

## ¿porqué tratamiento con prevención?

revisado 1/04

Tradicionalmente, los programas de prevención del VIH se han centrado en las personas no infectadas que corren riesgo de contraer el VIH, motivándolas a adoptar y mantener prácticas más seguras en las relaciones sexuales y en el consumo de drogas para que continúen sin infectarse. Se ha puesto menos atención a la prevención entre las personas ya infectadas, pues la prioridad de su atención médica ha sido mantener su salud frente a una enfermedad devastadora. Los programas de prevención y sus prestadores de servicios eran distintos y separados de los del tratamiento. Aunque tal división siempre ha sido miope (naturalmente, la conducta tanto de las personas VIH+ como las de VIH- influye en la transmisión), hoy en día cuando existen mejores tratamientos contra el VIH, es aun más importante compaginar la prevención y la atención médica.

*El uso del tratamiento más eficaz, conocido como terapia antirretroviral (por sus siglas en español TAR o en inglés ART--término que está sustituyendo al de "terapia antirretroviral sumamente activa o altamente activa" conocido en español como TARSA o TARAA y en inglés como HAART) puede tener diferentes efectos sobre la prevención del VIH. Por una parte, la TAR ha ampliado radicalmente el tiempo de supervivencia y el bienestar físico de la gente con VIH/SIDA; aumentando así, las oportunidades de transmisión del virus a otros. Por otra parte, el tratamiento podría disminuir la transmisión del VIH al reducir la cantidad del virus en la sangre y las secreciones genitales.*

La disponibilidad y uso de la TAR también puede haber producido cambios de actitud que pueden tanto ayudar como impedir la prevención del VIH. Los esfuerzos de prevención deberán realizar una cuidadosa evaluación y consideración de los posibles efectos positivos y negativos de la TAR en la transmisión del VIH.

## ¿beneficia el tratamiento a la prevención?

Existen muchas evidencias sobre el efecto benéfico de la TAR en la prevención del VIH, tanto en la adquisición de la infección entre personas VIH- como en su transmisión entre personas VIH+.

*Primero, se ha comprobado que la provisión cercana al parto del tratamiento antirretroviral a mujeres VIH+ y a sus bebés reduce la transmisión madre-hijo.<sup>1</sup> Se piensa que el tratamiento funciona al disminuir la infecciosidad de la madre o al impedir que la infección se establezca en el bebé.*

Segundo, un seguimiento a trabajadores médicos expuestos al VIH por pinchazos de agujas u otro contacto accidental con líquidos corporales encontró que las personas que tomaron antirretrovirales por medio de la profilaxis postexposición (PPE sus siglas en español/PEP en inglés) tenían menos probabilidades de resultar infectadas que quienes no la tomaron.<sup>2</sup> Esta idea se extiende al uso de la PPE para prevenir el VIH en episodios de sexo sin protección o al compartir jeringas.<sup>3</sup>

*El tercer planteamiento es indirecto. La TAR puede causar una reducción dramática en los niveles de virus en la sangre, al grado de que resulta indetectable a las pruebas actuales. Aunque no existe una relación uno-a-uno, los niveles reducidos de VIH en la sangre tienden a coincidir con niveles reducidos del virus en las secreciones genitales.<sup>4,5</sup> Un estudio en África observó que una carga viral baja se traducía en una reducción de la posibilidad de transmisión sexual; cuando la pareja infectada tenía una carga viral inferior a 1500 copias por ml. no se observó ninguna transmisión del VIH entre parejas discordantes.<sup>6</sup> Se especula que si el tratamiento logra disminuir los niveles sanguíneos del virus hasta por debajo de este nivel, también podrá evitar la transmisión del VIH. Aunque atractiva, esta conclusión no ha sido comprobada.*

Aun cuando el VIH sea indetectable en pacientes que reciben TAR, éstos mantienen residuos del VIH en muchos tejidos corporales, en las células y en la sangre.<sup>7</sup> Si bien una carga viral baja probablemente reduce la infecciosidad, las cargas virales varían al paso del tiempo debido a los cambios en el apego (o adherencia) al tratamiento, al desarrollo de resistencia medicamentosa o a la evolución natural de la infección. Aunque las evidencias sugieren que el tratamiento puede disminuir la infecciosidad, no la elimina en todo momento. Hasta que no se definan bien las condiciones en las que una persona VIH+ no resulte infecciosa, vale más partir del supuesto de que potencialmente será infecciosa de por vida.

