

PREVENCIÓ DE LA INFECCIÓ PEL VIH A CATALUNYA

El problema

1. A Catalunya, la incidència d'infecció pel VIH (nous casos per 100.000 habitants/any) segueix essent alta i ha variat molt poc al llarg dels darrers anys.
2. Les estimacions disponibles indiquen que un 30% de les persones infectades pel VIH no ho saben (epidèmia oculta). D'aquestes infeccions no diagnosticades se'n deriven un gran nombre de noves infeccions.
3. Entre el 20-40% (segons els criteris que s'utilitzin) d'infeccions pel VIH es diagnostiquen amb retard. Això també pot contribuir a un excés de noves infeccions i amb tota seguretat a una pitjor resposta al tractament.

Metodologia

El Consell Assessor de Salut Pública (CASP) ha identificat tres preguntes clau, pensant que les respostes poden aportar suggeriments per veure de solucionar o, al menys, per minimitzar el problema. Les preguntes són les tres següents:

1. **Què es pot fer per diagnosticar les persones que estan infectades (representen el 30% del 0,3% de la població general aproximadament 5.000 persones a Catalunya) i no ho saben?**
2. **Què es pot aconsellar a una persona que sap que està infectada (el 0,3% de la població general, aproximadament 18.000 persones a Catalunya) perquè no transmeti el virus?**
3. **Què es pot aconsellar a una persona de la població general (el 99,7% no estan infectades pel VIH, aproximadament 6 milions de persones a Catalunya) per evitar que l'hi transmetin la infecció ?**

S'ha demanat a un grup de 16 experts (epidemiòlegs, clínics i membres d'ONG's) que treballen a Catalunya una resposta raonada. Tots han enviat la seva resposta i els seus comentaris i propostes.

Les respostes han estat resumides i sintetitzades en unes consideracions preliminars i en tres apartats, que corresponen a les preguntes formulades.

Consideracions preliminars

1. L'objectiu ha estat elaborar un document breu i sintètic que, una vegada esmenat i aprovat pel CASP, pugui ser enviat a l'Agència de Salut Pública de Catalunya. Els nivells d'evidència de les recomanacions són variables oscil·lant des d'assajos clínics aleatoritzats fins a opinions d'experts. Algunes reflecteixen més o menys literalment recomanacions d'altres agències europees o

internacionals. No s'entra en aspectes pràctics de com implementar les recomanacions, amb quines prioritats fer-ho, ni si el seu cost-utilitat és més o menys assumible en les condicions econòmiques actuals. Les recomanacions han estat ordenades pel que s'estima podria ser la seva eficàcia (de major a menor).

2. La detecció precoç és una estratègia més per millorar la prevenció i l'atenció cap el VIH/sida. Aquestes estratègies han d'estar emmarcades i consensuades amb una visió més àmplia que tingui com a marc la promoció de la salut i, en concret, la salut sexual de les persones i el paradigma de drets en salut sexual i reproductiva i drets humans. Considerem que és imprescindible mantenir un debat previ que cerqui el consens relacionat amb totes les estratègies de prevenció de la transmissió del VIH que ara mateix tenim a l'abast i no tractar estratègies de forma aïllada. A més, s'ha de tenir present les particulars vulnerabilitats dels diferents col·lectius i el com s'incorpora i es porta a terme el conjunt de estratègies per a cada subjecte i comunitat.

3. És molt important disposar d'informació sobre l'evolució de l'epidèmia utilitzant els mateixos marcadors/indicadors de les agències internacionals. Aquesta informació s'hauria de donar a conèixer de forma entenedora i freqüent a tots els estaments, incloent el públic en general.

4. Considerem que a nivell global és un pas previ fonamental promoure la igualtat de drets, incloent l'accés a les prestacions sanitàries universals i gratuïtes a tots els residents a Catalunya, i reduir la discriminació, criminalització i l'estigma encara associat al VIH i a d'altres Infeccions de Transmissió Sexual (ITS).

