



II Congreso Nacional de SIDA. Salta - Argentina. 26 al 29 de Agosto de 2009

Área Clínica

Diego Cecchini, Brenda Gilmore, Patricia Maldonado, Javier Toibaro.
Coordinadora: Gabriela Bugarin, gabybugarin@yahoo.com.ar

Resistencia a drogas antirretrovirales

Durante el II Congreso Nacional de SIDA se actualizaron los datos sobre la prevalencia de resistencia genotípica a drogas antirretrovirales en diferentes escenarios clínicos. En la cohorte del Grupo Argentino de Seroconversión se encontró una prevalencia global de mutaciones asociadas a resistencia (MARs) del 4% (4/40), proporción comparable a comunicaciones previas. Las mutaciones más frecuentemente encontradas correspondieron a inhibidores no nucleosídicos de la transcriptasa inversa (INNTR). Los autores concluyen que se requiere una continua vigilancia epidemiológica con mayor número de pacientes (Patterson P y col., *poster* N° 23310).

Otro grupo de trabajo presentó la prevalencia de MARs en individuos HIV positivos de reciente diagnóstico (población *naïve*), correspondiente a la población de un centro de testeo voluntario de Buenos Aires. Se compararon dos períodos: 2003-2005 (n=283) vs. 2006-2008 (n=215), observándose un incremento en la frecuencia de MARs del 3,9 al 8,8% entre ambos períodos (p=0,02). Las drogas más frecuentemente comprometidas fueron los INNTR y los inhibidores nucleosídicos de la transcriptasa inversa (INTR) (Rubio y col., *poster* N° 25362).

Un estudio piloto colaborativo entre la Unidad de Virología del Hospital F. Muñiz y el Grupo de Prevención de la Transmisión Vertical del HIV del Hospital C. Argerich, GCABA evaluó la presencia de MARs en pacientes embarazadas (n=22). Se encontró una frecuencia global del 27,6% (20% en población *naïve* y 30% en experimentadas). Los autores sugieren continuar estudios pilotos de vigilancia de resistencia en esta población (Zapiola I y col., *presentación oral* N° 25296).

En el escenario clínico de los adolescentes experimentados en fallo/multifallo dos equipos de investigadores presentaron tasas de resistencia del 100%. Esto ocurre en el contexto de enfermedad clínica avanzada y prolongada historia de tratamiento antirretroviral (Arazi Caillaud S y col., *poster* N° 25427; Lencina M y col., *poster* N° 25285).

La prevalencia de resistencia en población pediátrica *naïve* y experimentada fue desarrollada, destacándose estudios nacionales que describieron una frecuencia del 8% en niños *naïve* de <1-14 años y de 73% en el primer fallo (Vignoles M, mesa redonda 1). Resultados presentados en esta conferencia sobre pacientes experimentados confirman estos datos. En pacientes pediátricos en fallo/multifallo la prevalencia aproximada de MARs fue 80-90% (Aulicino P y col., *poster* N° 25282; Barbas G, *poster* N° 25399). Una síntesis de los trabajos sobre resistencia destacados se presenta en la Tabla 1.

Transmisión Vertical, Pediatria - Adolescencia

Se presentaron datos actualizados sobre la prevalencia de transmisión madre-hijo: 6,3% (n = 171) en áreas del conurbano bonaerense en 2008 (Kairiyama C y col., *poster* N° 25130); 6% (n=1623) en GCABA, período 2003-2008 (Portnoy F y col., *poster* N° 25257); 2,7% (n=191) en Quilmes, período 2002-2008 (Cañete G y col., *poster* N° 25175); 3% en un estudio multicéntrico de hospitales de CABA-Rosario (n=1833) período <2000-2008 (Terrones C, *poster* N° 25373). Los factores asociados a TV identificados fueron: diagnóstico de

Tabla 1. Resistencia en diferentes escenarios clínicos: actualizaciones del II CNS, 2009.

