

✓ en portada

GeSIDA HEALTH TALK ABRE UN ESPACIO DE DEBATE E INFLUENCIA CON LOS AGENTES POLÍTICOS Y SOCIALES SOBRE LOS RETOS EN INFECCIOSAS

PSOE, Cs y Podemos, además de las organizaciones de pacientes, a favor de que se cambie el Decreto de Troncalidad. El PP, dispuesto a analizarlo y hablarlo



José García Buitrón (Podemos), Jesús María Fernández (PSOE), Antonio Rivero (Presidente de GeSIDA), José María Dívar (PP) y Francisco Igea (C's)

GeSIDA reunió a principios de junio en Madrid, en un encuentro celebrado en el Club Financiero Génova, a representantes de los principales partidos políticos con representación parlamentaria, pacientes y profesionales para abrir un debate sereno sobre el futuro de la atención a los pacientes afectados por VIH en nuestro país en los próximos años y confrontar su visión sobre la formación de los futuros infectólogos.

En el debate GeSIDA pidió, por tanto, a los portavoces de los grupos políticos (Jesús María Fernández, por el PSOE; Francisco Igea, por C's; José García Buitrón, por Podemos y José María Dívar, por el PP) que concretaran su apoyo a la Especialidad de Enfermedades Infecciosas y que se comprometieran a corregir el Decreto de Troncalidad si llegan a gobernar. Tanto desde C's –que presentó una Proposición no de Ley en el Congreso justo antes de acabar la legislatura- como desde el PSOE -que dejó preparado en 2011 durante su último Gobierno un proyecto de Real Decreto- y desde Podemos se respaldó la creación de la Especialidad (5 años de especialización, frente a los dos de capacitación específica que establece el Decreto). El portavoz del PSOE, Jesús María Fernández, mostró además la

confianza de lograrlo con el consenso de todas las especialidades para modificar el texto legal (aunque ya se le expuso desde GeSIDA que los representantes de M. Interna no parecen dispuestos a ello). Por su parte, el secretario de Sanidad del PP, José María Dívar, defendió la decisión tomada en su momento por el Gobierno, su partido, en relación al Decreto de Troncalidad, aunque no descartó que hubiera que “analizar algunas cuestiones en las que insisten los profesionales y hablarlo entre todos”.

En este sentido, el presidente de GeSIDA, Antonio Rivero, recordó a todos que con el Decreto aprobado por el Gobierno un “Infectólogo podría ser por ejemplo un Neumólogo o un profesional de otra especialidad de las que pueden optar al Área de Capacitación Específica (ACE), con dos años de formación en Infecciosas. ¿Les parecería lógico que el Cardiólogo o el Neurólogo que va a atenderles a ustedes o a sus hijos tuvieran una especialización de apenas dos años? Pues eso es lo que



✓ enportada

va a pasar con los Infectólogos”, explicó Rivero.

Los pacientes presentes en el encuentro, desde CESIDA –representada por su presidente, Juan Ramón Barrios- hasta la Federación Nacional de Enfermos y Trasplantados Hepáticos FNETH–Abelardo Sánchez, Vicepresidente-, Alianza General de Pacientes –Antonio Bernal- o la FADSP (Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública) –Marciano Sánchez Bayle- lo tuvieron claro desde el primer momento: el Gobierno no puede tomar este tipo de decisiones contraviniendo todas las evidencias científicas aportadas por los profesionales y sin tener en cuenta en ningún caso la opinión de los pacientes,

que ya mostraron su desacuerdo en el periodo de alegaciones al Decreto.

Rivero defendió que GeSIDA, cansado de advertirlo al Gobierno y a todos los grupos políticos y de recibir comprensión y palabras de aliento, pero ninguna rectificación al Real Decreto ya en marcha, ha tomado la resolución de denunciar el peligro que la infraformación de los profesionales a través de un Área de Capacitación Específica (ACE), en lugar de a través de una Especialidad (como Neurología, Cardiología, etc...) representa para la atención del VIH y al resto de patologías infecciosas. “No queremos crear alarma, pero tampoco podemos quedarnos de brazos cruzados, permitiendo que la población crea

que no pasa nada, porque sí pasa, y más va a pasar dentro de unos años”, explicó el presidente del Grupo de Estudio.

