

# Acabar con el 5-5-5: los últimos metros son los más duros

Margarita Ramirez Schacke<sup>1</sup> y Juan Carlos López Bernaldo de Quirós<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón. Madrid

<sup>2</sup> Servicio de Microbiología y Enfermedades Infecciosas. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Email de correspondencia: [juanclopezbq@gmail.com](mailto:juanclopezbq@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

En el año 2013 ONUSIDA lanzó el programa 90-90-90 para el año 2020 (1). El objetivo del mismo es ayudar en el control de la infección por VIH en todo el mundo. Según este plan, para el año 2020 cada país, comunidad o región debería tener diagnosticados al menos al 90% de todas las personas infectadas por VIH (PVIH), el 90% de ellos debería estar recibiendo tratamiento antirretroviral y el 90% de estos últimos debería estar con replicación vírica controlada y, por lo tanto, con carga vírica indetectable. Como continuación de este programa se fijó el objetivo 95-95-95 para el 2030. Desde el inicio múltiples países han analizado su situación respecto a estos objetivos y han mostrado sus resultados en las llamadas “cascadas” o la “estimación del continuo de atención”. ONUSIDA en 2019 calculó que globalmente el 81% de las PVIH está diagnosticada, el 67% está en tratamiento y el 59% virológicamente suprimida. Incluso los ECDC hacen un análisis anual de estos datos comparando la situación de cada país europeo respecto a cada uno de los 90.

En España, el Instituto de Salud Carlos III ha realizado hasta la actualidad 3 estimaciones del continuo de atención del VIH. La primera de ellas referido a

2013 y la última a 2017 (Tabla I) (2-4). En este trabajo, nos centraremos en el análisis del continuo español referido a 2017, viendo donde tenemos que mejorar para alcanzar los objetivos de ONUSIDA.

## PRIMER 90 (PERSONAS DIAGNOSTICADAS)

Para el análisis del primer 90, el Instituto de Salud Carlos III utiliza los datos comunicados por las distintas comunidades autónomas cada año. Dicha comunicación tiene siempre un cierto retraso y los datos no pueden considerarse como consolidados hasta 2-3 años más tarde. Además de ello, la actual situación pandémica de SARS-Cov-2 ha trastocado todos los planes de salud pública retrasando aún más las comunicaciones de resultados. Por este motivo, los últimos datos conocidos en España solo pueden hacer referencia al año 2017 en este apartado.

Según los datos epidemiológicos, se calculaba que en el año 2017 había en España 151.400 PVIH, estando diagnosticadas solo el 87%. Este dato significa que había 19.682 personas no diagnosticadas. Si tenemos en cuenta que este dato era del 82% en 2013 y 86% en 2016, podríamos considerar que probablemente estaremos en vías de cumplir el objetivo

TABLA 1. ESTIMACIÓN DEL CONTINUO EN ESPAÑA ENTRE 2013 Y 2017.

	Total estimado	Diagnosticadas	En seguimiento	Suprimidas
2013	141.000	82%	93%	87%
2016	146.500	86%	93,4%	90,4%
2017	151.400	87%	97,3%	90,4%

marcado cuando tengamos los datos reales de 2020. Ahora bien, ello no quiere decir que podamos relajarnos, sobre todo pensando que las aproximadamente 20.000 personas que estaban infectadas en ese momento, pero no diagnosticadas todavía, se diagnosticaran de manera tardía en los años sucesivos, con todas las consecuencias que tiene este hecho. Comparando nuestras cifras con el entorno europeo, el ECDC nos coloca en una posición media (“semáforo en amarillo”) (5).

Para mejorar estos números hay que hacer un esfuerzo en aflorar el diagnóstico oculto. Algunos estudios realizados en nuestro País, señalan que hasta el 0,35% de la población que se realiza una analítica en un Centro de Salud en un momento determinado puede estar infectada por VIH, pero sin estar diagnosticados (6,7). Los CDC recomiendan que cuando la incidencia de diagnóstico oculto es superior al 0,1% habría que implementar programas de cribado de VIH. Esta fuera de la intención de este trabajo indicar el camino para aflorar el diagnóstico oculto, pero habría que desarrollar programas encaminados a favorecer el cribado de VIH y hepatitis virales tanto en atención primaria, como servicios de urgencias o especializada. Pero además de ello, las políticas sanitarias deberían dirigirse no solo a aflorar el diagnóstico oculto, sino a prevenir las nuevas infecciones, especialmente a través de la generalización de profilaxis pre-exposición (PrEP)

## SEGUNDO 90 (PERSONAS EN TRATAMIENTO)

Según los datos del Instituto Carlos III el objetivo del segundo 90 se cumplía ampliamente con un 97,3% de personas en tratamiento. Este dato se extrae de la encuesta hospitalaria que se realiza anualmente desde hace años. Únicamente en 2020 y por motivo de la pandemia no pudo realizarse. Si nos fijamos en la encuesta hospitalaria del año 2019 que analizó 837

