

Transición de la profilaxis post-exposición a la profilaxis pre-exposición en minorías sexuales y de género: protocolo scoping review.

Transition from post-exposure prophylaxis to pre-exposure prophylaxis in sexual and gender minorities: protocol scoping review.

Delia Soledad del Socorro Durand Vilela ^{1,a},

Filiación:

1 Hospital Belén de Trujillo-Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
a Obstetra, especialista en epidemiología.

ORCID:

<https://orcid.org/0009-0007-0302-2853>

Correspondencia:

Delia Soledad del Socorro Durand Vilela

✉ t1600301220@unitru.edu.pe

Conflictos de Interés:

Los autores niegan conflictos de interés.

Revisión de Pares:

Recibido: 24/02/26

Aceptado: 19/09/26

Registro del protocolo: Open Science Framework (OSF).

<https://doi.org/10.17605/OSF.IO/HVS49>

Citar como: Durand Vilela DSS. Transición de la profilaxis post-exposición a la profilaxis pre-exposición en minorías sexuales y de género: protocolo scoping review. Rev méd Trujillo. 2026;21(2):44-48:

DOI: <https://doi.org/10.17268/rmt.2026.v21i2.7312>

RESUMEN

Objetivos: Mapear la evidencia científica disponible sobre las estrategias de vinculación y los modelos de transición de la profilaxis post-exposición (PEP) a la profilaxis pre-exposición (PrEP) en minorías sexuales y de género (MSG), e identificar las brechas de conocimiento mediante la construcción de un Mapa de Brechas de Evidencia (EGM).

Criterios de elegibilidad: Siguiendo el marco POC, se incluirán estudios que involucren adultos ≥ 18 años pertenecientes a MSG —hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mujeres transgénero, hombres transgénero y personas no binarias— que hayan utilizado profilaxis post-exposición no ocupacional; que aborden estrategias o modelos orientados a facilitar la transición PEP a PrEP, en cualquier entorno geográfico o modalidad de atención. Se excluirán estudios sobre PEP ocupacional, poblaciones exclusivamente heterosexuales cisgénero y menores de 18 años.

Fuentes de información: Búsquedas sistemáticas en PubMed/MEDLINE, Scopus, Embase, LILACS y Web of Science, complementadas con búsqueda semántica por inteligencia artificial (Consensus) y en fuentes de literatura gris institucional.

Método de análisis: Síntesis narrativa multidimensional organizada en cuatro dimensiones temáticas, complementada con la construcción de un EGM que cruzará tipos de intervención con resultados de salud reportados.

Resultados esperados: Identificación y caracterización de modelos de transición PEP a PrEP, tasas de vinculación según modelo de atención, barreras y facilitadores, y visualización de brechas de investigación prioritarias en MSG.

Palabras Clave: VIH Profilaxis Post-Exposición; Profilaxis Pre-Exposición; Minorías Sexuales y de Género; Continuidad de la atención al paciente; Cascada de Prevención (Fuente: DeCS BIREME).

SUMMARY

Objectives: To map the available scientific evidence on linkage strategies and transition models from post-exposure prophylaxis (PEP) to pre-exposure prophylaxis (PrEP) among sexual and gender minorities (SGM), and to identify knowledge gaps through an Evidence Gap Map (EGM).

Eligibility criteria: Following the POC framework, studies involving adults ≥ 18 years belonging to SGM—men who have sex with men (MSM), transgender women, transgender men, and non-binary individuals—who have sought or used non-occupational PEP; addressing strategies or models aimed at facilitating PEP-to-PrEP transition; in any geographic setting or care modality. Studies on occupational PEP, exclusively cisgender heterosexual populations, and those under 18 years will be excluded.

Information sources: Systematic searches in PubMed/MEDLINE, Scopus, Embase, LILACS, and Web of Science, supplemented by artificial intelligence semantic search (Consensus) and institutional grey literature sources.

Analysis method: Multidimensional narrative synthesis organized across four thematic dimensions, complemented by an EGM cross-tabulating intervention types with reported health outcomes.

Expected results: Identification and characterization of PEP-to-PrEP transition models, linkage rates by care model, barriers and facilitators, and visualization of priority research gaps in SGM.

