



Viernes, 27 de febrero de 2015

Índice

- | [Dos regímenes de tratamiento sin interferón muestran elevadas tasas de curación de la hepatitis C en personas coinfectadas por VIH](#)
- | [Los programas de promoción de la abstinencia financiados por PEPFAR no tuvieron impacto](#)
- | [La nueva formulación de tenofovir resulta igual de eficaz, pero más segura](#)
- | [Cascadas de tratamiento en los países africanos](#)
- | [No se registran casos de transmisión del VIH en un estudio con parejas gays](#)
- | [La circuncisión está reduciendo la incidencia de VIH en Uganda](#)
- | [Sondeo: Diálogo en torno al VIH](#)
- | [Apoya nuestro trabajo](#)



Dos regímenes de tratamiento sin interferón muestran elevadas tasas de curación de la hepatitis C en personas coinfectadas por VIH



David Wyles y Susanna Naggie, en su intervención en la CROI 2015. Foto: Liz Highleyman, hivandhepatitis.com.

[En la conferencia de la CROI de esta semana se presentaron los resultados de dos estudios](#)

en los que se probaron dos regímenes dobles de tratamiento sin interferón ni ribavirina, y revelaron que las tasas de curación del virus de la hepatitis C (VHC) superaron el 95% en personas coinfectadas por VIH y VHC.

El primer régimen doble consistió en sofosbuvir y ledipasvir (ambos fármacos fabricados por Gilead y coformulados en un único comprimido denominado *Harvoni*), mientras que el segundo estuvo compuesto por sofosbuvir (*Sovaldi*) y daclatasvir (*Daklinza*, fabricado por Bristol-Myers Squibb). Tanto ledipasvir como daclatasvir pertenecen a la familia de los inhibidores del complejo de replicación NS5A.

En ambos estudios, las tasas de respuesta en personas coinfectadas por VIH y VHC fueron igual de elevadas que las observadas en otros estudios en personas mono infectadas por VHC. Estos resultados suponen un respaldo a las recientes directrices de tratamiento de la hepatitis C que recomiendan que la hepatitis C se trate de igual modo con independencia de si la persona está coinfectada o no por VIH.

En el caso de sofosbuvir y ledipasvir (*Harvoni*), en el estudio abierto sin distribución aleatoria participaron 335 personas coinfectadas. En el ensayo se establecieron criterios de inclusión amplios y se contó un número mayor de pacientes difíciles de tratar (como no respondedores y personas con cirrosis hepática) que en otros estudios. Casi todas las personas tenían el genotipo 1 del VHC, más de la mitad tenían experiencia previa en tratamientos y tres cuartas partes presentaban variantes desfavorables en el gen IL28B. Todos los participantes estaban tomando tratamiento antirretroviral para el VIH y la mayor parte presentaban una carga viral indetectable.

Los voluntarios recibieron un comprimido diario durante doce semanas, para continuar con otras doce semanas de seguimiento en los que se valoró la respuesta virológica sostenida (RVS12), es decir si seguían teniendo niveles indetectables de VHC. La tasa general de RVS12 fue del 96%, una cifra similar a la registrada en personas mono infectadas. El hecho de haber tomado tratamiento con anterioridad, presentar cirrosis hepática o variantes de resistencia de la NS5A apenas supusieron diferencias en la tasa de curación.

Sin embargo, las tasas de RVS12 fueron ligeramente inferiores en los participantes de etnia negra, un detalle que no se había observado en los estudios con pacientes mono infectados. Una posible explicación de este resultado (que habría que comprobar) es la existencia de una influencia de la genética sobre la respuesta a los fármacos cuando se utiliza tanto ledipasvir como los antirretrovirales.

En el caso del estudio con sofosbuvir (*Sovaldi*) y daclatasvir (*Daklinza*), unas 151 personas coinfectadas sin experiencia en tratamiento fueron asignadas de forma aleatoria para recibir ocho o doce semanas del tratamiento doble, mientras que otras 52 personas con experiencia en tratamiento tomaron el régimen doble durante doce semanas. Prácticamente todas las personas estaban tomando tratamiento frente al VIH y presentaban una carga viral indetectable.

Aunque dos terceras partes de los participantes tenían VHC de genotipo 1a, también se incluyeron personas infectadas por otros genotipos (del 2 al 6). Una de las ventajas de daclatasvir es que presenta actividad frente a diversos genotipos del VHC, mientras que ledipasvir actúa fundamentalmente frente al genotipo 1.