Grupo estudiado	N	Resistencia %	Mutaciones asociadas a resistencia prevalentes
Seroconvertidores ⁽¹⁾	40	10	K103N, M184V, M41L, P225H
Reciente diagnóstico ⁽²⁾	283	3,9	K103N, M184V, M41L
2003 2005	215	8,8	
Embarazadas ⁽³⁾	10	20	G190A, TAMs, M46L,
Naïve	12	30	L24I, I54V, V82A, K103N,
Experimentadas			Y181C, L90M, G73S, M46I, M41L, T2Q5S, F77L
Adolescentes (fallo/multifallo)	14 ⁽⁴⁾ - 19 ⁽⁵⁾	100 ^(4, 5)	TAMs, K103N, M184V
Pediátricos	113	8	M184V, K103N, G190A,
Naïve (<1-14 años) ⁽⁶⁾	38 ⁽⁷⁾ - 71 ⁽⁸⁾	81 ⁽⁷⁾ - 90 ⁽⁸⁾	Y181C, L74V, M41L, T215YIS, M46L, L90M
Experimentados (fallo/multifallo) ^(7,8)			M184V, K103N, 118I, TAMs, D30N, M46I, V82A

TAMs: mutaciones asociadas a timidínicos.

1. Patterson P. y col., poster N° 25310; 2. Rubio A. y col., poster N° 25362; 3. Zapiola y col., Oral 25296; 4. Arazi Caillaud S. y col., poster N° 25427; 5. Lencina M. y col., poster N° 25285; 6. Vignoles M, MR 1; 7. Barbas G. y col., poster N° 25399; 8. Aulicino p y col., poster N° 25282.

infección tardía, ausencia de profilaxis prenatal, parto diferente a cesárea electiva y bajo nivel de instrucción materno (Portnoy F y col., poster N° 25257).

Un modelo de intervención operativa, consistente en articulación entre programas centrales y servicios locales, en Río Negro logró un incremento en el número de pruebas de HIV por embarazo y aumento del tamizaje de la pareja masculina del 3,6% al 25% en 2 años (Perotti G y col., poster N° 25185). Otro grupo de trabajo presentó resultados sobre reproducción asistida en parejas serodiscordantes (hombre positivo, mujer negativa): con abordaje interdisciplinario se obtuvo cero transmisión vertical y heterosexual de HIV con una frecuencia de embarazo comparable a la población seronegativa (García F y col., presentación oral N° 25422).

La problemática de la primera generación de adolescentes con HIV adquirido por transmisión perinatal fue planteada destacándose la elevada frecuencia de mala adherencia y dificultades psicosociales. Esto conlleva la necesidad de un abordaje interdisciplinario y definir estrategias de transición a hospitales de adultos (Bologna R, mesa redonda 10).

Infección Primaria

Durante el congreso se destacaron los puntos relevantes relacionados a la infección aguda por HIV. En este escenario, ocurre una diseminación viral temprana en el todo el organismo, los linfocitos T CD4+ del tracto

gastrointestinal son tempranamente infectados, con la aparición de enteropatía y aumento de la permeabilidad de la mucosa. Esto se relaciona con el fenómeno de hiperactivación inmune y un mayor descenso de linfocitos T CD4. Los pacientes con primoinfección sintomática tienen mayor riesgo de progresión clínica. Asimismo, se destacó que el riesgo de transmisión es 20 a 500 veces mayor durante esta etapa (Mallolas J, mesa redonda 5). Con respecto a la indicación de tratamiento durante la primoinfección se discutieron los argumentos a favor y en contra de dicho tratamiento. Sus ventajas serían: suprimir la replicación y la diversidad viral, disminuir el reservorio y el "set point" viral, preservar el sistema inmunitario y la respuesta inmunitaria HIV específica, atenuar los síntomas del síndrome retroviral agudo (SRA) y disminuir el riesgo de transmisión. Las desventajas son: la no erradicación de la infección por HIV, el riesgo de generar resistencia, potencial tratamiento de progresores lentos, la toxicidad (aguda y crónica) de los ARV, la duración del tratamiento indefinida y su costo económico. Como conclusión, en la medida de lo posible, se sugiere incluir estos pacientes en ensayos clínicos y considerar tratamiento antirretroviral en las formas sintomáticas graves (Moreno S, mesa redonda 5). En lo que respecta a datos locales, se presentaron los resultados del Grupo Argentino de Seroconversión, estudio de registro multicéntrico (13 centros, 123 pacientes enrolados). Como puntos a destacar, a un bajo porcentaje de pacientes evaluados en guardia se les ofreció testeo de HIV, puntualizándose la importancia de la sospecha clínica y de las oportunidades perdidas de diagnóstico. El 75% de los pacientes presentó SRA y un 25% requirió internación. El 10% presentó eventos categoría C, 45% en los primeros 6 meses; estas enfermedades oportunistas se presentaron aún con CD4 >250cel/μL (Socias M y col., poster N° 25253; Sued O y col., poster N° 25255).

