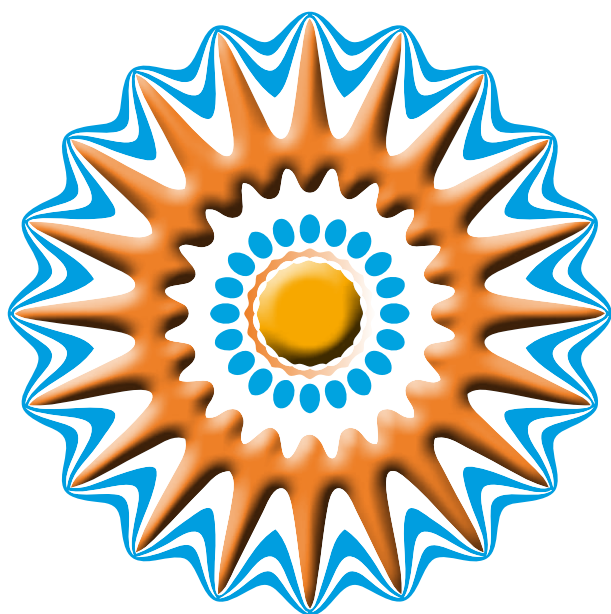


La Noticia del Día


IAS
2011



Boletín informativo no técnico
sobre la VI Conferencia sobre
Patogénesis, Tratamiento y
Prevención del VIH de la Sociedad
Internacional del Sida (IAS 2011)



Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt). OTOÑO DE 2011.
c/ Sardenya, 259 3º 1ª 08013 Barcelona (España) Tel: +34 932 080 845 Fax: +34 932 070 063
E-mail: contact@gtt-vih.org Website: www.gtt-vih.org



Créditos

Edición: Xavier Franquet, Juanse Hernández

Redacción: Xavier Franquet, Juanse Hernández, Francesc Martínez,
Miguel Ángel Vázquez

Corrección: Jordi Piqué

Grafismo: Jaume Fabrés

Este boletín es un suplemento de La Noticia del Día, un servicio gratuito de información en español sobre la infección por VIH y sus tratamientos. Puedes suscribirte en www.gtt-vih.org/actualizate/suscripciones o darte de baja en www.gtt-vih.org/actualizate/cancelar_suscripcion. Las noticias pueden consultarse en nuestro sitio de internet: www.gtt-vih.org.

Proyecto subvencionado por la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (España). www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/home.htm.

ÍNDICE

0.	Introducción	4
1.	Fármacos en investigación	5
2.	Estrategias de tratamiento	8
3.	Complicaciones	13
4.	Coinfección VIH y hepatitis virales	18
5.	El tratamiento para prevenir la transmisión del VIH	22
6.	El tratamiento para prevenir la adquisición del VIH	24
7.	Hacia la cura del VIH	27



0. Introducción

La Conferencia sobre Patogénesis, Tratamiento y Prevención del VIH de la Sociedad Internacional del Sida (IAS, en sus siglas en inglés) acoge a unos 5.000 participantes de todo el mundo, mayoritariamente investigadores, profesionales de la salud, miembros de organizaciones no gubernamentales, responsables de políticas públicas, delegados de la industria farmacéutica y periodistas. Se presentan los resultados de investigaciones y se debate en torno a los últimos hallazgos biomédicos acerca de la infección por VIH, su tratamiento y prevención, así como sobre su aplicación en la práctica, sobre todo en países con ingresos bajos o medios.

Este boletín es un resumen no técnico de algunos de los estudios más relevantes, especialmente del campo de la ciencia clínica, que han sido seleccionados entre los trabajos presentados en la edición de este año, que tuvo lugar en Roma (Italia) del 17 al 20 de julio de 2011.

La lectura de las cápsulas informativas te permitirá tener, de una forma fácil y rápida, una perspectiva general de las principales novedades presentadas en esta conferencia. La mayoría de las cápsulas están enlazadas a piezas informativas publicadas en *La Noticia del Día*, por lo que si quieres saber más sobre el tema, solo tienes que pinchar el enlace para acceder a la noticia completa.

Además, todos los estudios mencionados en este boletín pueden consultarse (en inglés) en la web oficial de la conferencia (www.ias2011.org), así como también las retransmisiones de las sesiones (*webcast*) y las presentaciones en Powerpoint de muchos de los ensayos. Esperamos que este boletín te resulte útil.

1. Fármacos en investigación

En esta edición de la conferencia se presentaron resultados de estudios llevados a cabo en personas con VIH para comprobar nuevos candidatos a fármacos antirretrovirales. Destacamos los inhibidores de la integrasa experimentales dolutegravir y elvitegravir;

así como dos moléculas de la clase de los no análogos de nucleósido, lersivirina y rilpivirina. Esta última será aprobada en Europa próximamente con el nombre comercial de Eviplera® y se espera que esté disponible en España durante 2012.

Dolutegravir, un inhibidor de la integrasa experimental

En un ensayo de fase IIb se probaron tres dosis distintas de dolutegravir (10, 25 o 50mg) y se compararon durante 48 semanas con efavirenz, uno de los fármacos que más se emplea para comenzar el tratamiento contra el VIH (ya sea con el nombre comercial de Sustiva® o bien Atripla®). Tanto dolutegravir como efavirenz fueron administrados con una de las siguientes combinaciones: emtricitabina/tenofovir (Truvada®) o bien abacavir/lamivudina (Kivexa®).

La gran mayoría de los participantes eran hombres de etnia blanca y con una media de edad de 37 años. Al principio los descensos de carga viral fueron mayores entre quienes tomaban dolutegravir. Así, a la semana 16, más del 90% de las personas que tomaban dolutegravir ya habían alcanzado la supresión viral, mientras que entre las que tomaban efavirenz el porcentaje fue del 58%. De todas formas, al final del estudio, los porcentajes de pacientes con carga viral indetectable fueron similares (entre el 82 y el 91%).

Finalmente, la dosis seleccionada para los siguientes estudios fue la de 50mg. No se registró ningún caso grave de toxicidad y, en general, se produjeron más efectos adversos con efavirenz que con dolutegravir. Los más frecuentes fueron de tipo gastrointestinal (4% y 2%, respectivamente), metabólico (0% y 3%), psiquiátrico (6% y 0%) y dermatológico [erupciones cutáneas] (4% y 0%).

Entre las personas que tomaron dolutegravir, el colesterol LDL (colesterol 'malo') apenas aumentó, mientras que sí lo hizo entre las que recibieron efavirenz. Los estudios de fase III con dolutegravir ya están en marcha, también en personas con experiencia previa en el uso de antirretrovirales.

Si quieres saber más, puedes pinchar [aquí](#).



Elvitegravir muestra una eficacia y seguridad similares a las de raltegravir

Un estudio llevado a cabo con 702 personas con resistencia a varias familias de fármacos mostró que el fármaco en investigación elvitegravir generó unos resultados similares a los de raltegravir (Isentress®) en términos de eficacia y seguridad. Ambos medicamentos pertenecen a la misma clase de antirretrovirales: los inhibidores de la integrasa.

Los voluntarios recibieron raltegravir (400mg dos veces al día) o elvitegravir (85mg o 150 mg, en función de los otros fármacos de la terapia, en ambos casos en una toma diaria) junto a un inhibidor de la proteasa (IP) potenciado por ritonavir (Norvir®) y otro fármaco seleccionado por el investigador.

La mayoría de los participantes –el 82%– eran hombres y un 45% presentaba un recuento de CD4 inferior a 200 células/mm³. La edad media era de 45 años y la combinación más frecuentemente utilizada fue raltegravir o elvitegravir junto a darunavir (Prezista®) potenciado por ritonavir y tenofovir (Viread®).

Tras las 48 semanas de estudio, el 58% de los participantes con raltegravir y el 59% de aquellos con elvitegravir tenían carga viral indetectable –lo cual apunta a una eficacia similar–. El aumento medio de los niveles de CD4 fue de 147 células/mm³ con raltegravir y de 138 células/mm³ con elvitegravir.

Por lo que respecta a los efectos secundarios, la diarrea fue más frecuente con elvitegravir que con raltegravir (12% y 7%, respectivamente), mientras que los incrementos en los niveles de enzimas hepáticas –indicadores de daños en el hígado– fueron significativamente superiores en el grupo con raltegravir.

Los presentes resultados podrían suponer un impulso definitivo hacia la aprobación de elvitegravir, que también está siendo estudiado en una combinación de 4 fármacos en un solo comprimido de una única toma diaria.

Si quieres saber más, puedes pinchar [aquí](#).

Lersivirina, un nuevo candidato de la clase de los no análogos de nucleósido

Aunque todavía debe comprobarse en humanos, en el laboratorio, lersivirina ha mostrado tener cierta actividad frente a virus resistentes a otros fármacos de la misma familia como efavirenz (Sustiva® y coformulado en Atripla®), etravirina (Intelence®) y nevirapina (Viramune®).

El ensayo en personas con VIH –cuyos resultados se hicieron públicos en Roma– comparó dos dosis distintas de lersivirina (500 y 750mg) con efavirenz (600mg), una vez al día en todos los casos y siempre junto a emtricitabina/tenofovir (Truvada®). Un total de 193 personas fueron distribuidas de forma aleatoria en uno de los tres grupos del ensayo y empezaron a tomar el tratamiento. Tras 48 semanas –y mediante un tipo de análisis denominado ‘por intención de tratamiento’, en el cual los abandonos del estudio se cuenta como fracasos– el porcentaje de pacientes con carga viral indetectable a la semana 48 fue del 79% en los dos brazos con lersivirina y del 86% en el de efavirenz. Los aumentos de CD4 fueron también similares entre los tres grupos, con una mediana de algo más de 190 células/mm³.

Con este fármaco experimental, los efectos secundarios más comunes fueron las náuseas (hasta un 42% en el grupo de 750mg) y el dolor de cabeza. La erupción cutánea, un síntoma relacionado con esta clase de antirretrovirales, fue menos habitual con lersivirina. Los

efectos adversos más frecuentes con efavirenz fueron sueños anómalos y sensación de mareo que, aunque en menor medida, también se dieron en el resto. Lersivirina no se asoció con incrementos de colesterol ni de triglicéridos.

