

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE MEDICINA

Grado en Medicina

“Percepción sobre VIH y profilaxis pre y post exposición
entre profesionales sanitarios”

Autora: Esther Pérez Trujillo

Directora: Dra. María Ruiz Campuzano

Murcia, Mayo de 2024

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE MEDICINA

Grado en Medicina

“Percepción sobre VIH y profilaxis pre y post exposición
entre profesionales sanitarios”

Autora: Esther Pérez Trujillo

Directora: Dra. María Ruiz Campuzano

Murcia, Mayo de 2024



UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA
SAN ANTONIO

DEFENSA TRABAJO FIN DE GRADO

DATOS DEL ALUMNO	
Apellidos: Pérez Trujillo	Nombre: Esther
DNI: 76753465G	Grado de Medicina
Facultad de Ciencias de la Salud	
Título del trabajo: "Percepción sobre VIH y profilaxis pre y post exposición entre profesionales sanitarios"	

La Dra. María Ruiz Campuzano, tutora del trabajo reseñado arriba, acredita su idoneidad y otorgo el V. ° B. ° a su contenido para ir a Tribunal de Trabajo fin de Grado.

En Murcia, a 6 de mayo de 2024

Fdo.: Dra. María Ruiz Campuzano

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a todas las personas que han contribuido a este trabajo, especialmente a mi tutora y profesora, la Dra. María Ruiz Campuzano, por su paciencia y disponibilidad y, sobre todo, por haberme acompañado a lo largo de estos meses y ayudado a realizar este proyecto con tanto cariño.

También a todos los profesores de la Universidad Católica San Antonio de Murcia que me han ayudado a llegar hasta aquí, por transmitirme de la mejor manera posible sus conocimientos y por haberme enseñado tanto a lo largo de estos seis años de carrera.

A mis padres y mi hermana, por su amor, su dedicación y su apoyo incondicional. Por guiarme, aconsejarme y acompañarme siempre, y por enseñarme el valor de la honestidad, el trabajo duro y la perseverancia. Porque como bien me han dicho siempre, “todo esfuerzo al final tiene su recompensa”. Sois mi gran ejemplo a seguir. Os quiero mucho.

A mi querida amiga Sandra, por estar siempre a mi lado, por creer en mí en todo momento, y por celebrar cada uno de mis logros como si fueran suyos.

Por último, quiero dar las gracias a todas aquellas personas que han dedicado un poco de su tiempo en leer este trabajo.

ABREVIATURAS

AEMPS: Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios

EMA: Agencia Europea del Medicamento

FTC: Emtricitabina

HSH: Hombres que tienen sexo con hombres

ITS: Infecciones de transmisión sexual

PPE: Profilaxis post-exposición

PrEP: Profilaxis pre-exposición

RRR: Reducción del riesgo relativo

TDF: Tenofovir disoproxil fumarato

UCAM: Universidad Católica San Antonio de Murcia

UNAIDS: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	9
ABREVIATURAS	11
RESUMEN	15
PALABRAS CLAVE/ DESCRIPTORES	15
ABSTRACT	17
KEY WORDS	17
1. INTRODUCCIÓN	19
2. OBJETIVOS	21
3. MATERIAL Y MÉTODOS	22
3.1. DISEÑO	22
3.2. ENTORNO Y PARTICIPANTES	22
3.3. DISEÑO DE ENCUESTA Y RECOPIACIÓN DE DATOS	22
3.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES	22
3.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	23
4. RESULTADOS	24
4.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	24
4.2. CONOCIMIENTOS GENERALES SOBRE TRANSMISIÓN DEL VIH	24
4.3. CONOCIMIENTOS GENERALES SOBRE PROFILAXIS PRE Y POST EXPOSICIÓN FRENTE AL VIH ...	24
4.4. GRADO DE FAMILIARIDAD CON LA PROFILAXIS PRE Y POST EXPOSICIÓN FRENTE AL VIH	26
4.5. UTILIZACIÓN, EXPERIENCIA Y PERCEPCIONES SOBRE LA PROFILAXIS PRE Y POST EXPOSICIÓN FRENTE AL VIH	27
4.6. ACTITUDES HACIA LA PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN FRENTE AL VIH Y GRADO DE APOYO	27
5. DISCUSIÓN	28
6. CONCLUSIONES	32
7. ANEXOS Y APÉNDICES	33
8. BIBLIOGRAFÍA	37
9. TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS	40

RESUMEN

Introducción: La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) continúa siendo un problema de salud pública de gran importancia en España y a nivel mundial. Esto ha promovido la búsqueda de nuevas estrategias de prevención frente a esta infección con el fin de disminuir su incidencia. Entre estas estrategias destacan el uso de la profilaxis pre-exposición (PrEP) y post-exposición (PPE), que ya han demostrado su gran eficacia y efectividad.

Objetivos: Determinar el grado de conocimientos y percepción del personal sanitario respecto a las conductas de riesgo para la infección por VIH y el uso de profilaxis pre y post exposición.

Material y métodos: Estudio transversal (observacional descriptivo) mediante encuesta de 30 ítems (datos sociodemográficos, situación laboral/experiencia, conocimiento sobre conductas de riesgo para la infección por VIH, conocimiento sobre profilaxis pre-exposición y post-exposición, uso, opiniones y aspectos financieros).

Resultados: Se recibieron 109 cuestionarios. Las conductas consideradas de riesgo con mayor porcentaje fueron: mantener relaciones anales sin preservativo (95,4%) y mantener relaciones vaginales sin preservativo (92,7%). Los participantes presentaron en general un buen nivel de conocimientos sobre la PrEP y la PPE, aunque el grado de familiaridad y la experiencia con las mismas fue bajo y se identificó una brecha de conocimiento en cuanto a la ventana terapéutica (72 horas) de la PPE. La mayoría mostraron un elevado grado de apoyo hacia la PrEP (el 93,6% apoyaría su uso).

Conclusiones: Es necesario mejorar la formación de los profesionales sanitarios, ya sea mediante charlas, cursos o trípticos informativos, para que así se consigan aumentar los conocimientos sobre PrEP y PPE frente al VIH.

Palabras clave/ Descriptores

Profilaxis Pre-Exposición; Profilaxis Posexposición; VIH; Conocimiento; Personal de Salud.

ABSTRACT

Background: Human immunodeficiency virus (HIV) infection continues to be a public health problem of great importance in Spain and worldwide. This has led to the search for new prevention strategies against this infection in order to reduce its incidence. These strategies include the use of pre-exposure prophylaxis (PrEP) and post-exposure prophylaxis (PEP), which have already demonstrated their great efficacy and effectiveness.

Objectives: To determine the degree of knowledge and perception of healthcare personnel regarding risk behaviors for HIV infection and the use of pre- and post-exposure prophylaxis.

Materials and methods: Cross-sectional study (descriptive observational) by means of a 30-item survey (sociodemographic data, employment status/experience, knowledge of risk behaviors for HIV infection, knowledge of pre- and post-exposure prophylaxis, use, opinions and financial aspects).

Results: 109 questionnaires were received. The behaviors considered risky with the highest percentage were: anal intercourse without a condom (95.4%) and vaginal intercourse without a condom (92.7%). The participants generally had a good level of knowledge about PrEP and PEP, although the degree of familiarity and experience with them was low and a knowledge gap was identified regarding the therapeutic window (72 hours) of PEP. Most showed a high degree of support towards PrEP (93.6% would support its use).

Conclusions: It is necessary to improve the training of health professionals, either through lectures, courses or informative leaflets, so that knowledge about PrEP and PEP against HIV can be increased.

Key words

Pre-Exposure Prophylaxis; Post-Exposure Prophylaxis; HIV; Knowledge; Health Personnel.

1. INTRODUCCIÓN

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) continúa siendo un grave problema de salud pública en nuestro país, con una incidencia aún elevada, pues en el año 2022 se notificaron 2.956 nuevos diagnósticos de VIH, lo que supone una tasa de 6,23/100.000 habitantes sin corregir por retraso en la notificación, estimándose que será de 7,71 por 100.000 habitantes cuando se haya completado la notificación de todos los diagnósticos realizados ese año (1). La vía de transmisión prioritaria es la sexual, especialmente en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) (1) (2). En este contexto, la profilaxis pre-exposición (PrEP) ha emergido como una herramienta adicional a las medidas en uso como son la promoción del uso del preservativo, el consejo asistido, el diagnóstico y tratamiento precoz o la profilaxis post-exposición (PPE), que resultan insuficientes para lograr el control real de la epidemia (3). La PrEP es una novedosa estrategia de prevención basada en la administración de fármacos antirretrovirales a individuos no infectados pero que tienen un elevado riesgo de contagio, para prevenir o al menos reducir el riesgo de infección por VIH.

