfermidade insistindo nas consecuencias da súa evolución sen tratamento e, sobre todo, a existencia dun tratamento altamente efectivo para conter a enfermidade, evitando a súa progresión a estadios máis avanzados

Programas de cribado oportunista del VIH en Atención Primaria

Aten Primaria. 2018;50(3):159-165



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



ORIGINAL

Diagnóstico precoz del VIH en atención primaria en España. Resultados de una prueba piloto de cribado dirigido basado en condiciones indicadoras, criterios conductuales y de origen



Cristina Agustí^{a,b,c,*}, María Martín-Rabadán^d, José Zarco^e, Cristina Aguado^f, Ricard Carrillo^{g,h}, Roger Codinachsⁱ, Jose Manuel Carmona^j y Jordi Casabona^{a,b,c,k}

Objectives: To estimate the prevalence of HIV infection in patients diagnosed with an indicator condition (IC) for HIV and/or risk behavior for their acquisition and/or coming from high prevalence countries. To determine the acceptability and feasibility of offering HIV testing based on IC and behavioral and origin criteria in Primary Care (PC).

Design: Cross-sectional study in a convenience sample.

Location: Six PC centers in Spain.

Participants: The inclusion criteria were: patients between 16 and 65 years old who presented at least one of the proposed ICs and/or at least one of the proposed behavioral and/or origin criteria. A total of 388 patients participated.

Intervention: HIV serology was offered to all patients who met the inclusion criteria.

Main measurements: Description of IC frequency, behavioral and origin criteria. Prevalence of HIV infection. Level of acceptability and feasibility of the HIV screening based on IC and behavioral and origin criteria.

Results: A total of 174 patients had an IC (44.84%). The most common behavioral criterion was: having unprotected sex at some time in life with people who did not know their HIV status (298; 76.8%). Four HIV+ patients (1.03%) were diagnosed. All had an IC and were men who had sex with men. The level of acceptability in PC was high.

Conclusions: Offering HIV testing to patients with IC and behavioral criteria is feasible and effective in PC.

ORIGINAL

Despistaje de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana en Atención Primaria mediante indicadores de sospecha: estudio DIVAPIS

Screening of infection due to the human immunodeficiency virus in primary healthcare with indicators of suspicion: DIVAPIS study

Antonio Ocampo Hermida¹, Rebeca Longueira Suárez¹, Ángeles Castro Iglesias², Ángel Asorey Carballeira¹, Javier De la Fuente Aguado³

¹Medicina Interna, Hospital Álvaro Cunqueiro (EOXI de Vigo). ²Medicina Interna, Complejo hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC). ³Medicina Interna, Hospital Povisa (Vigo). España

Tabla 4. Estratificación de los resultados según solicitud del test

VARIABLE	PETICIÓN MÉDICO	PETICIÓN PACIENTE	P
Sexo masculino	52,4%	57%	NS
Edad	42,1	36,3	<0,001
Extranjero	6%	10,5%	0,005
Estudios universitarios	24,1%	36,4%	<0,001
Desempleo	30,6%	41,5%	0,005
Resultado test VIH (+)	1,7%	1,8%	NS
Test VIH previo	20,0%	45,2%	<0,001

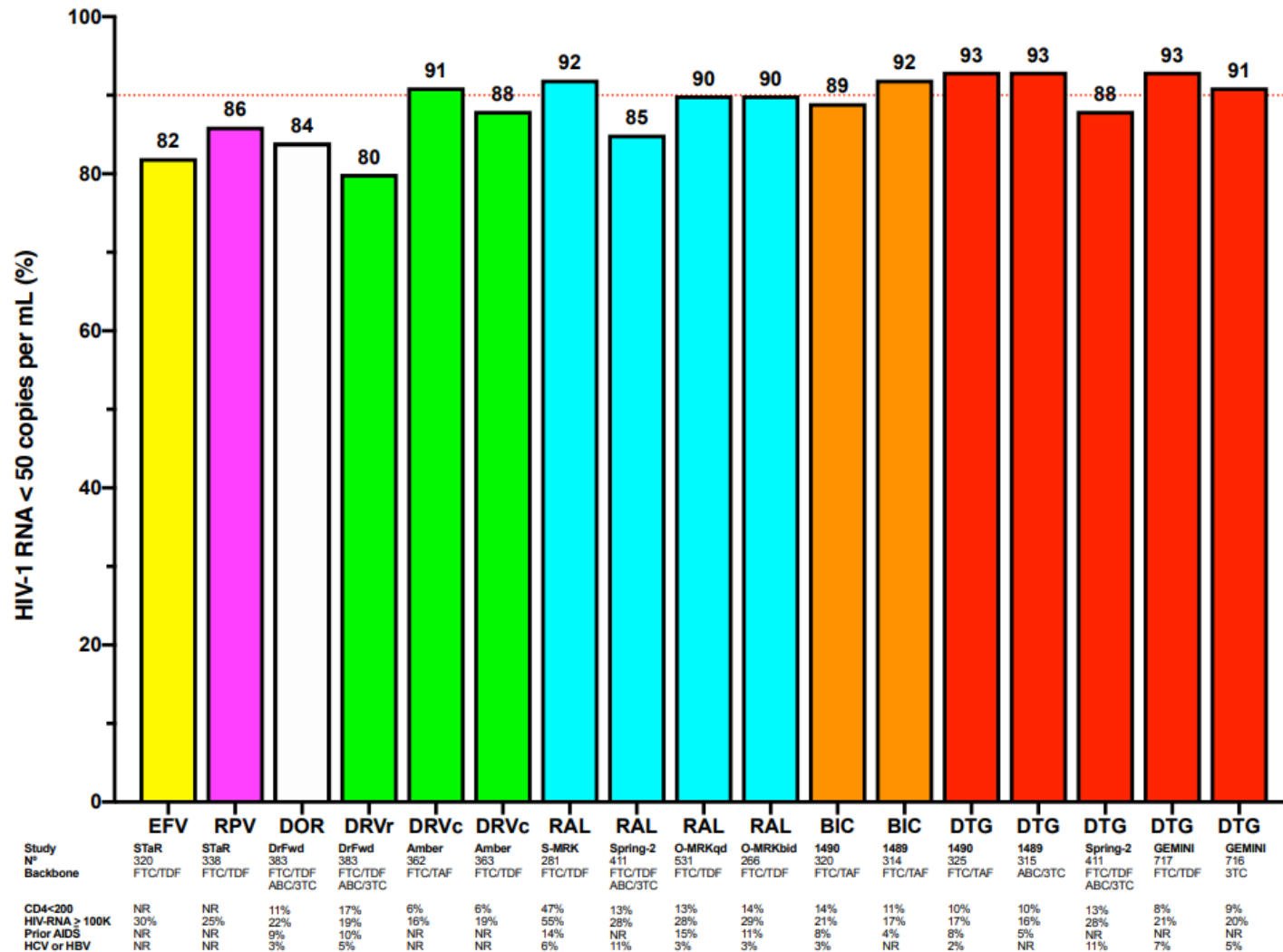
- Coste/efectivo?
- Sobrecarga a AP
- Reticencias de algunos pacientes al solicitar CI

Retos actuales de la infección VIH en la vida real

- Disminuir el retraso en el diagnóstico de los pacientes infectados por el VIH (PVVIH)
- **Redefinir el éxito terapéutico del tratamiento antirretroviral**
- Adecuación del modelo de cuidados sanitarios para el PVVIH
- Desafíos educativos para revertir el estigma y la discriminación del PVVIH

El TAR es la intervención más relevante para el control de la infección VIH

HIV-RNA < 50 copies/mL at 48 weeks. FDA Snapshot



El TAR es la intervención más relevante para el control de la infección VIH

Life expectancy after 2015 of adults with HIV on long-term antiretroviral therapy in Europe and North America: a collaborative analysis of cohort studies



Lancet HIV 2023



Adam Trickey, Caroline A Sabin, Greer Burkholder, Heidi Crane, Antonella d'Arminio Monforte, Matthias Egger, M John Gill, Sophie Grabar, Jodie L Guest, Inma Jarin, Fiona C Lampe, Niels Obel, Juliana M Reyes, Christoph Stephan, Timothy R Sterling, Ramon Teira, Giota Touloumi, Jan-Christian Wasmuth, Ferdinand Wit, Linda Wittkop, Robert Zangerle, Michael J Silverberg, Amy Justice, Jonathan A C Sterne