Keywords: HIV, Post-Exposure Prophylaxis, Pre-Exposure Prophylaxis, Sexual and Gender Minorities, continuity of patient care, Prevention Cascade. (Source: MeSH).



© 2026. Publicado por Facultad de Medicina, UNT.

Este es un artículo de libre acceso, bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0.

DOI: <http://dx.doi.org/10.17268/rmt>

OJS: <https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/RMT/>

INTRODUCCIÓN

La respuesta global al VIH en las minorías sexuales y de género (MSG) ha incorporado progresivamente estrategias de prevención combinada en las que la profilaxis biomédica ocupa un lugar central, con evidencia sólida de su impacto en la reducción de la incidencia entre hombres que tienen sexo con hombres y otras poblaciones de alta vulnerabilidad [1]. En este marco, la profilaxis post-exposición (PEP) y la profilaxis pre-exposición (PrEP) operan como pilares complementarios cuya articulación secuencial constituye una oportunidad clínica de alta eficiencia preventiva [2]. El encuentro clínico derivado de una solicitud de PEP ha sido conceptualizado como evento centinela que permite identificar individuos en momentos de elevada vulnerabilidad bioconductual, favoreciendo su vinculación a intervenciones preventivas de mayor continuidad [3]. Más allá de su función de emergencia, la PEP actúa como herramienta de tamizaje capaz de detectar infecciones agudas antes de la seroconversión completa y de articular a los usuarios con servicios de prevención sostenida [4]. En el contexto peruano, el acceso a estas intervenciones se canaliza predominantemente a través de las unidades de atención de infecciones de transmisión sexual y de los servicios de dispensación de PEP, configuración que determina características particulares en los patrones de vinculación y continuidad del cuidado preventivo [5].

A pesar del potencial preventivo documentado, la transición efectiva desde PEP hacia un régimen sostenido de PrEP enfrenta desafíos sustanciales en múltiples contextos. Aunque la elegibilidad clínica para iniciar PrEP al completar un ciclo de PEP resulta habitualmente elevada [6], las tasas reales de vinculación continúan siendo subóptimas, impulsadas por barreras estructurales, financieras y de percepción de riesgo que generan fugas significativas en la continuidad del cuidado entre ambas intervenciones [7,8]. Frente a esta realidad, han emergido modelos de transición inmediata al día 29 de PEP, liderados por personal de enfermería, que han demostrado favorecer el inicio oportuno de la profilaxis preventiva [9]. Paralelamente, la descentralización de la dispensación hacia farmacias comunitarias ha emergido como estrategia viable y aceptable para alcanzar a usuarios que evitan los entornos clínicos tradicionales [10], en tanto que las plataformas digitales y en línea han ampliado el acceso a la profilaxis en contextos de alta demanda [11]. No obstante, persisten disparidades en la comunicación institucional sobre estos servicios que afectan diferencialmente a subgrupos específicos de MSG, comprometiendo la equidad en el acceso a la prevención combinada [12].

La retención a largo plazo en PrEP tras la transición desde PEP constituye un componente crítico de la cascada preventiva: el antecedente de uso de PEP ha sido identificado como predictor positivo de permanencia en el cuidado preventivo sostenido [13]. El análisis de la cascada de conciencia y uso de ambas profilaxis permite localizar con precisión los nodos donde el puente entre PEP y PrEP fracasa con mayor frecuencia [14], y la incorporación de herramientas de salud móvil y estrategias de gamificación emerge como recurso complementario para reducir el abandono en etapas vulnerables de la cascada [15]. La implementación de procesos de vía rápida (fast-track) orientados a minimizar la pérdida de seguimiento entre la finalización de PEP y el inicio de PrEP ha sido señalada como prioridad programática en múltiples contextos de alta carga [16], perspectiva que se amplía con el desarrollo de esquemas de PrEP de acción prolongada que diversifican el repertorio de opciones preventivas disponibles [17]. A pesar de la creciente producción científica en este campo, la evidencia sobre estrategias de vinculación y modelos de transición PEP-PrEP en MSG permanece fragmentada, metodológicamente heterogénea y carente de un mapa sistemático de sus brechas. La elección de la revisión de alcance como diseño metodológico

