



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Editorial

¿Es el momento de poner en marcha nuevas estrategias de prevención de la infección por VIH en España?



Is it time to start new HIV prevention strategies in Spain?

Antonio Rivero^{a,*} y Santiago Moreno^b

^a Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Reina Sofía, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Córdoba, España

^b Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Ramón y Cajal, Universidad de Alcalá, Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS), Madrid, España

El éxito del tratamiento antirretroviral ha minimizado las complicaciones clínicas de la infección por VIH y, como consecuencia, ha contribuido a la percepción de que se trata de una enfermedad bajo control. Esta percepción, sin embargo, no coincide con la realidad en lo que a la extensión de la epidemia se refiere. En España, la infección por VIH se sigue expandiendo a pesar de los tratamientos eficaces y accesibles a todas las personas afectadas. Algunas cifras pueden poner en perspectiva esta afirmación. Actualmente, se estima que el número de personas infectadas por el VIH en España es de aproximadamente 150.000, lo que supone una prevalencia en la población general del 0,4% (IC 95%: 0,4-0,5), con una prevalencia de infección oculta del 0,1%¹. Más aún, de acuerdo con el Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de Infección por VIH (SINIVIH), en 2014 se registraron 3.366 nuevos diagnósticos, lo que supone una tasa de 7,25 por 100.000 habitantes (9,34 por 100.000 habitantes ajustada por retraso en la notificación)¹. Estas cifras son superiores a las de los países de nuestro entorno con renta alta.

Por otro lado, todos los registros nacionales de la infección por VIH reflejan un cambio epidemiológico significativo. En España, en los últimos años las relaciones sexuales no protegidas entre hombres suponen la práctica de riesgo más importante para la adquisición de la infección por VIH (64%), seguidas de las relaciones sexuales no protegidas entre personas de diferente sexo (31%). Globalmente, por tanto, la transmisión a través de relaciones sexuales no protegidas es responsable de más del 95% de todas las nuevas infecciones por VIH en nuestro medio¹. Estrategias que logren controlar la transmisión sexual del VIH podrían tener un impacto definitivo en limitar la extensión de la infección. Aunque el uso del preservativo y otros métodos de barrera ayudan en este propósito, es evidente que no son suficientes. Se precisan estrategias adicionales para disminuir las nuevas infecciones.

Entre las estrategias propuestas, la profilaxis preexposición (PrEP) ha demostrado ser eficaz en la prevención de la transmisión

del VIH. La PrEP consiste en la administración de fármacos antirretrovirales a personas no infectadas por el VIH con el objetivo de reducir la probabilidad de adquirir la infección. Las evidencias sobre la eficacia y seguridad de esta nueva estrategia de prevención del VIH han sido evaluadas en diversos ensayos clínicos, llevados a cabo en diversos colectivos, que han incluido hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)²⁻⁴, hombres y mujeres heterosexuales⁵⁻⁸ y usuarios de drogas parenterales (UDP)⁹. El alto nivel de eficacia y seguridad de la PrEP demostrado en la mayoría de estos estudios ha motivado que diversos organismos internacionales como los *Centers for Disease Control and Prevention*^{10,11} y la OMS¹² hayan aprobado su uso como estrategia de prevención del VIH. En España, el grupo de estudio de sida (GESIDA) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica ha elaborado unas recomendaciones en las que se aconseja y protocoliza el uso de la PrEP como estrategia preventiva del VIH¹³.