Los pacientes asignados de forma aleatoria para tomar los comprimidos diarios durante ocho semanas presentaron peores resultados (RVS12: 76%), pero el ciclo de doce semanas de tratamiento funcionó bien: RVS12 del 96% en personas que no habían tomado tratamiento antes y 98% en personas con experiencia en tratamientos. Las tasas de curación fueron similares para todos los genotipos.

Los dos regímenes de tratamiento estudiados resultaron en general seguros y se toleraron bien.

Enlaces relacionados:

Puedes leer la noticia completa en aidsmap.com

Puedes ver un webcast de la presentación de Susanna Naggie

Puedes ver un webcast de la presentación de David Wyles

Los programas de promoción de la abstinencia financiados por PEPFAR no tuvieron impacto

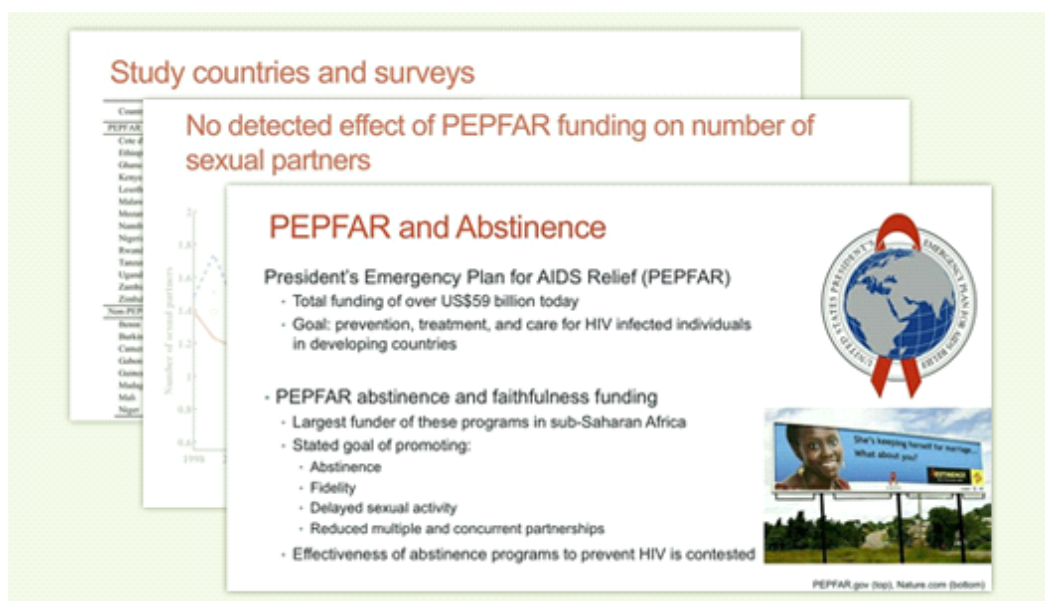


Imagen de la presentación de Nathan Lo, en la CROI 2015.

Los casi 1.300 millones de dólares gastados en programas financiados por EE UU para promocionar la abstinencia y la fidelidad en el África subsahariana no han tenido un impacto significativo sobre los cambios de conducta en catorce países de dicha región, según ha revelado un [análisis preliminar de los datos sobre conducta sexual](#).

El Plan de Emergencia del Presidente para Paliar el Sida (PEPFAR, en sus siglas en inglés) es una iniciativa puesta en marcha en 2004 con un [requerimiento del Congreso](#) para que una parte fija de los fondos de prevención del mismo se destinasen a programas de promoción de la abstinencia sexual, retraso de la actividad sexual y fidelidad a la pareja. Las intervenciones financiadas por esta iniciativa también promovían la reducción del número de parejas. Sin embargo, aunque puede haber una base epidemiológica para pensar que [el retraso del inicio de la actividad sexual y la reducción de la misma podría reducir las posibilidades de adquirir el VIH](#), especialmente en mujeres jóvenes, apenas existen pruebas de intervenciones eficaces en la consecución de estos objetivos.

El equipo de investigadores comparó las tendencias en las conductas sexuales a partir de los Sondeos Demográficos y de Salud nacionales en catorce países focales del PEPFAR y de otros ocho países africanos donde la financiación del PEPFAR no estaba determinando el contexto de las intervenciones preventivas del VIH.

