



Jueves, 26 de febrero de 2015

Índice

- | [Un estudio africano demuestra que el inicio de tratamiento antirretroviral por encima de 500 CD4 ofrece beneficios](#)
- | [El uso conjunto de la PPrE y la terapia antirretroviral prácticamente elimina los casos de transmisión en parejas serodiscordantes](#)
- | [Resultados prometedores de un inhibidor de la maduración](#)
- | [La tuberculosis extremadamente resistente a fármacos se propaga de persona a persona, no por fracaso del tratamiento](#)
- | [Tratamiento semana sí, semana no para personas jóvenes](#)
- | [La profilaxis con cotrimoxazol sigue siendo útil para recuentos elevados de CD4 en África](#)
- | [24 Conferencia Internacional sobre Reducción de Daños – Convocatoria de ponencias](#)
- | [Apoya nuestro trabajo](#)



Un estudio africano demuestra que el inicio de tratamiento antirretroviral por encima de 500 CD4 ofrece beneficios



Christine Danel en su intervención en la CROI 2015. Foto: Liz Highleyman, hivandhepatitis.com.

El inicio del tratamiento cuando los recuentos de CD4 están por encima de 500 células/mm³ redujo el riesgo de sufrir tuberculosis y las tasas de otras enfermedades graves y muertes en

un 44% en comparación con el inicio del tratamiento siguiendo las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El estudio Temprano, llevado a cabo a lo largo de siete años en Costa de Marfil, fue diseñado para probar la seguridad y eficacia del inicio temprano del tratamiento frente a empezar a tomarlo en el momento indicado por las directrices estándar en un entorno con pocos recursos con una elevada prevalencia de tuberculosis e infecciones bacterianas. Es posible que el inicio temprano del tratamiento antirretroviral suponga algún beneficio en particular en aquellos entornos donde dichas infecciones pueden provocar un daño notable en la salud de las personas que viven con VIH.

En el estudio realizado en el país del occidente africano participaron algo más de 2000 personas con VIH sin experiencia previa en tratamiento (mediana del recuento de CD4: 465 células/mm³) y sin una infección activa por tuberculosis. Los participantes fueron asignados de forma aleatoria para recibir de forma inmediata un tratamiento antirretroviral o para posponer el inicio del mismo siguiendo las directrices de la OMS vigentes en aquel momento. En el momento de iniciarse el estudio, la recomendación de la OMS era que el tratamiento se iniciase cuando los niveles de CD4 estuvieran por debajo de 200 células/mm³, pero cuando acabó este umbral se había fijado en 500 células/mm³.

El principal criterio médico del estudio fue un compendio de cualquier evento definitorio de sida, una enfermedad bacteriana grave, un cáncer no definitorio de sida o muerte por cualquier motivo. Se observó una tasa de 4,9 eventos por cada cien persona-años en el grupo de participantes que siguió las directrices de la OMS, frente a 2,8 eventos por cada 100 persona-años en las personas que recibieron tratamiento de forma inmediata. Esto supone una reducción del 44% en el riesgo de sufrir dichos eventos.

Los problemas registrados con más frecuencia fueron tuberculosis e infecciones bacterianas. **Al igual que en el estudio HPTN 052, el inicio temprano del tratamiento resultó especialmente eficaz a la hora de reducir la incidencia de tuberculosis diseminada (más que pulmonar).**

En el seguimiento a largo plazo, los efectos secundarios de los fármacos no ocasionaron problemas significativos a las personas que iniciaron antes el tratamiento.

El estudio Temprano también evaluó las ventajas de tomar un ciclo de tratamiento preventivo de isoniazida (TPI) de seis meses contra la tuberculosis, y para ello se asignó esta TPI de forma aleatoria a personas en ambos brazos (de inicio temprano y tardío del tratamiento antirretroviral). Los que tomaron el TPI vieron reducido en un 35% su riesgo de sufrir cualquier evento grave.

Este resultado viene a respaldar la opinión de que debería abandonarse el criterio de los niveles de CD4 para determinar el momento de inicio del tratamiento, de modo que las personas empiecen a tomarlo cuando estén preparadas para ello, al menos en los entornos con menos recursos donde la tuberculosis y las infecciones bacterianas constituyen una causa importante de morbilidad en personas que viven con VIH.

