

VIH/SIDA

Pron3stico y tratamiento presentaci3n

Los tratamientos actuales para el sida son eficaces y bastante bien tolerados, aunque de momento siguen siendo de por vida, con consecuencias tanto para los pacientes como para el sistema sanitario. Si bien se ha conseguido que el sida pueda considerarse una enfermedad cr3nica, todav3a existen desaf3os como el retraso en el diagn3stico, el hecho de que se haya «bajado la guardia», el alto porcentaje de personas que no reciben tratamiento y el coste de este.

debate

Como introducci3n, Antoni Vila Casas record3 los datos m3s relevantes del *Informe Quiral* dedicado a la comunicaci3n de VIH y sida. Este documento, presentado en junio pasado, inclu3a un an3lisis de la evoluci3n en la comunicaci3n sobre VIH/sida en sus m3s de 30 a3os de historia y revisaba la cobertura period3stica dada en 2012. Ese a3o aparecieron m3s de 500 piezas period3sticas en los medios analizados (diarios y cadenas de televisi3n y radio espa3olas, brit3nicas y norteamericanas). La atenci3n informativa durante ese a3o, similar a la observada en la actualidad, se centra fundamentalmente en las noticias sobre avances en investigaci3n y tratamientos.

Luego inici3 su ponencia Bonaventura Clotet centr3ndose en la situaci3n de los tratamientos actuales y en la necesidad de establecer un diagn3stico precoz. Hoy en d3a se busca tratar cuanto antes a los pacientes para evitar que se destruya su sistema inmunitario. Para esto es importante el diagn3stico precoz. Hay un nuevo concepto de *tratamiento como prevenci3n* que consiste en tratar a todos desde el principio no solo por el beneficio para el paciente, sino tambi3n para evitar contagios. Antes se empezaba a tratar cuando los linfocitos

CD4 bajaban a menos de la mitad (diversos motivos llevaban a esta espera, entre los que destaca la agresividad de los primeros f3rmacos). Hoy se dispone de 28 f3rmacos, de los cuales se est3n empleando los 15 menos t3xicos y m3s potentes que apuntan a seis dianas diferentes del ciclo celular del VIH. Cuando se inicia, dedican tiempo a explicar que ser3 de por vida y que es muy importante la regularidad en su cumplimiento porque su esperanza de vida depender3 mucho de no agotar posibilidades terap3uticas. El 3xito del tratamiento actualmente es del 90 %; el 10 % que fracasan son, en general, aquellos que no lo han cumplido bien y, por tanto, tienen mayor riesgo de virus resistentes.

En su turno, Josep M. Gatell tom3 la palabra ofreciendo un repaso hist3rico de los avances en tratamiento y pron3stico. Destac3 que entre los a3os 1996 y 2006 comenz3 la era de los f3rmacos antirretrovirales de alta eficacia, eran bastante t3xicos e inc3modos (el paciente deb3a tomar muchas pastillas). Esto ha mejorado 3ltimamente con tratamientos que incorporan tres o cuatro principios qu3micos en una 3nica pastilla diaria. De este modo, se consigue un mejor cumplimiento, la esperanza de vida de los infectados se est3 acercando a la de la poblaci3n general. En concreto, en Catalu3a la esperanza de vida hoy, para personas con VIH/sida, es de m3s de 70 a3os (una diferencia de unos 10 a3os con la media de la poblaci3n). A pesar de estos datos prometedores existen preocupaciones. No se sabe qu3 ocurrir3 a largo plazo porque los tratamientos m3s largos llevan 10-15 a3os. Por otro lado est3 el alto consumo de recursos sanitarios y econ3micos. Si bien el coste de un d3a de tratamiento es m3s bajo que el de muchas enfermedades, al durar 30-40 a3os se encarece. Adem3s, como la mortalidad es pr3cticamente nula, si cada a3o en Catalu3a se infectan 700 nuevas personas, el siguiente a3o habr3 m3s pacientes consumiendo recursos. Por otra parte, en Espa3a, con un sistema sanitario universal y sofisticado, solo el 50 % de infectados reciben tratamiento y est3n bien controlados. En el 50 % que no est3 tratado hay que incluir los que no saben que est3n infectados, los que lo saben pero no reciben tratamiento, los que lo reciben pero no lo cumplen, etc. (una especie de *cascada sanitaria*). El porcentaje de no tratados es mucho mayor en pa3ses africanos, pero tambi3n en pa3ses con recursos, como Estados Unidos, por las diferencias en su sistema sanitario. Un desaf3o es reducir la brecha de esperanza de vida a carencias del tratamiento antirretroviral. Tambi3n la b3squeda de la remisi3n completa con vacunas terap3uticas es algo que se est3 investigando.

