



VIH DETENGAMOS LA PANDEMIA

Dr. Andrés Cornejo Porcile

Internista - Infectólogo

Programa VIH del HRLBO

30 de Mayo 2017



Temario

- Impacto mundial de la Pandemia.
- Transmisión, fisiopatología de la infección por VIH e historia natural.
- Clínica y etapificación de la infección por VIH.
- Realidad nacional.
- Realidad del Programa del HRLBO.
- Estrategia de la O.M.S. 90 – 90 – 90.
- Propuestas de Programa VIH a la A.P.S.

EL IMPACTO MUNDIAL

3

Personas que viven con VIH en el 2013

35 millones de personas

Nuevas Infecciones por VIH en el 2013

A nivel mundial 2.1 millones de personas

Muertes relacionadas con el Sida en el 2013

1.5 millones de personas fallecieron en todo el mundo



Transmisión, fisiopatología de la
infección e historia natural.

FORMAS DE TRANSMISIÓN

- Contacto Sexual
- Perinatal
- Transfusiones sanguíneas
- Uso de drogas endovenosas
- Accidentes laborales (0,3 – 0,5%)

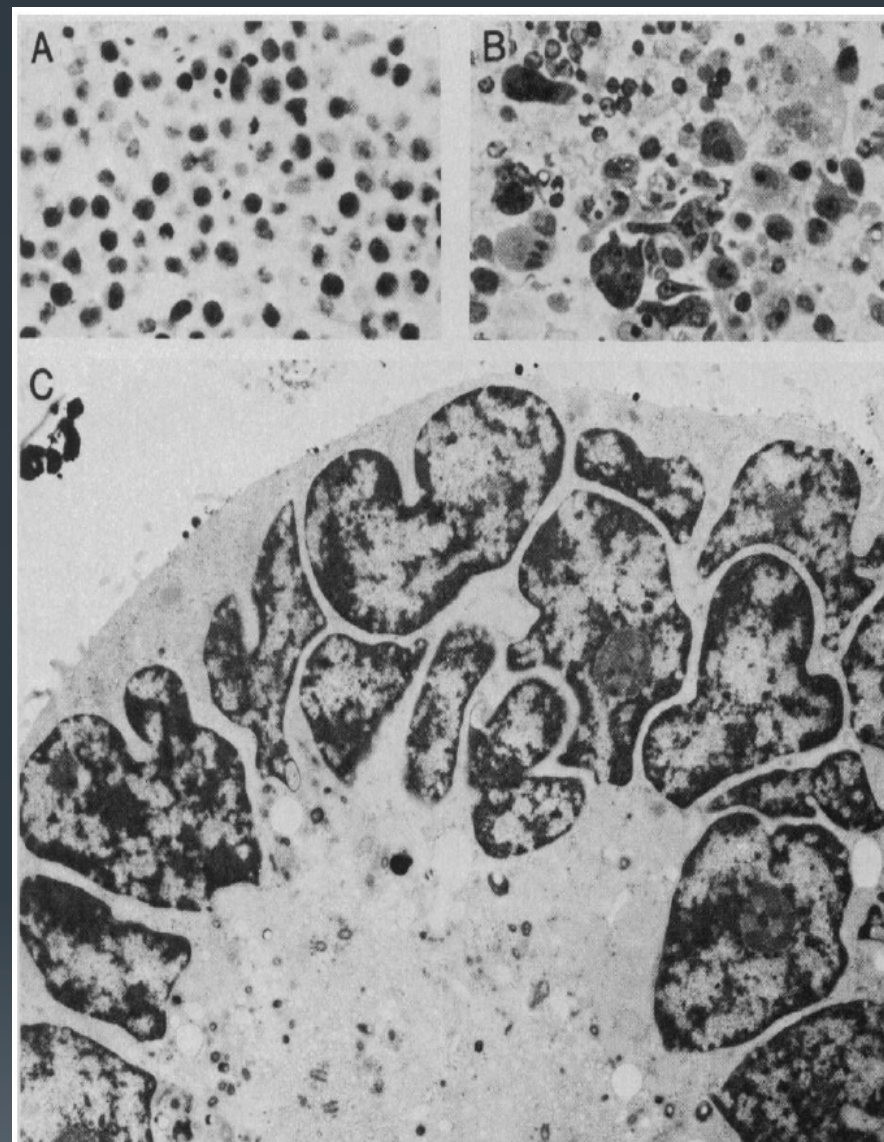
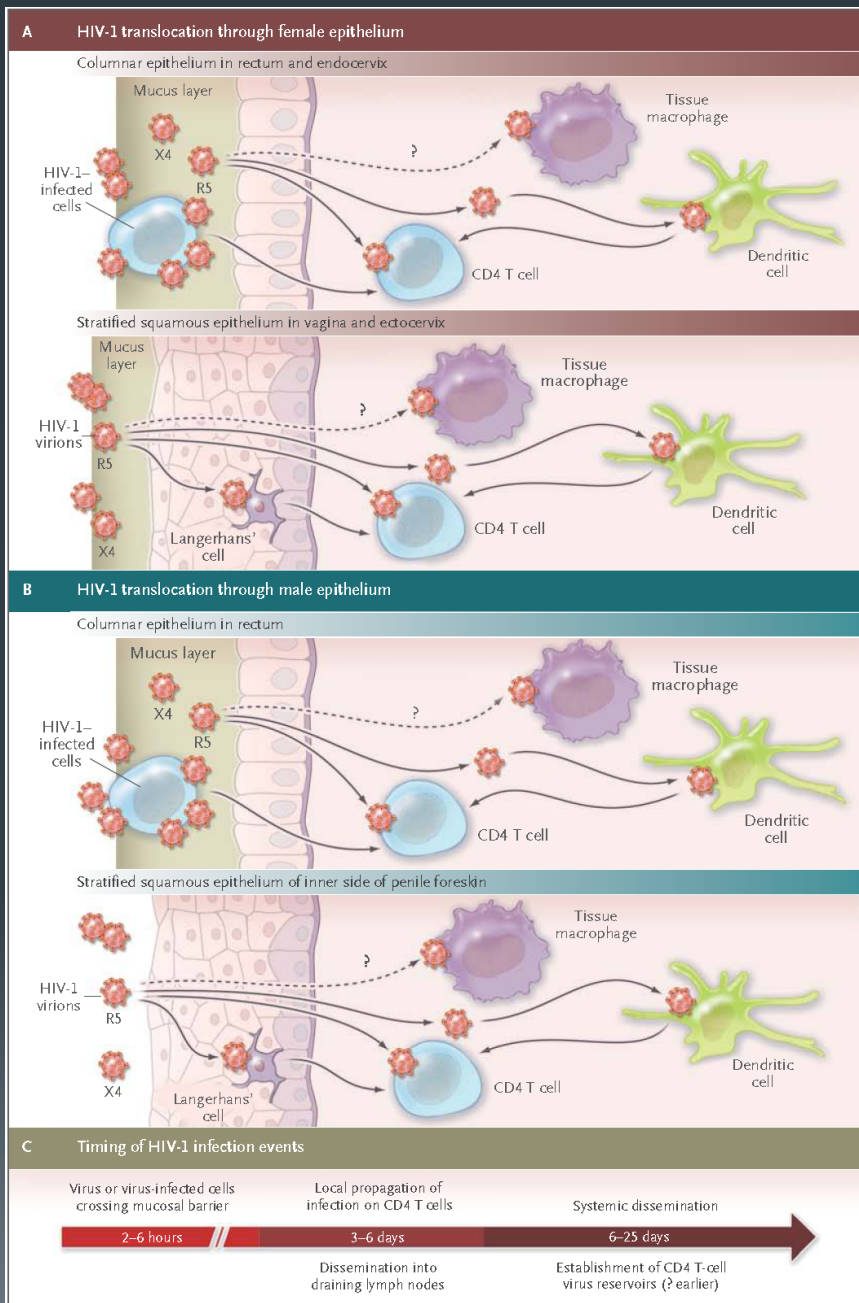