*En otro plano, la TAR ayuda a la prevención al brindar esperanza a las personas afectadas por el SIDA. Existe un mayor incentivo para hacerse la prueba del VIH (y por tanto a la consejería de la reducción del riesgo) cuando el tratamiento eficaz del VIH está disponible; y un mayor desincentivo, cuando éste no se ofrece, especialmente donde existe mucho estigma en torno al VIH. Sin tratamiento, las comunidades devastadas por la muerte y la enfermedad pueden creer que la infección por VIH es inevitable y dar poca prioridad al cuidado personal y a la prevención. Un estudio realizado en Baltimore, MD, encontró que los cuidadores informales tendían más a promover mensajes de prevención en la comunidad cuando sus amigos y familiares tenían acceso al tratamiento del VIH, lo cual les brindó esperanza por el futuro.<sup>8</sup>*

## ¿Quién lo dice?

1. Mofenson LM. Technical Report: Perinatal Human Immunodeficiency Virus Testing and Prevention of Transmission. *Pediatrics*. 2000;106:E88.

2. 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.

3. Kahn JO, Martin JN, Roland ME, et al. Feasibility of postexposure prophylaxis (PEP) against human immunodeficiency virus infection after sexual or injecting drug use exposure: the San Francisco PEP study. *Journal of Infectious Diseases*. 2001;183:707-714.

4. Barroso PF, Schechter M, Gupta P, et al. Adherence to antiretroviral therapy and persistence of HIV RNA in semen. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2003;32:435-440.

5. Goulston C, McFarland W, Katzenstein D. Human immunodeficiency virus type 1 RNA shedding in the female genital tract. *Journal of Infectious Diseases*. 1998;177:1100-1103.

6. Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N, et al. Viral load and risk of heterosexual transmission of HIV-1 among sexual partners. Presented at the Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Jan 30-Feb 2;2000. Abst# 193.

7. Zhu T, Wang N, Carr A, et al. Genetic characterization of human immunodeficiency virus type 1 in blood and genital secretions: evidence for viral compartmentalization and selection during sexual transmission. *Journal of Virology*. 1996;70:3098-3107.

## ¿puede el tratamiento perjudicar la prevención?

Tanto las personas VIH+ como las VIH- han venido teniendo relaciones sexuales o inyectándose drogas desde el comienzo de la epidemia, antes de la introducción de la TAR. Sin embargo en los últimos años, se han visto aumentos en las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en los EE.UU. y otros países desarrollados<sup>9-12</sup> lo que podría señalar un futuro incremento en las infecciones de VIH. Es difícil determinar si esto se debe o no a los avances en el tratamiento.

*En varias ciudades de los EE.UU., han ocurrido brotes de sífilis entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Casi la mitad de los hombres afectados por estos brotes eran VIH+ y muchos recibían tratamiento.<sup>9</sup> En San Francisco, CA, la adquisición de una ETS posterior al diagnóstico de SIDA fue asociada al uso de la TAR.<sup>10</sup> Las ETS pueden promover la transmisión del VIH al aumentar la infecciosidad del virus de las personas VIH+ y al incrementar la susceptibilidad al virus en las personas VIH-.<sup>13</sup>*

En los últimos años, internacionalmente se han documentado aumentos en las prácticas sexuales de riesgo y en el número de ETS tanto entre los HSH VIH- como en los VIH+. Desde 1996 en Londres, Manchester y Brighton, Inglaterra; en Ámsterdam, Holanda y en Sydney, Australia, dichas prácticas se han incrementado especialmente entre los HSH.<sup>12</sup>

*Este incremento de conductas sexuales arriesgadas ha generado una acalorada discusión sobre el papel que el "optimismo suscitado por el tratamiento" juega en la transmisión del VIH. Dicho optimismo significa que las personas están más propensas a participar en actividades riesgosas por creer que el tratamiento las vuelve a ellas (o a sus parejas) menos infecciosas, o que el VIH es ahora una enfermedad menos peligrosa. De hecho, un repaso reciente de investigaciones en tres continentes sobre el optimismo suscitado por el tratamiento encontró que pocos hombres homosexuales se sentían optimistas en general y que la asociación entre el optimismo y las prácticas sexuales riesgosas era inconstante.<sup>14</sup> Posiblemente el optimismo suscitado por el tratamiento esté causando un incremento de actividad sexual de riesgo en algunas comunidades o segmentos de comunidades de hombres homosexuales pero no en otras.*