Con la colaboraci3n:

El tratamiento debe realizarse de por vida y con una estricta cumplimentación terapéutica

sida epidemiológicamente como la tuberculosis y si se pueden aplicar estrategias preventivas como los estudios de contacto.

Àngels Gallardo, de *El Periódico de Catalunya*, preguntó cuál es el porcentaje de pacientes tratados que han agotado cuatro o cinco familias de fármacos y se han quedado con una (o ninguna) opción terapéutica. Ana Macpherson, de *La Vanguardia*, se interesó por saber si existe alguna experiencia en el mundo que haya funcionado para reducir ese 50% que no está bien tratado. Marta Ciércoles, periodista de *Avui*, hizo dos preguntas. Primero si con los recortes presupuestarios hubo algún cambio respecto a las pautas de medicación. Segundo, con experiencias en otros países de hacer la prueba de VIH a enfermos que ingresaban a unidades de agudos, si esta sería una estrategia eficaz para detección precoz.

Respondiendo a las preguntas, Josep M. Gatell recordó que actualmente se busca conseguir la cura funcional, como en cáncer y otras infecciones, con vacunas terapéuticas que eviten tratamientos de por vida. Otra mejora será el reemplazo de la pastilla diaria por inyecciones aplicadas cada 2 o incluso 6 meses, esto hará que en poco tiempo el tratamiento sea aún más cómodo. En cuanto a estrategias como las de tuberculosis señaló que sí se están haciendo estudios de contacto y que podrían funcionar. Sobre el tema de cobertura sanitaria recalcó que si bien sería ideal llegar al 100%, la nuestra está entre las mejores del mundo ya que otros países como Estados Unidos llegan tan solo a un 20-25% de cobertura. En cuanto a detección precoz sí que hay iniciativas, sin embargo cree que la mejor estrategia no es hacer la prueba a todos, sino dirigida según índices de sospecha. Con respecto a los cambios terapéuticos existen múltiples razones, incluida la mejora de la relación coste-eficacia.

Bonaventura Clotet, por su parte, respondió que como estrategia novedosa están desarrollando una vacuna en Cataluña que ha tenido buenos resultados en animales y esperan probarla en humanos en pocos años. Como la vacuna sola no alcanza para erradicar el virus la están probando en combinación con un fármaco *anti-PDI*, que haría reconocibles las células latentemente infectadas. Esta investigación es

líder pero requiere mayor financiamiento para probarla. Respecto a medidas preventivas, retomó la idea de insistir en el cambio de hábitos de los jóvenes, cree que en las escuelas se debería hablar aún más de sexo y enfermedades de transmisión sexual porque uno de los grupos que más se infecta es el de hombres jóvenes que mantienen relaciones sexuales con hombres. En el caso de antirretrovirales, agregó el Dr. Gatell, de momento solo hay genéricos de 3 de los 28 que se usan, con el inconveniente de que aún no se pueden combinar en un única pastilla. El Dr. Clotet reflexionó sobre la necesidad de buscar un equilibrio coste-eficacia.

