

Suplemento Especial Puerto Rico HIV Treaters Medical Association



Mensaje de la Presidenta

El VIH en nuestros días

Llevamos ya más de 30 años conviviendo con el VIH en nuestra población. Pero las personas aún siguen haciendo preguntas tan simples como ¿El VIH se contagia por besos? ¿Se contagia por lágrimas?, ¿Se contagia por beber del mismo vaso o comer del mismo plato? ¿Cocinó la comida alguien con VIH? En la población en general es casi asombrosa la falta de conocimientos básicos sobre esta enfermedad. Depende de nosotros que desaparezcan los tabúes y que la información sobre la prevención, el contagio y el tratamiento llegue claramente a nuestros pacientes y a la sociedad en general, incluyendo a médicos y profesionales de la salud.

Hoy, en Puerto Rico y a nivel global, el VIH sigue siendo un problema de salud pública; se estima que hay cerca de 37 millones de personas viviendo con VIH y de nosotros depende que esta cifra no siga aumentando. Por eso los invitamos a participar en nuestra XV Convención, actividad educativa dirigida a la comunidad médica que quiera educarse más sobre VIH, sus comorbilidades, los tratamientos y fármacos, y también para conocer los alcances del tratamiento completo, certero y eficaz que puede ofrecer un HIV treater. ¡Los esperamos!

*Vilmary Sierra Rosa, MD, AAHIVS
Presidenta de la Asociación de Médicos Tratantes de VIH de Puerto Rico*

The Great Evolution on HIV CARE

15th Annual Puerto Rico HIV Treaters Medical Association Convention

November 11- 13, 2016

Dorado Embassy Suites, Dorado, PR

For information & registration:

Tel. (787) 646-0780

The Ponce School of Medicine submitted this educational activity for a maximum of 15 credits AMA PRA Category 1 Credits™ for physicians, subject to approval. Also submitted this educational activity for a maximum of 15 credits Category 1 for pharmacists, subject to approval. The health care professionals should claim only the credits commensurate with the extent of their participation in the activity.

The Great Evolution on HIV CARE

15th Annual Puerto Rico HIV Treaters Medical Association Convention

November 11- 13, 2016
Dorado Embassy Suites, Dorado, Puerto Rico

Friday, November 11, 2016

12:00MD-7:00PM	Registration
12:00MD-2:00PM	Lunch and Exhibits
2:00-2:15PM	Pre Test
2:15-3:00PM	HCV STAGING; Bits Implication on Treatment Celeste Rodríguez, MD, AAHIVS
3:00-3:45PM	Effect of Recreational Drugs and Marijuana in HIV Therapy Kalumi Ayala, Pham D, AAHIVP
3:45-4:30PM	Advances in chronic hepatitis C; Management and Treatment Marisel Bosques, ID, MD, AAHIVS
4:30-5:15PM	The Epidemiology of HIV and Its Relevance to the Clinician an update Carlos E. Rodríguez-Díaz, PhD, MPHE, MCHES
5:15-6:30PM	Break and Exhibits
6:30-6:45PM	Opening Ceremony Vilmary Sierra-Rosa, MD, AAHIVS
7:00-8:00PM	Women care: Are we doing well? William Short, MD, AAHIVS
8:00-8:15PM	Program Evaluation(Post-Test)
8:15-10:00PM	Dinner

Saturday, November 12, 2016

7:00AM-12:00MD	Registration
6:30-7:45AM	Breakfast and Exhibits
7:45-8:00AM	Pretest
8:00-9:00AM	HIV and ZIKA in Pregnancy. Parallel stories and new challenges Carmen D. Zorrilla, MD, AAHIVS
9:00-9:45AM	Cardiovascular Complications of HIV Infection and Antiretroviral Therapy Nelson Vallejo, MD, AAHIVS

