



EDITORIAL

Profilaxis pre-exposición del VIH: que el árbol no impida ver el bosque



HIV pre-exposure prophylaxis (PreP): The three should not prevent seeing the forest

Jordi Casabona ^{a,b,c}

^a Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i SIDA de Catalunya (CEEISCAT), Departament de Salut, Barcelona, España

^b Grupo de Diagnóstico Precoz del VIH en Atención Primaria en España, Barcelona, España

^c Centro de Investigación Biomédica en RED de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

Disponible en Internet el 15 de mayo de 2017

Desde el inicio de la pandemia del VIH en 1981 sus focos de interés han ido variando según el momento y el lugar, eso sí, sin acabar de encontrar la famosa «varita mágica» que consiga su eliminación. Actualmente el mal denominado «tratamiento como prevención» (TxP) (el impacto poblacional derivado de tratar al máximo número de personas que viven con el VIH [PVVIH] lo más pronto posible), y muy especialmente la «profilaxis pre-exposición» (PreP) (el uso de antirretrovirales [ARV] para evitar la adquisición del VIH en caso de exponerse al virus), son las dos intervenciones biomédicas que más atención acaparan entre los profesionales sanitarios, activistas y medios de comunicación.

En relación con el TxP, hay suficiente evidencia de que los ARV son eficaces y efectivos en mejorar el pronóstico de las PVVIH cuando se empiezan a tomar de forma precoz, independientemente del estadio clínico¹; además, la generalización de esta recomendación clínica —si va acompañada de un mejor diagnóstico precoz— disminuye la carga viral poblacional y, por ende, la transmisibilidad y su incidencia en la comunidad. Países con la suficiente visión para coordinar sus acciones y consolidar sus sistemas de información así lo han constatado².

En relación con la PreP, las cosas no son tan sencillas. Si bien existe una extensa evidencia proveniente de diversos ensayos clínicos sobre la eficacia de emtricitabina

(FTC)/tenofovir disoproxil fumarato (TDF) (Truvada®) en reducir la probabilidad de adquisición del VIH³, su efectividad se ha estimado entre el 51 y el 70% en función de la adherencia⁴, similar a la del preservativo⁵. Además, aparte de la monitorización clínica que requieren los usuarios de la PreP, el hecho de que su introducción vaya asociada a un aumento de las conductas de riesgo (compensación de riesgo) —y por tanto de la incidencia del resto de infecciones de transmisión sexual (ITS)⁶, incluyendo la hepatitis C— hace necesario planificar y gestionar correctamente las correspondientes necesidades asistenciales que de ello se derivan, así como los aspectos de comunicación relacionados con los potenciales efectos psicosociales de la introducción de la PreP. Por todo ello, los criterios y procedimientos de uso, su coste-efectividad, quién debe pagarlo y los posibles efectos adversos colaterales a nivel poblacional son motivo de discusión⁷. La PreP, como intervención preventiva financiada públicamente para disminuir la incidencia del VIH a nivel poblacional, ha de poder hacerse de forma coste-efectiva o con una clara razón de oportunidad y asegurando que sus posibles efectos colaterales pueden gestionarse correctamente. En este sentido, los tres factores que consistentemente se han asociado a un mayor coste-efectividad son su uso selectivo en grupos con una alta exposición e incidencia (como determinados subgrupos del colectivo de hombres que tienen sexo con otros hombres), la adherencia al tratamiento y, evidentemente, su coste⁸, el cual puede verse reducido de

Correo electrónico: carrernou@telefonica.net

forma sustancial a partir de 2017 cuando finalice la patente de Truvada®. Todos estos aspectos pueden variar de un contexto epidemiológico y sanitario a otro, y por ello —como han hecho otros países— se ha recomendado la realización de estudios de implementación liderados y coordinados por las administraciones de salud pública con la participación del resto de actores y dirigidos a responder a preguntas operativas del tipo: «¿cómo funcionan los criterios de selección?», «¿dónde y por quién puede hacerse la selección y la dispensación?», «¿qué adherencia hay y cómo puede mejorarse?», «¿qué compensación de riesgo ocurre y qué impacto tiene en las ITS y los servicios sanitarios?». Responderlas es básico antes de generalizar esta intervención⁹.