Tratamiento antirretroviral

Durante la conferencia se realizó una profunda actualización sobre el tópico tratamiento antirretroviral. Se destacan los siguientes conceptos:

- Tendencia a un inicio más temprano con el objetivo de disminuir la incidencia de enfermedades no asociadas a HIV (Moreno S, plenaria II; Cahn P, plenaria VII).
- "Tolerancia cero" al fallo virológico en todos los pacientes, con el objetivo de evitar la acumulación de mutaciones asociadas a resistencia (Cahn P, plenaria VII).

Se presentó, asimismo, una exhaustiva revisión sobre el futuro del tratamiento antirretroviral (Arduino R, mesa redonda 19). Los estudios en curso incluyen:

- ✎ Explorar regímenes con mejor tolerancia y menos efectos adversos: por ejemplo, regímenes sin análogos de nucleósidos y sin ritonavir.
- ✎ Recuperación de linfocitos CD4 con maraviroc en población no CCR5+.
- ✎ Estrategias que apuntan a la viremia residual y los reservorios tisulares.

Riesgo cardiovascular y toxicidad de los ARV

Desde su primer descripción en 1998, las alteraciones morfológicas y metabólicas que aparecen en el curso de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) se han convertido en un problema de gran relevancia, llegando a alcanzar una prevalencia superior al 50%. En estudios longitudinales realizados en Latinoamérica (RAPID II), se evaluó el perfil metabólico, riesgo cardiovascular y prácticas de tratamiento asociadas para reducir esta alteración dando como resultado que los factores independientes del síndrome metabólico fueran la edad, el género masculino y el recuento de CD4+, pero no el tiempo transcurrido con infección por HIV ni la duración del tratamiento antirretroviral (Zala C y col., presentación oral N° 25388).

La infección por HIV parece estar asociada con cambios inflamatorios y con daño endotelial, factores que pueden inducir el desarrollo de trombosis y finalmente enfermedad vascular aterosclerótica; se han encontrado evidencias preliminares de un aumento en el espesor de la íntima-media carotídea y en niveles de dímero D en pacientes HIV *naïve*, en comparación con población seronegativa (Belloso W y col., presentación oral N° 25230).

En lo que respecta al riesgo cardiovascular y el uso de abacavir, se presentó un estudio retrospectivo en el cual los eventos cardiovasculares en pacientes con esta droga ocurrieron en un grupo con riesgo cardiovascular elevado y a partir de los 15 meses de iniciada la misma (Cecchini D y col., *poster* N° 25293). Asimismo se discutió evidencia de un estudio ya presentado en la Conferencia Internacional de SIDA 2009 en Sudáfrica que sugiere que la enfermedad renal crónica se asoció con un incremento significativo de infarto de miocardio, siendo el uso de abacavir más común en pacientes con enfermedad renal. Por lo tanto, la asociación entre infarto agudo de miocardio y uso de abacavir se torna no significativa cuando se ajusta el análisis por enfermedad renal y los factores de riesgo cardiovasculares tradicionales (Vidiella G, mesa redonda 12).

Otras toxicidades asociadas al consumo de ARV a tener en cuenta son las hepáticas. Por ejemplo, la hiperten-

sión portal no cirrótica o esclerosis hepatoportal asociada al consumo de ddl: se debe pensar en esta entidad en todo paciente HIV con antecedentes de ingesta de ddl y signos de hipertensión portal y/o perfil ultrasonográfico característico, aún en presencia de HBV ó HCV; la biopsia hepática es necesaria para confirmar el diagnóstico y excluir cirrosis. Asimismo, la esteatosis microvesicular asociada a los INTR es la causa de un 30 % del aumento de las transaminasas, por lo que se debe intentar corregir las causas de esteatosis para minimizar la incidencia de hepatotoxicidad por el tratamiento antirretroviral (Fainboim H, mesa redonda 12).

