

V Congreso Nacional sobre el SIDA. Santiago de Compostela, del 13 al 16 de abril de 1999.

... Rafael A. Andrés, Madrid ...

Secretario de la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA (SEISIDA)

Subdirector y Jefe de Área de Documentación y Estudios Técnicos del Centro Nacional de Biología Fundamental. Instituto de Salud Carlos III. Majadahonda (Madrid).

La infección por VIH, una de cuyas manifestaciones clínicas es el SIDA, sigue constituyendo uno de los grandes problemas de salud y, por tanto sociales, en España y en el mundo. Los esfuerzos internacionales para controlar la epidemia no son suficientes, ya que en muchas zonas del mundo sigue creciendo con tasas de crecimiento del 20% anual, lo que supone en términos generales una duplicación del número de casos cada 5 años, a pesar de la subdeclaración y el retraso de notificación de casos, que varían de unas zonas geográficas a otras e, incluso, dentro de una misma zona en función del factor de riesgo, aunque ello puede modificarse mediante sistemas de búsqueda activa.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA (ONUSIDA) a diciembre de 1998 calcula que había 32,2 millones de personas adultas viviendo con VIH/SIDA (siendo 13,8 millones mujeres) y 1,2 millones de niños menores de 15 años. El número acumulado de muertes era de 3,2 millones en niños menores de 15 años (de ellos 0,51 millones solo en 1998) y de 10,7 millones de personas adultas (de ellos 2 millones en 1998) entre los que se contabilizaban 4,7 millones en mujeres (0,9 millones solo en 1998). El mapa de la distribución de los tipos de VIH en el mundo, basado genotipos: O y M (subtipos A, B, C, D, E, F, G, H, U) y los 2 pendientes de clasificación definitiva del gen «env» y los 7 respecto al gen «gag» no es estático en términos de área geo-

gráfica o categoría de transmisión, sino que va cambiando continuamente y se producen cepas recombinantes entre subtipos y es una dificultad más en el desarrollo de una hipotética vacuna. Todo ello hace que ONUSIDA siga calificando al VIH/SIDA como una epidemia emergente.

Según Timothy Mastro y colaboradores de la Bangkok Metropolitan Administration, el Siriraj Hospital y la Mahidol University (Bangkok) y los CDC (Atlanta), a diciembre de 1997, devinieron infectados 101 UDIs y se pudo disponer de muestras de 83 de ellos, de las que 67 (81%) correspondían al subtipo E y 16 (19%) al subtipo B', siendo en ambos grupos los datos demográficos y característica de comportamiento similares. A los 4 meses de la infección, la media geométrica de carga virar en los de subtipo E (120000 copias/mL) era superior a la de los del subtipo B' (48000 copias/mL), pero a 6-12 meses eran muy similares (68000 vs 35000 copias/mL), así como las de los contajes de CD4 a 6 meses tras la serconversión (523 vs 568) y la tasa de disminución de CD4 durante el primer año.

El decrecimiento en la incidencia de nuevos casos de SIDA en Europa (-13% en 1996 y -29% en 1997 en el informe de Septiembre de 1998) se debe en parte al impacto de la terapia antirretroviral de alta eficacia (en siglas en inglés: HAART), que comenzó a estar disponible en 1996, lo que no mo-

dificaría la magnitud del problema, que son el conjunto de personas infectadas, sino la percepción al medirlo como casos de SIDA. En este descenso de la incidencia puede haber influido también una posible saturación en términos de penetración relativa de la infección en algunos segmentos de la población, así como la adopción de medidas de prevención, en las que han sido y siguen siendo fundamentales las estrategias de reducción del daño.