Seguramente el principal problema al que se enfrenta la puesta en marcha de un programa de PrEP en cualquier contexto sea identificar a las personas que más se beneficien de recibir el fármaco, de tal modo que conviertan la estrategia en coste-efectiva. Para este propósito resultan esenciales los estudios sobre poblaciones centinela que ayuden, por un lado, a identificar el riesgo de adquisición de la infección en el colectivo y, por otro, las características que ayuden a identificar las personas a más alto riesgo. Por este motivo, el trabajo de Ayerdi-Aguirrebengoa et al.¹⁴ en el presente número de ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA CLÍNICA resulta especialmente pertinente. En él se evalúan las características sociodemográficas y los hábitos conductuales de pacientes con infección reciente por VIH atendidos en una clínica de infecciones de transmisión sexual de Madrid. Algunos datos aportados son especialmente elocuentes. En un solo año (2014), se diagnosticaron 307 pacientes de infección por VIH en esta clínica, de los cuales 61 (20%) tenían una prueba negativa en el año previo. Esto significa que este elevado número eran conscientes del riesgo (habían acudido previamente a hacerse una prueba del VIH en la misma clínica) y no habían adoptado posteriormente las medidas de prevención recomendadas. Por otro lado, esta población con diagnóstico reciente de infección por VIH tiene características

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ariveror@gmail.com (A. Rivero).

altamente: se trataba de HSH (98%), que habían consumido drogas recreativas en el último año (88%), bajo cuyo efecto mantuvieron prácticas sexuales no protegidas, y que habían mantenido relaciones anales sin preservativo con contactos sexuales ocasionales (76%). Los autores dibujan de este modo el perfil de personas con prácticas de alto riesgo para la adquisición de la infección por VIH.

Los datos proporcionados por Ayerdi-Aguirrebengoa se suman a los de otros estudios en nuestro país que apoyan las recomendaciones de adoptar la PrEP como estrategia de prevención adicional a las ya consideradas. La monitorización a través de una cohorte de HSH VIH negativos nos permite tener una cifra de incidencia que refleja de forma directa la situación en este grupo. Los datos obtenidos a través de la Cohorte BCN Checkpoint permiten calcular durante el periodo 2009-2014 una incidencia global en HSH de 2,51% (IC 95%: 2,25-2,81), que puede variar entre el 8,4 y el 24,7% de personas-año cuando no siempre se usa condón, se ha sido diagnosticado de una ITS y se han tenido más de 10 parejas sexuales en los últimos 6 meses, independientemente del rol en las relaciones anales¹⁵. Los datos son precisos y coincidentes en los 2 estudios y establecen tasas de incidencia superiores a las consideradas coste-efectivas (2-3%, según el organismo), cuando se selecciona adecuadamente la población diana.

En el momento actual de la epidemia de infección por VIH en España parece claro que, además de la promoción del preservativo y la educación sexual, son necesarias nuevas estrategias para reducir las tasas de nuevas infecciones por VIH. Seguramente, el diagnóstico precoz y el tratamiento de todas las personas infectadas por VIH sean el método más eficaz de prevenir la transmisión. De hecho, en España se recomienda la administración de tratamiento antirretroviral a todos los pacientes con infección por el VIH para, mediante la supresión de la replicación viral, evitar la progresión de la enfermedad, disminuir la transmisión del virus y limitar el efecto nocivo sobre posibles morbilidades coexistentes¹⁶. Pero mientras se instauran medidas para el diagnóstico de todas las personas infectadas y se logra el objetivo de tratar a todos, la PrEP constituye un arma potente para ser integrada en el control de la transmisión.

Los datos de incidencia de infección por VIH en personas con prácticas de alto riesgo en nuestro país y la eficacia de la PrEP demostrada en los ensayos clínicos y estudios observacionales no permiten ser contemplativos. Los colectivos preocupados por la evolución de la epidemia, sanitarios y no sanitarios, no podemos permanecer pasivos y se debe insistir en la necesidad de desarrollar programas integrales que incluyan la PrEP para evitar la aparición de nuevos casos de infección por VIH. Y las autoridades sanitarias responsables de tomar decisiones deben tener en cuenta esta realidad. Es, por tanto, el momento de poner en marcha nuevas estrategias de prevención de la transmisión del VIH en España.