Entre los pacientes que experimentaron fracaso con efavirenz se hallaron virus con la mutación K103N, que confiere resistencia cruzada a otros antirretrovirales de la misma clase. Esta mutación, sin embargo, no se vio entre quienes recibieron lersivirina. Este estudio de fase IIb continuará hasta que se alcance la semana 96 de tratamiento.

Si quieres saber más, puedes pinchar [aquí](#).

Rilpivirina muestra una eficacia similar a efavirenz y una mayor tolerabilidad tras 96 semanas de tratamiento

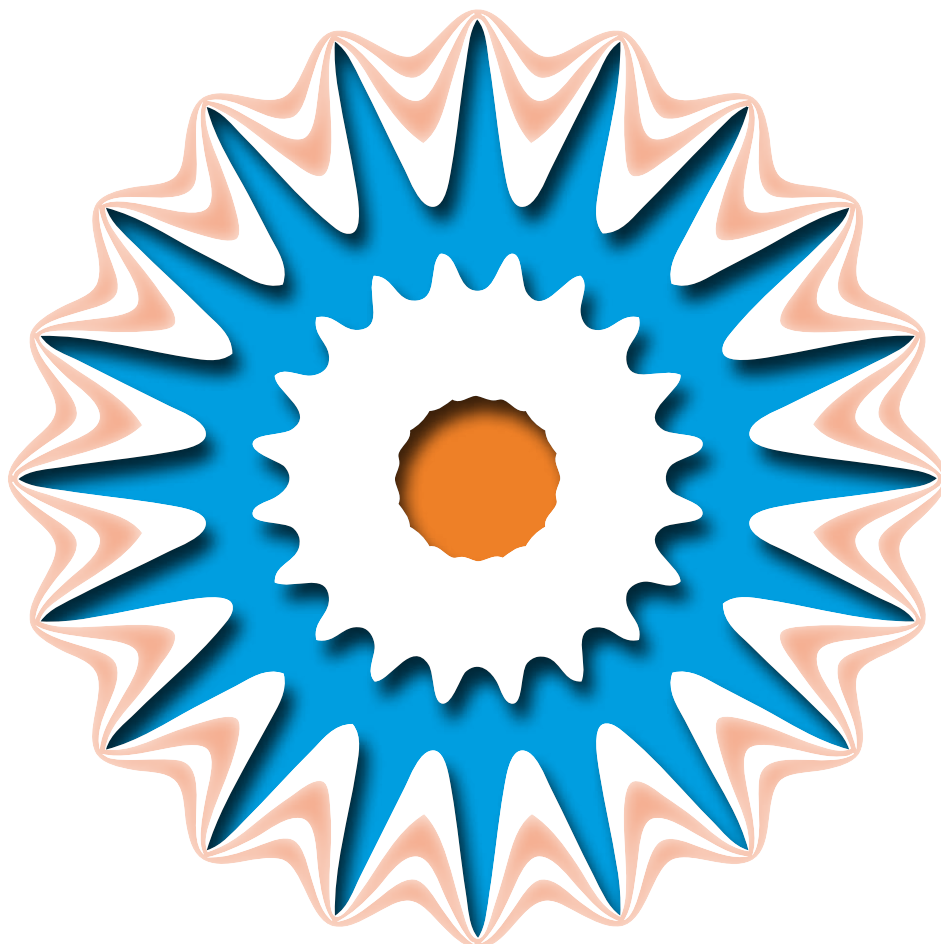
Rilpivirina es un fármaco en investigación perteneciente a la familia de los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósido (ITINN), la misma a la que pertenecen efavirenz (Sustiva®, también en Atripla®) y etravirina (Intelence®). En el marco de la conferencia de la IAS, se presentaron los resultados a 96 semanas de dos estudios de fase III –llamados ECHO y THRIVE– en los que se comparó la eficacia y la seguridad de rilpivirina con las de efavirenz. Anteriores datos del análisis conjunto de los estudios, tras 48 semanas, ya habían sido publicados previamente y el nuevo fármaco se había mostrado no inferior a efavirenz.

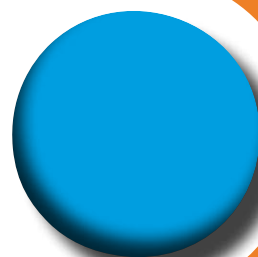
Los participantes, sin experiencia en tratamientos, recibieron una dosis diaria de rilpivirina (25mg) o efavirenz (600mg) junto a tenofovir/emtricitabina (Truvada®) –en el estudio ECHO– o junto a tenofovir/emtricitabina, zidovudina/lamivudina (Combivir®) o abacavir/lamivudina (Kivexa®) –en el estudio THRIVE–.

En el análisis a 96 semanas, los investigadores hallaron que rilpivirina presentaba un porcentaje de fracasos del tratamiento por culpa del desarrollo de resistencias superior al observado con efavirenz (14,0% y 7,6%, respectivamente). Por otro lado, la incidencia de la mayoría de los efectos secundarios evaluados (sueños anómalos, prurito, erupciones cutáneas y valores anormales en los niveles de colesterol y triglicéridos) fue significativamente inferior en el grupo con rilpivirina.

Por lo que respecta a los resultados de eficacia, que se midió por medio del porcentaje de personas con carga viral indetectable tras 96 semanas de tratamiento, fue similar con ambos fármacos, con un porcentaje del 77,6% en los dos grupos.

Si quieres saber más, puedes pinchar [aquí](#).





2. Estrategias de tratamiento

La terapia antirretroviral consiste en una combinación de distintos fármacos. A medida que se aprueban nuevos antirretrovirales y se añaden a los ya disponibles, se llevan a cabo ensayos que exploran nuevas formas de combinar los antirretrovirales entre

sí, así como nuevos usos e indicaciones. Esta es una selección de aquellos estudios, presentados en la conferencia, que abordan estrategias de tratamiento novedosas.

Raltegravir es igual de eficaz que efavirenz al cabo de cinco años

Después de cinco años de comparación entre raltegravir (Isentress®) y efavirenz (Sustiva®) en personas que iniciaban el tratamiento del VIH -en ambos casos en combinación con lamivudina (Epivir®) y tenofovir (Viread®)- se observó una eficacia similar tanto a nivel virológico como inmunitario. Concluidas las 240 semanas que duró el ensayo, el porcentaje de personas con carga viral indetectable fue del 63% y del 69%, respectivamente. Los aumentos de CD4 fueron también similares y rondaron las 300 células/mm³ de media.

Con independencia del fármaco que probaron, aquellas personas que registraron las mayores reducciones de carga viral al inicio fueron las que finalmente tuvieron aumentos de CD4 más importantes. En general, las que tomaron raltegravir sufrieron menos efectos adversos relacionados con el fármaco, especialmente de tipo psiquiátrico. El tratamiento con raltegravir mostró

una tendencia a elevar menos el colesterol LDL ('malo') y los triglicéridos que el basado en efavirenz, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. En este estudio de fase II participaron 160 personas en el grupo con raltegravir y un total de 38, en el de efavirenz.

Si quieres saber más, puedes pinchar [aquí](#).

Raltegravir en biterapia con darunavir potenciado por ritonavir

Dos estudios presentados en esta conferencia han explorado el potencial uso de una biterapia formada por el inhibidor de la integrasa raltegravir (Isentress®) junto al inhibidor de la proteasa darunavir (Prezista®) potenciado por ritonavir (Norvir®), tanto como un régimen de inicio del tratamiento como para personas con experiencia previa en el uso de antirretrovirales.

El estudio en personas con VIH que no habían tomado nunca tratamiento contra el VIH se llama RADAR y se diseñó para evaluar durante 48 semanas el uso de raltegravir en comparación con emtricitabina/tenofovir (Truvada®) como parte de un régimen de inicio. Empezaron un total de 79 pacientes, siendo la gran mayoría hombres, con una mediana de edad de 41,5 años. Se repartieron en dos grupos para tomar darunavir/ritonavir más raltegravir; o bien, darunavir/ritonavir más emtricitabina/tenofovir. Al cabo de 24 semanas, un número similar de personas mantenían una carga viral indetectable en ambos grupos del estudio: 89,9% con raltegravir y 81% entre quienes tomaron emtricitabina/tenofovir. Los aumentos de CD4 también fueron parecidos. Al inicio, la media de los recuentos de todos los participantes fue de 261 células/mm³. A las 24 semanas, se habían registrado incrementos medios de 123 y 149 células/mm³, respectivamente.

Cuando se analizó la toxicidad, tampoco se observaron diferencias en cuanto al nivel de lípidos en sangre [colesterol total, colesterol HDL (colesterol “bueno”) y triglicéridos] ni tampoco en creatinina, un marcador del funcionamiento del riñón. Ocho personas dejaron el estudio, sobre todo, por pérdida de seguimiento o retirada del consentimiento. Cuatro, experimentaron efectos adversos graves, tres de ellas con raltegravir. Sin embargo, los autores explican que, en ningún caso, se consideró que estuvieran asociados a la medicación del ensayo. Finalmente, concluyen que la combinación de raltegravir y darunavir/ritonavir consiguió una eficacia y seguridad semejantes a la proporcionada por emtricitabina/tenofovir y darunavir/ritonavir, y que podría tratarse de una estrategia alternativa para el inicio del tratamiento antirretroviral.

En el otro estudio se recopilaron datos de 19 personas con VIH -de nuevo, la mayoría eran hombres-, con experiencia en el uso de antirretrovirales y que habían empezado a tomar raltegravir y darunavir/ritonavir entre enero de 2009 y agosto de 2010 en un hospital de Tokio (Japón). La principal razón por la que recibieron este régimen, en lugar de uno convencional con un par de nucleósidos, fue la intolerancia a tenofovir (Viread®, también en Truvada® y Atripla®), circunstancia que se dio en 15 casos.

De mediana, estas personas habían estado en tratamiento durante 46 meses y tomado cuatro combinaciones distintas. Un 68% tenía una carga viral indetectable en el momento del cambio. Tras un seguimiento de 47 semanas de mediana, todos los pacientes que tomaban el tratamiento tenían una carga viral por debajo de 100 copias/mL. Cinco de las 16 personas presentaron unos repuntes esporádicos de viremia, pero no se detectaron mutaciones de resistencia asociadas con raltegravir durante todo el período de observación. Los autores de esta investigación concluyen que el régimen sin nucleósidos compuesto por darunavir potenciado por ritonavir y raltegravir se muestra como una opción duradera para pacientes con experiencia en tratamientos mientras se mantenga el virus sensible a darunavir.

