

XXXVII CONGRESO
Sociedad Castellanoleonesa y
Cántabra de Medicina Interna
IX Reunión Residentes

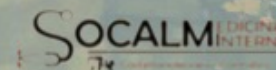
ACTUALIZACION INFECCIÓN POR VIH

DRA. CAROLINA NAVARRO SAN FRANCISCO

Unidad de E. Infecciosas. Servicio de Medicina Interna

Hospital Universitario De Burgos

Sacyl



León
9 y 10
junio



León
9 y 10 de Junio

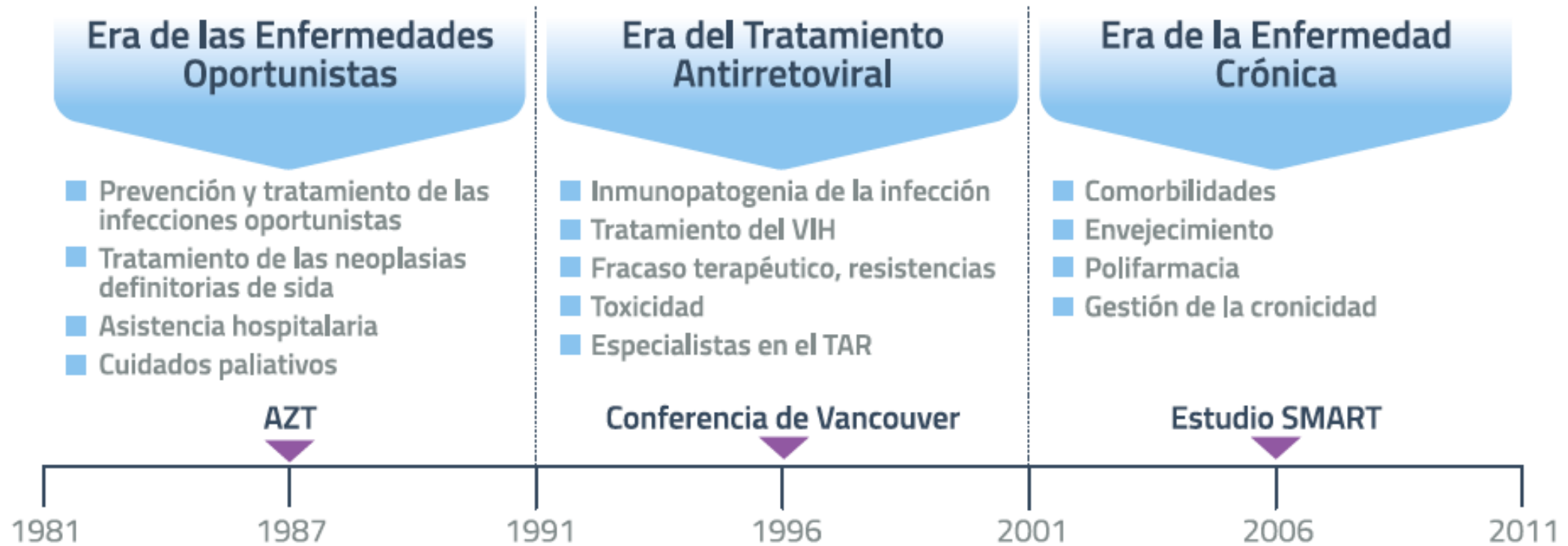




León
9 y 10 de Junio



▼ Figura 2: Principales problemas en la respuesta al VIH en tres épocas distintas, 1981-2011



Fuente: SI-Health. Adaptación Chu, C. (2011).



León
9 y 10 de Junio



GUION

- Epidemiología de la infección en España y CyL
- Evaluación inicial del paciente VIH
- Tratamiento: actualización y novedades
- Seguimiento en paciente estable: comorbilidades, calidad de vida...
- Vacunación en el paciente VIH
- Prevención de la Infección por VIH: PreP, PEP...
- Objetivos a futuro y acciones de mejora.



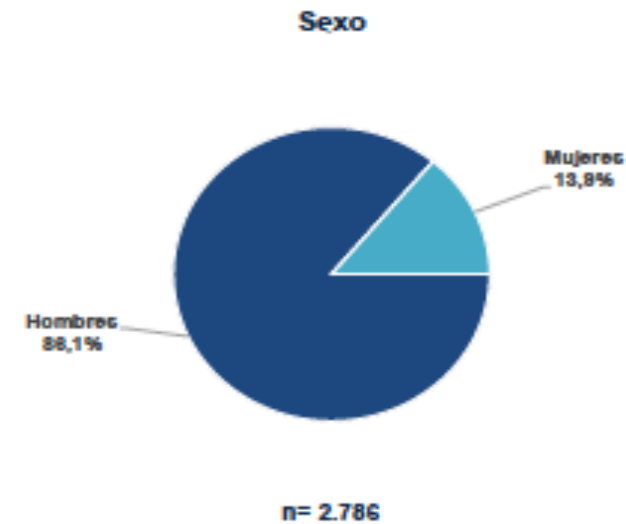
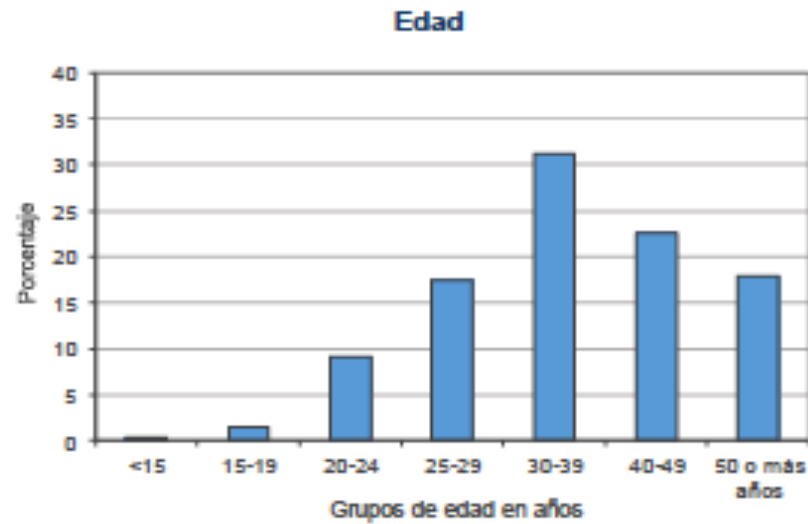
León
9 y 10 de Junio



EPIDEMIOLOGIA



Figura 1
Nuevos diagnósticos de VIH. Edad y sexo.
España, año 2021. Datos no corregidos por retraso de notificación.



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

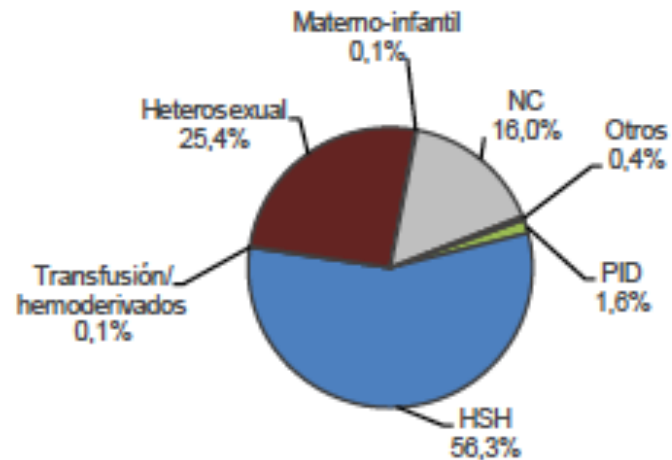


León
9 y 10 de Junio



EPIDEMIOLOGIA

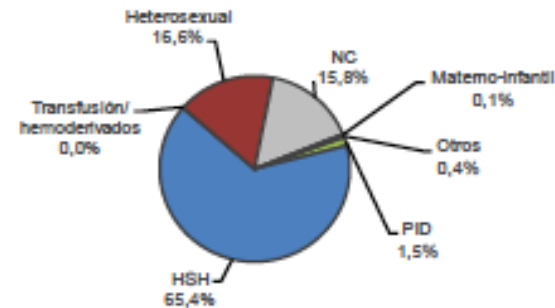
Nuevos diagnósticos de VIH. Modo de transmisión
España, año 2021. Datos no corregidos por retraso de notificación.



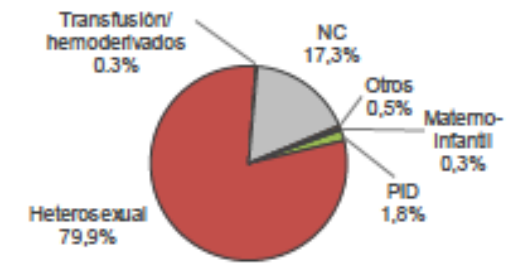
n = 2.786



Figura 3
Nuevos diagnósticos de VIH. Modo de transmisión y sexo.
España, año 2021. Datos no corregidos por retraso en la notificación.



Hombres (n =2.398)



Mujeres (n =388)

PID: Personas que se inyectan drogas; HSH: Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; NC: No consta



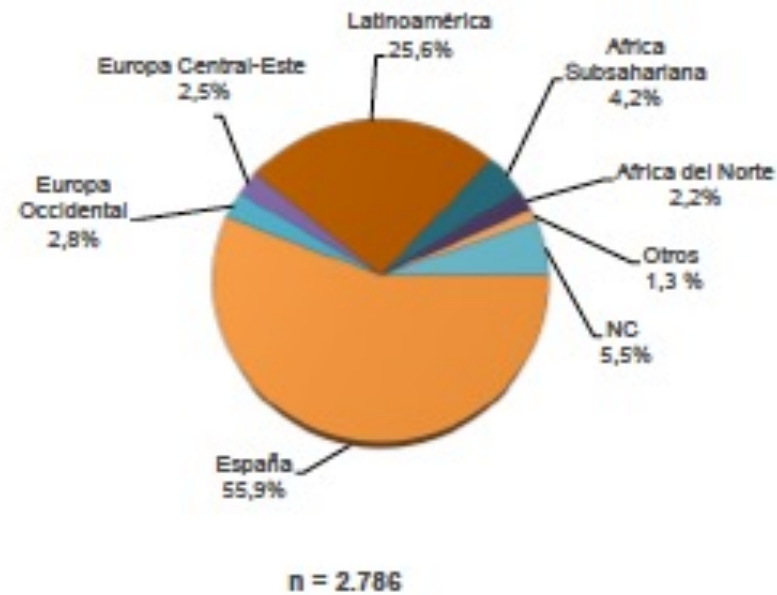
León
9 y 10 de Junio



EPIDEMIOLOGIA



Figura 5
Nuevos diagnósticos de VIH. Zona geográfica de origen.
España, año 2021. Datos no corregidos por retraso en la notificación.





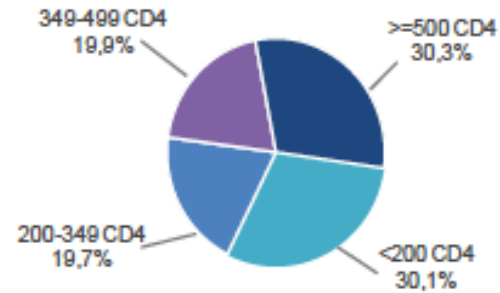
León
9 y 10 de Junio



EPIDEMIOLOGIA



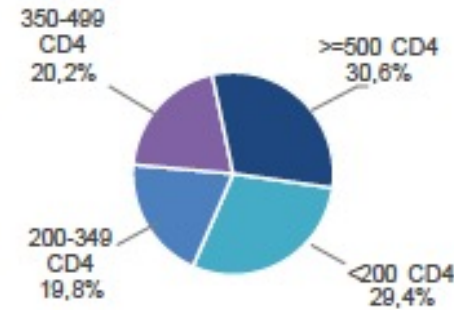
Nuevos diagnósticos de VIH. Diagnóstico tardío
España, año 2021. Datos no corregidos por retraso en la notificación.



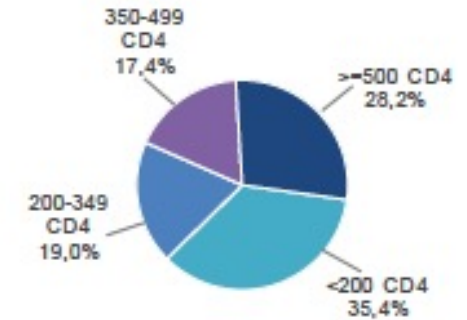
n= 2.382



Figura 9
Nuevos diagnósticos de VIH. Diagnóstico tardío según sexo.
España, año 2021. Datos no corregidos por retraso en la notificación.