En los próximos dos años el estudio START, donde se está probando los resultados del inicio temprano del tratamiento, proporcionará más información sobre los riesgos y beneficios que entraña el inicio temprano del tratamiento en países del mundo desarrollado.

Enlaces relacionados:

[Puedes leer la noticia completa en **aidsmap.com**](#)

[Puedes ver un webcast de esta presentación](#)

El uso conjunto de la PPrE y la terapia antirretroviral prácticamente elimina los casos de transmisión en parejas serodiscordantes



Jared Baeten, en su intervención en la CROI 2015. Foto: Liz Highleyman, hivandhepatitis.com.

El uso de una estrategia combinada de profilaxis preexposición (PPrE) y terapia antirretroviral en parejas heterosexuales serodiscordantes (aquellas en las que uno de los miembros tiene VIH y el otro no) puede eliminar casi por completo la posibilidad de que la persona sin VIH se infecte por este virus. Un aspecto a destacar es que este enfoque no sólo evita la transmisión dentro de la pareja, sino también la procedente de personas fuera de la misma.

El Proyecto Partners Demonstration, llevado a cabo en Kenia y Uganda, está dirigido por el mismo equipo de investigadores del estudio Partners PrEP (que demostró la eficacia de la PPrE en parejas serodiscordantes), pero en esta ocasión ha contado con parejas que no participaron en el estudio anterior.

Aunque tanto a la profilaxis preexposición como la terapia antirretroviral disminuyen de forma significativa el riesgo de transmisión del VIH, es posible que las personas pospongan su inicio o las tomen de forma inconstante. La estrategia combinada emplea la PrEP como 'puente' hasta que la persona con VIH en la relación empiece a tomar una terapia antirretroviral que reduzca su carga viral a niveles indetectables. A la persona sin VIH se le ofrece la PPrE y mientras la persona seropositiva no tome tratamiento antirretroviral y, una vez iniciado, durante los primeros 6 meses del mismo.

Se utilizó una 'escala de riesgo' para dirigir de forma específica la intervención a las personas en situación de mayor riesgo de infección por VIH. Entre los factores de riesgo considerados estuvieron la menor edad, tener menos niños, la ausencia de circuncisión, la cohabitación en lugar del matrimonio, las tasas de relaciones sexuales sin protección reciente y la existencia de una carga viral basal elevada.

Hasta la fecha en el proyecto aproximadamente la mitad de las 1013 parejas han estado tomando únicamente la PPrE, una cuarta parte ha utilizado la PPrE y la terapia antirretroviral, una de cada seis únicamente la terapia contra el VIH y una de cada diez ninguna de dichas intervenciones. Los análisis de sangre realizados evidencian que los niveles de adhesión tanto a la PPrE como a la terapia antirretroviral son buenos.

La tasa de incidencia de infecciones por VIH en este grupo se comparó con la registrada en un grupo de control histórico: la incidencia en el brazo de placebo del estudio Partners PrEP.

Teniendo en cuenta esos datos, cabría haber esperado que se produjeran unas 40 infecciones por VIH en estas parejas, el equivalente a una tasa de incidencia anual del 5,2%. En vez de ello, se detectaron dos infecciones, lo que se traduce en una incidencia anual del 0,2%. Estas dos infecciones se produjeron en personas a las que se les había prescrito la PPrE, pero habían

dejado de tomarla.

La reducción en la tasa de infección fue del 96%, una cifra muy estadísticamente significativa. Aunque esto se asemeja a la reducción de la infección observada en el estudio HPTN 052, en ese estudio sólo se tuvo en cuenta los casos de transmisión procedentes de las parejas principales, mientras que el nuevo se tuvieron en cuenta las transmisiones procedentes tanto de las parejas principales como las debidas a otras personas.

El equipo de investigadores cree que debería recomendarse esta estrategia combinada a las parejas serodiscordantes y que también podría resultar beneficiosa para otras personas en riesgo de infección, como los hombres que practican sexo con otros hombres y las mujeres solteras.

