

Centro de Estudios de Políticas Públicas y Gobierno

Aula Virtual XVI. Hepatitis C y VIH: la lucha contra otras enfermedades víricas en tiempos de pandemia

Con la colaboración de Gilead Sciences

María Buti. Jefa clínica de la Unidad de Hepatología del Hospital Universitari Vall d'Hebron.

José Luis Calleja. Jefe del Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario Puerta de Hierro.

Antonio Antela. Coordinador de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínico Universitario de Santiago (CHUS).

01 de marzo de 2021

PRINCIPALES CONCLUSIONES

- El Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C fue un **plan pionero que permitió a los pacientes acceder a los últimos tratamientos disponibles.**
- Debemos mejorar al **diagnóstico precoz y proteger los grupos vulnerables.** Se necesitan **políticas sanitarias de reducción de daños.**
- El **30% de nuevos pacientes tienen todavía enfermedad hepática avanzada**, que no se va a poder curar a pesar de eliminar el virus. Queda camino por recorrer y en ese camino las **organizaciones de pacientes deben seguir jugando un papel activo.**
- Tenemos que **reducir las desigualdades que existen en el cribado entre CCAA.**
- Con **anterioridad a la pandemia** se trataban entre **1.500-1.700 pacientes al mes** pero **después del Covid-19, y durante un mes**, se trataron **menos de 300 en toda España** (datos del mes de mayo 2020).
- El objetivo es revertir la situación actual de ineficacia implementando medidas como la **mejora del screening** de los pacientes mediante la incorporación de mecanismos puestos en marcha durante la pandemia.
- El **diagnóstico precoz es clave.** Al ser una enfermedad prácticamente asintomática, tenemos que **buscarla activamente** para detectarla y poder administrar el tratamiento a tiempo.
- Los pacientes muchas veces **comparten factores de riesgo.** Los cribados deberían hacerse para VHC, VHB y VIH.
- En España sigue habiendo unos 3.000 nuevos diagnósticos de infección por VIH cada año, siendo **más del 45% diagnóstico tardío.** Además, existe un **nivel muy elevado de casos no diagnosticados.**
- Existe **un fracaso en el diagnóstico precoz de VIH** desde hace años. Desde 2010, seguimos estando en valores muy similares de diagnóstico tardío: se trata de una **necesidad no cubierta.**
- **La población con VIH está cada vez más envejecida:** la media de edad de estos pacientes es de 54 años. Además, se estima que el **VIH produce 10 años de envejecimiento prematuro.** Se estima que en 2030 la edad media estará por encima de 56 años en España, lo que requerirá cada vez más una **atención interdisciplinar.**

1. IMPORTANCIA PARA ESPAÑA DE CONTINUAR A LA CABEZA DE LA ELIMINACIÓN DE LA HEPATITIS C

María Buti. Jefa clínica de la Unidad de Hepatología del Hospital Universitari Vall d'Hebron.

La eliminación de las hepatitis virales es un problema de política pública que se debe abordar. Hace seis años nos reunimos en el Ministerio de Sanidad un grupo de expertos, junto con el ministro de Sanidad de aquel momento, Fernando Alonso, y el objetivo fue poner en marcha el **Plan Nacional Estratégico de eliminación de la Hepatitis C**, alineado con los objetivos de eliminación para Hepatitis C que la Organización Mundial de la Salud (OMS) había marcado para Europa.

Este fue un Plan Nacional **pionero** que permitió que los españoles tuviésemos acceso a los últimos fármacos de la Hepatitis C que en aquel momento, 2015, eran de acceso restringido y partir de entonces, y de forma paulatina, todos los pacientes con Hepatitis C se han podido tratar.

El Plan fue ambicioso y, además, permitió medir la magnitud del problema y conocer con exactitud el número de personas infectados por el VHC. Por lo tanto, España está pudiendo beneficiarse de un buen Plan que, no obstante, todavía tiene algunas lagunas importantes que abordar.

Estas debilidades que referimos han ido apareciendo por el camino y son cuestiones que necesitan ser abordadas para mejorar el actual Plan:

1. En primer lugar, necesitamos tener un **mayor feedback** sobre el Plan y su funcionamiento, conocer cómo está impactando este Plan en la mortalidad y en la morbilidad. Uno de los objetivos de la OMS es que en 2020 los países europeos proporcionen estos datos y es necesario que España comience a tener disponibles todos estos datos.
2. En segundo lugar, la pandemia ocasionada por el Covid-19 ha cambiado todo el escenario: sanitario, social y político. Por tanto, ha afectado a la eliminación, ha supuesto un retraso pero también puede ser una **oportunidad para implementar nuevos mecanismos de detección**.
3. En tercer lugar, es importante recalcar un mensaje positivo clave: tenemos un **Plan Nacional que ha liderado la eliminación en nuestro país** y debemos seguir trabajando por reforzarlo y mejorarlo para que siga siendo eficiente.

Las estimaciones muestran que España va por buen camino para lograr los objetivos de la eliminación de Hepatitis C pero **no podemos dejar que la crisis sanitaria ocasionada por el Covid-19 nos frene.**

Debemos ser **más proactivos y simplificar** para lograr el objetivo de eliminación porque no podemos olvidar que **un 30% de los nuevos pacientes que vemos en las consultas tienen enfermedad hepática avanzada** que sabemos que no vamos a curar, a pesar de eliminar el virus, porque la mayoría tienen fibrosis u otras enfermedades.

Por lo tanto, queda todavía camino por recorrer. Las **organizaciones de pacientes** deben continuar jugando un papel activo como ya hicieron al inicio, en 2015, cuando todo era todavía más difícil. **Hay desigualdades de cribado en las CCAA y esto debe solucionarse.** Son muchos los aspectos que debemos mejorar.

José Luis Calleja: Jefe del Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario Puerta de Hierro.

España ha sido un país pionero que ha logrado demostrar como cuando los clínicos, los pacientes, la administración pública y la industria farmacéutica se ponen a trabajar de manera conjunta y en la misma dirección, se puede lograr un plan como el de la eliminación de la Hepatitis C, que ha sido **un éxito rotundo**, no sólo a nivel nacional, sino también a nivel internacional, **logrando posicionar a España como referente sobre cómo abordar un problema asistencial.**

Actualmente, estamos en otra fase diferente, ese Plan fue diseñado para resolver un problema asistencial grave que había en ese momento –cuando creíamos que sólo había 90.000 pacientes esperando poder ser tratados y, sin embargo, **el Plan ha tratado a 150.000 pacientes en estos 5 años**–. Este Plan ha supuesto un éxito en cuanto a resultados de Salud Pública, incluso superiores a los que esperábamos que el Plan llegase. **Ha logrado reducir en más de un 50% los ingresos hospitalarios por descompensación grave de enfermedad hepática por virus C.**

Es importante no olvidar que en 2015 la Hepatitis C era la principal causa de fibrosis, trasplante y de muerte por enfermedad hepática y eso, ahora mismo, se ha logrado impactar en tan sólo 5 años de tratamiento.

Esto ha sido posible, gracias, en parte a que la **industria farmacéutica** hizo un **esfuerzo** importante para que los tratamientos tuviesen un coste adecuado y sobre todo, gracias a la **administración pública puso todos los medios** para poder

tratar a esos 150.000 pacientes en apenas 5 años, sin olvidar el **papel fundamental de los clínicos y pacientes**. Ha sido un ejemplo de cómo afrontar con éxito un problema asistencial.

Ahora debemos dar un paso más: conseguir lo antes posible, como nos pide la OMS, convertir la Hepatitis C en una enfermedad residual. Por tanto, tenemos que implementar una estrategia de eliminación. Esto ha costado un poco más, mientras que el Plan Nacional fue uno único para todas las comunidades autónomas, **en la eliminación si ha habido diferentes planes regionales y esto ha supuesto una inequidad para todos los españoles**. Por ejemplo, no es lo mismo que los sistemas regionales de salud busquen de manera proactiva los casos que estos factores se detecten por factores de riesgo únicamente. Esta inequidad debe corregirse.