La evidencia que sugiere que la PrEP podría reducir el riesgo de infección por VIH surgió, por un lado, de la prevención exitosa de la transmisión vertical (madre-hijo) del VIH con profilaxis antirretroviral, y por otro, de los estudios realizados en primates que demostraron que la PrEP ofrecía protección parcial o total contra la infección (4). Sin embargo, no es hasta 2010 cuando se publicó el primer gran ensayo clínico, el estudio IPREX, que demostraba la eficacia de la PrEP en HSH. En él, se comparó la pauta de TDF/FTC oral diaria frente a placebo, encontrándose una reducción del riesgo relativo (RRR) de infección por VIH del 44% (asociándose la eficacia con la adherencia al tratamiento) (5) (6). Posteriormente, se han ido realizando numerosos estudios que han mostrado no solo la gran eficacia y efectividad preventiva de la PrEP, sino también su seguridad y coste-efectividad en distintos grupos de población, siendo por tanto imprescindible facilitar su acceso a todas aquellas personas que puedan beneficiarse de esta medida preventiva.

Por este motivo, en 2016 la Agencia Europea del Medicamento (EMA) y la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS)

aprobaron el uso de la PrEP mediante la combinación de 300 mg de Tenofovir disoproxil fumarato (TDF) y 200 mg de Emtricitabina (FTC) (TDF/FTC) administrado diariamente por vía oral, siendo tres años más tarde, en noviembre de 2019, cuando se financia e incluye en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud en España (3) (7).

La indicación de la PrEP en nuestro país inicialmente se dirigía a hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mujeres transgénero y mujeres trabajadoras del sexo, pero el 1 de diciembre de 2021 se amplió su indicación para: adolescentes desde los 16 años, personas que se inyectan drogas, y hombres y mujeres cisgénero con riesgo para la adquisición del VIH (3).

A pesar de la evidencia sobre su efectividad, es importante entender que la adherencia al tratamiento es un factor fundamental en la PrEP, y que ésta debe formar parte de un programa que incluye otras medidas como la promoción del uso del preservativo, la educación sexual y el consejo asistido, la evaluación del consumo de sustancias, la detección y tratamiento precoces de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y la actualización del estado vacunal (3).

Además de la PrEP también existe una profilaxis post-exposición (PPE), que consiste en prevenir la infección por VIH con la administración precoz de medicamentos antirretrovirales tras una exposición de alto riesgo, que puede ser tanto de naturaleza ocupacional (personal sanitario que accidentalmente se expone tras un pinchazo con una aguja) como no ocupacional (rotura de preservativo o agresión sexual con penetración). Sin embargo, se debe tener en cuenta que la eficacia de este tratamiento profiláctico depende del tiempo transcurrido desde la exposición de riesgo hasta la toma de los fármacos, siendo mayor si se inicia en las primeras 24 horas (y aún mejor si se realiza en las primeras 2 horas), mientras que carece de utilidad si se inicia más de 72 horas después de la potencial exposición. En este caso, se recomienda la administración de tres fármacos durante 4 semanas, y una vez finalizado este periodo, es preciso someter al sujeto a un seguimiento serológico durante 6-12 meses (8).

Por otro lado, en España la prueba del VIH es gratuita y confidencial para todos, y a pesar de ello, el 48,6% de las personas diagnosticadas de infección en 2022 presentaba diagnóstico tardío (1). Es necesario, por tanto, incrementar el porcentaje de diagnósticos en las personas infectadas para que puedan recibir

tratamiento antirretroviral, y así conseguir una carga viral suprimida. Esto último es de vital importancia, pues se ha demostrado que las personas con VIH en tratamiento y con carga viral indetectable no pueden transmitir el virus (indetectable = intrasmisible) (9). Este fue el mensaje de un nuevo explicador de UNAIDS en 2018, basado en la evidencia de tres grandes estudios llevados a cabo entre 2007 y 2016 sobre la transmisión sexual del VIH entre miles de parejas. En esos estudios, no se produjo ni un solo caso de transmisión sexual del VIH de una persona VIH positiva con supresión viral (valorado con prueba de carga viral) a su pareja VIH negativa (10).

Sin embargo, a pesar de estas recomendaciones, existen diferentes barreras tanto a nivel del individuo como de los profesionales sanitarios que los atienden, que pueden dificultar el acceso a la asistencia sanitaria de los pacientes que mantienen prácticas de riesgo para ITS. Estas barreras pueden ser el miedo al estigma, la inadecuada relación médico-paciente que impide hablar abiertamente sobre conductas sexuales, el desconocimiento (tanto por parte de los proveedores como de la sociedad general), o la dificultad que tienen los pacientes para acceder a los centros sanitarios. Para mejorar dicha asistencia, consideramos necesario, en primer lugar, valorar los conocimientos y el grado de aceptación de estas medidas preventivas y terapéuticas entre los profesionales sanitarios, ya que, al fin y al cabo, son los responsables de su desarrollo.

2. OBJETIVOS

El objetivo principal del presente estudio es determinar el grado de conocimientos y percepción del personal sanitario respecto a las conductas de riesgo para la infección por VIH y el uso de profilaxis pre y post exposición.

Entre los objetivos secundarios destacan:

- Analizar las diferencias encontradas entre las diferentes categorías profesionales.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Diseño

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal.

3.2. Entorno y participantes

Se invitó a participar en el estudio a los profesionales sanitarios del área de salud VIII de la Región de Murcia y a los del servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga (celadores y auxiliares de enfermería, personal de enfermería, facultativos médicos), y a los estudiantes de 6º de medicina de la Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM).

3.3. Diseño de encuesta y recopilación de datos

La encuesta fue diseñada a partir de la revisión de la literatura y cuestionarios previamente diseñados (2) (11) (12).

Se diseñó una encuesta anónima “on-line” a través de la herramienta “Google Forms” (de Google Drive) de 30 ítems relativos a datos sociodemográficos, situación laboral/experiencia, conocimiento sobre conductas de riesgo para la infección por VIH, conocimiento sobre profilaxis preexposición y post-exposición, uso, opiniones y aspectos financieros. La encuesta incluyó preguntas dicotómicas (sí/no; de acuerdo/en desacuerdo) y de escala tipo Likert (1=nada de acuerdo y 5=muy de acuerdo). Las preguntas formuladas se muestran en el Apéndice 1. Todas las preguntas fueron de respuesta obligatoria.

Los cuestionarios fueron anónimos y autocompletados entre el 29 de enero y el 15 de marzo de 2024. No se ofreció ningún incentivo por responderlos y su participación fue completamente voluntaria. Fueron distribuidos por los investigadores a través de la lista de correos electrónicos de los profesionales sanitarios del área de salud VIII de la Región de Murcia, la de los estudiantes de 6º de medicina de la UCAM y la del servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga.

3.4. Consideraciones éticas y legales

El estudio se realizó con la aprobación del director Gerente del Área VIII de Salud del Servicio Murciano de Salud, tras la presentación y posterior evaluación del citado estudio por parte de la unidad de Docencia e Investigación y de la Dirección del Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. De acuerdo con la Declaración de Helsinki y la Ley de Protección de Datos (Ley Orgánica 3/2018), se garantizó en todo momento la confidencialidad de los datos.

3.5. Análisis estadístico

Los resultados se presentaron como número y porcentaje, media y desviación estándar. Se realizó un análisis descriptivo mediante las distribuciones de frecuencias de cada una de las variables (preguntas de la encuesta), que nos permitieron obtener una primera aproximación de la tendencia de los resultados, indicando el número de individuos tanto en valores absolutos como en valores porcentuales.

El análisis bivalente se realizó mediante pruebas de Chi-cuadrado (variables cualitativas) para comparar las valoraciones realizadas por los participantes en función de la categoría profesional y del entorno laboral/centro de trabajo, con un nivel de significación estadística del 95%. Para que los resultados fueran fácilmente interpretables y comprensibles se utilizaron las tablas de contingencia.

Un valor de p inferior a 0,05 se consideró significativo durante todo el estudio. Para el procesamiento estadístico de los datos se utilizó el software Jamovi (2024) versión 2.5.

4. RESULTADOS

4.1. Descripción de la muestra

Se recibieron un total 109 cuestionarios completos analizables. El 78,9% de los participantes fueron mujeres y la edad media de 37,9 años ($\pm 12,3$ DE). En cuanto a la categoría profesional de los participantes, la mayoría eran personal de enfermería (34,9%), seguido por estudiantes de medicina (32,1%), facultativos médicos (23,9%) y celadores y auxiliares de enfermería (9,2%). La distribución por entorno laboral o centro de trabajo fue: Atención Hospitalaria (57,8%), Atención Primaria (10,1%) y Estudiantes de medicina (32,1%).