Hombres (n =2.077)



Mujeres (n =305)



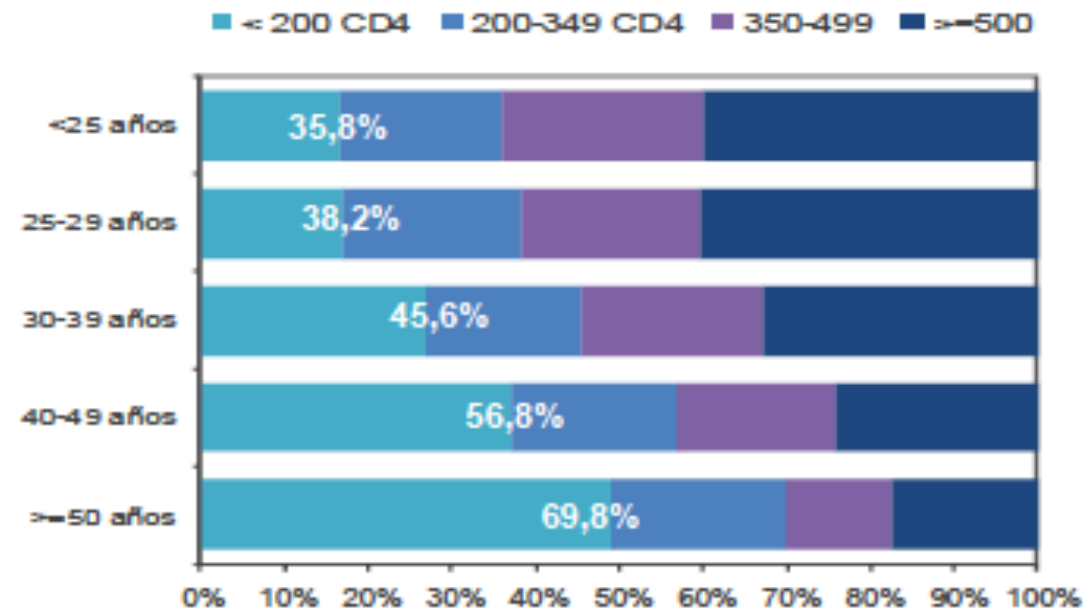
León
9 y 10 de Junio



EPIDEMIOLOGIA



Figura 10
Nuevos diagnósticos de VIH. Diagnóstico tardío según grupo de edad.
España, año 2021. Datos no corregidos por retraso en la notificación.



n = 2.382

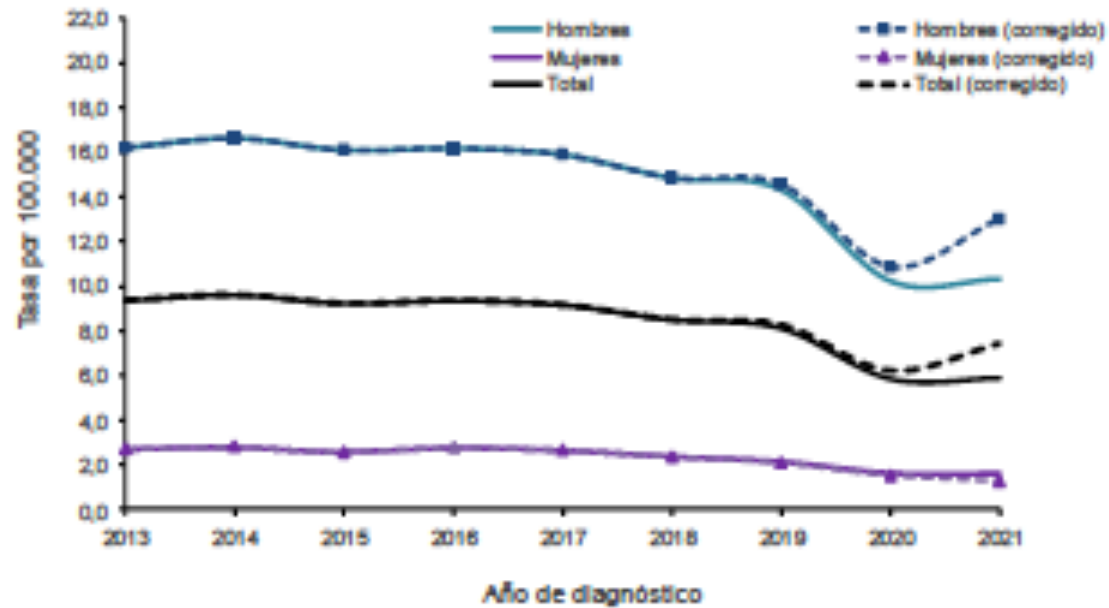


León
9 y 10 de Junio

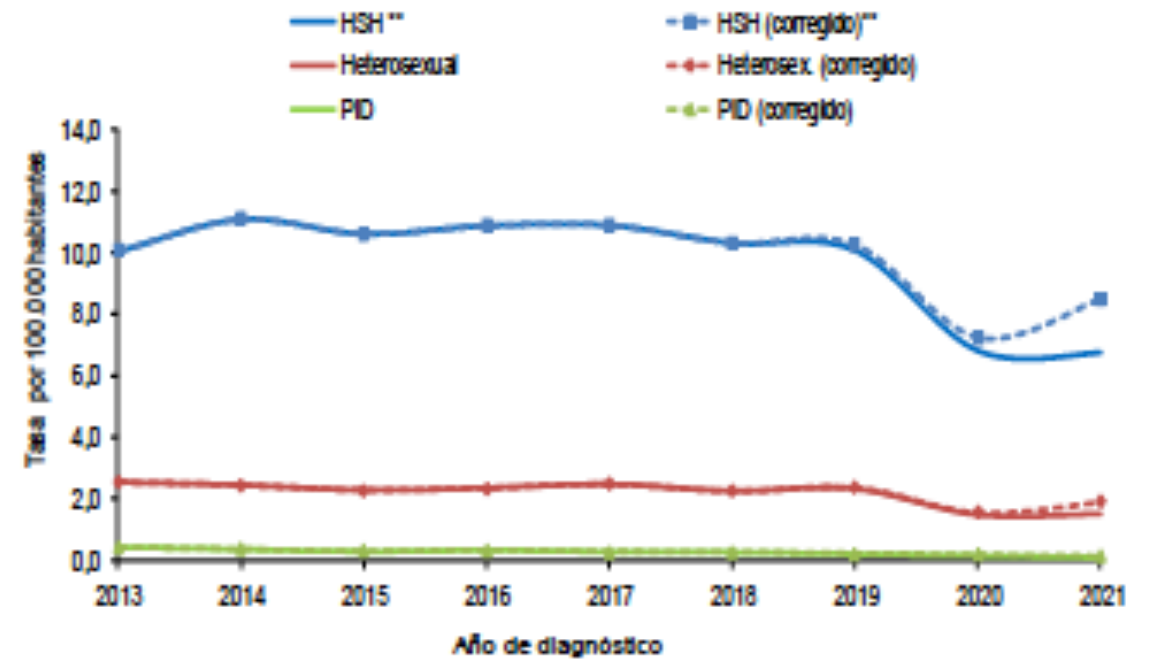


EPIDEMIOLOGIA

Tasas de nuevos diagnósticos de VIH anuales totales y según sexo. España, 2013-2021. Datos corregidos por retraso en la notificación



Tasas de nuevos diagnósticos de VIH anuales según modo de transmisión. España, 2013-2021. Datos corregidos por retraso en la notificación.





León
9 y 10 de Junio

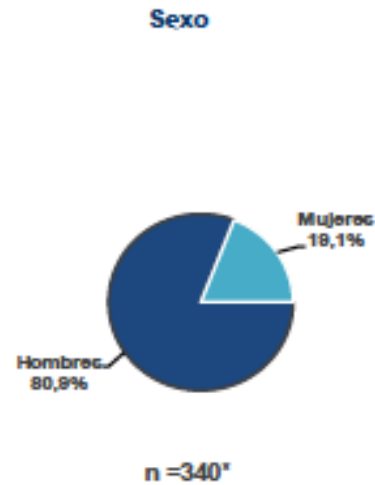
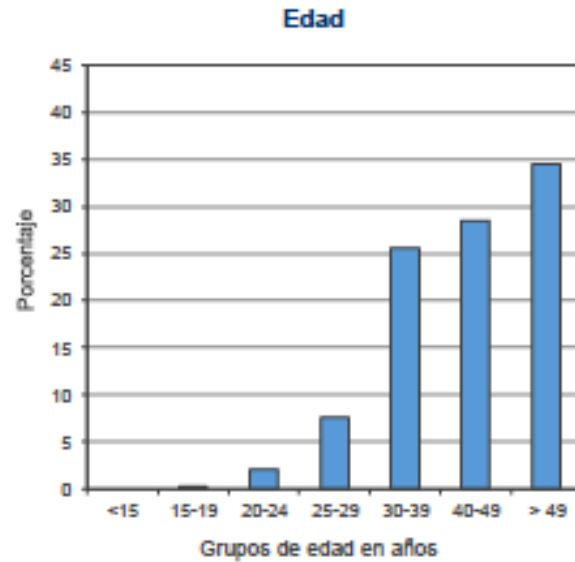


EPIDEMIOLOGIA

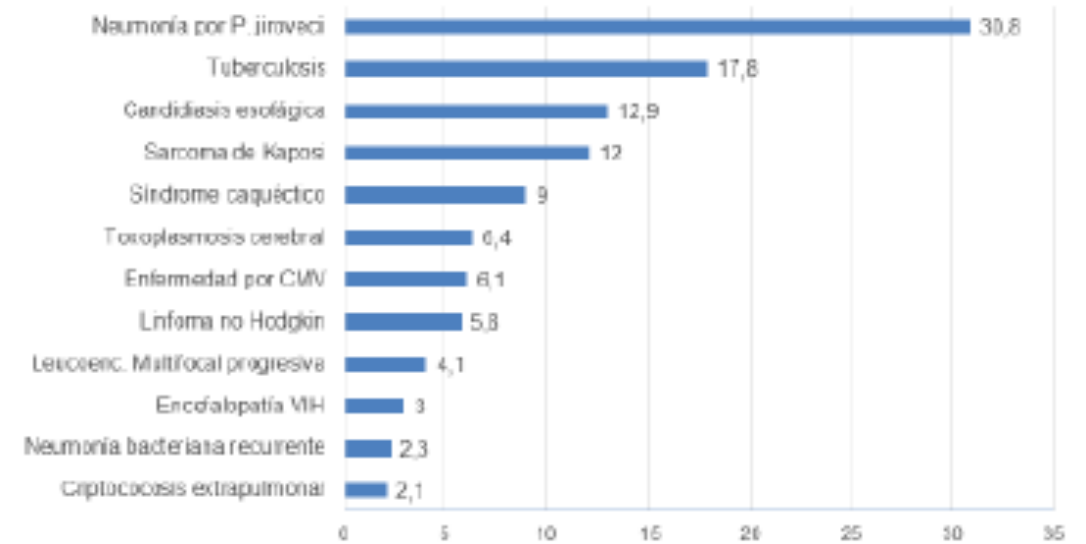


Figura 23

Casos de sida diagnosticados en España* en 2021. Distribución por edad y sexo.
Registro Nacional de Sida. Datos no corregidos por retraso en la notificación.