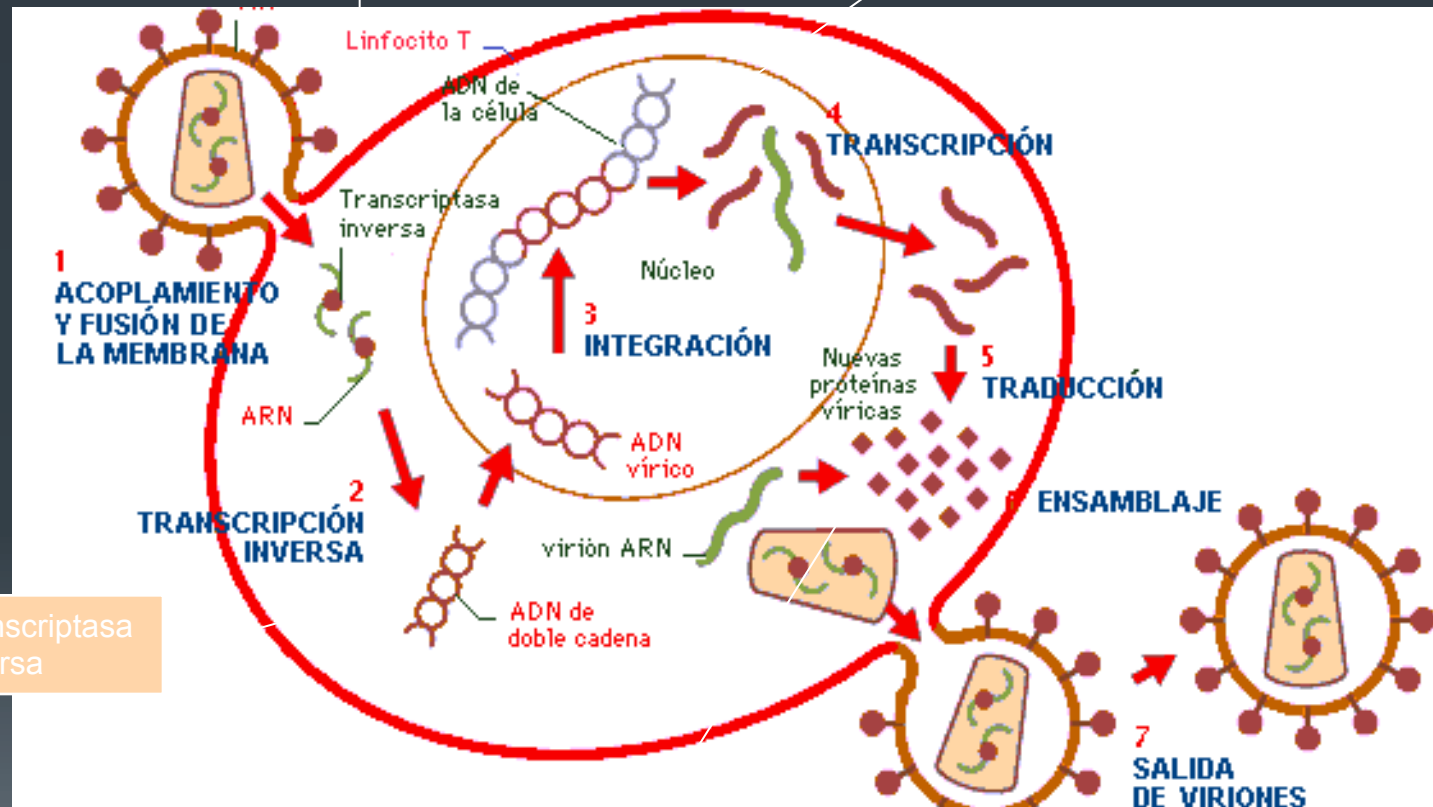
Fig. 4. (A and B) Light microscope picture of thin sections of cultured T4⁺ lymphocytes from a healthy donor. Staining by toluidine blue. (A) Uninfected culture. (B) LAV-infected culture at the peak of virus production. Note the enlarged and giant cells. (C) Electron microscopy picture of a giant cell of (B). Note the numerous nuclei arising by cell fusion and the viral particles at the cell surface ($\times 8000$).

