



Viernes, 23 de octubre de 2015

Índice

- | [¿Cuándo habrá PrEP en Europa?](#)
- | [Las ventajas del inicio temprano del tratamiento a antiretroviral están claras, aunque algunas cuestiones siguen abiertas](#)
- | [La mayor parte de las personas inmigrantes con VIH en Europa pueden haberse infectado en sus países de acogida](#)
- | [¿Podría utilizarse dolutegravir en mono o biterapia?](#)
- | [Apoya nuestro trabajo](#)



¿Cuándo habrá PrEP en Europa?



Gus Cairns y el resto del panel de expertos en la sesión sobre PrEP en EACS 2015. Fotos: Liz Highleyman, hivandhepatitis.com

Cada vez hay más presión comunitaria para que se facilite el acceso a la profilaxis preexposición (PrEP) en Europa y probablemente siga aumentando en vista de la falta de decisiones por parte de las autoridades financiadoras y reguladoras, lo que conduce a un uso más informal de la PrEP, según se afirmó en la conferencia.

En 2012, la Agencia de la Alimentación y el Medicamento de EE UU (FDA, en sus siglas en inglés) aprobó el uso de *Truvada* (un comprimido que combina tenofovir y emtricitabina) como PrEP en ese país y en 2014 se publicaron las directrices estadounidenses país sobre la PrEP. Sin embargo, en Europa, esta estrategia preventiva no recibe financiación por parte de los gobiernos nacionales o regionales y cualquier uso fuera del ámbito de los ensayos clínicos se debe a acuerdos individuales con médicos, prescriptores privados fuera de los sistemas sanitarios públicos o a un uso informal y sin seguimiento.

Las exigencias de la comunidad para que se apruebe la PrEP están multiplicándose con rapidez en los medios sociales y es probable que el apoyo a las personas para que hagan un uso informal de la PrEP de forma segura y eficaz empiece a constituir una parte cada vez más importante del trabajo de las organizaciones comunitarias.

Los planes para implementar esta profilaxis como un componente plenamente financiado de las estrategias preventivas del VIH nacionales se encuentran aún en una fase temprana, incluso en aquellos países donde la investigación ha sido muy activa, como es el caso de [Francia](#) y [Reino Unido](#). En la conferencia se afirmó que es muy poco probable que se alcance un enfoque europeo único para la implementación de la PrEP en este continente, debido a la variedad de sistemas sanitarios y mecanismos de financiación para la salud que existen.

Incluso allí donde ya existe una infraestructura para hacer llegar la profilaxis preexposición a las personas que la necesitan, las barreras normativas y de financiación siguen impidiendo que estas personas puedan acceder a la misma y, para muchos países, el principal problema sigue siendo el coste. A pesar de las pruebas de que la PrEP puede resultar coste-efectiva en determinadas circunstancias, las autoridades responsables de la financiación siguen mostrándose reacias.

Enlaces relacionados:

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

[Puedes leer o descargar nuestra hoja informativa sobre la PrEP](#)

Las ventajas del inicio temprano del tratamiento a antirretroviral están claras, aunque algunas cuestiones siguen abiertas



Jens Lundgren, en su presentación en la EACS 2015. Foto: Liz Highleyman, [hivandhepatitis.com](#)

La prolongada controversia sobre cuándo es el mejor momento para iniciar la terapia antirretroviral ha sido definitivamente respondida, afirmó el profesor Jens Lundgren en la conferencia, pero “la seguridad de los fármacos no es un capítulo cerrado en el ámbito del VIH”.

En este mismo año, los resultados del [ensayo START](#) revelaron que las personas que iniciaron la terapia de forma inmediata después del diagnóstico de VIH presentaron un menor riesgo de morbilidad que las personas que esperaron a que el recuento CD4 llegara a 350 células/mm³. Estos hallazgos ya están empezando a tener un efecto práctico. [Las últimas directrices de tratamiento del VIH de la Organización Mundial de la Salud](#), además de un creciente número de [directrices nacionales](#), ya recomiendan que todas las personas diagnosticadas de VIH inicien el tratamiento con independencia de su recuento de CD4.

