



EACS European
AIDS Clinical Society

20th EUROPEAN AIDS CONFERENCE

15-18 October 2025 | Paris, France

Boletín de la EACS 2025, octubre de 2025

Europa está perdiendo terreno en el cumplimiento de los objetivos del VIH, al tiempo que se incrementan las muertes

[Europa es la única región mundial donde las muertes relacionadas con el VIH](#) se han incrementado entre 2010 y 2022, según se afirmó en la [XX Conferencia Europea del Sida \(EACS 2025\)](#), celebrada recientemente en París (Francia). Teymur Noori, del Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC, en sus siglas en inglés), afirmó en el encuentro que Europa no cumpliría la mayoría de los objetivos de ONUSIDA para 2030. La guerra, los recortes económicos y los cambios políticos han restado prioridad al VIH como asunto de salud mundial.

Los datos dibujan un panorama preocupante. Aunque las muertes relacionadas con el VIH en el mundo se han reducido a la mitad desde 2010, han aumentado un tercio en la región europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que se extiende desde Europa occidental hasta Asia central. Así, el número de fallecimientos aumentó de 37.000 en 2010 a 51.000 en 2022, una cifra más de cinco veces superior al objetivo fijado para 2025. Gran parte de estas muertes se produjeron en Rusia y Ucrania. No obstante, incluso en los países más ricos de la Unión Europea (UE) y el Espacio Económico Europeo (EEE), se registraron 2.300 fallecimientos relacionados con el VIH en 2025, lo que sigue constituyendo más del doble del objetivo fijado.

El análisis revela que aproximadamente el 30% de todas las personas con el VIH en Europa (unas 620.000 personas) tienen unos niveles de carga viral que hacen que el virus sea transmisible. Esta cifra duplica el valor esperado en el objetivo 95-95-95 para 2030 (14,2%). Los avances en el control de la carga viral se estancaron en 2020 con la llegada de la COVID-19 y, desde entonces, el progreso ha sido más lento. En Europa oriental, la mitad de los casos de VIH con posibilidad de transmisión corresponde a personas no diagnosticadas. Por otro lado, de forma sorprendente, un tercio de las personas con carga viral transmisible en Europa occidental y central están en tratamiento, pero no han alcanzado la carga viral indetectable.

En cuanto a los objetivos individuales 95-95-95, Europa sólo ha alcanzado el tercero: el 95% de las personas en tratamiento antirretroviral tienen una carga viral indetectable. Sin embargo, únicamente el 86% de las personas con el VIH han sido diagnosticadas, y apenas el 71% de todas las personas con el VIH reciben tratamiento en la región, un porcentaje inferior al promedio mundial, que se sitúa en el 77%.

El acceso a la profilaxis preexposición frente al VIH (PrEP) sigue siendo muy desigual. Si bien unas 345.000 personas han comenzado a tomar PrEP, más del 70% de esa cantidad corresponde únicamente a cuatro países: Reino Unido, Francia, Alemania y España. A pesar de que entre las mujeres puede existir un número de personas en situación de alto riesgo similar al de los hombres gays, bisexuales y otros hombres que practican sexo con hombres (GBHSH) en toda la región, sólo Ucrania registra un porcentaje superior al 10% de mujeres entre las personas que toman PrEP.

Noori reconoció que “no todo son malas noticias”, ya que varios países están avanzando, pero advirtió de que “la desigualdad en la provisión de nuevos servicios relacionados con la prevención, las pruebas integradas y el tratamiento de referencia es rampante en toda la región europea”.

Nuevas directrices en las que se aborda la lactancia, el sueño y la obesidad

[La Sociedad Clínica Europea del Sida \(EACS, en sus siglas en inglés\) ha hecho pública en la conferencia la actualización de sus directrices](#), donde se recogen nuevas recomendaciones sobre lactancia a bebés y el diagnóstico de obesidad en personas con el VIH, además de introducir el cribado rutinario de los problemas de sueño.

