

Artículo de Opinión

Infección por VIH en el primer mundo: ¿Qué nos queda pendiente?

Santiago Moreno

Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Ramón y Cajal, IRYCIS; Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Alcalá; smguillen@salud.madrid.org; ORCID: 0000-0002-2843-1094

Recibido: 3/11/2019; Aceptado: 18/11/2019; Publicado: 29/11/2019

El tratamiento que actualmente se prescribe a las personas con infección por VIH se acerca a lo óptimo, tanto si se considera en términos absolutos como relativos en comparación con el tratamiento de otras enfermedades crónicas. La infección por VIH se encuentra entre las enfermedades para las que se dispone de un tratamiento con mayor tasa de eficacia terapéutica y menos efectos tóxicos y con mayor repercusión sobre el estado de salud de quien lo recibe. El tratamiento antirretroviral no solo ha logrado que las persona con infección por VIH tengan unas expectativas de vida similares a las de la población no infectada por VIH, sino que lo logran con una buena calidad de vida sin las limitaciones que podrían derivar de la propia enfermedad o de la medicación [1].

En la situación que nos encontramos es difícil mejorar el tratamiento de la enfermedad. Las perspectivas de la administración de fármacos de acción prolongada que permitirán en breve dosificaciones en intervalos prolongados de varias semanas o meses supondrán sin duda una mejora pero no un cambio drástico [2]. La mejora del tratamiento antirretroviral no es realmente la asignatura más importante que tenemos pendiente, ni es tampoco la más acuciante. La ambición más inmediata que se antoja es conseguir un método curativo de las personas infectadas y, todavía más ambicioso, la disponibilidad de una vacuna cuya administración a las personas a riesgo impidiera su contagio. Estas son, sin duda, dos cuestiones pendientes en la lucha contra el VIH en países industrializados y a nivel global. Su logro no se vislumbra en un horizonte próximo y tenemos que enfrentarnos, por tanto, a problemas más inmediatos aún por resolver.

La realidad que vivimos como sociedad y la que particularmente viven las personas con infección por VIH requiere soluciones a cuestiones identificadas, bien conocidas, pendientes de una solución. Son cuestiones que tienen que ver con el control de la epidemia en nuestro entorno y con mejorar la calidad de vida de las personas que padecen la infección.

1. El tratamiento como prevención

En los países industrializados sigue existiendo un riesgo elevado de transmisión del VIH entre personas con prácticas de riesgo, fundamentalmente relaciones sexuales no protegidas, pero también en los usuarios de drogas inyectadas que comparten el material de inyección. Cualquiera que sea la vía, la transmisión se produce fundamentalmente a partir de personas que no se saben infectadas y que, por tanto, no reciben tratamiento antirretroviral. La carga viral plasmática se ha revelado como un excelente predictor del riesgo de transmisión y las personas que alcanzan carga viral indetectable con tratamiento antirretroviral tienen un riesgo de transmitir la infección que se aproxima a cero, cualquiera que sea la práctica de riesgo [3]. De hecho, aún no se ha descrito una sola persona en el mundo que haya adquirido la infección de una persona con tratamiento antirretroviral y carga viral indetectable. Esto ha dado lugar a un slogan de la comunidad, divulgado por ONUSIDA, que se ha hecho popular: U=U (Undetectable=Untransmittable) [4].

Los efectos beneficiosos del diagnóstico de la infección por VIH y su tratamiento se ha visto reflejado en estudios en los que se ha detectado una disminución progresiva del número de nuevas infecciones, a pesar de que en algunos casos se asistía a un aumento en el número de nuevos diagnósticos de otras infecciones de transmisión sexual. La identificación de las personas infectadas

y la administración de tratamiento antirretroviral para conseguir el control de la replicación vírica podría detener la transmisión, disminuir la incidencia de nuevos casos de infección y, en conjunto, controlar la epidemia con todos los beneficios asociados [5].