4.2. Conocimientos generales sobre transmisión del VIH

En cuanto a las conductas de riesgo para contraer VIH (pregunta 1), las respuestas se muestran en la Figura 1. Las conductas que fueron consideradas de riesgo con un mayor porcentaje de respuestas fueron: mantener relaciones anales sin preservativo (95,4%), mantener relaciones vaginales sin preservativo (92,7%), uso de drogas intravenosas (88,1%), tener más de 10 parejas sexuales en el último año (78%), mantener sexo oral sin preservativo (77,1%) y haber tenido una infección de transmisión sexual en el último año (75,2%). Tanto las relaciones homosexuales como las heterosexuales fueron percibidas como conductas de riesgo con porcentajes muy similares (64,2% y 55% respectivamente). Por otro lado, el mantener relaciones sin preservativo con una persona VIH con carga viral indetectable fue considerada conducta de riesgo por un 45% de los participantes.

En cuanto al mensaje “indetectable = intrasmisible” (pregunta 2), la mayoría de los participantes (el 61,5%) estaba de acuerdo, mientras que un 26,6% estaba en desacuerdo y el 11,9 % restante marcó la opción “No sabe/No contesta”. Al analizar las repuestas por categorías profesionales, se observó que el porcentaje de participantes que estaba de acuerdo con este mensaje en cada grupo fue: estudiantes de medicina (74,3%), facultativos médicos (73,1%), personal de enfermería (47,4%), Celadores y auxiliares de enfermería (40%), encontrándose diferencias significativas entre las diferentes categorías profesionales: $p < 0,05$ (0,026).

4.3. Conocimientos generales sobre profilaxis pre y post exposición frente al VIH

Las respuestas a las preguntas sobre la profilaxis pre y post exposición (preguntas 3 a 16) se muestran en la Tabla 1, donde se exponen tanto los datos

generales de cada pregunta, como las respuestas según la categoría profesional.

En cuanto a la PPE (preguntas 3 y 4), el 84,4% de los participantes conocía esta medida preventiva (pregunta 3), pero tan solo el 47,7% afirmó que ésta carece de utilidad si se inicia tras más de 72 horas de la potencial exposición (pregunta 4), siendo mayor el conocimiento entre los facultativos médicos y los estudiantes de medicina con respecto a las otras dos categorías profesionales (celadores/auxiliares de enfermería y personal de enfermería), con diferencias significativas en ambas preguntas: $p = 0,013$ (pregunta 3) y $p = 0,001$ (pregunta 4).

En cuanto a la PrEP (preguntas 5, 6 y 10), tan solo un 52,3% estaba de acuerdo con que una persona que no tiene infección por VIH puede tomar fármacos para evitar adquirir el virus (pregunta 5), siendo igualmente mayor el conocimiento entre los facultativos médicos y los estudiantes de medicina, con diferencias significativas ($p = 0,001$). Sin embargo, en las otras dos preguntas las respuestas fueron más homogéneas: el 80,7% estaba en desacuerdo con la pregunta 6 (una persona que toma profilaxis pre-exposición frente al VIH tiene infección por VIH); y el 76,1% lo estaba con la pregunta 10 (la profilaxis pre-exposición frente al VIH protege de otras ITS).

En cuanto a los fármacos utilizados, las pautas de administración y el seguimiento (preguntas 7, 8, 9, 11 y 12), el 73,4% indicó estar de acuerdo con que la PrEP es administrada por vía oral (pregunta 8), sin embargo, tan solo el 48,6% afirmó que ésta debe tomarse a diario (pregunta 9) y que la PrEP y la PPE utilizan diferentes pautas de fármacos (pregunta 7), no encontrándose diferencias significativas entre las respuestas de las diferentes categorías profesionales ($p > 0,05$). Por otro lado, casi todos (el 86,2%) estuvieron de acuerdo con que las personas deben realizar visitas periódicas de seguimiento clínico y analítico mientras toman la PrEP (pregunta 11), pero solo el 50,5% respondió que estaba “en desacuerdo” con la pregunta 12 (en personas que toman profilaxis pre-exposición frente al VIH, no es necesario suspenderla si se produce una infección por VIH). Se encontraron diferencias significativas entre las diferentes categorías profesionales en esta última pregunta ($p = 0,016$), con un menor grado de conocimiento en el grupo de celadores/auxiliares de enfermería con respecto a los otros tres grupos.

En cuanto a la accesibilidad de la PrEP y los servicios destinados a ella en España (preguntas 14, 15 y 16) el 64,2% de los participantes coincidieron en que la PrEP es accesible para las personas que lo necesitan (pregunta 15), sin embargo, solo el 48,6% supo identificar correctamente que esta medida está financiada en España (pregunta 14), y el 45,9% que existe un sistema de información y monitorización de los programas de PrEP frente al VIH (pregunta 16). El conocimiento fue mayor entre los facultativos médicos y los estudiantes de medicina con respecto a las otras dos categorías profesionales, encontrándose diferencias significativas en las tres preguntas: $p = 0,003$ (pregunta 14), $p = 0,047$ (pregunta 15) y $p < 0,001$ (pregunta 16).

Por último, respecto a la pregunta 13, casi el cien por cien (92,7%) de los participantes estuvieron de acuerdo con la gran importancia que tiene una buena adherencia a la PrEP para que esta sea eficaz.

4.4. Grado de familiaridad con la profilaxis pre y post exposición frente al VIH

En la Figura 2 se muestran todos los datos sobre el grado de familiaridad de los participantes con la profilaxis pre-exposición frente al VIH (pregunta 17), y en la Figura 3 el grado de familiaridad con la profilaxis post-exposición (pregunta 18), incluyendo también la distribución de las respuestas según la categoría profesional y el entorno laboral. En general, los participantes mostraron un bajo grado de familiaridad tanto con la PPE como con la PrEP, siendo con ésta última incluso menor: el 44% reconocieron estar nada familiarizados (grado 1) con la PrEP y el 37,6% reconocieron estar nada familiarizados (grado 1) con la PPE.

Al analizar los datos por categoría profesional, el grupo menor familiarizado con la PrEP fue el de celadores y auxiliares de enfermería (el 80% marcó grado de familiaridad 1 (nada familiarizados)), seguido del personal de enfermería (50% grado 1). De igual modo ocurrió con la PPE: celadores y auxiliares de enfermería (80% grado 1) y personal de enfermería (36,8% grado 1). Se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) entre las diferentes categorías profesionales tanto en la pregunta 17 de PrEP ($p = 0,006$), como en la 18 de PPE ($p < 0,001$).

También se analizaron los datos según el entorno laboral o centro de trabajo, siendo la Atención Primaria el grupo menor familiarizado tanto con la

PrEP (pregunta 17) (63,6% grado 1) como con la PPE (pregunta 18) (45,5% grado 1), encontrándose igualmente diferencias significativas ($p < 0,05$) entre los diferentes grupos de entorno laboral, tanto en la pregunta 17 de PrEP ($p = 0,042$), como en la 18 de PPE ($p = 0,018$).

4.5. Utilización, experiencia y percepciones sobre la profilaxis pre y post exposición frente al VIH

Los datos en cuanto al uso de la profilaxis pre y post exposición (preguntas 19 a 22) se muestran en la Tabla 2. En general, los participantes mostraron poca experiencia con la PrEP y la PPE, pues a tan solo un 11,9% se le solicitó información sobre la PrEP en el último año (pregunta 19) y a un 14,7% sobre la PPE (pregunta 20). Además, tan solo el 18,3% de los participantes había sugerido/recomendado el uso de PrEP alguna vez (pregunta 21) y el 27,5% conocía a alguien en España que la había utilizado (pregunta 22).

Al comparar los datos por categoría profesional y por entorno laboral/centro de trabajo, la mayoría de los participantes que contestaron de manera afirmativa a las cuatro preguntas eran facultativos médicos y pertenecientes al grupo de Atención Hospitalaria. Se encontraron diferencias significativas entre las diferentes categorías profesionales en las preguntas 19 y 20 ($p < 0,05$), pero no en la 21 ni en la 22 ($p > 0,05$); mientras que entre los diferentes grupos de entorno laboral/centro de trabajo, se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) en todas las preguntas excepto en la 19 ($p > 0,05$).

4.6. Actitudes hacia la profilaxis pre-exposición frente al VIH y grado de apoyo

Con respecto a las actitudes hacia la PrEP (preguntas 23 a 26), los resultados se muestran en la Tabla 3. La mayoría de los participantes mostraron un elevado grado de apoyo hacia la PrEP, pues el 93,6% afirmaron que apoyarían el uso de la PrEP en individuos con alto riesgo de infección por VIH (pregunta 23), el 89% estuvieron de acuerdo en que la PrEP es una estrategia de prevención interesante (pregunta 24) y el 82,6% en que la generalización de su uso puede disminuir la incidencia de infecciones por VIH (pregunta 25). Además, el 92,7% coincidieron en que deben destinarse recursos a su investigación (pregunta 26).

5. DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio son de gran interés debido al importante papel que juega el personal sanitario en la prevención del VIH. Por ello, es necesario determinar sus conocimientos y actitudes previo a la planificación de estrategias educativas preventivas, con el objetivo de maximizar su impacto.

En cuanto a las conductas consideradas de riesgo para contraer VIH (pregunta 1), a la vista de los resultados obtenidos se puede decir que la población tiene bien identificado, por ejemplo, que mantener relaciones sin preservativo y usar drogas intravenosas son conductas de riesgo. Esto ha sido demostrado en diversos estudios, como en la revisión sistemática realizada por Bossonario PA y col donde, además de estos dos factores de riesgo, también se identificaron otros como la baja educación, el consumo de alcohol, las relaciones sexuales tempranas (antes de los 16 años) y las múltiples parejas, entre otros (13). También es un mensaje positivo el hecho de que tanto las relaciones homosexuales como las heterosexuales fueran percibidas en nuestro estudio como conductas de riesgo con porcentajes muy similares (64,2% y 55% respectivamente), pues esto indica un progreso en la eliminación del estigma que asocia el VIH exclusivamente con HSH. No obstante, otros aspectos aún no están tan claros, como el uso de drogas recreativas durante las relaciones sexuales, que solo obtuvo un 67% de aprobación como conducta de riesgo. Otra cuestión que merece la pena comentar es que más de un 40% (concretamente el 45%) consideró como conducta de riesgo mantener relaciones sin preservativo con una persona VIH con carga viral indetectable, pues esto quiere decir que el mensaje “indetectable = intrasmisible” no está llegando a la población. Esto queda también reflejado en la pregunta 2 de la encuesta, en la que tan solo el 61,5% estuvo de acuerdo con este mensaje, siendo mayor su conocimiento entre los estudiantes de medicina y los facultativos médicos.

Respecto a la PPE (preguntas 3 y 4), a pesar de que la mayoría de los participantes conocían esta medida preventiva, tan solo el 47,7% afirmó que ésta carece de utilidad si se inicia más de 72 horas después de la potencial exposición (ventana terapéutica de la PPE). Esta es una brecha de conocimiento identificada sobre todo en el personal de enfermería, auxiliares de enfermería y celadores, que debemos abordar mejorando la formación de estos profesionales

por ejemplo, mediante charlas informativas o la distribución de trípticos en las unidades de hospitalización y atención primaria, pues es crucial concienciar al personal sanitario de la importancia de acudir a urgencias inmediatamente después de una exposición sexual de riesgo o a salud laboral si se trata de un accidente laboral, para iniciar la PPE dentro de las primeras 72 horas (tras una evaluación del verdadero riesgo de la exposición por parte de un profesional sanitario).

En cuanto a la PrEP frente al VIH (preguntas 5 y 6), los resultados revelan que aún no se entiende bien el propósito y las indicaciones de esta medida preventiva, pues poco más de la mitad afirmó que las personas sin infección por VIH pueden tomar fármacos para evitar adquirir el virus (pregunta 5). No obstante, al analizar esta pregunta por categorías profesionales, se observó que la mayoría de los estudiantes de medicina y de los facultativos médicos sí estaban de acuerdo con esta afirmación, a diferencia de lo que ocurrió con las otras dos categorías.

Respecto a los fármacos utilizados y las pautas de administración (preguntas 7, 8 y 9), si bien la mayoría identificó correctamente que la PrEP se administra por vía oral, menos de la mitad supo que ésta debe tomarse a diario y que la PrEP y la PPE utilizan diferentes pautas de fármacos. Estos resultados son parecidos a los obtenidos en el estudio de Przybyla y col de 2019, donde se encontró que más de la mitad conocía correctamente la frecuencia de dosificación diaria y los medicamentos aprobados para la PrEP (55% y 51%, respectivamente) (14). Sin embargo, nuestros resultados fueron mejores que los obtenidos en el estudio de Guillermo López-Díaz y col de 2020, en el que tan solo el 18,75% indicó correctamente que la PrEP se administra por vía oral, y el 12,50% que los medicamentos utilizados para la PrEP deben tomarse a diario (12). Un aspecto que sí parece estar claro entre nuestros participantes, demostrando también un mayor conocimiento con respecto a los encuestados del estudio de Guillermo López-Díaz y col, es el concepto de que la PrEP no protege de otras ITS (pregunta 10), con un 76,1% de votos en nuestro estudio respecto al 13,64% obtenido en aquel (12).

Por otro lado, respecto al seguimiento (preguntas 11 y 12), casi todos estuvieron de acuerdo con el hecho de que las personas deben realizar visitas periódicas de seguimiento clínico y analítico mientras toman la PrEP, pero poco

más de la mitad supo que es necesario suspenderla si se produce una infección por VIH. En relación con esto, la evidencia actual sugiere que la probabilidad de resistencia a los medicamentos se eleva cuando la PrEP se inicia durante una infección aguda seronegativa por VIH no reconocida (15) (16). De ahí la necesidad de realizar una prueba de VIH antes de comenzar la PrEP, así como un seguimiento cada tres meses para controlar la seroconversión.

Referente a la accesibilidad de la PrEP y los servicios destinados a ella en España (preguntas 14, 15 y 16), cabe mencionar que menos de la mitad de los participantes supo que la PrEP está financiada en España y que existe un sistema de información y monitorización de los programas de PrEP frente al VIH. Este sistema de información está impulsado por el Plan nacional sobre SIDA, el centro nacional de Epidemiología y el Instituto de Salud Carlos III (17), y tiene la doble finalidad de ofrecer información a personas usuarias o interesadas en el uso de PrEP y recoger datos sobre personas usuarias de esta medida en España, para monitorizar su implementación y funcionamiento (3).

Merece la pena señalar que casi el cien por cien (92,7%) de los participantes estuvieron de acuerdo con la gran importancia que tiene una buena adherencia a la PrEP para que esta sea eficaz (pregunta 13), coincidiendo con los resultados del estudio realizado por Guillermo López-Díaz y col (12). Esto es un aspecto muy relevante a tener en cuenta, pues estudios como el FEM-PrEP o el iPrEx OLE demostraron que una correcta adherencia es imprescindible para obtener la máxima efectividad preventiva de la PrEP (18) (19) (20). Lamentablemente, numerosos ensayos clínicos y estudios en vida real muestran niveles subóptimos de adherencia y una progresiva disminución de la misma con el paso del tiempo (20).

Por lo tanto, aunque se observó cierta desinformación sobre algunos conceptos específicos, se puede decir que en general, los participantes de nuestro estudio tenían un elevado nivel de conocimiento sobre PrEP y PPE, de manera similar al registrado en estudios previos (2) (21) (14) (22) (23) (24) (25). Sin embargo, al analizar el nivel de conocimiento entre las diferentes categorías profesionales se observó que, en general, éste era mayor entre los estudiantes de medicina y los facultativos médicos con respecto a los celadores, auxiliares de enfermería y personal de enfermería. Por ello, sería necesario examinar la cantidad de horas dedicadas a la formación en ITS y VIH en cada carrera o

módulo de formación de estos profesionales sanitarios, pues quizá estos hallazgos se deban a la falta de abordaje de estos temas en sus planes de estudios. Esto queda reflejado, por ejemplo, en el estudio de Guillermo López-Díaz (12) cuya encuesta estaba dirigida a estudiantes de enfermería, donde el 83,24% nunca había oído hablar de la PrEP y menos del 50% afirmó haber recibido información sobre ella durante el programa de formación en la carrera de enfermería. La ausencia de este tema en el plan de estudios de estas carreras y módulos podría estar relacionada con la reciente implementación de la PrEP. Pero precisamente por este motivo, dado que la PrEP es una medida relativamente reciente, es imperativo enfocarse en su divulgación desde las unidades responsables de su implementación.

Por otro lado, el grado de familiaridad expresado por los propios participantes fue medio-bajo, tal y como queda reflejado en las preguntas 17 y 18 de nuestra encuesta. Esto quizá se relacione con la escasa experiencia y utilización de estas medidas preventivas (preguntas 19 a 22), cuyos resultados son similares a los encontrados en el estudio PERPPRES realizado por Javier Sánchez-Rubio Ferrández y col en 2016, en el que el 29,4% del total fue preguntado acerca de la PrEP por algún usuario, el 10,4% sugirió su uso, el 7,1% lo prescribió/dispensó y el 14,2 afirmó conocer a pacientes que la hubieran utilizado (2).