Las directrices revisadas sobre lactancia infantil establecen que se debería apoyar la lactancia materna si las mujeres tienen una carga viral indetectable gracias a una buena adherencia al tratamiento antirretroviral y así lo desean. Estas pautas recomiendan que todas las mujeres embarazadas reciban información clara y accesible —preferiblemente mucho antes del parto— sobre el riesgo —muy bajo, aunque no nulo— de transmisión del VIH al bebé durante la lactancia, con el fin de que puedan tomar una decisión conjunta con el equipo médico que las atiende. Las directrices aclaran que la alimentación mixta con leche materna y alimentos sólidos aumenta el riesgo de transmisión del VIH y debe evitarse, mientras que la alimentación mixta con leche de fórmula puede considerarse en determinadas circunstancias. Se recomienda realizar un seguimiento mensual del nivel de carga viral de la madre y, en el mejor de los casos, la lactancia materna debería limitarse a un máximo de seis meses.

Las directrices recomiendan que, en la consulta médica, se pregunte a las personas con el VIH por la calidad de su sueño cada dos años, así como tras un cambio de tratamiento. En caso de que las personas informen de patrones de sueño anómalos, se debería proceder a un cribado más detallado.

Por otro lado, la actualización de las directrices incluye una nueva definición de obesidad, alejándose de la dependencia exclusiva de las mediciones del índice de masa corporal (IMC). Los autores hacen hincapié en que la obesidad es una afección provocada por un exceso de grasa, por lo que las mediciones del IMC deberían complementarse con mediciones de la grasa corporal total (mediante escáner DEXA), o de la grasa abdominal (midiendo la circunferencia de la cintura o a partir de la relación cintura-cadera). Se considera que las personas con exceso de grasa corporal, pero sin disfunción orgánica, presentan “obesidad subclínica”. En cambio, aquellas que además de la acumulación de grasa muestran alteraciones orgánicas se clasifican como casos de “obesidad clínica”. Entre los ejemplos de disfunción orgánica relevante se incluyen la insuficiencia cardíaca, la fibrilación auricular, el dolor crónico de rodilla o cadera debido al exceso de peso y las limitaciones sustanciales de la vida diaria.

Las directrices también incluyen nuevas recomendaciones sobre el tratamiento antirretroviral para las personas que adquieren el VIH a pesar de utilizar profilaxis preexposición (PrEP). Se deberían evitar los regímenes duales y se tendía a que prescribir darunavir potenciado a las personas que se infectaron mientras tomaban una PrEP con cabotegravir de acción prolongada. Por otro lado, las directrices recomiendan realizar una prueba de carga viral del VIH antes de iniciar la PrEP, especialmente si se ha producido una exposición de alto riesgo en las seis semanas anteriores, aunque las directrices británicas y federales de EEUU no lo exigen así.

La curación del VIH del segundo ‘paciente de Berlín’ está vinculada a una respuesta inmunitaria inusual

El denominado “segundo paciente de Berlín” ha permanecido libre del VIH durante siete años tras someterse a un trasplante de células madre. Se trata de la segunda persona de Berlín (y la séptima a escala mundial) que se ha curado gracias a este procedimiento. [Ahora, se ha identificado un destacado mecanismo inmunitario subyacente en su aparente curación](#). Este hombre experimentó una potente respuesta de anticuerpos que actuaron de forma conjunta con un subgrupo inusual de sus células NK (siglas en inglés de ‘asesina natural’). Esto parece haber eliminado su reservorio viral tras el trasplante realizado para tratar su leucemia en 2015.

Timo Trenkner, del Centro Médico Universitario de Hamburgo-Eppendorf (Alemania), presentó los resultados en la conferencia. El estudio realizado reveló que las células NK del paciente mostraban unos niveles elevados de un receptor llamado NKG2A⁺, que estimuló la generación de unos anticuerpos excepcionalmente eficaces para neutralizar las células infectadas. Estos anticuerpos fueron más eficaces que los anticuerpos ampliamente neutralizantes utilizados en los estudios de curación y que los que presentan las personas controladoras de élite (capaces de controlar el VIH de forma natural).