En el foro estuvieron también los presidentes y vicepresidente de SEIMC; Rafael Cantón y José Miguel Cisneros; el vicepresidente de la Sociedad Europea de EE.II, Jesus Rodríguez Baño; el vicepresidente de SEISIDA, Juan Carlos López; el coordinador de la RIS, José Alcamí; ex presidentes de GeSIDA como Juan Berenguer, Rafael Rubio, Juan González o Santiago Moreno; miembros de la Junta Directiva de GeSIDA (además de Antonio Rivero, José Antonio Pérez Molina, María Jesús Tellez y José Ramón Blanco) y la directora de la Fundación SEIMC-GeSIDA, Esther Aznar.



VIII CONGRESO NACIONAL
GRUPO DE ESTUDIO DE SIDA. SEIMC

GeSIDA

Y 10ª REUNIÓN DOCENTE DE LA
RED DE INVESTIGACIÓN EN SIDA

29/11 al 2/12 2016

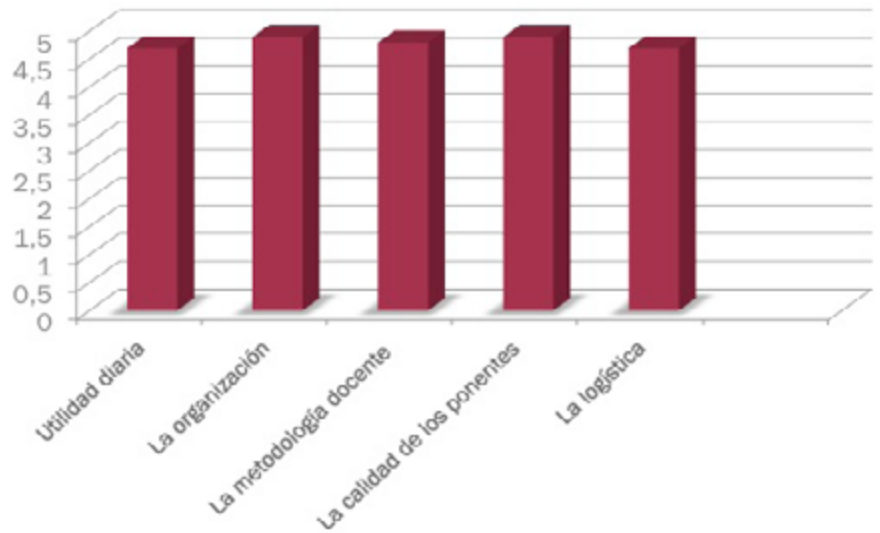
ABIERTO PLAZO DE INSCRIPCIONES Y
ENVÍO DE COMUNICACIONES

✓ **enportada**

LA "I JORNADA DOCENTE DE GeSIDA", EXCELENTE SEGÚN LOS PROPIOS ALUMNOS



Resultados Encuesta de Satisfacción. I Jornada Docente GeSIDA



No lo decimos nosotros. Han sido los alumnos de las I Jornada Docente, celebrada en el mes de abril, los que han calificado con prácticamente la máxima puntuación (de 1 a 5) los que han hablado y han dicho que la calidad de los ponentes, la metodología docente, el interés del temario para su práctica profesional diaria, la metodología empleada y otros aspectos como la duración y horario, han sido "excelentes" en este primer seminario en el que han participado 36 alumnos (de todas las CC.AA, de Madrid por supuesto, pero también de Baleares, Cataluña, Andalucía, C. Valenciana o Castilla La Mancha) cubriéndose la práctica totalidad de las plazas ofertadas. Lejos de dormiros en los laureles, este resultado es un acicate para seguir mejorando en próximas ediciones.




enportada

GESIDA PUBLICA LAS PRIMERAS RECOMENDACIONES SOBRE PREP EN NUESTRO PAÍS

Además de recomendar la estrategia preventiva basada en la PrEP en España, el grupo de expertos de GeSIDA propone un modelo basado en los dispositivos asistenciales disponibles que garantice el beneficio y minimice los riesgos en la población en la que la PrEP está indicada.