Sin embargo, aún existen cuestiones sin resolver, como la falta de datos sobre los efectos de la exposición prolongada a los fármacos antirretrovirales durante décadas. Se seguirá realizando el seguimiento de las personas que participaron en el ensayo START durante al menos los dos próximos años (y es de esperar que durante los próximos cinco a diez años) para entender mejor los resultados a largo plazo.

Otros estudios han descubierto unas mayores tasas de enfermedad cardiovascular y cáncer en personas que viven con VIH y el ensayo START reveló la existencia de un mayor riesgo de sufrir enfermedades no relacionadas con sida y de muerte entre las personas con niveles elevados de CD4 que no tomaban tratamiento. No obstante, tampoco están claros los mecanismos subyacentes en la aparición de comorbilidades como la enfermedad cardiovascular o el cáncer en personas que viven con VIH, aunque se cree que, además de los factores de riesgo tradicionales, también pueden influir la activación inmunitaria y la inflamación persistentes o la existencia de toxicidades farmacológicas aún no reconocidas.

Junto con estas preguntas científicas sin resolver, también se encuentran aspectos políticos que deben abordarse para garantizar que [el tratamiento antirretroviral llegue a todas las personas con VIH del mundo](#).

Enlaces relacionados:

Puedes leer la noticia completa en aidsmap.com

La mayor parte de las personas inmigrantes con VIH en Europa pueden haberse infectado en sus países de acogida



Material promocional del ensayo aMASE. Véase www.amase.eu

Un estudio presentado en la conferencia ha revelado que la mayor parte de las personas emigrantes en Europa que fueron diagnosticadas de VIH hace menos de cinco años, probablemente adquirieron el virus en sus países de acogida en lugar de en su país de procedencia.

Estos hallazgos proceden del estudio aMASE (siglas en inglés de "Expandiendo el acceso a los servicios sanitarios para las personas inmigrantes en Europa"), que contó con la participación de 2.249 personas emigrantes residentes en nueve países europeos

Muchas personas no saben con seguridad dónde se infectaron por VIH. Durante el cuestionario, a las personas participantes se les preguntó cuándo y dónde fueron diagnosticadas, se inquirió sobre las conductas de riesgo del VIH mantenidas antes y después de abandonar su país y también dieron permiso al equipo de investigadores para contactar con el hospital donde fueron diagnosticadas y realizar una entrevista independiente con sus médicos, a fin de confirmar el diagnóstico y probable fecha de infección.

El equipo de investigadores descubrió que había un número superior de personas que tenía una fecha documentada o probable de infección por VIH posterior a su emigración a Europa (o dentro de Europa) que de aquellas con una fecha documentada o probable de infección antes de su migración.

Un aspecto importante a tener en cuenta es que no se pudo determinar una fecha de infección para una minoría relevante de personas (en el caso de las procedentes del África subsahariana, hasta un 48%). De cualquier modo, los hallazgos resultan sorprendentes. En el caso de los hombres que practican sexo con hombres (HSH), en particular, la inmensa mayoría adquirió el VIH en su país de acogida en lugar de su país de origen.

Débora Álvarez del Arco, en su presentación de los hallazgos declaró que las cifras evidenciaban que las personas procedentes de Europa Occidental y la región de América Latina y Caribe tenían una probabilidad especialmente elevada de haber adquirido el VIH después de haber emigrado, al igual que los hombres que practican sexo con hombres. Tanto ella como otros miembros del público hicieron un llamamiento para aumentar la investigación de los factores que influyen en la vulnerabilidad de los emigrantes frente al VIH en sus países de acogida.

Enlaces relacionados:

Puedes leer la noticia completa en aidsmap.com

¿Podría utilizarse dolutegravir en mono o biterapia?



