

**SUPLEMENTO ESPECIAL
PUERTO RICO
HIV TREATERS MEDICAL ASSOCIATION**



The MAGIC Behind HIV Care

**12TH ANNUAL PUERTO RICO
HIV TREATERS MEDICAL ASSOCIATION
CONVENTION**

**NOVEMBER 8-10, 2013
DORADO EMBASSY SUITES, DORADO, PR**

**For information:
Educational Partners & Coaching, Inc.
(787) 646-0780**

Accreditation: 15 credits AMA PRA Category 1 have been requested to the Junta de Licenciamiento y Disciplina de Médicos, through the Ponce School of Medicine & Health Sciences



The MAGIC Behind HIV Care
 12th Annual Puerto Rico HIV Treaters Medical
 Association Convention
 November 8-10, 2013
 Dorado Embassy Suites, Dorado, PR

Preliminary Program (subject to changes)

Friday, November 8, 2013

12:00 – 7:00 pm	Registration
2:00 – 2:15 pm	Pre Test
2:15 – 3:00 pm	“We can do Magic”: The Evolution of HIV Treatment <i>Jorge Santana, MD, ID Medical Director ACTU, Puerto Rico</i>
3:00 – 3:45 pm	Tuberculosis Screening and treatment in HIV patients <i>Hermes García, MD, ID</i>
3:45 – 4:30 pm	Cardiovascular Disease in HIV Patients: Epidemiology and Pathogenesis <i>Nelson Vallejo, MD, Internist, Private Practice, Caguas</i>
4:30 – 5:15 pm	Undetectable Patients, Are they in the Optimal Regimen? <i>Felipe Arias, MD, HIV Specialist, Reading, PA</i>
6:30 – 7:00 pm	Opening Ceremony <i>Vilmary Sierra Rosa, MD</i>
7:00 – 8:00 pm	Mental Conditions: Is Dementia Caused by HIV? <i>Valerie Wojtka, MD, Psychiatry, UPR, Medical Science Campus</i>
8:00 – 8:15 pm	Program Evaluation (Post-Test)

Saturday, November 9, 2013

7:45 – 8:00 am	Pretest
8:00 – 9:00 am	HIV/HCV: “Co-infection: The New Horizons” <i>Felipe Arias, MD, HIV Specialist, Reading, PA</i>
9:00 – 10:00 am	HIV cures on Children. Are They Really Available? <i>Midnela Acevedo, MD, Pediatrician, Faculty Florida Caribbean AETC</i>
10:30 – 11:30 am	Hormonal Therapy in Transgender Patient, the Evolution <i>Jorge De Jesús, MD, FACE, Endocrinology, Private Practice, Río Piedras, PR</i>

11:30 – 12:30 pm	Pregnant and HIV Positive, Now What? <i>Carmen Zorrilla, MD, Ob/Gyn, UPR Medical Science Campus “Proyecto Gamma”</i>
1:30 – 2:30 pm	Ophthalmic complications in HIV Patients <i>José Vázquez Díaz, MD</i>
2:30 – 3:30 pm	“Natural” and Herbal Medicine: Are Those Medicines Compromising Patient Care or will Help them to improve? <i>Kalumi Ayala, PharmD., Nova School and Pharmacist at Centro Ararat Clinic</i>
4:00 – 5:00 pm	How We Can do Magic in HIV? (Jeopardy) <i>W. Jay Cuevas, MD, HIV Specialist Ryder Hospital, Humacao, PR</i>
5:00 – 5:45 pm	The Evolution in HIV World: Looking to the Future (Poster Section)
5:45 – 6:00 pm	Program Evaluation