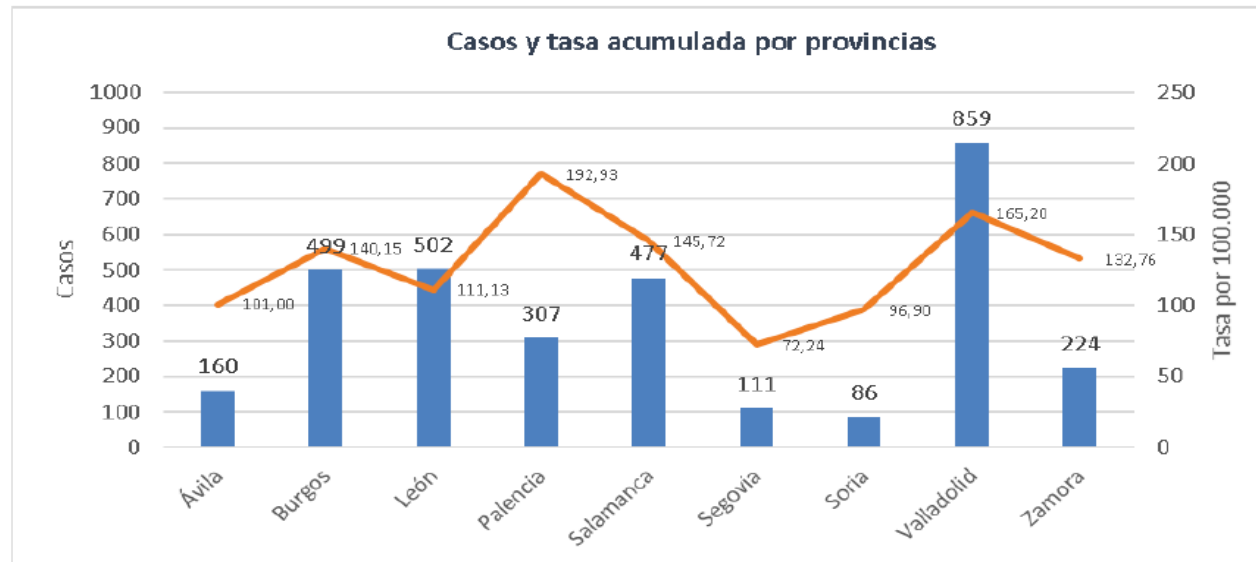
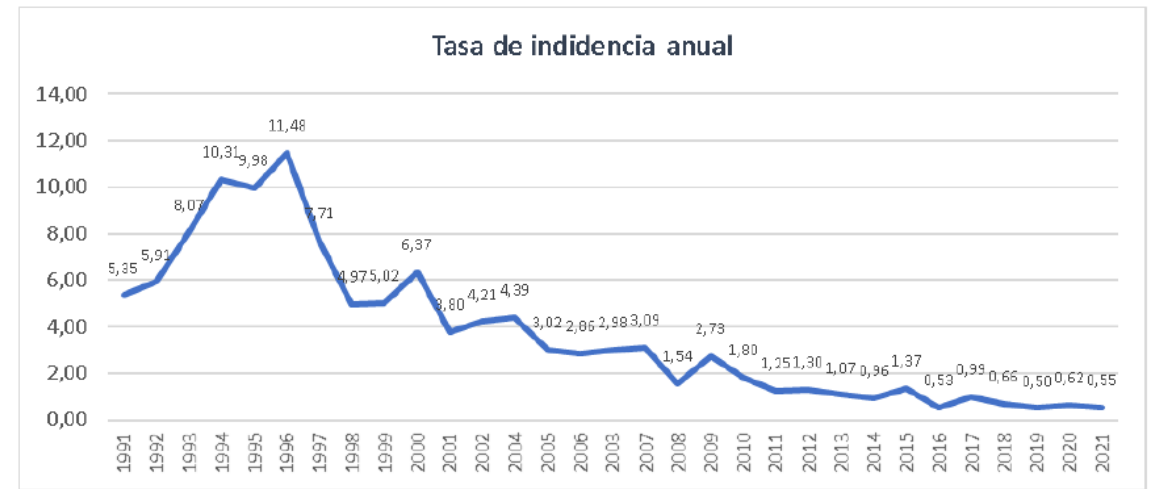
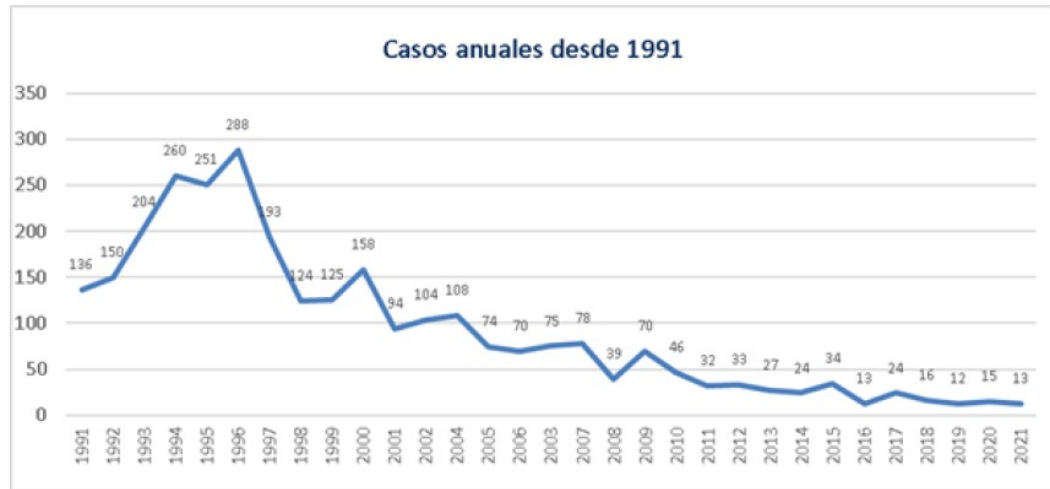


Enfermedades definitorias de sida más frecuentes en España*, 2012-2021
Registro Nacional de Sida. Datos no corregidos por retraso en la notificación.





EPIDEMIOLOGIA



Nuevos diagnósticos de VIH (NDVIH): ¿ En qué nos ha afectado la pandemia COVID-19 ?

Leticia Sánchez Gómez¹, María Fernández Regueras¹, Ruth Sáez De La Maleta Úbeda², Luis M. Buzón Martín¹, Carolina Navarro San Francisco¹.

1. Unidad de Enfermedades Infecciosas, servicio de Medicina Interna.

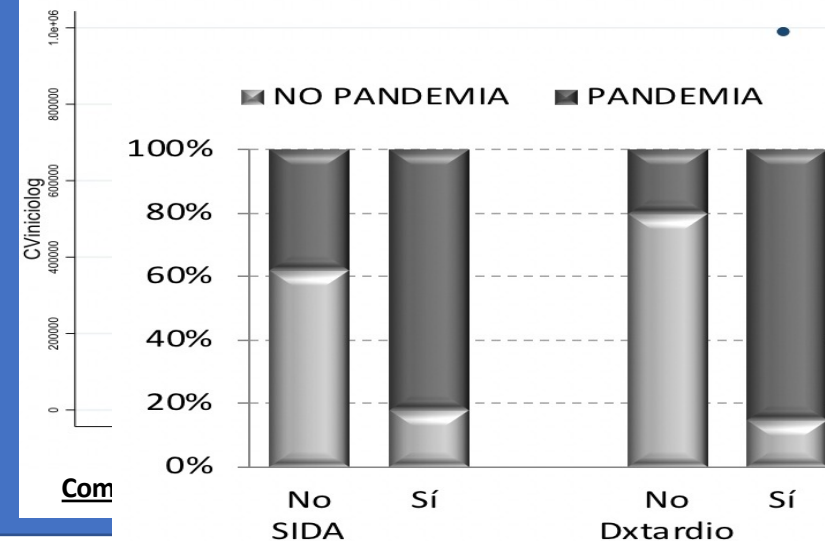
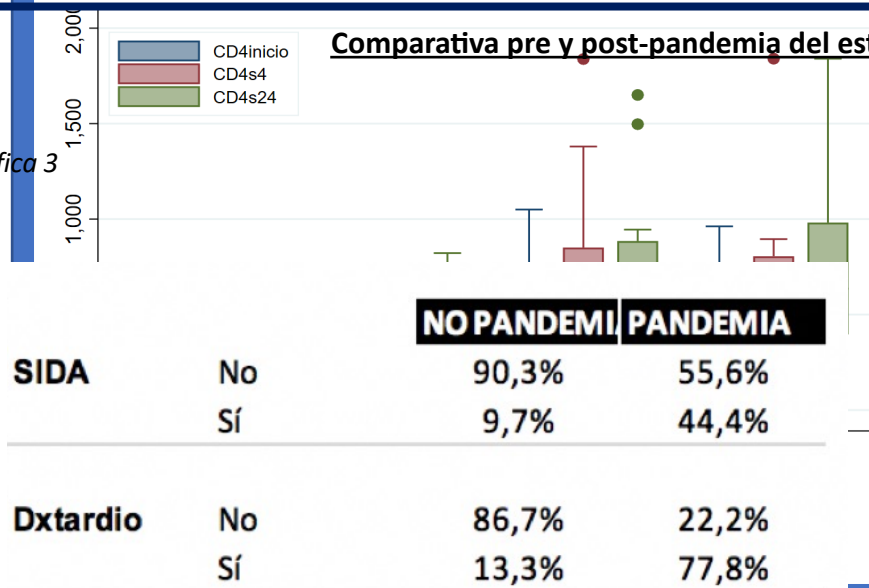
2. Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Universitario de Burgos.

Hospital Universitario
de Burgos



PE-02

Gráfica 3





EVALUACION INICIAL DEL PACIENTE VIH

- **Anamnesis y ex. física** (completa): no olvidar cavidad oral, zona anorectal...(A-III)
- Estudio: hemograma, bioquímica, coagulación y serologías (A-II)
- Estudio de **contactos** (A-III): importante confidencialidad
- **Serología VIH ½** en casos de no confirmación del diagnóstico o CV indetectable al diagnóstico (A-I)
- Determinación de **CVp** (técnica límite detección al menos 50 copias) (A-I): al inicio, con los cambios y siempre que se precise para confirmar supresión virológica
- Monitorización de **LTCD4**: antes de iniciar y como control de respuesta inmunológica (AI).
- Monitorizar **LTCD8 y cociente CD4/CD8** (B-II)
- **Estudio genotípico de resistencias** antes del inicio de TAR (A-II)
- **Determinar HLA-B*5701** se se va a usar **ABC** (A-I) y no prescribirlo si la prueba es positiva.
- Esperar al test de resistencias: Si vamos a iniciar con ITNN (EFV o RPV) (A-II) o con DTG/3TC (A-III) en caso de PreP.

Panel de expertos de GeSIDA. Documento de consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el SIDA respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. (Actualización enero 2022).

<https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2022/05/GuiaGeSIDAPlanNacionalSobreElSidaRespectoAlTratamientoAntirretroviralEnAdultosInfectadosPorElVirusDeLaInmunodeficienciaHumanaActualizacionEnero2022.pdf>



TRATAMIENTO DE LA INFECCION

OBJETIVOS:

- Conseguir máxima y más duradera supresión de CV
- Restablecer y preservar la función inmunológica
- Inicio tan pronto como sea posible
- Regímenes que permiten inicio en la misma visita basal

INDETECTABLE = INTRANSMISIBLE



**LAS PERSONAS CON EL VIH QUE TOMAN SU TRATAMIENTO
NO TRANSMITEN EL VIH.**



Nombre genérico	Nombre comercial	Formulación	Dosis estándar en adultos	Comprimi- do(s) / día
Regímenes completos en un único comprimido				
Bictegravir/emtricitabina/ tenofovir alafenamida	<i>Biktarvy</i> 	Comprimido que contiene 50mg de bictegravir, 200mg de emtricitabina, 25mg de tenofovir alafenamida	Un comprimido al día	1
Darunavir/cobicistat/ emtricitabina/tenofovir alafenamida	<i>Symtuza</i> 	Comprimido que contiene 800mg de darunavir, 150mg de cobicistat, 200mg de emtricitabina, 10 mg de tenofovir alafenamida	Un comprimido al día	1
Dolutegravir/abacavir/ lamivudina	<i>Triumeq</i> 	Comprimido que contiene 50mg de dolutegravir, 600mg de abacavir, 300mg de lamivudina	Un comprimido al día	1
Dolutegravir/rilpivirina	<i>Juluca</i> 	Comprimido que contiene 50mg de dolutegravir y 25mg de rilpivirina	Un comprimido al día	1
Dolutegravir/lamivudina	<i>Dovato</i> 	Comprimido que contiene 50mg de dolutegravir y 300 mg de lamivudina	Un comprimido al día	1
Doravirina/lamivudina/ tenofovir disoproxil fumarato	<i>Delstrigo</i> 	Comprimido que contiene 100mg de doravirina, 300mg de lamivudina, 245mg de tenofovir disoproxil fumarato	Un comprimido al día	1
Efavirenz/emtricitabina/ tenofovir disoproxil fumarato Medicamento genérico, su aspecto puede variar		Comprimido que contiene 600mg de efavirenz, 200mg de emtricitabina, 245mg de tenofovir disoproxil fumarato	Un comprimido al día	1
Elvitegravir/cobicistat/ emtricitabina/tenofovir alafenamida	<i>Genvoya</i> 	Comprimido que contiene 150mg de elvitegravir, 150mg de cobicistat, 200mg de emtricitabina, 10mg de tenofovir alafenamida	Un comprimido al día	1
Elvitegravir/cobicistat/ emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato	<i>Stribild</i> 	Comprimido que contiene 150mg de elvitegravir, 150mg de cobicistat, 200mg de emtricitabina, 245mg de tenofovir disoproxil fumarato	Un comprimido al día	1
Rilpivirina/ emtricitabina/tenofovir alafenamida	<i>Odefsey</i> 	Comprimido que contiene 25mg de rilpivirina, 200mg de emtricitabina, 25mg de tenofovir alafenamida	Un comprimido al día	1
Rilpivirina/ emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato	<i>Eviplera</i> 	Comprimido que contiene 25mg de rilpivirina, 200mg de emtricitabina, 245mg de tenofovir disoproxil fumarato	Un comprimido al día	1
Régimen completo en suspensión inyectable de liberación prolongada				
Cabotegravir y rilpivirina	<i>Vocabria y Recambys</i> 	400 y 600mg de cabotegravir en suspensión inyectable de liberación prolongada 600 y 900mg de rilpivirina en suspensión inyectable de liberación prolongada	Una inyección intramuscular mensual de 400mg de cabotegravir (con una dosis de carga inicial de 600mg) o bimestral de 600mg Una inyección intramuscular mensual de 600mg de rilpivirina (con una dosis de carga inicial de 900mg) o bimestral de 900mg	No procede

Rapid initiation of antiretroviral therapy at HIV diagnosis: definition, process, knowledge gaps

MA Boyd,^{1,2} M Boffito,^{3,4} A Castagna⁵ and V Estrada⁶

¹Faculty of Health and Medical Sciences, University of Adelaide, Adelaide, SA, Australia, ²Kirby Institute, University of New South Wales, Sydney, NSW, Australia, ³Chelsea and Westminster Hospital, London, UK, ⁴Imperial College London, London, UK, ⁵Clinic of Infectious Diseases, San Raffaele Scientific Institute, Vita-Salute University, Milan, Italy and

