

Santiago de Compostela

**XIII**  
Congreso  
Nacional  
sobre el  
Sida

16 a 18 de Junio de 2010

 **seisida**  
SOCIEDAD ESPAÑOLA INTERDISCIPLINARIA DEL SIDA



**NUEVAS DIANAS TERAPÉUTICAS**

**DISEÑO DE FÁRMACOS INNOVADOR**

**AVANZANDO EN LA TERAPÉUTICA**

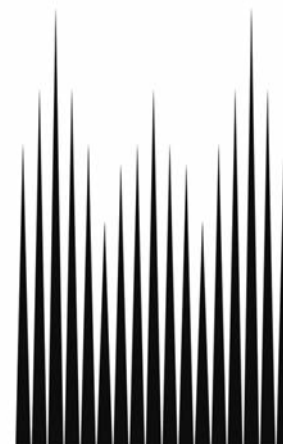
### **Luchando contra enfermedades graves**

En Gilead aplicamos lo mejor de la ciencia biofarmacéutica para crear medicamentos innovadores que mejoren el cuidado de los pacientes. Nuestros programas de investigación y desarrollo se enfocan en moléculas terapéuticas para el tratamiento de la infección por VIH, hepatitis, infecciones fúngicas, hipertensión pulmonar arterial e infecciones pulmonares relacionadas con la fibrosis quística.

### **Superando los estándares actuales de tratamiento**

Estamos descubriendo nuevos fármacos con mayor potencia, mejor perfil de resistencia, seguridad y regímenes de dosificación más cómodos. En cada avance terapéutico nos esforzamos considerablemente por mejorar el cuidado y la calidad de la vida de los pacientes.

PI-0-02-07-SP



Organizado por:



Patrocinadores:



Consellería de Sanidade  
da Xunta de Galicia



Deputación da Coruña



Concello de Santiago de  
Compostela



Universidade de Santiago de Compostela



Xacobeo 2010



## Bienvenidos a Santiago de Compostela

Si hay una ciudad universal en el mundo, esta es Santiago de Compostela. El descubrimiento, a principios del siglo IX, de la tumba del Apóstol Santiago, propició que desde entonces Compostela se convirtiese en un lugar de peregrinación, y por tanto de acogida. La fundación de la Universidad Compostelana, en 1495, incrementó el carácter abierto, plural y multicultural de Santiago. En este contexto, y en un año Santo, en el que miles de peregrinos llegarán hasta nuestra plaza del Obradoiro, os damos la bienvenida.

Como si de un perfecto maridaje se tratase, la esencia hospitalaria y multicultural de Santiago se engarza a la perfección con el carácter cálido, cercano, multidisciplinar y diverso que queremos dar a nuestro Congreso. Nuestra intención es que, durante los tres días que durará la reunión, todos los que os acerquéis a Santiago os sintáis como en casa y que os podáis llevar recuerdos imborrables, tanto científicos, como humanos. Os exhortamos a que traigáis vuestra experiencia y debatáis abierta y productivamente sobre los tópicos más relevantes de cada una de las áreas de interés en la infección por VIH: epidemiología, prevención, cuidados, educación, clínica, tratamiento, salud mental, cooperación internacional y aspectos sociales. Expertos y profesionales en todas estas áreas estarán entre nosotros y tendréis una oportunidad única para ampliar conocimientos y contrastar vuestra experiencia.

Muchas personas han trabajado y trabajarán durante las jornadas del Congreso para que saquéis el máximo provecho de vuestra visita y os sintáis a gusto. Todos los que hemos contribuido a llevar adelante este evento esperamos que el embrujo de Santiago os atrape para siempre y os vayáis con el deseo de volver lo antes posible.

**Antonio Antela**

Presidente del XIII Congreso Nacional sobre el Sida



## Comité de Honor

**Excmo. Sr. D. Alberto Núñez Feijoo**  
Presidente da Xunta de Galicia

**Excm. Sra. Dña. Pilar Farjas Abadía**  
Conselleira de Sanidade da Xunta de Galicia

**Excmo. Sr. D. Xosé Antonio Sánchez Bugallo**  
Alcalde do Concello de Santiago de Compostela

**Excmo. Sr. D. Salvador Fernández Moreda**  
Presidente da Deputación de A Coruña

**Ilmo. Sr. D. Senén Barro Ameneiro**  
Rector da Universidade de Santiago de Compostela

**Ilmo. Sr. D. José María Fraga Bermúdez**  
Decano da Facultade de Medicina e Odontoloxía

**Ilmo. Sr. D. Daniel Zulaica Aristi**  
Presidente de SEISIDA

**Ilma. Sra. Dña. Rocío Mosquera Alvarez**  
Xerente do Servizo Galego de Saúde

**Ilma. Sra. Dña. Sagrario Pérez Castellanos**  
Directora Xeral de Saúde Pública e Planificación da Xunta de Galicia

## Comité Organizador y Científico

**Presidente:**  
**Antonio Antela**

**Vicepresidente:**  
**José A. Taboada**

**Secretaria:**  
**Elena Losada**

**Agustín González**  
Comité Antisida Ourense

**Ana Mariño**  
Hospital Arquitecto Marcide de Ferrol

**Angel Asorey**  
Hospital Meixoeiro de Vigo

**Angeles Castro**  
Hospital Universitario de A Coruña

**Antonio Aguilera**  
Hospital Clínico Universitario  
de Santiago de Compostela

**Antonio Ocampo**  
Hospital Xeral-Cies de Vigo

**Arturo Prieto**  
Hospital Clínico Universitario  
de Santiago de Compostela

**Benito Regueiro**  
Hospital Clínico Universitario  
de Santiago de Compostela

**Carlos Varela**  
Comité Antisida Ferrol

**Carmen Lires**  
Hospital Clínico Universitario  
de Santiago de Compostela

**Celia Miralles**  
Hospital Xeral-Cies de Vigo

**Daniel Zulaica**  
Presidente de SEISIDA

**David Dalmau**  
Hospital Mutua de Terrassa, Barcelona

**Dori Martínez**  
Comité Antisida Santiago

**Enrique Ortega**  
Hospital General Universitario de Valencia

**Fernando Culler**  
Comité Antisida Vigo, Pontevedra y  
Villagarcía de Arosa

**Fernando Lozano**  
Hospital de Valme, Sevilla.  
Presidente de GESIDA

**José Domingo Pedreira**  
Hospital Universitario de A Coruña

**José Manuel Lorenzo**  
Junta Directiva de SEISIDA

**José María Kindelán**  
Hospital Reina Sofía, Córdoba

**José Miguel Gimeno**  
Secretaría Técnica. MT-Global, Madrid

**Josefina Baliñas**  
Hospital Universitario de A Coruña

**Juan Rojo**  
Hospital Clínico Universitario  
de Santiago de Compostela



**Lola Cánoves**  
Junta Directiva de SEISIDA

**Manuel Camba**  
Hospital POVISA, Vigo

**María José Fuster**  
Gerenta de SEISIDA

**María José Garabán**  
Centro de Saúde de Santa Uxía  
de Ribeira, A Coruña

**María José López**  
Hospital Xeral-Calde, Lugo

**Marisa Sánchez**  
Comité Antisida Lugo

**Piedad Arazo**  
Hospital Miguel Servet, Zaragoza

**Rafael Ojea**  
Complejo Hospitalario de Pontevedra

**Raúl Rodríguez**  
Complejo Hospitalario de Ourense

**Ricardo Fernández**  
Complejo Hospitalario de Ourense

**Rogelio Lema**  
Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia

**Santiago Pérez**  
CESIDA. Junta Directiva de SEISIDA

**Sonia Valbuena**  
Comité Antisida Coruña

## Junta Directiva Seisida

**Presidente:**

**Daniel Zulaika**

Plan del Sida del País Vasco. San Sebastián

**Vicepresidente:**

**Antonio Antela**

Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela

**Secretario General:**

**José Manuel Lorenzo**

Hospital Donostia. San Sebastián

**Vocales:**

**Enrique Ortega**

Consortio Hospital General Universitario de Valencia.

**Piedad Arazo**

Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

**Dolores Cánoves**

Consortio Hospital General Universitario de Valencia.

**Santiago Pérez**

Comité Antisida de Extremadura. Cáceres.



## Información General

### Fechas:

16, 17 y 18 de Junio de 2010

### Sede:

El XIII Congreso Nacional sobre el SIDA se celebrará en las siguientes sedes:

#### Monumento San Francisco

Campillo San Francisco, 3  
15705 Santiago de Compostela

#### Facultad de Medicina

R/ de San Francisco, s/n  
15782 Santiago de Compostela

#### Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA (SEISIDA):

C/ Dr. Fleming, nº 3 - 2º  
28036 Madrid  
Telf. 91 528 33 83  
Fax. 91 506 17 09  
Email: seisida@seisida.net  
Horario: 15.30 a 18.30 horas  
De lunes a Viernes (excepto festivos)

### Inscripciones:

#### Cuotas Congreso:

	Hasta el 28 Febrero	Hasta el 14 Mayo	InSitu
Socio	300 €	350 €	425 €
No Socios	375 €	425 €	500 €
Residente/Becario*	175 €	200 €	250 €

\* Se debe adjuntar justificante

La inscripción da derecho a todos los actos científicos, documentación del Congreso y asistencia a los actos sociales según consten en este programa.

Es necesario cumplimentar el Boletín de Inscripción y hacer efectivo el importe de la cuota de inscripción correspondiente mediante Talón a nombre de SEISIDA, Tarjeta de crédito o Transferencia a: SEISIDA (ccc: 2100 - 4110 - 41 - 2200043261) y enviarlo a la Secretaría Técnica, MT GLOBAL

La disponibilidad de la documentación completa y todos los servicios, sólo se garantiza a las personas que hayan hecho la inscripción anticipada. Todas aquellas personas que hagan la inscripción insitu, estarán sujetas a disponibilidad de documentación y demás servicios.

### Secretaría del Congreso:

Para cualquier información, realización de inscripciones y reservas de alojamiento, dirigirse a:



#### MT GLOBAL

C/ Dr. Fleming, nº 3 - 2

28036 Madrid

Telf. 91 534 05 40

Fax. 91 535 26 01

email: martavirto@mt-global.com

### Secretaría del Congreso:

Estará situada en la sede con el siguiente horario:

Miércoles, 16 de Junio:	08.00 a 14.00 horas 16.00 a 19.00 horas
Jueves, 17 de Junio:	08.30 a 14.00 horas 15.30 a 19.00 horas
Viernes, 18 de Junio:	08.30 a 14.30 horas

### Cancelaciones:

Se admitirán cancelaciones de inscripciones hasta el 15 de abril de 2010 con una devolución del 50% del importe de la inscripción.

A partir de esa fecha toda cancelación tiene un 100% de gastos.

Las devoluciones se realizarán una vez haya terminado el congreso.

### Certificado de asistencia:

Se entregará como parte de la documentación de cada persona inscrita.



## Cuadro Programa Miércoles 16 de Junio

Horario	Miércoles 16 - Junio
09:00 - 14:00	Sala Carlos V Simposio Nacional Proyecto BEST
14:00 - 17:00	Comida
17:00 - 19:00	Sala Carlos V FORO ONGs
	Sala Monumental Simposio de Enfermería
19:00 - 20:00	Sala Monumental Sesión Plenaria (SP1) "Diagnóstico tardío de la infección por VIH"
20:00 - 21:00	Cocktail Bienvenida

## Viernes 18 de Junio

Horario	Viernes 18 - Junio		
	Sala Carlos V	Sala Columnas	Sala Xacobeo
09:00 - 10:00	Mesa Redonda (MR5) AVANZANDO EN LA REDUCCIÓN DEL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN	Mesa Redonda (MR6) TESTS DIAGNOSTICOS RAPIDOS	Sesión Especial (SE3) "Envejezco, padeczo otros problemas de salud y tengo una pregunta para usted"
10:00 - 11:00	Mesa Redonda (MR7) SIMPOSIO FIPSE	Mesa Redonda (MR8) ¿CÓMO PODEMOS FRENAR LA TRANSMISIÓN DEL VIH?	Sesión Especial (SE4) "Vivo con hepatitis C y VIH y tengo una pregunta para usted"
11:00 - 11:30	Descanso		
11:30 - 13:00	Sala Monumental Simposio temático (ST2) "Sencillez y tolerabilidad: las claves del éxito a largo plazo"		
13:00 - 14:00	Sala Monumental CLAUSURA Y ENTREGA DE PREMIOS		

## Jueves 17 de Junio

Horario	Jueves 17 - Junio		
	Sala Carlos V	Sala Columnas	Sala Xacobeo
09:15 - 10:00	Comunicaciones Orales (CO1) CUIDADOS	Comunicaciones Orales (CO2) CIENCIAS BÁSICAS	Comunicaciones Orales (CO3) EPIDEMIOLOGÍA
10:00 - 11:00	Mesa Redonda (MR1) SIMPOSIO DE GESIDA	Mesa Redonda (MR2) LIPODISTROFIA	Sesión Especial (SE1) "Trabajo en prevención de VIH en HSH y tengo una pregunta para usted"
11:00 - 11:30	Descanso		
11:30 - 13:00	Sala Monumental Simposio temático (ST1) "Avances en el manejo del tratamiento antirretrovírico"		
13:00 - 14:00	Salón de Actos SESIÓN INAUGURAL (SI) Bienvenida. Inauguración Oficial. CONFERENCIA ESPECIAL: "El paciente seropositivo crónico: un nuevo reto"		
14:00 - 16:15	Comida		
16:15 - 17:00	Comunicaciones Orales (CO6) PREVENCIÓN	Comunicaciones Orales (CO7) ASPECTOS SOCIALES	Comunicaciones Orales (CO5) CLINICA
17:00 - 18:00	Mesa Redonda (MR3) PRESENTE Y FUTURO DE LA EPIDEMIA	Mesa Redonda (MR4) LA IMPORTANCIA DE LA SALUD PSICOLÓGICA	Sesión Especial (SE2) "Tomo TAR y tengo una pregunta para usted"
18:00 - 19:00	CONFERENCIA "VIH EN ESPAÑA 2010"	Mesa Debate (MD1) "Nuevas Estrategias en la Atención al Paciente Seropositivo Crónico"	
19:00 - 20:00	Comunicaciones Orales (CO6) TRATAMIENTO	Comunicaciones Orales (CO4) COOPERACIÓN INTERNACIONAL	





# Programa Final



## Miércoles, 16 de Junio de 2010

### 09:00-14:00 – Sala Carlos V

#### Reunión Nacional Proyecto BEST

##### Coordinadores:

Michael Meulbroek (Projecte dels NOMS-HISPANOSIDA, Barcelona)  
Antonio Antela (Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela)

##### Ponentes:

Jorge Saz (Projecte dels NOMS-HISPANOSIDA, Barcelona)  
Rafael Torres (COGAM, Madrid)  
Diego García Morcillo (Adhara/FEAT, Sevilla)  
Begoña Bautista (JURISSIDA, Valencia)  
Ferran Pujol (Projecte dels NOMS-Hispanosida, Barcelona)  
José Miguel Gutiérrez (CESIDA, Madrid)  
María Asunción García Gonzalo (Hospital de Galdácano, Vizcaya)

### 17:00-19:00 – Sala Carlos V

#### Foro de ONGs.

### 17:00-18:00 – Mesa 1

#### Prevención: presente y futuro

##### Moderador:

Javier Rocamora. Comité Ciudadán Galego Antisida. Santiago de Compostela.

##### Ponentes:

"Prevención: presente y futuro"  
Joaquim Roqueta. Gais Positius. Barcelona

"La prevención sexual del VIH: presente y futuro... ¿podemos olvidar el pasado?"

David Paricio. SIDA Studi. Barcelona.

"Prevención: presente y futuro"

María Luque. Adhara. Sevilla.

### 18:00-19:00 – Mesa 2

#### Gestión y Prevención eficaz

##### Moderadora:

Patricia Vicente. CCANVIHAR. Vigo.

##### Ponentes:

"Gestión y prevención eficaz: la respuesta actual en Galicia es multifuncional pero debe incluir la priorización de la Promoción del uso del preservativo"

Rogelio Lema. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia. Santiago de Compostela.

"Como se ha de colaborar para realizar una gestión eficaz en materia de prevención en VIH entre ONG's y administración Pública. Principios básicos que determinan una gestión de calidad en prevención de VIH/SIDA"

Ana Burgos. Apoyo Positivo. Madrid

José Miguel Gutiérrez. CESIDA. Madrid.

### 17:00-19:00 – Sala Monumental

#### Simposio de Enfermería

##### Moderadores:

Carmen Lires. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.  
Josefa Baliñas. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

##### Ponentes:

"El paciente con coinfección VIH/VHC: educando en salud."

Juan Miguel Castro Alvarez. Hospital Universitario La Paz, Madrid.

"El papel de Enfermería en el control del virus del papiloma humano (VPH)."

Jocisa de la Peña Alican. Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona.

"Adelantarse al riesgo: evitar conductas de exposición."

Ester Roda Guillén. Hospital Clínic, Barcelona.

"Cuidados de Enfermería en pacientes con VIH/Sida."

Mercedes Morales de la Cal. Hospital 12 de Octubre, Madrid

### 19:00-20:00 – Sala Monumental

#### Sesión Plenaria 1 (SP1)

#### "Diagnóstico tardío de la infección por VIH".

##### Moderadores:

Antonio Antela. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

José A. Taboada. Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia.

##### Ponentes:

"Situación clínico-inmunológica en el momento del diagnóstico de infección por VIH en España."

Julia del Amo. Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

"Consecuencias clínicas del diagnóstico tardío y estrategia de "Opt-out" como alternativa para reducir el diagnóstico tardío en España."

Santiago Moreno. Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

### 20:00 – Cocktail de Bienvenida



## Jueves, 17 de Junio de 2010

### 09:15-10:00 – Sala Carlos V

#### Sesión de Comunicaciones Orales (CO1). Cuidados.

##### Moderadora:

Auri Segador. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

##### CO1.1

Puesta en marcha de la consulta de seguimiento psicológico en una serie pediátrica de pacientes VIH. Experiencia de un año.

M. Rivera Cuello. Unidad de Infectología. Hospital Materno Infantil Carlos Haya. Málaga

##### CO1.2

Consulta de Enfermería "Educiendo en Salud".

L. Blanca Arribas. Hospital La Paz. Madrid

##### CO1.3

Impacto de la adherencia al tratamiento frente al virus de la hepatitis C en pacientes coinfectados por el VIH.

I. Gilabert. Hospital Universitario de Valme, Sevilla.

##### CO1.4

Estudio piloto de la puesta en marcha de unidades residenciales sociosanitarias para personas con problemáticas múltiples y VIH.

A. Ortiz de Zárate. Asociación t4.

##### CO1.5

Evaluación del Proyecto SEAD: Coordinación de recursos para mejorar el seguimiento y la adherencia de los pacientes con infección por VIH.

L. Elías. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

##### CO1.6

Incorporación de enfermería en la Unidad de HIV/SIDA del Hospital Universitari Mútua Terrassa (HUMT).

R. Font Canals. Hospital Universitari Mútua Terrassa.

### 09:15-10:00 – Sala Columnas

#### Sesión de Comunicaciones Orales (CO2). Ciencias básicas.

##### Moderador:

Benito Regueiro. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela.

##### CO2.1

Identificación de nuevos transcritos de VIH-1 procesados mediante splicing expresados in vivo e in vitro.

E. Delgado. Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III. Majadahonda (Madrid)

##### CO2.2

Construcción de un panel de clones de envoltura funcionales de VIH-1 de diversos subtipos y formas recombinantes.