Muchos modelos matemáticos complejos de la epidemia comparan los posibles beneficios de la TAR en la reducción de la probabilidad de transmisión del VIH con sus posibles perjuicios debidos al incremento de conductas riesgosas. Los modelos sugieren que la transmisión del VIH puede aumentar en una comunidad en la cual más del 50% de las personas infectadas tomen la TAR si las prácticas riesgosas se incrementan por lo menos un 10%.<sup>15</sup>

## ¿qué queda por hacer?

Los programas de atención del VIH brindan oportunidades para que el tratamiento y la prevención interactúen. Los profesionales médicos pueden tener un mayor papel en la prevención del VIH al integrarla permanentemente en sus servicios de atención médica. Los componentes clave de la prevención pueden incluir consejería periódica sobre reducción de riesgos y pruebas de detección de ETS. Se necesita capacitar y apoyar a los proveedores de atención de VIH que no conozcan estos componentes.

*Para ayudar a las personas VIH+ y a las VIH- a evitar la transmisión, se necesitan programas en lugares que no sean instituciones médicas.<sup>16</sup> Estos programas de prevención deben incorporar varias estrategias como consejería y capacitación sobre cuándo y cómo divulgar la condición de VIH, cómo usar condones habitualmente si no se revela la condición de VIH, cómo afrontar el estigma en torno al VIH y cómo mantener la intimidad en las relaciones tanto de parejas serodiscordantes como de las seroconcordantes. Dicho apoyo debe ofrecerse a la gente VIH+ y VIH- en el contexto de llevar una vida sexual sana. Para tomar decisiones bien fundamentadas, las comunidades afectadas por el VIH necesitan mejor conocimiento y acceso a estudios sobre cuándo y cómo las personas son infecciosas y sobre cómo aprovechar mejor el tratamiento del VIH con el fin de reducir el riesgo de transmisión. Las pruebas del VIH anónimas, confidenciales y/o caseras deben hacerse ampliamente accesibles.*

En la lucha contra la epidemia del VIH/SIDA, no debe existir una división entre el tratamiento para personas VIH+ y la prevención para las persona VIH-. El tratamiento no pondrá fin a la epidemia en la ausencia de programas de prevención tanto para gente VIH- como VIH+ y la prevención no servirá si no refleja la realidad de las personas infectadas y de las no infectadas.

**PREPARADO POR WILLI MCFARLAND\* Y PAMELA DECARLO\*\***  
\*SAN FRANCISCO DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH, \*\*CAPS  
**TRADUCCIÓN ROCKY SCHNAATH**

8. Knowlton AR. Social network approaches to HIV prevention and care: theoretical and methodological considerations of intervention. Presented at the XIV International AIDS Conference, Barcelona, Spain. 2002. ThOrE1501.

9. Valdiserri RO. Preventing new HIV infections in the US: what can we hope to achieve? Presented at the 10th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, MA. February 10-14, 2003.

10. Scheer S, Chu PL, Klausner JD, Katz MH, Schwarcz SK. Effect of highly active antiretroviral therapy on diagnoses of sexually transmitted diseases in people with AIDS. *Lancet*. 2001;357:432-5.

11. Katz MH, Schwarcz SK, Kellogg TA, et al. Impact of highly active antiretroviral treatment on HIV seroincidence among men who have sex with men in San Francisco. *American Journal of Public Health*. 2002;92:388-394.

12. Stolte IG, Coutinho RA. Risk behaviour and sexually transmitted diseases are on the rise in gay men, but what is happening with HIV? *Current Opinions in Infectious Diseases*. 2002;15:37-41.

13. Fleming DT, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sexually Transmitted Infections*. 1999;75:3-17.

14. Elford J, Bolding G, Sherr L. HIV optimism: fact or fiction? *FOCUS*. 2001;8:1-3.

15. Blower S, Schwartz EJ, Mills J. Forecasting the future of HIV epidemics: the impact of antiretroviral therapies and imperfect vaccines. *AIDS Reviews*. 2003;5:113-125.

16. Collins C, Morin SF, Shriver MD, et al. Designing Primary Prevention for People Living with HIV. Monograph published by the AIDS Policy Research Center & Center for AIDS Prevention Studies. March, 2000. [www.caps.ucsf.edu/publications/pozmono.pdf](http://www.caps.ucsf.edu/publications/pozmono.pdf)