NOTA DE PRENSA

Una investigación del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, realizada con 1.631 pacientes con VIH, identifica posibles desigualdades territoriales en el acceso a las nuevas terapias antirretrovirales

UN ESTUDIO EN CÓRDOBA APUNTA A MAYORES DIFICULTADES PARA ACCEDER A LOS NUEVOS TRATAMIENTOS INYECTABLES DEL VIH CUANDO SE VIVE FUERA DE LA CAPITAL

- **Residir fuera de Córdoba capital se asocia con unas posibilidades un 44% menores de recibir estos tratamientos, que permiten sustituir la medicación oral diaria por inyecciones cada dos meses**

- **El estudio compara 153 pacientes que reciben la terapia inyectable con otros 1.478 que siguen tratamientos antirretrovirales orales**

- **La distancia al hospital no se relaciona, sin embargo, con peores resultados entre quienes ya han iniciado el tratamiento: el 91,5% mantenía la supresión viral en su último control**

- **Los investigadores plantean la necesidad de identificar las barreras que dificultan el acceso a estas terapias y estudiar fórmulas de administración más próximas al lugar de residencia de los pacientes.**

24 de noviembre de 2026.- Vivir fuera de una capital de provincia puede representar una dificultad añadida para acceder a los nuevos tratamientos inyectables de larga duración contra el VIH. Así lo sugiere un estudio realizado por investigadores del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, que ha encontrado que las personas con VIH residentes fuera de Córdoba capital presentan unas posibilidades un 44% menores de recibir estas terapias que quienes viven en la ciudad, una vez ajustadas otras características de los pacientes.

La investigación, presentada en el XV Congreso Nacional de GeSIDA-SEIMC, analiza el acceso al tratamiento con cabotegravir y rilpivirina de acción prolongada, una combinación de antirretrovirales que se administra mediante inyecciones cada dos meses y permite sustituir la medicación oral diaria en determinados pacientes con VIH. El trabajo compara a 153 personas que reciben esta terapia con otras 1.478 que siguen tratamientos orales.

Los investigadores sitúan este hallazgo en el contexto de una provincia de más de 17.000 kilómetros cuadrados en la que la administración del tratamiento inyectable está centralizada en un único hospital. Esta circunstancia obliga a los pacientes a desplazarse periódicamente para recibir las dosis, a diferencia de lo que sucede con la medicación oral, que pueden tomar en su domicilio.

Una posible barrera antes de iniciar el tratamiento

Uno de los aspectos más relevantes de la investigación es que las diferencias territoriales aparecen al analizar quién recibe el tratamiento, pero no se traducen en peores resultados entre las personas que ya han comenzado a utilizarlo.

En concreto, los investigadores no encontraron una asociación significativa entre la distancia al hospital, el tiempo estimado de desplazamiento o el nivel de renta y el abandono del tratamiento, las inyecciones omitidas o la supresión viral. Tampoco observaron que las posibilidades de acceder a la terapia disminuyeran progresivamente conforme aumentaba el tiempo de viaje al hospital.

Durante el seguimiento, cuya mediana fue de 567 días, el 18,3% de los 153 pacientes interrumpió el tratamiento y se omitió el 4,5% de las inyecciones previstas. Por otra parte, el 91,5% mantenía la supresión viral en su último control, lo que significa que el tratamiento había conseguido mantener controlada la replicación del VIH.

La necesidad de garantizar un acceso equitativo

Los resultados apuntan, por tanto, a una posible barrera previa al inicio del tratamiento, aunque no permiten determinar sus causas. Las diferencias podrían deberse a las dificultades de desplazamiento, a que estos tratamientos se ofrezcan con menor frecuencia a quienes viven fuera de la capital o a otros factores que el estudio no ha podido identificar.

Los investigadores consideran necesario profundizar en estas diferencias, analizando no solo qué pacientes reúnen los requisitos clínicos para recibir el tratamiento, sino también a quiénes se les ofrece y cuántos llegan finalmente a iniciarlo.

Asimismo, plantean estudiar modelos de administración más descentralizados, que permitan acercar estas terapias al lugar de residencia de los pacientes y evitar que vivir fuera de la capital represente una desventaja para acceder a ellas.

Para más información:
Gabinete de comunicación de GeSIDA: Javier Barrera (619 102 554)

RESUMEN DEL ESTUDIO

P-022. LA GEOGRAFÍA COMO BARRERA PREVIA AL INICIO DE CABOTEGRAVIR/RILPIVIRINA DE ACCIÓN PROLONGADA: ACCESO Y RESULTADOS EN UNA COHORTE PROVINCIAL

Claudia Ferreira Tata, Diana Corona-Mata, Angela Camacho, Andres Baumela, Isabel Carmona, Antonio Doblas, Antonio Rivero, Ignacio Pérez-Valero.
Centro: Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Objetivo/Antecedentes: La administración bimestral de cabotegravir/rilpivirina de acción prolongada (CAB/RPV-LA) está centralizada en un único hospital para toda la provincia de Córdoba (17.141 km²). Evaluamos si la distancia empeora los resultados o condiciona previamente quién accede al tratamiento.

Métodos: Estudio retrospectivo de cohorte abierta en personas con VIH atendidas en el Hospital Universitario Reina Sofía. Para analizar el acceso, se compararon 153 receptores de CAB/RPV-LA con 1.478 no receptores mediante regresión logística multivariable. Las exposiciones fueron residencia fuera de Córdoba capital, distancia y tiempo estimado de viaje al hospital, y renta por código postal. En la cohorte tratada se analizaron la discontinuación mediante regresión de Cox, las inyecciones omitidas y la supresión virológica.

Resultados: Entre los receptores, la mediana de distancia fue 5,5 km (RIC 4-30; rango 1,5-219) y la de conducción, 14 minutos (RIC 10-26; rango 7-136). Residir fuera de Córdoba se asoció con menor acceso a CAB/RPV-LA (OR ajustada 0,560; IC95% 0,387-0,809; p=0,002), mientras que no existió un gradiente continuo por tiempo de viaje (OR ajustada por 10 minutos 1,013; p=0,690) ni asociación con la renta (OR por 1.000 € 1,023; p=0,348).

Durante 247,5 pacientes-año de seguimiento (mediana, 567 días), 28/153 personas (18,3%) discontinuaron el tratamiento (11,3/100 pacientes-año) y la retención a 12 meses fue del 86,9%. Se omitieron 74/1.651 inyecciones previstas (4,5%) y el 91,5% mantenía supresión virológica al último control. La distancia, el tiempo de viaje y la renta no predijeron discontinuación, omisiones ni supresión. Tampoco se observó empeoramiento progresivo por categorías de viaje: la discontinuación fue del 21,6%, 11,8%, 20,0% y 8,3% para ≤15, 16-30, 31-60 y >60 minutos, respectivamente. Entre quienes presentaron omisiones, un mayor tiempo de viaje se correlacionó con menos dosis omitidas (rho=-0,349; p=0,016), sin que ello permita inferir un efecto protector causal.

Conclusiones: La residencia fuera de Córdoba se asoció con menor acceso, pero la geografía no empeoró los resultados una vez iniciado CAB/RPV-LA. La ausencia de efecto tras el inicio no excluye una barrera: la cohorte tratada está seleccionada. Es necesario estudiar a toda la población elegible y distinguir elegibilidad, oferta, aceptación e inicio para identificar barreras y mejorar la equidad.