responde a las características propias del campo a explorar: a diferencia de la revisión sistemática con metaanálisis, que exige homogeneidad metodológica para la síntesis cuantitativa, la revisión de alcance es el diseño apropiado cuando el objetivo primario consiste en mapear el volumen, la diversidad y las características de un corpus de evidencia emergente, identificar los tipos de evidencia disponibles y señalar las lagunas de conocimiento prioritarias [18]. Esta decisión se sustenta en el marco de reporte de la guía PRISMA-ScR, que proporciona los estándares para la presentación transparente de este tipo de síntesis [19], y en el modelo conceptual original de Arksey y O'Malley, que delimita el alcance, los propósitos y los procedimientos que definen la revisión de alcance como metodología diferenciada [20]. El campo de la transición PEP-PrEP en MSG reúne precisamente estas condiciones —producción científica creciente pero metodológicamente heterogénea, modelos de intervención de naturaleza diversa, resultados reportados de forma variable y representación geográfica y poblacional desigual— lo que hace de la revisión de alcance la metodología idónea para organizar sistemáticamente este cuerpo de evidencia y orientar la investigación futura y la toma de decisiones en prevención combinada del VIH.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

La pregunta de investigación orientadora es: ¿Qué estrategias de vinculación y modelos de transición de PEP a PrEP han sido reportados en la literatura científica para poblaciones de minorías sexuales y de género, y cuáles son las brechas de evidencia identificadas?

El objetivo general de esta revisión de alcance es mapear la evidencia científica disponible sobre las estrategias de vinculación y los modelos de transición de PEP a PrEP en minorías sexuales y de género, e identificar las brechas de conocimiento mediante un Mapa de Brechas de Evidencia (EGM).

Los objetivos específicos son: (a) identificar y describir los modelos de prestación de servicios —clínicos, comunitarios, farmacéuticos y digitales— orientados a facilitar la transición de PEP a PrEP en MSG, reportados en la literatura científica; (b) describir las tasas reportadas en la cascada de transición —elegibilidad para PrEP, inicio de PrEP y retención en PrEP— según el tipo de modelo de atención identificado; y (c) construir un EGM que cruce los tipos de intervención con los resultados de salud reportados, para visualizar las áreas con mayor densidad de evidencia y las lagunas de investigación prioritarias..

METODOLOGÍA

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

La selección de estudios se guiará por el marco PCC (Población, Concepto, Contexto) establecido por el Manual JBI para Revisiones de Alcance [15]. Los criterios de inclusión se detallan en la tabla 1 (tabla 1).

Se excluirán de la revisión: estudios que aborden exclusivamente PEP ocupacional (personal de salud expuesto en entorno laboral); estudios sobre PrEP sin componente de transición desde PEP; estudios restringidos exclusivamente a poblaciones heterosexuales cisgénero sin reporte de datos específicos para MSG; estudios en poblaciones pediátricas (<18 años); estudios en modelos animales o de laboratorio; editoriales, cartas al editor y comentarios que no reporten datos primarios; y resúmenes de congresos sin publicación de texto completo accesible. Se incluirán publicaciones en inglés, español y portugués, con límite temporal del 2015 al 2025 en la fecha de publicación.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Se realizarán búsquedas sistemáticas en las siguientes bases de datos electrónicas: PubMed/MEDLINE (National Library of Medicine), Scopus (Elsevier), Embase (Elsevier), LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud, BIREME/OPS/OMS) y Web of Science (Clarivate). Se reconoce que

el acceso efectivo a algunas de estas fuentes podrá estar condicionado a la disponibilidad institucional de suscripciones. De manera complementaria, se hará uso de búsqueda semántica por inteligencia artificial en Consensus, utilizando como consulta la pregunta de investigación orientadora del protocolo.