Si quieres saber más, puedes pinchar [aquí](#).



Maraviroc una vez al día en combinación con un inhibidor de la proteasa

En determinados grupos de personas con VIH, particularmente aquellas que tienen problemas para seguir de forma precisa su terapia antirretroviral, la simplificación del tratamiento es el camino más efectivo para asegurar su éxito.

Según un análisis reciente de los datos a la semana 48 del estudio MOTIVATE, la eficacia de un régimen consistente en maraviroc 150 mg dos veces al día y un inhibidor de la proteasa (IP) –distinto a tipranavir o fosamprenavir– es similar a la eficacia de la misma combinación, pero con una dosis más pequeña de maraviroc, de solo 150 mg una vez al día.

Los 448 participantes del estudio iban a empezar una terapia de rescate con un IP potenciado y fueron repartidos en 3 grupos para añadir maraviroc una vez al día, dos veces al día o bien placebo. Todos, además, tomaron otros antirretrovirales frente a los que el VIH mostraba alguna sensibilidad. Los IP que se consideraron en este análisis fueron atazanavir (Reyataz®), lopinavir/ritonavir (Kaletra®), indinavir (Crixivan®) y saquinavir (Indinavir®). La mayoría eran hombres de etnia blanca y con una media de edad de unos 45 años. Al inicio, en general, los recuentos de CD4 eran bajos y las cargas virales altas.

Al final del estudio el porcentaje de personas con carga viral indetectable fue similar entre los dos grupos con maraviroc (45,5% y 47,4% una y dos veces al día, respectivamente). También lo fue en el caso de las personas que empezaron con carga virales altas (38,5% y 39%, de forma respectiva). Los peores resultados los obtuvieron aquellas personas con CD4 muy bajos, aunque también fueron iguales con maraviroc una (17,2%) o dos veces al día (18,5%).

La conclusión que se deriva de estos resultados es que es posible confeccionar un régimen de rescate de una sola toma diaria con maraviroc más un inhibidor de la proteasa potenciado y algún otro fármaco que sea activo, según indique el resultado de una prueba de resistencias.

Si quieres saber más, puedes pinchar [aquí](#).

Etravirina muestra menor impacto sobre el sistema nervioso central que efavirenz

Los resultados a 48 semanas del estudio SENSE, que comparó etravirina (Intelence®) con efavirenz (Sustiva®, también en Atripla®), mostraron que etravirina presentaba un impacto a nivel cerebral sensiblemente inferior al producido por efavirenz.

El estudio contó con la participación de 157 personas con VIH sin experiencia en tratamientos que fueron distribuidos en dos grupos: uno tomó etravirina (400mg en una dosis diaria, hecho destacable ya que en la práctica habitual se administra en dos dosis diarias de 200mg) y el otro grupo recibió efavirenz (600mg en una toma diaria). En ambos casos los fármacos se tomaron junto a otros –similares en ambos grupos– con el objeto de conseguir una terapia combinada eficaz.

Respecto a la actividad de los fármacos, tanto etravirina como efavirenz se comportaron de forma similar, ya que, al final del estudio, el 76% de los integrantes del grupo con etravirina y el 74% de aquellos con efavirenz presentaban carga viral indetectable. Entre las personas en las que el tratamiento fracasó, mientras que en el grupo con etravirina no se observaron mutaciones de resistencia a antirretrovirales, éstas sí que fueron detectadas entre los participantes del grupo con efavirenz.

En relación con los efectos secundarios sobre el sistema nervioso central, que suelen complicar el tratamiento con efavirenz, tuvieron un impacto claramente inferior en el grupo con etravirina. Así, mientras el 21,5% de las personas con efavirenz presentaban este tipo de efectos adversos al final del estudio, con etravirina el porcentaje fue únicamente del 6,3%.

Si quieres saber más, puedes pinchar [aquí](#).

Darunavir en adolescentes: estudio DIONE

Darunavir (Prezista®) es un inhibidor de la proteasa que se prescribe junto a ritonavir (Norvir®) como parte de un régimen antirretroviral contra el VIH y que está disponible en España desde 2007 para su uso en adultos. En 2009 recibió la aprobación en Europa para su empleo en jóvenes con edades comprendidas entre 6 y 18 años y un peso mínimo de 20kg, pero solo en el caso de que hubieran sido tratados antes con otros antirretrovirales.

En esta conferencia se presentaron los resultados a 24 semanas de un estudio que evalúa el uso de darunavir en adolescentes que no han tomado terapia contra el VIH previamente. Este ensayo se llama DIONE y está previsto que se prolongue hasta la semana 48.

Con una edad media de 14,6 años, un total de 12 adolescentes -en su mayor parte de sexo femenino (66,7%)- empezaron tratamiento antirretroviral con la combinación darunavir/ritonavir una vez al día junto con abacavir/lamivudina (Kivexa®) también una vez al día, o bien AZT/3TC (Combivir®) dos veces al día. Las dosis que tomaron fueron las mismas aprobadas para su uso en adultos; es decir, en el caso de darunavir/ritonavir fue de 800/100mg.

Tras 24 semanas de tratamiento, todos excepto uno de los participantes habían alcanzado una carga viral indetectable. La única persona que tenía una viremia detectable no superaba las 400 copias/mL y su virus no había desarrollado resistencias. En conjunto, los CD4 aumentaron de media unas 175 células/mm³. Los efectos adversos más comunes fueron anemia, náuseas y vómitos; todos ellos se dieron en tres casos, aunque nadie tuvo que dejar el estudio.

Los autores concluyen que la combinación de darunavir potenciado por ritonavir más dos nucleósidos en el inicio del tratamiento del VIH en adolescentes fue eficaz y bien tolerada, con exposiciones comparables a las obtenidas por adultos también sin experiencia en tratamientos.

Si quieres saber más, puedes pinchar [aquí](#).

Terapia antirretroviral sin nucleósidos

Las guías terapéuticas utilizadas habitualmente no contemplan la posibilidad de terapias antirretrovirales sin inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido (ITIN) para confeccionar un régimen estándar, ya que, hasta la fecha, no existían combinaciones de fármacos capaces de igualar en eficacia a las que incluyeran fármacos de dicha familia.

Sin embargo, los inhibidores de la integrasa, cuyo único fármaco en el mercado es raltegravir (Isentress®), y los inhibidores de la proteasa (IP) de última generación, como darunavir (Prezista®), podrían cambiar dicha tendencia sobre la base de los resultados de un estudio italiano que evaluó combinaciones de fármacos sin ITIN.

El estudio evaluó un total de 202 casos de personas, mayoritariamente con experiencia en tratamientos, que en un 28,2% tomaban regímenes basados en raltegravir, en un 6,9% en darunavir y en el 64,8% restante en ambos fármacos.

En el período comprendido entre los años 2005 y 2010 el número de regímenes de antirretrovirales sin ITIN se incrementó desde un 5,9% hasta un 30,6%.

El porcentaje de este tipo de combinaciones de fármacos fue superior entre personas coinfectadas por el virus de la hepatitis C (VHC) que entre personas que únicamente estaban infectadas por VIH. Este hecho tiene su causa en la voluntad de reducir la toxicidad del tratamiento combinado para ambas infecciones, que los ITIN suelen agravar.

Si quieres saber más, puedes pinchar [aquí](#).



Un año de tratamiento tras la infección podría proporcionar beneficios a largo plazo

Un ciclo de tratamiento antirretroviral de un año de duración iniciado dentro de los primeros 6 meses posteriores a la infección por VIH podría retardar de forma importante la caída de los niveles de CD4 que conlleva el inicio de la terapia a largo plazo. Estas serían las conclusiones del estudio SPARTAC, que contó con la participación de 366 personas de 9 países a las que se había diagnosticado infección primaria por VIH, es decir, infección reciente.

Los participantes fueron distribuidos en tres grupos: inicio inmediato de un ciclo de terapia antirretroviral de 12 semanas; inicio inmediato de un ciclo de 48 semanas; o retrasar el inicio del tratamiento sobre la base de lo establecido en la práctica clínica habitual (es decir, antes que los niveles de CD4 cayesen por debajo de 350 células/mm³). El seguimiento de los participantes tuvo una duración media de 4,2 años.

Durante dicho período, solo la mitad del grupo con 48 semanas de tratamiento alcanzó niveles de CD4 inferiores a 350 células/mm³, mientras que tanto en el grupo de 12 semanas de tratamiento como en el grupo sin tratamiento el porcentaje fue del 61%.

En su análisis, los investigadores concluyeron que, el ciclo de tratamiento inmediato de 48 semanas, retrasó el inicio de la terapia antirretroviral a largo plazo un total de 65 semanas en comparación con el grupo que siguió la pauta habitual, lo cual supondría evitar 17 semanas de tratamiento y constituiría un beneficio interesante. Además, tras 4 años de seguimiento, las personas que habían seguido el ciclo de 48 semanas tenían mayores niveles de CD4 y menor carga viral que quienes no habían seguido un ciclo de tratamiento precoz.

Si quieres saber más, puedes pinchar [aquí](#).

Aciclovir en la terapia antirretroviral

Si bien en los países en vías de desarrollo ha aumentado el acceso al tratamiento anti-VIH, todavía hay muchas personas que lo necesitan pero no lo reciben, por distintos motivos. Varios estudios han concluido que el uso de determinados fármacos contra el virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2), como aciclovir o valaciclovir, podría suponer una estrategia barata para ralentizar la progresión de la infección por VIH y retrasar el momento de iniciar el tratamiento antirretroviral.

Uno de estos estudios se llevó a cabo en Uganda y contó con personas infectadas por VIH y VHS-2, parte de las cuales fueron tratadas con aciclovir, mientras que el resto recibieron un placebo. Se comprobó que, en el grupo de aciclovir, un 27% menos de pacientes precisó empezar el tratamiento contra el VIH por tener un recuento de CD4 inferior a 200 células/mm³ o haber desarrollado una enfermedad definidora de sida.