A. Revilla. Variabilidad y Biología del VIH, Instituto de Salud Carlos III. Majadahonda (Madrid).

##### CO2.3

Obtención de un panel de virus caracterizados biológica y genéticamente y su utilización en el estudio de vacunas frente al VIH-1.

MT. Cuevas. Variabilidad y Biología del VIH, Instituto de Salud Carlos III. Majadahonda (Madrid).

##### CO2.4

Análisis del uso de correceptores por envolturas de VIH-1 de subtipos F y G clonadas a partir de plasma de pacientes infectados.

E. Delgado. Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III. Majadahonda (Madrid)

##### CO2.5

Resistencia natural y transmitida a antirretrovirales en pacientes de Galicia infectados con diversas formas genéticas de VIH-1 (1999-2010).

E. Delgado. Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III. Majadahonda (Madrid)

##### CO2.6

Caracterización de las nuevas infecciones por VIH-1 en Galicia y País Vasco.

MT. Cuevas. Variabilidad y Biología del VIH, Instituto de Salud Carlos III. Majadahonda (Madrid).

### 09:15-10:00 – Sala Xacobeo

#### Sesión de Comunicaciones Orales (CO3). Epidemiología.

##### Moderador:

Santiago Pérez Cachafeiro. Complejo Hospitalario de Pontevedra.

##### CO3.1

Características epidemiológicas y sociodemográficas de los pacientes con infección por VIH mayores de 50 años atendidos en 69 hospitales públicos de 15 comunidades autónomas.

T. Seisdedos. MSPS/Plan Nacional contra el sida. Madrid.

##### CO3.2

Nuevas infecciones por VIH en el País Vasco, (1997-2009).

A. Arrillaga. Plan de Prevención y Control del Sida, Osakidetza. San Sebastián.

##### CO3.3

Evolución de los ingresos y la mortalidad por enfermedad hepática entre los pacientes vih (1998 – 2005).

M. Blanco Rodríguez. Servicio de Digestivo. C.H.U. A Coruña.

##### CO3.4

¿Son capaces de realizarse el test rápido de VIH e interpretar sus resultados quienes acuden a un programa móvil de diagnóstico?.

R. Sánchez. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III (Madrid)



**CO3.5**

Infección por el VIH en personas heterosexuales que acuden a centros específicos de diagnóstico según tipo de visita (Estudio EPIVIH).

A. Diaz. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III (Madrid)

**CO3.6**

La prueba rápida de diagnóstico de VIH en el Centro de Información y Prevención del Sida (CIPS) de Valencia. Luces y sombras.

I. Alastrué Loscos. Centro de Información y Prevención del Sida de Valencia.

**10:00-11:00 – Sala Carlos V****Mesa Redonda 1 (MR1) Simposio de GESIDA.****Moderadores:**

Fernando Lozano. Presidente de GESIDA. Hospital de Valme, Sevilla.

Arturo Prieto. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

**Ponentes:**

"Patología ósea en pacientes infectados por VIH."

Vicente Estrada. Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

"Riesgo cardiovascular en la infección por VIH."

Jesús Santos. Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.

"Monitorización y manejo de la patología tumoral en la infección por VIH."

Enric Pedrol. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla, Tarragona.

**10:00-11:00 – Sala Columns****Mesa Redonda 2 (MR2). Lipodistrofia.****Moderadores:**

Dori Martínez. Comité Ciudadán Antisida de Santiago.

Santiago Pérez Avilés. SEISIDA.

**Ponentes:**

"La situación del manejo de la lipodistrofia en España."

Tomás Hernández. Plan Nacional sobre el Sida. Madrid.

"Elige siempre Cara: campaña de prevención y sensibilización de la lipodistrofia"

Begoña Bautista. CESIDA.

"El impacto emocional de la lipodistrofia en las personas que viven con VIH."

María José Fuster. SEISIDA.

"¿Qué demandan las personas que viven con VIH?"

Xavi Franquet. GTT y FEAT. Barcelona.

**10:00-11.00 – Sala Xacobeo**

**Sesión Especial 1 (SE1): "Trabajo en prevención de VIH en HSH y tengo una pregunta para usted."**

**Moderador:**

Raúl Soriano. Plan Nacional sobre el Sida. Madrid.

**Ponente:**

Iván Zaro. Fundación Triángulo. Madrid.

**11:30-13:00 – Sala Monumental**

**Simposio Temático (ST1): "Avances en el manejo del tratamiento antirretrovírico".**

**Moderadores:**

Antonio Ocampo. Hospital Xeral-Cies. Vigo.

José Domingo Pedreira. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

**Ponentes:**

"Determinación de tropismo mediante genotipado."

Eva Poveda. Hospital Carlos III, Madrid.

"¿Es posible simplificar el tratamiento antirretrovírico?"

José A. Girón. Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

"Papel de las nuevas clases de fármacos en el escenario actual del paciente VIH(+)."

Antonio Rivero. Hospital Reina Sofía, Córdoba.

**13:00-14:00 – Salón de Actos Facultad****Sesión Inaugural (SI)****Bienvenida**

Antonio Antela. Presidente del XIII Congreso Nacional sobre el Sida.

José A. Taboada. Vicepresidente del XIII Congreso Nacional sobre el Sida.

Daniel Zulaica. Presidente de la Sociedad Española Interdisciplinar del Sida (SEISIDA).

**Inauguración Oficial.**

CONFERENCIA ESPECIAL: "El paciente seropositivo crónico: un nuevo reto"

Jesús María Fernández. Vice consejero de Sanidad del País Vasco. Vitoria-Gasteiz

**16:15-17:00 – Sala Carlos V****Sesión de Comunicaciones Orales (CO8). Prevención.****Moderador:**

Rogelio Lema. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.

**CO8.01**

Conocimientos y actitudes ante el VIH/SIDA en adolescentes y jóvenes en situación de conflictividad social de centros de menores residenciales y diurnos de Galicia.

J.M. Faílde Garrido. Universidad de Vigo. Vigo (Pontevedra).



**C08.02**

Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo ante el VIH/SIDA en una muestra de universitarios gallegos del ámbito socioeducativo.  
J.M. Faílde Garrido. Universidad de Vigo. Vigo (Pontevedra).

**C08.03**

El papel del género en la adopción de conductas sexuales de riesgo con nuevas parejas.  
S. Mayordomo López. Universidad del País Vasco.

**C08.04**

Programa Prevención VIH/SIDA en población inmigrante.  
J.J. Becerra Vázquez. Asociación Jerezana de Ayuda a Afectados de VIH/SIDA "Silóe".

**C08.05**

El uso del preservativo masculino en las relaciones con coito vaginal de jóvenes españoles entre 14 y 24 años.  
J.M. Faílde Garrido. Universidad de Vigo. Vigo (Pontevedra).

**C08.06**

Preservativo femenino: estudio de la aceptabilidad del método entre parejas de jóvenes heterosexuales gallegas.  
M. Lameiras Fernández. Universidad de Vigo. Vigo (Pontevedra).

**16:15-17:00 - Sala Monumental,****Sesión de Comunicaciones Orales (C07). Aspectos Sociales.****Moderador:**

Santiago Pérez Avilés. SEISIDA.

**C07.01**

Registro de datos en la intervención psico-social con rigor y confidencialidad.  
R. Ruiz García. Asociación Apoyo Activo.

**C07.02**

Principales demandas recibidas y tramitadas desde el proyecto "Clínica Legal. Erradicación del Estigma y la Discriminación" hacia las personas con VIH y sida.  
J.M. Gutiérrez Chico. CESIDA. Madrid.

**C07.03**

Estudio sobre conocimientos y actitudes frente al VIH en alumnado de I.E.S. de la Región de Murcia.  
F. Ibáñez Martínez. AMUVIH. Murcia.

**C07.04**

Significados de la cronicidad desde la perspectiva de las personas con VIH.  
M. Feijoo Cid. Departament Infermeria Universitat Autònoma Barcelona.

**C07.05**

Motivos para la realización de la prueba del VIH en el servicio de prueba rápida del COL.LECTIU LAMBDA en la ciudad de Valencia.  
P. Salmerón. Col.lectiu Lambda. Valencia.

**C07.06**

"Casas de Acogida: Recurso Socio-Sanitario".  
B. Vidal Vicente. Hogar Torre Nazaret, casa de acogida. Fundación Tienda Asilo. Cartagena.

**16:15-17:00 - Sala Xacobeo,****Sesión de Comunicaciones Orales (C05). Clínica.****Moderador:**

María José López. Hospital Xeral-Calde. Lugo

**C05.01**

Características epidemiológicas, clínicas, y pronósticas de la gripe A (H1N1) en adultos infectados por el virus de inmunodeficiencia humana.  
E. Martínez. Hospital Clínic - IDIBAPS, Universidad de Barcelona, Barcelona.

**C05.02**

Determinación de ARN-VHC en semana 12 tras la finalización de tratamiento es tan relevante como la determinación en la semana 24 postratamiento para predecir RVS en pacientes infectados por el VIH coinfectados por VHC que reciben tratamiento con Interferon pegilado y Ribavirina.  
A. Camacho. Hospital Universitario Reina Sofía-IMIBIC, Córdoba.

**C05.03**

Detección precoz de infección por VIH basado en enfermedades indicadoras.  
I. Menacho. Centro de Atención Primaria LES CORTS (GesClínic). Barcelona.

**C05.04**

Era TARGA: características de la Tuberculosis en los pacientes con infección por el VIH en el Área Sanitaria de Ferrol.  
S. Sánchez Trigo. Hospital Arquitecto Marcide. Ferrol. A Coruña.

**C05.05**

Riesgo cardiovascular y Dislipemia en pacientes VIH y controles apareados.  
R. Ramírez. Hospital San Pau i Santa Tecla Tarragona.

**C05.06**

El grado de fibrosis hepática no incrementa el riesgo de hepatotoxicidad por Raltegravir. Estudio EGEO.  
A. Rivero. Instituto de Investigación Maimónides y Hospital Reina Sofía, Córdoba.



**17:00-18:00 – Sala Carlos V****Mesa Redonda 3 (MR3). Presente y futuro de la epidemia.****Moderadores:**

Julia del Amo. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.  
José María Kindelán. Hospital Reina Sofía, Córdoba.

**Ponentes:**

"Evolución de la epidemia de VIH y de otras ITS, ¿qué relación tienen?"  
Isabel Pueyo. Centro de ITS de Sevilla.

"La infección por VIH en HSH en España."  
Mercedes Díez. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

"Evolución epidemiológica del VIH entre pacientes drogodependientes (1984-2009)."  
Jesús Cancelo. Centros de Drogodependencias ACLAD Alborada, Vigo.

**17:00-18:00 – Sala Monumental****Mesa Redonda 4 (MR4).****La importancia de la salud psicológica en el bienestar de las personas con VIH.****Moderadores:**

Lola Cánoves. SEISIDA.  
Negore Asla. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco. San Sebastián.

**Ponentes:**

"Avanzando hacia el bienestar de las personas con VIH: una actualización tras más de 25 años de experiencia."  
Eduardo Remor. Universidad Autónoma de Madrid.

"¿Cómo vivir el VIH?: la importancia de una respuesta particular."  
Carolina Tarrida. Associació Catalana de l'Hemofilia, Barcelona.

"Trastornos neurocognitivos en la infección por VIH."  
José A. Muñoz-Moreno. Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona.

**17:00-18:00 – Sala Xacobeo****Sesión Especial 2 (SE2): "Tomo TAR y tengo una pregunta para usted".****Moderador:**

Ricardo Fernández. Complejo Hospitalario de Ourense.

**Ponente:**

Ana Mariño. Hospital Arquitecto Marcide. Ferrol.

**18:00-19:00 – Sala Carlos V****Conferencia: "VIH en España 2010"****Moderadores:**

Antonio Antela. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela.  
Enrique Ortega. Hospital General Universitario de Valencia.

**Ponentes:**

"Conclusiones Conferencia VIH en Europa."  
Jose María Gatell. Hospital Clinic. Barcelona.

"Pruebas rápidas del VIH en entornos no clínicos."  
Ferrán Pujol. BCN-Checkpoint. Hispanosida. Barcelona.

"Test rápidos versus test convencionales."  
Isabel Sanz. Hospital Donostia. Consulta ITS. San Sebastián.

**18:00-19:00 – Sala Monumental****Mesa Debate 1 (MD1)****"Nuevas estrategias en la atención al paciente seropositivo crónico".****Moderadores:**

Daniel Zulaica. SEISIDA.  
José A. Taboada. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.

**Ponentes:**

"El paciente seropositivo crónico en la actualidad."  
Jose Antonio Iribarren. Hospital Donostia. San Sebastián.

"El hospital VIHrtual"  
Felipe García. Hospital Clinic. Barcelona.

"El punto de vista del paciente crónico"  
Diego García. FEAT. Sevilla.

**19:00-20:00 – Sala Carlos V****Sesión de Comunicaciones Orales (CO6). Tratamiento.****Moderador:**

Angel Asorey. Hospital Meixoeiro. Vigo.

**CO6.01**

El genotipo de Interleuquina 28B es un potente predictor de respuesta al tratamiento con Interferón pegilado más Ribavirina en pacientes coinfectados por VIH y VHC.  
A. Rivero-Juárez. Hospital Universitario Reina Sofía-IMIBIC, Córdoba.

**CO6.02**

Las mutaciones en el gen de la IL28 no influyen sobre las tasas de recidiva de la Hepatitis por VHC tras completar un régimen de tratamiento estándar con Interferón



pegilado (PEG) mas Ribavirina en pacientes coinfectados por VIH y VHC.  
A. Rivero-Juárez. Hospital Universitario Reina Sofia-IMIBIC, Córdoba.

#### CO6.03

Larga exposición a Didanosina es una de las causas principales de daño hepático en pacientes infectados por el VIH sin coinfección por virus hepatotropos.  
A. Rivero. Hospital Universitario Reina Sofia-IMIBIC, Córdoba.

#### CO6.04

Eficacia del tratamiento antirretroviral en condiciones de práctica clínica: evolución (2004-2010) en una cohorte hospitalaria.  
J.A. Iribarren. Hospital Donostia. San Sebastián.

#### CO6.05

Etravirina en pacientes VIH coinfectados con VHC y/o VHB.  
P. Arazo. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

#### CO6.06

Experiencia clínica con antirretrovirales de última generación en pacientes con infección VIH multitratados y en fracaso virológico. Valoración a 96 semanas.  
P. Rodríguez Fortúnez. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.

### 19:00-20:00 – Sala Xacobeo

**Sesión de Comunicaciones Orales (CO4).**  
**Cooperación Internacional.**

#### Moderador:

David Dalmau. Hospital Mutua de Terrassa, Barcelona.

#### CO4.01

Impacto de un programa de asistencia integral a mujeres embarazadas seropositivas y prevención de la transmisión vertical del VIH en la Provincia Central de Kenia.  
V. Torres. Asociación Vihda. Kenya.

#### CO4.02

Unidad Móvil Multifuncional – Acceso a la salud en áreas remotas y aisladas: una intervención desde el enfoque de Derecho a la Salud en Kunene, Namibia.  
E. Senso. MEDICOS DEL MUNDO – Proyecto de Kunene. Namibia.

#### CO4.03

Adherencia a la terapia antiretroviral en Anantapur (ANDRAH PRADESH, India).  
A. Martínez Pérez. Unidad de Medicina Tropical y Salud Internacional drassanes (Barcelona).

#### CO4.04

Trabajando en la mejora de la calidad de vida de las mujeres y niños y niñas con VIH O afectadas por el VIH. El trabajo de SWAA-E (Etiopía).  
F. Carrión. Abay (Nilo Azul) para el Desarrollo de Etiopía.

#### CO4.05

Sistemas franquiciados de salud: respondiendo al VIH/SIDA?  
E. Celades. LSTM: Liverpool School of Tropical Medicine.

## Viernes, 18 de Junio de 2010

### 09:00-10:00 – Sala Carlos V,

**Mesa Redonda 5 (MR5).**

**Avanzando en la reducción del estigma y la discriminación: una respuesta multisectorial.**

#### Moderadores:

Carmen Navarro. Ministerio de Igualdad. Madrid  
María José Fuster. SEISIDA.

#### Ponentes:

"Adelantándonos al estigma y la discriminación desde el Plan Nacional contra el Sida."  
Amaia Vitoria. Plan Nacional contra el Sida. Madrid.

"Adelantándonos al estigma y la discriminación en el ámbito laboral."  
Raquel Sebastián. UGT. Madrid

"La sociedad civil siempre por delante. Buenas prácticas en la reducción del estigma y la discriminación."  
Udiarraga García. CESIDA.

### 09:00-10:00 – Sala Columnas

**Mesa Redonda 6 (MR6). Técnicas diagnósticas rápidas.**

#### Moderadores:

Antonio Aguilera. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela  
Rogelio Lema. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.

#### Ponentes:

"Los test rápidos del VIH en farmacias."  
Arantxa Arillaga. Plan del Sida. Osakidetza. San Sebastián.

"Habilidades de Comunicación con los clientes para el test rápido del VIH."  
Kati Zaragoza. Trabajadora Social. Barcelona.



"Diagnóstico precoz del VIH desde el partenariado con el movimiento asociativo."  
Carmen Zamora. Consejería de Salud de Andalucía. Sevilla.

### 09:00-10:00 – Sala Xacobeo

#### Sesión Especial 3 (SE3):

"Envejecer, padecer múltiples problemas de salud, y tengo una pregunta para usted".

#### Moderador:

Rafael Ojea. Complejo Hospitalario de Pontevedra.

#### Ponente:

Manuel Camba. Hospital POVISA. Vigo.

### 10:00-11:00 – Sala Carlos V

Mesa Redonda 7 (MR7). Simposio FIPSE: Claves para la intervención precoz.

#### Moderadores:

Luis Guerra. FIPSE.

Daniel Zulaica. SEISIDA.

#### Ponentes:

"Intervenciones con adolescentes vulnerables y el papel de las instituciones."

Mercedes Ruiz García. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Oviedo.

"Hombres jóvenes que tienen sexo con hombres: vulnerabilidad y necesidades de prevención del VIH/ITS"

Percy Fernández Dávila. Stopsida. Barcelona.

"Investigación comunitaria para el diagnóstico temprano."

Luis de la Fuente. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

### 10:00-11:00 – Sala Columnas

Mesa Redonda 8 (MR8). ¿Cómo podemos frenar la transmisión del VIH?

#### Moderadores:

Mar Martín. Concejalía de Igualdad y Bienestar Social del Concello de Santiago de Compostela.

Tomás Hernández. Plan Nacional sobre el Sida. Madrid.

#### Ponentes:

"Las grandes líneas de la prevención en España."

Olivia Castillo. Plan Nacional sobre el Sida. Madrid

"Prevención de la infección por VIH en el ámbito de los usuarios de drogas."

Pilar Bermejo. Unidad Municipal de Atención a Drogodependientes. Concello de Santiago de Compostela.

"Estrategias de prevención en hombres que tienen sexo con hombres."

Marco Imbert. Asociación T4. Bilbao.

### 10:00-11:00 – Sala Xacobeo

#### Sesión Especial 4 (SE4):

"Vivo con hepatitis C y VIH y tengo una pregunta para usted".

#### Moderador:

Raúl Rodríguez. Complejo Hospitalario de Ourense.

#### Ponente:

Angeles Castro. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

### 11:30-13:00 – Sala Monumental

#### Simposio Temático (ST2):

"Sencillez y tolerabilidad: las claves del éxito a largo plazo".

#### Moderadores:

Piedad Arazo. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Elena Losada. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela.