9:45-10:15AM	Break & Exhibits
10:15-11:00AM	The new evolution on HIV CARE Paulo V. Troia-Cancio, MD
11:00AM-11:45AM	Now what do I do whith this guy? Sequencing and drug resistance in HIV patients' treatment" Iván Meléndez-Rivera, MD, AAHIVS
12:15-1:15PM	Lunch & Exhibits
1:15-2:15PM	Renal and Bone Disease in ART Patients Roberto Calderón, MD, AAHIVS
2:15-3:00PM	Pulmonary Complications in HIV Patients Julio Baco, MD, AAHIVS
3:00-3:15PM	Break & Exhibits
3:15-4:00PM	Prevalence and Incidence of Integrase Drug Resistance Wilfredo Cuevas, MD, AAHIVS
4:00-4:15PM	Program Evaluation

Sunday, November 13, 2016

7:00-9:00AM	Breakfast & Registration
8:00-8:30AM	Pre test
8:30-9:30AM	The Key for Zero Contagious: The Evolution of PrEP Panel
9:30-10.30	Aging with HIV: The Effects of Antiretroviral Therapy on immune system Vilmary Sierra-Rosa, MD, AAHIVS
10:30-11:30AM	The evolution of HIV Care Provider Lissette Santiago, MD, AAHIVS
11:30-11:45AM	Break
11:45-12:00MD	Program evaluation and closing

Credit Designation: The Ponce School of Medicine submitted this live activity for a maximum of 15 AMA PRA Category 1 Credits™. Physicians should claim only the credit commensurate with the extent of their participation in the activity

For information & registration: Tel. (787) 646-0780

¡Atrévete a ser el próximo HIV treater!



Wilfredo Jay Cuevas, MD, AAHIVS

Hospital Ryder, Humacao
Asociación de Médicos Tratantes
de HIV en Puerto Rico

El concepto de “tratante de VIH” proviene de la práctica médica dirigida al cuidado de salud de la comunidad que vive con VIH/SIDA. Hoy en día hay médicos generalistas, de familia, médicos internistas, infectólogos y ginecoobstetras que han enfocado su práctica en el manejo clínico del VIH.

Los avances médicos en han ocurrido a pasos agigantados. La llegada de terapias muy efectivas y las guías de tratamiento actualizadas con asesoría de expertos en el campo, permiten ofrecer un cuidado de vanguardia y calidad a una comunidad con necesidades especiales, mejorando su calidad de vida y logrando una expectativa de vida similar a la población general. También se puede ofrecer en las clínicas servicios al grupo de personas mayores de la comunidad VIH positivo, grupo que desarrolla otras comorbilidades que van a la par con su edad. Datos estadísticos de 2015 reportan que un 50% de la población que vive con VIH/SIDA son mayores de 50 años. VIH es una condición crónica manejable que requiere un continuo seguimiento médico holístico.

Por otro lado, la fuerza médica laboral también está envejeciendo. Médicos que han trabajado desde el inicio de la epidemia de VIH podrían retirarse dentro de los próximos 10 años. Esto crea preocupación sobre la continuidad de los servicios médicos en esta disciplina y a tratar de integrar a nuevos médicos en busca de una motivación para su actividad médica.

Desde el inicio de la epidemia de VIH/Sida la difusión académica en este campo es limitada y la enseñanza se enfoca sobre todo en llevar datos epidemiológicos y temas de salud pública. Quizás allí radica la causa del poco interés de los médicos jóvenes en seguir una carrera dirigida a VIH/Sida.

Medicina en VIH y enfermedades infecciosas

Los esfuerzos se dirigen a que los residentes en enfermedades infecciosas sean los próximos tratantes de VIH. Pero, en la práctica el infectólogo es sobre todo un consultor y la medicina en VIH se ha convertido en una medicina primaria especializada. Sería recomendable que VIH se lleve al currículo de residentes en Medicina interna, de Familia y Gineco-obstetras. Los médicos generalistas tienen la oportunidad de desarrollar conocimientos por medio de mini residencias y cursos especializados en VIH/SIDA, además de la experiencia adquirida en su práctica diaria.