Aunque se observó una tendencia a que los hombres tuvieran menos parejas sexuales en los dos bloques de países, los investigadores no pudieron detectar ningún impacto relacionado con la financiación del PEPFAR. Así, el hecho de contar con niveles más elevados de financiación en determinados países no pareció estar relacionado con diferencias en la

conducta sexual.

Enlaces relacionados:

Puedes leer la noticia completa en aidsmap.com

Puedes ver el webcast de esta presentación

La nueva formulación de tenofovir resulta igual de eficaz, pero más segura



Paul Sax, en su intervención en la CROI 2015. Foto: Liz Highleyman, hivandhepatitis.com.

Tenofovir alafenamida (TAF), una nueva formulación de este fármaco que presenta concentraciones más bajas en sangre pero alcanza niveles más elevados en las células, resulta igual de eficaz que la versión actualmente disponible, tenofovir disoproxil fumarato (TDF). Además presenta menos efectos perjudiciales sobre los riñones y huesos que el TDF.

Tenofovir disoproxil fumarato (*Viread*) es uno de los fármacos antirretrovirales más utilizados. Forma parte de combinaciones en dosis fija como *Truvada* o de los regímenes en un único comprimido *Atripla*, *Eviplera/Complera* y *Stribild*. Este fármaco tiene una elevada potencia y, en general, resulta seguro y se tolera bien, aunque puede provocar problemas renales y en los huesos en algunos pacientes.

Por su parte, TAF es un nuevo profármaco que transporta el componente activo (tenofovir difosfato) de forma más eficiente a las células infectadas por VIH. Esta formulación consigue generar unos niveles intracelulares adecuados con una dosis más baja de medicamento, lo que se traduce en menores concentraciones en el plasma sanguíneo y menor exposición al fármaco para los riñones, huesos y otros órganos y tejidos.

Aunque versiones genéricas más baratas de tenofovir disoproxil fumarato estarán disponibles pronto en muchos países occidentales, TAF será un nuevo producto exclusivo de Gilead y protegido por patentes.

Se presentaron datos para comparar la combinación en único comprimido *Stribild* (elvitegravir, cobicistat, emtricitabina y TDF) frente a una coformulación alternativa con TAF en lugar de TDF. En los estudios tomaron parte 1.700 personas sin experiencia en el uso de tratamiento en Europa, América del Norte, América Latina y Asia.

Después de 48 semanas, las dos formulaciones presentaron una eficacia igual de elevada, lo que evidencia que la coformulación con TAF es no inferior a la que incluye TDF. Las tasas de supresión de la carga viral superaron el 90% en los dos brazos del estudio, con independencia de la edad, el sexo, la etnia, el ARV del VIH-1 y los recuentos de CD4. Menos del 1% de los participantes en los dos brazos presentaron indicios de que el virus mostrará mutaciones primarias de resistencia.

Las tasas generales de efectos secundarios y acontecimientos adversos graves no variaron.

Los acontecimientos adversos relacionados con el riñón se analizaron con más detalle. En comparación con el TDF, el TAF no registró abandonos debido a acontecimientos renales adversos, mostró niveles significativamente menores de descenso en la tasa de filtración glomerular estimada y menores niveles de proteinuria, albuminuria y proteinuria tubular.

En lo que respecta a la salud ósea, TAF tuvo un impacto menos significativo sobre la densidad mineral ósea en la espalda (26% de participantes perdió al menos el 3%, frente al 45% en el grupo que tomaba TDF) y en la cadera (el 17% de los participantes perdió al menos el 3%, frente al 50% en el grupo de TDF).

La coformulación aquí estudiada ha sido presentada a las agencias reguladoras en EE UU y Europa para su aprobación.