#### Ponentes:

"Beneficios de las combinaciones a dosis fijas en la medicina moderna".

Santiago Moreno. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

"Tolerabilidad: ¿ha llegado la hora de ser proactivos?"

Eugenia Negro. Hospital Germáns Trias i Pujol, Badalona.

"La presencia de comorbilidades y su impacto en el tratamiento antirretrovírico a largo plazo".

Antonio Antela. Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela.

### 13:00-14:00 – Sala Monumental

#### Sesión de Clausura.

#### Clausura y Entrega de Premios.





# Sesiones Plenarias



**SESIÓN PLENARIA SP1.1**

Situación clínico-inmunológica en el momento del diagnóstico de infección por VIH en España

**Julia del Amo.**

Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

España ha tenido una de las epidemias de VIH más severas de Europa occidental. A junio del 2009 el Sistema de Información sobre nuevos diagnósticos de VIH Autónomicos (SINVIH) estimaba que la incidencia de nuevos diagnósticos era de 82 por millón de habitantes. Los estudios de cohortes complementan la información epidemiológica de base poblacional al permitir caracterizar con más detalle la situación clínica e inmunológica de las personas en el momento del diagnóstico de infección por VIH. Existen varios estudios de cohortes clínicas en España pero esta comunicación va a utilizar como fuente principal los de la Cohorte de la Red de Investigación del SIDA (CoRIS), que recluta sujetos VIH-positivos naïve al tratamiento antirretroviral de 32 centros de 13 CCAA. A Octubre del 2009, CoRIS tenía información de 5516 sujetos, la mayoría nuevos diagnósticos de infección, de los que un 21% son mujeres y la mediana de edad era de 33 años. Un 46% de las infecciones se han producido en Hombre que tienen sexo con Hombres (HSH), un 35% en Heterosexuales y un 15% en Inyectores Drogas Vía Parenteral. A la entrada a la cohorte, un 72% de los sujetos se encontraba en estadio A, 11% en B y un 14% en C. Se dispone de información de CD4 y carga viral (CV) basal del 98% de las personas; un 29% tenían CD4 inferiores a 200 células y un 48% superiores a 350, un 25% tenían CV menores de 4 logs y un 29% superiores a 5 logs. Un 17% de las personas está co-infectada por el virus de la hepatitis C y un 5% es antígeno Australia positivo. La enfermedad definitiva de SIDA más frecuente es la tuberculosis seguida de la Pneumonía por pneumocistis jirovecii. En conclusión, una elevada proporción de personas tiene una situación clínico-inmunológica deteriorada en el momento del diagnóstico de la infección por VIH siendo precisas estrategias para promover el diagnóstico precoz.

**SESIÓN PLENARIA SP1.2**

Consecuencias clínicas del diagnóstico tardío y estrategia de "Opt-out" como alternativa para reducir el diagnóstico tardío en España.

**Santiago Moreno**

Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

El pronóstico de la infección por VIH ha mejorado de modo extraordinario gracias a la introducción de fármacos de elevada eficacia y buena tolerancia. Se ha llegado a demostrar que las personas diagnosticadas de infección por VIH que inician tratamiento en un momento adecuado y que tienen una recuperación inmunológica adecuada pueden tener una supervivencia similar a la de la población no infectada por VIH.

A pesar de los evidentes motivos para el optimismo, quedan pendientes algunos aspectos de la lucha contra la infección por VIH, incluidos los países occidentales con buenos recur-

sos económicos. Uno de estos aspectos es el retraso diagnóstico de muchas de las personas infectadas. Cualquiera que sea la definición que se utilice para definir "retraso diagnóstico" o "presentación tardía" diversos estudios en Europa han mostrado que un mínimo de un cuarto y hasta más de la mitad de los pacientes se diagnostican tarde.

La definición de diagnóstico tardío ha sido motivo de discusión y solo recientemente se ha consensuado para la Unión Europea. Se ha considerado que la definición debería implicar una diferencia en las decisiones clínicas y estar asociada con consecuencias para el paciente y/o la sociedad. En base a múltiples estudios recientes, se ha estimado que se debe considerar presentadores tardíos aquellos pacientes diagnosticados de infección por VIH cuya cifra de CD4 es inferior a 350 células/mm<sup>3</sup> o que tienen manifestaciones clínicas relacionadas con la infección por VIH. Con esta definición, estimaciones en la cohorte de adultos seropositivos de la Red de Investigación en SIDA (CoRIS) sitúan la cifra de diagnósticos tardíos en el 48% de todos los nuevos diagnosticados de infección por VIH en España.

La cuestión del diagnóstico tardío no es menor, ya que se asocia con importantes consecuencias para el paciente individual y para la sociedad. Para el paciente, la presentación tardía se asocia claramente con una mayor progresión a SIDA y una mayor mortalidad, tanto relacionada como no relacionada con el VIH. La toxicidad de la medicación antirretroviral es mayor cuanto menor es el recuento de CD4 y la recuperación inmunológica no llega a niveles normales en pacientes más inmunosuprimidos. Además, el retraso diagnóstico de la infección por VIH lleva asociado un mayor riesgo de transmisión del VIH de modo inadvertido, y supone la mayor parte de las transmisiones recientes.

La manera de evitar el retraso diagnóstico y la presentación tardía de la infección por VIH no está clara. Se han intentado identificar factores que predicen quien tiene más probabilidad de diagnosticarse tardíamente. De modo consistente, el sexo masculino, los inmigrantes, la transmisión heterosexual y la mayor edad se han asociado con diagnóstico tardío. En sí, estos datos únicamente indican las personas en que menos frecuentemente se piensa para pensar en el diagnóstico de infección por VIH.

De cara a adelantar el diagnóstico se ha propuesto aumentar el número de pruebas que se realizan. No está clara cuál es la mejor estrategia. De un lado, se ha sugerido que aumentar la sospecha en personas que se presenten con síntomas más frecuentes entre las personas infectadas por VIH podría conducir, de modo sensato y fácil, a aumentar los diagnósticos. Es probable, sin embargo, que, aún cuando se lograra la mayor recomendación del test, no contribuyera a eliminar netamente los diagnósticos tardíos (se solicitaría la prueba a personas sintomáticas). La otra propuesta consiste en realizar de modo indiscriminado la prueba a todos los usuarios de la sanidad que vivieran en zonas con una cierta prevalencia de la infección, que de este modo sería coste-eficiente. Diferentes países en el mundo han adoptado una u otra postura, y en el futuro podrá compararse las ventajas de cada método.

El diagnóstico tardío supone, por tanto, una asignatura pendiente en la lucha contra la infección por VIH en todo el mundo. No podemos permitirnos que exista un número de personas que no se beneficien de modo óptimo de los recursos disponibles. El acabar con esta deficiencia implica la participación y las decisiones no solo del personal sanitario implicado sino, especialmente en este caso, de la Administración.



# Mesas Redondas



**MESA REDONDA MR1.1****Patología ósea en pacientes infectados por VIH****Vicente Estrada**

Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Se conoce desde hace años que las alteraciones del metabolismo óseo son más frecuentes en pacientes con infección VIH que en población general. Esto es motivo de mucha preocupación por el hecho de que la supervivencia de los pacientes con infección VIH se ha prolongado de manera significativa y que la edad es un factor determinante de la aparición de osteoporosis (OP). Existen aún muchas incógnitas sobre la importancia de la reducción moderada de la densidad mineral ósea (DMO) u osteopenia, que puede afectar alrededor del 40% de los pacientes con infección VIH. Según los datos epidemiológicos actuales, se detecta OP en aproximadamente el 12% de los pacientes con infección VIH que presentan una edad media de 45 años, frente a un 5% de la población de la misma edad sin infección VIH. Existe en la actualidad aún poca información sobre la progresión de la DMO, pero datos preliminares permiten afirmar que una proporción significativa de pacientes en buena situación clínica y con adecuado control virológico presenta progresivo empeoramiento de la DMO con el paso del tiempo. Esto significa que conforme los pacientes vayan envejeciendo, la proporción que presente reducción significativa de la DMO y por tanto, riesgo de fracturas, irá aumentando en los próximos años. Se han publicado datos sobre el riesgo de fracturas en pacientes VIH en comparación con la población general en igualdad de factores de riesgo y estos apuntan a que el riesgo de fracturas está aumentado de manera significativa. Este hecho posee graves consecuencias no sólo por la morbi-mortalidad relacionada directamente con las fracturas óseas OP sino por las graves consecuencias sociales y económicas que puede significar en el futuro.

La causa del aumento del riesgo de OP en pacientes con infección VIH es multifactorial. Entre los factores que deben tenerse en cuenta están lo que se han descrito clásicamente en población general, como la edad, el bajo peso corporal, la menopausia en la mujer, el tabaquismo, la historia familiar de fracturas por OP, la escasa ingesta de calcio, la insuficiencia renal, el uso prolongado de esteroides y otras. En pacientes con infección VIH se ha relacionado además con el hecho de haber padecido sida previamente, con una cifra nadir de CD4 más baja, la coinfección por VHC y la diabetes. Es muy frecuente el déficit de vitamina D3 en los pacientes con infección VIH. El mecanismo patogénico involucrado es un exceso de remodelado óseo (turnover), asociado a una menor actividad formadora de hueso por parte de los osteoblastos y a un exceso de actividad de los osteoclastos. No se ha determinado el papel definitivo que pueden jugar los fármacos antirretrovirales (ARV) en la patogenia de la OP. Los estudios de interrupción del tratamiento han mostrado que los pacientes que lo suspenden pierden menos DMO que los pacientes que continúan recibiendo. Esto, desde luego, no es suficiente como para compensar los efectos negativos de la interrupción del TAR. El efecto de los ARV más conocido es el provocado con tenofovir, probablemente a través de un mecanismo de toxicidad tubular renal que conduce a pérdida renal de fosfato y a hiperparatiroidismo secundario. No existen suficientes datos en la actualidad como para involucrar a los inhibidores de la proteasa o a los NNRTI en la patogénesis de la OP.

Las recomendaciones actuales aconsejan vigilar la DMO en pacientes mayores de 50 años, especialmente en aquellos que presenten factores de riesgo para OP. La prueba indicada para el diagnóstico de OP es la densitometría ósea mediante DXA. No se disponen de datos concluyentes en la actualidad sobre la indicación de tratamiento de la OP en pacientes VIH. Existen estudios a corto plazo con alendronato y zolendronato que han mostrado un aumento de la DMO, con escasa toxicidad. Aún no se sabe cuál es el papel de estos fármacos en el tratamiento a largo plazo. Es necesario vigilar en todos los casos la existencia de factores de riesgo modificables, como el déficit de vitamina D, el tabaquismo, la escasa actividad física, e intentar corregirlos en todos los casos.

**MESA REDONDA MR1.2****Monitorización del riesgo cardiovascular en la infección por VIH****Jesús Santos González**

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

En los pacientes con infección por el VIH se ha observado una mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) que en la población general y algunas de las alteraciones metabólicas asociadas al tratamiento antirretroviral (TAR), fundamentalmente la obesidad abdominal, hipertrigliceridemia, bajos niveles de colesterol HDL y resistencia insulínica, recuerdan al síndrome metabólico, cuya prevalencia también es elevada en la población VIH. Además, la propia infección por el VIH puede tener efectos adversos sobre el metabolismo lipídico y el tejido endotelial. La arteriosclerosis se reconoce hoy día como una enfermedad principalmente inflamatoria de tal forma que los factores proinflamatorios participan en todos los estadios de la formación de la placa aterosclerótica, desde la lesión precoz hasta los eventos finales que culminan en las complicaciones trombóticas agudas. Por tanto, no es de extrañar que la infección por el VIH pueda ser un factor de riesgo per sé para el daño endotelial. Diversos estudios han puesto de manifiesto que el VIH puede activar el endotelio bien directamente o a través de una cascada inflamatoria mediada por leucocitos. Así mismo, recientemente se ha comunicado un incremento del RCV en pacientes con interrupción estructurada del TAR atribuible a un aumento de factores proinflamatorios y de activación endotelial proporcional al aumento de la carga viral del VIH. Otra cuestión es si el TAR aumenta o reduce el daño endotelial. Por un lado, al reducir la replicación viral, cabría esperar una disminución de la inflamación endotelial. Sin embargo, al asociarse a alteraciones metabólicas proinflamatorias como son los trastornos del perfil lipídico e hidrocarbónico, paradójicamente podría promover la arteriosclerosis. La dislipemia es, sin duda, la alteración metabólica que con mayor frecuencia se asocia al TAR. Aunque clásicamente se ha implicado principalmente al grupo de los inhibidores de la proteasa, no todos ellos tienen el mismo perfil lipídico y se ha demostrado que otros grupos de antirretrovirales, concretamente los análogos de timidina también inducen dislipemia. Las alteraciones del metabolismo de la glucosa siguen en frecuencia a la dislipemia dentro de los trastornos metabólicos asociados al TAR, siendo el indinavir (IDV) y el RTV a dosis plenas así como los análogos de timidina los antirretrovirales que más se han relacionado con la aparición de resistencia insulínica. La trascendencia clínica de todo ello no es sólo el incremento en el RCV de los pacientes con infección por el VIH sino también la aparición de arterioesclerosis precoz



y un aumento en la incidencia de eventos coronarios en estos sujetos. ¿Cómo monitorizar el riesgo de los pacientes? Técnicas como un bajo índice tobillo brazo es un indicador de la aterosclerosis y tiene el potencial para mejorar la predicción del riesgo. El grosor de la íntima carotídea medido por ecografía, el score del calcio coronario, la ergometría o técnicas para medir la disfunción endotelial como la velocidad de onda de pulso o el flujo de la dilatación arterial son métodos que se correlacionan bien con arterioesclerosis subclínica aunque difíciles de aplicar en la clínica diaria. Identificar a los sujetos con mayor riesgo utilizando alguna de las ecuaciones de riesgo (Fragminhan, Score...) o simplemente evaluar los FRCV permitirá implementar medidas sobre los factores modificables. El consejo continuado de buenos hábitos higiénicos dietéticos, el control de la tensión arterial y el tratamiento de las alteraciones metabólicas serían los pilares para el manejo y control del RCV.

### MESA REDONDA MR1.3

Monitorización y manejo de la patología tumoral en la infección por VIH

#### Enric Pedrol Clotet

Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

La historia natural de la infección por el VIH, el espectro de enfermedades asociadas, las complicaciones evolutivas y la esperanza y calidad de vida han cambiado tras la generalización del tratamiento antirretroviral de gran eficacia (TARGA) (Palella FJ et al. *N Engl J Med* 1998; 338: 853-60). Concomitantemente, se ha asistido a un incremento progresivo de otros tipos de patologías, entre ellas, cabe destacar a las neoplasias. Esto es así, entre otras cosas, por la mayor longevidad que alcanzan actualmente estos pacientes que hace que cada vez sea mayor la aparición en los mismos de patologías comunes entre la población general como lo son las neoplasias. Así, una de las causas actuales más frecuentes de muerte entre los pacientes VIH+ en nuestro país es el cáncer (Novoa AM et al. *Curr HIV Res* 2008; 6: 77-81).

En la era del TARGA las neoplasias definitivas de SIDA (Sarcoma de Kaposi o Linfoma no Hodgkin por ejemplo) han experimentado un descenso sustancial y, en cambio, las neoplasias no definitivas de SIDA (NNDS) han presentado un aumento notable incluso entre pacientes con una buena situación inmunológica. Estudios recientes han mostrado un riesgo hasta 2-3 veces superior de padecer este tipo de cánceres entre la población VIH que entre la población general (Bonnet F et al. *Curr Opin Oncol* 2008; 20: 534-4. Cinti SK et al. *AIDS Read* 2008; 18: 18-20 y 26-32). Así, los linfomas de Hodgkin, las leucemias, los melanomas, las neoplasias de cabeza y cuello, las vaginales, las salivares, las pulmonares, las conjuntivales, las renales, las hepáticas, las prostáticas, las colo-rectales, los tumores germinales testiculares y el cáncer anal han mostrado un aumento de su incidencia (Silverberg MJ et al. *Curr Opin HIV AIDS* 2009; 4: 42-51. Mitsuyasu RT. *Top HIV Med* 2008; 16: 117-21. Patel P et al. *Ann Intern Med* 2008; 148: 728-36; Engels EA et al. *Int J Cancer* 2008; 123: 187-94. Long JL et al. *AIDS* 2008; 22: 489-96. Barbaro G et al. *Oncol Rep* 2007; 17: 1121-6. Galcerán J et al. *Eur J Cancer* 2007; 43: 1085-91. Hessol NA et al. *Am J Epidemiol* 2007; 165: 1143-53. Berry M et al. *CROI* 2009. P: 867; Zoufaly A et al. *CROI* 2009. P: 868. Bhatia K et al. *CROI* 2009. P: 860b. Silverberg MJ et al. *AIDS* 2007; 21: 1957-63).

Un estudio norteamericano muy ilustrativo (Crum-Cianflone N et al. *AIDS* 2009; 23: 41-50) ha mostrado que un 10% de los paciente VIH+ desarrollan cáncer y mientras la incidencia de neoplasias definitivas de SIDA ha ido progresivamente disminuyendo las NNDS han ido aumentando de forma progresiva con el paso de los años llegando a constituir el 71% de los cánceres de la época TARGA. Concluyen que el TARGA tiene un efecto protector sobre las neoplasias asociadas al SIDA pero parece no tener un impacto significativo sobre las NNDS.

Se han identificado como factores de riesgo para la presentación de NNDS unos linfocitos CD4 < 200/mm<sup>3</sup>, la edad, la raza blanca, tabaquismo, exposición prolongada a los antirretrovirales, una hepatitis B activa, una historia previa de infecciones oportunistas y el tiempo de evolución de la infección por el VIH (Monforte A et al. *AIDS* 2008; 22: 2143-53; Crum-Cianflone N et al. *AIDS* 2009; 23: 41-50; Bedimo R. *Curr HIV/AIDS Rep* 2008; 5: 140-9. Reekie J et al. *CROI* 2009. P: 860a; Hessol NA et al. *Am J Epidemiol* 2007; 165: 1143-53).

A continuación, se exponen de forma sucinta las medidas concretas en relación a la monitorización y manejo de algunas de las neoplasias más frecuentes en estos pacientes.

**Sarcoma de Kaposi:** Es el cáncer que se asocia más frecuentemente al VIH y hay una relación directa entre el desarrollo del mismo y la infección por el virus herpes humano tipo 8 (VHH-8) y la inmunodepresión severa provocada por el VIH (Ramirez G et al. *Med clin* 2009; 133: 729-735; Engels EA et al. *AIDS* 2003; 17: 1847-51). Tras la universalización del TARGA la incidencia de este cáncer se ha visto drásticamente reducida (EuroSIDA: 24,7 por 1000 personas y año en 1994 a la actual de 1,7). Por tanto, el uso de TARGA protegerá de su aparición al mejorar el estado inmunológico. Por otro lado, la determinación de la carga viral plasmática del VHH-8 (PCR) se está estudiando si podría servir como marcador de la aparición del tumor y como monitorización de su evolución (con la enfermedad de Castleman ya se acepta este supuesto). Un estudio comunicado recientemente (Mosam et al. 17th CROI; 2010: abstrac H-32), randomizó un grupo de pacientes naïve y con sarcoma de Kaposi (la mayoría en estadios avanzados) a recibir TARGA o bien TARGA + poliquimioterapia (bleomicina + doxorubicina + vincristina); los resultados demostraron que en el grupo de tratamiento combinado se tardaba menos tiempo hasta alcanzar respuesta pero no habían diferencias en cuanto a supervivencia, recuperación de los linfocitos CD4 y control virológico. En animales de laboratorio, el uso de inhibidores de la proteasa para el tratamiento de este tumor ha demostrado tener un efecto antitumoral (*Nature Med* 2002; 8: 225).

