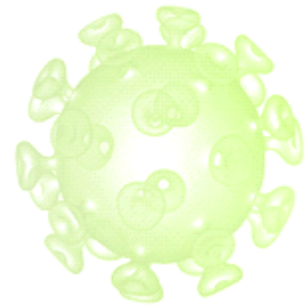


CROI 2017

Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas

Seattle (EE UU), 13-16 de febrero de 2017



Viernes, 17 de febrero de 2017

Índice

- | [Una vacuna española induce un control viral sin tratamiento en casi el 40% de las personas inoculadas](#)
- | [Un caso único de fracaso de la PrEP sin resistencia a fármacos](#)
- | [El 'tratamiento como prevención de la hepatitis C' reduce a la mitad el número de nuevas infecciones](#)
- | [Fumar, cáncer y ataques cardíacos](#)
- | [Buenos resultados de un régimen triple contra la tuberculosis XDR](#)
- | [¿Cómo deberían proporcionarse los servicios del autotest del VIH?](#)
- | [Tabla de fármacos antirretrovirales](#)
- | [Apoya nuestro trabajo](#)



Una vacuna española induce un control viral sin tratamiento en casi el 40% de las personas inoculadas



Una vacuna denominada 'HIV Conserv' ha proporcionado por primera vez un control de la carga viral de forma significativamente prolongada en una gran minoría de personas inoculadas tras haber interrumpido la terapia antirretroviral. Hasta la fecha, un participante ha estado sin tratamiento durante siete meses sin que haya necesitado volver a iniciarlo, según se afirmó ayer en la Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas (CROI 2017) que se celebró en la ciudad de Seattle (EE UU).

A pesar de que en varios ensayos de vacunas realizados con monos se ha observado un control a largo plazo de la carga viral, se trata del primer estudio en seres humanos en que se registra dicho efecto.

Las vacunas *HIV Conserv* contienen antígenos seleccionados (secuencias de proteínas o genes capaces de inducir una respuesta inmunitaria) del VIH que tienen un elevado grado de conservación, de ahí su nombre en inglés. "Elevado grado de conservación" en este ámbito se refiere a que son las partes del VIH que el virus menos se puede permitir cambiar y que, por tanto, apenas varían de una cepa viral a otra.

Por tanto, la vacuna está formada por secciones proteicas de diferentes cepas de VIH unidas entre sí para que generen una respuesta inmunitaria frente al VIH de modo que el virus tendrá problemas para poder "escapar" de ella. El VIH no puede permitirse generar mutaciones para eludir esta respuesta inmunitaria del organismo, porque al hacerlo se debilitaría.

Esto significa que la vacuna 'dirige' la respuesta frente al VIH de las células T CD8 para que se haga más potente y más eficiente, gracias a que el organismo ya no genera respuestas fácilmente eludibles por el virus.

En el estudio BCN02, cuyos resultados se presentaron en la conferencia, 15 personas recibieron la vacuna a las semanas cero y nueve. Las personas participantes también recibieron tres dosis de romidepsina, un fármaco que estimula a células latentes infectadas para que vuelvan a producir el VIH. Se esperaba que estos repuntes de producción de virus sirvieran para reforzar las respuestas inmunitarias inducidas por la vacuna.

El tratamiento antirretroviral se interrumpió a la semana 17 en lo que se denominó Pausa Antirretroviral Monitorizada (PAM). Está previsto que en caso de observarse un rebote de la carga viral, se volverían a administrar los antirretrovirales. Hasta la fecha, 13 personas han interrumpido el tratamiento.

Ocho personas experimentaron rápidamente un rebote de la carga viral, pero cinco personas han conseguido controlar el VIH manteniéndolo en niveles muy bajos durante un periodo de tiempo que va de las 6 a las 28 semanas.

"Los resultados de este estudio son emocionantes porque se trata de la primera vez que se demuestra un control post-tratamiento, es decir que el virus sigue presente pero [la carga viral] no rebota tras interrumpir la terapia antirretroviral", afirmó Sharon Lewin, directora del Instituto Peter Doherty para la Infección y la Inmunidad, en la Universidad de Melbourne (Australia). "Sin embargo, también debemos de ser cautos, ya que no había un grupo de control y desconocemos qué parte de la intervención fue la más relevante".