Debemos tratar de **aunar todas las estrategias regionales de eliminación**, ese era el trabajo que los clínicos estábamos tratando de llevar a cabo cuando irrumpió la pandemia. Igual que en otras muchas situaciones, este contexto supone una pérdida de oportunidad para la mayor parte de los pacientes de Hepatitis C.

La Atención Primaria que es donde radican muchos de los pacientes diagnosticados y no tratados, se ha visto severamente afectada por la pandemia y este asunto ha quedado en un plano no prioritario.

Se ha producido un retraso en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes infectados por Hepatitis C, en muchos casos, ocasionado por el miedo que sienten estas personas por acudir al hospital en este contexto de pandemia. Prueba de ello es que, en la Comunidad de Madrid, el número de tratamientos que se administraron entre febrero y mayor del 2020 se han reducido hasta en un 80%. Por lo tanto, esto es una innegable pérdida de oportunidad.

Sabemos que muchos de estos pacientes van a tardar mucho tiempo en ser diagnosticados y lo que está ocurriendo actualmente es que muchos de estos pacientes que **son diagnosticados están en un estadio muy avanzado de la enfermedad**. Cuando logramos detectarlos ya tienen una enfermedad vírica relevante, como, por ejemplo, una fibrosis. En estos casos, podemos curar la infección pero no la enfermedad. Somos, por tanto, menos eficaces.

En este sentido, **debemos tratar de convertir la pandemia en una oportunidad para intentar diagnosticar a los pacientes de Hepatitis C**. Esto ha sido lo que ha motivado que algunas organizaciones como la Alianza para la Erradicación de las Hepatitis Virales en España –que reúne sociedades científicas y

sociedades de pacientes- ha puesto encima de la mesa alguna estrategia con el objetivo de tratar de recuperar el tiempo perdido. Propuestas como, por ejemplo, que a la vez que estamos llevando a cabo estudios serológicos, se puedan **desarrollar métodos para hacer un sistema de detección más sencillo y rápido de los pacientes con Hepatitis C y B e, incluso, aprovechar esas serologías para detectar a pacientes.**

Debemos tratar de recuperar el tiempo perdido, poner en la agenda de las autoridades sanitarias la Hepatitis C que, claramente, se ha visto impactada por la pandemia y hemos perdido parte del camino que habíamos logrado recorrer durante estos últimos años.

Las autoridades deben **volver a poner la Hepatitis C en la agenda política**, dándole el lugar que corresponde como el **problema importante de salud pública** que es, pues es la principal causa de fibrosis, trasplante y de cáncer de hígado.

2. LOS OBJETIVOS DE ONUSIDA Y EL IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LA DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE VIH

Antonio Antela: Coordinador de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínico Universitario de Santiago (CHUS).

Se continúan diagnosticando cerca de **3.000 casos nuevos de infección por VIH en España, de estos más del 45% son diagnósticos tardíos.** Hay una proporción muy alta de casos no diagnosticados que es lo que se conoce como **“diagnostico oculto”.**

Los últimos datos publicados del Plan Nacional de lucha contra el SIDA (publicado en noviembre 2020), muestran que en el año **2019 se diagnosticaron 2.698 personas con VIH en España.** El 85% de los cuales eran varones y el 15% mujeres.

El colectivo en el que más diagnósticos se llevaron a cabo fue en el de hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres y éstos ocuparon más del 56% de los nuevos diagnósticos.

El diagnóstico tardío sigue siendo uno de los grandes retos de esta enfermedad. Esta situación ocurre cuando se diagnostica a una persona por VIH que ya tiene menos de 350 linfocitos CD4 por mililitro cúbico. El linfocito CD4 es la célula diana de la infección por VIH. La cifra normal de una persona no infectada

por VIH es entre 700 y 1.200, los problemas comienzan a aparecer cuando esta cifra está por debajo de los 500. Cuando el paciente tiene menos de 350 CD4 aboca a patología oportunista seria, en la mayor parte de las ocasiones irreversible e invalidante, por eso 350 CD4 es el dintel para la definición de diagnóstico tardío.

En el año 2019, casi el 46% -es decir, muy cerca de la mitad de los nuevos casos diagnósticos totales- se diagnosticaban con menos de 350 CD4. Por lo tanto, esto es un fracaso del diagnóstico precoz y que arrastramos desde hace varios años, concretamente, desde el año 2010.

En este sentido, una de las necesidades no cubiertas que enfrentamos actualmente desde el abordaje del VIH es poder hacer un diagnóstico más precoz. Con esto no sólo se va a beneficiar la persona a la que se diagnostica, sino que **también se beneficiará la comunidad porque cuando la persona es diagnosticada precozmente y puesta en tratamiento, deja de ser transmisora para la sociedad**, puesto que deja de ser replicadora vírica al estar tratada y controlada.

La aparición de diagnósticos más precoces y, por tanto, la reducción de la carga vírica comunitaria que circula, hace que cada vez haya menos infecciones, según indican los últimos estudios llevados a cabo en Estados Unidos.

Hace unos años, ONU SIDA propuso una campaña denominada **"90-90-90"** según la cual se proponía que en el año 2020, el 90% de las personas que viven con VIH estuviesen diagnosticadas, que el 90% de éstas estuviesen tomando tratamiento y el 90% de las mismas estuviesen con supresión de la replicación biológica, es decir, con carga vírica indetectable y, por tanto, estables clínicamente.

Si esto se hubiese conseguido en el 2020, podríamos pensar que en el 2030 podríamos erradicar la infección por VIH. Evidentemente, **esto no ha sucedido de la misma manera en todos los países** y la situación en **España** es la siguiente: **hemos logrado los dos últimos "90"** -que el 90% de las personas diagnosticadas estén en el sistema sanitario y estén tomando tratamiento antirretroviral y que el 90% de estas personas que toman tratamiento estén con carga vírica indetectable- **pero el primer "90" no se ha logrado y todavía estamos en un 87%. Seguimos teniendo en España un 13% de personas que desconocen que tienen la infección.**

El segundo problema que enfrenta España, después de la necesidad de mejorar la detección precoz, es el **envejecimiento de las personas con VIH**. La población con VIH en España es cada vez más envejecida, la mediana de edad de los pacientes es de 54 años y más del 57% tiene más de 50 años, actualmente.

Algunos estudios clínicos y expertos señalan que el envejecimiento de estos pacientes es prematuro y **hay un envejecimiento de 10 años respecto de la edad cronológica**, es decir que biológicamente son 10 años más viejos que su edad cronológica. Cada vez, tenemos pacientes con VIH con patologías más propias de la edad.

En este sentido, debemos prepararnos para atender a una población numerosa con una enfermedad crónica y **problemas asociados a un envejecimiento prematuro**, dado que **se estima que en el 2030 casi el 40% de los pacientes con VIH tendrán más de 65 años** y, por tanto, también desarrollarán patologías asociadas al envejecimiento. Este tratamiento requerirá una atención multidisciplinar.

Esta expectativa y esperanza de vida se ha ido incrementando en todos **aquellos países en los que las personas que viven con VIH tienen acceso a un cuidado y tratamiento antirretroviral**.

Como en todo, la Covid-19 ha impactado en los pacientes con VIH. Los mismos especialistas que tratan a los pacientes con VIH son los que han atendido desde el primero momento al diagnóstico y tratamiento de pacientes con Covid-19 por lo que los esfuerzos se han redirigido en detrimento de los pacientes con VIH.

Las circunstancias han obligado que la atención a los pacientes con VIH, durante la pandemia, haya tenido que ser a distancia. Actualmente, los esfuerzos de los especialistas se centran en mantener la supresión virológica y la estabilidad clínica pero no se están pudiendo atender otras necesidades que resultan claves, como la aparición de otras patologías.

Los **programas de la PrEP** (profilaxis pre-exposición al VIH) **también se han visto afectados por la pandemia**. De manera que esta estrategia preventiva – que se ha mostrado eficaz y coste-efectiva y que se puso en marcha, oficialmente a principios de 2020– ha visto frenado su implementación en los hospitales y centro socio sanitarios con motivo de la pandemia.