Retomando el tema epidemiológico intervino Joan Caylà, jefe del Servicio de Epidemiología de la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB). Consideró que no se pueden olvidar otras medidas. Para él la gran asignatura pendiente es el estudio de contactos. En el caso de la tuberculosis se realizan hace más de 25 años con éxito. En el caso de VIH y sobre programas piloto, se ha observado que, entre los contactos de los infectados, el 20 % estaban infectados sin saberlo. Es un porcentaje muy alto, que convierte al colectivo homosexual en prioritario. Bonaventura Clotet agregó que en saunas los datos indican que serían 1 de cada 5 o 6 quienes pueden estar infectados. Si bien no se puede estigmatizar, se tiene que informar adecuadamente para que hagan prevención, porque tras infectarse puede ser difícil saber con quién se ha tenido el contacto. Como cierre de esta cuestión, Joan Ramon Villalbí, de la ASPB, recordó que las enfermedades de transmisión sexual son de notificación nominal desde hace muy poco y los estudios de contacto también recientes. Para él es importante que el mensaje, tanto desde el entorno clínico como desde los medios de comunicación, no sea equivocado al poner énfasis en la prueba o el tratamiento, olvidándose de remarcar que lo más importante es la prevención.

A continuación, la Dra. Montserrat Viladomiu, de la Fundació Vila Casas, preguntó si en el caso de VIH los controles de los genéricos deberían ser mayores debido a las posibilidades de generar resistencia. A esto respondió Bonaventura Clotet que habría que ver cada caso en particular ya que depende de cada fármaco. Tomando la palabra Joan Albert Arnaiz, del Servicio de Farmacología del Hospital Clínic, remarcó la importancia de no dar mensajes confusos relacionados con los genéricos, estos tienen la ventaja de ser más baratos, pero tienen controles y el mismo principio activo que el original. Las diferencias en los excipientes que puedan influir en la tolerabilidad no se deben al hecho de que sean genéricos. A esto Josep M. Gatell agregó que estas variaciones también se dan entre fármacos originales,

insistiendo en la importancia de no confundir a la población. También en este tema hizo su aportación Antoni Vila Casas recordando que en los casos que se necesita una composición exacta, como en ciertos fármacos para el tiroides, el Centro Nacional de Farmacología no permite hacer genéricos, y que en los casos permitidos suelen ser los mismos laboratorios que fabrican los originales los que producen líneas de genéricos con los mismos estándares.

Siguiendo el debate, Jordi Rius, cardiólogo, se mostró preocupado por la falta de conciencia en la juventud acerca de esta enfermedad. Recalcó que si bien es muy importante continuar buscando terapias sigue siendo vital la profilaxis. Por su parte, Lurdes Alonso, del Sindicato de Médicos de Cataluña, preguntó si podría haber una mayor coordinación entre los centros de atención primaria que envían a sus pacientes a realizar la prueba y los hospitales que recogen a estos pacientes. El Dr. Gatell respondió que el seguimiento se puede realizar a través de la historia clínica compartida y que hay un programa piloto para que los infectados puedan ser controlados por sus médicos de familia, en contacto directo con el equipo del hospital a través de telemedicina.

Montserrat Pinyol, del Patronato de IrsiCaixa, preguntó cuántos eran los enfermos hoy día y cuánto costaba tratarlos. El Dr. Clotet respondió que en Cataluña hay unos 30 000 enfermos y en España unos 150 000. Josep M. Gatell agregó que el coste del tratamiento antirretroviral es de unos 150 millones de euros en Cataluña y 600 millones en España. Para acabar remarcó la importancia de los recursos, ya que de ello dependerá la velocidad a la que se pueda avanzar y el número de líneas de investigación que se puedan desarrollar en paralelo.

conclusiones

Los tratamientos farmacológicos han logrado que, a día de hoy, el sida pueda ser considerado como una **enfermedad crónica**. Se ha conseguido mejorar la calidad de vida de los pacientes y, prácticamente, igualar la esperanza de vida a la de una persona no afectada por el virus (5-10 años inferior). En la actualidad, más de 34 millones de personas viven infectadas por el VIH y las principales vías de transmisión son el contacto sanguíneo y el sexual. En 1981 se detectaron los primeros casos de neumonía por *Pneumocystis carini* y de sarcoma de Kaposi en colectivos homosexuales, describiéndose así el cuadro de inmunodeficiencia humana. En 1982 se descubrió la implicación de un retrovirus en esta enfermedad

(VIH) y en 1981 se registró el primer caso en Cataluña. En 1987 se desarrolló el primer fármaco de eficacia demostrada.