Enlaces relacionados:

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

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

[Puedes visitar la sección dedicada a la conferencia en el sitio web de \[aidsmap.com\]\(http://aidsmap.com\)](#)

Un caso único de fracaso de la PrEP sin resistencia a fármacos



Elske Hoornenborg and Godelieve de Bree en la CROI 2017. Foto: Gus Cairns, aidsmap.com

[Un hombre que participaba en un proyecto de demostración de la profilaxis preexposición \(PrEP\) en Ámsterdam \(Países Bajos\) se ha infectado por el VIH a pesar de mantener un buen nivel de adherencia a la profilaxis y de presentar unos elevados niveles de fármaco en sangre.](#) Una diferencia importante con el puñado de casos de fracaso de la PrEP detectados anteriormente es que en esta ocasión la infección no puede explicarse por haber iniciado la PrEP durante la fase de infección aguda ni por haberse expuesto a cepas resistentes del VIH.

Entre las decenas de miles de casos en los que la PrEP previno la infección por el VIH, se han producido unos pocos incidentes de personas que sí se infectaron por el virus. Precisamente el caso de este tipo más documentado [fue presentado en la edición del pasado año de la CROI](#).

Este nuevo caso afecta a un hombre que dio un resultado negativo en la prueba del VIH a los meses uno, tres y seis tras el inicio de la PrEP. Los resultados de la prueba de gota de sangre seca (que constituye una buena medida del grado de adherencia en el último mes) apuntaron a

que el nivel de adherencia de este hombre era excelente.

Aproximadamente 8 meses después de iniciar la PrEP, el participante del ensayo acudió a la clínica quejándose de que tenía fiebre, problemas para orinar y con inflamación de la uretra. Ese día dio positivo en la prueba del VIH. Las pruebas de resistencia evidenciaron que su virus no presentaba ninguna mutación de resistencia, ni siquiera alguna minoritaria.

El equipo médico afirmó que se trataba del primer caso de infección por el VIH-1 de tipo salvaje en una persona que presentaba unos niveles intracelulares documentados de tenofovir difosfato considerados como protectores frente a la infección. Se trata de la primera prueba que sugiere que en raras ocasiones la PrEP puede no funcionar frente al VIH no resistente a fármacos.

Algunos aspectos de este caso resultan intrigantes. El hombre presentaba un patrón atípico de seroconversión, debido posiblemente a una respuesta inmunitaria anómala con la PrEP. Cuando dio positivo a los anticuerpos del VIH por primera vez, las pruebas realizadas no detectaron antígeno p24, ARN celular ni ADN integrado ni en las células sanguíneas ni en los tejidos del recto.

El hombre había practicado sexo sin preservativo con mucha frecuencia, lo que podría significar que se vio expuesto de forma reiterada al VIH y que sufrió daños en la mucosa rectal. En promedio, había practicado sexo sin protección unas 16 veces al mes con una media de 3,7 parejas en cada uno de esos días.

El equipo de investigadores tiene varias hipótesis sobre los posibles mecanismos que explicarían este caso extremadamente raro de infección a pesar de la PrEP, pero destaca que, en este momento, cualquier explicación es una mera especulación.

Enlaces relacionados:

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

[Puedes descargar el póster del sitio web de la conferencia](#)

El ‘tratamiento como prevención de la hepatitis C’ reduce a la mitad el número de nuevas infecciones



Victor Virlogeux y Bart Rijnders en la CROI 2017. Foto: Liz Highleyman, hivandhepatitis.com

Un año después de que en los Países Bajos se pusiera en práctica una política que permitía un acceso sin restricciones a los antivirales de acción directa (DAA) para el tratamiento del virus de la hepatitis C (VHC), [ya se aprecia un descenso drástico en el número de nuevas infecciones agudas por este virus entre la población de hombres que practican sexo con hombres \(HSH\) que viven con el VIH.](#)

Los nuevos DAA hacen que el tratamiento de la hepatitis C sea más rápido, sencillo y mucho más eficaz. El tratar de forma temprana a todas las personas con la infección por hepatitis C, especialmente a aquellas que se encuentran en una situación de mayor riesgo de transmitir la infección a terceras personas, podría reducir las tasas de incidencia. Sin embargo, en muchos países el acceso a estos nuevos fármacos se ha visto limitado debido a su elevado coste.

Desde noviembre de 2015, a todas las personas coinfectadas por el VIH y hepatitis C en Países Bajos se les podía prescribir DAA, con independencia de su estado de fibrosis hepática. Su uso se generalizó con rapidez, especialmente en personas que no tenían daños importantes en el hígado y a los que con anterioridad se les habría negado el tratamiento.