Ciclo vital VIH:

Unión: CD4/pg120

Fusión: CCR5 y CXCR4/
gp41

Integrasa



Transcriptasa
inversa

Proteasa

C Timing of HIV-1 infection events

Virus or virus-infected cells crossing mucosal barrier

2-6 hours

Local propagation of infection on CD4 T cells

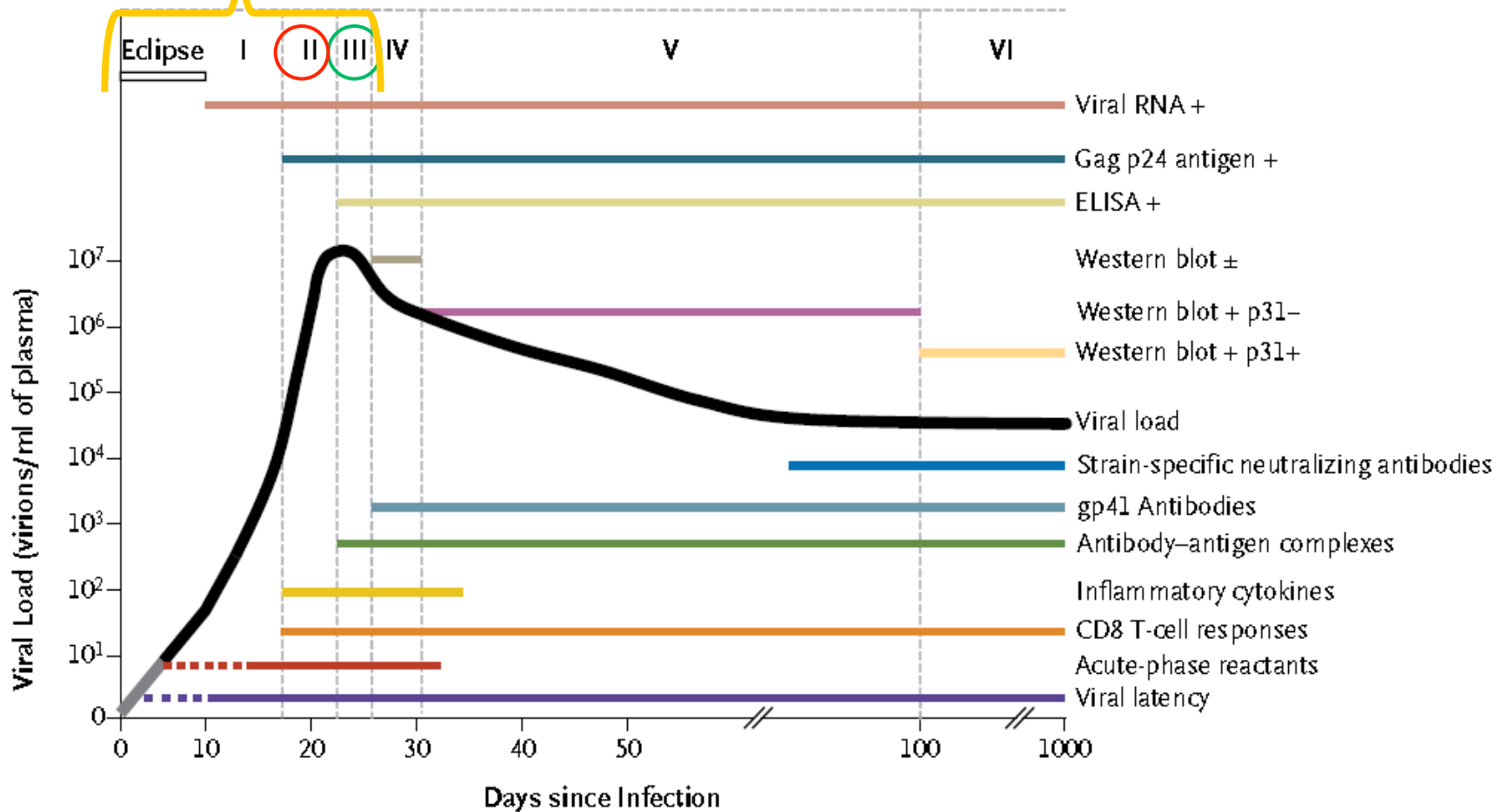
3-6 days

Systemic dissemination

6-25 days

Dissemination into draining lymph nodes

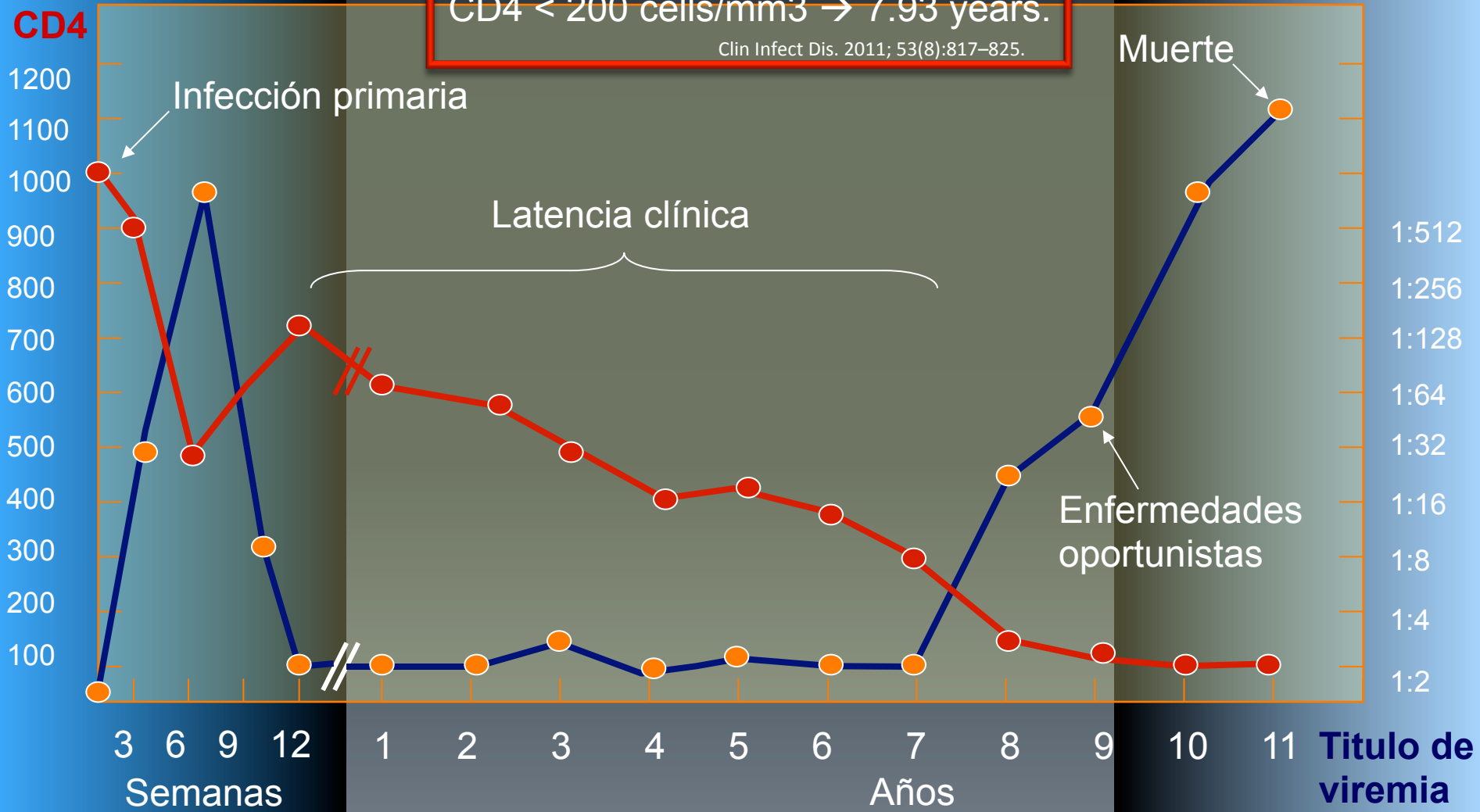
Establishment of CD4 T-cell virus reservoirs (? earlier)



Historia natural de la infección por VIH

CD4 < 500 cells/mm³ → 1.19 years.
 CD4 < 350 cells/mm³ → 4.19 years.
 CD4 < 200 cells/mm³ → 7.93 years.

Clin Infect Dis. 2011; 53(8):817-825.





Clínica y etapificación de la infección por VIH.

PRIMOINFECCIÓN VIH

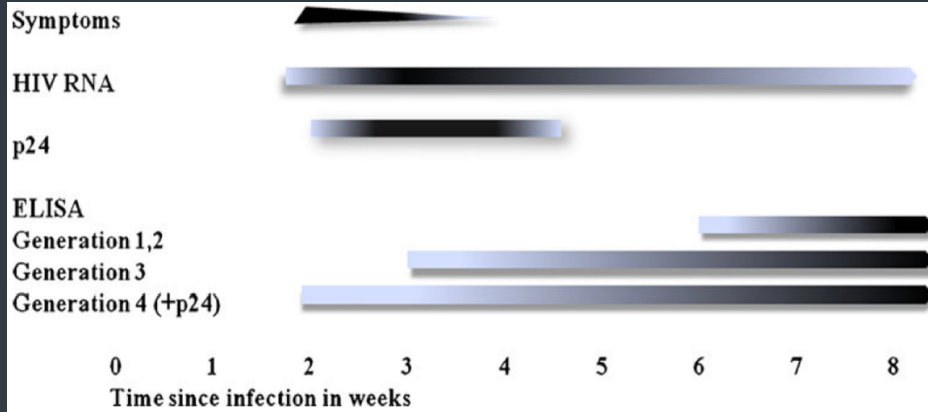


Fig. 1. Timeline of acute HIV presentation and diagnostics

Curr HIV/AIDS Rep. 2012 June ; 9(2): 101–

Duration of primary illness (days)	Three year progression* (95% confidence interval)	Significance†
≥ 14 days (n = 26)	<i>CD4 lymphocyte count < 0.5 × 10⁶/l</i> 75% (45% to 100%)	p = 0.009