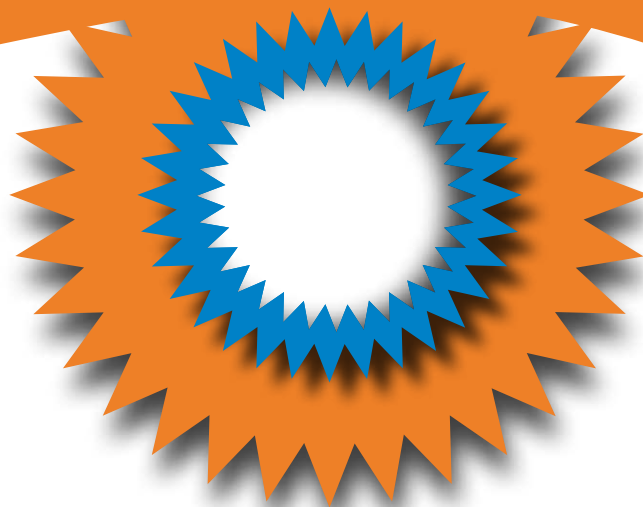
También se observó que la terapia con aciclovir resultó más beneficiosa para las personas que tenían una mayor carga viral al comienzo del ensayo.

Por otro lado, en la Conferencia se presentó otro estudio realizado en Kenia también con pacientes co-infectados por VIH y VHS-2. Los resultados evidenciaron que el empleo de valaciclovir dio lugar a un descenso notablemente mayor en la carga viral del VIH

que aciclovir. Sin embargo, no se dieron datos sobre los recuentos de CD4 o el tiempo transcurrido hasta necesitar la terapia contra el VIH.

En otro ensayo, se probó la utilización de valaciclovir en mujeres embarazadas y en fase de lactancia. Se comprobó que las mujeres que recibieron el fármaco experimentaron un aumento en su nivel de CD4 y una reducción de la carga viral. Esto podría retrasar en casi dos años la necesidad de que la madre inicie la terapia antirretroviral, así como disminuir la posibilidad de transmitir el virus a su bebé.

No obstante, a pesar de sus potenciales ventajas, valaciclovir tiene un precio diez veces superior al de aciclovir y, en la práctica, es mucho más caro que los fármacos antirretrovirales. Con todo, es posible que estos resultados animen a las agencias de salud de los países en vías de desarrollo a negociar unos importes más ventajosos.



3. Complicaciones

Ya sea por la propia infección por VIH, otras enfermedades relacionadas, el uso a largo plazo de fármacos antirretrovirales, otras medicaciones o sustancias, las personas con VIH desarrollan complicaciones que merecen ser estudiadas a fondo. Por ello, se llevan a

cabo estudios que ayudan a describir estos problemas, a saber a cuántas personas afectan, y a identificar las posibles causas para, en el mejor de los casos, prevenirlos o, cuando eso ya no es posible, tratarlos o controlarlos de la forma más adecuada.

Debilidad física en mujeres con VIH

La debilidad física, es decir, la pérdida de la capacidad de nuestro cuerpo para enfrentarse a factores que actúan en su contra, suele tener lugar en mayor medida entre personas que padecen alguna infección o enfermedad crónica. La infección por VIH no parece ser una excepción, ya que un estudio estadounidense llevado a cabo con mujeres postmenopáusicas apunta hacia unas tasas de debilidad física similares a las de mujeres no infectadas 14 años mayores.

El estudio contó con la participación de 36 mujeres con VIH y 26 no infectadas, con promedios de edad de 56 y 59 años, respectivamente, y todas ellas de etnia negra o latinoamericana. Los investigadores definieron debilidad física como la presencia de un mínimo de tres de los siguientes factores:

- ▶ Baja fuerza de sujeción manual
- ▶ Lentitud al caminar
- ▶ Actividad física reducida
- ▶ Pérdida de peso no intencionada
- ▶ Síntomas de agotamiento

Cuatro de las mujeres con VIH (11%) y ninguna de las no infectadas presentaban debilidad física, porcentaje similar al observado en mujeres estadounidenses sin VIH de 70 años de edad.

Los resultados del estudio ponen de manifiesto la necesidad del seguimiento rutinario de la debilidad física en personas con VIH y su abordaje por medio de recomendaciones relativas a pautas nutricionales y de ejercicio físico, que disminuirían la incidencia de dicha debilidad.

Si quieres saber más, puedes pinchar [aquí](#).

El uso de algunos antirretrovirales podría incrementar el riesgo de fracturas óseas

Un análisis de los registros de más de 56.000 estadounidenses atendidos entre los años 1988 y 2009 ha mostrado que determinadas combinaciones de antirretrovirales incrementan el riesgo de padecer fracturas óseas, ya que disminuyen la densidad de los huesos de las personas que los toman.

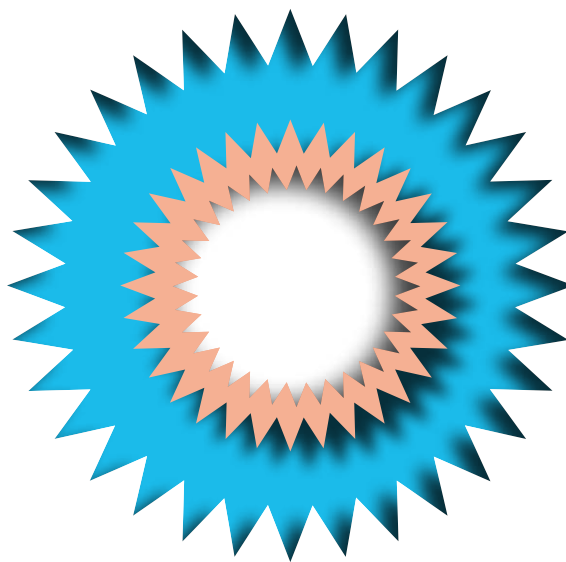
Los investigadores evaluaron un tipo de fracturas conocidas como “fracturas por fragilidad”, que afectan a muñecas, cadera o vértebras, ya que suelen estar relacionadas con pérdidas de masa ósea.

Cuando se consideraron los resultados de personas tratadas a partir de 1996, momento de la introducción de la terapia antirretroviral de gran actividad (TAR-GA), se observó la asociación entre antirretrovirales y el riesgo de fracturas por fragilidad.

Así, cada año de tratamiento con tenofovir (Viread®, también en Truvada® o Atripla®) incrementó el riesgo de fracturas en un 12% y cada año de tratamiento con lopinavir/ritonavir (Kaletra®) incrementó dicho riesgo en un 8%.

Los autores del estudio destacaron que, aunque significativa, la relación entre el riesgo de fracturas por fragilidad y el uso de tenofovir o lopinavir/ritonavir no era tan importante como otros factores tales como ser de etnia blanca, fumador o tener una edad avanzada. No obstante, estos resultados deberían ser tenidos en cuenta por los médicos especialistas en VIH de cara a la selección de antirretrovirales, restringiendo el uso de tenofovir o lopinavir/ritonavir a personas con buena densidad ósea.

Si quieres saber más, puedes pinchar [aquí](#).



Resistencia a la insulina en personas con VIH

La resistencia a la insulina es una condición comúnmente asociada al envejecimiento que puede acabar desencadenando la aparición de diabetes y, en los últimos años, se ha observado de forma precoz en personas con VIH. La cronificación de la infección por VIH desempeña un papel importante, ya que ahora las personas infectadas envejecen y se enfrentan a una serie de nuevas enfermedades relacionadas con la edad. No obstante, el hecho de que estas patologías tengan lugar de forma prematura lleva a los expertos al desarrollo de estudios que permitan identificar factores de riesgo.

En esta línea, un estudio estadounidense que contó con la participación de 646 personas con VIH realizó diversas mediciones de parámetros tanto derivados de exploraciones físicas como de pruebas de laboratorio con el objeto de identificar diversas enfermedades y relacionarlas con factores asociados al VIH o a su tratamiento.

El 76% de los participantes eran hombres, con una edad media de 41 años y una mediana del recuento de CD4 de 468 células/mm³. El 73% tenían una carga viral inferior a 400 copias/mL y el 19% estaba coinfectado por hepatitis virales.

El 28% de los participantes presentaba resistencia a la insulina. Al analizar los factores asociados a dicha condición se observó que presentar sobrepeso, ser de etnia negra, tener niveles de triglicéridos elevados, estar coinfectado por el virus de la hepatitis C (VHC) y tomar ritonavir (Norvir®, también en Kaletra®) predispusieron al desarrollo de resistencia a la insulina.

Los investigadores destacaron que los hallazgos del estudio deberán ser tenidos en cuenta, ya que se provienen del análisis de registros de un número importante de pacientes.

Si quieres saber más, puedes pinchar [aquí](#).

Complicaciones asociadas al VIH en España

Las enfermedades asociadas a la infección por VIH o su tratamiento, dada la cronificación de la infección por VIH, tienen lugar cada vez con más frecuencia, hecho que genera una creciente preocupación tanto a nivel médico como comunitario.

Para evaluar la incidencia actual de dichas complicaciones entre personas con VIH españolas, un estudio llevado a cabo con 1.443 personas tratadas en 27 hospitales del país durante el mes de octubre de 2010 realizó un análisis exhaustivo de la situación.

El 26% de los participantes eran mujeres, la mediana de la edad era de 45 años y la vía de transmisión de la infección fue el uso compartido de material de inyección en el 36% de los casos, prácticas sexuales entre hombres en el 31% y relaciones heterosexuales en el 30%.

El 76,4% de los participantes presentaban, al menos, una enfermedad asociada a la infección por VIH o su tratamiento. Las más frecuentes fueron coinfecciones por hepatitis virales (presentes en cerca de un 40% de los participantes), distribución anómala de la grasa corporal (que tuvo lugar en cerca del 20% de los casos, también conocida como lipodistrofia) y problemas psiquiátricos graves (observados en cerca del 10% de los participantes).

Al analizar los posibles factores de riesgo de padecer enfermedades asociadas a la infección por VIH o su tratamiento se detectaron 3 condiciones que incrementaban la probabilidad de padecerlas: tener una edad superior a 50 años, ser usuario (o ex usuario) de drogas inyectables y tomar tratamiento antirretroviral durante períodos prolongados.