Sunday, November 10, 2013

7:00 – 9:00 am	Breakfast, Registration & Pre-Test
9:00 – 9:30 am	HIV Care in Older Patients <i>Vilmary Sierra-Rosa, MD, HIV Specialist, Faculty Florida Caribbean AETC</i>
9:30 – 10:15 am	Dealing with the Loss of Our Patients <i>Ana M. Aleman, PhD & Thanatology, Medical Science Campus, UPR</i>
10:30 – 11:30 am	MAGIC: Meaningful Assessment, Getting Incredible Care <i>Lizette Santiago, MD, HIV Specialist, HOPE Clinical Research, Florida Caribbean AETC</i>
11:30 – 12:00 am	Are We Near to the HIV Cure? <i>Lizette Santiago, MD, Jorge Santana, MD & Iván Meléndez, MD</i>
12:00 am	Program Evaluation, Post Test and Closing

HIVTMD MEMBER Category I and II - Scientific Session	for 3 days FREE
NON-MEMBER MD - Scientific Session	for 3 days \$150.00 ; 2 days \$125.00 ; 1 day \$75.00
FELLOWS AND RESIDENTS - Scientific Session	for 3 days \$50.00 ; 2 days \$40.00 ; 1 day \$20.00

Accreditation: 15 credits AMA-PRA Cat 1 have been requested to the Junta de Licenciamiento y Disciplina de Médicos de de Puerto Rico through Ponce School of Medicine

For Information and Registration: Tel: (787) 646-0780
Educational Partners & Coaching Inc



800-mg tablet available



Shown actual size.

 **PREZISTA[®]**
(darunavir) tablets

www.PREZISTA.com

Janssen Therapeutics, Division of Janssen Products, LP



Distributed by: Janssen Therapeutics, Division of Janssen Products, LP, Titusville, NJ 08560
© Janssen Therapeutics, Division of Janssen Products, LP 2013

05/13

K28PRZ13016

Piensa en VIH:

Importancia de solicitar las pruebas de laboratorio para detectar el virus



Vilmary Sierra Rosa, MD, AAHIVS

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

Muchos médicos podemos pensar que el VIH no es de nuestra incumbencia porque somos médicos generalistas, médicos primarios, porque estamos en otra especialidad o porque este es un problema para especialistas en VIH.

Pero después de más de 30 años de haberse descubierto este virus, el mismo ya se ha vuelto de incumbencia de todos y cada uno de los galenos en general. Es nuestro deber estar a la vanguardia en el cuidado y la prevención de cada uno de nuestros pacientes y de las futuras generaciones. Según el CDC, cada 9 minutos se contagia una persona con VIH. Entonces, ¿qué estamos esperando para hacer la diferencia en el futuro de nuestros pacientes y de nuestro país?

El VIH no es curable, pero sí se puede prevenir. Así, de cada cuatro personas con VIH una no sabe que lo tiene, y si esa persona llega a nuestra consulta y no le ofrecemos la prueba para diagnosticar VIH, se seguirá alargando la cadena del contagio al no haberse enterado a tiempo del mal.

La prueba de VIH ya es una prueba de rutina, no una prueba selectiva para cierta población, porque ya todos entramos en esa “cierta población”. Solo por el mero hecho de estar vivos somos parte de la población en riesgo. En la actualidad, la prueba del VIH es sumamente sencilla. Hay pruebas rápidas que en 20 minutos dan el resultado, y las convencionales tardan de 1 a 2 días, dependiendo del laboratorio.

No debemos temer abordar a un paciente para indicarle la prueba de VIH. Simplemente debemos explicarle que es una prueba más de rutina, como la de VDRL

para sífilis y los perfiles de hepatitis. De esta manera, nuestro paciente se sentirá confiado y esto inclusive puede abrirnos un nuevo espacio de comunicación con él.

Muchos pacientes desearían efectuarse la prueba de VIH pero, por temor al “qué dirán” o a lo que pueda pensar el médico, muchas veces no nos la solicitan. Así, al pedir nosotros la prueba les facilitamos a los pacientes el cuidado de su salud y hacemos crecer ese espacio de confianza y conversación que debe existir entre el médico y el paciente.