Pero no podemos olvidar que el impacto poblacional de las intervenciones biomédicas como el TxP y la PreP se reduce drásticamente si estas no van acompañadas de medidas clásicas de salud pública, como la promoción de la salud sexual en los jóvenes, las intervenciones conductuales orientadas a la reducción de riesgo, la promoción del preservativo, el diagnóstico y tratamiento precoces de las ITS y la notificación sistemática a los contactos, de forma sostenida y proporcional a la magnitud de la epidemia¹⁰. En España, donde la tasa de pruebas de VIH y la de nuevos diagnósticos son respectivamente más bajas y más altas que la media europea, y donde las medidas clásicas de salud pública —como la propia salud pública en general— están absolutamente sub-financiadas, es técnicamente incorrecto limitar el debate y los recursos a una sola intervención. Poblacionalmente, de poco sirve tratar mucho, si no se diagnostica a tiempo y además hay un incremento desproporcionado de las conductas de más riesgo. Por ello es importante crearse e implementar el concepto de «prevención combinada» desde una perspectiva de salud pública¹¹.

Finalmente, en estos momentos no creo que la PreP deba cambiar las prioridades de atención primaria en la prevención y control de las ITS y del VIH, promoviendo las conductas más seguras y, en primer lugar, el uso del preservativo, identificando los usuarios de más riesgo en base a las conductas de riesgo y a las enfermedades indicadoras¹², cribando —y eventualmente tratando— las infecciones más prevalentes como la sífilis, la gonococia y la clamidia, así como la propia hepatitis C, realizando el estudio de los contactos de los casos índice y asegurando que los pacientes VIH+ llegan a las unidades de VIH para tratamiento ARV lo antes posible. En el momento que se formalice el uso selectivo de la PreP, parece lógico que, al igual que algunas ONG pueden participar en la selección de pacientes e incluso en su dispensación, determinados centros de atención primaria también puedan hacerlo, pero sin que el árbol nos impida ver el bosque y evidentemente contando con los recursos, la definición de roles y el tiempo para hacerlo correctamente. Llegado el

caso, me atrevo a sugerir, este escenario sería un buen argumento para revisar el papel que respecto al tratamiento y la monitorización de la propia infección por el VIH y el VHC debe tener atención primaria en el siglo XXI. Pero esto ya es harina de otro costal.

Bibliografía

1. INSIGHT START Study Group. Initiation of antiretroviral therapy in early asymptomatic HIV infection. *N Engl J Med*. 2015;373:795–807.
2. Okano JT, Robbins D, Palk L, Gerstoft J, Obel N, Blower S. Testing the hypothesis that treatment can eliminate HIV: A nationwide, population-based study of the Danish HIV epidemic in men who have sex with men. *Lancet Infect Dis*. 2016;16:789–96.
3. McCormack S, Dunn DT, Desai M, Dolling DI, Gafos M, Gilson R, et al. Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): Effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. *Lancet*. 2016;387:53–60.
4. Fonner VA, Dalglish SL, Kennedy CE, Baggaley R, O'Reilly KR, Koechlin FM, et al. Effectiveness and safety of oral HIV pre-exposure prophylaxis for all populations. *AIDS*. 2016;30:1973–83.
5. Smith DK, Herbst JH, Zhang X, Rose CE. Condom effectiveness for HIV prevention by consistency of use among men who have sex with men in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015;68:337–44.
6. Marcus JL, Hurley LB, Hare CB, Nguyen DP, Phengrasamy T, Silverberg MJ, et al. Preexposure prophylaxis for HIV prevention in a large integrated health care system: Adherence, renal safety, and discontinuation. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2016;73:540–6.
7. Cairns GP, Race K, Goicochea P. PrEP: Controversy, agency and ownership. *J Int AIDS Soc*. 2016;19 7 Suppl 6:21120.
8. Cremin I, Hallett TB. Estimating the range of potential epidemiological impact of pre-exposure prophylaxis: Run-away success or run-away failure? *AIDS*. 2015;29:733–8.
9. Beltrán Aguirre JL, Casabona J, Barbrà J, Díez David E, Ortún Rubio V, Reyes Urueña J, Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)/Sociedad Española de Epidemiología (SEE). Posicionamiento SESPAS 01/2016. Debate sobre la posible introducción de la profilaxis pre-exposición del VIH (PrEP) en España; 2016. Disponible en: <http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/Posicionamiento%20SESPAS%20ProfilaxisPreExposicionVIH.PDF>
10. European Centre for Disease Prevention and Control. HIV and STI prevention among men who have sex with men. Stockholm: ECDC; 2015.
11. Jones A, Cremin I, Abdullah F, Idoko J, Cherutich P, Kilonzo N, et al. Transformation of HIV from pandemic to low-endemic levels: A public health approach to combination prevention. *Lancet*. 2014;384:272–9.
12. Agustí C, Montoliu A, Mascort J, Carrillo R, Almeda J, Elorza JM, et al. Missed opportunities for HIV testing of patients diagnosed with an indicator condition in primary care in Catalonia, Spain. *Sex Transm Infect*. 2016;92:387–92.