

**XX Conferencia Internacional sobre el Sida  
Melbourne, Australia  
20-25 de julio de 2014**



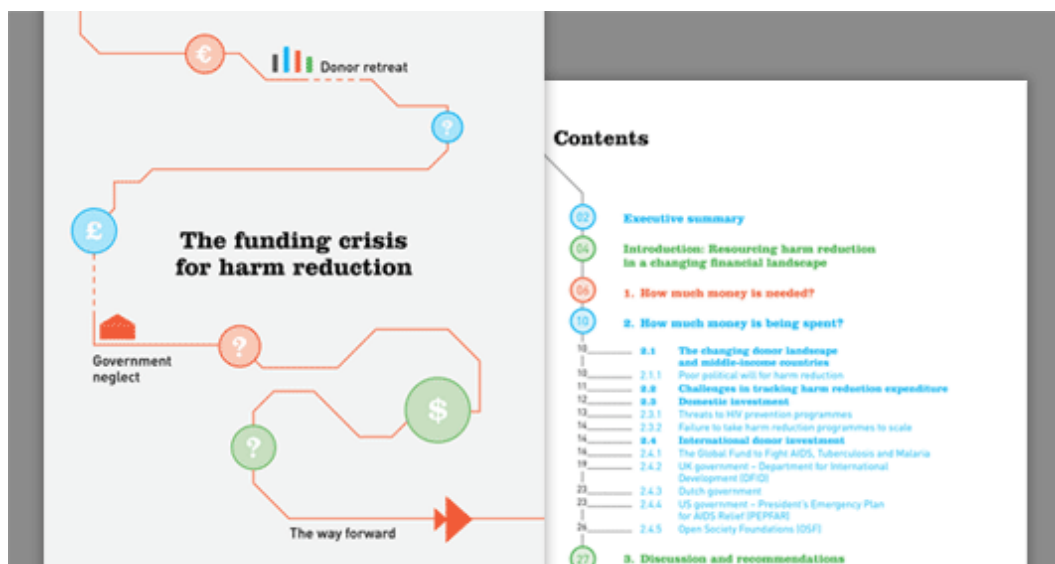
**Miércoles, 23 de julio de 2014**

## Índice

- | [Inversión en servicios de reducción de daños dirigidos a personas usuarias de drogas inyectables](#)
- | [El counselling sobre VIH a parejas puede mejorar la eficacia del tratamiento como prevención](#)
- | [La estrategia de 'realizar la prueba del VIH a todo el mundo' resulta muy aceptable en la zona rural de Sudáfrica](#)
- | [La criminalización de las relaciones sexuales entre hombres atenta contra la salud pública](#)
- | [Pobres tasas de cumplimiento de la profilaxis postexposición \(PPE\)](#)
- | [Noticias alentadoras sobre el cáncer anal en hombres gais](#)
- | [Tratamiento antirretroviral: maraviroc no iguala la base de ITIN](#)
- | [Acelerar el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis](#)
- | [Apoya nuestro trabajo](#)



## Inversión en servicios de reducción de daños dirigidos a personas usuarias de drogas inyectables



La inversión internacional en la estrategia de **reducción de daños** para **personas usuarias de drogas inyectables (UDI)** resulta lamentablemente insuficiente, según **se pudo oír en la conferencia de Melbourne**.

En el encuentro se afirmó que los donantes apenas aportan el 7% del total necesario para financiar los programas de reducción de daños dirigidos a una población muy vulnerable frente a la infección por VIH y las hepatitis víricas.

Un sondeo internacional reveló que, en 2010, se gastaron 160 millones de dólares en programas de reducción de daños, apenas un pequeño porcentaje de los 2.300 millones necesarios para proporcionar una adecuada cobertura de dichos servicios.

Entre los componentes fundamentales de los servicios de reducción de daños para la población UDI se incluyen los programas de intercambios de jeringuillas y agujas, la terapia de sustitución de opiáceos, la realización de pruebas y *counselling* del VIH, el tratamiento antirretroviral, la provisión de preservativos o el diagnóstico y tratamiento de ITS, hepatitis víricas y tuberculosis.