La única manera como se logrará hallar nuevos casos y prevenirlos es pensando en el VIH y considerando el VIH como una posibilidad latente. Si no se piensa en el VIH, no se descartará esa posibilidad. El paciente afectado suele debutar con diarreas y se le podrá hacer muchas pruebas, pero si no se le hace la de VIH y no se piensa en este virus, podrán pasar varios meses de incertidumbre y molestias hasta que finalmente surja una prueba positiva.

Así, el secreto de un futuro sin más contagio y con plena prevención requiere que **TODOS** nosotros, como cuidadores de la salud de nuestro pueblo, sospechemos en la posibilidad de VIH e indiquemos la prueba. De salir positiva, debemos contactar de inmediato al paciente con un centro o un médico que brinde tratamiento. De ser negativa, se debe empezar con el refuerzo positivo de la prevención.

De esta manera podremos tener un futuro sin más contagios o con contagios mínimos. Está en nosotros empezar a hacer la diferencia hacia un futuro sin VIH. **G**

Problemas de salud mental en la población VIH positiva



Iván Meléndez Rivera, MD, FFAFP, AAHIVS

Ex Presidente Asociación de Médicos Tratantes de VIH de Puerto Rico
Director Médico, Centro Ararat
Facultativo Recinto de Ciencias Médicas (Florida Caribbean AETC) y PSM
imelendez@centroararat.org
787.284.5884

No es raro que los pacientes con una enfermedad médica crónica experimenten síntomas psiquiátricos. Así, en los pacientes VIH positivos se encuentra más del doble de incidencia de depresión mayor, y más de diez veces depresión crónica que en la población normal. Estos pacientes también sufren en mayor proporción desórdenes de ansiedad generalizada, pánico y abuso de sustancias.¹

Los síntomas psiquiátricos se pueden asociar con resultados negativos en el tratamiento del VIH. Las enfermedades psiquiátricas no tratadas se asocian con falta de adherencia a los medicamentos y mayor uso de los servicios médicos relacionados con los síntomas psiquiátricos. Los comportamientos de alto riesgo también aumentan –en promedio– cuando hay enfermedades psiquiátricas no controladas.²

La depresión en pacientes VIH positivos

La depresión es el desorden de salud mental más común entre los pacientes con VIH. Hay una asociación entre el estatus de VIH, la depresión y el uso de sustancias. En los pacientes deprimidos también es común la pobre adherencia a los medicamentos. Esto puede llevar a muchos problemas médicos como a cepas resistentes del virus de VIH, disminución de CD4 y aumento en la carga viral. Los pacientes con depresión crónica tienen el doble del riesgo de mortalidad por una causa relacionada con el SIDA que los que no tienen síntomas depresivos.³ La calidad de vida también disminuye en los pacientes con VIH deprimidos, que tienen una salud física y mental menor que los no deprimidos.⁴

En un estudio comparativo descriptivo cruzado de 100 pacientes deprimidos, VIH positivos y negativos, se encontró entre los VIH positivos una mayor severidad de ansiedad, suficiente para que el 90% cumpla con los criterios de desorden de ansiedad generalizada (GAD) según ICD10.⁵ Un pobre manejo de la condición del VIH se asoció a mayor ansiedad.

Desórdenes de abuso de sustancias

Además de los desórdenes psiquiátricos, en los pacientes con VIH puede haber desórdenes de abuso de sustancias. El uso de alcohol y drogas suelen estar vinculado a la depresión, la ansiedad y la enfermedad mental severa. Estos desórdenes se asocian a mayor riesgo de nuevas infecciones por VIH con una menor utilización de la terapia antirretroviral. El uso de drogas ilícitas se ha asociado a la depresión y la ansiedad, ya sea como parte del retiro de la droga o por el uso repetitivo de la misma. La dependencia a las drogas y al alcohol empeora la salud del paciente VIH positivo.