**Linfoma no Hodgkin (LNH):** Al igual que el anterior ha visto reducida su incidencia hasta casi la mitad de la era pre-TARGA a la TARGA. Su aparición se relaciona con el grado de inmunosupresión (el TARGA también prevendrá su aparición), el poder oncogénico del virus de Epstein-Barr y del propio VIH. El pronóstico de este tumor ha mejorado mucho en los últimos años de tal manera que, en la actualidad, se relaciona más con las características del propio tumor que con el asociado al VIH (aunque la falta de control virológico y el grado de inmunosupresión se relacionan claramente con el pronóstico de la enfermedad) (Santos J. *Med Clin* 2009; 133: 750-1).

**Linfoma de Hodgkin (LH):** Su incidencia se ha mantenido constante en los últimos años si bien su pronóstico ha mejorado en los últimos años como en el caso de los LNH.

**Cáncer de cérvix uterino:** Se relaciona con un recuento de linfocitos CD4 bajos y con la presencia del virus del papiloma humano. El counseling es muy importante, al mismo nivel que la citología cérvico-vaginal (Papanicolau) acompañada de colposcopia y una inspección vul-



vovaginal minuciosa como screening. Se ha demostrado que el screening es una medida costo-efectiva (Jordan J et al. *Cytopathology* 2009; 20: 5-16). La citología debería ser rutinaria en aquellas mujeres con linfocitos CD4 < 500 el/mm<sup>3</sup>, ya que se ha demostrado que por encima de esta cifra el riesgo es el mismo que entre la población general (Zorrilla CD. *Top HIV Med* 2007; 15: 1-5). Es recomendable realizar una citología inicial y repetirse a los 6 meses y, si es negativa, anualmente a partir de entonces (Goldie SJ et al. *Ann Intern Med* 1999; 130: 97-107). Recientemente, se ha puesto de relieve la importancia de este screening mediante la determinación del virus del papiloma humano y la vacunación frente al mismo en edades tempranas para evitar, entre otros, el desarrollo de este tumor (Krishman A et al. *Womens Health* 2008; 4: 357-68; Grangé G et al. *Int J Gynaecol Obstet* 2008; 102: 28-33; Franceschi S et al. *Clin Infect Dis* 2007; 45: 510-3).

Hepatocarcinoma: Su aparición se asocia al abuso de alcohol, a la toma de drogas y a la coinfección por VHC/VHB (Silverberg et al. 17th CROI; 2010: abstrac H-28). La determinación rutinaria del VHC y VHB (y la vacunación si es negativa en el caso del VHB) y el tratamiento de la hepatitis asociada a estos virus es la mejor prevención de la aparición de este cáncer. La realización de pruebas de imagen (básicamente ecografía) cada 6 (< 200 cel/mm<sup>3</sup>) o 12 meses (> 200 cel/mm<sup>3</sup>) y de marcadores tumorales (α-fetoproteína y CEA) también está indicada para realizar un diagnóstico precoz del tumor.

Cáncer anal: Los pacientes homosexuales tienen 35 veces más riesgo de padecerlo que la población general y en los que además son VIH+ este riesgo debe multiplicarse de 2 a 5 veces. Su aparición no tiene relación con la cifra de linfocitos CD4 del paciente, por lo que el TARGA no ha influido en su incidencia (Piketty C et al. *Curr HIV/AIDS Rep* 2005; 2: 140-5). Debemos realizar una citología anal como screening. Se ha demostrado que es una medida costo-efectiva (D'Souza G et al. *J Gen Intern Med* 2008; 23: 1452-7; Scott H et al. *Sex Transm Dis* 2008; 35: 197-202).

Aunque todavía faltan datos sobre el manejo óptimo de estas neoplasias, los estudios actuales sugieren que el tratamiento a aplicar es el mismo que el de la población general (Lim ST et al. *Curr HIV/AIDS Rep* 2005; 2: 146-53).

### MESA REDONDA MR.2.1

La situación del manejo de la lipodistrofia en España".

#### Tomás Hernández Fernández

Secretario del Plan Nacional sobre el Sida. Madrid

Las administraciones públicas son conscientes del grave impacto que la lipodistrofia tiene en la calidad de vida de las personas con VIH y por ende en la respuesta que como sociedad organizada damos a la epidemia del VIH en nuestro país. Por este motivo, el sistema sanitario público tiene un claro compromiso tanto con la prevención de efectos adversos de este tipo como con la reparación de los casos en los que la lipoatrofia facial ya se ha instaurado. El síndrome de lipodistrofia se caracteriza por la presencia, en ocasiones combinada, de lipoatrofia (pérdida de grasa en la cara, glúteos y extremidades), que es muy característica de los pacientes con infección por VIH y en tratamiento antirretroviral, y de lipohipertrofia (acumulación de grasa perivisceral y subcutánea en el abdomen, en la zona cervical y dor-

sal y en tronco y mamas), que en contraste con la lipoatrofia no se asocia con el uso particular de determinados fármacos o clases de fármacos. Los estudios disponibles indican que la incidencia de estas alteraciones en pacientes que comienzan tratamiento antirretroviral aumenta progresivamente con el tiempo. Durante los primeros años del tratamiento antirretroviral la estimación de lipodistrofia moderada o grave en estos pacientes al cabo de 2 años era considerablemente alta. Aunque en la actualidad son menos frecuentes, aún no se conoce con exactitud cuál es la incidencia de aparición asociada al uso de los fármacos antirretrovirales más recientes.

Podemos dividir en tres líneas de actuación las actividades desarrolladas por parte de las administraciones sanitarias en relación a la lipodistrofia:

- La prevención de nuevos casos.

Todos los profesionales que atienden a pacientes con infección por VIH en las unidades hospitalarias de nuestro país son conscientes de este problema y buscan combinaciones de fármacos que retrasen o reduzcan la aparición de la lipodistrofia. El sistema sanitario público financia los mejores tratamientos disponibles en la actualidad para garantizar la equidad en el acceso a este tipo de fármacos y disminuir la aparición de efectos adversos en el mayor número de pacientes posible.

- El diagnóstico.

El diagnóstico de la lipodistrofia es complejo, por ello en la práctica clínica diaria se hace necesaria la valoración periódica de la grasa corporal con la realización de una autoevaluación por parte del paciente, encuestas validadas, uso de fotografías o la aplicación de métodos diagnósticos por imagen más complejos cuando son necesarios. La comunicación fluida del paciente con infección por VIH y su médico/a es fundamental para diagnosticar precozmente la aparición de la lipodistrofia. Una vez diagnosticada, los profesionales buscarán las combinaciones de fármacos más adecuadas a la situación inmunoviológica del paciente y propondrán las técnicas necesarias para mejorar el aspecto físico del paciente.

- El tratamiento reparador

Aunque ya en varias comunidades autónomas se venía ofreciendo tratamiento reparador de la lipoatrofia facial, el 16 de marzo se publicó el Real Decreto 207/2010, de 26 de febrero, por el que se establecen las condiciones del uso tutelado de técnicas, tecnologías y procedimientos sanitarios. Gracias a este Real Decreto el tratamiento reparador de la lipoatrofia puede iniciarse como un uso tutelado en todas las Comunidades Autónomas (aquellas que no dispongan de un centro de referencia deberán hacerse cargo del traslado de los pacientes a otras Comunidades Autónomas), permitiendo el acceso de numerosos pacientes a esta prestación sanitaria a cargo del Sistema Nacional de Salud (SNS). Además, el uso tutelado implica una evaluación rigurosa de los resultados obtenidos con las distintas técnicas quirúrgicas empleadas en los diferentes centros hospitalarios del país que las realizan. Por este motivo, si tras los 3 años de su aplicación la evaluación es favorable, el SNS estará en disposición de introducir las técnicas más eficaces para el tratamiento reparador de la lipoatrofia facial en su cartera de servicios.



**MESA REDONDA MR2.3**

El impacto de la lipodistrofia en el bienestar de las personas con VIH

**María José Fuster Ruiz de Apodaca**  
SEISIDA

El síndrome de lipodistrofia hace referencia a una serie de cambios en la redistribución de las grasas corporales, bien en la constitución corporal, bien en los lípidos sanguíneos. La redistribución de la grasa incluye acumulación de grasa en las vísceras, mamas, abdomen y la nuca y la pérdida de grasa en la cara, las extremidades y los glúteos (Carr, Samaras, Chischolm y Cooper, 1998).

Además de las complicaciones de salud derivadas del síndrome en sí, existen implicaciones importantes en áreas relevantes de las vidas de las personas con VIH. Por un lado, el impacto de los cambios físicos puede conducir al rechazo del tratamiento antirretroviral y a dificultades en la adherencia, incrementándose la aparición de resistencias (Duran, Savès, Spire, y cols, 2001). Por otro lado, la lipodistrofia tiene implicaciones emocionales que se añaden a las derivadas del hecho de estar infectado en sí. El deterioro en la imagen corporal trae como consecuencia, importantes trastornos psicológicos, tales como insatisfacción con la imagen corporal, problemas en las relaciones sexuales, disminución de la autoestima, ansiedad y depresión (Collins, Wagner y Walmsley, 2000). Todos estos trastornos pueden perjudicar notablemente la calidad de vida de las personas con VIH.

Asimismo, la lipodistrofia, puede acarrear importantes implicaciones sociales, entre ellas el incremento de la exposición a situaciones de estigma. La lipodistrofia, y en especial, la lipoatrofia, se convierte en una marca visible, marca que es percibida como "la nueva cara del sida" o el "sarcoma de Kaposi del siglo XXI" (Power, Tate, McGill, y Taylor, 2003).

Es por todo ello, que la Coordinadora Estatal de Sida ha llevado a cabo una investigación para analizar las relaciones que la percepción del síndrome de lipodistrofia tiene en diferentes áreas de la vida de las personas con VIH, tales como la adherencia al tratamiento, la exposición a situaciones de estigma y el bienestar psicológico. Para ello, se administró un cuestionario a 728 personas con VIH residentes en la geografía española.

Los resultados de esta investigación, que se expondrán en la ponencia muestran, que la salud psicológica de las personas con VIH es peor que la del resto de la población y que la discriminación y la auto-exclusión son una realidad en sus vidas.

Asimismo se ha hallado que, por un lado, a mayor es la percepción de lipodistrofia en sus distintas manifestaciones, peor es la salud psicológica y el bienestar subjetivo de las personas entrevistadas, y por otro, existen relaciones positivas entre la percepción, tanto de lipoatrofia, como de lipoacumulación, con la discriminación percibida y las conductas de evitación de las personas con VIH.

Profundizando en el entramado de relaciones que se producen entre la lipodistrofia, el estigma y el bienestar psicológico, el estudio muestra que la lipodistrofia aumenta la exposición a situaciones de discriminación y de conductas de auto-exclusión, lo que conduce a

una mayor expresión de afectividad negativa y en consecuencia a la disminución del bienestar psicológico de las personas con VIH.

**MESA REDONDA MR2.4**

Qué demandan las personas que viven con VIH

**Xavier Franquet**  
GTT y FEAT. Barcelona

Desde la introducción de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), las personas con VIH han desempeñado un papel decisivo en el abordaje del síndrome de lipodistrofia relacionada con esta infección. Lo que empezó siendo una reivindicación del movimiento asociativo del VIH, es ahora un derecho. El acceso a la reparación facial de la lipoatrofia en España es universal y gratuito.

A las administraciones y a los equipos de médicos y cirujanos plásticos se les pide que garanticen dicho acceso en igualdad de condiciones, independientemente del lugar de residencia del paciente, así como la disponibilidad de las distintas técnicas y sustancias contempladas en el uso tutelado, para que pueda elegirse lo más conveniente en cada caso. Estas son aspiraciones legítimas de las personas con VIH que recoge el movimiento asociativo, pero no las únicas. Que prosiga la investigación para reparar la lipoatrofia en otras zonas del cuerpo, como en las nalgas, es también preciso para que muchas personas con VIH puedan, algún día, alcanzar cierta calidad de vida.

Más allá de la pérdida de grasa, el síndrome de lipodistrofia incluye, además, alteraciones metabólicas que se han relacionado con acúmulos adiposos localizados en ciertas partes del cuerpo. El aumento de la grasa visceral en el abdomen o en la zona dorso-cervical, junto con el incremento desproporcionado de los senos, son fuente de seria preocupación para muchas mujeres y hombres con VIH, pues no sólo contribuyen a fomentar el estigma y la discriminación, sino que impiden, en algunos casos, realizar funciones cotidianas. Un estudio hecho en personas con VIH vio que la insatisfacción con la propia imagen puede llevar a depresión e disfunción sexual. Asimismo, este tipo de obesidad se relaciona con un aumento en el riesgo de desarrollar diabetes y de sufrir accidentes cardiovasculares.

Fueron las mismas personas con VIH quienes empezaron a alertar, a finales de la década de 1990, de lo que ocurría con sus cuerpos, y más concretamente con sus vientres. Investigaciones recientes indican que la adiposidad abdominal constituye un problema común y que va en aumento. Entre las mujeres con VIH -las más afectadas- distintos estudios cifran en más de un 50% su prevalencia. Por todo ello, su abordaje, desde la prevención a la reparación, se hace prioritario.



**MESA REDONDA MR3.1**

Evolución de la epidemia de VIH y de otras ITS, ¿qué relación tiene?

**Isabel Pueyo Rodríguez.**

Centro de ITS de Sevilla. Sevilla

Al comienzo de la epidemia del VIH la transmisión en los países desarrollados se debió a los usuarios de drogas intravenosas (UDI), a los hombres que tenían sexo con otros hombres (HSH) y un menor grupo de receptores de transfusiones y hemofílicos.

Una vez identificados los grupos con más riesgo de infectarse, se establecieron medidas preventivas para eliminar o reducir la transmisión, así los bancos de sangre realizan controles exhaustivos, desapareciendo esta vía de contagio, y los programas de reducción de daños dirigidos a los UDI, han supuesto una gran disminución de casos en este grupo, siendo raro encontrarnos en la actualidad con un nuevas infecciones de VIH por compartir material de inyección. Por tanto la forma de adquirir el VIH, en nuestro medio, es la vía sexual, por lo que podemos decir que el VIH es una infección de transmisión sexual más.

La infección por el VIH y otras ITS están conectadas no solo por comportamientos sexuales comunes, sino también por mecanismos biológicos. La presencia de ITS que cursan con úlceras como la sífilis o el herpes genital, aumenta enormemente el riesgo de contraer o transmitir el VIH y lo mismo ocurre con las que se manifiestan con inflamaciones locales como la uretritis o cervicitis en las infecciones por gonococos o clamidias. En los casos de coinfección de VIH y sífilis en periodo primario o secundario, hay estudios que demuestran un aumento considerable de la carga viral y disminución del recuento de CD4, que quedaron restablecidos después del tratamiento a niveles anteriores a la infección.

Por otro lado, el VIH puede modificar la evolución de las demás ITS. En el caso de la sífilis se manifestaría por una clínica más agresiva y en aquellas producidas por virus, como el virus del papiloma humano, la progresión de la infección es más lenta y persistente.

Las estrategias e intervenciones para la prevención y control del VIH son igualmente válidas para el resto de las ITS. Si bien en los primeros años de epidemia, las medidas preventivas adoptadas para evitar la infección por VIH repercutieron en otras ITS como sífilis y gonococia, de las que apreciamos una gran disminución, desde finales del siglo pasado, se esta produciendo un aumento considerable de estas, debido quizás a cambios en los comportamientos sexuales y por agotamiento de los métodos de protección, que han traído como consecuencia un incremento en los últimos años de nuevos casos de VIH.

Para combatir la epidemia del VIH es necesario luchar contra el resto de las ITS. Los Centros de ITS son puntos de entrada cruciales para esto, los usuarios que acuden son asesorados sobre la manera de evitar y reducir el riesgo de infección y se les ofrecen pruebas gratuitas y confidenciales de todas las ITS.

**MESA REDONDA MR3.3**

Evolución epidemiológica y social de la infección por VIH entre los pacientes drogodependientes atendidos durante el período 1984-2009 en la unidad asistencial de drogodependencias ACLAD ALBORADA (VIGO)

**Jesús Cancelo Martínez**

Psicólogo Clínico. Vigo

**1.- Objetivo del estudio.**

Se trata de monitorizar la evolución anual de la problemática y de la relación entre el VIH/SIDA y las drogodependencias. Es preciso conocer la incidencia del VIH tanto en los pacientes que permanecen a tratamiento, en aquellos que lo reinician después de un abandono previo, o de aquellos que lo solicitan por primera vez. También es necesario establecer un mecanismo de vigilancia que pueda dar la voz de alarma en caso de producirse una evolución no esperada o un repunte en la infección.

**2.- Método**

Anualmente, se recoge toda la información posible, mediante la historia clínica, serologías solicitadas, cruce de datos con las unidades de seguimiento hospitalario VIH, notificación de fallecimientos por la familia, prensa, etc., de los pacientes atendidos en la UAD Alborada. De todos los casos detectados se extraen sus variables sociodemográficas, años de tratamiento, causa de la muerte, vía de transmisión, etc.

**3.- Resultados**

Desde 1984 a 2009, sobre un total de 6935 historias clínicas analizadas de pacientes consumidores de heroína y/o cocaína, se han detectado 1203 pacientes VIH/SIDA, lo que supone un 17.3 % de la muestra. De ellos, 944 corresponden a varones (78,5%) y 259 a mujeres (21.5%).

En cuanto a la tasa de mortalidad se constata que han fallecido un total de 321 casos, lo que supone un 26.6% del total de los pacientes VIH/SIDA. De éstos, 266 casos corresponden a varones fallecidos (83%) y 55 a mujeres (17%).

Del conjunto de varones VIH+ fallecieron el 28% frente al 21% de las mujeres. Podemos concluir que en la actualidad sobrevive un 73.5% de los casos VIH+. La prevalencia actual es de 882 casos, la media de edad de los casos detectados es de 38 años, y la edad media de los fallecidos es de 43 años. Los cambios experimentados han sido importantes, así hubo momentos puntuales en que la incidencia llegó al 70%, frente al 6% actual.

Por otra parte, de los 1500 pacientes diferentes que anualmente se vienen tratando en la UAD Alborada, se detecta la seroconversión de entre uno y tres pacientes al año con un programa activo de tratamiento, generalmente de metadona, es decir, entre un 0.06% y 0.2% del volumen asistencial anual.

En estos últimos 10 años la mayor parte de los casos ya eran previamente conocedores de su estado de seroconversión antes de comenzar el tratamiento debido, fundamentalmente, a la universalización de la prueba diagnóstica. Una vez que desde 1996 se pudo registrar la mayor parte de la masa oculta de pacientes desconocedores de su situación de VIH, a partir de ese momento, la forma en que los pacientes VIH+ llegan a Alborada se puede distri-





buir de la forma siguiente: 29 % derivados desde otras UADs para continuar un programa de tratamiento, por ejemplo, ingresar en comunidad terapéutica, 25% derivados desde recursos de emergencia social, un 13% derivados temporalmente en metadona, 13% derivados desde instituciones penitenciarias, 15% detectados en Alborada, y 5% contagiados con un programa activo de tratamiento.

Así como durante los primeros diez años de la pandemia, es decir hasta 1996, la práctica totalidad de contagios entre drogodependientes era debida al uso compartido de material de inyección, en estos últimos años el panorama ha cambiado. Así los contagios recientes se deben en su mayor parte a relaciones sexuales de cualquier tipo: heterosexuales, homosexuales, prostitución, transexualidad, etc.