Los investigadores concluyeron que los factores de riesgo detectados en el estudio deberían generar un abordaje multidisciplinar de la infección por VIH que permita individualizar la atención médica de las personas infectadas, especialmente en personas usuarias de drogas inyectables, con edades avanzadas y en aquellas que llevan muchos años tomando antirretrovirales.

Si quieres saber más, puedes pinchar [aquí](#).

Deterioro neurocognitivo asociado al VIH

Los problemas neurocognitivos, es decir, que afectan a la capacidad mental de las personas, siguen siendo una complicación frecuente en la comunidad con VIH a pesar del perfeccionamiento de la terapia antirretroviral.

Un estudio italiano analizó la evolución de este tipo de complicaciones en los últimos 15 años. Un total de 1.375 personas participaron en el estudio y respondieron a 11 cuestionarios de tipo test relativos a cinco áreas diferentes a las que puede afectar el deterioro neurocognitivo.

A pesar de que se observó un descenso del número de casos año a año, los investigadores detectaron que este hecho se debía a la práctica desaparición de los casos de demencia asociada al VIH –muy frecuente cuando no existía una terapia antirretroviral eficaz y cuando la vía principal de transmisión era el uso de drogas inyectables, que producen graves daños cerebrales–. Sin embargo, los casos de deterioro neurocognitivo leve o moderado, asociados a la infección por VIH a largo plazo, se mantuvieron estables e incluso ligeramente al alza durante el estudio.

Un aspecto importante, dado que la mayoría de casos de problemas neurocognitivos son leves o moderados, es su correcta detección. En esta línea, un estudio español investigó diversos métodos de detección del deterioro neurocognitivo. Así, comparó la autodetección de las personas afectadas, la detección por medio de la evaluación del médico y el uso de pruebas de detección desarrolladas de forma específica (combinaciones de cuestionarios y pruebas que evaluaban la capacidad motora por medio de golpeteos con las yemas de los dedos en un soporte eléctrico o en un papel y mediante la manipulación de piezas).

El estudio concluyó que dichas pruebas de detección específicas tenían mayor capacidad predictiva que la autodetección o el “ojo clínico” de los médicos. Los investigadores también destacaron que la prueba del golpeteo en papel era más barata que la que utilizaba soporte electrónico o la que implicaba la manipulación de piezas y proporcionaba resultados similares, por lo que concluyeron que era la más eficiente.

Si quieres saber más, puedes pinchar [aquí](#).

Pérdida de capacidad auditiva en personas con VIH

Durante los últimos años, algunos estudios han observado que la pérdida de audición es un fenómeno bastante común en personas con VIH. Dado que se desconocía si su incidencia era superior a la existente en la población general, investigadores estadounidenses llevaron a cabo un estudio para esclarecer este punto.

Para ello, evaluaron la respuesta a una prueba en que se emiten un tipo de ondas sonoras que solo son capaces de detectar oídos perfectamente sanos. Un total de 335 hombres (152 con VIH y 183 sin el virus) y 178 mujeres (137 con VIH y 41 no infectadas) participaron en el estudio.

Un 22% de los participantes manifestó encontrarse expuesto a niveles elevados de ruido en el trabajo y el 60% fuera del ámbito laboral. La edad media era de 54 años en el caso de los hombres y de 45 en el de las mujeres.

El 30% de las personas con VIH y el 18,4% de aquellas no infectadas tenían una capacidad auditiva perfecta, mientras que el 12,8% de los participantes con VIH y el 18,4% de aquellos sin el virus tenían cierta pérdida de dicha capacidad.

Análisis adicionales mostraron que vivir con VIH, tomar antirretrovirales o tener bajos niveles de CD4 no fueron factores de riesgo de pérdida auditiva. Los únicos factores significativamente asociados a la pérdida de audición fueron el género (mayor riesgo en hombres que en mujeres), la etnia (no negra menor riesgo que el resto) y la edad (a más edad más riesgo).

Si quieres saber más, puedes pinchar [aquí](#).

Neoplasias y cáncer anal asociados al VPH

Es bien sabido que los hombres con VIH que practican sexo con otros hombres (HSH) son las personas que tienen un riesgo más elevado de desarrollar neoplasia intraepitelial anal o cáncer anal asociados al virus del papiloma humano (VPH); de hecho, se calcula que estos varones tienen casi 40 veces más probabilidades de desarrollar cáncer de ano que la población general.

Un estudio español realizó una exploración de lesiones relacionadas con el VPH por medio de anoscopia de alta resolución, citología anal, test genético viral y biopsias confirmatorias (en caso de que fuese necesario) a 227 HSH con VIH. Los resultados de las citologías y las biopsias revelaron que, de los 227 HSH seropositivos, un 6,1% tenían neoplasia intraepitelial anal entre moderada y grave. Además, se diagnosticó carcinoma in situ a 5 pacientes.

Según los investigadores, la alta tasa de neoplasia intraepitelial anal de alto grado y carcinoma in situ observada en esta cohorte justificaría el cribado sistemático de estas lesiones en HSH con VIH.

A una conclusión similar llegó otro estudio español que quiso evaluar la prevalencia de displasia anal en una cohorte de 135 hombres que practican sexo con otros

hombres seropositivos. Los resultados de las citologías anales mostraron que en 123 (91%) pacientes se pudo detectar la presencia de VPH. Un total de 110 muestras (81,5%) contenían tipos oncogénicos, con un número mediano de cuatro subtipos distintos del papilomavirus. Se efectuaron biopsias guiadas por anoscopia de alta resolución a 41 HSH con VIH, cuyos resultados pusieron de manifiesto que, de los 135 pacientes incluidos en la cohorte, un 17% tenía displasia anal de alto grado. Todos ellos eran portadores de los subtipos oncogénicos del VPH.

Los resultados de estos y otros estudios, dados a conocer también este año en la IAS de Roma, son lo suficientemente importantes y significativos como para apoyar la inclusión del cribado de cáncer anal dentro de la atención del paciente con VIH, al menos una vez al año para HSH y mujeres con diagnóstico previo de cáncer o lesiones precancerosas de alto grado de cuello uterino; y cada dos o tres años, para el resto de hombres y mujeres con el virus de la inmunodeficiencia humana, sean cuales sean sus prácticas sexuales.

Si quieres saber más, puedes pinchar [aquí](#).

Tratamiento antirretroviral y progresión a sida o muerte

Según un estudio suizo, el incremento en los niveles de CD4 producido por el inicio de la terapia antirretroviral reduce significativamente la probabilidad de experimentar progresión a sida o de fallecer.

Los investigadores evaluaron el riesgo de progresión a sida o muerte en 66.147 personas con, al menos, dos resultados consecutivos de carga viral indetectable tras el inicio de la terapia antirretroviral. La mediana de edad era de 37 años, el 26% de los participantes había experimentado episodios de sida en el pasado. El 27% eran mujeres y el 14% habían adquirido la infección a través del uso de drogas inyectables. La mediana del recuento de CD4 inicial era de 396 células/mm³ y la carga viral era de unas 40.000 copias/mL.

Al analizar los registros, se observó que el riesgo de progresión a sida o muerte se redujo entre un 35% y un 96% por cada incremento en los niveles de CD4 de 100 células/mm³ producido por la terapia antirretroviral. La variación en la reducción del riesgo viene condicionada por los niveles de CD4 al inicio del tratamiento.

En el caso del riesgo de muerte por cualquier causa, el efecto de un incremento en los niveles de CD4 de 100 células/mm³ también redujo el riesgo de manera notoria, en este caso entre el 32% y el 98%, también en función de los niveles de CD4 iniciales.

La reducción del riesgo fue menor cuanto mayores eran los recuentos de CD4 iniciales, por lo que es importante seleccionar adecuadamente el momento en el que iniciar el tratamiento antirretroviral.

Si quieres saber más, puedes pinchar [aquí](#).





4. Coinfección VIH y hepatitis virales

En España, al igual que ocurre en otros países del sur y este de Europa, una parte importante del colectivo de personas con VIH presentan además una hepatitis viral crónica. Tener VIH empeora el pronóstico de las hepatitis B o C, por lo que su manejo se ha convertido en uno de los retos más importantes en el campo de la

ciencia clínica del VIH. Aunque en esta conferencia apenas se han presentado datos de los nuevos fármacos orales contra la hepatitis C [destacamos un análisis sobre factores de respuesta al tratamiento con boceprevir (Victrelis®)], se han dado a conocer datos relevantes de otras investigaciones.

La enfermedad hepática continúa siendo la principal causa de muerte en personas coinfectadas por VIH y VHC

Recientemente, un análisis de una cohorte de pacientes españoles con VIH reveló una importante disminución en España de las prevalencias del uso de drogas inyectables y de la coinfección por VIH y VHC entre las 5.042 nuevas infecciones por VIH diagnosticadas entre 1997 y 2006. En un nuevo estudio, los mismos investigadores quisieron evaluar si dicha tendencia temporal a la baja en la epidemiología de la hepatitis C en personas seropositivas se reflejaba también en la tasa de mortalidad asociada al hígado en esta cohorte de pacientes coinfectados. Para tal fin, analizaron los datos de 6.065 pacientes repartidos en dos periodos temporales: de 1997 a 2003 (2.562 pacientes) y de 2003 a 2008 (3.503 pacientes).

Los resultados muestran que, en comparación con el periodo 1997-2003, se advierte un descenso tanto de la mortalidad en general como de los fallecimientos por causas específicas (sida y hepatopatía) en el conjunto de la población estudiada: las tasas de muerte asociada

al hígado y de muerte relacionada con sida fueron, de manera respectiva, un 61% y un 48% más reducidas entre los años 2004 y 2008. No obstante, tomando en consideración solo a la población coinfectada por VIH y VHC, se pudo apreciar cómo las tasas de mortalidad relacionadas con el hígado y el sida se mantuvieron prácticamente invariables en los dos periodos temporales estudiados.

Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de nuevas opciones terapéuticas que permitan tratar la hepatitis C en personas con VIH, así como de nuevas estrategias en el manejo de la enfermedad hepática, hasta que los nuevos fármacos contra el VHC estén ampliamente disponibles también para esta población de pacientes.

Si quieres saber más, puedes pinchar [aquí](#).

