

REVIHSTA

#7

DOSSIER
ESPECIAL



Los retos invisibles del VIH

Una mirada global El Objetivo 2030, en peligro | Tres pasos para una nueva estrategia global | Nueva guía de la OMS sobre ITS | AIDS 2022 | Fast-Track Cities **Cuestiones actuales** La Viruela del Mono y el aumento de las ITS | Tras la huella oculta del VIH en Urgencias | Adherencia | La eliminación, más allá de la cura | Influencers **Dossier** VIH e insomnio | Cuestionarios PRO **Reportaje** Pares **Compromiso Gilead** Gilead contra el VIH | Becas | Hibic'2022 **Entrevistas** José Ramón Arribas | Josep M^a Llibre | Víctor Asensi



I. MIRA MADRID

Las imágenes que ilustran la portada y las cuatro portadillas internas de este número 7 de Revihsta, dedicado a los retos psicológicos de las personas que viven con VIH, formaron parte de la exposición 'Dimensión orgánica y pulsional' que la galería 1 Mira Madrid organizó con cuadernos de dibujo, anotaciones y bocetos de **Pepe Espaliú** entre el 5 de febrero y 26 de marzo de 2022. Casi treinta años después de la muerte del artista, era la primera vez que esta obra se mostraba al público. Espaliú (Córdoba, 1955-Madrid, 1993), murió de sida a los 38 años. Destacado representante de la segunda generación plástica española de los ochenta de siglo pasado, su obra combina las dimensiones orgánica y pulsional, es decir, la física y la mental y psicológica, según escribe el crítico **Juan Vicente Aliaga**. Aprendió ambas con las herramientas que le facilitó el psicoanálisis. Pudo así conceptualizar y suturar la herida simbólica que marcó su subjetividad desde la infancia. Dice también Aliaga: "Frente a un mundo como el actual que aspira a la máxima (y totalitaria) transparencia y a la revelación de la intimidad (...), Espaliú buscaba en el uso de la máscara un salvavidas en un contexto hostil y violento". Algo mucho más profundo que el simple ocultamiento de su identidad homosexual y que se relaciona con la conciencia de que el ser humano vive en la vulnerabilidad permanente, al borde del precipicio, y que esta fragilidad se traduce somática y psíquicamente.

A UNA MIRADA GLOBAL —8

—El objetivo 2030, en peligro

Informe Onusida	.10
Estrategia mundial	.18
Guía OMS sobre ITS	.22
AIDS 2022	.24
Fast-Track Cities Sevilla	.28
Entrevista José Ramón Arribas	.30

B CUESTIONES ACTUALES —34

—Aumento de las ITS

Viruela del simio y aumento ITS	.36
Entrevista Josep M ^a Llibre	.40
—Nuevos diagnósticos	
Programa 'Deja tu huella'	.44
—Adherencia	
Impacto económico del TAR	.46

—VIH y covid-19

VIH+covid-19= Atención especial	.48
—El futuro del VIH: la eliminación	
Más allá de la cura definitiva	.50
Entrevista Víctor Asensi	.52
Redes e influencers	.56

C DOSSIER: RETOS PARA LA CALIDAD DE VIDA —62

—Introducción	
Calidad de vida psicológica	.64
—Trastornos	
Insomnio	.67
Estudios Gooden y Campbell	.70
—Métodos	
Cuestionarios PRO	.72

APP Prepara tu consulta	.74
Enfermería=cercanía	.75
Paciente y médico, socios	.76
Medición de experiencia del paciente	.78
—Reportaje	
PARES: el salvavidas emocional	.80

D COMPROMISO GILEAD HIBIC 2022 —84

Gilead contra el VIH	.85
Becas SLTC	.87
Becas PRO	.89
—Modelo de simulación	
Medidas para cumplir el objetivo 2030	.90
—HIBIC 2022	
Séptima edición	.91

Amigo lector,

Nos volvemos a encontrar en esta nueva edición de Revihsta, la publicación de Gilead para aquellos que dedicamos nuestro día a día al VIH y queremos seguir aprendiendo y compartiendo las últimas novedades y las mejores prácticas que nos permitan avanzar en la atención a las personas que viven con VIH.

La historia del VIH es una historia de éxito. En pocas enfermedades se ha evolucionado tanto en tan poco tiempo. Sin embargo, todos los avances conseguidos no deben hacernos olvidar los retos que aún tenemos por delante para doblegar esta pandemia, que se ha cobrado más de 40 millones de muertos en todo el mundo en las últimas cuatro décadas.

Quizá, uno de los retos más importantes al que debemos prestar más atención son las comorbilidades neuropsiquiátricas. Se estima que una de cada dos personas con VIH presenta trastornos neuropsiquiátricos como son el insomnio, la depresión y la ansiedad, y que estos tienen un enorme impacto en su calidad de vida. A pesar de esta elevadísima prevalencia, hay estudios publicados que confirman que estos trastornos están infradiagnosticados.

Una de las posibles causas de este bajo diagnóstico es que los pacientes tienden a aceptar esta situación y vivir con ella sin informar a su médico, lo que claramente dificulta su abordaje. También conviene recordar los datos presentados el año pasado en el Congreso Anual de Gesida, que ponían el foco en las importantes diferencias entre las percepciones de los médicos y las de los pacientes. En este sentido, parece más necesario que nunca potenciar una comunicación efectiva médico-paciente, que permita identificar estos problemas y ponerles solución.

Existen herramientas, como cuestionarios validados o los famosos PRO, que pueden resultar de gran ayuda para facilitar la comunicación médico-paciente si se incorporan a la práctica clínica de manera adecuada. Con el objetivo de impulsar el uso de estas herramientas y contribuir así a un mejor diagnóstico de los trastornos neuropsiquiátricos en los pacientes con VIH, desde Gilead hemos puesto en marcha la primera edición de las *Becas Gilead para el desarrollo de estrategias que aumenten la difusión e implementación de los PROs en la práctica clínica*.

En este proceso me gustaría destacar a dos colectivos que, junto con los médicos, desempeñan un papel fundamental para los pacientes y pueden resultar de gran ayuda en la mejora de la comunicación médico-paciente: la enfermería y los Pares. Los profesionales de enfermería ponen la cara más humana a la atención al paciente con VIH, realizando una labor de acompañamiento, educando al paciente y a su entorno.

Además, contribuyen a mejorar la adherencia al tratamiento y al bienestar psicológico. Por su parte, los Pares ofrecen ese apoyo necesario para que el paciente navegue por el sistema y haga frente a sus inquietudes y dudas de la mano de personas que ya han pasado por esa situación y cuyos consejos pueden marcar la diferencia para afrontar la enfermedad.

En Gilead trabajamos con todas las partes implicadas. Y lo hacemos impulsados por nuestro absoluto compromiso con las personas con VIH y con el objetivo de ofrecerles todas las herramientas disponibles para avanzar en su cuidado y mejorar su calidad de vida.

Espero que los contenidos de este nuevo número sean de tu interés. Te animo a que compartas con nosotros tu opinión que, sin duda, será de gran ayuda para seguir mejorando esta Revihsta.

Un fuerte abrazo,



María Río
Vicepresidenta y directora general de Gilead España



LA VIRUELA DEL SIMIO: SEGUIMOS TROPEZANDO EN LA MISMA PIEDRA

Va no me resulta sorprendente volver a escribir otra vez sobre una epidemia. Este es el séptimo editorial que escribo para Revihsta, una publicación dedicada a la pandemia del VIH, la peor del siglo XX, que en el siglo XXI aún afecta a más de 38 millones de personas en el mundo y que desde su inicio ha infectado a más de 84 millones, de los que 40 han fallecido.

El primer número de Revihsta fue publicado en noviembre de 2017. En este corto plazo de tiempo ya dediqué el editorial del quinto número, en 2020, a la pandemia de covid-19, que desde finales de 2019 ha producido más de 600 millones de casos y más de seis millones de muertes, aunque hay acuerdo sobre que estos números son una infraestimación y que las cifras reales podrían ser mucho mayores. Ahora, nos enfrentamos a la viruela del simio declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) “emergencia sanitaria mundial” desde el 23 de julio de este año. Los primeros casos en países no endémicos fueron descritos en Reino Unido en mayo y hasta el momento estimamos que se han producido más de 70.000 casos en 102 países que históricamente nunca habían comunicado casos de transmisión local. **Esta es la primera vez en la historia en que casos y cadenas de transmisión se han producido en países sin conexión epidemiológica directa o inmediata con áreas de África Central u Occidental. Afortunadamente, la mortalidad hasta el momento ha sido muy baja, con sólo quince muertes comunicadas en estos países sin historia previa de viruela del simio. Sin embargo, esta baja mortalidad no significa que la viruela del simio sea una enfermedad banal:** puede tener consecuencias graves sobre el globo ocular, infecciones cutáneas y lesiones ano-genitales muy dolorosas.

Con la excepción de los países de África Central u Occidental, la epidemia actual continúa afectando primariamente a hombres que tienen sexo con hombres, sin que existan datos de cadenas de transmisión fuera de este grupo de personas. En el momento de escribir este texto, la epidemia va remitiendo. Según el informe epidemiológico del 10 de octubre de 2022, en España se han notificado un total de 7.239 casos, 7.087 en varones. En los últimos registros hay un claro descenso en el número de casos nuevos.

La viruela del simio es un claro ejemplo de nuestras carencias a nivel global para enfrentarnos a epidemias causadas por virus

emergentes o re-emergentes. El VIH y el SARS-CoV-2 son virus emergentes porque nunca en la historia habían afectado a seres humanos: son virus humanos *nuevos*. El *orthopoxvirus* de la viruela del simio, en cambio, es un viejo conocido en África central y occidental desde 1970, cuando se diagnosticó en un niño de nueve meses no vacunado para la viruela en la República Democrática del Congo. Desde entonces, se han detectado centenares de casos en estas regiones africanas. Solo en 2003 ocurrió un brote epidémico fuera de África, en Estados Unidos, que afectó a 73 personas, todas ellas relacionadas con roedores de Ghana importados como mascotas. Cuando un virus ya conocido en una zona geográfica produce casos de enfermedad en áreas geográficas diferentes, lo denominamos *re-emergente*. Otro ejemplo de virus *re-emergente* en España es el virus de Crimea-Congo, que hasta 2016 no había producido casos autóctonos diagnosticados.

La epidemia actual de viruela del simio tiene, por sus características epidemiológicas, grandes similitudes con los primeros casos de VIH/Sida. La inmensa mayoría de los casos ocurren en hombres que tienen sexo con hombres. El patrón de distribución de las lesiones cutáneas con afectación preferencial de la orofaringe y del área genital sugiere el importante papel que juega la transmisión sexual, aunque hay que insistir en que se pueden producir casos fuera de este grupo de personas.

Si comparamos VIH, covid-19 y viruela del simio, encontraremos similitudes y diferencias. Como he mencionado, tanto VIH como covid-19 son virus emergentes, desconocidos para el ser humano cuando empezaron a producirse casos. Tardamos dos años en identificar al VIH como causante del sida y menos de un mes identificar SARS-CoV-2 como el causante de covid-19. Unas diferencias temporales que resaltan el avance de nuestra capacidad para identificar virus emergentes.

Para ninguno de los dos virus teníamos tratamientos eficaces ni pruebas diagnósticas cuando se descubrieron. Fueron necesarios quince años para descubrir una terapia antirretroviral eficaz frente al VIH y menos de un año para identificar un antiviral eficaz frente a covid-19. Después de 41 años, seguimos desgraciadamente sin disponer de una vacuna frente al VIH; sin embargo, solo tardamos un año en disponer de vacunas muy eficaces para prevenir la enfermedad grave por covid-19. Para la viruela del simio, *es posible* que dispongamos de un tratamiento eficaz, el tecovirimat, y *es posible* que la vacuna de la viruela sea eficaz para su prevención.

Respecto a las vacunas y al tratamiento de la viruela del simio, lo primero que hay que resaltar es que la investigación sobre estas contramedidas ha ido a un ritmo muy lento mientras esta enfermedad solo afectaba a países africanos. Solo cuando los países desarrollados fuera de África se han visto afectados hemos pisado el acelerador de la investigación. Tenemos que aprender que, en un mundo globalizado, la mejor manera de combatir estas infecciones, generalmente causadas por virus RNA y que tienen potencial pandémico, es invertir en investigación cuando aún están confinadas en regiones geográficas limitadas. Es entonces cuando hay que intentar desarrollar vacunas y tratamientos eficaces. Esta preparación nos permitirá responder adecuadamente si la enfermedad acaba extendiéndose a nivel global.

El ejemplo de tecovirimat es muy expresivo. Fue aprobado en Estados Unidos para el tratamiento de la viruela bajo la conocida *regla animal*. Esta regla permite la aprobación de fármacos para enfermedades muy graves, con alta mortalidad, cuando no es ético llevar a cabo ensayos clínicos de eficacia en humanos ni hacer estudios de vida real que permitan conocer la efectividad del fármaco. Bajo la regla animal, la eficacia se establece en modelos animales que son un buen reflejo de la enfermedad humana. La seguridad del fármaco se estudia en voluntarios sanos. La viruela es una enfermedad grave de alta letalidad que, aunque erradicada, podría volver debido a la amenaza del bioterrorismo. Por lo tanto, es necesario disponer de un tratamiento eficaz. Tecovirimat fue aprobado después de demostrar su eficacia en estudios con primates infectados con viruela del simio, no con el virus variola, causante de la viruela. Para estos modelos, fue preferible utilizar el virus de la viruela del simio porque el virus variola es poco patogénico en primates y, además, se necesita realizar estos experimentos en laboratorios de muy alta bioseguridad (P4). Tecovirimat demostró una alta eficacia en primates infectados con viruela del simio. La seguridad del fármaco fue demostrada en estudios con voluntarios sanos. En Europa, el fármaco fue aprobado por la Comisión Europea, en 2022¹.

¿Es eficaz tecovirimat para el tratamiento de la viruela del simio en humanos? Es posible, pero no lo sabemos con certeza porque hemos perdido una gran oportunidad para confirmarlo. **A pesar de que, como he mencionado, la viruela del simio es una enfermedad endémica en ciertas regiones de África, aún no se ha completado ningún ensayo clínico de tecovirimat en estas regiones. Solo cuando la enfermedad ha empezado a producir casos fuera de África, se han puesto en marcha ensayos clínicos en Estados Unidos, Reino Unido y Europa para evaluar su eficacia. Lástima del tiempo perdido.** Resulta verosímil que, dada la evolución tan favorable de la epidemia durante estas últimas



semanas, ninguno de estos ensayos clínicos pueda alcanzar el tamaño muestral previsto.

Otra epidemia. Otra vez tropezamos en la misma piedra. Existen otros virus con potencial pandémico que actualmente están confinados en ciertas zonas geográficas para los que no tenemos vacunas ni tratamientos con eficacia demostrada. Ejemplos: la enfermedad por el virus de Crimea-Congo, la enfermedad de Lassa, Nipah, la enfermedad del valle del Rift y Zika... Todos ellos han sido señalados por la OMS como enfermedades para las que hay que priorizar la investigación. Espero que el reciente ejemplo de la viruela del simio sirva de acicate a los gobiernos para que, de una vez por todas, aprendamos que la mejor defensa frente a las pandemias es realizar investigación sobre vacunas y tratamientos cuando estas enfermedades aún están confinadas en países que no tienen por sí mismos los recursos necesarios para hacerlo. Protegiendo estos países nos protegemos a nosotros mismos.



José Ramón Arribas

Director del grupo de Sida y Enfermedades Infecciosas del Hospital de La Paz de Madrid y profesor asociado en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.



¹ <https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/h1600.htm>

Hacia un imprescindible cambio de paradigma



José A. Pérez Molina
Sociedad Española
Interdisciplinaria del
SIDA (SEISIDA).



El pasado 10 de octubre, como viene haciéndose desde hace años, se celebró el Día Mundial de la Salud Mental. Se estima que unos mil millones de personas conviven en el mundo con algún tipo de trastorno mental, lo que incluye al 14% de los adolescentes. El suicidio representa algo más de una de cada cien muertes; el 58% de ellos se produce antes de los 50 años. Las personas con enfermedad mental mueren de promedio de diez a veinte años antes que la población general, principalmente por enfermedades físicas prevenibles. A esto hay que añadir que la pandemia de covid-19 no ha hecho más que empeorar la situación, incrementándose la incidencia de depresión y ansiedad hasta en un 25%. Las desigualdades sociales y económicas, las emergencias de salud pública, la guerra y la crisis climática son otras amenazas globales y estructurales para la salud mental.

En las personas que viven con VIH (PVVIH), el éxito del tratamiento antirretroviral ha mejorado las afecciones físicas y el pronóstico vital hasta casi normalizarse con el de la población general. No obstante, unos cuidados del paciente exclusivamente focalizados en parámetros de laboratorio y sus pruebas complementarias puede transmitir a las PVVIH la sensación de que aquellos aspectos mentales de su salud que les importan no son relevantes para los médicos que les atienden. De hecho, las PVVIH tienen más probabilidades de sufrir depresión y otros trastornos

de salud mental, incluidos los trastornos por consumo de sustancias. Se estima que hasta un 40% podría tener ansiedad o depresión, pero que solamente la mitad está diagnosticada. A esto hay que sumar que la dificultad para revelar el estado seropositivo, así como las experiencias de estigmatización y discriminación, afectan profundamente a la salud mental de las PVVIH e introducen barreras para la participación en la asistencia, lo que aumenta el riesgo de que se produzcan malos resultados en materia de salud. Una mala salud mental no sólo afecta a la esfera de lo mental, sino que se traduce directamente en peores resultados en términos de morbilidad. Sirva como ejemplo la epidemia por covid-19, cuando el deterioro cognitivo y otros problemas mentales en PVVIH se han relacionado directamente con una mayor mortalidad.

Es imprescindible un cambio en la visión. Para ello, necesitamos comprometernos rotundamente como sociedad con el objetivo de mejorar la salud mental y los factores que la afectan, específicamente en las PVVIH. Debemos integrar una comunicación fluida entre médicos y pacientes sobre los síntomas asociados a la salud mental en las consultas; **hay que reorientar la atención sanitaria hacia un modelo de salud integral, con participación de profesionales expertos en salud mental y en el que la comunidad sea una parte activa de los cuidados y el acompañamiento; tenemos que identificar a las personas de mayor riesgo para centrar los esfuerzos en los que más lo necesitan;** debemos entender los determinantes sociales y estructurales que actúan negativamente sobre las PVVIH, fomentando la resiliencia, previniendo la soledad y evitando los abusos; tenemos que combatir el estigma, incrementar la lucha contra la discriminación y mejorar la información sobre el VIH. De esta manera, podremos cumplir con el objetivo de la OMS propuesto para el año 2022: “Hacer de la salud mental y el bienestar de todos una prioridad mundial”.

Infeciosas, una especialidad necesaria



Antonio Rivero
Presidente de la
Sociedad Española de
Enfermedades Infecciosas
y Microbiología Clínica
(SEIMC).

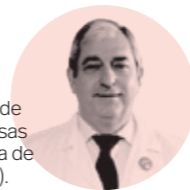


La pandemia de covid-19 ha afectado a todos los servicios sanitarios de los hospitales. Muy probablemente, el impacto no ha sido especialmente relevante en las personas con VIH, ya que estas han seguido siendo atendidas y han mantenido sus tratamientos de una forma adecuada gracias a los esfuerzos realizados. El impacto mayor se ha producido sobre las personas que

Sindemia covid-19-VIH. Lecciones aprendidas



Javier de la Fuente
Coordinador del Grupo de
Enfermedades Infecciosas
de la Sociedad Española de
Medicina Interna (SEMI).



Han pasado casi 3 años desde el inicio del covid-19. La infección revestía una mayor gravedad en las personas de mayor edad y en las que tenían asociadas otras dolencias crónicas. En este contexto, la atención se dirigió hacia los individuos que se consideraron potencialmente más vulnerables, como las personas que viven con el VIH (PVVIH). Había que responder a las preguntas que nos planteaban: ¿tengo un mayor riesgo

no están diagnosticadas o en aquellas personas con prácticas de riesgo que han podido adquirir la infección y puede que no hayan sido diagnosticadas con la precocidad suficiente.

La pregunta ahora es: ¿qué hacemos para recuperar el tiempo perdido? Yo creo que se trata de establecer estrategias de diagnóstico en estas personas que no han accedido al sistema sanitario a tiempo. Y, para ello, es fundamental poner el foco en el trabajo de las consultas de infecciones de transmisión sexual (ITS), en el trabajo con oenegés dedicadas al VIH y en los centros de cuidados a personas con adicciones. No menos importante es el trabajo de diagnóstico oportunista: es decir, que cuando una persona acceda al sistema sanitario (urgencias o atención primaria, por ejemplo) por alguna patología asociada a un mayor riesgo de tener VIH —una ITS o consumo de alguna sustancia— se aproveche para realizarle pruebas de diagnóstico.

de infectarme?, ¿tengo más probabilidades de tener una enfermedad más grave? o ¿el tratamiento antirretroviral (TAR) tiene algún impacto en el contagio o gravedad del covid-19?

En la actualidad, hay un consenso mayoritariamente aceptado que da respuesta a estas preguntas:

1. La infección por VIH no facilita la infección por covid-19. Sin embargo, los determinantes sociales y económicos de algunas PVVIH pueden aumentar el riesgo.
2. En PVVIH con buen control inmunoviroológico, el covid-19 no conlleva un peor pronóstico. Sin embargo, el 50% de las PVVIH tiene más de 50 años y un mayor número de enfermedades crónicas asociadas, lo que confiere un peor pronóstico en la coinfección por covid-19.
3. **Ninguno de los TAR utilizados ha demostrado que pueda prevenir el contagio por covid-19 ni que, una vez la persona se infecta, tenga una mejor evolución.** Todas las agencias y sociedades científicas conti-

no sólo se trata de diagnóstico y control de la carga viral: conseguir la estabilidad del paciente es algo necesario, pero no suficiente. Existen otros aspectos que son enormemente importantes, como la calidad de vida de los pacientes, conseguir que sea equiparable a la de la población general. En este contexto, el trabajo sobre la salud mental sigue siendo o debe seguir siendo un objetivo primordial. Tenemos un amplio margen de mejora para hacerlo y la relación médico-paciente tiene que servir en este objetivo: los pacientes se tienen que sentir libres para contar cómo viven, cómo se sienten; y los médicos tienen que dar el tiempo necesario para que esta comunicación se establezca, y no considerar una consulta como un mero formulario sobre la carga viral y la toma de la medicación.

Dicho todo esto, en España tenemos un frente urgente que solucionar. Es algo que no sucede en los países de nuestro entorno. Hemos conseguido unos niveles de aten-

ción terapéutica muy altos, pero **España es el único país de la Unión Europea que no tiene la especialidad de Enfermedades Infecciosas reconocida y la capacitación se adquiere en el extranjero. Esto, que puede parecer menor, no lo es. La formación que se adquiere en otras especialidades como, por ejemplo, cardiología o neumología es homogénea, reglada y con garantías de calidad a través del MIR. Eso no ocurre con las enfermedades infecciosas.** Es muy importante que así sea para garantizar la continuidad de los cuidados a los pacientes en los próximos años. Muchos de los que hoy estamos atendiendo nos aproximamos a la edad de jubilación y necesitamos una generación que nos reemplace sin poner en riesgo la atención que se ha venido dando hasta ahora. El hecho de que en España no exista la especialidad forma parte del estigma que existe en nuestro país sobre el VIH. Y eso nos hace estar en una situación peor para afrontar los retos del futuro. Hay que solucionarlo.

nían recomendando no modificar el TAR que la PVVIH esté recibiendo.

Dicho todo lo anterior, conviene reflexionar sobre la repercusión de las medidas adoptadas para limitar la transmisión de covid-19 en las PVVIH y la evolución del VIH en este periodo.

El confinamiento supuso una disminución del número de pruebas del VIH y también menor acceso a la medicación antirretroviral, incluida la Profilaxis pre exposición (PrEP), especialmente en las personas LGTBIQ, en hombres que tienen sexo con hombres y en personas que intercambian sexo por dinero.

También se constató que las personas más vulnerables tuvieron menos seguimiento en los programas sociales y menor cumplimiento terapéutico del TAR.

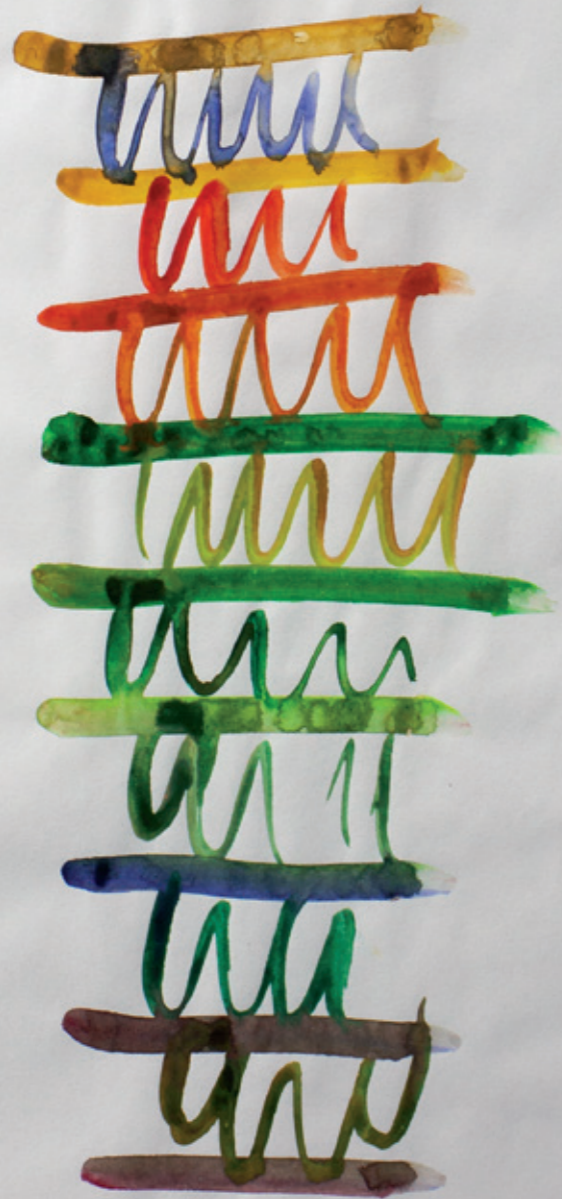
Y otro aspecto, quizás el más relevante: las consecuencias psicológicas y físicas de la pandemia, que algunas personas han seguido arrastrando. Hasta una de cada seis PVVIH sufrieron ansiedad o depresión

grave por el miedo a contraer el covid-19, el aislamiento social o por problemas de índole económica. La inactividad física conllevó a una ganancia de peso considerable.

Este escenario es el que llamamos sindemia (la unión de sinergia y pandemia), un término que hace referencia a la interacción de una pandemia con otros condicionantes, incluidas las decisiones políticas que se toman, y las consecuencias que puedan tener sobre toda la población, tanto de orden sanitario, como social y económico.

El covid-19 ha sido un reto mundial sin precedentes. Pero hemos aprendido que no hay una respuesta única y que es precisa una acción global, con el foco sobre los pacientes de mayor riesgo, no sólo sanitario. Y también hemos entendido que la respuesta local debe tener en cuenta los aspectos sociales, culturales y económicos, por las graves consecuencias sanitarias para los pacientes con otras dolencias y para la salud mental y el bienestar de toda la población.

Una mirada global



□ PEPE ESPALIÚ: CUADERNO#1C. 1976-1980 (DÍPTICO)



pepe

El objetivo 2030, en peligro

«Podemos poner fin al sida para 2030 tal y como prometimos, pero para ello hace falta valor». **Winnie Byanyima**, directora ejecutiva de ONUSIDA, se despidió con este grito de auxilio en la Conferencia Internacional del Sida 2022, celebrada en Montreal (Canadá) en agosto pasado. Unos meses antes, en mayo, los estados miembros de Naciones Unidas pusieron de relieve la necesidad de trabajar juntos para acelerar la puesta en marcha de la nueva declaración política sobre el VIH y el sida: *Acabar con las desigualdades y estar en condiciones de poner fin al sida para 2030*. Justo entonces se cumplía un año de su publicación. El secretario general de

Naciones Unidas, **Antonio Guterres**, publicó con ese motivo un informe titulado *Abordar las desigualdades para poner fin a la pandemia de sida* en el que se refería a la aplicación de la declaración política, ante la necesidad de acelerar su puesta en marcha. El informe establece cómo las desigualdades y la inversión insuficiente “dejan al mundo peligrosamente mal preparado para hacer frente a las pandemias de hoy y de mañana”. “Acabar con el sida costará mucho menos dinero que no acabar con el sida”, advierte Guterres. Presentamos en estas páginas el estado actual del VIH y sida en el mundo a partir de los datos y las conclusiones de las organizaciones internacionales más importantes.

→ SIGUE EN LA PÁGINA 12

«Recordemos los millones de muertes evitables que estamos tratando de detener»

WINNIE BYANYIMA
DIRECTORA EJECUTIVA
DE ONUSIDA

© STEVE FORREST/IAS





→ VIENE DE LA PÁGINA 10

Los dos últimos años han sido una especie de tormenta perfecta. Porque a la pandemia por covid-19 se han sumado otras crisis económicas y humanitarias que han supuesto un frenazo en seco para los servicios de salud en gran parte del mundo. Los países de ingresos bajos y medios se han visto desbordados por la situación: el 60% de los países más pobres está en crisis de deuda o corre un alto riesgo de contraerla; y se estima que entre 75 y 95 millones de personas se han visto empujadas a la pobreza en este periodo, un aumento sin precedentes.

El año pasado, todavía en plena lucha contra el covid-19 y mientras se cumplía cuarenta años del primer caso de sida conocido en el mundo, ya el sabor era agri dulce: el balance oscilaba entre los logros alcanzados hasta la fecha y lo que se podría haber conseguido. Y sólo se intuía, porque no se disponía de datos debido a la propia pandemia, que el coronavirus estaba haciendo mucho daño a la lucha contra el VIH y el sida. Por el camino, y como anécdota, en febrero de este año 2022 fallecía **Luc Montagnier**, ganador del Nobel de Medicina por el descubrimiento del VIH en 1983.

«Acabar con el sida costará mucho menos dinero que no acabar con el sida»

ANTONIO GUTERRES
SECRETARIO GENERAL
DE LA ONU



Alarma: el número de infecciones puede triplicarse

Ahora, una vez recuperada cierta normalidad (al menos, en cuanto al covid-19 se refiere), se ha puesto en evidencia lo que ya se sospechaba en materia de VIH: el progreso contra el virus ha decaído y los recursos que se dedicaban a esta lucha se han reducido, mientras que las comunidades que ya estaban en mayor riesgo de contraer el VIH son ahora aún más vulnerables. Así lo revela el nuevo informe de ONUSIDA, *En peligro*, presentado en Montreal (ver conclusiones del congreso IAS en páginas 26 a 29).

En 2021 se produjeron 1,5 millones de nuevas infecciones por VIH en el mundo, un millón más que el objetivo que se había fijado ONUSIDA, que era de 500.000. Es decir, cada día 4.000 personas, entre ellas 1.100 jóvenes (de 15 a 24 años), contraen el virus. El número de nuevas infecciones disminuyó sólo un 3,6%, el menor descenso anual desde 2016. La pandemia de sida se cobró una vida cada minuto, hasta un total de 650.000 muertes.

El informe *En peligro* advierte de consecuencias devastadoras si no se toman medidas urgentes para abordar las desigualdades que impulsan la pandemia. Muestra que, de seguir la tendencia actual, el número de nuevas infecciones por año superaría la cifra de 1,2 millones en 2025, año para el que la ONU se había fijado 370.000 o menos. Eso significaría no sólo incumplir la promesa sobre nuevas infecciones sino sobrepasarla en más de tres veces.



“Estos datos muestran que la respuesta mundial al sida está en grave peligro. Si no progresamos rápidamente, estamos perdiendo terreno, ya que la pandemia prospera en medio del covid-19, los desplazamientos masivos y otras crisis. Recordemos los millones de muertes evitables que estamos tratando de detener”, ha alertado Winnie Byanyima.

En cifras globales, las infecciones por VIH han aumentado desde 2015 en 38 países del mundo. Las regiones más afectadas son Europa Oriental, Asia Central, Oriente Medio y Norte de África. Gran parte de Europa del Este y Asia Central no cuentan con los servicios de reducción de daños necesarios para cambiar el rumbo de las



epidemias que afectan principalmente a las personas usuarias de drogas por vía intravenosa y sus parejas sexuales. En Asia Pacífico, la región más poblada del mundo, los datos de ONUSIDA muestran ahora que las nuevas infecciones por VIH están aumentando donde en la última década habían disminuido. Filipinas y Malasia se encuentran entre los países con epidemias en aumento entre las poblaciones clave. El aumento de las infecciones en estas regiones es alarmante. Por su parte, América Latina, una de las primeras historias de éxito en la implementación del

tratamiento antirretroviral, ha perdido impulso, permitiendo el repunte de epidemias entre los jóvenes homosexuales, otros hombres que tienen sexo con hombres y poblaciones clave.

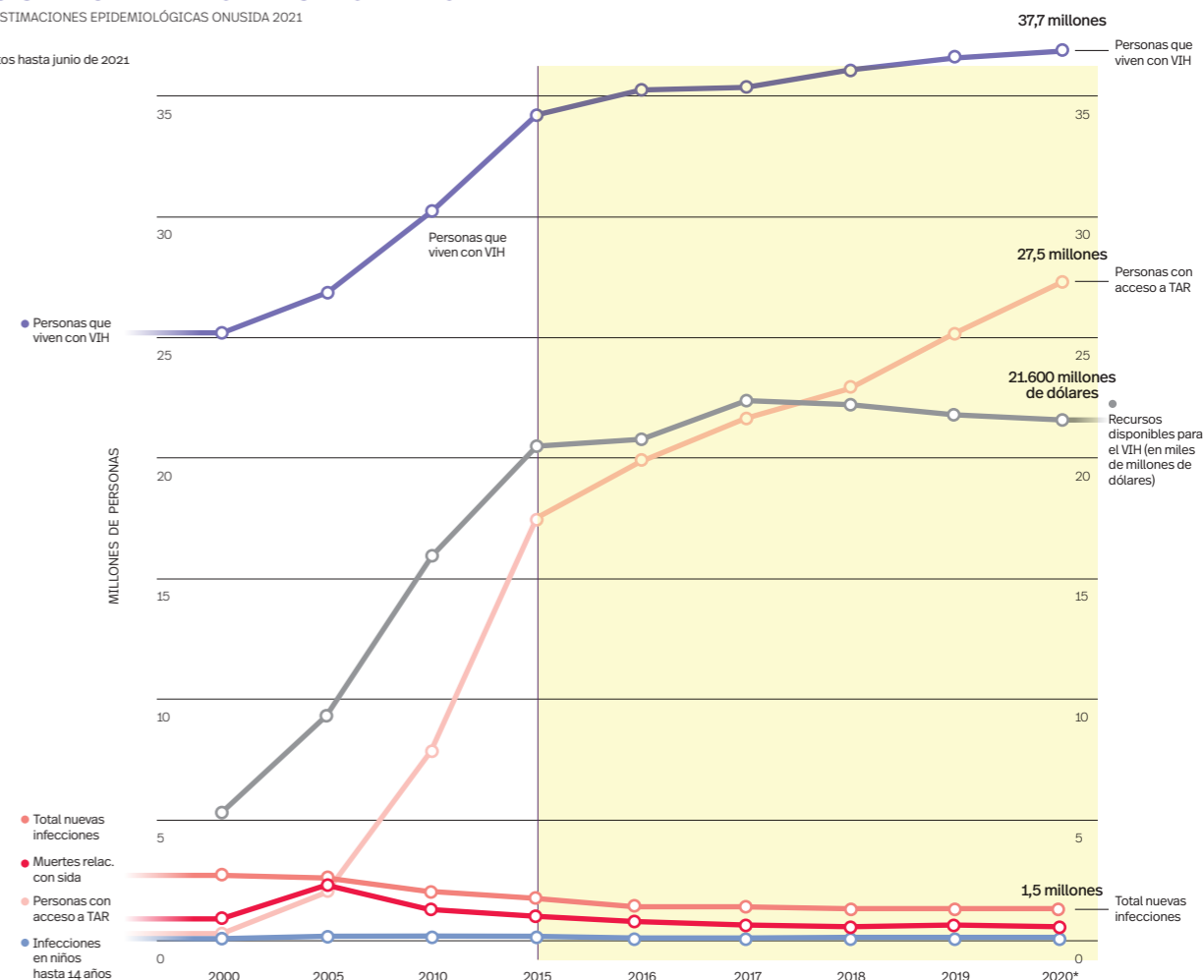
Sin embargo, también se atisban algunos datos positivos. En algunas partes del mundo, y para algunas comunidades, la respuesta a la pandemia del sida ha mostrado una resiliencia notable en tiempos adversos, lo que ha ayudado a evitar peores resultados. En África Oriental y Meridional, la región con la prevalencia más alta de VIH, los programas de tra-

tamiento y prevención del VIH se han adaptado a los esfuerzos de mitigación del covid-19. Pero incluso allí, el progreso en la reducción de nuevas infecciones se ha desacelerado significativamente en lugar de acelerarse, como se requiere para detener la pandemia. Y se observan descensos notables en África Occidental (destaca Nigeria) y Central y en el Caribe, pero incluso en estas regiones la respuesta al VIH está amenazada por el recorte de los recursos: muchos países y comunidades tienen que abordar el aumento de las infecciones por el VIH junto con otras crisis en curso.

MONITOREO GLOBAL: LOS DATOS MUNDIALES SOBRE VIH MUESTRAN UNA TENDENCIA AL ESTANCAMIENTO

ESTIMACIONES EPIDEMIOLÓGICAS ONUSIDA 2021

*Datos hasta junio de 2021

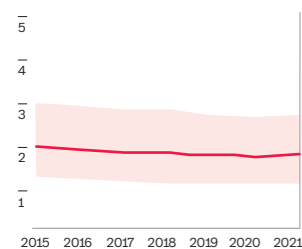




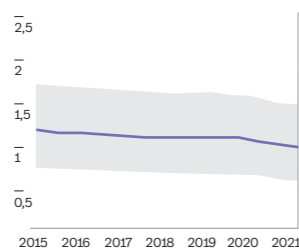
NUEVAS INFECCIONES POR REGIÓN

2015-2021

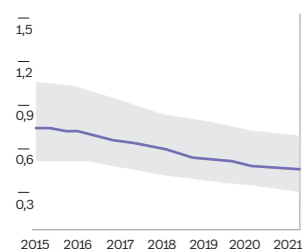
ASIA Y PACÍFICO
Cientos de miles



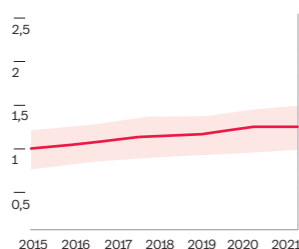
CARIBE
Decenas de miles



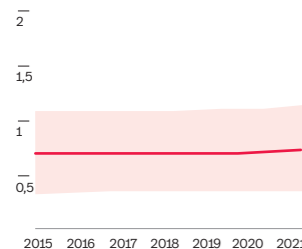
ÁFRICA ORIENTAL Y MERIDIONAL
Millones



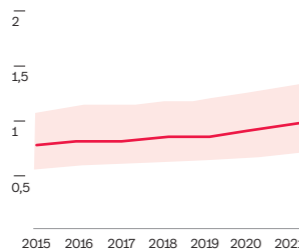
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL
Cientos de miles



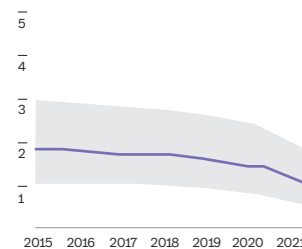
AMÉRICA LATINA
Cientos de miles



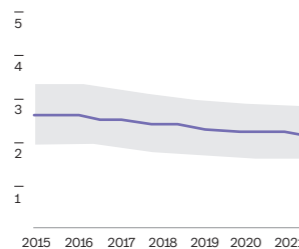
ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA DEL N.
Cientos de miles



ÁFRICA OCCIDENTAL Y CENTRAL
Cientos de miles



EUROPA CENTRAL Y OCCIDENTAL Y AMÉRICA DEL NORTE
Decenas de miles



TENDENCIA DESCENDENTE (línea azul) / TENDENCIA ESTANCADA O EN ASCENSO (línea roja)

ESTIMACIONES EPIDEMIOLOGICAS ONUSIDA 2022

RIESGO RELATIVO DE ADQUISICIÓN DEL VIH

Mundial, 2021

ANÁLISIS ESPECIAL DE ONUSIDA, 2022



Las personas que se inyectan drogas tienen un riesgo 35 veces mayor que las personas que no se inyectan.



Las trabajadoras sexuales tienen un riesgo 30 veces mayor que las mujeres adultas en la población general.



Los hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres tienen un riesgo 28 veces mayor que los hombres adultos en la población general.



Las mujeres transgénero tienen un riesgo 14 veces mayor que las mujeres adultas en la población general.



Diversos colectivos visibilizan sus protestas durante el congreso AIDS 2022. ©MARCUS ROSE/IAS

Aumento imparable en mujeres y niñas

El aumento de las nuevas infecciones se ha desbocado entre las mujeres jóvenes y las adolescentes. De hecho, en 2021, en este grupo de población se produjo una nueva infección cada dos minutos. El impacto del VIH en las mujeres, especialmente en mujeres y niñas jóvenes africanas, se produjo en medio de la interrupción de los servicios clave de tratamiento y prevención del VIH, cuando millones de niñas quedaron

fuera de la escuela debido al covid-19 y se registraron picos en las tasas de embarazos adolescentes y de violencia de género. En África Subsahariana, las chicas adolescentes y las mujeres jóvenes tienen tres veces más probabilidades de contraer el VIH que los chicos adolescentes y los hombres jóvenes.

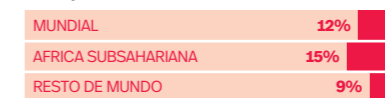
“¿Nos importa empoderar y proteger a nuestras niñas? ¿Queremos detener las muertes por sida entre los niños? ¿Ponemos salvar vidas por delante de la criminalización?” se preguntó Winnie Byanyima en AIDS 22. “Si la respuesta es sí, entonces debemos volver a encarrilar la respuesta al sida”.

