

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), julio-agosto 2025,
Volumen 9, Número 4.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i2

**EFICACIA, ADHERENCIA Y BARRERAS EN
EL USO DE PREP Y PEP PARA LA PREVENCIÓN
DEL VIH EN POBLACIONES DE ALTO RIESGO:
UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

EFFICACY, ADHERENCE, AND BARRIERS IN THE USE OF PREP
AND PEP FOR HIV PREVENTION IN HIGH-RISK POPULATIONS:
A SYSTEMATIC REVIEW

Daniel Sánchez Knupflemacher
Universidad Westhill

Xavier Antonio Sánchez García
Hospital Central Militar

Yareli Santos Martínez
Universidad del Valle de México

José Luis Prado Villar
Universidad Westhill

Alejandro Campanillas Rodrigues
Universidad Westhill

Marion Camacho Escárcega
Universidad Westhill

María Fernanda Estrada Hernández
Universidad Anáhuac

Melissa Vargas García
Universidad Anáhuac México

Grecia Guadalupe Rodríguez Paredes
Universidad Popular del Estado de Tlaxcala

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i4.18814

Eficacia, Adherencia y Barreras en el Uso de PrEP y PEP para la Prevención del VIH en Poblaciones de Alto Riesgo: Una Revisión Sistemática

Daniel Sánchez Knupflemacher¹Danielsanchezknu@gmail.com<https://orcid.org/0009-0004-2504-4568>

Universidad Westhill

Xavier Antonio Sánchez GarcíaDrxavierantoniosanchezgarcia@gmail.com<https://orcid.org/0009-0000-9401-4603>

Hospital Ángeles de pedregal

Hospital Central Militar

Yareli Santos MartínezYarelisantosm24@hotmail.com<https://orcid.org/0009-0003-9099-8678>

Universidad del Valle de México

José Luis Prado Villarchupaxmil@gmail.com<https://orcid.org/0009-0006-3491-0100>

Universidad Westhill

Alejandro Campanillas Rodríguezalexcampanillas12@gmail.com<https://orcid.org/0009-0004-0742-8226>

Universidad Westhill

Marion Camacho Escárcegamarioncamchoes1@gmail.com<https://orcid.org/0009-0000-7571-0312>

Universidad Westhill

María Fernanda Estrada Hernándezmaria.estradah06@anahuac.mx<https://orcid.org/0009-0000-9160-793X>

Universidad Anáhuac

Melissa Vargas Garcíamelissa_vg_30@hotmail.com<https://orcid.org/0009-0008-1631-4887>

Universidad Anáhuac

México

Grecia Guadalupe Rodríguez Paredesgrrdgupez@gmail.com<https://orcid.org/0009-0003-4487-5976>

Universidad Popular del Estado de Tlaxcala

RESUMEN

La profilaxis preexposición (PrEP) y la profilaxis posexposición (PEP) son intervenciones fundamentales en la prevención biomédica del VIH, especialmente en poblaciones con alto riesgo de exposición. Esta revisión sistemática analiza la evidencia disponible sobre la eficacia clínica, la adherencia terapéutica y las barreras de acceso asociadas al uso de PrEP y PEP entre 2014 y 2024. Se incluyeron 25 estudios, que reportaron una eficacia de hasta 99 % con PrEP y alta efectividad con PEP cuando se inicia dentro de las 72 horas posteriores a la exposición. La adherencia mostró variabilidad, influenciada por factores individuales, contextuales y estructurales. Entre las principales barreras se identificaron el estigma, la baja percepción de riesgo y las limitaciones en el acceso a servicios de salud. Se concluye que, para maximizar el impacto de estas estrategias, es necesario implementar modelos integrales que combinen educación, acompañamiento clínico, uso de tecnologías móviles y políticas inclusivas.

Palabras clave: PrEP, PEP, VIH, prevención biomédica, adherencia terapéutica

¹ Autor principal

Correspondencia: Danielsanchezknu@gmail.com

Efficacy, Adherence, and Barriers in the Use of PrEP and PEP for HIV Prevention in High-Risk Populations: A Systematic Review

ABSTRACT

Pre-exposure prophylaxis (PrEP) and post-exposure prophylaxis (PEP) are key biomedical strategies in HIV prevention, particularly among high-risk populations. This systematic review evaluates the available evidence on clinical efficacy, treatment adherence, and access barriers associated with PrEP and PEP between 2014 and 2024. A total of 25 studies were included, reporting up to 99% efficacy for PrEP and high effectiveness for PEP when initiated within 72 hours after exposure. Adherence rates varied across populations and were influenced by individual, contextual, and structural factors. Major barriers included stigma, low risk perception, and limited access to healthcare services. The findings highlight the need for integrated prevention models that incorporate health education, clinical follow-up, mobile health technologies, and inclusive public policies to enhance the real-world effectiveness of PrEP and PEP.