Por último, la pandemia también ha puesto de manifiesto una **necesidad asistencial real que no está bien atendida en nuestro país**. Los pacientes con enfermedades infecciosas, graves y complejas, no están bien atendidos en nuestro país. Esto ocurre porque **en España, actualmente, no existe la especialidad de Enfermedades Infecciosas**.

Este problema de calidad asistencial contrasta con lo que sucede en Europa, donde la especialidad de Enfermedades Infecciosas es una realidad. Los especialistas en

infecciosas han ido aprendiendo en España de manera autodidacta por lo que vienen reclamando, desde hace años, al Ministerio de Sanidad la necesidad de crear esta especialidad en el sistema sanitario.

En conclusión, es importante tener en cuenta los siguientes retos:

1. Existen demasiados nuevos casos de infección por VIH y, a la vez, demasiados casos no diagnosticados.
2. Es necesario preparar al sistema sanitario para afrontar el envejecimiento de las personas que viven con VIH.
3. La PrEP necesita un impulso a su implementación en los hospitales y centros sanitarios.
4. La atención a las enfermedades infecciosas requiere de una formación específica de la especialidad impartida a través del sistema MIR.

Inês Ribeiro. Director Government Affairs Gilead Sciences

Este año está suponiendo, para todos, una lucha incesante contra la Covid-19 y, también, una gran preocupación para todas aquellas personas que viven con VIH y Hepatitis C.

Esta **situación de pandemia está viendo agravados los diagnósticos precoces de estas enfermedades y el acceso al tratamiento de las mismas.**

España cuenta con un extraordinario plan contra el SIDA, ITs, tuberculosis y hepatitis, que ha demostrado dedicación durante la pandemia y liderazgo para evitar consecuencias mayores en las personas más vulnerables.

El pasado viernes, 26 de febrero, la secretaria de Sanidad, Silvia Calzón, comunicó líneas prioritarias del Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual para la próxima década. Estas líneas de acción están completamente **alineadas con los objetivos que hemos estado comentando anteriormente** y que han sido marcados por ONU SIDA para 2030.

Es importante remarcar algunos objetivos claves, desde nuestro punto de vista:

1. **Evitar un retroceso en el liderazgo europeo que ostenta España** en cuanto a la eliminación de la Hepatitis C, ya que somos un país referente para el resto de estados miembro.
2. **Aprovechar las oportunidades que nos brindan los nuevos mecanismos de cribado empleados en el contexto de Covid-19.**

3. Hacer un **mayor esfuerzo por la integración de niveles asistenciales** aplicando la tecnología para poder apoyarnos en herramientas como la tele asistencia, *home delivery*, centros comunitarios...
4. **Abogar por la excelencia en los cuidados**, garantizando que los pacientes que viven con VIH sean cuidados, queridos y respetados como cualquier ciudadano.

Desde Gilead, centramos todos nuestros esfuerzos **en garantizar la seguridad y calidad de vida en los pacientes, así como la equidad y el acceso a los tratamientos**. Además, apoyamos firmemente a las administraciones públicas como un socio más para la sostenibilidad del sistema, por esta razón también estamos aquí hoy. Nuestro objetivo es contribuir a la mejora y tratamiento de estas patologías.

Como expertos en virología, tenemos el firme compromiso de buscar soluciones y seguir logrando tratamiento antivirales que ayuden a solucionar estas situaciones, como ya hemos hecho, también, en el caso de la pandemia ocasionada por el Covid-19.

3. DEBATE

- ***Estamos hablando del virus de la Hepatitis C que es otra enfermedad vírica como la que ha ocasionado la pandemia que estamos viviendo y, en este sentido, el Dr. Calleja ha referido enfermedades graves como la fibrosis o la insuficiencia que provocan un gran gasto sanitario y de recursos, ¿dónde está ese equilibrio entre dar la atención previa que logre prevenir y que es tan importante en el caso de la Hepatitis C?***

Este es uno de los grandes retos en los que estamos trabajando. Se ha realizado una recogida de datos de varios hospitales y en esta recogida se ha detectado que 1 de cada 4 pacientes que actualmente acude por primera vez y es diagnosticado de Hepatitis C, tiene una enfermedad avanzada (con una fibrosis, descompensación, etc...) Esta situación hace que seamos menos eficaces porque podemos curar la infección pero ese paciente ya queda sujeto a una serie de riesgos que tiene que asumir, por lo que también es un paciente más caro, dado que acabará desarrollando otras patologías como el cáncer.

En este sentido, es urgente que seamos capaces de diagnosticar lo antes posible esta enfermedad, que es una enfermedad asintomática en la mayor parte de los pacientes, incluso en aquellos que tienen una enfermedad avanzada. Lo que quiere

decir que esta enfermedad debe ser buscada proactivamente para identificarla y tratarla cuanto antes. Se debe buscar entre los colectivos de riesgo y grupos de edad donde hay una prevalencia mayor.

El equilibrio está en el diagnóstico precoz. Diagnosticar a esos pacientes en fases iniciales de la enfermedad, en la cual la lesión es absolutamente reversible.

Además, hay que proteger a los grupos vulnerables porque son el gran reservorio de la infección y hay que evitar que estos sujetos, en los que algunos de ellos vuelven a infectarse por el virus C, no se contagien. Se necesitan políticas sanitarias de reducción de daños para evitar que el colectivo que, en Europa en estos momentos, tiene la tasa más elevada de infección activa y más capacidad de transmisión –los usuarios de drogas y que, además, están fuera de nuestro sistema sanitario habitual– puedan acceder al diagnóstico precoz y al tratamiento.

- ***¿Pueden seguir esperando las cuestiones importantes como las que indicáis (detección precoz, administración del tratamiento, colaboración entre administraciones...) a que pase la pandemia? ¿Creéis que la situación está mejoran y que cuestiones como la Hepatitis C van a volver a priorizarse?***

El panorama actual es mejor y esperanzador pero también debemos volver a ilusionarnos con el objetivo de eliminación de la Hepatitis C. Es muy importante que algunas de las enseñanzas extraídas durante la pandemia las implementemos en el abordaje de la Hepatitis C.

También, es muy importante simplificar el diagnóstico y buscar proactivamente a los pacientes que existen.

Asimismo, es también clave mostrar a la sociedad como en España hemos logrado disminuir considerablemente la tasa de mortalidad por Hepatitis C. El Ministerio de Sanidad debe proporcionar los datos para que se entienda correctamente el cambio tan grande que ha habido en la mortalidad por Hepatitis C. El objetivo que pretendemos lograr es que la Hepatitis C deje de ser una causa de enfermedad y de muerte y esto sólo se logrará diagnosticando más, tratando a los pacientes que quedan y, sobre todo, evitando reinfecciones.

El hospital no debe seguir siendo el eje fundamental del diagnóstico y el tratamiento de estos pacientes, debemos descentralizar tanto el diagnóstico como el tratamiento y acercarlo a los pacientes que ya no están en el hospital, acercarlo a centros de drogodependencia y centros de atención primaria.

Con los nuevos mecanismos implementados, como la telemedicina, se puede tratar a los pacientes sin necesidad de que acudan al hospital.

➤ ***¿Qué indicadores mostrarían cierto abandono del tratamiento de pacientes de Hepatitis C, durante la pandemia?***

Los indicadores del Ministerio de Sanidad muestran perfectamente la caída. En el año pasado, en el mes de marzo, España estaba tratando cada mes a 1.500-1.700 pacientes y desde que empezó el Covid-19 ha habido una caída espectacular. Durante el mes de mayo se trataron menos de 300 pacientes en toda España. Muchos pacientes no acudían al hospital a por su medicación.

Otro indicador clave han sido las PCRs, estas pruebas para el diagnóstico de la infección por Hepatitis C también han caído de manera espectacular durante toda la pandemia. Los laboratorios se han centrado en las pruebas para el diagnóstico de Covid-19, al igual que en Atención Primaria se han centrado, también, todos los esfuerzos en Covid-19, descuidando el diagnóstico de otras enfermedades y provocando retrasos irreversibles.