En cuanto a las actitudes hacia la PrEP, de manera similar a lo que encontraron Javier Sánchez-Rubio Ferrández y col (2), Przybyla y col (14), y Dawn K. Smith y col (23) en sus respectivos estudios, en general, la gran mayoría de nuestros encuestados apoyarían el uso de la PrEP (preguntas 23 a 26), estando casi todos de acuerdo en que ésta es una estrategia de prevención interesante y que la generalización de su uso podría disminuir la incidencia de infecciones por VIH en la población. En esta misma línea, la gran mayoría estuvieron de acuerdo en que deberían destinarse más recursos a la investigación de la PrEP, coincidiendo también con los resultados obtenidos en el estudio de Javier Sánchez-Rubio Ferrández y col o en el de Guillermo López-Díaz y col (2) (12).

Nuestro estudio incluyó varias limitaciones. En primer lugar, debido a la propia metodología del estudio, no fue posible determinar la tasa de respuesta, ya que no se registró cuántos destinatarios completaron la encuesta y cuántos

no. En segundo lugar, dado que los propios participantes completaron los cuestionarios, puede haber algún sesgo en la autoevaluación. En tercer lugar, el estudio incluyó estudiantes de medicina de una sola universidad y profesionales sanitarios de dos áreas sanitarias, lo que puede limitar la validez externa de nuestros hallazgos. Debido a esta limitación, se necesitan estudios adicionales para determinar si los resultados de nuestro estudio pueden generalizarse a estudiantes de medicina de otras universidades y a profesionales sanitarios de otros centros del país. Por último, los grupos realizados en función de la categoría profesional no eran comparativos, pues el número de celadores/auxiliares de enfermería era relativamente menor que el de los otros tres grupos (personal de enfermería, estudiantes de medicina y facultativos médicos). Esto mismo ocurría al comparar los grupos en función del entorno laboral/centro de trabajo, perteneciendo la mayoría al de Atención Hospitalaria y tan solo el 10,1% al de Atención Primaria (el resto eran estudiantes de medicina).

6. CONCLUSIONES

La mayoría de los encuestados se mostraron familiarizados con la PrEP y la PPE, siendo mayor el conocimiento entre los estudiantes de medicina y los facultativos médicos. La mayoría apoyaría el uso de PrEP y casi todos estuvieron de acuerdo en que deben destinarse recursos a su investigación. Aun así, existen ciertos aspectos aún confusos entre la población, como las conductas consideradas de riesgo para contraer VIH, el mensaje “indetectable = intransmisible”, o la ventana terapéutica de la PPE (72 horas desde la potencial exposición). Por ello, es necesaria una mayor formación de los profesionales sanitarios, ya sea mediante charlas, cursos o trípticos informativos, para que así se consigan aumentar los conocimientos sobre el VIH y las medidas preventivas frente al mismo (PrEP y PPE).

7. ANEXOS Y APÉNDICES

Anexo 1. Informe favorable del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC).



Autorización para la realización de TFG:

Con el título **“Percepción sobre VIH y profilaxis pre y post exposición entre profesionales sanitarios”**, cuyo promotor e investigador es Dña. Esther Pérez Trujillo (estudiante de la Facultad de Medicina de UCAM), tutorizada por Dña. María Ruiz Campuzano (FEA Medicina Interna HULAMM), tras la presentación y posterior evaluación del citado estudio por parte de la unidad de Docencia e Investigación y de la Dirección del Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor.

INFORMA:

Que se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el estudio.

La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio, además son adecuados tanto el procedimiento previsto para obtener los datos como el respeto por la confidencialidad (*adjunta compromiso firmado*) y el estudio no supone un coste directo al centro.

Y que esta dirección **ACEPTA** que dicho estudio pueda ser realizado mediante la realización de encuestas a personal del área, mediante correo electrónico.

Lo que firmo en Pozo Aledo, a 2 de diciembre de 2023.

Tomás S. Fernández Pérez

Director Gerente
Área VIII Salud
Servicio Murciano de Salud
(Firmado electrónicamente)

Este es un código electrónico imprimible de un documento electrónico administrado y archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.1.c) de la Ley 29/2018. Los Firmantes y los Sellos de Firmas se muestran en los recuadros.
La autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <http://sede.carm.es/verifirmafirma> o bien accediendo al siguiente enlace de verificación (SV) CARM: 0361665-1114-4704-4704-000158013617



Apéndice 1. Encuesta: percepción sobre VIH y profilaxis pre y post exposición.

PRIMERA PARTE: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- Edad: (texto de respuesta corta).
- Sexo:
 - o Masculino
 - o Femenino
- Categoría profesional:
 - o Celadores y auxiliares de enfermería.
 - o Personal de enfermería.
 - o Facultativos médicos.
 - o Estudiantes de medicina.
 - o No aplica.
- Entorno laboral o centro de trabajo:
 - o Atención Primaria.
 - o Hospitalaria.
 - o Extrahospitalaria (ambulancias y SUAP).
 - o No aplica.

SEGUNDA PARTE: CONOCIMIENTOS GENERALES SOBRE TRANSMISIÓN DEL VIH

1. ¿Qué conductas considera de riesgo para contraer VIH? (marque todas las que considere de riesgo):

- Mantener relaciones heterosexuales.
- Mantener relaciones homosexuales.
- Mantener relaciones con personas transgénero.
- Tener más de 10 parejas sexuales en el último año.
- Haber tenido una infección de transmisión sexual en el último año.
- Uso de drogas recreativas durante el acto sexual.
- Uso de drogas intravenosas.
- Mantener relaciones anales sin preservativo.
- Mantener relaciones vaginales sin preservativo.
- Mantener sexo oral sin preservativo.
- Mantener relaciones sin preservativo con una persona VIH que está en tratamiento activo y tiene carga viral indetectable.

2. Las personas con VIH que reciben tratamiento y tienen carga viral indetectable no pueden transmitir la infección (indetectable = intrasmisible)

- o De acuerdo
- o En desacuerdo
- o No sabe/No contesta

TERCERA PARTE: CONOCIMIENTOS GENERALES SOBRE PROFILAXIS PRE Y POST EXPOSICIÓN FRENTE AL VIH

3. La toma de fármacos contra el VIH durante un periodo de tiempo tras una exposición, podría evitar la infección por este virus (profilaxis post-exposición frente al VIH)

- o De acuerdo
- o En desacuerdo
- o No sabe/No contesta

4. La profilaxis post-exposición frente al VIH carece de utilidad si se inicia más de 72 horas después de la potencial exposición

- o De acuerdo
- o En desacuerdo
- o No sabe/No contesta

5. Una persona que no tiene infección por VIH puede tomar fármacos contra el VIH para evitar adquirir el virus

- o De acuerdo
- o En desacuerdo
- o No sabe/No contesta

6. Una persona que toma profilaxis pre-exposición frente al VIH tiene infección por VIH

- o De acuerdo

- En desacuerdo
 - No sabe/No contesta
7. La profilaxis pre-exposición y la profilaxis post-exposición frente al VIH utilizan la misma pauta de fármacos
- De acuerdo
 - En desacuerdo
 - No sabe/No contesta
8. La profilaxis pre-exposición frente al VIH es administrada por vía oral
- De acuerdo
 - En desacuerdo
 - No sabe/No contesta
9. Los fármacos antirretrovirales utilizados para la profilaxis pre-exposición frente al VIH deben tomarse a diario
- De acuerdo
 - En desacuerdo
 - No sabe/No contesta
10. La profilaxis pre-exposición frente al VIH protege de otras infecciones de transmisión sexual (ITS)
- De acuerdo
 - En desacuerdo
 - No sabe/No contesta
11. Mientras toman la profilaxis pre-exposición frente al VIH, las personas deben realizar visitas periódicas de seguimiento clínico y analítico con el proveedor de atención médica
- De acuerdo
 - En desacuerdo
 - No sabe/No contesta
12. En personas que toman profilaxis pre-exposición frente al VIH, no es necesario suspenderla si se produce una infección por VIH
- De acuerdo
 - En desacuerdo
 - No sabe/No contesta
13. La adherencia a la profilaxis pre-exposición frente al VIH es fundamental para la eficacia
- De acuerdo
 - En desacuerdo
 - No sabe/No contesta
14. La profilaxis pre-exposición frente al VIH no está financiada en España
- De acuerdo
 - En desacuerdo
 - No sabe/No contesta
15. La profilaxis pre-exposición frente al VIH no es accesible para las personas que lo necesitan
- De acuerdo
 - En desacuerdo
 - No sabe/No contesta
16. En España no existe un sistema de información y monitorización de los programas de profilaxis pre-exposición frente al VIH
- De acuerdo
 - En desacuerdo
 - No sabe/No contesta

CUARTA PARTE: GRADO DE FAMILIARIDAD CON LA PROFILAXIS PRE Y POST EXPOSICIÓN FRENTE AL VIH

17. ¿En qué grado está familiarizado con la profilaxis pre-exposición frente al VIH? Puntúe del 1 (nada familiarizado) al 5 (muy familiarizado)
- 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
18. ¿En qué grado está familiarizado con la profilaxis post-exposición frente al VIH? Puntúe del 1 (nada familiarizado) al 5 (muy familiarizado)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

QUINTA PARTE: UTILIZACIÓN, EXPERIENCIA Y PERCEPCIONES SOBRE LA PROFILAXIS PRE Y POST EXPOSICIÓN FRENTE AL VIH

19. ¿Algún paciente/conocido le ha solicitado información sobre la profilaxis pre-exposición frente al VIH en el último año?