⁶Hospital Clinico San Carlos, Universidad Complutense, Madrid, Spain

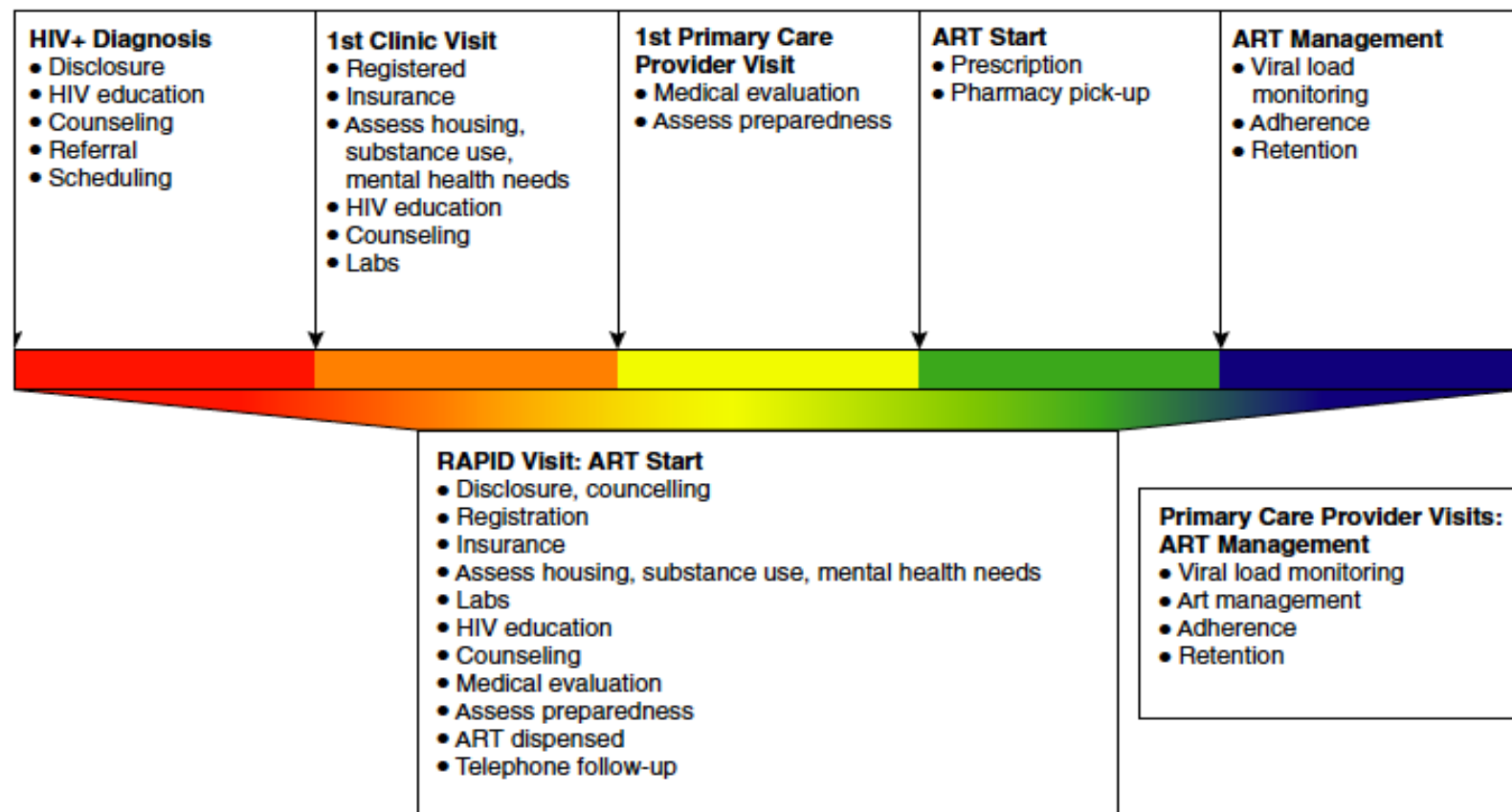


Fig. 2 Standard care based on universal ART guidelines (upper panels) vs. RAPID program same-day ART initiation (lower panels), in people newly diagnosed with HIV infection. In RAPID, the first encounter between the person and their HIV care giver provides comprehensive ART management, often on the day of diagnosis. In standard care, ART is only initiated after three encounters. Reproduced with permission [9].



León
9 y 10 de Junio



TRATAMIENTO DE LA INFECCION

QUIEN Y CUANDO

- Todos los pacientes con VIH independientemente de CD4 (excepción controladores de elite)
- Menor riesgo de transmisión y nuevos casos
- Situaciones especiales: embarazo, historia previa de PrEP, TBC...

CARACTERÍSTICAS:

- Facilidad de toma
- Buena tolerabilidad
- Mínimo riesgo de interacciones
- No requerir HLA-B*5701
- Alta actividad y barrera genética
- Suprimir VHB en caso de coinfección

3er Fármaco	Pauta [†]	Comentarios
<i>Preferentes. Pautas aplicables a la mayoría de los pacientes, que en ensayos clínicos aleatorizados han mostrado una eficacia no inferior o superior a otras pautas también consideradas actualmente como preferentes y presentan ventajas adicionales por número de comprimidos, barrera de resistencia, tolerancia, toxicidad o un bajo riesgo de interacciones farmacológicas</i>		
INI	BIC/FTC/TAF	
	DTG/ABC/3TC	- ABC está contraindicado en pacientes con HLA-B*5701 positivo - No utilizar en pacientes con hepatitis B crónica
	DTG+FTC/TAF*	
	DTG/3TC	- No recomendado en pacientes concifra basal de CD4+ <200 células/μL. - No utilizar en pacientes con hepatitis B crónica - No recomendada tras fracaso de PrEP sin disponer del resultado de estudio de resistencias.



León
9 y 10 de Junio



TRATAMIENTO DE LA INFECCION

Alternativas. Pautas eficaces, pero que no se consideran preferentes bien porque su eficacia ha resultado inferior a las pautas preferentes en ensayos clínicos o no se han comparado con pautas preferentes, o porquetienden desventajas potenciales o restricciones en su indicación. Pueden ser, sin embargo, de elección en subgrupos de pacientes o en casos especiales

INI	RAL+FTC/TAF*	- RAL puede administrarse indistintamente como 1 comprimido de 400 mg cada 12 horas, o 2 comprimidos de 600 mg (nueva formulación) cada 24 horas. - Esta pauta se considera actualmente alternativa debido a su peor barrera frente a las resistencias respecto a las pautas preferentes, y a que no puede administrarse con un comprimido único.
IP potenciado	DRV/c/FTC/TAF o DRV/r+FTC/TAF**	- Es imprescindible evaluar posibles interacciones.
ITINN	DOR+FTC/TAF*, ***	- Existe la combinación de DOR/3TC/ TDF, en comprimido único, no comercializado en España, que podría utilizarse siempre que se excluya la presencia de alteración renal o de osteopenia/osteoporosis, y no existan factores de riesgo para desarrollarlas.
	RPV/FTC/TAF*	- No indicado en pacientes con CVP >100.000 cop/mL. - Realizar previamente un estudio genotípico que descarte mutacionesde resistencia a ITINN. - Contraindicado si se utilizan inhibidores de la bomba de protones. - Se debe tomar siempre con una comida.

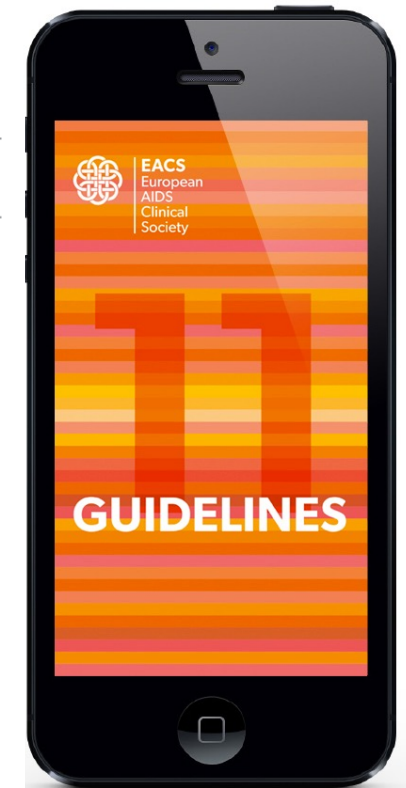


León
9 y 10 de Junio



TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Regimen	Main requirements	Additional guidance (see footnotes)
Recommended regimens		
2 NRTIs + INSTI		
ABC/3TC + DTG ABC/3TC/DTG	HLA-B*57:01 negative HBsAg negative	I (ABC: HLA-B*57:01, cardiovascular risk) II (Weight increase (DTG))
TAF/FTC/BIC		II (Weight increase (BIC, TAF))
TAF/FTC or TDF/XTC + DTG		II (Weight increase (DTG, TAF)) III (TDF: prodrug types. Renal and bone toxicity. TAF dosing)
TAF/FTC or TDF/XTC + RAL qd or bid		II (Weight increase (RAL, TAF)) III (TDF: prodrug types. Renal and bone toxicity. TAF dosing) IV (RAL: dosing)
1 NRTI + INSTI		
XTC + DTG or 3TC/DTG	HBsAg negative HIV-VL < 500,000 copies/mL Not recommended after PrEP failure	II (Weight increase (DTG)) V (3TC/DTG not after PrEP failure)
2 NRTIs + NNRTI		
TAF/FTC or TDF/XTC + DOR or TDF/3TC/DOR		II (Weight increase (TAF)) III (TDF: prodrug types. Renal and bone toxicity. TAF dosing) VI (DOR: caveats, HIV-2)





León
9 y 10 de Junio



TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

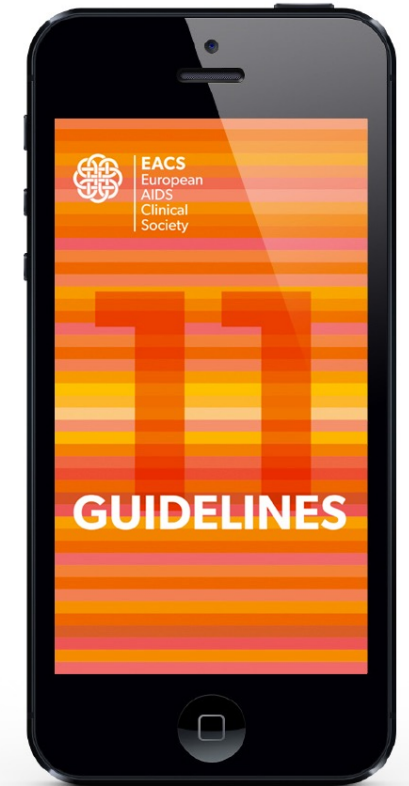
Alternative regimens

2 NRTIs + NNRTI

TAF/FTC or TDF/XTC + EFV or TDF/FTC/EFV	At bedtime or 2 hours before dinner	II (Weight increase (TAF)) III (TDF: prodrug types. Renal and bone toxicity. TAF dosing) VII (EFV: neuro-psychiatric adverse events. HIV-2 or HIV-1 group 0, dosing)
TAF/FTC or TDF/XTC + RPV or TAF/FTC/RPV or TDF/FTC/RPV	CD4 count > 200 cells/μL HIV-VL < 100,000 copies/mL Not on gastric pH increasing agents With food	II (Weight increase (TAF)) III (TDF: prodrug types. Renal and bone toxicity. TAF dosing) VIII (RPV: HIV-2)

2 NRTIs + PI/r or PI/c

TAF/FTC or TDF/XTC + DRV/c or DRV/r or TAF/FTC/DRV/c	With food	II (Weight increase (TAF)) III (TDF: prodrug types. Renal and bone toxicity. TAF dosing) IX (DRV/r: cardiovascular risk) X (Boosted regimens and drug-drug interactions)
--	-----------	--





León
9 y 10 de Junio



NOVEDADES EN TRATAMIENTO

Nuevas Vías. Siempre Juntos 

ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL **PACIENTE VIH** EN TRATAMIENTO CON **FÁRMACOS "LONG-ACTING"**

¿En qué consiste el tratamiento de larga duración para vih?

Próximamente se comercializarán en España los primeros tratamientos de **duración prolongada (TDP) o "long-acting" para el VIH**

cabotegravir y rilpivirina



¿Para qué pacientes?