5. Teòricament tothom pot adquirir una ITS en general, o una infecció pel VIH en particular, i per tant les estratègies poblacionals des de diferents àmbits (assistencial, educatiu, comunitari...) són essencials. Però, el risc real no és el mateix per a tothom (per exemple, és més alt amb els homes que tenen sexe amb homes i en les dones transsexuals) i per tant les prioritats i els recursos han de ser distribuïts amb relació al nivell de risc.

6. S'ha de fer tot el possible per recuperar el concepte de prevenció i control per tal d'assegurar la màxima efectivitat de les intervencions i de facilitar la coordinació entre agents comunitaris, epidemiòlegs i professionals clínics.

7. S'hauria de prendre una posició més pro-activa per contrarestar el moviment negacionistes. Quelcom similar al que passa amb les vacunacions preventives.

8. Alguns temes, per la seva complexitat i la rapidesa amb la que varien, podrien requerir la creació de grups de treball *ad hoc* amb experts multidisciplinaris en la temàtica tractada. Una de les seves finalitats podria ser elaborar documents de consens que ajudin a dissipar controvèrsies. En el cas de la no transmissibilitat del VIH amb la càrrega viral indetectable es necessari fer-ho immediatament i sense més dilacions pels efectes nocius que es poden produir sobre les persones afectades.

9. És necessari disposar dels recursos necessaris, almenys per aquelles mesures/intervencions que es prioritzin.

10. És clau sistematitzar l'avaluació de les accions des del seu disseny.

11. Cal dotar els recursos necessaris per implementar les accions bàsiques i clàssiques per a la prevenció i control del VIH/ITS de forma proporcional a la magnitud del problema, adequades per

a cada una de les poblacions clau i prioritant les que estan a major risc. Invertir en prevenció i evitar nous casos d'infecció és una mesura molt eficient.

12. Cal consolidar els sistemes d'informació per al monitoratge i avaluació de l'epidèmia tant les fonts rutinàries de declaració de les malalties (Malalties de Declaració Obligatòria, Sistema de Notificació Microbiològica de Catalunya) com els sistemes longitudinals, el PISCIS i ITACA, que poden informar d'incidència i d'impacte dels tractaments (també en la transmissió).

13. Cal prioritzar el concepte de prevenció per tal d'assegurar la màxima efectivitat de les intervencions i de facilitar la coordinació i establir els circuits entre agents comunitaris, epidemiòlegs/es i professionals clínics/ques per a treballar en xarxa, fent palesa la importància de la transversalitat de l'equip multidisciplinari.

14. Cal promoure la participació de persones amb VIH en el desenvolupament d'estratègies de prevenció, atenent les necessitats i dificultats identificades.

Recomanacions

Què es pot fer per diagnosticar les persones que estan infectades (representen el 30% del 0,3% de la població general aproximadament 5.000 persones a Catalunya) i no ho saben?

1. Donar millor informació de com i on es pot fer la prova i que inclogui aspectes relacionats amb la prevenció de risc (algunes persones infectades no es fan la prova, entre altres factors, perquè no es perceben en risc). Cal augmentar la percepció de risc dels grups més vulnerables amb els homes que fan sexe amb homes (HSH) i les dones transsexuals al capdavant.

Combatre l'homofòbia i la discriminació dels HSH i les dones transsexuals, especialment en l'àmbit sanitari. L'homofòbia és la primera barrera en la prevenció i diagnòstic del VIH en els HSH.

2. Educar el personal sanitari sobre quan és convenient demanar la prova. En particular, els metges de família (seria bo que en tots els ambulatoris hi hagués un metge i una infermera de referència), els metges d'urgències i també metges d'altres especialitats.