Factores de interés para médicos jóvenes:

La práctica básica de un HIV *treater* incluye el diagnosticar a toda persona que vive con VIH. Muchos suelen desconocer si se han expuesto alguna vez al virus de VIH y debemos indicar la prueba de VIH (CDC recomienda hacerla a toda persone de 13 a 64 años). Otro rol importante es saber referir y crear un enlace de cuidado para la población diagnosticada a un centro especializado en VIH. Se puede mantener comunicación sobre el seguimiento (repetición de recetas de ser necesario, evaluar complicaciones o interacciones), atención de comorbilidades no relacionadas al SIDA y urgencias médicas de la población que vive con VIH/SIDA.

La Asociación de Médicos Tratantes de Puerto Rico (HIVTMD) extiende sus brazos de camaradería y da la bienvenida a todo clínico que desarrolla un interés en el cuidado y manejo directo de la población VIH/SIDA. En nuestra agenda se incluye la enseñanza y ser facilitador de educación continua. Así asegurar un cuidado de salud de calidad para toda la población q vive con VIH/SIDA. 

Problemas óseos en la población VIH positiva

Iván Meléndez-Rivera, MD, FAAFP, AAHIVS

Médico de Familia
Asociación de Médicos Tratantes de VIH en Puerto Rico,
Director Médico del Centro Ararat, Inc.
Facultativo de la Escuela de Medicina de Ponce
y del Florida/Caribbean AIDS Education and Training Center,
del Recinto de Ciencias Médicas de la UPR.
IMelendez@centroararat.org 787-284-5884.



Gracias a la efectividad de la terapia antirretroviral (TAR), la población VIH positiva está viviendo más tiempo y, en consecuencia, las enfermedades óseas son más comunes. Ciertos estilos de vida y factores hormonales que aumentan el riesgo de los desórdenes del metabolismo del hueso son prevalentes en dicha población. Entre ellas, podemos contar la inactividad física, fumar cigarrillo, ingesta sub óptima de vitamina D, malabsorción, uso de alcohol, depresión y niveles bajos de testosterona. La terapia antirretroviral como tal también se puede asociar a la disminución de la masa ósea. Repasemos algunas de las patologías óseas

Osteopenia (60% de prevalencia)

- Mujeres posmenopáusicas y hombres de ≥ 50 años con densidad mineral ósea (DMO) en un T-score de -1 a -2,5.
- Características:
 - o Masa ósea reducida;
 - o Asintomático hasta que ocurre la fractura; y
 - o Aumento de la incidencia de fracturas.
- Factores de riesgo:
 - o Clásicos: edad, sexo femenino; hipogonadismo, historial familiar de fractura de cadera, IMC bajo (≤ 19 kg/m²), deficiencia de vitamina D, tabaquismo, inactividad física, historia de fractura por impacto bajo, abuso de alcohol (> 3 unidades/día), exposición a esteroides (mínimo 5 mg/día prednisona o equivalente durante > 3 meses);
 - o La enfermedad de VIH, como tal, es un factor de riesgo por aumento en la actividad de los osteoclastos debido a la inflamación crónica; e
 - o Infección por Hepatitis C.

- Prueba diagnóstica:
 - o TAC DEXA.