Pedro Cahn, durante su intervención en la EACS 2015. Foto: Liz Highleyman, hivandhepatitis.com

El inhibidor de la integrasa dolutegravir (*Tivicay*), administrado junto con un único inhibidor de la transcriptasa inversa análogo de nucleósido (ITIN) resultó bien tolerado y fue capaz de conseguir una supresión total de la carga viral en personas que iniciaban terapia antirretroviral por primera vez. Por otro lado, la toma únicamente de dolutegravir fue capaz de mantener la carga viral indetectable en la mayor parte de las personas con experiencia en tratamiento que empezaron a tomar este inhibidor de la integrasa después de alcanzar una carga viral indetectable, según las conclusiones de un conjunto de estudios presentados en la conferencia.

Como las personas que viven con VIH siguen enfrentándose a la perspectiva de pasarse décadas tomando tratamiento, diversos estudios han intentado descubrir regímenes de fármacos más tolerables, más sencillos y más fáciles de tomar, al tiempo que mantuvieran su eficacia en el control de la carga viral.

La mayor parte de los regímenes de tratamiento antirretroviral están compuestos por una combinación de al menos 3 fármacos de dos o más familias distintas. Algunos regímenes pueden tomarse combinados en un único comprimido una vez al día, lo que simplifica el tratamiento para muchas personas.

Los nuevos enfoques en la terapia antirretroviral pueden resultar especialmente beneficiosos para las personas que han tomado gran cantidad de fármacos diferentes en el pasado y presentan virus con resistencias, al igual que para aquellas que no pueden tolerar los efectos secundarios de los fármacos.

En Argentina se llevó a cabo un pequeño estudio para probar dolutegravir y lamivudina en 20 personas (diecinueve hombres y una mujer), ninguna de las cuales había tomado tratamiento antirretroviral con anterioridad. Al inicio del estudio, la mediana de la carga viral estaba ligeramente por encima de las 24.000 copias/mL (aunque cuatro participantes tenían más de 100.000 copias/mL) y un recuento de CD4 de aproximadamente 400 células/mm³.

Todas las personas participantes tomaron 50mg de dolutegravir más 300mg de lamivudina, una vez al día, durante 48 semanas. Pedro Cahn presentó los resultados del análisis a la semana 24, que evidenciaron que la carga viral descendió con rapidez tras el inicio de la terapia. Todos los participantes tenían una carga viral inferior a 400 copias/mL a la semana 3 y por debajo de 50 copias/mL a partir de la semana 8.

En España y Francia, dos estudios distintos examinaron el uso de dolutegravir como monoterapia para personas que ya tenían una carga viral indetectable gracias al tratamiento.

En Barcelona, el estudio contó con la participación de 33 personas (más de la mitad de las cuales eran mujeres) que no tenían ningún antecedente conocido de fracaso de virológico ni su virus mostraba resistencia a los inhibidores de la integrasa. Las personas voluntarias abandonaron los regímenes de tratamiento que estaban siguiendo hasta ese momento y pasaron a tomar únicamente dolutegravir. A las 24 semanas, todas las personas, excepto una, mantenían una carga viral indetectable.

En París, un estudio similar inscribió a 28 personas (más de la mitad de las cuales eran hombres) con una carga viral indetectable gracias al tratamiento. A la semana 24 del cambio de terapia, el 89% de las personas (25 de 28) mantenían una carga viral indetectable. Las tres personas que experimentaron un aumento de la carga viral volvieron a niveles indetectables tras incluir tenofovir/emtricitabina en su pauta de tratamiento. Las tres personas habían tomado

inhibidores de la integrasa con anterioridad y su virus presentaba varias mutaciones de resistencia a esta familia de medicamentos.

A la vista de estas presentaciones, los expertos presentaron argumentos a favor y en contra de la simplificación del tratamiento, sin alcanzar un acuerdo sobre si esta estrategia resultaba beneficiosa o por el contrario era demasiado arriesgada.

Enlaces relacionados:

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

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's coverage of the 15th European AIDS Conference has been made possible thanks to support from the European AIDS Clinical Society (EACS), Bristol-Myers Squibb, Gilead, Merck & Co., Inc., and ViiV Healthcare.

nam aidsmap

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/>

