

¿que es la Prevención Pos-Exposición (PEP)?

¿porqué PEP ahora?

Aún no se descubre la cura del SIDA. La prevención continúa siendo la mejor forma de detener esta epidemia. La mejor forma de no contraer el VIH es evitando la exposición en primer lugar: abstenerse sexualmente, tener solo parejas sanas, hacer uso constante del condón, abstenerse de usar drogas inyectables y la esterilización constante del equipo de inyección.¹

Recientemente hemos aprendido mucho sobre el tratamiento del VIH y la progresión de la misma. El uso de los inhibidores de la Proteasa en combinación con otros medicamentos para tratar el VIH han sido altamente eficaces reduciendo los niveles de VIH en la sangre y restaurando la salud de muchos pacientes.² Para aquellas personas que no están infectadas con el VIH y que se exponen a este virus, es posible que durante las primeras horas o días de haber estado expuestas estas medicinas de alto poder activo logren prevenir la infección con VIH.

En un estudio a trabajadores del sector de salud quedó demostrado que el tratamiento con AZT después de haber estado en contacto con agujas expuestas a sangre infectada con VIH redujo las posibilidades de infección en un 81%.^{3,4} El estudio no fue diseñado para comprobar la eficacia del tratamiento con AZT después de haber estado expuesto lo cual presenta ciertas limitaciones. A partir de numerosas consultas, resultados de estudios, y otros datos el Centro de Prevención y Control de las Enfermedades (CDC por sus siglas en Inglés) se inclinó por recomendar la Prevención Pos-Exposición (PEP por sus siglas en Inglés) para algunos trabajadores del sector salud que accidentalmente han estado expuestos a fluidos corporales infectados con VIH. Si el PEP fue recomendado a trabajadores de la salud lo más lógico es que se tomen en consideración aquellas personas que han estado expuestas por medio del sexo, uso de drogas inyectables, especialmente siendo éstas son las formas más comunes de contraer la infección con VIH.

¿cuáles son los componentes del PEP?

Aún no existen recomendaciones federales que regulen el uso del PEP en personas que han estado expuestas al VIH por medio del sexo o uso de drogas inyectables, aunque el CDC actualmente estudia este caso. Actualmente, muchos doctores y clínicas a lo largo de la nación Estadounidense ofrecen el PEP en formas diversas.⁵ En la mayoría de los casos el PEP se aplica dentro de un período de 72 horas del posible contacto utilizando una o varias drogas anti-VIH. Este tratamiento dura un período de 4 a 6 semanas.

Antes de implementar el PEP, es necesario determinar cuidadosamente el nivel y la frecuencia con la que el paciente se expone al riesgo, al igual que el estado de la pareja del paciente con respecto al VIH. Los pacientes deberán ser informados sobre los posibles efectos negativos y la difícil tarea de cumplir con el medicamento a cabalidad, por lo tanto será necesario ayudarles a crear las estrategias para lograr el cumplimiento de las indicaciones del tratamiento. También pueden formar parte de un programa del PEP la notificación de la pareja del paciente.

Una de las potenciales ventajas que ofrece PEP es la oportunidad de alcanzar y aconsejar personas con alto riesgo de contraer el VIH. Los programas PEP deben incluir un componente de consejería conductual que ayude a los pacientes a encontrar la forma de no exponerse al VIH en el futuro y a manejar el temor de la posible infección. Incluir servicios de referencia a programas de prevención del VIH, de tratamiento por abuso de drogas, y salud mental y física puede contribuir a la resolución de ciertos factores de riesgo que son de vital importancia.⁶

Al tener relaciones sexuales sin protección no solo se está exponiendo al riesgo de infección con VIH, sino a otras ETS y a embarazos no planeados. Los programas PEP deben ofrecer pruebas de detección de embarazos y de ETS con su respectivo tratamiento. Está demostrado que las personas infectadas con algún ETS tienen de 2 a 5 veces mas probabilidad de infectarse con VIH que las personas sin ETS. El tratamiento de las ETS es una intervención exitosa para prevenir el VIH.⁷

¿funciona el PEP?

Nadie está seguro. La idea de prevenir la infección por medio de poderosas drogas anti-VIH hace sentido biologicamente hablando, aunque algunas personas opinan que el estudio del AZT y el personal de salud es inconcluso y que no se han realizado estudios del PEP en personas que han estado expuestas al VIH por uso de drogas inyectables o contacto sexual. La potencia de los nuevos drogas anti-VIH es sorprendente, y hasta que se demuestre lo contrario, razón demás para ofrecer el PEP después de haber estado expuesto a una enfermedad que puede ocasionar la muerte.⁸

Quién lo dice?

1. Centers for Disease Control and Prevention. Backgrounder: CDC-sponsored external consultants meeting on post-exposure therapy (PET) for non-occupational exposures to HIV. Fact sheet prepared by the CDC. July 1997.

2. Deeks SG, Smith M, Holodniy M, et al. HIV-1 protease inhibitors: a review for clinicians. *Journal of the American Medical Association*. 1997;277:145-153.

3. Centers for Disease Control and Prevention. Case-control study of HIV seroconversion in health-care workers after percutaneous exposures to HIV-infected blood—France, United Kingdom, and United States, January 1988-August 1994. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 1995;44:929-933.

4. Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA, et al. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. *New England Journal of Medicine*. 1997;337:1485-1490.