Terapia de mantenimiento para adultos:

- **TAR estable**
- **carga vírica suprimida** (ARN del VIH < 50 copias/ml)
- **sin resistencia o fracaso virológico previo** a inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleótidos o inhibidores de la integrasa



Inyección intramuscular (2 inyecciones)
cada **8 semanas**





REVISION EN CONSULTA DEL PACIENTE VIH

- Anamnesis y exploración física
- CD4 y CV de VIH
- Revisión de otras patologías asociadas...
- Vacunación y profilaxis

EVALUACION en otros momentos DEL PACIENTE VIH

- Realización de test genotípico de resistencias en fracaso virológico incluyendo integrasa (A-I).
- Determinación de tropismo cuando se vaya a usar antagonista de de CCR5 (A-I)



León
9 y 10 de Junio



Actividad / Exploración	Valoración Inicial	Seguimiento
Serología de rubeola, sarampión, parotiditis, varicela	Según historia vacunal	Según indicación clínica
Serología de toxoplasma (IgG)	Sí	Según indicación clínica
Serología de CMV (IgG)	Optativo	Según indicación clínica
Serología de <i>Trypanosoma cruzi</i> <i>Strongyloides stercoralis</i> y <i>Schistosoma spp</i> (Según país de origen e historia de viajes)	Optativo	Según indicación clínica
ARN VHC (Si coinfección VHC)	Sí	Antes del tratamiento frente al VHC, para evaluar la respuesta y, en caso de curación, si riesgo de reinfección
Genotipo VHC	Sí	Si recidiva/reinfección por VHC

ADN VHB (Si coinfección VHB)	Sí	Cada 6-12 meses
CVP cuantitativa de VHD (Si serología de VHD positiva)	Sí	Según indicación clínica
Cribado de ITS	Sí	Según riesgo o sospecha Según indicación clínica
Antígeno criptocócico en suero	Sí. En pacientes con <100 CD4+ y/o con indicación clínica	Según indicación clínica
Viremia de CMV (pacientes con <100 T CD4+)	Si	Según indicación clínica
Fondo de ojo (pacientes con <50 T CD4+)	Si	Según indicación clínica
Prueba del PPD O IGRA. En pacientes con CD4+<200 se realizará siempre IGRA	Sí	Si inicialmente negativa, repetir tras exposición confirmada a un paciente con tuberculosis activa bacilífera y, cada 2-3 años, en todos los pacientes con una primera prueba negativa
Radiografía de tórax	Sí	Según indicación clínica
Ecografía hepática (Si coinfección VHB o VHC y/o enfermedad metabólica hepática)	Sí	Cada 6 meses si cirrosis hepática En VHC Fibroscan >14kpa y en VHB Fibroscan >9kpa con ALT normal y >12kpa con ALT elevada
Elastografía hepática (Si coinfección VHB o VHC y/o enfermedad metabólica hepática)	Sí	Anual
Esófago-gastroscoopia (Si cirrosis hepática)	Sí	Cada 2-3 años si no hay varices y cada 1-2 años en caso de varices grado I
Electrocardiograma	Optativo	Según indicación clínica
Densitometría ósea	Optativa	Según indicación clínica
FRAX (www.shef.ac.uk/FRAX)	Optativo	Según indicación clínica
Citología cervical uterina	Sí	Si normal, repetir cada 1-3 años
Citología anal	HSH y mujeres con patología genital asociada al VPH	Según indicación clínica



León
9 y 10 de Junio



COMORBILIDADES EN EL PACIENTE VIH

- Cuestionarios de salud y calidad de vida: *MOS-HIV: 35 preguntas, 11 dimensiones de salud, 10 min
 - *MQOL-HIV: 40 ítems, 10 dimensiones
- GESIDA : escalas 2020

ANEXO
1

7. En general, diría que su salud es:

Señale en el cuadro

Excelente	
Muy buena	
Buena	
Regular	
Mala	

2. ¿Cuánto dolor corporal ha tenido en general en el último mes?

Señale en el cuadro

Ninguno	
Muy poco	
Moderado	
Agudo	
Muy agudo	

Durante el último mes, ¿cuánto han limitado su salud las siguientes actividades? Si las ha limitado de alguna forma.

		Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No, no me limita nada
3	El tipo o la cantidad de actividades intensas que puedes hacer, como levantar objetos pesados, correr o participar en deportes fatigantes.			
4	El tipo o la cantidad de actividades moderadas que puedes hacer, como mover una mesa o llevar el carro de la compra.			
5	Subir una cuesta o subir escaleras.			
6	Girarse, levantarse o inclinarse.			
7	Caminar 100 metros.			
8	Comer, vestirse, ducharse o utilizar el servicio.			

Durante el último mes, ¿cuánto han limitado su salud las siguientes actividades? si las han limitado de alguna forma.

		Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No, no me limita nada
9	Mi trabajo; el trabajo en cosas de la casa; las tareas escolares o de estudio.			
10	El tipo o la cantidad de trabajo, las tareas domésticas o las tareas escolares que puedes hacer debido a tu salud.			

En cada una de las siguientes preguntas, señale, por favor, en la casilla correspondiente la respuesta que mejor se adecue al modo en que se ha sentido durante el último mes.

		Casi siempre	A menudo	A veces	Muy pocas veces	Casi nunca
11	¿ Han limitado su salud sus actividades sociales: visitar amigos o parientes cercanos, etc.?					
12	¿Has estado muy nervioso/a?					
13	¿Se ha sentido tranquilo, en calma y en paz?					
14	¿Se ha sentido triste y decaído?					
15	¿Ha sido feliz?					
16	¿Se ha sentido tan profundamente decaído que nada le ha podido animar?					
17	¿Se ha sentido lleno de energía?					
18	¿Se ha sentido agotado?					
19	¿Se ha sentido cansado?					
20	¿Se ha sentido con energía como para hacer las cosas que quería hacer?					
21	¿Se ha sentido abrumado por su problema de salud?					
22	¿Se ha sentido desanimado por su problema de salud?					
23	¿Se ha sentido desesperado por su problema de salud?					
24	¿Ha sentido miedo por su problema de salud?					
25	¿Ha tenido dificultades para razonar y resolver problemas, como hacer planes, tomar decisiones y aprender cosas nuevas, etc.?					
26	¿Se le han olvidado cosas que han sucedido recientemente, como dónde puso cosas, citas, etc.?					
27	¿Ha tenido dificultad para mantener la atención en alguna actividad durante cierto tiempo?					
28	¿Ha tenido problemas para realizar actividades que requieren reflexión y concentración?					

29. ¿Como ha sido su calidad de vida durante el último mes?, esto es, ¿como le han ido las cosas en general?

Muy bien, no podían haberme ido mejor	
Bastante bien	
Ni bien ni mal, casi igual	
Bastante mal	
Muy mal, no podían haberme ido peor	

30. ¿Como calificaría su estado físico y emocional actual en comparación con el último mes?

Mucho mejor	
Algo mejor	
Casi igual	
Algo peor	
Mucho peor	



León
9 y 10 de Junio



COMORBILIDADES EN EL PACIENTE VIH

- Pérdida de masa ósea asociada a envejecimiento
- Calcular el índice FRAX
- Si osteoporosis: bifosfonatos y vitamina D.
- Prevención: abandono de tabaco, ejercicio y lácteos...

TABLA 1: Indicación para solicitud de DMO

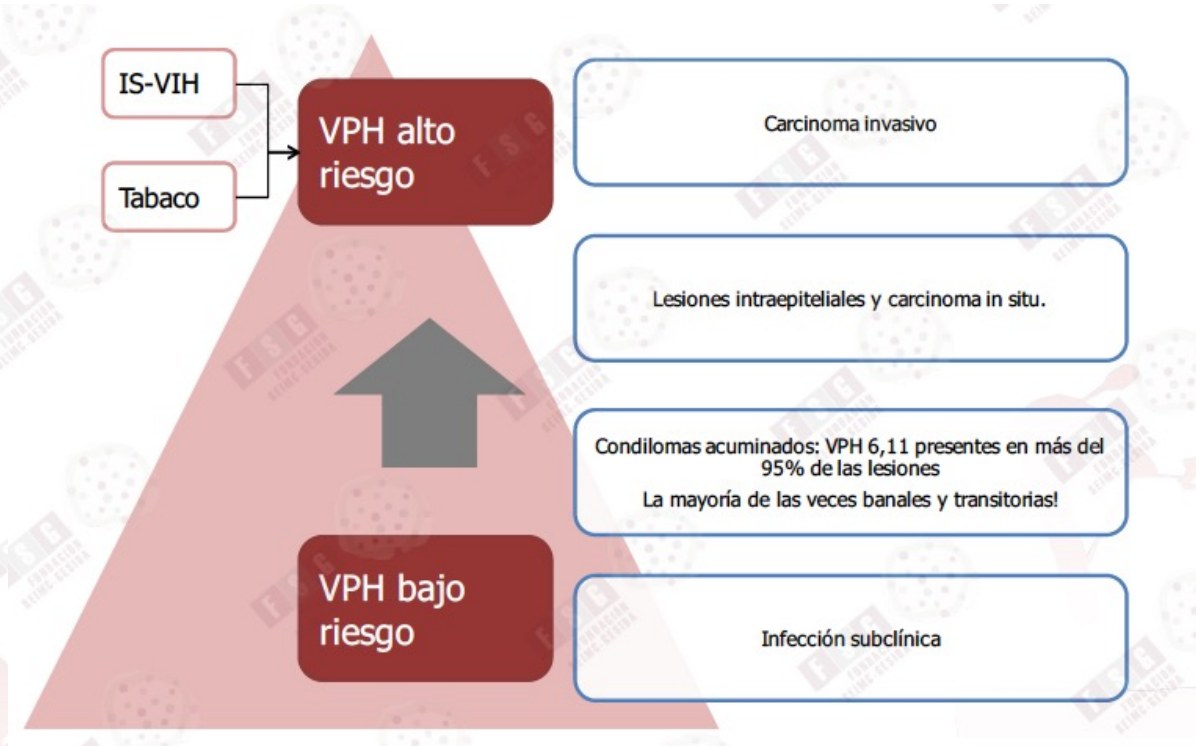
Varones y mujeres premenopáusicas ≥ 40 años en los que FRAX estime un riesgo de fractura elevado ($>3\%$ en cadera y/o de fractura mayor $>10\%$ a los 10 años)
Adultos de cualquier edad con factores de riesgo mayores para presentar fractura por fragilidad (uso de glucocorticoides, historia de fractura de fragilidad, elevado riesgo de caídas);
Mujeres post menopáusicas
Varones con edad ≥ 50 años



León
9 y 10 de Junio

SOCALM MEDICINA INTERNA
Castellanoleonésa-Cántabra

COMORBILIDADES EN EL PACIENTE VIH





León
9 y 10 de Junio

SOCALM MEDICINA INTERNA
Castellanoleonésa-Cántabra

COMORBILIDADES EN EL PACIENTE VIH

Infección por VPH:

- Mayor prevalencia
- Carga viral mayor
- Infección por mayor número de genotipos
- Menor aclaramiento, recurrencia frecuente
- Mayor riesgo de infección persistente

Condilomas:

- Mayor prevalencia
- Más persistencia y recurrencia

Lesiones precancerosas

- Más incidencia y prevalencia
- Regresión menos frecuente

Cancer:

Incidencia 6-10 veces mayor en cérvix y 40 en ano

Journal of Clinical Medicine 2020, 9, 2222; doi:10.3390/jcm9102222
<http://dx.doi.org/10.3390/jcm9102222> | <https://doi.org/10.3390/jcm9102222>

JIAS
JOURNAL OF INTERNAL MEDICINE

REVIEW

Evidence of synergistic relationships between HIV and Human Papillomavirus (HPV): systematic reviews and meta-analyses of longitudinal studies of HPV acquisition and clearance by HIV status, and of HIV acquisition by HPV status

Katharine J. Looke¹*, Minhu M. Rhee^{2,3}, Patrick M. Brock⁴, Marc Brisson⁵, Melanie Drolet⁶, Philippe Mayaud⁷ and Marie-Claude Boily⁸

*Corresponding author: Katharine J. Looke, Population Health Sciences, Bristol Medical School, University of Bristol, Cothard House, Cothard Green, Bristol BS8 2BN, UK; Tel: +44 117 3330003; katharine.looke@bristol.ac.uk

[†]Contributed equally

Abstract

Introduction: Observational studies suggest HIV and human papillomavirus (HPV) infections may have multiple interactions. We reviewed the strength of the evidence for the influence of HIV on HPV acquisition and clearance, and the influence of HPV on HIV acquisition.

Methods: We performed meta-analytic systematic reviews of longitudinal studies of HPV incidence and clearance rate by HIV status (review 1) and of HIV incidence by HPV status (review 2). We pooled relative risk (RR) estimates across studies using random-effect models. *P* statistics and subgroup analyses were used to quantify heterogeneity across estimates and explore the influence of participant and study characteristics including study quality. Publication bias was examined quantitatively with funnel plots and subgroup analysis, as well as qualitatively.

Results and Discussion: In review 1, 37 publications (25 independent studies) were included in the meta-analysis. HPV incidence (pooled RR = 1.55, 95% CI: 1.29 to 1.88; heterosexual males: pooled RR = 1.95, 95% CI: 1.62, 2.34; females: pooled RR = 1.63, 95% CI: 1.26 to 2.11; men who have sex with men: pooled RR = 1.36, 95% CI: 1.01 to 1.82) and high-risk HPV incidence (pooled RR = 2.20, 95% CI: 1.90 to 2.54) was approximately doubled among people living with HIV (PLHIV) whereas HPV clearance rate (pooled RR = 0.53, 95% CI: 0.42 to 0.67) was approximately halved. In review 2, 14 publications (11 independent studies) were included in the meta-analysis. HIV incidence was almost doubled (pooled RR = 1.91, 95% CI: 1.38 to 2.65) in the presence of prevalent HPV infection. There was more evidence of publication bias in review 2, and somewhat greater risk of confounding in studies included in review 1. There was some evidence that adjustment for key confounders strengthened the associations for review 2. Misclassification bias by HIV/HPV exposure status could also have biased estimates toward the null.

Conclusions: These results provide evidence for synergistic HIV and HPV interactions of clinical and public health relevance. HPV vaccination may directly benefit PLHIV, and help control both HPV and HIV at the population level in high prevalence settings. Our estimates of association are useful for mathematical modelling. Although observational studies can never perfectly control for residual confounding, the evidence presented here lends further support for the presence of biological interactions between HIV and HPV that have a strong plausibility.

Keywords: HPV; HIV; sexually transmitted infections; epidemiology; incidence; meta-analysis; systematic review; humans

Additional Supporting Information may be found online in the Supporting Information tab for this article.



León
9 y 10 de Junio

SOCALM EDICINA INTERNA
Castellanoleonésa-Cántabra

COMORBILIDADES EN EL PACIENTE VIH

Citología anual a partir de los 21 años.