Resulta difícil entender que, habiéndose demostrado los beneficios del diagnóstico y tratamiento de las personas infectadas, no se hayan puesto en marcha los procedimientos necesarios para lograr este objetivo. A día de hoy, la mayor parte de los países, incluida España, confían el diagnóstico en la identificación de antecedentes o prácticas de riesgo, lo que a todas luces se ha mostrado insuficiente. Sin embargo, se han propuesto diferentes soluciones alternativas [6]. Aunque no está probada la validez incontestable de ninguna de ellas, ha cobrado gran interés la propuesta de realizar la prueba de VIH a todas las personas que acudan a los servicios sanitarios por cualquier motivo. Siguiendo a esa actitud en el diagnóstico, se propone administrar tratamiento a todas las personas diagnosticadas, configurando de este modo la estrategia "Test and treat" [7]. Según un modelo teórico, esta estrategia permitiría el control de la epidemia en un número limitado de años. La propuesta cuenta con grandes apoyos y se ha estimado que se convierte, además, en una estrategia coste-efectiva si la prevalencia de infección por VIH no diagnosticada es igual o superior a 0,1%. En la Comunidad Autónoma de Madrid, donde se ha llevado un estudio de base poblacional, se ha calculado que esta prevalencia es del 0,35% [8].

2. La Profilaxis Pre-Exposición (PrEP)

En este sentido de lograr controlar la epidemia, es preciso señalar que la medida propuesta de identificación lo más precozmente posible de todas las personas infectadas y su tratamiento, con ser la más importante, no es suficiente. Mientras eso ocurre se hacen necesarias otras medidas que vayan limitando la transmisión del virus. También para eso se ha descrito un método eficaz de prevención. La profilaxis pre-exposición (PrEP) se basa en el hecho de que determinados fármacos antirretrovirales alcanzan concentraciones altas en semen, fluidos genitales y mucosa vaginal y anal, y pueden por tanto impedir la replicación del virus a ese nivel. Utilizados antes de una exposición de riesgo (un contacto sexual no protegido con alguien infectado, por ejemplo) puede prevenir la transmisión del VIH a una persona no infectada que tome la medicación.

Ensayos clínicos sucesivos en muchas partes del mundo han demostrado que la PrEP es eficaz cuando se toma por vía oral [9]. La pauta que ha demostrado más eficacia y con la que se han hecho la mayoría de ensayos clínicos es la combinación de tenofovir y emtricitabina (Truvada® o alguno de sus genéricos). Los ensayos clínicos con la medicación por vía oral se realizaron tanto en parejas heterosexuales, como en HSH. La administración es diaria (1 comprimido al día). Los resultados muestran que es eficaz en prevenir la transmisión en todas las relaciones y que la eficacia guarda relación con la adherencia al tratamiento. De hecho, la alta dependencia de la adherencia hizo cuestionarse la posibilidad de administrar la PrEP de modo intermitente, a demanda, en relación con las prácticas sexuales de riesgo. Estudios recientes han mostrado que también esta forma de profilaxis es eficaz y se asocia con una eficacia protectora del 85% [10].

La PrEP ha mostrado eficacia en prevenir la infección de personas no infectadas que mantienen prácticas de riesgo no solo en los ensayos clínicos, sino también en la vida real. Experiencias recientes a nivel poblacional, han mostrado que la administración de PrEP se asocia con una disminución significativa de la incidencia de infección por VIH, independientemente del porcentaje de pacientes con carga viral indetectable [11].

La PrEP acaba de ser aprobada para su uso en España. Ha sido una medida largamente solicitada por el colectivo de personas que pueden beneficiarse de ella y por el del profesional sanitario sensibilizado con el problema. La medida llega con retraso (en Estados Unidos se aprobó en 2011) pero sigue siendo igualmente bienvenida y es motivo de celebración. Debe celebrarse la adopción de una estrategia que va a disminuir la incidencia de nuevas infecciones en nuestro país y que además va a permitir una mejora de la salud sexual de las personas que han visto modificadas sus pautas de relación por el temor a adquirir una enfermedad todavía incurable.