5. Zuger A. 'Morning after' treatment for AIDS. *The New York Times*. June 10, 1997.

6. Katz MH, Gerberding JL. Postexposure treatment of people exposed to the human immunodeficiency virus through sexual contact or injection-drug use. *New England Journal of Medicine*. 1997;336:1097-1100.

¿cuáles son las desventajas?

Uno de los temores del PEP es que las personas retornen a las prácticas riesgosas si estos asumen que el PEP va a prevenir la infección. Hay evidencias de que los avances en el tratamiento del VIH, incluyendo el PEP, pueden ya estar aumentando el índice de sexo sin protección en los EEUU.⁹ Por ejemplo, las tasas de gonorrea en hombres que tienen sexo con otros hombres se han elevado por primera vez desde comienzos de los 1980's.¹⁰

Otro de los temores es que el uso indebido de las terapias con PEP ocasione que las personas desarrollen un tipo de VIH más resistente a estas medicinas. Si la terapia no tiene éxito y la persona desarrolla este virus más resistente, es posible que los nuevos tratamientos no funcionen para esta persona. Esto no solo puede ocurrir con la terapia del PEP, sino que con cualquier otro tratamiento de combinación de terapias.

Seguir este régimen puede ser a su vez complicado y prohibido por su costo. Las medicinas necesitan ser ingeridas a horas específicas y con mucha regularidad. Cerca de un tercio de los tarabajadores de salud que recibieron el PEP no pudieron cumplir con el régimen por lo difícil que resulta seguirlo. Los efectos secundarios de estos medicamentos pueden ser severos y debilitantes y se desconocen los efectos a largo plazo. Una dosis típica de cuatro semanas puede tener un costo de \$600-1000 incluyendo el medicamento, pruebas de sangre y las visitas a la clínica.

Recetar el PEP puede ser una decisión muy complicada para los doctores y debe hacerse de acuerdo a cada caso. Muchos opinan que un buen candidato para el PEP es aquella persona que haya estado expuesta al sexo sin protección o que haya compartido jeringas con una pareja VIH+. Sin embargo a muchas personas les preocupa que proveer repetidamente el PEP a personas que repiten conductas de alto riesgo puede dar licencia a las practicas riesgosas, o resultar en intoxicación por las medicinas.

¿qué programas existen?

San Francisco, CA recién implementó un proyecto para determinar que tan seguro y factible es el PEP. Este estudio ofrece consejería conductual intensiva, pruebas de detección del VIH y medicinas anti-VIH a personas que hayan estado expuestas al VIH dentro de un período de 72 horas. El proyecto no determinará la efectividad del PEP; determinará si los participantes cumplen o no con los tratamientos, si presentan efectos secundarios significativos y si estos cambian su comportamiento de alto riesgo después de haber estado expuesto.¹¹

A nivel internacional, muchos países han implementado el PEP. En Francia, el Secretario de Salud anunció en Agosto de 1997 que el PEP estará a la disposición de todas aquellas personas que accidentalmente hayan estado expuestas al VIH por razón ocupacional, sexual o por inyección. En Londres, Inglaterra el PEP esta disponible a través de las clínicas y doctores privados. En Colombia Británica, Canadá el PEP está disponible en las salas de emergencia para aquellos pacientes que hayan estado posiblemente expuestos.

¿cómo puede ayudar el PEP?

El PEP puede ayudar a reforzar las labores de prevención al servir de puente entre la prevención y el tratamiento, similar a lo que hace la prevención de las ETS. Tradicionalmente la prevención de las ETS ha incluido educación, pruebas de detección, notificación de pareja y seguimiento. En San Francisco, uno de los programas del PEP está localizado en una clínica de ETS. Muchas personas han abogado por la integración del VIH y las ETS en labores de prevención. El PEP lleva ese rumbo.

Nadie espera que el PEP sea 100% eficaz. Hasta hoy, dentro de lo que es prevención no existe un instrumento capaz de garantizar un 100% de efectividad ante cualquier condición médica así sea cáncer, embarazos o VIH. La mejor forma de prevención requiere "una miríada de intervenciones imperfectas de efectividad acumulativa."¹² Un programa de prevención completo, utiliza muchos elementos para proteger del VIH a la mayor cantidad de personas posible. PEP ofrece la oportunidad de ampliar la extensa gama de actividades de prevención, ampliando así la posibilidad de salvar vidas.

PREPARADO POR PAMELA DECARLO* THOMAS J. COATES, PHD*, TRADUCCIÓN ROMY BENARD RODRÍGUEZ*
*CAPS

7. Wasserheit JN. Epidemiological synergy. Interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases. *Sexually Transmitted Diseases*. 1992;19:61-77.

8. Henderson DK. Postexposure treatment of HIV—taking some risks for safety's sake. *New England Journals of Medicine*. 1997;337:1542.

9. Dilley JW, Woods WJ, McFarland W. Are advances in treatment changing views about high-risk sex? (letter). *New England Journal of Medicine*. 1997;337:501-502.

10. Centers for Disease Control and Prevention. Gonorrhea among men who have sex with men—selected sexually transmitted diseases clinics, 1993-1996. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 1997;46:889-892.

11. Perlman D. Morning-after HIV experiment starts in SF. *San Francisco Chronicle*. October 14, 1997.

12. Cates W. Contraception, unintended pregnancies, and sexually transmitted diseases: why isn't a simple solution possible? *American Journal of Epidemiology*. 1996;143:311-318.