

vax

en español

BOLETÍN DEL IAVI REPORT

www.iavi.org

HIV/AIDS VAX es un boletín mensual que ofrece una versión condensada y accesible de los artículos del *IAVI Report*, un boletín sobre la investigación en vacunas de la Iniciativa Internacional por una Vacuna contra el SIDA. *HIV/AIDS VAX* está disponible en versión electrónica y en documento pdf. Los grupos que deseen publicar sus propias ediciones combinando los artículos de *VAX* con noticias locales pueden también pedir una plantilla del *HIV/AIDS VAX*. Para más información, se puede enviar un mensaje a vax@iavi.org.

Invitamos a reproducir y distribuir los artículos de *HIV/AIDS VAX* por entero, con el mensaje de crédito siguiente: *Este artículo ha sido reproducido a partir del número mes/año de HIV/AIDS VAX, una publicación de la Iniciativa Internacional por una Vacuna contra el SIDA (www.iavi.org/iavireport).*

FEBRERO 2005

Vol.3 ■ Núm.2

En este número

LO MÁS DESTACADO

- ◆ **Prevención de la transmisión materno-infantil**

INVESTIGACIÓN Y ENSAYOS

- ◆ **Inscripción al ensayo de una nueva vacuna en Nueva York**
- ◆ **Inicio de un amplio ensayo de una vacuna contra el SIDA utilizando adenovirus**

NOTICIAS INTERNACIONALES

- ◆ **Inicio del primer ensayo de una vacuna contra el SIDA en la India**

CUESTIONES BÁSICAS

- ◆ **Comprender la inmunidad previa**

LO MÁS DESTACADO

◆ **Prevención de la transmisión materno-infantil**

Hace más de una década, algunos investigadores descubrieron primero que los fármacos antirretrovirales (ARV) administrados a las mujeres durante el parto podían reducir sustancialmente el riesgo de transmisión del VIH a sus bebés. Sin embargo, los niños continúan adquiriendo el VIH a un ritmo alarmante. Un informe de 2004 realizado por el Programa Conjunto sobre el VIH/SIDA de Naciones Unidas (ONUSIDA) calculó que se produjeron unas 630.000 nuevas infecciones por VIH en niños en todo el mundo en 2003.

La transmisión del VIH de madre a hijo puede producirse en tres momentos: durante el embarazo mientras el bebé todavía está en el vientre; durante el parto; o después del nacimiento a través de la exposición a la leche materna infectada. No está claro exactamente cómo se produce la infección en cada uno de estos puntos, pero los ARV pueden ayudar a prevenir la transmisión de la madre al bebé en cada una de estas etapas. En 1994, la zidovudina (AZT) fue el primer fármaco que probó su capacidad de reducir el riesgo de transmisión materno-infantil del VIH. El AZT también fue el primer fármaco aprobado por la Agencia de Medicamentos y Alimentación (FDA en sus siglas en inglés) de EE UU como tratamiento para la infección por VIH. Las madres que tomaron AZT desde muy pronto en el embarazo hasta el momento del parto pudieron reducir los índices de transmisión hasta un 8% a los 18 meses si no amamantaban a sus bebés (PACTG 076), en comparación con un 25% de transmisión entre aquellas que no tomaron AZT.

Otro amplio estudio mostró una manera más sencilla de rebajar el riesgo de transmisión del VIH a los recién nacidos. HIVNET 012 fue el nombre que se asignó a un ensayo que tuvo lugar en Uganda con nevirapina en el que se llegó a la conclusión de que bastaba una dosis única administrada

a la madre durante el parto y que otra dosis única administrada al bebé (en los tres días siguientes al nacimiento) también resultaba eficaz en la reducción del riesgo de adquisición del VIH por el bebé. La tasa de transmisión a los 12 meses en mujeres que amamantaban a sus bebés fue del 16% con este curso de tratamiento en comparación con índices de hasta el 25% entre las que no tomaron nevirapina. Algunos investigadores dieron la bienvenida a esta iniciativa porque era relativamente sencilla de administrar y tenía éxito en la prevención de la transmisión.

"La nevirapina de dosis única ofreció a países abrumados por el problema de la transmisión materno-infantil la posibilidad de poner en marcha servicios que han servido para sentar las bases para el acceso al tratamiento", afirmó James McIntyre, de la Universidad de Witwatersrand, Johannesburgo, en una importante conferencia científica sobre el VIH celebrada recientemente en Estados Unidos.