Trasplante hepático en coinfectados

Se presentó durante el congreso la experiencia en un centro de trasplante (Hospital Paul Brousse, Francia) en pacientes coinfectados con HIV/HBV o HCV. En la experiencia de este grupo, la mortalidad es similar a los mono infectados. Se destacó la importancia de interacciones medicamentosas entre inmunosupresores e inhibidores de proteasa y se señaló que hubo un menor éxito en coinfección con HBV (Teicher E, mesa redonda 8).

Epidemiología

Se destacaron reportes de alta prevalencia y seroincidencia de infección por HIV y otros agentes de transmisión sexual en poblaciones vulnerables (trabajadores/as sexuales, trans, UD y HSH) (Dos Ramos Farias y col. presentación oral N° 25234). El uso incorrecto del preservativo, prácticas de riesgo sexual entre hombres y el uso de drogas actuales fueron variables asociadas a la mayor seroincidencia de infección por HIV, (Ralon y col. *poster* N° 25380, Duran y col. *poster* N° 25319, Ebensrtejin y col. *poster* N° 25457).

La epidemia de HIV presenta una realidad heterogénea entre los distintos distritos, sigue siendo concentrada y atraviesa una meseta. Faltan estrategias de indagación que permitan conocer la tendencia de las nuevas infecciones (Adaszko y col. presentación oral N° 25392).

Continúan habiendo diagnósticos tardíos de infección por HIV y sífilis en embarazadas (Borbadella y col. *poster* N° 25434; Moyano y col. *poster* N° 25454) y consultas tardías en individuos con o sin diagnóstico previo. Se destaca un aumento relativo de consultas en el estadio A que determina un menor deterioro inmunológico en los pacientes atendidos en 2008 aunque

persisten dificultades en el seguimiento (Terusi y col. *poster* N° 25445).

La transmisión vertical de HIV en la Ciudad de Buenos Aires ha mostrado un descenso desde el año 2000 (20% al 5,7%) aunque estabilizándose en el período 2003/2008 cerca del 6%, asociado a una proporción de profilaxis prenatal constante (Portnoy y col. *poster* N° 25257). Valores similares se encontraron en un estudio desarrollado en el Hospital HIGA de San Martín (conurbano NE de Buenos Aires) donde la transmisión vertical fue 6,3% para el 2008, evidenciándose la falta de controles en el embarazo y diagnósticos tardíos de infección (Kairiyama y col. *poster* N° 25130).

La estrategia de “consultorio nocturno” de consejería y detección fue exitosa en términos de aumento en la detección de infección por VIH en Jujuy en comparación con centros de salud de atención diurna (Márquez y col. presentación oral N° 25428).

El descenso en la relación hombre/mujer en la Ciudad de Buenos Aires se ha asumido como un perfil epidemiológico asociado a la feminización de la infección por HIV. La evaluación de las notificaciones en el período 2003/2008 muestran el impacto de la universalización del testeo en el embarazo y se evidencia un diagnóstico más tardío en los hombres (Duran y col. *poster* N° 25220; Terusi y col. *poster* N° 25445).

Área Básica

Paula Aulicino, Mauricio Carobene,
Silvina Fernández Giuliano, Germán Pérez, Inés Zapiola.

Coordinadores: Manuel Gómez Carrillo, mcarrill@fmed.uba.ar,
Andrea Mangano, amangano@garrahan.gov.ar

Diversidad viral

La variabilidad genética del HIV es todavía uno de los mayores obstáculos a ser superados para el desarrollo de una vacuna efectiva. Morgado M (Plenaria 5) detalló aspectos de la diversidad del HIV-1 que revisten importancia en la respuesta inmune antiviral. En Brasil la amplia distribución de subtipos virales, que incluyen a los subtipos B, F, C, y formas recombinantes entre ellos se vio recientemente incrementada por la introducción del subtipo K y su recombinación con el subtipo B. En relación a la respuesta antiviral, se mostró que los individuos infectados con distintos subtipos de HIV-1 presentan diferencias en el tipo y magnitud de su respuesta inmunológica al ser enfrentados a péptidos virales, planteando la necesidad de nuevas estrategias para el desarrollo de vacunas, basadas en el conocimiento del control de la replicación y evolución viral en los "controladores de elite".

