



## En relación al papel de la indetectabilidad de la carga viral en la transmisión sexual de la infección por el VIH

El Plan Nacional sobre el Sida, en su línea estratégica II, objetivo 3, del Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual 2013-2016, prorrogado a 2020, prioriza “Incrementar los conocimientos frente a la infección por VIH y otras ITS”. [1]

En este sentido, las nuevas tecnologías de comunicación ponen al alcance de la población, múltiples canales de información de diverso nivel de fiabilidad, y en términos de contenido/lenguaje, es probable que algunos sectores de la población general, no tengan las herramientas suficientes para comprender algunos mensajes de actuales campañas relacionadas con el VIH.

Por tal motivo es importante que la información manejada en los organismos de salud sea, además de fiable, emitida en un lenguaje simple y con una utilización uniforme de la terminología relacionada con el VIH.<sup>a</sup>

Algunas organizaciones internacionales de salud, en su mayoría de índole comunitaria, han iniciado diferentes campañas con el objetivo de erradicar el estigma en relación a las personas con infección por el VIH.

En el año 2016 la multiagencia para la equidad en salud, *Prevention Access Campaign* inició la campaña mundial “U=U” (*undetectable equals untransmissible*) cuyo mensaje principal es que, una persona con carga viral indetectable, no transmite la infección por el VIH.<sup>b</sup>

Este mensaje se apoya en evidencia publicada en diferentes estudios, entre ellos destacan fundamentalmente:

- **Estudio PARTNER.** Estudio observacional multicéntrico con la finalidad de evaluar la tasa de transmisión del VIH entre parejas serodiscordantes que no utilizaban preservativo cuando el integrante positivo tenía supresión viral, es decir una carga viral menor a 200 copias/ml (aunque la mayoría de los pacientes seropositivos tenían carga viral indetectable: <50 copias/ml). Se realizó en 14 ciudades europeas y participaron 1166 parejas serodiscordantes, tanto heterosexuales como homosexuales, con un seguimiento de 1,3 años de media [RI, 0,8-2,0]. El estudio concluye que no se produjeron transmisiones del VIH (vinculadas) mientras el integrante con infección por el VIH de la pareja recibía TAR y se mantenía la supresión de la carga viral. [2]
- **Estudio *Opposites Attract*.** Estudio observacional prospectivo longitudinal de cohortes, de parejas serodiscordantes de homosexuales masculinos, desarrollado entre 2012 y 2015 en clínicas de Australia, Brasil y Tailandia. Participaron 358 parejas serodiscordantes y el 57,4% notificó además relaciones anales fuera de la pareja. Concluyen que no hubo transmisiones de VIH durante 591 años-pareja, de seguimiento mientras el integrante con infección por el VIH recibía TAR y tenía una carga viral indetectable. [3]

---

<sup>a</sup> *Virtual Meeting of the CDC/HRSA Advisory Committee on HIV, Viral hepatitis and STD Prevention and Treatment, May 2017. Atlanta, Georgia. USA*

<sup>b</sup> *Prevention Access Campaign. Risk of sexual transmission of HIV from a person living with HIV who has undetectable viral load [cited 2017 Sep 20]. <https://www.preventionaccess.org/consensus>*



- **Estudio HPTN 052.** Se trata de un ensayo clínico aleatorizado. Participaron 1763 parejas serodiscordantes de 9 países (Malawi, Zimbabue, Sudáfrica, Botsuana, Kenia, Tailandia, India, Brasil y Estados Unidos) que fueron enrolados entre los años 2007 y 2010. En el estudio se comparaba el papel del tratamiento precoz (pacientes con infección por el VIH con un nivel de CD4 de 350 a 550 cel/mm<sup>3</sup>) frente al tratamiento tardío (pacientes con infección por el VIH con un nivel de CD4 inferior a 250 cel/mm<sup>3</sup> o que hubiesen desarrollado una enfermedad indicativa de sida) en la transmisión del VIH. Se determinó que el TAR precoz conducía a una disminución sostenida de la transmisión sexual de la infección por el VIH -1 genéticamente vinculada, entre las parejas.[4]

En conjunto, estos estudios han demostrado que cuando el TAR logra la supresión efectiva de la carga viral de una persona a niveles indetectables, el riesgo de transmisión sexual del VIH a una pareja sexual es prácticamente cero.

En este sentido, una carta publicada en septiembre del 2017 por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE. UU (CDC) afirmaba que *“Cuando el TAR produce una supresión viral, definida como menos de 200 copias/ml o niveles indetectables, previene la transmisión sexual del VIH”*. [5]

Posteriormente publicaban una respuesta a algunas preguntas surgidas en relación a esta afirmación. En ella se señalaba que el término *“efectivamente sin riesgo”* era un lenguaje provisional seleccionado por el grupo de trabajo para representar el riesgo estimado en circunstancias óptimas, es decir, cuando una persona VIH positiva toma el TAR diariamente, según lo prescrito y logra y mantiene una carga viral indetectable[6].