➤ ***España es un referente y ha conseguido magníficos resultados en esta lucha contra la Hepatitis C, ¿qué podemos aprender de otros países que vayan por delante de nosotros?***

Podemos aprender de otros países aspectos como simplificar el tratamiento y descentralizarlo, dado que éste debe salir del hospital e ir allá donde están, sobre todo, las poblaciones vulnerables. El diagnóstico de los grupos vulnerables es muy difícil y debemos salir proactivamente a buscar a estos pacientes en aquellos centros en los que viven porque ellos no pueden acudir por sí mismos a los centros sanitarios para ser diagnosticados.

También, es importante buscar la igualdad entre comunidades autónomas, no en términos mínimos sino máximos. La equidad territorial es muy importante para que todos los pacientes sean diagnosticados precozmente.

➤ ***En la infección aguda por VIH los niveles de CD4 bajan, ¿cómo se reconoce la diferencia entre una bajada de estos por infección aguda de una bajada por infección tardía si no hay sintomatología? ¿Hay más***

indicadores, además de la bajada de CD4, para identificar un diagnóstico tardío?

El diagnóstico de infección por VIH en la fase aguda es tremendamente difícil y raro porque en el 90% de los casos es asintomática. Sabemos que una infección puede ser aguda porque la carga vírica es muchísimo más alta en la fase aguda que en la crónica.

- ***El Ministerio de Sanidad ha anunciado un plan estratégico, alineado con los objetivos de ONU SIDA, para el 2030. ¿Disponen de alguna información sobre este plan? ¿Han contactado con alguno de ustedes para el desarrollo de este plan?***

No todavía pero entendemos que el criterio es continuar con los objetivos de ONU SIDA, que ha elevado el dintel de "90-90-90" al "95-95-95". Desde el año 2016 se ha añadido un cuarto "90", ahora "95", que hace referencia a la calidad de vida de estos pacientes. El objetivo es que el 90/95% de estos pacientes que tienen una carga viral indetectable, tengan también una buena calidad de vida.

Muchos pacientes con Hepatitis C y VIH comparten factores de riesgo, por lo que los cribados y test de detección deberían hacerse siempre para Hepatitis C, B y VIH. Esto es muy importante y no siempre se cumple.

- ***En este entorno de crisis de Covid-19 ¿va a ser posible alcanzar los objetivos de ONU SIDA para 2030?***

La situación ocasionada por el Covid-19 está afectando al diagnóstico de nuevos casos. En el año 2020 ha habido menos diagnósticos, con una cifra significativamente inferior a años anteriores. Hay más personas diagnosticadas con VIH que no se han detectado, lo que va en detrimento de alcanzar el primer "90" de la estrategia de ONU SIDA.

Los expertos clínicos no estamos pudiendo hacer todo lo que podríamos si no tuviésemos que estar priorizando y atendiendo la Covid-19.

Situación actual de la infección por VIH en España y necesidades no atendidas

Antonio Antela

Hospital Clínico Universitario

Universidade de Santiago de Compostela



Situación actual de la infección por VIH en España: nuevos casos y diagnóstico tardío.

- Se siguen diagnosticando cerca de 3.000 casos nuevos de infección por VIH cada año en España.
- Más del 45% son diagnósticos tardíos.
- Hay una proporción inaceptable de casos no diagnosticados.

Figura 1. Nuevos diagnósticos de VIH. Distribución por edad y sexo. España, año 2019. Datos no corregidos por retraso en la notificación.



Figura 1
Nuevos diagnósticos de VIH. Edad y sexo.
España, año 2019. Datos no corregidos por retraso de notificación.

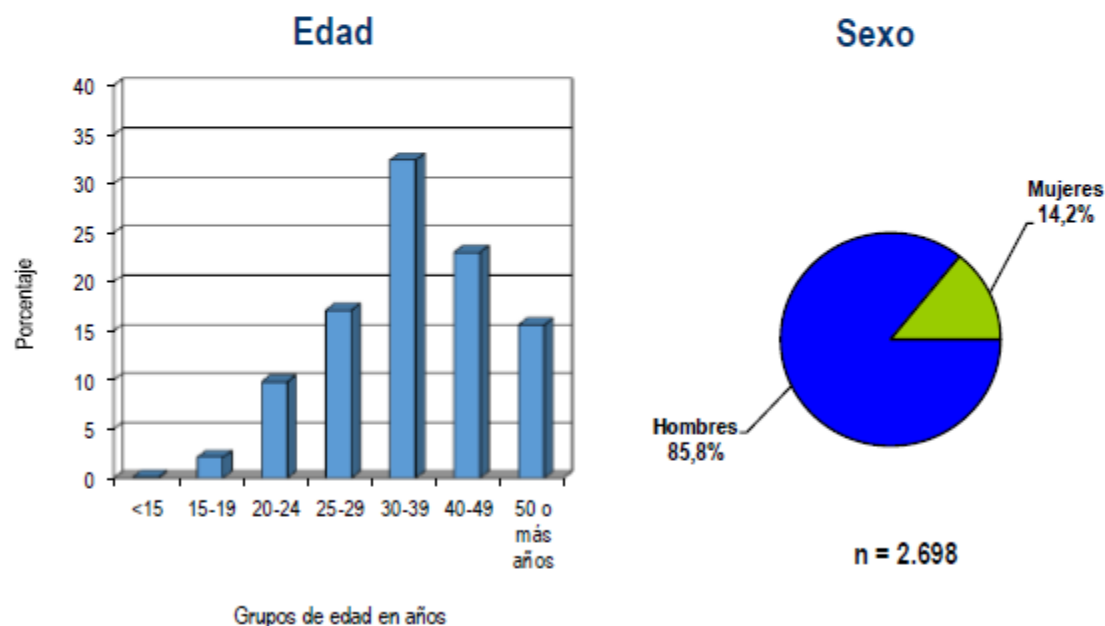
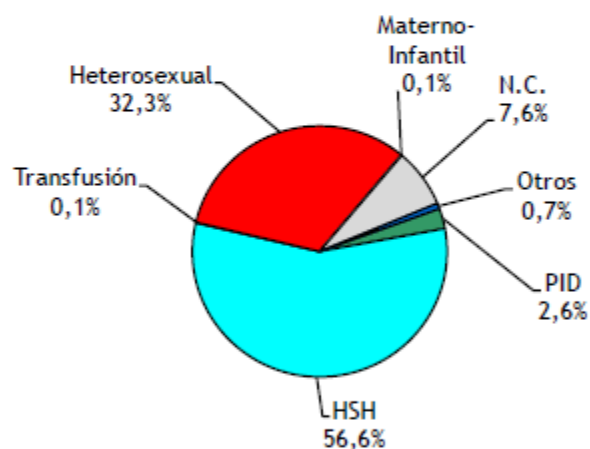


Figura 2. Nuevos diagnósticos de VIH. Distribución por modo de transmisión. España, año 2019.
Datos no corregidos por retraso en la notificación.



Figura 2
Nuevos diagnósticos de VIH. Modo de transmisión
España, año 2019. Datos no corregidos por retraso de notificación.