A los 30 años,

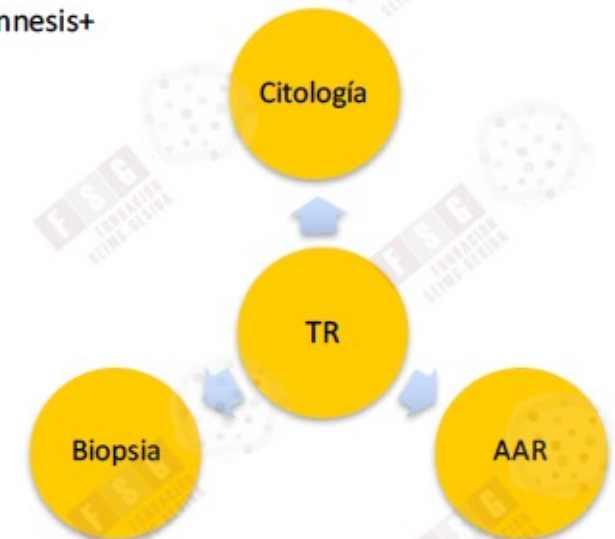
- Co-test trienal en mujeres con CD4 > 200 cl/ μ L o con tratamiento antiretroviral activo.
- Co-test anual si los CD4 < 200 cl/ μ L o no reciben tratamiento antiretroviral.

Documento de consenso de GESIDA sobre control
y monitorización de la infección por el VIH
(2018)

Panel de expertos de GESIDA



Anamnesis+





León
9 y 10 de Junio



COMORBILIDADES EN EL PACIENTE VIH

Citología anal

- Clasificación Bethesda
- Técnica sencilla (incluso auto-citología es posible!)
- Alta sensibilidad, equiparable a la del cervix

Test cribado	Citología cervical	Citología anal
Sensibilidad	53%	55-87%
Especificidad	96%	37-76%

En que pacientes está indicado el cribado mediante citología y AAR?

Pacientes VIH

1. HSH
2. Antecedente de condilomas
3. Mujeres con antecedente de:
 - Displasia vulvar/cervical
 - Relaciones sexuales anales

Clin Infect Dis 2014; 58(1):1-10



León
9 y 10 de Junio



COMORBILIDADES EN EL PACIENTE VIH

FIND AN ANCHOR STUDY SITE



Anal Cancer HSIL Outcomes Research.

¿Está recibiendo tu trasero suficiente atención?

Usted se revisa su carga viral, su recuento de células T, pero ¿qué hace por su ano? Sabe usted que la mitad de los hombres con VIH tienen cambios celulares en el ano a causa del VPH? Aproximadamente una de cada cinco mujeres con VIH tienen estos cambios celulares también, y aquellas con pruebas del Papanicolaou cervical anormales podrían estar a mayor riesgo de cáncer anal, sin importar que hayan tenido sexo anal o no. Estos

**Open,
Multicenter,
Controlled Study
HIV+, proven HSIL at
baseline**

Primary Outcome:
Time to Anal Cancer
Secondary Outcomes
Adverse effects

ARM 1- Active Treatment

Topical or ablative treatment at the discretion of the clinician.

->Topical treatment apply imiquimod intra-anally, peri-anally or both thrice weekly for up to 16 weeks, fluorouracil twice daily for 5 days every 2 weeks for up to 16 weeks, or trichloroacetic acid every 3 weeks up to 12 weeks

->Ablative treatment using infrared coagulation, hyfrecation/electrocautery, or laser.

*Patients may undergo excision under anesthesia if the clinician believes none of the other treatment approaches will be effective.

ARM 2 - Comparator - Monitoring

II (active monitoring)

Patients undergo active monitoring with examinations every 6 months. Every 12 months, patients undergo biopsies of visible lesions. Patients have cytology sampling performed at every visit.

5 years

Design of the Anal Cancer/HSIL Outcomes Research Study (ANCHOR Study): a Randomized Study to Prevent Anal Cancer among Persons Living with HIV

Jeannette Y. Lee^{a,*}, Shelly Y. Lensing^a, J. Michael Berry-Lawhorn^b, Naomi Jay^c, Teresa M. Darragh^d, Stephen E. Goldstone^e, Timothy J. Wilkin^f, Elizabeth A. Stier^g, Mark Einstein^h, Julia C. Puglieseⁱ, Joel M. Palefsky^j, ANCHOR Investigators

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Treatment of Anal High-Grade Squamous Intraepithelial Lesions to Prevent Anal Cancer

J.M. Palefsky, J.Y. Lee, N. Jay, S.E. Goldstone, T.M. Darragh, H.A. Dunlevy, I. Rosa-Cunha, A. Arons, J.C. Pugliese, D. Vena, J.A. Sparano, T.J. Wilkin, G. Bucher, E.A. Stier, M. Tirado Gomez, L. Flowers, L.F. Barroso, R.T. Mitsuyasu, S.Y. Lensing, J. Logan, D.M. Aboulafia, J.T. Schouten, J. de la Ossa, R. Levine, J.D. Korman, M. Hagensee, T.M. Atkinson, M.H. Einstein, B.M. Cracchiolo, D. Wiley, G.B. Ellsworth, C. Brickman, and J.M. Berry-Lawhorn, for the ANCHOR Investigators Group*

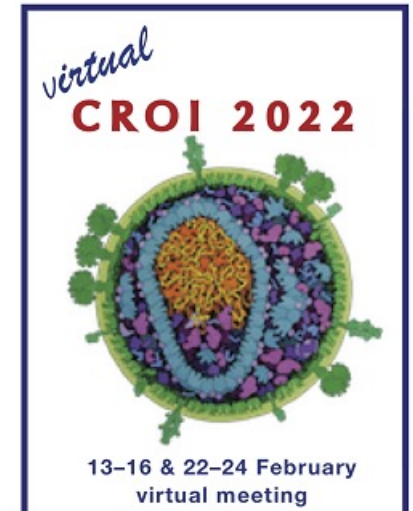
RESULTS

Of 4459 participants who underwent randomization, 4446 (99.7%) were included in the analysis of the time to progression to cancer. With a median follow-up of 25.8 months, 9 cases were diagnosed in the treatment group (173 per 100,000 person-years; 95% confidence interval [CI], 90 to 332) and 21 cases in the active-monitoring group (402 per 100,000 person-years; 95% CI, 262 to 616). The rate of progression to anal cancer was lower in the treatment group than in the active-monitoring group by 57% (95% CI, 6 to 80; $P=0.03$ by log-rank test).

CONCLUSIONS

Among participants with biopsy-proven anal HSIL, the risk of anal cancer was significantly lower with treatment for anal HSIL than with active monitoring. (Funded by the National Cancer Institute; ClinicalTrials.gov number, NCT02135419.)

León
9 y 10 de Junio





León
9 y 10 de Junio



VACUNACION EN EL PACIENTE VIH

CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD											
VACUNACIÓN ESPECÍFICA EN PERSONAS ADULTAS (≥18 AÑOS) CON CONDICIONES DE RIESGO											
Calendario recomendado año 2023											
VACUNACIÓN	CONDICIÓN DE RIESGO										
	Embarazo	Inmunodepresión (excepto VIH)	Infección por VIH		Asplenia, deficiencias de complemento y tratamiento con eculizumab	Enfermedad renal crónica avanzada y hemodiálisis	Enfermedad cardiovascular y respiratoria crónica	Enfermedad hepática y alcoholismo crónico	Personal sanitario	Tabaquismo	Hombres que realizan prácticas sexuales de riesgo con hombres
			<200 CD4/μl	>200 CD4/μl							
Difteria, tétanos, tosferina ¹	dTpa	Td si susceptible o vacunación incompleta									
Haemophilus influenzae b ²					Hib						
Sarampión, rubeola, parotiditis ³	Contraindicada			TV si susceptible	TV si susceptible						
Hepatitis B ⁴			HB ^(a)			HB ^(a)		HB	HB		HB
Hepatitis A ⁵			HA					HA			HA
Enfermedad meningocócica ⁶			MenACWY		MenACWY, MenB						
Varicela ⁷	Contraindicada			VVZ si susceptible	VVZ si susceptible						
Herpes zóster ⁸			HZ/su								
Virus del Papiloma Humano ⁹			VPH								VPH
Enfermedad neumocócica ¹⁰		VNC13+VNP23	VNC13+VNP23		VNC13+VNP23	VNC13+VNP23	VNP23	VNP23 ^(b)			
Gripe ¹¹	gripe	gripe anual									

^(a) Se utilizará vacuna de alta carga antigénica o específica para diálisis y prediálisis. Revisión serológica y revacunación cuando sea necesario.

^(b) VNC13+VNP23 si cirrosis hepática o alcoholismo crónico

^(a) Se utilizará vacuna de alta carga antigénica o específica para diálisis y prediálisis. Revisión serológica y revacunación cuando sea necesario.

^(b) VNC13+VNP23 si cirrosis hepática o alcoholismo crónico

	Recomendación específica por patología o condición		Contraindicada
	Recomendación general		No recomendada



León
9 y 10 de Junio



VACUNACION EN EL PACIENTE VIH

Vacuna	Recomendación	Determinación anticuerpos (pre/post vacunación)	Notas
Neumococo	VNC13+VNP23	No	Pauta secuencial: VNC13+VNP23 (intervalo mínimo 8 semanas)
			Dosis de recuerdo de VNP 23, 5 años desde la dosis anterior
Gripe	1 dosis anual	No	Vacuna inactivada, desde los 6 meses de vida
Hepatitis B	4 dosis (0, 1, 2 y 6 meses)	Pre y postvacunación	Se usará vacuna con mayor carga antigénica o adyuvantes más potentes
			Si no respondedor administrar tres dosis adicionales con intervalos de 4 semanas
Hepatitis A	Pauta (ver notas)	Pre y postvacunación	Si $CD4 > 350/mm^3$, pauta de 2 dosis (0, 6 meses)
			Si $CD4 < 350/mm^3$, pauta de 3 dosis (0, 1 y 6 meses)
VPH	3 dosis (0,1-2, 6 meses)	No	Hasta los 26 años de edad en hombres y mujeres VIH positivos.
Meningococo	2 dosis (0, 2 meses)	No	Vacuna MenACWY. Se valorará dosis de recuerdo a los 5 años
Tétanos	Ver notas	No	Si correctamente vacunado (5 dosis), valorar recuerdos cada 10 años en personas con riesgo de exposición (especialmente viajeros a zonas remotas), Ver texto.
HZ/su	Ver notas	No	Se administrará en cuanto esté disponible. Se determinará más adelante la pauta más adecuada y el momento idóneo de vacunación
Triple vírica	Ver notas	Pre y postvacunación	Recomendada en pacientes seronegativos frente a sarampión si $CD4 > 200$ células/ mm^3 mantenidos durante al menos 6 meses. Pauta 2 dosis (0, 1 mes)
			Mujeres en edad fértil seronegativas a rubeola vacunación si presentan $CD4 > 200$ células/ mm^3 mantenidos durante al menos 6 meses.
Varicela	Ver notas	Pre y postvacunación ¹	Recomendada en pacientes seronegativos que tengan un recuento de $CD4 > 200$ células/ mm^3 . Pauta 2 dosis (0, 3 meses). No usar vacuna tetravírica.

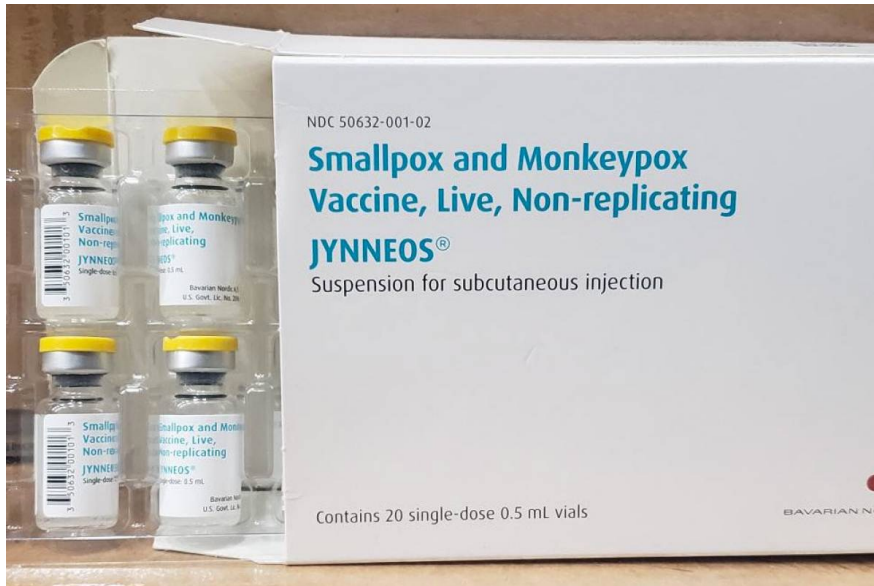
¹ Se requieren técnicas de alta sensibilidad como la fluorescencia indirecta contra antígeno de membrana (FAMA)



VACUNACION EN EL PACIENTE VIH

• MONKEYPOX:

- Practicas de riesgo incluido ocupacional
- dosis de 0,1 ml por vía intradérmica (ID)
- Dos dosis separadas 28 días



• VARICELA-ZOSTER:

- Elevado riesgo de desarrollar HZ (10 a 20 veces mayor que en la población general de la misma edad). A pesar de que el tratamiento antirretroviral reduce el riesgo de desarrollo de HZ, continúa siendo de 3-5 veces mayor en estos pacientes.
- CD4>200 en cualquier momento
- CD4<200 valorar individualmente
- Dos dosis con dos meses de separación.