Osteoporosis (10-15% de prevalencia)

- Mujeres posmenopáusicas y hombres de > 50 años con DMO T-score ≤ -2.5 ; y
 - Mujeres pre menopáusicas y hombres < 50 años con DMO Z-score ≤ -2 y fractura por fragilidad.
 - Características:
 - o Etiología multifactorial;
 - o Pérdida de DMO observada con el inicio del TAR; y
 - o Mayor pérdida de DMO al iniciar ciertos ARV en especial tratamientos que contienen TDF y ciertos inhibidores de la proteasa. Se han observado pérdidas (o ganancias) de DMO al cambiar a (o desde) TAR que contengan TDF.
 - Factores de riesgo:
 - o Considerar DEXA en toda persona que cumpla ≥ 1 de estos criterios:
 1. Mujeres posmenopáusicas;
 2. Hombres ≥ 50 años;
 3. Antecedentes de fracturas de bajo impacto;
 4. Riesgo elevado de caídas (iv);
 5. Hipogonadismo clínico; y
 6. Tratamiento con glucocorticoides (mínimo 5 mg de prednisona o equivalente/día durante > 3 meses).
- Si el T-score es normal, repetir la densitometría cada 2 años en grupos mujeres postmenopáusicas y hombres ≥ 50 años. También se repite en personas que continúen utilizando los esteroides.
- o Se recomienda efectuar DEXA en personas que presenten estos factores de riesgo antes de iniciar un TAR.

- Pruebas diagnósticas:
 - DEXA;
 - Descartar causas de osteoporosis secundaria si la densidad mineral ósea es baja;
 - Hiperparatiroidismo, hipertiroidismo, malabsorción, hipogonadismo/amenorrea, diabetes mellitus o enfermedad hepática crónica; y
 - Rayos X lateral de columna (lumbar y torácica) si DMO baja, osteoporosis en DEXA o si existe una pérdida de peso significativa o cifosis (la evaluación de la fractura vertebral basada en DEXA puede utilizarse como alternativa a la radiografía lateral de columna).

Tratamiento:

- o La terapia en la población VIH positiva no difiere de la terapia que se utiliza en la población negativa; esta incluye la modificación en los estilos de vida y la corrección de la deficiencia de vitamina D. Cuando existe una osteoporosis establecida (T-score ≤ -2.5) o evidencia de fractura por fragilidad, se comienza en terapia farmacológica, siendo la primera línea de tratamiento los bifosfonatos.

Osteomalacia

- Características:
 - o Mineralización ósea insuficiente;
 - o Mayor riesgo de fracturas y dolor óseo;
 - o El déficit de vitamina D puede provocar debilidad muscular proximal; y
 - o Elevada prevalencia (> 80%) de deficiencia de vitamina D en población infectadas por el VIH comparado con la población general.
- Factores de riesgo:
 - o Piel oscura;
 - o Carencias alimentarias;
 - o Exposición limitada a los rayos del sol;
 - o Malabsorción;
 - o Obesidad; y
 - o Pérdida renal de fosfato (tubulopatía renal proximal).
- Pruebas diagnósticas:
 - o Determinar 25(OH) vitamina D en todas las personas en el momento de la visita inicial.
 - Deficiencia < 10 ng/ml;
 - Insuficiencia < 20 ng/ml;
 - Si existe deficiencia o insuficiencia hay que comprobar los niveles de PTH; y
 - Considerar suplemento de vitamina D.

Osteonecrosis

- Características:
 - o La necrosis de la epífisis de los huesos largos provoca dolor óseo agudo; y
 - o Raro, pero con mayor prevalencia en pacientes que pasaron o están es estadio SIDA.
- Factores de riesgo:
 - o CD4+ bajo;
 - o Tratamiento con glucocorticoides crónico; y
 - o UDIV.
- Prueba diagnóstica:
 - o Resonancia magnética (MRI).
- Tratamiento quirúrgico.

Comentario

Las enfermedades óseas son más frecuentes en la población VIH positiva que en la población general. Es importante que se sea agresivo en la evaluación y en las intervenciones básicas para disminuir los factores de riesgo. 