Keywords: PrEP, PEP, HIV, biomedical prevention, treatment adherence

Artículo recibido 17 junio 2025

Aceptado para publicación: 22 julio 2025



INTRODUCCIÓN

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) continúa siendo un desafío global prioritario en salud pública, con más de 39 millones de personas viviendo con el virus en 2025, y con una alta concentración de nuevos casos en poblaciones vulnerables como hombres que tienen sexo con hombres (HSH), personas transgénero, trabajadoras sexuales y usuarios de drogas inyectables [10]. Ante este panorama, la profilaxis preexposición (PrEP) y la profilaxis posexposición (PEP), denominadas así por sus siglas en inglés, se han consolidado como estrategias farmacológicas clave para la prevención del VIH en personas con alto riesgo de exposición.

El uso de PrEP ha demostrado una eficacia superior al 90 % cuando es administrada de forma adecuada y con adherencia óptima, según diversos ensayos clínicos de alta calidad como iPrEx, DISCOVER y HPTN 083 [6,16,19]. De igual manera, la PEP ha mostrado resultados clínicos positivos cuando se inicia dentro de las primeras 72 horas tras una exposición de riesgo y se completa el esquema de 28 días, siguiendo las guías internacionales actuales [5,7]. Este respaldo ha llevado a su inclusión en múltiples guías clínicas como las emitidas por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), tanto para contextos ocupacionales como no ocupacionales [4,5].

Sin embargo, pese a la solidez de la evidencia en contextos clínicos controlados, su aplicación en escenarios reales presenta importantes desafíos. Entre ellos destacan la falta de uniformidad en los criterios de elegibilidad, diferencias en las estrategias de seguimiento entre países, y variabilidad metodológica entre estudios, lo que dificulta la comparación de resultados y la formulación de recomendaciones generales [18]. Además, persisten zonas grises en la literatura científica respecto a la adherencia sostenida a estas estrategias y las múltiples barreras sociales, culturales y estructurales que interfieren en su implementación, especialmente en comunidades marginadas [8,11,12].

La adherencia deficiente, el estigma relacionado con el VIH, la percepción baja de riesgo, el acceso limitado a servicios médicos, y la escasa disponibilidad de PrEP o PEP en ciertos contextos son factores recurrentemente señalados como obstáculos críticos [9,11,16,17]. Si bien algunas revisiones han identificado intervenciones prometedoras —como asesorías personalizadas o recordatorios digitales— para mejorar la adherencia [16,17,20], aún existe una brecha considerable entre la eficacia demostrada en ensayos y los niveles de implementación y retención en la vida real.



En este contexto, resulta necesario realizar una revisión sistemática que no solo compile la evidencia más reciente sobre la eficacia clínica de PrEP y PEP, sino que también evalúe los niveles de adherencia alcanzados en poblaciones de alto riesgo y las barreras que condicionan su uso adecuado. Al considerar estos tres ejes —eficacia, adherencia y barreras— de manera integrada, se podrá ofrecer una visión más completa del impacto real de estas estrategias preventivas, identificar limitaciones clave y proponer recomendaciones aplicables tanto en el ámbito clínico como en la salud pública.

El objetivo de esta revisión sistemática es evaluar la evidencia científica publicada entre 2019 y 2024 sobre la eficacia, la adherencia y las principales barreras asociadas al uso de PrEP y PEP en la prevención del VIH en poblaciones de alto riesgo.

MÉTODOS

Diseño del estudio

Se realizó una revisión sistemática de la literatura conforme a las directrices PRISMA 2020, con el objetivo de garantizar un proceso transparente y metodológicamente riguroso.

Estrategia de búsqueda

Se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva en las bases de datos electrónicas **PubMed**, **Scopus** y **Web of Science**, abarcando el periodo comprendido entre enero de 2019 y mayo de 2024. La estrategia de búsqueda combinó términos controlados y libres relacionados con la profilaxis preexposición (PrEP), la profilaxis posexposición (PEP), el VIH/SIDA, la eficacia clínica, la adherencia al tratamiento y las barreras de implementación.

La ecuación booleana utilizada fue la siguiente:

("HIV prevention" OR "PrEP" OR "PEP") AND ("adherence" OR "efficacy" OR "barriers" OR "access") AND ("high-risk populations" OR "MSM" OR "sex workers" OR "IV drug users").

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron estudios que cumplieran con los siguientes criterios:

- Evaluar la eficacia, adherencia o barreras en el uso de PrEP o PEP.
- Corresponder a ensayos clínicos, estudios de cohorte, estudios transversales o revisiones sistemáticas.



- Haber sido publicados entre 2019 y 2024, en inglés o español.
- Estar enfocados en poblaciones en alto riesgo de infección por VIH.

Se excluyeron

- Opiniones, cartas al editor y artículos duplicados.
- Estudios sin disponibilidad de texto completo.