La profesora Michaela Müller-Trutwin, del Instituto Pasteur, comentó: «Aunque los anticuerpos generados por este paciente eran bastante específicos de la cepa concreta de VIH que tenía, mostraron una elevada potencia y resultaron más eficaces a la hora de neutralizar las células infectadas que otros anticuerpos ampliamente neutralizantes».

Un factor crucial en estos hallazgos puede haber sido que tanto el paciente como el donante portaban una copia de la mutación delta-32, lo que hacía que sus células CD4 tuvieran una resistencia parcial a la infección por el VIH. Esto difiere de la mayoría de los demás casos de curación, en los que los donantes presentaban dos copias de la mutación, lo que confería a sus células una resistencia completa frente a la infección. No obstante, cabe señalar que el donante del “paciente de Ginebra” no tenía ninguna copia de dicha mutación. Antes de que se realizara el trasplante, la carga viral del paciente ya había disminuido de 13.000 a 1.600 copias/mL sin necesidad de tratamiento. Esta menor carga viral pudo haber dado a su sistema inmunitario innato la oportunidad de montar una respuesta eficaz.

“Parece que tener una carga viral elevada desborda la capacidad de la inmunidad innata”, explicó Müller-Trutwin. “Sin embargo, tener algo de virus en sangre, aunque no grandes cantidades, puede dar al sistema inmunitario innato la oportunidad de generar una respuesta eficaz”, añadió.

Descubrir en qué modo contribuyeron las células NK a la curación de esta persona podría ayudar a desarrollar estrategias de curación del VIH más seguras y de aplicación más amplia.

La calidad de vida en personas mayores con el VIH se asemeja a la de sus iguales seronegativos

[Un estudio de Países Bajos en el que se compararon los resultados de más de 500 personas mayores con el VIH con los de un grupo seronegativo de control de características similares](#) reveló que si bien las puntuaciones de calidad de vida eran ligeramente inferiores entre las

personas con el VIH, la diferencia fue demasiado pequeña para tener relevancia clínica. Sin embargo, las personas con el VIH mostraron un número significativamente mayor de síntomas de depresión, superando el umbral que sugiere depresión clínica.

Kevin Moody, del Centro Médico de la Universidad de Ámsterdam (Países Bajos), presentó los resultados de AGEHIV, un estudio de cohorte en el que se realizó un seguimiento de los participantes durante ocho años, desde los 52-53 hasta los 60-61 años de edad, en promedio. Todos los participantes completaron el cuestionario SF-36, ampliamente utilizado para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud. También se utilizó la herramienta de detección de la depresión CES-D al inicio del estudio y en las visitas de seguimiento. Todos los participantes seropositivos seguían un tratamiento antirretroviral y mantenían una carga viral inferior a 200 células/mm³. En lugar de compararlos con la población general, a estos participantes se les emparejó cuidadosamente con personas seronegativas que también acudían a centros de salud, en particular a clínicas de salud sexual, y que tenían características similares en cuanto a comorbilidades, situación socioeconómica y factores de hábitos de vida. La mayoría de los participantes de ambos grupos eran hombres blancos gays, bisexuales y otros hombres que practican sexo con hombres (GBHSH).

En las personas con el VIH, las puntuaciones de calidad de vida fueron dos puntos menores en el apartado de actividades físicas y un punto menor en el apartado de tareas mentales. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas, pero, según señaló Moody, “de dudosa relevancia clínica”. Resulta alentador que las puntuaciones apenas variaran a lo largo de los ocho años del estudio, a pesar del envejecimiento de los participantes. En ese periodo se observó un descenso de sólo un punto en las puntuaciones físicas, independientemente del estado serológico respecto al VIH.

Sin embargo, en lo que se refiere a los síntomas de depresión, se reflejaba una realidad distinta. A pesar de que las puntuaciones se mantuvieron estables a lo largo del tiempo, los participantes con el VIH arrojaron una media de 22,4 puntos, frente a los 16,4 de los participantes seronegativos. Las personas con el VIH fueron aproximadamente un 50% más propensas a presentar síntomas de depresión clínicamente relevantes.