El estudio examinó a 2.422 personas que participaban en la cohorte holandesa ATHENA, compuesta por personas con el VIH coinfectadas por el VHC.

A enero de 2017, el 82% había iniciado ya el tratamiento y el 70% estaban curados de la infección o seguían tomando terapia. Entre las personas tratadas con DAA, la tasa de respuesta virológica sostenida fue muy elevada (98%).

Aproximadamente tres cuartas partes (76%) de los HSH se habían curado o seguían en tratamiento, frente al 45% de otros grupos de población como mujeres o personas con historial previo de consumo de drogas inyectables. El tratamiento se dirigió especialmente a los HSH en un esfuerzo por interrumpir las redes de transmisión y los hombres se mostraron dispuestos a curarse lo antes posible por este motivo.

En otra cohorte de HSH con el VIH, se identificaron 93 casos de hepatitis C aguda en 2014, y sólo 49 en 2016. La tasa de incidencia anual fue del 1,1% en 2014 y del 0,5% en 2016, lo que supone un descenso significativo del 51%.

Este descenso en la incidencia de hepatitis C se produjo al mismo tiempo en que se observó un aumento notable de los casos de sífilis y de un mayor uso de drogas en un entorno sexual, lo que sugiere que el descenso en las infecciones por hepatitis no se puede atribuir a cambios en las conductas sexuales de riesgo.

Francia es otro país que ofrece un acceso sin restricciones a los DAA, aunque su uso no está tan generalizado. Un modelo matemático presentado en la conferencia examinó el impacto potencial que tendrían los distintos niveles de cobertura de tratamiento en Francia.

En el enero de 2016, aproximadamente 7.200 personas con el VIH tenían una coinfección activa por el VHC y estaban recibiendo atención médica. Suponiendo que la cobertura del tratamiento de la hepatitis C se mantuviera en su nivel actual del 30% anual, el modelo predijo que la prevalencia total de esta infección disminuiría del 5,1% al 1,1% en 2026, lo que supondría unas 2.000 personas coinfectadas. El aumento de la cobertura a un 70% reduciría esta cifra a menos de 1.000 personas.

El descenso se observaría en la mayoría de los subgrupos de población, incluyendo los HSH en situación de menor riesgo. Sin embargo, considerando las elevadas tasas de infección aguda y de reinfección, sería necesario implementar unas tasas más elevadas de cobertura del tratamiento para los HSH en situación de mayor riesgo. Para erradicar la hepatitis C en esta población también sería necesario llevar a cabo intervenciones conductuales, cribados periódicos (incluyendo a las personas tratadas con anterioridad) y llegar a las personas no diagnosticadas para poder derivarlas a la atención médica.

Un equipo de investigadores de EE UU puso de relieve el contraste existente entre los ejemplos europeos de descenso de la incidencia y la situación en los otros países donde el acceso al tratamiento aún está muy restringido y la incidencia crece.

Enlaces relacionados:

Puedes leer la noticia completa en aidsmap.com

Puedes ver el webcast en el sitio web de la conferencia

Fumar, cáncer y ataques cardíacos



Leah Shepherd en la CROI 2017. Foto: Liz Highleyman, hivandhepatitis.com

Dejar de fumar ofrece grandes beneficios a las personas que viven con el VIH, según se afirmó en la conferencia. Apenas un año después de dejar el hábito, la incidencia de un abanico de diferentes tipos de cáncer relacionados con el tabaco descienden de forma significativa, aunque el riesgo de sufrir cáncer de pulmón persiste. Además, fumar probablemente contribuye mucho más al riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular en las personas con el VIH que la carga viral, el régimen antirretroviral elegido o cualquier otro factor relacionado con el virus.

El tabaquismo es más habitual en personas con el VIH que entre la población general. Aproximadamente el 17% de la población general de EE UU fuma frente al 40% de las personas que viven con el VIH. Las cifras comparativas para el Reino Unido son del 19 y 29%, de forma respectiva, y las personas con el VIH son especialmente propensas a ser fumadoras empedernidas.

En un análisis realizado en la cohorte de gran tamaño D:A:D se incluyeron los datos sobre cambios en el hábito de fumar en los participantes que recibieron seguimiento durante una mediana de nueve años. Durante ese tiempo, se diagnosticaron 1.980 casos de cáncer en 35.424 participantes, incluyendo 242 casos de cáncer de pulmón y 487 de otros cánceres reconocidos como vinculados al tabaco (como el de cabeza y cuello, de esófago, de estómago, de páncreas, de riñón y vías urinarias, de ovarios y de hígado).