Los datos de ONUSIDA revelan un riesgo creciente de nuevas infecciones entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en todo el mundo. Estos últimos tienen un riesgo 28 veces mayor de contraer VIH que otras personas de su misma edad, mientras que las personas usuarias de drogas por vía intravenosa

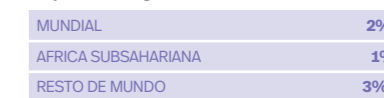
DISTRIBUCIÓN DE LA ADQUISICIÓN DE NUEVAS INFECCIONES POR VIH

2021

Trabajadores sexuales



Mujeres transgénero



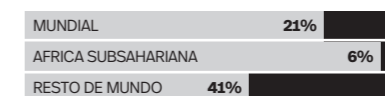
Personas usuarias de drogas por vía intravenosa



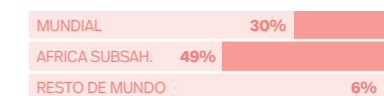
Clientes de trabajadores sexuales y parejas sexuales de poblaciones clave



Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres



Población restante



ANÁLISIS ESPECIAL DE ONUSIDA, 2022

tienen un riesgo 35 veces mayor, los trabajadores sexuales 30 veces mayor y las mujeres transgénero 14 veces mayor.

La gravedad de la situación actual no debería sorprendernos. En 2019, Médicos Sin Fronteras (MSF) publicó un informe en el que advertía que la respuesta al VIH y la tuberculosis se había estancado, en gran parte porque el mundo era demasiado optimista sobre qué parte de la financiación de los programas para combatir las enfermedades podría ser asumida por los países de ingresos bajos y medios. Al igual que ONUSIDA, una nueva evaluación realizada por los equipos de MSF en 2022 muestra cómo la pandemia de covid-19 y las crisis económicas y sociales concurrentes han exacerbado los problemas existentes relacionados con el VIH, la tuberculosis y la malaria. Las consecuencias para las personas que viven con las tres enfermedades son dramáticas, concluye el análisis.

El informe de ONUSIDA subraya, por su parte, que se están debilitando los esfuerzos para garantizar que todas las personas que viven con VIH accedan al tratamiento antirretroviral. Así, el número de personas en tratamiento tuvo en 2021 el crecimiento más lento en una década: el número de personas que lo recibieron aumentó sólo en 1,47 millones, frente a aumentos netos de más de 2 millones en años anteriores. Esto representa el aumento más pequeño desde 2009. Y, aunque tres cuartas partes de los que viven con el virus tienen acceso al tratamiento, éste todavía se niega a diez millones de personas. Sólo la mitad (unos 800.000) de los niños con VIH pueden acceder a medicamentos. Muy importante: niños y niñas suponen el 4% de las personas que viven con el virus, pero el 15% de las muertes relacionadas con el mismo. La brecha en la cobertura del tratamiento del VIH entre niños y adultos está aumentando en lugar de estrecharse.



Desigualdad y grupos de población clave

Las personas con menos poder social y menos protección legal corren un mayor riesgo de infección por VIH. Las niñas adolescentes y las mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) tienen tres veces más probabilidades de adquirir el VIH que adolescentes y jóvenes varones del mismo grupo de edad en el África Subsahariana. Cada tres minutos, una de estas adolescentes o mujeres jóvenes se infecta de VIH. Las estimaciones mundiales basadas en datos de 2000-2018 también indican que más de una de cada diez mujeres casadas o en pareja de entre 15 y 49 años ha experimentado violencia física y/o sexual por parte de su pareja en los últimos doce meses. Además, la epidemia de violencia doméstica contra las mujeres en todo el mundo se intensificó durante la pandemia de covid-19.

Las poblaciones clave representan menos del 5% de la población mundial, pero ellas y sus parejas sexuales constituyen el 70% de las nuevas infecciones por VIH en 2021. En todas las regiones del mundo hay poblaciones clave que son particularmente vulnerables a la infección por el VIH. Las desigualdades raciales también están exacerbando los riesgos del VIH. En el Reino Unido y en Estados Unidos, la disminución de nuevos diagnósticos de VIH ha sido menor entre las poblaciones blancas que entre las personas negras. En países como Australia, Canadá y los Estados Unidos, las tasas de adquisición del VIH son más altas en las comunidades indígenas que en las comunidades no indígenas.

En cualquier caso, cabe destacar que las

respuestas nacionales que contaron con recursos adecuados, adoptaron políticas sólidas y lograron disponibilidad a las tecnologías de prevención y tratamiento han demostrado una resiliencia e impacto notables. Países tan diversos como Italia, Lesoto, Vietnam y Zimbabue han reducido las nuevas infecciones por VIH en más de un 45% entre el 2015 y 2021.

En medio de la pandemia de covid-19, se han conseguido también aumentos constantes en la ampliación de la profilaxis previa a la exposición oral, especialmente en países como Kenia y Sudáfrica. Dado que la decisión de utilizar esta profilaxis corresponde al individuo y no tiene que negociarse con su pareja, tiene un enorme potencial para ayudar a reducir las infecciones por VIH entre poblaciones clave de todo el mundo, y en particular entre las niñas y las mujeres del África Subsahariana. Con todo, el acceso a la profilaxis oral sigue concentrado en países de ingresos altos y en cinco países en África Subsahariana, como Kenia, Nigeria, Sudáfrica, Uganda y Zambia.



de las nuevas infecciones por VIH en el 2021 se produjeron entre las poblaciones clave y sus parejas sexuales

“Cumplir las promesas hechas en la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) en 2021 será notablemente menos costoso que invertir menos y arriesgarse a un mayor retroceso. Durante el último año, la indiferencia se ha convertido en abandono, y esta falta de solidaridad es moralmente incorrecta y perjudicial para todos los países. Si hay una lección que nos ha enseñado la pandemia de covid-19, es que las pandemias no pueden terminar en ninguna parte hasta que terminen en todas partes”, reza la última declaración de ONUSIDA. “Las personas más vulnerables y marginadas son las más afectadas. Una tormenta perfecta de crisis está ampliando las desigualdades mundiales”, afirma Antonio Guterres.

Los recursos internacionales disponibles para el VIH fueron en 2021 un 6% inferiores a los de 2010. La ayuda al desarrollo en el extranjero para el VIH procedente de donantes bilaterales distintos de Estados Unidos se ha desplomado en un 57% durante la última década. La respuesta al VIH en los países de bajos y medianos ingresos se sitúa en 8.000 millones de dólares por debajo de la cantidad necesaria prevista para 2025.

Esta caída de la ayuda internacional no ha sido reemplazada por inversiones nacionales. Lo cierto es que los países de bajos y medianos ingresos luchan contra las mayores

ONUSIDA asegura que se necesitan nuevas inversiones para acabar con el sida para 2030.

Se necesitan más recursos

cargas fiscales y de deuda causadas por la pandemia de covid-19. Ahora, además, la guerra en Ucrania está creando factores adversos añadidos. El Banco Mundial proyecta que 52 países, que suponen el 43% de las personas que viven con VIH en el mundo, experimentarán una caída significativa en su capacidad de gasto público hasta 2026. Cada vez más, el pago de la deuda nacional está desplazando las inversiones de capital humano y de salud que son esenciales para acabar con el sida.

«Justo cuando la ayuda internacional era más necesaria, la solidaridad global se ha estancado. Los líderes no deben confundir la enorme luz roja de advertencia con una señal de stop. Esto debe convertirse en un momento para aumentar el apoyo internacional», afirma Byanyima.

En el mismo sentido se manifiesta Mandeep Dhaliwal, directora del Grupo de Salud y VIH del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD): “Es imperioso que redoblemos los esfuerzos para reencauzar la respuesta al VIH. Necesitamos medidas e inversiones audaces y ambiciosas ya para alcanzar los ob-

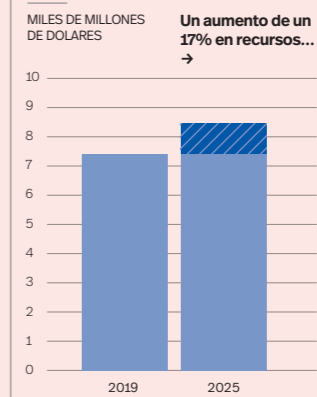
jetivos y eliminar las barreras sociales que limitan el acceso a los servicios de VIH, sobre todo para las poblaciones clave y vulnerables. En este sentido, es imprescindible dotar de plena financiación a la séptima reposición de recursos del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, a fin de proteger lo logrado y recobrar el terreno perdido en materia de VIH”.

Y es que, a diferencia de años anteriores, las inversiones nacionales en materia de

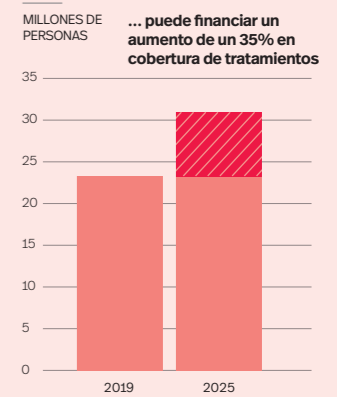
VIH no están reemplazando la pérdida de financiación internacional. La financiación interna en los países de ingresos bajos y medios ha caído durante dos años consecutivos, incluido un 2% en 2021. Las condiciones económicas mundiales y las vulnerabilidades de los países

en desarrollo, que se ven exacerbadas por las crecientes desigualdades en el acceso a las vacunas contra el covid-19 y la financiación de la salud, amenazan tanto la resiliencia continua de las respuestas al VIH como su capacidad para cerrar las desigualdades relacionadas con el virus.

GASTOS ESTIMADOS EN TERAPIA ANTIRRETROVIRAL, 2019, Y NECESIDADES Y RECURSOS, 2025

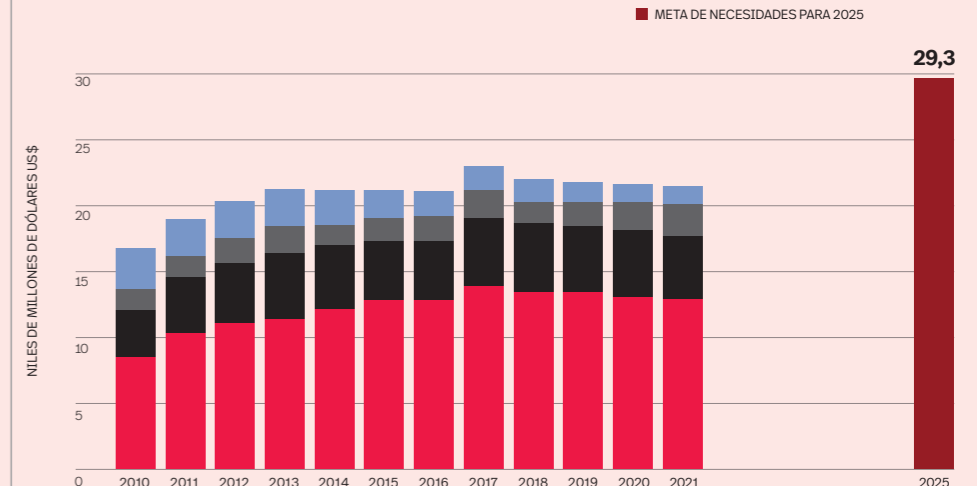


NÚMERO DE PERSONAS EN TERAPIA ANTIRRETROVIRAL



DISPONIBILIDAD DE RECURSOS EN PAÍSES DE INGRESOS BAJOS Y MEDIOS

Objetivo para 2010-2021, y 2025



TRES PASOS PARA UNA NUEVA ESTRATEGIA MUNDIAL

Desigualdades, tecnología e inversión, pilares sobre los que ONUSIDA basa alcanzar el éxito deseado en 2030

La declaración del secretario general de Naciones Unidas, **Antonio Guterres**, ante la Asamblea General, presentada por su jefe de gabinete, **Courtenay Rattray**, en mayo describió los tres pasos inmediatos para revertir las tendencias actuales y volver al buen camino. «En primer lugar, debemos abordar las desigualdades, la discriminación y la marginación de comunidades enteras, que a menudo se ven exacerbadas por leyes, políticas y

prácticas punitivas», dijo Rattray. Además, hizo un llamamiento a reformas políticas para reducir los riesgos del VIH en las comunidades marginadas, incluidos los trabajadores sexuales, las personas usuarias de drogas por vía intravenosa, los prisioneros, las personas transexuales y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Y llamó la atención sobre cómo el estigma está obstaculizando la salud pública: «El estigma perjudica y hace daño a todos. Por el contrario, la solidaridad social nos protege a todos».

«El estigma perjudica y hace daño a todos. Por el contrario, la solidaridad social nos protege a todos»

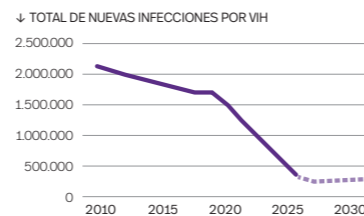
COURTENAY RATTRAY
JEFE DE GABINETE DE ANTONIO GUTERRES, SECRETARIO GENERAL DE LA ONU



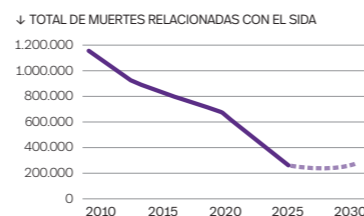
Los tres pilares, explicados en datos

ANÁLISIS ESPECIAL DE AVENIR HEALTH, 2022

1 Alcanzar los objetivos para 2025 reducirá las infecciones a menos de 370.000 | Impacto proyectado

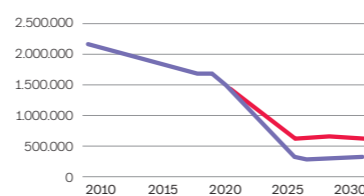


2 Alcanzar los objetivos para 2025 reducirá las muertes a menos de 250.000 | Impacto proyectado

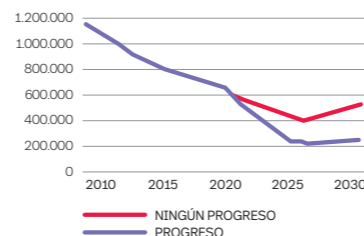


3 Alcanzar los objetivos de habilitadores sociales evitará 2,5 millones de nuevas infecciones y 1,7 millones de muertes relacionadas con el sida antes de 2030

3.1. Impacto proyectado del progreso hacia los objetivos de habilitadores sociales en el número de nuevas infecciones, global 2010-2030



3.2. Impacto proyectado del progreso hacia los objetivos de estigma y discriminación en el número de muertes relacionadas con el sida, global 2010-2030



Para ONUSIDA, el segundo paso pasa por garantizar el intercambio de tecnologías sanitarias, para ponerlas a disposición de las personas en todos los países del mundo. Y el tercer paso es aumentar los recursos disponibles para combatir el sida. «Invertir en sida es invertir en seguridad sanitaria mundial. Permite salvar vidas y ahorrar dinero».

Para Guterres, todavía es posible que los líderes vuelvan a encarrilar la respuesta. Esto requiere tanto acción nacional como solidaridad internacional. El año pasado, los países de Naciones Unidas acordaron una hoja de ruta, establecida en la Declaración Política sobre el VIH y el SIDA, que puede acabar con el sida en 2030 si sus líderes la cumplen. El paquete aprobado incluye servicios dirigidos por la comunidad y centrados en las personas; defensa de los derechos humanos, eliminación de leyes punitivas y discriminatorias, y lucha contra el estigma; empoderamiento de niñas y mujeres; igualdad de acceso al tratamiento; y servicios de salud, educación y protección social para todos.

Para trazar el futuro de la respuesta al VIH, se ha desarrollado un conjunto de metas intermedias para 2025 que pretenden volver a centrar al mundo en el objetivo del VIH para 2030, dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). En el centro de este marco están las personas que viven con VIH y las comunidades de riesgo, que requieren un conjunto integral de servicios para prevenir las infecciones, diagnosticar nuevas infecciones y tratar a las personas que viven con el virus.

Para 2025, se da prioridad a los servicios de salud sexual y reproductiva para mujeres que viven con VIH o que presentan un riesgo elevado de infección. Se pretende asimismo revitalizar el impulso mundial para eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños y garantizar que estos tengan acceso oportuno a los servicios de tratamiento que salvan vidas.

Si se alcanzan los objetivos y compromisos apuntados, el número de personas que contraen VIH bajará de 1,5 millones en 2020 a menos de 370.000 en 2025, y el número de personas que mueren por enfermedades relacionadas con el sida de 680.000 a menos de 250.000 en el mismo periodo. El objetivo de eliminar las nuevas infecciones por VIH infantil hará que el número total de nuevas infecciones se reduzca de unos 150.000 a menos de 22.000 en 2025.

Todo está enfocado, como se ve, en crear un entorno propicio para la eli-

minación del sida, según está definido en los objetivos 10-10-10: que menos de un 10% de países mantengan entornos jurídicos y de política que denieguen o limiten el acceso a los servicios; que menos de un 10% de las personas que viven con VIH o pertenezcan a poblaciones clave experimenten estigmatización y discriminación; y que menos del 10% de las mujeres, niñas, personas que viven con VIH o pertenezcan a poblaciones clave sufran desigualdad y violencia de género.



REDUCIR LAS DESIGUALDADES OBJETIVOS Y COMPROMISOS QUE SE AMBICIONAN PARA 2025 EN MATERIA DE VIH

QUE MÁS DEL 95% de las personas con riesgo de infección por el VIH utilicen la prevención combinada

95%-95%-95% Prueba del VIH, tratamiento y supresión viral en adultos y niños

QUE MENOS DEL 10% de los países tengan leyes y políticas punitivas

QUE MENOS DEL 10% de las personas que viven con el VIH y grupos de población clave sufran estigma social y discriminación

QUE MENOS DEL 10% de las personas que viven con el VIH, mujeres y niñas y grupos de población clave experimenten desigualdades y violencia de género

COBERTURA DEL 95% de los servicios para eliminar las nuevas infecciones por el VIH en niños y mantener con vida a sus madres

QUE EL 90% de las personas que viven con el VIH reciban tratamiento preventivo contra la tuberculosis

QUE EL 90% de las personas que viven con el VIH y las personas con riesgo de infección estén vinculadas a otros servicios de salud integrados

50 millones de vidas salvadas

“**H**emos hecho enormes avances”, declara en su informe anual el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, una alianza global creada en 2002 para combatir estas tres enfermedades, cuya tasa de mortalidad se ha reducido a la mitad desde entonces. “Pero nuestro combate no ha terminado”, advierte. El Fondo Mundial quiere

recaudar al menos 18.000 millones de dólares entre 2024 y 2026. El organismo, que agrupa gobiernos, agencias multilaterales, grupos de la sociedad civil y del sector privado, considera que esta financiación contribuiría a reducir en casi dos tercios las muertes debidas a estas enfermedades y salvaría 20 millones de vidas. El covid-19, subraya, ha tenido un impacto “devastador”. Sin embargo, los recursos masivos que había movilizado están dando sus frutos. “La recuperación está en curso”, dice el informe. Desde marzo de 2020, el Fondo Mundial ha invertido más de 4.400 millones de dólares para luchar contra la pandemia y reducir su impacto en sus programas.

El responsable del Fondo Mundial, **Peter Sands**, señala, sin embargo, que, “aunque la mayoría de los países que luchan contra el VIH, la tuberculosis y la malaria han empezado a recuperarse de los estragos del covid-19, tenemos que acelerar los esfuerzos si queremos recuperar plenamente el terreno perdido y retomar el buen camino para poner fin a estas enfermedades de aquí a 2030”. Para Sands, los 50 millones de vidas salvadas en dos décadas gracias a las aportaciones del Fondo son “la prueba de que el compromiso mundial puede hacer retroceder en el mundo las enfermedades infecciosas más mortíferas”.

LAS CIFRAS QUE SALVAN VIDAS

4.000.000.000\$

Cuatro mil millones de dólares anuales destina el Fondo Mundial a tratar de vencer el VIH, la tuberculosis y la malaria

50mill → 23,3mill

50 millones de vidas salvadas a través de la asociación del fondo mundial

23,3 millones de personas en terapia antirretroviral para el VIH en 2021

5,3mill → 133mill

5,3 millones de personas con tuberculosis tratadas en 2021

133 millones de mosquiteras distribuidas en 2021



«Tenemos que acelerar los esfuerzos si queremos recuperar plenamente el terreno perdido y retomar el buen camino para poner fin a estas enfermedades de aquí a 2030»

PETER SANDS
RESPONSABLE DEL FONDO MUNDIAL



ISTOCK

ONUSIDA, UNICEF y OMS, contra el VIH infantil

Sólo el 52% de los niños portadores del VIH en el mundo recibe tratamiento, mientras que el 76% de los seropositivos adultos sí tiene acceso a las terapias antirretrovirales, según recogen los datos de la Actualización mundial sobre el sida de ONUSIDA 2022. “Esta brecha es un escándalo”, afirma la directora ejecutiva de la agencia de Naciones Unidas, **Winnie Byanyima**. Por este motivo, ONUSIDA, UNICEF y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han anunciado la creación de una alianza para erradicar el sida en los niños para 2030. La nueva Alianza Global se presentó en la Conferencia Internacional sobre el Sida de Montreal. Los datos de ONUSIDA indican que 1,2 millones de niños y adolescentes de hasta 19 años portadores de VIH no reciben tratamiento. De ellos,

800.000 tienen entre 0 y 14 años y los 400.000 restantes oscilan entre 15 y 19. De este último grupo, una gran parte habría adquirido el virus recientemente. Las agencias de la ONU señalan que el estigma, la discriminación, las leyes y políticas punitivas, la violencia y las desigualdades sociales y de género arraigadas en las sociedades dificultan el acceso de mujeres, adolescentes y niños a la atención que requieren. Ante esta realidad, los organismos plantean que hace falta un apoyo político sólido a nivel global, nacional y local para prevenir la transmisión vertical del virus y brindar tratamiento pediátrico y para adolescentes a los seropositivos en esos colectivos. Según las agencias, las actividades preventivas y terapéuticas entre menores de 20 años no han sido prioritarias en las

estrategias, planes y presupuestos nacionales. “A pesar de los progresos realizados para reducir la transmisión vertical, aumentar las pruebas y el tratamiento, y ampliar el acceso a la información, los niños de todo el mundo siguen teniendo muchas menos posibilidades que los adultos para acceder a los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH”, pone de manifiesto la directora ejecutiva de UNICEF, **Catherine Russell**. Además de las agencias de las Naciones Unidas, la alianza incluye a movimientos de la sociedad civil, gobiernos de los países más afectados y varios socios internacionales. Son doce los países que se han unido en la primera fase: Angola, Camerún, Costa de Marfil, República Democrática del Congo, Kenia, Mozambique, Nigeria, Sudáfrica, Tanzania, Uganda, Zambia y Zimbabue. La alianza estará vigente durante los próximos ocho años, hasta 2030, con el objetivo de abordar una de las disparidades más evidentes en la respuesta al VIH. Todos los miembros de la alianza coinciden al considerar que el desafío se puede superar con el trabajo conjunto.

Cuatro pilares de acción colectiva

- 1 Reducir la brecha** en el tratamiento para las adolescentes embarazadas y lactantes y las mujeres que viven con VIH, y optimizar la continuidad del tratamiento.
- 2 Prevenir y detectar** nuevas infecciones por VIH entre mujeres y niñas adolescentes embarazadas y lactantes.
- 3 Garantizar el acceso a las pruebas** de detección, el tratamiento optimizado y la atención integral para bebés, niños y adolescentes expuestos y que viven con VIH.
- 4 Abordar los derechos**, la igualdad de género y las barreras sociales y estructurales que dificultan el acceso a los servicios.



LA OMS PUBLICA UNA NUEVA GUÍA SOBRE VIH, HEPATITIS E ITS

Ofrece directrices consolidadas sobre la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención para las poblaciones de mayor riesgo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) acaba de publicar una nueva guía con directrices consolidadas sobre la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención del VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual (ITS) para las poblaciones de mayor riesgo. Cinco son las poblaciones consideradas clave: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas trans y de género diverso, profesionales del sexo, personas usuarias de drogas por vía intravenosa y personas en prisiones y otros entornos cerrados.

Los nuevos datos de ONUSIDA muestran que alrededor del 70% de las nuevas infecciones por VIH se produce entre las poblaciones clave y sus parejas. "En la mayoría de los países, el acceso limitado al tratamiento, la cobertura inadecuada y la mala calidad de los servicios para las poblaciones clave siguen socavando las respuestas al VIH, las hepatitis víricas y las ITS", señala **Meg Doherty**, directora de los Programas Mundiales de VIH, Hepatitis e ITS de la OMS.

La nueva guía de la OMS se lanzó oficialmente en julio, durante la Conferencia AIDS 2022 de Montreal. Ofrece un enfoque basado en la evidencia y en los derechos. "Hay que dar prioridad a las poblaciones clave, en todos los entornos, y esto significa, como se indica en estas

nuevas directrices, planificar para llegar a ellas en primer lugar con la prevención, las pruebas y el tratamiento, así como dar prioridad a las poblaciones clave en la financiación de los programas", añade la directora de programas de Acción Mun-

dial por la Igualdad Trans (GATE, por sus siglas en inglés), **Erika Castellanos**, que también ha sido copresidenta del Grupo de Desarrollo de Directrices de la OMS.

Los factores sociales, legales, estructurales y otros contextos aumentan la vulnerabilidad al VIH, las hepatitis víricas y las ITS. Además, obstaculizan el acceso a los servicios sanitarios y a otros servicios esenciales. Estas directrices destacan la importancia "crítica" de abordar las barreras estructurales en todos los entornos como una prioridad. Otras nuevas áreas de recomendaciones incluyen el tratamiento del chemsex, la frecuencia de las pruebas de la hepatitis C para las personas con riesgo continuo de infección y la provisión de tratamiento para el VHC sin demora a las personas con infección recientemente adquirida y con riesgo continuo.

«En la mayoría de los países, el acceso limitado al tratamiento, la cobertura inadecuada y la mala calidad de los servicios para las poblaciones clave siguen socavando las respuestas al VIH, las hepatitis víricas y las ITS»

MEG DOHERTY
DIRECTORA DE LOS PROGRAMAS MUNDIALES DE VIH, HEPATITIS E ITS DE LA OMS



LAS SEIS RECOMENDACIONES DE LA OMS

ILUSTRACIONES: ISTOCK



1 Intervenciones virtuales. La prestación online de servicios relacionados con el VIH, la hepatitis viral y las ITS a poblaciones clave puede ofrecerse como una opción adicional a los servicios presenciales, garantizando al mismo tiempo la protección de la seguridad y la confidencialidad de los datos.



2 Orientadores. Se recomienda que los orientadores apoyen a las personas de poblaciones clave para que inicien el tratamiento del VIH, la hepatitis viral o las ITS y para que permanezcan en la atención sanitaria.



3 Pruebas de detección del VHC más frecuentes para las personas con riesgo continuo. A las personas con riesgo continuo y antecedentes de eliminación de la infección por hepatitis C inducida por el tratamiento o espontánea se les puede ofrecer la realización de pruebas de 3 a 6 meses para detectar la presencia de viremia por el VHC.



4 Tratamiento del VHC para personas con riesgo permanente. El tratamiento con antivirales de acción directa contra el VHC debe ofrecerse sin demora a las personas con infección adquirida recientemente y con riesgo continuo.



5 Intervenciones conductuales. El asesoramiento y el intercambio de información que no tiene como objetivo cambiar comportamientos pueden ser muy importantes para las denominadas poblaciones clave. Cuando se proporcionan, ha de ser de manera no crítica, junto con otras intervenciones de prevención y con la participación de compañeros.



6 Abordar el chemsex. Abordar el chemsex, especialmente en poblaciones clave y sus parejas sexuales, requiere un enfoque integral, sin prejuicios y centrado en la persona. Esto incluye la salud sexual y reproductiva integrada, la salud mental, el acceso a agujas/jeringuillas estériles y los servicios de tratamiento de mantenimiento con compuestos opiáceos con vínculos a otras intervenciones de prevención, diagnóstico y tratamiento basadas en la evidencia.

AIDS 22 Avances médicos frente al estancamiento

El más importante encuentro anual del VIH, celebrado en verano en Montreal, en una denuncia, seis hitos y una polémica



© JORDI RUIZ CEREZA/IAS

1 MENOS POLÍTICA, MÁS CIENCIA

La lucha contra el VIH y el sida se ha estancado. Esta es una de las principales conclusiones de la 24ª edición de la Conferencia Internacional del Sida (AIDS 2022), organizada por la Sociedad Internacional del Sida (IAS), y que en este año tuvo lugar en Montreal (Canadá) entre julio y agosto. Los datos sobre la evolu-

ción de la pandemia, hechos públicos en el encuentro, el más importante a nivel mundial, indican un retroceso sobre el progreso conseguido en los años anteriores.

Ya antes incluso de la inauguración, la presidenta saliente de la conferencia, **Adeeba Kamarulzaman**, expresaba su preocupación: “Estamos viendo una y otra vez que, ya sea en el contexto del VIH o del covid-19, demasiadas decisiones sobre la salud pública se basan en la política y en los beneficios en lugar de en el

avance científico y en la ayuda de los más afectados”, En la clausura, **Jean-Pierre Routy**, copresidente de la cita, subrayó lo mismo: “En esta época tan polarizada y politizada, este mensaje es increíblemente importante. Nuestro objetivo esta semana era centrar las mentes en las necesidades de la gente y en las nuevas pruebas científicas. La política y las políticas deben diseñarse en torno a esos dos pilares y en ese orden”.

El propio eslogan de la conferencia ha sido una declaración de intenciones:

Re-engage and Follow the Science (Comprometeos y seguid a la ciencia). Una llamada de atención para renovar el compromiso en la lucha contra el virus y su erradicación para 2030. Así, durante las jornadas se compartieron novedades en materia de prevención, mejoras de los tratamientos y nuevos pasos hacia la eliminación de la pandemia, que, en este caso, sí incitan al optimismo. Según **Sharon Lewin**, presidenta electa de la IAS y directora del Instituto Peter Doherty para la Infección y la Inmunidad, “un puñado de casos de curación individuales antes y los dos presentados aquí brindan esperanza continua para las personas que viven con VIH e inspiración para la comunidad científica”. “Además, ahora estamos viendo un avance en el gran desafío de encontrar un biomarcador para el reservorio del VIH, un desarrollo verdaderamente emocionante”, añadió.

2 EL RIESGO DE ITS EN RELACIONES SIN PRESERVATIVO SE REDUCE UN 65% CON DOXICICLINA

Un estudio presentado en Montreal demuestra que el uso de 200 gramos de doxiciclina (antibiótico utilizado para tratar la rosácea) en las 72 horas posteriores al sexo sin preservativo reduce significativamente (un 65%) el riesgo de gonorrea, clamidia y sífilis entre hombres que tienen sexo con hombres y mujeres trans. Los 327 participantes en el estudio tenían sexo masculino al nacer, vivían con VIH o tomaban profilaxis previa a la exposición y tenían antecedentes de ITS y sexo sin condón con una pareja masculina en el último año. La coinvestigadora principal, **Annie Luetkemeyer**, profesora de medici-

na en el Hospital General Zuckerberg San Francisco, de la Universidad de California, señaló que “la doxiciclina tomada después del sexo es una estrategia de prevención prometedora para las poblaciones afectadas de manera desproporcionada por las altas tasas de ITS: hombres que tienen sexo con hombres y mujeres transgénero. Espero aprender más sobre la implementación de esta medida de prevención y los efectos a largo plazo del uso de antibióticos para la prevención de ITS”.

«La doxiciclina tomada después del sexo es una estrategia de prevención prometedora para las poblaciones afectadas por altas tasas de ITS»

ANNIE LUETKEMEYER
PROFESORA DE MEDICINA EN EL HOSPITAL GENERAL ZUCKERBERG SAN FRANCISCO

3 DOS NUEVOS CASOS DE REMISIÓN DEL VIH SIN TRATAMIENTO

En cuanto a los avances para la curación, durante las jornadas se presentaron dos casos de remisión sin tratamiento.

La primera es una mujer que ha logrado vivir más de quince años sin carga viral y sin tomar terapia antirretroviral. Aunque se trata de un caso muy singular, el equipo que ha llevado su caso, liderado por médicos del Hospital Clínic de Barcelona, han averiguado, además, qué mecanismos celulares han hecho posible la curación funcional de la mujer. El otro caso, conocido como paciente *City of Hope* o *Ciudad de la Esperanza*, es un varón de 66 años al que se le diagnosticó el VIH en 1988. En 2019, desarrolló una leucemia mieloide aguda y recibió un trasplante de células madre



Annie Luetkemeyer. © STEVE FORREST/IAS

de un donante resistente al VIH. 39 meses después, el hombre no tiene VIH detectable en su cuerpo. Este es el cuarto caso conocido de remisión en un individuo que ha recibido un trasplante, y su particularidad es que el donante y el receptor no eran perfectamente compatibles, lo que indica que esta opción podría estar disponible para más enfermos. “Aunque el trasplante no es una opción para la mayoría de las personas con VIH, estos casos siguen siendo interesantes e inspiradores, y ayudan a iluminar la búsqueda de una cura”, expresó Sharon Lewin, presidenta de IAS.

4 AVANCES EN LA BÚSQUEDA DE UN BIOMARCADOR PARA EL RESERVORIO DEL VIH

Por primera vez, los científicos han desarrollado un ensayo genético sensible que puede encontrar específicamente el pequeño subconjunto de células 'reservorio' que albergan una infección silenciosa por VIH mediante el uso de nanotecnología para detectar su distintiva firma genética. “El santo grial de la investigación de la cura del VIH es encontrar un biomarcador para el reservorio”, dijo Sharon Lewin, presidenta de IAS. Este estudio es un paso importante hacia la búsqueda de dicho biomarcador, dijo. **Eli Boritz**, del Centro de Investigación de Vacunas del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas de Estados Unidos, explicó en la conferencia que lo que hace que la infección por VIH dure toda la vida es que el virus se esconde donde el sistema inmunitario no puede verlo al insertar sus genes en nuestro propio ADN: en un pequeño grupo de células que componen

nuestro sistema inmunológico. Un aspecto clave de la mayoría de las estrategias de curación del VIH consiste en detectar este reservorio celular. Ahora, estos investigadores han desarrollado un método para inducir a que las células de este reservorio revelen sus firmas genéticas.

5 EL MAYOR ACCESO A LOS ANTIVIRALES FRENTA AL VHC REDUCIRÍA SU INCIDENCIA EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

El mayor acceso de las personas que viven con VIH a los tratamientos basados en antivirales de acción frente al virus de la hepatitis C (VHC) se ha traducido en una estabilización (con tendencia descendente) de las tasas de reinfección por el VHC entre las personas con VIH, según las conclusiones de un estudio internacional en el que se analizaron datos de ocho cohortes en seis países (Australia, Canadá, Francia, Países Bajos, España y Suiza) entre 2010 y 2019. Este mayor acceso estaría favoreciendo la eliminación progresiva del VHC en este grupo

Eli Boritz. ©STEVE FORREST/IAS



poblacional, lo que constituye uno de los principales retos para lograr el objetivo de la Organización Mundial de la Salud —alineado con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030— de poner fin a las hepatitis víricas como una amenaza para la salud pública para el año 2030. No obstante, en España se observaría un aumento progresivo de las tasas de reinfección a pesar de un acceso cada vez mayor a los antivirales de acción directa. La infección por el VHC puede ser curada a través de un ciclo corto de tratamiento con antivirales. Son muchos los países que se han fijado el reto de cumplir lo dispuesto por la ONU respecto a las hepatitis víricas. Ello conlleva la necesidad de contemplar la microeliminación del VHC en aquellas poblaciones que presentan una mayor incidencia, entre las que se cuentan las personas con VIH. Los resultados del estudio fomentan el optimismo respecto al cumplimiento de los objetivos de la ONU, pero en el caso de España, deberían llevar a evaluar el motivo por el que las tasas de reinfección siguen en aumento. Es posible que el primer paso consista en la realización de un estudio de gran tamaño para confirmar esta tendencia y la puesta en marcha de programas encaminados a su frenado, en caso de confirmarse.

6 BOTSWANA LOGRA LOS OBJETIVOS 95-95-95

Botswana se ha convertido en uno de los pocos países en superar el objetivo 95-95-95 del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), según confirmó una encuesta basada en la población. La encuesta arroja que el 95,1% de las personas que viven con el VIH en Botswana conocía su estado, casi todos ellos (98%) están ya en terapia antirretroviral (TAR) y, a su vez, el 97,9% de los que están en tratamiento han alcanzado la supresión viral. Desde que se ofreció tratamiento gratuito contra el VIH a todos sus ciudadanos, Botswana ha ampliado la cobertura e implementado programas que brindan tratamiento inmediato a las personas que dan positivo en la prueba del VIH. **Madisa Mine**, del Ministerio de Salud y Bienestar, señaló que su país está bien posicionado para poner fin a la epidemia de VIH en 2030 a pesar de que aproximadamente uno de cada cinco adultos en Botswana vive con el virus.

7 BCN CHECKPOINT EN AIDS 22

Como dato significativo, la única ponencia de una asociación comunitaria española en el encuentro de Montreal fue realizada por BCN Checkpoint. La presentación, un estudio realizado en el centro comunitario de Barcelona que dirigen **Ferran Pujol** y **Michael Meulbroek**, pone de manifiesto que la prevalencia de hepatitis C en hombres que tienen sexo con hombres y son seronegativos es menor en usu-



Actos de protesta durante AIDS 22. ©JORDI RUIZ CIRERA/IAS

rios de profilaxis preventiva frente al VIH. Estos resultados sugieren que el cribado selectivo puede ser eficaz para futuras estrategias de prueba y tratamiento del VHC. El uso de la carga viral como método de cribado, con sus criterios específicos, puede aumentar el rendimiento de los programas de cribado. Los centros comunitarios desempeñan un papel importante en la detección de casos en personas no comprometidas con el sistema sanitario o en subpoblaciones con dificultades para acceder al sistema público.

8 LA POLÉMICA DE LOS VISADOS

La 24ª Conferencia Internacional del Sida cosechó también una fuerte polémica ajena a los avances científicos. El Gobierno de Canadá, país anfitrión, denegó el visado a muchos de los participantes y delegados, especialmente a aquellos procedentes de países del sur, como la Alianza Africana para la Prevención del VIH. “Me siento profundamente disgustada por el elevado número de denegaciones y visados pendientes que han impedido la entrada en Canadá a muchos delegados inscritos, entre ellos el personal y los dirigentes de la IAS”, se quejó en la ceremonia de inauguración **Kamarulzaman**, quien atribuyó las dificultades de los asistentes a un problema de “inequidad global” y “racismo sistémico”. La propia **Winnie Byanyima**, directora del Programa de Lucha contra el VIH de las Naciones Unidas (ONUSIDA), denunció con un tuit las barreras que ella también encontró: “Estoy en el aeropuerto de Ginebra, en la puerta de embarque, con la tarjeta de embarque en la mano de camino a #unaids2022. Casi me niegan el embarque, con todos los documentos examinados una y otra vez, las llamadas realizadas... Embarqué la última. A cientos de personas en el sur se les han negado visas y no asistirán. ¡Injusto, racista!”, escribió. **Adeeba Kamarulzaman**, **Jean-Pierre Routy** y **Darrell Tan**, del equipo directivo de IAS, escribieron una carta de protesta al primer ministro de Canadá, **Justin Trudeau**, en la que señalaban su “profunda decepción por la decisión de Canadá de negar la entrada al país a cientos de delegados registrados (...). “Excluir a estos delegados, que provienen de las comunidades y países más afectados por el VIH, es un duro golpe para los esfuerzos de la comunidad mundial del VIH para volver a encarrilar la respuesta al VIH”.

Fast-Track Cities / Sevilla

Las ciudades ponen a las comunidades en el centro de la lucha contra el VIH

● Más de 400 ciudades firman la Declaración de Sevilla, que sustituye a la Declaración de París y supone un nuevo acuerdo mundial con diez nuevos compromisos para acabar con el VIH antes de 2030.

Bajo el lema “Liderando juntos”, la conferencia Fast-Track Cities 2022, celebrada en Sevilla, ha supuesto un salto en el compromiso de las ciudades por la erradicación del VIH, la tuberculosis y las hepatitis víricas en 2030. Las más de 400 ciudades de todo el mundo que ya forman parte de la red han firmado un nuevo documento, la denominada Declaración de Sevilla, que incluye diez compromisos que hacen de las comunidades un actor imprescindible para la consecución del objetivo. Hay casi 130 municipios españoles ya adheridos a Fast-Track Cities (FTC), de los cuales Sevilla fue la primera en incorporarse a la red en 2015. España es el país europeo con mayor número de municipios adheridos a FTC después del impulso registrado este mismo año.

La red FTC se presentó en 2014, el Día Mundial de la lucha contra el Sida de ese año, con la firma de la Declaración de París por parte de 26 ciudades de todo el mundo. Los firmantes se comprometían a situar a las personas en el centro del trabajo, a promover los derechos humanos de las poblaciones marginadas y a garan-

tizar que las respuestas sanitarias contra el VIH, la tuberculosis y las hepatitis víricas se ajustaran a las necesidades locales.

Ocho años más tarde, el documento firmado en Sevilla pone de manifiesto que alcanzar estos objetivos requiere que las comunidades pasen a liderar las respuestas de manera activa. De esta manera, el compromiso de FTC se une a la declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2021, donde se dejaba

«Los ayuntamientos, que son las administraciones más cercanas al ciudadano, juegan un papel muy relevante en la concienciación general y también para llegar, desde los servicios comunitarios y junto a agentes y oenegés que trabajan en la ciudad, a aquellos colectivos de mayor riesgo»

JOSÉ ZÚÑIGA
PRESIDENTE DE IAPAC



● España es el país europeo con más municipios (130) adheridos a la red mundial de ciudades contra el VIH.

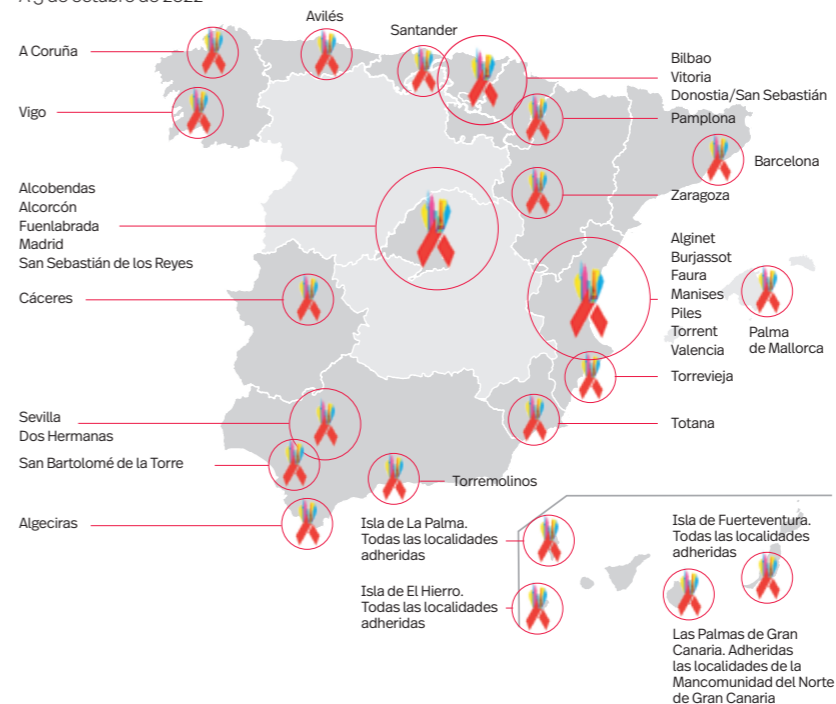
claro que “no alcanzaremos nuestros objetivos o metas sin la participación significativa de las comunidades afectadas”. La ONU instaba allí también a un compromiso expreso para garantizar que las comunidades estén incluidas en todo lo referente a VIH y la salud sexual, incluidos la planificación, la ejecución y el seguimiento.