La nevirapina sigue siendo el método más barato y asequible de prevenir la transmisión materno-infantil (PMTCT, en sus siglas en inglés) del VIH en muchos países. Pero no es la solución perfecta, ya que hay evidencias de que tomar nevirapina sólo durante el embarazo puede afectar negativamente la respuesta de la madre a los ARV más adelante, pues permite al virus desarrollar resistencias a esta clase de fármacos. La nevirapina de dosis única tampoco protege a los bebés de la infección por VIH durante la lactancia materna, que es la causa de muchas nuevas infecciones en niños.

Además, varios ensayos más realizados desde entonces han mostrado que las combinaciones de ARV pueden reducir mucho mejor el riesgo de transmisión, y es por ello por lo que los médicos de África están reivindicando que se pongan en marcha nuevas iniciativas para poder erradicar la transmisión materno-infantil.

Creación de acceso y demanda

Muchos países han diseñado y puesto en práctica programas nacio-

UNA PUBLICACIÓN DEL IAVI REPORT

[El boletín de la Iniciativa Internacional por una Vacuna contra el SIDA]

Versión en español del Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH / gTt, Barcelona, España.

nales de PMTCT, pero los tratamientos que ofrecen pueden variar de un país a otro debido a la disponibilidad y al coste de los ARV. Las opciones pueden variar incluso de una ciudad a otra. Tailandia fue uno de los primeros países en adoptar un programa PMTCT de respaldo nacional y ahora ofrece un corto curso de AZT más nevirapina en dosis única a las madres durante las últimas semanas de embarazo y a los bebés al nacimiento en todos los hospitales públicos. Este programa evita 2.600 nuevas infecciones por VIH pediátricas al año.

Pero en algunos países donde existen programas PMTCT, se calcula que sólo entre un 3 y un 10% de las mujeres que lo necesitan tendrán acceso a ellos este año. La escasa aceptación se debe a varias razones: en algunos países, las mujeres no pueden acceder a estos programas en las áreas rurales porque los servicios aún no están disponibles; algunas mujeres pueden que no descubran que están infectadas hasta después del parto; otras pueden que no utilicen los servicios sanitarios durante el embarazo y por tanto pierden totalmente la oportunidad de acceder a PMTCT. "Muchas mujeres dan a luz en casa y es probable que nunca tengan la oportunidad de beneficiarse de una intervención sencilla aunque eficaz", afirma Chrispin Kambili, Director Médico Regional de IAVI en Kenia.

Además de conseguir que más mujeres tengan acceso a programas de PMTCT, los médicos también se muestran preocupados por la mejora de los tratamientos disponibles. En Suráfrica, el único curso de tratamiento recomendado a escala nacional para PMTCT es la dosis única de nevirapina, lo cual constituye un motivo de controversia en países como Suráfrica que están actualmente mejorando el acceso a los ARV, según Glenda Gray, Directora de la Unidad de Investigación Perinatal sobre VIH en Soweto, Suráfrica: a pesar de la sencillez de uso de la nevirapina, la administración de este fármaco durante el nacimiento podría comprometer la respuesta de la mujer al tratamiento con otros fármacos ARV en el futuro.

Tras una única dosis de nevirapina durante el nacimiento, el VIH puede desarrollar una resistencia a este fármaco que puede durar desde varios

meses a más de un año. Si se administra a una mujer una terapia combinada con nevirapina o un ARV similar poco después de recibir la dosis única de nevirapina para prevenir la transmisión a su bebé, esta resistencia puede dar como resultado una respuesta menor al tratamiento. Aunque todos los ARV están asociados con resistencias, es fácil que el VIH desarrolle resistencias a la nevirapina y a otros ARV de la misma clase. Y una vez que éstas se producen, los fármacos ya no actúan tan bien contra el virus.

La información relativa al número de mujeres infectadas por VIH que tendrán virus que desarrollen resistencias tras una dosis única de nevirapina varía de unos estudios a otros. Los informes más recientes sugieren que al menos dos tercios de las mujeres participantes en estudios clínicos pueden tener virus resistentes tras recibir una dosis de nevirapina. Pero el efecto exacto que esta resistencia tendrá en el futuro sigue siendo desconocido.

Un estudio reciente realizado por Gray y colaboradores ofrece algo de información sobre cómo afecta la resistencia a la nevirapina en los índices de transmisión en segundos embarazos. Este estudio sugiere que la nevirapina de dosis única sigue siendo beneficiosa para la PMTCT durante el segundo parto.