3. Augmentar el nombre de proves realitzades en el context d'estratègies de garbellament. Les estratègies de garbellament no haurien d'anar dirigides a tota la població ("*opt-out*") sinó dirigides als col·lectius amb risc més elevat (HSH, Immigrants, etc.) o a les persones amb malalties que comparteixen els mateixos mecanismes de transmissió (ITS, Hepatitis B o C), que són definitòries de sida o indicadores d'infecció pel VIH (la relació cost-eficàcia es molt bona quan la prevalença d'infecció $>0,1\%$). Seria, per tant, fomentar estratègies basades en el "*opt-in*". En concret, cal prioritzar el diagnòstic precoç del VIH diversificant l'oferta del test i els tipus de consell assistit, incrementant els programes de garbellament comunitari i d'apropament, així com assegurant l'accés als serveis i uns mínims de rendiment i garantia de qualitat en els programes de garbellament en marxa.

4. Facilitar les proves ràpides fora de l'àmbit assistencial convencional (farmàcies, àmbit comunitari, etc.), i també en algunes estructures de l'àmbit assistencial convencional (medicina primària, urgències). Cal combatre la discriminació i l'estigma vinculats a temes de gènere, VIH i orientació i identitat sexual, especialment en l'àmbit sanitari.

5. Es considera molt important algun sistema d'identificació/seguiment dels contactes dels casos índex (com es fa amb la tuberculosi o amb altres ITS) i aconsellar que ho notifiquin a les parelles sexuals.

6. Reforçar, consolidar i estendre la formació de mediadors/es i educadors/es que atenen poblacions més vulnerables a infectar-se i que no accedeixen o no freqüenten els serveis sanitaris, ni organitzacions no governamentals, per tal que puguin facilitar informació per al diagnòstic precoç i per a la cura de la salut sexual.

Què es pot aconsellar a una persona que sap que està infectada (el 0,3% de la població general, aproximadament 18.000 persones a Catalunya) perquè no transmeti el virus?

1. Valorar l'oferta de tractament antiretroviral als pacients infectats pel VIH independentment de la xifra de limfòcits CD4 i de la càrrega viral (l'única possible excepció serien els controladors d'elit) especialment si tenen parelles seronegatives. Prendre totes les mesures possibles per facilitar l'adherència al tractament. L'eficàcia es molt elevada i la relació cost-eficàcia bona tal per la persona infectada com per la salut pública. Una infermera educadora i/o posar en contacte les persones afectades amb associacions de persones vivint amb VIH podria ser clau (com fa amb la diabetis i altres malalties, diabetis)

2. En el context de la pràctica clínica i també en l'àmbit institucional i comunitari, seguir recomanant la utilització de mecanismes de barrera com el preservatiu, però raonant que el motiu (si el pacient esta fent tractament antiretroviral correcte i la seva càrrega viral es indetectable) és sobre tot prevenir altres ITS i superinfeccions per altres soques de VIH que podrien ser multi resistents i molt més difícils de tractar. Així mateix cal que els metges coneguin les pràctiques sexuals de reducció de dany. Evitar posicions dicotòmiques i culpabilitzadores.

3. Conèixer bé la història i les inquietuds sexuals dels pacients que s'està tractant.

Què es pot aconsellar a una persona de la població general (el 99,7% no estan infectades pel VIH, aproximadament 6 milions de persones a Catalunya) per evitar que l'hi transmetin la infecció ?

1. Millorar l'educació sexual començant des de molt joves a les escoles, incloent la diversitat sexual, a les famílies i també, molt important, utilitzant les xarxes socials i les noves tecnologies. Tenir en compte que l'educació afectiva sexual s'ha d'iniciar el més aviat possible i que ha d'estar adaptada a les diferents etapes de la vida per tal de promoure relacions igualitàries que afavoreixin actituds i comportaments de cura i auto-cura, des d'una visió global positiva i de gestió de plaers i des d'un enfocament de drets.