- Sí
- No
- No sabe/No contesta

20. ¿Algún paciente/conocido le ha solicitado información sobre la profilaxis post-exposición frente al VIH en el último año?

- Sí
- No
- No sabe/No contesta

21. ¿Ha sugerido/recomendado el uso de profilaxis pre-exposición frente al VIH alguna vez?

- Sí
- No
- No sabe/No contesta

22. ¿Conoce a alguien en España que haya utilizado la profilaxis pre-exposición frente al VIH?

- Sí
- No
- No sabe/No contesta

SEXTA PARTE: ACTITUDES HACIA LA PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN FRENTE AL VIH Y GRADO DE APOYO

23. ¿Apoyaría el uso de la profilaxis pre-exposición frente al VIH en individuos con alto riesgo de infección por VIH?

- Sí
- No
- No sabe/No contesta

24. La profilaxis pre-exposición frente al VIH es una estrategia de prevención interesante

- De acuerdo
- En desacuerdo
- No sabe/No contesta

25. La generalización del uso de la profilaxis pre-exposición frente al VIH puede disminuir la incidencia de infecciones por VIH en la población

- De acuerdo
- En desacuerdo
- No sabe/No contesta

26. Deben destinarse recursos a la investigación de la profilaxis pre-exposición frente al VIH

- De acuerdo
- En desacuerdo
- No sabe/No contesta

8. BIBLIOGRAFÍA

1. By-Nc-Sa C. Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2022: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III/ División de control de VIH, ITS, Hepatitis virales y tuberculosis. Ministerio de Sanidad. Madrid; noviembre 2023.
2. Ferrández JSR, Sesmero JMM, Aznárez HN, Espínola SF, Rodríguez IE, Cerdá JMV. Perceptions about HIV pre-exposure prophylaxis among healthcare professionals in Spain (PERPPRES Study).
3. Ayerdi-Aguirrebengoa O, Coll-Verd P. Comité de redacción Coordinadores.
4. Baeten JM, Haberer JE, Sista N. Preexposure Prophylaxis for HIV Prevention: Where Have We Been and Where Are We Going? *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2013;63.
5. Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L, et al. Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men. *N Engl J Med.* 30 de diciembre de 2010;363(27):2587-99.
6. Buchbinder SP, Glidden DV, Liu AY, McMahan V, Guanira JV, Mayer KH, et al. HIV pre-exposure prophylaxis in men who have sex with men and transgender women: a secondary analysis of a phase 3 randomised controlled efficacy trial. *Lancet Infect Dis.* junio de 2014;14(6):468-75.
7. What's the 2+1+1? Event-driven oral pre-exposure prophylaxis to prevent HIV for men who have sex with men: Update to WHO's recommendation on oral PrEP. Geneva: World Health Organization; 2019 p. 24.
8. DeHaan E, McGowan JP, Fine SM, et al. PEP to Prevent HIV Infection. Baltimore (MD): Johns Hopkins University; 2022.
9. Undetectable = untransmittable — Public health and HIV viral load suppression.
10. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Van Lunzen J, et al. Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. *JAMA.* 12 de julio de 2016;316(2):171.
11. Medición de conocimientos y actitudes sobre el VIH en entornos

sanitarios [Internet]. Disponible en: <https://redcap.ecdc.europa.eu/surveys/?s=87XCL7PN437WPNYR>

12. López-Díaz G, Rodríguez-Fernández A, Domínguez-Martís EM, Mosteiro-Miguéns DG, López-Ares D, Novío S. Knowledge, Attitudes, and Intentions towards HIV Pre-Exposure Prophylaxis among Nursing Students in Spain. *Int J Environ Res Public Health*. 29 de septiembre de 2020;17(19):7151.

13. Bossonario PA, Ferreira MRL, Andrade RLDP, Sousa KDLD, Bonfim RO, Saita NM, et al. Risk factors for HIV infection among adolescents and the youth: a systematic review. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2022;30(spe):e3697.

14. Przybyla SM, Parks K, Bleasdale J, Sawyer J, Morse D. Awareness, knowledge, and attitudes towards human immunodeficiency virus (HIV) pre-exposure prophylaxis (PrEP) among pharmacy students. *Curr Pharm Teach Learn*. abril de 2019;11(4):352-60.

15. Lehman DA, Baeten JM, McCoy CO, Weis JF, Peterson D, Mbara G, et al. Risk of Drug Resistance Among Persons Acquiring HIV Within a Randomized Clinical Trial of Single- or Dual-Agent Preexposure Prophylaxis. *J Infect Dis*. 13 de enero de 2015;jiu677.

16. Parikh UM, Mellors JW. Should we fear resistance from tenofovir/emtricitabine preexposure prophylaxis?: *Curr Opin HIV AIDS*. enero de 2016;11(1):49-55.

17. Díaz A, Polo R, Jarrín I. ¿Qué es SIPrEP? ¿Qué es SIPrEP? Disponible en: <https://siprep.isciii.es/>

18. Corneli A, Perry B, Agot K, Ahmed K, Malamatscho F, Van Damme L. Facilitators of Adherence to the Study Pill in the FEM-PrEP Clinical Trial. Garcia-Lerma JG, editor. *PLOS ONE*. 13 de abril de 2015;10(4):e0125458.

19. Grant RM, Anderson PL, McMahan V, Liu A, Amico KR, Mehrotra M, et al. Uptake of pre-exposure prophylaxis, sexual practices, and HIV incidence in men and transgender women who have sex with men: a cohort study. *Lancet Infect Dis*. septiembre de 2014;14(9):820-9.

20. Haberer JE. Current concepts for PrEP adherence in the PrEP revolution: from clinical trials to routine practice. *Curr Opin HIV AIDS*. enero de 2016;11(1):10-7.

21. Blackstock OJ, Moore BA, Berkenblit GV, Calabrese SK, Cunningham CO, Fiellin DA, et al. A Cross-Sectional Online Survey of HIV Pre-

Exposure Prophylaxis Adoption Among Primary Care Physicians. *J Gen Intern Med.* enero de 2017;32(1):62-70.

22. The CCTG 598 Team, Blumenthal J, Jain S, Krakower D, Sun X, Young J, et al. Knowledge is Power! Increased Provider Knowledge Scores Regarding Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) are Associated with Higher Rates of PrEP Prescription and Future Intent to Prescribe PrEP. *AIDS Behav.* mayo de 2015;19(5):802-10.

23. Smith DK, Mendoza MCB, Stryker JE, Rose CE. PrEP Awareness and Attitudes in a National Survey of Primary Care Clinicians in the United States, 2009–2015. Lama JR, editor. *PLOS ONE.* 3 de junio de 2016;11(6):e0156592.

24. Petroll AE, Walsh JL, Owczarzak JL, McAuliffe TL, Bogart LM, Kelly JA. PrEP Awareness, Familiarity, Comfort, and Prescribing Experience among US Primary Care Providers and HIV Specialists. *AIDS Behav.* mayo de 2017;21(5):1256-67.

25. US Public Health Service: PREEXPOSURE PROPHYLAXIS FOR THE PREVENTION OF HIV INFECTION IN THE UNITED STATES – 2021 UPDATE, A CLINICAL PRACTICE GUIDELINE. 2021.

9. TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

Figura 1. Pregunta 1. ¿Qué conductas considera de riesgo para contraer VIH? (marque todas las que considere de riesgo).