La respuesta al tratamiento contra la hepatitis C se asocia con una mejora del tejido hepático

Existen pocos datos que hagan referencia a si el hígado de las personas coinfectadas que han recibido un tratamiento contra el VHC logra regenerarse, y sobre el efecto que este fenómeno podría tener en términos de beneficio clínico y supervivencia a largo plazo.

Un grupo de investigadores español quiso profundizar en esta cuestión y evaluó de forma prospectiva a 236 personas coinfectadas que iniciaron un tratamiento contra la hepatitis C. Para evaluar la capacidad regenerativa del hígado, los pacientes debían disponer del resultado de una biopsia hepática anterior al tratamiento y tener dos o más resultados consecutivos en la prueba de elastometría transitoria (FibroScan®), la cual permite valorar la rigidez del tejido hepático (cuanto más rígido, mayor es la cicatrización del tejido).

De los 236 pacientes incluidos en el ensayo, un 51% logró una respuesta virológica al final del tratamiento (RFT, o carga viral del VHC indetectable en el momento de acabar la terapia). Un 41% alcanzó una respuesta virológica sostenida (RVS, o carga viral indetectable 24 semanas tras finalizar el tratamiento, lo que se considera la curación de la hepatitis C).

Los resultados de las tres pruebas de elastometría transitoria realizadas después de concluir el tratamiento contra la hepatitis C mostraron que la mejora del tejido hepático fue más elevada en personas que habían conseguido una RVS y, en una medida mucho menor, en aquellas que habían alcanzado una RFT. Los investigadores concluyeron que, en su análisis, el único factor que se asoció con una reversión progresiva de la fibrosis fue haber logrado una respuesta virológica sostenida al tratamiento contra el VHC.

Si quieres saber más, puedes pinchar [aquí](#).

La mezcla de genotipos virales se asocia con una peor respuesta al tratamiento contra la hepatitis C en personas coinfectadas

Un equipo de investigadores italiano quiso explorar si las personas con hepatitis C cuya población viral está formada por una mezcla de genotipos responden peor al tratamiento contra este virus hepático que las que simplemente tienen un único genotipo viral. Para tal fin, analizaron a 22 pacientes coinfectados en tratamiento antirretroviral y que habían iniciado la terapia anti-VHC.

Los resultados revelaron que 11 pacientes fueron respondedores (de los cuales 9 estaban infectados por los genotipo 2 o 3, que responden mejor al tratamiento) y otros 11, no respondedores, que en su totalidad estaban infectados por los genotipos más difíciles de tratar (1 o 4). Los autores hallaron un patrón dinámico de comportamiento de la infección por VHC en los pacientes no respondedores: en cinco individuos que estaban infectados por el genotipo 1 o 4 a nivel basal, se les detectó el genotipo 3 a la semana 12 de tratamiento. No obstante, en todos estos pacientes, a lo largo de las 48 semanas de terapia, reemergió el genotipo dominante de inicio. Los seis pacientes restantes no respondedores mantuvieron el mismo genotipo en el transcurso del tratamiento que el detectado en el momento de inscribirse en el estudio.

Según los investigadores, dicho patrón dinámico apreciado en la población viral del VHC sugiere que la infección mixta podría ser un fenómeno frecuente en personas coinfectadas por VIH y hepatitis C. Esta mezcla de diferentes genotipos virales, junto con la susceptibilidad propia de cada genotipo, podría contribuir a una respuesta más reducida al tratamiento contra la hepatitis C observada en personas coinfectadas.

Si quieres saber más, puedes pinchar [aquí](#).

Factores de predicción de progresión de la enfermedad hepática en personas coinfectadas

Según los resultados de un estudio, algunos parámetros asociados al virus de la hepatitis B (VHB) o al virus de la hepatitis C (VHC) podrían condicionar el inicio de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) en personas coinfectadas por VIH y hepatitis virales, ya que, en algunos casos, se podría producir una reactivación de la enfermedad hepática e incluso la muerte.

Un total de 333 personas con VIH coinfectadas por hepatitis virales participaron en el estudio, de las que el 58,3% eran de etnia negra y el 48,9% usuarios de drogas intravenosas. El 17,4% eran mujeres y el 43,2% habían tenido, como mínimo, un episodio de sida en el pasado.

Antes de iniciar el tratamiento, la mediana de los niveles de CD4 era de 150 copias/mm³ y la carga viral de unas 125.000 copias/mL.

Setenta participantes tenían coinfección por VIH y VHB, 253 por VIH y VHC, y diez estaban coinfectadas por VIH, VHB y VHC.

En primer lugar, los resultados del ensayo mostraron que niveles elevados de ácido hialurónico, de interleuquina-13 (IL-13) o de interleuquina-10 (IL-10) antes de iniciar el tratamiento antirretroviral predisponían a la reactivación de la enfermedad hepática.

Un segundo análisis halló que niveles elevados de interleuquina-8 (IL-8), interleuquina-6 (IL-6), factor de necrosis tumoral- α (TNF- α) y dímero D antes de iniciar la TARGA incrementaban el riesgo de muerte.

Estos hallazgos deberían servir para establecer mediciones de los parámetros asociados a incrementos de riesgo descritos en el estudio, de manera que se pudiera seleccionar adecuadamente el momento de iniciar la TARGA en personas coinfectadas o establecer medidas preventivas individualizadas para evitar la reactivación de la enfermedad hepática e incluso reducir el riesgo de muerte.

Si quieres saber más, puedes pinchar [aquí](#).

Supervivencia de pacientes coinfectados trasplantados de hígado y/o riñón

Un nuevo análisis estadounidense ha confirmado que los trasplantes de hígado y riñón son intervenciones clínicas seguras y eficaces en personas con VIH. Con todo, el estudio revela una cierta diferencia entre los trasplantes renales y los hepáticos: si en el caso de los primeros la supervivencia tras el trasplante es excelente en personas con VIH, en los trasplantes de hígado, ciertos factores de riesgo previos a la intervención podrían afectar a la supervivencia e incrementar el riesgo de complicaciones graves tras la operación.

El estudio incluyó a un total de 125 pacientes con VIH que, tras someterse a un trasplante hepático, se les realizó un seguimiento medio de 2,3 años; y a 150 personas seropositivas que recibieron un trasplante de riñón y que fueron seguidas durante un promedio de 2,7 años. Los investigadores hallaron que, al cabo de unos años de la intervención, un 95% de los pacientes que recibieron un riñón y un 80% de los que recibieron un hígado, y tres años después del trasplante, las tasas de supervivencia fueron de un 91% y un 67%, de manera respectiva.

En el caso de los trasplantados renales, los factores asociados a mortalidad fueron, principalmente, la coinfección por el VHC y la edad avanzada. Por lo que

respecta a las personas a las que se realizó un trasplante hepático, los factores relacionados a un incremento del riesgo de muerte durante el seguimiento fueron: haber recibido dos órganos a la vez en la intervención (hígado y riñón), bajo índice de masa corporal anterior al trasplante y edad superior a 40 años del donante; y, en menor medida, la coinfección por VHC y la detectabilidad del VIH previa al trasplante.

Se produjeron infecciones y enfermedades asociadas o no a sida antes y después de dicha intervención. Sin embargo, en el caso de las personas con una historia de infecciones oportunistas, no se registraron recidivas de tales enfermedades durante el tratamiento con los medicamentos utilizados para evitar el rechazo, y tampoco se observó que tales dolencias pudieran afectar a la supervivencia.

Los investigadores concluyen que la infección por VIH no debería considerarse una contraindicación en los trasplantes hepáticos y renales.

Si quieres saber más, puedes pinchar [aquí](#).

Factores de respuesta al tratamiento con boceprevir

Los estudios de fase III de boceprevir (Victrelis®) han mostrado que añadir este inhibidor de la proteasa del VHC a la terapia estándar basada en interferón pegilado y ribavirina en pacientes sin experiencia previa (SPRINT-2) o tratados con anterioridad (RESPOND-2), con genotipo 1 del VHC, proporciona tasas más elevadas de respuesta virológica sostenida que la terapia estándar.

Con el fin de optimizar el uso de este régimen combinado de tratamiento contra la hepatitis C, los investigadores están intentando entender mejor qué factores podrían predecir una respuesta exitosa a dicha terapia.

Por ejemplo, se ha hallado que los pacientes que son portadores de una variación genética en la región del gen IL28B -el genotipo CC- tienen más probabilidades de obtener una respuesta virológica a la semana 4 y 8 de tratamiento que aquellos que presentan el genotipo CT o TT. Además, entre un 80 y 90% de los pacientes *naïve* y pretratados con genotipo CC fueron candidatos a reducir la duración de la terapia hasta la semana 28.

Por otro lado, los resultados de ambos ensayos también han confirmado que los pacientes que consiguen obtener una respuesta a interferón pegilado y ribavirina a la semana 4 (antes de la introducción de boceprevir al régimen combinado) es más probable que alcancen una respuesta virológica sostenida (o la curación de la hepatitis C) que las personas cuya carga viral del VHC no disminuye lo suficiente en ese punto de medición.

Finalmente, los investigadores también apreciaron que las personas con genotipo 1b del VHC, tanto *naïve* como pretratadas, tienen más probabilidades de lograr una respuesta virológica sostenida al tratamiento, y de desarrollar menos mutaciones de resistencia asociadas a boceprevir que los pacientes con genotipo 1a.

Si quieres saber más, puedes pinchar [aquí](#).



Maraviroc reduce la fibrosis en personas coinfectadas con VIH y VHC

Un pequeño estudio italiano observó una mejora de la fibrosis en un grupo de personas coinfectadas que tomaron maraviroc. Se trata de un ensayo abierto del que se presentaron los resultados de 59 pacientes (la mayoría hombres), con carga viral del VIH indetectable y en tratamiento con atazanavir (Reyataz®) más emtricitabina/tenofovir (Truvada®), los cuales fueron repartidos de forma aleatoria en dos grupos. La mitad de ellos añadió maraviroc (Celsentri®) a su terapia anti-retroviral, mientras que el resto siguió con el régimen estándar. La gran mayoría tenía infección por VHC de genotipos 1 y 4 (los más difíciles de tratar). A todos los participantes se les realizó una prueba de elastometría transitoria (Fibroscan®) al comienzo del estudio y otra a la semana 24.