2. Mesures per reduir el risc i la vulnerabilitat general i sobre tot d'alguns col·lectius, (ex. HSH, dones transsexuals, població migrant, treballadors sexuals i usuaris de drogues per via parenteral UDVP). Reforçar, consolidar i estendre la formació de mediadors/es i educadors/es que atenen poblacions més vulnerables a infectar-se i que no accedeixen o no freqüenten els serveis sanitaris, ni organitzacions no governamentals, per tal que puguin facilitar informació per al diagnòstic precoç i per a la cura de la salut sexual.

3. Seguir fomentant la utilització del preservatiu (masculí i femení), sobretot amb les noves parelles. La eficàcia teòrica es superior al 90%.

4. De forma complementària, campanyes massives, de tant en tant, (com el cas del tabac) arribant a explicar clarament les conseqüències de la infecció pel VIH (com el cas dels accidents de circulació). Campanyes especials adreçades a col·lectius amb risc molt més elevat (HSH, Immigrants, les petites borses d'UDVP que encara queden, usuaris de tatuatges, piercings, etc.) o en llocs físics amb risc elevat (saunes). Fa falta una bona col·laboració i sintonia entre les administracions, ONG's i col·lectius d'afectats.

5. Facilitar la Profilaxi postexposició (PEP) no ocupacional. Formar professionals sanitaris en aquest aspecte. La eficàcia està ben demostrada en models animals.

6. No es recomana la Profilaxi preexposició (PrEP) de forma generalitzada. Seria recomanable que a partir de la informació dels estudis longitudinals en marxa, es poguessin definir criteris d'alt risc i disposar d'algun estudi pilot amb criteris de selecció ben definits que obriria les portes a la PrEP en casos/col·lectius especials (HSH, dones transsexuals i treballadors/es sexuals). L'eficàcia es molt alta si l'adherència al tractament es bona.

Bibliografia

- CEEISCAT. Situació Epidemiològica de la infecció pel VIH i la SIDA i d'altres infeccions de transmissió sexual a Catalunya, 2012. Disponible a:
• http://www.ceeiscat.cat/documents/2012_2n_semestre_VIH_SIDA.pdf
- CEEISCAT. SIVES 2012 (Document tècnic 21). <http://www.ceeiscat.cat/?q=node/49>.
- Celum C, Hallett TB, Baeten JM. HIV-1 Prevention With ART and PrEP: Mathematical Modeling Insights Into Resistance, Effectiveness, and Public Health Impact. *J Infect Dis* 2013;208:189-191.
- Cohen MS, Dye C, Fraser C, Miller WC, Powers KA, Williams BG. HIV Treatment as Prevention: Debate and Commentary-Will Early Infection Compromise Treatment-as-Prevention Strategies? *Plos Med* 2012;9:e1001232.
- Cohen MS, Chen YQ, McCauley M et al. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. *N Engl J Med* 2011; 365: 493-505.
- Cohen SE, Liu AY, Bernstein KT, Philip S. Preparing for HIV Pre-Exposure Prophylaxis: Lessons Learned from Post-Exposure Prophylaxis. *Am J Prev Med* 2013;44(Suppl 2):S80-S85.
- Cohen MS, Baden LR. Preexposure prophylaxis for HIV--where do we go from here? *N Engl J Med* 2012;367:459-461.
- Crosby RA. State of Condom Use in HIV Prevention Science and Practice. *Curr HIV /AIDS Rep* 2013;10:59-64.
- Dieffenbach CW, Fauci AS. Universal voluntary testing and treatment for prevention of HIV transmission. *JAMA* 2009;301:2380-2382.