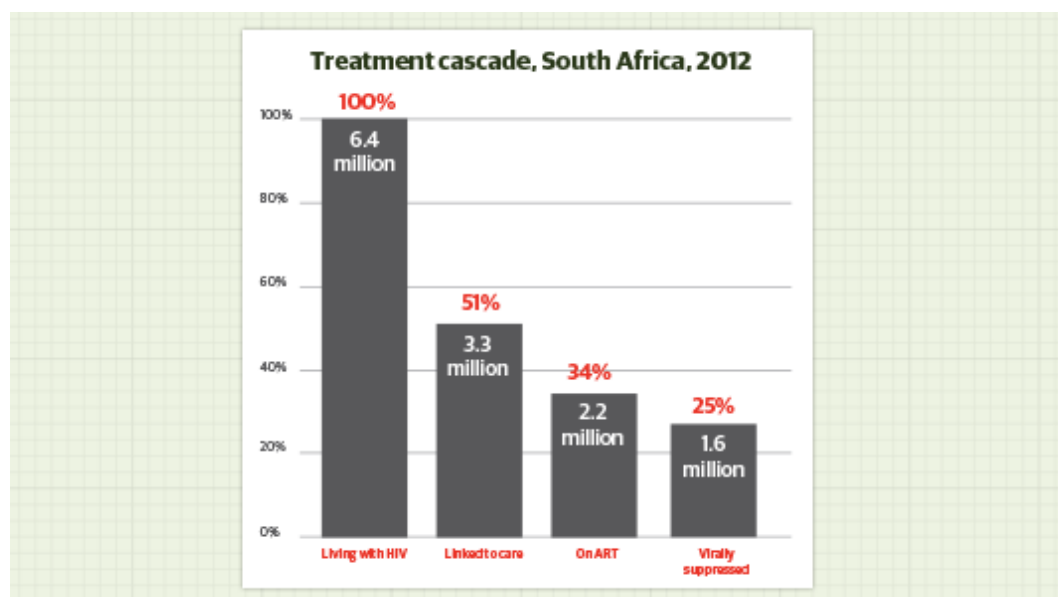
Gilead está desarrollando también una coformulación de TAF y emtricitabina para reemplazar a *Truvada*. Esta nueva versión también puede ser considerada para su uso como profilaxis preexposición (PPrE).

Enlaces relacionados:

Puedes leer la noticia completa en aidsmap.com

Puedes ver un webcast de esta presentación

Cascadas de tratamiento en los países africanos



Sudáfrica cuenta con el mayor programa de tratamiento antirretroviral del mundo, pero un análisis de su cascada de tratamiento evidencia que es necesario poner más énfasis en

mejorar las tasas de retención en la atención médica, especialmente en el caso de hombres y jóvenes. Esto permitiría al país maximizar el beneficio preventivo del tratamiento antirretroviral.

De los 2,5 millones de *hombres* que viven con VIH en Sudáfrica, sólo el 39% están vinculados a la atención médica, el 27% está tomando tratamiento antirretroviral y el 19% tienen una carga viral indetectable.

De los 3,9 millones de mujeres que viven con VIH, el 58% están vinculadas a la atención médica, el 38% están tomando tratamiento antirretroviral y el 28% tienen una carga viral indetectable.

Las personas jóvenes de entre 15 y 24 años tienen muchas menos probabilidades de tomar tratamiento y mantener una carga viral indetectable que los adultos de mayor edad, a pesar de las tasas similares de retención en los servicios de atención médica.



David Maman, en su intervención en la CROI 2015. Foto: Liz Highleyman, hivandhepatitis.com.

Un segundo estudio, realizado a partir de los datos procedentes de tres comunidades en Kenia, Malawi y Sudáfrica, sugiere que para maximizar los efectos preventivos, los esfuerzos para ampliar la cobertura del tratamiento tienen que centrarse en aquellas personas con carga viral más elevada, principalmente personas que ya son elegibles para recibir el tratamiento según las directrices actuales.

Aproximadamente 19.000 personas tomaron parte en sondeos realizados a domicilio y algo más de 4.000 dieron positivo al VIH. La mayor parte de estas personas que dieron positivo eran elegibles para recibir el tratamiento de acuerdo con las directrices nacionales, aunque hubo diferencias de un país a otro debido a los distintos criterios de inclusión (60% en Kenia, 69% en Sudáfrica y 80% en Malawi).

El equipo de investigadores se centró en las cargas virales de las personas que no tomaban tratamiento frente al VIH. Menos de la cuarta parte de las personas sin tratar con un recuento de CD4 entre 500 y 700 células/mm³ tenían una carga viral muy elevada (por encima de 100.000 copias/mL), un factor relacionado con un riesgo muy elevado de transmisión del virus.

Por el contrario, más de la mitad de las personas sin tratar con un recuento de CD4 inferior a 350 células/mm³ tenían ese nivel tan elevado de carga viral.

Esto sugiere que para conseguir el máximo beneficio preventivo del tratamiento, los esfuerzos para aumentar su cobertura tienen que centrarse en las personas que ya son elegibles para recibir la terapia antirretroviral según las directrices actuales. Esto tendría un impacto más profundo que aumentar el umbral de CD4 a partir del cual las personas deberían iniciar el tratamiento.