< 14 days (n = 58)	42% (23% to 73%)	
≥ 14 days (n = 24)	<i>Recurrence of HIV antigenaemia</i> 55% (25% to 84%)	p = 0.036
< 14 days (n = 46)	14% (0% to 31%)	

*Analysed by life tables.
†Log rank test.

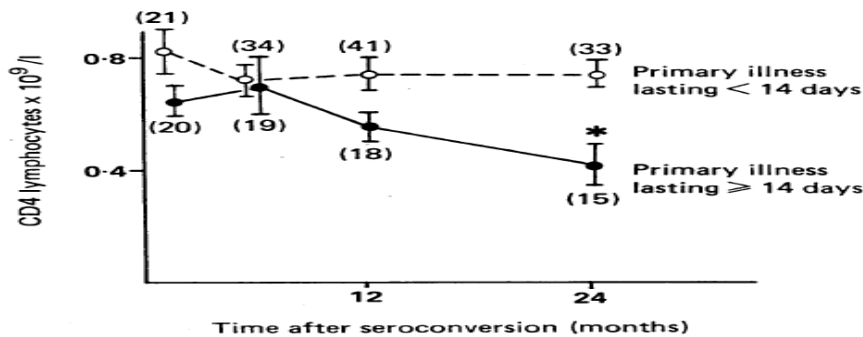


FIG 1—Changes in CD4 lymphocyte count during 24 months of follow up related to clinical course of primary infection. Bars show mean and standard error; number of analyses is shown in parentheses. Asterisk indicates significant difference compared with baseline values ($p < 0.05$)

Clinical manifestations of acute HIV infection

Features (percent)	Overall (n = 378)	Male (n = 355)	Female (n = 23)	Sexual* (n = 324)	IVDU* (n = 34)
Fever	75	74	83	77	50
Fatigue	68	67	78	71	50
Myalgia	49	50	26	52	29
Skin rash	48	48	48	51	21
Headache	45	45	44	47	30
Pharyngitis	40	40	48	43	18
Cervical adenopathy	39	39	39	41	27
Arthralgia	30	30	26	28	26
Night sweats	28	28	22	30	27
Diarrhea	27	27	21	28	23

This table lists the most frequent clinical findings reported among patients with acute HIV infection from five prospective cohorts.