Actualización de las recomendaciones de vacunación en el brote de viruela del mono.
Aprobado por la Comisión de Salud Pública el 5 de diciembre de 2022: 8
https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/MonkeyPox/docs/Estrategia_vacunacion_Monkeypox_07122022.pdf

Grupo de trabajo de vacunación frente a herpes zóster de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones.
Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, marzo 2021.
Actualización Abril 2023.



León
9 y 10 de Junio



VACUNACION EN EL PACIENTE VIH

- VPH:
 - Se recomienda la vacunación de personas con infección por el VIH, independientemente de la carga viral, el nivel de CD4 o la existencia o no de tratamiento antivírico, aunque la respuesta será mejor en pacientes con tratamiento antirretroviral y con niveles de CD4 > 200 células/mm³.
 - Virus oncogénico 16 y 18.
 - Se vacuna 9-14 dos dosis
 - En calendario hasta los 26 años (0,2 y 6 meses)



Grupo de trabajo vacunación población adulta y grupos de riesgo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, julio 2018. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/programasDeVacunacion/riesgo/docs/VacGruposRiesgo_todas_las_edades.pdf



A Randomized, Placebo-Controlled Trial of the Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccine in Human Immunodeficiency Virus-Infected Adults Aged 27 Years or Older: AIDS Clinical Trials Group Protocol A5298

Timothy J. Wilkin,¹ Huichao Chen,² Michelle S. Cespedes,³ Jorge T. Leon-Cruz,² Catherine Godfrey,⁴ Elizabeth Y. Chiao,⁵ Barbara Bastow,⁶ Jennifer Webster-Cyriaque,⁷ Qinghua Feng,⁸ Joan Dragavon,⁹ Robert W. Coombs,^{9,10} Rachel M. Presti,¹¹ Alfred Saah,¹² and Ross D. Cranston¹³

Background. Adults living with human immunodeficiency virus (HIV) are at increased risk for anal and oropharyngeal cancer caused by human papillomavirus (HPV). The efficacy of HPV vaccines in this population is unknown.

Methods. In this phase 3, double-blind, randomized, controlled trial, we assigned HIV-infected adults aged ≥ 27 years to the quadrivalent HPV (types 6, 11, 16, 18) vaccine or placebo (1:1) stratified by sex and presence of anal high-grade squamous intraepithelial lesions on biopsy (bHSIL). The primary endpoint was vaccine efficacy against incident persistent anal infection with quadrivalent vaccine types or single detection at the final visit that were not present at baseline. Secondary endpoints included vaccine efficacy for anal bHSIL after week 52, persistent oral HPV infection.

Results. A total of 575 participants were randomized. The Data and Safety Monitoring Board stopped the study early due to futility. Vaccine efficacy was 22% (95.1% confidence interval [CI], –31%, 53%) for prevention of persistent anal infection or single detection at the final visit, 0% (95% CI –44%, 31%) for improving bHSIL outcomes and 88% (95.1% CI 2%, 98%) for preventing persistent oral HPV infection, but was 32% (95.1% CI –80%, 74%) for 6-month persistent oral HPV infection or single detection at the final visit.

Conclusions. These results do not support HPV vaccination of HIV-infected adults aged ≥ 27 years to prevent new anal HPV infections or to improve anal HSIL outcomes. However, our data suggest a role for prevention of oral HPV infections, but this finding should be confirmed in future studies.

Clinical Trials Registration. NCT01461096.

Keywords. human papillomavirus; HIV-1 infection; anal dysplasia; HPV vaccination; oral HPV infection.



PREVENCION DEL VIH: PreP y PEP

- Prescripción diaria de TDF/FTC
- Financiado en España desde 2019 e implantado en todas las CCAA
- Mayo 2022: 1398 personas/3037 en tto (estimado >13000 personas)

Los criterios de indicación de PrEP vigente en el periodo de estudio (3) son:

a) Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y mujeres trans con al menos dos de los siguientes criterios:

- Más de 10 parejas sexuales diferentes en el último año.
- Practica de sexo anal sin preservativo en el último año.
- Uso de drogas relacionado con el mantenimiento de relaciones sexuales sin preservativo en el último año (Chemsex).
- Administración de profilaxis post-exposición en varias ocasiones en el último año.
- Al menos una infección de transmisión sexual (ITS) bacteriana en el último año.

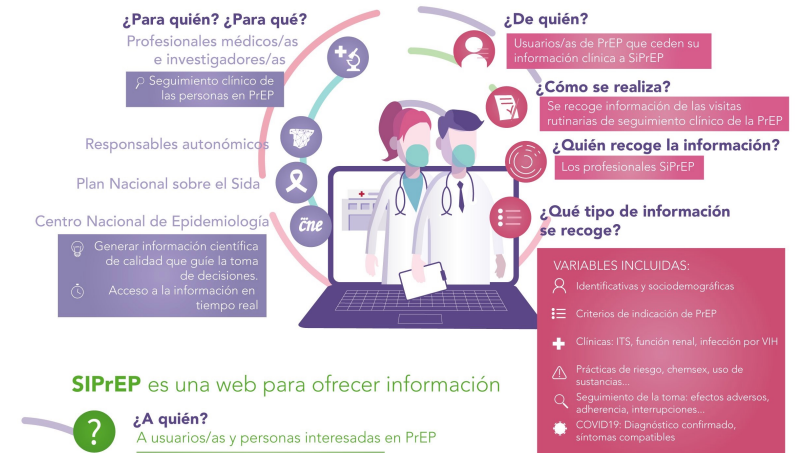
b) Mujeres en situación de prostitución que refieran un uso no habitual de preservativo.

c) Desde el 1 de diciembre de 2021, mujeres y hombres, y usuarios de drogas inyectadas con prácticas de inyección no seguras, que refieran un uso no habitual del preservativo y que presenten al menos dos de los criterios anteriormente mencionados.

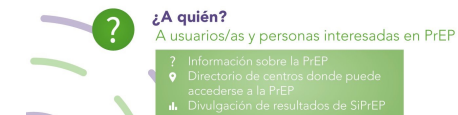
Sistema de Información de Programas de
Profilaxis Preexposición



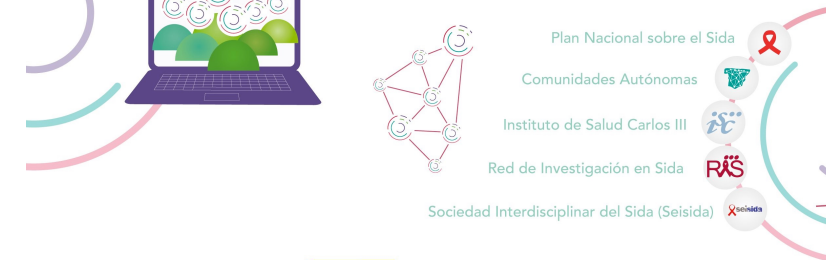
SiPrEP es un aplicativo web para recoger información



SiPrEP es una web para ofrecer información



SiPrEP es un proyecto colaborativo



División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis. Sistema de información de programas de Profilaxis Pre-exposición al VIH en España (SiPrEP). Informe de resultados noviembre 2019-mayo 2022. Ministerio de Sanidad, julio 2022.



PREVENCION DEL VIH: PreP y PEP

Tabla 7. ITS en la visita basal

ITS	Nº	Porcentaje (%)
Sífilis	134	9,6
Gonococia	117	8,4
Infección por <i>Chlamydia trachomatis</i>	102	7,3
Linfogranuloma venéreo	4	0,3

*Categorías no excluyentes. Porcentajes calculados sobre 1.398 usuarios en PrEP.

Tabla 8. Localización de la gonococia e infección por *Chlamydia trachomatis* en la visita basal

Localización	Gonococia		Infección por <i>Chlamydia trachomatis</i>	
	Nº	Porcentaje (%)	Nº	Porcentaje (%)
Uretral	24	20,5	18	17,6
Rectal	62	53,0	74	72,6
Faríngeo	50	42,7	16	15,7
Desconocido	1	0,8	2	2,0

*Categorías no excluyentes. Porcentajes calculados sobre los usuarios en PrEP con resultado positivo prueba correspondiente.

Tabla 10. Hepatitis virales en la visita inicial

Hepatitis A	Nº	Porcentaje (%)
Inmune*	760	54,4
Susceptible	457	32,5
No consta información	181	12,9
Hepatitis B		
Inmune*	879	62,9
Susceptible	391	28,0
Infección crónica**	7	0,5
No consta información	121	8,7
Hepatitis C		
Caso incidente de Hepatitis C	8	0,6
Negativo	1.302	93,1
No consta información	88	6,3
Total	1.398	100



León
9 y 10 de Junio



PREVENCION DEL VIH: PreP y PEP

- Consumo de drogas 30%: Popper, cocaína...
- Uso del preservativo irregular
- 9% de interrupciones en el tratamiento → 80% vuelven
 - Percepción de NO RIESGO (20%)
 - Motivos personales (17%)
 - Otros: efectos secundarios, aislamiento pandemia COVID, mala adherencia...
- Tres casos de seroconversión (0,2%): en los tres primeros meses, uno de ellos mala adherencia...
- 1,4% de casos incidentes de VHC
- No casos de VHA y VHB
- 12% gonococia, 9,7% sífilis, 9,4% *Chlamydia trachomatis*, 1% LGV.



León
9 y 10 de Junio



PREVENCION DEL VIH: PreP y PEP

PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN (PPE) CUANDO EL RESTO DE MEDIDAS PREVENTIVAS HAYA FALLADO

Top Left: “La profilaxis post exposición (PPE) es una medida de prevención secundaria dirigida a evitar el desarrollo de la infección por el VIH tras una exposición de riesgo, por vía sexual o parenteral.”

Top Right: “Si has estado expuesto a una situación de riesgo y no han transcurrido 72 horas desde la exposición al VIH...”

Bottom Left: “...debes acudir, preferiblemente en las 6 primeras horas, al servicio de urgencias de un hospital, ...”

Bottom Right: “... donde valorarán el riesgo y podrán aconsejarle iniciar un tratamiento preventivo con fármacos antirretrovirales durante 28 días, que podría evitar la infección.”

<https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfi/esiones/enftransmisibles/sida/docs/profilaxispostexposicionVIH20jul17.pdf>



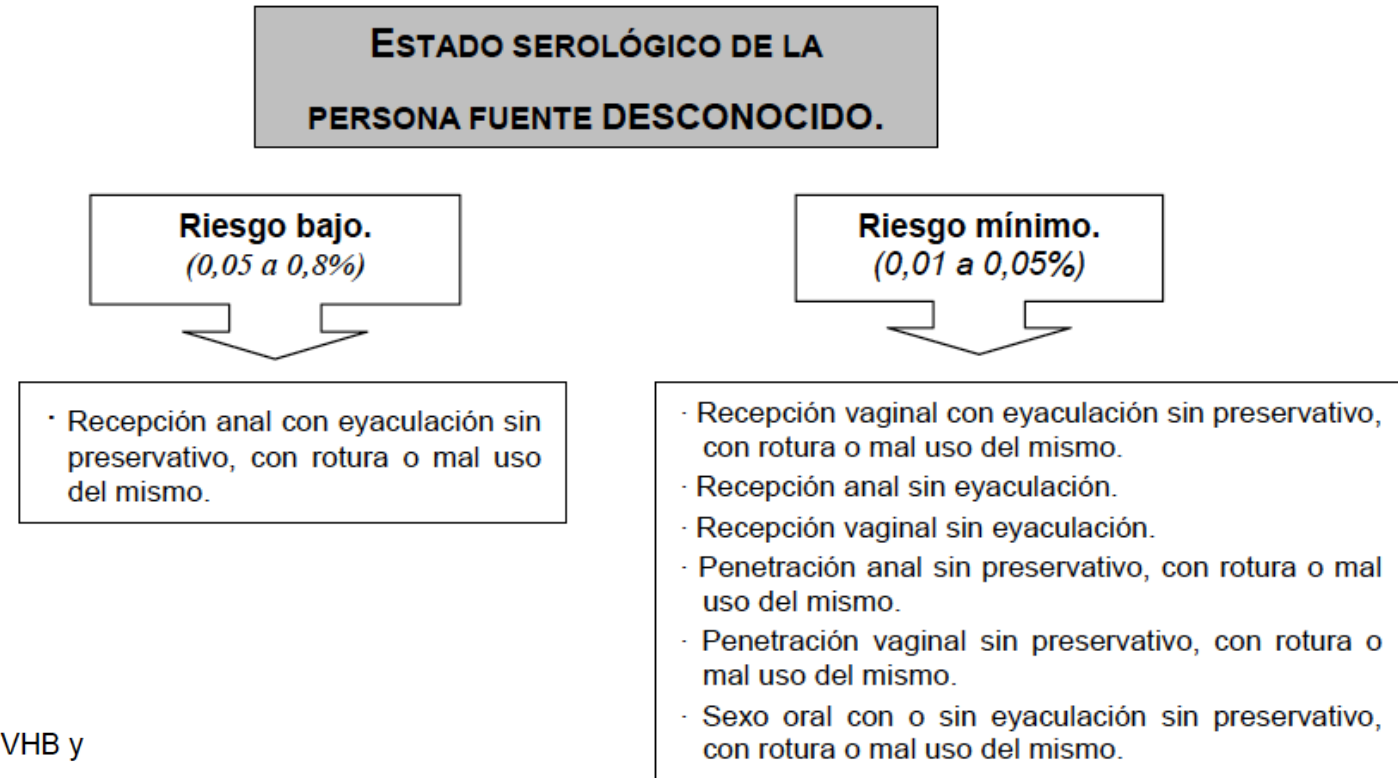
PREVENCIÓN DEL VIH: PreP y PEP

- Decisión de inicio consensuada médico-paciente: valoración del riesgo individualizada.
- Antes de 6h nunca más allá de 72h
- 4 semanas
- Evaluación inicial: hemograma y BQ: función renal y perfil hepático. Serologías VIH, VHB y VHC
- Valorar otras ITS: plantear recogida de muestras y tratamiento...
- 2ITIAN (TDF/FTC)+1 INI (RAL)/IP

Seguimiento posterior.