Dado que no está claro el rol de la variabilidad viral intersubtipo en el desarrollo de vacunas frente a HIV, y que Argentina se caracteriza por la co-circulación de variante subtipo B y recombinantes BF, se está llevando a cabo un trabajo de investigación en ratones sobre respuesta inmune celular generada por inmunización con vectores de DNA y MVA (Virus Vaccinia Ankara modificado) que expresan la proteína Nef BF. Los resultados presentados mostraron que Nef BF fue capaz de inducir una respuesta específica pero con baja reactividad cruzada frente a la proteína de subtipo B. Esto evidencia la necesidad de incluir distintos subtipos y variantes en los estudios de desarrollo de vacunas. (Rodríguez AM y col., *poster* N° 25241).

La diversidad de recombinantes BF fue evidenciada mediante un estudio de 174 cepas de HIV-1 subtipo BF circulantes en la población pediátrica Argentina. Mientras que el 51% corresponde a la estructura del prototipo CRF12_BF, un 47% de las secuencias son formas recombinantes únicas o URFs_BF con al menos 15 patrones de recombinación diferentes. El 2% restante correspondería a CRF17_BF y CRF28/29_BF (Aulicino y col., *poster* N° 25402).

El origen de la epidemia de HIV en Argentina fue estudiado mediante el análisis de secuencias de subtipo B y BF ancestrales y contemporáneas por métodos filogenéticos. Los estudios de Dilenia D y col. (Presentación oral N° 25221) sugieren que el subtipo B habría ingresado a Sudamérica a fines de los años '60, y a Brasil/Argentina hacia principios de los '70 casi simultáneamente con el subtipo F dando rápido origen a las formas recombinantes BF que hoy en día circulan con alta prevalencia. En relación al subtipo C, a través del análisis de un gran número de secuencias de *pol*, Jones L y col. (*poster* N° 25233) sugirieron que habrían existido al menos 3 eventos independientes de introducción de este subtipo en Sudamérica. Estos resultados proponen una hipótesis alternativa a la anteriormente planteada por Bello y col., que proponen que el subtipo C Sudamericano provendría de una única introducción a partir de Burundi (Bello G y col. AIDS 2008).

Además de los estudios de evolución viral de los diferentes subtipos circulantes en Argentina y Sudamérica, se documentó la existencia de co-infección con subtipos B y BF en pacientes que presentan doble riesgo de transmisión homosexual y endovenosa por ser usuarios de drogas inyectables (Espada C y col., *poster* N° 25224). El aumento de la diversidad viral facilitada por las co-infecciones en estas poblaciones presenta un obstáculo más para el desarrollo de futuras vacunas.

Distintas regiones genómicas resultan afectadas por el fenómeno de recombinación entre subtipos de HIV-1. Entre las variantes virales encontradas en Sudamérica, las formas recombinantes BF son muy frecuentes, y en ellas el gen de la proteína Vpu suele verse afectado por éste fenómeno. Los resultados de un estudio realizado *in vitro* aportaron evidencia de que la recombinación entre los subtipos B y F modifica una de las funciones de dicha proteína, su capacidad de favorecer la liberación de partículas virales, provocando un incremento de la misma. El incremento observado fue relativo a una variante viral de referencia de subtipo B. Estos resultados subrayan la importancia de los cambios introducidos por la recombinación en la capacidad replicativa viral y sus posibles consecuencias epidemiológicas (De Candia C y col., *poster* N° 25190).