Con todo, indicadores generales de calidad de vida como el SF-36 podrían no reflejar adecuadamente la carga psicológica que enfrentan hoy en día las personas con el VIH. Moody destacó que el uso de “pruebas de cribado específico para determinados trastornos de salud mental, como la depresión, puede ser más importantes a la hora de abordar el malestar psicológico” que las evaluaciones más generales de la calidad de vida.

No es frecuente la reactivación de la hepatitis B cuando las personas con el VIH cambian a un tratamiento sin tenofovir

[Dos estudios europeos revelaron que la reactivación de la hepatitis B no es habitual cuando las personas con el VIH](#) abandonan un tratamiento que contiene tenofovir por otras alternativas, lo que resulta alentador para que estas personas puedan disponer de nuevas opciones terapéuticas.

Se trata de un tema que está cobrando relevancia clínica a medida que más personas con el VIH cambian a terapias antirretrovirales duales que no contienen tenofovir (un fármaco que también sirve para tratar la hepatitis B). Cerca del 30% de las personas con el VIH presentan

indicios de haberse expuesto a la hepatitis B en el pasado (demostrado por la presencia de anticuerpos frente a la proteína del núcleo de la hepatitis B [anti-HBc]), lo que suscita preocupación sobre si la supresión de tenofovir en la combinación pudiera permitir la reactivación del virus de la hepatitis B. Esto podría tener consecuencias graves si no se detecta, como inflamación hepática, cirrosis o cáncer de hígado.

El Estudio de la Cohorte Suiza del VIH examinó los resultados de 197 personas que pasaron de combinaciones que incluían tenofovir a otras que contenían otros fármacos supresores de la hepatitis B (como emtricitabina o lamivudina). Estos datos se compararon con los de otras 197 personas que cambiaron a combinaciones sin dichos fármacos. A lo largo de una mediana de 1,3 años, el 5,6% de las personas que tomaban combinaciones sin fármacos activos frente a la hepatitis B mostraron signos de reactivación de esta infección, en comparación con el 1,1% de las que contaban con fármacos que ofrecían cierta protección. Sin embargo, todos los casos fueron leves: el ADN del virus de la hepatitis B se mantuvo por debajo de los niveles cuantificables y ninguna persona dio positivo en los marcadores de infección activa.

Un estudio realizado en Barcelona (España) en el que participaron 741 personas que habían empezado a tomar la combinación inyectable cabotegravir/rilpivirina reveló que sólo dos participantes experimentaron una reactivación de la hepatitis B. Ambos presentaban una infección crónica no diagnosticada en el momento del cambio y los dos lograron volver a suprimir la hepatitis B tras reanudar el tratamiento basado en tenofovir.

“Consideramos que nuestros hallazgos resultan tranquilizadores para las personas con el VIH y positivo en anti-HBc y para los profesionales sanitarios que las atienden, ya que demuestran que es posible cambiar a un tratamiento antirretroviral sin tenofovir”, concluyó el doctor Lorin Bégre, del Hospital Universitario de Berna (Suiza).

Los expertos coincidieron en que, si bien el riesgo de reactivación es extremadamente bajo, sigue siendo esencial realizar un asesoramiento informado adecuado y la vacunación frente a la hepatitis B para las personas que hayan estado expuestas a la enfermedad en el pasado.

Ucrania recurre a la IA para mantener los servicios del VIH durante la guerra

[Los servicios sanitarios de Ucrania están utilizando la inteligencia artificial \(IA\) de un modo innovador para poder mantener los servicios de atención y prevención del VIH a pesar del conflicto en marcha.](#) En la EACS 2025, Tetiana Deshko, de la Alianza para la Salud Pública, describió el uso de tres de estas aplicaciones: chatbots con avatares animados, ‘machine learning’ (aprendizaje automático) para mejorar la eficiencia de los cribados del VIH y planificación de crisis asistida por la IA.