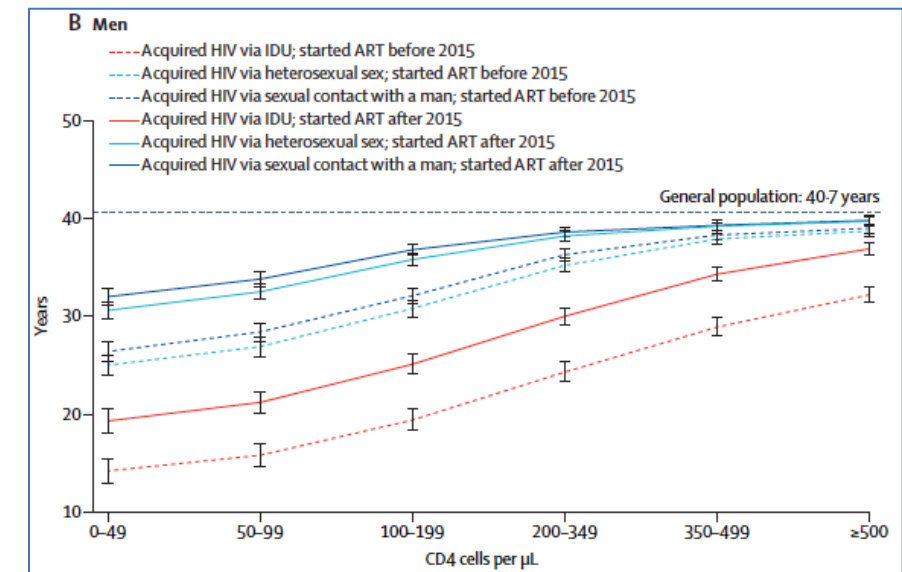
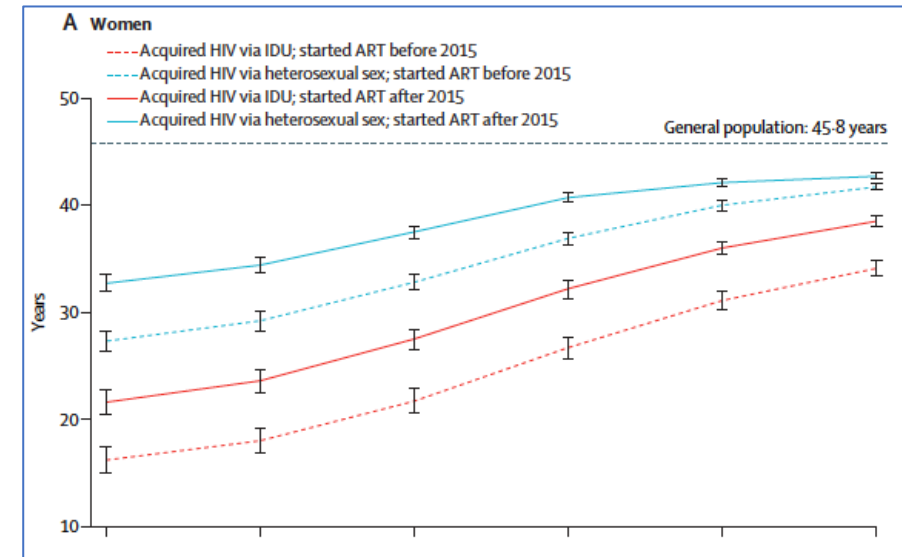
Summary

Background The life expectancy of people with HIV taking antiretroviral therapy (ART) has increased substantially over the past 25 years. Most previous studies of life expectancy were based on data from the first few years after starting ART, when mortality is highest. However, many people with HIV have been successfully treated with ART for many years, and up-to-date prognosis data are needed. We aimed to estimate life expectancy in adults with HIV on ART for at least 1 year in Europe and North America from 2015 onwards.

Methods We used data for people with HIV taking ART from the Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration and the UK Collaborative HIV Cohort Study. Included participants started ART between 1996 and 2014 and had been on ART for at least 1 year by 2015, or started ART between 2015 and 2019 and survived for at least 1 year; all participants were aged at least 16 years at ART initiation. We used Poisson models to estimate the associations between mortality and demographic and clinical characteristics, including CD4 cell count at the start of follow-up. We also estimated the remaining years of life left for people with HIV aged 40 years who were taking ART, and stratified these estimates by variables associated with mortality. These estimates were compared with estimates for years of life remaining in a corresponding multi-country general population.

Findings Among 206 891 people with HIV included, 5780 deaths were recorded since 2015. We estimated that women with HIV at age 40 years had 35·8 years (95% CI 35·2–36·4) of life left if they started ART before 2015, and 39·0 years (38·5–39·5) left if they started ART after 2015. For men with HIV, the corresponding estimates were 34·5 years (33·8–35·2) and 37·0 years (36·5–37·6). Women with CD4 counts of fewer than 49 cells per μL at the start of follow-up had an estimated 19·4 years (18·2–20·5) of life left at age 40 years if they started ART before 2015 and 24·9 years (23·9–25·9) left if they started ART after 2015. The corresponding estimates for men were 18·2 years (17·1–19·4) and 23·7 years (22·7–24·8). Women with CD4 counts of at least 500 cells per μL at the start of follow-up had an estimated 40·2 years (39·7–40·6) of life left at age 40 years if they started ART before 2015 and 42·0 years (41·7–42·3) left if they started ART after 2015. The corresponding estimates for men were 38·0 years (37·5–38·5) and 39·2 years (38·7–39·7).

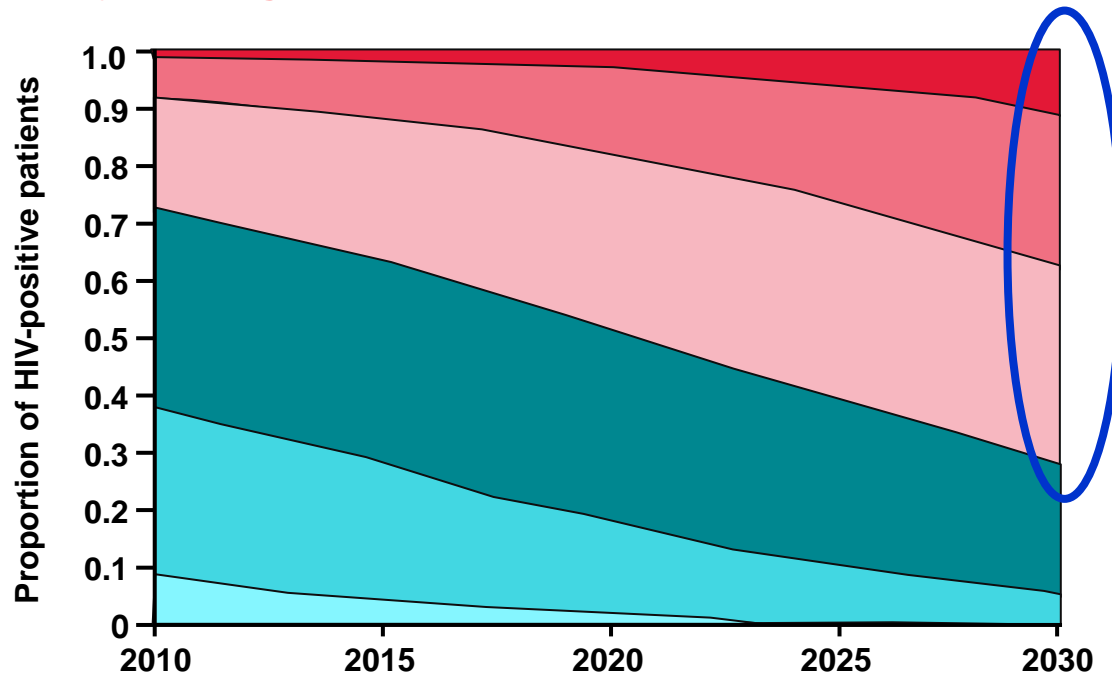
Interpretation For people with HIV on ART and with high CD4 cell counts who survived to 2015 or started ART after 2015, life expectancy was only a few years lower than that in the general population, irrespective of when ART was started. However, for people with low CD4 counts at the start of follow-up, life-expectancy estimates were substantially lower, emphasising the continuing importance of early diagnosis and sustained treatment of HIV.