Los datos del European Centre for Epidemiological Monitoring of AIDS (París) avalan una tendencia de crecimiento decreciente de los casos de SIDA en Europa Occidental (excepto en Grecia y Portugal, donde la tendencia es a la estabilización), en primer lugar en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (20% en 1996 y >30% en 1997), seguidos luego en UDIs (9% y >20% respectivamente) y heterosexuales (1% y >10% asimismo respectivamente) permaneciendo estable la prevalencia en gestantes (aproximadamente 0,05 en Berlín y 0,45/100 en Barcelona, estudios seleccionados). Sin embargo, en países de la antigua Unión Soviética la situación es la contraria. En Rusia se han declarado múltiples brotes (Kaliningrado, Krasnodar, Murmansk). Ucrania, donde la epidemia se inició en 2 puertos del Mar Negro, alcanza prevalencias del 30% en UDIs, >0,15/100 en «estantes», 0,040/100 en donaciones de sangre, se declararon >12000 infecciones en 1996 vs 50 en

FORO

1994. En Bielorrusia se declararon 1000 infecciones en 1996. Por otra parte (nº 43105), el tiempo medio entre el diagnóstico de infección por VIH y el diagnóstico de SIDA y la proporción de casos no diagnosticados como infectados antes de su diagnóstico de SIDA en 8082 casos de SIDA diagnosticados y declarados en 1996 en 11 países donde la fecha de la primera prueba positiva de VIH esta disponible rutinariamente y con ≥ 50 casos por país y en cada una de las categorías de transmisión mencionadas subsiguientemente, fue respectivamente de 5,5 años y 21% (7,5 años y 9% para UDIs, 3,5 años y 25% para hombres que tenían relaciones sexuales con hombres, 3 años y 24% años para mujeres heterosexuales y 6 meses y 41% para hombres heterosexuales). Los ratios ajustados del análisis multivariable que incluye edad, sexo, categoría de transmisión y país, eran 3,8 para hombres que tenían relaciones sexuales con hombres, 4,0 para mujeres heterosexuales y 8,7 para hombres heterosexuales, mientras que para las mujeres UDIs era 1 y para hombres UDIs era 1,3. En comparación con las personas con SIDA en Bélgica, según los ratios ajustados, era estadísticamente significativo en orden creciente que la infección por VIH era diagnosticada más tarde en los casos de SIDA de Italia (1,9), Francia (2,1), Alemania (2,7), Polonia y Reino Unido (3,7), Austria (4,0), Suiza (4,3) y Ucrania (23), mientras que no lo era en Dinamarca (1,6) y Suecia (1,7). Ello sugiere que una proporción grande de infecciones por VIH permanecen sin diagnosticar antes de la aparición del SIDA, lo que es crucial para que las personas infectadas adopten comportamientos responsables que eviten la transmisión y en caso de que pueda estar indicado el tratamiento temprano de las mismas.

Uno de los aspectos que comienza a aparecer con fuerza en los países desarrollados, es si los cambios en pautas de conducta en distintos segmentos de la población adoptando las medidas de prevención son un logro permanente

o nuevas generaciones, bien por falta de percepción de la gravedad potencial del problema, bien por reacción hacia los planteamientos adoptados por generaciones que les preceden, vuelven a tener prácticas de riesgo.

En España, que tiene la mayor incidencia por millón de habitantes (117) seguida de Portugal (88), Italia (58,7), Suiza (53,4) Francia (37,9) Mónaco (31,3) y Dinamarca (20,4) y Reino Unido (18,7), también hay evidencia sobre un descenso en la incidencia de nuevos casos de SIDA, pero no parece que las cadenas de transmisión del VIH se hayan cortado o reducido drásticamente.

En usuarios de drogas por vía inyectable, UDIs el decrecimiento (-11% en 1996 y -33% en 1997) puede ser atribuible a las políticas seguidas

No obstante, cuando se desagregan las cifras, el decrecimiento en la incidencia de casos de SIDA en la transmisión heterosexual también se evidencia este descenso (2% en 1996 y -22% en 1997) aunque esta es la categoría de transmisión que contabiliza una proporción de mayor crecimiento en el peso estadístico en las cifras de nuevos casos (10% en 1990 y 23% en 1997).

En hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en Europa los descensos en el incremento (-22% en 1996 y -37% en 1997) y el hecho de que los casos acumulados atribuibles a esta categoría de transmisión represen-

ten la mayoría de los casos acumulados en algunos países como Francia, Reino Unido o Alemania, no debe inducir a considerar que el problema en España, aún con descenso en la incidencia, es menor en esta categoría por el hecho de que su peso estadístico sea inferior, como se evidencia cuando se calculan tasas de incidencia por millón de habitantes.

En usuarios de drogas por vía inyectable, UDIs el decrecimiento (-11% en 1996 y -33% en 1997) puede ser atribuible a las políticas seguidas. Tras las vicisitudes del impacto y el enfoque en el mundo occidental desarrollado del problema del consumo de drogas, Ucrania, Rusia y otros países surgidos de la extinta Unión Soviética, así como Polonia, la India, Tailandia, Norte de Méjico, Argentina y otros países del Cono Sur Americano, etc, desgraciadamente, permiten afirmar que la prevención, que no suele recibir los esfuerzos y priorización suficientes cuando las cifras son pequeñas, se puede enfrentar, incluso cuando estas son ya grandes, a actitudes de mesianismo voluntarista e ideologización, no solo en los poderes públicos sino en los profesionales encargados de atenderla a estas personas.

Donde ha habido programas consistentes y persistentes en el tiempo, la realidad, sin dejar de ser dramática se ha ido modificando. Euskadi con un importante problema de SIDA asociado a UDIs, que hace 10 años y durante bastante tiempo ocupó en tasas de casos acumulados por millón de habitantes (41,1) la cabeza de las estadísticas de casos de SIDA en España, junto a la Comunidad de Ceuta (15,0),

Madrid (55,7), (194,9) y Baleares (54,7) (178,7) y Cataluña (44,7) (142,29) ha pasado a la cuarta posición en 1997, último año con cifras cercanas a ser consideradas consolidadas (146 siendo respectivamente las demás 250,2, 194,9, 178,7 y 142,2) y lo que es más importante, con un diferencial respecto a las 3 primeramente citadas que

se ha ido agrandado. Ello muestra que actuar no solo es un deber ético, sino que es posible y que rinde resultados, aunque no sea fácil y se tarde tiempo en que sean apreciables.

Un estudio piloto sobre la reducción del daño en Roma de Marina Davoli y colaboradores del Departamento de Epidemiología de la Región del Lazio, indica que entre agosto 1994 y julio de 1996, mediante 3 unidades de alcance tuvieron 128000 contactos con >5000 usuarios de drogas (1900 de ellos no tratados antes). Alrededor de 200000 jeringas y 60000 preservativos se distribuyeron y 526 fueron referidos a la unidad de metadona. Los eventos de sobredosis en los que intervinieron, fueron 519. Se estima que el programa había prevenido al menos 134 infecciones porVIH hasta diciembre de 1996 (de ellas el 34% en la población general) y que si el programa dura otros 8 años, las prevenibles serían 1073 (de ellas, el 50% en no usuarios de drogas. El coste de cada infección prevenida es aproximadamente 30000 \$EE.UU. y 20000 si el programa continuara otros 8 años.

Segun Philip Akabes y colaboradores de la New York University School of Medicine, el Open Society Institute (Nueva York) y el Centre for AIDS Diagnosis and Therapy de Katowice, que distribuyeron 872 jeringas marcadas en 4 de 12 sitios de intercambio de jeringas y agujas que atendían a los inyectores de la Región polaca de Alta Silesia, las jeringas que circulan son 4800 (intervalo 4500-5500) y, en base al método captura-recaptura, el calculo sobre la circulación de cada una es de 2 semanas. En Krakov, donde distribuyeron 706 jeringas marcadas de las que retornaron 394 y 1343 de las no marcadas, de igual manera, estiman que el programa provee el 60% de las jeringas y agujas locales.