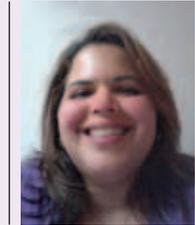
Referencias:

- Triant VA, Brown TT, Lee H, Grinspoon SK. Fracture prevalence among human immunodeficiency virus (HIV)-infected versus non-HIV-infected patients in a large U.S. healthcare system. *J Clin Endocrinol Metab* 2008; 93:3499.
- McComsey GA, Huang JS, Woolley LJ, et al. Fragility fractures in HIV-infected patients: need for better understanding of diagnosis and management. *J Int Assoc Physicians AIDS Care (Chic)* 2004; 3:86.
- Young B, Dao CN, Buchacz K, et al. Increased rates of bone fracture among HIV-infected persons in the HIV Outpatient Study (HOPS) compared with the US general population, 2000-2006. *Clin Infect Dis* 2011; 52:1061.
- Lo Re V 3rd, Volk J, Newcomb CW, et al. Risk of hip fracture associated with hepatitis C virus infection and hepatitis C/human immunodeficiency virus coinfection. *Hepatology* 2012; 56:1688.
- Cotter AG, Sabin CA, Simelane S, et al. Relative contribution of HIV infection, demographics and body mass index to bone mineral density. *AIDS* 2014; 28:2051.
- Hileman CO, Labbato DE, Storer NJ, et al. Is bone loss linked to chronic inflammation in antiretroviral-naive HIV-infected adults? A 48-week matched cohort study. *AIDS* 2014; 28:1759.
- Gibellini D, De Crignis E, Ponti C, et al. HIV-1 triggers apoptosis in primary osteoblasts and HOBIT cells through TNFalpha activation. *J Med Virol* 2008; 80:1507.
- Prieto-Alhambra D, Güerri-Fernández R, De Vries F, et al. HIV infection and its association with an excess risk of clinical fractures: a nationwide case-control study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2014; 66:90.

El futuro para el paciente coinfectado con VIH y el virus de hepatitis C (HCV)

Vilmary Sierra Rosa, MD, AAHIVS

Presidenta de la Asociación de Médicos Tratantes de VIH de Puerto Rico, Facultativa Florida/Caribbean AIDS Education and Training Center del Recinto de Ciencias Médicas de la UPR Concilio de Salud Integral de Loíza Práctica privada en Carolina



Actualmente, la infección del VIH es una condición tratable para la que se disponen varios medicamentos y distintas combinaciones de los mismos. Los afectados ya no mueren por el VIH sino, más bien, por las complicaciones de las comorbilidades ligadas a la enfermedad. Una de las comorbilidades más comunes es la coinfección con el virus de hepatitis C.

La coinfección con hepatitis C

La hepatitis C es una enfermedad de corta duración para cerca del 10-15% de la población en general ya que este grupo de personas elimina la enfermedad de su cuerpo sin tratamiento alguno. Por otro lado, para más del 80% de la población este virus se convierte en una infección crónica que requiere tratamiento con medicamentos. Además, un 8% de los pacientes con hepatitis C están coinfectados con VIH; y, por otro lado, un 20% de los pacientes VIH positivos están coinfectados con virus de hepatitis C (HCV).

En la actualidad, se estima en los Estados Unidos en cerca de 300 000 el número de pacientes coinfectados con HCV. Esto quiere decir que un cuarto de la población VIH positiva en los Estados Unidos está coinfectada con HCV. La coinfección HIV/HCV es más común en pacientes usuarios de sustancias intravenosas. En este grupo de pacientes la infección de HCV progresa más rápido a un daño hepático. Así, las estadísticas de los últimos años nos indican que una de las principales causas de muerte en pacientes VIH son las enfermedades hepáticas.