Tendencia al aumento de la proporción de PVVIH en TAR de edad avanzada

Se ha estimado que la proporción de PVVIH con edad ≥ 50 años aumentará desde el 28% en 2010 hasta el 73% en 2030¹

Projected age distribution of HIV-infected patients*¹



Actualmente:

- 50% > de 50 años
- 39% > de 65 años

■ >70 years ■ 40-50 years
■ 60-70 years ■ 30-40 years
■ 50-60 years ■ <30 years

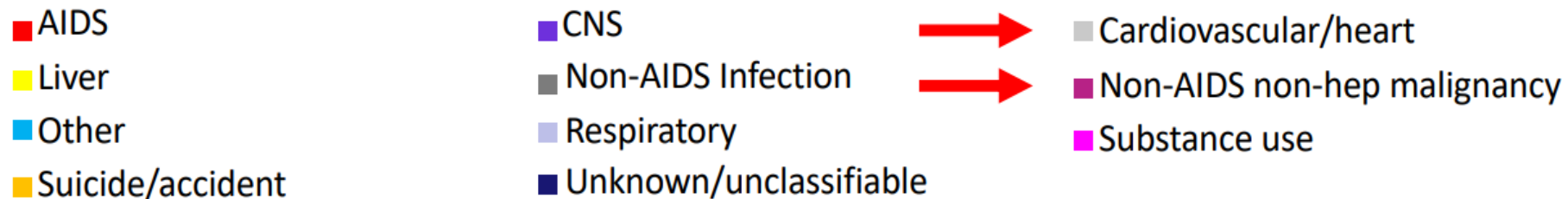
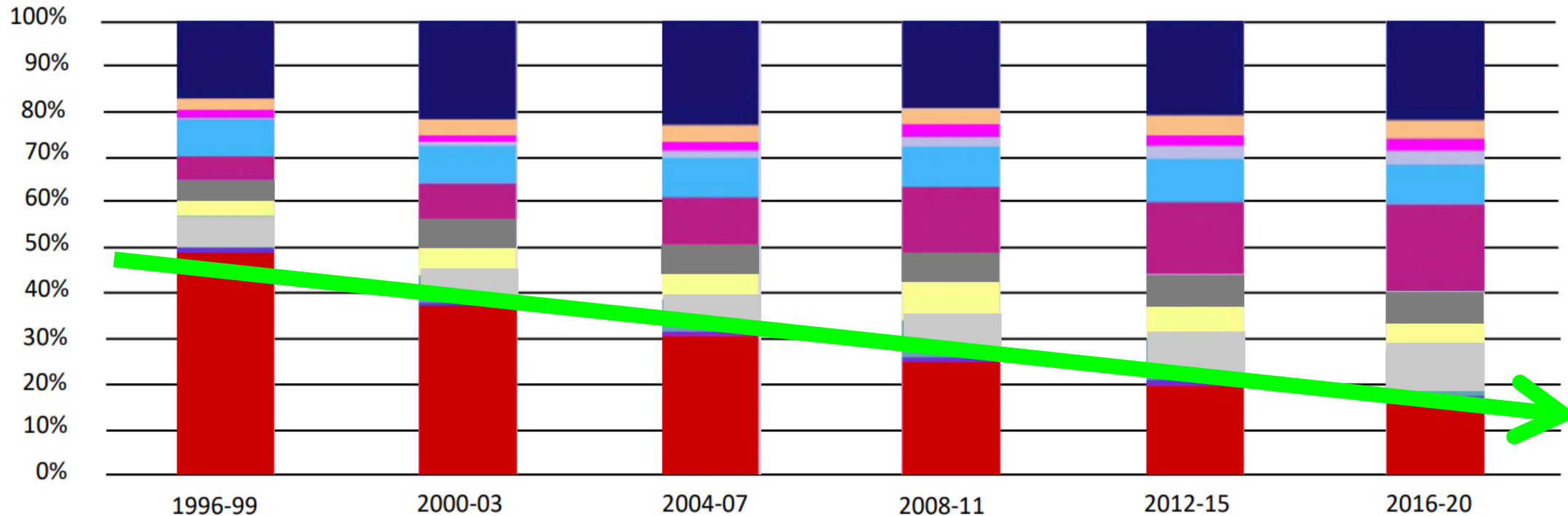
Edad media de PVVIH en TAR del Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra en 2022: 53,2 años (19-87)

*Modelling predictions based on data collected from 10,278 patients from the national Dutch ATHENA cohort between 1996 and 2020 indicated that the trend for an increasing proportion of older HIV-positive patients will continue to rise¹ CVD, cardiovascular disease; T2D, type 2 diabetes

Beneficios del TAR; ART-CC 1996-2020

La tasas de mortalidad relacionadas con SIDA disminuyen, otras comorbilidades aumentan en los períodos:

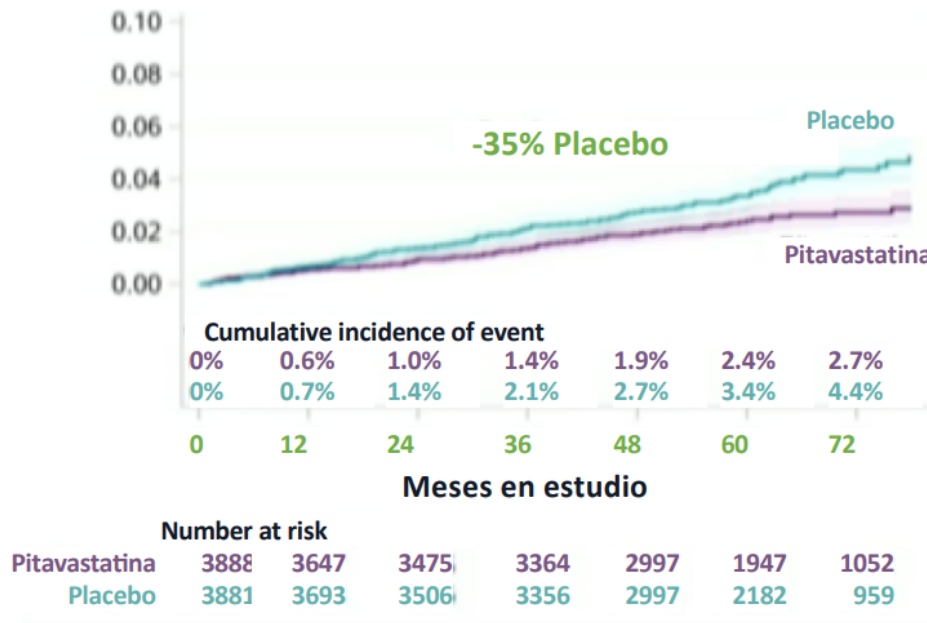
- 1996-1999: 16,8% 95 IC 15.4-18.4) 1000 personas-año
- 2016-2020: 7.9% (95% IC 7.6-8.21) 1000 personas-año



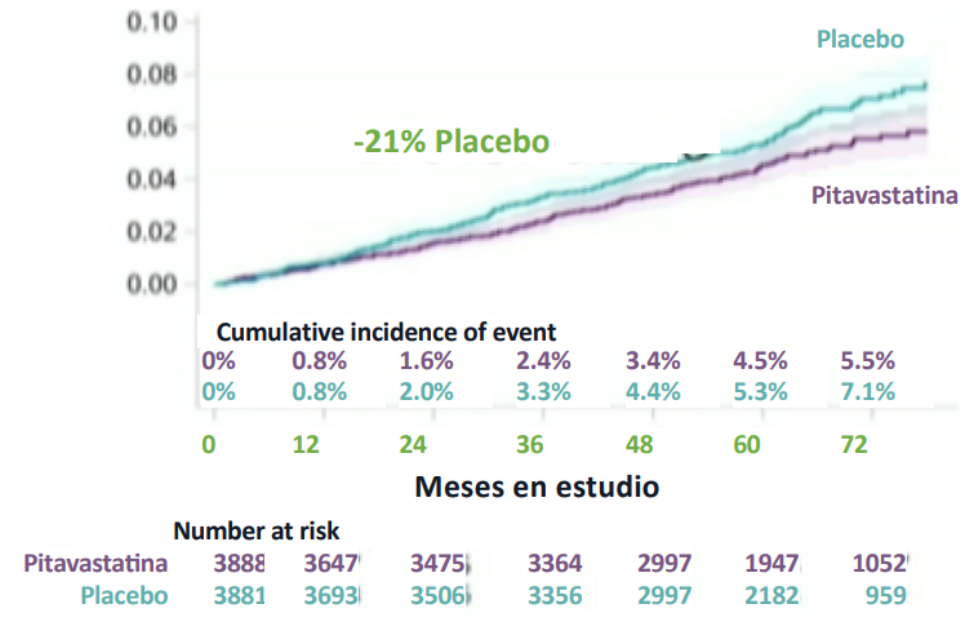
Estudio REPRIEVE: pitavastatina como estrategia para prevenir RCV en PVVIH

- Uso pitavastatina en personas con VIH y riesgo cardiovascular bajo/moderado (**sin indicación de estatinas**) en la **prevención de MACE** – *major adverse cardiovascular events (heart, stroke and cardiovascular death)*.

a) First primary MACE



b) First MACE or death



Reducción en un 35% el riesgo de MACE y en un 21% de MACE o muerte:

- Independiente de sexo (varones y mujeres).
- Independiente de los niveles de LDL basales.
- Mayor efecto en Asia y Sudeste asiático.