Somsak Supawitkul y colaboradores del Chiang Rai Provincial Health Office, el TB/ HIV Research Project el Mae Can Hospital y el Ministerio de Salud

(Tailandia) y el Research Institute of Tuberculosis (Tokio) consideran que la incidencia de VIH entre usuarios de drogas de Tailandia es grande y creciente mientras que la prevalencia general decrece, en base al libro de registro del Mae Chan Hospital. Detectaron de forma anonimizada que entre 1989 y 1997 había 843 usuarios de drogas en tratamiento de metadona, de los que 373 eran pacientes de repetición (tendiendo ser de sexo masculino). Los =<30 años tenían una incidencia mas alta (13,01 por 100 personas-año) que los de > 30 años de edad (3,08 por 100 personas-año). La incidencia fue mayor entre los tailandeses de las tierras bajas (6,80 por 100 personas -año) que en otras minorías étnicas (1,85 por 100 personas-año). Los inyectores de drogas (9,05 por 100 personas año) tenían una incidencia mayor que los fumadores de droga (2,87 por 100 personas-año).

La generalización de la terapia de alta eficacia con la administración de combinaciones de varios antirretrovirales conlleva el problema de la fidelidad o adherencia al tratamiento.

Don C. Desjarlais, Samuel R. Fridman y colaboradores del Beth Israel Medical Center- Chemical Dependency Institute y NDRI (Nueva York) y el New York City Dept of Health consideran que en UDIs de esta ciudad la incidencia reciente de la epidemia de VIH es baja y que la prevalencia tiende a

dececer. Los datos sintetizados que presentaron se basaban en 5 estudios de prevalencia realizados entre 1991 y 1996 y 12 de incidencia a partir de 1992 basados en programas de tratamiento de drogas, de investigación de alcance, de intercambio de jeringa, estudios de preparación de vacunas de VIH y la red de clínicas de ETS. Los 5 estudios de prevalencia, por separado, mostraron que una tendencia estadísticamente significativa a declinar (de 44% a en 1991 a 28 % en 1996) en todos los subgrupos. Las tasa de incidencia fueron <1,0/100 personas-año en 5 estudios, entre 1,0 y 2,0/100 personas-año en 4 estudios y entre 2,0 y 3,0/100 personas-año en 3 estudios.

Al Judd y colaboradores del Centre for Research on Drugs and Health Behaviour (Londres), consideran la tendencia de la prevalencia a decrecer (15% en 1990, 12,6% en 1991, 8,6% en 1992, 6,2% en 1993 y 1,0% en 1996) estadísticamente significativa, aunque estos valores son mas altas que las detectadas en otros estudios realizados en UDIs de sexo femenino reclutadas en sitios de tratamiento también de Londres. En 5 estudios, que incluyeron pruebas de saliva con consentimiento informado, realizados en UDIs de sexo femenino en múltiples sitios comunitarios, tanto de lo que administraban como de los que no administraban tratamiento, de Londres, entre 1990 y 1993 y de nuevo en 1996 (total n= 758) del 15% al 36% de UDIs cada año han declarado recibir agujas y jeringas en los 6 meses anteriores y la mayoría ser altamente selectivos en caso de utilizar colectivamente el equipo de inyección.

Uno de los problemas en cuando a una mejor dotación para los esfuerzos en prevención, perfectamente evidenciable en relación con la prevención del VIH/SIDA y el consumo de drogas, es la inercia en la manera de confeccionar los presupuestos, ya que la dotación de las partidas de estos no suele realizarse en función del gasto evitable en atención sanitaria y social, la pérdida de años de vida funcional-

FORO

mente útil y de retornos potenciales a la sociedad de la inversión realizada en gasto educacional (especialmente importantes en una población joven como la UDI), absentismo laboral y otros factores que pueden ser cuantificables económicamente. Muchas veces los programas no tienen dimensión suficiente para abordar la magnitud del problema. Ello es bastante evidente en cuanto a los programas de reducción del daño mediante la facilitación de material de inyección y de metadona y otros sustitutos, existiendo todavía «listas de espera» en algunas áreas geográficas. Otro problema es la necesidad de incluir la evaluación de las acciones de los programas.

