

ORIGINAL BREVE



Gaceta Médica de Bilbao. 2014;111(2):32-37

Percepción, riesgo de infección y realización de serología para VIH en atención primaria. Estudio GIB-RISK.

Mikel Baza-Bueno^{a, d, e}, Aitor Odiaga-Andikoetxea^{b, d, e}, Eneritz Gómez de Segura-Echevarría^{c, d, e}, Iker López-Garciarena^{a, d, e}, June Garay-Landa^{b, d, e}, Enrique García-López^{a, d, e}, Iñaki Mendibil-Crespo^{d, e}.

(a) Centro de salud (CS) Kareaga-C. San Miguel. Basauri. Bizkaia

(b) Centro de salud Otxarkoaga. Bilbao, Bizkaia

(c) Centro de salud San Ignacio. Bilbao, Bizkaia

(d) Unidad Docente de Medicina de Familiar y Comunitaria de Bizkaia

(e) Osakidetza-Servicio Vasco de Salud

Recibido el 20 de enero de 2014; aceptado el 14 de abril de 2014

PALABRAS CLAVE

Infecciones por VIH.
Percepción.
Riesgo.
Atención primaria de salud.
Serología.
Serodiagnóstico de sida.

Resumen: *Objetivos:* El objetivo ha sido conocer la percepción de riesgo y la aceptación de la serología de VIH en Atención Primaria. *Métodos:* Se trata de un estudio descriptivo. Encuesta sobre prácticas y percepción de riesgo para VIH. Se ofreció serología a quien estaba en riesgo, midiendo su aceptación y realización. *Resultados:* 175 participantes. El 79,4% no tenía ninguna percepción de riesgo. El 44,6% tenía una serología previa. Se encontraban en situación de riesgo el 44,6% (IC95%: 36,9-52,2), a los que se les ofreció la serología. La aceptación verbal fue del 73,1% y la aceptación real del 56,4% (IC95%: 44,8-68,1). *Conclusiones:* La percepción de riesgo y la aceptación de la prueba en la población general son bajas. No parece que la valoración aislada del riesgo sea una estrategia suficientemente eficaz para aumentar la aceptación y realización de la serología en atención primaria. Ofertarla de forma rutinaria a quien se vaya a realizar una analítica por otro motivo podría contribuir a una mayor aceptación.

© 2014 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

HIV infections.
Perception.
Risk.
Primary Health Care.
Serology.
AIDS Serodiagnosis.

Perception, risk of infection and HIV serology performing in Primary Care. GIB-RISK study

Abstract: *Subjects:* To determine the risk perception and acceptance of serology for HIV in primary care. *Methods:* Descriptive study. Inquest about risk perception and practices for HIV. Serology was offered to those at risk, measuring its acceptance and implementation. *Results:* 175 participants. 79,4% had no perception of risk. 44,6% had a previous serology. 44,6% were at risk (95% CI: 36,9 to 52,2), which were offered serology. Verbal acceptance was 73,1% and the actual acceptance 56,4%

(95% CI 44,8 to 68,1). *Conclusions:* The risk perception and the acceptance of the serology in the general population are low. It seems that the assessment of risk on its own is not a sufficiently effective strategy to increase the acceptance and implementation of HIV serology in primary care. Routinely offering serology to those who are going to make a blood test for other reason, could contribute to greater acceptance. © 2014 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

GIBaren infekzioarako pertzepzioa, arriskua eta serologiaren burutzea lehen mailako arretan. GIB-RISK estudioa