Aspectos Moleculares en Coinfecciones HBV/HIV-1 y HCV/HIV-1

El curso de la hepatitis crónica por HBV es modificado por la presencia del HIV aunque los mecanismos moleculares involucrados no han sido completamente definidos. En la infección crónica por HBV, mutaciones en la región precore (PC) o en el promotor basal del core (BCP) afectan la expresión de HBeAg. Cassino L y col. (*poster* N° 25152) analizaron las variaciones genómicas a nivel del BCP y PC en aislamientos de HBV de pacientes monoinfectados y coinfectados con HIV. Las variaciones halladas incluyeron: la doble mutación en BCP (A1762T/G1764A) y las mutaciones en PC (T1858C/G1896A). No se hallaron diferencias en las variaciones genómicas en las regiones BCP/PC entre los aislamientos de los coinfectados y monoinfectados. Las mutaciones en la región PC mostraron genotipo dependencia en su frecuencia sin presentar cambios frente a la coinfección con HIV.

HCV exhibe estrategias de acción directa mediadas por sus proteínas o ácido nucleico. La proteína no estructural 5A (NS5A) parecería estar involucrada en la resistencia al interferón (IFN) ya que podría bloquear mecanismos efectores antivirales dependientes del IFN tras interactuar con la quinasa dependiente de RNA (PKR). Por otro lado, la región 5'UTR es una región altamente conservada y juega un rol crucial en la replicación viral y potencialmente en el tropismo viral, siendo las mutaciones en esta región poco frecuentes (Quarleri J, Mesa Redonda 8).

Moretti F y col. (*poster* N° 25151) investigaron la diversidad del HCV a nivel 5'UTR en el contexto de la coinfección con HIV en pacientes bajo terapia antirretroviral (HAART) en un estudio longitudinal. Las secuencias de 5'UTR intrapaciente a lo largo del seguimiento presentaron un alto grado de conservación independientemente del régimen HAART, el recuento de linfocitos T CD4+ y el genotipo de HCV. Bolcic F y col. (*poster* N° 25153) estudiaron las variaciones genómicas en la región 5'UTR en plasma y en células mononucleares de sangre periférica no observando diferencias nucleotídicas en pacientes coinfectados bajo terapia con peg-INF+RBV. Además, demostraron escasa variabilidad genómica a nivel de NS5A luego de la terapia con peg-INF+RBV y que las variantes virales de genotipo 1a no respondedores, mostraron un bajo número de mutaciones en PKR-BD, pudiendo esto contribuir a la falta de respuesta virológica (*poster* N° 25154).

El rol del laboratorio en el diagnóstico

El grupo Argentino de Seroconversión presentó un estudio sobre las características basales de pacientes seroconvertidores (Socias ME y col., *poster* N° 25253). En más de la mitad de los casos el diagnóstico se realizó por sospecha del paciente con múltiples oportunidades perdidas en el sistema de salud. En la mesa redonda en la que se discutieron las ventajas y desventajas del tratamiento temprano en pacientes seroconvertidores se analizaron las herramientas que ofrece el laboratorio para el diagnóstico temprano de la infección en la etapa aguda (Zapiola I, Mesa Redonda 5). Se planteó la necesidad de contar con algoritmos racionales en los que se tenga en cuenta el contexto clínico y epidemiológico de los pacientes. Se discutió además la conveniencia de incorporar métodos moleculares para la detección temprana de pacientes en seroconversión donde aún los anticuerpos son no detectables y no existe sospecha clínica o epidemiológica de infección por HIV. Una de las estrategias discutidas fue la detección de ácidos nucleicos sobre *pools* de muestras negativas para anticuerpos. Dentro de los métodos moleculares disponibles en el laboratorio para el diagnóstico de infección por HIV se encuentra la RT-PCR que en muchos casos se realiza con métodos no comerciales. La utilización de esta técnica se ve condicionada por la falta de controles internos que permitan verificar todas las etapas analíticas de la prueba. Perez G y col. (*poster* N° 25178) presentaron el diseño de un RNA recombinante empaquetado en cápsides que hibrida con los mismos cebadores que el virus diana para ser utilizado como control interno competitivo y específico para la detección molecular de los distintos subtipos de HIV. Su incorporación lo convertiría en un reactivo útil para el diagnóstico temprano de HIV. Dada la alta diversidad viral que presenta el HIV es importante la validación de los ensayos moleculares utilizados tanto en el diagnóstico como en el seguimiento de la infección. Cañizal AM y col. (*poster* N° 25384) presentaron un trabajo en el que describen fallas en la cuantificación y detección de ácidos nucleicos de HIV en un paciente infectado con una cepa recombinante BF. Si bien este evento descripto es poco frecuente se resalta el impacto de la diversidad viral en la eficacia de los ensayos comerciales.