Tabla 1. Criterios de elegibilidad según el marco PCC

Componente PCC	Elemento	Criterio de inclusión
Población (P)	¿Quién?	Adultos ≥ 18 años pertenecientes a minorías sexuales y de género: hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mujeres transgénero, hombres transgénero y personas no binarias o de género diverso, que hayan utilizado o solicitado profilaxis post-exposición no ocupacional.
Concepto (C)	¿Qué?	Cualquier estrategia, modelo de atención, intervención, programa o protocolo orientado a facilitar la vinculación y/o transición de la profilaxis post-exposición no ocupacional a la profilaxis pre-exposición, incluyendo modelos clínicos integrales, liderados por enfermería, farmacéuticos, comunitarios, digitales o combinados.
Contexto (C)	¿Dónde?	Cualquier entorno geográfico (sin restricción de país o región) y cualquier modalidad de atención: clínicas de salud sexual, servicios de urgencias hospitalarias, centros de atención primaria, farmacias comunitarias, plataformas digitales o de telemedicina, y organizaciones comunitarias.

HSH: hombres que tienen sexo con hombres; MSG: minorías sexuales y de género; PCC: población, concepto, contexto; PEP: profilaxis post-exposición; PrEP: profilaxis pre-exposición.

Adicionalmente, se realizará búsqueda sistemática en fuentes de literatura gris: WHO IRIS (Repositorio Institucional de la Organización Mundial de la Salud), PAHO IRIS (Repositorio Institucional de la Organización Panamericana de la Salud), UNAIDS (repositorio de publicaciones de ONUSIDA), ClinicalTrials.gov (ensayos clínicos registrados), repositorios universitarios de acceso abierto y repositorios de ministerios de salud y programas nacionales de VIH de países con alta prevalencia en MSG. Se realizará rastreo de referencias de los artículos incluidos y búsqueda de literatura citante de los estudios clave identificados. Las búsquedas se ejecutarán de manera sistemática y documentada, con registro de la fecha de última consulta de cada fuente.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

La estrategia de búsqueda combinará términos controlados (MeSH, Emtree, DeCS) y términos libres en tres dominios semánticos: el dominio PEP/PrEP, el dominio de poblaciones MSG y el dominio de vinculación/transición/retención. Se utilizarán operadores booleanos (AND, OR) para combinar los dominios, y la estrategia será adaptada a la sintaxis específica de cada base de datos. La cadena de búsqueda base para PubMed/MEDLINE es la siguiente: (("post-exposure prophylaxis"[MeSH Terms] OR "post-exposure prophylaxis"[tiab] OR "nPEP"[tiab] OR "nonoccupational PEP"[tiab] OR "PEP"[tiab]) AND ("pre-exposure prophylaxis"[MeSH Terms] OR "pre-exposure prophylaxis"[tiab] OR "PrEP"[tiab] OR "HIV prevention"[tiab]) AND ("men who have sex with men"[MeSH Terms] OR "MSM"[tiab] OR "sexual minority"[tiab] OR "gender minority"[tiab] OR "transgender"[MeSH Terms] OR "transgender"[tiab] OR "trans women"[tiab] OR "non-binary"[tiab]) AND ("linkage"[tiab] OR "linkage to care"[tiab] OR "transition"[tiab] OR "PEP2PrEP"[tiab] OR "PEP to PrEP"[tiab] OR "retention"[tiab] OR "fast-track"[tiab])). Esta estrategia contempla

un límite temporal del 2015 al 2025. Idiomas: inglés, portugués y español. La estrategia completa para cada base de datos se consignará como anexo en el artículo final.

MÉTODOS DE EXTRACCIÓN Y ANÁLISIS

El proceso de cribado y selección de fuentes seguirá dos etapas secuenciales reportadas mediante diagrama de flujo PRISMA-ScR. Los resultados de todas las búsquedas se importarán al gestor de referencias Zotero y se exportarán a la plataforma de cribado Rayyan para la deduplicación automatizada y el cribado ciego, garantizando la trazabilidad de cada decisión de inclusión o exclusión. En la primera etapa —cribado de títulos y resúmenes—, la revisora principal evaluará todos los registros identificados en función de los criterios de elegibilidad. Antes de iniciar el cribado formal, se realizará una calibración con los primeros 50 registros de forma conjunta con un revisor de apoyo, calculándose el índice Kappa de Cohen para acuerdo inter-evaluador (umbral aceptable: $\kappa \geq 0,70$). Se declara explícitamente que, por razones de factibilidad académica, el proceso de cribado será ejecutado de manera primariamente unipersonal, contando con consulta supervisora para la resolución de casos de duda o discrepancia; esta condición constituye una limitación metodológica declarada que se aborda en la sección correspondiente. En la segunda etapa —revisión de texto completo—, todos los registros que superen el cribado de títulos y resúmenes serán evaluados verificando el cumplimiento de todos los criterios de elegibilidad, y los motivos de exclusión serán documentados sistemáticamente.

