

## Compensación de riesgos y toma de decisiones clínicas - El caso de la profilaxis de preexposición al VIH

Ignacio Fernández Vidaurreta

Enlace revista original: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1810743>

La profilaxis previa a la exposición (PrEP) para el VIH está aprobada actualmente por la *Food and Drug Administration* (FDA), como una píldora anti-retroviral de uso diario, con una efectividad mayor del 90% en la prevención del VIH.

Hoy en día se plantean dudas similares a las que se plantearon hace más de medio siglo, cuando se generalizó el uso de los anticonceptivos orales, permitiendo sexo heterosexual sin condón con un riesgo menor de embarazo. Y al igual que con estos, se puede considerar la PrEP como una espada de doble filo: puede proteger a las personas contra la adquisición del VIH, pero si no existe ese riesgo, los usuarios pueden tener más parejas o más relaciones sexuales sin protección, lo que aumentaría el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS) no relacionadas con el VIH. Este patrón anticipado de comportamiento (mayor toma de riesgos en respuesta a una mayor sensación de protección), está en consonancia con una teoría llamada “compensación de riesgo”, y las preocupaciones de los médicos sobre ella puede ser una de las razones de la lenta adopción de la PrEP en los Estados Unidos.

El primer ensayo que demostró la eficacia de la PrEP, realizado tanto entre hombres que tienen sexo con hombres como entre mujeres transexuales, se publicó en 2010. En 2012 fue aprobada por la FDA y en 2014 se publicaron por el *Centre of Disease Control* (CDC) las primeras guías clínicas completas para la PrEP. Ahora el objetivo primordial de la estrategia nacional contra el VIH es ampliar su acceso.

El CDC estima que en Estados Unidos 1,1 millones de personas cumplen con los criterios para el uso de la PrEP. Sin embargo, sólo alrededor de 100000 la usaron en 2017. La aceptación ha sido limitada por múltiples razones, incluyendo el bajo conocimiento entre los profesionales sanitarios y las poblaciones de riesgo. Otro factor importante es la preocupación de los facultativos por la sensación de riesgo. Aunque muchos usuarios de PrEP no cambian su comportamiento sobre el uso de preservativo, la anticipación de los médicos al cambio de comportamiento puede hacerlos reacios a recetarlos. Estas preocupaciones no son infundadas. La PrEP no protege contra las ETS que no son VIH, y en ciertos estudios se ha comprobado el aumento de prevalencia de gonorrea, clamidia o sífilis entre los pacientes que comenzaron a recibir PrEP. Las ETS son un importante problema de salud pública, pero la preocupación sobre la compensación de riesgos no justificaría que se niegue la PrEP a las personas en riesgo de infección por VIH.

Además, la atención centrada en el paciente requiere que se reconozca que la prevención de enfermedades puede no ser el resultado de salud más importante para los pacientes. Según la Organización Mundial de la Salud, la salud sexual no es sólo la ausencia de enfermedades, sino

también un estado global de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad. Al permitir las relaciones sexuales sin condón con menos temor a la transmisión del VIH, la PrEP tiene el potencial de facilitar la intimidad y el placer que puede contribuir al bienestar sexual de muchas personas.

En los últimos 50 años, las relaciones sexuales heterosexuales sin preservativo entre personas que usan otro tipo de anticonceptivos han llegado a ser aceptadas médicamente. De manera similar, si el uso de la PrEP se extiende más y lleva a una disminución de la incidencia del VIH, las preocupaciones de los médicos sobre la compensación de riesgos pueden jugar un papel más secundario en la toma de decisiones clínicas con respecto a la PrEP. Sin embargo, con casi 40000 nuevas infecciones por VIH diagnosticadas anualmente en los Estados Unidos, no nos podemos permitir el lujo de esperar.

Tres iniciativas podrían ayudar a acelerar la difusión equitativa de la PrEP. En primer lugar, las directrices clínicas y los planes de formación podrían respaldar explícitamente su oferta a los pacientes. En segundo lugar, los médicos podrían evaluar a los pacientes de manera que les ayuden a tomar decisiones informadas sobre las opciones para la prevención del VIH, incluyendo la PrEP y los preservativos. Finalmente, se deberían incluir estrategias para minimizar la influencia de las actitudes personales con respecto a la sexualidad en la toma de decisiones clínicas.

Hacer que la PrEP esté más ampliamente disponible, independientemente del uso que los pacientes pretendan hacer del preservativo, no conducirá a la anarquía sexual. Por el contrario, estimulará la salud sexual de los pacientes y la capacidad de los médicos para ofrecer una atención centrada en la prevención y basada en la evidencia, fomentando además los esfuerzos de la salud pública para combatir la epidemia del VIH.