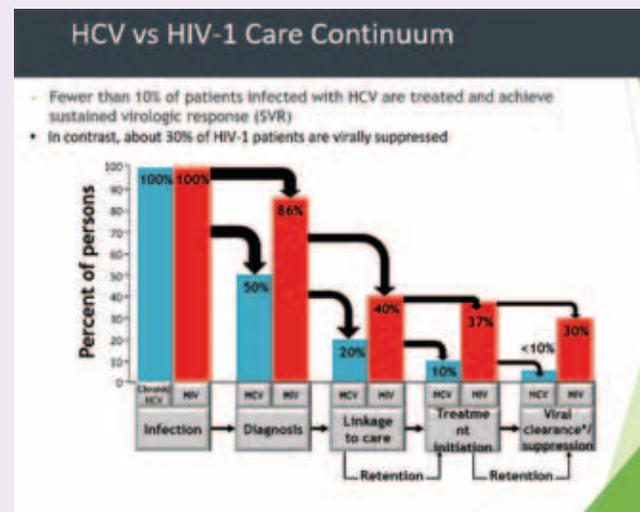
Coinfección HIV/HCV y su tratamiento

En años previos el tratamiento para hepatitis C en pacientes VIH positivos era muy complejo debido a

las interacciones entre medicamentos de VIH y HCV. Ahora, al eliminarse el uso de interferón y habiendo tratamientos orales de corta duración, podemos observar un gran avance para tratar a los coinfectados.

La cascada de tratamiento de pacientes con hepatitis C nos demuestra que solo un 10% de quienes entran a tratamiento logran mantener una respuesta virológica sostenida. En comparación, en un 30% de los pacientes con VIH –para quienes aún no tenemos cura– sí podemos mantener una supresión virológica sostenida ligada al tratamiento. De esa manera se pueden también tener menos casos de contagio.

La infección con HCV puede afectar de manera importante el curso y el manejo del tratamiento de VIH. La coinfección, a su vez, triplica el riesgo de enfermedad hepática, fallo hepático y muerte relacionada con el daño hepático.



Hoy en día, los pacientes coinfectados tienen muchas esperanzas pues hay varios tratamientos para hepatitis C que pueden ser coadministrados con las terapias para VIH. Por lo general, estos tratamientos duran de 12 a 16 semanas, lográndose en la mayoría de los casos la cura del virus de hepatitis C. Los pacientes no suelen manifestar efectos adversos durante el tratamiento, pero expresan nunca haberse sentido bien hasta terminarlo.

Al someter a estos pacientes a tratamiento para HCV, además de tratar la enfermedad hepática se trabajan también las sintomatologías extrahepáticas como puede ser el caso de daño renal o a la piel.

Poder tratar a los pacientes coinfectados aumenta su sobrevida y ayuda a tener un mejor tratamiento para la condición de VIH. El Departamento de Salud de Puerto Rico tiene reportados 12 884 casos entre 2010 y 2015. Esta cifra representa a la población que no está segregada en coinfectados y mono infectados.

Detección temprana de HCV y vacunación

La prueba de cernimiento para hepatitis es necesaria en todo paciente con VIH que entra a tratamiento. En realidad, debería ser una prueba de rigor para la población general, ya que la hepatitis C es una enfermedad silente que actualmente tiene cura y está en nuestras manos ayudar a estos pacientes a curarse.

Los pacientes VIH que entran a tratamiento son evaluados anualmente para los tipos de hepatitis A, B y C; si son negativos a hepatitis A y B, se les ofrece la vacunación como parte de su tratamiento. De ser positivos, se evalúan para enlazarlos a un tratamiento lo más pronto posible.

Comentario

Actualmente el virus de hepatitis C tiene cura en muchos casos; no hay nada mejor que poder ofrecer el tratamiento al paciente infectado con HCV y al cabo de 12 a 16 semanas poder decirle a ese mismo paciente: "Se encuentra curado de la hepatitis C". 



www.galenusrevista.com

Para escribirnos o anunciarse:
info@revistagalenus.com
 (787) 565-8171 ó (787) 688-5968

GALENUS
 REVISTA PARA LOS MÉDICOS DE PUERTO RICO



EXHIBITS UNLIMITED, INC.
 IT'S SHOW TIME!

NEW DESIGNS • NEW FACES • NEW LOCATION

GIVE US A CALL
787-776-8420

www.exhibitsunlimitedpr.com