Laburpena: *Helburuak:* GIBarentzako (Giza Immunoeskasiaren Birusa) arrisku-pertzepzioa eta horren serologia burutzeko onarpenaren ezagutza lehen mailako arretan. *Metodoak:* Zeharkako estudio deskribatzailea. Parte-hartzaileei galdeketa egin zitzairen GIBaren gaineko ezagueren, praktiken eta arrisku pertzepzioaren gainean. Serologia eskaini zitzairen arriskuan zeudenei, eta horren onarpena eta errealizazioa neurtu ziren. *Emaitzak:* 175 parte-hartzaile izan ziren. %79,4k ez zuen inongo arrisku-pertzepziorik. %44,6k aurreko serologia zuen. Arrisku-egoeran zeuden %44,6ari (%95 Konfiantza Tarte edo KT: 36,9-52,2) serologia eskaini zitzairen. Ahozko onarpena % 73,1ekoa izan zen eta onarpen erreala % 56,4koa (%95 KT: 44,8-68,1). *Ondorioak:* GIBarentzako arrisku-pertzepzioa eta serologia burutzeak baxuak dira populazio orokorrean. Ez dirudi arriskuaren balorazio isolatua GIBarentzako serologien errealizazio eta onarpen maila handitzeko estrategia eraginkorra denik lehen mailako arretan. Serologia errutinazko eran eskaintzeak, analisi bat beste arrazoi bategatik egiten duenari, onarpen handiagoa izaten lagundu dezake.

© 2014 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

GILTZA-HITZAK

GIBak eragindako infekzioa.
Pertzepzioa.
Arriskua.
Lehen Mailako Arreta.
Serologia.
HIESaren serodiagnostikoa.

Introducción

Desde que se diagnosticaran los primeros casos de sida en 1981¹ se han producido grandes avances, especialmente en lo terapéutico, habiendo contribuido al aumento de la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes infectados^{2,3}. En nuestro medio, todavía queda una asignatura pendiente: el diagnóstico precoz^{2,3}. En el año 2011 en España se diagnosticaron 2.763 nuevas infecciones, de las cuales el 46% fueron diagnósticos tardíos^{3,4}. Se estima que hay 110.000-150.000 personas infectadas por el VIH³, de las cuales el 30% desconoce su estado serológico⁴, siendo las responsables de la mayoría de las nuevas infecciones^{4,5}. El diagnóstico precoz mejora el pronóstico de la persona infectada, disminuye la transmisión y por lo tanto la tasa de nuevas infecciones^{2,4}. Por cada nuevo diagnóstico precoz se evitarían tres nuevas infecciones de VIH³.

En los últimos años se han propuesto cambios para dejar a un lado el excepcionalismo con que se había abordado la epidemia desde un principio⁶. En el año 2006 los CDC (Centers for Disease Control and Prevention) de Estados Unidos proponen la estrategia del "opt-out", que consiste en ofrecer la prueba al paciente y realizarla salvo que éste se oponga de manera expresa². Esta estrategia puede resultar coste-efectiva incluso cuando la prevalencia es inferior al 0,1%⁷. Se acepta que la atención primaria ocupa una posición estratégica para hacer frente a este reto^{2,5,8}. Aun así, en España sólo el 30% de las serologías para VIH se realizan en este ámbito⁵ y fue el lugar donde se diagnosticaron el 19% de las nuevas infecciones en el año 2010⁵. Debido a que mu-

chos de estos pacientes pasan por las consultas de atención primaria, nos encontramos ante oportunidades perdidas^{9,10} para diagnosticar y tratar a pacientes potencialmente infectados⁵.

Para el desarrollo de estrategias que puedan aumentar el diagnóstico precoz desde atención primaria, es necesario conocer las creencias, actitudes y prácticas de la población general respecto a la infección por VIH y su despistaje. Con este propósito se desarrolló el estudio GIB-RISK, con el objetivo de describir los conocimientos, la percepción de riesgo, las serologías previas realizadas y la aceptación de la prueba para la infección del VIH en usuarios de atención primaria.

Material y método

Se realizó un estudio descriptivo transversal. La población a estudio incluyó a todos los usuarios entre 16 y 64 años de 6 cupos médicos de 3 Unidades de Atención Primaria de Osakidetza (Servicio Vasco de Salud) que corresponden a una población de 7.000 personas principalmente urbana. Se calculó el tamaño muestral para una precisión del 7% y un error alfa del 5%, siendo el resultado de 191 usuarios, entendiendo como tal a cualquier persona que acudió a la consulta. El muestreo fue aleatorio estratificado por cupo médico, sexo y grupos de edad (16-29 años; 30-49 años; 50-64 años). Se capturaron de forma sistemática según acudían a la consulta, teniendo cada usuario una única oportunidad de participar en el estudio. Los criterios de exclusión fueron tener un diagnóstico previo de infección por VIH o no ser competente para la toma de decisiones.