En la conferencia también se presentaron datos sobre la aceptación de la PPrE en San Francisco, un lugar 'pionero' en la adopción de nuevos métodos preventivos. Algo más de 5.000 personas han recurrido a la PPrE en el pasado año, pero esta cifra supone apenas un tercio de las personas que están en situación de riesgo de adquirir el VIH en la ciudad. Si este porcentaje fuera del 95%, se podría reducir en un 70% el número de nuevas infecciones, según afirman los expertos.

Enlaces relacionados:

[Puedes leer la noticia completa en aidsmap.com](#)

[Puedes ver un webcast de esta presentación](#)

Resultados prometedores de un inhibidor de la maduración



Max Lataillade, en su presentación en la CROI 2015. Foto: Liz Highleyman, hivandhepatitis.com.

En la conferencia se presentaron datos procedentes de pequeño estudio de fase 2a, de prueba de concepto, en el que se probó un inhibidor de la maduración del VIH de segunda generación (denominado BMS-955176), que demostraron el buen perfil de seguridad y elevada potencia del fármaco.

La terapia antirretroviral combinada consiste en el uso de fármacos que actúan sobre distintos

puntos del ciclo de reproducción del VIH, pero ninguno de los antirretrovirales actualmente aprobados actúa sobre la fase de ensamblaje, maduración y liberación del virus de las células infectadas. Las nuevas familias de fármacos podrían ser de utilidad para las personas con elevada experiencia en tratamientos cuyo virus presenta un elevado grado de resistencia a los fármacos.

Anteriormente, un inhibidor de la maduración denominado bevirimat demostró tener actividad contra el VIH en las fases temprana de estudio clínico, pero su desarrollo se vio afectado por problemas de formulación. Más de la mitad de las personas que participaban en el estudio tenían un virus que presentaba un menor grado de susceptibilidad a los fármacos debido a variaciones naturales en el gen Gag. BMS-955175 es un inhibidor de la maduración de segunda generación que parece haber superado estos problemas.

BMS-955176 ha resultado ser notablemente más potente que bevirimat y su actividad frente al VIH fue similar tanto en cepas virales de tipo salvaje como en aquellas que presentaban polimorfismos en el gen Gag. En general su uso resultó seguro y fue bien tolerado en todas las dosis probadas. En los próximos meses se prevé el inicio de un estudio de fase 2b.

Enlaces relacionados:

[Puedes leer la noticia completa en **aidsmap.com**](#)

[Puedes ver un webcast de esta presentación](#)

La tuberculosis extremadamente resistente a fármacos se propaga de persona a persona, no por fracaso del tratamiento



N Sarita Shah en su intervención en la CROI 2015. Foto: Liz Highleyman, hivandhepatitis.com.

La inmensa mayoría de las personas infectadas por tuberculosis extremadamente resistente a fármacos (XDR) en Sudáfrica han adquirido la infección a través de otra persona, no como resultado de un fracaso en el tratamiento antituberculoso. Esta conclusión se extrae del examen de 400 casos de tuberculosis XDR confirmada mediante cultivo en la provincia de KwaZulu Natal.

La tuberculosis XDR puede adquirirse debido a numerosos fracasos de los regímenes de

tratamiento antituberculoso, lo que lleva a la acumulación de resistencias a cada vez más fármacos. Cuando esto sucede, es probable que el paciente haya recibido previamente tratamiento frente a cepas de tuberculosis multirresistente (MDR). Sin embargo, esto fue así únicamente en el 21% de las 400 personas que participaron en este estudio.

El 79% restante de los casos probablemente se hayan debido a una transmisión de persona a persona. Esta transmisión se puede haber producido en entornos médicos, pero el hecho de que hasta la mitad de estas personas no habían sido atendidas previamente en un hospital, indica que también es probable que haya tenido lugar en la comunidad.

El análisis molecular del genotipo evidenció que gran parte de los 400 casos analizados eran muy similares genéticamente. Esto concuerda con la teoría de la transmisión de persona a persona. Algo menos de la mitad de las muestras aisladas pertenecía a un único clúster de transmisión y se detectaron otros 22 clústeres.