Estrategias dirigidas a optimizar el uso de la terapia long-acting actual

- **Selección proactiva de la pauta long-acting actual, menos compleja, segura y de mejor conveniencia para algunos pacientes**
- Identificar a los paciente con mayor riesgo de niveles bajos de RPV/CAB (BMI > 30)
- Monitorización frecuente de la carga viral: al inicio cada 8 semanas (ATLAS 2M y SOLAR, guías BHIVA1)
- Monitorización de la carga viral en todas las visitas perdidas no planificadas y retraso en la dosificación de LA CAB y RPV (DHHS2)
- Reducir el riesgo de mutaciones archivadas en NNRTI o IN:
 - ADN proviral basal en PBMCs??: IAS/USA Guidelines, MSC Español (AEMPS, IPT)
 - Excluyendo sujetos expuestos a NNRTIs: SOLAR

1. BHIVA Guidelines 2022. Available at: <https://www.bhiva.org/HIV-1-treatment-guidelines>

2. DHHS Guidelines, Updated September 21, 2022. Available at: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-arv/whats-new-guidelines>

Desafíos del TAR, más allá del control de la viremia....



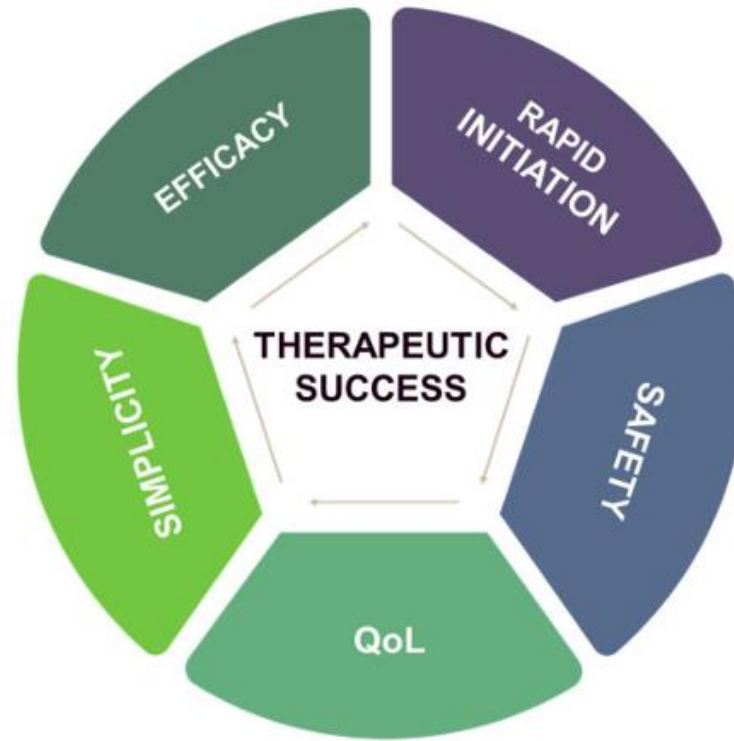
EFFICACY

- ❖ Use initial ART regimens with high rates of optimal viral suppression
- ❖ Choose ART regimens that are effective regardless of CD4 count and/or baseline PVL
- ❖ Prioritise ART regimens that achieve a faster undetectable HIV PVL
- ❖ Prioritise ART regimens less likely to develop blips and/or resistance mutations



SIMPLICITY

- ❖ Consider ART simplicity when assessing therapeutic success
- ❖ Administer simple regimens (STRs)
- ❖ Ensure treatment adherence



QoL

- ❖ Assess HRQoL in PLWH; use PROs when possible
- ❖ Foster actions to improve patient's QoL
- ❖ Include measures to reduce stigma in PLWH

RAPID INITIATION

- ❖ Start ART as soon as possible
- ❖ Incorporate ART into the standard of care
- ❖ Prioritise ART regimens not requiring available test results



SAFETY

- ❖ Consider drug's safety profile when choosing an ART regimen
- ❖ Consider ART-related toxicities including bone, renal and cardiovascular toxicities, weight gain, NAFLD, psychiatric disorders and sexual dysfunction
- ❖ Choose regimens with lower DDI potential



J Antimicrob Chemother 2021; **76**: 2501–2518
doi:10.1093/jac/dkab168 Advance Access publication 2 June 2021

**Journal of
Antimicrobial
Chemotherapy**

Redefining therapeutic success in HIV patients: an expert view

Antonio Antela^{1†}, Antonio Rivero^{2,3†}, Josep M. Llibre^{4†} and Santiago Moreno^{5*†} on behalf of the RET Group‡

Retos actuales de la infección VIH en la vida real

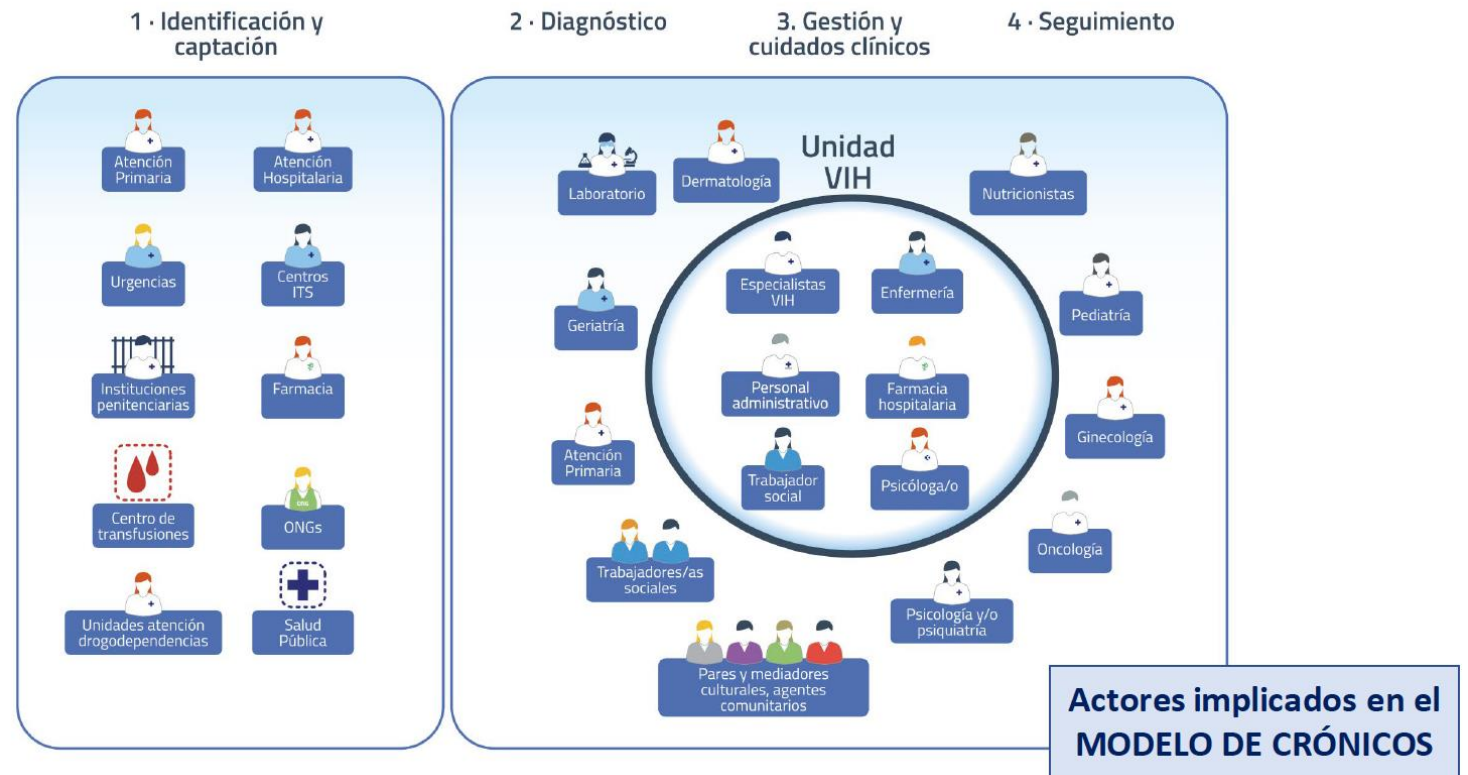
- Disminuir el retraso en el diagnóstico de los pacientes infectados por el VIH (PVVIH)
- Redefinir el éxito terapéutico del tratamiento antirretroviral
- **Adecuación del modelo de cuidados sanitarios para el PVVIH**
- Desafíos educativos para revertir el estigma y la discriminación del PVVIH