La recogida de datos se desarrolló entre enero y abril de 2012, en un periodo variable para cada investigador. Se realizó en la consulta habitual mediante un cuestionario de preguntas cerradas, establecido por el equipo investigador. Como requisito previo a todos los participantes se les informó sobre las características del estudio, la naturaleza del cuestionario y se recogió su consentimiento informado. Mediante el cuestionario se obtuvo la información relativa a todas las variables del estudio (Tabla 1): percepción de riesgo; conocimiento sobre el VIH; serología previa y motivo (dando a elegir entre opciones no excluyentes entre sí); riesgo de infección; alto riesgo (según CDC⁸); indicación, aceptación y realización de la prueba; y lo que les sugería la palabra sida. El riesgo de infección fue definido como: 1) haber mantenido relaciones sexuales sin preservativo con una persona que desconoce su estado serológico para el VIH, independientemente de si se trataba de su pareja habitual y/o 2) haber compartido material de venopunción. Considerándose susceptibles a quienes habían estado en riesgo y no tenían serología posterior realizada, se les indicó la misma, valorando su aceptación y realización. El método de detección consistió en la serología convencional mediante la técnica ELISA, por lo que a los considerados susceptibles se les entregó un volante para que se realizasen la analítica. Fueron consideradas como no realizadas las pruebas que no se habían llevado a cabo en un mes tras su aceptación verbal y entrega del volante. La percepción de riesgo se evaluó mediante la pregunta "¿Cuál cree que es su probabilidad de estar infectado por el virus del sida?"¹¹. El conocimiento sobre el VIH se estudió mediante doce preguntas sobre vías de transmisión validadas en un trabajo previo¹¹. Al concluir la entrevista se entregó al paciente una hoja de información sobre la infección de VIH.

El análisis de datos se realizó mediante estimación de medias y proporciones, así como comparación de medias y de proporciones. La comparación de medias fue mediante ANOVA y para la comparación de proporciones se empleó chi cuadrado. El programa estadístico utilizado fue SPSS vs19 y EPIDAT 3.1 para el cálculo del tamaño muestral y los intervalos de confianza.

Resultados

Se encuestaron 175 usuarios con una edad media de 42 años (DE 12,7), de los cuales el 50,4% eran mujeres. Un usuario no aceptó participar, otro falleció y otro se anuló por embriaguez. En uno de los cupos faltaron 13 personas para alcanzar el tamaño muestral. No se sustituyeron las pérdidas ni las no respuestas (Figura 1). El 44,6% (IC 95%: 36,9-52,2) tenía una serología previa (78 personas). Los motivos más frecuentes para su realización fueron: por screening el 38,5% (30 personas), si bien 4 de éstas también se lo realizaron por otro motivo; por haber tenido prácticas sexuales de riesgo un 19,2% (15 personas), 4 de ellas se lo realizó también por otro motivo; y por ser donante de sangre un 15,4% (12 personas), de éstas 2 también por otro motivo.

El 79,4 % de los participantes no tenía ninguna percepción de estar en riesgo y para el otro 20,6% la posi-