Además destacaban que *“no todas las personas con infección por el VIH o quienes lo tratan, conocen la efectividad del tratamiento; no solo para proteger la salud sino también para prevenir la transmisión sexual del VIH”* y que *“capitalizar el poder del tratamiento para lograr y mantener la supresión viral es una estrategia esencial para terminar con la transmisión del VIH y ayudar a garantizar la salud de las personas que viven con el VIH”*. [6]

Por otra parte recordaban que *“al traducir la ciencia a la práctica, la efectividad teórica probada de una estrategia de prevención es con frecuencia menor debido a los desafíos con la implementación”* [6].

En base a todo ello, desde el Plan Nacional sobre el Sida se ha promovido establecer un consenso entre diferentes sociedades científicas respecto al papel de la supresión de la carga viral y el riesgo de transmisión sexual de la infección por el VIH.



Se ha logrado un acuerdo en los siguientes mensajes en relación con la transmisión sexual del VIH:

- Las personas con infección por el VIH, que se encuentran en tratamiento antirretroviral y que han logrado alcanzar y mantener niveles indetectables de carga viral (<50 cop/mL); tienen un riesgo despreciable<sup>c</sup> de transmisión sexual del VIH.
- Es posible que se requiera al menos 6 meses de tratamiento antirretroviral, para alcanzar niveles de indetectabilidad, dependiendo de los fármacos empleados.
- Para obtener una supresión viral segura y continua del VIH, se requiere una excelente adherencia al tratamiento con una combinación adecuada de antirretrovirales.
- La supresión viral debe ser controlada regularmente para garantizar un buen estado de salud de las personas en tratamiento, así como los beneficios implícitos para la salud pública.
- Una carga viral indetectable sólo protege frente a la transmisión por vía sexual del VIH, pero no frente a otras infecciones de transmisión sexual, como sífilis, gonococia, clamidiasis, virus del papiloma humano, virus herpes simple tipo 2, hepatitis C, etc.

---

<sup>c</sup> Insignificante, tan pequeño que no debe considerarse.



**Notas:** El uso de métodos de barrera (preservativo o cuadrante de látex) disminuye el riesgo de transmisión de otras ITS, así como de embarazos no deseados.

El método de prevención de infección por el VIH y otras ITS, puede ser diferente dependiendo las prácticas sexuales; así, en una relación no mutuamente monógama o en caso de múltiples parejas sexuales, es aconsejable el uso de los métodos de barrera para prevenir tanto la transmisión del VIH como de otras ITS.

### **Bibliografía**

1. *Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. 2015 Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual 2013-2016. Disponible en:*  
[http://www.mssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PlanEstrategico2013\\_2016.pdf](http://www.mssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PlanEstrategico2013_2016.pdf)
2. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, et al. ; PARTNER Study Group. *Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. JAMA. 2016; 316:171–81.*
3. Bavinton B, Grinsztejn B, Phanuphak N, et al. *HIV treatment prevents HIV transmission in male serodiscordant couples in Australia, Thailand and Brazil. TUAC0506LB - Oral Abstract. Presented at the 9th IAS Conference on HIV Science (IAS 2017), Paris, France; July 25, 2017. Disponible en:*  
<http://programme.ias2017.org/Abstract/Print/?abstractid=5469>
4. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. *Antiretroviral therapy for the prevention of HIV-1 transmission. N Engl J Med 2016; 375:830-9.*
5. *Centers for Disease Control and Prevention. Dear Colleague: September 27, 2017.*  
<https://www.cdc.gov/hiv/library/dcl/dcl/092717.html>
6. *National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention. Division of HIV/AIDS Prevention. CDC's response to questions regarding the 2017 Gay Men's HIV/AIDS Awareness Day Dear Colleague Letter.* <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/risk/art/cdc-hiv-uvl-transmission.pdf>



**GRUPO DE TRABAJO**

Begoña Rodriguez	Subdirectora General Adjunta de Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública. SPNS
Rosa Polo	Jefa de Área Asistencial y de Investigación. SPNS. Madrid
Gabriela Fagundez	SPNS. Madrid
Roxana Tuesta	SPNS. Madrid
Maria Jose Galindo	Presidenta de SESIDA
José A. Pérez Molina	Presidente de GESIDA
José Alcamí	Director de la Unidad de Inmunidad e inmunopatología del Sida. Instituto de Salud Carlos III. Madrid
Jose Ramón Blanco	Médico Adjunto a E. Infecciosas. Hospital San Pedro-CIBIR. Logroño.
Vicente Estrada	Jefe de Sección de E. Infecciosas. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid
Jose Antonio Iribarren	Jefe de Servicio de E. Infecciosas. Hospital Universitario Donostia. Instituto Biodonostia. San Sebastián.
Fernando Lozano	Médico adjunto de E. Infecciosas. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla
Celia Miralles	Médico Adjunto a E. Infecciosas. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Unidad de VIH.
Santiago Moreno	Jefe de Servicio de E. Infecciosas. Hospital Ramón y Cajal. IRYCIS. Madrid
Eugenia Negrodo	Médico Adjunto a E. Infecciosas. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona
M <sup>a</sup> Luisa Navarro	Médico Adjunto a Pediatría. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid
Jose Tomas Ramos	Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid