

II. Prueba de autoexclusión y percepción de riesgo del donador de sangre

Angel Guerra-Márquez*

En 1983, apenas dos años después de identificada la epidemia del SIDA y de reconocerse a la transfusión sanguínea como una forma de transmisión de su agente causal, entonces aún desconocido, la Food and Drug Administration (FDA)¹ requirió a los bancos de sangre elaborar material educativo para informar a las personas con conductas de riesgo abstenerse de donar sangre. En 1984 Pinsky² publicó lo que se considera el primer procedimiento de escrutinio para explorar y excluir como donadores a "individuos que tienen sida o riesgo incrementado de tenerlo", un año antes de que estuvieran disponibles las primeras pruebas serológicas de detección. Un año después, en 1985, el mismo Pinsky³ publicó un nuevo trabajo ampliando su reporte anterior. En el mismo año, los bancos de sangre en los Estados Unidos introdujeron en su material de selección del donador la frase: "si usted es un hombre que ha tenido sexo con otro hombre en algún momento desde 1977, usted no debe donar sangre o plasma". Su efectividad en detener la donación de donadores de riesgo se comprobó al observar una disminución en el porcentaje de donadores con prueba de Western Blot positiva de 33 por 10 mil en las nueve semanas anteriores a la introducción de la frase, a 8.4 por 10 mil en las nueve semanas siguientes.⁴

En octubre de 1986 la FDA emitió nuevas recomendaciones para reducir aún más el número de unidades de sangre y de componentes sanguíneos donados por personas con alto riesgo de infección por el HIV.⁵ Este documento enfatizaba la importancia de los materiales educativos para los donadores sobre la exposición al HIV, y también la necesidad de ofrecer a los donadores un procedimiento mediante el cual pudieran indicar confidencialmente, al momento de la donación, si su sangre debiera ser transfundida. Este procedimiento ha llegado a conocerse como Exclusión Confidencial de Unidades (Confidential Unit Exclusion-CUE), y en nuestro medio Cuestionario de Auto-Exclusión (CAE). En este mismo documento, la FDA dictaba guías específicas y criterios mínimos para el procedimiento.

En 1989 se publicó un estudio⁶ en el que se evaluaba la eficacia de varios métodos de CAE: boleta y código de barras, en ambos métodos el cuestionario se contesta al momento de la donación; y el método de llamada de

regreso (call-back) en que el donador llama a un número telefónico una vez que ha abandonado el banco de sangre. En el estudio se evaluaron más de 5 millones de donaciones efectuadas en 48 bancos de sangre durante un período de 18 meses, concluyendo que los métodos de boleta y código de barras eran superiores al método de llamada de regreso. Los donadores que se excluyeron por cualquiera de los dos primeros métodos tenían 35 veces más posibilidades de resultar HIV positivos que el total de la muestra (115 vs 3.3 por 10 mil).

El CAE se ha aplicado durante muchos años bajo diferentes condiciones. En su concepción original^{2,3} pretendía excluir donadores con riesgo de infección por HIV en un momento en que aún no se contaba con pruebas serológicas para su detección. Posteriormente, al desarrollarse estas pruebas de detección, el CAE se consideró como un marcador substituto con el objetivo de detectar donadores con serología negativa al HIV que pudieran encontrarse en el período de ventana inmune ó portadores de la infección que se veían impulsados a donar sangre por motivos diversos. De aquí surgieron las controversias sobre la utilidad del CAE y del modo de interpretar sus resultados.⁷⁻⁹

Con anterioridad se había cuestionado también el grado de comprensión de los donadores a las categorías de riesgo y el impacto que esto pudiera tener sobre la disponibilidad de sangre y sus componentes. En un estudio reportado por Chambers,¹⁰ se entrevistaron 31 donadores de sangre HIV positivos confirmados por Western Blot, para explorar su grado de comprensión del folleto "Lo que usted debe saber acerca de donar sangre", empleado por la Cruz Roja Norteamericana. De los 31 donadores, 28 habían leído el folleto; 13 de 25 donadores que durante la entrevista se identificaron a sí mismos como sujetos en riesgo no entendieron el requerimiento de autoexclusión aunque habían leído el folleto. Los doce donadores restantes sabían por el folleto que no debían donar sangre, pero de todos modos lo hicieron porque sabían que la sangre sería analizada.

Con relación a la historia clínica del donador, la FDA recomendó en diciembre de 1990¹¹ incluir preguntas orales explícitas sobre factores de riesgo de exposición al HIV. El impacto de esta medida ha sido analizado por varios

* Banco Central de Sangre Centro Médico Nacional La Raza IMSS México. Correo electrónico: angel_guerr@terra.com.mx

grupos. Por ejemplo, Silvergleid¹² reportó los resultados de un estudio realizado en dos centros: en uno de ellos, durante los primeros 21 meses posteriores a la adopción de esta medida, 161 donadores (7.34/mes) respondieron "sí" a alguna de las preguntas y fueron rechazados. En el otro centro, 36 donadores de aproximadamente 36 mil fueron rechazados por responder "sí" a alguna de las preguntas. De manera interesante, el porcentaje de donadores excluidos por CAE no varió en ambos centros, indicando que donadores diferentes estaban siendo identificados por los dos métodos. En otro estudio, Johnson¹³ evaluó el impacto de las preguntas orales explícitas sobre el rastreo serológico al HIV. En el estudio participaron cuatro centros de sangre de la Cruz Roja Norteamericana y analizaron el patrón de rechazo y la seroprevalencia al HIV un año antes y uno después de implementarse las preguntas orales explícitas. Durante el período de estudio (1990-1991) se obtuvieron aproximadamente 1.5 millones de unidades. En dos de los centros encontraron un incremento significativo de rechazo de 3 a 4 veces al implementarse el cuestionario y en los otros dos centros observaron un incremento no significativo de rechazo.

Las estrategias para lograr la máxima seguridad en el aporte de sangre y sus componentes con fines terapéuticos deben explorar diversos aspectos del candidato a donador. En este sentido, el CAE resulta de utilidad no solo para identificar donadores en riesgo a la infección por HIV, si no también en la identificación de donadores en riesgo para otro tipo de agentes virales. Korelitz y cols.¹⁴ reportaron un estudio realizado en cinco centros de sangre en los Estados Unidos en los que se obtuvieron aproximadamente 1.8 millones de unidades de sangre durante 1991 y 1992, comparando la seroprevalencia de marcadores de infección entre las unidades de sangre CAE+ y CAE-. Reportaron que las unidades CAE+ tenían 8 a 41 veces más posibilidades de ser positivas a HIV, HCV, AgHBs y sífilis y de 3 a 4 veces más posibilidades de ser positivas a AcHBcore o de ALT elevada. En nuestro medio, en el Banco Central de Sangre del Centro Médico Nacional La Raza, se llevó a cabo un estudio similar encontrando que los donadores CAE positivos tenían siete veces más posibilidades de resultar con algún marcador serológico positivo.¹⁵

Resulta evidente que las intervenciones realizadas hasta el momento han sido exitosas: la implementación del rastreo serológico, la inclusión de preguntas orales explícitas en la historia clínica del donador, la elaboración de materiales educativos y la implementación del Cuestionario de Autoexclusión han llevado a su nivel más bajo el riesgo de adquirir infecciones por HIV, HBV y HCV pero no lo han eliminado por completo.