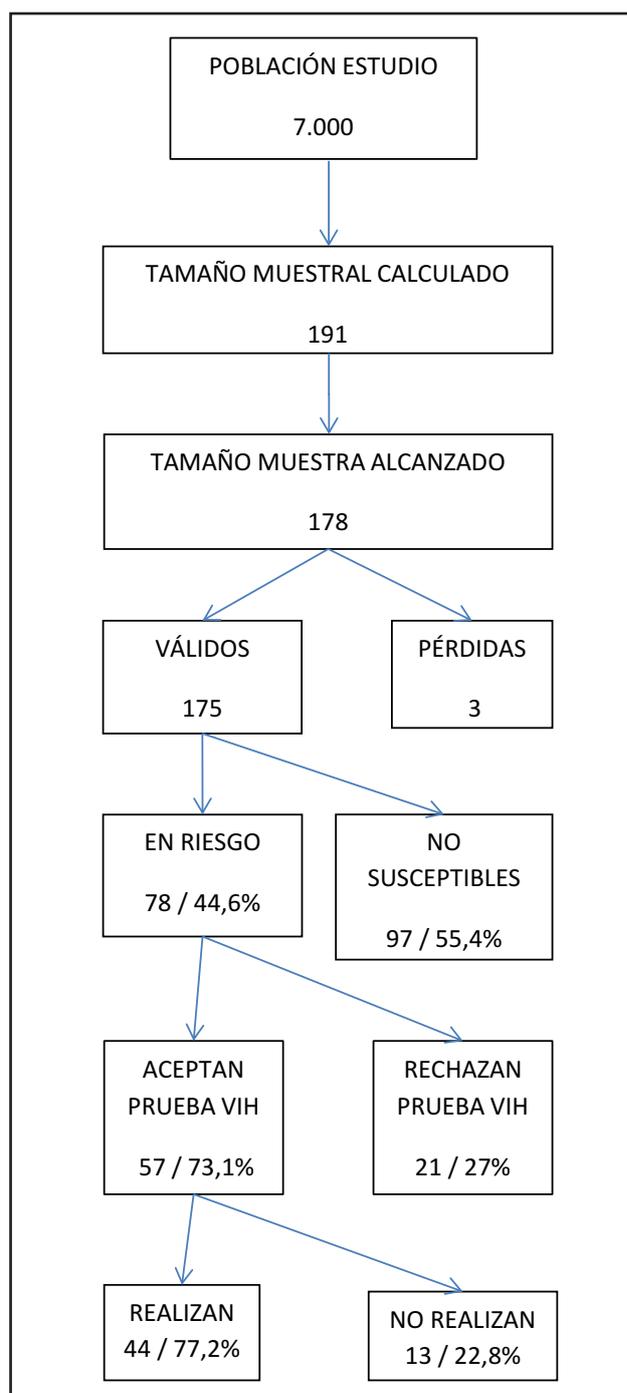


Figura 1. Esquema del estudio.

bilidad de estar infectado por el VIH era baja. Nadie tuvo una percepción alta o muy alta. El 17,7% de los encuestados respondió correctamente a las 12 preguntas sobre conocimientos de la transmisión, y el 46,8% tuvo 1 o 2 respuestas erróneas. Las preguntas con peores resultados fueron las de transmisión por mosquito con 61,7% aciertos y la transmisión por besar en la boca con 62,3%. Las preguntas con mayores aciertos fueron uso correcto de preservativo con 99,4% y recibir transfusión controlada 97,7% (Figura 2). En respuesta a la pregunta sobre lo que les sugería la palabra "sida", la respuesta más frecuente fue "enfermedad" (55 personas) seguido de "muerte" (24 personas). En cuanto a las conductas consideradas de alto riesgo en los últimos 12 meses, un