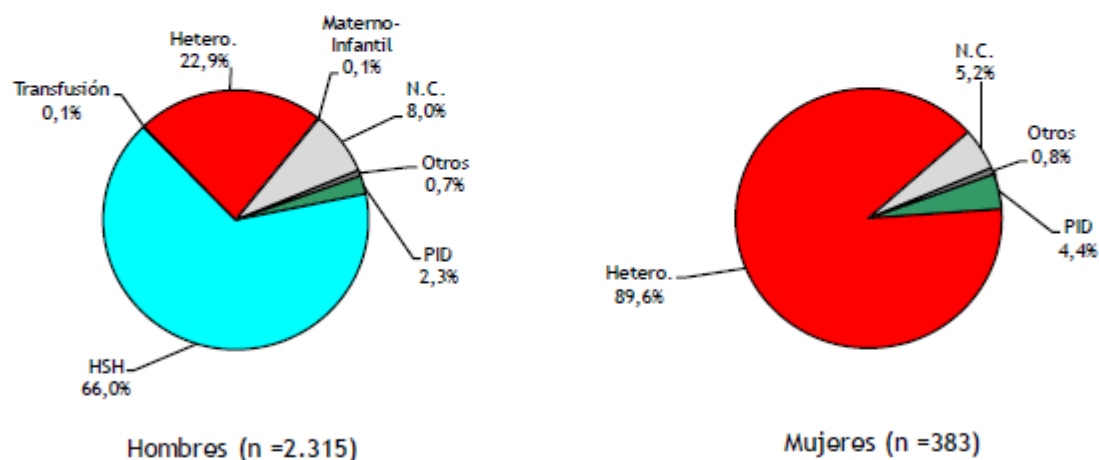
n = 2.698

PID: Personas que se inyectan drogas; HSH: Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; N.C.: No consta información

Figura 3. Nuevos diagnósticos de VIH. Distribución por modo de transmisión y sexo. España, año 2019. Datos no corregidos por retraso en la notificación.



Figura 3
Nuevos diagnósticos de VIH. Modo de transmisión y sexo.
España, año 2019. Datos no corregidos por retraso en la notificación.

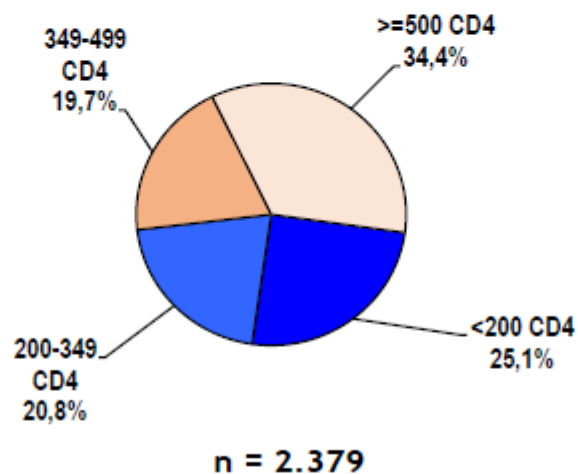


PID: Personas que se inyectan drogas; HSH: Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; N.C.: No consta información

Figura 8. Nuevos diagnósticos de VIH. Diagnóstico tardío. España, año 2019. Datos no corregidos por retraso en la notificación.



Figura 8
Nuevos diagnósticos de VIH. Diagnóstico tardío
España, año 2019. Datos no corregidos por retraso en la notificación.

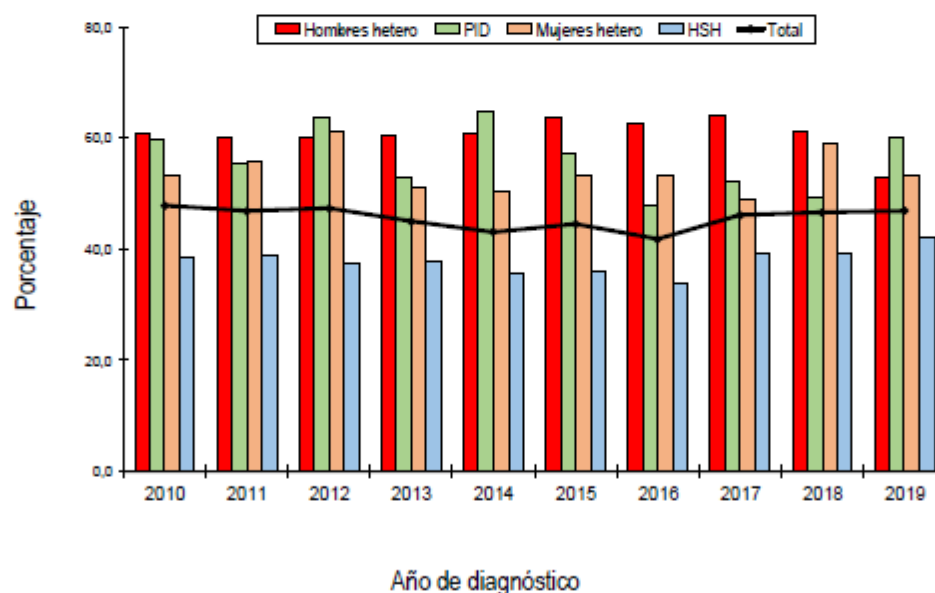


Diagnóstico tardío:
45,9%

Figura 21. Nuevos diagnósticos de VIH. Diagnóstico tardío (<350 CD4) por año de diagnóstico y modo de transmisión. Datos de 13 CCAA y Ceuta. 2010-2019. Datos no corregidos por retraso en la notificación.



Figura 21
Nuevos diagnósticos de VIH.
Diagnóstico tardío (<350 CD4) según año de diagnóstico y modo de transmisión.
España*, 2010-2019. Datos no corregidos por retraso en la notificación.



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

Resultados

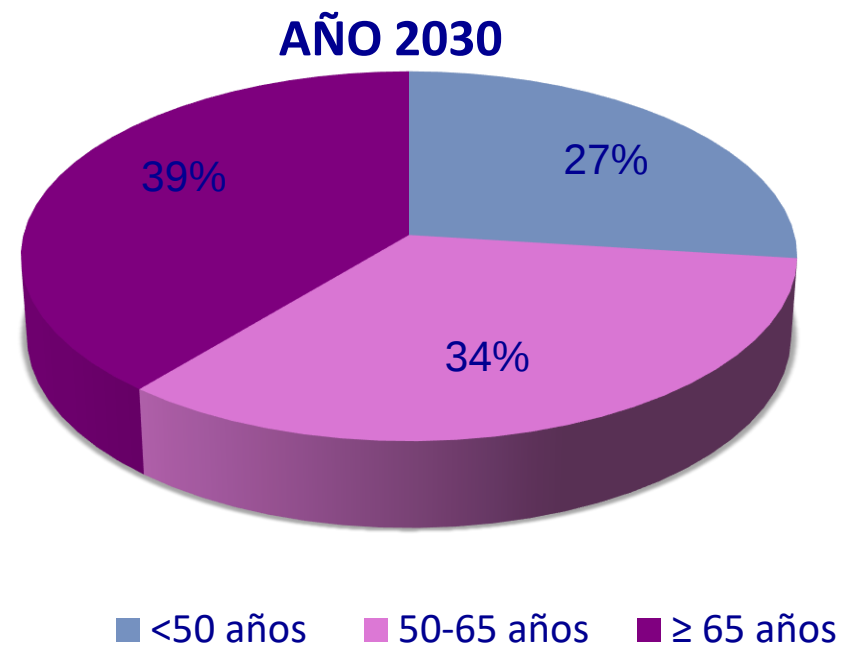
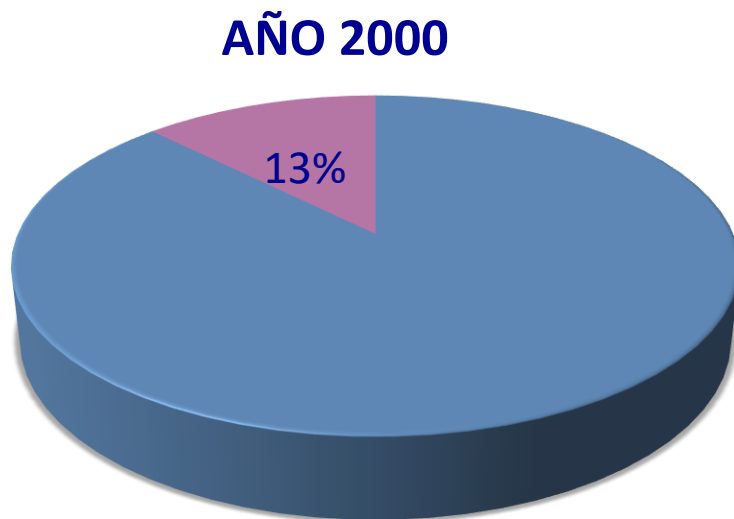
A 31 de diciembre de 2017 se estimó que había **151.387** (IC95% 140.600-162.781) personas viviendo con VIH en España, lo que representa una prevalencia de VIH del **0,32%**. De ellas, 131.774 (IC95% 122.526-141.532), es decir, un **87,0%** de las personas con infección por VIH conocería su diagnóstico. Esto supone que entorno al 13,0% (IC95% 11,1%-15,0%) de las personas que viven con VIH en España desconocen que tienen la infección. Respecto a las personas que reciben tratamiento antirretroviral, se estima en torno a 128.216 personas, lo que representa un 97,3% (IC95% 95,9%-98,3%) de las personas que viven con VIH y conocen su diagnóstico. Y tendrían carga viral suprimida en torno a 115.907 personas, es decir, un 90,4% (IC95% 88,1%-92,3 %) de las personas que reciben tratamiento antirretroviral. (Figura 1)

En base a estos resultados se estima que el 76,6 % (rango 74,6% -78,2%) de las personas que viven con VIH en España habrían alcanzado supresión viral.