En cuanto al modo de vida actual, en 2010, de los seropositivos con los que mantenemos contacto podríamos destacar lo siguiente: el 42% vive con sus familias de origen, el 22% vive con familia propia, el 20% vive sólo, el 14% en pareja y un 2% en la calle.

Destaca la seropositividad de las parejas: decir que aquellos que han formado una familia, con hijos, el 33% de sus parejas son VIH+, frente a los que conviven en pareja, sin hijos, donde el 75% son también VIH+.

Respecto a la fuente de ingresos, destacar que el 25% trabajan, frente a un 67% que perciben prestaciones sociales y un 8%, que está en prisión, en la calle, o con actividades delictivas. Los varones perciben más prestaciones sociales, 78%, que las mujeres, 64%.

El programa habitual de tratamiento es para el 60% el de metadona, y por sexos lo es para el 71% de los varones y para 29% de las mujeres.

Referente al consumo de drogas, destacar que el 29% continúan consumiendo drogas ilegales de manera habitual, en general heroína o cocaína, frente a un 71% que permanecen abstinentes. Por sexos, el 32% de los varones consumen frente a un 25% de las mujeres, la mayor parte de ellos incluidos en programas de metadona.

#### 4.- Conclusiones

En general el estudio confirma la tendencia generalmente observada, de que ha existido una disminución extraordinaria de la infección por VIH/Sida entre pacientes usuarios de drogas, hasta el estancamiento y disminución actual del número de seroconversiones anuales.

La cultura de no compartir material de inyección ha sido ampliamente seguida por la mayor parte de los usuarios de drogas. Sin embargo queda mucho por hacer en cuanto a la calidad de vida de nuestros pacientes VIH+. Llama la atención lo complejo que resulta establecer una relación emocional con una pareja no seropositiva, ya que el 75% de los que viven en pareja son también VIH+. Por otra parte, casi la mitad de los pacientes continúan viviendo con su familia de origen, y sólo trabajan el 25% de los pacientes, es decir, que la mayor parte de ellos deben vivir de alguna prestación social, en general muy reducida. Es realmente lamentable que muchos de los pacientes VIH+, que se encuentran con un aceptable estado de salud no desempeñen un puesto de trabajo. La falta de oportunidades laborales, la disminuida percepción de autoeficacia y autoestima, el acomodamiento a una forma de vida centrada en la administración de su prestación social, a la que no es fácil renunciar por un contrato, en general, temporal, y la discriminación social que aún existe, son a grandes rasgos los responsables de esta situación.

En otro sentido, más de la mitad se encuentran incluidos en un programa de metadona, y de forma positiva se observa que el 71% de los que continúan a tratamiento permanecen abstinentes del consumo de sustancias ilegales. Hay que señalar que desconocemos la situación actual de cientos de pacientes, que seguramente se han rehabilitado de su drogodependencia y por tanto no necesitan de nuestros servicios.

Aunque se han hecho progresos en la creación de una cultura preventiva entre los usuarios de drogas, han aparecido otras amenazas derivadas, por ejemplo, de algunas formas de consumo de cocaína, de la situación de emergencia social de algunos pacientes que lo han perdido todo, o de las prácticas sexuales sin protección, tanto de prostitución como de riesgo asumido. Uno de nuestros objetivos, en gran parte conseguido, es evitar, al menos, que cualquier paciente se contagie mientras permanezca activamente a tratamiento. Es por ello que deben mantenerse las políticas activas de prevención, como son, los programas de reducción del daño, los talleres de sexo más seguro, los talleres de consumo de menos riesgo y las escuelas de salud.

#### 5.- Bibliografía:

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Vigilancia epidemiológica. 2008-2009.
- Cancelo, J. et al. (1996-2009). XIV Fase del estudio epidemiológico sobre la infección por VIH en pacientes drogodependientes, y otros factores asociados. Investigación presentada ante la Consellería de Sanidade. (Xunta de Galicia).
- Registro Galego da Sida, Situación Epidemiolóxica (2008). Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.

#### MESA REDONDA MR4.1

Avanzando hacia el bienestar de las personas con VIH: una actualización tras más de 25 años de experiencia

#### Eduardo Remor

Universidad Autónoma de Madrid

¿Cómo vivir bien con el VIH? ¿Cómo hacer frente a la enfermedad desde un punto de vista psicológico? ¿Son compatibles términos como bienestar y sida? Desde que el control de la progresión de la infección por VIH es mayor, a través del acceso a los tratamientos antirretrovirales de alta eficacia, estas preguntas se hacen cada vez más relevantes. En la actualidad podemos entender la experiencia de bienestar y una vida con calidad como compatibles con la infección por VIH y sida. Es cierto que el bienestar y la calidad de vida están determinados en mayor medida por el estado de la salud, el ajuste psicológico y el control de la enfermedad vía el empleo de antirretrovíricos. No obstante, hay otros factores que también son importantes para explicar la variabilidad individual en la experiencia de bienestar y de calidad de vida. Por ejemplo: el apoyo social y afectivo recibido, la aceptación de la enfermedad, la actitud optimista frente a la situación y el control de la enfermedad, la vida con sentido, la capacidad para manejar adecuadamente las situaciones estresantes de la vida – asociadas o no con la enfermedad – y el seguimiento de unos hábitos saludables. De hecho, en la literatura científica actual, estos indicadores o factores personales están recibiendo mucha atención de los investigadores, y permitiendo que se construyan mode-



los predictivos que expliquen más ampliamente el ajuste psicológico y la salud mental y física de las personas con infección por VIH.

Esta tendencia se refleja también en el discurso de las personas con VIH/sida (puesta de relieve por estudios cualitativos), donde se identifica cada vez más el relato de experiencias positivas que hablan de satisfacción con la vida, bienestar y una vida con calidad, algo que, puede sorprender a personas que todavía tienen la imagen del sida como una enfermedad terminal, de contenido moral, invalidante y asociada al sufrimiento. De hecho, una característica que permite diferenciar a las personas que logran experimentar bienestar y satisfacción con la vida es la capacidad para representar la enfermedad como una fuente de crecimiento personal y una oportunidad para profundizar en sus relaciones personales (ligada también a un cambio de valores personales y de las prioridades en la vida), más que una fuente de aislamiento y pérdida.

Eso no significa que ya no haya dificultades u obstáculos en el proceso de afrontamiento de la infección por VIH. De hecho, aún hay muchas personas VIH+ que presentan un desajuste emocional o psicológico (p. ej.: afecto depresivo, estrés y ansiedad) como resultado de la experiencia de enfermedad y que requieren atención psicológica o psiquiátrica. Por lo tanto, aún hay muchas barreras por romper para que el estigma asociado a la infección por VIH y sida no impida a las personas afectadas vivir una vida completamente normalizada y con dignidad. No obstante, lo que se trata en esta comunicación es describir y plantear las evidencias de las que disponemos sobre los factores que pueden actuar como variables de protección de la salud mental y que expliquen la experiencia de bienestar psicológico en las personas con VIH y sida, sin minusvalorar las consecuencias negativas evidentes de la infección por VIH.

#### MESA REDONDA MR4.2

¿Cómo vivir el VIH?: la importancia de una respuesta particular

**Carolina Tarrida**

Associació Catalana de l'Hemofilia. Barcelona

Introducción: el marco de nuestro trabajo

El Servicio de Psicología de la Asociación Catalana de Hemofilia trabaja desde 1993 atendiendo todo tipo de demandas de personas afectadas por algún tipo de coagulopatías y de sus familias.

En los años 80 un gran número de estas personas hemofílicas resultaron infectadas con el virus del VIH y del VHC, por vía de los tratamientos con plasma sanguíneo. Desde entonces, y atravesando distintos periodos, las psicólogas del servicio han venido acompañando a personas afectadas y a sus familiares.

Nuestro trabajo clínico, se desarrolla en varios ámbitos: a nivel de la atención individual o grupal en consulta y también en intervenciones dentro del marco hospitalario en colaboración con el equipo de la Unidad de Hemofilia del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona.

Así como las coagulopatías atraviesan a familias enteras por su forma de transmisión, también la irrupción del VIH afectó a núcleos familiares enteros. Estas circunstancias conllevan que en nuestro servicio, no sólo tratemos a personas con VIH, sino que atendamos también a sus familiares.

Segundo apartado: Sobre la atención psicológica

Se trata de poder escuchar la particularidad de cada una de las personas que se dirigen a nuestro servicio para realizar su demanda.

¿De qué demandas se trata?

¿Demandas que parten de dificultades en los distintos ámbitos de la vida.

¿Demandas que presentan la hemofilia misma o alguno de los virus como foco principal de la consulta.

En cada caso, podemos encontrar la inscripción subjetiva que ha tenido la hemofilia, el VIH o el VHC para la persona. Las personas tenemos de entrada una manera de entender el mundo, lo que llamamos una posición subjetiva, que hace que percibamos las cosas que nos ocurren de una manera absolutamente singular. Desde el momento en que estamos hablando de sujetos, siempre estamos en el campo del uno por uno.

Las palabras con las que cada persona nombra la vivencia proceden de este marco simbólico intranferible. Las palabras no son unívocas, sino que algunas tienen un peso específico para cada uno. Se trata entonces de que la persona pueda desplegar su propia traducción personal de lo que está viviendo. Al hacerlo, el sujeto toma conciencia de los efectos que tiene esa traducción personal, en la manera de vivir.

Tomar estas palabras particulares como material de trabajo, permite que el paciente pueda pensar su malestar como algo que le atañe en lo más íntimo. Son nombres particulares del malestar, que dentro del marco de un tratamiento profesional, permiten elaborar esta posición subjetiva y las posibilidades de manejo que tiene el sujeto para vivir de la mejor manera posible.

¿Cual es la orientación de este trabajo clínico?

Partimos de una posición que no busca el bien del paciente como si éste pudiera estar descrito de entrada, sino que se trata de poder cernir en cada caso cual es la solución particular que cada paciente puede construir anudando sus propios significantes. Esto supone un respeto radical a la subjetividad de cada persona a la que atendemos.

La orientación entonces, sería apuntar a que el paciente pueda decir bien sobre su malestar.

Conclusión:

Esta orientación ética es lo que hace que no haya en nuestro trabajo un "para todos" a la hora de pensar cómo alcanzar un mayor bienestar en la vivencia del VIH.

Será esta respuesta subjetiva, la que permitirá a cada uno acercarse a su manera de tratar de bien estar dentro de sus condiciones de vida.

Los efectos que se derivan de este trabajo vienen de la toma de conciencia de puntos subjetivos que, al ser cuestionados y elaborados, suponen una mejoría en el estado anímico del paciente. Es decir, de los efectos subjetivos se derivan los efectos terapéuticos.

Este trabajo subjetivo, supone dejar caer algo de la posición inicial para, mediante la ganancia de saber que se deriva del tratamiento, poder construir una nueva manera que suponga menor sufrimiento que el que les llevó a consultar.

En definitiva, el trabajo clínico orientado a la construcción de esta respuesta particular, permite ser más consciente de qué posición toma uno ante los avatares de su vida, abordar la parte de responsabilidad subjetiva que le atañe y decidir con mayor libertad sabiendo más sobre sus propias condiciones de respuesta.



**MESA REDONDA MR4.3****Trastornos Neurocognitivos en la Infección por VIH/SIDA****Jose A. Muñoz-Moreno**

Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona

Una de las áreas afectadas en la actualidad por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es el sistema nervioso central (SNC). El VIH afecta al SNC de manera temprana, pudiendo ser detectado en el cerebro ya durante las dos primeras semanas de infección. En consecuencia, esta penetración puede conducir a diferentes problemas neurocognitivos, los cuales incluyen alteraciones motoras, cognitivas y cambios conductuales.

Los trastornos neurocognitivos suelen ser una complicación común en las personas infectadas por el VIH. Diferentes estudios han mostrado que entre un 40% y un 60% de las personas con VIH pueden presentar cambios a este nivel. Además, a pesar de que estos trastornos se muestran de forma más clara en fases avanzadas de la enfermedad, en fases asintomáticas pueden igualmente existir.

Las alteraciones cognitivas pueden aparecer con diferentes grados de severidad, existiendo desde formas sutiles de alteración neurocognitiva, como la alteración neurocognitiva asintomática (Asymptomatic Neurocognitive Impairment, o ANI) o el trastorno neurocognitivo leve (Mild Neurocognitive Disorder, o MND), hasta formas más severas, como la demencia asociada a SIDA (HIV-Associated Dementia, o HAD).

Los trastornos neurocognitivos en el VIH/SIDA han sido relacionados con múltiples factores, la mayoría de ellos implicando consecuencias negativas, y esto se ha observado tanto a nivel de funcionamiento diario y de calidad de vida, como a nivel clínico. Por ejemplo, con respecto al funcionamiento diario se sabe que los déficits cognitivos están asociados a una peor calidad de vida, así como a un peor manejo de las actividades diarias. En ese sentido diferentes áreas han sido estudiadas y, entre algunas otras, se han observado cambios en las habilidades para conducir, para cocinar, o incluso en el manejo económico. No obstante, a nivel clínico también se han encontrado relaciones, como por ejemplo con un peor cumplimiento del tratamiento antirretroviral, o incluso con tasas superiores de casos de muerte en aquellas personas que previamente presentaron empeoramiento neurocognitivo. Esta afectación del SNC se ha vinculado a un mal funcionamiento de estructuras cerebrales subcorticales, produciendo posible pérdida de memoria, enlentecimiento del pensamiento, apatía, inactividad, retraimiento social, trastornos motores y/o dificultad para realizar tareas que requieren de las funciones ejecutivas. Hoy en día se sabe bien que las alteraciones neurocognitivas representan un declive del funcionamiento previo y resultan en una alteración importante del funcionamiento social y ocupacional, y que conforme avanzan, aumentan la dependencia y la necesidad del cuidado de la persona afectada.

La introducción de las terapias antirretrovirales altamente activas (Highly Active Antirretroviral Therapy, o HAART) ha permitido el descenso significativo de la incidencia y severidad de las infecciones oportunistas, así como un aumento del tiempo de supervivencia. Sin embargo, estudios recientes muestran como la prevalencia de alteración neurocognitiva se mantiene estable, a pesar del uso de las terapias anti-VIH. Este beneficio subóptimo del tratamiento antirretroviral a nivel neurológico se ha relacionado con la aparición de nuevos factores de riesgo, tales como la edad, la coinfección con el VHC, o la baja escolarización,

pero además con la baja capacidad de penetrabilidad en el SNC de algunos fármacos antirretrovirales. Resultados recientes indican, de hecho, que el beneficio del HAART podría estar produciendo en simplemente una de cada tres personas afectadas que inician terapia.

Así pues, el uso generalizado del HAART no ha provocado una mejora significativa de la prevalencia de trastornos neurocognitivos asociados al VIH. Y éste ha sido el motivo principal por el que se están estudiando otras estrategias en la actualidad, entre ellas tratamientos concomitantes al uso de la medicación antirretroviral, o intervenciones conductuales como la rehabilitación cognitiva, o como estrategias centradas en la prevención de factores de riesgo.

En resumen, los problemas neurocognitivos asociados al VIH son un problema altamente prevalente en la actualidad, se sabe bien que tienen relación con múltiples consecuencias negativas y, tanto la búsqueda de tratamientos efectivos que puedan prevenirlos y/o mejorarlos, como el establecimiento de un diagnóstico precoz, han pasado a ser una prioridad en el manejo clínico de las personas infectadas con el VIH/SIDA en la actualidad.

**MESA REDONDA MR5.1****Adelantándonos al estigma y la discriminación desde el Plan Nacional contra el Sida.****Amaia Vitoria**

Plan Nacional contra el Sida. Madrid

*"Así como los hombres no pueden crear nuevas fuerzas, sino sólo unir y dirigir las existentes, tampoco tienen otro medio de conservación sino el de fomentar por agregación una suma de fuerzas que los coloque en condiciones de resistir, que puedan moverse de acuerdo y obrar concertadamente"* ROUSSEAU, Jean-Jacques, El contrato social, "Capítulo VI: Del pacto social.

El 6 de junio de 2008, el entonces ministro de Sanidad y Consumo, Bernard Soria, se comprometió en el Congreso de los Diputados, a "la promoción de un Pacto social que garantice la no vulneración de los derechos de las personas VIH positivas en el acceso a recursos públicos de todo tipo, educativos, sociales, sanitarios, etc...y que podrá ampliarse a otros bienes y servicios". Este compromiso nace ante la evidencia de que en España todavía siguen ocurriendo situaciones de discriminación de las personas que viven con VIH, fundamentalmente, en el ámbito de la vida cotidiana.

Como venimos constatando, desde hace más de 25 años, en diversos estudios; el VIH no puede equipararse a cualquier otra enfermedad crónica, ya que presenta la peculiaridad de que se interrelaciona con prejuicios, creencias y actitudes, todas ellas con connotaciones negativas, que se encuentran muy arraigadas en la sociedad y que derivan, en numerosas ocasiones, en procesos de estigmatización y con ello de discriminación, de las personas con VIH o que se sospecha que lo están. Esta peculiaridad obliga a abordar el VIH de forma integral, requiriendo para ello de un esfuerzo multidisciplinar e interinstitucional y un enfoque que tenga en cuenta no sólo los aspectos biológicos sino también los determinantes psicosociales de la enfermedad. Estos tres aspectos, bio-psico-social, se interrelacionan e inter-



actúan entre ellos. Por tanto, si no abordamos este problema desde todos sus frentes, la pandemia del VIH/sida seguirá suponiendo un retroceso tanto en la epidemia como en la calidad de vida de las personas y de las poblaciones afectadas.

Teniendo en cuenta que el estigma y la discriminación de las personas que viven con VIH es ante todo, un problema de vulneración de derechos humanos y que, desde el punto de vista de la salud pública, la estigmatización es un gran obstáculo en el tratamiento, en la prevención y en el diagnóstico del VIH, la SPNS apuesta por la vía del pacto social y la corresponsabilidad de los diferentes agentes sociales en el abordaje del VIH. Desde la SPNS se pretende ahora, alcanzar un pacto entre las Administraciones públicas y los diferentes agentes sociales implicados, que garantice de manera eficaz el ejercicio y el respeto de los derechos de las personas con VIH.

Alcanzar un pacto social que se muestre eficaz, requiere de un proceso previo de información, formación y sensibilización. Un proceso que se antoja largo y lento cuando se trata de un tema en el que se encuentran implicadas creencias y actitudes negativas tan arraigadas y cuando además, estamos hablando de instituciones y administraciones formadas y dirigidas por personas con sus consiguientes creencias y actitudes particulares.

Teniendo en cuenta esto, desde el anuncio del Pacto la SPNS ha venido realizando diferentes actuaciones dirigidas a sensibilizar a la sociedad y a diferentes agentes sociales como administraciones públicas estatales y autonómicas, sindicatos, empresas...sobre el fenómeno del estigma y la discriminación y el impacto que tiene sobre las personas afectadas y sobre la propia epidemia. Actuaciones como: la inclusión del tema como prioritario en diferentes planes y actividades de la SPNS, grupos de trabajo, reuniones de coordinación con diversos agentes, elaboración de documentos, campaña estatal de información, cobertura por parte de los medios, inclusión del uso tutelado de la cirugía reparadora de la lipoatrofia facial en la cartera nacional de servicios...