La generalización de la terapia de alta eficacia con la administración de combinaciones de varios antirretrovirales conlleva el problema de la fidelidad o adherencia al tratamiento, ya que los distintos antirretrovirales tienen regímenes y condiciones de administración diferentes y la necesidad de personalizar estos tratamientos. Ello ha requerido hacer tecnológicamente asequible la detección de resistencias frente a antirretrovirales, que debe utilizarse previamente ya que como demostraron Nájera R y cols (1994) pueden preexistir a la administración de los mismos, incluso en personas que nunca hayan sido tratadas, pues en la propia naturaleza se producen las mutaciones y lo que significa la presencia de los antirretrovirales es una presión de selección que elimina las cepas no resistentes. Que algunas de las mutaciones de resistencia puedan ser reversibles y la disponibilidad de nuevos antirretrovirales, algunos enfocados a nuevas dianas terapéuticas, no debe hacer olvidar la posibilidad de efectos secundarios que pueden llevar a la necesidad de discontinuar su administración, así como que no todas las combinaciones terapéuticas son posibles en la práctica.

Las ONGs, como articulación de la población de forma diferenciada de los poderes públicos, han hecho en relación con el VIH/SIDA una contribución

fundamental desarrollando acciones, de información, contra la discriminación y de prevención y atención social. No obstante existe el riesgo de redes duales con distintos requisitos de calidad, lo que afectaría a la equidad, y de servir de coartada para no definir la propia sociedad a través de los poderes públicos y financiar estos los servicios que se deben proveer, la garantía que su provisión debe tener y la evaluación de los mismos.

Las ONGs, como articulación de la población de forma diferenciada de los poderes públicos, han hecho en relación con el VIH/SIDA una contribución fundamental desarrollando acciones, de información, contra la discriminación y de prevención y atención social.

Los casi mil quinientos congresistas multidisciplinares inscritos han debatido de forma interdisciplinaria los últimos avances en investigación biomédica, psicosocial y de otros aspectos del impacto y la respuesta de la persona y la población a la pandemia del VIH/SIDA, incluidos los aspectos relacionados con el consumo de drogas y su atención, así como la evolución y nuevos problemas en atención sanitaria y psicosocial, presentados a través de las 10 ponencias de las 4 Sesiones Plenarias, 82 de las 18 Sesiones de Mesa Redonda, 72 comunicaciones expuestas en Paneles con Presentaciones Orales en las Sesiones correspondientes de las 9 Áreas Temáticas, 153 comunicaciones

expuestas en Paneles en las otras 9 Áreas Temáticas del Programa Científico del 5º Congreso Nacional sobre el SIDA, duodécimo evento que con participación internacional organiza la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA (SEISIDA), bajo el lema *Aunando Esfuerzos* y en *Conmemoración del X Aniversario de la Publicación Oficial de SEISIDA, advocación de los 3 Premios a las 3 mejores comunicaciones, de los cuales uno a correspondido a un grupo de Colombia*

En los Programas Paralelos se han debatido también 18 ponencias de 5 Talleres de Trabajo, 42 en 8 Symposium Conferencia Satélites que versaron sobre aspectos de terapéutica, resistencias a antirretrovirales y otros problemas asociados al VIH/SIDA, y 28 en 6 Foros de ONGs. También se presentó la Fundación para la Investigación y la Prevención del SIDA en España (FIPSE), que recientemente se ha constituido con las aportaciones de 5 empresas farmacéuticas y el Ministerio de Sanidad y Consumo, que ha convocado ayudas a proyectos. Asimismo, hubo exhibición institucional de administraciones públicas sanitarias y comercial, así como de ONGs, que presentaron sus materiales y programas.

Hubo también una gran cobertura de medios de comunicación con más de 170 medios acreditados, tanto de prensa escrita como del sector audiovisual, con presencia física de enviados para cubrir el evento o demandando comunicados.

Esperamos que todo ello contribuya al fundamento racional de las acciones, a la mejora de la investigación biomédica, sanitaria y psicosocial y sobre otros aspectos del impacto y la respuesta de la persona y la población a la pandemia del VIH/SIDA, de forma que sea posible continuar mejorando la prevención y la atención sanitaria y social en este problema de salud, evitando la discriminación y estigmatización y disminuyendo también el sufrimiento humano asociado.