En México se empezaron a implementar medidas preventivas en 1985, al documentarse los primeros casos

de transmisión de VIH por transfusión sanguínea. En ese mismo año se inició la utilización de pruebas serológicas de detección de tipo tamizaje en donadores de sangre, siendo ésta de tipo voluntario; en mayo de 1986 se estableció el tamizaje obligatorio, y en 1987 se estableció la prohibición de la donación remunerada en el país al documentarse, en un estudio de casos y controles, que la posibilidad de adquirir la infección por VIH entre donadores remunerados de plasma se relacionaba con la frecuencia y número de donaciones: la razón de momios era de 8.8 para el grupo de 4-6 donaciones/mes (IC 95% 2.4-34.3) y de 32.2 para el grupo de 10-12 donaciones/mes (IC 95% 5.8-127.5).

Percepción de riesgo

La percepción es un proceso íntimamente ligado a las sensaciones y a la capacidad del individuo de *darse cuenta* de las mismas, dándole algún tipo de interpretación. Un tipo específico de percepción es la *percepción de riesgo*, definida como la estimación que el individuo emite acerca de la probabilidad de que suceda un evento. La autopercepción ó estimación de riesgo de llegar a enfermar es importante para entender por qué la gente realiza conductas que ponen en riesgo su salud, pero también para saber cuales son los factores que motivan a la gente a buscar el cuidado de su salud.¹⁶

La percepción de riesgo es un factor relevante para el proceso de selección del donador. En un estudio realizado en el BCS CMR se analizaron los factores de riesgo de donadores con serología positiva a HIV y las causas para que dichos factores no hubieran sido documentados durante el proceso de selección. Al momento de notificarles su seropositividad al HIV, los factores de riesgo identificados se relacionaban con la actividad sexual de los donadores o de su(s) pareja(s) sexual(es). Una de las causas para haber negado el factor de riesgo durante la selección del donador fue que no percibieron estar en riesgo.¹⁷

En un estudio realizado en Francia coinciden en informar que algunos de los donadores detectados como HIV positivos no se consideraban en riesgo, situación particularmente frecuente en hombres heterosexuales que ocasionalmente tienen contacto sexual con hombres. Para quienes sí tenían la percepción de riesgo la razón de negarlo fue su conocimiento de que se les practicaría la prueba de detección por lo que no consideraron importante informar con veracidad acerca de su actividad sexual.¹⁸

La situación se agrava cuando se demuestra que muchos individuos acuden a los bancos de sangre con el fin de que se les practique la prueba de detección de anticuerpos contra el HIV. En el estudio ya mencionado efectuado en París,¹⁸ el 50% de los donadores detectados

como HIV positivos habían donado para conocer su estado serológico ya que sabían que contaban con al menos un factor de riesgo de exposición al HIV. En México, en un estudio efectuado en el BCS CMR¹⁷ se documentó que casi el 80% de los 34 donadores HIV positivos captados durante 1997 habían donado por que consideraban no contar con factor de riesgo de exposición al HIV. Ese mismo estudio reveló que de los 34 donadores (32 hombres y dos mujeres) 17 se catalogaron como heterosexuales y los 17 restantes como homo ó bisexuales; el 73.5% eran promiscuos, 38% tenían como pareja sexual a una persona promiscua, 17% habían tenido contacto sexual con sexoservidoras(es), y el 6% tenían como pareja sexual a una persona de quien sabían era portadora o enferma de SIDA.

Conclusión

Lo anterior resulta relevante porque nos indica que entre nuestra población de donadores no existe una percepción de riesgo personal de exposición al HIV, lo que lleva a que no consideren relevante informar sobre sus actividades sexuales durante el interrogatorio dirigido que realiza el médico de selección del donador, y por la misma razón no se autoexcluyen mediante el Cuestionario de Autoexclusión (CAE). Un motivo poderoso para negar ó desear no considerarse en riesgo es su conocimiento que se les practicará la prueba de detección de anticuerpos contra el HIV. Confían en que el exámen serológico solucionará cualquier problema que pudiera presentarse, lo que refuerza su negación a percibir un riesgo en su comportamiento sexual, a pesar de haber recibido información por escrito acerca del período de ventana inmune.