La incidencia de cualquier tipo de cáncer relacionado con el tabaco (excluyendo el cáncer de pulmón) descendió de forma notable un año después de abandonar el hábito y, posteriormente, la incidencia fue similar a la que presentaban las personas que nunca habían fumado.

Por otro lado, la incidencia de cáncer de pulmón siguió siendo como mínimo 8 veces superior entre los exfumadores, en comparación con las personas que nunca habían fumado, transcurridos cinco años después de dejar de fumar. Este hallazgo contrasta con los observados en estudios con personas sin el VIH, donde cinco años después del abandono del hábito se empezó a hacer evidente la reducción del riesgo de sufrir cáncer de pulmón.

Un segundo estudio analizó la contribución de diversos factores de riesgo en la posibilidad de sufrir un ataque al corazón en las personas que participaban en el estudio de cohortes norteamericanas NA-ACCORD. A lo largo de una mediana de tres años y medio se produjeron 347 ataques al corazón en 29.515 personas.

- | Si todas dejaran de fumar, se evitaría el 38% de todos los ataques al corazón.
- | Si todas tuvieran un nivel normal de colesterol, se evitaría el 43% de todos los ataques al corazón.
- | Si todas tuvieran una presión arterial normal, se evitaría el 41% de todos los ataques al corazón.

Por comparación, la modificación de los factores de riesgo relacionados con el VIH (un recuento bajo de células CD4, el no tener una carga viral indetectable, tener un diagnóstico de sida o presentar una coinfección por hepatitis C) tendría un efecto muy inferior sobre el número total de ataques al corazón.

Los estudios sugieren que existe la necesidad de poner un énfasis mucho mayor en la importancia de que las personas con el VIH dejen de fumar, así como de dar más relevancia al manejo de los niveles de colesterol y de la presión arterial elevada. Esto supondrá contar con una mayor implicación por parte de los médicos de atención primaria y de los servicios de atención médica no específicos del VIH.

Enlaces relacionados:

Puedes leer la noticia completa en aidsmap.com

Puedes ver el webcast en el sitio web de la conferencia

Buenos resultados de un régimen triple contra la tuberculosis XDR



Paciente del estudio Nix-TB en la zona de espera del Hospital del Tórax Brooklyn en Ciudad del Cabo (Sudáfrica) / Créditos: John-Michael Maas para TB Alliance

Un régimen compuesto por tres fármacos orales administrados durante un periodo de seis meses fue suficiente para aclarar la tuberculosis extremadamente resistente a fármacos (XDR) en 29 de las primeras 31 personas en completar el ciclo de tratamiento, según se informó esta semana en la CROI. Si se consiguen replicar los resultados en un estudio de mayor tamaño, este hallazgo podría revolucionar las perspectivas del tratamiento de la tuberculosis XDR y los casos graves de tuberculosis multirresistente a fármacos (MDR).

La tuberculosis XDR es un problema cada vez mayor en países que sufren una carga elevada de tuberculosis MDR, como es el caso de Sudáfrica. El tratamiento actual de tuberculosis XDR precisa de un régimen de seis fármacos (incluyendo una fase de seis meses de tratamiento con fármacos inyectables) y otros 12-18 meses de terapia con cinco fármacos. Algunos de los medicamentos utilizados presentan un perfil grave de efectos secundarios y la tasa de curación conseguida es sorprendentemente baja: apenas el 11% de las personas sudafricanas quedan curadas cinco años después de comenzar el tratamiento, mientras que el 73% fallece.

En el estudio NIX-TB se prueba un régimen triple que consiste en bedaquilina (*Sirturo*, el primer nuevo fármaco antituberculoso aprobado en 40 años), linezolid (un antibiótico de bajo coste) y pretomanida (PA-824) un antituberculoso experimental que está desarrollando [TB Alliance](#).

En la CROI se han presentado los resultados preliminares de los primeros participantes. Treinta y una personas han completado el tratamiento en Sudáfrica y han recibido seguimiento durante 6 meses tras finalizar el tratamiento. El criterio de medición principal del estudio es la incidencia de fracaso bacteriológico, recidiva o fracaso clínico en esta fase. Sólo dos personas alcanzaron este criterio (una persona se re infectó por una cepa de tuberculosis susceptible a fármacos, mientras que la otra parece haber sufrido un recidiva de la tuberculosis XDR).