PVIH que acudieron o estaban ingresadas en un día determinado en los hospitales incluidos, 20 de ellos (2,4%) no estaban recibiendo tratamiento antirretroviral (8). Probablemente, la encuesta hospitalaria sobrestima las personas que por su condición médica precisan acudir al hospital con mas frecuencia y por lo tanto con mayor probabilidad de no estar recibiendo TAR. De hecho, según la propia encuesta el 10,2% era personas hospitalizadas. A pesar de ello, estos datos parecen reales dado que la mayoría de las PVIH están, en la actualidad, en tratamiento y con control de la replicación vírica y acuden incluso cada 12 meses al hospital para sus revisiones. De nuevo, si nos comparamos con países de nuestro entorno el “semáforo” del ECDC nos sitúa en zona verde, incluso entre los primeros de grupo. La encuesta hospitalaria no tiene acceso a PVIH que en un momento determinado deciden abandonar el tratamiento y el seguimiento de su infección. Algunas cohortes estiman que entre 15-22% de los pacientes incluidos abandonan el seguimiento en algún momento, aunque la mayoría volverían al cabo de un tiempo ( ).

La mejor manera de mejorar este segundo 90 sería asegurar la continuidad del cuidado de las PVIH, iniciando el tratamiento de manera precoz y mediante la existencia de alertas en las bases de datos o en los servicio de farmacias, de tal manera que si una persona no recoge la medicación salte un aviso que genere la continuidad del seguimiento.

## TERCER 90 (PERSONAS SUPRIMIDAS)

En este apartado se cumple el objetivo al situarnos en el 90,4%, lo que significa que el 9,6% está en fracaso virológico, dato que es difícil de aceptar en el momento actual. Volviendo a la propia encuesta, en la mayoría de estos casos (6,9%) se trataba de replicación vírica de bajo grado (< 500 cp/mL), por lo que podría considerarse que muchos de ellos son en rea-

lidad BLIPS y volverían a la indetectabilidad en la siguiente revisión. El verdadero fracaso virológico en nuestras consultas es excepcional y dado los nuevos fármacos en desarrollo y de nuevas familias, es previsible que sea incluso menor en el futuro. Respecto a los países de nuestro entorno, nos encontramos en el grupo “verde” situándonos por encima de la media europea.

Para mejorar este objetivo, la principal tarea es asegurar el seguimiento y cumplimiento del tratamiento y sospechar la presencia de fracaso virológico en el momento que una persona con control de la replicación vírica presente pérdida de dicha replicación. En estos casos, la facilitación de la adherencia, la realización de pruebas de resistencia e instauración de tratamientos con fármacos de nuevas familias y con alta barrera genética, ayudarían a su consecución.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 90-90-90 an ambitious target to help end the AIDS epidemic. Geneva; 2014.
2. Nunez O, Hernando V, Díaz A. Estimating the number of people living with HIV and the undiagnosed fraction in Spain in 2013. *AIDS (London, England)*. 2018; 32(17): 2573-81.
3. Unidad de Vigilancia del VIH y conductas de riesgo. Estimación del continuo de atención del VIH en España, 2016. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología- Instituto de Salud Carlos III/Plan Nacional sobre el Sida-S.G. de Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública; 2019. Disponible en: [https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/VIH/INFORMES%20ESPECIALES/ESTIMACION\\_DEL\\_CONTINUO\\_DE\\_ATENCION\\_DEL\\_VIH\\_EN\\_ESPANA\\_2019.pdf](https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/VIH/INFORMES%20ESPECIALES/ESTIMACION_DEL_CONTINUO_DE_ATENCION_DEL_VIH_EN_ESPANA_2019.pdf).
3. Unidad de vigilancia del VIH, ITS y hepatitis. Actualización del Continuo de Atención del VIH en España, 2017-2019. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología – Instituto de Salud Carlos III / Plan Nacional sobre el Sida – Dirección General de Salud Pública; 2020. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/ESTIMACION\\_DEL\\_CONTINUO\\_DE\\_ATENCION\\_DEL\\_VIH\\_EN\\_ESPANA\\_Nov2020.pdf](https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/ESTIMACION_DEL_CONTINUO_DE_ATENCION_DEL_VIH_EN_ESPANA_Nov2020.pdf)
5. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hiv-continuum-of-care-dublin-declaration-2021.pdf>
6. Moreno S. *Sex Transm Inf*. 2012; 88: 522-4
7. Puente Torres RC et al. *Aten Primaria* 2016;48:383-93
8. Encuesta Hospitalaria de pacientes con infección por el VIH. Resultados 2019. Análisis de la evolución 2004-2019. Centro Nacional de Epidemiología- Instituto de Salud Carlos III/ Plan Nacional sobre el Sida - D.G. de Salud Pública, Calidad e Innovación / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid; mayo 2020. [https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Encuesta\\_hospitalaria2019.pdf](https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Encuesta_hospitalaria2019.pdf)
9. Mocroft A, et al *HIV Med*. 2008;9(5):261–9. <https://doi.org/10.1111/j.1468-1293.2008.00557.x>.
10. Jose S, et al. *Lancet HIV*. 2018;5(6):e301–8. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(18\)30048-1](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(18)30048-1)
11. Teira R, et al. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2019; 37(6):361–6. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2018.09.008>.