3. Lucha contra el estigma

La mejora de la calidad de vida de las personas con infección por VIH que supone otro asunto pendiente no tiene que ver con la que se asocia con el estado de salud. Las personas que reciben tratamiento antirretroviral gozan de salud que les permite llevar una vida social, familiar y laboral normal. La calidad de vida que les falta es la relacionada con el estigma que se les asigna por el hecho de ser VIH-positivo y la discriminación que sufren a muchos niveles creando auténticas desigualdades sociales [12]. De nuevo, resulta inexplicable que en países “del primer mundo” padecer una enfermedad crónica pueda convertirse en motivo de discriminación. En este caso, el modo de combatirlo es más complejo, pero sin duda es donde una sociedad como la nuestra tiene más posibilidades de demostrar la capacidad de resolución de problemas no fáciles que afectan a un gran número de personas.

4. Conclusiones

En los países de nuestro entorno, la infección por VIH presenta retos, planteados por mucho tiempo, pero a los que no se ha dado solución y están aún pendientes de resolver. Más allá del escaso margen de mejora de la terapia antirretroviral o la consecución de las deseadas curación y vacuna del VIH, la sociedad y las personas con VIH necesitan medidas para lograr objetivos urgentes. El control de la epidemia en un medio como el nuestro puede conseguirse si se aplican medidas de eficacia conocidas, como son el diagnóstico precoz y el tratamiento de las personas infectadas, y junto con ellos se administra PrEP a todas las personas con indicación. Junto con ello, combatir el estigma y la discriminación que aún sufren las personas que son VIH-positivo es el segundo aspecto importante que aún les queda pendiente a todos los países del primer mundo.

Referencias Bibliográficas

1. Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration. Survival of HIV-positive patients starting antiretroviral therapy between 1996 and 2013: a collaborative analysis of cohort studies. *Lancet HIV*. 2017;4:e349-e356.
2. Margolis DA, Gonzalez-Garcia J, Stellbrink HJ, et al. Long-acting intramuscular cabotegravir and rilpivirine in adults with HIV-1 infection (LATTE-2): 96-week results of a randomised, open-label, phase 2b, non-inferiority trial. *Lancet*. 2017;390:1499-1510.
3. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, et al; PARTNER Study Group. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. *Lancet*. 2019;393:2428-2438.
4. ONUSIDA. Indetectable=Intransmisible. La salud pública y la supresión de la carga vírica del VIH. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2018/july/undetectable-untransmittable> [Consultado 4 de Noviembre de 2019].
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Recomendaciones para el diagnóstico Precoz del VIH en el ámbito sanitario 2014. Disponible en: http://www.msrebs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GUIA_DX_VIH.pdf [Consultado 5 Nov 2019]
6. Stover J, Hallett TB, Wu Z, et al. New Prevention Technology Study Group. How can we get close to zero? The potential contribution of biomedical prevention and the investment framework towards an effective response to HIV. *PLoS One*. 2014;9:e111956.
7. Granich R, Williams B, Montaner J, Zuniga JM. 90-90-90 and ending AIDS: necessary and feasible. *Lancet*. 2017;390:341-343.
8. Moreno S, Ordobás M, Sanz JC, Ramos B, Astray J, Ortiz M, García J, del Amo J. Prevalence of undiagnosed HIV infection in the general population having blood tests within primary care in Madrid, Spain. *Sex Transm Infect*. 2012;88:522-4.
9. Elion R, Coleman M. The preexposure prophylaxis revolution: from clinical trials to routine practice: implementation view from the USA. *Curr Opin HIV AIDS*. 2016;11:67-73.

10. Molina JM, Capitant C, Spire B, et al. ANRS IPERGAY Study Group. On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. *N Engl J Med*. 2015;373:2237-46.
11. Sullivan PS, Smith DK, Mera-Giler R, et al. The Impact of Pre-exposure Prophylaxis With FTC/TDF on HIV Diagnoses, 2012-2016, United States. Presentado en el 22nd International AIDS Conference, 23-27 Julio 2018, Amsterdam, the Netherlands. Abstract LBPEC036.
12. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Plan Nacional sobre el SIDA. Pacto social por la no discriminación y la igualdad de trato asociada al VIH, 2018. Disponible en: <https://www.omsida.org/wp-content/uploads/2018/11/PACTO-SOCIAL-2018.pdf> [Acceso 5 Nov 2019].



© 2019 por los autores; Esta obra está sujeta a la licencia de Reconocimiento 4.0 Internacional de Creative Commons. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.