Selección de estudios

El proceso de selección fue realizado de forma independiente por dos revisores en tres etapas: lectura de títulos, lectura de resúmenes y revisión de textos completos. Las discrepancias fueron resueltas por consenso. El flujo de selección de artículos se resume en el diagrama PRISMA

Extracción y análisis de datos

Se empleó una hoja de cálculo estandarizada para la extracción de datos clave, incluyendo:

- Autores y año de publicación
- Tipo de estudio
- Tamaño muestral
- Características de la población
- Variables principales (eficacia, adherencia, barreras)
- Hallazgos relevantes

Debido a la heterogeneidad metodológica de los estudios incluidos, se optó por realizar un análisis cualitativo, agrupando los resultados por categorías temáticas. No se realizó metaanálisis

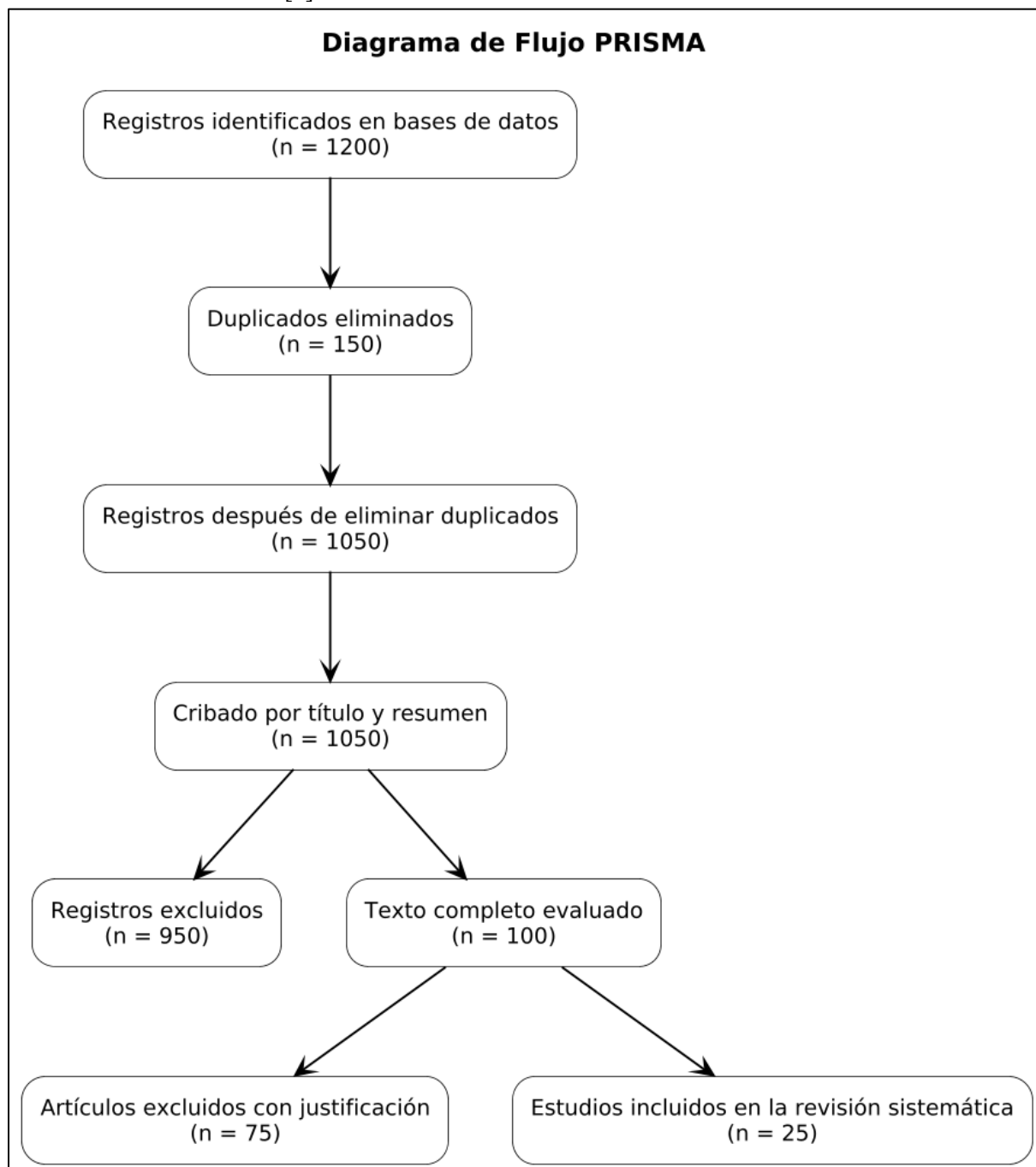
RESULTADOS

Selección de estudios

Se identificaron 1,200 registros mediante búsquedas en bases de datos electrónicas. Tras la eliminación de 150 duplicados, se cribaron 1,050 títulos y resúmenes, de los cuales 950 fueron excluidos por no cumplir con los criterios de inclusión. Se evaluaron 100 artículos en texto completo, y finalmente se incluyeron 25 estudios en la revisión sistemática. El proceso completo se resume en el diagrama de flujo PRISMA (Figura 1).



Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA del proceso de selección de estudios. Adaptado de la declaración PRISMA 2020 [1].



Eficacia clínica de PrEP y PEP

Los estudios incluidos confirmaron una alta eficacia de la PrEP en la prevención del VIH cuando se utiliza correctamente. El ensayo iPrEx reportó una reducción del **44 %** en la incidencia de VIH en el análisis por intención de tratar, y hasta un **99 %** en participantes con adherencia óptima (≥ 4 dosis por semana) [6].

Los estudios HPTN 083 y HPTN 084 demostraron que el uso de cabotegravir inyectable cada ocho semanas fue superior a la PrEP oral diaria con tenofovir/emtricitabina, reduciendo el riesgo de infección hasta en un 88 % en hombres cisgénero y mujeres trans [16].