La mayoría de los ensayos comerciales para la determinación de carga viral han sido estandarizados para ser utilizados en muestras de plasma. Sin embargo la determinación de carga viral y la detección de DNA proviral de HIV en muestras de semen se utiliza en protocolos de fertilización de parejas discordantes (hombre HIV positivo/mujer HIV negativa). Castillo S y col. (*poster* N° 25449) evaluaron la técnica comercial Cobas Ampliprep/Cobas Amplicor HIV-1 Monitor v 1.5 (Roche)

para la detección de carga viral en muestras de espermatozoides. En todas las muestras de plasma seminal analizadas el control interno resultó válido y no se observaron falsos positivos. De esta manera concluyen que la combinación Cobas Ampliprep/Cobas Amplicor es un buen método para evaluar cargas virales de HIV en muestras de plasma seminal.

Inmunidad innata

La supresión inmune contribuye a la inmunodeficiencia en los pacientes HIV-1 positivos debido al estado de activación inmunológica generalizada observada cuando existe un pobre control de la infección. Es importante esta activación crónica del sistema inmunológico como factor clave en el curso de la infección. Por lo tanto, la profunda alteración de la homeostasis inmune se traduciría en una desregulación de los mecanismos inmunológicos normales (Caiafa D, Mesa Redonda 24).

La destrucción de las células CD4 es considerada actualmente la principal causa de la inmunodeficiencia producida por la infección con el HIV-1 en humanos como el SIV en macacos. Sin embargo, el grado de depleción de estas células no siempre se correlaciona con la progresión a sida. Kuroda MJ (Mesa Redonda 24) presentó resultados sobre su trabajo reciente sobre los cambios dinámicos de los monocitos/macrófagos producidos durante su pasaje de médula ósea a sangre periférica en macacos. El número de monocitos en sangre periférica se mantenía eficazmente a pesar de la destrucción de macrófagos en la etapa final de la enfermedad. De

esta forma, la capacidad del organismo de mantener esta subpoblación celular podría ser parte de la explicación de la lenta progresión a sida a pesar de los altos niveles de replicación viral.

Las células dendríticas (CDs) cumplen un rol de importancia en la diseminación del HIV-1 y uno de los mecanismos implicados incluye la acción de la proteína DC-SIGN protegiendo al virus de la degradación intracelular. Sabatté J y col. (Mesa Redonda 24) presentaron resultados sobre el rol de una proteína del plasma seminal, denominada clusterin, en la inhibición de la unión del virus a la CDs. Esta proteína glicosilada con alto contenido en manosa tendría alta afinidad por DC-SIGN compitiendo con el HIV-1 en su unión a la misma e interfiriendo en la sinapsis infecciosa y en la propagación viral a las células CD4.

La lectina de unión a manosa (*mannose binding lectin*: MBL) se une a los carbohidratos presentes en diversos patógenos y desempeña un importante rol en la inmunidad innata. Las principales variantes genéticas de MBL están determinadas por mutaciones en diversas regiones y dimorfismos alélicos en la región promotora del gen *MBL2*, por lo que la cantidad de proteína sintetizada y su capacidad funcional dependerán en cada caso del haplotipo heredado por cada individuo. Sen L y col. (MR24) evaluaron el papel de las frecuencias genotípicas de este gen en la transmisión vertical del HIV-1 y progresión a sida en niños infectados, observando que sólo los homocigotas para el haplotipo XA/XA presentaban un mayor riesgo. Además, los niños con niveles plasmáticos disminuidos de MBL mostraron tres veces más riesgo de desarrollar sida.

Victoria Barreda, victoriabarreda@yahoo.com

El Congreso Nacional de SIDA llevado a cabo en Salta, se propuso desde el Área Social abordar los nuevos escenarios sociales y los nuevos desafíos que esto implica, para todos aquellos que están trabajando en prevención del VIH/sida. En este marco, fueron muchas y muy buenas las presentaciones tanto en los plenarios, en las exposiciones orales como en presentación de *posters* que permitieron muy ricos e interesantes debates y aprendizajes.