De todos modos, **un estudio presentado el día anterior en la CROI** evidenció que existen beneficios para la salud personal por el hecho de iniciar tratamiento con un recuento de CD4 superior a 500 células/mm³ en entornos con pocos recursos.

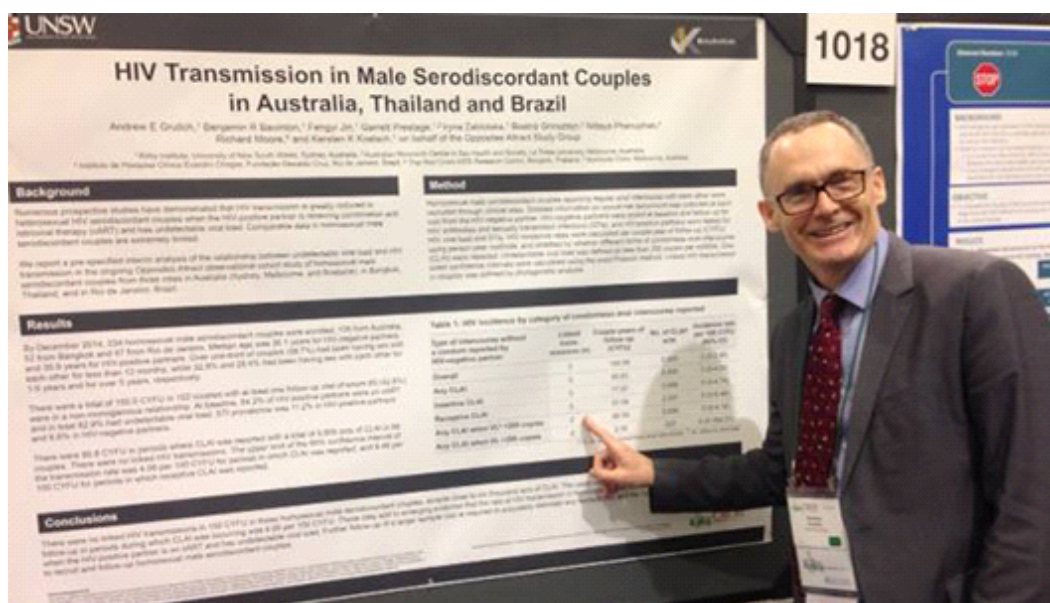
Enlaces relacionados:

Puedes leer la noticia completa en aidsmap.com

Puedes ver un webcast de la presentación del estudio de Sudáfrica

Puedes ver un webcast de la presentación del sondeo realizado en los tres países

No se registran casos de transmisión del VIH en un estudio con parejas gays



Andrew Grulich, en la CROI 2015. Imagen perteneciente a The Kirby Institute (<http://kirby.unsw.edu.au>).

Un primer análisis del estudio australiano con parejas de hombres gays serodiscordantes al VIH (es decir, donde un miembro de la pareja tiene el virus y el otro no) no ha detectado hasta la fecha ningún caso de transmisión del VIH dentro de la pareja. Estos datos observacionales del estudio Opposites Attract coinciden en el análisis provisional del estudio de mayor tamaño PARTNER, que fue **hecho público en la edición del año pasado de la CROI**. En el ensayo PARTNER no se detectó ningún caso de transmisión tras 16.400 episodios de sexo anal (incluyendo los realizados con preservativo) en hombres gays.

La inscripción en el nuevo estudio comenzó a finales de 2013 en tres ciudades australianas (Sídney, Melbourne y Brisbane) y ahora también incluye Bangkok en Tailandia y Río de Janeiro en Brasil. La mayor parte de las personas con VIH están tomando tratamiento y tienen una carga viral indetectable.

Durante el primer año del estudio se recogieron datos de 152 parejas. Se registró un total de 5.905 episodios de relaciones anales y, hasta la fecha, en el estudio no se ha observado ningún caso de transmisión dentro de la pareja.

Debido al relativamente pequeño número de personas inscritas hasta ahora, existen algunas incertidumbres respecto a estos hallazgos. Aunque no se ha producido ninguna transmisión, esto no significa necesariamente que el riesgo de transmisión sea nulo. El equipo de investigadores ha calculado que, en esta población, la cifra probable más elevada para el riesgo de transmisión durante una relación sexual anal sin preservativo con una pareja con VIH (con independencia de la carga viral) es del 4%. La cifra probable más elevada cuando la pareja

sin VIH es el miembro receptivo (pasivo) en la relación anal es del 7%.