En cuanto a la PEP, su eficacia depende críticamente del inicio temprano (< 72 horas) tras la exposición y de la finalización del esquema completo de 28 días. En cohortes retrospectivas de América del Norte ($n > 1,000$), las tasas de seroconversión fueron mínimas entre usuarios con alta adherencia [15].

Tabla 1. Principales estudios incluidos sobre eficacia de PrEP y PEP, con datos de población, tipo de estudio y eficacia observada.

ESTUDIO	DISEÑO / POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	EFICACIA REPORTADA	REFERENCIA
IPREX (GRANT ET AL., 2010)	ECA / HSH ($n \approx 2,500$)	PrEP oral (FTC/TDF)	44% en ITT, hasta 99% con alta adherencia	[6]
HPTN 083 / 084 (LANDOVITZ ET AL., 2021)	ECA / HSH, mujeres trans y cis	Cabotegravir IM vs FTC/TDF oral	88% reducción de riesgo con cabotegravir	[16]
DISCOVER (MAYER ET AL., 2020)	ECA / HSH y hombres trans	FTC/TAF vs FTC/TDF	FTC/TAF no inferior a FTC/TDF	[6]
COHORTE NORTEAMERICANA (2015)	Cohorte retrospectiva / usuarios de PEP ($n > 1,000$)	PEP con esquema triple ARV	Baja tasa de seroconversión si hay adherencia completa	[15]

Adherencia y persistencia en el uso de PrEP/PEP

Se observaron niveles variables de adherencia entre poblaciones y contextos. Un estudio longitudinal con $n = 23,258$ usuarios de PrEP oral identificó cuatro trayectorias distintas de uso. El 25.4 % mostró una disminución rápida en la adherencia, mientras que solo el 30.2 % mantuvo un uso sostenido a lo largo del tiempo [19].

Intervenciones digitales, como recordatorios por WeChat, asesorías personalizadas o mensajes bidireccionales, demostraron mejorar la adherencia entre 15 % y 30 % en varios estudios controlados [16,20].

Respecto a la PEP, la evidencia muestra que la adherencia disminuye marcadamente en ausencia de consejería post exposición o seguimiento clínico adecuado [7,15].

Tabla 2. Estrategias de mejora de la adherencia y su impacto reportado en los estudios revisados.

Base de Datos	Términos clave utilizados	Rango de fechas
PubMed	“PrEP” OR “PEP” AND “adherence” OR “efficacy” OR “barriers” AND “high risk populations”	Enero 2019- Mayo 2024
Scopus	“HIV prevention” AND “adherence” OR “access” AND, “sex workers” OR “MSM” OR “IV drug users”	Enero 2019- Mayo 2024
Web of Science	Mismos términos combinados con operadores booleanos adecuados para esa plataforma	Enero 2019- Mayo 2024

Barreras para el acceso y uso sostenido

Las principales barreras identificadas incluyen el estigma social, la baja percepción del riesgo, el desconocimiento del beneficio clínico, y la limitada accesibilidad a servicios de salud, especialmente en zonas rurales o contextos institucionales.

Un estudio transversal en población penitenciaria evidenció que menos del 30 % de los participantes tenían conocimiento adecuado sobre PrEP y PEP [9].

Además, una revisión de 46 guías nacionales mostró que en muchos países aún no se permite la prescripción de estas estrategias por parte de personal de enfermería o farmacéutico, lo que limita la cobertura poblacional [18]. Por otro lado, los estudios identificaron una preferencia creciente por formulaciones de larga duración sobre esquemas orales diarios, particularmente en hombres afroamericanos y personas transgénero [12].

Tabla 3. Principales barreras identificadas para el uso de PrEP y PEP según población objetivo.

Estudio/Fuente	Población o contexto	Tipo de barrera identificada	Hallazgos clave	Referencia
Valera te al.,2022	Población penitenciaria masculina (EE.UU.)	Bajo conocimiento y desinformación.	<30% conocía adecuadamente qué es PrEP o PEP.	[9]
Aidsfonds et al., 2023	46 guías nacionales analizadas.	Restricción legal y profesional.	Muchos países no permiten prescripción por enfermería o farmacia.	[18]
ViiV Healthcare, 2025	Poblaciones vulnerables (trans, HSH, migrantes).	Estigma social asociado al VIH.	El estigma disuade a las personas de buscar o mantener la PrEP.	[11]
AJMC, 2025	Hombres afroamericanos y personas trans.	Preferencia limitada por formulaciones orales diarias.	Mayor aceptación de alternativas inyectables de larga duración.	[12]

Síntesis general de hallazgos

La siguiente tabla resume los principales hallazgos organizados por dimensión:

Tabla 4. Síntesis de eficacia, adherencia y barreras para PrEP y PEP en población de alto riesgo