Bibliografía

1. Área de Vigilancia de VIH y Conductas de Riesgo. Vigilancia epidemiológica del VIH/sida en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida-SG de Promoción de la Salud y Epidemiología-Centro Nacional de Epidemiología-ISCIII, Junio, 2015 [consultado 6 Oct 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIH.SIDA.2015.pdf>
2. Buchbinder SP, Glidden DV, Liu AY, McMahan V, Guanira JV, Mayer KH, et al. HIV pre-exposure prophylaxis in men who have sex with men and transgender women: A secondary analysis of a phase 3 randomised controlled efficacy trial. *Lancet Infect Dis.* 2014;14:468–75.
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. Molina JM, Capitant C, Spire B, Pialoux G, Cotte L, Charreau I, et al. On-demand preexposure prophylaxis in men at high risk for HIV-1 infection. *N Engl J Med.* 2015;373:2237–46.
5. Baeten JM, Donnell D, Ndase P, Mugo NR, Campbell JD, Wangisi J, et al. Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women. *N Engl J Med.* 2012;367:399–410.
6. Thigpen MC, Kebaabetswe PM, Paxton LA, Smith DK, Rose CE, Segolodi TM, et al. Antiretroviral preexposure prophylaxis for heterosexual HIV transmission in Botswana. *N Engl J Med.* 2012;367:423–34.
7. Van Damme L, Corneli A, Ahmed K, Agot K, Lombaard J, Kapiga S, et al. Pre-exposure prophylaxis for HIV infection among African women. *N Engl J Med.* 2012;367:411–22.
8. Marrazzo JM, Ramjee G, Richardson BA, Gomez K, Mgodini N, Nair G, et al. Tenofovir-based preexposure prophylaxis for HIV infection among African women. *N Engl J Med.* 2015;372:509–18.
9. Choopanya K, Martin M, Suntharasamai P, Sangkum U, Mock PA, Leethochawalit M, et al. Antiretroviral prophylaxis for HIV infection in injecting drug users in Bangkok, Thailand (the Bangkok Tenofovir Study): A randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. *Lancet.* 2013;381:2083–90.
10. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Interim guidance for clinicians considering the use of preexposure prophylaxis for the prevention of HIV infection in heterosexually active adults. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2012;61:586–96.
11. US Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Pre-exposure prophylaxis for the prevention of HIV infection in the United States – 2014. A clinical practice guideline [consultado 6 Oct 2016]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/hiv/pdf/prepguidelines2014.pdf>
12. World Health Organization. WHO Expands recommendation on oral pre-exposure prophylaxis of HIV infection (PrEP). Policy brief [consultado 6 Oct 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/hiv/pub/prep/policy-brief-prep-2015/en/>
13. Grupo redactor de GeSIDA. Profilaxis pre-exposición para la prevención de la infección por VIH en adultos en España [consultado 6 Oct 2016]. Disponible en: <http://www.gesida-seimc.org/contenidos/guiasclinicas/2016/gesida-guiasclinicas-2016-profilaxis-pre-exposicionVIH.pdf>
14. Ayerdi-Aguirrebengoa O, Vera-García M, Puerta-López T, Raposo-Utrilla M, Rodríguez-Martín C, del Romero-Guerrero J. ¿A quién proponer la profilaxis pre-exposición al virus de la inmunodeficiencia humana? *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2017;35:299–302.
15. Meulbroek M, Dalmau-Bueno A, Pujol F, Pérez F, Taboada H, Carrillo A, et al. Cohort for MSM as a useful tool to assure cost effectiveness during the implementation of PrEP. *EACS, Barcelona*, 21-24 octubre 2015.
16. AIDS Study Group (GESIDA) of the Spanish Society of Infectious Diseases, Clinical Microbiology, the National AIDS Plan. Executive summary of the GESIDA/National AIDS Plan consensus document on antiretroviral therapy in adults infected by the human immunodeficiency virus (updated January 2016). *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2016;34:439–51.