Cambios en el modelo asistencial del PVVIH

- De una parte la buena tolerabilidad y escasa toxicidad de los fármacos actuales y la cómoda posología, para una gran parte de nuestros pacientes.
 - El envejecimiento de las PVVIH, inexorablemente asociada a un aumento de la comorbilidad y la polifarmacia
 - **La irrupción de la telemedicina** en el seguimiento de los pacientes estables y bien controlados, con el objetivo de mejorar su calidad de vida (evitando citas innecesarias)
 - **El impacto de la pandemia de Covid-19** que ocasionó en muchos pacientes un seguimiento desordenado e irregular, en claro detrimento de la calidad asistencial.....
- **Han hecho necesario cambiar los modelos tradicionales de manejo de nuestros pacientes por otros más convenientes a la situación actual:**
 - **En muchos casos aumentando la complejidad de la demanda**
 - **En otros, relajando el seguimiento a mas de seis meses (presencial/telemática)**

Optimizar recursos sanitarios, poniendo al paciente en el foco

Reorganización del modelo de atención del PVVIH en base a un abordaje de patología crónica, con el objetivo de reducir la fragmentación de cuidados existente y ofrecer una atención más integrada, interdisciplinaria y proactiva, además de eficiente.



Cambio en el modelo de cuidados

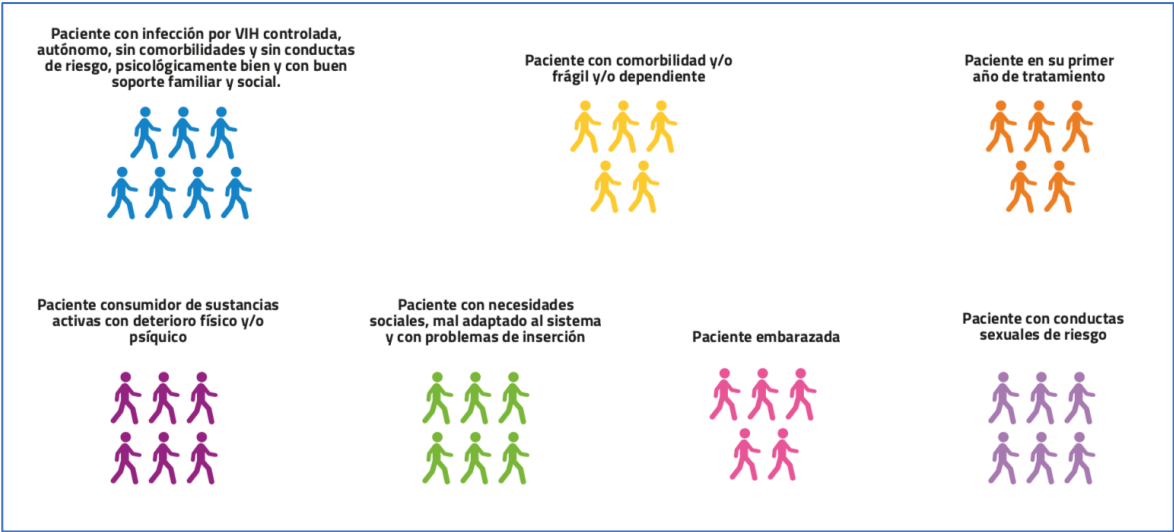
Estratificación

Herramienta que permita la estratificación en base a las necesidades y/o alternativas de cuidados

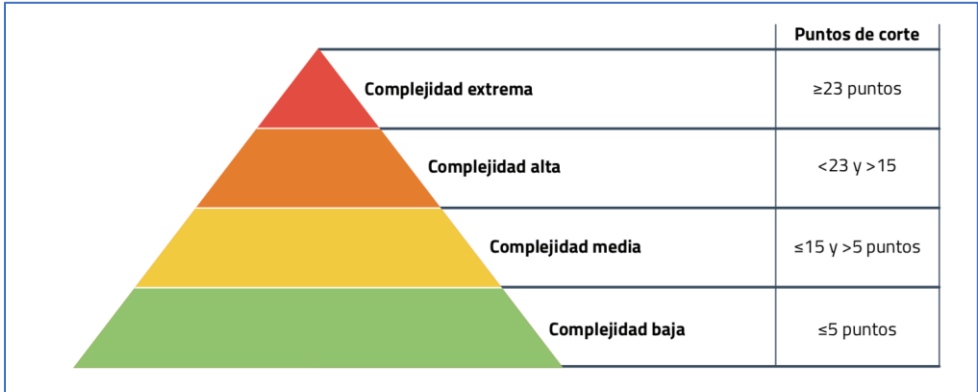
Demográficas	Sociales	Conductuales	Pluripatología
<ul style="list-style-type: none"> Embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> Apoyo o situación social 	<ul style="list-style-type: none"> Consumo activo de sustancias Conductas sexuales de riesgo (múltiples parejas ocasionales, bajo uso preservativo, chemsex, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> Comorbilidades
Situación inmunoviológica	Medicación	Estado psicológico y cognitivo	Estado funcional y fragilidad
<ul style="list-style-type: none"> Carga viral Tiempo desde el diagnóstico Pérdidas de seguimiento 	<ul style="list-style-type: none"> Polifarmacia y/o polimedición Adherencia Interacciones farmacológicas Tiempo en tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> Estado psicológico y emocional (alteraciones psiquiátricas) Deterioro cognitivo 	<ul style="list-style-type: none"> Deterioro funcional y fragilidad

Elaborado por SI-Health

Oferta de cuidados evidenciados que deberían recibir los pacientes incluidos en cada perfil singularizado



Complejidad



Propuesta de cuidados aconsejada en el C.H.U. Pontevedra

Grupo	Estratificación	Seguimiento	Qué hacer
1	Primer año en TAR	<ul style="list-style-type: none"> • Presencial • Control: 1-2 meses del inicio del TAR • 3-4 meses hasta viremia suprimida y CD4 > 200 • Posterior según estratificación 	<ul style="list-style-type: none"> • AGB, Carga viral y CD4+ • Cribado de ITS y virus hepatitis • Profilaxis de IO • Vacunas
2	Baja complejidad	<ul style="list-style-type: none"> • Presencial • 6-8 meses (alternando telemática) 	<ul style="list-style-type: none"> • AGB, Carga viral y CD4 • Serología luética anual
3	Mala adherencia Fracaso virológico Seguimiento irregular	<ul style="list-style-type: none"> • Presencial • Control: 1-2 meses hasta viremia suprimida y después 3-4 meses • Facilitar consulta telemática y de enfermería para supervisar adherencia 	<ul style="list-style-type: none"> • AGV, Carga viral cada 1-3 meses • Cuando viremia suprimida: AGB y carga viral cada 3-4 meses. CD4 cada 6 meses • Reforzar adherencia con enfermera/Farmacia
4	Comorbilidad Fragilidad Dependencia	<ul style="list-style-type: none"> • Presencial • 4-6 meses • Manejo multidisciplinar: AP y especialidades 	<ul style="list-style-type: none"> • AGB, carga viral y CD4 cada 6 meses • Monitorización de FRCV, osteoporosis, cáncer, salud mental... Polifarmacia/interacciones • Cribado de fragilidad
5	Prácticas de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Presencial • 4-6 meses • Manejo multidisciplinar 	<ul style="list-style-type: none"> • AGB, carga viral y CD4+ cada 4-6 meses • Cribado de ITS cada 3-6 meses • Manejo adicional según conductas sexuales de riesgo

Retos actuales de la infección VIH en la vida real

- Disminuir el retraso en el diagnóstico de los pacientes infectados por el VIH (PVVIH)
- Redefinir el éxito terapéutico del tratamiento antirretroviral
- Adecuación del modelo de cuidados sanitarios para el PVVIH
- **Desafíos educativos para revertir el estigma y la discriminación del PVVIH**

Estigma y discriminación del PVVIH

LAS PALABRAS QUE USAMOS SON IMPORTANTES

Sepa cómo hablar sobre el VIH sin estigmatizarlo.