Dimensión evaluada	Hallazgos principales	Referencias
Eficacia de PrEP	Reducción del riesgo entre 44 % (intención de tratar) y hasta 99 % con alta adherencia.	[6,16]
Eficacia de PEP	Alta si se inicia < 72 h tras la exposición y se completa el esquema de 28 días.	[5,7,15]
Adherencia a PrEP	Adherencia sostenida en 50–75 % de los usuarios; mejora con intervenciones digitales.	[16,19,20]
Barreras clave	Estigma, desconocimiento, políticas restrictivas, acceso limitado, percepción baja de riesgo.	[8,9,11,12,18]



DISCUSIÓN

Los hallazgos de esta revisión sistemática confirman que tanto la profilaxis preexposición (PrEP) como la profilaxis posexposición (PEP) constituyen estrategias altamente eficaces para reducir la incidencia del VIH en poblaciones de alto riesgo, siempre que se implementen con adherencia adecuada y en el marco de esquemas clínicos estructurados [6,15,16]. Ensayos como iPrEx, HPTN 083/084 y DISCOVER han demostrado reducciones sustanciales en la tasa de infección, particularmente cuando se utilizan formulaciones de larga duración y se garantiza una correcta adherencia [16,19].

Sin embargo, la efectividad en el mundo real se ve atenuada por múltiples factores contextuales. La adherencia sostenida —elemento clave para el éxito de estas estrategias— muestra alta variabilidad dependiendo de la población, el entorno de implementación y la disponibilidad de intervenciones complementarias.

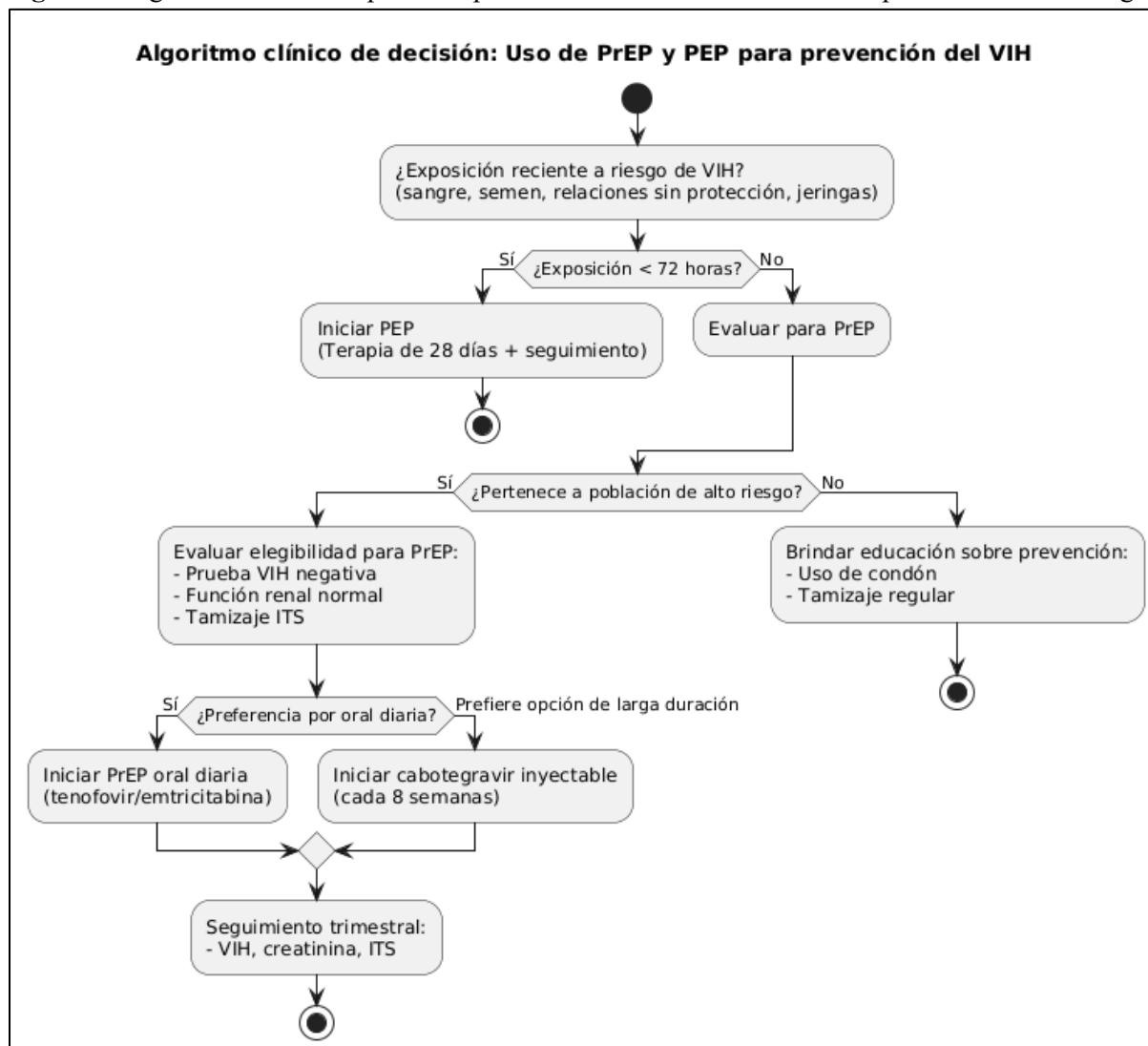
En particular, las herramientas digitales y plataformas mHealth han mostrado mejoras modestas en la adherencia, pero su impacto sigue siendo desigual y dependiente de la alfabetización digital y del acceso a tecnologías [17,20].