Al final, el estado de rigidez del hígado permaneció inalterado en el 75% de los pacientes con maraviroc y en el 67% del grupo control. El tratamiento con maraviroc se asoció con una mejora significativa de la elasticidad, especialmente entre aquellos con cirrosis, en

los que se apreció una mejoría entre los que probaban maraviroc y un deterioro entre los que formaban parte del grupo control. El número de personas con fibrosis moderada, dentro del brazo con maraviroc, aumentó del 35 al 44% como consecuencia de la reducción en la proporción de pacientes con cirrosis.

Es preciso interpretar estos resultados con suma cautela, puesto que se trata de un grupo muy reducido de pacientes. Ahora, sobre la base de estos datos, deberían efectuarse ensayos más amplios en personas coinfectadas en las que el tratamiento estándar contra el VHC ha fracasado y que esperan poder acceder a combinaciones con nuevos fármacos antivirales orales.

Si quieres saber más, puedes pinchar [aquí](#).



5. El tratamiento para prevenir la transmisión del VIH

“Tratamiento es prevención: La prueba está aquí” fue el título de la sesión que más se recordará de esta edición de la conferencia. Especialmente por los

resultados de un estudio que prueba que el uso del tratamiento antirretroviral reduce de forma drástica la transmisión del VIH.

Los resultados de un gran ensayo clínico revelan que el tratamiento antirretroviral reduce el riesgo de transmisión del VIH

HPTN 052 es un estudio en el que participaron 1.763 parejas serodiscordantes (en las que un miembro vive con VIH y el otro no) estables, la mayoría heterosexuales, e inscritas en trece centros de Asia, África y América. Los participantes con VIH fueron distribuidos de forma aleatoria para tomar tratamiento antirretroviral de forma inmediata o retrasarlo hasta que el recuento de CD4 disminuyese por debajo de las 250 células/mm³, a menos que desarrollasen primero una enfermedad definidora de sida. El ensayo tenía como objetivo evaluar si empezar la terapia antirretroviral inmediatamente frente a demorarla podía reducir la transmisión del virus al miembro de la pareja no infectado, y analizar si el inicio precoz del tratamiento proporcionaba beneficios clínicos a la persona seropositiva.

Los resultados del ensayo mostraron que el uso inmediato del tratamiento antirretroviral en los partici-

pantes con VIH redujo en un 96% el riesgo de transmitir el virus a los miembros no infectados de la pareja. En el transcurso del estudio, se produjeron 39 nuevas infecciones por VIH, de las cuales 29 fueron transmisiones asociadas al miembro seropositivo de la pareja, lo que se pudo confirmar por medio de análisis genéticos de los virus de ambos. Solo una de las 29 nuevas infecciones por VIH se dio en el grupo de participantes que tomaron tratamiento de forma inmediata. Según los análisis realizados por los investigadores, esta transmisión pudo haberse producido poco tiempo después de que la pareja fuera inscrita en el ensayo y antes de que el tratamiento antirretroviral eficaz pudiese haber disminuido la cantidad de VIH hasta niveles indetectables.

Además, los participantes que recibieron tratamiento de forma inmediata mantuvieron un recuento absoluto

de células CD4 más elevado que el de las personas que comenzaron más tarde la terapia. El tratamiento precoz se asoció también con una disminución de un 41% del riesgo de morir o desarrollar una enfermedad relacionada con el VIH.

Los hallazgos sobre la eficacia de este enfoque preventivo son tan sólidos que los autores del estudio consideran que son “la prueba de concepto” definitiva de que la terapia antirretroviral reduce el riesgo de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana.

Si quieres saber más, puedes pinchar [aquí](#).

El tratamiento reduce la carga viral en las secreciones vaginales

Aunque se sabe que el uso de la terapia antirretroviral permite suprimir la carga viral de VIH en sangre, existe cierta controversia respecto a su capacidad para penetrar en el tracto genital femenino y suprimir la replicación del virus a ese nivel.

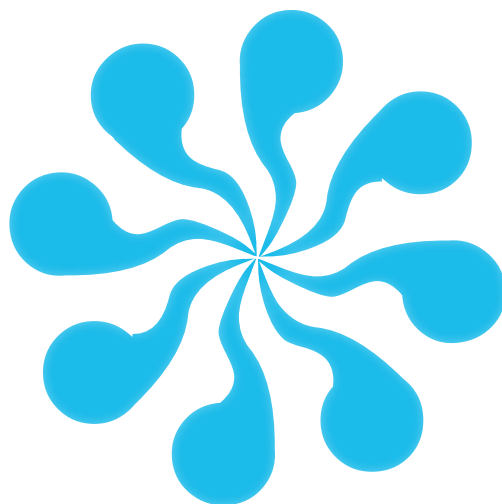
En este sentido, se decidió analizar en un estudio cómo evolucionaron a lo largo del ciclo menstrual los niveles de viremia del VIH y las concentraciones de fármacos en los fluidos genitales de unas mujeres que tomaban una terapia antirretroviral consistente en emtricitabina, tenofovir y atazanavir potenciado con ritonavir.

Todos fármacos activos empleados en el régimen alcanzaron unas concentraciones más elevadas en el tracto genital femenino que en la sangre. Pese a conocerse que emtricitabina y tenofovir tenían facilidad para acceder a dicha zona, resultó una sorpresa que esto también sucediera con atazanavir. Estos hallazgos pueden ayudar a determinar las mejores estrategias para hacer llegar los fármacos a los tejidos más vulnerables al VIH o donde se produce la secreción del virus y, así, prevenir la transmisión.

Se observó que la cantidad de virus con capacidad de infección en los fluidos genitales fue baja en las participantes y no varió según el momento del ciclo menstrual. En general, la presencia del VIH estuvo relacionada con que hubieran glóbulos blancos y sangre en los fluidos genitales.

A pesar de estos resultados, los autores señalan que existen pruebas que sugieren que el VIH sigue replicándose en el tracto genital y que, aunque el tratamiento reduce el riesgo de transmisión sexual, es posible que no lo elimine por completo.

Si quieres saber más, puedes pinchar [aquí](#).





6. El tratamiento para prevenir la adquisición del VIH

Desde hace un tiempo y mediante diferentes ensayos en distintos grupos de personas seronegativas se está probando una nueva estrategia de prevención que consiste en la toma de antirretrovirales para con

ello reducir las probabilidades de adquirir del VIH. En esta conferencia se presentaron resultados importantes acerca de esta estrategia en la sesión titulada “Tratamiento es prevención: La prueba está aquí”.

Profilaxis preexposición en HSH y mujeres transexuales: el estudio iPrEx

El pasado mes de noviembre, el ensayo iPrEx levantó un revuelo en el mundo del VIH al ofrecer la primera prueba de que la estrategia de profilaxis preexposición (PPrE) resultaba eficaz para prevenir la infección por el virus. En la Conferencia de Roma, se dieron a conocer cifras actualizadas respecto a las que se hicieron públicas el pasado año.

En el estudio participaban hombres que practican sexo con hombres y mujeres transexuales, y los nuevos datos reflejaron que, en conjunto, la profilaxis diaria con Truvada® (tenofovir y emtricitabina) consiguió reducir el riesgo de infección entre un 42 y un 45%, según el tipo de análisis realizado.

Sin embargo, al tener en cuenta únicamente a los participantes que presentaban niveles de fármacos detectables en sangre (lo que es probable que esté relacionado con su nivel de adhesión a la profilaxis), se comprobó que el riesgo de infección por VIH fue hasta un 92% menor.

Por su parte, las personas que se infectaron por VIH a pesar de la PPrE no tenían virus resistentes

y su viremia era similar a la de los participantes que tomaron placebo. De acuerdo con los autores, esto podría deberse a que estos voluntarios no seguían de forma estricta el régimen de profilaxis, lo que evidencia una vez más la importancia de la adhesión.

También se apreció que la PPrE resultó menos eficaz entre la pequeña proporción de mujeres transexuales participantes y, aunque no se sabe con exactitud a qué se debe esta discrepancia, se señalan como posibles explicaciones el efecto de las hormonas sexuales sobre el transporte de fármacos, las prácticas sexuales o el puro azar.

Está previsto que se realice una ampliación de este estudio, denominada iPrEx OLE, en donde todos los participantes tomarán la profilaxis (no habrá brazo de placebo) para recopilar datos de seguridad y eficacia a largo plazo, así como del comportamiento de los voluntarios frente a la profilaxis preexposición, ahora que se sabe que tiene un efecto protector ante el VIH.

Si quieres saber más, puedes pinchar [aquí](#).

Profilaxis preexposición en hombres y mujeres heterosexuales: el estudio TDF2

En el ensayo TDF2, un total de 1.200 hombres y mujeres heterosexuales sin VIH en Botsuana (África) de entre 18 y 39 años de edad fueron distribuidos de forma aleatoria para tomar un comprimido diario de tenofovir/emtricitabina o bien un placebo. A todas las personas participantes se les proporcionó, además, un paquete integral de servicios preventivos.

Durante el estudio, se produjeron 33 infecciones por VIH: 24 en el grupo de las 601 personas (50,1%) que recibieron el placebo y 9 entre los 601 participantes (49,9%) que tomaron el comprimido diario de tenofovir/emtricitabina. Según los investigadores, el uso de Truvada® redujo de forma significativa el riesgo de adquirir el VIH en un 62,6%. Un análisis adicional, que excluyó las infecciones por VIH registradas 30 días después de la última dosis del fármaco tomada de acuerdo con la declaración de los propios participantes (por lo que la infección pudo haber ocurrido cuando los voluntarios no estaban recibiendo la medicación), reveló que el empleo de tenofovir/emtricitabina disminuyó el riesgo de contraer el VIH en un 77,9%.

Los análisis preliminares no identificaron problemas graves de seguridad asociados a la utilización diaria de Truvada® que no hubiesen sido apreciados en otros estudios de profilaxis preexposición. En comparación

con las personas que recibieron el placebo, los participantes a los que se administró el comprimido de tenofovir/emtricitabina comunicaron más episodios de náuseas/vómitos y mareo.

Las personas que resultaron infectadas por VIH en el transcurso del ensayo fueron derivadas de forma inmediata para recibir atención médica especializada. A los participantes que se mantuvieron seronegativos al VIH se les ofrecerá medicación durante un año como parte de un estudio de seguimiento.