#DetengamosJuntosElVIH



ONUSIDA
UNAIDS

Metas urgentes

para el año 2020	para el año 2030
90-90-90 Tratamiento del VIH	95-95-95 Tratamiento del VIH
500 000 Nuevas infecciones por el VIH o menos	200 000 Nuevas infecciones por el VIH o menos
CERO Discriminación	CERO Discriminación

REFERENCIA ONUSIDA



Estigma y calidad de vida

Stigma	Internalized and perceived stigma	Perceived healthcare stigma concerns	Multiple stigmas are associated with
<ul style="list-style-type: none">• Isolation• Ridicule• Abuse• Denial/delay of services• Loss of opportunities and employment	<ul style="list-style-type: none">• Decreased QoL• Stress• Lower self-esteem• Less engagement in care	<ul style="list-style-type: none">• Poorer psychological and physical functioning• Decreased ability to completed daily activities	<ul style="list-style-type: none">• Poorer QoL

Holzemer WL, et al. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2009;20:161-168; Wingood GM, et al. *Women Health*. 2007;46:99-112.



Internalized HIV Stigma and Mental Health/Substance Use Over Time

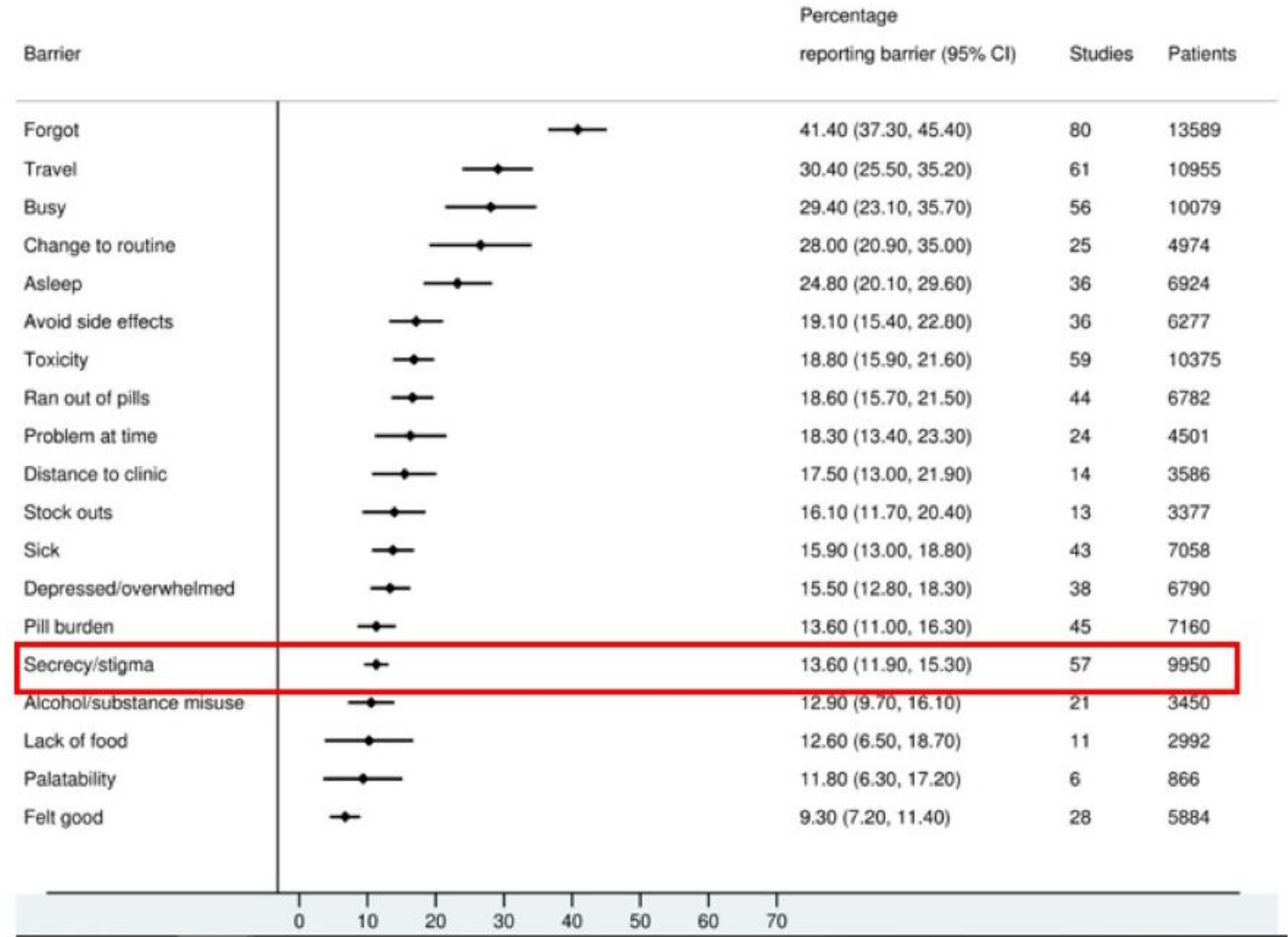
0882

CROI 2023

>30% of PWH reported experiencing internalized HIV stigma (IHS) across repeated measures, which was consistently associated with depression, anxiety and substance use.

Efecto del estigma en la adherencia y en el fracaso virológico

- Meta-analysis of 125 studies
- Included:
 - 17,061 adults
 - 1099 children
 - 856 adolescents
- 13.6% of adults across studies listed stigma as a barrier to ART adherence
- Higher risk of virological failure with worse adherence



Estigma y discriminación del PVVIH



HIV in Italian hospitals between knowledge and stigma

eP.C3.032

Mario Cascio¹, Luisa Broganzoli², Elisa Sala², Rosaria Iardino², Antonella d'Arminio Monforte³ - ¹ European AIDS Treatment Group (EATG), ² Fondazione The Bridge (Milano), ³ University of Milan (Milano), Fondazione Icona (Milano)

PURPOSE

People living with HIV nowadays live longer, but they have a greater risk of experiencing comorbidities, with an increasing need of accessing additional healthcare services. Moreover, HIV-related **stigma** still impacts their quality of life, and their possibility to **access healthcare services**.

For these reasons, HIV Outcomes Italy has decided to investigate the knowledge on HIV and the level of stigma in hospitals, to understand gaps in knowledge and the prejudices towards PLWH, with the aim of informing future educational actions.

METHODS

The research was conducted using a self-compiled **survey** including 29 questions (4 areas: knowledge, stigma, actions, and personal data). The survey' link was sent out to general or medical directors of selected hospitals across the Italian territory, asking them to disseminate it to all personnel (excluding infectious diseases departments). The final number was of 915 respondents.

Three indicators were then created by aggregating the respondents' answers on various questions regarding knowledge, enacted stigma and stigma perceived in the hospital setting, in order to allow an easier comparison of the two themes.

Table 1 Segmentation for the indicators	
1. Index in relation to enacted stigma:	
5-8	very high stigma
9-12	high stigma
13-16	low stigma
17-21	very low stigma
2. Index in relation to stigma perceived in the hospital setting:	
8-10	very high perceived stigma
11-13	high perceived stigma
14-16	low perceived stigma
17-19	very low perceived stigma
3. Index in relation to knowledge:	
8-9-10	very low knowledge
6-7	low knowledge
5	high knowledge
4	very high knowledge

RESULTS

Knowledge

The results show that the knowledge on HIV among hospital workers is **not adequate**, with a high percentage of the respondents across all categories of workers still presenting a very low or low level of knowledge. Obstetricians seem the category with the highest level of knowledge.

Stigma

As for what regards stigma, it emerged that the higher the level of stigma enacted, i.e. operated with respect to PLWH, the lower the stigma that these workers perceived in the hospital setting. In the same way, enacted stigma is high for certain professions that also display the lowest level of knowledge on HIV, i.e. LPNs.