A nivel mundial, las drogas que más se asocian con VIH son la heroína y la cocaína. La metanfetamina, bastante utilizada en hombres que tienen sexo con hombres, se asocia con un riesgo doble de adquirir VIH, con mayores cargas virales, con alteración en la concentración de medicamentos antirretrovirales y con comportamiento de alto riesgo.

Reconocimiento de las enfermedades de salud mental en los pacientes con VIH

Los pacientes, en la mayoría de los casos, no son proactivos en reportar síntomas asociados al problema de salud

mental o de abuso de sustancias debido a negación o sentimientos de molestia, y a veces por no haber percibido los síntomas de problemas de salud mental.

Como médicos debemos monitorear el uso de alcohol y otras sustancias en los pacientes para comenzar las intervenciones de reducción de problemas, cuando sea necesario. Para esto, debemos establecer una buena relación con los pacientes y motivarlos a hablar abiertamente sobre el uso de sustancias controladas. Esto puede constituir la base para reducir problemas de alcoholismo, aumento en la adherencia a los medicamentos y disminución de los compartimientos sexuales de alto riesgo.

Varios profesionales de la salud entienden que –de ser posible– es mejor estabilizar el uso de sustancias y problemas de salud mental antes de comenzar la terapia antirretroviral y, de esta forma, aumentar la posibilidad de éxito en la adherencia al tratamiento.

Los servicios de Prevención de los Estados Unidos (*US Preventive Task Force*) recomiendan el uso de herramientas sencillas para la detección de estas condiciones.

Ejemplo de estas herramientas –para la depresión– son:

- *Beck Depression Inventory*;
- *Hamilton Depression Rating Scale*; y
- *Zung Self-Rated Depression Scale*.

Para el área de abuso de sustancias, existen las siguientes herramientas:

- *The Substance Abuse and Mental Illness Symptoms Screener (SAMISS)*; y
- *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)*.

Los tratamientos de problemas de salud mental y adicción pueden ayudar en la adherencia a la terapia antirretroviral. En muchos casos, a pesar de haberse diagnosticado la depresión, esta no es tratada. Así, la mitad de los pacientes con VIH y depresión mayor no reciben tratamiento antidepresivo. En esta población la

terapia antidepresiva es esencial ya que no solo mejora la depresión, sino que mejora la adherencia a la terapia antirretroviral.

Consideraciones en el tratamiento antirretroviral de pacientes con VIH


Existen unas consideraciones especiales cuando se prescribe la terapia antirretroviral en pacientes deprimidos:

- Se debe de considerar el impacto de la terapia en el funcionamiento neurocognitivo del paciente;
- Es importante considerar los efectos secundarios que puede tener el antirretroviral que se escoge, y estar conscientes de las posibles interacciones con otros fármacos, porque los medicamentos psicotrópicos, antidepresivos y los antirretrovirales pueden facilitar o inhibir el metabolismo entre ellos; y
- Se reconoce que la farmacoterapia psiquiátrica es efectiva, pero se debe de combinar con consejería en el comportamiento para lograr máximos resultados.

Conclusión

Los desórdenes neuropsiquiátricos, especialmente la depresión, la ansiedad y el uso de sustancias controladas son comunes en la población VIH positiva y pueden tener consecuencias significativas.

Como parte de la evaluación inicial y de rutina de un paciente, debemos buscar la existencia de alguno de estos desórdenes por medio de preguntas directas o pruebas validadas y descartar otras causas potenciales.

Se debe estabilizar la condición de salud mental antes de iniciar la terapia antirretroviral, por lo que debemos evaluar cada caso en forma individualizada. 

Referencias

1. Kessler RC, *et al.* Arch Gen Psychiatry 2005; 62:593-602.
2. Yun LWN, *et al.* Jacq Imm. Def Syndr 2005; 38: 432-438.
3. Cook JA, *et al.* Am J Public Health 2004; 94:1133-1140.
4. Trapanier L; J Clin Exp Neuropsych 2005; 27:1-15.
5. Kur R, *et al.* Psych J 2012;15 160-164.