Además de estas actuaciones, la SPNS consciente de la importancia de una cobertura legal protectora para las situaciones de desigualdad de trato y discriminación, y consciente también de la riqueza de conocimientos y experiencias extrapolables con el que cuenta el campo del VIH/sida, ha colaborado en la redacción de la cuasiinminente nueva ley de salud pública de España para que incluya una perspectiva de derechos que garantice que no se produzcan situaciones injustificadas de discriminación por motivos de enfermedad.

Sobre esta base, que nos ofrece ya unos cimientos más sólidos que con los que partimos cuando iniciamos a abordar la cuestión del estigma y la discriminación en la SPNS, nos proponemos ya establecer las líneas y actuaciones necesarias para promover el debate y tratar de llegar a un consenso y a un compromiso de todos los actores sociales, sobre la orientación de las principales políticas y medidas para eliminar o al menos, reducir, el estigma y la discriminación de las personas con VIH en España. Este consenso, resultado del diálogo social, se plasmará en una declaración de intenciones y compromisos que contendrá una lista detallada de las medidas necesarias para abordar esta cuestión.

El Pacto tendrá como principios fundamentales la : corresponsabilidad (responsabilidad común y compartida, resultado del consenso político y social y, unión de esfuerzos para un fin común), multisectorialidad (participación y coordinación de los diferentes agentes sociales implicados, multidisciplinariedad y, participación ciudadana) y la equidad (respeto y promoción de los derechos humanos, igualdad de derechos, oportunidades y no discriminación, igualdad y respeto en la diversidad, accesibilidad a los servicios y prestaciones sociales y,

reducción de la vulnerabilidad y el autoestigma)

Entre los agentes sociales que deberán de participar en este diálogo social se encuentran: administraciones públicas estatales, autonómicas y locales; organizaciones de la sociedad civil; organizaciones del ámbito laboral como sindicatos y patronal; órganos colegiados y sociedades científicas; empresas de prestación de bienes y servicios; y medios de comunicación. Es importante que se trate de incluir a todos aquellos agentes que sean relevantes para el abordaje del estigma y la discriminación de las personas con VIH.

Por último, las medidas tratarán de contener como mínimo la promoción de las condiciones sociales necesarias para que no se den casos de exclusión arbitraria de personas afectadas por el VIH en el acceso a recursos, servicios y prestaciones, así como al mercado laboral. Asimismo, la sensibilización, educación e información de la sociedad, será una de las prioridades a abordar para eliminar los prejuicios sociales asociados al VIH, y con ello, las situaciones de discriminación que se producen en la vida cotidiana de estas personas.

#### MESA REDONDA MR5.2

Adelantándonos en el ámbito laboral: Formación y Sensibilización de agentes sindicales

**Raquel Sebastian**

UGT. Madrid

INDICE DE LOS CONTENIDOS A EXPONER EN LA PONENCIA:

- UGT-Madrid: Secretaria Políticas Sociales. Punto Información VIH-Sida.
- Breve explicación de la figura del Delegado. Funciones. Formación.
- El VIH-SIDA y el Lugar de trabajo. Acciones de nuestros delegados:
  - Criterios Sindicales sobre las pruebas médicas.
  - Confidencialidad.
  - Mantenimiento de la relación laboral.
- Plan de formación delegados sobre VIH-SIDA, coordinación con Entidades de nuestra Comunidad de Madrid.

Desde UGT-Madrid creemos que el VIH-Sida afecta a un sector muy importante de la población activa de nuestra Comunidad de Madrid. Aproximadamente el 60% de las personas afectadas por el VIH son personas con plena capacidad laboral y están en el margen de edad productiva.

Creemos que desde que apareció la terapia antirretroviral de gran actividad, se planteó una nueva de afrontar tanto social como laboralmente el VIH. Al ser mayor la calidad y la esperanza de vida los intereses en el mundo laboral se han acrecentado. El desconocimiento y los prejuicios sobre el VIH-Sida están influyendo en el mantenimiento de la discriminación y el estigma que existe en nuestra Comunidad de Madrid.

Desde UGT-Madrid consideramos que el trabajo es para el trabajador el medio por el que obtiene recursos económicos y donde se puede desarrollar individualmente tanto física como psicológicamente. Ideológicamente y basándonos en la Constitución, la importancia del derecho del trabajo, como marco para el establecimiento de las relaciones laborales, es algo imprescindible, siempre viendo nuestra labor sindical y como agentes sociales dentro



del marco del Derecho.

En la actualidad, aunque hemos avanzado considerablemente, debido a la discriminación y al rechazo del que son objeto muchos de los madrileños que viven con el VIH-Sida o se ven afectados por el mismo, están menoscabados los derechos fundamentales en el lugar de trabajo.

UGT-Madrid lucha desde hace años por reconocer que, en efecto el VIH-Sida es un problema que afecta al lugar de trabajo, por conseguir la no discriminación, por la confidencialidad, la prevención y apoyo dentro del ámbito laboral.

Según el último informe de consultas 2009 de la Asesoría Jurídica en VIH-Sida del Observatorio de Derechos Humanos y VIH-Sida de RED 2002, al que hemos tenido acceso desde la Secretaría de Políticas Sociales de UGT-Madrid, apreciamos que "la discriminación en el ámbito del trabajo sigue siendo, como en años anteriores, la principal fuente de consulta (32%), siendo los motivos más habituales los cambios en las condiciones de trabajo (horario, ubicación física, responsabilidades, salario), vulneración de la confidencialidad de datos médicos, solicitud de la prueba del VIH sin tener relevancia para el puesto, exclusión de oposiciones, dificultades para encontrar trabajo o despidos". Estos datos concluyentes corroboran lo que a nuestro Punto de Información sobre VIH-Sida nos llega, a través de las consultas de atención tanto a afiliados como a los trabajadores/as madrileños en general. También recogemos estas conclusiones a través de la información y de la denuncia que nuestros delegados nos hacen llegar.

Desde UGT-Madrid, las principales líneas de actuación están diseñadas con los objetivos de concienciar a los trabajadores en general y a los trabajadores seropositivos de la importancia de esa denuncia de situaciones donde se están vulnerando tanto los derechos básicos como de los trabajadores. Hemos avanzado en esta línea y en efecto va teniendo resultados. Nuestro trabajo durante años está basado en la línea de Recomendaciones prácticas de la OIT sobre el VIH-SIDA. Teniendo en cuenta uno sus principios fundamentales:

"Acabar con la discriminación: con arreglo al principio de trabajo decente y del respeto de los derechos humanos y la dignidad de las personas infectadas o afectadas por el VIH-Sida, no debería haber discriminación alguna contra los trabajadores basada en una infección por el VIH real o supuesta. La discriminación y el rechazo (estigmatización) de las personas que viven con el VIH-Sida entorpece gravemente el empeño de prevenir la epidemia"

Dentro de UGT-Madrid nuestra lucha sindical dentro del ámbito laboral, está orientada en la defensa de que los centros de trabajo no son lugares de riesgo, tan sólo sitios en los que puede haber personas afectadas o no, como en cualquier otro lugar. En ningún caso los trabajadores portadores del VIH, suponen ningún riesgo para sus compañeros, ni para sus empresas. El VIH-Sida debe entenderse como enfermedad común de carácter crónico, y como tal una cuestión de salud general.

Desde UGT-Madrid partimos de la premisa "un trabajador, portador de VIH o un trabajador enfermo de Sida, ante todo es un trabajador, con los mismos derechos y deberes que cualquier otro trabajador, sea cual sea su estado de salud".

Queremos recordar que la discriminación a causa del VIH-Sida la combatimos con los mismos instrumentos de acción sindical, que cualquier otra problemática. Como representantes de los trabajadores tenemos la importante labor de mediadores y garantizar los derechos de los mismos. Luchamos y orientamos nuestro hacer diario en una estricta vigilancia en el cumplimiento de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, en especial los artículos

22 y 25, que aseguren la protección de los derechos de los trabajadores.

Dentro de nuestras acciones en las empresas, recordemos el material que se editó como un código de buena práctica para la empresa. Donde se recalca la importancia de la responsabilidad social de la empresa. Ésta como entidad con múltiples responsabilidades, más allá de sus funciones estrictamente económicas, debe entre otros, respeto a los derechos humanos. Es necesario que los empresarios incorporen criterios éticos en la selección de sus trabajadores.

En la actualidad tenemos en diseño, en coordinación con el Programa de Prevención de VIH del Sº de Promoción de la Salud de la Comunidad de Madrid, la realización de un plan de formación a delegados, delegados de prevención, sobre VIH-Sida. Incluyéndose dentro del Plan de Formación a Delegados de UGT-Madrid. Las líneas principales de actuación serán tanto la información- formación en prevención como la discriminación y el estigma.

Siempre estamos en continua elaboración de líneas de acción para mejorar la situación de los trabajadores con esta problemática. Creemos que un enfoque multisectorial, en el planteamiento de estrategias para abordar la problemática, es la mejor forma de llevar acabo el esfuerzo por parte de todos los sectores responsables de darle solución a esta problemática. Finalmente adjuntamos lo que dentro de nuestras últimas Resoluciones Congresuales de UGT-Madrid esta recogido respecto al VIH-SIDA :

- Otra situación que puede provocar la discriminación y exclusión social es la de los trabajadores y trabajadoras portadores del VIH. La vulneración de los derechos laborales se da cuando se realizan pruebas de detección de VIH en el proceso de selección y durante los exámenes médicos anuales y cuando no se respeta la confidencialidad de los parte de baja por parte de las mutuas o profesionales médicos de las empresas o cuando sufren discriminación por su situación médica en las condiciones de trabajo.

- Para UGT-Madrid, el VIH-Sida es una enfermedad de carácter crónico y por tanto debe tratarse en el ámbito laboral como una cuestión sanitaria. La situación médica de los trabajadores afectados por el VIH-Sida será siempre confidencial, teniendo derecho a continuar en su trabajo, e incluso a que se tomen medidas para la adaptación de su puesto de trabajo, si las enfermedades asociadas al VIH limitaran la capacidad del trabajador, sin incapacitarlo para continuar activo laboralmente.

- Por ello, UGT-Madrid realizará campañas de sensibilización e información sobre los derechos que asisten a los trabajadores, así como en la defensa de los derechos laborales de las personas afectadas. En esta línea de la prevención y sensibilización, desde UGT-Madrid seguiremos marcando las líneas de colaboración con diversas organizaciones sociales y organismos.

- Dentro de los objetivos de UGT-Madrid están los de detectar y denunciar las situaciones discriminatorias y de exclusión que se puedan producir en ámbitos sociales y laborales, velando por la igualdad en el acceso al empleo, el mantenimiento del puesto de trabajo, la compatibilidad de la actividad laboral con la asistencia a los tratamientos médicos específicos, y la reinserción de estos trabajadores.



**MESA REDONDA MR5.3**

"La sociedad civil siempre por delante.

Buenas prácticas en la reducción del estigma y la discriminación."

**Udiarraga García Uribe**

CESIDA

Desde la aparición de los primeros casos descritos de vih/sida en la literatura científica hasta nuestros días, quizás uno de los retos sociales más importante en la lucha contra el sida, es el impacto del estigma y la discriminación y su abordaje.

Centrando el tema en los diferentes niveles de respuesta al estigma y la discriminación, podríamos hablar de tres:

- 1) el prejuicio de la sociedad. Lo definimos como societal
- 2) la discriminación por parte de las instituciones, que lo definiremos como institucional
- 3) la interiorización del estigma, es decir la auto-estigmatización de las personas con vih

Repasando el histórico de campañas, mensajes, programas de sensibilización y concienciación de la infección, etc. en muchos de ellos, la sociedad civil, en este caso las organizaciones no gubernamentales españolas llevan desde los años 90 trabajando este impacto y evaluándolo. Esto nos lleva a poder afirmar que la comunidad local o sociedad civil, como queramos definirla ha sido un agente muy implicado en trabajar este impacto y luchar desde la base de las ong's en aras de una menor discriminación en el país. Sabido es, que el colectivo de afectados/as por vih en España, al igual que en otros países del mundo ha sido el grupo más activo que se conoce dentro de las enfermedades crónicas e incurables.

Son bastantes las campañas que se han llevado a cabo en los últimos 10 años, pero quizás cabe destacar la campaña "Sal de dudas" de Cesida que tiene como objetivo trabajar y concienciar a la sociedad sobre el prejuicio.

El proyecto "Clínica legal" está siendo, también una gran herramienta para denunciar la discriminación por parte de las instituciones, así como toda la esfera laboral.

Gracias a varios estudios que miden las actitudes de la población española hacia las personas con vih, se demostró, entre otras preguntas y variables que el 44,5% de la población se sentiría incómoda si un empleado de la tienda donde compra estuviera infectado por vih (M<sup>a</sup> Jose Fuster, Seisida 2009). Esto ha llevado a seguir poniendo énfasis en esta área de investigación y de intervención.

Una sociedad bien educada en valores desde abajo, es una sociedad empoderada y respetuosa con el otro, con lo diferente, tanto social, como política y sanitariamente hablando.

Publicaciones como "Lo más positivo", con su web (gtt-vih.org), explican con encuestas recientes contestadas por afectados/as como el estigma sigue existiendo.

Otra herramienta es el Observatorio de red2002, que desde la óptica de los derechos humanos está dando respuestas a diversas demandas de personas con vih.

La potenciación de habilidades es la clave para avanzar en esta área. Cesida tiene en marcha un programa para ayudar y empoderar a las personas que así lo demanden en pro de un crecimiento personal y creencia de sus propias capacidades como persona.

Sin la implicación de todos los agentes de la sociedad no se podrá dar una respuesta conjunta y global a estigma y la discriminación.

**MESA REDONDA MR6.1**

Los test rápidos del vih en farmacias

**Arantxa Arrillaga**

Plan de Prevención y Control del Sida del País Vasco. Donostia-San Sebastián.

El Departamento de Sanidad y Consumo del País Vasco y los Colegios de Farmacéuticos implantaron en marzo de 2009 el programa piloto de los test rápidos del VIH en farmacias. Sabemos que en nuestro país existe una importante tasa de retraso diagnóstico de la infección por VIH (30%), con las consiguientes consecuencias tanto en relación al pronóstico de estas personas, como a nivel preventivo, es decir, quienes no conocen su situación de seropositividad es probable que estén transmitiendo el VIH sin saberlo.

En este contexto, los test rápidos se revelan como una importante herramienta en la promoción de la prueba del VIH y, además, su implantación en las farmacias, entendidas como establecimientos próximos a la población, garantiza de forma importante la accesibilidad de los test. Cuentan además con profesionales sanitarios específicamente preparados para informar, realizar consejo preventivo y realizar una derivación efectiva a los centros de referencia.

El Programa se implantó gracias a un acuerdo de colaboración entre el Departamento de Sanidad y Consumo y los Colegios de Farmacéuticos, y el test seleccionado fue Determine HIV-1/2 de Inverness. La previsión inicial era realizar 2.000 test en un año. Sin embargo, la realidad ha superado esas previsiones en un 65%, ya que entre el 1 de marzo de 2009 y el 28 de febrero de 2010 se realizaron 3.317 test, 72% a hombres y 28% a mujeres. La penetración vaginal no protegida fue la principal razón para solicitar el test (58%), seguida a distancia del sexo oral (14%).

El número de resultados positivos obtenido en un año ha sido de 29, registrándose por tanto una prevalencia de un 8,7 por mil, algo superior a la observada en otros lugares donde se realiza la prueba del VIH (consultas de VIH de Osakidetza, con una prevalencia de 7 por mil). Del total de resultados positivos entregados en las oficinas de farmacia, 20 fueron confirmados en los centros de referencia, mientras que los 9 restantes no acudieron a estos centros y se quedaron, por tanto, sin confirmar.

Puesto que las recomendaciones del laboratorio fabricante del test son las de considerar como resultado positivo cualquier línea que aparezca en la ventana de resultado de la tira reactiva, independientemente de su intensidad o grosor, se decidió categorizar de dos maneras los resultados positivos. Por un lado, los resultados positivos que se muestran como una línea roja gruesa e intensa y, por otro, aquellos casos en los que aparece una línea tenue, más fina y de menor intensidad. Estos últimos han sido clasificados como resultados



"indeterminados", habiéndose registrado 9 casos, ninguno de los cuales ha sido confirmado como positivo.

Del total de 29 resultados positivos, el 75,9% correspondió a hombres y el 24,1% a mujeres; en cuanto a la vía de transmisión, en el 48,3% de los casos fue heterosexual y en el 41,3% homosexual; además, el 31% correspondió a personas extranjeras. Como puede comprobarse, la caracterización de los resultados positivos es muy similar a los datos proporcionados por el Sistema de Vigilancia de Nuevos Diagnósticos de Infección por el VIH, lo cual puede servir de indicador del adecuado funcionamiento en el programa desde el punto de vista de la tipología de personas captada.

Después de la experiencia piloto del primer año el programa se ha consolidado, pasando a constituirse como una oferta permanente de las farmacias participantes, cuyo número se ha ampliado en otras diez, habiendo pasado a un total de 30. Una de las principales razones que han motivado esta consolidación y ampliación es la de una demanda sostenida en tiempo, es decir, el número de test realizados durante el primer año se mantenido relativamente estable mes a mes, con una media mensual de 276 test realizados en el conjunto de las farmacias.

Pensamos que algunos de los principales puntos fuertes del programa que han favorecido su éxito son:

- La formación recibida por los farmacéuticos participantes, tanto desde el punto de vista técnico como a nivel de comunicación con el cliente.
- El establecimiento de un sistema de derivación inmediata a los centros de referencia. Los clientes con un resultado a confirmar salen de la misma farmacia con una cita para el día siguiente a primera hora, recibiendo el resultado de confirmación durante ese mismo día.
- Creación de un foro vía email con todos los participantes en el programa (farmacéuticos, personal de los centros de referencia, de los colegios de farmacéuticos y del Plan de Prevención del Sida) que ha permitido comunicar y solucionar en tiempo real todas las dudas e incidencias.

El programa tiene también sus puntos débiles, el principal de ellos que su carácter anónimo no permite realizar un seguimiento de las personas que, con un resultado positivo, no acuden a confirmarlo al centro de referencia.

Como conclusión podemos decir que el programa tiene un importante potencial a nivel diagnóstico, pero sobre todo a nivel preventivo, ya que durante su primer año los farmacéuticos han tenido la oportunidad de poder informar y realizar consejo preventivo a más de 3.300 personas que han acudido a realizarse el test rápido del VIH.

### MESA REDONDA MR6.3

La experiencia de los test de diagnóstico rápido de infección por VIH en Andalucía.

**Carmen Zamora**

Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla

La autorización del uso de test de diagnóstico rápido de infección por VIH por la FDA de EEUU en 2002 propició una nueva oportunidad para reducir el retraso diagnóstico que es uno de los problemas más importantes en el abordaje de la pandemia de infección por VIH y sida.

El retraso diagnóstico hace que las personas infectadas que ignoran su situación desde que son infectadas hasta que se diagnostican, muchas veces cuando la infección ya ha dado lugar al sida. Según estimaciones del Plan Nacional frente al sida, entre un 25 y 30% de las personas infectadas desconocen su situación , .

Los datos de la cohorte RIS en una estimación reciente muestran que el retraso diagnóstico, aunque varía según el indicador utilizado, afecta a un porcentaje entre el 36% y 49% de los casos . En Andalucía, en 2008, la mortalidad en el primer año de diagnóstico de sida ha sido del 20,7 %. Una muerte cada 5 casos diagnosticados puede considerarse como un indicador indirecto de la importancia del retraso diagnóstico ya que la mortalidad sería mucho menor si los casos se diagnosticaran en fase de infección y, por tanto, antes de aparecer los síntomas de las enfermedades indicativas de sida.