“Básicamente, la iniciativa Fast-Track Cities es un compromiso a nivel local para unir esfuerzos municipales y acelerar la respuesta al VIH”, explica Jorge Garrido, director ejecutivo de Apoyo Positivo y coordinador comunitario de la red Fast-Track Cities en España. Para Garrido, la Declaración de Sevilla supone un avance importante: “La comunidad ha tenido un papel fundamental. Muchas entidades sociales que ya trabajábamos en prevención cogimos la hoja de ruta marcada por París y la llevamos a las ciudades, que son el núcleo donde se concentran las enfermedades. Es un hito que sea una ciudad española la que marque un cambio de paradigma”.

Sobre la base de los éxitos de las últimas tres reuniones globales de la red FTC, la conferencia de este año ha brindado un espacio de diálogo interactivo para apoyar una red de “ciudades conectadas”. Se trata de fomentar el intercambio y la coopera-

MAPA DE LAS ‘FAST-TRACK CITIES’ ESPAÑOLAS

A 3 de octubre de 2022



ción entre líderes gubernamentales, funcionarios de salud pública, proveedores de servicios clínicos, expertos en salud urbana y representantes de la sociedad civil de las ciudades FTC actuales. Y de sumar más ciudades a la red en los años venide-

«La comunidad ha tenido un papel fundamental. Muchas entidades sociales que ya trabajábamos en prevención cogimos la hoja de ruta marcada en París y la llevamos a las ciudades, que son el núcleo donde se concentran las enfermedades. Es un hito que sea una ciudad española la que marque un cambio de paradigma»

JORGE GARRIDO
DIRECTOR EJECUTIVO DE
APOYO POSITIVO



ros para alcanzar el objetivo 95-95-95: que un 95% de personas que tienen VIH esté diagnosticado; que el 95% de las diagnosticadas tenga acceso al tratamiento; y que el 95% de las que tienen acceso al tratamiento alcancen una carga viral indetectable. A ellos, se suma el reto de un cuarto 95: que estas personas sufran ‘cero discriminación’ y disfruten de una buena calidad de vida.

A pesar de la pandemia de covid-19, la red FTC continúa acelerando sus respuestas al VIH, la tuberculosis y las hepatitis víricas. También, participa en los esfuerzos para eliminar la inequidad, la marginación social y el estigma como parte de una agenda de transformación social más amplia para hacer que ciudades y municipios sean inclusivos, resilientes y sostenibles.

José Zúñiga, presidente de la Asociación Internacional de Proveedores de Atención del Sida (IAPAC), uno de los socios principales de FTC, destaca la labor de las ciudades en la lucha contra el VIH: “Los ayuntamientos, que son las administraciones más cercanas al ciudadano,



Los 10 compromisos para poner a las comunidades en el centro

- 1 **Salvaguardar la dignidad y los derechos de las comunidades** afectadas por el VIH, la tuberculosis y la hepatitis viral.
- 2 **Cumplir los objetivos de las Naciones Unidas** para las respuestas al VIH, la tuberculosis y las hepatitis víricas dirigidas por la comunidad.
- 3 **Incluir la representación de la comunidad** en todas las etapas de las respuestas al VIH, la tuberculosis y la hepatitis viral.
- 4 **Facilitar el seguimiento de las respuestas al VIH, la tuberculosis y la hepatitis vírica** por parte de la comunidad.
- 5 **Mejorar la transparencia y la comunicación** para facilitar la participación de la comunidad.
- 6 **Desarrollar estrategias de divulgación** para identificar y llegar a todas las partes interesadas de la comunidad.
- 7 **Apoyar a los trabajadores sanitarios de la comunidad**, a los líderes de pares y a otras personas cercanas a las comunidades.
- 8 **Trabajar para eliminar el estigma y la discriminación** contra y dentro de las diversas comunidades.
- 9 **Conectar las comunidades locales con las redes mundiales** de VIH, tuberculosis y hepatitis vírica.
- 10 **Informar anualmente sobre los progresos realizados** para situar a las comunidades en el centro del trabajo.

juegan un papel muy relevante en la concienciación general y también para llegar, desde los servicios comunitarios y junto a agentes y oenegés que trabajan en la ciudad, a aquellos colectivos de mayor riesgo”.

José Ramón Arribas: “Mi principal preocupación es que la persona con VIH vuelva a la consulta”

Leva muchos años dedicado a la investigación del VIH. Desde su punto de vista, ¿cuál ha sido el logro que más le ha marcado en todos estos años?

R: Sin duda alguna, la terapia antirretroviral. La llegada de la terapia antirretroviral (TAR) en 1996 supuso un cambio radical para las personas con VIH. Vamos a decirlo claramente, dejaron de morir.

P: Si ahora pensase en el futuro, ¿qué es lo que más le gustaría ver? ¿Y cómo de posible cree que será alcanzar este logro?

R: Lo que más me gustaría ver es una vacuna, aunque la cosa está bastante complicada.

P: ¿No lo ve factible a corto plazo?

R: No a corto plazo, desde luego. En otras enfermedades muy graves, como el ébola, sabíamos que era posible una vacuna porque el cuerpo produce anticuerpos que curan la enfermedad. Pero con el VIH no se puede porque, literalmente, tenemos que enseñar al cuerpo a hacer algo que no sabe hacer. Por eso, lo veo muy complicado. Así como la terapia antirretroviral es un gran éxito, la vacuna contra el VIH es, de momento, un fracaso. Es un proyecto científico extraordinariamente complicado.

P: En 2020 las cifras reflejaban que estábamos cerca de alcanzar el objetivo

90-90-90 de ONUSIDA. Con la llegada del covid-19 se frena todo. ¿Cómo podemos reactivar la lucha contra el VIH para lograr los nuevos objetivos fijados para el 2030?

R: El covid-19 ha hecho que no sepamos, ahora mismo, en qué situación nos encontramos. **Creo que en Europa, y en España en concreto, vivimos en la complacencia: tenemos un número de infectados que es, entre comillas, soportable para el sistema sanitario y para sociedad.**

Y yo creo que eso es un error: hay que recuperar impulso. Tenemos muchas estrategias para evitar que las personas se infecten, las herramientas están ahí. Lo que falta es decisión. Es un poco frustrante que, existiendo las herramientas, no podamos alcanzar los objetivos.

P: ¿Cuál de los tres objetivos requiere un mayor esfuerzo?

R: En España, el primero, el diagnóstico. Hay un 13% de personas que está infectado y no lo sabe. En este caso, quiero recordar que casi la mitad de esas personas ha tenido algún contacto con el sistema sanitario en los dos últimos años, así que no estamos haciendo un buen trabajo. No estamos haciendo todos los test que tendríamos que hacer. Es algo que necesita un mayor impulso en España.

P: ¿Qué medidas habría que impulsar?

R: Más test. O aumentar el conocimiento de la población. Hace mucho tiempo que

no se hacen campañas sanitarias focalizadas en grupos con prácticas sexuales de riesgo para que sepan que tienen muchísimo que ganar al hacerse la prueba: si sale negativo, les podemos ofrecer prevención: preservativo, o profilaxis post-exposición. Si sale positivo, les podemos poner el tratamiento cuanto antes, lo que hará que su carga viral sea indetectable, o sea, que no podrá transmitir el virus. Y luego, hay que poner el foco en las personas desfavorecidas e inmigrantes. Tenemos que eliminar todas las barreras posibles para que se puedan incluir en el sistema sanitario, de una manera que les resulte aceptable, ya que, en estos colectivos, por temas culturales, hay mucho estigma. Fomentar las pruebas diagnósticas en los Servicios de Urgencias y en Atención Primaria también puede ayudar a mejorar, claro que sí. Eso hay que generalizarlo.

P: Si preguntamos...

R: ¡Espera, espera! Hay una cosa más que no he mencionado y quiero añadir. Uno de los desafíos que tenemos es la renovación generacional, el reemplazo de los médicos que nos dedicamos a las personas con VIH, ya que muchos nos acercamos a la edad de jubilación. España es el único país europeo que no reconoce a las enfermedades infecciosas como especialidad y eso está complicando el relevo generacional. Es algo muy difícil de explicar. Llevamos esforzándonos muchos

«España es el único país europeo que no reconoce a las enfermedades infecciosas como especialidad y eso está complicando el relevo generacional»

años, pero con poco éxito, para que se reconozca el tema. A ver si este año...

P: Retomo la pregunta. Si preguntamos por fármacos ¿qué necesidades tiene que cubrir un tratamiento para el rápido control del VIH?

R: La verdad es que los tratamientos que tenemos ahora son impresionantes. Cuando vienen las personas infectadas, es muy gratificante poder decirles que el tratamiento está simplificado de una manera enorme, sólo una pastilla y una vez al día, en la mayoría de los casos. Aunque esto no puede suponer una banalización

del tema porque se trata de un tratamiento de por vida, así que mucho mejor no infectarse. Y lo que está a la vuelta de la esquina es aún mejor. Me refiero a los tratamientos de acción prolongada, que para ciertos colectivos supondrán reducir estigma, tanto porque actualmente la pastilla diaria les recuerda su estado como porque es complicado ocultar la situación a las personas con las que convives si tomas una pastilla todos los días.

P: Decía hace un segundo que no hay que banalizar, ¿se ha banalizado?

R: Bueno, yo creo que en cierto sentido sí. Hay una generación que no ha visto morir a personas con VIH. Cuando eso se ve, se tiene un poco más de respeto. Y mucha gente no es muy consciente de que esto es una enfermedad incurable. Hay que tener en cuenta, también, que existen minorías muy desfavorecidas para las que el VIH supone una crisis más dentro de un montón de crisis que tienen.

P: Hoy, cuando la mayoría de los pacientes que acuden a la consulta tienen su carga viral indetectable, ¿cuál es su principal preocupación con el paciente?

R: Mi objetivo principal es que vuelva a la consulta, que no la deje. Esto es: la adherencia a la consulta. Y explicarle que no se acaba el mundo y que puede llevar una vida absolutamente normal, en cantidad y en calidad. Una vida sexual normal, con hijos... Hay un grupo, afortunadamente minoritario, que tiene muchas crisis personales y sobre el que tenemos que ser especialmente vigilantes. Otro desafío que tenemos es el envejecimiento. Las personas que viven con VIH van cumpliendo años y tenemos que hacer muchas consultas asociadas a las comorbilidades del envejecimiento. Hay que insistir en cosas que pueden parecer tan simples como dejar de fumar o hacer deporte, que es el mejor fármaco contra el envejecimiento.

P: Y luego está la adherencia terapéutica...



«Hace mucho tiempo que no se hacen campañas sanitarias focalizadas en grupos con prácticas sexuales de riesgo, que sepan que tienen muchísimo que ganar al hacerse la prueba»

«Primaria y Urgencias deben ser unos agentes que participen mucho más en realizar las pruebas diagnósticas»

«Hay que recuperar impulso. Tenemos muchas estrategias para evitar que las personas se infecten. Lo que falta es decisión (...) es un poco frustrante que, existiendo las herramientas, no podamos alcanzar los objetivos»

R: Nos han ayudado mucho los avances terapéuticos. Cuando viene recién diagnosticada una persona y uno le dice que puede empezar el tratamiento en unos días y que va a controlar el virus en un mes y medio, tomando una pastilla al día, le cambia el chip. Esto favorece mucho la adherencia. Quien no es capaz de hacerlo, normalmente es porque tiene muchos otros problemas en su vida. Hay gente que no puede venir a la consulta porque no tiene dinero para coger el autobús. Estas cosas existen, aunque sea minoritario. Por eso, en países como España, tenemos que lograr el objetivo 100-100-100. Tenemos la capacidad para hacerlo.

P: La calidad de vida de las personas con VIH, ¿debe ser este el foco?

R: También. El primer día de consulta debemos informar a la persona con VIH de que va a poder llevar la vida que quería llevar, independientemente de que tenga VIH. Hay que trabajar por la calidad de vida a largo plazo, teniendo en cuenta otras comorbilidades, sean psiquiátricas o de otra índole, que hay que tratar también, y que se van relacionando con el envejecimiento.

P: Habla de las comorbilidades psiquiátricas. El tema de la salud mental

tiene mucha prevalencia en personas con VIH, pero hay veces que pasa desapercibido.

R: Sí, y te llega de sorpresa. Porque, aunque tenemos más tiempo para consulta que los médicos de primaria, muchas veces es complicado tocar todos los aspectos de la salud del paciente, y a veces esto se nos pasa. Hay que tenerlo también presente. Todas las guías recomiendan, por lo menos una vez al año, preguntar sobre salud mental.

P: ¿Pueden los cuestionarios PRO ayudar en esta tarea?

R: Las opiniones de los pacientes, a través de los PROs, pueden jugar un papel muy importante. Hay dos cosas que siempre hay que hacer con los pacientes: una es preguntar cómo se sienten, cómo va el esfuerzo que tienen que hacer para tomar la medicación. No se nos puede olvidar que, aunque se trata sólo de una pastilla al día, eso supone un esfuerzo. La otra cosa que hay que hacer es informar de las pruebas y alternativas terapéuticas que existen, no se pueden enterar por la prensa. Es bueno tomar algunas decisiones de manera compartida.

P: ¿Quién debería gestionar los PROs para una mayor eficacia? ¿Los médicos, los farmacéuticos, los enfermeros?

R: Yo creo que un poco todos. La farmacia no es sólo dispensar la medicación. Los farmacéuticos pueden ser unos aliados estupendos a la hora de evaluar los PROs.

P: El covid-19 ha traído la teleasistencia, pero ¿cree que esto puede provocar alguna carencia? ¿La pueden suplir los PROs?

R: Es admirable cómo las farmacias de los hospitales han mantenido la prescripción de antirretrovirales durante épocas muy difíciles y con seguridad. Y sí, tener una entrevista estructurada con el paciente o a través de una aplicación, que el propio paciente pueda completar, es muy útil y completa a la telemedicina. Me interesa mucho.

P: En mayo parece la viruela del simio irrumpe de golpe en España ¿qué ha pasado?

R: La verdad es que aquí, en IdiPaz, uno de nuestros adjuntos llevaba tiempo advirtiéndome de que esto iba a pasar porque estaban aumentando mucho los casos de monkey pox en África. El problema está en no asumir que vivimos en un mundo absolutamente globalizado y que lo que está pasando en África, egoístamente, te interesa atajarlo porque te va a acabar afectando. Y luego, el virus se ha aprovechado de un nuevo mecanismo de transmisión como el contacto estrecho en las relaciones sexuales.

P: Esto ha puesto de nuevo el foco en las infecciones de transmisión sexual (ITS)...

R: Tenemos en todo el mundo un incremento de ITS. En ese sentido, la extensión de la profilaxis preventiva es una oportunidad no sólo para el VIH, también para testar otras ITS en los pacientes, que en muchos casos son asintomáticos.

P: Nuevas prácticas como el chemsex o las redes sociales ¿están favoreciendo este incremento?

R: Son factores que influyen, desde luego. Y luego, bueno, hay que incidir en la educación sexual. Mucha gente piensa o puede pensar que porque tomas PrEP estás protegido, pero hay algunas amenazas a la vuelta de la esquina.

P: Con la cronicidad del VIH, los pacientes van cumpliendo años y aparecen las comorbilidades propias del envejecimiento. En su opinión, ¿debería tener atención primaria la responsabilidad del control y manejo de las comorbilidades?

R: En un mundo ideal, debería poder darse esta situación para ayudarnos, pero la realidad es que están desbordados. Los especialistas en VIH seguimos siendo los médicos de referencia de la persona con VIH, para todo. En muchas ocasiones, hay una historia larguísima

«El problema está en no asumir que vivimos en un mundo absolutamente globalizado y que lo que está pasando en África, egoístamente, te interesa atajarlo, porque te va a acabar afectando»

de seguimiento y el médico especialista, que hace continuos chequeos al paciente, se convierte en un médico de atención primaria para esa persona. Para nada es una crítica a los médicos de primaria, simplemente es que están desbordados.

P: En los próximos cinco años, ¿qué cambios cree que vamos a ver en las consultas de los especialistas en VIH?

R: Yo creo que van a suceder algunas cosas. En primer lugar, la extensión de la profilaxis preventiva (PrEP). Eso lo vamos a ver. Aunque no tenemos recursos para hacerlo por ahora, para extender la PrEP, trabajaremos más en ello. Lo siguiente que podemos esperar va a ser la extensión de las terapias de acción prolongada, van a llegar más avances en esta línea, que supondrán un cambio. Y luego, también lo hemos mencionado, el reconocimiento de la salud integral de los pacientes, que traerá el uso más eficaz de los PROs para alcanzar el cuarto 95. Por cierto, otro de los grandes retos que tenemos por delante es acabar o reducir el diagnóstico tardío. No lo había mencionado. Seguimos con esta lacra de casi un 50% de las personas que llegan con diagnóstico positivo e índices de CD4 de menos de 350. Ojalá en estos cinco años mejoremos nuestra capacidad diagnóstica y se hagan muchas más pruebas.



FOTOGRAFÍAS / LUCÍA ANTEBI



PERFIL

● José Ramón Arribas es médico del Hospital de La Paz de Madrid.

● Jefe de la Sección de Medicina Interna y coordinador de la Unidad de Aislamiento de Alto Nivel del Hospital Universitario La Paz de Madrid, así como director del grupo de investigación de SIDA y Enfermedades Infecciosas del Instituto de Investigación IdiPAZ.

● Presidente de Gesida, Grupo de Estudio del Sida de la SEIMC (Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica).

● Profesor asociado de Enfermedades Infecciosas de la Facultad de Medicina

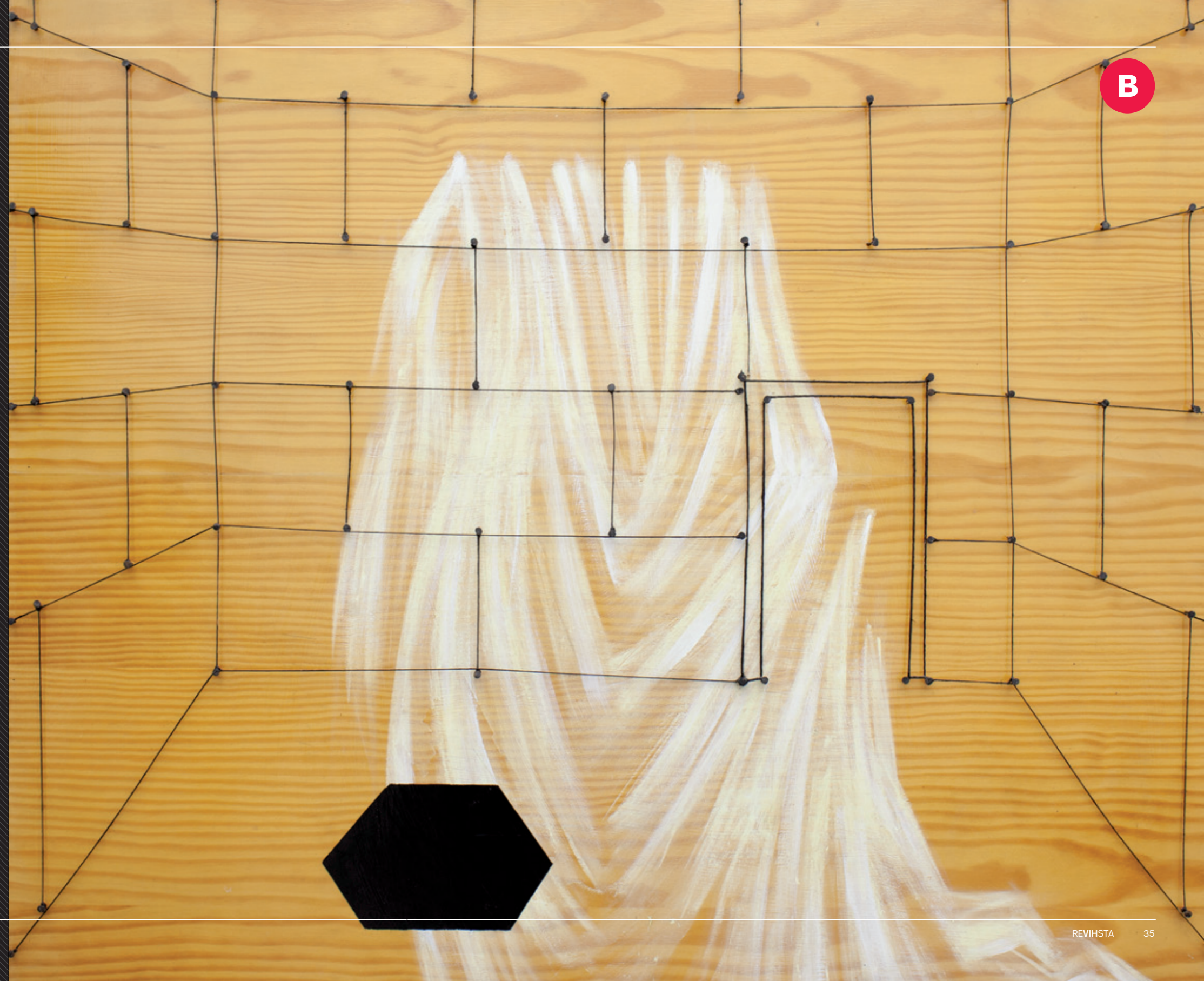
de la Universidad Autónoma de Madrid, ha sido autor o coautor de más de 350 artículos en revistas de difusión nacional e internacional, la mayoría sobre VIH y virus emergentes.

● 'Chair' del panel de tratamiento antirretroviral de las guías de la European AIDS Clinical Society, miembro del panel de las guías de tratamiento antirretroviral de Gesida e integrante del comité editorial de Lancet HIV, Antiviral Therapy y Open Forum in Infectious Diseases, y, recientemente, ha sido nombrado editor asociado de la revista Clinical Infectious Disease.



Cuestiones actuales

B



□ PEPE ESPALIÚ: 'DENTRO DE POCO', 1997

Las ITS se han disparado en España en España en los últimos años. Entre 2016 y 2019 los casos de clamidia, gonorrea, sífilis y tricomoniasis han aumentado un 159% en mujeres y un 114% en hombres. La preocupación de los profesionales es grande.

LA VIRUELA DEL SIMIO SACA A LA LUZ UN FUERTE AUMENTO DE LAS ITS

El 18 de mayo aparecieron en España los primeros casos de viruela del simio. Ese día, Madrid notificó ocho sospechosos. Tras la secuenciación parcial del virus, el Ministerio de Sanidad confirmó siete el 20 de mayo. Otras 31 muestras también dieron positivo.

A partir de ese momento, la cifra de infectados comenzó a dispararse. No sólo en nuestro país. Los infectados se multiplicaban por todo el mundo. Saltaron las alarmas. Después de que se hubieran declarado 16.000 casos (cinco de ellos mortales) en 75 países, muchos de ellos en Europa, donde la enfermedad no era endémica, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a finales de junio la emergencia de salud pública de importancia internacional. Los casos sólo comenzaron a remitir a final de agosto. A fecha de octubre, se han producido más de 7.000 en España y alrededor de 65.000 en el mundo, de los que 62.000 se han producido en lugares donde tradicionalmente no había constancia de este virus.

En un principio, se sospechó que la vía de transmisión era sexual, debido a que los casos se estaban produciendo en hombres que habían tenido sexo con hombres (HSH). Eso hizo que volvieran al ima-

«Es probable que la extensión de la viruela del simio entre HSH tenga la misma causa que las ITS y sea debido al aumento de la frecuencia de relaciones sexuales no protegidas»

SANTIAGO MORENO
JEFE DE LA UNIDAD DE INFECCIOSAS DEL HOSPITAL RAMÓN Y CAJA DE MADRID

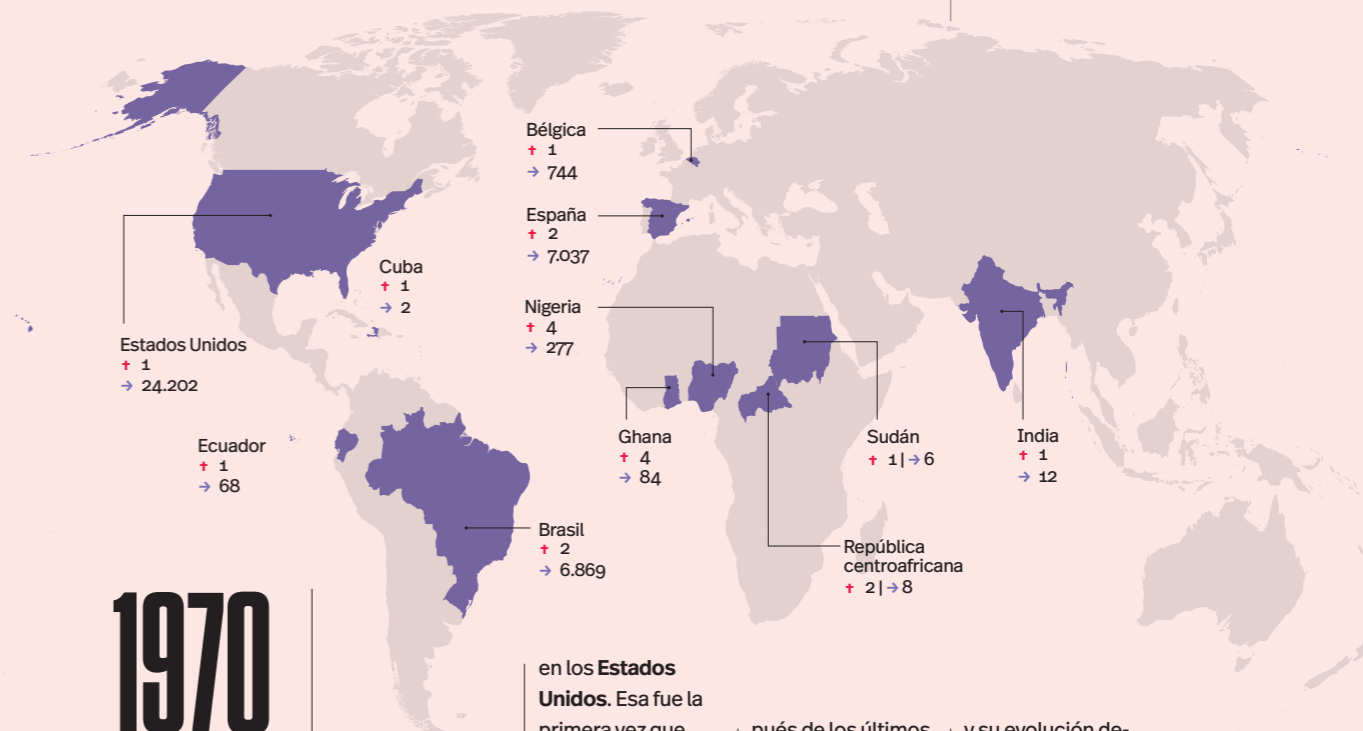


ginario colectivo los viejos temores de los años ochenta con el VIH; con ellos, volvieron a aflorar también algunos estigmas. Se debatió, incluso, cambiar el nombre de la enfermedad para evitarlos. **Santiago Moreno**, jefe del departamento de Infecciosas del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, cree que “es probable que la extensión de la viruela del simio entre HSH tenga la misma causa [que las ITS] y sea debido al aumento de la frecuencia de relaciones sexuales no protegidas”. Moreno está convencido de que tarde o temprano se admitirá la transmisión sexual de este virus, si bien esta aceptación aún no se ha producido.

Meses después de los primeros casos, los datos científicos han demostrado varias cosas. En primer lugar, que la viruela del simio es una enfermedad leve en la gran mayoría de los casos, nada que ver con las situaciones producidas por el VIH hace más de cuatro décadas. Es cierto que, con frecuencia, es dolorosa (pústulas en la zona genital y anal, inflamación del glande y del recto, amigdalitis...) y que cuatro de cada diez pacientes necesitan tratamiento médico, según un estudio español publicado en la revista The Lancet. Pero la cosa no suele pasar de ahí. A finales de septiembre, sólo constaban 20 fallecidos en todo el mundo, de los que España sumaba dos, según los datos de los Centros para el control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos y del Ministerio de Sanidad español.

La otra cosa que ha demostrado la evidencia científica es que la vía de transmisión parece ser múltiple. En brotes anteriores de viruela del simio, explica **Oriol Mitjà**, experto en enfermedades infecciosas del Hospital Germans Trias de Barcelona, “se asumía que las gotitas de la saliva eran la forma de contagio más habitual, algo que también se había visto en modelos animales. Los nuevos datos nos hacen pensar que las infecciones a través de las vías respiratorias son muy bajas. Ahora, hay una

¿Qué es la viruela del simio?



PAÍSES QUE HAN REGISTRADO VÍCTIMAS MORTALES POR VIRUELA DEL SIMIO

A 20 de septiembre de 2022

+ MUERTES | → CASOS

1970



● La viruela del simio apareció por primera vez en seres humanos en 1970 en la República Democrática del Congo, una región en la que la viruela se había erradicado dos años antes. El primer paciente, un niño de nueve años.

● Desde entonces, la mayoría de los casos notificados procede de regiones rurales de la selva tropical de la cuenca del Congo y de África occidental, en particular de la República Democrática del Congo, donde se considera endémica.

● En la primavera de 2003 se confirmaron casos de viruela del simio

en los Estados Unidos. Esa fue la primera vez que se detectaba la enfermedad fuera del continente africano. La mayoría de los pacientes había tenido un contacto estrecho con perros de la pradera domésticos que habían sido infectados por roedores africanos importados al país.

● En 2017, Nigeria sufrió el mayor brote documentado, aproximadamente cuarenta años des-

pués de los últimos casos confirmados. ● El periodo de incubación (intervalo entre la infección y la aparición de los síntomas) de la viruela del simio suele ser de 6 a 16 días, aunque puede variar entre 5 y 21 días. Además, suele ser una enfermedad autolimitada, con síntomas que duran de 14 a 21 días. Los casos graves se producen con mayor frecuencia entre los niños

y su evolución depende del grado de exposición al virus, del estado de salud del paciente y de la gravedad de las complicaciones. ● Según la OMS, la tasa de letalidad ha variado mucho en las distintas epidemias, pero ha sido inferior al 10% en los eventos documentados. La mayoría de las defunciones se produce en niños pequeños. En general, los grupos de

edad más jóvenes parecen ser más susceptibles.

7.037

● ¿Y en España? Del total de casos de viruela del simio registrados en el mundo (65.000), 7.000 corresponden a España.

! A MENOS ANTICONCEPTIVOS, MÁS INFECCIONES

158,93%

Entre 2016 y 2019, patologías como la clamidia, la gonorrea, la sífilis y la tricomoniasis han aumentado en un **158,93% en mujeres y en un 113,83% en hombres** en España.

50,10%

Es el porcentaje de jóvenes que reconoce que no utiliza método anticonceptivo alguno si practica sexo oral, según la encuesta realizada por la Sociedad Española de Contracepción (SEC) en 2019.

inoculación local y seguramente una replicación también local [en los alrededores de la zona que entra en contacto con el virus]”, asegura.

Los datos extraídos de pacientes estudiados indican que la carga viral es mayor en las lesiones que en las muestras extraídas de la faringe. De ahí, se deduce que la vía aérea es menos relevante para el contagio que el contacto físico directo, lo que explicaría por qué los encuentros sexuales están siendo la principal vía de transmisión: el 80% de los casos, según las estadísticas de Sanidad.

Si el contacto físico es la principal vía de transmisión del brote, no se explica por qué la enfermedad se ha producido sobre todo entre HSH, y sólo en menor medida en personas heterosexuales. Santiago Moreno lo achaca a la frecuencia de relaciones sexuales que, por definición, implican contacto estrecho y favorecen la transmisión por las vías clásicas: respiración o contacto con lesiones cutáneas. **“Si a esto sumamos la potencial transmisión por vía sexual, la ausencia de protección en las relaciones explicaría esa alta frecuencia y la rapidez de diseminación”**, detalla.

AUMENTO EXPONENCIAL DE ITS

Aunque no se haya demostrado que sea propiamente una ITS, lo que sí ha favorecido la viruela del simio es que volvamos a poner el foco en las infecciones de transmisión sexual. Los datos revelan que se han disparado a niveles históricos. Según datos del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), dependiente del Ministerio de Ciencia e Innovación, entre 2016 y 2019 patologías como la clamidia, la gonorrea, la sífilis y la tricomoniasis aumentaron un 158,93% en mujeres y un 113,83% en hombres. España se encuentra a la cola de Europa en pruebas para detectar ITS. Todo ello, sin olvidar que cada año se diagnostican alrededor de 3.500 casos nuevos de VIH.

Pero hay más datos preocupantes. Las ITS se han disparado de manera mucho más acusada entre las mujeres. El reciente informe ‘ITS en mujeres en España’, publicado por el Observatorio Bloom, señala que en diez años los casos han aumentado un 1.073%. Especialmente llamativa es el grupo de jóvenes de 15 a 24 años: acapara el 50% de los casos. Clamidia, gonorrea y VIH son las patologías más diagnosticadas entre las españolas. “No es solamente en

España, sino en todas partes del mundo. Y no es de ahora, es de siempre. Solamente cuando la transmisión del VIH obligó a ser cauto en las relaciones sexuales, con disminución de su frecuencia y un aumento de la protección, se registró una disminución en el diagnóstico de ITS. Cuando el VIH se convirtió en una enfermedad tratable, de la que ya no se morían las personas afectadas, las prácticas sexuales no protegidas volvieron a ser la norma, sobre todo en gente joven, y las ITS aumentaron de nuevo”, pone sobre la mesa el doctor Moreno.

Los datos de la OMS indican que, en 2020, el número de personas que contrajo linfogranuloma, sífilis, clamidia o gonorrea en el mundo ascendió a 374 millones. La gonococia o la sífilis han aumentado en Estados Unidos alrededor del 50% con respecto a años anteriores y la sífilis congénita un 235% con respecto a 2016. En Europa se cuentan más de 400.000 casos

«Cada vez se tiene antes la primera relación sexual. Muchos jóvenes han dejado de utilizar el preservativo como principal herramienta preventiva»



MAR VERA
PRESIDENTA DEL GRUPO DE ESTUDIO DE ITS DE LA SEIMC.

«Es importante conocer cuáles son las prácticas sexuales habituales, ya que puede que la infección no se encuentre en la vagina y sí aparezca con una muestra faríngea o anal»



RAQUEL OLIVA
PORTAVOZ DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

anuales de clamidia y 100.000 casos de gonococia, lo que supone un incremento del 22%. El diario británico ‘The Guardian’ citaba a primeros de octubre a expertos en salud de Estados Unidos que advierten que las enfermedades de transmisión sexual están “fuera de control”. Los nuevos casos de sífilis alcanzaron el año pasado su nivel más alto desde 1948: más de 52.000. Los casos de VIH también aumentaron un 16%. Algo parecido ocurre en Japón, que registra el nivel más alto de sífilis desde que comenzaron los registros.

CAMBIOS SOCIALES

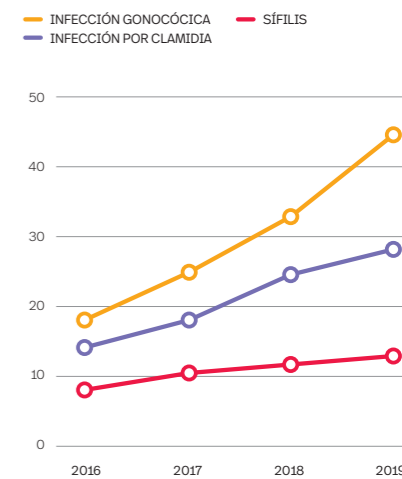
En España, desde la campaña de promoción del preservativo “Póntelo, pónselo”, lanzada en 1986, no se han vuelto a lanzar planes de concienciación consistentes. Se observa una clara falta de educación sexual y de conciencia para entender que el preservativo es mucho más que un método para evitar un embarazo. A esto, se suman los cambios sociales en la forma de entender la sexualidad y de relacionarnos. Las redes sociales hacen que la capacidad que tenemos para interactuar con otros individuos no tenga precedentes. Y la edad de consumo de pornografía se ha adelantado a edades muy tempranas, según el informe ‘Nueva pornografía y cambios en las relaciones interpersonales’, realizado por la Universitat de les Illes Balears y la red Jóvenes e Inclusión en Madrid.

“Cada vez se tiene antes la primera relación sexual. Y muchos jóvenes han dejado de utilizar el preservativo como principal herramienta preventiva”, explica **Mar Vera**, presidenta del Grupo de Estudio de ITS de la Sociedad Española Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). Sólo el 52% de los jóvenes entre 18 y 25 años utiliza preservativo, según la encuesta realizada por la Sociedad Española de Contracepción (SEC) en 2019. Pero es que, además, se trata de usarlo y de usarlo bien. “Es decir, desde el principio hasta el final

de la relación sexual”, recuerda **Raquel Oliva**, portavoz de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO).

En esta misma encuesta, el 59,1% de los jóvenes reconoce que no utiliza método anticonceptivo si practica sexo oral. Por ello, los especialistas insisten en realizar un cribado para poder diagnosticar las infecciones de localización extragenital: en faringe y recto. “Cuando un paciente acude a consulta, es importante conocer cuáles son sus prácticas sexuales habituales, ya que puede que la infección no se encuentre en la vagina y sí aparezca con una muestra faríngea o anal”, explica Oliva, que apunta a una amenaza silenciosa. “La mayoría cursa asintomática. En algunos casos, puede que la mujer experimente un cambio de flujo o que el hombre tenga molestias al orinar”, puntualiza la ginecóloga. En el caso de las mujeres, éstas sufren las infecciones de forma mucho más asintomática que los hombres. Otro fenómeno que ha despuntado en los últimos años y que ha favorecido el aumento de las ITS es el chemsex. Según los expertos, desde 2003 el uso de drogas en el ámbito sexual ha aumentado considerablemente. Pero es desde 2016 cuando esta práctica se dispara debido al fácil acceso a las aplicaciones. El chemsex no entiende de edades, nivel de estudios o poder adquisitivo. Existen además bares de intercambios, saunas y pisos para el encuentro. **“Las redes sociales en general, y las aplicaciones de citas en particular, han revolucionado el contacto entre las personas. Se pueden mantener relaciones no protegidas con gente que acabas de conocer a través de una aplicación y a la que seguramente no volverás a ver.** El chemsex supone mantener relaciones sexuales sin ningún tipo de control, debido al uso de drogas, cuya misión es precisamente esa. Este es un problema de tremenda importancia que tiene que abordarse de modo global en el contexto de la prevención de la transmisión de las ITS y de la salud mental de la población”, concluye Moreno.

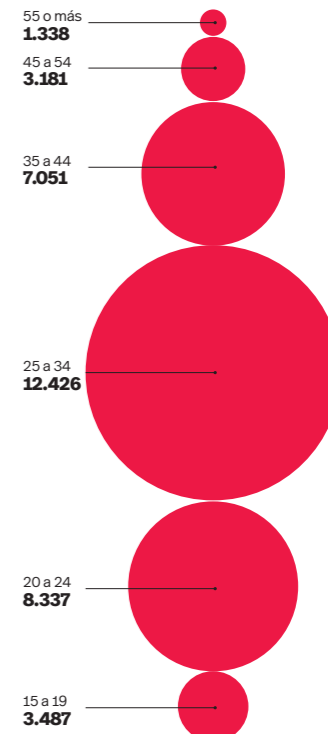
ÍNDICE DE TRANSMISIÓN SEXUAL
Tasas por 100.000 habitantes, 2016-2019



RED NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

CASOS DE ITS POR EDAD

Total de casos*, 2019



* GONORREA, SÍFILIS, CLAMIDIA Y LINFOGRANULOMA
MINISTERIO DE SANIDAD

Josep María Llibre: “Toda la tecnología del VIH se ha aplicado a la hepatitis C. Ésta se cura y el VIH no. Es injusto”



Las consecuencias de la pandemia de covid-19 y otras crisis se han hecho patentes en los últimos datos de ONUSIDA. ¿En qué punto nos encontramos?

Hemos conseguido que el VIH sea una infección crónica, con un tratamiento fantástico, pero todavía no hemos podido erradicarla. Creímos que podríamos bloquear la transmisión con la profilaxis preventiva, con el tratamiento con antirretrovirales para todos los que están infectados, consiguiendo la carga viral indetectable, y alcanzando el diagnóstico de todos los que tengan VIH. La mala noticia es que no lo estamos consiguiendo, y por eso ONUSIDA hace un llamamiento para reforzar estrategias proactivas con campañas de diagnóstico masivo, para ir a buscar a la gente que tiene infecciones y no lo sabe y que la gente que está diagnosticada tome el tratamiento y esté indetectable.

P: ¿Cómo recuperar el tiempo perdido para llegar a los objetivos de 2030?

R: España está en una situación de privilegio porque el sistema sanitario y el tratamiento son gratuitos y la enfermedad se controla por súper especialistas. Esto no sucede en todos los países. Aquí necesitamos grandes estrategias de *screening*, algo en lo que vamos retrasados por un malentendido respecto a la protección de la intimidad de la gente, que nos ha llevado a no hacer cribados masivos de la población sin su consentimiento. En Estados Unidos esto se aprobó hace casi diez años.

P: El VIH ha pasado a ser una infección crónica. ¿Cuáles son ahora los principales retos en el manejo de los pacientes?

R: El término infección o enfermedad crónica a mí no me gusta porque, cuando lo usas, parece que esas personas están sufriendo continuamente, como el que tiene una artritis reumatoide. No, no, no. El tratamiento es tan espectacular que, si se toma bien, la persona no tiene ningún sín-

toma y vive como el resto de la población general. Deberíamos buscar otra palabra.

P: ¿Qué se le ocurre?

R: No sé, tal vez trastorno que requiere de un control crónico.