Aparte de los posibles problemas de resistencias, la nevirapina ha mostrado ser un fármaco seguro y eficaz para la PMTCT. Los efectos secundarios que se asocian con el uso a largo plazo de nevirapina, incluyendo el posible daño hepático, no son un problema cuando se utiliza como dosis única.

Más allá de la nevirapina

Para evitar el desarrollo de VIH resistente en las madres, algunos investigadores se propusieron encontrar mejores tratamientos PMTCT. Tratar a las mujeres con más de un ARV es una forma de reducir el desarrollo de resistencias, y una opción consiste en dar a las madres una combinación de nevirapina y Combivir (AZT y un fármaco similar llamado 3TC) durante el parto, y Combivir solo tanto a las madres como a los bebés durante una sema-

na después del parto. Esta intervención puede reducir la tasa de resistencias del VIH y disminuir el índice de transmisión del VIH por debajo del 5%.

Según Gray, este curso de tratamiento es la segunda mejor opción, siendo la primera la de administrar a las madres una combinación de ARV conocida como TARGA (terapia anti-retroviral de gran actividad). Las mujeres que reciben TARGA tendrán una **carga viral** más baja, que es la mejor manera de impedir que los bebés adquieran el VIH. Las madres que toman este tratamiento sólo tienen un 2% de posibilidades de transmitir el VIH a sus bebés. Gray confía en que el gobierno surafricano adopte la opción de nevirapina y Combivir para la PMTCT cuando no sea posible administrar TARGA.

"Para nosotros, la nevirapina fue un buen punto de inicio, pero necesitamos avanzar con los tiempos. No está erradicando los casos de SIDA pediátrico. No deberíamos aceptar nada que no sea la completa erradicación, ninguna otra cosa sería una solución", asegura.

Los resultados positivos de estudios recientes usando combinaciones de fármacos han renovado el interés entre investigadores y activistas por convencer a los gobiernos para que ofrezcan tratamientos que sean más eficaces. La Fundación de SIDA Pediátrico Elizabeth Glaser recomienda una dosis única de nevirapina como parte de los programas PMTCT sólo en lugares en los que no haya otra opción. La fundación ha publicado recientemente una declaración tras reunirse con líderes en este campo y se refirió a la nevirapina de dosis única como el "mínimo absoluto" que todas las mujeres deberían recibir.

Algunos investigadores también ponen de manifiesto la necesidad de

Carga viral: Medida de la cantidad de virus en una muestra de sangre. Las cargas virales del VIH se refieren al número de copias de virus que se encuentran en un mililitro de plasma sanguíneo.

investigar con nuevos fármacos para prevenir la infección de los niños. Un nuevo ARV llamado tenofovir es un candidato prometedor para su uso en PMTCT, ya que es poco probable que provoque resistencias y sería más fácil de administrar durante el parto que una combinación de fármacos. Los ensayos para probar su eficacia en la PMTCT todavía están en fase de planificación.

Reducción de la transmisión a través de la lactancia materna

Algunos investigadores también están buscando intervenciones que puedan proteger a los bebés de la infección por VIH durante la lactancia. Los fármacos administrados durante el parto sólo pueden prevenir parcialmente la transmisión durante el período de lactancia. Se calcula que la mitad de todos los nuevos casos pediátricos de infección por VIH se produjeron en este momento. La cantidad de VIH en la leche materna depende de la carga viral de la mujer, aunque en general, aproximadamente un 80% de las muestras de leche de mujeres infectadas contiene el virus.

El método más eficaz de evitar la transmisión por leche materna consiste en utilizar leche artificial. En la mayor parte de zonas urbanas, las mujeres suelen aceptar esta solución como una alternativa. El gobierno de Suráfrica provee de leche gratuita a las madres con VIH durante los primeros seis meses, lo cual es un período relativamente corto de tiempo de transición a la alimentación sólida. El gobierno de Tailandia proporciona a las nuevas madres suficiente leche artificial para alimentar a sus bebés durante el primer año.

Esta solución puede ser poco práctica en áreas rurales, donde es posible que las mujeres no dispongan de agua potable para preparar la leche. Otras deciden no utilizar la leche artificial para evitar el estigma por su condición de seropositivas dentro de su comunidad, donde la alimentación materna es más habitual. Para las mujeres que amamantan, la ampliación del tratamiento con ARV y el destete temprano pueden ayudar a reducir el riesgo del bebé. "Existen alternativas para detener la transmisión del VIH a través de la lactancia

materna y deberían ser utilizadas", afirma Gray.