Se ha hecho una estimación del número de personas infectadas que ignoran su situación por Distrito Sanitario, para una incidencia de 1,5 por mil, que es la calculada para Andalucía , en dos posibles escenarios: uno en el que ignoran su situación el 20% y otro el 30% y se concluye que, en el conjunto de Andalucía hay entre 2190 y 3284 personas infectadas sin diagnosticar , que están retrasando su inicio de tratamiento y con ello reduciendo sus probabilidades de supervivencia y, además, pueden estar infectando a otras personas si mantienen relaciones sexuales sin protección.

Actualmente sólo un 25% de los casos de sida se diagnostica en Atención Primaria, según los datos del Registro Andaluz de Sida , y, sin embargo todo el cribado de VIH/sida en embarazadas se hace en Atención Primaria y no cabe duda del éxito del mismo después de que la transmisión vertical sea casi inexistente en Andalucía ya que sólo se ha declarado un caso de transmisión vertical en los últimos 3 años, sobre un total de 309.000 partos. De esto cabe deducir que, si se intensifica el esfuerzo para aprovechar todas las oportunidades de diagnóstico en Atención Primaria, se pueden mejorar los resultados.

Esto obliga a multiplicar los esfuerzos para aprovechar todas las oportunidades posibles para el diagnóstico de la infección por VIH, lo que significa: el desarrollo de estrategias de acercamiento (outreach) y la mayor implicación de Atención Primaria en el diagnóstico, al ser el espacio sanitario más accesible a la ciudadanía.



Como estrategia de acercamiento, durante el año 2.009, se ha pilotado una actividad conjunta entre la Consejería de Salud y 28 entidades ciudadanas que desarrollan su trabajo en el ámbito del VIH/sida, con el objetivo de detectar precozmente a aquellas personas que están infectadas por VIH y lo desconocen.

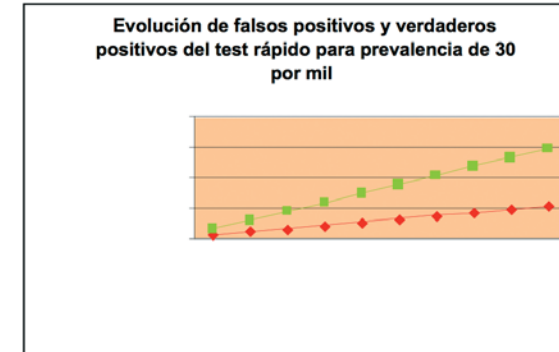
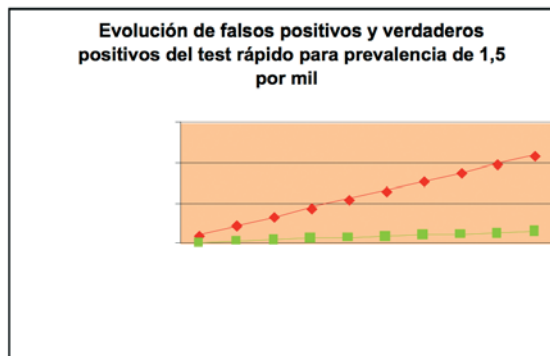
La estrategia elegida es la de acercar el test de diagnóstico precoz a aquellas personas que según los datos mostrados en este análisis de situación, poseen un mayor riesgo de ser infectadas de VIH (HSH, UDIs, PEPS, personas privadas de libertad,...). Son precisamente estas personas vulnerables las que más barreras de acceso presentan ante el sistema sanitario público, por lo que se ha considerado imprescindible que esta actividad se realice conjuntamente con aquellas entidades que trabajan directamente con estos segmentos de población.

En 2008 se comercializaron en España varios tests de diagnóstico rápido de infección por VIH: (Abbott Determine HIV-1/2, Immunocomb II HIV 1&2 Bispot, Core HIV 1&2, MiraCare Rapid HIV Antibody Test, Insti HIV 1/2 y OraQuick Advance rapid HIV 1/2®. Todas requieren como muestra sangre (que puede ser capilar), suero o plasma, excepto OraQuick que también utiliza saliva.

Para el programa de acercamiento se ha optado por el material más idóneo para esta actividad, el denominado Ora Quick, que detecta VIH-1/2 en fluido oral, por las ventajas que aporta con respecto al resto: menos agresivo para las personas usuarias, de más fácil utilización para los profesionales y de desecho más ecológico. La sensibilidad del test en saliva es del 98,6% y la especificidad del 98,9%.

Se realizó un cálculo del rendimiento del test basado en los valores predictivos positivos en dos escenarios de prevalencia de la infección por VIH, uno el de la prevalencia estimada en nuestra comunidad autónoma que es de 1,5 por mil y otro de una prevalencia del 3% , , publicada entre HSH y otras personas con frecuentes prácticas de riesgo.

En las dos gráficas figuran ambos escenarios



En el caso de la población general, el número de falsos positivos superaba al de verdaderos positivos de forma que por cada verdadero positivo se encontrarían entre 7 y 8 falsos positivos. Tal como se muestra en la gráfica, este problema crece conforme aumenta el número de test realizados, hasta el punto de que con la realización de 10.000 test habríamos encontrado 110 falsos positivos y 15 verdaderos positivos.

En el caso de la prevalencia del 3%, el número de verdaderos positivos era 3 veces mayor que el de falsos positivos. En este caso, con 10.000 test habríamos encontrado 107 falsos positivos pero también 296 verdaderos positivos.

A partir de este análisis se optó por iniciar el uso del test en el marco de estrategias de acercamiento a poblaciones con característica de riesgo muy específicas de acuerdo con las recomendaciones de la Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya: *"En caso de instaurar un programa de detección rápida del VIH en nuestro contexto, se recomienda seleccionar la población diana, establecer un control de calidad interno y externo, establecer la coordinación con un laboratorio de referencia, adiestrar adecuadamente a los profesionales, facilitar consejo específico a los pacientes, asegurar la confidencialidad de los datos y del consentimiento informado y, por último, monitorizar y evaluar el program"*

Desde finales del año 2.008 hasta hoy, se ha elaborado un Protocolo de uso del test de diagnóstico rápido de VIH, se han realizado 7 cursos de formación en materia de counselling y habilidades de comunicación y de manejo de test rápido, dirigidas a profesionales de las ONGs.

Han participado 172 profesionales de 48 entidades distintas. De las entidades participantes, 28 se han incorporado al programa de acercamiento, el resto se han ofrecido para la derivación de personas atendidas a organizaciones afines. Esta formación facilita también establecer las funciones de cada una de las partes, que pueden resumirse en:

La Consejería de Salud de Andalucía tiene la responsabilidad de:



- la adquisición y distribución gratuita del material;
- la formación en materia de counselling y manejo del test rápido;
- la edición y distribución de folletos y manuales de usos;
- la coordinación entre todos los agentes implicados.

Las entidades participantes han de reunir las siguientes condiciones y observar las siguientes pautas:

Disponer de formación en counselling.

- Realizar siempre consejo asistido previo a la prueba, y también post test.
- Informar a los participantes sobre la existencia del periodo ventana y sus implicaciones sobre la fiabilidad del resultado.
- Conocer el uso correcto de los test y la interpretación de los resultados.
- Disponer del espacio adecuado y materiales necesarios para tomar las muestras y para entregar los resultados.
- Establecer mecanismos claros de derivación. Siendo imprescindible, en caso de resultado positivo, el acompañamiento al sistema sanitario público
- Garantizar la confidencialidad de los resultados
- Cumplimentar correctamente las Ficha de Registro y reportar los datos de actividad al equipo coordinador.

En los 1344 test realizados en escenarios de acercamiento (outreach) se han detectado 50 personas infectadas que ignoraban su infección. La prevalencia de infección encontrada (3,66%) coincide con la esperada esta población con mayor exposición a prácticas sexuales de riesgo. A 40 de ellas (81,2%) se les ha acompañado al Sistema Sanitario Público Andaluz para confirmación diagnóstica y seguimiento.

El resultado cuantitativo de este pilotaje se resume en el siguiente cuadro:

Nº de ONGs participantes	28
Nº de profesionales formados en counselling	74
Nº de test realizados	1.344
Nº de + en varones	35
Nº de + en mujeres	15
Nº de + en Transex.	0
Nº de acompañamientos al SSPA	40
Casos confirmados	100%
Falsos positivos	0%

La realización del test de diagnóstico rápido en estos escenarios de acercamiento ha tenido un coste directo de 132 € por caso detectado.

Teniendo en cuenta que las personas diagnosticadas de infección habrían desarrollado un sida con toda probabilidad, su detección precoz ha evitado muchos sufrimientos de ellas mismas y sus allegados; además, aunque el coste de tratarlas con antiretrovirales sea mayor que el que habrían tenido en caso de retrasarse el diagnóstico, se han ahorrado los costes del tratamiento de las enfermedades propias del sida, el tratamiento de las personas a las que ellas habrían seguido infectando en sus prácticas sexuales al desconocer su condición de vectores de la infección y los costes sociales derivados de la incapacidad provocada por el sida. Por todo esto, puede concluirse que la realización de test de diagnóstico rápido en las condiciones en las que se está aplicando en Andalucía es indudablemente coste efectiva.

1 Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Infección por VIH y sida. Plan Multisectorial 2008-2012. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2008

2 Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Infección VIH no diagnosticada: Situación en España. Marzo, 2009

3 Julia del Amo Valero Presentación de la cohorte de la RIS  
Caracterización de los nuevos diagnósticos en los sujetos naïve y del retraso diagnóstico por CoRIS Centro Nacional de Epidemiología.  
ISCIII. Disponible en [http://www.gesida.seimc.org/pcientifica/fuentes/pn/Pn\\_IVGeSIDA07DraDelAmo.ppt](http://www.gesida.seimc.org/pcientifica/fuentes/pn/Pn_IVGeSIDA07DraDelAmo.ppt)

4 Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH EN ESPAÑA VALORACIÓN DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE VIH EN ESPAÑA A PARTIR DE LOS SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DE CASOS DE LAS CCAA PERIODO 2003-2007 ACTUALIZACIÓN 30 de junio de 2008

5 Vigilancia Epidemiológica del VIH en España. Valoración de la epidemia de VIH en España a partir de los sistemas de notificación de casos de las CCAA. Actualización año 2005. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo

6 Sistema de vigilancia epidemiológica en Andalucía. Registro andaluz de casos de sida. Informe 2008. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

7 Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL SIDA EN ESPAÑA REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA ACTUALIZACIÓN A 31 DE DICIEMBRE DE 2008 Informe Semestral nº 2, Año 2008

8 Teresa Cerdá Mota, Nieves Asuncion Elizaga Implantación y Evaluación de Programas Poblacionales de Cribado Sociedad Española de Epidemiología ISBN: 84-689-5779-8

9 Cañellas Soledad, Perez de la Paz Julio, Noguera Isabel, Villaamil Fernando, García Berrocal Mª Luisa, de la Fuente Luis, Belza Mª José y Castilla Jesús. Conductas sexuales de riesgo y prevalencia de infección por VIH en hombres con prácticas homosexuales y bisexuales en la comunidad de Madrid. Rrv Esp Salud Pública 2000; 74: 25-32

10 Castilla J, Lorenzo JM, Izquierdo A, Lezaun ME, López I, Moreno-Iribas C et al. Características y tendencias de los nuevos diagnósticos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (2000-2004). Gac Sanit 2006;20:442-8

11 Oliva G, Almazán M, Guillén M. Prueba de detección rápida de la infección por VIH. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AATRM núm. 2007/03.

12 Bimbela J.L. El Counselling: una tecnología para el bienestar del profesional ANALES Sis San Navarra 2001; 24 (Supl. 2): 33-42.



**MESA REDONDA MR.7.1**

"Intervenciones con adolescentes vulnerables y el papel de las instituciones."

**Mercedes García Ruiz**

Doctora en Psicología y sexóloga. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios de Asturias.

En los últimos años se plantea la necesidad de poner en marcha Programas de Educación Sexual para la Prevención del VIH con jóvenes en acogimiento residencial a la vista de los resultados de las investigaciones realizadas sobre:

"Conocimientos, actitudes y comportamientos relacionados con la transmisión sexual del VIH en jóvenes residentes en Centros de menores de protección y Reforma de Asturias, País Vasco y Castilla León", García Ruiz M., Fernández del Valle J., Franco Vidal A., de Dios del valle, Suárez Álvarez O.(2001) Estudio FIPSE 15214/01.

"Evaluación de la implementación de un programa de prevención de la transmisión sexual del VIH en jóvenes residentes en Centros de Menores de Protección y Reforma de Asturias, País Vasco y Castilla León". García Ruiz M., Fernández del Valle J., Bravo Arteaga A., Cofiño Fernández R., Suárez Álvarez O., Estudio FIPSE 24409. 2004/2005.

Para llevar a cabo este proceso es necesario partir de la formación de los profesionales que trabajan con estos jóvenes en aspectos relacionados con la educación sexual y la prevención del VIH. Este planteamiento puede hacerse extensivo a la intervención educativa con menores en acogimiento residencial y medio abierto, articulando un programa de educación sexual que tenga en cuenta las peculiaridades personales, los procesos evolutivos y biográficos, las actitudes, competencias y conductas de los jóvenes.

En este proceso los profesionales que trabajan con los menores son un elemento clave para llevar a cabo el programa de educación sexual, desde una intervención individualizada y grupal y que forme parte de las programaciones de los centros de acogimiento residencial y del programa indicativo individual.

El modelo sexológico que incluye los factores del modelo PRECEDE de Green (predisponentes, facilitadores y reforzantes) nos permite abordar la educación sexual dentro un planteamiento integral que recoge aquellos aspectos relacionados con la prevención.

La puesta en marcha de un nuevo programa y su implantación es un proceso que requiere tiempo y la motivación e implicación de todas las partes; el personal educador, los propios jóvenes, las instituciones y las familias.

Desde 2005 y a partir de la propuesta del programa de educación sexual para la prevención del VIH, ha podido llevarse a cabo en las siguientes comunidades autónomas, contando con la implicación de las diferentes instituciones vinculadas a la atención y protección a la infancia y a la adolescencia. En estos años se ha puesto en marcha el programa siguiendo las fases:

- Consenso de la puesta en marcha del Programa de Educación Sexual para la prevención del VIH/sida por parte de todos los agentes implicados (Instituciones relacionadas con la atención a menores, direcciones y equipos educativos de centros, programas de prevención de VIH/sida)
- Formación de los educadores en aspectos relacionados con las actitudes, habilidades y conocimientos de cara a la implementación del programa de educación sexual adaptado a la realidad del acogimiento residencial.

- Diagnóstico y evaluación de los menores (biografía sexual, conocimientos...) con el fin de orientar la programación individual

- Elaboración de un programa de educación sexual individualizado en base al diagnóstico previo y los objetivos planteados y que se incluye en las programaciones individuales. Las propuestas de trabajo se orientan en dos direcciones: una atención individualizada desde la cotidianeidad y el acompañamiento programada según los objetivos y realización de actividades grupales con los aspectos a trabajar en grupo.

- La evaluación y el seguimiento del programa se realiza según los indicadores y criterios de evaluación establecidos en el PEI de cada persona. Pueden servir de apoyo los instrumentos diseñados para el programa y los indicadores establecidos para cada variable.

La educación sexual es un proceso continuo a lo largo de toda la vida y especialmente en la infancia y adolescencia. Serán los equipos educativos los que establezcan los objetivos de trabajo con cada persona, evaluarán los cambios y ajustarán las programaciones en función de los mismos.

En este proceso de trabajo han participado y participan:

- Fundación para la Investigación y Prevención de Sida (FIPSE)
- Consejería de Salud y Servicios Sanitarios de Asturias
- Consejo de la Juventud del Principado de Asturias.
- Universidad de Oviedo
- Plan Nacional sobre el Sida
- Instituto Asturiano de Atención Social a la Infancia, Familia y Adolescencia.
- Instituto Foral de Bienestar Social. Diputación Foral de Álava.
- Ayuntamiento de Vitoria- Gazteiz
- Sección de Infancia y Juventud. Unidad de Acogimiento Residencial. Diputación Foral de Guipúzkoa.
- Aldeas Infantiles SOS
- Observatorio de Infancia de Andalucía
- Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Canarias

**Publicaciones relacionadas**

García Ruiz M., Fernández del Valle J., Franco Vidal A., de Dios del Valle, Suárez Álvarez O. (2005). "Conocimientos, actitudes y comportamientos relacionados con la transmisión sexual del VIH en jóvenes residentes en Centros de menores de protección y Reforma de Asturias, País Vasco y Castilla León". Estudio FIPSE 15214/01. 3ª edición Premios Virgilio Palacio. Servicio de Salud del Principado de Asturias. [http://www.msc.es/fr/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/jovenes/docs/investigacionFIPSE\\_1.pdf](http://www.msc.es/fr/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/jovenes/docs/investigacionFIPSE_1.pdf)

García Ruiz M., Fernández del Valle J., Bravo Arteaga A., Cofiño Fernández R., Suárez Álvarez O. (2007) "Evaluación de la implementación de un programa de prevención de la transmisión sexual del VIH en jóvenes residentes en Centros de Menores de Protección y Reforma de Asturias, País Vasco y Castilla León". Estudio Fipse 24409. 2004/2005. Oviedo. Consejo de la Juventud de Asturias. <http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/jovenes/docs/EvaluacionProgramaEducacionSexualCentrosMenores.pdf>

García Ruiz M., Suárez Álvarez O. (2007). Programa de Educación Sexual en Centros de Menores de Asturias". Oviedo. Instituto Asturiano de Atención a la Familia, Infancia y Adolescencia. Consejería de Vivienda y Bienestar Social del Principado de Asturias. <http://jcpinto.es.en.eresmas.com/edsexcam.pdf>



García Ruiz M., Suárez Álvarez O. (2007). "Programa de Educación Sexual y Prevención de VIH en Acogimiento Residencial. Experiencias en Asturias y País Vasco". Oviedo. FIPSE.

<http://www.msc.es/eu/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/jovenes/docs/educacionSexualCentrosMenores.pdf>

García Ruiz M. "Educación sexual en Acogimiento residencial" en Bravo A. y Fernández del Valle J. Intervención Socioeducativa en Acogimiento Residencial (2009). Colección Documentos Técnicos. Gobierno de Cantabria.

[http://www.gifi.es/admin/publicaciones/archives/65706\\_Int\\_soc\\_acores.pdf](http://www.gifi.es/admin/publicaciones/archives/65706_Int_soc_acores.pdf)

### MESA REDONDA MR.7.2

**Hombres jóvenes que tienen sexo con hombres: vulnerabilidad y necesidades de prevención del VIH/ITS.**

**Percy Fernández Dávila**

Stop Sida, Barcelona.

En muchos países industrializados, el colectivo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) ha sido uno de los más afectados por el VIH/SIDA. Desde su aparición, hace casi ya 30 años, el VIH/SIDA ha estado asociado a la vida de los HSH. Su presencia ha tenido un fuerte impacto, modulando la identidad subjetiva y colectiva, y la sexualidad de los HSH. Sin embargo, en los últimos años se vienen produciendo una serie de cambios en el comportamiento sexual de los HSH, que nos hablan de una serie de reelaboraciones con respecto al significado del riesgo, la prevención y el VIH/SIDA.