P: Lo tenemos. Sigamos

R: Estamos en una época que yo llamo de excelencia, gracias a los desarrolladores de fármacos. El gran mérito es de ellos. Ahora, como ya no es una enfermedad mortal, las personas con VIH envejecen, y al envejecer tienen patologías relacionadas con el envejecimiento. El reto es cómo trabajamos con esa gente a la que hemos cuidado con tanto cariño y tantos años. ¿Dejamos que estén controlados en el sistema de atención primaria, a veces está

«La ansiedad, los trastornos del sueño o la depresión son más frecuentes en la gente que tiene VIH y, por lo tanto, el médico está obligado a preguntar por estos temas en cada visita»

cojo y saturado, o los controlamos nosotros? Pero, claro, esto quiere decir que nos tenemos que convertir en expertos en hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia, control de neoplasias ocultas y una serie de trabajos que se hacen en Primaria. . .

P: En esta situación, como dice, los pacientes tienen otros problemas. ¿A qué hay que estar atentos?

R: La salud mental es una parte importantísima de la infección por VIH, por un montón de motivos. Primero, porque estas personas presentan más patología psiquiátrica que la población general. **La ansiedad, los trastornos del sueño o la depresión son más frecuentes en la gente que tiene VIH y, por lo tanto, el médico está obligado a preguntar por estos temas en cada visita. Por eso, en las unidades de VIH normalmente ya hay un psiquiatra o un psicólogo; o hay facilidad de acceso.**

P: Usted suele decir que, siempre que un paciente toma más de un medicamento, es obligación del médico ver si existe interacción.

R: Efectivamente, es una cosa que hay que mirar siempre. ¿Cuál es el problema? Que el paciente no lo ves solo tú, lo ven muchos otros especialistas. En unos casos, hay especialistas a los que el paciente no les dice que tiene VIH; y en otros, el especialista que no es de VIH dice al paciente que, por su problema de corazón, de riñón, de hígado o por su enfermedad reumatológica, tiene que tomar un medicamento y le pide que pregunte a su médico de VIH si es compatible. Eso es complicado porque el paciente puede tener un acceso fácil a su médico al día siguiente o no. Y esto hace que, a veces, los pacientes puedan tomar medicamentos que están formalmente contraindicados con el tratamiento antirretroviral (TAR). Por eso, si encontramos un tratamiento que no tiene riesgo de interacciones, es un seguro para el paciente, aunque en ese momento no esté tomando nada. Porque el TAR lo va a tomar toda su vida y, tarde o temprano, al paciente le sucederá algo por lo que necesitará otra medicación: una urgencia, cualquier infección. . .

P: El aumento del chemsex, ¿está provocando un aumento de las interacciones negativas en los tratamientos?

R: Es una muy buena pregunta. El chemsex no es un problema nuevo. La gente en las fiestas sexuales ha tomado cocaína desde hace décadas. El problema es que las nuevas drogas sintéticas se han extendido y hay todo un abanico de drogas para aumentar la potencia y el tiempo de deseo sexual. No están controladas y todas tienen interacciones con otras sustancias. Por ejemplo, cualquier persona que tome estas drogas no debería tomar nunca un antirretroviral que lleve un potenciador porque se dispara el riesgo de interacciones. ¿Y por qué esto no se ve más? Porque las reacciones por interacciones acaban en Urgencias y el

médico, que está a muchas cosas, no cae en la cuenta de que lo que sucede es una interacción con el TAR.

P: La probabilidad de experimentar un periodo de baja adherencia aumenta a lo largo del tiempo. ¿Cómo tener la garantía de que el paciente va a ser adherente?

R: La infección por VIH es injusta. Si tú tienes hipertensión o diabetes, tu calidad de vida dentro de diez años depende de la media de tiempo que estés bien controlado. Puede que durante un año no lo estuvieras por cualquier cosa, como nos pasa a todos: porque te separaste, te quedaste sin trabajo, tuviste una catástrofe personal... Pero si los otros nueve estuviste bien controlado, no pasa nada. Con el VIH, no ocurre así. **Tú puedes tener una vida perfectamente organizada, pero viene el covid-19, o cierran tu empresa y todo se va al garete. Tu prioridad, que era el control del VIH, pasa a la quinta posición. Y puedes dejar de ir a consulta, dejar de hacerte los análisis o de tomar la medicación. Si pasa esto, es frecuente que desarrolles resistencias a los fármacos para toda la vida.** Y no sólo para un medicamento sino para toda su familia.

P: Entonces, ¿qué se puede hacer?

R: Los médicos tenemos la manía de pensar que a la gente que es buen adherente se le prescribe un medicamento y al mal adherente, otro. Pero claro, ¡es que el medicamento es para toda la vida! Y un paciente puede dejar de ser buen adherente por cualquier motivo. Además, normalmente, cuando alguien empieza un tratamiento y alcanza carga viral indetectable, en las visitas ya no hacemos un interrogatorio a fondo sobre la adherencia. Y, claro, en los seis meses que existen entre cada visita pueden pasar muchas cosas. Por eso, los tratamientos que te dan un margen de error son importantísimos. Y es clave que los médicos tengamos en cuenta que estos medicamentos de alta barrera son importantes para todos, también para los que parecen buenos adherentes.

P: Usted ha comentado alguna vez que las resistencias son prevenibles. ¿Cómo?

R: En nuestro trabajo, siempre se mira primero la eficacia y luego la toxicidad del fármaco. Y la resistencia va aparte, ¿sabes? Pero, como la resistencia está relacionada con una eficacia subóptima del tratamiento, yo pienso que debemos considerarla como un efecto adverso relacionado con el tratamiento. Y es prevenible porque si hubiéramos usado una pauta mejor, seguramente no habríamos visto esa resistencia. En el pasado, que una pauta tuviera entre un 1% y un 2% de resistencias era una cosa aceptada. Pero ahora hay pautas que tienen mínimas resistencias. Esto es muy fuerte. Y, claro, cuando te enfrentas a esa situación, necesitas una buena justificación para no darla.

P: ¿Y por qué no se usan siempre las mismas pautas?

R: Bueno, poco a poco sí se van usando más estas pautas robustas y se van imponiendo en las guías de tratamiento, que

reconocen esta característica. La verdad es que, hasta hace poco, estos tratamientos de alta barrera se ponían sólo en situaciones especiales, porque podían ser menos cómodas o peor toleradas. Pero eso ha cambiado de manera radical, y hay que tenerlos en cuenta para todos los pacientes.

P: ¿Se está apreciando algún tipo de aumento de resistencias en los pacientes más “veteranos”?

R: Hay dos tipos de sujetos veteranos que no tienen nada que ver uno con otro. Uno es el sujeto que envejece sano y se ha diagnosticado recientemente de VIH. Y luego está el sujeto que se diagnosticó de joven y lleva treinta años con VIH. Estos supervivientes, normalmente, han estado expuestos a tratamientos tóxicos en el pasado, han sufrido muchas comorbilidades y tienen peor salud. El que lleva muchos años de tratamientos sí tiene más riesgo de resistencias, claro. No por culpa de él sino por nuestra culpa, ya que no tuvimos tratamientos óptimos durante años. Teníamos fármacos más tóxicos,

«Los médicos debemos tener en cuenta que los medicamentos de alta barrera son importantes para todos, no sólo para los que no son buenos adherentes en un momento concreto»

FOTOGRAFÍAS / LUCÍA ANTEBI



«El paciente tiene que comprender esto: tú puedes estar fantástico, pero si fracasas con la medicación, se puede complicar todo bastante»

«Si tú tienes hipertensión o diabetes, tu calidad de vida dentro de diez años depende de la media de tiempo que estés bien controlado. Con el VIH, no ocurre así»

con barreras frente a la resistencia mucho menores, mucho más difíciles de tomar y, por lo tanto, es normal que el fracaso fuera más alto.

P: ¿Cómo de importante es que el paciente hable de lo que le pasa o que el médico le plantee cuestiones más allá de la medicación?

R: Es importantísimo, y yo diría que la mayoría de los médicos lo hace. Además, el médico está obligado a preguntar proactivamente por toda la toxicidad potencialmente relacionada con el fármaco. Preguntarle, aunque el paciente no diga nada espontáneamente, ¿duermes bien?, ¿tienes un peor estado de ánimo?, ¿malestar abdominal? Es muy común tener problemas en la esfera neuropsiquiátrica y que el paciente los atribuya a problemas en el trabajo o con la pareja. Es una investigación que el médico tiene que llevar a cabo: si esa situación se relaciona con la exposición a ese medicamento en concreto o si ya existía previamente. Y si está relacionado con el fármaco, hay que cambiar la pauta.

P: Mientras no se encuentre una vacuna o una cura, ¿qué herramientas ve con más futuro para el tratamiento de los pacientes con VIH?

R: Toda la investigación va hacia tratamientos con reducción del número de



fármacos y con fármacos más activos durante más tiempo que simplifiquen su aplicación. Tratamientos a seis meses o anuales, administrados de manera intramuscular, subcutánea, con una jeringuilla precarga que se la puede poner el propio paciente, o un implante como los anticonceptivos. Pueden ser orales, pastillas que se administran una vez a la semana o una vez al mes... O sea, la revolución que está llevando a cabo la industria es brutal. Las innovaciones serán aplicables a todo.

El VIH ha sido como una locomotora en materia de investigación: fue la primera patología en la que se llevaron a cabo las reacciones en cadena de polimerasa, las PCR que ahora se aplican a todo diagnóstico. Fíjate con el covid-19. La carga viral, el tratamiento combinado, el genotipo... Y todo esto no sólo se aplica al VIH, esto se aplica en bloque a la hepatitis B, a la hepatitis C, a la oncología. ¡Se ha aplicado toda la tecnología del VIH a la hepatitis C, y va y la hepatitis C se cura y el VIH no! ¡Pero es que se cura de por vida, con tratamientos de dos o tres meses! Esto también es injusto.



PERFIL

● **Josep María Llibre** (Badalona, 1960) es licenciado en Medicina por la Universidad de Barcelona. Especialidad en Medicina Interna y doctor por la Universidad Autónoma de Barcelona.

● Comenzó a atender a pacientes con VIH al inicio de la epidemia, en 1987.

● Ha sido miembro del panel de guías de tratamiento antirretroviral del grupo GeSIDA y asesor experto en tratamiento antirretroviral y hepatitis C del Instituto Catalán de la Salud.

● Está especializado en implicaciones clínicas de la resistencia del VIH-1 y en el análisis de la segu-

ridad y la eficacia en los ensayos clínicos del tratamiento antirretroviral del VIH-1, con especial interés en la eficacia de los fármacos, la farmacoeconomía y la coinfección por hepatitis C.

● Ha publicado numerosos escritos en libros, revistas y webs médicas.

● Ha participado en un elevado número de ensayos clínicos.

● Participa en la formación médica sobre el VIH en España y otros países europeos.

55.000 serologías realizadas en 103 servicios de urgencias adscritos a la Red de Hospitales VIH, más de 600 casos positivos de VIH diagnosticados y entre 1.200 y 2.400 diagnósticos de VIH evitados desde el 1 de enero de 2021. El programa *Deja tu huella*, de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) y el Grupo de Infecciones en Urgencias (Infurg-Semes) está dando sus frutos.

Tras la huella oculta del VIH en Urgencias

El proyecto *Deja tu huella* nació hace dos años para promover los programas de cribado del VIH en los servicios de Urgencias españoles. Según datos del Ministerio de Sanidad y del Plan Nacional del Sida (PNS), el número anual de diagnósticos no disminuye, el diagnóstico tardío de la infección ocurre en casi la mitad de los casos (48%) y más de un 13% de pacientes no sabe que está infectado. Se calcula que una de cada tres oportunidades diagnósticas perdidas se produce en Urgencias y que la media de visitas a Urgencias es de dos por paciente los tres años previos al diagnóstico. La relevancia del programa, presente en casi todas las comunidades autónomas, es clara.

“Hay pacientes para los cuales su único contacto con el sistema sanitario son los servicios de Urgencias. Por edad, por su situación de migrantes o porque son personas en situación de vulnerabilidad, apenas tienen contacto con atención primaria y sí con nosotros. De hecho, los estudios muestran que la tasa de prevalencia en VIH cuando hacemos cribados es superior a la que hay en la atención primaria. Somos clave en la lucha”, destaca **Juan González del Castillo**, del servicio de Urgencias del

Hospital Clínico San Carlos y coordinador de Infurg-Semes y del proyecto.

Según **Juan González Armengol**, presidente de Honor de SEMES, “con una inversión de 20 millones de euros en 20 años para diagnosticar el VIH en Urgencias se evitarían 14.000 nuevas infecciones y la reducción de la incidencia supondría 4.500 millones de euros ahorrados en una década”. De momento, los resultados avalan el proyecto. El programa es eficiente si se supera el 0,1% de tasa de positividad, y ya ha alcanzado el 0,8%.

Con 614 diagnósticos positivos en 18 meses, el objetivo es alcanzar 600 nuevos diagnósticos cada año.

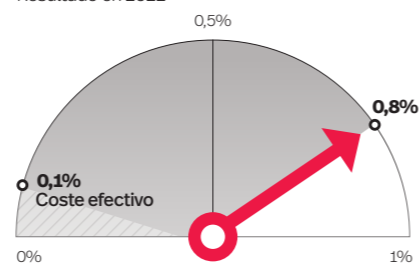
PAUTAS DE ACTUACIÓN

La campaña pretende sensibilizar a los profesionales de Urgencias para que realicen de manera frecuente la prueba del VIH a personas con alta probabilidad de sufrir la infección. La iniciativa cuenta con el aval del Grupo de Estudio de Sida (GESIDA) y de SEIMC, y con la colaboración de Gilead. Y abre la puerta a demostrar que se puede aplicar a otras enfermedades infecciosas.

Deja tu Huella busca establecer un patrón de actuación para definir especí-

TASA DE POSITIVIDAD

Resultado en 2022



ficamente a quién se debe realizar una serología y cuál podría ser el proceso de comunicación de los resultados a los pacientes y su posterior derivación. “En un entorno de trabajo tan complejo, es importante dar unas pautas claras y homogéneas, y que no haya diferencias en los procedimientos, independientemente del lugar o el hospital”, afirma **Tato Vázquez**, presidente de SEMES. Vázquez apunta que la petición de una serología representa “un pequeño esfuerzo añadido en relación con nuestro trabajo diario y, sin embargo, tiene un gran impacto en la salud pública”. “No sólo diagnosticamos personas que viven con VIH y mejoramos su pronóstico y su calidad de vida, sino que también evitamos costes al sistema e infecciones secundarias y, por tanto, que la epidemia se siga propagando”, concluye.

El camino aún es largo. “Hay que concienciar al médico de Urgencias de la importancia de su rol. Trabaja en un entorno hostil, con gran carga de trabajo y en muchas ocasiones con pacientes de alta gravedad. Por eso, puede percibir que ésta no es una materia suya, a no ser que el resultado de la serología vaya a modificar el manejo del proceso agudo que ha motivado la consulta en Urgencias”, explica el doctor González del Castillo.

¿Cómo elegir entonces las personas a las que realizar las pruebas? Algunas alertas ayudan: otro tipo de infecciones de transmisión sexual, profilaxis pos-exposición (PPE), síndrome mononucleósico, neumonía adquirida en la comunidad, herpes zoster... Sobre todo, en pacientes

1/3

Una de cada tres oportunidades diagnósticas perdidas en la infección por VIH se produce en Urgencias.

600

El proyecto ha sacado a la luz 600 positivos por VIH desde el 1 de enero de 2021. Para ello, se han realizado 55.000 serologías en 103 servicios de Urgencias. Se han evitado entre 1.200 y 2.400 diagnósticos de VIH.

20mill

20 millones de euros en 20 años para diagnosticar el VIH en Urgencias supondría evitar 14.000 nuevas infecciones y ahorrar 4.500 millones de euros en una década, según Juan González Armengol.

X3

La práctica de chemsex puede triplicar el riesgo de contraer VIH y duplicar el de adquirir clamidia y gonorrea. Un tercio de los pacientes VIH practica el chemsex, mientras que el slamming lo practica un 16% de ellos.

100%
20%

Casi uno de cada tres hombres que tienen sexo con hombres (HSH) está diagnosticado de sífilis.

de entre 18 y 65 años que no tienen otros factores conocidos que puedan ocasionar la patología. “Si un paciente viene por cualquiera de estas patologías, lo que promovemos es que el médico solicite también una serología, al margen de su actuación. Puede haber otros condicionantes, como que el paciente provenga de una zona de elevada prevalencia. Si es así, queremos que el médico también pida serología”, recomienda.



«Hay pacientes para los cuales su único contacto con el sistema sanitario son los Servicios de Urgencias»

JUAN GONZÁLEZ DEL CASTILLO
SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS Y COORDINADOR DE INFURG-SEMES Y DEL PROYECTO DEJA TU HUELLA

COINFECCIONES

“Vemos de todo, pero lo habitual es ver pacientes que se lo toman con tranquilidad, se nota que no es su primera vez expuestos al VIH, porque algunos practican sesiones de chemsex...”, añade González del Castillo. El chemsex está asociado a prácticas que pueden facilitar la transmisión del VIH y otras ITS. Cada vez es más frecuente en Urgencias. Para el doctor **Guillermo Burillo**, coordinador del Grupo de Toxicología de SEMES, “alrededor del 30% de los pacientes VIH positivos practica el chemsex, mientras que el slamming (uso añadido de drogas intravenosas) se da en el 16% de ellos”. “El chemsex puede triplicar el riesgo de infección por VIH y hasta duplicar el riesgo de ITS como clamidia y gonorrea, y se relaciona con un 80% de las seroconversiones por VIH”, destaca. El doctor González del Castillo añade que las infecciones por VIH e ITS están interrelacionadas: “Comparten riesgos, incidencia y mecanismos de transmisión”. El facultativo asegura que el 28% de los hombres que tienen sexo con hombres está diagnosticado de sífilis y el 15% de los pacientes de gonococia está coinfectado con VIH.

Tras casi dos años de trabajo, el siguiente paso es la automatización a través de programas informáticos. “Si un paciente viene a Urgencias por una fractura en el brazo, por ejemplo, pero ha tenido alguna de estas patologías y no se le ha hecho una serología, queremos que nos salte una alarma. O, si viene una zona de alta prevalencia, o en caso de trasplante, o cuando viene una embarazada que está a término y no ha seguido los controles apropiados... Es fundamental para que ningún paciente se nos escape”, concluye.



«Para nosotros, la petición de una serología representa un pequeño esfuerzo añadido en relación con todo nuestro trabajo diario. Sin embargo, tiene un gran impacto en la salud pública»

TATO VÁZQUEZ
PRESIDENTE DE SEMES

La adherencia no es sólo tomarse una pastilla

Los tratamientos, bien seguidos, garantizan la supervivencia de los pacientes con VIH, pero el porcentaje de adherencia al tratamiento apenas llega al 55% en España.

Los fármacos son imprescindibles, pero no suficientes. Para alcanzar el éxito terapéutico, se necesita lograr que la conducta de la persona que vive con VIH se corresponda con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario en relación con la toma de medicación, el seguimiento de su dieta o la modificación de sus hábitos de vida. Y, sin embargo, en España, el porcentaje de adherencia apenas llega al 55%.

El tratamiento antirretroviral contra el VIH consiste hoy, mayoritariamente, en una pastilla al día. Su eficacia supera el 90%. Sus efectos adversos se han reducido al mínimo. Pero los fármacos, aun siendo imprescindibles, no son suficientes por sí solos. Para alcanzar el éxito terapéutico, se necesita lograr una buena adherencia al tratamiento.

En 2003, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el término adherencia como “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”. Más recientemente, ha añadido: “La adherencia médica es un problema del que

hay que tomar conciencia pues los perjuicios socioeconómicos derivados de una mala adherencia son incalculables”.

Como muestra de la importancia de los tratamientos contra el VIH y su adherencia, este botón: en un reciente estudio realizado en colaboración con socios internacionales en Sudáfrica y publicado en The Lancet HIV, investigadores del Brigham and Women's Hospital (Estados Unidos) han puesto de manifiesto que las personas que reciben la medicación antirretroviral de manera sostenida viven considerablemente más tiempo y con mayor calidad de vida que las que no tienen el VIH suprimido.

Entonces, ¿por qué si la buena adherencia al tratamiento produce una mejor calidad de vida, el porcentaje de adherencia de las personas con VIH que tienen acceso al tratamiento es solo del 55% en España o del 60% a nivel mundial? En los años más complicados del VIH, tomarse la medicación era cuestión de vida o muerte, pero la toxicidad y la complejidad de los tratamientos hacían que las tasas de abandono fueran elevadas. Por eso, a los profesionales que vivieron aquellos años les resulta sorprendente que los pacientes muestren hoy reticencias a tomarse una pastilla al día.



«La robustez de los tratamientos es fundamental para evitar o minimizar las consecuencias que pueden tener las pérdidas de dosis»

ARKAITZ IMAZ
UNIDAD DE VIH E ITS DEL HOSPITAL
UNIVERSITARI DE BELLVITGE



«Cuando tú a una persona con VIH le das todas las herramientas (...), siempre es mucho más sencillo identificar qué aspectos hay que reforzar para que sea adherente al tratamiento»

ALEJANDRO BERTÓ
GERENTE DE ADHARA SEVILLA

Hay muchos obstáculos. “Van desde la tolerabilidad (algunas personas que sufren efectos adversos) a cuestiones relacionadas con el estilo de vida, el tipo y los horarios de trabajo, problemas sociales que pueden dificultar la recogida de la medicación, el estigma que todavía muchas personas con VIH sufren o temen sufrir, o problemas de salud mental, entre otros”, asegura Arkaitz Imaz, de la Unidad de VIH e ITS del Hospital Universitari de Bellvitge. No se trata, por tanto, de tomar una pastilla. Para el doctor Imaz, “el papel de los médicos y personal de enfermería que atienden personas con VIH es fundamental para concienciar sobre la importancia de una adherencia óptima.

LOS VÍNCULOS Y LA CONFIANZA

La relación médico-paciente es un elemento fundamental en el proceso asistencial del paciente, pero, sobre todo, en la adherencia al tratamiento. “La relación de confianza con el médico es clave. El problema de la adherencia hay que abordarlo por un lado con sinceridad, ya que el reconocimiento de fallos de adherencia es el primer paso para poder plantear soluciones. Por otro lado, son importantes la comprensión y la empatía por parte del médico para poder explorar y entender los obstáculos a la adherencia y poder solucionarlos”, explica Imaz.

En este mismo sentido, el papel de las asociaciones y comunidades para conseguir la adherencia es fundamental. Porque el perfil de las personas que tienen VIH es muy variado y resulta imprescindible conocer las peculiaridades de cada uno. Sobre este asunto, Alejandro Bertó, gerente de Adhara Sevilla, explica: “No es lo mismo hablar de un hombre gay que tiene su trabajo, su casa y su trabajo, que de un hombre gay pero que es trabajador del sexo y además migrante no regularizado: las posibilidades de que la adherencia al tratamiento falle, en este caso, son muchas”.

Para Bertó, se ha producido un cambio de modelo de atención sanitaria al VIH que implica la atención integral de la persona. “El sistema a veces no da de sí, y asociaciones como la nuestra, a través del programa de educadores pares, por ejemplo, suplen sus carencias. Cuando tú a una persona con VIH le das todas las herramientas en materia de salud emocional y física, y de entorno social y laboral, y lo abordas todo con ella, siempre es más sencillo identificar qué aspectos hay que reforzar para que sea adherente al tratamiento. Hoy, hay mucha transversalidad a la hora de fomentar una buena adherencia”. A todo esto, se suma que en las enfermedades crónicas se producen fatiga, hastío. “Se trata de una pastilla que te tienes que tomar todos los días para toda tu vida, cuando, además, no te estás sintiendo enfermo. Cuando te duele la cabeza, te tomas una pastilla porque ves los resultados inmediatos, pero con el VIH no te pasa nada... La gente que no tiene bien trabajado el tema de la adherencia es muy sencillo que caiga en esta trampa”, explica Bertó.

Y como es una pastilla que debe tomarse de por vida, otra de las claves es la robustez del tratamiento antirretroviral. Un fármaco robusto es aquel que es eficaz y que pone barreras al virus para evitar que se haga resistente. “Una adherencia inadecuada conlleva el riesgo de fracaso virológico y de resistencia a los fármacos. La robustez de los tratamientos es fundamental para evitar o minimizar las consecuencias que pueden tener las pérdidas de dosis”, asegura Arkaitz Imaz. En una medicación como la del VIH, cualquiera puede tener un despiste, o un mal día, y eso no debe provocar un punto de no retorno, como una mutación del virus que lo haga resistente al tratamiento. Afortunadamente, los tratamientos actuales son en su mayoría robustos y las personas con VIH no tienen esa espada de Damocles sobre la cabeza.



Adherencia terapéutica. Factores que la promueven u obstaculizan

1

Interacción médico-paciente. Se refiere a la calidad del vínculo. Cuando es positivo, la adherencia suele ser mayor. El factor esencial es la comunicación. Cuanto más claras y motivadas sean las instrucciones, mucho mejor.

2

El régimen terapéutico. Los elementos que más influyen son la complejidad de la dosificación y los efectos secundarios del tratamiento. Los regímenes monodosis son, obviamente, los de más fácil adhesión. Por el contrario, a mayores efectos secundarios, más dificultad.

3

Características de la enfermedad. Cuando el tratamiento alivia rápidamente los síntomas perturbadores, se da mayor adherencia terapéutica. Los pacientes asintomáticos son los de adherencia más pobre.

4

Factores psicosociales. Las creencias, las actitudes, el estilo de vida y los valores son factores que facilitan o que obstaculizan la adherencia. Tiene particular importancia la percepción de eficacia del tratamiento y del médico.

5

El entorno. Si el paciente recibe apoyo de su entorno, le será más fácil seguir las indicaciones médicas. Aspectos como la religión y la actitud de la familia hacia la salud a veces influyen notablemente.

Un estudio de gTt VIH y la consultora Hiris confirma el fuerte impacto emocional de la pandemia en las personas con VIH: preocupación por la situación económica, alejamiento de allegados y reducción de la actividad social han provocado más ansiedad y más insomnio. Y no se consigue aún revertir esta situación.

VIH + covid-19 = Atención especial

No cabe duda ya de que el covid-19 ha tenido un impacto demasiado importante en la lucha contra otras pandemias. En el caso del VIH, las consecuencias han sido patentes y así se ha reflejado en el último informe de ONUSIDA, 'En Peligro': el virus ha dejado de estar en el centro de atención durante casi dos años, se han reducido los presupuestos contra su erradicación y se han retrasado proyectos.

¿De qué manera ha afectado la pandemia a la atención médica y a la calidad de vida de las personas que viven con VIH? Para tener una visión cualitativa de esta situación, en España se puso en marcha un estudio desarrollado por el Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt VIH) y la consultora Hiris, con el apoyo de Gilead, a través de una serie de entrevistas en profundidad a personas con VIH y a representantes de los hospitales Universitario Fundación Jiménez Díaz y Universitario Germans Trias i Pujol, participantes ambos en el proyecto. Su principal conclusión es que una de las áreas que se ha visto más afectada por el covid-19 ha sido la salud mental. La situación de confinamiento obligatorio, su impacto laboral y la incertidumbre generaron mucha ansiedad y agravaron

aquellos casos en los que ya existía un descontrol de estados emocionales.

Juan Ramón Barrios, presidente de la oenegé zaragozana OMSIDA, lo ha vivido en primera línea. "Después de atender un aluvión de consultas sobre VIH y covid-19, vimos cómo, después, algunas personas no salían de sus casas, incluso después del confinamiento, por crisis de ansiedad, depresiones o conductas de aislamiento en el ámbito social, familiar y laboral. Desde OMSIDA, facilitamos un servicio telefónico de atención psicológica y otro de apoyo entre iguales que estuvo disponible las 24 horas".

Para **Alejandro Bertó**, gerente de Adhara Sevilla, es lógico que haya habido una mayor afectación en la salud mental de las personas con VIH. "Lo mismo sucede si hablamos de la población LGTBI. Por ejemplo, en chicos LGTBI o en hombres que tienen sexo con hombres, que no son bien vistos dentro de la familia, si durante un tiempo están obligados a convivir todos juntos, eso puede generar problemas a nivel emocional. Con el VIH, si tu entorno no lo sabe y estás encerrado en casa con ellos, ya sean familiares, compañeros o lo que sea, eso puede provocarte mucha ansiedad".

«Algunas personas no salían de sus casas, incluso después del confinamiento, por crisis de ansiedad, depresiones, conductas de aislamiento en el ámbito social, familiar y laboral»

JUAN RAMÓN BARRIOS
PRESIDENTE DE OMSIDA



«Si tu entorno no lo sabía (que eres seropositivo) y estás encerrado en casa con ellos, ya sean familiares, compañeros o lo que sea, puede provocarte ansiedad»

ALEJANDRO BERTÓ
GERENTE DE ADHARA



El estudio de gTt VIH revela también la preocupación por la situación económica y cómo la pandemia ha impactado en los ingresos económicos de las personas con VIH. La suma de estas situaciones y la capacidad de autogestión de cada persona provocó situaciones de ansiedad e insomnio. Sin embargo, no se han observado casos de trastornos mentales graves. Asimismo, el confinamiento comportó un alejamiento de las personas allegadas y, por tanto, una disminución en las actividades sociales y de recreo, impactando igualmente en la salud mental y social. Una situación a la que no se ha dado la vuelta del todo tras superar la pandemia. Algunos de los participantes refieren haberse vuelto "más hogareños" e, incluso, "algo antisociales". En esta línea, es importante señalar cómo la gran mayoría de las personas que han participado en este estudio refieren haber experimentado soledad no deseada, con el consiguiente impacto emocional en sus vidas.

SATISFACCIÓN POR LA ATENCIÓN MÉDICA

No se destacan cambios relevantes en la atención médica recibida en las unidades de VIH, más allá de cancelaciones puntuales de visitas de seguimiento o su sustitución por consultas telefónicas. Con todo, la satisfacción con la atención sanitaria recibida por los equipos de VIH es muy elevada. Destacan su cuidado humanizado, individualizado y centrado en la persona a pesar de las dificultades. También, sobresale el hecho de que se registren pocas incidencias en el seguimiento, especialmente en aquellas personas incluidas en algún ensayo clínico.

Lamentablemente, en términos de satisfacción, la atención recibida en los centros de Atención Primaria resulta peor parada. Aquí, todas las entrevistas indican un significativo grado de insatisfacción. Destacan—se reporta— la dificultad de comunicarse por teléfono con sus profesionales, así como para conseguir cita,

que, en caso de obtenerla, siempre era telefónica. Los encuestados/as describen la situación como caótica y dicen haberse sentido abandonados/as por el sistema sanitario. Siendo conscientes de que sus situaciones quizá no eran urgentes y de que tampoco estaban relacionadas con el VIH (para las cuales siempre recurren a sus equipos hospitalarios), sí lamentan que necesitaban respuesta a corto plazo para disminuir su ansiedad o mejorar su condición física. Barrios corrobora esas complicaciones: "Debido al confinamiento, acceder a la consulta de Primaria era muy complicado. En cualquier otra patología que no fuera covid-19, incluso era complicado conseguir cita".

"Atención Primaria arrastra problemas estructurales que se resumen en falta de recursos humanos", apunta Bertó. "Si a esto le sumas el covid-19 evidentemente el médico de Primaria no está para nada. **No es que hayan tenido una mala praxis, es que nos hemos encontrado de golpe con todas las carencias que ya venía arrastrando el sistema desde muy atrás. Los médicos han tenido un comportamiento ejemplar**, lo que pasa es que la ciudadanía no tiene por qué conocer esta situación previa", añade el gerente de Adhara.

Con relación al acceso y la gestión de la medicación antirretroviral, la situación de pandemia no ha tenido un impacto importante, según se desprende también del estudio. Las unidades hospitalarias de VIH se organizaron rápidamente para que todas las personas atendidas recibieran su tratamiento a tiempo. Asimismo, dilataron los periodos de entrega de medicación para evitar exposiciones innecesarias al coronavirus. En segundo lugar, muchos hospitales implementaron un servicio de entrega gratuita de medicación a domicilio. Ambas intervenciones fueron muy bien recibidas por la comunidad VIH, consolidándose así la sensación de seguridad y confianza en el sistema sanitario, y, en consecuencia, disminuyendo los niveles de ansiedad.



Recomendaciones para la gestión presente y futura del VIH

- 1 Formalizar **mecanismos de coordinación entre los dispositivos asistenciales** en la continuidad de los cuidados, con vías de comunicación definidas y constantes entre las unidades de VIH y los centros de Atención Primaria.
- 2 **Atención especial a la salud mental de las personas con VIH.** Incorporar a profesionales de la salud mental en las unidades de VIH.
- 3 **Estratificar a los pacientes** según riesgo, social y sanitario, y definir los planes de cuidados y seguimiento en función de perfiles de riesgo individualizado.
- 4 **Establecer vías de comunicación directas** con las personas con VIH, con mensajes claros y sencillos.
- 5 Implementar y/o profundizar **cambios en la dispensación** de los Tratamientos Antirretrovirales, entre ellos, el alargamiento de los periodos de entrega, la entrega a domicilio y la dispensación colaborativa.
- 6 **Desarrollar estrategias proactivas que reduzcan la pérdida de seguimiento** de los pacientes y la discontinuidad de los tratamientos farmacológicos.
- 7 Implementar **medidas basadas en tecnologías de la información**, como Apps y/o portales individualizados para cada paciente.
- 8 **Consolidar las consultas virtuales** como una herramienta clave en el proceso de atención.

¿Cuál es la próxima gran apuesta de la medicina para atacar el VIH? ¿Es posible apuntar a una cura actualmente? La realidad es que la eliminación de la enfermedad va más allá de tener una cura definitiva. La solución definitiva incluye cuatro pilares, según los expertos: prevención, diagnóstico, respuesta rápida y tratamiento. Sin olvidar la calidad de vida.

La eliminación del VIH, más allá de una cura definitiva

Las respuestas que la medicina ha dado hasta la fecha a los pacientes de VIH han demostrado la rapidez de la innovación, la ciencia y la tecnología. En apenas treinta años, el virus ha pasado de ser mortal a tener una condición crónica y manejable. En 1981, por ejemplo, la mayor preocupación con respecto a los pacientes era evitar su muerte. En 1996, la inquietud más importante tenía que ver con la seguridad y la toxicidad de los nuevos antirretrovirales, que cambiaron totalmente el panorama. Para 2001, el VIH estaba cronicado y el foco estaba puesto en reducir los efectos adversos de los medicamentos. Ya en 2016, el mayor interés de la medicina era el envejecimiento de los pacientes, dado que su esperanza de vida es similar a la de las personas que no viven con el virus. La medicina ha virado la mirada hacia la búsqueda de tratamientos integrales para pacientes que tengan en cuenta a las personas de tercera edad o aquellas con comorbilidades.

Mientras, a raíz de la crisis por el coronavirus, los esfuerzos dedicados a la innovación están moviendo las fichas clave para poder combatir el VIH. Y, a la vez, quienes toman las decisiones y la misma sociedad están articulando las respuestas científicas a través de la búsqueda de una sociedad más tolerante, menos discriminatoria y más abierta a la conversación alrededor de virus.

Jesús Troya, del Servicio de Medicina Interna del Hospital Infanta Leonor (Madrid), cree que “estamos más cerca de encontrar la llave que abra la cerradura”. “Conocemos mejor el virus y sus mecanismos moleculares. La terapia génica posiblemente jugará un papel fundamental a futuro, en ese sentido. En mi opinión, estamos más cerca que lejos de conseguir una cura. Posiblemente, en un principio será funcional, para después ser terapéutica”, añade.

Algunas vías de investigación han generado expectativas. Algo que destaca Troya, para quien el reservorio del VIH es, probablemente, “el núcleo fundamental al que dirigir el ataque”. Que concluye:

FECHAS CLAVE

1981

La mayor preocupación con respecto a los pacientes es evitar su muerte.

1996

La inquietud más importante tiene que ver con la seguridad y la toxicidad de los nuevos antirretrovirales.

2001

El VIH está cronicado. El foco se pone en reducir los efectos adversos de los medicamentos

2016

El mayor interés de la medicina es el envejecimiento de los pacientes, dado que su esperanza de vida es similar a la de las personas que no viven con el virus.

“Cualquier estrategia que nos permita un mejor entendimiento de dichos reservorios servirá para establecer las bases del desarrollo de estrategias terapéuticas dirigidas a la curación”.

LAS PERSONAS CON VIH Y EL FUTURO

Mientras tanto, “hay que tratar a todas las personas que conviven con el VIH”, reconoce el doctor Troya. Pero la mayoría de las nuevas infecciones de VIH se producen en personas que no conocen que tienen el virus. Según el facultativo, el principal reto es, por tanto, el diagnós-



«En mi opinión, estamos más cerca que lejos de conseguir una cura; posiblemente, en un principio será funcional, para después ser terapéutica»

JESÚS TROYA. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL INFANTA LEONOR (MADRID)

tico de la infección y, si es posible, el diagnóstico precoz. “Y llevar el tratamiento antirretroviral a toda persona con VIH, independientemente de su estatus administrativo, asumiendo no sólo los beneficios individuales sino también los comunitarios de tal estrategia”, continúa.

El repunte de ITS (infecciones de transmisión sexual) en los últimos años y la falta de estrategias poblacionales generalizadas de diagnóstico se han convertido en la tormenta perfecta para el VIH. Para Troya, “no podemos olvidar que cerca del 50% de los diagnósticos son tardíos. Esto es un reflejo de que estamos llegando tarde a abordar la infección en muchos sentidos”.

Las redes sociales, o el chemsex son jugadores que hasta hace poco tiempo no estaban en el campo. Por ese motivo, entre otros, los especialistas creen que tiene que cambiar la manera de afrontar la lucha contra el virus. “Vivimos en el mundo de la información, pero con una población a veces desinformada sobre los riesgos reales de las ITS. Es necesario darle un nuevo enfoque informativo y, sobre todo, convertir al paciente en el centro y responsable de su salud”, subraya Jesús Troya.

Otro frente de batalla va a ser el envejecimiento. Aunque las personas con VIH tienen hoy una esperanza de vida similar a la de la población general, hay que tener en cuenta que las enfermedades crónicas se adelantan en ellos una media de diez años frente al resto de la población, según se puso de manifiesto en el Congreso Nacional de Seisida de 2022, celebrado en Bilbao. Lo habitual suele ser que cánceres, patologías cardiovasculares y procesos como la diabetes se desaten a partir de los 60 años, pero en el colectivo VIH comienzan a los cincuenta. Esta población se enfrenta ahora, así, al desafío de un envejecimiento biológico prematuro. Aunque los expertos aseguran que este no tiene por qué conllevar una peor calidad de vida.

Pero, sobre todo, lo que han detectado los médicos es que la salud mental de las personas que viven con VIH está resentida: “El 30% tiene depresión, el 70% problemas de sueño y el 40% alteración cognitiva”, enumera **Ignacio Pérez-Vale-ro**, del Departamento de Enfermedades Infecciosas del Hospital Reina Sofía de Córdoba. Detrás de esa frágil salud mental, hay diferentes factores: el perfil per-



«El paciente del futuro será muy parecido a lo que tenemos ahora: gente que lleva a cabo una vida como los demás. Lo más difícil va a ser cambiar el estigma»

JOSEP MARÍA LLIBRE ESPECIALISTA EN VIH DEL HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL DE BADALONA

sonal del seropositivo (de adicciones, por ejemplo), el efecto del virus en el sistema nervioso central o la neurotoxicidad que provocan algunos medicamentos, detalla Pérez-Valero.

¿Cómo va a ser el paciente de VIH del futuro? **Josep María Llibre**, especialista en VIH del Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona, cree que “muy parecido a lo que tenemos ahora: gente que lleva a cabo una vida como los demás”. “Lo más difícil va a ser cambiar el estigma, porque eso requiere de un cambio de actitud de la población y esto es muy complejo”. Añade.

Por otra parte, el covid-19 ha supuesto una rotura de los esquemas sanitarios que también ha alcanzado al abordaje del VIH. El desarrollo de nuevas estrategias de atención a los pacientes a través de la tecnología y la telefarmacia son nuevos formatos “que han llegado para quedarse”, asegura **Juan Ramón Barrios**, de la oenegé OMSIDA. “Tiene cosas positivas, como la rapidez: posiblemente se disminuirán las listas de espera. O la facilidad del acceso. Pero, por otra parte, creo que se perdería el contacto cercano. Los exámenes físicos no pueden ser comparables a los virtuales, pueden darse más diagnósticos equivocados, las personas que no disponen de medios informáticos se pueden quedar excluidas... Hay que contar también con la brecha digital que existe”, advierte Barrios.

El doctor Troya visualiza las consultas del futuro: “El paciente estará empoderado y será quien marque las reglas de actuación. Es necesario hacer partícipes a los pacientes de esta nueva realidad sanitaria de gran accesibilidad e inmediatez, y que ellos se conviertan en gestores de su tiempo y salud, haciendo uso de la responsabilidad”. Si la personalización de la asistencia ha sido importante, instrumentos como la telemedicina y otros obligarán a adaptar aún más la asistencia hospitalaria, “ya sea con ayuda de soportes digitales o en nuestras tradicionales consultas físicas”, afirma Troya.

Víctor Asensi: “No sé si lo veré, pero la curación del VIH está ahí, a las puertas”



¿Qué nos falta para lograr los objetivos de ONUSIDA?
R: Yo creo que hay que incidir más en el tema del diagnóstico precoz. Todavía hay una tasa de infección tardía nada desdeñable. Y eso se puede mejorar. En este sentido, hay varios proyectos muy interesantes de cribado en los servicios de Urgencias, uno de ellos en los hospitales de Cataluña.

Yo creo que la cosa tiene que ir por ahí. Eso sería el espadarazo definitivo para poder acercarnos a los objetivos de ONUSIDA. Porque, en cuanto al acceso al tratamiento antirretroviral, podemos decir que es prácticamente universal. Sobre el cumplimiento del tratamiento, nos acercamos al 90%.

P: Con el covid-19, socialmente, hemos vivido algo parecido a lo que sucedió con el VIH en los 80. ¿No hemos aprendido nada o, al menos, menos de lo que pensábamos?

R: Hay algún estudio muy interesante del Hospital Clínic de Barcelona en el que se compara el número de infecciones de VIH, el número infecciones de transmisión sexual, el seguimiento en las consultas externas o las analíticas realizadas, y los resultados médicos que se ofrecen en el periodo de la pandemia por covid-19 no son para nada caóticos. Si nos referimos al miedo social, miedo al otro, bueno, podríamos decir que se parece un poco a lo que era la infección VIH en los años 80. Eso es cierto. El miedo a que cualquier tipo de interacción te pueda infectar. Pero sólo un poco, porque las connotaciones de estigma del VIH no tienen nada que ver con el covid-19.

P: ¿Cuáles son los principales retos en la lucha contra el VIH hoy?

R: Yo creo que sólo falta el tratamiento curativo. Todavía, los pacientes me siguen preguntando si se van a curar. Es que lo demás, creo que ya se ha conseguido todo: un tratamiento de un solo comprimido que no tiene apenas efectos

secundarios, excelentemente bien tolerado... ¡Es muy difícil de mejorar esto! El paso siguiente es la curación. Bueno, y mientras tanto, tenemos las terapias de larga duración, que es otro aspecto más de avance: un tratamiento que se administre en el mayor lapso posible de tiempo entre dosis y dosis.