El chatbot TWIIN se basa en el uso de “humanos digitales” —avatares interactivos basados en personas reales que realizan trabajos sanitarios comunitarios o son usuarias de servicios— para responder a preguntas sobre salud sexual, uso de drogas y servicios relacionados con el VIH para poblaciones clave. En comparación con los servicios basados en texto, estos avatares permiten establecer conexiones emocionales más fuertes y tienen un mayor impacto en los comportamientos relacionados con la salud, afirmó Deshko. En el último trimestre de 2024, TWIIN interactuó con 4.702 personas, ofreciendo información sobre temas como la profilaxis preexposición (PrEP), la profilaxis postexposición (PEP), la prevención de las sobredosis, la terapia de sustitución de opiáceos o el *chemsex*. El chatbot dirige a los usuarios a una

plataforma de telesalud donde pueden solicitar suministros preventivos, concertar autodiagnósticos guiados o programar consultas con un médico.

La Alianza también está utilizando técnicas de 'machine learning' (aprendizaje automático) para identificar qué personas recién diagnosticadas tienen más posibilidades de captar a otras para que se realicen las pruebas del VIH a través de sus redes sociales. Aunque inicialmente los profesionales sanitarios seleccionaban a las personas que recibían cupones e incentivos para fomentar las pruebas entre sus iguales, el análisis de la IA permite detectar factores de riesgo que los humanos podrían pasar por alto, especialmente en un contexto donde se producen desplazamiento de la población que pueden cambiar la epidemiología local. En 2024, los 55 casos seleccionados con el apoyo del aprendizaje automático reclutaron a 922 personas para la prueba, con un rendimiento diagnóstico del 5,6%. Esto superó al rendimiento del 4,3% cuando el personal seleccionó 67 personas, que reclutaron a otras 3.208 para realizarse la prueba.

Por último, la organización está utilizando un agente conversacional basado en IA para ayudar a obtener la certificación ISO 22301 para la gestión de la continuidad de la actividad. Esto es importante porque la Alianza debe estar preparada para mantener la prestación de servicios y proteger los datos de los usuarios durante crisis como ciberataques, bombardeos y fallos en las infraestructuras. La IA ayuda a analizar los procesos críticos, las dependencias y los riesgos, a crear planes de emergencia, a predecir posibles interrupciones del servicio y a proporcionar apoyo para la toma de decisiones en tiempo real durante los incidentes. Deshko afirma que esto hace que la gestión de la continuidad de la actividad sea accesible incluso para organizaciones con recursos limitados.

Casos precoces y agresivos de cáncer de próstata en hombres con el VIH

Los hombres con el VIH reciben un diagnóstico de cáncer de próstata una década antes que los de la población general y parecen ser más propensos a encontrarse en una fase avanzada en el momento del diagnóstico, según un estudio alemán presentado en la EACS 2025. Estos hallazgos sugieren que los hombres con el VIH pueden beneficiarse de iniciativas de cribado para detectar cáncer de próstata antes de que se extienda.

El estudio contó con la participación de 161 hombres con el VIH diagnosticados de cáncer de próstata en 16 clínicas del VIH. El diagnóstico se produjo a una mediana de 61 años de edad, en comparación con los 71 años registrados entre los hombres de la población general alemana. En el momento del diagnóstico, más de una cuarta parte (26%) ya presentaba una metástasis que había extendido el cáncer más allá de la próstata, el 59% tenía un cáncer considerado de alto riesgo de progresión y el nivel medio de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) era considerablemente alto (17 ng/mL).

Los hombres con recuentos de CD4 inferiores a 500 células/mm³ fueron significativamente más propensos a recibir un diagnóstico de cáncer de próstata con metástasis. Aunque la tasa de supervivencia general fue peor entre los hombres que recibieron radioterapia en comparación con otros tratamientos, sólo una muerte fue directamente atribuible al cáncer de próstata.

A partir de estos hallazgos, los investigadores alemanes recomiendan que el cribado del PSA comience a los 45 años en los hombres con el VIH, en consonancia con las nuevas directrices nacionales alemanas.