En otro estudio se empleó el análisis genético para demostrar que la migración y los desplazamientos desempeñan un papel importante en la propagación de la tuberculosis XDR en KwaZulu-Natal, la provincia más gravemente afectada de Sudáfrica. Se consideraba que la transmisión de la tuberculosis XDR se concentraba en los hogares, pero el análisis reveló que la mediana de la distancia geográfica entre los pares de infecciones de tuberculosis XDR vinculadas genéticamente fue de 111 km. Cuatro de cada cinco personas de los pares de infecciones genéticamente vinculadas vivían en diferentes distritos de la provincia.

Enlaces relacionados:

Puedes leer la noticia completa en aidsmap.com

Puedes ver el webcast en el sitio web de la conferencia

¿Cómo deberían proporcionarse los servicios del autotest del VIH?



Pitchaya Indravudh en la CROI 2017. Crédito de la foto: Robb Cohen Photography & Video.

El mejor modo de implementar el autotest del VIH, la forma más apropiada de ofrecer los servicios de autodiagnóstico o las mejores maneras de asegurar la derivación a la atención médica son cuestiones que permanecen sin una respuesta concluyente, pero [en la conferencia se presentaron estudios realizados en Malawi y EE UU en donde se abordan estos temas](#).

Con el fin de obtener datos para el diseño de estos servicios en Malawi, se emplearon experimentos de elección discreta para determinar el grado de preferencia de las personas respecto a diversos aspectos de la prestación de servicios. La opción preferida fue la provisión en el domicilio de kits de autotest por parte de voluntarios no médicos. Incluso un precio tan reducido como 0,10 dólares podría disuadir a las personas de someterse a una prueba. Los participantes en el experimento esperaban algo más que un folleto de apoyo tras la prueba y afirmaron que les gustaría poder realizar la derivación a una atención de seguimiento en el hogar.

Se observaron problemas a la hora de entender las instrucciones ilustradas proporcionadas con los kits de autotest, pero los investigadores comprobaron que a los participantes les resultó aceptable una demostración en persona antes de realizarse la prueba y esto permitió a las personas realizarse la prueba de forma precisa.

En la ciudad de Nueva York (EE UU), la distribución gratuita de kits de autotest entre la población de HSH empleando aplicaciones para el móvil y sitios web de citas resultó una forma viable y aceptable de llegar a una amplia variedad de participantes, entre ellos muchos que no se habían realizado la prueba recientemente. Sin embargo, hay que señalar que se identificaron relativamente pocos nuevos casos de VIH.

Un estudio piloto que se lleva a cabo en EE UU está probando un kit de realización de la prueba equipado con sensores que detectan cuándo se abre el dispositivo. Un *counselor* puede llamar entonces a la persona por teléfono para ofrecer apoyo y derivarla a la atención médica en caso necesario.

Enlaces relacionados:

Puedes leer la noticia completa en aidsmap.com

Puedes ver el webcast en el sitio web de la conferencia

Tabla de fármacos antirretrovirales



The image shows a detailed 'Antiretroviral drug chart' from NAM (Network for Antiretroviral Medicines). The chart is organized into columns: Drug Name, Formulation, Dose, Side Effects, and Restrictions. It lists numerous antiretroviral drugs, including Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTIs), Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTIs), Protease Inhibitors (PIs), and Integrase Inhibitors (INSTIs). Each drug entry includes a small image of the pill or capsule, its specific formulation (e.g., tablet, capsule, syrup), the recommended dose, a list of common side effects, and any specific restrictions or contraindications. The chart is presented in a clear, tabular format with a teal header and footer.

La *tabla de fármacos antirretrovirales* de NAM es una guía de una página que contiene referencias a todos los fármacos antirretrovirales aprobados en la Unión Europea. Incluye información sobre formulación, dosis, principales efectos secundarios y restricciones alimentarias.

La tabla de fármacos ha sido actualizada en septiembre de 2016 y está disponible para consultar o descargarla en aidsmap.com. La edición previa de esta tabla de fármacos puede descargarse en francés, español, portugués y ruso.

Enlaces relacionados:

Puedes consultar o descargar (como PDF) la tabla de fármacos de 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 CROI 2017 has been made possible thanks to support from Janssen and ViiV Healthcare.



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/>