P: Los tratamientos antirretrovirales han convertido al VIH en un problema crónico. ¿Para cuándo vislumbra esa curación de la que habla? ¿Es posible?

R: No sé si lo veré en mi ciclo vital, pero el tratamiento yo creo que ya está ahí, a las puertas. Están apareciendo nuevas vías de ataque al VIH en su ciclo biológico que se desconocían. Quizá, sea la suma de vías ya conocidas, como las integrasas, con nuevas vías en materia de replicación del VIH lo que puede mostrar el camino a la curación.

P: ¿Tal vez los biomarcadores del reservorio del VIH?

R: Yo creo que esa es la vía. Con los reservorios ya se lleva trabajando mucho tiempo. El doctor **Santiago Moreno** lleva dedicado al reservorio y a su potencial erradicación gran parte de su trayectoria investigadora. Moreno es el gran exponente de esto. Como te decía, creo que va a ser la combinación de los inhibidores de integrasa con alguno de los nuevos antirretrovirales lo que nos va a llevar a la curación.

P: Mientras tanto, ¿qué hacemos?

R: Vamos a ver... Primero, diagnóstico precoz. El otro aspecto es la profilaxis preventiva (PrEP). Pero esta es útil en pacientes muy concienciados y que realmente no se olviden de tomarla. Hay que pensar que la PrEP estaba diseñada para tomar la pastilla un día antes y dos después de tener la relación sexual de riesgo. Pero realmente las relaciones eran tan frecuentes que un día se solapaba con otro y con otro, así que se convirtió en una medicación diaria. Por eso, yo creo que van a coger más peso otras modalidades de PrEP que ayudarán a evitar el olvido de la pastilla.



PERFIL

• **Víctor Asensi** (Belmonte, Asturias, 1957) es licenciado en Medicina por la Universidad de Oviedo (1980).

• Infectólogo de la Unidad de Infecciosas del Hospital Universitario Central de Asturias desde 1991.

• Catedrático de la Universidad de Oviedo y profesor titular de Medicina.

• Miembro del grupo de investigación traslacional en patología infecciosa del ISPA.

• Investigador principal en diferentes proyectos nacionales y regionales de investigación básica.

• Ha publicado 162 trabajos científicos

en revistas internacionales y nacionales, y ha presentado 160 comunicaciones a congresos científicos.

• Miembro del Editorial Board y revisor de diferentes revistas internacionales de impacto de su especialidad.

• Revisor de la ANEP desde el 2009.

• Miembro del panel nacional de Expertos encargados de redactar las Guías de Tratamiento Antirretroviral GESIDA-Plan Nacional del SIDA desde 2011.

• Académico de número de la Real Academia de Medicina del Principado de Asturias.

P: En los últimos meses se ha producido un repunte de nuevos diagnósticos de ITS. ¿Cuál cree que es el motivo?

R: Son varias cosas. Una es la confianza en el tratamiento antirretroviral. Antes, el diagnóstico era un diagnóstico de muerte; ahora, el diagnóstico de VIH supone una infección crónica, pero sabes que tienes una esperanza de vida como cualquiera. Segundo, la PrEP, el mal uso de la PrEP. Se ha olvidado el uso del preservativo, y ahí aparecen las enfermedades de transmisión sexual. El repunte de la sífilis es tremebundo, he visto cosas este último año en la consulta que hacía mucho que no veía, incluso cosas que veo por primera vez en mi vida. Ha habido relajación.

P: Si la infección está controlada, ¿es la calidad de vida la manera de definir el éxito contra el VIH?

R: Yo creo que la calidad de vida actual en las personas con VIH es muy buena desde el punto de vista físico. Fíjate que el otro día estuve con una paciente que adquirió el VIH por tema de drogas inyectables, y hablando con ella me dijo que le venía tratando “desde que éramos niños”. Miré la historia y vi que estaba conmigo desde 1988. Otra anécdota que refleja esta situación es de 1995. Un paciente con VIH y varias infecciones oportunistas, la última de ellas una tuberculosis vertebral, estaba ingresado y era muy aficionado a la ópera, como yo. Me dijo: “Qué lástima que ésta es la última temporada de ópera que voy a vivir y me la voy a perder porque estoy en el hospital; ya de esta no salgo”. Le respondí: “Ten la seguridad de que vas a salir adelante y que vas a tener muchas temporadas de ópera por delante”. Llegaron los tratamientos antirretrovirales de gran actividad y salvó la vida. Cada Nochebuena nos reunimos, tomamos una botellita de ‘benjamín’ y nos cambiamos un disco de ópera.

P: Si la parte física está bien solucionada, igual ahora hay que cambiar el foco hacia la atención mental

R: Tal vez, sea el aspecto que tengamos



«Tal vez la salud mental sea el aspecto que tengamos más descuidado. Sin duda hay varios motivos para eso; uno es el poco tiempo que tenemos para cada persona en la consulta»

«La confianza en el TAR, el mal uso de la PrEP y el olvido del preservativo son motivos para el repunte de las infecciones»

más descuidado. Sin duda, hay varios motivos para eso. Bueno, uno es el tiempo que dedicamos a cada persona en la consulta. Inicialmente, era media hora la que podíamos tener para los casos ya conocidos, pero ahora esto se ha reducido. Realmente, no podemos profundizar con los pacientes. Yo, por ejemplo, atiendo a unas 500 personas. Seguimos haciendo la consulta presencial, y también telefónica, ya que el covid-19 ha impulsado la telemedicina, y en ese tiempo no incidimos en los aspectos psicológicos. Luego, está la confianza. Hombre, los pacientes con los que tengo especial relación sí que se sinceran, pero otros pacientes pues quizás no, no profundizan los aspectos psicológicos, no se atreven.

P: ¿Sería entonces interesante integrar en el equipo de VIH a los psicólogos?

R: Sin duda, pero no tenemos estructura

para eso. En Asturias hay una organización, el Comité antiSIDA, que está en Gijón, que sí, que tiene psicólogos, y en algunos casos hemos derivado allí a pacientes, pero no es lo habitual. Y en los centros de salud la cosa va más lenta.

P: Redes sociales, chemsex... Son jugadores que hasta hace poco tiempo no estaban en el campo. ¿Ha cambiado o tiene que cambiar la manera de afrontar el VIH y otras ITS?

R: Por supuesto. Y ese es otro motivo para estudiar otras formas de administración de la PrEP. No protege frente a las otras enfermedades de transmisión sexual, ni protege contra el virus de la hepatitis B, pero sí contra el VIH. En el chemsex se relaja todo. Los encuentros y las fiestas duran varios días, pero los participantes se toman la pastilla de la PrEP sólo el primer día. Después, ya no se acuerdan de si la tomaron o no el resto de los días.

P: Telemedicina, consultas cada vez más espaciadas en el tiempo... La asistencia hospitalaria está cambiando drásticamente. ¿Cómo se imagina usted que será la consulta de VIH del futuro?

R: Lo que yo estoy viendo es que vamos hacia una consulta anual. Pero, claro, con una consulta anual se pierden muchos aspectos por el camino, como la interacción con el paciente. La detección de algún problema psicológico podríamos hacerla a través del teléfono o de la videoconferencia, pero si no hacemos revisiones las infecciones de transmisión sexual van a aumentar. Y eso es una cosa importante. Tendría que haber un escalón intermedio.

P: ¿Qué papel ocupa España en la investigación y la innovación en VIH?

R: Muy importante. En los años 80 surge el primer caso de VIH en España. Hay un colectivo de internistas puntero en hospitales de Madrid y Barcelona y de otras grandes ciudades que han terminado su especialidad o que la están terminando y que ven que el futuro de la medicina



«El repunte de la sífilis es tremebundo, he visto cosas este último año en la consulta que hacía mucho que no veía, incluso cosas que veo por primera vez en mi vida»

«Lo que yo estoy viendo es que la consulta del futuro va a ser una consulta anual»

interna se dirige cada vez más hacia la geriatría y las enfermedades autoinmunes. De pronto, llega el VIH y muchos médicos internistas veteranos no quieren entrar ahí. Así que muchos cogimos ese tren. Eso creó un grupo de gente especializada en VIH de muchísimo nivel: estoy hablando de José María Gatell, José María Miró, Santiago Moreno, José Ramón Arribas, que es un poquito más joven que ellos, y muchos otros que me dejo. El ejemplo del nivel es claro si observamos que, antes de los 90, era muy, pero muy difícil publicar un trabajo en una revista internacional. Pues eso cambió con el VIH, y la explicación es la calidad de los especialistas y de sus trabajos. Y eso se ha mantenido y se ha potenciado.

? RESPUESTAS A LA TELEMEDICINA... EN EL ARTE



P: Usted, a partir de un retrato del físico y matemático suizo Leonhard Euler, de 1753, publicó un artículo en el que sacaba conclusiones sobre lo que le aquejaba y pudo provocar su muerte. ¿Qué puede aportar la telemedicina?

R: Hacer con un paciente una teleconferencia y que pueda sacar una conclusión de que le pase algo? Sí, sí, podría ser con algunas enfermedades con clara manifestación externa. Hay enfermedades que cambian el color de la piel a más pálido y otras que te pone más moreno. O la falta de la mitad de las cejas, o si habla más ronco...

P: ¿Cómo empezó con esto de sacar conclusiones médicas de los cuadros?

R: Yo empecé con Euler gracias a mi mujer. Ella, matemática, sabía que a mí me gustaba mucho la pintura. Y, entonces, un mes de

agosto, tuvo acceso a algo de Euler y me dijo: “Fíjate en este retrato”. Observamos unas alteraciones muy características en el ojo derecho: el párpado caído y desviado hacia afuera. Leyendo su biografía, vi que había muerto de una hemorragia cerebral. Intenté atar cabos: un aneurisma de la arteria comunicante posterior puede afectar al par craneal tercero, que produce ptosis palpebral y estrabismo divergente. Ese aneurisma se rompe y puede provocar la muerte por hemorragia. Escribí un artículo y se publicó en la prestigiosa revista ‘Clinical Infectious Diseases’. Fue un tema agríndice porque nos cuesta dios y ayuda publicar nuestros trabajos en revistas peores, y este artículo, que lo escribí por hobby, va y se publica en

una de las más prestigiosas...

P: Por pura curiosidad... ¿con qué cuadro “médico” se quedaría usted?

R: Mi favorito es ‘El doctor’, de Samuel Luke Fildes, de 1891. Está en la Tate Gallery. Es un cuadro extraordinario. Un médico atiende a una niña. El padre, de pie; la madre, sentada. Ambos, consternados. Sospecho que es una afección bacteriana, quizá escarlatina o meningitis. Y el médico, al lado de la niña, en actitud notarial, sin poder hacer nada, ya que por entonces no había antibióticos. Es mi cuadro favorito porque hay un detalle: está amaneciendo y entra la luz por una ventana que hay a la derecha del cuadro. Da la impresión de que el autor quiso dejar ese rayito de esperanza.

↑ Retrato de Leonhard Euler

□ JAKOB EMANUEL HANDMANN. KUNSTMUSEUM BASEL

→ El doctor

□ LUKE FILDES. GALERÍA TATE, LONDRES



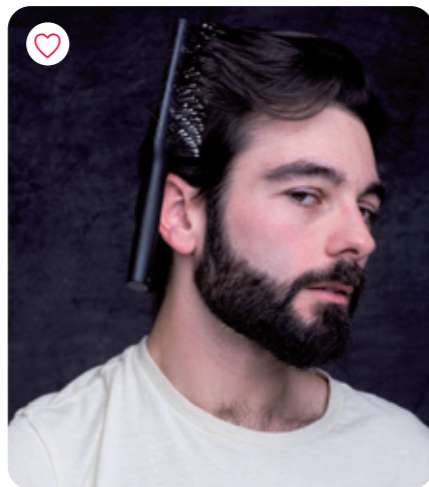
INFLUENCERS

Las redes sociales se han convertido en el medio de comunicación de los jóvenes... y de los no tan jóvenes. A través de las plataformas existentes, distintas voces han encontrado la manera de informar sobre temas de lo más variopinto. Lo importante es saber distinguir la información de lo que es, justamente, lo contrario, la desinformación. Y en el mundo del VIH, sucede lo mismo. Varias personas han creado perfiles personales para luchar contra el VIH, para luchar por los derechos de colectivos LGTBI y contra el estigma. Sin prejuicios, con la lengua afilada y, muchas veces, con humor. Han conseguido cubrir un hueco importante y llegar, de manera amable, a colectivos que necesitan que se les hable en su "idioma" y sobre temas que les interesan.

MR AVELAIN
ACTIVISTA, INSTAGRAMER
Y YOUTUBER

«LA NECESIDAD DE BUSCAR CULPABLES ES EL MAYOR PALO EN LA RUEDA»

NOMBRE/APELLIDO AVELINO PIEDAD
EN RR.SS.: @MRAVELAIN
FECHA DE NACIMIENTO 18/07/1987
LUGAR CÁDIZ
ESTADO SEROLÓGICO NEGATIVO



@mravelain

RED	DESDE	POSTS	SEGUIDORES
YOUTUBE	2017	3/SEMANA	84K
INSTAGRAM	2017	3/SEMANA	55K

—¿Cómo quieres que empecemos esta entrevista? Di al mundo lo que quieres decir, lo que te mueve...

A mí me mueve saber que se puede estar de acuerdo con la vida hasta cuando se está mal. Hay mucho miedo para tan poco peligro y no existe nada tan importante. Eso es una buena noticia.

—¿Es eso lo que haces en tus redes sociales? ¿Es esa tu misión, por lo que te lanzaste a ellas? ¿Qué quieres conseguir?

Supongo que lo que busco es aliviar a la gente y cambiar un poquito el mundo. Compartir las cosas que a mí me ayudan a estar más de acuerdo con la vida.

—¿Por qué crees que te siguen? Dinos las claves de tu éxito en redes...

Mira, yo creo que son dos: reflexión y risa. Creo que a la gente le gusta pensar o reflexionar con un lenguaje cercano y con su poco de risa. Me parece que es lo que encuentran en mis vídeos, que es lo que yo, a mi vez, encuentro en la vida.

—Cuéntanos algo de tu método: ¿cómo eliges los temas?, ¿cómo los abordas?

Suelen surgir de mis conversaciones acaloradas con amigos y no tan amigos, tratando de superar puntos de vista que ya están muy manidos. Y, sobre todo, de mis conversaciones a solas en casa. Los azulejos del baño son los que tienen la culpa de todo...

—¿Has tenido que morderte la lengua alguna vez? ¿Cómo encuentras ese punto?

Sí, pero más por mí que por otra cosa. Me da miedo cagarla y decir algo que, en vez de aportar, perpetúe un sistema nocivo, y que alguien te tire de la oreja por eso. Pero no me paraliza porque también acepto que la voy a cagar. Irremediablemente, todo el mundo lo hace. Sin embargo, suelo frenarme a mí mismo. Siento que se habla muy rápido y muy a la ligera de todo. Tenemos pleno derecho a opinar y a charlar de lo que queramos, pero me parece que eso me aleja de lo que quiero hacer con el canal. Sobre todo, me muerdo la lengua cuando sé que hay gente que va a aportar luz de forma más conveniente que yo.

—Interactuar es clave en redes. ¿Cómo lo haces tú? ¿Cómo tratas a tus trolls?

Trato de aceptar y valorar las críticas de quien hace lo mismo que yo. Hay tanta

gente en todas partes que hay que concentrarse en eso cuando ves un comentario desagradable. Aunque, si te digo la verdad, tampoco me son totalmente indiferentes. No miro comentarios si ha pasado poco tiempo desde la publicación y trato de poner un límite de tiempo a la hora de leer y atender comentarios y mensajes. Es sano ser higiénico con las redes, por pura supervivencia.

—¿A quién sigues tú? ¿A quiénes tendríamos que seguir todos los que tenemos un interés, el que sea, por el VIH?

Desde onegés y asociaciones como ImaginaMAS, ApoyoPositivo, StopSida, hasta Samantha Hudson, pasando por profesionales como Gabriel J Martin y profesionales médicos sin estigma o que luchan contra él. Y, por supuesto, a amigos cercanos que lo viven de una manera brillante.

—En la selva de las redes, y sobre el VIH y las ITS en general, ¿cómo podemos distinguir quién es fiable y quién no?

Primero, no hay que olvidar que se trata de una información íntima y personal, que uno comparte si quiere y si siente la confianza. Y, luego, creo que lo mejor es empoderarse muchísimo con información y autoconocimiento. Para que, cuando encontremos a inconscientes que se dejen llevar por el miedo y el desconocimiento, no sintamos que somos culpables de nada.

—¿Cómo valoras la comunicación que se hace sobre VIH? Sigue habiendo mucho desconocimiento, mucho prejuicio...

La comunicación ha sido cada vez más sana y menos histérica. Desde luego, las campañas ya no son como eran y, si se quiere, hay información suficiente para entender que podemos liberarnos del estigma. El desconocimiento es más fruto de la falta de visibilidad y de la sexofobia, culpa de nuestra cultura judeocristiana. En este y en otros tantos temas: la necesidad de encontrar culpables, pecados y castigos es el mayor palo en la rueda.

—¿Qué han aportado más y mejor las redes en esta tarea de concienciación social frente al VIH? ¿Hay algo que en redes esté perjudicando esta misión?

Ahora, es más fácil encontrar referentes e información. Es verdad que la sobrein-

formación puede ser un problema, pero creo que hay mucha más información al alcance. ¡Y con mucha más llegada que un cartel informativo en la sala de espera de un centro de salud!

—¿Por qué tan pocas personas conocidas con VIH dan la cara? ¿Qué les dirías y cómo llevarías tú sus redes?

Está claro que por estigma. Yo animaría a que se preguntaran si callan y ocultan parte de sus vidas por toda la gente que tienen alrededor, desde representantes, firmas, discográficas, productoras, hasta la sociedad en general. Hay una oportunidad de oro de ser faro para muchos y motor de cambio social. Una sociedad que no frunce el morro ante una persona con VIH es una sociedad mejor. Una sociedad que considera que es igual infectarse de algo por follar que por una tos es una sociedad mejor.

A BOCAJARRO

- **Tu post favorito...** Como diría Mirabel en "Encanto", "no me permito ser tan autobiográfica". Esto es mejor que lo contesten los seguidores porque sinceramente yo me olvido. No me vuelvo a ver una vez que me subo. Y el contenido de muchos vídeos me sorprendería a mí el primero si los volviera a ver hoy.
- **Tu cuenta favorita en IG...** Samantha Hudson y los vídeos antiguos de Anto Rodríguez (@anto_rv) en relación con su proyecto "Color Julay"
- **En FB...** ¿Todavía existe Facebook? Jajaja, es broma. Sólo lo abro para seguir compartiendo los vídeos por la página, que aún llegan por ahí a mucha gente. Pero ya no lo uso mucho, la verdad.
- **En TW...** No uso Twitter
- **En TikTok...** Tampoco uso mucho tiktok, pero suele ser gente anónima dando opiniones que me dan la vuelta.
- **De a 1 a 10, la comunicación en redes sobre VIH tiene un...** 6
- **Tienes una frase para decir lo que quieras...** Lo más revolucionario que podemos hacer hoy es ir a terapia, especialmente si somos LGTB.

DAVID ARTEAGA
ACTIVISTA EN TODAS LAS RR.SS.

«LAS CAMPAÑAS CONTRA EL VIH NO TRANSMITEN INFORMACIÓN Y ESO SE TRADUCE EN UN MAR DE PREJUICIOS»

NOMBRE/APELLIDO DAVID ARTEAGA VALLEDOR
EN RR.SS.: @DARTEAGA92
AÑO DE NACIMIENTO 11/05/1992
LUGAR LOGROÑO, LA RIOJA



@darteaga92

RED	POSTS	SEGUIDORES
TWITTER	SIN CONTROL	788
INSTAGRAM	6 POST/STORIES DÍA	15.6K
YOUTUBE	-	550

—¿Qué te mueve en tus redes sociales? ¿Es esa su misión, por lo que te lanzaste a ellas? ¿Qué quieres conseguir?

Me gustaría arrancar con una invitación a vivir la vida. Hay que exprimirla a tope. Como si no hubiera un mañana. Cada minuto y cada segundo cuentan y debemos hacer todo lo que nos apetezca para que así el día de mañana no nos arrepintamos. —¿Es eso lo que haces en tus redes sociales? ¿Es esa tu misión, por lo que te lanzaste a ellas? ¿Qué quieres conseguir? Así lo siento, de verdad, y poco a poco estoy

alejándome de lo que no se alinee con esto. Mi misión es esta definitivamente. Siento que estoy transitando el camino que debo hacer. Es una responsabilidad que no siento como carga y en cada mensaje que recibo de personas seropositivas confirmo esto. También, de aquellos que no lo son pero que aprenden y me lo dicen. Conseguir que cada persona seropositiva se vea y se sienta internamente empoderada con las herramientas que cuenta. Yo estaré ahí para acompañar.

—¿Por qué crees que te siguen? Dinos las claves de tu éxito en redes...

Jajajaja. Sobre esta cuestión, tengo que decir que mis amigos siempre me dicen que la clave de mi éxito en redes sociales es mi culo. Dicen que como siempre lo enseño y hay mucho "guarrete" (en el buen sentido de la palabra) en redes sociales es esto lo que me ha dado algo de fama. Pero creo que el trasfondo va más allá. Sí, enseño el culo, pero creo que eso es una parte más de mi naturalidad y de mi sencillez. Así que si tengo que resumir las tres claves de mi éxito en redes: mi culo, mi naturalidad y mi sencillez.

—Cuéntanos algo de tu método: ¿cómo eliges los temas?, ¿cómo los abordas?

No me centro en ningún tema en concreto. Simplemente tengo mis ideas muy claras y me gusta compartir con mis amigos y mis seguidores mi punto de vista. Me gusta crear conciencia y hay ciertas cuestiones que me alteran mucho y simplemente lo que hago es compartir mi punto de vista. No me callo. Lo que pienso, lo digo. Y creo que la gente valora que te mojes, que seas auténtico. Un día puedo hablarte de un programa chorra de la tele, de política, de actualidad, ciencia o lo que surja. Todo desde mi punto de vista.

—¿Has tenido que morderte la lengua alguna vez?

Pocas veces. No soy de morderme la lengua a no ser que sea alguna cuestión con la que pueda hacer daño a alguien muy cercano o a quien quiero mucho.

—Interactuar es clave en redes. ¿Cómo lo haces tú? ¿Cómo tratas a tus trolls?

Siempre hay que interactuar con la gente. Al igual que en la calle es necesario interactuar para tener amigos y vida social, en redes es lo mismo. Hay que comentar, dar "likes" y res-

ponder a la gente que nos dedica su tiempo. Porque si no, a la gente terminas aburriéndole. Cuando no hay "feedback", terminas marchándote. Se trata de tratar con cariño.

En cuanto a los trolls, lo mejor es el sentido del humor o simplemente el silencio. No tomo en cuenta los malos comentarios que me puedan hacer y prefiero quedarme con las personas maravillosas que me ponen a mí en valor o que agradecen la labor que hago.

—¿A quién sigues tú? ¿A quiénes tendríamos que seguir todos los que tenemos un interés, el que sea, por el VIH?

www.gtt-vih.org, @cogam, acciontriangulo, @cesida, @apoyopositivo, @eresvihda <https://www.youtube.com/watch?v=AUwbKx8xNAE&t=218s> (Sin miedo al VIH) Realizan una excelente labor y os invito a que les echéis un vistazo.

—En la selva de las redes, y sobre el VIH y las ITS en general, ¿cómo podemos distinguir quién es fiable y quién no?

Pues creo que es muy importante contrastar siempre toda la información. Y, al final, así es como llegas a la verdad. No debemos quedarnos con lo primero que leemos como que es lo cierto.

—¿Cómo valoras la comunicación que se hace sobre VIH? Sigue habiendo mucho desconocimiento, mucho prejuicio...

En el mundo gay, creo que las mentes ya están cada vez más abiertas, que la gente conoce más sobre el tema, pero sí que es cierto que en el mundo hetero hay mucha desinformación. Hay gente que aún piensa que el VIH puede transmitirse a través de la saliva, por ejemplo. Y la verdad que las campañas que se hacen actualmente a parte de escasas me parecen muy malas. No transmiten información y al final la desinformación se traduce en un mar de prejuicios.

—¿Qué han aportado más y mejor las redes en esta tarea de concienciación social frente al VIH? ¿Hay algo que en redes esté perjudicando esta misión?

Las redes tienen su lado bueno y su lado malo en esta cuestión. Es muy fácil hacer llegar la información. Puede incluso viralizarse. Por ejemplo, recuerdo un post de #MadridTeQuierePositivo @CESIDA relacionado con una cuestión política a la cual no se le dio visibilidad en los medios

de comunicación. Las redes, en cambio, hicieron este post viral y consiguió así llegar a muchísimas personas. Esta es la parte positiva de las redes: no hay filtros. Y esto también es la parte negativa, los bulos también circulan muy rápido. Por eso, como decía antes, es importante contrastar toda la información que nos llega.

—¿Por qué tan pocas personas conocidas con VIH dan la cara? ¿Qué les dirías y cómo llevarías tú sus redes?

Queda aún mucho estigma en relación con las personas con VIH y claro, exponerse no es fácil, porque saben que van a recibir comentarios desagradables. La gente a veces es cruel y más en las redes. Pero la gente que tiene el valor de dar a conocer su situación creo que, además de ser muy valientes, pueden convertirse en referente de muchas otras que estén en la misma situación. Pueden ser una gran ayuda para otros usuarios que lo necesiten. Yo llevaría sus redes dando información veraz. Hablando del tema y ayudando a normalizarlo.

A BOCAJARRO

- **Tu post favorito...** <https://www.instagram.com/p/CfUF4Hjwnn/> Fue en los Juegos del Orgullo 2022 con Gmadrid Balonmano
- **Tu post más atenido...** <https://www.instagram.com/p/Ci2kiZvjHl/> <https://www.instagram.com/p/CHD2bRYDN1D/> <https://www.instagram.com/p/B3WnZ-D4i7h/> CULOOO
- **Tu post más popular...** <https://www.instagram.com/p/BwE3KBmnyPW/> Parece que estoy en las Vegas, pero estoy en una feria jajaja
- **Tu cuenta favorita en IG...** @only.masc; los memes son lo más
- **En FB...** <https://www.facebook.com/gpscongreso> que es en la que trabajo... jajaj
- **En Twitter...** @pdrsnche Nuestro gran presidente
- **En TikTok...** @jennialcoholado no me puedo descojonar más... jeje
- **De a 1 a 10, la comunicación en redes sobre VIH tiene un...** 4
- **Tienes una frase para decir lo que quieres...** Eliminemos el estigma hacia las personas con VIH

LISANDRO ENRIQUE, INSTAGRAMER Y SEROPOSITIVO

«SE ME CRUZÓ LA IDEA DE CONTACTAR CON TODAS LAS WEBS QUE USAN SIDA EN VEZ DE VIH Y EXIGIRLES QUE LO CAMBIEN»

NOMBRE/APELLIDO LISANDRO MOISÉS ENRIQUE
EN RR.SS.: @LISANDROPOSITIVO
FECHA DE NACIMIENTO 07/06/1975
LUGAR BUENOS AIRES
ESTADO SEROLÓGICO POSITIVO DESDE 1994
INDETECTABLE

—¿Cómo quieres que empecemos esta entrevista? Di al mundo lo que quieres decir, lo que te mueve...

Lo que me mueven son las emociones humanas y cómo un pensamiento puede cambiar tu realidad, el poder que tenemos y todo lo que podemos trabajar en eso. Me mueve hacer algo por personas que no conozco y sentirme que soy parte de algo que está sobre mí como ser humano, algo mucho más importante y significativo.

—¿Es eso lo que haces en tus redes sociales? ¿Es esa tu misión, por lo que te lanzaste a ellas? ¿Qué quieres conseguir?

Así lo siento, de verdad, y poco a poco estoy alejándome de lo que no se alinee con esto. Mi misión es esta definitivamente. Siento que estoy transitando el camino que debo hacer. Es una responsabilidad que no siento como carga y en cada mensaje que recibo de personas seropositivas confirmo esto. También, de aquellos que no lo son pero que aprenden y me lo dicen. Conseguir



@lisandropositivo

RED	DESDE	POSTS	SEGUIDORES
INSTAGRAM	2019	2-3/SEMANA STORIES 1/DIA	6.4 K

que cada persona seropositiva se vea y se sienta internamente empoderada con las herramientas que cuenta. Yo estaré ahí para acompañar.

—¿Por qué crees que te siguen? Dinos las claves de tu éxito en redes...

La forma de ser: ser simplemente yo. No ser sólo un diagnóstico: comparto comidas, salidas, bromas, momentos más íntimos. No atarme a lo que creemos que los demás esperan. Eso lleva un tiempo, darte cuenta de eso. Ser consecuente entre lo que digo y hago también es clave. Ser claro, puntual, con lenguaje cercano como de charla de café. Y quizás un poco por mi estilo, a veces algo irónico.

—¿Cómo eliges los temas?, ¿cómo los abordas?

La verdad, soy pésimo planificando. Soy más del "sentir". A veces escucho algo, leo algo que funciona como disparador y me hace meditar al respecto, y lanzo el tema en las redes, ya sea como encuesta o pre-

gunta. Otras veces como publicación con lo que considero que tengo que decir. Por supuesto, hay temas que son "calientes", como sucedió con la viruela del simio o con el covid-19 en su momento: muchas personas que viven con VIH sentían que sus vidas corrían peligro. Esos son los temas que hay que abordar.

—¿Has tenido que morderte la lengua alguna vez?

Mmmmm, la verdad que no tanto. No estoy "auspiciado" por nadie, así que eso te da cierta libertad: mis opiniones son siempre personales. Pero reconozco que analizo lo que voy a decir y las posibles interacciones, o si hay alguien que pueda sentirse molesto. Es algo que ya tengo resuelto internamente. El debate siempre es enriquecedor.

—Interactuar es clave en redes. ¿Cómo lo haces tú? ¿Cómo tratas a tus trolls?

Respondo todos los mensajes, incluso aquellos que sólo tratan de molestar, ofender o desestabilizar tras el anonimato. Cuando uno no tiene nada que esconder difícilmente te puede afectar este tipo de comportamientos. Quienes eligen ese camino se terminan yendo por cansancio, porque pelean contra el aire conmigo: no puedo gastar energía en alguien que no está a la altura, que ni siquiera da su nombre real o muestra su cara.

—¿A quién sigues tú? ¿A quiénes tendríamos que seguir todos los que tenemos un interés, el que sea, por el VIH?

Hay muchísimas personas importantes a quienes seguir. Reconozco que no soy un fanático enfermo del following. Sigo a quienes puedan aportarme. Considero que las pequeñas asociaciones son importantes: son las que están frente al público masivo, mucho más que los médicos, porque su lenguaje es cercano. Necesitan apoyo y recursos, y muchas veces dejan todo por ayudar a quienes lo necesitan. Apoyar a las asociaciones locales no sólo en las redes sino acercándose a ellas puede ser la puerta de entrada para aprender, comprender, empatizar y ser mejor ser humano, independientemente de tu seroestado.

—En la selva de las redes, y sobre el VIH y las ITS en general, ¿cómo podemos distinguir quién es fiable y quién no?

Primero, no hay que olvidar que se trata de una información íntima y personal, que uno comparte si quiere y si siente la confianza. Y, luego, creo que lo mejor es empoderarse muchísimo con información y autoconocimiento. Para que, cuando encontremos a inconscientes que se dejen llevar por el miedo y el desconocimiento, no sintamos que somos culpables de nada.

—¿Cómo valoras la comunicación que se hace sobre VIH? Sigue habiendo mucho desconocimiento, mucho prejuicio...

Totalmente. Y faltan campañas e información constante y sonante. Ya es hora de que se comience a mantener campañas activas todo el año, no sólo una semana antes del primero de diciembre, hablando siempre de lo mismo. Gobierno y farmacéuticas deben ponerse esta responsabilidad sobre los hombros y buscar el apoyo y experiencia de quienes realmente viven con VIH.

—¿Qué han aportado más y mejor las redes en esta tarea de concienciación social frente al VIH? ¿Hay algo que en redes esté perjudicando esta misión?

Democratizarlo. Hacerlo visible. Que muchos pierdan miedo y se informen más. Y debemos seguir trabajando en esto y exigir más desde las redes. Ya no se trata sólo de “nosotros” los “visibles”, sino de que debemos dejar de lado competencias y egoísmos por algo que está por encima de nosotros.

—¿Por qué tan pocas personas conocidas con VIH dan la cara? ¿Qué les dirías y cómo llevarías tú sus redes?

No vamos a terminar con el estigma si seguimos escondidos. Eso lo tengo más que claro. Y lo digo yo, que fui una persona que vivió con VIH escondido más de veinte años. Si no lo hubiera contado, habría afectado a mi vida y no podría haber ayudado o salvado a otros. El estigma se combate con seguridad. Si asumo que lo que tengo no es algo “malo” o “sucio”, ¿cómo podría definir el otro lo que yo he definido como “normal” o bueno para mí mismo? Si seguimos pensando sólo en nuestra comodidad, difícilmente lograremos incomodar a otros que necesitan revisar algunas creencias. Hablar y dar la cara sobre nuestro estado puede

ser algo difícil, hasta que lo haces. Y ahí te liberas.

A BOCAJARRO

- **Tu post favorito...** Tengo muchos, dependiendo el momento. Este post habla de los cambios y de lo bueno de no seguir siendo los mismos: www.instagram.com/p/CTPcbH7smiI/?igshid=YmMyMTA2M2Y=
- **Tu post más divertido...** Replicando a Marilyn en una salida con amigos... y un final algo divertido: www.instagram.com/tv/COGZgDLB6Dq/?igshid=YmMyMTA2M2Y=
- **Tu post más atenido...** Cualquiera en que muestre algo de cuerpo; al público siempre le gusta... Pero creo que es el post de “¿Cómo luce una persona con VIH?” www.instagram.com/p/CR6z-8oh1T-/?igshid=YmMyMTA2M2Y=
- **Tu post más popular...** ¡Ay que difícil! No tengo activadas las notificaciones de “compartido”, y el que más “Me Gusta” ha tenido es uno hablando sobre la evolución de un usuario al que estuve acompañando por un año sobre ser Positivo. www.instagram.com/p/CgSM-QQ4jF4R/?igshid=YmMyMTA2M2Y=
- **Tu cuenta favorita en IG...** @thatlittlepuff, ese gato siempre me hace reír y sus frustraciones mucho más.
- **En FB...** La verdad es que no estoy usando Facebook desde hace un par de años.
- **En TW...** Tampoco la uso demasiado.
- **En TikTok...** No tengo cuenta, creo. Jajaja, ¡perdón!
- **De a 1 a 10, la comunicación en redes sobre VIH tiene un...** 8
- **Tienes una frase para decir lo que quieres...** La pizza, ¿con o sin piña?



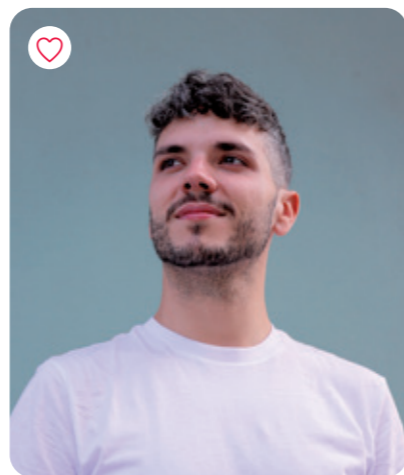
ERESVIHDA

Lea las entrevistas completas a los INFLUENCERS y vea sus respuestas a la encuesta visual que les hemos hecho en la web eresvihda.es

RUBÉN SERRANO TUITERO Y ACTIVISTA

«EL ESTIGMA LO VEMOS EN EXPRESIONES COMO ‘ESTOY LIMPIO’, QUE SE VE EN GRINDR»

NOMBRE/APELLIDO RUBÉN SERRANO
EN RR.SS.: @MRAVELAIN
AÑO DE NACIMIENTO 1992
LUGAR MONÓVAR, ALICANTE



©ALFREDO ESPINOZA

@rubenserranom

RED	DESDE	POSTS	SEGUIDORES
TWITTER	2011	SIN PERIODICIDAD	24K
INSTAGRAM	2013	NS/NC	5,4 K

—¿Qué te mueve en tus redes sociales? ¿Es esa su misión, por lo que te lanzaste a ellas? ¿Qué quieres conseguir?

Me lancé a las redes para descubrir la gran posibilidad que ofrece internet: estar conectado con todo el mundo a todas horas y tener información de forma rápida y fácil. Las empecé a usar de forma personal

y, con el tiempo, se han convertido en una herramienta profesional, Twitter exclusivamente.

Empecé a compartir mi trabajo y mis ideas, relacionadas con el mundo LGTBI+ (entre ellos el VIH) y los seguidores empezaron a dispararse. Seguir transmitiendo información y abrir puertas de conocimiento es lo que me motiva a estar en redes.

—¿Por qué crees que te siguen? Dinos las tres claves de tu éxito en redes...

Divulgación, concisión e información objetiva.

—Cuéntanos algo de tu método: ¿cómo eliges los temas?, ¿cómo los abordas?

No hay ningún método, ni nada pensado o planificado. No me considero un influencer o un creador de contenido; ellos sí tienen un calendario marcado con unos números concretos que conseguir. Simplemente hablo de lo que me mueve y conozco: derechos humanos, desigualdad, LGTBI+, feminismos, cultura.

—¿Has tenido que morderte la lengua alguna vez? ¿Cómo encuentras ese punto?

Más de una y más de treinta veces. Hay temas que no toco y palabras que no menciono explícitamente para evitar que mis tuits acaben en grupos radicales de la ultraderecha y se repita un linchamiento que viví hace años. Creo que para estar en redes (es decir, mostrarnos, hablar, opinar, compartir lo que somos) hay que estar emocionalmente estable porque, si no, te puede afectar la exposición, o que desconocidos opinen sobre ti. Un comentario negativo puede hundir diez positivos si no estás listo, lista o liste para adentrarte en terreno digital.

—Interactuar es clave en redes. ¿Cómo lo haces tú? ¿Cómo tratas a tus trolls?

A los trolls los tengo silenciados desde hace años. Solo recibo notificaciones de personas que me siguen porque necesitaba crear un espacio seguro y acotado para poder seguir en redes. Así que ahora no los veo.

Estar en redes me ha permitido encontrar personas maravillosas que hoy considero mis amigas, grupos, colectivos, entidades y organismos que contribuyen a colectivizar-

nos y ayudarnos mutuamente en un mundo dominado por el individualismo capitalista más feroz.

—¿A quién sigues tú? ¿A quiénes tendríamos que seguir todos los que tenemos un interés, el que sea, por el VIH?

Ricardo Baruch (baruchdom en Twitter). Trabaja en el ámbito de la salud pública y es de México. Una perspectiva necesaria a la hora de hablar de VIH y personas LGTBI+ y un punto geográfico que debemos escuchar para abrir nuestros ojos más allá de Europa.

—En la selva de las redes, y sobre el VIH y las ITS en general, ¿cómo podemos distinguir quién es fiable y quién no?

¿Te fiarías de una persona encapuchada que en medio de la calle empieza a hablar de que la tierra es plana? Pues lo mismo en Twitter. Las entidades, organizaciones, profesionales de la salud, la comunicación y activistas son referencias clave a la hora de buscar información fiable. El resto de los perfiles que no tienen datos, con alarmismo y hablando de una realidad que desconocen, son opiniones y ruido vacío.

—¿Cómo valoras la comunicación que se hace sobre VIH? Sigue habiendo mucho desconocimiento, mucho prejuicio...

La comunicación sigue siendo, en líneas generales, inexacta y difusa. Quienes trabajamos en este ámbito o somos personas que estamos relacionadas con el virus, nos lo sabemos todo a la perfección. Hemos hecho nuestros deberes: informarnos y escuchar.

Hay una percepción de VIH igual a “esto no va con nosotros” o “esto es cosa del pasado” cuando el virus no se ha erradicado y sigue vivo. En ese sentido, el estigma se sigue articulando de forma similar. Lo vemos en expresiones como “estoy limpio” en Grindr; en artículos que señalan como un escándalo que un actor o actriz porno tenga el virus; en el miedo que se refleja en los ojos de la gente cuando alguien les dice que vive con el virus; o en personas heterosexuales que no han ido ni una sola vez en su vida a hacerse un control de ITS.

—¿Qué han aportado más y mejor las redes en esta tarea de concienciación so-

cial frente al VIH? ¿Hay algo que en redes esté perjudicando esta misión?

En cierta medida, las redes han aportado la democratización de la información y eso conlleva a su vez más comunicadores formados en VIH e ITS. Hay información online fiable, hay testimonios, hay hemeroteca y hay personas y entidades que día a día se dedican a transmitir buena información sobre el VIH. Todo eso existe, con lo cual, si alguien no lo quiere buscar o no lo quiere ver es porque le está dando la espalda. Y como negativo, pues que el propio algoritmo de las redes sociales premia la ira, la rabia y el desconocimiento tanto en este tema como en otros tantos.

—¿Por qué tan pocas personas conocidas con VIH dan la cara? ¿Qué les dirías y cómo llevarías tú sus redes?

Una persona con VIH comparte con quién quiere, cuándo quiera y cuando pueda si vive con VIH. Les diría que nadie les obliga a hacerlo pero que, si llega el punto en que están preparados para hacerlo, servirán de referente y de ejemplo positivo para muchas personas. ¿Cómo llevaría sus redes? ¡Que me llamen y lo discutimos!