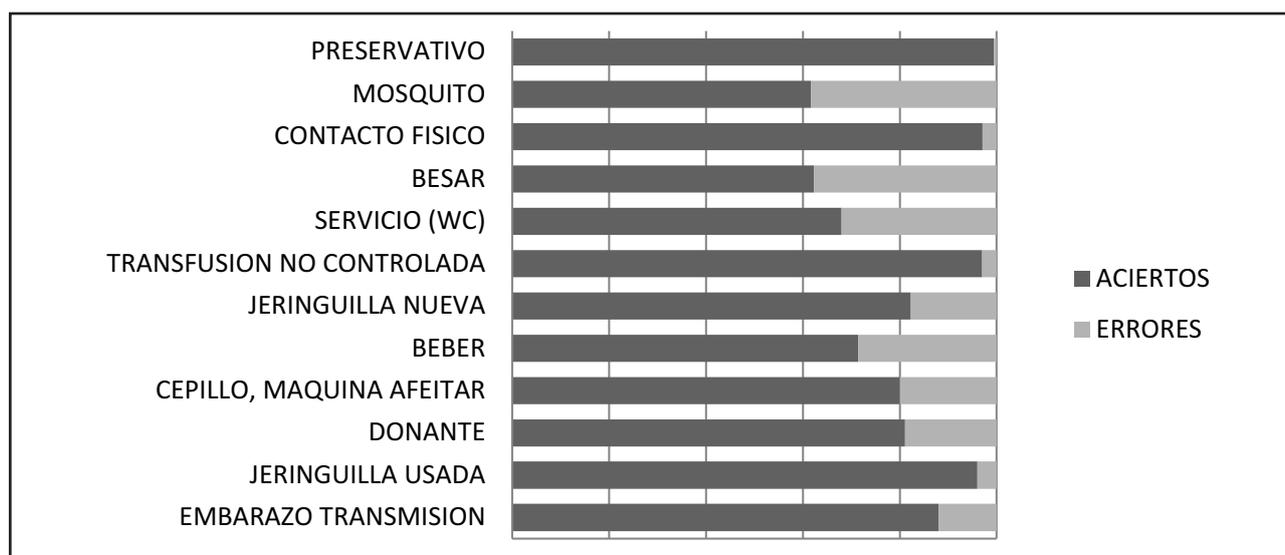


Figura 2. Conocimientos sobre vías de transmisión.

9,5% (15 personas) había tenido relaciones sexuales con una pareja que no fuese la habitual, no usando el preservativo el 60% de éstas. No se encontró riesgo por parejas con VIH o que fueran consumidoras de drogas por vía intravenosa. En nuestra muestra el 3,4% había presentado una infección de transmisión sexual (ITS) previa y el 2,3% refirió que su pareja había tenido una ITS.

El 44,6% (78 personas; IC 95% 36,9-52,2) de pacientes se encontraban en situación de riesgo y para todos ellos el tipo de riesgo fue sexual, no encontrándose riesgo por compartir material de venopunción. De éstos, el 24,4% presentaban una serología previa y el 76,9% no tenía ninguna percepción de riesgo. La aceptación verbal para realizar la prueba fue del 73,1% (IC 95%: 62,6-83,6). La realización de la serología fue del 77,2% (IC 95%: 65,4-89) en quienes aceptaron realizarla. El resultado de las 44 pruebas fue negativo. Por lo tanto, la aceptación real fue de 56,4% (IC 95%: 44,8- 68,1). Es decir, de las 78 personas que se encontraban en riesgo, 44 realizaron la serología siendo todas ellas negativas (Figura 1).

En el análisis de subgrupos se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los considerados susceptibles de realizar la serología y los no susceptibles en cuanto a la edad (p 0,029) y la serología previa (p 0,001) (Tabla 2). Por otro lado, la serología previa en el grupo de mujeres 30-49 años fue superior a los otros dos grupos etarios y a los hombres (p <0,001).

Discusión

La percepción de riesgo de la población estudiada es muy baja a pesar de que muchos de los encuestados presentaban prácticas sexuales de riesgo. Casi la mitad de las personas a las que se les recomendó la serología finalmente no se la realizaron. Es probable que la escasa percepción de riesgo observada esté relacionada con el ámbito en el que se desarrolló el estudio, ya que se trataba de población general donde se detectaron pocas conductas de alto riesgo. Consideramos que la baja percepción no es atribuible a la falta de conocimientos

sobre la transmisión. Por ello, resulta llamativo que casi la mitad de las personas eran susceptibles de realizarse la serología según los criterios del estudio.

La aceptación (73,1%) y la realización (56,4%) de la prueba fueron bajas en contraste con lo observado en otros estudios. En uno realizado en atención primaria, donde a todos los pacientes que se les realizaba analítica sanguínea por otro motivo se les ofrecía la serología tras una breve anamnesis sexual, el 93% de los participantes reconoció la posibilidad de estar en riesgo y sólo un 1,5% rechazó la realización de la serología¹². Otro estudio similar desarrollado en una urgencia hospitalaria y en el que se ofrecía serología de VIH a todos los pacientes que se les realizaba analítica sanguínea la aceptación fue superior al 80%¹³. Tras la revisión de estos estudios en los que el punto de partida para solicitar la serología es una analítica, la aceptación observada en la población general es mayor. Por tanto, según la aceptación y realización obtenidas en el estudio GIB-RISK, no parece que la valoración del riesgo de forma aislada sea una estrategia que aumente el número de pruebas en atención primaria.