Sin embargo, 71 países no disponen de programas de intercambios de agujas y jeringuillas y 81 no ofrecen terapia de sustitución de opiáceos.

Incluso existen pruebas de que el compromiso de los donantes en la financiación de los programas de reducción de daños dirigidos a personas usuarias de drogas inyectables ha estado retrocediendo desde el año 2010.

El Comisionado Mundial para la Droga, sir Richard Branson, declaró que se estaba gastando demasiado dinero en encarcelar a los usuarios de drogas inyectables y que esos recursos estarían mucho mejor empleados en educación y tratamientos.

En la conferencia se hizo un llamamiento para que el dinero destinado a las estrategias de reducción de daños aumente hasta llegar al 10% de la cantidad dedicada al control de drogas para el año 2016.

#### **Enlaces relacionados:**

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

[Puedes descargar el informe del sitio web de Harm Reduction International](#)

## **El counselling sobre VIH a parejas puede mejorar la eficacia del tratamiento como prevención**



Imagen procedente del manual: Couples HIV Counseling and Testing Intervention and Training, de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de EE UU (CDC).

Un estudio realizado en Zambia ha revelado que la realización de *counselling* y pruebas del VIH voluntarios a parejas puede reducir las tasas de incidencia de esta infección dentro de las relaciones.

La realización voluntaria de *counselling* y pruebas del VIH implica que a los dos miembros de la pareja se les ofrece un asesoramiento experto juntos cuando valoran la posibilidad de someterse a una prueba del VIH, se le realiza la prueba a los dos juntos y se les realiza un *counselling* juntos después de la prueba.

Se estima que se han ofrecido estos servicios a unas 150.000 parejas en Lusaka, Zambia.

Los datos presentados en la conferencia evidenciaron que esta estrategia consiguió reducir la incidencia del VIH en las parejas y que la eficacia del tratamiento como prevención se vio aumentada en el caso de las parejas a las que se les ofreció dicho servicio.

Además la realización de pruebas y *counselling* del VIH voluntarios resultó ser una estrategia coste-efectiva.

“El *counselling* a las parejas debería constituir una prioridad en las clínicas del VIH en África”, afirman los autores del estudio. “Nuestra investigación evidenció que esta intervención aumentó en gran medida la eficacia de la prevención, así como la relación coste-efectividad del tratamiento antirretroviral”.

#### Enlaces relacionados:

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

[Puedes ver el abstract en el sitio web de la conferencia](#)

## La estrategia de ‘realizar la prueba del VIH a todo el mundo’ resulta muy aceptable en la zona rural de Sudáfrica



Un estudio en el que se ofreció la prueba y el tratamiento del VIH a todas las personas que vivieran en los distritos rurales del norte de la provincia sudafricana de KwaZulu-Natal ha descubierto que la realización de la prueba en el hogar por parte de un *counsellor* desplazado resultó una estrategia muy aceptable para la población local, aunque las personas que dieron positivo al VIH tardaron más tiempo del esperado en iniciar el tratamiento.

El ensayo ANRS 12249 es uno de los varios que se están llevando a cabo en el África meridional para poner a prueba la hipótesis de que los programas de 'diagnosticar y tratar de manera universal' pueden, por sí mismos, reducir la incidencia de VIH lo suficiente como para poner fin a la epidemia.

El estudio piloto comprobó que el 82% de las personas aceptaron someterse a una prueba de detección del VIH en el hogar, un porcentaje similar al grado de aceptación observado en otros estudios llevados a cabo en diversas partes de África. No obstante, el número de personas que acudieron a la clínica del VIH e iniciaron el tratamiento fue algo inferior al esperado. Aproximadamente la mitad de las personas que dieron positivo en la prueba habían empezado a tomar la terapia antirretroviral antes de un año. Sin embargo, cuando las personas fueron derivadas a la atención médica hubo más posibilidades de que iniciaran el tratamiento: hasta el 85% de las personas empezó a tomar la terapia antes de un año en este caso.

Estos resultados sugieren que los mecanismos para incluir a las personas en los servicios de atención constituirán un elemento importante para el éxito de las estrategias de "diagnosticar y tratar" en el escalado de los servicios de tratamiento y prevención del VIH.