* Homosexual or heterosexual route of transmission.

• IVDU, intravenous drug use as route of transmission.

Reproduced with permission from: Daar ES, Pilcher CD, Hecht FM. Clinical presentation and diagnosis of primary HIV-1 infection. *Curr Opin HIV AIDS* 2008; 3:10. Copyright © 2008 Lippincott Williams & Wilkins.

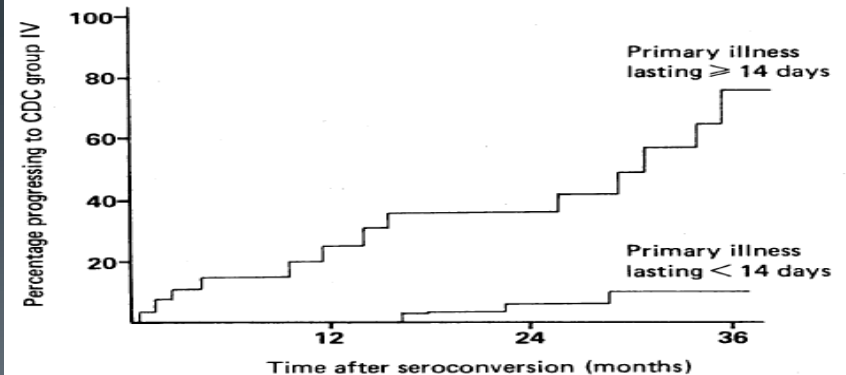
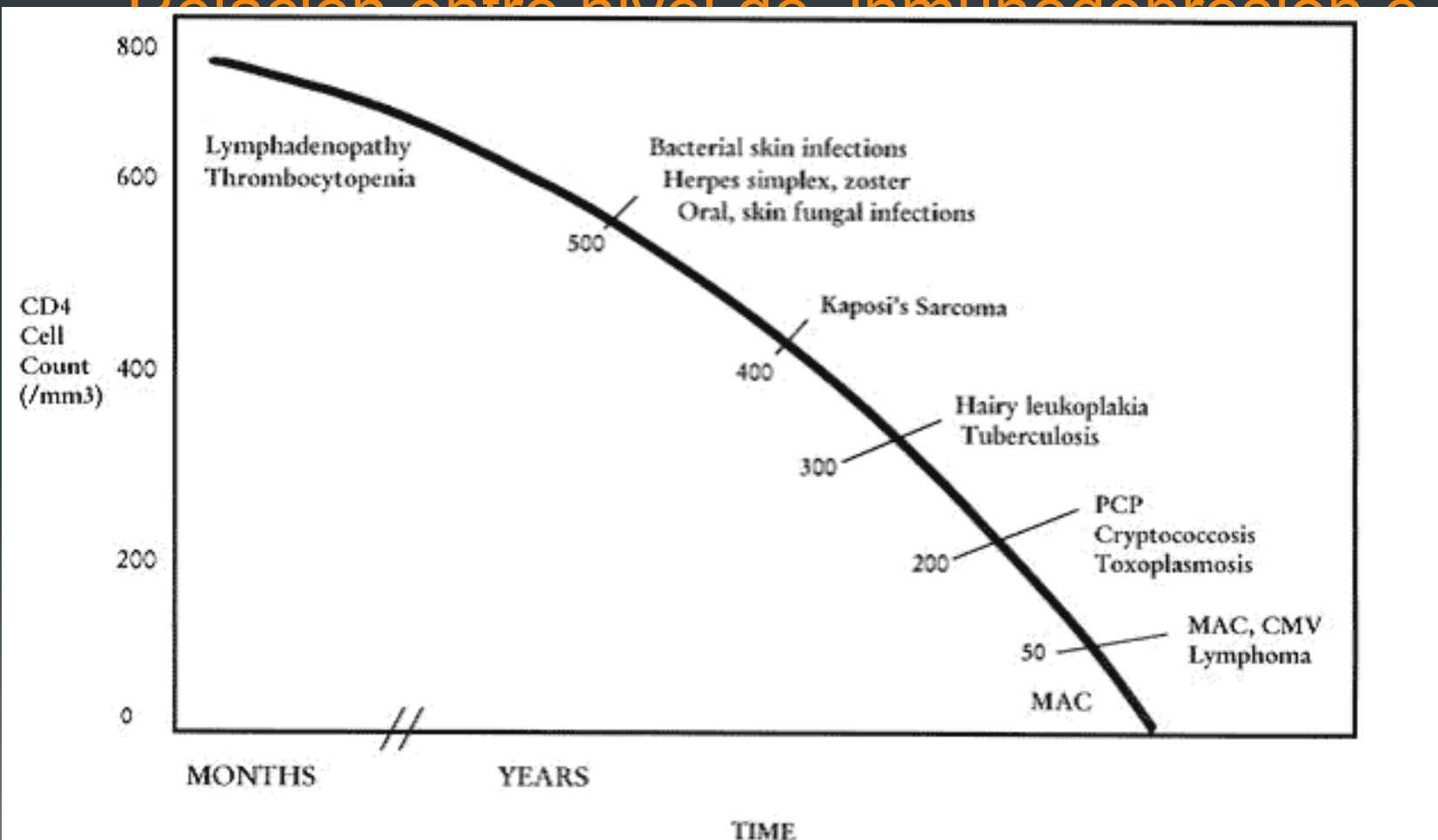


FIG 2—Progression to Centers for Disease Control group IV in 86 men who became positive for HIV antibody related to clinical course of primary infection. Life tables were used to analyse disease progression and were compared by log rank test

Relación entre nivel de inmunodepresión e



Infecciones asociadas a la infección por VIH (tipo C)