A BOCAJARRO

- **Tu post favorito...** <https://twitter.com/RubenSerranoM/status/1280518605067649024>
- **Tu post más popular...** <https://twitter.com/RubenSerranoM/status/1465953932442755075>
- **Tu cuenta favorita en IG...** las de mis amigas
- **En FB...** Llevo años sin entrar, jajaja
- **En TW...** tigrillo, Noemi López Trujillo, Alana Portero...
- **En TikTok...** No sabría decir, porque todo lo que consumo de TikTok me llega antes por reels o Twitter.
- **De a 1 a 10, la comunicación en redes sobre VIH tiene un...** 5

Dossier

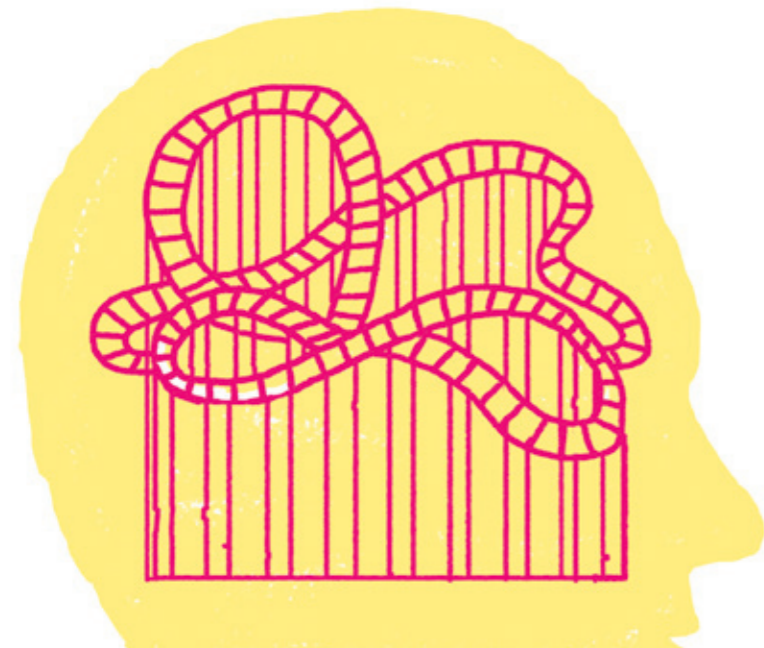
Retos para la calidad de vida



□ PEPE ESPALIÚ, 'ARMA BLANCA', 1987



La calidad de vida psicológica, clave para eliminar el VIH



En este contexto, cobran singular importancia las comorbilidades neuropsiquiátricas (CNP), cuestión que hasta la fecha solía pasar desapercibida, pero que es fundamental para alcanzar la calidad de vida de la que hablamos. **Marco Imbert**, presidente de Euskalsida, lo subrayaba en el último congreso de Seisida, celebrado en Bilbao en octubre: “Se debe trabajar por una cronicidad con calidad de vida en la que se cuide el aspecto emocional y psicológico de todas las personas”.

Y es que los trastornos psicológicos alcanzan porcentajes mucho más elevados

en personas seropositivas: las personas con VIH tienen una prevalencia del 60-70% de alteraciones del sueño, un 30-40% de trastornos emocionales y alrededor de un 25-35% de trastornos cognitivos, según un estudio realizado en 2019 por el Hospital Universitario de La Paz de Madrid. Las cifras muestran también que estas personas tienen el doble de probabilidades de padecer depresión o ansiedad; que más de la mitad de los jóvenes con VIH tiene algún problema de salud mental; o que el riesgo de sufrir una enfermedad mental grave puede llegar al 5%, lo que significa multiplicar por diez el riesgo existente en la población general.

La salud es mucho más que la ausencia de enfermedad. Esta afirmación tiene un especial significado en las personas que viven con VIH, más cuando la cronicidad es el escenario en el que han de moverse. Se trata de que alcancen la supresión viral, de que el virus sea indetectable y, por tanto, intransmisible, sí... Pero, además, tienen que disfrutar de una buena salud global, de una buena calidad de vida a largo plazo.

Un documento reciente elaborado por ONUSIDA y la Organización Mundial de la Salud (OMS) expone que no se podrá acabar con el VIH sin abordar la salud mental de las personas que viven con el virus. Por dos motivos: uno, este tipo de patologías aumenta el riesgo de infección; y dos, las personas que ya tienen el virus corren un mayor riesgo de padecer problemas de salud mental, que pueden desembocar en el abandono de los servicios de atención del VIH, en una menor adherencia, en un aumento de las conductas de riesgo y en un menor compromiso con las medidas de prevención.

Los expertos en España lo tienen claro. **Jordi Blanch**, del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Clínic de Barcelona, insiste en el mensaje: “Los trastornos mentales que sufren las personas con VIH suelen pasar desapercibidos en la mayoría de los casos y, por este motivo, no reciben el tratamiento adecuado. Esto supone, la persistencia del sufrimiento de la persona con VIH. Algo que puede afectar a la evolución de su enfermedad y a la respuesta al tratamiento antirretroviral”. **Jordi Puig**, enfermero coordinador de en-

sayos clínicos en el Hospital Universitario Germans Trias y Pujol (Barcelona), pone sobre la mesa la magnitud del problema: “Un 40% de los recién diagnosticados de VIH sufre estrés postraumático a raíz de la noticia. También, hay muchas personas que desarrollan ansiedad pensando en si la medicación les sentará bien. De hecho, hasta un 20% desarrolla cuadros de ansiedad generalizada”.

Por su parte, **Ignacio Pérez Valero**, del departamento de Enfermedades Infecciosas del Hospital Reina Sofía de Córdoba, señala la necesidad de que las personas con VIH sean tratadas de forma global, ya que, “para bien y para mal, el médico especialista en VIH es muchas veces su médico de referencia, un equivalente al médico de primaria”. Y concluye: “Esto hace que en la práctica tengamos que adoptar los mismos roles que los médicos de primaria, incluida la detección y el manejo de los problemas de salud mental”.

INFRADIAGNOSTICADA

Existen diversos factores que pueden influir en el infradiagnóstico de los problemas de salud mental. “La falta de formación o la falta de predisposición de algunos profesionales que tratan a personas con VIH, por ejemplo. Pero, además, el entorno de la visita, la predisposición del paciente a hablar de aspectos más íntimos o el tiempo disponible no permiten una entrevista en las condiciones adecuadas”, desgrana Blanch.

Los datos inciden en la necesidad de que los médicos estén atentos. Los 115 médicos españoles especialistas en VIH que respondieron a la encuesta del estudio *Perception of HIV physicians in Spain towards diagnosis and management of neuropsychiatric comorbidities in people with HIV* coinciden en que evaluar la salud mental es relevante (97%) y que las comorbilidades neuropsiquiátricas (CNP) están infradiagnosticadas (77%). En el estudio, dirigido por **Esteban Martínez**, del Departamento de Enferme-

TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN PERSONAS SEROPOSITIVAS

Alteraciones del sueño

60-70%

Trastornos emocionales

30-40%

Trastornos cognitivos

25-35%

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PAZ (MADRID)



«Hay que escuchar al paciente, tanto lo que cuenta personalmente como lo que pueda decir con su lenguaje corporal, con la imagen que transmite, porque ahí también puedes ver si existen otros problemas»

ESTEBAN MARTÍNEZ, DEPARTAMENTO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA

dades Infecciosas del Hospital Clínic de Barcelona, Ignacio Pérez-Valero y Jordi Blanch, los médicos encuestados se muestran sensibilizados con el problema (68%), pero informan haber recibido poca o ninguna capacitación sobre la detección de CNP (64%). Aún más, los médicos consideran que los pacientes no informan suficientemente sobre sus problemas de salud mental (54%) y que el consumo de alcohol (95%), sustancias recreativas (97%) y tabaco (96%) son muy relevantes en la mayor parte de los casos.

María José Fuster, directora de la Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (Seisida), reparte responsabilidades: “Unas veces, los pacientes no son capaces de hablar de su angustia; otras son los médicos los que no saben cómo preguntar, les cuesta abordar ciertos asuntos y prefieren no destapar la caja de Pandora”. Esa falta de diálogo tiene un efecto directo: “Repercute en la calidad de vida”, dice. Pérez Valero comparte el diagnóstico: “Los problemas de salud mental, al igual que pasa con el VIH, están muy estigmatizados. Motivo por el cual, la mayoría de los pacientes no cuenta que tiene estos problemas. Si a esto unimos que a los médicos nos cuesta o no sabemos preguntar, nos encontramos ante una espiral difícil de romper si no se trabaja de forma específica en ello”.

En la misma línea se manifiesta Martínez. “Todos hemos tenido alguna vez dolores de cabeza, mareos, problemas de insomnio, ansiedad o tristeza, e incluso hemos podido denominarlo depresión. Pero podemos pensar que es poca cosa y que no necesita ser comunicada a un médico. Y luego está la sensibilidad del médico para crear un ambiente adecuado y tener un tiempo y un conocimiento adecuados para abordar el problema y para tratar de orientar su solución”. Según Martínez, es fundamental tratar a los pacientes de forma holística “para detectar ciertos efectos que la persona con VIH presenta, que quizá no sabe re-



© I-SANIDAD

«Para bien y para mal, el médico especialista en VIH es para muchas de las personas que viven con VIH su médico de referencia, un equivalente al médico de primaria»

IGNACIO PÉREZ VALERO. DEPARTAMENTO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL HOSPITAL REINA SOFÍA DE CÓRDOBA

conocer, pero que inciden negativamente en su calidad de vida. Y tratarlos”. “Cerca del 40% de las personas con VIH padece un trastorno relacionado con la salud mental y no es del todo consciente, y hasta un 28% está tomando psicofármacos por decisión propia”, añade.

También es relevante que los pacientes con VIH comuniquen a su equipo médico síntomas relacionados con la salud mental como pueden ser la depresión, la ansiedad, el insomnio y el consumo de sustancias como el alcohol o la metanfetamina. Eso facilita una buena gestión de su patología y la adecuada toma de decisiones, porque, aunque las terapias antirretrovirales han conseguido reducir de manera drástica la toxicidad, ciertos estudios revelan que algunos regímenes pueden tener efectos sobre el sistema nervioso central. Y esta neurotoxicidad contribuye a aumentar las tasas de problemas de salud mental entre las personas con VIH.

HERRAMIENTAS PARA EL RETO

El diagnóstico de los trastornos neuropsiquiátricos y neurocognitivos sigue siendo un desafío debido a los complejos factores asociados con la infección por el VIH, las manifestaciones de los problemas de salud mental (que pueden ser similares a los síntomas físicos del VIH) y las estrechas asociaciones entre los síntomas depresivos y la función cognitiva. “A diferencia de otras comorbilidades donde tenemos pruebas objetivas, análisis o pruebas de imagen que están muy bien definidas, en el campo de la salud mental las pruebas no están tan bien definidas y son en gran medida subjetivas”, explica Martínez.

Los cuestionarios PRO (Patient Reported Outcome, o resultados reportados por los pacientes) pueden jugar un papel muy importante ante la definición de un problema, destaca el doctor. “Por ejemplo, si creo que un paciente tiene problemas con el sueño o se queja de su estado de ánimo, con los cuestionarios puedo tener un diagnóstico objetivable que va más allá de mi mera impresión personal. Ade-

más, me permiten compartir y comparar el diagnóstico con otros médicos especialistas porque contienen una puntuación, que es una prueba concreta. Por último, me van a permitir tener un motivación fundada para justificar un tratamiento”, señala Martínez, que pone un ejemplo: “A un diabético no se le pone un tratamiento de diabetes porque te da la impresión de que es diabético; se le hacen pruebas para determinarlo. Los PROs te dan ese dato objetivo más allá de la impresión que uno tiene”.

Y continúa: “Los cuestionarios tienen que estar dentro de una red de atención, integrados, tienen que permitir al paciente poder transmitir información de una forma que no le sea molesta. Y al sanitario le tienen que permitir una lectura adecuada. No se pueden quedar en un cajón, porque con esos cuestionarios se van a poder detectar problemas”. “Aunque suene raro lo que voy a decir, los PROs son un mal necesario. Lo óptimo sería que el médico fuese capaz de detectar durante la consulta, mediante la anamnesis, la existencia de un problema de salud mental. Sin embargo, en muchos casos, la carencia de habilidades específicas o de tiempo impiden al profesional realizar una anamnesis adecuada de los problemas de salud mental. En estos escenarios es cuando los PROs adquieren importancia”, puntualiza el doctor Pérez Valero.

Esteban Martínez cree que preparar la consulta (pacientes y médicos) es importante, pero no sólo se trata de hacer una check list. Sobre todo, hay que escuchar al paciente, tanto lo que cuenta verbalmente como lo que pueda expresar con su lenguaje corporal. “Hay que tener sensibilidad para abrirse a detectar estos u otros problemas que el paciente pueda tener y que a veces no le es fácil verbalizar. Y también tener tiempo y una disposición en el trato y en el abordaje que permitan al menos reconocer que los problemas existen. Y, si no hay tiempo, orientar para una visita adicional o para una atención con algún otro especialista”, concluye.

Insomnio: mucho más que dormir mal



Fernando Bernal tiene VIH y a sus 26 años sufre periodos de insomnio. Sabe que a un médico no le es sencillo identificar la causa del insomnio y que es bueno hablar con el especialista para buscar soluciones. Como a él también le trata un equipo de salud mental, suele hablarlo con ellos. “No soy el más indicado para decir si hay soluciones porque el día que no puedo dormir no puedo dormir, por mucho que tome al-

Estrategias para mejorar el sueño

- Mejorar el estado de ánimo
- Cambiar el tratamiento antirretroviral
- Medicación efectiva para conciliar el sueño
- Control adecuado del VIH
- Ejercicio y alimentación saludable
- Buena salud global: drogas, alcohol y tabaco se relacionan con una peor calidad del sueño

WWW.FLS-SCIENCE.COM

gún ansiolítico, haga técnica de relajación o desarrolle una higiene del sueño muy buena”, se lamenta.

Los especialistas en VIH afirman que esto que comenta Fernando es fundamental: contar lo que siente. No se refieren sólo a la lucha contra el estigma sino a que médico y paciente deben hablar. Hoy, el paciente está en el centro. Y a su alrededor gira —o debe girar— la asistencia para atender sus necesidades. Colocado en el centro, el paciente no debe estar callado. Al contrario, debe explicar cuáles son sus necesidades, qué cosas le están pasando. Esa información será clave en su atención y en su bienestar. “Dada la elevada prevalencia de trastornos mentales y, más concretamente, de insomnio en las personas con VIH, los profesionales deberían saber manejar este problema y facilitar herramientas para la higiene del sueño a sus pacientes. La labor de enfermería también puede ser de gran utilidad”, explica Jordi Blanch, del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Clínic de Barcelona.

A pesar de la frecuente presencia de trastornos del sueño, no se sabe por qué realmente este problema es tan frecuente en las personas que viven con VIH. ¿Cosa de los fármacos antirretrovirales? ¿Problemas de salud mental subyacentes? ¿Factores de carácter psicosocial? ¿Lesiones cerebrales por la exposición a las proteínas producidas por las células infectadas por el VIH? Los investigadores no acaban de tenerlo claro. El cerebro parece ser un reservorio para el VIH, incluso en personas que utilizan la terapia antirretroviral, por lo que esta idea de que el virus afecta de alguna manera a la salud cerebral y al sueño a largo plazo es más que plausible, subrayan. “En muchos casos el insomnio suele ser debido a ansiedad o a depresión. Ambos trastornos tienen tratamiento que puede ayudar a la remisión de los síntomas y, por tanto, del insomnio. En otros casos, habrá que sopesar la influencia de otras

Fernando Bernal, 26 años, seropositivo: «El día que no puedo dormir no puedo dormir, por mucho que tome algún ansiolítico, haga técnica de relajación o desarrolle una higiene del sueño muy buena»



Fernando Bernal tiene 26 años. Es vecino de Cazalla de la Sierra, un pueblo en la sierra Norte de Sevilla. Tiene VIH desde hace dos. Parece tranquilo. Sin embargo, a pesar de su aparente tranquilidad, para él no ha sido fácil llegar a este punto. Y se nota. La salud mental es su mantra. No la suya sino como concepto general: la salud mental de toda la sociedad. Lo explica así: "Nos enseñan muchas cosas desde pequeños, pero no a gestionar nuestras emociones, nuestros sentimientos. Al final, ese déficit conlleva problemas en la alimentación, en el deporte, en las relaciones humanas... He sufrido mucho. He tenido problemas de salud mental. Por eso, es en este punto donde quiero ayudar." Fernando "salió del armario" del VIH hace unos meses. Dio la cara en el documental Enlázate por el VIH, de Adhara. No es difícil imaginar el revuelo que causó en el pueblo. Bien por algunas reacciones de su entorno, bien por la acción del virus, bien por los efectos del tratamiento... Fernando sufrió un bache importante, con depresión y ansiedad incluidas. Aún no tiene clara la razón: si fue una mezcla de todo o si ya venía con ello de serie. Fernando sigue con sus fantasmas a cuestas que, a pesar del entusiasmo y los progresos, van y vuelven.

JUAN LUIS SÁNCHEZ

bién mayores índices de insomnio: según muchos estudios, la prevalencia se sitúa entre el 60% y el 70% de alteraciones del sueño. Sin embargo, reconoce **María José Fuster**, "no se da con la tecla para acabar con el insomnio".

Con todo, no siempre es necesario recurrir a los fármacos. Varios ensayos han demostrado que los métodos conductistas que consiguen modificar el comportamiento tienen una eficacia similar, con la ventaja añadida de no inducir intolerancia ni problemas de dependencia. De esta opinión es **Celia García Malo**, neuróloga del Instituto de Investigaciones del Sueño. García Malo asegura que la terapia cognitivo-conductual (TCC) funciona en personas que llevan meses o años teniendo problemas de sueño. En algunos casos, estos problemas pueden ser ocasionales; en otros, aparecen por temporadas; y en otros, se vuelven un problema crónico. García Malo afirma que se obtienen muy buenos resultados con la aplicación del tratamiento cognitivo conductual, "que enseña cómo debe dormir el paciente y cómo controlar sus pensamientos a la hora de descansar". Blanch también lo cree: "Sin duda, las pautas conductuales deberían ser la primera opción en cualquiera de las situaciones anteriormente descritas, independientemente de si se toman otras medidas farmacológicas".

DORMIR, FUNDAMENTAL PARA LAS DEFENSAS

Las personas con VIH ven aún más deteriorado su sistema inmunológico debido a los trastornos del sueño que comienzan a padecer con la enfermedad. Los más comunes son el insomnio y los trastornos del ritmo circadiano. Es común que no puedan conciliar el sueño, tengan despertares frecuentes durante la noche o, simplemente, no puedan dormir en el horario convencional.

García Malo, especialista en trastornos del sueño, lo explica así: "Normalmente, cuando dormimos, se produce una restauración y una eliminación de los radicales libres que tenemos en nuestro organismo. No dormir de forma apropiada provoca un mayor predominio de radicales libres, lo que causa alteraciones en el sistema inmunológico". La neuróloga indica que los principales cambios se dan en el balance entre el sistema inmunológico innato y el sistema inmunológico adaptativo. "Este balance se pierde si no se duerme de manera adecuada. Aparecen entonces síntomas como dolor, cansancio y fatiga durante el día, lo que incide de manera negativa en el control de la enfermedad. La mala higiene del sueño puede provocar también hipertensión arterial o insulino-resistencia, que se agregan a la condición médica del paciente y al compromiso de su salud", concluye García Malo.



TRES SÍNTOMAS PARA SABER SI UNA PERSONA CON VIH SUFRE INSOMNIO

Siempre que condicionen una alteración significativa de la vida diaria

PRIMERO EL TIEMPO QUE NECESITAS PARA DORMIRTE

Si para conciliar el sueño necesitas más de 30 minutos, estás ante un primer síntoma.

SEGUNDO CALIDAD O MANTENIMIENTO DE TU SUEÑO

Si sueles despertarte por la noche y permaneces en vigilia durante periodos de más de 30 minutos, estás ante otro indicador de insomnio.

TERCERO DESPERTAR PRECOZ

Si te sueles despertar 30 o más minutos antes de la hora deseada, eso puede significar que sufres insomnio.

Descargar el cuestionario PRO sobre la calidad del sueño en la web eresvihda.es



www.mejoratusueno.com

- **El doctor Ignacio Pérez Valero**, de la Unidad de Infecciosas del Hospital Reina Sofía de Córdoba, ha creado una web para ayudar a las personas con VIH a mejorar la calidad de su sueño. "Y, también, para dotar a los profesionales que las atienden de una herramienta gratuita y accesible", añade Pérez Valero.
- **mejoratusueno.com está auspiciada por la fundación SEIMC-GE-SIDA** y ha sido elaborada de manera altruista por un equipo multidisciplinar de profesionales (médicos, psicólogos, enfermeros...) especialistas en VIH y en la atención de los problemas del sueño. Los participantes tienen que completar un recorrido formativo con el objetivo de que, al terminar el programa, hayan desmitificado algunas creencias erróneas sobre el sueño, sean capaces de detectar factores y hábitos negativos y puedan aplicar técnicas cognitivo-conductuales útiles contra el insomnio, como la correcta eficiencia del sueño, técnicas de relajación o la respiración diafragmática. "Al profesional, le permite abordar el problema del paciente sin consumir el limitado tiempo que tenemos en la consulta, ya que es el paciente el que mediante la autoformación va adquiriendo las habilidades necesarias", explica Pérez Valero.
- **Más de 300 usuarios registrados han completado ya el programa.** "Estamos seguros de que, con el apoyo de todas las partes interesadas, podremos conseguir que estos números se amplíen de forma notable".

ración y una eliminación de los radicales libres que tenemos en nuestro organismo. No dormir de forma apropiada provoca un mayor predominio de radicales libres, lo que causa alteraciones en el sistema inmunológico". La neuróloga indica que los principales cambios se dan en el balance entre el sistema inmunológico innato y el sistema inmunológico adaptativo. "Este balance se pierde si no se duerme de manera adecuada. Aparecen entonces síntomas como dolor, cansancio y fatiga durante el día, lo que incide de manera negativa en el control de la enfermedad. La mala higiene del sueño puede provocar también hipertensión arterial o insulino-resistencia, que se agregan a la condición médica del paciente y al compromiso de su salud", concluye García Malo.

Hay más. Un estudio estadounidense, cuyos resultados se han publicado recientemente en la revista JAIDS, ha revelado que las personas con el VIH con problemas de insomnio tienen un riesgo un 65% mayor de padecer un infarto de miocardio de tipo 2 (el que se produce por un desequilibrio entre el suministro y la demanda de oxígeno, asociado a hipertensión arterial, sepsis o consumo reciente de sustancias), pero no un infarto de tipo 1 (infarto espontáneo debido a un evento coronario primario, como la rotura de placa o el desgarro de una arteria), en comparación con las personas con el VIH sin problemas para conciliar el sueño o permanecer dormidos.



Las personas que viven con VIH y tienen problemas de insomnio tienen un riesgo un 65% mayor de padecer un infarto de miocardio de tipo 2 (el que se produce por un desequilibrio entre el suministro y la demanda de oxígeno, asociado a hipertensión arterial, sepsis o consumo reciente de sustancias) que las que no tienen esos problemas.



ERESVIHDA

Lea el reportaje completo sobre Fernando Bernal en la web eresvihda.es

enfermedades comórbidas o el posible efecto de determinados antirretrovirales", explica Blanch.

Pero ¿cómo distinguir a qué se deben las alteraciones? Para el doctor Blanch, "habría que realizar una adecuada anamnesis y comprobar si el inicio del insomnio coincide con el inicio de alguno de los factores citados". Que concluye: "En el caso de que se sospeche de un efecto farmacológico, habría que valorar el riesgo/beneficio de un posible cambio de pauta farmacológica".

Sea lo que sea, sí parece claro que con VIH hay más posibilidades de padecer insomnio y que el insomnio deteriora, a su vez, el sistema inmunológico. En general, el problema que más frecuentemente subyace al insomnio y a otros trastornos del sueño como las pesadillas, el despertar precoz o la ausencia de fases de sueño profundo suele ser la depresión. Pero no siempre es así. Es cierto que las personas que viven con VIH presentan una mayor tasa de ansiedad y depresión. No es de extrañar, por tanto, que presenten tam-



ILUSTRACIÓN: ISTOCK

VIH: más trastornos mentales y más fatiga

Las personas con VIH presentan una tasa de incidencia de diagnóstico de enfermedad mental superior en un 63% a la de las que no lo tienen. Esta es la conclusión principal del estudio *The risk of mental illness in people living with HIV in the UK: a propensity score-matched cohort study*, dirigido por **Tiffany Gooden** y publicado en *Lancet HIV*, que ratifica así los datos de estudios precedentes.

ENVEJECIMIENTO Y FATIGA

Por otra parte, un equipo de investigadores estadounidenses dirigido por **Laura M. Campbell** ha concluido que las personas con VIH que se hacen mayores pueden verse afectadas de forma desproporcionada por la fatiga asociada a la infección. Es la conclusión principal de su estudio *Fatigue is associated with worse cognitive and everyday functioning in older persons with HIV*. La fatiga, como es sabido y ratifica la investigación, tiene un impacto negativo sobre distintos procesos cognitivos: por ejemplo, ralentiza el procesamiento de información.

En este caso, los participantes del estudio se sometieron a una serie de pruebas, algunas de ellas tareas diarias básicas, y rellenaron un cuestionario en el que se les preguntaba sobre depresión, la ansiedad, la calidad del sueño o fatiga. Los resultados de las pruebas de fatiga fueron concluyentes: las personas con VIH presentan una puntuación que casi triplica a la de las personas seronega-

tivas. Más aguda es la diferencia en los casos de fatiga grave: el porcentaje se multiplica por seis.

Al analizar los datos, Campbell y su equipo han comprobado también que, en el caso de las personas seropositivas, tener antecedentes de depresión grave, presentar síntomas de depresión o ansiedad y una mala calidad del sueño son factores que se relacionan con una mayor fatiga. O que la tendencia a tomar medicación para dormir es mucho más alta entre las personas con VIH (19% del total) que entre las que no tienen el virus (1%).

Los tratamientos antirretrovirales han permitido que las personas con VIH puedan disfrutar de una esperanza de vida similar a la de la población general y que la infección haya pasado de ser una enfermedad potencialmente mortal a convertirse en una patología crónica y manejable. Sin embargo, como se ve, más allá de la indetectabilidad quedan aún algunos temas pendientes...

Las personas con VIH presentan una tasa de incidencia de diagnóstico de enfermedad mental superior en un 63% a la de las que no lo tienen. Esta es la conclusión principal del estudio *The risk of mental illness in people living with HIV in the UK: a propensity score-matched cohort study*, dirigido por **Tiffany Gooden** y publicado en *Lancet HIV*, que ratifica así los datos de estudios precedentes.

La investigación de **Gooden** es la primera que emplea un enfoque basado en cohortes por parejas, lo que proporciona una mejor evidencia del impacto desproporcionado de las enfermedades mentales en pacientes con VIH.

El periodo evaluado es el comprendido entre los años 2000 y 2020. Los autores han contado con la participación de una cohorte de 7.167 personas con VIH y de un grupo control de personas sin VIH. Todas ellas, sin diagnóstico previo de tras-

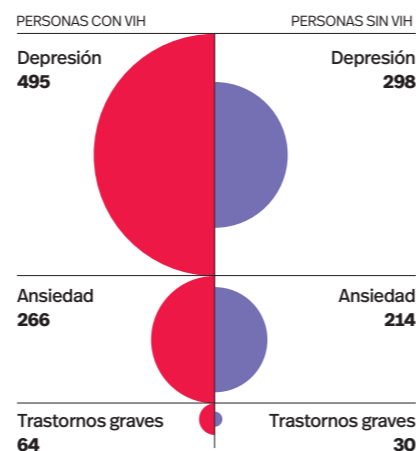
tornos de la salud mental. Los resultados son esclarecedores: del grupo de personas con VIH, 586 desarrollaron trastornos, frente a 418 en el grupo control. Esto significa que, por cada mil personas con VIH seguidas durante un año, 19 desarrollarían una enfermedad mental, mientras que sólo 12 sin VIH lo harían. En concreto, los investigadores han hallado una mayor incidencia de depresión, ansiedad y trastornos de la salud mental graves (psicosis, esquizofrenia o trastorno bipolar): 495 personas con VIH y 298 sin VIH desarrollaron depresión, 266 personas con VIH y 214 sin VIH desarrollaron ansiedad, y 64 personas con VIH y 30 sin VIH desarrollaron trastornos de salud mental graves.

Según el estudio, el sexo también influye: los hombres con VIH duplican la incidencia con respecto a los que viven sin el virus. Entre las mujeres, en cambio, no se observan diferencias. En general, la investigación confirma que el riesgo de padecer trastornos de la salud mental es independiente de la edad, estatus econó-

mico o tabaquismo. Pero sí se registra una mayor incidencia en personas con VIH en peor situación económica o diagnóstica entre los años 2000 y 2009.

ENFERMEDADES MENTALES

2000-2020



THE RISK OF MENTAL ILLNESS IN PEOPLE LIVING WITH HIV IN THE UK

! LAS PERSONAS CON VIH...

63%

...presentan una tasa de incidencia de diagnóstico de enfermedad mental superior en un 63% a la de las que no lo tienen.

X3

...presentan una incidencia de problemas de fatiga que multiplica por tres a la de las personas seronegativas.

19%

...casi una de cada cinco toma medicación para dormir frente al 1% de los seronegativos.

Las personas con VIH valoran más y mejor que los médicos los cuestionarios PRO

El proyecto *Prometeo* presenta diez recomendaciones para impulsar el uso de los cuestionarios y mejorar la calidad de vida de los pacientes

Los Patient-Reported Outcome (PRO) son cuestionarios estandarizados y validados completados por pacientes, que miden así la percepción de su estado de salud. El propósito de utilizarlos es evaluar las percepciones y las opiniones de las personas que viven con VIH sobre diferentes aspectos relacionados con su calidad de vida. El uso de los PRO ayuda a mejorarla porque, según **Antonio Antela**, jefe de la unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, **“contribuyen a detectar problemas que de otra manera no se detectarían y, por lo tanto, son algo que deberíamos incorporar de forma activa a nuestras consultas”**.

Sin embargo, históricamente ha habido poca consideración y menor unanimidad internacional sobre los requisitos necesarios para valorar los resultados centrados en la persona y cómo podrían medirse e integrarse en la atención estándar del VIH. Con el objetivo de revertir esta situación, se ha desarrollado el proyecto *Prometeo*, que pretende llegar a un consenso entre los expertos sobre cómo incorporar los PRO en la atención a las personas con VIH.

Se trata de intentar establecer un conjunto de principios rectores y recomendaciones sobre el uso de PROs en personas con VIH respaldados por la literatura. Con el centro de atención puesto en el paciente y con el fin último de conseguir una atención médica de calidad. Antela, que ha sido uno de los coordinadores del proyecto, cree que hay suficientes herramientas para medir la calidad de vida de los pacientes. “Sólo hay que elegir la mejor. Tenemos que validarlas para el VIH en algunos casos, y también simplificarlas. De alguna manera, lo que falta es llegar a un consenso sobre cuáles utilizar, cuáles son las más importantes y factibles, y elegir siempre las mismas. ¡Hay tantas que, si cada uno elige las que quiere, luego no se pueden comparar los resultados de distintos estudios!”, subraya.

Una característica fundamental de la atención centrada en el paciente es la

transparencia, basada en información obtenida a través de instrumentos de medición. En este contexto, los PRO complementan el método tradicional de obtención de información, que se ancla en la historia clínica y el examen físico. Además, en infecciones crónicas como el VIH, es muy importante ampliar la información. Los cuestionarios con respuesta en texto libre permiten recoger un tipo de información difícil de obtener por otros medios.

A pesar de la gran cantidad de información sobre los beneficios de los PRO, el proyecto *Prometeo* ha revelado una importante brecha de percepción con respecto a su uso entre las personas que viven con VIH y sus médicos. Sin contar las percepciones polarizadas de ambos colectivos. La diferencia entre los médicos tiene una explicación, según Antela: “Yo creo que la respuesta positiva a los PRO la dan los médicos que ya los han utilizado

y, al revés, no ven su utilidad quienes no los han utilizado”.

Entre las razones aducidas por los profesionales de la salud para no implementar los PRO, destaca la falta de tiempo en la consulta y la falta de otros profesionales, como enfermeras, que se encarguen de su realización. Además, se ha observado que los profesionales de la salud pasan por alto información sobre la utilidad y los beneficios de los PRO específicos para las personas con VIH en múltiples dominios de la salud, como la calidad de vida, la adherencia, los factores sociales o la satisfacción con la atención. Por otro lado, los pacientes los valoran positivamente y demandan el uso de herramientas sencillas escritas en un lenguaje adecuado a su situación.

El doctor Antela no se anda con rodeos: “*Prometeo* ha puesto de manifiesto algo que se repite una y otra vez en medicina: muchas veces pensamos por el paciente en vez de preguntarle a él. Tenemos que abandonar esa actitud paternalista y directamente preguntarles sin prejuicios acerca de qué es lo que les molesta, lo que les importa o lo que les altera, y ver si alguna cosa podemos modificarla”.

En cualquier caso, el conjunto de expertos que ha llevado a cabo el proyecto cree que las barreras son superables y que se debe fomentar un acercamiento entre las actitudes de los profesionales y la de las personas con VIH para lograr un consenso que pueda mejorar la calidad de vida de estas últimas. “Los beneficios de la implementación de los PRO también se traducirán en una mejor asignación y eficiencia de los recursos sanitarios, algo fundamental en el sistema sanitario actual”, destaca el estudio.

HACIA UNA MEJOR ADHERENCIA

Como en otras enfermedades crónicas, la adherencia al tratamiento es un aspecto fundamental para vivir con VIH. La adherencia es un fenómeno complejo en el que intervienen múltiples factores. Los



Las 10 recomendaciones de Prometeo

- 1 Se recomienda utilizar cuestionarios con **validez comprobada**.
- 2 Los **cuestionarios multidimensionales** pueden identificar problemas, por lo que deben utilizarse en el momento del diagnóstico y cuando hay cambios importantes en el tratamiento o situación del paciente.
- 3 Una vez que se ha identificado un problema específico, es mejor utilizar un **cuestionario específico** para el seguimiento.
- 4 Se recomienda **identificar factores** que interfieren en la relación profesional de salud-paciente que pueden afectar secundariamente la adherencia al tratamiento.
- 5 La individualización de la asistencia sanitaria con la ayuda de cuestionarios debe tener en cuenta el **perfil epidemiológico**, social y sanitario de los pacientes.
- 6 Se pueden utilizar PROs multidimensionales para decidir el **mejor modelo de consulta** (consulta presencial, telemática) para cada paciente.
- 7 Se recomienda que los pacientes completen los cuestionarios en un **ambiente tranquilo** que asegure la confidencialidad.
- 8 Una vez cumplimentados, es recomendable **revisar los cuestionarios** con el paciente durante la consulta.
- 9 Se debe transmitir al paciente la importancia de completar los cuestionarios; por lo tanto, la capacitación completa y el uso de recordatorios deben ser parte de la **educación del paciente**.
- 10 La **tecnología digital** puede ser de gran ayuda en la aplicación de los cuestionarios, sin olvidar nunca las limitaciones existentes en pacientes concretos (brecha digital).

PRO proporcionan información sobre las motivaciones para la adherencia y facilitan una relación con el médico en la que el paciente expresa libremente sus preferencias y se involucra en el tratamiento, lo que resulta en una mejor adherencia. “Muchas veces nos sorprendemos ante la respuesta de nuestros pacientes. Creemos que están muy bien en todos los aspectos, y con los cuestionarios salen a la luz cosas que están alterando de forma negativa su calidad de vida. Eso nos ha hecho reflexionar, no podemos dar por hecho nada”, comenta Antela.

Prometeo aborda también el uso de cuestionarios electrónicos que permiten a los pacientes registrar y realizar un seguimiento de los cambios en el estado de salud en su propio hogar, fomentando la participación y el autocuidado entre visitas. A pesar de las ventajas de los sistemas electrónicos para cumplimentar cuestionarios a través de aplicaciones

móviles, páginas web o correos electrónicos, su uso en la práctica clínica aún no está bien establecido. La recopilación electrónica de PROs es cada vez más popular, ya que reducen el tiempo de finalización y la probabilidad de errores, lo que permite utilizar los resultados de forma individual o en serie. Sin embargo, la posibilidad de completar los PRO en dispositivos electrónicos no debe suponer el abandono del formato en papel: todavía hay personas con VIH con una clara preferencia por este último.

«Se ha puesto de manifiesto algo que se repite una y otra vez en medicina: muchas veces pensamos por el paciente en vez de preguntarle a él. Creemos que están muy bien en todos los aspectos, y con los cuestionarios salen a la luz cosas que están alterando de forma negativa su calidad de vida»

ANTONIO ANTELA
JEFE DE LA UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO
Y COORDINADOR DE PROMETEO



ERESVIHDA

Descargar los cuestionarios PRO en la web eresvihda.es



Una app para preparar mejor la consulta de VIH

● La pandemia de covid-19 ha creado nuevas barreras para una atención eficaz del VIH al reducir la frecuencia y la calidad de las interacciones entre los profesionales sanitarios y las personas que viven con el VIH. Como consecuencia de esta situación, se ha producido un aumento de las consultas telemáticas y se ha reducido el tiempo dedicado a las revisiones. Lo que ha traído consigo que la calidad de la relación entre el paciente y el profesional sanitario haya disminuido en las consultas telemáticas y que las conversaciones más breves ofrezcan menos oportunidades para repasar todos los aspectos de la salud y la calidad de vida de una persona que vive con VIH.

● Para tratar de paliar esta situación, se ha desarrollado una herramienta electrónica que evalúa el estado de salud de los pacientes con VIH antes de la visita médica. Un proyecto piloto medirá la validez y la utilidad de la aplicación, según sean percibidas por los profesionales sanitarios y por los pacientes. Como parte del piloto, los pacientes tienen que completar un cuestionario a través de la aplicación, que genera a su vez un documento que el médico puede revisar antes de realizar la consulta, tanto presencial como telemática. Este documento servirá de guía al profesional en aquellos aspectos que el paciente haya mencionado. La herramienta no permite realizar diagnósticos, sólo alertar sobre procesos que pueden ser relevantes y necesitan de un análisis más profundo durante la consulta.

● Se trata de no limitarse “a aquellos aspectos que plantea el paciente en la consulta espontáneamente, o tras preguntas genéricas del médico”, explica Juan González García, coordinador del

proyecto y médico del Hospital Universitario La Paz, de Madrid. Que añade: “Es previsible que la herramienta sirva para mejorar la calidad de las consultas independientemente de su formato. La implementación como estudio de investigación está siendo más compleja de lo esperado porque requiere de un contacto directo con el paciente para presentar el proyecto, obtener el consentimiento informado y explicar el acceso a la app y otros cuestionarios de calidad de vida que aporten la validez”.

● El objetivo principal del proyecto es validar la utilidad de la herramienta, independientemente de que el contenido del cuestionario pueda ser totalmente adecuado o mejorado en el futuro. González señala también que, como objetivo secundario, se va a valorar si el contenido del cuestionario con el que se está trabajando es válido para capturar aspectos relevantes sobre calidad de vida, adherencia al tratamiento o sintomatología del paciente. “Todo lo que sea preparar la consulta es importante. Los cuestionarios PRO (Patient-Reported Outcome) han demostrado su eficacia tanto en estudios como en ensayos clínicos. El problema es que son muy diversos, y para abordar muchas esferas de interés (psicológica, social o clínicas, entre otras), incluida la orientación diagnóstica, se necesitan múltiples cuestionarios y relativamente extensos. Esto es más difícil de implementar en la práctica clínica. Por eso, puede ser más útil una herramienta que sea simple y sólo pretenda poner al paciente y al médico en la pista de la existencia de uno o varios problemas, y que sea después en la consulta cuando se decida si es necesario profundizar con cuestionarios más complejos u otras pruebas complementarias”, concluye el doctor González.

El rol de la enfermería en personas con VIH no se limita sólo a los primeros momentos del diagnóstico. Enfermería significa, sobre todo, cercanía. La progresiva digitalización sanitaria no debe suponer desatender la necesaria humanización de los cuidados.

En el caso de un diagnóstico positivo de VIH, cuando las emociones y la tensión están a flor de piel, el papel de unos sanitarios formados e informados es fundamental para reducir la ansiedad y tener todo bajo control. Es en estas consultas iniciales cuando los profesionales de la enfermería más y mejor pueden ayudar y resolver dudas. Además, como profesionales cercanos al paciente, deben saber qué discurso utilizar y cómo usarlo para no ofender durante las consultas.

Una buena consulta de la enfermera con el paciente le ayuda a comprender su nueva situación, de manera que éste aprenda a afrontar la realidad, sepa en qué consisten los tratamientos y comprenda que esto no afectará a su día a día. «Hace 40 años, con la aparición del virus, las personas con VIH sufrían un estigma brutal que hoy continúa en muchos estamentos de la sociedad. No podemos tolerar esto, tienen que saber que la consulta con la enfermera es un entorno seguro», afirma Florentino Pérez Raya, presidente del Consejo General de Enfermería (CGE).

En palabras de Asunción García Gonzalo, enfermera del Hospital Galdakao-Usansolo, en Bizkaia, “la primera consulta que tiene el paciente VIH en nuestro hospital es con la enfermera: le hablamos de la enfermedad, de las vías de transmisión, de cómo funcionan los protocolos en el hospital, del médico que se le ha asignado, y se le pide analítica completa”. “Después, pasados quince días, se le cita con el médico para que le ponga el tratamiento pertinente”, explica.

Enfermería = cercanía En la primera línea de atención del VIH

El profesional enfermero es quien acompaña al paciente a la farmacia hospitalaria para presentarle al farmacéutico responsable que le dispensará periódicamente la medicación. Además, le facilita un teléfono de contacto para que pueda llamar en caso de cualquier duda que le surja con respecto a su enfermedad. Pero el rol de la enfermería en personas con VIH no se limita sólo a los primeros momentos del diagnóstico. A medida que los pacientes con infección por VIH envejecen, determinadas comorbilidades como diabetes, dislipemia, hipertensión arterial, eventos cardiovasculares, osteoporosis y disfunción renal son más prevalentes. Asimismo, diversos síndromes geriátricos como la fragilidad o el deterioro cognitivo pueden aparecer a partir de la séptima década de la vida. Por esa necesidad de cercanía, Jordi Puig, enfermero coordinador de ensayos clínicos de la Fundación de la Lucha contra la Infección del Hospital Universitario Germans Trias y Pujol (Barcelona), considera que el proceso de digitalización sanitaria que está llegando “no puede hacer perder a la enfermería su papel en la humanización de los cuidados”.

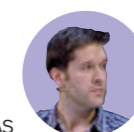
Puig lo tiene muy claro: “Los pacientes suelen decirte cosas que quizás no explican al médico. Hay que recoger esa información y usarla a favor. Enfermería juega el papel de educadora, es decir, puede corregir hábitos de la educación, sobre todo para prevención de riesgos de todas las comorbilidades que acom-

pañan y acompañarán durante el envejecimiento a las personas con VIH”. Sin embargo, reconoce que las visitas de los pacientes con VIH se han alargado en el tiempo, ahora son entre seis meses y un año. Y, como la enfermería tiene que escuchar al paciente y saber en todo momento qué le pasa, para no perder esa información entre consultas, “el uso de los cuestionarios sobre calidad de vida que reportan los propios pacientes (PROs) son herramientas muy válidas para ayudar a detectar o prevenir situaciones como ansiedad, insomnio, o depresión, que afectarán a su calidad de vida y, por tanto, al éxito terapéutico”.