#### Enlaces relacionados:

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

[Puedes ver el abstract en el sitio web de la conferencia](#)

## La criminalización de las relaciones sexuales entre hombres atenta contra la salud pública



Ifeanyi Orazulike, del Centro Internacional para la Defensa de los Derechos a la Salud, en su intervención en AIDS 2014. Foto: Roger Pebody (aidsmap.com).

Un sondeo mundial realizado a través de internet en el que participaron 4.000 hombres que practican sexo con otros hombres (HSH) reveló que uno de cada doce había sido detenido o condenado por mantener conductas homosexuales y que los hombres criminalizados tenían un peor acceso a los servicios sanitarios.

El sondeo fue realizado en el año 2012 y descubrió que el 24% de los participantes del África subsahariana habían sido arrestados o condenados debido a su sexualidad.

Los hombres arrestados o condenados fueron menos propensos que otros hombres a tener acceso a preservativos, pruebas y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS), pruebas del VIH, atención médica y servicios de salud mental.

En el caso de los hombres con VIH, el hecho de haber sido arrestados o detenidos estuvo relacionado con unas peores tasas de acceso a la terapia antirretroviral.

A principios del año 2014, Nigeria aprobó una dura legislación contra la homosexualidad. En la conferencia se explicó que estas leyes ya estaban teniendo un impacto negativo sobre la inscripción en un estudio para examinar la salud y conductas de los hombres que practican sexo con otros hombres y también se contó que algunos trabajadores sociales en el ámbito del VIH habían sido detenidos.

Una declaración de la Organización Mundial de la Salud hecha pública en la conferencia afirmó que la protección de los derechos humanos constituye un requisito fundamental para el control de la epidemia de VIH. En dicha declaración se recomienda que:

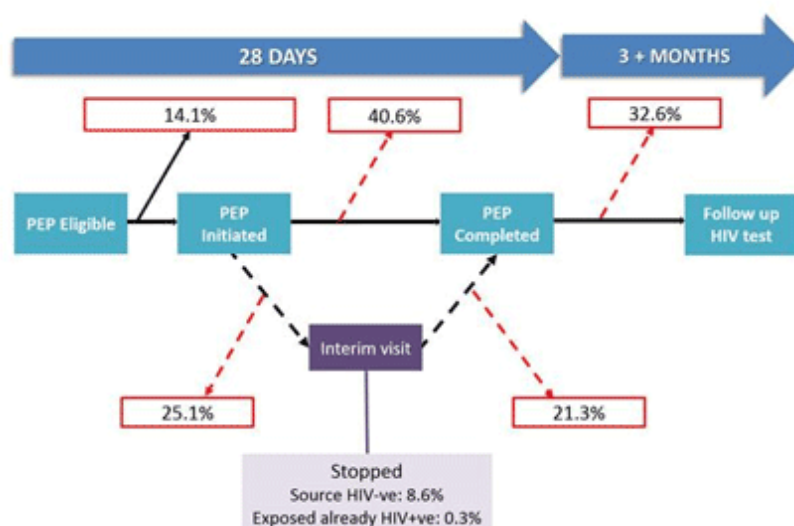
- 1 Los países trabajen para implementar y aplicar leyes contra la discriminación.
- 1 Los servicios sanitarios estén disponibles, accesibles y aceptables para la población HSH.
- 1 La violencia dirigida contra el colectivo de HSH sea abordada y prevenida y que se implementen programas de empoderamiento comunitario.

#### Enlaces relacionados:

Puedes leer la noticia completa en [aidsmap.com](http://aidsmap.com)

Puedes ver los abstracts de esta sesión en el sitio web de la conferencia

## Pobres tasas de cumplimiento de la profilaxis postexposición (PPE)



Pérdidas en la cascada de la PPE. Diagrama procedente del póster realizado por Nathan Ford (TUPE153).

Sólo en torno a la mitad de las personas que inician un ciclo de **profilaxis postexposición (PPE)** contra el VIH completan el tratamiento, según ha revelado **un metaanálisis de 97 estudios distintos en el que participaron más de 21.000 personas.**

La PPE consiste en un ciclo de tratamiento de 28 días de duración con dos o más fármacos antirretrovirales que toman las personas sin VIH después de una posible exposición al virus.