Si quieres saber, más puedes pinchar [aquí](#).

Profilaxis preexposición en parejas serodiscordantes: el estudio Partners PrEP

El estudio Partners PrEP evaluó una estrategia de profilaxis preexposición similar a la del estudio TDF2, pero, en este caso, en parejas serodiscordantes de Kenia y Uganda. Este ensayo inscribió un total de 4.758 parejas serodiscordantes y tuvo como objetivo evaluar si la toma diaria de Viread® o Truvada® por parte del miembro seronegativo de la pareja podría reducir el riesgo de adquirir el VIH. Para tal fin, los miembros no infectados fueron distribuidos de forma aleatoria para recibir, una vez al día, tenofovir o tenofovir/emtricitabina o placebo. Como suele ser habitual en este tipo de estudios, a cada una de las parejas se les ofreció un paquete integral de servicios de prevención.

Los resultados muestran que se habían producido en el estudio un total de 78 infecciones por VIH: 18 ocurrieron en el grupo de personas que tomaron tenofovir; 13, entre los participantes a los que se administró el comprimido de tenofovir/emtricitabina; y 47, en el grupo de voluntarios que recibieron el placebo. Así pues, en comparación con el placebo, el uso de tenofovir redujo en un 62% el riesgo de adquirir el VIH y el empleo de tenofovir/emtricitabina disminuyó dicho riesgo en un 73%.

Los investigadores del estudio señalan que Viread® y Truvada® proporcionaron un nivel de protección frente al VIH estadísticamente similar tanto en hombres como en mujeres. La profilaxis preexposición fue, en general, segura y bien tolerada: se apreció una tasa de efectos secundarios graves semejante en los tres grupos del ensayo. Asimismo, los resultados del estudio evidencian que los participantes mantuvieron un grado de adhesión elevado, llegándose a tomar más del 97% de las dosis dispensadas.

Como consecuencia del considerable efecto observado en la prevención del VIH, los responsables del ensayo decidieron que los participantes que estaban tomando placebo dejaran de hacerlo y comenzaran a recibir uno de los dos medicamentos mencionados.

Si quieres saber más puedes pinchar [aquí](#).

Anticonceptivos hormonales y riesgo de adquirir o transmitir el VIH

Un estudio ha revelado que las mujeres que emplearon anticonceptivos hormonales, especialmente los inyectables, corren un mayor riesgo tanto de contraer el VIH como de transmitírselo a su pareja sexual masculina.

En el ensayo, de dos años de duración, participaron 3.790 parejas serodiscordantes (en las que un miembro tiene VIH y el otro no) procedentes de siete países del África subsahariana.

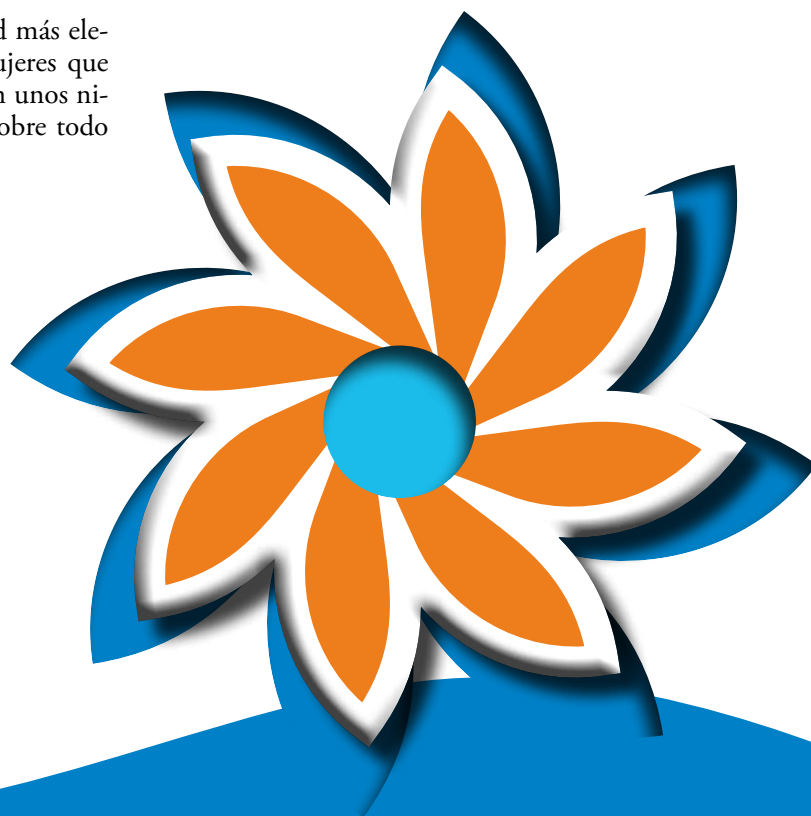
Al examinar el número de infecciones por VIH entre las mujeres que no tenían el virus en el momento de inscribirse, se comprobó que las que emplearon algún método anticonceptivo hormonal tuvieron un riesgo dos veces superior de adquirir el virus que las otras mujeres en el estudio.

Asimismo, se observó que el uso de anticonceptivos hormonales supuso un riesgo casi dos veces mayor de que una mujer con VIH transmitiera el virus a su pareja masculina.

Una posible explicación de esta capacidad más elevada de transmisión del virus es que las mujeres que utilizaban anticonceptivos hormonales tenían unos niveles de VIH mayores en el tracto genital, sobre todo las que usaban métodos inyectables.

La investigadora principal del estudio indica que los beneficios de los métodos anticonceptivos hormonales son indiscutibles (especialmente en cuanto a mortalidad materna), por lo que el riesgo de infección por VIH debería sopesarse frente a ellos.

Si quieres saber más, puedes pinchar [aquí](#).





7. Hacia la cura del VIH

Durante años, la idea de que algún día pudiera erradicarse el VIH del organismo contó con muy pocos partidarios en el mundo científico. Últimamente, sin embargo, existen indicios que alimentan de nuevo la esperanza. Aunque todavía se trate de ensayos

muy preliminares, grupos de investigadores están decididos a explorar diferentes estrategias que podrían, si no eliminar del todo el VIH, al menos impedir la progresión de la infección sin necesidad del tratamiento antirretroviral.

Incrementar los esfuerzos en la investigación de la curación del VIH

La Declaración de Roma es un documento que pretende dar un nuevo impulso a la búsqueda de una curación del VIH. Bajo los auspicios de la Sociedad Internacional del Sida (IAS, en sus siglas en inglés), un grupo de reconocidos científicos, activistas, instituciones y organizaciones relevantes está guiando el desarrollo de una estrategia científica global llamada “Hacia una curación del VIH”. Esta línea de actuación persigue crear un consenso mundial sobre el estado de la investigación de los reservorios del VIH, así como definir aquellas prioridades científicas que necesiten ser abordadas en futuras investigaciones con la finalidad de resolver el tema de la persistencia del VIH a pesar del uso de la terapia antirretroviral.

Según esta Declaración: “Una cura funcional del VIH solamente podrá conseguirse mediante un esfuerzo internacional concertado e incrementado que involucre no solo a la comunidad científica sino también a otras partes implicadas en la respuesta al VIH/sida y a la salud global”.

Si quieres saber más, puedes pinchar [aquí](#).

Resultados prometedores de la vacuna VRX116 en macacos

En IAS 2011 se presentaron los resultados de un estudio en el que se probó la eficacia de una vacuna, denominada VRX116, contra la infección por el virus de la inmunodeficiencia simica (VIS) en macacos.

Cinco monos recibieron la vacuna y otros cinco un placebo, antes de ser expuestos al VIS por vía rectal. La vacuna, aunque fue bien tolerada y no provocó efectos secundarios de importancia, no tuvo efecto protector, ya que todos los monos se infectaron, e incluso tres de ellos fallecieron.

No obstante, dos de los macacos vacunados lograron sobrevivir y alcanzaron lo que se denomina una cura funcional, es decir, fueron capaces de controlar la infección sin utilizar fármacos, una estrategia que también despierta interés como posible alternativa a la terapia antirretroviral en humanos.

Tras la exposición al virus se produjo un pico de carga viral en sangre, pero, en los dos macacos mencionados, su viremia pasó a ser indetectable. Al analizar la presencia de virus en otros órganos del cuerpo donde suele encontrarse, se comprobó que en los nódulos linfáticos existían células infectadas por

el virus, aunque en una concentración menor que en los monos no vacunados. Los niveles de CD4 también evolucionaron mejor en los dos monos aludidos.

Sin embargo, los datos dados a conocer no permiten explicar el motivo por el que los otros tres macacos vacunados sí experimentaron una progresión de la infección, que les llevó a la muerte.

Existe una versión contra el VIH de esta vacuna (que se llama VRX1273) y se espera poder llevar a cabo pronto un ensayo clínico de fase I para determinar su seguridad y capacidad inmunogénica en humanos.

Si quieres saber más, puedes pinchar [aquí](#).

Modestos resultados de la vacuna terapéutica Vacc-4x

Vacc-4X es una candidata a vacuna terapéutica desarrollada por la compañía noruega BioNor Pharma, pensada para controlar la progresión de la infección en personas con VIH y no para prevenir de su adquisición en las seronegativas. Al principio de su desarrollo, se vio que producía aumentos significativos de linfocitos CD4 cuando se tomaba la vacuna más inyecciones de factor de estimulación de colonias de granulocitos y macrófagos (GM-CSF, en sus siglas en inglés) y tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), todo junto.

Se observó que la mayoría de personas podían estar sin tomar medicación hasta dos años y medio. En octubre de 2010, sin embargo, se anunció la interrupción de su desarrollo debido a los malos resultados de un estudio, esta vez con más pacientes, en el que Vacc-4x no superó la comparación con placebo. Un mes más tarde, sin embargo, esta compañía comunicó que un análisis posterior había encontrado que las personas que recibieron la vacuna mantenían cargas virales más bajas durante la interrupción del tratamiento de las que habían tenido antes de empezar TARGA.

Estos resultados fueron presentados en Roma durante la conferencia y corresponden a un análisis llevado a cabo con las cifras obtenidas de los 126 pacientes que terminaron el estudio. Ello ha motivado a la compañía a seguir investigando el potencial de este compuesto.

Si quieres saber más, puedes pinchar [aquí](#).