Puig cree que, si las enfermeras usan estos cuestionarios, pueden detectar en qué casos tienen que avanzar una visita al médico o no. “Si todo está normal, simplemente se queda registrado en el historial y al médico le aparecerán los resultados; pero si una persona contesta que está deprimida varias veces, no espe-

«La digitalización no puede hacer perder a la enfermería su papel en la humanización de los cuidados»

JORDI PUIG, ENFERMERO COORDINADOR DE ENSAYOS CLÍNICOS DE LA FUNDACIÓN DE LA LUCHA CONTRA LA INFECCIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO GERMANS TRIAS Y PUJOL (BARCELONA)



Claves para atender a personas con VIH



El Consejo General de Enfermería (CGE), en colaboración con Gilead, ha presentado diez claves que deben tener en cuenta los profesionales de enfermería durante las citas con sus pacientes de VIH.

- 1 Uno de los aspectos principales que trata la guía (en formato infografía y vídeo) es el binomio indetectable=intransmisible. Con los actuales tratamientos, la infección se vuelve crónica e intransmisible.
- 2 Asimismo, es importante que las enfermeras se informen sobre cómo el paciente está tolerando la medicación, y recomienden rutinas para evitar olvidos en la toma de los fármacos.
- 3 La guía puede ayudar a romper el estigma en la atención a personas con VIH, no sólo a nivel profesional, también en las universidades o en los medios de comunicación.
- 4 Sirve de pauta para atender a personas con una patología crónica.
- 5 Además, se detiene también en la salud mental y la salud sexual/reproductiva de las personas con VIH.
- 6 Explicar las conductas de riesgo, revisar el calendario vacunal del paciente, dar consejos de alimentación y planificar las siguientes consultas son otras de las claves para las enfermeras.

ras seis meses hasta la consulta y puedes derivarle al especialista”.

Otro papel fundamental de la enfermería ante el VIH tiene lugar en Urgencias. Allí, los profesionales tienen el primer contacto con los pacientes y pueden ser el enlace con el médico para pedir una posible serología y análisis del caso. “Es el primer contacto y, además, sirve como red de seguridad si el paciente viene por otra patología que puede estar relacionada con la infección”, afirma Juan González, médico de Urgencias.

Paciente y médico, socios

En el caso de patologías crónicas como el VIH, un “acuerdo terapéutico” de cuidados es esencial. La comunicación convierte al paciente en su principal cuidador.

Comunicar es “poner algo en común”, sea información, asesoramiento o consejo, y siempre con un código comprensible por los participantes. De modo que la palabra sea “una experiencia compartida” en el proceso circular del mensaje. Cuando somos conscientes de que la praxis del médico se trata de una responsabilidad al servicio de una confianza, la comunicación será un instrumento esencial que inspire confianza y promueva una asociación terapéutica entre el médico y su interlocutor.

¿Para qué comunica el médico a su paciente? Para facilitar que él sea el principal cuidador de su salud por propia convicción. Este “acuerdo de cuidados” se da cuando profesional y paciente comprenden por igual la cuestión, situación y contingencias posibles. El paciente, así, se torna en una suerte de “socio” en el cuidado de su propia salud.

En el caso de patologías crónicas, como el VIH, este “acuerdo terapéutico” se torna aún más necesario. Porque, si la patología está controlada, el objetivo es la calidad de vida de los pacientes, y ahí entran muchos factores más allá del control de la infección. “La evidencia científica ha mostrado que existe una estrecha relación positiva entre las habilidades comunicativas de un médico y la capacidad de un paciente para seguir las recomendaciones médicas, implicarse en el proceso de



SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE REDUCEN LA CALIDAD DE VIDA DE UNA ENFERMEDAD CRÓNICA

Síntomas físicos

- Sudores nocturnos
- Dolores de cabeza
- Falta de equilibrio
- Dolor muscular
- Pérdida de apetito
- Diarrea
- Náuseas y vómitos
- Fatiga
- Insomnio

Problemas cognitivos

- Pérdida de memoria
- Falta de concentración
- Dificultad para resolver problemas
- Dificultad para plantear actividades

Estado de ánimo

- Tristeza
- Soledad
- Problemas de relación
- Apatía
- Depresión
- Ansiedad

■ FUENTE

autocuidado y de toma de decisiones compartida y adoptar conductas saludables”, afirma **Juanse Hernández**, que dirige la ONG Grupo de Trabajo sobre tratamientos de VIH (gTt) de Barcelona desde hace más de veinte años.

Sin embargo, aunque parezca obvio, no siempre se da esta situación. La percepción de salud que tienen las personas con VIH y la que tiene el personal sanitario que las atienden no siempre es la misma, tal vez por falta de comunicación. “La calidad de vida, el bienestar, la sexualidad o el uso de drogas y otras sustancias son algunos de los temas que preocupan a las personas con el VIH. No comunicarlos ni abordarlos en la consulta podría tener un impacto sobre los resultados en salud de los pacientes. Lo cierto es que los problemas de comunicación ahondan más la brecha que se abre entre médicos y pacientes”, subraya Hernández.

Aunque se ha mejorado mucho, la comparación de los puntos de vista de pacientes y médicos revela diferencias en numerosos síntomas que notifican los primeros, pero que los segundos no reconocen adecuadamente. O la diferente valoración de la calidad de vida de las personas que viven con VIH que hacen unos y otros. Casi siempre relacionada con problemas como la ansiedad, la tristeza y la fatiga, que los especialistas no ponderan tanto como los pacientes. Así lo pone de manifiesto un estudio realizado por Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (Seisida), presentado en el Congreso de la Sociedad Europea del Sida 2021 (EACS2021).

“Los pacientes dan importancia no sólo a tener su enfermedad controlada, sino también a otros aspectos personales que les afectan en su vida diaria, a nivel personal, profesional... Los médicos, por su parte, se centran habitualmente en las cuestiones puramente sanitarias, más técnicas, que conciernen a su parcela”, dice **Rosario Palacios**, de Unidad



CÓMO PREPARAR TU CONSULTA

- #1 **Antes de ir a tu consulta, necesitas un rato para ti mismo.** Búscate un hueco para analizar cómo te encuentras y qué te preocupa, con tranquilidad.
- #2 Divídetelo el tiempo que te has dado para analizar los distintos temas, y **apunta todas tus respuestas y preocupaciones**, para contárselo a tu médico.
- #3 **Valora si estás contento** con tu vida en términos generales.
- #4 Cuestionate sobre **tus sentimientos hacia tu salud en general.** ¿Cómo la valoras?
- #5 Examina si hay **cuestiones físicas que te impiden hacer ciertas cosas.** Reflexiona sobre los problemas que tu médico no ha conseguido solucionar y que te afectan en tu vida diaria: deporte o ejercicio físico en general, problemas digestivos, algún dolor muscular...
- #6 **Analiza si tienes problemas emocionales o mentales.** O si sientes a menudo ansiedad, tristeza, angus-

tia... Procura recordar momentos concretos y por qué se pudieron producir.

- #7 **Reflexiona sobre las cosas que te preocupan**, ahora y para el futuro. Sé concreto/a.
- #8 **Analiza tu entorno cercano.** ¿Te sientes aceptado? ¿Mucho, poco? ¿Siempre, a veces?
- #9 Valora de manera concreta **si estás satisfecho contigo mismo.** Y con tus amigos, tu trabajo, tu vida sexual...
- #10 Reflexiona sobre tu **grado de seguimiento del tratamiento** y sobre los motivos por los que en ocasiones no lo sigues.

ERESVIHDA

Todas las claves para mejorar la comunicación médico-paciente en **eresvihda.es**



de Enfermedades Infecciosas del Hospital Virgen de la Victoria (Málaga). Juanse Hernández coincide: “Controlada la infección, los pacientes están más preocupados por su estado emocional y su capacidad para tener una vida plena, mientras que sus médicos lo están por seguir manteniendo el VIH bajo control, preservar la salud del paciente y prevenir o diagnosticar otros problemas asociados a su envejecimiento. Estos dos puntos de vista no son, en ningún caso, excluyentes. Sólo que el actual modelo asistencial, basado en un enfoque exclusivamente biomédico, paternalista y centrado en la enfermedad, propicia un desequilibrio entre las dos visiones. Y la balanza se inclina hacia el lado del facultativo porque en el modelo tiene escasa o

nula cabida el abordaje del bienestar y la calidad de vida”.

ESCUCHAR A TRAVÉS DE PROS

¿Cómo mejorar la situación? “Lo primero es que exista empatía entre médico y paciente; si no, cambie usted de médico”, apunta la doctora Palacios con toda rotundidad. Partiendo de esa premisa, para mejorar su percepción, “el médico debe transmitir interés por lo que le cuenta su paciente, dar importancia a lo que a este le preocupa y afecta, no centrarse en los aspectos puramente clínicos, hablar sosegadamente, sin prisas... Dedicar el tiempo que cada uno necesita”, continúa la facultativa.

El punto de partida está precisamente

ahí: en la necesidad de ayudar al paciente a identificar, reconocer y comunicar sensaciones, inquietudes, malestares y dudas. “Todo esto forma parte del proceso de empoderamiento del paciente”, expone **Jordi Puig**, enfermero de la Fundación Lucha contra el Sida del hospital Germans Trias i Pujol de Badalona (Barcelona). “**El debe aprender a mirarse, a conocerse, a preguntarse. No esperar de forma pasiva a la consulta médica, sino ser agente activo de su proceso de salud.**”

En este proceso de preparación, antes de acudir a una consulta, están tomando cada vez más relevancia los llamados Patient Reported Outcomes (PRO). Los PRO son cuestionarios que responden los propios pacientes y que permiten un análisis de áreas muy diversas, desde la adherencia al tratamiento a la detección de problemas neurocognitivos, ofreciendo al médico resultados fiables y escalables de la percepción que el paciente tiene de su situación. Estos cuestionarios facilitan la comunicación y la confianza.

Puede que ésta sea una de las claves. Porque una cosa es la percepción del tratamiento y otra la percepción sobre la calidad de vida que se tiene. Es curioso cómo la percepción sobre el tratamiento de los pacientes es mejor que la de los médicos, a pesar de que muestran una peor valoración de su salud. Juanse Hernández está convencido de que los PRO, con una

«Para medir la calidad de vida o la percepción que de ella tienen los pacientes, faltan herramientas de medición objetiva y falta tiempo para medirla de forma general»

ROSARIO PALACIOS
UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA (MÁLAGA)



serie de condiciones, son fundamentales en el proceso. “Si en la consulta médica, en la actualidad, no se dan las condiciones necesarias para que médico y paciente puedan hablar de temas que tienen que ver con el bienestar y la calidad de vida de los pacientes, se necesitan herramientas apropiadas para que estos aspectos puedan ser medidos y abordados en la consulta de forma rutinaria. Los PRO son una buena herramienta para conocer el punto de vista del paciente y contribuirían no solo a mejorar la comunicación médico-paciente sino también a implicar todavía más al paciente en el proceso de autocuidado de su salud”.

El responsable de gTt introduce un matiz sobre los cuestionarios existentes para que sirvan a su objetivo: **“Se necesitan nuevos PROs en cuyo concepto de medición contribuyan a su identificación y definición las propias personas con VIH”.**

Por su parte, la doctora Palacios cree que, para medir la calidad de vida o la percepción que de ella tienen los pacientes, “faltan herramientas de medición objetiva y falta tiempo para medirla de forma general. Habitualmente hacemos, en la mejor de las circunstancias, una evaluación subjetiva de la calidad de vida de nuestros pacientes; nos llevamos por impresiones, percepciones, por lo que nos cuentan en poco rato en consulta... pero no tenemos una medida objetiva de su calidad de vida”.

Para hacer frente a todas las situaciones que acarrea el VIH, médicos y pacientes insisten en lo mismo: hay que hablar, preparar la consulta, dar espacio... Un estudio realizado en Estados Unidos pone de manifiesto que los pacientes con el virus tienen más probabilidades de acudir a una cita médica cuando sienten que sus médicos los conocen personalmente; son tratados con dignidad y respeto; se les implica en la toma de decisiones médicas; se sienten escuchados; y reciben siempre información proporcionada de una forma inteligible.

El proyecto Naveta, desarrollado en el Hospital Mateu Orfila de Mahón-Menorca, quiere entender, medir y mejorar la experiencia del paciente —no sólo su satisfacción— como un eje fundamental de mejora y transformación del sistema de salud.

El paciente de VIH como parte del equipo asistencial

El modelo asistencial de las personas con VIH ha cambiado: al convertirse el virus en una infección crónica, la perspectiva da un giro y obliga, de alguna manera, a una asistencia integral. A la consulta con el especialista se le unen en el proceso la farmacia hospitalaria, la enfermería o las organizaciones sociales.

En este contexto, el doctor **Gabriel Mercadal**, farmacéutico del Servicio de Farmacia del Hospital Mateu Orfila, de Mahón-Menorca, añade algo: “Tenemos que entrar en un nuevo paradigma en el que, además de un trabajo multidisciplinar entre médico, enfermeros y farmacéuticos que permita que el paciente esté controlado, hay que incorporar al paciente en este equipo. Es vital para conseguir el objetivo”.

El proyecto *Naveta*, desarrollado en ese centro y coordinado por Mercadal, nació para eso. Quiere aunar la telefarmacia con el uso de cuestionarios de calidad de vida y de experiencia del paciente (los llamados ‘patient reported outcomes’, o PROs, y los ‘patients reported experience measurements’, o PREMs-) para monitorizar más estrechamente el uso de los medicamentos y adelantarse a la toma de decisiones, consensuadas con el propio paciente y en coordinación con el

equipo asistencial.

Naveta se centra en la necesidad de entender, medir y mejorar la experiencia del paciente —no sólo su satisfacción— como un eje fundamental de mejora y transformación del sistema de salud, así como de la importancia que ello tiene para el farmacéutico hospitalario y sus nuevos roles dentro del equipo asistencial. La principal baza de *Naveta* es que permite pasar los cuestionarios por vía telemática antes del tratamiento y programar su envío a intervalos regulares después de este, obteniendo automáticamente el resultado y su interpretación. **“El uso de estos cuestionarios de calidad de vida nos aporta una información fundamental para la toma de decisiones farmacoterapéuticas, como cambiar un tratamiento por falta de eficacia o retirarlo por efectos secundarios. O para dar pautas sobre un estilo de vida saludable, una dieta o, en caso de problemas de sueño, para ofrecer algunas herramientas que tenemos de hábitos de higiene del sueño”**, dice Mercadal.

Pero los cuestionarios también permiten evaluar si se están teniendo en cuenta los deseos del paciente, si la familia está involucrada en el cuidado de esta persona o si el paciente siente que el equipo asistencial se coordina bien a la hora de atenderla. “Todo esto es muy importante porque una buena experiencia

LA PROPUESTA. ¿QUÉ APORTA NAVETA?

1

Recogida telemática de PROs.
Multipatología / Multi-PROs



2

Comunicación 365.
Visita telemática y chat



3

Inteligencia artificial.
· Módulo de analytics
· Chatbox (Respuestas automáticas de voz)
· Sensores
· Algoritmos de decisión



«Sabemos que, mejorando la calidad de vida de estas personas, mejoraremos su adherencia. Un paciente satisfecho es mucho más adherente. Esto redundará en conseguir que su carga viral sea indetectable. Conseguiremos un paciente de VIH mucho más sano, mucho más saludable y, con eso, mejores estándares de calidad de vida»

«Con esta plataforma, se puede detectar si algunos procesos están alterados y eso permite proponer cambios de tratamiento, ajustes o incluso preferencias de tratamiento: personalizar»

GABRIEL MERCADAL
FARMACÉUTICO
DEL SERVICIO DE FARMACIA
DEL HOSPITAL MATEU ORFILA,
DE MAHÓN-MENORCA



al paciente redundará en mejores resultados en salud”, añade.

En boca de Mercadal, la farmacia hospitalaria puede hacer el papel de semáforo antes de las consultas. “Con esta plataforma, se puede detectar si algunos procesos están alterados y eso permite proponer cambios de tratamiento, ajustes o incluso preferencias de tratamiento: personalizar”.

El especialista pone como ejemplo un estudio realizado en Menorca cuyo resultado indica que las mujeres presentan mayores síntomas de comorbilidades (físicas y mentales) que los hombres, “lo que hace evidente que hay que tener una atención individualizada”. Su conclusión es clara: “Sabemos que, mejorando la calidad de vida de estas personas, mejoraremos su adherencia. Un paciente satisfecho es mucho más adherente. Esto redundará en conseguir que su carga viral sea indetectable. Conseguiremos un paciente de VIH mucho más sano, mucho más saludable y, con eso, mejores estándares de calidad de vida. Al final, es una pescadilla que se muerde la cola. En la farmacia hospitalaria, por ejemplo, nos piden no tener que venir cada mes al hospital, así que, ¿por qué no hacer colaboraciones con los centros de salud y acercar la medicación al centro o llevársela al paciente al domicilio, como ha ocurrido con el covid-19?”

PAIRES

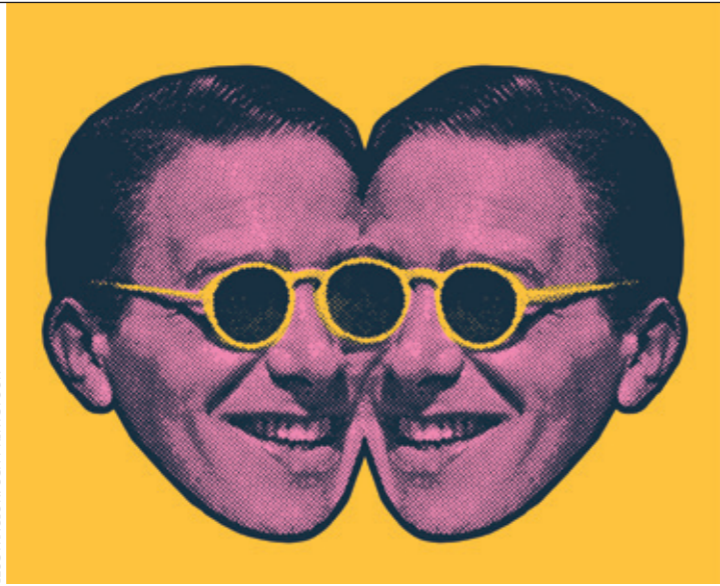


ILUSTRACIÓN: CSA-PRINTSTOCK

Un salvavidas emocional en el océano del VIH

Aunque cumplen funciones distintas, los médicos especialistas y el Programa Pares trabajan de la mano. En cuanto el médico da el resultado a la persona, inmediatamente le pone en contacto en el mismo centro hospitalario con educadores que también tienen VIH. Esto tiene su explicación.

“Las intervenciones se realizan en el contexto hospitalario porque es importante coordinarnos entre educadores, personal clínico y Cesida. Además, es mucho más fácil para esta persona: no tiene que ir a ningún otro sitio, sale de una consulta y va a otra sin que nadie sepa nada”, explica **Reyes Velayos**, presidenta de Cesida. Y añade Velayos: “**Se trata de dar una visión actual de lo que es vivir con VIH. Si te lo cuenta una persona con VIH y ves que lleva una vida normal, el suelo se deja de hundir**”.

La mayoría de los pares lo son porque, en su día, otro par les ‘salvó’ a ellos. **Jesús García** es presidente de Adhara, una ONG dedicada a las personas con VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). La tabla de salvación de Jesús se llamaba **Reyes Palacios**, fallecida ya hace unos años. “Fue maravillosa. Cuando apareció, lo primero que hizo fue darme unos

condones. Yo me eché a llorar y le dije: ¡Pero si yo no voy a tener más sexo en toda mi vida! Entonces, me miró y me dijo con cariño: Mira, maricón, dentro de tres semanas estás como antes. Yo pensé, ¿pero quién es esta burra? Ella continuó: Tengo VIH y, en todo este tiempo, he sido madre, he sido abuela... Me contó su historia personal y me dijo que el VIH había dado un giro radical a su vida. Entonces, poco a poco, comienzas a ver la luz”. Ese día cambió la vida de Jesús: “Allí mismo tuve claro que, si algún día podía, quería dedicarme a hacer lo mismo que Reyes”, asegura. Dicho y hecho: desde hace diez años es educador par.

Víctor Baceiredo es compañero de Jesús y, desde hace 12 años, educador par en Sevilla. “Fui diagnosticado en 2007. Antes del diagnóstico, recorrí todas las iglesias de Sevilla, rezando para que no fuera positivo... Cuando lo supe, cogí y llamé al teléfono de Adhara, me fui a verles y me recibió Reyes Palacios. Ella fue mi

par. Estuve dos años en terapia, con ayuda psicológica, y también conté con el apoyo de Adhara. Al final, superé el impacto del diagnóstico”, confiesa. Como puede verse, Reyes Palacios es una institución en Adhara Sevilla. Fue una de sus fundadoras. Mujer, seropositiva y madre: un cóctel difícil de digerir para algunos. A Víctor también le ayudó a salir del agujero, y ahora él dedica su tiempo a lo mismo.

Los casos de Jesús y Víctor no coinciden con el de **Oliver Marcos**, educador par y miembro del Comité Antisida de Salamanca. “Cuando recibí mi diagnóstico, no tuve un par a mi lado, ya que en mi ciudad no había nadie que llevase a cabo esa labor, y me di cuenta de lo necesario que era. Yo necesité mucho esa figura a mi lado, sobre todo en los primeros momentos, tras el diagnóstico, para superar el duelo. Creo firmemente en la importancia de ese acompañamiento”, subraya Oliver.

Pese a lo que uno puede pensar, el Programa de Pares no centra sus esfuerzos

Cuando una persona recibe un diagnóstico positivo de VIH, todo parece que se hunde. Contra eso nació el Programa Pares, de la Coordinadora Estatal del Sida (Cesida). Los médicos cumplen un papel fundamental, pero la persona con VIH necesita algo más. Ese más son los educadores pares: profesionales que han pasado por la misma experiencia y acompañan a quienes acaban de ser diagnosticados en los hospitales de referencia. Personas que muestran con su ejemplo la normalidad de vivir hoy con el virus. Desde su puesta en marcha, y gracias al éxito de la iniciativa, este programa se ha utilizado como modelo para ayudar a personas con otras patologías.

sólo en los primeros instantes”. La labor de un par es un servicio 24 horas, 365 días al año, no sólo con los usuarios, también con sus familias, porque muchas veces la ayuda la necesita el entorno. “Nuestra relación no se limita al diagnóstico”, explica Baceiredo. “Tras el primer impacto, muchos de ellos siguen viniendo. Tienen mi teléfono, saben que me pueden llamar cuando quieran, y van viniendo cuando lo necesitan”. **Jesús García** asegura que es una cosa tan gratificante que merece la pena. “Sé que hoy en día lo tenemos más fácil porque todos los mensajes son positivos: indetectable igual a intransmisible. La esperanza de vida es prácticamente igual a la de una persona que no tiene VIH. No era lo mismo que cuando me atendieron a mí...”

En Adhara, en un año, el Programa de Pares ha atendido a 849 personas (705 hombres y 144 mujeres) a través de los tres hospitales públicos de Sevilla. En España, ofrecen ya este servicio veinte hospitales de siete comunidades autónomas. En un año se han realizado 3.357 intervenciones y se ha atendido a 1.612 personas, de las que 523 son de primer ingreso. A pesar de haber disminuido el número de personas atendidas y el número de intervenciones por la pandemia de covid-19, hay un aumento

significativo de quienes solicitan atención por primera vez. Del 19% que se registró el año pasado en el mismo periodo, se ha pasado al 32,5% este año. Sigue habiendo mayoría de hombres. El número de mujeres ha bajado del 19% a 15.5%. Estos datos se ‘ajustan’ si los comparamos con las cifras nacionales de personas con VIH. Destaca en este pe-

riodo un aumento de mujeres trans (de 8 a 20) que han recibido la atención de pares. Su edad promedio es de 38 años, aunque el 22,5% tiene 45 o más años. “Hay miles de historias y situaciones duras que han requerido un proceso evolutivo por parte del paciente, y ahí hemos estado, en primera línea”, destaca orgulloso Víctor Baceiredo.



«El programa de pares demuestra que el acompañamiento entre iguales mejora la calidad de vida de las personas con VIH, además de fomentar su autonomía como pacientes»

OLIVER MARCOS
EDUCADOR PAR
Y MIEMBRO DEL
COMITÉ ANTISIDA DE
SALAMANCA

FORMARSE ES CLAVE

Para ser un educador entre iguales (un par) se necesita algo más que ser una persona empática. No es sólo sentarse y charlar. Es imprescindible recibir formación, algo que ha hecho Víctor de manera constante: “Me ofrecieron ser par en el Hospital Universitario Virgen de Macarena de Sevilla, y me tuve que poner al día. Para mí, fue un orgullo que Adhara contase conmigo, especialmente Reyes, que era la que llevaba el programa en el Hospital Virgen del Rocío. Empecé en el hospital partiendo de cero, al cabo de los cuatro años atendía cerca de 400 personas. Ocho años después me pasaron al Hospital Virgen del Rocío, y continué allí mi labor”.

Oliver, por su parte, reconoce que formar parte del programa de pares ha sido “una oportunidad para poder cre-

«Hoy en día, los PARES lo tenemos más fácil porque todos los mensajes son positivos: indetectable igual a intransmisible. No es lo mismo que cuando me atendieron a mí»

JESÚS GARCÍA, PRESIDENTE DE ADHARA



© JUAN LUIS SÁNCHEZ

«Nuestra relación no se limita al diagnóstico. Tras el primer impacto, muchos de ellos siguen viniendo. Tienen mi teléfono, saben que me pueden llamar cuando quieran y van viniendo cuando lo necesitan, porque los problemas van más allá del ‘shock’ inicial»

VÍCTOR BACEIREDO
PAR EN SEVILLA



cer personal y profesionalmente”. “He conocido a compañeros maravillosos que también son pares, he establecido redes de apoyo, he aprendido del funcionamiento de otros hospitales y he podido implementar cambios en mi hospital para mejorar la atención de las personas con VIH. El programa de pares demuestra que el acompañamiento entre iguales mejora la calidad de vida de las personas con VIH, además de fomentar su autonomía como pacientes”, insiste.

Velayos recalca la importancia de esta formación, que se ha reforzado con la creación en 2018 de la Escuela de Pares, una experiencia pionera en el mundo y que se lleva a cabo en colaboración con la Universidad Nacional a Distancia (UNED). La escuela permite que los alumnos obtengan formación

homologada. La idea es que todos los formadores tengan preparación, formación y sensibilidad para tratar con quienes tienen el virus. “No es una terapia con un psicólogo. Es una charla con una persona a la que ves como un igual”, aclara.

CERCANÍA Y HUMILDAD

La presidenta de Cesida está convencida de que “el éxito es la cercanía, la humanidad que transmiten los educadores que han pasado por esa misma experiencia y acompañan a la persona”. El educador se convierte en alguien creíble porque ha pasado por lo mismo. Y la información que transmite puede llegar mejor que si la ofrece un profesional sanitario. Y viceversa: las personas con VIH cuentan al par lo que no se atreven a decir en la consulta. Como insiste Víctor Baceiredo, “es muy importante reforzar la adherencia y que no dejen su tratamiento”. “Es frecuente que te cuenten que tienen problemas de depresión, de ansiedad, de insomnio. Es entonces cuando les orientas y les señalas la importancia de la buena comunicación con su especialista, que le cuenten todo lo que les está pasando para que pueda valorar si es necesario o no un cambio en su tratamiento”.

El éxito del programa de pares está basado en cifras. Existe un estudio (Programa Pares: prevención y promoción de la salud a través de la educación por pares en el contexto hospitalario), realizado por José Miguel Gutiérrez, María José Fuster y José Fernández-Queiro, que lo avala. Baceiredo lo defiende entusiasta: “Se vio que los parámetros de calidad de vida de todos los pacientes mejoran considerablemente”. Así lo



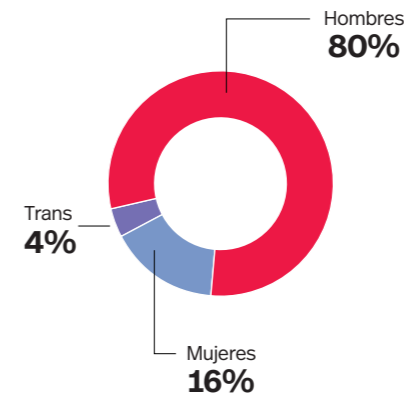
LA CIFRA

INTERVENCIÓNES
España, ofrecen ya este servicio veinte hospitales de siete comunidades autónomas. En un año se han realizado 3.357 intervenciones y se ha atendido a 1.612 personas.

3.357

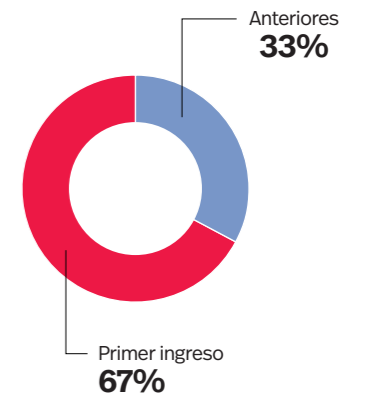
ATENCIÓN DEL PROGRAMA DE PARES POR GÉNERO

Del 1 de abril de 2020 al 31 de marzo de 2021



ATENCIÓN DEL PROGRAMA DE PARES TOTAL DE PERSONAS ATENDIDAS

Del 1 de abril de 2020 al 31 de marzo de 2021



ha corroborado también otro estudio reciente realizado en Noruega (*Peer support in an outpatient clinic for people living with human immunodeficiency virus: a qualitative study of service users' experiences*), que resalta el papel de los educadores pares con el VIH como una intervención clave a la hora de personalizar la atención.

Además de este soporte, que es clave para el control del tratamiento y para la mejora de la calidad de vida, no cabe duda de que el gran beneficio final es, sobre todo, emocional: “El VIH es un obstáculo para ser feliz, pero puede superarse. Se trata de mostrar la realidad y dar estrategias para afrontarlo”, resume Baceiredo.

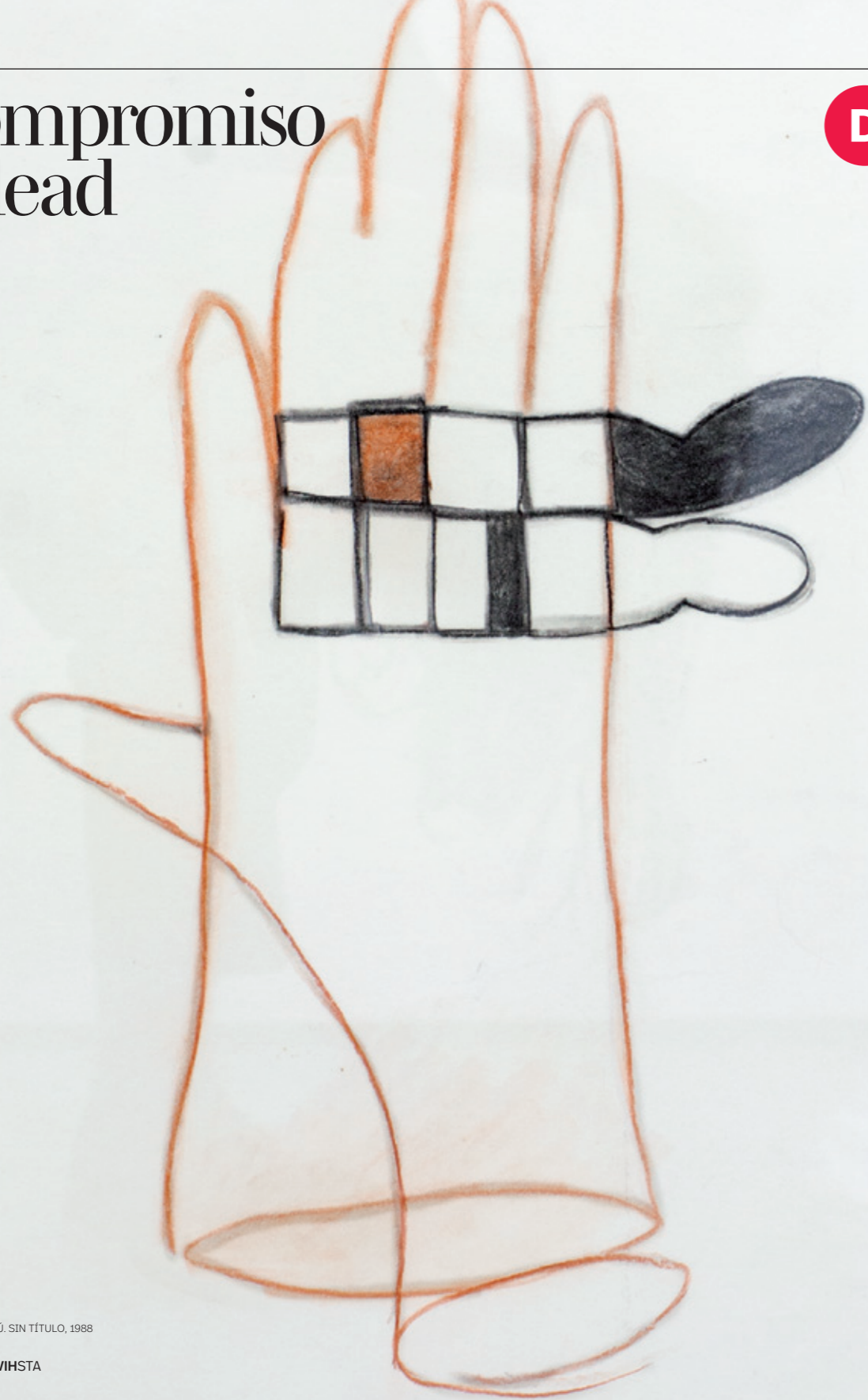
«El éxito de los programas de pares es la cercanía, la humanidad que transmiten los educadores que han pasado por esa misma experiencia y acompañan a la persona»

REYES VELAYOS
PRESIDENTA DE CESIDA



Compromiso Gilead

D



PEPE ESPALIÚ. SIN TÍTULO, 1988

GILEAD CONTRA EL VIH

>1
Una nueva familia
de antivirales

>2
Una estrategia
de curación funcional

CURAR EL VIH ES, POSIBLEMENTE, EL MAYOR DESAFÍO DE LA VIROLOGÍA

El sistema inmunitario no es capaz de eliminarlo de forma natural y, por esa misma razón, es tan difícil conseguirlo con fármacos: estos controlan al virus y evitan la enfermedad, pero el VIH se esconde en células del organismo llamadas reservorios donde permanece latente para poder reactivarse sin freno.

Con motivo de la 24ª Conferencia Internacional del Sida (AIDS 2022), celebrada en Montreal, Gilead ha expuesto su estrategia para acabar con la epidemia del VIH. Como asegura **Jared Baeten**, vicepresidente de Desarrollo Clínico de VIH de la farmacéutica, “nuestro objetivo es reducir a cero las nuevas infecciones por VIH”. Él y **Tomas Cihlar**, vicepresidente senior de Investigación en Virología, son responsables de las estrategias básicas y clínicas para lograrlo.

“Hemos visto en las últimas décadas una transformación del VIH en una condición prevenible y tratable, pero todavía nos queda un largo camino por delante porque el problema del VIH no está solucionado en ninguna parte del mundo”, explica Baeten. Que añade: “Si bien para algunos las ventajas que ofrecen los tratamientos simplificados son suficientes, también hay un número considerable de personas que no llegan a cumplir con la pauta de una pastilla al día”. Es crucial, por tanto, “encontrar opciones diferentes que cubran las necesidades de todos”.

EL PACIENTE, EN EL CENTRO

La forma de trabajar de la compañía, desmenuza Jared Baeten, consiste en “colocar al paciente en el centro del programa de desarrollo de medicamentos, incluso antes de empezar en el laboratorio”. Eso y la cooperación con la comunidad, de forma que las terapias que finalmente superan la fase de investigación “responden a las necesidades de las personas que viven con VIH o que requieren estrategias preventivas”.

En ese sentido, una de esas innovaciones impulsadas desde Gilead tiene que ver con los antirretrovirales de acción prolongada (*long acting*), fármacos cuya administración se espacia lo máximo posible de forma que no interfiera con la vida cotidiana. “Gilead está investigando una nueva familia de antivirales con un nuevo mecanismo de acción”, apunta el vicepresidente de Desarrollo Clínico de VIH de Gilead. Tomas Cihlar destaca, por su parte, que de

«Nuestro objetivo es reducir a cero las nuevas infecciones por VIH. Si bien para algunos las ventajas que ofrecen los tratamientos simplificados son suficientes, también hay un número considerable de personas que no llegan a cumplir con la pauta de una pastilla al día. Es muy importante, por tanto, encontrar opciones diferentes que cubran las necesidades de todos»

JARED BAETEN
VICEPRESIDENTE
DE DESARROLLO
CLÍNICO DE VIH DE LA
FARMACÉUTICA



tener éxito, se habrá conseguido “lo más próximo que pueda haber a una vacuna”. Los datos procedentes de estos y otros estudios en marcha muestran la alta eficacia y seguridad del tratamiento, apostilla Baeten, lo que impulsa a explorarlo también en programas de prevención.

Junto a la prevención y el tratamiento, la tercera gran pata para acabar con la epidemia es, sin duda, la curación. “Gilead lleva años trabajando en ello, con pasos firmes hacia ese objetivo”, dice Cihlar. No obstante, reconoce, “hay que ser realista: la curación del VIH es todo un desafío que llevará tiempo”. Según el ejecutivo de la compañía, “vemos que a lo largo de estos años se han curado unas pocas personas en todo el mundo a través del trasplante de células hematopoyéticas, un procedimiento que no es adecuado para la mayoría por las complicaciones asociadas y por no ser reproducible a gran escala”.

Tomas Cihlar subraya que no existe un mapa para llegar hasta la curación del VIH y que nadie en solitario va a alcanzarla. “Será necesaria mucha colaboración entre farmacéuticas, biotecnológicas, científicos, académicos, gobiernos y la comunidad de quienes viven con VIH”, apunta.

Aun con todas las dificultades sobre la mesa, Cihlar considera que alcanzar la curación debe

«La curación debe ser la aspiración, la siguiente frontera de innovación a la que encaminarse. Nosotros contamos con datos alentadores en modelos preclínicos. Hemos combinado varios agentes: algunos para despertar al virus de los reservorios y hacerlo visible al sistema inmune y otros que actúan como una ayuda a las defensas para luchar contra el virus»

TOMAS CIHLAR
VICEPRESIDENTE
SENIOR DE
INVESTIGACIÓN EN
VIROLOGÍA DE GILEAD



ser también “la aspiración, la siguiente frontera de innovación a la que encaminarse”, y así lo vive él desde hace una década. Expone, además, que cuenta Gilead cuenta con datos “alentadores” en modelos preclínicos de curación: “Hemos combinado varios agentes: algunos para despertar al virus de los reservorios y hacerlo visible al sistema inmune, y otros que actúan como una ayuda a las defensas para luchar contra el virus”. De esta forma, dice Cihlar, se pretende la curación funcional. La cura definitiva consistiría en la eliminación total de los reservorios y, por tanto, de todo rastro del virus—. Para conseguir la curación funcional, se refuerza el sistema inmune en aras de controlar el virus por sí mismo, sin la terapia antirretroviral.

Equipos científicos en todo el mundo tantean diferentes tácticas para alcanzar esa meta, conocidas como *kick and kill* (patear, para despertar al virus, y matarlo). La estrategia que explica Cihlar utiliza “una combinación de componentes para despertar al virus y de agentes que potencian la respuesta del sistema inmune contra el virus”. “En modelo experimental, funciona”, asegura. Conseguir la curación funcional sería un gran avance: “Desde ahí, podríamos dirigirnos a la curación, con la que se eliminaría el virus del todo”.

BECAS SLIG

Gilead Sciences ha hecho pública la resolución de la tercera edición de las Becas al Diagnóstico y Derivación del Paciente con VIH al Sistema Nacional de Salud 2021. Esta iniciativa, que pretende impulsar la realización de proyectos o actuaciones centradas en el diagnóstico y la derivación del paciente con VIH al Sistema Nacional de Salud, ha reconocido siete iniciativas en Andalucía, Madrid, Comunidad Valenciana y Cataluña. Estas becas tienen una dotación total de 200.000 euros: 30.000 euros por proyecto con un plazo de ejecución no superior a los 24 meses.

Protocolizar la petición de serología en Urgencias y Atención Primaria



ESTUDIO
Disminución del diagnóstico tardío de la infección por VIH en la Comunidad Valenciana mediante cribado en Servicios de Urgencias y Atención Primaria.

INVESTIGADOR PRINCIPAL
Sergio Reus Bañuls
CENTRO
Fundación de la Comunidad Valenciana para la gestión del Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante

● El número de pacientes con infección por VIH que debutan de forma tardía, es decir, con complicaciones o con el sistema inmune muy deteriorado, no disminuye en España. El

proyecto dirigido por el doctor **Sergio Reus** implementa dos medidas para tratar de lograrlo: la formación del personal médico en los servicios de urgencias hospitalarias y centros de salud, y la protocolización de la solicitud de la serología de VIH. El objetivo principal es aumentar el número de diagnósticos de infección por VIH, lo que secundariamente conducirá al diagnóstico más precoz de la enfermedad y, por tanto, a un menor número de complicaciones inmediatas y tardías. Se trata de que los médicos de Urgencias y Atención Primaria tengan en mente las manifestaciones que pueden significar infección por VIH. El proyecto está basado en un documento de consenso elaborado en 2020 por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) en el que colaboró también la Sociedad de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). Reus cree que, “a pesar del volumen tremendo de pacientes atendidos en Urgencias, el proyecto estaría cojo si no incluyera actuaciones en Atención Primaria”. Y es que, así como muchas personas sólo tienen relación con el sistema sanitario a través de Urgencias, “otras acuden

regularmente a su médico de familia, pero no a Urgencias”. “La relación personal y de confianza de muchas personas con su médico de familia facilita enormemente la solicitud de la prueba y su aceptación”, concluye el investigador.

Serologías proactivas en Urgencias



ESTUDIO
Mejora de la detección y diagnóstico de la infección oculta por VIH, mediante el estudio serológico en pacientes con enfermedades frecuentes del VIH/SIDA (DxUrgencias)

INVESTIGADOR PRINCIPAL
Carmen Hidalgo Tenorio

CENTRO
Fundación pública andaluza para la investigación biosanitaria de Andalucía Oriental – Alejandro Otero. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

● Diseñar una estrategia para mejorar el diagnóstico de la infección oculta por VIH mediante una actitud proactiva en la atención de urgencias hospitalarias. Este es el objetivo del estudio dirigido por la doctora **Carmen Hidalgo**. Para ello, se realizará una serología a personas con edad mayor de 18 años que acuden al servicio de urgencias del hospital por sospecha derivada de enfermedades frecuentes en personas con VIH. Las estrategias de diagnóstico serán llevadas a cabo por dos vías. Primero, en Urgencias, se realizará un test rápido de diagnóstico de VIH y se extraerán serologías de VIH, hepatitis víricas, sífilis, virus de Epstein Baar, citomegalovirus y toxoplasma. “Después, en el caso de que el test rápido sea positivo en VIH, se le derivará a la consulta de enfermedades infecciosas, donde se confirmará

el diagnóstico mediante serología (ELISA y WB). Y si el test rápido es negativo, se enviará al paciente al médico de atención primaria, donde le proporcionarán los resultados analíticos”, según explica la doctora Hidalgo. La aceptabilidad se calculará como el número de casos detectados que entren en el circuito de salud y la efectividad como el número de nuevos diagnósticos detectados a partir de la implementación de este proceso asistencial.