Otros estudios presentados en la conferencia pusieron de relieve otras deficiencias en el cribado de los casos de cáncer en personas con el VIH. Las mujeres seropositivas italianas a menudo no se perciben a sí mismas en situación de riesgo de padecer cáncer anal, a pesar de la alta prevalencia de cepas del virus del papiloma humano (VPH) asociadas al cáncer, y el 45% rechaza someterse a un cribado. Basándose en la incidencia del cáncer de cuello uterino en los Países Bajos durante dos décadas, los investigadores concluyeron que las pruebas de detección del cáncer de cérvix deben dar prioridad a las mujeres más jóvenes, recién diagnosticadas, con recuentos bajos de CD4 y a aquellas que hayan alcanzado de modo reciente una carga viral indetectable.

Por último, un estudio realizado en tres países reveló que el cribado de carcinoma hepatocelular (cáncer de hígado) sigue siendo poco habitual en personas coinfectadas por VIH y hepatitis B, especialmente entre aquellas sin cirrosis. Así, apenas el 24% de las personas elegibles sin cirrosis se realizaron el cribado, a pesar de que muchas presentaban factores de riesgo.

Los fracasos de tratamiento con las combinaciones inyectables pueden limitar futuras opciones terapéuticas frente al VIH

[Si se produce un fracaso terapéutico de la combinación inyectable de acción prolongada cabotegravir/rilpivirina, en más de la mitad de los casos el VIH desarrolla resistencia a varias familias de antirretrovirales](#), algo que podría limitar las futuras opciones de tratamiento de estas personas, comentó en la conferencia la doctora Dr Maria Mazzitelli, de la Universidad Católica de Roma (Italia).

Un equipo de investigadores revisó todos los casos publicados de fracaso virológico que implicaban a cabotegravir/rilpivirina donde constaran datos sobre resistencias. Se identificaron 94 casos, lo que representa el 1,3% de las personas que iniciaron el tratamiento inyectable en las poblaciones estudiadas. Se evaluaron las mutaciones de resistencia detectadas, comparándolas con los datos sobre sensibilidad viral a otros inhibidores de la integrasa y a los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósido (ITINN), las familias a las que pertenecen los inyectables.

Entre los 45 casos de los que se dispuso de información completa sobre los factores de riesgo conocidos asociados al fracaso (índice de masa corporal elevado, mutaciones de resistencia a rilpivirina al inicio o determinados subtipos del VIH), se comprobó que el 57% no presentaba factores de riesgo y el 37% presentaba uno. Se encontraron concentraciones bajas del fármaco en el 29% de los casos analizados, pero esto no difería de las personas que mantuvieron carga viral indetectable, lo que sugiere que los niveles del fármaco por sí solos no podían explicar el fracaso del tratamiento.

Las pruebas de resistencia tras el fracaso virológico revelaron que el 56% de las personas presentaba un VIH con resistencia tanto a rilpivirina como a cabotegravir, el 27% presentaba una susceptibilidad reducida sólo a rilpivirina y el 5% únicamente a cabotegravir. Utilizando la base de datos de resistencia de Stanford, se determinó que el 44% tendría una susceptibilidad

reducida a dolutegravir y bictegravir (otros fármacos de la familia de los inhibidores de la integrasa), el 39% a etravirina (ITINN) y el 35% a doravirina (ITINN). Sin embargo, los casos de resistencia de alto nivel fueron menos habituales, lo que sugiere que, en la mayoría de los casos, podrían seguir utilizándose inhibidores de la integrasa de segunda generación junto con otros fármacos totalmente activos frente al VIH.

Por otro lado, un metaanálisis independiente de siete ensayos clínicos presentado en la conferencia reforzó las preocupaciones sobre el desarrollo de resistencias. Aunque las tasas de fracaso virológico fueron similares entre las personas que tomaban cabotegravir/rilpivirina y las que seguían regímenes orales triples con dolutegravir, el 67% de las personas que experimentaron un fracaso con cabotegravir/rilpivirina tenían virus con mutaciones de resistencia a los inhibidores de la integrasa, por ninguna de las que tomaban regímenes orales basados en dolutegravir. Esto equivale a un riesgo cinco veces mayor de desarrollar resistencia a los inhibidores de la integrasa.

Estos hallazgos subrayan la importancia de realizar un seguimiento cuidadoso y actuar con rapidez en caso de rebote de la carga viral cuando las personas toman el tratamiento inyectable de acción prolongada.