Caracterizan la infección en etapa SIDA

- Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar
- Neumonía por *Pneumocystis carinii*
- Criptococosis meníngea o extrapulmonar
- Toxoplasmosis cerebral
- Enfermedad por micobacterias atípicas
- Retinitis por CMV
- Candidiasis esofágica, traqueal o bronquial
- Encefalopatía VIH
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva
- Criptosporidiasis crónica >1 mes
- Isosporosis crónica >1 mes
- Ulceras mucosas o cutáneas herpéticas crónicas >1 mes
- Neumonía recurrente
- Bacteremia recurrente por *Salmonella* spp
- Sarcoma de Kaposi
- Linfoma no Hodgkin y/o linfoma de Sistema Nervioso Central
- Cáncer cervicouterino invasor
- Síndrome consuntivo

Excepto tuberculosis
Corresponden a
agentes oportunistas



Sistema de clasificación revisada en 1993 de la definición de casos de adolescentes y adultos con infección por VIH

Categorías clínicas

Células T CD4 + Categorías	A Asintomático, agudo (primario) VIH o LGP*	B Sintomático, cuadros no A ni C	C Cuadros definitorios de SIDA
500	A1	B1	C1
200-499	A2	B2	C2
<200	A3	B3	C3

* LPG: linfadenopatía generalizada persistente

Fuente: Morb Mort Week Rep 42 1992



Sospecha clínica

CONDUCTAS DE RIESGO

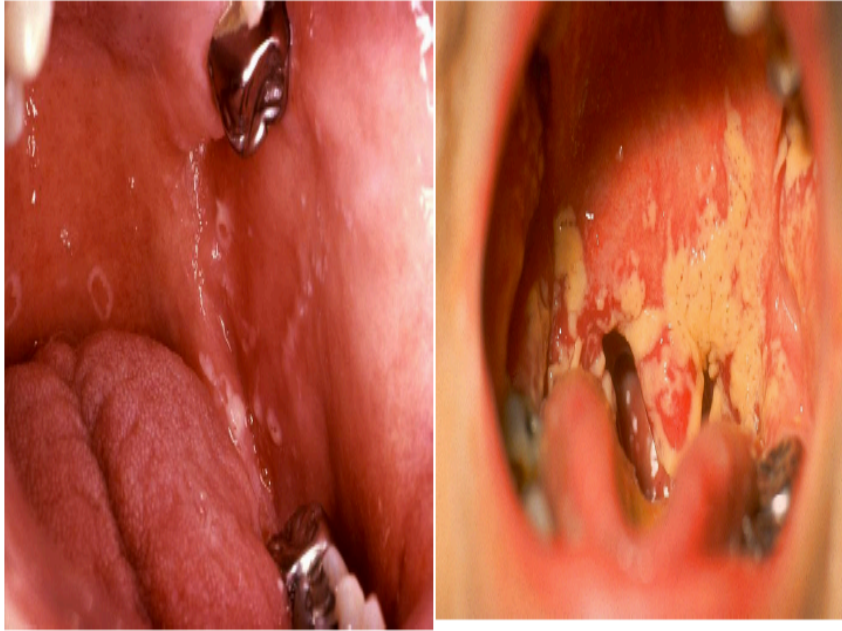
- Sexo anal receptivo sin preservativo.
- Sexo vaginal sin preservativo.
- Sexo oral.
- Uso de drogas endovenosas o inhaladas.
- Múltiples parejas sexuales.
- Comorbilidades (ITS).

CUADROS CLÍNICOS QUE PUEDEN SER VISTOS EN EL DEBUT

- Candidiasis orofaríngea
- SK
- Neumonía bacteriana
- Neumonía intersticial
- Diarrea crónica (sin agente o agentes oportunistas)
- Baja de peso
- Adenopatías generalizadas o localizada
- Síndrome de masa cerebral

¿CUANDO SOSPECHAR INFECCIÓN POR VIH EN LA CONSULTA GENERAL?

Candidiasis oral

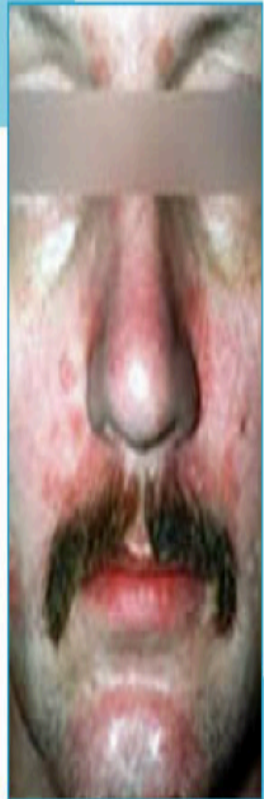


Molusco contagioso

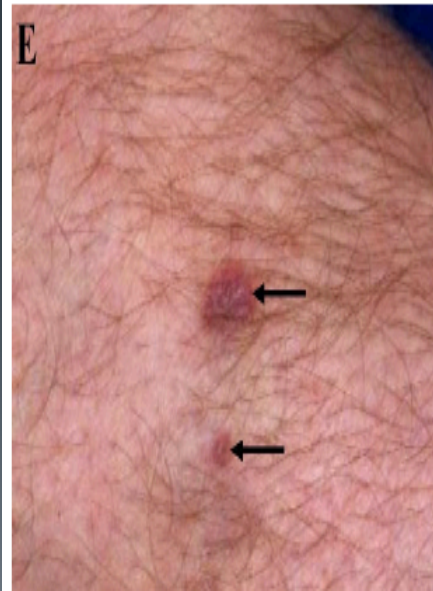


¿CUANDO SOSPECHAR INFECCIÓN POR VIH EN LA CONSULTA GENERAL?

Dermatitis seborreica



Sarcoma de Kaposi (inicial no autopesquizado)





Diagnóstico

Solicitud de Serología VIH

- Voluntaria
- Consejería pre y post examen
- Información confidencial
- No discriminatoria
- No reemplaza medidas de precaución universal

Solicitud de Serología VIH

- Bancos de sangre
- Donación órganos para transplante
- Grupos de alto riesgo
- Pareja sexual de paciente VIH
- Hijos nacidos de madre VIH
- Embarazadas
- Accidente laboral

Mujer, 38 años de edad, dueña de casa, desea realizarse el examen de VIH.

- ¿Qué examen solicita?
- ¿Cuánto se demora?
- ¿Qué procedimiento sigue el laboratorio?
- ¿Qué significa la toma de una segunda muestra?
- ¿Quién informa el resultado?