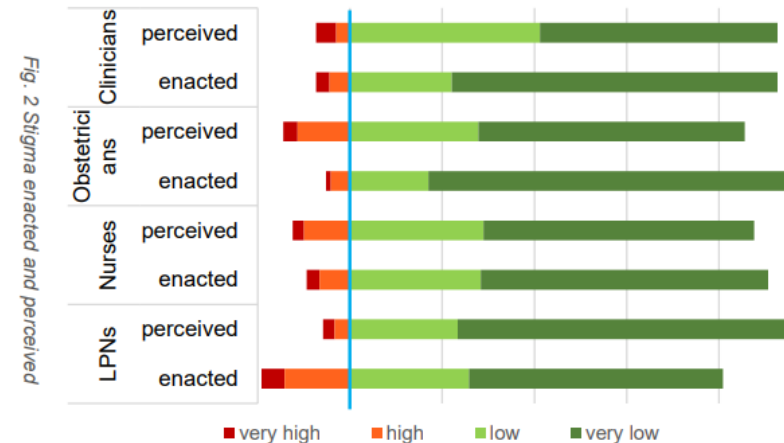
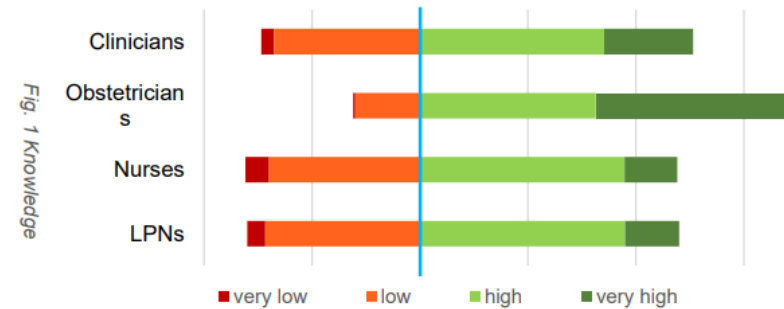
A correlation is clear between knowledge and stigma, even though it is not possible to understand its consequentiality.

Training

Finally, as for what regards educational initiatives on STIs in the hospitals, half of the respondents does not know of any, and 18,7% says there aren't any. This highlights the lack of diffuse action on HIV and STIs in general.

CONCLUSION

The gaps in knowledge and the ongoing stigma underline the need for, and the lack of, training on HIV. The implementation of educational training initiatives could help to increase the knowledge on the topic, with the aim of decreasing, and hopefully eliminating, HIV-related stigma within the healthcare system.





SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE

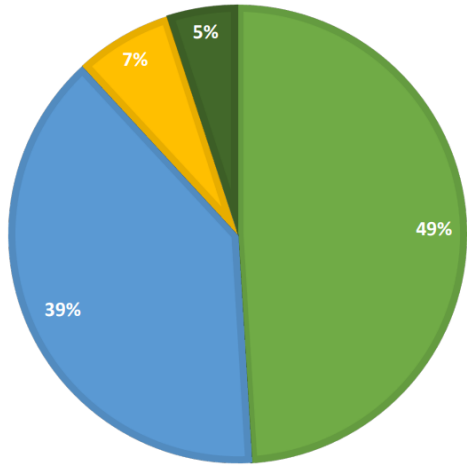
**Área Sanitaria de Pontevedra
e O Salnés**

- Contacto continuo personas con VIH
- Vías:
 - Miedo a contraer la infección
 - Falta de información y conocimientos
 - Actitudes y comportamientos potencialmente estigmatizantes hacia los pacientes
 - Atribuir la infección del VIH con conductas consideradas erróneamente inmorales.

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y atribuciones de responsabilidad del personal sanitario de nuestro hospital hacia las personas con VIH?

PERFIL PROFESIONAL SANITARIO

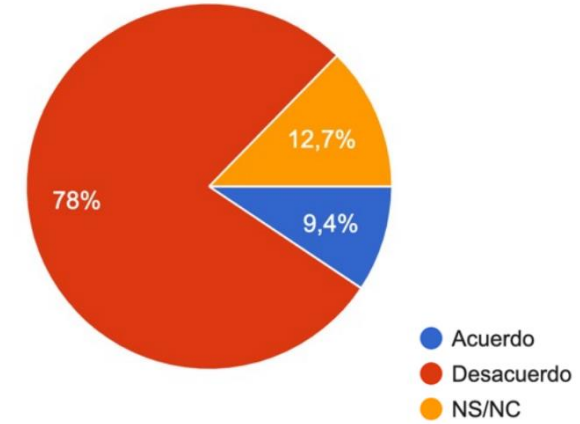
■ Médicos ■ Enfermeros ■ Auxiliares enfermería ■ Otros



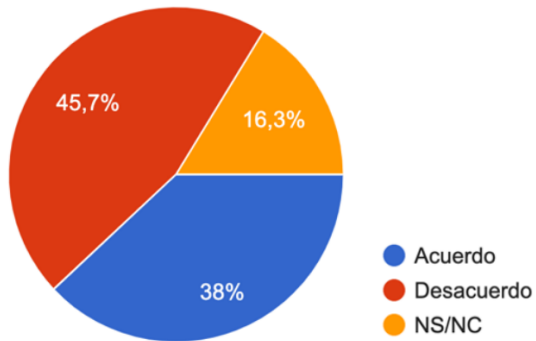
Especialidades:

- Atención Primaria (16%)
- Medicina interna (6,6%)

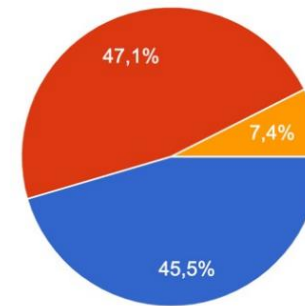
Una persona puede contagiarse de VIH a través de una picadura de mosquito



Los pacientes con VIH que presentan una carga viral indetectable en sangre no transmiten la infección aunque tengan relaciones sexuales sin



● Acuerdo
● Desacuerdo
● NS/NC



Cree que existen medicamentos eficaces para prevenir el VIH

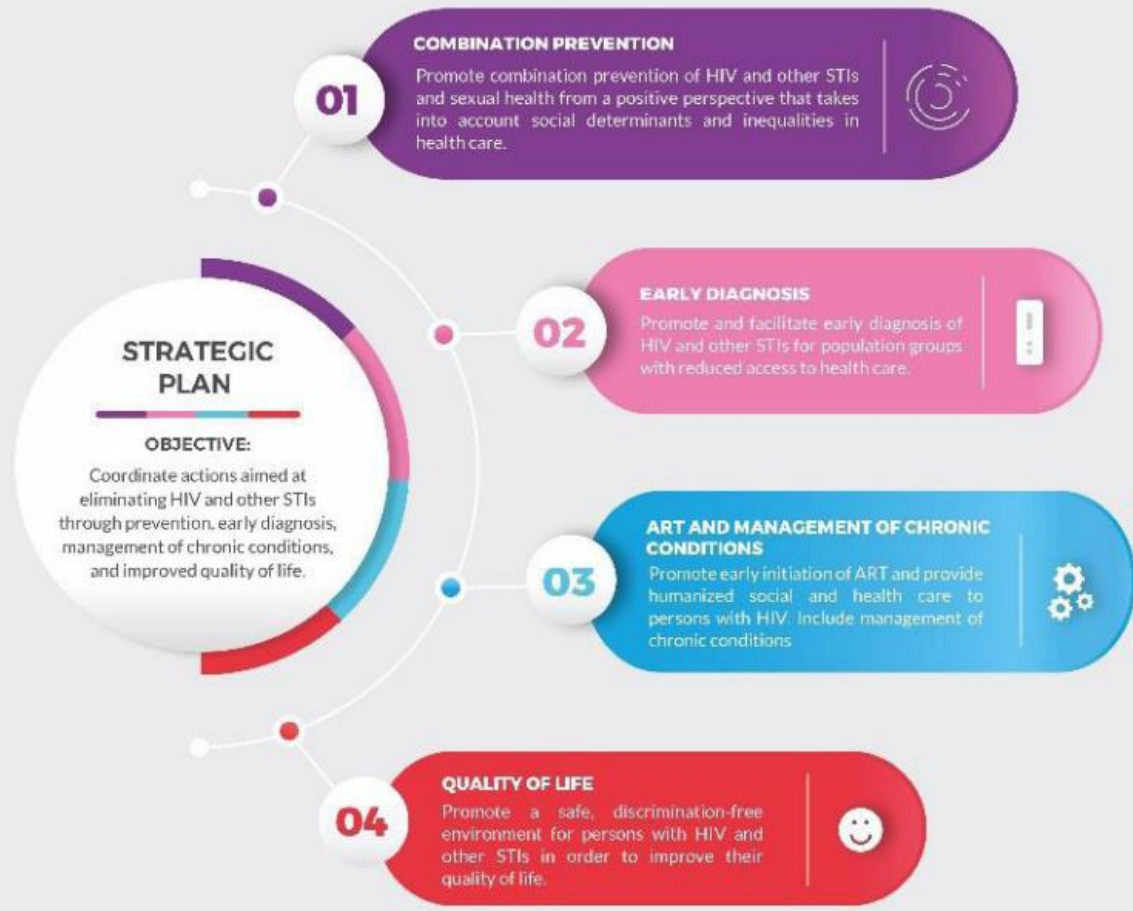
Desafíos actuales para luchar contra el estigma y la discriminación del PVVIH