A primeros de junio GeSIDA colgaba en su web las primeras Recomendaciones sobre Profilaxis Pre-Exposición en adultos para la Prevención de la Infección por VIH en España, en cuya elaboración han participado más de una veintena de expertos coordinados por ha sido coordinado por los doctores Santiago Moreno -Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid-


Antonio Antela -Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela- y

Felipe García -Hospital Clínic. Barcelona- Su conclusión principal, como ya se había adelantado en algunos encuentros científicos previos, es que la PrEP ha demostrado que disminuye la transmisión del VIH en grupos de riesgo elevado cuya incidencia de infección sea mayor a dos casos por 100 personas año, y siempre previa una evaluación individual del riesgo en cada persona. En el documento de GeSIDA se presenta la evidencia que respalda el uso de la PrEP y se hace una propuesta para el desarrollo de un programa factible en España.

Desarrollo de un programa de PrEP en España. GeSIDA subraya que la a PrEP

debe prescribirse dentro de un plan de prevención global que incluya consejo asistido y formación. Teniendo en cuenta el coste-eficacia de la estrategia, son candidatos a recibir PrEP las personas pertenecientes a colectivos cuya incidencia de infección por el VIH sea mayor a 2 casos por 100 personas-año (en España, el colectivo de Hombres que tienen sexo con Hombres). El inicio de la PrEP debe conllevar una evaluación individual del riesgo de infección por el VIH. Debe ser prescrita y supervisada por un facultativo con experiencia en la infección por el VIH, en el uso de antirretrovirales y en el manejo de las ITS. El lugar de prescripción y administración de la PrEP debe adaptarse a los recursos disponibles en cada comunidad y puede incluir las consultas hospitalarias de atención a pacientes con infección por el VIH, clínicas de ITS o centros comunitarios, siempre que cumplan los requisitos exigibles para el desarrollo adecuado del programa. En tanto que en España la medicación es de dispensación hospitalaria, deberían arbitrase sistemas que permitan el acceso

a los fármacos independientemente del lugar de prescripción. La PrEP se lleva a cabo con la combinación de FTC (200 mg) y TDF (300 mg) en un único comprimido administrado de forma continua, aunque en HSH se puede administrar de modo intermitente (2 comprimidos entre 2 y 24 horas previas a la exposición, 1 comprimido a las 24 horas de la primera toma y otro, 24 horas después). Antes de iniciar la PrEP se debe realizar una evaluación médica completa y analítica general, descartar que el candidato a profilaxis esté infectado por el VIH y proporcionar información orientada a disminuir el riesgo de infección (consejo asistido). Se debe realizar un seguimiento estrecho de la PrEP (cada 3 meses) que incluya la evaluación y refuerzo de la adherencia, la exclusión de infección por VIH y otras ITS y la detección de potenciales toxicidades asociadas a la medicación.

Acceda al documento de recomendaciones DESDE AQUÍ 


noticiasdelasagenciasreguladoras

EMA Y LA FDA DAN LUZ VERDE A LA COMERCIALIZACIÓN DE DESCOVY, EL PRIMER TRATAMIENTO PARA EL VIH APROBADO EN MÁS DE UNA DÉCADA

Tanto la agencia americana del medicamento (FDA) como su homóloga europea (EMA) han aprobado recientemente la comercialización de Descovy (emtricitabina y tenofovir alafenamida), un comprimido a dosis fija para tratar el VIH. Se trata del primer nuevo tratamiento para el virus que se aprueba en más de una década.

Este nuevo producto de Gilead está indicado, en combinación con otros agentes antirretrovirales, para tratar el VIH en adultos y pacientes pediátricos (a partir de los 12 años y peso por encima de 35 kilos).

En la nota difundida por la agencia norteamericana se descartó su uso como profilaxis pre-exposición (PrEP).