El equipo de investigadores decidió comprobar qué proporción de personas a las que se les prescribió esta intervención completaban realmente el tratamiento.

Los autores descubrieron unas pérdidas significativas a lo largo de la cascada de tratamiento de la PPE.

- | El 14% de las personas valoradas como elegibles para recibir está profilaxis no iniciaron la terapia.
- | El 57% de las personas que iniciaron la PPE completaron el tratamiento.
- | De las personas que completaron el ciclo de profilaxis postexposición, el 31% no acudió a las visitas de seguimiento en las que estaba previsto la realización de pruebas del VIH.

Las tasas de cumplimiento fueron especialmente malas en el caso de las trabajadoras sexuales y de las personas que habían accedido a la PPE después de una agresión sexual.

El equipo de investigadores considera que es necesario realizar más esfuerzos para mejorar la aceptación de la PPE y la retención en la atención médica y también sugieren que deberían simplificarse los enfoques a la terapia.

#### Enlaces relacionados:

[Puedes leer la noticia completa en aidsmap.com](https://aidsmap.com)

## Noticias alentadoras sobre el cáncer anal en hombres gais



Andrew Grulich, del Instituto Kirby en la Universidad de Nueva Gales del Sur, en su presentación en AIDS 2014. Foto: Liz Highleyman, hivandhepatitis.com

Quizá no sea necesario tratar a todos los hombres gais con VIH que presentan lesiones anales que podrían progresar a cáncer, según ha revelado un estudio australiano. En la mayor parte de los casos, las lesiones desaparecen sin necesidad de tratamiento y es posible que en la mayoría de los casos sea preferible realizar un seguimiento estrecho del caso en lugar de llevar a cabo un tratamiento quirúrgico o farmacéutico.

El cáncer anal y sus precursores, la displasia y la neoplasia anales (crecimiento anómalo de las células y cambios en los tejidos) resultan más habituales entre las personas con VIH (especialmente en el caso de los hombres que practican sexo con otros hombres) que entre la población general.

Un estudio está realizando el seguimiento de hombres gais con y sin VIH en Australia para averiguar qué proporción de hombres con displasia o neoplasia anales desarrollan cáncer. Los resultados provisionales muestran que en casi la mitad de los casos las primeras anomalías desaparecieron, sin que se detectaran diferencias en función de la edad o el estado serológico al VIH.

Estos hallazgos “proporcionan una justificación muy sólida de que no todos los casos de patología anal de alto grado precisan tratamiento y sugiere que éste puede dirigirse a personas con una enfermedad de alto grado persistente”, afirmó el Doctor Andrew Grulich, del Instituto Kirby de la Universidad de Nueva Gales del Sur. La mayor parte de los casos de enfermedad de alto grado detectados en una prueba aislada “simplemente desaparecerán”, afirmó el investigador.

## Enlaces relacionados:

Puedes leer la noticia completa en [aidsmap.com](https://aidsmap.com)

Puedes leer el abstract en el sitio web de la conferencia

# Tratamiento antirretroviral: maraviroc no iguala la base de ITIN



Un régimen antirretroviral en el que se reemplazaron los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido/nucleótido (ITIN) por el inhibidor del CCR5 **maraviroc** (*Celsentri*) resultó inferior a una combinación tradicional de tratamiento antirretroviral basada en **emtricitabina/tenofovir** (presentes en el comprimido combinado *Truvada*), según **ha revelado un nuevo estudio**.

La terapia antirretroviral suele consistir en tres fármacos de dos familias diferentes. La 'base' de la mayor parte de las combinaciones consiste en dos fármacos de la familia de los ITIN. Sin embargo, esta familia de fármacos está relacionada con muchos de los **efectos secundarios** que pueden aparecer a largo plazo con el tratamiento.

En consecuencia, un equipo de investigadores decidió comprobar si era posible reemplazar la base de ITIN por maraviroc, un fármaco de la familia de los inhibidores de correceptor CCR5.