Situación actual de la infección por VIH en España: envejecimiento de las PVV.

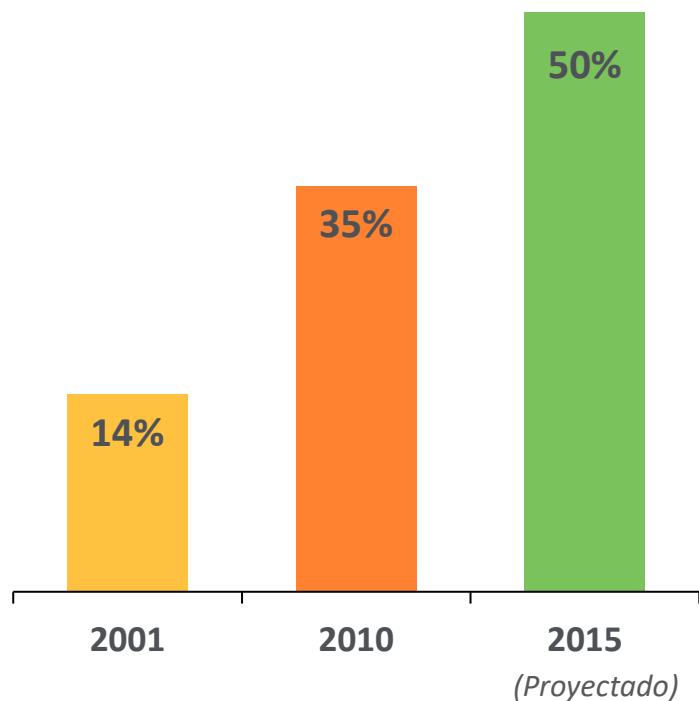
- La población de personas con VIH en España está cada vez más envejecida (...lo cual es motivo de celebración, por otro lado).
- Se especula que el envejecimiento en esta población es más prematuro.
- Tenemos que prepararnos para atender a una población numerosa con una enfermedad crónica y problemas asociados a un envejecimiento prematuro.

El envejecimiento de la población con infección por VIH+ es un hecho

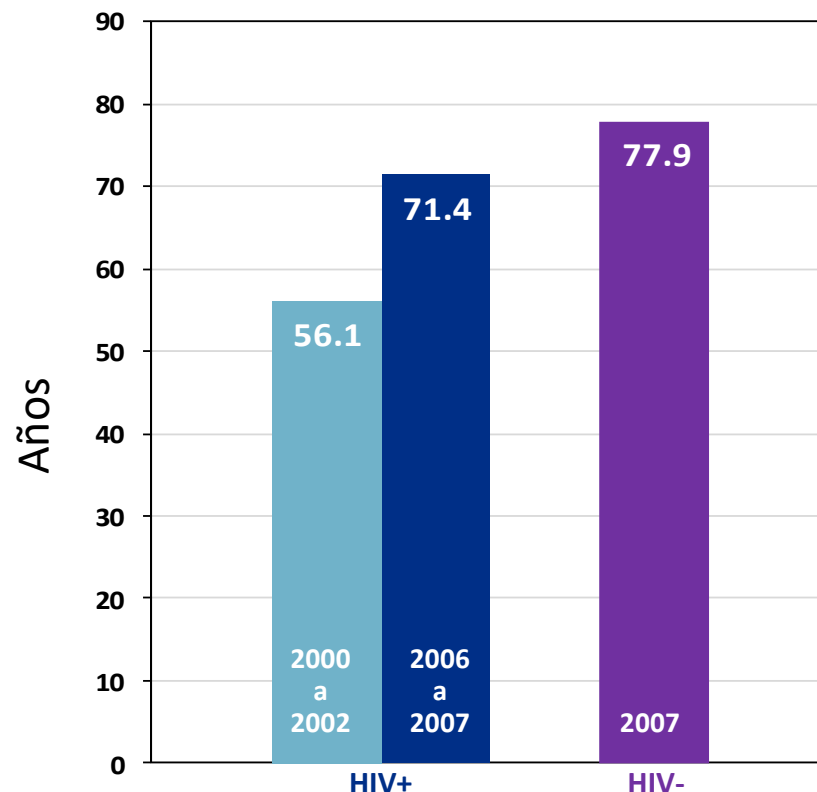


La expectativa de vida de una persona con VIH se ha ido incrementando.....

Porcentaje estimado de personas con VIH/SIDA y ≥ 50 años ¹⁻³



Expectativa de vida en EE UU^{4,5}



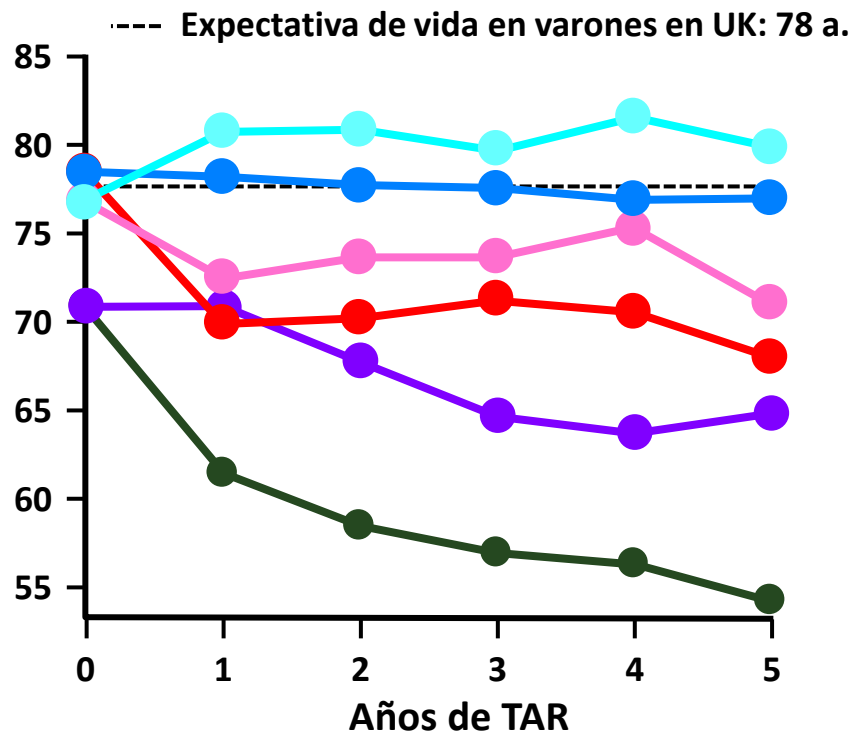
La expectativa de vida de una persona VIH (+) de 20 años se ha incrementado en 15 años entre 2002 y 2007, aunque aún es menor que el de la población general^{4,5}

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). HIV/AIDS Surveillance Report: Cases of HIV Infection and AIDS in the United States and Dependent Areas, 2005; 2. CDC. Diagnoses of HIV Infection in the United States and Dependent Areas, 2011; 3. Effros RB et al. Clin Infect Dis 2008;47:542-553; 4. Samji H et al. 2013. PLoS One;8(12):e81355; 5. Arias E. Natl Vital Stat Rep 2011;59:1-60.