FDA

Aprobado el uso de Viekira Pak como suplemento para el tratamiento del VHC y cirrosis

La agencia norteamericana del medicamento ha aprobado una solicitud de la compañía AbbVie para que el fármaco Viekira Pak (ombitasvir, paritaprevir, ri-

tonavir y dasabuvir) sin ribavirina sea utilizado como suplemento para tratar pacientes con hepatitis C (genotipo 1b) y cirrosis compensada.

EMA

Visto bueno a Eplclusa para tratar el VHC

La EMA ha comunicado recientemente su aprobación al uso del medicamento Eplclusa (sofosbuvir/velpatasvir), producido por Gilead, para el tratamiento de todos los genotipos de la hepatitis C.

Aprobada la comercialización de Odefsey

La agencia reguladora europea ha aprobado recientemente la comercialización de Odefsey (emtricitabine, rilpivirine y tenofovir alafenamida) para el tratamiento del VIH en pacientes adultos y menores a partir de 12 años y más de 25 kilos de peso. Este nuevo medicamento producido Gilead debe consumirse en una única dosis (una píldora) diaria.


así fue publicado

NARROWING THE GAP IN LIFE EXPECTANCY BETWEEN HIV-INFECTED AND HIV-UNINFECTED INDIVIDUALS WITH ACCESS TO CARE

Revista: J Acquir Immune Defic Syndr. 2016 Mar 29. [Epub ahead of print]

Autor: Marcus JL

Institución: Kaiser Permanente Northern California, Oakland, CA, USA

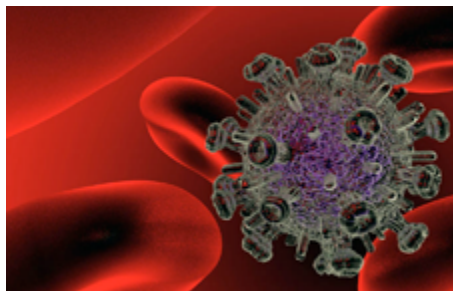
El Tratamiento antiretroviral (TARV) ha aumentado drásticamente la esperanza de vida de los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH). Diversos estudios han sugerido que la expectativa de vida de los pacientes infectados por el VIH no alcanza a la de la población general. Sin embargo, estos estudios utilizan a la población general como grupo de comparación, con la consecuente limitación para encontrar diferencias debido a la falta de datos críticos (datos sociodemográficos y estilos de vida).

Para salvar estas limitaciones, los autores de este trabajo comparan directamente la expectativa de vida entre pacientes infectados por el VIH y los no infectados, utilizando para ello un grupo de control interno del mismo sistema sanitario con similares datos demográficos y factores de riesgo.

Los objetivos del estudio fueron: 1) Cuantificar la diferencia en la expectativa de vida entre pacientes con VIH y sujetos sin VIH demográficamente similares, dentro del mismo sistema de salud y 2) Identificar los factores que contribuyen a esa diferencia.

Para poder alcanzar los objetivos se realizó un estudio de cohortes de adultos infectados por el VIH y no infectados por VIH que eran miembros de la Kaiser Permanente (California) durante 1996-2011. Los pacientes VIH positivos y negativos se aparearon (1:10) en base a la edad, el género, centro médico y el año. Las muertes fueron comprobadas exhaustivamente hasta el año 2011 desde los registros electrónicos de salud, certificados de defunción de California, y los datos de la de la Seguridad Social. Se

utilizaron tablas de mortalidad abreviada para estimar la media de años de vida restante a los 20 años ("expectativa de vida a los 20 años") en individuos infectados por el VIH y no infectados por VIH en 1996-2006 y 2007-2011. Se consideró la expectativa de vida por cada uno de los siguientes; año de estudio, sexo, raza, grupo de riesgo del VIH, el recuento de CD4 al inicio del TARV, hepatitis viral, abuso de drogas/alcohol y el tabaquismo.



El estudio incluyó a 24.768 personas con VIH y 257.600 sin el VIH. La edad media fue de 41 en el grupo de VIH y 40 en el grupo de VIH negativos; 91% de los pacientes incluidos en ambos grupos eran hombres. Los blancos representaban el 56% del grupo VIH y el 44% del grupo VIH-negativo.