Si se le administra la profilaxis.

- A los 15 días tras la exposición: analítica general.
- A los 45 días tras la exposición: analítica general, serología para el VIH[#], VHB y VHC, y repetir test de embarazo.
- A los 3 meses tras la exposición: serología para el VIH[#], VHB y VHC.
- A los 6 meses tras la exposición: serología para el VIH[#], VHB y VHC.
- Al año tras la exposición: valorar si se realiza serología para el VIH[#].

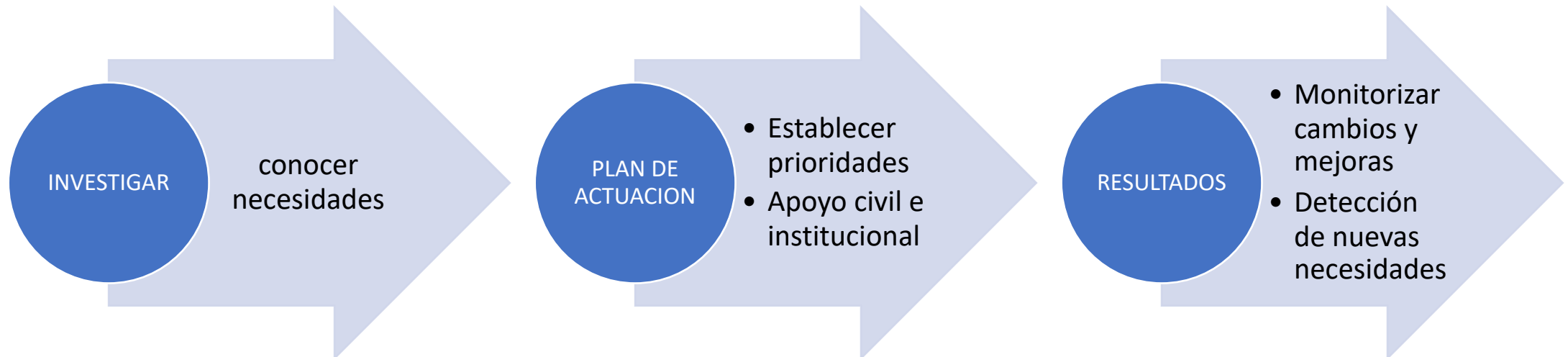




León
9 y 10 de Junio



OBJETIVOS PARA EL FUTURO





León
9 y 10 de Junio



OBJETIVOS PARA EL FUTURO

▼ Figura 7: Modelo de cuidados del VIH en España

	1 Identificación y captación	2 Diagnóstico	3 Gestión y cuidados clínicos	4 Seguimiento
Objetivos	■ Detección precoz de casos	■ Confirmación diagnóstica y evaluación inicial	■ Lograr supresión viral y recuperar la función inmunológica	■ Controlar la evolución del paciente
Oferta de cuidados	■ Identificación de pacientes con sospecha de infección. ■ Realización de test. ■ Seguimiento periódico de citas para poblaciones a riesgo. ■ Valorar PPE y PrEP. ■ Asegurar derivación al SS para confirmación del diagnóstico. ■ Educación sanitaria.	■ Test confirmación del diagnóstico. ■ Registro casos vigilancia epidemiológica. ■ Evaluación clínica inicial: anamnesis, examen físico, hábitos tóxicos y sexuales, antecedentes ITS, comorbilidades, evaluación farmacológica, estudio contactos, etc. ■ Evaluación de laboratorio: hemograma, bioquímica general, carga viral, linfocitos CD4 / CD8, estudio genotípico, serologías VHC, VHB, otras ITS etc. ■ Vacunaciones preventivas. ■ Valorar derivaciones a ginecología, pediatría y otros especialistas. ■ Educación sanitaria.	■ Prescribir tratamientos: TAR, efectos adversos TAR, infecciones oportunistas, comorbilidades, co-infecciones y otras ITS. ■ Prevención y profilaxis de infecciones oportunistas, comorbilidades, co-infecciones y otras ITS a través de inmunizaciones y otras terapias. ■ Valorar derivaciones a otros servicios o especialistas: Ingresos hospitalarios, cuidados de hospital de día, unidades de reproducción, unidades atención drogodependencias, apoyo psicológico, nutricionista, trabajo social etc. ■ Educación sanitaria.	■ Monitorización y seguimiento de la respuesta al TAR: carga viral y nivel CD4, efectos adversos, toxicidad, intolerancia, adherencia, resistencias, etc. ■ Monitorización y seguimiento de infecciones oportunistas, comorbilidades, co-infecciones. ■ Planificar revisiones de monitorización del tratamiento. ■ Educación sanitaria.

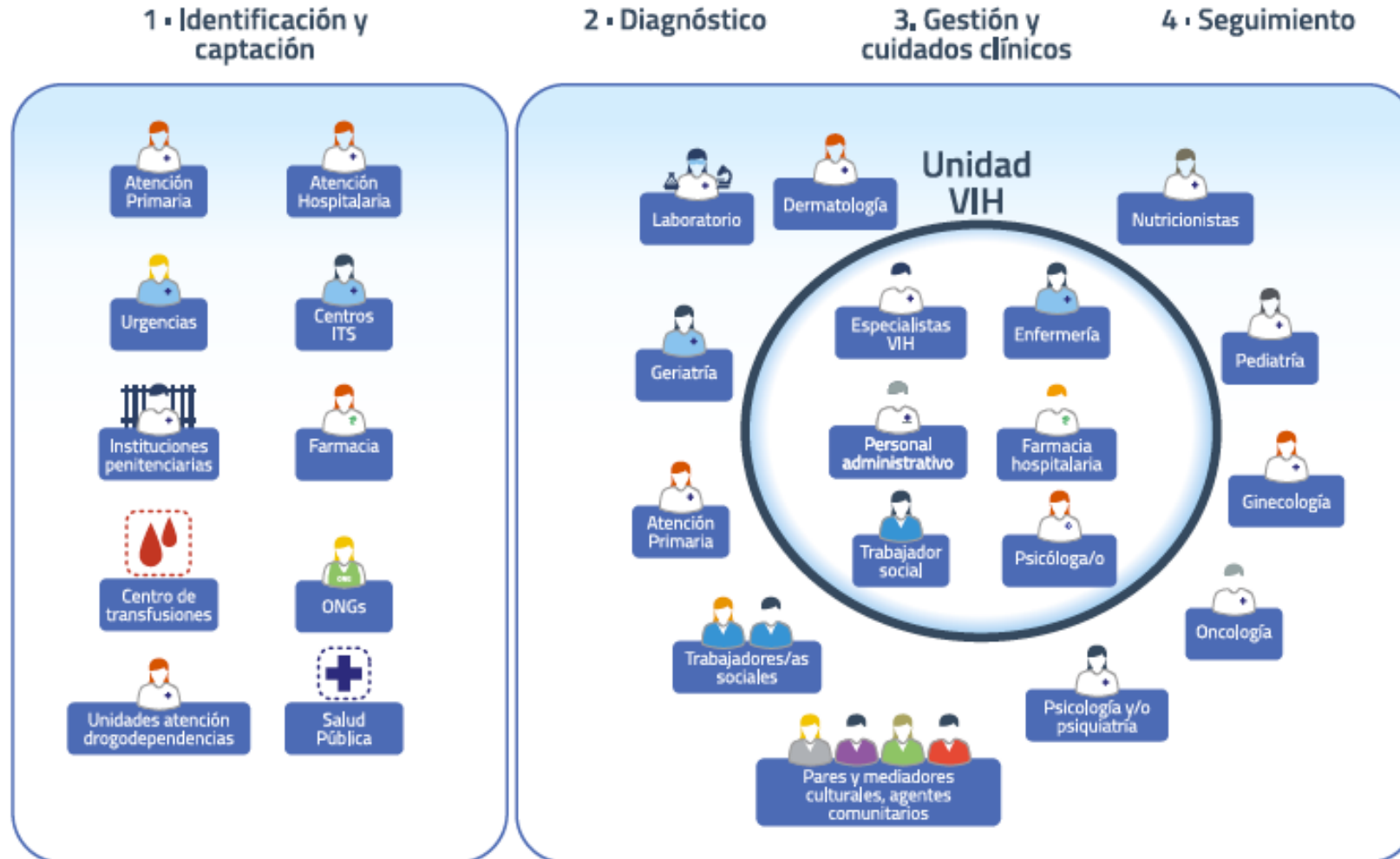
Fuente: SI-Health. Adaptación Gesida (2018); Casanova et al. (2013)



León
9 y 10 de Junio



▼ Figura 8: Agentes del modelo de cuidados del VIH en España



Fuente: SI-Health. Adaptación Gesida (2018); Casanova et al. (2013)

ACCIONES DE MEJORA

ACTIVIDADES PREVENTIVAS



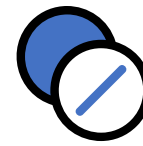
Elevar el índice de sospecha.
Estudio de contactos
Promoción de salud sexual segura
Programas PrEP

DIAGNOSTICO PRECOZ



Solicitar siempre serología VIH.
Implicar a Atención Primaria.
Campañas de cribado dirigidas a poblaciones diana: autotest, test rápidos...

TRATAMIENTO



Acceso igualitario y precoz al tratamiento ATR



León
9 y 10 de Junio



OBJETIVOS PARA EL FUTURO





¿CUÁLES SON TUS RAZONES PARA HACERTE LA PRUEBA DEL VIH?

DÍA MUNDIAL DEL SIDA 2020

UNA CAMPAÑA DE

CESIDA
Coordinadora estatal de VIH y sida

COLABORA

GILEAD
Creating Possible

AVAL CIENTÍFICO

seisida

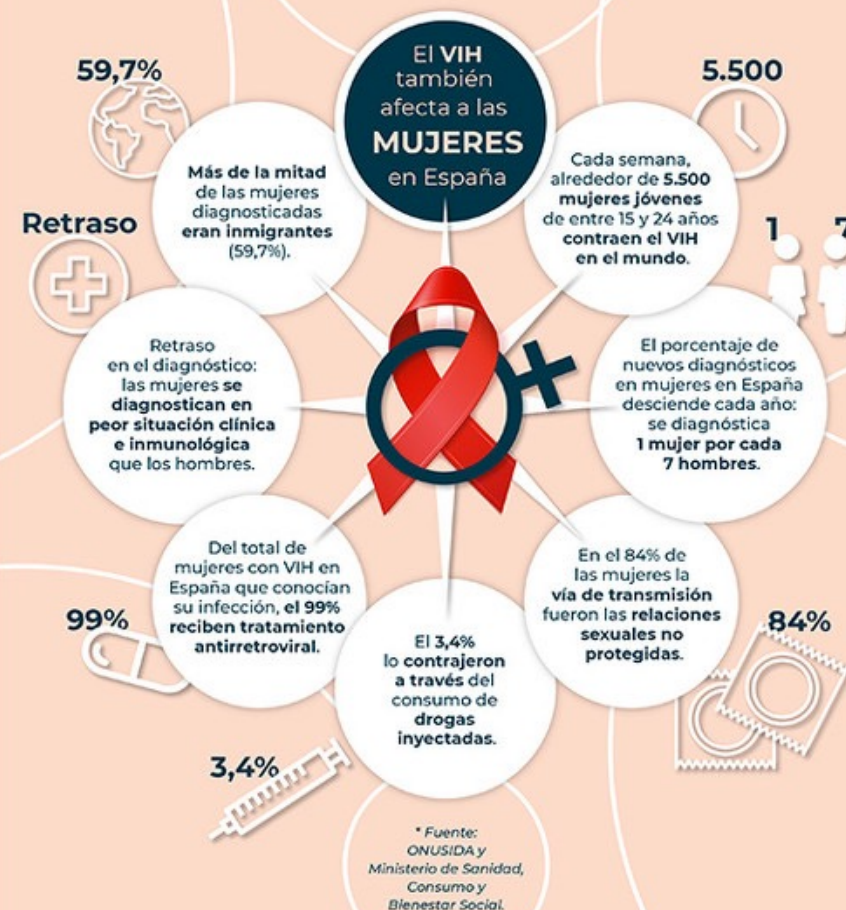
GeSIDA

RIS

PRODUCCIÓN

VEP

¿CUÁLES SON TUS RAZONES PARA HACERTE LA PRUEBA DEL VIH?





León
9 y 10 de Junio



Metas urgentes

para el año 2020

90-90-90

Tratamiento

500 000

Nuevas infecciones entre adultos

CERO

Discriminación

para el año 2030

95-95-95

Tratamiento

200 000

Nuevas infecciones entre adultos

CERO

Discriminación



León
9 y 10 de Junio