Idealmente, todas las mujeres deberían recibir una combinación de ARV cuando descubren que están infectadas y esto podría prevenir la transmisión del VIH a sus bebés durante el embarazo, el parto y la lactancia. Éste es el objetivo en países en los que los programas de tratamiento se están haciendo más accesibles. "No debería haber ninguna razón que impidiera a las mujeres en Suráfrica recibir terapia combinada", añade Gray.

INVESTIGACIÓN Y ENSAYOS

◆ Inscripción al ensayo de una nueva vacuna en Nueva York

El Centro de Investigación sobre el SIDA Aaron Diamond (ADARC, en sus siglas en inglés), en la ciudad de Nueva York, y el Centro Médico de la Universidad de Rochester, en Rochester, Nueva York, iniciaron recientemente la inscripción de voluntarios para un ensayo de vacunas de Fase I. El ensayo probará en 48 voluntarios sanos la seguridad y la inmunogenicidad de una candidata a vacuna.

Este producto se denomina ADMVA y utiliza como base un vector viral de Vaccinia Ankara Modificada (MVA), que se desarrolla a partir de un virus similar al utilizado por la vacuna de la viruela.

Esta candidata a vacuna fue desarrollada por ADARC y contiene genes de la cepa C del VIH, prevalente en China, la India y África Subsahariana. "Estamos especialmente ilusionados por este motivo. La epidemia en China está en plena expansión y la única esperanza real para algunas personas es el hallazgo de una vacuna", declara Sarah Schlesinger, Profesora-Investigadora Asociada en ADARC, socio de IAVI y de la Universidad Rockefeller.

◆ Inicio de un amplio ensayo de una vacuna contra el SIDA utilizando adenovirus

Un ensayo de Fase II de una candidata a vacuna contra el SIDA desarrollada por la compañía Merck en

EE UU empezó en diciembre la inscripción de 1.500 voluntarios en centros de EE UU y Canadá, el cual continuará en los próximos meses en Perú, la República Dominicana, Haití, Puerto Rico y Australia.

La candidata a vacuna utiliza un adenovirus llamado Ad5. En su forma natural, los adenovirus pueden provocar resfriados graves, pero se utiliza



EDITOR

Dr. Simon Noble

REDACTOR CIENTÍFICO SENIOR

Phil Cohen PhD

REDACTORA CIENTÍFICA

Kristen Jill Kresge

DIRECTOR DE PRODUCCIÓN

Michael Hariton

EDITOR DE LA PÁGINA WEB

Dr. Roberto Fernandez-Larsson

Todos los artículos han sido escritos por Kristen Jill Kresge. VAX es un proyecto dirigido por Kristen Jill Kresge.

TRADUCCIÓN Y MAQUETACIÓN DE LA VERSIÓN EN ESPAÑOL Grupo de Trabajo sobre Tratamientos de VIH (gTt). Barcelona, España. www.gtt-vih.org



VAX es un boletín mensual del IAVI Report, una publicación de la Iniciativa Internacional por una Vacuna contra el SIDA (IAVI) sobre la investigación en vacunas contra el SIDA. En la actualidad está disponible en inglés, francés, alemán, español y portugués. Se puede solicitar cualquier versión en vax@iavi.org. La versión española de VAX se puede recibir suscribiéndose por correo electrónico en www.gtt-vih.org/BOLETIN.

La Iniciativa Internacional por una Vacuna contra el SIDA es una organización mundial que trabaja para acelerar el desarrollo y distribución de vacunas preventivas contra el SIDA –la mayor esperanza para poner fin a la epidemia del SIDA en el mundo–. La labor de IAVI se concentra en cuatro aspectos: movilizar apoyos a través de educación y promoción, acelerar los avances científicos, favorecer la participación de la industria en el desarrollo de vacunas contra el VIH y asegurar el acceso global a las vacunas.

Copyright © 2005

una versión atenuada para la vacuna. El vector adenovirus libera tres genes diferentes del VIH en el sistema inmunitario, y ninguno de los componentes de la vacuna puede causar la infección por VIH. *(Para obtener más información sobre el uso de este vector viral, véase el apartado Cuestiones Básicas en este número).*

Muchos científicos tienen la esperanza de que la vacuna haga que el sistema inmunitario desarrolle una potente respuesta frente al VIH de forma que produzca células T asesinas que ataquen a las células infectadas por el VIH. El ensayo es el primer estudio a gran escala que se realiza para probar la capacidad de esta candidata a vacuna para proteger a las personas de la infección por VIH. El estudio también hará un seguimiento de voluntarios que lleguen a infectarse con el VIH a lo largo del período de seguimiento del ensayo (cuatro años y medio) para ver si la vacuna puede ayudar a controlar la progresión de la infección.