Los datos se extraerán de los estudios incluidos mediante una matriz de extracción estandarizada desarrollada ad hoc y piloteada con los primeros cinco estudios incluidos antes de su aplicación generalizada. La matriz contempla cuatro dominios: administrativo (autores, año, país, diseño, financiamiento), poblacional (tamaño muestral, subgrupos MSG, edad, contexto

socioeconómico), conceptual (nombre de la estrategia, tipo de intervención, componentes, profesionales involucrados, modalidad de seguimiento) y de resultados (tasa de elegibilidad para PrEP, tasa de inicio de PrEP, tasa de retención a 3, 6 y 12 meses, barreras, facilitadores, resultados de implementación).

Los datos extraídos se sintetizarán mediante dos procedimientos complementarios. La síntesis narrativa se organizará en cuatro dimensiones temáticas: tipología de modelos de transición (naturaleza clínica, de enfermería, farmacéutica, comunitaria o digital); efectividad relativa en la cascada PEP a PrEP (tasas de elegibilidad, inicio y retención, sin pooling cuantitativo dado el diseño de revisión de alcance); barreras y facilitadores de la transición categorizados según el Marco Ecológico de los Determinantes de la Salud; y representación diferencial de los distintos subgrupos MSG en la literatura incluida. Los resultados se presentarán en tablas de síntesis y texto narrativo continuo. Adicionalmente, se construirá un Mapa de Brechas de Evidencia (EGM) como herramienta complementaria de visualización, estructurado mediante una matriz bidimensional que cruzará tipos de intervención (filas: modelos clínicos, de enfermería, farmacéuticos, comunitarios, digitales y combinados) con dominios de resultados (columnas: elegibilidad para PrEP, inicio de PrEP, retención, barreras estructurales y facilitadores programáticos). La densidad de evidencia se codificará en cuatro niveles: sin evidencia (0 estudios), evidencia limitada (1-2 estudios), evidencia moderada (3-4 estudios) y evidencia sustancial (≥ 5 estudios).

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera identificar y caracterizar los modelos de atención para la transición PEP a PrEP reportados en la literatura científica, describiendo su naturaleza, estructura operativa, contexto de implementación y tasas de vinculación asociadas. Se anticipan diferencias sustanciales en las tasas de transición según el modelo de atención, con gradientes entre modelos de referencia estándar y modelos de transición inmediata o liderados por enfermería. Se espera mapear los factores que operan como barreras y facilitadores de la transición en múltiples niveles ecológicos, con especial atención a las barreras diferenciales que afectan a subgrupos específicos como mujeres transgénero, hombres transgénero y personas no binarias. El EGM permitirá visualizar que las áreas con mayor acumulación de evidencia corresponden a los modelos clínicos y de enfermería en contextos de altos ingresos, mientras que los modelos farmacéuticos, comunitarios y digitales en entornos de ingresos bajos y medios —así como los resultados de retención a largo plazo en todos los modelos— representarán las brechas de investigación más pronunciadas. Estos hallazgos tendrán aplicabilidad directa para el diseño y fortalecimiento de programas de prevención combinada del VIH en América Latina, particularmente para los centros de atención integral de salud sexual orientados a MSG (SERITS/CERITS/UAMPS) del Ministerio de Salud del Perú y para programas nacionales de VIH de la región andina.