La transmisión en entornos sanitarios podría reducirse mediante la implementación de algunas intervenciones básicas de bajo coste, como la apertura de puertas y ventanas para mejorar la ventilación o la separación de las personas con casos sospechosos de tuberculosis del resto de pacientes. También es importante contar con un diagnóstico más rápido de la tuberculosis y el uso universal de las pruebas de susceptibilidad a fármacos.

Enlaces relacionados:

[Puedes leer la noticia completa en *aidsmap.com*](#)

[Puedes ver un webcast de esta presentación](#)

Tratamiento semana sí, semana no para personas jóvenes



Karina Butler, parte del panel pediátrico en la CROI 2015. Foto: Liz Highleyman, hivandhepatitis.com.

El mantener la adherencia al tratamiento diario a menudo resulta más difícil para las personas jóvenes que para las de mayor edad. **En la conferencia se presentaron noticias alentadoras sobre un régimen de tratamiento antirretroviral que pretende normalizar este aspecto de la vida para niños y jóvenes.**

En el estudio participaron 199 personas de entre 8 y 24 años de edad (mediana: 14 años) de siete países europeos, EE UU, Uganda, Tailandia y Argentina. Todas ellas estaban tomando una combinación basada en efavirenz, presentaban una carga viral indetectable y no tenían un historial de rebote de la carga viral bajo tratamiento. En consecuencia, estas personas representan un grupo inusual entre la población joven, donde los problemas de adherencia, rebote de la carga viral, resistencia a fármacos y cambios de régimen resultan habituales.

Los participantes fueron distribuidos de forma aleatoria para recibir una 'tanda corta' de tratamiento o una terapia de forma continua. La tanda corta de tratamiento suponía tomar la medicación durante cinco días a la semana y luego estar dos días consecutivos sin tomar los fármacos (por lo general el sábado y el domingo).

En este régimen se especificó el uso de efavirenz ya que este fármaco tarda más tiempo en eliminarse de la sangre (el régimen resultaría menos seguro con la mayoría de otros fármacos).

Después de 48 semanas de seguimiento, no se detectaron diferencias en las tasas de rebote viral por encima de 50 copias/mL (se detectó en seis personas en el grupo de la tanda corta de tratamiento y en siete en el grupo de terapia continua).

El régimen en el que no se tomaban fármacos el fin de semana resultó muy aceptable para las personas jóvenes y tres cuartas partes de ellas afirmaron que les hacía la vida 'mucho' más fácil, especialmente a la hora de salir a divertirse el fin de semana, ya que los adolescentes probablemente no deseen que otras personas les vean tomar medicación. El régimen también resultó de ayuda con los efectos secundarios.

El equipo de investigadores hizo hincapié en que los resultados deberían tomarse con precaución y que las personas jóvenes no deberían dejar de tomar el tratamiento en el fin de semana hasta que se dispongan de más datos sobre el seguimiento más prolongado de las personas participantes para despejar cualquier duda sobre la seguridad a largo plazo. En particular, los resultados sólo son aplicables a personas jóvenes que toman un tratamiento basado en efavirenz y que tienen una carga viral indetectable y en su historial no existen episodios previos de rebote de la carga viral.

Enlaces relacionados:

[Puedes leer la noticia completa en **aidsmap.com**](#)

[Puedes ver un webcast de esta presentación](#)

La profilaxis con cotrimoxazol sigue siendo útil para recuentos elevados de CD4 en África

El interrumpir la profilaxis con cotrimoxazol aumenta el riesgo de sufrir infecciones bacterianas graves y malaria en personas que toman terapia antirretroviral en Uganda, según se extrae de los resultados de un ensayo de distribución aleatoria.

Este fue el caso de las personas con recuentos elevados de CD4, aunque las directrices actuales sugieren que la profilaxis con cotrimoxazol puede interrumpirse en adultos que tomen terapia antirretroviral que mantengan la carga viral indetectable y muestren signos de recuperación inmunitaria. Las directrices de la OMS dejan patente la baja calidad de las pruebas científicas que respaldan esta recomendación.