El conocimiento molecular del VIH nos ha ayudado a entender la historia natural de la infección, factor crucial para la optimización de la terapia y el desarrollo de vacunas con la finalidad de restablecer el sistema inmunitario. La investigación y desarrollo de fármacos activos contra el VIH se inició rápidamente. En 1987 el primer fármaco aprobado fue la azidotimidina o zidovudina (AZT), con muchos efectos secundarios indeseables. Hoy se dispone de más de 27 antirretrovirales y, la combinación de varios fármacos o TARGA (*terapia antirretroviral de gran actividad*) ha conseguido reducir la carga viral a niveles indetectables, permitiendo, además, una recuperación de los linfocitos T circulantes. Por ello se recomienda iniciar el tratamiento desde el diagnóstico y evitar así la transmisión (tanto por vía sexual, sanguínea, como por jeringas).

Este hecho ha logrado cambiar el curso natural de la enfermedad, al disminuir drásticamente la morbimortalidad y aumentar muchísimo la esperanza de vida. A la vez actúa como tratamiento preventivo ya que, si todos los enfermos se tratasen y alcanzasen niveles indetectables de virus en la sangre, se conseguiría frenar la pandemia.

Hoy día, el 90 % de personas cronifican la enfermedad. Solo un 2-3 % de los pacientes se vuelven resistentes a todos los tratamientos y, generalmente, como consecuencia de una mala adherencia al tratamiento. El tratamiento TARGA solo es activo contra los virus que se replican activamente y no actúa sobre el reservorio vírico. Teniendo en cuenta estas limitaciones, el desarrollo de estrategias para la erradicación del virus, como la fabricación de una vacuna y la creación de un fármaco que logre la eliminación completa del reservorio vírico en los individuos infectados, es crucial.

Ya podemos considerar la infección por VIH como una enfermedad crónica, aunque con matizaciones: en primer lugar, **el tratamiento debe realizarse de por vida y con una estricta cumplimentación terapéutica**, pues el virus tiene una gran facilidad para mutar y crear resistencias, lo que ocurre fundamentalmente cuando la adherencia al tratamiento por parte del paciente no es buena. En segundo lugar, **la toxicidad de los antirretrovirales es importante** y pueden generar efectos secundarios indeseables a nivel cardiovascular, renal, óseo, lipodistrofias... En tercer lugar, **el alto coste del tratamiento pone en riesgo la sostenibilidad del sistema público de salud** y se generan diferencias entre países.

La complejidad del asunto es enorme y requiere un esfuerzo científico y económico muy importante. Con la finalidad de realizar un abordaje internacional se ha creado el Global HIV Vaccine Enterprise, y en Cataluña se ha constituido una institución mixta (pública/privada) llamada HIVACAT para el estudio y desarrollo de vacunas, con la que colaboran el Hospital Clínico de Barcelona, IrsiCaixa y Laboratorios Esteve, entre otros, y cuyo proyecto está dirigido por los Dres. Clotet y Gatell.

Los modelos de vacuna terapéutica están muy avanzados, pero solo con esta no conseguiremos erradicar el virus, pues la prevención de la transmisión sigue siendo lo más importante. Se han desarrollado proyectos piloto de estudios de contactos que han demostrado cierta rentabilidad y que deberían potenciarse. En los últimos 25 años, los avances en el conocimiento y tratamiento de esta enfermedad han sido espectaculares y seguro que, en un futuro próximo, los grandes especialistas que se dedican a estudiarla, lograrán su curación.

El Proyecto Quiral es fruto de la colaboración entre la Fundación Vila Casas y el Observatorio de la Comunicación Científica, de la Universidad Pompeu Fabra.