- ¿Qué examen?

Anticuerpos anti VIH por técnica ELISA

- ¿Cuánto se demora?

Resultado tamizaje es rápido (en el día), tamizaje + requiere confirmación. Confirmación toma 3-4 semanas

- ¿Qué procedimiento sigue el laboratorio?

Laboratorio envía muestra positiva al ISP, ISP realiza 2 tamizajes con técnica distinta, si +/+ o +/- se confirma con IFI, IFI + se informa +, IFI - se informa -, indeterminado se procede a otros estudios

- ¿Qué significa la toma de una segunda muestra?

La segunda muestra la solicita el laboratorio inicial con muestras ISP +, repite tamizaje para confirmar identidad

- ¿Quién informa del resultado?

El médico que lo pidió



Reporte del I.S.P. periodo 2010 - 2015

Realidad nacional

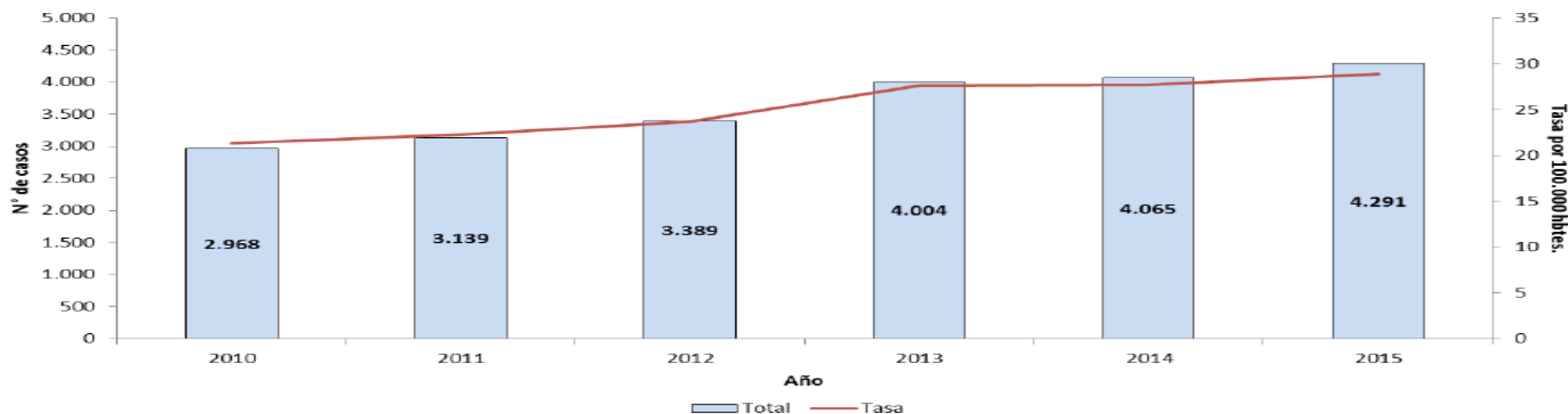
Un 62% de las muestras que se envían a confirmación al I.S.P resultan positivas finalmente.

Tabla 2: Casos confirmados de VIH en mayores a 13 años (inclusive), por mes y año. Chile, 2010-2015.

Mes	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Enero	253	254	317	334	376	344	1.878
Febrero	229	237	296	290	324	312	1.688
Marzo	277	287	287	299	316	386	1.852
Abril	233	277	265	370	343	356	1.844
Mayo	248	267	285	319	350	323	1.792
Junio	207	261	293	314	300	349	1.724
Julio	253	234	276	337	344	373	1.817
Agosto	244	250	292	326	375	333	1.820
Septiembre	226	269	245	275	300	376	1.691
Octubre	243	279	296	451	397	383	2.049
Noviembre	290	270	272	348	341	399	1.920
Diciembre	265	254	265	341	299	357	1.781
Total	2.968	3.139	3.389	4.004	4.065	4.291	21.856

Fuente: Laboratorio Referencia VIH, Instituto de Salud Pública.

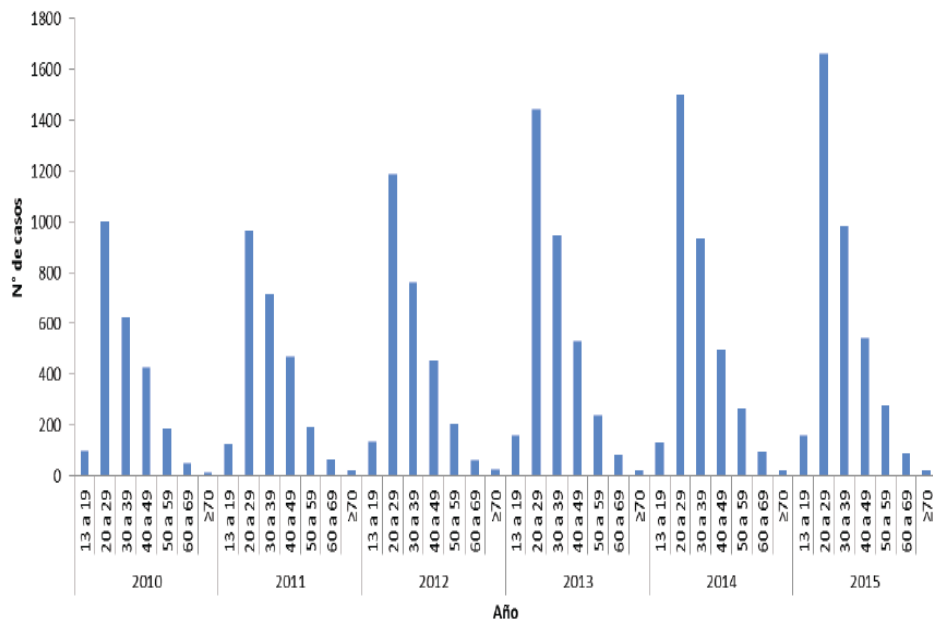
Figura 1: Casos confirmados de VIH en mayores a 13 años (inclusive) y tasas*, por año. Chile, 2010-2015.