La salud mental y el estigma en personas con VIH invisibilizadas: niños, mujeres CIS, personas trans y la exclusión en ensayos clínicos de fármacos no antirretrovirales, protagonistas de las XXVII jornadas de ONGs, mayo 2023

- Necesidad de dedicar recursos específicos a la salud mental de las PVVIH
- Abordaje integral de la salud sexual y reproductiva de las mujeres CIS con VIH
 - Acompañamiento especializado en todas las etapas de su vida.
- Luchar contra invisibilización y vulnerabilidad de las personas TRANS
- Implicarse en las necesidades del paciente pediátrico, que crece sabiendo su seropositividad
- Facilitar que las PVVIH puedan ser incluidas en los ensayos clínicos de terapias con fármacos no antirretrovirales.....

Retos actuales de la infección VIH en la vida real: conclusiones

- **Impulsar medidas de alta efectividad y consenso para reducir la incidencia y el infradiagnóstico**
- **Facilitar la atención sanitaria inmediata, innovadora e integral de la persona que vive con VIH:** continuidad, multidisciplinaridad, abordaje de las comorbilidades, equidad en acceso e innovación
- **Promover la normalización social de la persona infectada por VIH en todos los ámbitos:** laboral, económico, de acceso a recursos públicos
- **Compromiso de las administraciones públicas en inversión y desarrollo de planes estratégicos**



ELEMENTS THAT ARE COMMON TO ALL 4 AXES

- Coordination with international bodies
- Coordination with Autonomous Communities and NGOs
- Improvement and promotion of systems for surveillance of HIV and other STIs
- Guaranteeing universal access to health care
- Promoting training and research
- Promoting Innovation in health care provided to persons with HIV and other STIs, equity in health care, accessibility, and equal treatment.

- COMBINATION PREVENTION**
 - Promotion of sexual health and condom use.
 - Implementation of PrEP and extended use of PrEP information system.
 - Promotion of postexposure prophylaxis.
- EARLY DIAGNOSIS**
 - Reduce late diagnosis and the undiagnosed fraction.
 - Promote innovation in diagnosis via health care technology.
 - Improve early diagnosis in various population groups.
- ART AND MANAGEMENT OF CHRONIC CONDITIONS**
 - Promote integrated health care for persons with HIV and other STIs.
 - Guarantee early ART for all persons with HIV infection.
 - Promote innovation in health care for persons with HIV and other STIs, health equity, accessibility, and equal treatment.
 - Foster early diagnosis and treatment of comorbid conditions and geriatric syndromes.
- QUALITY OF LIFE**
 - Monitor and include measurement of quality of life in daily clinical practice.
 - Promote psychosocial and sexual health in persons with HIV infection.
 - Eliminate legal and social barriers and reduce the stigma attached to persons with HIV infection.



PLAN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN POR EL VIH Y LAS ITS 2021-2030 en España

División de Control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis (DCVIHT)
Ministerio de Sanidad

Diciembre de 2021

Miñones reafirma el compromiso del Gobierno de España en la lucha contra el estigma asociado al VIH/Sida

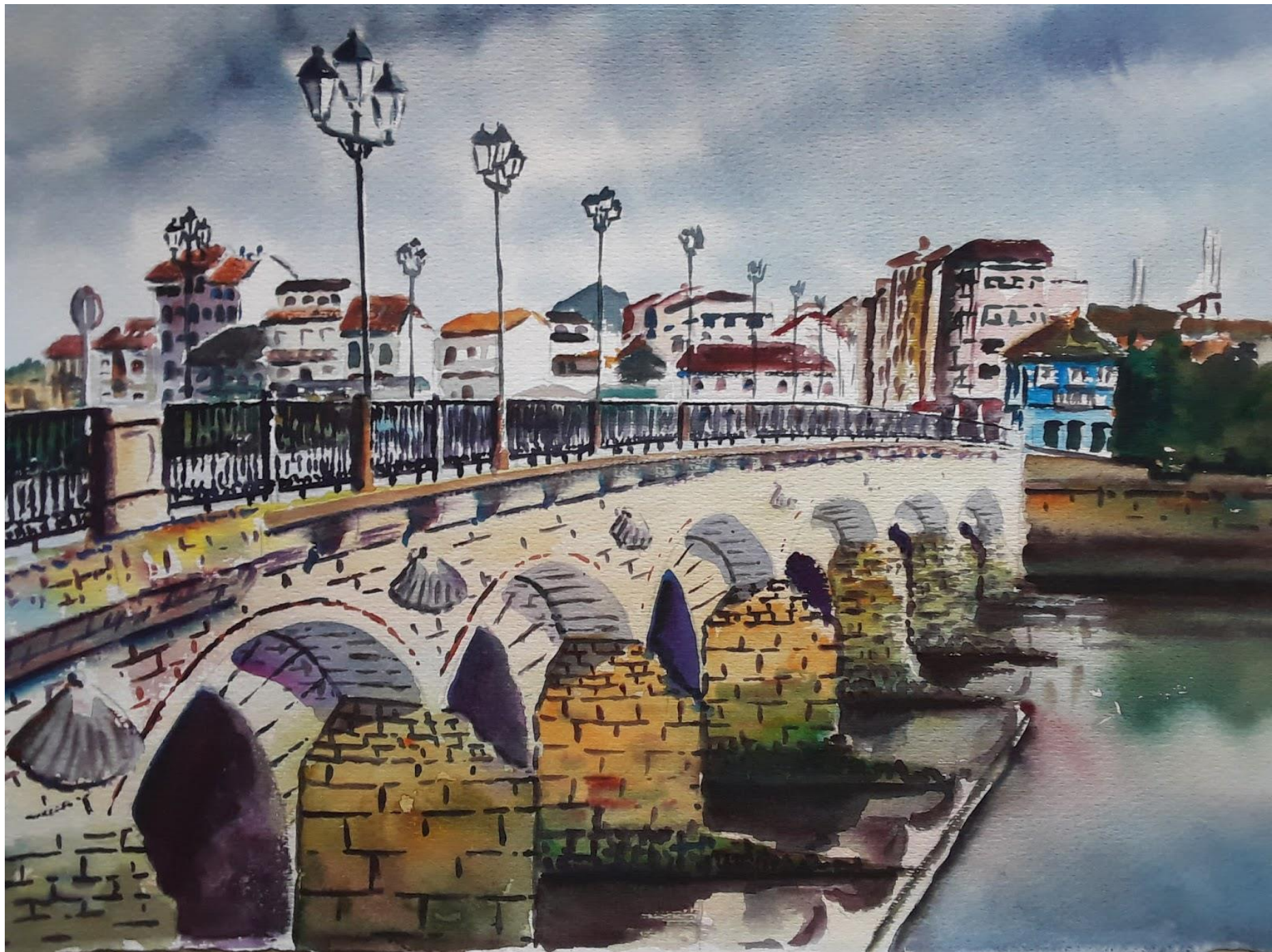
Salud - 20.10.2023

El ministro de Sanidad en funciones, José Miñones, ha reafirmado el compromiso del Gobierno de España con la lucha frente al estigma que, aún hoy en día, siguen padeciendo las personas con VIH/Sida.

Así lo ha subrayado durante su participación, vía telemática, en el XXX Congreso de la Sociedad Clínica Europea de Sida (EACS) que se celebra esta semana en Varsovia (Polonia) bajo el tema "¿Es hora de repetir la visita?".

Miñones ha reiterado la adhesión del Gobierno de España a los objetivos del Programa ONUSIDA para acabar con el sida como problema de salud pública en el horizonte temporal de 2030, así como para alcanzar la meta de la "cero discriminación asociada", una de las prioridades políticas de la Presidencia española del Consejo de la Unión Europea.

El ministro de Sanidad en funciones, José Miñones, durante su intervención.



Gracias