...hasta ser como la de la población general

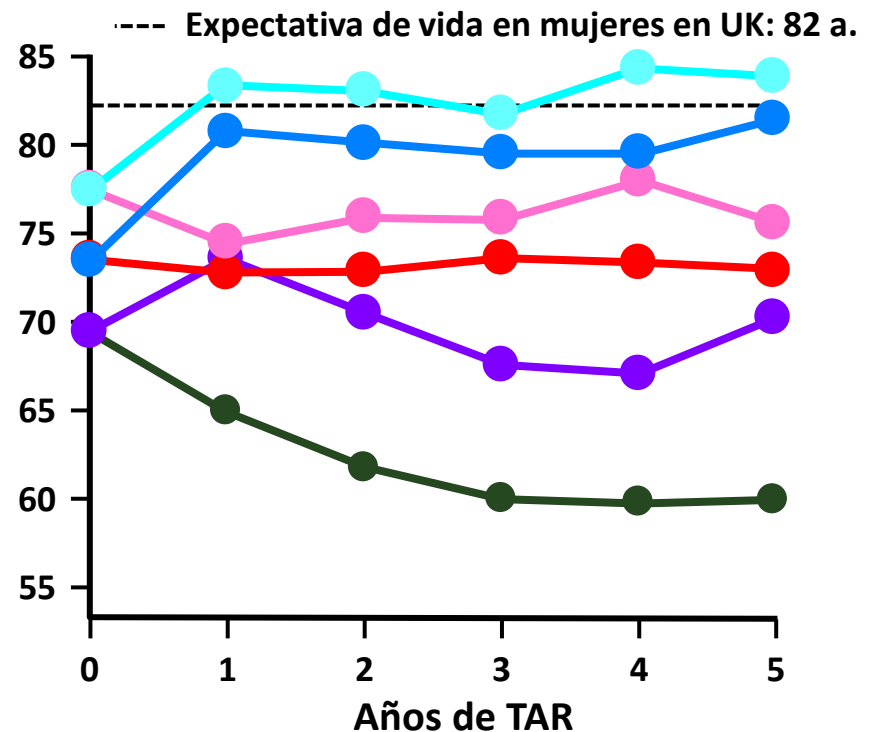
Edad esperada al morir*

Hombres



Edad esperada al morir*

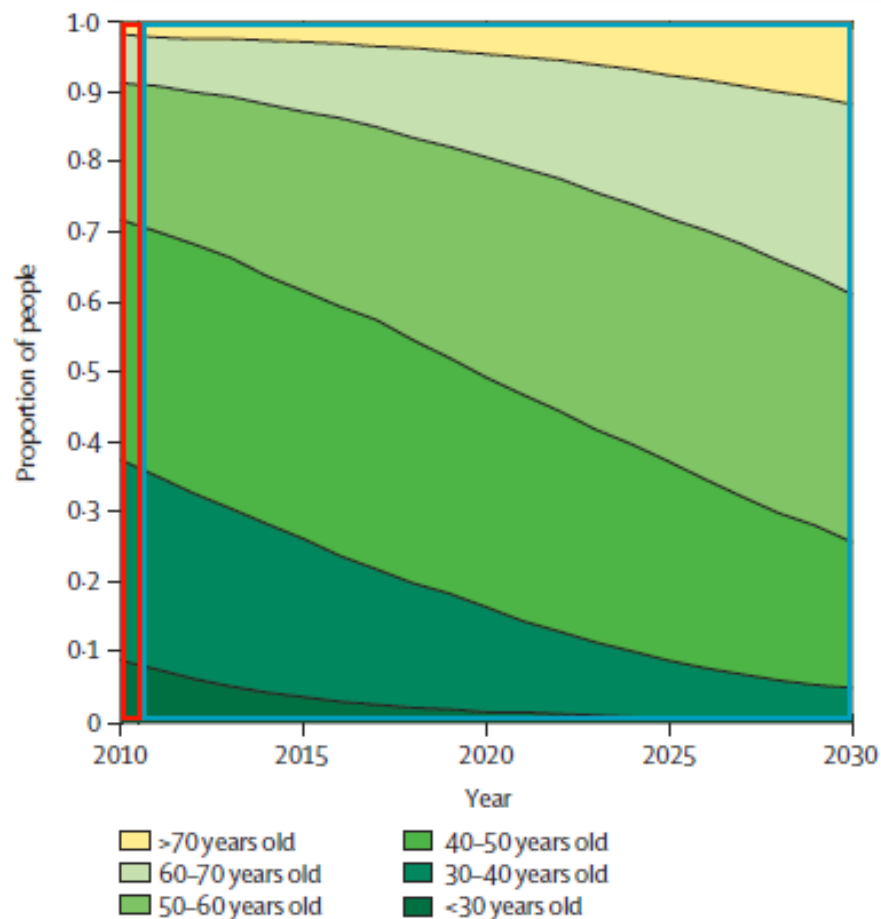
Mujeres



CV ≤400 cop/ml CD4 ≥350 CD4 200–349 CD4 <200
 CV >400 cop/ml CD4 ≥350 CD4 200–349 CD4 <200

* Edad esperada al morir para una persona de 35 años, según el tiempo recibido de TAR, el nivel de CD4+ y la supresión de CV

Proyección de la distribución de edad de pacientes con infección por VIH



Projected age distribution of HIV-infected patients

The red box shows the age distribution of patients on antiretroviral therapy in clinical care in the Netherlands in 2010, which matches the data exactly, and the blue box shows model output from 2011-30

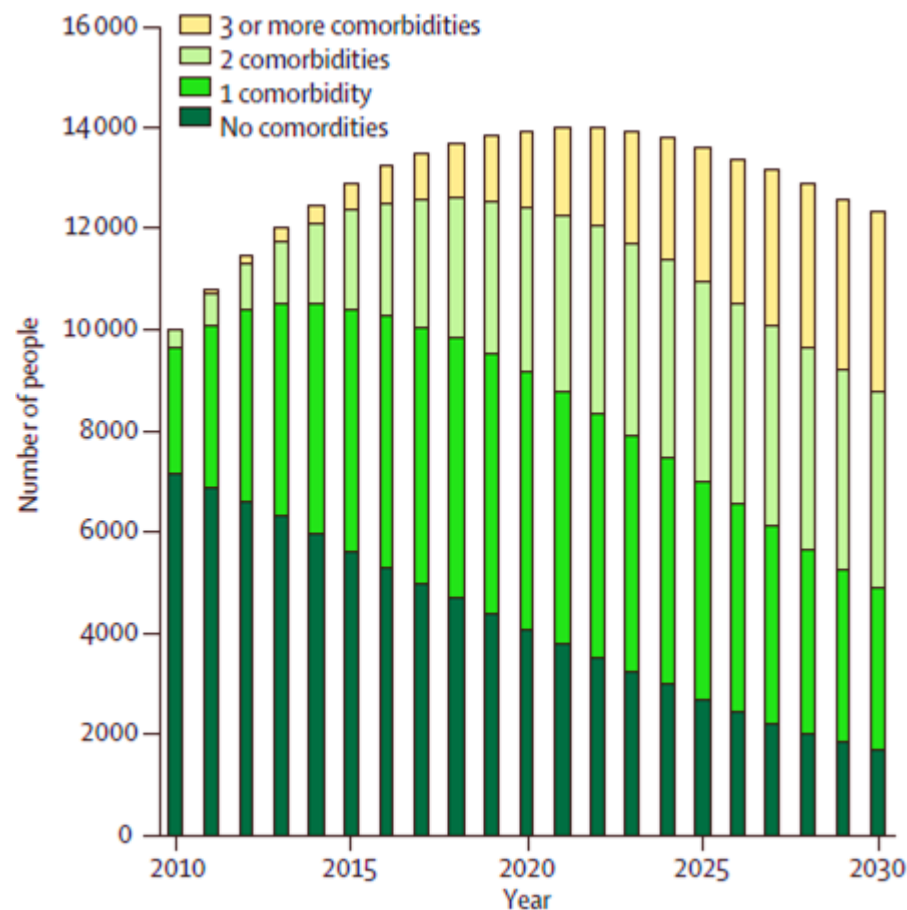
- Basado en un modelo matemático, la mediana de edad de los pacientes en TAR aumentará de 43,9 años en 2010 a 56,6 años en 2030.
- La proporción de pacientes mayores de 50 años se incrementará del 28% en 2010 al 73% en 2030.
- La proporción de pacientes con más de 60 años se incrementará del 8% al 39%
- La proporción de más de 70 años aumentará del 8% al 12%.
- La mediana de edad en 2030 será de 55,7 años

¿Comorbilidades en el futuro?