Buscar personas con VIH en personas hospitalizadas



ESTUDIO
Oportunidades perdidas de diagnóstico de infección por VIH en pacientes hospitalizados (OPVIHO)

INVESTIGADOR PRINCIPAL
Alberto Díaz de Santiago

CENTRO
Unidad VIH del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda de Madrid

● Al menos un 13% de las personas con VIH no sabe que lo tiene. Además, en nuestro país, casi la mitad (48%) de los nuevos casos se considera diagnóstico tardío. Con el objetivo de localizar a estos pacientes y que su diagnóstico no sea tardío, se ha lanzado el estudio ‘Oportunidades perdidas de diagnóstico en VIH hospitalizados (OpVIHo)’. Consiste en la realización de una prueba rápida de VIH (en sangre capilar digital a todos los pacientes de entre 18 y 75 años que ingresan por cualquier motivo en cualquier servicio del centro procedentes de Urgencias o programados desde Consultas, sin tener en cuenta factores de riesgo, indicadores clínicos ni parámetros analíticos.

Y siempre previo consentimiento de los pacientes. Solo se excluyen mujeres embarazadas que ingresan para el parto (se les hace cribado de VIH por rutina) y a pacientes intubados o con deterioro cognitivo (al necesitar consentimiento). “Buscamos cada mañana en nuestros sistemas los nuevos ingresos hospitalarios de las últimas 24 horas y anotamos los que cumplen criterios de inclusión”, explica el doctor **Díaz de Santiago**. Las pérdidas de diagnóstico de VIH en Urgencias se estiman en alrededor de un tercio. El facultativo cree que la cifra podría ser similar en los pacientes hospitalizados: “Esperamos encontrar una prevalencia de infección por VIH (0,3%) igual o superior a la del área general (0,2%), con 18-20 posibles casos habiendo realizado 5.400-5.500 pruebas rápidas en un periodo de reclutamiento de ocho a diez meses. **El objetivo principal sería encontrar condiciones clínicas y analíticas asociadas a infección oculta por VIH en las que poder hacer recomendaciones específicas de solicitud de serología para futuros pacientes que ingresen con las mismas características**”.

● Las personas no diagnosticadas de VIH son, asegura **Alberto Romero**, del Instituto para la Investigación biomédica de Cádiz, “responsables del 54% de las nuevas infecciones que se producen cada año”. Atajar las infecciones ocultas es, así, imprescindible en la lucha contra el virus. Para ello, el proyecto del doctor Romero promueve una intervención de carácter formativo en médicos de atención primaria de diversos centros de salud del distrito sanitario Bahía-La Janda y en el área de Urgencias del Hospital Universitario Puerto Real, en Cádiz. La actividad formativa gira en torno a la importancia del diagnóstico precoz de la infección por VIH y otras ITS, mostrando las diversas estrategias de abordaje de los diagnósticos y ofreciendo diferentes ejemplos de cómo afrontar el planteamiento de estrategias a los pacientes en una consulta de atención primaria o Urgencias. “Nuestro objetivo es concienciar a los profesionales sanitarios de la necesidad de pedir más pruebas diagnósticas de VIH y otras ITS a sus pacientes, independientemente de si pertenecen o no a poblaciones de riesgo”, explica. El proyecto busca también identificar la eficacia de esta actividad formativa mediante la comparación de los nuevos diagnósticos de VIH y otras ITS realizados antes y después de su intervención en los centros de salud y en las áreas de Urgencias hospitalarias. “**Si logramos demostrar un incremento significativo en el número de personas diagnosticadas de VIH y otras ITS tras la formación de los profesionales sanitarios, consideraremos nuestro objetivo cumplido**”, concluye.

ESTUDIO

Diseño y evaluación de una herramienta app-web para ayudar a identificar, cribar, vincular y estudiar los contactos de las personas en riesgo de o ya infectadas por el VIH/VHC en atención primaria o en entornos comunitarios

INVESTIGADOR PRINCIPAL
María Jesús Vivancos Gallego
CENTRO

Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Universitario Ramón y Cajal

● Sacar a la luz nuevos casos de VIH y hepatitis C y detectar las personas en riesgo de poder infectarse a través de una aplicación web para Atención Primaria o entornos comunitarios. En eso consiste el proyecto desarrollado por la doctora **María Jesús Vivancos**, de la Fundación para Investigación Biomédica del Hospital Ramon y Cajal de Madrid. El proyecto busca evaluar el número de personas identificadas para profilaxis pre-exposición (PrEP), nuevos diagnósticos de VIH/VHC y tiempo de vinculación, y número de contactos identificados. La intervención se basa en tres pilares:

- 1 diseño y desarrollo de una **herramienta app-web** con un cuestionario de riesgo y de condiciones indicadoras para detectar casos;
- 2 uso de **pruebas rápidas**;
- 3 implementación de un **protocolo de trabajo** consensuado con los médicos y la enfermería en Atención Primaria del área sanitaria del hospital.

“Todos los estudios que nuestro grupo ha llevado a cabo previamente (estudios DRIVE) se han realizado utilizando herramientas y cuestionarios web, y lectura automatizada de los mismos. Esto ha sido imprescindible debido al alto número de pacientes incluidos: 4.000 y 9.000, respectivamente. En esta nueva versión se espera reclutar un número muy superior. **Es necesario que la recogida de datos se realice de forma automatizada, además de poder ayudar en el proceso decisorio y de guía clínica**”, afirma Vivancos.

Luchar contra el VIH en migrantes irregulares



ESTUDIO

Diagnóstico y derivación de las personas infectadas por el VIH que se encuentran en situación irregular o han solicitado protección internacional en el Estado español

INVESTIGADOR PRINCIPAL
Pablo Ryan Murúa
CENTRO

Fundación Estatal, Salud, Infancia y Bienestar Social, F.S.P.

● El proyecto surge de la necesidad de conocer mejor a las personas migrantes infectadas por el VIH que se encuentran en situación irregular en España, la mayoría de las cuales solicita protección internacional. Los motivos más frecuentes que llevan a estas personas a huir y solicitar refugio están relacionados con la homofobia o el hecho de ser personas infectadas por el VIH. En España, los migrantes irregulares no tienen derecho a recibir asistencia sanitaria hasta que puedan justificar empadronamiento y hayan pasado por múltiples trámites administrativos. “Cuando hablamos de personas infectadas por el VIH y en términos de salud pública, este hecho es de extrema gravedad. **Los migrantes con VIH que entran en nuestro país se ven abocados a suspender la medicación por esta falta de acceso a un especialista en Enfermedades Infecciosas**”, afirma **Pablo Ryan**, coordinador del proyecto. El estudio mide cuántos migrantes abandonan la medicación en nuestro país, cuánto tardan en ser atendidos por un especialista, si mantienen conductas sexuales de riesgo o su porcentaje con virus resistentes. Al tratarse de colectivos muy vulnerables, el proyecto va de

la mano de diferentes oenegés, que trabajan con este perfil de personas, y cuenta con una trabajadora social, **Neda Deihim**, con experiencia en personas vulnerables en riesgo de exclusión social.

Sacar a la luz en Urgencias el 20% de positivos ocultos



ESTUDIO

“Urgències VIHgila” (2ª parte): Consolidación y expansión de la red “Urgències VIHgila” de servicios de urgencias

INVESTIGADOR PRINCIPAL
Oscar Miro y Emili Gené
CENTRO

Fundació Acadèmica de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears

● El Proyecto Vihgila está basado en una formación estructurada al personal que trabaja en los servicios de Urgencias –no solo médicos, también enfermeros– de 20 hospitales de Cataluña. Su objetivo es doble: concienciar sobre la importancia de detectar pacientes ocultos de VIH en España y sensibilizar sobre el papel que puede jugar Urgencias en esa tarea. A partir de la ahí, se establece una serie de pautas de actuación para la petición de serología en aquellos casos en los que se sabe que la posibilidad de que un paciente tenga VIH es superior al resto de la población: herpes zoster, neumonía comunitaria, personas que solicitan profilaxis pos-exposición, chemsex, infecciones de transmisión sexual (ITS) o síndrome mononucleósico.

En un principio, se trata de reuniones grupales presenciales. Después, de encuentros individuales, tanto con médicos como con enfermeros. “Posteriormente, nos vamos reuniendo

cada tres o cuatro meses para comunicar y poner al día los resultados e identificar áreas de mejora, aprender de aquello que nos ha resultado e intentar evitar aquello que no nos ha resultado”, afirma **Oscar Miró**, coordinador. “Se ha hecho un cálculo y, de los pacientes no diagnosticados que cada hospital puede tener, el objetivo es conseguir diagnosticar en los próximos dos o tres años el 20% de estos pacientes no diagnosticados”, explica Miró. A final de septiembre de este año, se habían realizado 70 diagnósticos positivos.

BECAS PRO

Para el desarrollo de estrategias que aumenten la difusión e implementación de los PRO en la práctica clínica

Una vez suprimida la carga viral y alcanzada la indetectabilidad gracias a la eficacia de los modernos tratamientos antirretrovirales, lo más importante es la calidad de vida de las personas que viven con VIH. Comorbilidades, afectaciones neurológicas, estigma, fragilidad, soledad, vida sexual insatisfactoria, dificultades económicas... Estos son los nuevos desafíos más allá de la supervivencia. Se trata de

escuchar al paciente y de encontrar con él la manera de proporcionarle una vida mejor. Pasar de un modelo en el que el médico es el eje de la asistencia a otro en el que el centro lo ocupa el paciente.

Los llamados Patient-Reported Outcomes (PRO) son herramientas con las que se puede medir la percepción que las personas que viven con VIH tienen de su salud. A través de estos cuestionarios, muy utilizados ya por las ciencias psicológicas y sociales, es el propio paciente el que explicita cuáles son sus sensaciones y necesidades. Los PRO pueden mejorar la calidad de la atención asistencial, la comunicación médico-paciente, la toma de decisiones clínicas compartidas y los resultados de los pacientes. Los PRO también pueden predecir el rebote viral, la hospitalización por cualquier causa y la supervivencia.

Así que una mejora medible en los cuestionarios PRO debería ser el criterio de valoración de una atención sanitaria de calidad. Sin embargo, históricamente ha habido poca consideración y una menor unanimidad internacional sobre los requisitos necesarios para valorar los resultados centrados en la persona y cómo podrían medirse e integrarse en la atención estándar del VIH.

Las Becas PRO para el desarrollo de estrategias que aumenten la difusión e implementación de los PRO en la práctica clínica, presentadas por Gilead en junio de este año, nacen precisamente con la vocación de servir de ayuda a investigadores y clínicos para que estos, a su vez, profundicen en las posibilidades de desarrollar nuevas herramientas (PROs) que permitan a los pacientes reportar sus síntomas o sus preferencias, o bien mejorar la implementación de estas herramientas ya existentes y su aplicabilidad en la práctica clínica en España. En este sentido, la monitorización e incorporación de la medición de la calidad de vida en la práctica clínica son uno de los cuatro objetivos estratégicos fundamentales que contiene el plan

de prevención y control de la infección por el VIH y las ITS en España, confeccionado por el Ministerio de Sanidad. Estas becas pretenden, por tanto, ayudar y dar respuesta a ese objetivo.

Antonio Antela, jefe de la unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínico Universitario de Santiago y coordinador de las becas, cree en la importancia de fomentar los cuestionarios, algo que puede impulsarse con esta convocatoria. Para Antela, “consensuar y elegir los mejores cuestionarios, validarlos en la práctica clínica y obtener esa información es, tal vez, lo que necesitamos en este momento para alcanzar el cuarto 95, la calidad de vida de las personas con VIH”.



«Consensuar y elegir los mejores cuestionarios, validarlos en la práctica clínica y obtener esa información es, tal vez, lo que necesitamos en este momento para alcanzar el cuarto 95, la calidad de vida de las personas con VIH»

ANTONIO ANTELA
JEFE DE LA UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO Y COORDINADOR DE LAS BECAS PRO

Formar a los sanitarios de Urgencias y Atención Primaria



ESTUDIO

Proyecto de formación y concienciación de profesionales sanitarios de atención primaria y urgencias en el diagnóstico precoz de la infección por VIH y otras enfermedades de transmisión sexual

INVESTIGADOR PRINCIPAL
Alberto Romero Palacios
CENTRO

Instituto para la Investigación Biomédica de Cádiz

Una aplicación contra el VIH y la hepatitis C



19 medidas podrían permitir a España cumplir los objetivos de ONUSIDA en 2030

Un modelo de simulación para priorizar las medidas sanitarias más efectivas contra el VIH da como resultado alcanzar en nuestro país un 100-95-96 antes del final de la década.

A finales del año 2020 la Unidad de Vigilancia de VIH, ITS y Hepatitis del Ministerio de Sanidad publicó la estimación del continuo de atención del VIH en España 2017-2020: el 87% de las personas con VIH conoce su diagnóstico; el 97,3% de ellas recibe tratamiento antirretroviral; y el 90% de estas últimas alcanza carga viral indetectable. El objetivo de ONUSIDA para 2020 era alcanzar el 90-90-90. Es decir, suspendemos en el primer 90. Y para 2030, el objetivo es alcanzar un 95-95-95...

¿Podemos lograrlo? Un grupo de expertos, liderados por **Pep Coll**, médico e investigador de la Fundación Lucha contra el Sida, ha puesto en marcha un proyecto cuyo objetivo es evaluar la efectividad y el impacto de diversas intervenciones sobre el 'continuum' de cuidados en VIH (diagnóstico, tratamiento e indetectabilidad) en diferentes escenarios y con diferentes grupos de población (hombres que tienen sexo con hombres, mujeres transgénero, hombres y mujeres con relaciones heterosexuales, trabajadores/as sexuales, personas que se inyectan drogas, migrantes...). Coll ve posible alcanzar los objetivos, "aunque es necesario aumentar los esfuerzos e implementar nuevas estrategias, sobre todo en el primer 90".

Para ello, se ha creado un modelo analítico que permite predecir el impacto

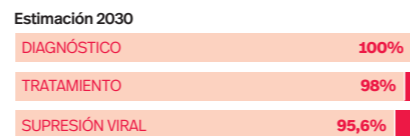
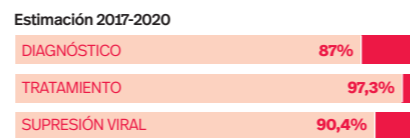
de cada intervención o intervenciones sobre cada uno de los escalones del 'continuum'. El modelo se llevó a cabo en cuatro fases en las que participó un grupo de expertos multidisciplinar: 1) revisión de la literatura; 2) selección/definición de las intervenciones y su efectividad; 3) reunión de consenso; y 4) desarrollo de un modelo analítico de decisión para proyectar el impacto de estas intervenciones. Se seleccionaron 19 intervenciones basadas en la ampliación de la oferta de pruebas rápidas de VIH y la implementación de programas de formación/pares, alertas electrónicas, atención multidisciplinar y mHealth (el uso de dispositivos móviles en la práctica de servicios médicos), entre otras.

Para el doctor Coll, "está claro que en lo que flojeamos es en el diagnóstico. Debería incidirse en este componente mediante estrategias que han demostrado su efectividad, que son bastantes, y también ser creativos para pensar nuevas estrategias. Son muchas las actividades que pueden llevarse a cabo, pero lo importante es que se adapten al grupo de población al que van dirigidas".

La eficacia de las intervenciones analizadas se definió por el aumento porcentual del diagnóstico, el tratamiento y la supresión viral tras su implementación, dirigidas a toda la población y a grupos específicos de alto riesgo. La implementación de ocho intervenciones para el diagnóstico, tres para el tratamiento y ocho para la supresión viral para las poblaciones objetivo durante el periodo 2020-2030 aumentaría la continuidad de la atención hasta alcanzar aproximadamente el 100% de los casos diagnosticados (salvo casos residuales indetectables), el 95% de los tratados y el 96% de los suprimidos virológicamente.

El impacto económico estimado asociado a las intervenciones elegidas fue de aproximadamente 14,3 millones de euros anuales, de los cuales 1,5 millones se asociaron al diagnóstico, 12,5 millones al tratamiento y 220.506 euros a la aplicación de las intervenciones.

ESTIMACIÓN DEL CONTINUO DE ATENCIÓN DEL VIH

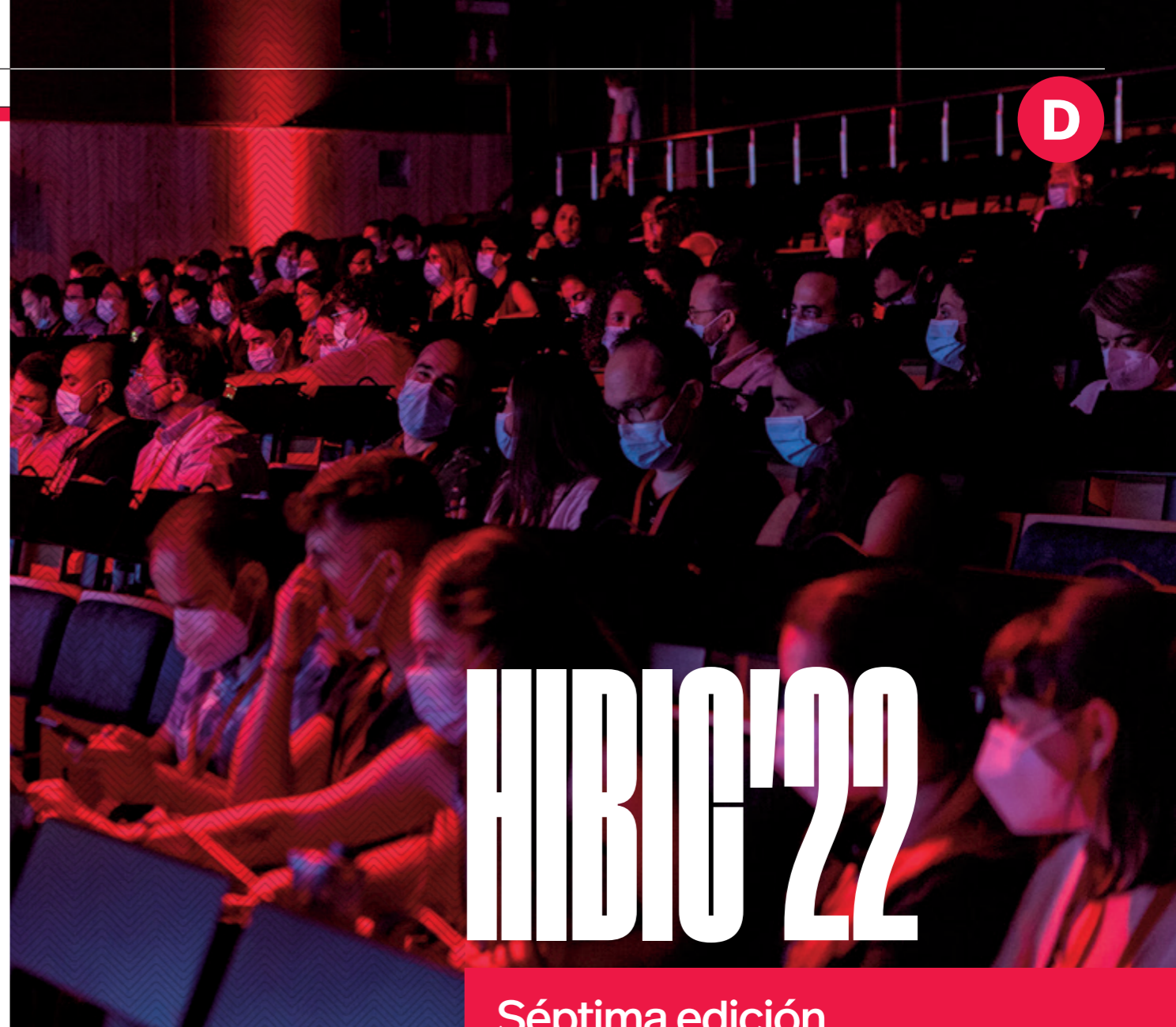


14,3mill

de euros anuales. Impacto económico de las intervenciones elegidas, de los cuales 1,5 millones se asocian al diagnóstico, 12,5 millones al tratamiento y 220.506 euros a la aplicación de las intervenciones.

100-95-96

España alcanzaría estos ratios en la lucha contra el VIH para 2030 si se aplican las medidas sanitarias más efectivas según el modelo de simulación del equipo liderado por el doctor Pep Coll



HIBIG'22

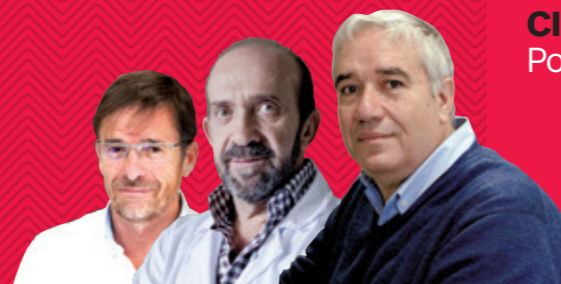
Séptima edición

**CIENCIA BÁSICA
TRASLACIONAL**
Por José Alcamí

**EPIDEMIOLOGÍA,
PREVENCIÓN Y SALUD
PÚBLICA**
Por Santiago Moreno

CIENCIA CLÍNICA
Por José Ramón Arribas

MEET THE EXPERT
Josep M^a Llibre



SUMARIO

● **180 expertos.** Después de un año de parón debido a la pandemia de covid-19, más de 180 expertos en el manejo del VIH se volvieron a reunir en la séptima edición del congreso HIBIC (Hitos en la Investigación Básica y Clínica en VIH/Sida), organizado por Gilead.

● **Debate y participación.** Madrid acogió el encuentro de julio con un programa científico basado en la calidad y en la excelencia, y con el objetivo de fomentar el debate y la participación en torno a los principales avances de los últimos dos años. Con la coordinación de los doctores José Alcamí, José Ramón Arribas, Santiago

Moreno y Josep María Llibre, en HIBIC 2022 se abordaron los hitos más relevantes y los mejores trabajos de los dos últimos años en cuanto a investigación básica traslacional, epidemiología y clínica del VIH.

● **Cita clave.** "Desde hace 35 años nos esforzamos para transformar la historia del VIH y somos conscientes de que los importantes logros conseguidos no habrían sido posibles sin una estrecha colaboración y apoyo a la comunidad científica. Reuniones como HIBIC se convierten en citas clave, tanto por el panel de expertos internacionales como por

su alto nivel científico, evidenciando, una vez más, el compromiso de Gilead con la investigación, la formación de los profesionales sanitarios y con los pacientes", indica **Pau Arbos**, director de la unidad de negocio de VIH de Gilead España.

● **40 años de historia.** La sesión de apertura contó con una conferencia inaugural de la inmunóloga de Zimbabue Linda-Gail Bekker, líder de la lucha contra el VIH/sida en África, que trabaja en la Universidad de Ciudad del Cabo. En HIBIC 2022, la científica hizo un repaso por los 40 años de historia del VIH/Sida, desde todos los

ángulos: hitos históricos, médicos, comunitarios y sociales.

● **3 Bloques científicos.** También, como en citas anteriores, la última edición del HIBIC estuvo dividida en tres bloques científicos. El primero, dedicado a la Ciencia Básica Traslacional, coordinados por el doctor José Alcamí; el segundo, a Epidemiología y Salud Pública, coordinado por el doctor Santiago Moreno; y el tercer bloque, para Ciencia Clínica, que estuvo coordinado por el doctor José Ramón Arribas.

BLOQUE 1 CIENCIA BÁSICA TRASLACIONAL



José Alcamí, del Centro Nacional de Microbiología de Madrid, explica que "la parte de ciencia básica está muy centrada en el aspecto de la biología del virus, que hace referencia a cómo se integra en nuestros genes: cómo el VIH entra en nuestras células y tiene una relación de

intimidad extrema con el paciente, porque se coloca como un gen más, acompañándole toda la vida en esa célula infectada".

Alcamí señala que ése es el motivo por el que, en la primera parte del congreso que coordinaba, "me he centrado en poner en contexto lo que supone el fenómeno de la integración desde el punto de vista biológico". El coordinador del primer bloque del HIBIC explica también que, además, dos de los ponentes "nos han mostrado la importancia que tiene no sólo el proceso de integración sino dónde se va a integrar el virus". Y concluye: "Un punto de vista fundamental que ha cambiado en los últimos dos o tres años, y sobre el que se ha hecho un trabajo muy completo". En el bloque de Ciencia Básica Traslacional, también se habló de los llamados 'controladores de élite', que corresponden a una mínima



La doctora Lillian Cohn, durante su conferencia. HIBIC

proporción de pacientes con VIH que han logrado controlar el virus, de manera que éste ni replica ni contagia. "Hemos analizado qué supone esto para los pacientes y cuáles serían, entonces, los candidatos para apoyar las estrategias que hay que seguir", explica.

El infectólogo destaca que "volver a reunirnos en HIBIC es fundamental para ahondar en importantes aspectos del

manejo del VIH". Alcamí destaca un año más la importancia de un formato "original y positivo", donde los ponentes, además de ofrecer sus ponencias, "interactúan con los asistentes, dialogan en los pasillos, y hablan con los investigadores de colaboraciones de futuro y de ciencia; y todo ello en un ambiente distendido".

BLOQUE 2 EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA



En relación con los avances en el terreno de la epidemiología, bloque coordinado por **Santiago Moreno**, del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid, en HIBIC 2022 se abordó la prevención del VIH de modo global a través de tres herramientas actualmente en investigación: la profilaxis preventiva, la utilización de anticuerpos neutralizantes de amplio espectro y la vacuna frente al VIH. "Los investigadores presentaron sus novedades en estas tres áreas para actualizar las estrategias y las posibilidades futuras de eliminar la pandemia", señala Moreno.

La doctora **Nyaradzo Mgodí**, del Centro de Investigación de Ensayos Clínicos de la Universidad de Zimbabue, y el doctor **Larry Corey**, del Centro Oncológico Fred Hutchinson, en Estados Unidos, son autores de trabajos que aportan "novedades clave", en sus temas respectivos: "los anticuerpos neutralizantes como herra-



Panel de discusión del bloque 2 de epidemiología, prevención y salud pública. HIBIC

mienta útil en la prevención y las vacunas frente al VIH como tema pendiente", explica Moreno.

Sobre la búsqueda de la vacuna, el doctor Moreno destaca que los resultados obtenidos hasta ahora son "negativos", pero que el investigador que los presentó es "uno de los grandes expertos mundiales y nos ha permitido discutir con él el estado actual y el futuro de una vacuna frente al VIH".

BLOQUE 3 CIENCIA CLÍNICA



En la sesión relativa a la práctica clínica, coordinada por **José Ramón Arribas**, del Hospital Universitario de la Paz, de Madrid, se seleccionaron tres relevantes

trabajos publicados en revistas científicas en 2021.

El doctor **John Thornhill**, del Imperial College London, en Reino Unido, se hizo eco de un artículo suyo publicado en la revista Lancet sobre la curación del VIH. "Se trata de un estudio basado en personas que viven con VIH que llevaban poco tiempo infectadas y recibieron, además del TAR, un medicamento para disminuir el reservorio viral y una vacuna para acercarlos a la curación. Los resultados no son muy prometedores en cuanto a la disminución del reservorio, pero es un ejemplo más de que tenemos que seguir investigando en posibilidades de curación", explica Arribas.

El segundo estudio, a cargo de la doctora **Priscila Hsue Zuckerberg**, del Hospital General de San Francisco, en Estados Unidos, es un artículo publicado en el New England Journal of Medicine en el que se analiza una cohorte de pacientes con VIH con muerte súbita relacionadas con sobredosis por drogas.

Por último, el doctor **Luca Ferretti**, del Instituto Pirbright, de Ciencia del Reino Unido, expuso un artículo publicado en Science vinculado a una nueva cepa del VIH más virulenta aislada en Holanda.

“Una nueva variante que es capaz de destruir las células CD4 más rápidamente. Pero la buena noticia es que responde al tratamiento igual que las anteriores cepas”, puntualiza Arribas.



El doctor John Thornhill, durante su intervención. HIBIC

MEET THE EXPERT



Como en ediciones anteriores, antes del inicio del congreso tuvo lugar el encuentro *Meet the Expert*, una reunión de pequeño formato donde los jóvenes investigadores españoles tienen la posibilidad de compartir sus proyectos de investigación y discutirlos a puerta cerrada con los investigadores internacionales invitados. El doctor **Josep María Libre**, del Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona y coor-

dinador de *Meet the Expert*, considera que esta sesión es una iniciativa única que permite a jóvenes investigadores nacionales, figuras emergentes en el panorama internacional en la lucha contra la epidemia del VIH, interactuar con los líderes mundiales de la mejor investigación clínica y básica, permitiéndoles ganar visibilidad e incluso establecer colaboraciones internacionales. Para Libre, “la formación médica continuada es imprescindible en áreas muy dinámicas en las que se incorporan novedades relevantes frecuentemente”. “De hecho, la investigación y la formación médica en VIH/sida han sido una locomotora en los últimos cuarenta años al extrapolar avances a las áreas de hepatitis B y C, a los laboratorios de diagnóstico de microbiología, epidemiología, oncología y, más recientemente, al covid-19 entre otras”.

PONENCIAS

BLOQUE 1 CIENCIA BÁSICA TRASLACIONAL

Distinct viral reservoirs in individuals with spontaneous control of HIV-1

→ **Dr. Xu Yu**, Escuela de Medicina de Harvard, EE.UU.

Integration features of intact latent HIV-1 in CD4+ T cell clones contribute to viral persistence

→ **Dr. Lillian Cohn**, Fred Hutchinson Cancer Center, EE.UU.

HIV-1 uncoats in the nucleus near sites of integration

→ **Dr. Vinay K. Pathak**, Center for Cancer Research, National Cancer Institute-Frederick, US.

BLOQUE 2 EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA

On-demand pre-exposure prophylaxis with tenofovir disoproxil fumarate plus emtricitabine among men who have sex with men with less frequent sexual intercourse: a post-hoc analysis of the ANRS IPERGAY trial

→ **Dr. Jean Michel Molina**, Saint-Louis and Lariboisière Hospitals in Paris, France

Two Randomized Trials of Neutralizing Antibodies to Prevent HIV-1 Acquisition

→ **Dr. Nyaradzo Mgodli**, University of Zimbabwe Clinical Trials Research Centre, Zimbabwe.

Vaccine Efficacy of ALVAC-HIV and Bivalent Subtype C gp120-MF59 in Adults

→ **Dr. Larry Corey**, Fred Hutchinson Cancer Center, US.

BLOQUE 3 CIENCIA CLÍNICA

Antiretroviral therapy alone versus antiretroviral therapy with a kick and kill approach, on measures of the HIV reservoir in participants with recent HIV infection (the RIVER trial): a phase 2, randomised trial

→ **Dr. John Thornhill**, Imperial College London, UK.

Sudden Cardiac Death and Myocardial Fibrosis, Determined by Autopsy, in Persons with HIV

→ **Dr. Priscila Hsue**, Zuckerberg San Francisco General Hospital, US.

A highly virulent variant of HIV-1 circulating in the Netherlands

→ **Dr. Luca Ferretti**, Pirbright Institute, UK.

Referencias

UNA MIRADA GLOBAL

- ‘COVID-19 Scale of education loss ‘nearly insurmountable’, warns UNICEF. In: *unicef.org* [Internet]. 23 January 2022. New York: UNICEF; c2022 (<https://www.unicef.org/press-releases/covid19-scale-education-loss-nearly-insurmountable-warns-unicef>).
- World economic outlook: war sets back the global recovery. April 2022. Washington (DC): International Monetary Fund; 2022 (<https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2022/04/19/world-economic-outlook-april-2022>).
- Mahler DG, Yonzan N, Hill R, Lakner C, Wu H, Yoshida N. Pandemic, prices, and poverty. In: *World Bank Blogs* [Internet]. 13 April 2022. Washington (DC): World Bank; c2022 (<https://blogs.worldbank.org/opendata/pandemic-prices-and-poverty>).
- Global economic prospects. June 2022. Washington (DC): World Bank; 2022 (<https://reliefweb.int/report/world/global-economic-prospects-june-2022>).
- World investment report 2022. Geneva: UNCTAD; 2022 (<https://unctad.org/webflyer/world-investment-report-2022>).
- United Nations Global Crisis Response Group. Global impact of the war in Ukraine on food, energy and finance systems: the world is facing a global cost of living crisis. World Business Council for Sustainable Development; June 2022 (<https://www.wbcsd.org/download/file/14437>).
- Inkoutiyo J, Yonli C, Tekpa G, Vallès X. Problématique des perdus de vue durant la prise en charge du VIH/Sida: étude sur les cas de perdus de vue dans les sites PEC (adulte et enfant) et PTPE dans la République Centrafricaine; Phase II: étude quantitative. Croix Rouge Française, Ministère de la Santé et la Population de la République Centrafricaine et le Fonds Mondial; 2022.
- McVeigh K. ‘Perfect storm’ of crises is widening global inequality, says UN chief. In: *The Guardian*. 2 July 2022. Guardian News & Media Limited; c2022.
- The shadow epidemic: violence against women during COVID-19. In: *UN Women.org* [Internet]. UN Women; c2022 (<https://www.unwomen.org/en/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19>).
- Martin V, Shah A, Mackay N, Lester J, Newbigging-Lister A, Connor N et al. HIV testing, new HIV diagnoses, outcomes and quality of care for people accessing HIV services: 2021 report. London: UK Health Security Agency; 2021.
- HIV in the United States and dependent areas. In: *CDC.gov* [Internet]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; [updated 9 August 2021] (<https://www.cdc.gov/hiv/statistics/overview/ata glance.html>).
- Ward J, Gilles M, Russel D. HIV infection in Aboriginal and Torres Strait Islander people. In: *HIV Management in Australasia* [Internet]. Last reviewed 9 June 2021. ASHM; c2019 (<https://hivmanagement.ashm.org.au/hiv-infection-in-aboriginal-and-torres-strait-islander-people/>).
- The epidemiology of HIV in Canada. Toronto: Canadian AIDS Treatment Information Exchange (CATIE); 2021 (<https://www.catie.ca/sites/default/files/2021-07/epi-hiv-02242021-en.pdf>).
- <https://news.un.org/es/story/2022/08/1512382>
- https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2022/august/20220801_new-global-alliance-launched-to-end-aids-in-children-by-2030
- <https://www.who.int/news/item/29-07-2022-who-publishes-new-guidelines-on-hiv-hepatitis-and-sti-for-key-populations>
- <https://www.unaids.org/es/resources>
- <https://www.theglobalfund.org/en/>

AUMENTO DE LAS ITS/VIRUELA DEL SIMIO

- <https://espanol.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/response/2022/world-map.html>

- <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/alertaMonkeypox/home.htm>
- https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Vigilancia ITS_1995_2019.pdf
- <https://www.20minutos.es/noticia/5051128/0/espana-notifica-casos-viruela-mono-mayo-segundo-pais-mas-contagios/>
- [https://www.thelancet.com/journals/lanct/article/PIIS0140-6736\(22\)01436-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanct/article/PIIS0140-6736(22)01436-2/fulltext)
- <https://www.lavozdegalicia.es/noticia/lavozdelasalud/enfermedades/2022/06/03/repunte-infecciones-transmision-sexual-igual-controlamos-colesterol-debemos-hacernos-analiticass-ver-tenemos-its/00031654268327556148953.htm>
- <https://www.20minutos.es/salud/medicina/ets-mas-se-contagian-facil-infectarse-5032028/>
- <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2022/08/21/62fce605e4d4d8ab648b459f.html>
- <https://magnet.xataka.com/que-pasa-cuando/se-nos-ha-olvidado-pontelo-penselo-its-han-crecido-1-000-mujeres-espana>

DEJA TU HUELLA

- <https://dejatuhuella.semes.org/>
- Unidad de Vigilancia de VIH, ITS y hepatitis. • Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2019: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida – D.G. de Salud Pública / Centro Nacional de Epidemiología – ISCIII. Madrid; Nov 2020.
- Gargallo-Bernada, et al. Oportunidades perdidas en el diagnóstico de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana en la Comunidad de Aragón. Importancia del diagnóstico tardío. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2019;37(2):100–108 DOI: 10.1016/j.eimc.2018.03.007

ADHERENCIA

- [https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018\(22\)00198-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(22)00198-9/fulltext)
- www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos_sefac/documentos/farmaindustria-plan-de-adherencia.pdf
- Gabinete Sociología y Comunicación. Encuesta sobre adherencia terapéutica en España. España; 2016.
- <https://mejorconsalud.as.com/que-es-la-adherencia-terapeutica/>
- <https://elpais.com/sociedad/vihda-positiva/2021-10-26/adherencia-y-vih-o-la-dificultad-para-cumplir-con-un-tratamiento-durante-toda-la-vida.html>
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27082595/>
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21468660/>
- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021391111000501?via%3Dihub>

MÁS ALLÁ DE LA CURA DEFINITIVA

- A Timeline of HIV and AIDS Immunology wars: The battle with HIV On World AIDS Day, U.S. Government recognizes the resilience and impact of the health care system and communities
- ¿Por qué es tan difícil de curar el VIH/SIDA? – Janet Iwasa
- PrEP <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/prep.html>
- UNAIDS calls on countries to step up global action and proposes bold new HIV targets for 2025

SALUD MENTAL / INSOMNIO/TRASTORNOS

- <https://doi.org/10.1111/hiv.13296>
- Pérez-Valero J, Blanch J, Martínez E. Perception of HIV physicians in Spain towards diagnosis and management of neuropsychiatric comorbidities in people with HIV. *HIV Med*. 2022 Mar 16. doi: 10.1111/hiv.13296. Epub ahead of print. PMID: 35294995.
- <https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/el-vih-y-la-salud-mental>

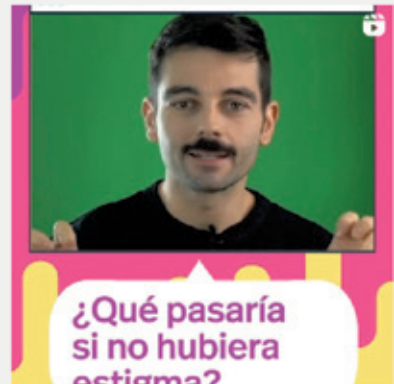
- 1 MG, Caruso R, Mitchell AJ, Meggiolaro E, Grassi L. Depression in HIV infected patients: a review. *Curr Psychiatry Rep*. 2015;17(1):530.
- 1 Pence BW, Mills JC, Bengtson AM, et al. Association of increased chronicity of depression with HIV appointment attendance, treatment failure, and mortality among HIV-infected adults in the United States. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(4):379.
- 2 Lanman T, Letendre S, Ma Q, Bang A, Ellis R. CNS neurotoxicity of antiretrovirals. *J Neuroimmune Pharmacol*. 2021;16(1):130–143.
- 2 Handoko R, Spudich S. Treatment of central nervous system manifestations of HIV in the current era. *Semin Neurol*. 2019;39(03):391–398.
- 2 Watkins C, Treisman G. Cognitive impairment in patients with AIDS ‐ prevalence and severity. *HIV/AIDS Res Palliat Care*. 2015;7:35.
- https://www.alimente.elconfidencial.com/bienestar/2022-05-10/la-gran-complicacion-de-vivir-con-vih-despues-de-los-50-la-enfermedad-mental_3421413/
- Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS); Integration of mental health and HIV interventions - Key considerations (2022) (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/integration-mental-health-hiv-interventions_en.pdf)
- http://gtt-vih.org/actualizate/la_noticia_del_dia/03-05-22?#
- www.fls-science.com
- Luu BR, Nance RM, Delaney JAC, et al. Insomnia and risk of myocardial infarction among people with HIV. *JAIDS*. 2022; in press.
- Crane HM, Nance RM, Whitney BM, et al. Brief Report: Differences in types of myocardial infarctions among people aging with HIV. *JAIDS*. 2021 Feb 1;86(2):208–212.
- Gooden TE et al. The risk of mental illness in people living with HIV in the UK: a propensity score-matched cohort study. *Lancet HIV* 9;E172–181, 2022. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(21\)00319-2](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(21)00319-2)
- <https://www.aidsmap.com/news/jun-2022/people-living-hiv-uk-have-increased-risk-mental-illness>
- http://gtt-vih.org/actualizate/la_noticia_del_dia/08-06-22?#
- Campbell LM, Sun-Suslow N, Heaton A, et al. Fatigue is associated with worse cognitive and everyday functioning in older persons with HIV. *AIDS*. May 1, 2022 - Volume 36 - Issue 6 - p 763-772 doi: 10.1097/QAD.0000000000003162
- http://gtt-vih.org/actualizate/la_noticia_del_dia/14-06-22?#

CUESTIONARIOS PRO

- Antela, A, Bernardino, JJ, de Quirós, JCLB, et al. Resultados informados por el paciente (PRO) en la infección por VIH: puntos a considerar y desafíos. *Infect Dis Ther* (2022). <https://doi.org/10.1007/s40121-022-00678-w>
- Flickinger TE, Saha S, Moore RD, Beach MC. Higher quality communication and relationships are associated with improved patient engagement in HIV care. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2013 Jul 1;63(3):362–6. doi: 10.1097/QAI.0b013e318295b86a.
- <https://elpais.com/sociedad/vihda-positiva/2021-04-27/cuando-las-analiticass-no-lo-revelan-todo.html>
- <http://www.xpabcn.com/revista/index.php/XPAHC/article/view/31>

REPORTAJE PARES

- Øgård-Repål A, et al. Peer support in an outpatient clinic for people living with human immunodeficiency virus: a qualitative study of service users’ experiences. *BMC Health Services Research* 22: 549, 2022
- <https://apoyopositivo.org/que-hacemos/area-de-promocion-de-la-salud/programa-de-intervencion-de-pares-en-hospitales/>
- <https://elpais.com/sociedad/vihda-positiva/2022-06-06/educadores-con-vih-para-minimizar-el-impacto-tras-el-primer-diagnostico.html>
- <https://www.aidsmap.com/news/may-2022/peer-support-outpatient-clinics-improves-wellbeing-people-living-hiv>
- http://gtt-vih.org/actualizate/la_noticia_del_dia/07-06-22?#



www.eresvihda.es

Infórmate. Sigue. Comparte

@eresVIHda