El abordaje preventivo en torno al VIH/sida demostró una gran heterogeneidad entre las jurisdicciones participantes, producto de decisiones políticas, distribución diferencial de recursos económicos en salud pública, problemáticas sociales complejas en zonas urbanas, y la intervención del poder religioso en temas vinculados con educación sexual, trabajo sexual, salud sexual y reproductiva, distribución de preservativos, reconocimiento de identidades de género, etc.

Muchos de estos temas no son novedosos pero adquieren en los nuevos escenarios nuevas significaciones para los cuales debemos repensar nuestras estrategias político-preventivas.

En este marco caben señalar que además de los temas tratados por autores, panelistas y disertantes en las múltiples mesas y talleres y *posters*, también el Congreso dejó como corolario el testimonio de ricos debates e intercambios entre profesionales, miembros de OSC's y participantes de diferentes regiones de nuestro país, que aportaron propuestas y el sinceramiento crítico de sus acciones y dificultades ante los nuevos desafíos en los nuevos contextos. Entre ellas y a modo de una gran síntesis podemos señalar:

- ✍ Trabajar prevención del VIH/sida desde un enfoque de Salud basado en los Derechos Humanos, entendidos no sólo como una declamación políticamente correcta sino en su traducción concreta en acciones tales como:
 - ✍ Revisión de la Ley Nacional de SIDA a la luz de los DD.HH., accesibilidad a los medicamentos evitando procesos burocratizantes que debilitan aun más a los pacientes, promover y capacitar en el derecho a la identidad de género en los equipos de salud de las distintas jurisdicciones, garantizar el derecho a la nutrición en contexto de pobreza y exclusión, derecho a la educación sexual, a la no discriminación, garantizar la salud de las personas en instituciones de encierro, implementar y difundir nuevas estrategias de intervención en instituciones de salud que garanticen la accesi-

bilidad como horarios vespertinos y nocturnos, solicitud de turnos telefónicos, etc.

- ✍ Promover que los organismos internacionales no impongan los rumbos de las políticas preventivas en el país, provocando que los recursos solo se orientan a determinadas problemáticas y actores sociales quedando invisibilizados/as otros y otras.
- ✍ Incorporar en la agenda del Programa Nacional SIDA una política preventiva de inclusión de la multiculturalidad, teniendo en cuenta en su abordaje temas tales como: pobreza, exclusión, trabajo sexual, diversidades sexuales, explotación sexual de menores, uso de drogas, alcoholismo.
- ✍ Revisión de marcos conceptuales y metodológicos en las políticas preventivas que se llevan a cabo en el Ministerio de Salud en torno a la reconfiguración identitaria de las sexualidades en nuevos escenarios de pobreza y exclusión social.
- ✍ Revisión del concepto de **Interdisciplinariedad e Integralidad** no como "algo" dado sino como un objeto y proceso a ser construido desde las ciencias biomédicas, sociales y desde SAISIDA. Que los futuros Congresos de SIDA en nuestro país demuestren espacios de "integralidad" e "interdisciplinariedad" entre lo biomédico y lo social a partir del abordaje de problemas comunes con miradas diversas y complementarias.
- ✍ Con respecto a las organizaciones:
 - ✍ Recuperar los objetivos del activismo mas allá de las fragmentaciones, distanciamientos y atomizaciones que los financiamientos externos han provocado en estos últimos años, debilitando a las organizaciones, enfrentándolas entre ellas y perdiendo el rumbo de sus misiones.
 - ✍ Promover en las organizaciones el recambio y apoyo a liderazgos emergentes (jóvenes).
 - ✍ Acordar entre las distintas organizaciones una agenda, con acuerdos básicos y un plan conjunto que permita un espacio de convergencia y encuentro entre todas ellas, con un sinceramiento y revisión crítica de las acciones implementadas en los últimos tiempos.
- ✍ Con respecto al Congreso de SIDA organizado por SAISIDA:
 - ✍ Identificar al Congreso como un espacio de intercambio entre las organizaciones participantes de las distintas provincias reconociendo en sus trayectorias de trabajo preventivo en VIH/sida sus diversidades, historias y experiencias.