LIMITACIONES

Se reconocen las siguientes limitaciones metodológicas. Primera y más relevante: la ejecución primariamente unipersonal del proceso de cribado y extracción constituye una desviación del

estándar de doble revisor independiente sugerido por JBI. Esta limitación, inherente al contexto de factibilidad académica en el que se desarrolla la investigación, se mitiga mediante calibración previa con un revisor de apoyo en los primeros 50 registros (umbral Kappa de Cohen $\geq 0,70$), supervisión consultiva para la resolución de casos dudosos y el uso de la plataforma Rayyan para garantizar la trazabilidad y documentación del proceso decisorio. Los lectores y revisores deben considerar esta condición al interpretar los resultados de la revisión completa. Segunda: la concentración geográfica de la evidencia disponible en países de altos ingresos del hemisferio norte limitará la transferibilidad de los hallazgos a contextos de recursos limitados en América Latina, África y Asia. Tercera: la heterogeneidad metodológica de los estudios incluidos —en términos de diseño, poblaciones, definiciones operacionales y resultados reportados— impedirá la síntesis cuantitativa y limitará las comparaciones directas entre modelos. Cuarta: la representación de subgrupos específicos dentro de las MSG (hombres transgénero, personas no binarias) en la literatura disponible es previsiblemente escasa, lo que restringirá las conclusiones específicas para estos subgrupos. Finalmente, el acceso diferencial a las bases de datos, condicionado a la disponibilidad de suscripciones institucionales, podría generar sesgos en la cobertura de la búsqueda.

PLANES DE DIFUSIÓN

Los resultados del protocolo y de la revisión de alcance se difundirán mediante publicación en una revista científica clínica indexada de alcance latinoamericano. Los hallazgos se presentarán en foros académicos y congresos de salud pública y epidemiología del VIH. Se prevé la elaboración de un resumen ejecutivo con recomendaciones programáticas para tomadores de decisiones en sistemas de salud, con énfasis en la aplicabilidad para los centros de referencia de atención integral en MSG (SERITS/CERITS/UAMPS) del Ministerio de Salud del Perú y para programas nacionales de VIH de la región andina.

FINANCIAMIENTO

Esta revisión de alcance y su protocolo han sido autofinanciados por la investigadora principal. No se ha recibido financiamiento externo de ninguna institución pública ni privada. Se declara ausencia de conflicto de intereses.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente revisión de alcance no involucra recolección de datos primarios ni reclutamiento de participantes humanos. Todos los datos se obtendrán de fuentes publicadas o de acceso público. Por tanto, no se requiere evaluación ni aprobación por un Comité de Ética en Investigación. El protocolo ha sido registrado públicamente en el Open Science Framework (OSF: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/HVS49>), garantizando la transparencia metodológica y el acceso público al diseño a priori. La investigadora se compromete a reportar los hallazgos con fidelidad, sin sesgo de interpretación, y a incluir toda la evidencia relevante independientemente de la dirección de los resultados. La revisión se desarrollará en estricto cumplimiento de los lineamientos PRISMA-ScR [16] y el Manual JBI [15].

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hanum N, Cambiano V, Sewell J, Rodger AJ, Nwoko N, Asboe D, et al. Trends in HIV incidence and association of baseline factors with subsequent incident HIV among gay, bisexual, and other men who have sex with men attending sexual health clinics in England: A prospective cohort study. *PLoS Med.* 2021;18(6): e1003677. doi: 10.1371/journal.pmed.1003677.

2. John SA, Whitfield THF, Rendina HJ, Grov C, Parsons JT. The use of HIV pre- and postexposure prophylaxis among a web-based sample of HIV-negative and unknown status cisgender and transgender sexual minority men. *JMIR Public Health Surveill.* 2022;8(12): e31237. doi: 10.2196/31237.
3. Jain S, Krakower DS. The transition from postexposure prophylaxis to preexposure prophylaxis: An emerging opportunity for