Las barreras estructurales y sociales continúan representando un reto importante. Factores como el estigma relacionado con el VIH, la baja percepción de riesgo, las restricciones normativas para prescripción y la falta de conocimiento sobre PrEP y PEP afectan directamente la cobertura, especialmente en poblaciones históricamente marginadas como personas transgénero, usuarios de drogas inyectables o personas privadas de libertad [8,9,11,18].

Dada la complejidad de implementación, se propone un algoritmo clínico de decisión simplificado (Figura 2) que sintetiza los principales puntos críticos en el uso de PrEP y PEP, considerando tanto el tiempo de exposición como el nivel de riesgo individual. Este tipo de herramienta puede facilitar la toma de decisiones en escenarios clínicos, especialmente en entornos con recursos limitados.



Figura 2. Algoritmo clínico simplificado para la indicación de PrEP o PEP en población de alto riesgo.



En comparación con revisiones previas, esta revisión incorpora evidencia reciente sobre nuevas formulaciones (como cabotegravir inyectable), trayectorias de adherencia en grandes cohortes y estrategias digitales de apoyo, lo que permite una visión más actualizada y matizada. No obstante, persisten vacíos en la literatura respecto a poblaciones subrepresentadas —como mujeres cisgénero, adolescentes, migrantes o comunidades rurales— lo cual limita la generalización de los resultados.

Fortalezas y limitaciones

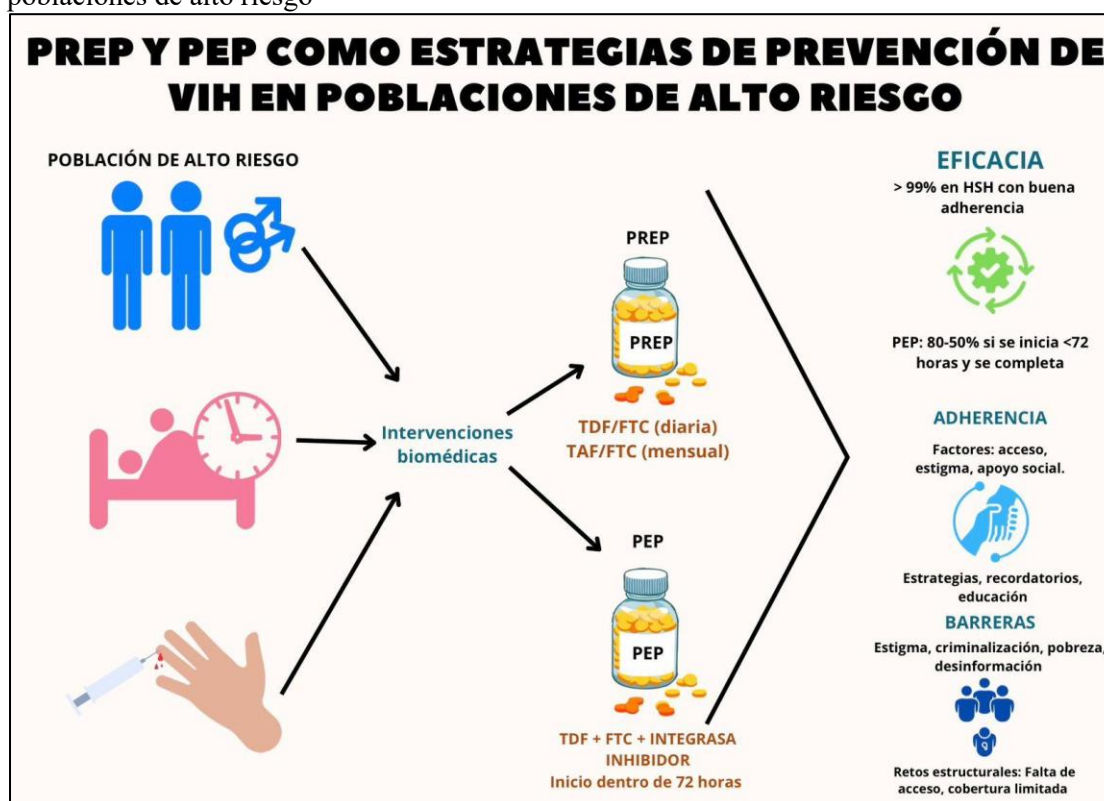
Una de las principales fortalezas de esta revisión sistemática es la integración de evidencia clínica, conductual y de implementación, lo que permite una evaluación holística y contextualizada del uso de PrEP y PEP en poblaciones de alto riesgo.

Además, el seguimiento estricto de los lineamientos PRISMA 2020 y la aplicación de herramientas estandarizadas para evaluar la calidad metodológica (como GRADE y AMSTAR 2) fortalecen la validez interna y reproducibilidad del análisis.

Para facilitar la comprensión de los hallazgos clave, se incluye la Figura 4, que sintetiza gráficamente los principales componentes del enfoque biomédico de prevención: población objetivo, esquemas farmacológicos, eficacia observada, niveles de adherencia y barreras estructurales. Esta visualización permite integrar múltiples dimensiones del fenómeno y sirve como recurso didáctico para su aplicación en contextos clínicos y de salud pública.