*Tasas por 100.000 habtes. en base a Proyección de Población para ≥ 13 años INE, 2016.

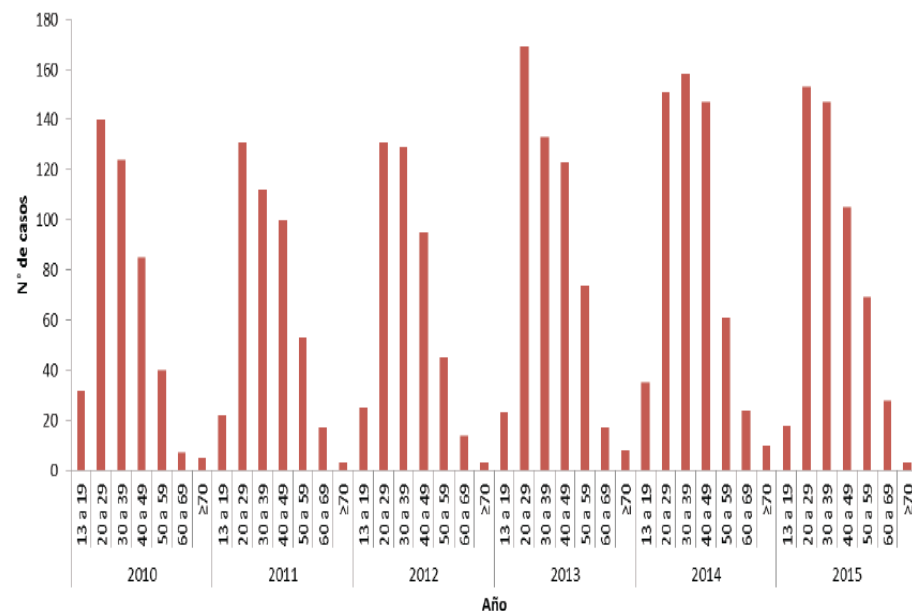
Fuente: Laboratorio Referencia VIH, Instituto de Salud Pública.

Figura 3: Casos confirmados de VIH en hombres mayores a 13 años (inclusive), por grupo etario y año. Chile, 2010-2015.



Fuente: Laboratorio Referencia VIH, Instituto de Salud Pública.

Figura 4: Casos confirmados de VIH en mujeres mayores a 13 años (inclusive), por grupo etario y año. Chile, 2010-2015.



Fuente: Laboratorio Referencia VIH, Instituto de Salud Pública.

Tabla 5: Casos confirmados de VIH en mayores a 13 años (inclusive), por sexo y año. Chile, 2010-2015.

Año	Hombre	Mujer	Sin dato	Total
2010	2.409	433	126	2.968
2011	2.564	438	137	3.139
2012	2.834	442	113	3.389
2013	3.423	547	34	4.004
2014	3.450	586	29	4.065
2015	3.738	523	30	4.291
Total	18.418	2.969	469	21.856

Fuente: Laboratorio Referencia VIH, Instituto de Salud Pública.



Realidad de PVVIH

Programa VIH del hrlbo



Ingreso de pacientes al Programa VIH/SIDA del HRLBO en los últimos 4 años:

Año	Hombre	Mujer	Total
2013	56	13	69
2014	64	18	82
2015	90	34	124
2016	----	----	131

- Total de PVVIH activos en el Programa del HRLBO a finales del 2016: 728.
- Proyectados a un año según ingreso promedio mensual al programa durante 2016: 860 personas a finales del 2017 (11 PVVIH/mes).

Fallecidos en la VI región

- Fallecidos 2013-2015: 48

Hombres	37 (77,1%)
Mujeres	11 (22,9%)
Total	48

Edad (años)	Pacientes
20 -30	7
31 – 40	20
41 – 50	15
> 51	6



Información al 2015

- Del total de PVVIH activos en el programa un 95% esta en TAR.
- De los PVVIH activos en TAR un 70% tiene carga viral indetectable y un 10% tiene carga viral entre 50 – 999 copias/ml.
- El 98% de los PVVIH activos del Programa residen en la Región de O´Higgins.



Realidad de nuestros pacientes

- Enfermedad crónica incurable, pero con TAR se logra controlar.
- Pronóstico vital con las actuales TAR bueno, vida habitual normal.
- Solo se mueren por oportunistas los con diagnóstico tardío y los no adherentes a TAR.



O.M.S.

Estrategia 90 – 90 -90

90-90-90

La ONUSIDA y la OPS/OMS han propuesto estrategias para poner fin a la pandemia



90 90 90: THE UNAIDS STRATEGY TO FURTHER CURB THE HIV EPIDEMIC based on expanded access to treatment and on the “treatment as prevention” concept

90%

of all people living with HIV will know their HIV status

90%

of all people diagnosed with HIV will receive sustained antiretroviral therapy.

90%

of all people receiving antiretroviral therapy will have durable suppression.



Objetivos de la Respuesta Rápida

Para 2020

90-90-90

Tratamiento

500 000

Nuevas infecciones

CERO

Discriminación

Para 2030

95-95-95

Tratamiento

200 000

Nuevas infecciones

CERO

Discriminación



¿qué hacer para detener la
pandemia?

Campañas publicitarias

Campaña 2013

ELIGE PREVENIR HAZTE EL EXAMEN LOS 4 PASOS ¿TIENES DUDAS? CAMPAÑA

el VIH no mata, TU MIEDO al examen Sí

Un diagnóstico oportuno permite un tratamiento que puede salvar tu vida.

BUSCA AQUÍ EL HOSPITAL O CONSULTORIO MÁS CERCANO

Elige prevenir

- Usa condón
- Pareja única
- Abstención

NTES

Campaña 2016

LOS VIVAMOS RECONDON

CAMPAÑA PREVENIR MÁS INFORMACIÓN FONOSIDA



Propuesta a la A.P.S de Cachapoal

- OFRECER A TODAS LAS PERSONAS EL EXAMEN DE VIH.
- Disminuir dentro lo posible las “BARRERAS” para la toma del examen (pro actividad del equipo de salud).
- **EDUCACIÓN** y prevención.

¿Preguntas?

Por su atención, muchas gracias.