- biobehavioral HIV prevention. *Clin Infect Dis*. 2015;60(Suppl 3): S200-S204. doi: 10.1093/cid/civ068.
4. O'Byrne P, MacPherson P, Orser L, Jacob JD, Holmes D. nPEP as an HIV prevention tool: Highlights from a nurse-led program. *Public Health Nurs*. 2018;35(6):512-520. doi: 10.1111/phn.12529.
 5. Vargas Rivera SK. Características clínicas y epidemiológicas de usuarios de profilaxis post-exposición en una unidad de atención de infecciones de transmisión sexual de Lima, Perú [tesis de grado]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2024. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/16350>
 6. Siemieniuk RAC, Loutfy MR, Raboud J, Margolese S, Li M, Brunetta J. Transitioning to HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) from non-occupational post-exposure prophylaxis (nPEP): A clinical, demographic, and behavioral analysis. *AIDS Patient Care STDS*. 2015;29(12):643-646. doi: 10.1089/apc.2015.0184.
 7. Richardson D, Llewellyn C, Perry N, Fisher M. Reasons why men who have sex with men do not attend for HIV post-exposure prophylaxis following sexual exposure: a qualitative study. *Sex Transm Infect*. 2021;97(2):156-159. doi: 10.1136/sextrans-2019-054374.
 8. Xia Y, Greenwald ZR, Milwid RM, Charest L, Nguyen VK, Thombs BD, et al. Pre-exposure prophylaxis uptake among men who have sex with men who used non-occupational post-exposure prophylaxis: A longitudinal analysis in Montréal, Canada. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2020;85(5):567-574. doi: 10.1097/QAI.0000000000002500.
 9. O'Byrne P, Orser L, Jacob JD. Immediate PrEP after PEP: Results from an observational nurse-led PEP2PrEP study. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2020;85(5):567-574. doi: 10.1097/QAI.0000000000002241.
 10. Roche SD, Masyuko SJ, Mogere P, Gachuhi K, Ng'ang'a A, Weaver MR, et al. Pharmacy PrEP and PEP delivery in Kenya: A mixed-methods implementation study. *J Int AIDS Soc*. 2025;28(Suppl 1): e26467. doi: 10.1002/jia2.26467.
 11. Shan D, Zhang Y, Wang M, Zhao Y, Hao C, He Q, et al. Understanding the uptake and outcomes of non-occupational postexposure prophylaxis use through an online medical platform in China: Web-based cross-sectional study. *J Med Internet Res*. 2023;25: e42644. doi: 10.2196/42644.
 12. Mora C, Monteiro S, Moreira COF. Government communication pieces on HIV PrEP and PEP in Brazil: Analysis of content and circulation (2015-2019). *Saude Soc*. 2022;31(1): e210855en. doi: 10.1590/s0104-12902022210855en.
 13. Zucker J, Carnevale C, Slowikowski J, Cohall A, Romo LV, Sobieszczyk ME. Predictors of disengagement in care for individuals receiving pre-exposure prophylaxis (PrEP). *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2019;81(3):302-306. doi: 10.1097/QAI.0000000000002029.
 14. Zhang Y, Wang M, Mo J, Chen Z, Chen X, Liang H, et al. Transition from HIV post-exposure prophylaxis to pre-exposure prophylaxis and awareness-to-use cascade among men who have sex with men: A longitudinal study in Guangxi, China. *BMC Public Health*. 2025;25:3974. doi: 10.1186/s12889-025-25232-4.
 15. John SA, Rendina HJ, Grov C, Parsons JT. Home-based pre-exposure prophylaxis (PrEP) services for gay and bisexual men: An opportunity to address barriers to PrEP uptake and persistence. *PLoS ONE*. 2019;12(12): e0189794. doi: 10.1371/journal.pone.0189794.
 16. Were DK, Genberg BL, Omollo M, Odwar T, Bacchetti P, Helova A, et al. Uptake of same-day antiretroviral therapy and HIV care among individuals with newly diagnosed HIV infections: Results from a cluster randomized trial. *Clin Infect Dis*. 2021;73(4):606-612. doi: 10.1093/cid/ciab256.
 17. Pfau J, Torrone EA, Cherutich P, Muiruri P, Macharia PM, Gachuno O, et al. User preferences on long-acting PrEP for HIV prevention in Eastern and Southern Africa: A discrete choice experiment. *BMC Public Health*. 2025;25(1):2361. doi: 10.1186/s12889-025-23529-y.
 18. Peters MDJ, Godfrey C, Mclnerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Chapter 11: Scoping reviews (2020 version). En: Aromataris E, Munn Z, editores. *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI; 2020. doi: 10.46658/JBIMES-20-12.
 19. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-473. doi: 10.7326/M18-0850.
 20. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: Towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005;8(1):19-32. doi: 10.1080/1364557032000119616.