Maraviroc tiene un **buen perfil de seguridad y efectos secundarios** y también tiene un buen nivel de penetración en el tracto genital, lo que significa que su uso podría **ayudar a prevenir futuras transmisiones del VIH**.

En el estudio, las personas que iniciaron el tratamiento antirretroviral por primera vez fueron distribuidas de forma aleatoria para recibir maraviroc o *Truvada* en combinación con **darunavir** potenciado con ritonavir (*Prezista*). Todos los participantes (aproximadamente 800) tenían un virus sensible a maraviroc.

Estaba previsto que el ensayo se prolongará a lo largo del 96 semanas y el criterio de medición principal era la proporción de personas con una **carga viral indetectable** a la semana 48.

En dicho momento, el 77% de las personas que tomaba maraviroc presentaron una carga viral indetectable, frente al 87% de las que tomaban *Truvada*. Maraviroc funcionó especialmente mal en el caso de los participantes con una carga viral elevada (por encima de 100.000 copias/mL).

El estudio fue interrumpido de forma prematura debido a que maraviroc había fracasado a la hora de demostrar su no inferioridad frente a *Truvada*.

Sin embargo, aún existe una esperanza para que maraviroc suponga un sustituto de una base de ITIN. Dicho fármaco puede seguir siendo una opción en el caso de personas **que cambian de tratamiento después de conseguir una carga viral indetectable** con una combinación tradicional basada en los ITIN.

#### Enlaces relacionados:

Puedes leer la noticia completa en [aidsmap.com](https://aidsmap.com)

Puedes ver el abstract en el sitio web de la conferencia

## Acelerar el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis



La descentralización de la gestión de la tuberculosis resistente a fármacos y el uso de la prueba Xpert MTB/RIF ayudaron a reducir el tiempo desde el diagnóstico hasta el momento de acudir a la clínica para recibir tratamiento de 50 a 7 días en una población con unas tasas elevadas de coinfección por VIH y tuberculosis, según un estudio realizado en Khayelitsha, Sudáfrica.

Xpert MTB/RIF es una prueba rápida que permite la identificación de la tuberculosis y determinar la resistencia a rifampicina. La prueba se está implementando como nuevo método diagnóstico para el manejo de la tuberculosis en países con unas tasas elevadas de coinfección por tuberculosis y VIH. No obstante, existen pocos datos respecto al impacto de dicha prueba sobre la mejora en el acceso a la atención médica.

La reducción del tiempo entre la identificación de los síntomas que sugieren tuberculosis y el inicio del tratamiento resulta de crucial importancia. Un retraso significativo a la hora de acudir a la atención sanitaria y comenzar el tratamiento aumenta el riesgo de muerte por tuberculosis. Las personas con esta enfermedad pueden no recibir atención médica y, en el intervalo, transmitir la infección a sus contactos más próximos.

El estudio sudafricano descubrió que la descentralización del tratamiento de la tuberculosis resistente a fármacos redujo el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio de tratamiento de nueve semanas a menos de cuatro. La prueba Xpert MTB/RIF redujo aún más el tiempo hasta el inicio del tratamiento, dejándolo en una mediana de siete días. Además, un porcentaje superior al 90% de las personas con VIH y tuberculosis resistente a rifampicina iniciaron el tratamiento.

#### Enlaces relacionados:

Puedes leer la noticia completa en [aidsmap.com](https://aidsmap.com)

## Apoya nuestro trabajo

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](http://www.aidsmap.com/donate).

Muchas gracias.

#### Enlaces relacionados:

[www.aidsmap.com/donate](http://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](http://www.twitter.com/aidsmap_news) y también enviamos mensajes desde [www.twitter.com/aidsmap](http://www.twitter.com/aidsmap).
- Puedes seguir todas las noticias de la conferencia **suscribiéndote a nuestro canal de RSS.**

NAM's AIDS 2014 bulletins have been made possible thanks to support from Bristol-Myers Squibb. NAM's wider conference news reporting services have been supported by AbbVie, Gilead Sciences, Janssen and ViiV Healthcare's Positive Action Programme.



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](http://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](mailto:info@nam.org.uk)

Web: [www.aidsmap.com](http://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/>