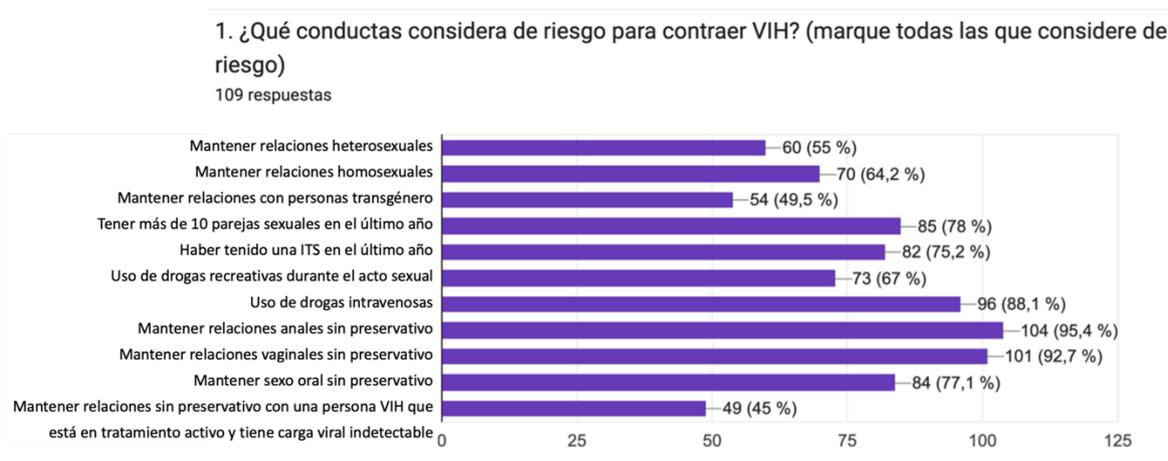


Tabla 1. Conocimientos generales sobre profilaxis pre y post exposición frente al VIH (preguntas 3 a 16).

	Celadores / auxiliares de enfermería	Estudiantes de medicina	Facultativos médicos	Personal de enfermería	Total	p
3. La toma de fármacos contra el VIH durante un periodo de tiempo tras una exposición, podría evitar la infección por este virus (profilaxis post-exposición frente al VIH)						
De acuerdo	5 (4,6%)	32 (29,4%)	25 (22,9%)	30 (27,5%)	92 (84,4%)	p = 0,013
En desacuerdo	3 (2,8%)	3 (2,8%)	1 (0,9%)	4 (3,7%)	11 (10,1%)	
No sabe/No contesta	2 (1,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (3,7%)	6 (5,5%)	
4. La profilaxis post-exposición frente al VIH carece de utilidad si se inicia más de 72 horas después de la potencial exposición						
De acuerdo	2 (1,8%)	16 (14,7%)	21 (19,3%)	13 (11,9%)	52 (47,7%)	p = 0,001
En desacuerdo	3 (2,8%)	9 (8,3%)	1 (0,9%)	5 (4,6%)	18 (16,5%)	
No sabe/No contesta	5 (4,6%)	10 (9,2%)	4 (3,7%)	20 (18,3%)	39 (35,8%)	
5. Una persona que no tiene infección por VIH puede tomar fármacos contra el VIH para evitar adquirir el virus						
De acuerdo	1 (0,9%)	22 (20,2%)	19 (17,4%)	15 (13,8%)	57 (52,3%)	p = 0,001
En desacuerdo	5 (4,6%)	10 (9,2%)	7 (6,4%)	21 (19,3%)	43 (39,4%)	
No sabe/No contesta	4 (3,7%)	3 (2,8%)	0 (0,0%)	2 (1,8%)	9 (8,3%)	
6. Una persona que toma profilaxis pre-exposición frente al VIH tiene infección por VIH						
De acuerdo	0 (0,0%)	2 (1,8%)	2 (1,8%)	3 (2,8%)	7 (6,4%)	p = 0,047
En desacuerdo	9 (8,3%)	33 (30,3%)	21 (19,3%)	25 (22,9%)	88 (80,7%)	
No sabe/No contesta	1 (0,9%)	0 (0,0%)	3 (2,8%)	10 (9,2%)	14 (12,8%)	
7. La profilaxis pre-exposición y la profilaxis post-exposición frente al VIH utilizan la misma pauta de fármacos						
De acuerdo	1 (0,9%)	4 (3,7%)	3 (2,8%)	4 (3,7%)	12 (11,0%)	p = 0,148
En desacuerdo	3 (2,8%)	18 (16,5%)	18 (16,5%)	14 (12,8%)	52 (48,6%)	
No sabe/No contesta	6 (5,5%)	13 (11,9%)	5 (4,6%)	20 (18,3%)	44 (40,4%)	
8. La profilaxis pre-exposición frente al VIH es administrada por vía oral						
De acuerdo	5 (4,6%)	27 (24,8%)	23 (21,1%)	25 (22,9%)	80 (73,4%)	p = 0,113
En desacuerdo	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,9%)	2 (1,8%)	3 (2,8%)	
No sabe/No contesta	5 (4,6%)	8 (7,3%)	2 (1,8%)	11 (10,1%)	26 (23,9%)	

9. Los fármacos antirretrovirales utilizados para la profilaxis pre-exposición frente al VIH deben tomarse a diario						
De acuerdo	4 (3,7%)	17 (15,6%)	15 (13,8%)	17 (15,6%)	53 (48,6%)	p = 0,074
En desacuerdo	1 (0,9%)	10 (9,2%)	6 (5,5%)	3 (2,8%)	20 (18,3%)	
No sabe/No contesta	5 (4,6%)	8 (7,3%)	5 (4,6%)	18 (16,5%)	36 (33,0%)	
10. La profilaxis pre-exposición frente al VIH protege de otras infecciones de transmisión sexual (ITS)						
De acuerdo	0 (0,0%)	2 (1,8%)	1 (0,9%)	2 (1,8%)	5 (4,6%)	p = 0,099
En desacuerdo	6 (5,5%)	24 (22,0%)	25 (22,9%)	28 (25,7%)	83 (76,1%)	
No sabe/No contesta	4 (3,7%)	9 (8,3%)	0 (0,0%)	8 (7,3%)	21 (19,3%)	
11. Mientras toman la profilaxis pre-exposición frente al VIH, las personas deben realizar visitas periódicas de seguimiento clínico y analítico con el proveedor de atención médica						
De acuerdo	8 (7,3%)	28 (25,7%)	24 (22,0%)	34 (31,2%)	94 (86,2%)	p = 0,696
En desacuerdo	1 (0,9%)	2 (1,8%)	0 (0,0%)	1 (0,9%)	4 (3,7%)	
No sabe/No contesta	1 (0,9%)	5 (4,6%)	2 (1,8%)	3 (2,8%)	11 (10,1%)	
12. En personas que toman profilaxis pre-exposición frente al VIH, no es necesario suspenderla si se produce una infección por VIH						
De acuerdo	0 (0,0%)	8 (7,3%)	4 (3,7%)	4 (3,7%)	16 (14,7%)	p = 0,016
En desacuerdo	3 (2,8%)	15 (13,8%)	19 (17,4%)	18 (16,5%)	55 (50,5%)	
No sabe/No contesta	7 (6,4%)	12 (11,0%)	3 (2,8%)	16 (14,7%)	38 (34,9%)	
13. La adherencia a la profilaxis pre-exposición frente al VIH es fundamental para la eficacia						
De acuerdo	6 (5,5%)	33 (30,3%)	26 (23,9%)	36 (33,0%)	101 (92,7%)	p < 0,001
No sabe/No contesta	4 (3,7%)	2 (1,8%)	0 (0,0%)	2 (1,8%)	8 (7,3%)	
14. La profilaxis pre-exposición frente al VIH no está financiada en España						
De acuerdo	0 (0,0%)	2 (1,8%)	7 (6,4%)	4 (3,7%)	13 (11,9%)	p = 0,003
En desacuerdo	3 (2,8%)	20 (18,3%)	16 (14,7%)	14 (12,8%)	53 (48,6%)	
No sabe/No contesta	7 (6,4%)	13 (11,9%)	3 (2,8%)	20 (18,3%)	43 (39,4%)	
15. La profilaxis pre-exposición frente al VIH no es accesible para las personas que lo necesitan						
De acuerdo	1 (0,9%)	2 (1,8%)	3 (2,8%)	6 (5,5%)	12 (11,0%)	p = 0,047
En desacuerdo	4 (3,7%)	26 (23,9%)	21 (19,3%)	19 (17,4%)	70 (64,2%)	
No sabe/No contesta	5 (4,6%)	7 (6,4%)	2 (1,8%)	13 (11,9%)	27 (24,8%)	
16. En España no existe un sistema de información y monitorización de los programas de profilaxis pre-exposición frente al VIH						
De acuerdo	1 (0,9%)	5 (4,6%)	6 (5,5%)	16 (14,7%)	28 (25,7%)	p < 0,001
En desacuerdo	2 (1,8%)	23 (21,1%)	16 (14,7%)	9 (8,3%)	50 (45,9%)	
No sabe/No contesta	7 (6,4%)	7 (6,4%)	4 (3,7%)	13 (11,9%)	31 (28,4%)	
Las respuestas se compararon según la categoría profesional. La significación estadística (p <0,05) se determinó mediante la prueba de chi-cuadrado con un nivel de significación estadística del 95%.						