- Basado en el modelo del estudio ATHENA, la mediana de edad de los pacientes con TAR aumentará de 43,9 años en 2010 a 56,6 años en 2030

- El número de pacientes VIH (+) con al menos una CAENC aumentará del **29% en 2010 al 84% en 2030**
- El volumen de las CAENC será mayor que el de la población VIH (-) con la misma edad.
- Entre el volumen de las CAENC destacarán la ECV, la DM y las neoplasias.
- **En 2030, el modelo predice un 78% de pacientes con ECV, 17% con DM y un 17% con neoplasias**

Predicted burden of NCDs in HIV-positive patients between 2010 and 2030



Situación actual de la infección por VIH en España: el impacto de la COVID-19.

- Los médicos que cuidamos de las PVV somos los mismos que atendemos a las personas enfermas por la COVID-19.
- Esto ha hecho que la atención a las PVV durante la pandemia de la COVID-19 haya tenido que ser, o siga siendo, a distancia.
- Durante este tiempo nuestro objetivo está siendo mantener la supresión virológica y la estabilidad clínica, sin atender otras necesidades.

Situación actual de la infección por VIH en España: los programas de PrEP.

- La PrEP (profilaxis pre-exposición al VIH), es una estrategia preventiva que se ha mostrado eficaz y coste-efectiva.
- Puesta en marcha oficialmente a principios de 2020, la pandemia de la COVID-19 ha frenado su implementación.

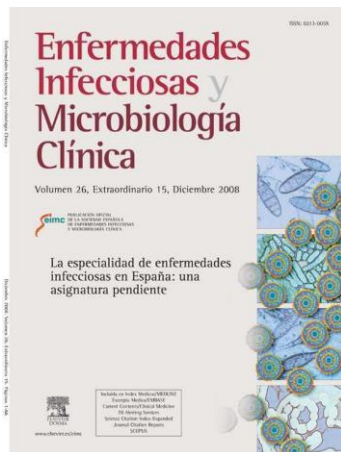
Situación actual de la infección por VIH en España: la formación de los especialistas.

- La especialidad de Enfermedades Infecciosas no existe en España (uno de los tres únicos países de Europa, junto con Chipre y Luxemburgo).
- Hay una necesidad asistencial real que no está bien atendida en nuestro país: los pacientes con enfermedades infecciosas graves y complejas. Este problema de calidad asistencial contrasta con lo que sucede en Europa, donde la especialidad de Enfermedades Infecciosas es una realidad.

2008

MANIFIESTO DE GUADALUPE

Por el reconocimiento de la especialidad de enfermedades infecciosas en España



2011

ANUNCIO CREACIÓN ESPECIALIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

La ministra de Sanidad, Política Social e Igualdad, Leire Pajín, anuncia la tramitación de un Real Decreto que permita la creación de la especialidad de Enfermedades Infecciosas



La **Organización Nacional de Trasplantes (ONT)** reconoce y apoya la creación de esta especialidad:

DIARIO MEDICO

ESPECIALIDADES SE UNE A LA PETICIÓN PROFESIONAL, POLÍTICA, CIENTÍFICA Y DE PACIENTES

Matesanz apoya la creación de Infecciosas para potenciarla entre médicos jóvenes

IASL. Rafael Matesanz, director de la Organización Nacional de Trasplantes, también está a favor de la creación de la especialidad de Enfermedades Infecciosas aprovechando la reforma del posgrado en la que trabaja Sanidad. Se une así a la reivindicación expresada por los profesionales, por los grupos parlamentarios mayoritarios del Congreso y por el presidente del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de

la Salud, Alfonso Moreno (ver DIM de ayer). Matesanz cree "decididamente" en su puesta en marcha. Según él, "los médicos de Enfermedades Infecciosas, con reconocimiento oficial o sin él, constituyen una espléndida realidad en nuestros hospitales desde hace tres décadas. Han contribuido de manera muy importante a la introducción de mejoras diagnósticas y terapéuticas en casi todas las especialidades y además, en el

plano internacional, poseen un más que bien ganado reconocimiento". El director de la ONT considera que "el manejo moderno de los pacientes trasplantados, tanto de órganos como de progenitores hemopoéticos, sería impensable sin ellos. Su reconocimiento oficial, razones de justicia aparte, supondría una incorporación reglada de los médicos jóvenes a esta especialidad que la fortalecería en el futuro".



Rafael Matesanz.

2014

CREACIÓN ACE PARA ENFERMEDADES INFECCIOSAS

En 2012 hay un cambio de Gobierno y, finalmente, el Real Decreto definitivo crea un **Área de Capacitación Específica (ACE)** para Enfermedades Infecciosas en lugar de una especialidad



BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO



Núm. 190

Miércoles 6 de agosto de 2014

Sec. I. Pág. 63130

ANEXO II

Relación de áreas de capacitación específica

1. Área de Capacitación Específica:

Nombre: Enfermedades Infecciosas.
Especialidades desde las que se podrá acceder:

Médicos especialistas en Medicina Interna, Microbiología y Parasitología, Neumología y Pediatría y sus Áreas Específicas.

CRONOLOGÍA DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS (EEII) EN ESPAÑA

2015

RECURSO ANTE EL TRIBUNAL SUPREMO

La SEIMC presentó un recurso ante el Tribunal Supremo (TS) contra el Real Decreto (RD)



2016

TS DECLARA NULO EL RD

FALLO

Por todo lo expuesto, en nombre del Rey y por la autoridad que le confiere la Constitución, esta Sala ha decidido :

Primero. Estimamos el recurso contencioso-administrativo interpuesto por el Procurador de los Tribunales don Federico Ruipérez Palomino, en nombre y representación de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA CLÍNICA, contra el Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista.

Segundo. Declaramos la nulidad del mencionado Real Decreto por su disconformidad con el Ordenamiento Jurídico.

2017

PNL QUE INSTA A LA CREACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE EEII

Aprobada por unanimidad la **Proposición No de Ley (PNL)** presentada en el Congreso de los Diputados que solicita la creación de la especialidad de Enfermedades Infecciosas



2019

ANUNCIO PUESTA EN MARCHA DE UN RD PARA NUEVAS ESPECIALIDADES

El Secretario General del Ministerio de Sanidad anuncia la puesta en marcha de **un nuevo Real Decreto que defina los criterios para la creación de nuevas especialidades**

2020 - ACTUALIDAD →

MINISTRO DE SANIDAD, SALVADOR ILLA, ANUNCIA QUE HABRÁ ESPECIALIDAD PARA EEII



→

Respondiendo a la pregunta parlamentaria presentada por el GP PNV, **anuncia que en diciembre de 2020 habrá una especialidad de Enfermedades Infecciosas en España** porque **cumple con los criterios recogidos en el RD en curso para la creación de nuevas especialidades**

Conclusiones

- Existen demasiados diagnósticos de casos nuevos de infección por VIH, y a la vez, demasiados casos no diagnosticados.
- Es necesario prepararse para afrontar el envejecimiento de las PVV.
- La PrEP necesita un impulso.
- La atención a las enfermedades infecciosas requiere de una formación específica que sólo será adecuada una vez que se apruebe la especialidad y se pueda impartir a través del sistema MIR.