En cuanto a las debilidades del estudio, conviene reconocer que se trata de un estudio limitado a un pequeño grupo de médicos y que se desarrolló en un tiempo recortado. No se dispuso de grupo comparador, para poder identificar aquella estrategia más eficaz en la implementación de la prueba. Cabe destacar que la realización diferida de la prueba podría haber influido en la baja aceptación y realización de la serología en nuestro estudio. Con las pruebas rápidas de detección de VIH¹⁴ se habría eliminado esta barrera, pudiendo incrementarse la realización de las pruebas en un 16,7%.

En nuestro estudio las mujeres en edad fértil fueron aquellas que más serologías se habían realizado previamente, y es probable que esto se deba a los cribados que se desarrollan durante el embarazo. Esto explicaría las diferencias observadas en el análisis de subgrupos donde la edad media era menor en los no susceptibles, debido a que el grupo de mujeres de 30-49 años es el que más serologías previas tenía, no considerándose a

éstas susceptibles de realizar la prueba. Este hecho junto con lo observado en los estudios citados, podría significar que la realización de la serología como rutinaria o protocolizada tenga una mayor aceptación, tal y como sucede durante el embarazo y en los bancos de sangre. Éste es uno de los principales argumentos que esgrimen los partidarios del opt-out⁸. Además promocionar de forma activa el conocimiento del propio seroestado desde las consultas de atención primaria podría ser una práctica eficaz y factible, al mismo tiempo que coste-efectiva¹⁵. Aun así son necesarios más estudios para esclarecer que estrategias son las más adecuadas para implementar el diagnóstico precoz.

Finalmente, no se puede pasar por alto la actual política sanitaria, la pérdida de la universalidad del acceso a la sanidad y sus posibles consecuencias en la infección por VIH. Nos encontramos ante un gran problema de salud pública y más aún si no se asegura el tratamiento adecuado a todas las personas infectadas.

En conclusión, no parece que la valoración aislada del riesgo sea una estrategia suficientemente eficaz para aumentar la aceptación y realización de serología para VIH en atención primaria. El ofertar la serología de forma rutinaria a quien se le vaya a realizar una analítica por otro motivo podría contribuir a una mayor aceptación.