Ponentes: Bonaventura Clotet (director del IrsiCaixa) y Josep M. Gatell (jefe del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínico de Barcelona)

Fundació Vila Casas: Antoni Vila Casas, Miquel Vilardell Tarrés, Montserrat Viladomiu, Jordi Vilaseca y M. José Alcoriza

OCC-UPF: Vladimir de Semir, Gema Revuelta de la Poza y Ágata d'Agostino Baizán

Periodistas: Marta Ciércoles (*Avui*), Carmen Fernández (*Diario Médico*), Àngels Gallardo (*El Periódico de Catalunya*), Ana Macpherson Mayol (*La Vanguardia*) y Milagros Pérez Oliva (*El País*)

Han participado en el debate: Lurdes Alonso (sindicato Metges de Catalunya), Joan Albert Arnaiz (Servicio de Farmacología del Hospital Clínico), Roser Bastida, Eva Caballero, Mar Escarrabill, Lidia Montes, Marta Pérez Molina y Adelaida Sarukhan (Máster OCC-UPF), Vicenç Català y M. Àngels Rigola Tor (Unidad de Biología Celular y Genética Médica, Facultad de Medicina, UAB), Joan Caylà (Servicio de Epidemiología de la Agencia de Salud Pública de Barcelona), Matilde Gordero (responsable de prensa IrsiCaixa), Gemma Guillén (responsable de comunicación Fundació Lluita contra la Sida), Sebastien Meyer (Stop Sida y miembro de la Junta Directiva del Comitè 1r de Desembre), Montserrat Pinyol (IrsiCaixa), Jaume Piulat (Real Academia de Farmacia de Cataluña), Jordi Rius Garriga, Domingo Rodríguez Sotillo (Hospital Universitario Vall d'Hebron), Oriol Valls (Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona) y Joan Ramon Villalbí (Agencia de Salud Pública de Barcelona).

Coordinación: M. José Alcoriza
(Debate celebrado en Barcelona el 25 de febrero de 2014)

Opinión Quiral. Con la voluntad de profundizar en el tema tratado en el Informe Quiral, la Fundación Vila Casas organiza dos veces al año y con temas distintos un debate abierto en el que representantes del mundo sanitario, periodistas y público en general intercambian

opiniones y extraen conclusiones. Con ello, la Fundación Vila Casas pretende contribuir a la formación de buenos criterios sanitarios que redunden en beneficio de la sociedad. Con estas conclusiones la Fundación Vila Casas edita la **Opinión Quiral**.

ESPAI
VolART
BARCELONA

ESPAI
VolART2
BARCELONA

CAN
FRAMIS
BARCELONA

CAN
MARIO
PALAFRUGELL

PALAU
SOLTERRA
TORROELLA

FUNDACIÓ
VILA CASAS

Oficines

Carrer Ausiàs Marc, 20, pral.
08010 Barcelona
Tel. 93 481 79 80
fundacio@fundaciovilacasas.com
www.fundaciovilacasas.com

Espai Volart / Volart 2

Carrer Ausiàs Marc, 22
08010 Barcelona
Tel. 93 481 79 85
espaiolart@fundaciovilacasas.com

Can Framis

Carrer Roc Boronat, 116-126
08018 Barcelona
Tel. 93 320 87 36
canframis@fundaciovilacasas.com

Can Mario

Plaça Can Mario, 7
17200 Palafrugell (Girona)
Tel. 972 306 246
canmario@fundaciovilacasas.com

Palau Solterra

Carrer de l'Església, 10
17257 Torroella de Montgrí (Girona)
Tel. 972 761 976
palausolterra@fundaciovilacasas.com

Próximo coloquio abierto **Opinión Quiral:**

Fecha: Noviembre 2014

Más información: www.fundaciovilacasas.com

Hora: 10h a 12h

Lugar: Ausiàs Marc, 22 Pl. baja

Aforo limitado

Tel. 93 481 79 80

Año 2014 Número 34.2

Publica: Fundació Vila Casas
Observatori de la Comunicació Científica (OCC, UPF)

© Fundació Vila Casas, 2014

Edición: Rubes Editorial
Diseño gráfico: www.anaclapes.com

ISSN: 2013-486X
Depósito legal: B-7834-2009