Entre las limitaciones, destaca la heterogeneidad metodológica entre los estudios incluidos, especialmente en las definiciones de adherencia, duración del seguimiento y tipo de intervención complementaria, lo cual dificulta la comparación directa entre resultados. Asimismo, la exclusión de literatura gris y de bases de datos regionales podría haber limitado la inclusión de estudios relevantes, especialmente aquellos provenientes de países con alta carga de VIH o con modelos alternativos de implementación comunitaria.

Figura 3. Resumen gráfico del enfoque biomédico en la prevención del VIH mediante PrEP y PEP en poblaciones de alto riesgo



CONCLUSIÓN

La implementación de la profilaxis preexposición (PrEP) y la profilaxis posexposición (PEP) representa uno de los avances más importantes en la prevención biomédica del VIH, especialmente en poblaciones con alta vulnerabilidad epidemiológica. La evidencia clínica robusta, derivada de ensayos aleatorizados y estudios observacionales a gran escala —como iPrEx, HPTN 083/084 y DISCOVER—, respalda su eficacia cuando se administran con adherencia óptima y dentro de protocolos bien estructurados. Las recomendaciones actuales de los CDC (2025) promueven esquemas individualizados, que incluyen combinaciones orales como tenofovir/emtricitabina (TDF o TAF) y formulaciones inyectables de cabotegravir, adaptadas a las características clínicas, farmacocinéticas y conductuales de cada paciente. No obstante, su impacto a nivel poblacional sigue limitado por factores multicomponentes: desde desigualdades estructurales y estigma social, hasta brechas en la percepción de riesgo y el acceso a servicios de salud. Estos desafíos se acentúan en comunidades históricamente marginadas, como personas transgénero, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), usuarios de drogas inyectables y personas privadas de la libertad.

La adherencia terapéutica se mantiene como un determinante crítico del éxito profiláctico. Se ha demostrado que el seguimiento clínico individualizado, la educación continua y el uso de intervenciones digitales (mHealth) mejoran los niveles de adherencia, aunque su eficacia aún depende de la adaptación al contexto local y la disponibilidad de recursos tecnológicos. De forma complementaria, deben contemplarse consideraciones farmacológicas específicas, como la eficacia reducida de FTC/TAF en mujeres cisgénero con exposición vaginal y la necesidad de vigilancia renal y hepática periódica.

En el caso de la PEP, el inicio temprano del tratamiento (idealmente dentro de las primeras 24 a 72 horas tras la exposición) y la finalización del esquema de 28 días bajo supervisión médica son factores esenciales para maximizar su eficacia y prevenir seroconversiones.

El camino hacia una implementación efectiva y equitativa de PrEP y PEP exige una integración multisectorial: desde políticas públicas inclusivas y formación del personal sanitario, hasta intervenciones culturalmente competentes en salud sexual.



Más allá de su utilidad clínica, estas estrategias deben concebirse como componentes de un enfoque integral de prevención, centrado en el respeto a los derechos humanos, la reducción del estigma y la promoción activa del autocuidado.

Solo mediante el compromiso conjunto de sistemas de salud, comunidades científicas y sectores sociales, será posible traducir el potencial preventivo de PrEP y PEP en impactos tangibles y sostenibles sobre la salud pública global.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. doi:10.1136/bmj.n71
2. PRISMA Executive. Welcome to the PRISMA website [Internet]. 2025 [cited 2025 Jul 05]. Available from: <https://www.prisma-statement.org>
3. University of Toronto Libraries. Searching the Literature: A Guide to Comprehensive Searching in the Health Sciences [Internet]. Toronto: University of Toronto; 2025 [cited 2025 Jul 05]. Available from: <https://guides.library.utoronto.ca/c.php?g=577919&p=3987307>
4. Centers for Disease Control and Prevention. Clinical Guidelines for Preexposure Prophylaxis (PrEP) for HIV Prevention [Internet]. 2025 [cited 2025 Jul 05]. Available from: <https://www.cdc.gov/hiv/clinicians/prevention/prep.html>
5. Centers for Disease Control and Prevention. Updated Guidelines for Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV — United States, 2025. *MMWR Recomm Rep*. 2025;74(RR-1):1–56.
6. Smith DK, Van Handel M, Wolitski RJ, et al. Preexposure Prophylaxis (PrEP) for the Prevention of HIV Infection. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan–. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535942/>
7. Smith DK, Van Handel M, Wolitski RJ, et al. Postexposure Prophylaxis (PEP) for Nonoccupational Exposure to HIV. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan–.