Figura 2. Grado de familiaridad con la profilaxis pre-exposición frente al VIH (pregunta 17).

17. ¿En qué grado está familiarizado con la profilaxis pre-exposición frente al VIH? Puntúe del 1 (nada familiarizado) al 5 (muy familiarizado)

109 respuestas

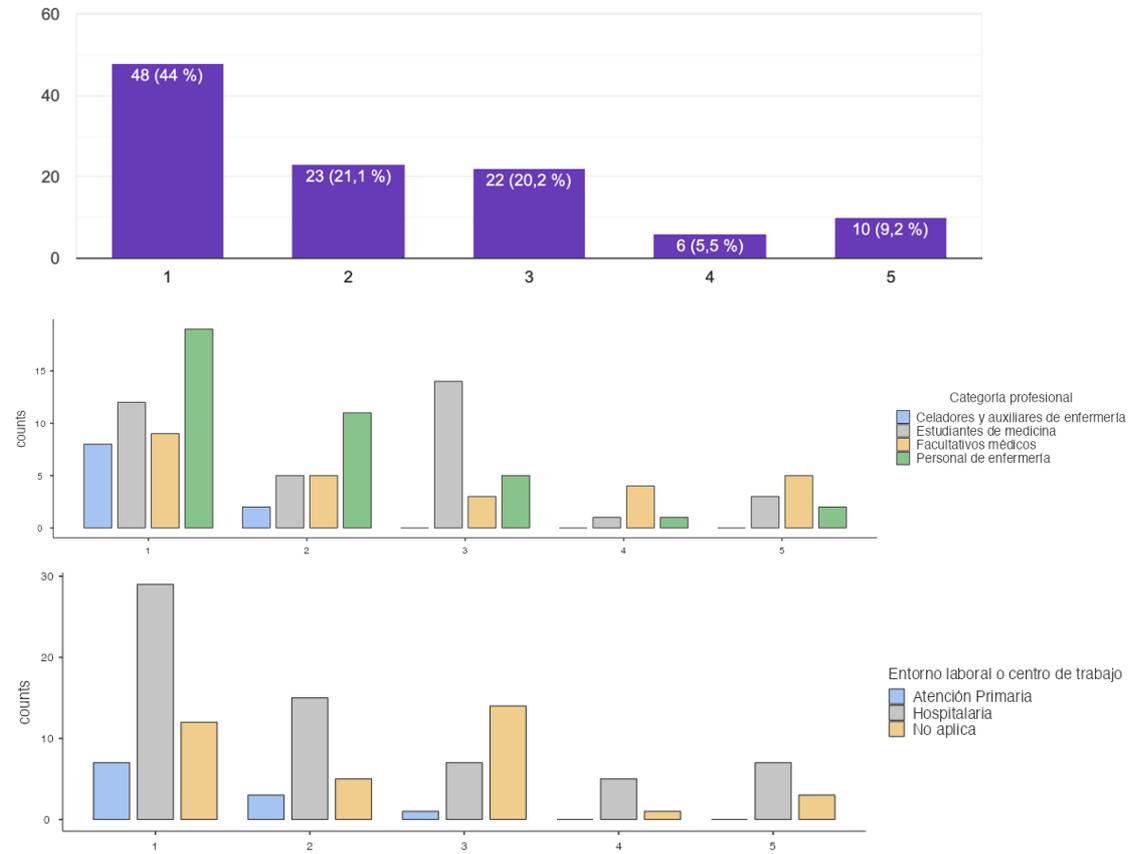


Figura 3. Grado de familiaridad con la profilaxis post-exposición frente al VIH (pregunta 18).

18. ¿En qué grado está familiarizado con la profilaxis post-exposición frente al VIH? Puntúe del 1 (nada familiarizado) al 5 (muy familiarizado)

109 respuestas

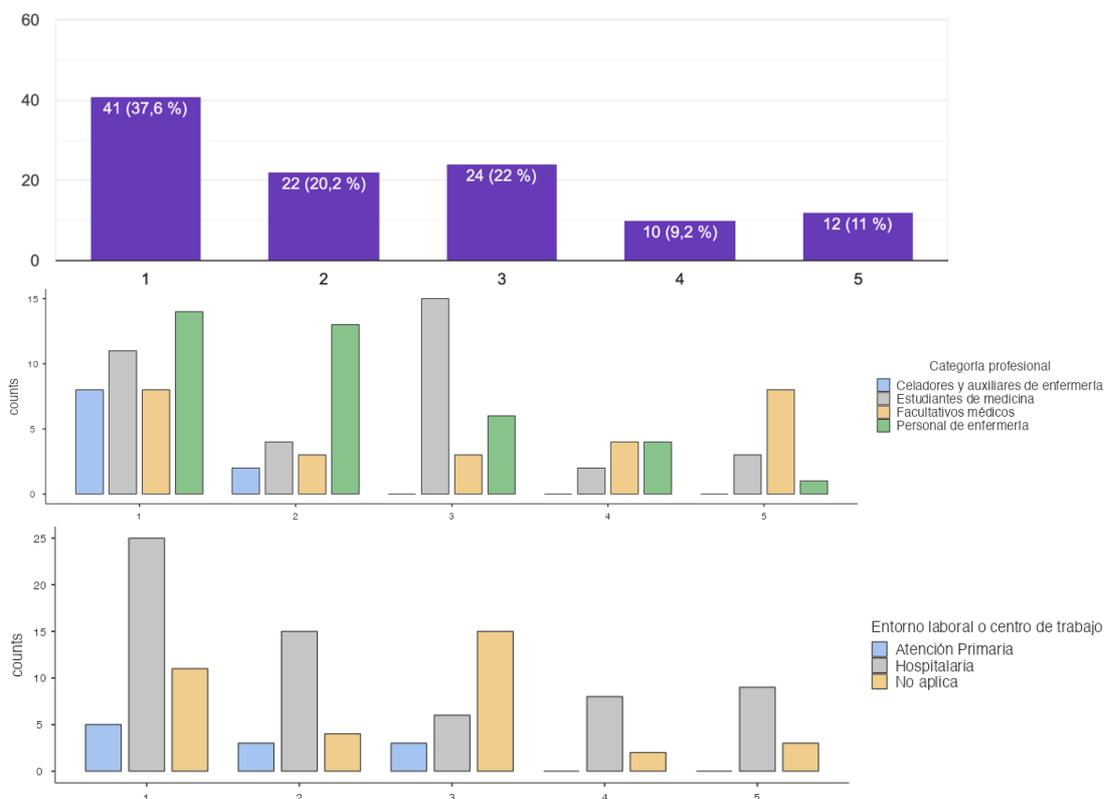


Tabla 2. Utilización, experiencia y percepciones sobre la profilaxis pre y post exposición frente al VIH (preguntas 19 a 22).

	Total
19. ¿Algún paciente/conocido le ha solicitado información sobre la profilaxis pre-exposición frente al VIH en el último año?	
No	94 (86,2%)
No sabe/No contesta	2 (1,8%)
Sí	13 (11,9%)
20. ¿Algún paciente/conocido le ha solicitado información sobre la profilaxis post-exposición frente al VIH en el último año?	
No	91 (83,5%)
No sabe/No contesta	2 (1,8%)
Sí	16 (14,7%)
21. ¿Ha sugerido/recomendado el uso de profilaxis pre-exposición frente al VIH alguna vez?	
No	88 (80,7%)
No sabe/No contesta	1 (0,9%)
Sí	20 (18,3%)
22. ¿Conoce a alguien en España que haya utilizado la profilaxis pre-exposición frente al VIH?	
No	76 (69,7%)
No sabe/No contesta	3 (2,8%)
Sí	30 (27,5%)

Tabla 3. Actitudes hacia la profilaxis pre-exposición frente al VIH y grado de apoyo (preguntas 23 a 26).

	Total
23. ¿Apoyaría el uso de la profilaxis pre-exposición frente al VIH en individuos con alto riesgo de infección por VIH?	
No	3 (2,8%)
No sabe/No contesta	4 (3,7%)
Sí	102 (93,6%)
24. La profilaxis pre-exposición frente al VIH es una estrategia de prevención interesante	
De acuerdo	97 (89,0%)
En desacuerdo	6 (5,5%)
No sabe/No contesta	6 (5,5%)
25. La generalización del uso de la profilaxis pre-exposición frente al VIH puede disminuir la incidencia de infecciones por VIH en la población	
De acuerdo	90 (82,6%)
En desacuerdo	9 (8,3%)
No sabe/No contesta	10 (9,2%)
26. Deben destinarse recursos a la investigación de la profilaxis pre-exposición frente al VIH	
De acuerdo	101 (92,7%)
En desacuerdo	5 (4,6%)
No sabe/No contesta	3 (2,8%)