NOTICIAS INTERNACIONALES

◆ Inicio del primer ensayo de una vacuna contra el SIDA en la India

La India empezó en febrero a inscribir a voluntarios para el primer ensayo de una vacuna preventiva contra el SIDA de ámbito nacional. El estudio de Fase I evaluará la seguridad y la inmunogenicidad de una posible vacuna de inyección única en 30 hombres y mujeres sanos.

La candidata a vacuna, llamada tgAAC09, utiliza un vector de virus modificado adeno-asociado (AAV) para diseminar en el organismo una pequeña parte del material genético del VIH; los pequeños fragmentos de VIH utilizados en esta vacuna no pueden provocar infección. La vacuna AAV fue desarrollada por Phil Johnson, anteriormente en el Instituto de Investigación Infantil de Columbus y actualmente en el

Hospital de Niños de Filadelfia, y está bajo licencia de y siendo fabricada por la compañía Targeted Genetics, con base en Estados Unidos.

La vacuna está en estudio en un ensayo clínico conjunto de Fase I en Alemania, Bélgica y la India. El ensayo clínico está patrocinado por IAVI y lo lleva a cabo en Pune el Instituto de Investigación Nacional sobre el SIDA, una filial del Consejo Indio de Investigación Médica (ICMR en sus siglas en inglés). El inicio del estudio es un importante avance científico en un país que es el segundo en número de personas con VIH del mundo.

"Con este primer ensayo, los científicos indios están haciendo una importante contribución que brindará al mundo un paso más hacia una vacuna contra el SIDA", aseguró N.K. Ganguly, Director General de ICMR.



¿QUÉ ES LA INMUNIDAD PREVIA A UN VECTOR DE VACUNA?

Cuando una persona se infecta con un agente infeccioso (o patógeno, como un virus), el sistema inmunitario crea anticuerpos y células inmunitarias que reconocen el patógeno y controlan la infección. Muchos de estos anticuerpos y células inmunitarias desaparecen cuando se elimina la infección, pero hay un grupo de células inmunitarias que permanecen, y se denominan células memoria. Estas células permanecen inactivas en el cuerpo hasta que la persona vuelve a exponerse al mismo virus, en cuyo caso las células memoria pueden reconocer rápidamente el virus y crear otros anticuerpos o células inmunitarias para limitar y eliminar la infección.

Una vacuna intenta hacer que el sistema inmunitario produzca la misma respuesta inmune que la infección natural mediante el uso de inmunógenos (trozos de proteína viral). Estos pequeños trozos de virus

generan células memoria que pueden responder con rapidez si la persona se ve expuesta más adelante a ese virus. *(Para más información, véase la sección Cuestiones Básicas de los números de febrero y marzo de 2004 con el título Comprender el Sistema Inmunitario).*



Con el fin de generar una respuesta inmunitaria frente al VIH, una vacuna contra el SIDA tendría que contener algunos inmunógenos que fueran copias de trozos del material

genético del VIH. Debido a que sólo se usa una parte del material genético del VIH, este tipo de vacuna no puede causar infección. Algunos investigadores están intentando diseñar una vacuna para que la proteína del VIH provoque una respuesta inmune suficientemente fuerte para proteger a las personas si se ven expuestas más adelante al VIH.

Primero, el sistema inmune tiene que "ver" la vacuna. Muchas candidatas a vacunas actuales utilizan un vector como transporte para llegar al sistema inmunitario. El vector es un virus debilitado (o bacteria) que resulta segura para los humanos. Algunas veces, el vector se desarrolla a partir de una vacuna contra otra enfermedad. Los científicos están trabajando con algunos vectores diferentes para las vacunas contra el SIDA *(para saber más sobre los vectores, véase la sección Cuestiones Básicas del número de septiembre de 2004)*. Los vectores

hechos a partir de otros virus se llaman vectores virales.

Cuando un virus común o vacuna se utiliza como vector, algunas personas habrán sido previamente expuestas a este virus bien de manera natural, bien a través de inmunización. Algunas personas desarrollarán una inmunidad al vector, lo cual se conoce como inmunidad previa.