REYATAZ[®]

(atazanavir sulfate) ^{200 mg/300 mg} capsules



Bristol-Myers Squibb

REYATAZ is a registered trademark of Bristol-Myers Squibb Company.
All other trademarks are property of their respective owners and not of
Bristol-Myers Squibb Company.

©2013 Bristol-Myers Squibb Company, Princeton, NJ 08543, U.S.A.
687US13BR00173-05-01 05/13 Printed in U.S.A.

Grasa visceral: El órgano desconocido



Wilfredo Jay Cuevas, MD, AAHIV

Hospital Ryder Memorial, Humacao

Aunque mencionamos el término “barriga” despectivamente como algo que viene con la edad o el sedentarismo, hoy en día describir el abdomen es de mucho interés clínico.

Grasa subcutánea y grasa visceral

La acumulación de grasa puede ocurrir en cuello, hombro, mamas, pero cuando nos referimos a la grasa abdominal no tomamos en consideración diferentes áreas de acumulación con diferentes consecuencias físicas y/o metabólicas. Así, por ejemplo, debemos de diferenciar el tejido adiposo subcutáneo que es la grasa acumulada debajo de la piel (los famosos ‘handles’) de la grasa visceral que rodea los órganos abdominales (“cuerpo tipo pera”).

Implicancias de la grasa visceral

Una persona que acumula una gran cantidad de grasa visceral presenta un abdomen distendido y el mismo se palpa firme. Este aumento de grasa visceral puede dificultar que los diferentes órganos en la cavidad abdominal funcionen en forma adecuada. La grasa visceral se ha asociado con disturbios metabólicos, con aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular y con diabetes mellitus tipo II. En la mujer también se asocia con cáncer de mama y con aumento de la incidencia de cirugía de la vesícula biliar.

Varios científicos también han manifestado que la grasa visceral puede contribuir a una activación inmune, en la que sustancias químicas como las citoquinas aumenten el riesgo de procesos inflamatorios, los que a su vez pueden ser causantes de enfermedades cardiovasculares.

Grasa visceral en pacientes VIH positivos

En la población que vive con VIH/SIDA, la grasa visceral es una de las alteraciones reportadas dentro del síndrome de lipodistrofia asociado al VIH, siendo esta alteración una de las menos entendidas.

Aunque el aumento en grasa abdominal se observa en una tercera parte de los pacientes que reciben tratamiento antiretroviral, no hay certeza alguna de que este cambio esté por seguro relacionado con el desarrollo de lipodistrofia u otros desórdenes metabólicos.

Por años se ha observado que las personas que viven con VIH desarrollan un aumento no usual de grasa en áreas específicas del cuerpo (redistribución de grasa). Lo que no está tan claro es lo que podemos hacer como tratamiento médico. A fines de 2010, la FDA aprobó el uso teramorelin (*Egrifta*), como la primera droga específica para desorden de grasa visceral. Es un medicamento que no está indicado como tratamiento para todo tipo de acumulación de grasa sino solamente para grasa visceral en personas VIH positivas. Aunque consideramos esta aprobación un logro importante y casi histórico, la utilización del fármaco es muy limitada.

Comentario

El desarrollo de grasa visceral afecta la imagen de una persona que vive con VIH, además de relacionarse con deficiencias en su salud y en su calidad de vida.

Estudios no controlados han asociado este desorden con tendencias a una pobre adherencia al tratamiento médico. Del mismo modo, se ha encontrado que el impacto de la acumulación de grasa visceral es similar o inclusive mayor que el impacto causado por otras condiciones crónicas, tales como la hipertensión arterial y/o la diabetes mellitus tipo I o II.

Por estas razones es importante prestar atención a este aspecto en la evaluación de los pacientes VIH positivos y estar atentos al desarrollo y resultados de estudios de investigación en este campo. **G**