Sin embargo, al igual que en el estudio PARTNER, es probable que estas estimaciones se aproximen a cero a medida que se acumulan más datos.

Enlace relacionado:

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

La circuncisión está reduciendo la incidencia de VIH en Uganda

El despliegue de las intervenciones para realizar la circuncisión médica en el distrito rural de Rakai (Uganda) está teniendo un impacto notable sobre las tasas de nuevas infecciones por VIH en hombres. Los datos proceden de uno de los lugares donde se realizó un ensayo de distribución aleatoria con control para probar la circuncisión y refleja que esta intervención puede resultar eficaz más allá del entorno de un ensayo.

La proporción de hombres no musulmanes circuncidados paso del 9% en 2007 (en el momento de iniciarse el ensayo de distribución aleatoria) a un 26% en 2011. Después de ajustar para tener en cuenta otros factores que pudieran influir en la transmisión del VIH (como la mayor cobertura de la terapia antirretroviral), se determinó que cada aumento del 10% en las tasas de circuncisión estuvo relacionado con una reducción del 12% en la incidencia de VIH en hombres.

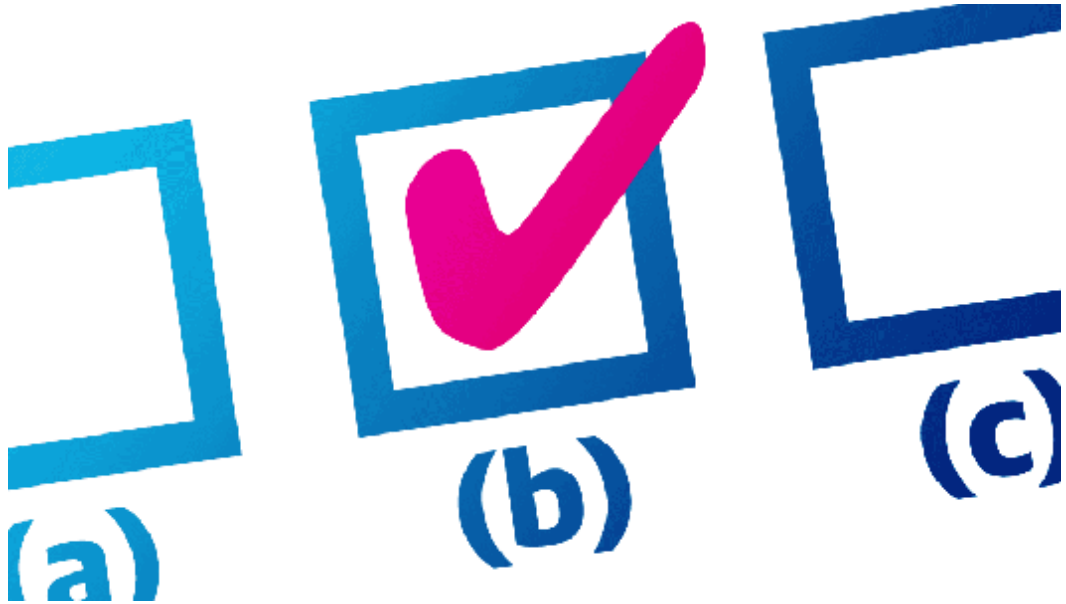
Sin embargo, hasta la fecha la incidencia de VIH en mujeres no ha descendido.

Enlaces relacionados:

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

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

Sondeo: Diálogo en torno al VIH



¿Trabajas en la atención médica **en Europa**, vives con VIH, o ambas cosas? Por favor, ayudarnos a entender cuál es la comunicación entre los profesionales sanitarios y las personas que viven con VIH en Europa.

Estamos realizando dos sondeos online anónimos, uno para **personas que viven con VIH** y otro para **profesionales sanitarios**. Ambos sondeos están disponibles en inglés, francés, italiano, portugués, ruso y español.

Estas encuestas pretenden determinar qué sucede en las citas médicas del VIH, como por ejemplo cuál es el tipo de temas a los que dan prioridad tanto los pacientes como los profesionales sanitarios.

Si sientes que encajas en el perfil de uno de estos sondeos, agradeceríamos tu ayuda.

Enlaces interrelacionados:

[Puedes tomar parte en el sondeo online para profesionales sanitarios en Europa](#)

[Puedes tomar parte en el sondeo online para personas que viven con VIH en Europa](#)

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/>