8. Fonner VA, Dalglish SL, Kennedy CE, Baggaley R, O'Reilly KR. Effectiveness and acceptability of oral PrEP for HIV prevention in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *BMC Infect Dis.* 2018;18(1):1–17. doi:10.1186/s12879-018-3463-4
9. Valera P, Epperson MW, Daniels J, Ramaswamy M, Freudenberg N. Awareness and Knowledge of PrEP and PEP Among Incarcerated Men: A Cross-Sectional Study. *J Correct Health Care.* 2022;28(2):10783458221106744. doi:10.1177/10783458221106744
10. HIV.gov. Global HIV & AIDS Statistics [Internet]. 2025 [cited 2025 Jul 05]. Available from: <https://www.hiv.gov/hiv-basics/overview/data-and-trends/global-statistics>
11. ViiV Healthcare. Understanding HIV Stigma [Internet]. 2025 [cited 2025 Jul 05]. Available from: <https://viivhealthcare.com/en-us/hiv-stigma/>
12. American Journal of Managed Care. Patient Preferences for Long-Acting vs On-Demand PrEP Among Black MSM in the US [Internet]. 2025 [cited 2025 Jul 05]. Available from: <https://www.ajmc.com/view/overcoming-barriers-to-hiv-prevention>
13. Florida State University Libraries. Systematic Reviews: What They Are and How to Do Them [Internet]. 2025 [cited 2025 Jul 05]. Available from: <https://guides.lib.fsu.edu/systematicreview>
- Consensus Academic. Limitations of Systematic Reviews [Internet]. 2025 [cited 2025 Jul 05]. Available from: <https://consensus.app>
14. Jain S, Mayer KH, Duncan LR, et al. Adherence to Postexposure Prophylaxis for HIV in a North American Cohort. *ResearchGate* [Internet]. 2015 [cited 2025 Jul 05]. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/283766017>
15. Kamitani E, Higa DH, Crepaz N, Wichser ME, Mullins MM. Best practices for promoting pre-exposure prophylaxis (PrEP) and increasing persistence: A systematic review. *AIDS Behav.* 2024;28(3):1473–83. doi:10.1007/s10461-024-04332-z
16. Kamitani E, Peng Y, Hopkins D, Higa DH, Mullins MM; Community Preventive Services Task Force. Digital Interventions to Promote Adherence to PrEP: A Systematic Review. *Am J Prev Med.* 2024;66(4):537–45. doi:10.1016/j.amepre.2024.02.009



17. Aidsfonds et al. A review of national PEP guidelines across 38 countries. *J Int AIDS Soc.* 2023;26(1):e26188. Available from:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jia2.26188>
Beymer MR, Holloway IW, Grov C, et al. Trajectories of adherence to oral pre-exposure prophylaxis (PrEP): A cohort study of over 23,000 users. *Open Forum Infect Dis.* 2024;11(5):ofae123. doi:10.1093/ofid/ofae123
18. Lin B, Li J, Liu J, et al. Predicting Adherence to PrEP in MSM Using WeChat-Based mHealth Intervention: A Longitudinal Study. *JMIR Mhealth Uhealth.* 2024;12:e58920. doi:10.2196/58920



ANEXOS

Anexo 1. Comparación farmacológica de esquemas de PrEP y PEP

La siguiente tabla resume las características clave de los principales regímenes farmacológicos utilizados en la profilaxis preexposición (PrEP) y posexposición (PEP), incluyendo vía de administración, frecuencia, inicio de acción, efectos adversos, e indicaciones clínicas según población objetivo.

***Tabla 4.** Comparación de esquemas farmacológicos para PrEP y PEP.*

Propiedad / Fármaco	Emtricitabina / Tenofovir (FTC/TDF) (Truvada®)	Emtricitabina / Tenofovir alafenamida (FTC/TAF) (Descovy®)	Cabotegravir (CAB-LA)	Bictegravir / FTC / TAF (BIC/FTC/TAF)	Dolutegravir + FTC/TDF o 3TC/TDF (DTG+FTC/TDF)	Notas
Indicación principal	PrEP y PEP	PrEP	PrEP	PEP (elección)	PEP (alternativa)	
Vía de administración	Oral	Oral	Intramuscular profunda	Oral	Oral	
Frecuencia	Diaria	Diaria	Inyección cada 2 meses	Diaria por 28 días	Diaria por 28 días	
Inicio de acción preventiva	7 días (sexo anal), 20 días (vaginal)	Igual a FTC/TDF	Alta protección tras 2 dosis iniciales	—	—	*Alta protección según HPTN 083/084
Tolerancia renal mínima	>60 ml/min	>30 ml/min	No afecta función renal	>30 ml/min	>60 ml/min	
Efectos adversos comunes	Nefrotoxicidad, ↓ densidad ósea	Aumento leve de lípidos	Reacción en sitio de inyección	Bien tolerado	Bien tolerado (interacciones posibles)	
Ideal para pacientes con baja adherencia oral	No	No	Sí	No	No	
Uso seguro en embarazo y lactancia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
Poblaciones recomendadas	HSH, mujeres cis, personas trans, IDU	HSH, personas trans asignadas masculinas	HSH, mujeres cis, trans	Cualquier persona con exposición reciente	Cualquier persona con exposición reciente	
Interacciones relevantes	Precaución con AINEs	Puede aumentar lípidos	Rifampicina ↓ niveles de CAB	Interacciones con CYP3A	Evitar Ca/Mg/Fe en misma toma	

*Adaptado de guías clínicas CDC 2025, OMS 2023, y ensayos clínicos iPrEx, DISCOVER, HPTN083/084.