Cotrimoxazol es un antibiótico utilizado para tratar las infecciones bacterianas. También puede utilizarse de forma regular como profilaxis, para ayudar a prevenir las infecciones bacterianas y

la malaria. Sin embargo, cuando se toma de forma continua puede tener efectos secundarios y aumentar el número de comprimidos que tienen que tomar los pacientes, al tiempo que supone un aumento de la carga logística para las farmacias.

Teniendo en cuenta las incertidumbres sobre los beneficios adicionales que supone para las personas que toman una terapia antirretroviral estable, el equipo de investigadores estudio su impacto en un entorno donde las infecciones bacterianas y la malaria tienen una elevada prevalencia. En el estudio participaron más de 2000 personas procedentes de zonas rurales de Uganda y cuya mediana del recuento de CD4 era de 518 células/mm³.

Sin embargo, las personas asignadas de forma aleatoria al grupo de placebo presentaron una mayor tasa de infecciones (2,9 por cada cien persona-años) que las que siguieron tomando cotrimoxazol (1,8 por cada cien persona-años). Los acontecimientos adversos más frecuentes fueron neumonía bacteriana e infecciones del tracto respiratorio superior. La malaria también fue más habitual entre las personas que habían interrumpido la profilaxis con cotrimoxazol.

Enlaces relacionados:

[Puedes leer la noticia completa en aidsmap.com](#)

[Puedes ver un webcast de esta presentación](#)

24 Conferencia Internacional sobre Reducción de Daños – Convocatoria de ponencias



La **24 Conferencia internacional sobre reducción de daños** tendrá lugar en Kuala Lumpur (Malasia) en octubre de 2015. Ya está abierto **el proceso online para presentar las ponencias** y permanecerá abierto hasta el 27 de marzo de 2015.

Enlaces relacionados:

[Puedes visitar el sitio web de la conferencia](#)

Apoya nuestro trabajo

NAM sigue constituyendo una gran fuente de información científicamente precisa, pero al mismo tiempo fácil de entender. Es algo excepcional.

Apóyales.



¡Este mensaje de uno de nuestros simpatizantes nos ha puesto una sonrisa en el rostro! Como organización benéfica, dependemos de las donaciones para poder seguir adelante con nuestro trabajo; agradecemos profundamente cualquier aportación recibida, con independencia de lo grande o pequeña que sea.

Tenemos la firme convicción de que disponer de una información independiente, clara y basada en pruebas científicas constituye la base misma del empoderamiento para que las personas puedan tomar decisiones sobre su propia salud y disfrutar de una vida más larga, saludable y feliz.

Si consideras que puedes apoyar nuestro trabajo con un donativo, puedes hacerlo *online* en www.aidsmap.com/donate.

Muchas gracias.

Enlaces relacionados:

www.aidsmap.com/donate



Traducción: Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH



Puedes conectarte con NAM en Facebook: Así, podrás mantenerte al día de todos los emocionantes proyectos, últimos logros y nuevos acontecimientos que se producen

en el mundo de NAM.

- Puedes hacerte seguidor de NAM en Twitter para recibir enlaces a noticias frescas de nuestros editores sobre desarrollos y conferencias clave mientras suceden. Nuestra fuente de noticias (news feed) está enlazada con www.twitter.com/aidsmap_news y también enviamos mensajes desde www.twitter.com/aidsmap.

- Puedes seguir todas las noticias de la conferencia [suscribiéndote a nuestro canal de RSS](#).



NAM es una galardonada organización de base comunitaria que trabaja en el Reino Unido. Proporcionamos información fiable y precisa sobre el VIH, proveniente de todo el mundo, a las personas que viven con esta infección y a los profesionales que las tratan, apoyan y cuidan.

Haz una donación, marca la diferencia: www.aidsmap.com/donate

Si deseas más detalles, puedes contactar con NAM:

Tel.: +44 (0)20 7837 6988

Fax: +44 (0)20 7923 5949

E-mail: info@nam.org.uk

Web: www.aidsmap.com

NAM Publications

Registered office: Acorn House, 314-320 Gray's Inn Road, London, WC1X 8DP

Company limited by guarantee. Registered in England & Wales, number: 2707596

Registered charity, number: 1011220

Si deseas cancelar tu suscripción, puedes hacerlo en: <http://www.aidsmap.com/page/1492854/>