Cuando alguien tiene inmunidad previa a un virus o a un vector inocuo, tienen células memoria inmunitarias o anticuerpos específicos a ese patógeno o vector almacenados en su organismo. Si la respuesta inmunitaria de la persona vacunada se dirige hacia el vector, podría limitar la respuesta inmunitaria a los inmunógenos del VIH. Esto podría hacer que la vacuna fuera menos eficaz, por lo que para cada vector es importante averiguar si la inmunidad previa podría impedir la acción de la vacuna.

Vectores actuales

Varias candidatas a vacunas prometedoras en estudio están usando como vector un adenovirus humano modificado llamado Ad5. Los adenovirus humanos son la causa de varios resfriados. Después de eliminar la infección, la persona infectada tiene células memoria y anticuerpos específicos a ese adenovirus. Hay unos 40 grupos diferentes (llamados serotipos) de adenovirus humanos. Aproximadamente un 35% de las personas en Europa y EE UU, y hasta un 90% de las personas de algunos países (Suráfrica, Zambia, Botswana y Tailandia) han estado infectadas en el pasado con Ad5, por lo que es habitual la inmunidad previa a este vector.

Actualmente está en marcha un importante ensayo de una vacuna contra el SIDA que utiliza el vector Ad5 de Merck, llamado MRKAd5.

Este ensayo comprobará la capacidad de la vacuna para prevenir la infección por VIH o para controlar la progresión de la infección en personas que más adelante se infecten con VIH. Algunos investigadores esperan que la vacuna estimule el sistema inmunitario para producir células T asesinas que puedan eliminar las células infectadas por VIH. Esto es lo que se llama respuesta inmunitaria celular.

Esta vacuna está siendo probada en 1.500 voluntarios de ocho países. Sólo las personas con un bajo nivel de inmunidad previa a Ad5 están siendo inscritas en este ensayo. Sin el problema de la inmunidad previa, los investigadores pueden valorar la eficacia de la vacuna frente al VIH, pero los

CUESTIONES BÁSICAS COMPRENDER la inmunidad PREVIA

resultados de este ensayo no estarán disponibles hasta dentro de unos cuatro años. Mientras tanto, los investigadores están explorando diferentes iniciativas para mejorar el vector adenovirus. Algunas de esas iniciativas implican el uso de dosis más altas de vacuna o más de una vacunación (lo que se denomina estrategia de inducción-refuerzo). Otra iniciativa consistiría en utilizar un serotipo diferente de adenovirus para el que haya menos inmunidad previa, como el Ad11 y el Ad35. Estos serotipos se están desarrollando como vectores para vacunas contra el SIDA y se podrían utilizar para sortear el problema de la inmunidad previa al Ad5 si el ensayo actual se muestra prometedor.

Otros vectores virales que se están utilizando o en desarrollo para vacu-

nas preventivas contra el SIDA también podrían presentar problemas de inmunidad previa (como los virus de la vacuna del sarampión o de la polio), aunque cada nuevo vector debe estudiarse de forma individual para determinar la importancia de la inmunidad previa. Los investigadores todavía no han aclarado si la inmunidad previa podría ser un problema para los diferentes vectores en desarrollo como candidatos a vacunas contra el SIDA.

El vector de la Vacuna Ankara Modificada (MVA) es un ejemplo en el que la inmunidad previa no parece constituir un problema. Este vector forma parte de varios ensayos que están en marcha, incluido uno que se inició en enero (*véase Investigación y Ensayos*). La MVA es lo suficientemente similar al virus utilizado para la inmunización de viruela para que la inmunidad previa pudiera tener efecto en la eficacia de una candidata a vacuna contra el SIDA basada en MVA. Pero este vector puede presentar menos problemas debido a que las vacunaciones de viruela finalizaron en muchos países a mediados de los 70. Las personas inscritas en ensayos de vacunas suelen tener entre 25 y 40 años y por tanto, no es probable que tengan inmunidad previa. Tampoco es un virus en circulación en la actualidad gracias al éxito de la campaña mundial de vacunación. Hasta el momento, no se ha observado ningún efecto de inmunidad previa a los vectores de MVA, pero es necesario obtener más información al respecto.

Hasta que los investigadores obtengan más datos sobre la inmunidad previa, estamos ante uno de los muchos factores que los investigadores de vacunas tienen que tener en cuenta.

vax

FEBRERO 2005

5