Bibliografía

- 1 Masur M, Michelis MA, Greene JB. An outbreak of community-acquired *Pneumocystis carinii* pneumoniae. *N Engl J Med*. 1981;305:1431-8.
- 2 García L, Busto MJ, Bermúdez E. El problema del retraso en el diagnóstico de la infección por el VIH en España. ¿Podemos hacer un mejor abordaje de la epidemia desde atención primaria? *Aten Primaria*. 2009;41(4):213-5.
- 3 Vigilancia epidemiológica del VIH/Sida en España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid; 30 de Junio de 2012. Disponible en http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Informe-VIHsida_Junio2012.pdf
- 4 Briongos LS, Bachiller P, Eiros JM, Palacios T. Papel del médico de familia en el manejo de la infección por VIH. *An Med Interna*. 2007; 24(8):399-403.
- 5 Coscollar C. VIH - Atención Primaria. Volver a empezar. Actualización en Medicina de Familia. 2011;7(9):539-40.
- 6 Gatell JM, Moreno S, del Romero J (Comité Ejecutivo). Documento de Conclusiones de la Reunión VIH en España 2012. Plataforma VIH España; Madrid; 29 de Mayo de 2012. Disponible en http://www.porunageneracionsinvih.com/imagenes/pdf/documento_conclusiones_vih2012_web2.pdf
- 7 Bayer R, Fairchild AI. Changing the Paradigm for HIV Testing – The End of Exceptionalism. *N. Engl. J. Med*. 2006;355(7): 647-9.
- 8 Qaseem A, Snow V, Shekelle P, Hopkins R, Owens DK. Screening for HIV in Health Care Settings: A Guidance Statement From the American College of Physicians and HIV Medicine Association. *Ann Intern Med*. 2009;150(2):125-31.
- 9 Agustí A, Mascort J, Ricard R, Casabona J. Detección precoz de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en el contexto de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2012;44(12):689-90.
- 10 Chocarro A, González A, García I, Aleixos M. Utilidad de la serología rutinaria para el diagnóstico de la infección VIH. Cartas al director. *An Med Interna*. 2008;25(3):155.
- 11 Chocarro A, Alonso O, García M, Alonso S, Delgado MJ, Merino SM et al. Evolución de los conocimientos, actitudes y hábitos de la población general sobre la infección por el VIH. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2008;26(6):330-7.
- 12 Martín-Cabo R, Losa-García JE, Iglesias-Franco H, Iglesias-González R, Fajardo-Alcántara A, Jiménez-Moreno A. Promoción de la detección del virus de la inmunodeficiencia humana en atención primaria. *Gac Sanit*. 2012;26(2):116-22.
- 13 Fabra S, Pérez S, Conde E, Berardino de la Serna JI, Montero D, del Amo J, et al. Estudio de aceptación de la prueba de VIH y prevalencia de la infección en pacientes que acuden a un servicio de urgencias. Póster Oral 22. I Congreso Nacional GESIDA. Madrid, 21-24 de octubre de 2009.
- 14 Oliva G, Almazán C, Guillén M. Prueba de detección rápida de la infección por VIH. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Ciencia e Innovación. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AATRM núm. 2007/03. Disponible en http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/detec_rapida_vih_aatrm-pcsns-07.pdf
- 15 Sanders GD, Anaya HD, Asch S, Hoang T, Golden JF, Ahmed M et al. Owens. Cost-Effectiveness of Strategies to Improve HIV Testing and Receipt of Results: economic Analysis of a Randomized Controlled Trial. *J Gen Intern Med*. 2010; 25(6):556-63.

Tabla I.
Variables del estudio

FILIACIÓN	SEROLOGÍA
-Edad -Sexo -Percepción del riesgo: NINGUNA BAJA ALTA MUY ALTA	-Realización previa -Motivo: <ul style="list-style-type: none"> • Riesgo sexual • Riesgo por venopunción • Donación de sangre • Accidente biológico • Screening • Otros • No sabe-No contesta
CONOCIMIENTOS VÍAS DE TRASMISIÓN VIH	RIESGO DE INFECCIÓN
- Sexo con preservativo - Picadura de mosquito - Contacto físico habitual - Besar en la boca - Utilizar un mismo WC - Transfusión de sangre no controlada - Inyección droga con jeringa nueva - Beber del mismo vaso - Compartir cepillo de dientes, maquinilla - Donar sangre. - Compartir jeringa usada - Transmisión en el embarazo	-Riesgo Sexual -Riesgo venopunción -Riesgo desde última serología -Alto riesgo <ul style="list-style-type: none"> • Consumo de drogas por vía intravenosa (también pareja) • Pareja sexual con VIH • Intercambio sexo por dinero o droga • En los últimos 12 meses relaciones sexuales con penetración con persona no habitual • Uso del preservativo -ITS previa -Pareja con ITS
INDICACIÓN Y REALIZACIÓN SEROLOGÍA	
-Susceptible de serología -Aceptación de serología -Realización de serología -Resultado serología	

Tabla II.
Diferencias entre susceptibles y no susceptibles de realizar serología

		SUSCEPTIBLES	NO SUSCEPTIBLES	p
Edad		44,35	40,14	0,029
Sexo	Hombres	46%	46,40%	0,2
	Mujeres	53,80%	53,60%	0,2
Conocimiento		9,6	10	0,34
Percepción	Ninguna	76,90%	81,40%	0,291
	Baja	23,10%	18,60%	0,291
	Alta/muy alta	0%	0%	0,291
Serología previa		24,40%	60,80%	0,001