Referencias

1. Departament of Health and Human Services, Food and Drug Administration. Recommendations to decrease the risk of transmitting acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) from blood donors. March 24, 1983.
2. **Pinsky J, Waldman A, Olesko W, et al.** Prevalence of viral antibodies and leukocyte abnormalities among blood donors considering themselves at risk of exposure to AIDS. Ann NY Acad Sci 1984;437:472-84.
3. **Pinsky J, Waldman A, Zang E, Olesko W, Lowy M, Bianco C.** Measures to decrease the risk of acquired immunodeficiency syndrome transmission by blood transfusion. Transfusion 1985;25:3-9.
4. **Kalish RI, Cable RG, Roberts SC.** Voluntary deferral of blood donations and HTLV-III positivity (letter). N Engl J Med 1986;314:1115-6.
5. Departament of Health and Human Services, Food and Drug Administration. Additional recommendations for reducing further the number of units of blood and plasma donated for transfusion or for further manufacture by persons at increased risk of HTLV-III/LAV infection. October 30, 1986.
6. **Loiacono BR, Carter GR, Carter CS, Leitman SF, Klein HG.** Efficacy of various methods of confidential unit exclusion in identifying potentially infectious blood donations. Transfusion 1989;29(9):823-6.
7. **Soloway HB.** Confidential unit exclusion (CUE) is just another test (letter). Transfusion 1991;31:286-7.
8. **Busch MP, Perkins HA, Holland P, Petersen L.** The CUE debate (continued): on surrogate tests and surrogate endpoints (letter). Transfusion 1991;31:869.
9. **Petersen LR, Busch MP.** Confidential unit exclusion: how should it be evaluated? (letter). Transfusion 1991;31:869-70.
10. **Chambers La, Volpp JL, Page PG et al.** Failure of self deferral of high risk anti- HTLV-III positive volunteer blood donors (abstract). Transfusion 1986;26:591.
11. Revised recommendations for the prevention of human immunodeficiency virus (HIV) transmission by blood and blood products. Memorandum to blood establishments. Bethesda: Food and Drug Administration, Public Health Service, US Dept of Health and Human Services. December 1990.
12. **Silvergleid AJ, Leparc GF, Schmidt PJ.** Impact of explicit questions about high-risk activities on donor attitudes and donor referral patterns. Results in two community blood centers. Transfusion 1989;29:362-4.
13. **Johnson ES, Doll LS, Satten GA et al.** Direct oral questions to blood donors: the impact on screening for human immunodeficiency virus. Transfusion 1994;34:769-74.
14. **Korelitz JJ, Williams AE, Busch MP, Zuck TF, Ownby HE, Matijas LJ, Wright DJ.** Demographic characteristics and prevalence of serologic markers among donors who use the confidential unit exclusion process: the Retrovirus Epidemiology Donor Study. Transfusion 1994;34:870-6.
15. **Pichardo MMJ, Malagón MA, Marín AO, López CP, Alvarado MC, Guerra MA.** Estudio comparativo de frecuencia de seroconversión de donadores de sangre que se autoexcluyen. IV Reunión Regional de Investigación Médica Región La Raza, Toluca, Estado de México 1998. Resumen 98, pág. 72-3.
16. **Prohaska T, Albrecht G, Levy J, Sugrue N, Kim J.** Determinants of self-perceived risk of AIDS. Journal of Health on Social Behavior 1990;31:384-94.
11. **Guerra MA, Malagón MA, Alvarado MC, Berges GA, Pichardo MMJ.** Risk factors for blood donors with serological markers for the human immunodeficiency virus. 12th World AIDS Conference, Geneva 1998 Abstract 23256.
12. **Lefrère JJ, Elghouzzi MH, Salpétier J, Duc A, Dupuy-Montbrun MC.** Interviews of individuals diagnosed as anti-human immunodeficiency virus-positive through the screening of blood donations in the Paris area from 1991 to 1994: reflections on the selection of blood donors. Transfusion 1996;36:124-27.