Una mayor proporción de pacientes con VIH eran fumadores (45% frente a 31%), tenían hepatitis B o C (12% frente a 2%) o habían consumido drogas o alcohol (21% frente al 9%). En el grupo de VIH, el 75% se infectaron a través de relaciones sexuales entre hombres y el 7% mediante la inyección de drogas. Entre las personas que iniciaron TAR, el 18% lo hizo en un recuento de CD4 igual o superior a 500.

Entre 1996-1997 y 2011, las muertes por 100.000 años-persona se redujeron de 7077 a 1054 en el grupo VIH ($p < 0,001$) y de 439 a 381 en el grupo VIH-negativos ($P = 0,062$). Los años de vida restantes a los 20 años aumentaron de 19 de a 53 en el grupo de pacientes VIH de 1996-1997 y 2011, mientras que avanza poco a poco (de 63 a 65) en el

grupo VIH-negativo. Así, la brecha entre los grupos se redujo de 44 años en 1996-1997 a 12 años en 2011 (ver figura).

En las personas con VIH, los años de vida adicionales a los 20 años aumentó de 37 (1996-2007) a 51 (2008-2011) en las mujeres y desde 38 a 49 en los hombres. Por grupo de riesgo de transmisión del VIH, las ganancias en la esperanza de vida fueron similares en hombres homosexuales (40 a 51 años adicionales) y heterosexuales (38 a 51), pero menos marcados en los usuarios de drogas inyectadas (36 a 46). Todas estas mejoras fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$), pero las mejoras en los hombres homosexuales y heterosexuales fueron significativamente mayores que en los consumidores de drogas ($P = 0,004$ y $P = 0,011$).

Globalmente, en 2008-2011 un paciente VIH-positivo de 20 años podía esperar otros 49,3 años de vida, en comparación con los 62,3 años que esperaría una persona VIH-negativa (diferencia de 13 años).

Esa brecha se redujo a 7,9 años cuando los investigadores tuvieron en cuenta sólo los pacientes VIH que comenzaron el TARV con CD4 mayores de 500 células.

Las expectativas de vida más bajas a los 20 años para los pacientes con VIH en 2007-2011 fueron en pacientes negros (45,2 años) y los que utilizaron drogas inyectables (42,6 años).

Los autores concluyen que entre los años 2008 y 2011, en los pacientes infectados por el VIH existía una brecha en la esperanza de vida de 13 años en comparación con sujetos sin infección por el VIH. Esta brecha disminuye a 8 años en los pacientes con VIH que iniciaban el TARV con $CD4 > 500$.

La esperanza de vida más baja fue en adictos a drogas por vía parental infectados por el VIH. La esperanza de vida más alta, fue en hispanos infectados por el VIH. La brecha de esperanza de vida se acorta en los subgrupos de pacientes sin historia de hepatitis B/C, consumo de alcohol o tabaco.

COMENTARIO

Este es el primer estudio que compara directamente la expectativa de vida según la presencia o no de VIH y que tiene en cuenta los factores individuales y de acceso al sistema sanitario. Para poder cuantificar las diferencias en la expectativa de vida se utilizó una cohorte grande y bien caracterizada de pacientes con VIH y sin VIH que pertenecía a un mismo sistema sanitario. De esta forma se pudo estratificar por factores sociodemográficos y conductas de riesgo,

disminuyendo los sesgos de selección que pueden aparecer al utilizar un grupo externo de comparación. Los pacientes con el VIH no han conseguido una esperanza de vida normal. A pesar del aumento en la expectativa de vida de los pacientes VIH, y aun empezando el tratamiento de forma más temprana, existe una brecha de ocho años en la expectativa de vida entre pacientes VIH positivos y negativos. Por último comentar que a parte de

los factores de riesgo estudiados, habrá que investigar otros factores (cáncer, enfermedad cardiovascular u otras condiciones asociadas a la edad) que pueden contribuir a la diferencia de supervivencia entre los pacientes VIH y sujetos sin infección.

Pablo Ryan Murua
 Servicio de Medicina Interna del
 Hospital Universitario Infanta Leonor
 (Madrid)