- El-Sadr WM, Gamble TR, Cohen MS. Linkage From HIV Testing to Care: A Positive Test Often Leads Nowhere. *Sex Transm Dis* 2013;40:26-27.
- El-Sadr WM, Serwadda DM, Sista N, Cohen MS. HIV Prevention: Great Achievements, More Challenges Ahead. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2013;63 (Suppl 2):S115-S116.
- Gonzalez-Serna A, Lima VD, Montaner JS, Harrigan PR, Brumme CJ. "Test-and-Treat" Strategy for Control of HIV and AIDS Can Lead to a Decrease, Not an Increase, of Multidrug-Resistant Viruses. *Clin Infect Dis* 2013; 57: 478-479.
- Granich RM, Gilks CF, Dye C, De Cock KM, Williams BG. Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model. *Lancet* 2009;373:48-57.
- Granich R, Williams B, Montaner J. Fifteen million people on antiretroviral treatment by 2015: treatment as prevention. *Curr Opin HIV AIDS* 2013;8:41-49.
- Hull MW, Wu Z, Montaner JS. Optimizing the engagement of care cascade: a critical step to maximize the impact of HIV treatment as prevention. *Curr Opin HIV AIDS* 2012;7:579-586.
- Manzardo C, Esteve A, Ortega N et al. Optimal timing for initiation of highly active antiretroviral therapy in treatment-naive human immunodeficiency virus-1-infected individuals presenting with AIDS-defining diseases: the experience of the PISCIS Cohort. *Clin Microbiol Infect* 2013;19:646-653.
- Montaner JS, Lima VD, Barrios R et al. Association of highly active antiretroviral therapy coverage, population viral load, and yearly new HIV diagnoses in British Columbia, Canada: a population-based study. *Lancet* 2010; 376: 532-39.
- Puro V, De CG, Piselli P et al. HIV incidence among men who have sex with men prescribed postexposure prophylaxis. *AIDS* 2012;26:1581-1583.
- Sullivan AK, Raben D, Reekie J et al. Feasibility and Effectiveness of Indicator Condition Guided Testing for HIV: Results from HIDES I (HIV Indicator Diseases across Europe Study). *PLoS One* 2013;8:e52845.
- Thompson MA, Aberg JA, Hoy JF et al. Antiretroviral treatment of adult HIV infection: 2012 recommendations of the International Antiviral Society-USA panel. *JAMA* 2012;308:387-402.
- UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic 2012. (UNAIDS / JC 2417E). Disponible a: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_en.pdf
- UNAIDS. Together we will end AIDS. (UNAIDS / JC 2296E). Disponible a: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/jc2296_unaids_togetherreport_2012_en.pdf.

Aquest document ha estat elaborat per un **Grup de Treball** format per Josep M Gatell (Hospital Clínic i Universitat de Barcelona) i Àngela Domínguez (Universitat de Barcelona), i revisat pels membres del **Consell Assessor de Salut Pública (CASP), de l'Agència de Salut de Catalunya**. S'ha consultat i en part recollit les opinions d'un **grup extern d'experts en VIH/sida**.

Els membres del **Consell Assessor de Salut Pública (CASP)** són: Josep Vaqué (president), Àngela Domínguez (vicepresident), Pedro Alonso, Salvador Alsius, Josep Maria Antó, Josep Arqués, Francesc Xavier Bosch, Miquel Bruguera, Victòria Camps, Mariano Domingo, Josep María Gatell, Pere Ibern, Abel Maríné, Josep María Monfort, Antoni Plasència, Guillem Prats, Josep Ramos, Marisol Rodríguez, Claustre Solé i Antoni Trilla. Rafel Guayta (secretari).

Els membres del **Grup Extern d'experts en VIH/sida que han estat consultats** són: Elisabeth Buiria, Jordi Casabona, Joan Caylà, Bonaventura Clotet, David Dalmau, Pere Domingo, Felipe Garcia, Mireia Jané, Hernando Knobel, Ignacio Menacho, Montse Pineda, Daniel Podzamczar, Ferran Pujol, Esteban Ribera, Ferran Segura.

Declaració de conflicte d' interessos

Els membres del Grup Extern d'Experts en VIH/sida, així com els membres del Consell Assessor de Salut Pública declaren que no tenen cap conflicte d'interès que pugui haver influït en les opinions i recomanacions que consten en aquest document.

Barcelona, 26 de setembre de 2013