Dentro de la diversidad de los HSH se ha descrito, en muchos estudios realizados fuera de España, que un subgrupo muy vulnerable a riesgo de infección por el VIH es el de los más jóvenes porque están presentando una alta prevalencia y un aumento consistente de nuevos casos anuales de la infección por el VIH debido a un aumento sostenido de prácticas sexuales de alto riesgo. Las principales explicaciones han girado en torno a dos hipótesis (de sentido común): el VIH/SIDA ya no es percibido más como una enfermedad mortal por lo efectivo de los tratamientos antirretrovirales y los jóvenes de ahora ya no son testigos de las víctimas de la epidemia de los años 80 y 90. Sin embargo, ¿podemos decir que eso está ocurriendo con los HJSH de España?. Para responder a esta pregunta realizamos un estudio cualitativo que buscó ofrecer un entendimiento a profundidad sobre lo que para los hombres jóvenes que tienen sexo con hombres (HJSH) significa el cuidado y el riesgo sexual. Participaron 71 jóvenes de Barcelona (18-28 años), de los cuales 42 participaron en entrevistas individuales y 29 en 3 grupos de discusión.

Los resultados revelaron que la mayoría de entrevistados tienen una fuerte conciencia preventiva con respecto al cuidado sexual y muestran actitudes positivas hacia el uso del condón. Sólo una quinta parte de los entrevistados reconoció haber tenido alguna práctica de penetración anal sin condón (PASC) en los últimos 3 meses. Estos episodios de PASC ocurrieron en el contexto de deslices o resbalones, es decir, no fueron intencionadas y hubo conciencia de riesgo cuando ocurrieron. Sentir confianza tanto con la pareja estable como con las parejas ocasionales fue referido como un fuerte motivo que llevó a muchos HJSH a tener PASC. También fue frecuente encontrar como una causa para tener PASC no contar con condones disponibles y pensar que a ellos que no les va a pasar nada si lo hacían una vez. A pesar de reconocer la efectividad de los tratamientos contra el VIH ningún HJSH refi-

rió que esto esté influenciando para que ellos u otros jóvenes tengan PASC. Para muchos el VIH/SIDA es vista aún como una enfermedad 'mortal' y le tienen miedo. Estos resultados nos indican que, en comparación a lo que refieren otros estudios con HSH, los HJSH están menos expuestos a riesgo de infección del VIH. Sin embargo, detectamos dos indicadores que pueden hablar de su vulnerabilidad: el contexto de las relaciones de pareja estable y colmar otro tipo de necesidades, diferentes a las sexuales, en los encuentros con parejas sexuales ocasionales. El tiempo de estar juntos y sentir confianza por la pareja estable se convierten en factores de riesgo sexual. Muchos dejaron de utilizar el condón sin conocer el estado serológico uno del otro o porque ellos no tuvieron hechas las pruebas del VIH repetidas veces para tener una mayor seguridad. Esto se agrava por la dinámica de la "monogamia seriada". Por otra parte, la búsqueda de parejas ocasionales para tener sexo, en el fondo, puede ser una "fachada". Muchos HJSH van a la búsqueda de experimentar momentos de intimidad y cercanía emocional con la pareja sexual que los puede llevar a tener PASC. Los programas de prevención deberían tomar en cuenta estos aspectos si se piensa realizar intervenciones efectivas dirigidas a los HJSH.

### MESA REDONDA MR.7.3

**Investigación comunitaria para el diagnóstico temprano**

**Luis de la Fuente, María José Belza y Juan Hoyos.**

Centro Nacional de Epidemiología y Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

Prácticamente uno de cada dos nuevos diagnósticos de VIH realizados en España se diagnostican en personas que ya deberían estar en tratamiento y algo similar sucede en los países de nuestro entorno. Por esta razón, en los países desarrollados el diagnóstico precoz se ha convertido en uno de las estrategias prioritarias de los programas de prevención y asistencia a esta infección: es clave para incrementar la calidad de vida y la supervivencia de los infectados y fundamental para controlar la difusión de la infección.

Los Estados Unidos decidieron en septiembre de 2006 plantear un cambio radical en su estrategia de a quien y cómo realizar la prueba del VIH recomendando que se hiciera a todas las personas de 13-64 años que acudían a cualquier tipo de servicio de salud y sin necesidad de un consentimiento expreso. Esta estrategia lógicamente ha generado debate, pero ha supuesto un punto de inflexión. La OMS y el ECDC, sin embargo, han reconocido que el diagnóstico precoz constituye una de las estrategias prioritarias en los programas de prevención de la transmisión de la infección, han enfatizado que deben diseñarse programas de una dimensión acordes con la magnitud del problema que sean capaces de atraer a las poblaciones más vulnerables, y especialmente a aquéllas con un mayor porcentaje de personas que desconocen su estado serológico, han discutido sobre la estrategia americana de cribado universal en la población general que acude a los servicios de salud, y pensado en posibles beneficios e inconvenientes. La OMS ha recomendado que no se exija consentimiento escrito y la estrategia opt-out pero restringiendo el cribado universal a los países de epidemias generalizadas, limitándose en el resto a quienes presentan condiciones comportamentales o patologías relacionadas con el VIH o algunos servicios de salud orientados a



poblaciones de especial riesgo (clínicas de ITS, servicios para personas que ejercen la prostitución, etc). En España, la situación es similar a la de los países europeos: la promoción de la prueba y el diagnóstico precoz constituyen uno de los diez objetivos prioritarios del vigente "Plan Multisectorial frente a la infección por el VIH y el SIDA 2008-2012 en España"(20), pero tampoco se ha implementado ninguna estrategia original.

Aunque en nuestro país la prueba del VIH está disponible de forma gratuita en todos los niveles de la sanidad pública, en algunas ciudades además existen centros especializados en su diagnóstico que ofertan la posibilidad de hacérsela de manera anónima y sin cita previa, y cuatro de cada diez españoles se han realizado alguna vez la prueba, todavía hay mucho margen para fomentar y diversificar los programas orientados a promover el diagnóstico precoz del VIH. Los programas de fomento de la prueba que emplean pruebas de detección rápida de la infección por el VIH son una de las estrategias que más se han extendido en los últimos años. Estos programas además funcionan en entornos no clínicos, buscando complementar la actividad de los centros sanitarios tradicionales de diagnóstico.

Ahora bien, la investigación científica en todo este ámbito tiene todavía un amplio campo de desarrollo en nuestro país. Gran parte de las decisiones sobre desarrollo de los programas se sustentan en la evidencia empírica obtenida en contextos epidemiológicos, sociales y de organización y acceso a los servicios de salud tan diferentes al nuestro que no garantizan su aplicabilidad en nuestro medio.

Así, por ejemplo, sabemos muy poco sobre los lugares en los que cada uno de los colectivos más vulnerables prefieren hacerse la prueba, sobre los factores que pueden facilitar el diagnóstico precoz o sobre aquéllos que constituyen en la práctica auténticas barreras que lo obstaculizan en cada una de las subpoblaciones concretas. Llevamos cinco años de desarrollo de los programas de test rápidos en entornos no clínicos, pero no hemos cuantificado el impacto en diagnóstico precoz y en inicio de seguimiento médico conseguido en cada una de las principales poblaciones vulnerables y en el conjunto de los diagnósticos realizados en España. No se han analizado las fortalezas y los factores limitantes de la efectividad y sostenibilidad de dichos programas y de su integración en el conjunto de las intervenciones preventivo-asistenciales. Igualmente, tampoco se ha estimado el impacto potencial que podrían tener algunos programas o conjunto de programas en su formato actual o bajo otras condiciones teóricas que pudieran optimizar su funcionamiento y contribuir de forma significativa a reducciones relevantes del porcentaje de nuevos diagnósticos que presentan retraso en el conjunto de España. Así mismo, está por analizar la factibilidad y el rol que podría jugar el autotest para incrementar la frecuencia en la realización de la prueba en algunas poblaciones, como aquéllas con alto riesgo de infección, elevado nivel educativo y alto nivel de conocimientos sobre el tema. También se ha analizado muy poco en nuestro país el papel que podrían jugar las técnicas de muestreo o captación activa en cadena o bola de nieve, de personas potencialmente infectadas (incluso incluyendo incentivos económicos) en una primera fase de programas que podríamos denominar de esfuerzo intenso para reducir drásticamente el número de personas que desconocen que están infectadas hasta niveles aceptables.

Todos estos aspectos y algunos otros que señalaremos en la presentación en el congreso se abordan mejor desde la investigación comunitaria que desde la investigación basada en servicios de salud o, cuando menos su estudio a nivel comunitario proporciona una perspectiva diferente y complementaria. Este tipo de investigación exige la coo-

peración entre organizaciones sociales que intervienen de forma continuada con las poblaciones vulnerable e investigadores del ámbito sociosanitario. Los primeros tienen un conocimiento profundo de los procesos de interacción social en los que se producen las conductas de riesgo y un acceso privilegiado a dichas poblaciones. Como consecuencia, suelen poseer también hipótesis de trabajo muy relevantes que ayudan a enfocar adecuadamente los estudios y experiencia práctica para seleccionar aquéllas que tienen un mayor potencial de transferencia a la intervención preventiva. Sin embargo, suelen carecer de formación especializada en metodología de investigación y sus energías se enfocan a la intervención. Los investigadores, por el contrario, poseen dicha formación metodológica para el diseño y análisis de estudios así como de las exigencias que las agencias de investigación plantean para la financiación de proyectos. Por ello, la cooperación entre ambos sectores es la forma más eficiente para que los recursos que la sociedad destina a investigación se traduzcan con rapidez en intervenciones que reduzcan el número de sus miembros que desconocen que están infectados. Se mostrarán algunos ejemplos de proyectos ya en marcha en el campo.

#### MESA REDONDA MR8.1

¿Cómo podemos frenar la transmisión del VIH? "Las grandes líneas de la prevención en España."

**Olivia Castillo**

Plan Nacional sobre el Sida. Madrid

Teniendo en cuenta la estructura del territorio español, la Administración General del Estado ostenta la competencia exclusiva sobre las bases y la coordinación general de sanidad y las Comunidades Autónomas la gestión y planificación de las políticas de salud pública. Así, la influencia del gobierno en las políticas de prevención frente al VIH y al sida, se plasman a través de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, mediante un trabajo de coordinación, supervisión y apoyo, que centra sus estrategias frente a la epidemia a través de Planes Multisectoriales consensuados. En la actualidad está vigente el Plan para el quinquenio 2008-2012, que, como en planes anteriores, está orientado por la visión de impulsar, reunir y armonizar las actividades sectoriales de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales dirigidas coordinadamente a detener la propagación de la infección por VIH y a velar por la calidad de los servicios sanitarios y sociales para las personas con VIH. Asimismo, pretende desempeñar un papel importante en la prevención de las nuevas infecciones, y en la búsqueda de la máxima calidad y esperanza de vida para las personas con VIH.

Así, la Prevención en España se asienta sobre los siguientes aspectos:

- Coordinación Autonómica y Multisectorial: con la realización de los Planes Conjuntos de Trabajo en base a las áreas prioritarias consensuadas y aprobadas en la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del Sida y que se sustenta en la transferencia de fondos para la realización de las actividades seleccionadas por cada Comunidad Autónoma, de régimen hacendístico común, en función del comportamiento de la epidemia en sus territorios y en base a una cuantía mínima, la relación de casos de sida y la población.



- Programa de ayudas económicas a entidades sin ánimo de lucro de ámbito estatal, con dos líneas de financiación.

Desde la Secretaría General de Política Social y Consumo, para la realización de programas de cooperación y voluntariado social con cargo al IRPF, que entre sus programas prioritarios se encuentran los dirigidos a personas afectadas de sida:

- Creación y mantenimiento de casas de acogida.
- Creación y mantenimiento de alojamientos o pisos de inserción social.
- Programas de apoyo a pacientes y familias por personas afectadas por VIH.

Desde la Secretaría General de Sanidad, para actividades de prevención y control de la infección por VIH y el sida desarrollados por entidades sin ánimo de lucro de ámbito estatal.

-Intervenciones específicas y prioritarias en base a los datos epidemiológicos:

Población General: principalmente mediante la realización de las Campañas del Día Mundial del Sida, bajo el lema desde el año 2005 de "Detén el Sida. Mantén la promesa" juntamente con "World Aids Campaign". Es de destacar que este año por primera vez se han consensado los objetivos de la campaña con las Comunidades Autónomas con el fin de unificar el mensaje.

Hombres que tiene relaciones sexuales con hombres: las líneas de prevención se consensúan con la sociedad civil a través de un grupo de trabajo. Igualmente este año han participado por primera vez las Comunidades Autónomas. El reto de estas campañas surge del contexto epidemiológico actual de la epidemia con un repunte en la incidencia y la pérdida de la percepción sobre el riesgo de infección por VIH. En este colectivo se ha iniciado el uso de nuevas tecnologías para la difusión de las campañas con prometedores resultados que se van consolidando.

Personas que se inyectan drogas: la disminución del número de infecciones en esta población es una muestra de la eficacia de las políticas de reducción de daños, sin embargo se deben consolidar las intervenciones que faciliten una inyección limpia y sexo más seguro.

Personas que ejercen la prostitución y sus clientes: Existen importante diferencias entre la prevalencia de VIH si se trata de mujeres (<1%) u hombres o mujeres transexuales (>10%). Las actividades de prevención deben basarse en la reducción del riesgo en las prácticas sexuales, favorecer el autocuidado y la concienciación del cliente.

Inmigrantes: la prevención en este colectivo deberá tener en cuenta su diversidad y su situación desde una perspectiva intercultural. Entre las líneas prioritarias podemos destacar: la promoción y la adopción de relaciones sexuales más seguras, aumentar los conocimientos en VIH de la población inmigrante y promocionar la existencia de redes sociales de apoyo a personas que viven con el VIH.

Jóvenes y adolescentes: las acciones de prevención en este grupo se canalizan fundamentalmente a través del Sistema educativo, incorporando la salud sexual en el currículo académico y a través de convenios con el Consejo de la Juventud de España, como base de acercamiento a través de la educación no formal. Introduciendo acciones para la prevención y la reducción de los riesgos sexuales frente al VIH y otras ETS y prevención del uso recreativo de drogas

Mujeres: Factores biológicos, socio-económicos y culturales hacen a las mujeres

más vulnerables a la infección por VIH. La prevención en este colectivo tiene por objetivo reducir los obstáculos de los condicionantes de género, con la introducción de mensajes que aumenten su capacidad de percibir el riesgo de infección y ofrecer estrategias de empoderamiento respecto a la sexualidad, que permitan su autocuidado.

Prisiones: las Acciones de prevención en los internos de dirigen a un acceso fácil y discreto a los instrumentos de prevención y reducción de daños. Se vehiculizan a través de un Acuerdo Interdepartamental con la Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

Medio sanitario: las intervenciones se centran en estos ejes:

- Sensibilización de los profesionales sanitarios y su implicación en la promoción de conductas sexuales más seguras y la normalización de la oferta de la prueba.
- Prevención de la transmisión vertical del VIH, reforzando la capacidad de decisión de la madre mediante la información, la educación y el counselling. La realización de la prueba y la reducción de la carga viral plasmática en caso de estar infectada por el VIH.
- Transmisión en el medio laboral mediante la formación e información de los trabajadores sanitarios y la profilaxis post-exposición.
- Profilaxis post-exposición no ocupacional: que sólo debe ser aconsejada en personas con una exposición de riesgo esporádica y excepcional.
- Prevención positiva: se centra en la protección de la salud sexual, evitar nuevas ITS, el diagnóstico precoz de la infección, retrasar la progresión de la enfermedad y evitar la transmisión.

Nos enfrentamos a muchos retos, tales como el cansancio en la prevención, el repunte de la incidencia en determinadas poblaciones, el retraso en el diagnóstico que impide acceder al tratamiento y prevenir nuevas infecciones o la competencia de otras prioridades para la inversión. Lo que nos lleva a concluir con ONUSIDA, que los programas de prevención no alcanzarán su eficacia máxima a menos que estén respaldados por iniciativas eficaces que traten los factores sociales que aumentan el riesgo y la vulnerabilidad, como la desigualdad entre sexos, la discriminación y el estigma relacionados con el VIH y la marginación social de las poblaciones más expuestas al VIH.

Para alcanzar una Prevención Altamente Efectiva es fundamental poner el acento en la justicia social, el respeto a los derechos humanos, fomentar la participación de la sociedad en su conjunto, poner los esfuerzos allí donde más se necesitan, es decir, en cubrir las necesidades de los grupos más vulnerables, buscar sinergias con otros problemas de salud y potenciar las actuaciones del sistema sanitario público. Esto solo será posible con el liderazgo del Plan Nacional sobre el Sida, la cooperación con las Comunidades Autónomas y la participación de la Sociedad Civil.



**MESA REDONDA MR8.2**

Prevención de la infección por VIH en el ámbito de los usuarios de drogas.

**Mª Pilar Bermejo Gonzalez**

Directora UMAD (Unidad Municipal de Atención a Drogodependientes) del Ayuntamiento de Santiago de Compostela

Entre los distintos problemas de salud asociados al consumo inyectado de drogas ilegales y las conductas sexuales de riesgo, las enfermedades por infección del virus de la hepatitis B (VHB), e de la inmunodeficiencia humana (VIH), constituyen, junto con la sobredosis de drogas, las Fuentes más importantes de morbilidad y mortalidad en la población drogodependiente.

El primer caso de SIDA diagnosticado en Galicia data del año 1984, (un varón que consumía drogas por vía parenteral). A partir de esta fecha el número de casos aumenta, y se incorporan nuevas vías de transmisión, apareciendo los primeros casos en varones homo o bisexuales.

Según las notificaciones recibidas hasta el 31 diciembre de 2007 en el Registro Nacional de Casos de Sida, se estima que en el año 2007 se diagnosticaron en España 1.464 casos de Sida. Tras alcanzar su cénit a mediados de la década de los 90, el número de casos notificados de sida experimentaron un progresivo declive, de forma que los notificados en el año 2007 supone un descenso del 78% respecto a los notificados en 1996, año previo a la generalización de los tratamientos antirretrovirales de gran actividad.

Con respecto a 2006, en el año 2007 se evidenció un descenso de el 16,3% en el número de casos entre los varones y un porcentaje algo mayor, 18,7%, entre las mujeres.

Por otro lado el grupo de usuarios o ex-usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) sigue siendo el más frecuente, manteniéndose la tendencia descendiente iniciada años atrás observándose una disminución en el número de casos diagnosticados de el 15%. Asimismo bajaron en relación al mismo periodo los casos atribuidos a la infección por relaciones sexuales no protegidas: 20% en el caso de la transmisión heterosexual y 23% en la transmisión por las relaciones sexuales entre hombres

A pesar del marcado descenso de la incidencia de sida en España desde la extensión de los nuevos tratamientos antirretrovirales, España sigue siendo uno de los países con mayor incidencia de sida en Europa Occidental. Para mantener la tendencia decreciente, además de reforzar las medidas de prevención, es necesario potenciar las intervenciones destinadas a promover la prueba de VIH, o el consejo y o diagnóstico precoz de la infección en personas que tuvieron prácticas de riesgo.

Frente a la importancia de la transmisión parenteral y sexual de VIH entre los usuarios de drogas, se plantea como necesario que los servicios de atención a drogodependientes se incrementen y se enmarquen en un modelo teórico las intervenciones educativas necesarias para la modificación de las prácticas de consumo y comportamiento sexual.

El modelo teórico que dirige nuestras intervenciones es la Educación para la Salud... Este modelo tiene como objetivo que los programas de prevención del VIH deben orientarse no sólo a transmitir informaciones, sino a cambiar actitudes y comportamientos no saludables. Por lo tanto, la Educación para la Salud es la herramienta clave de las políticas sanitarias, EL objetivo principal de la Educación para la Salud es facilitar los cambios de conducta de

manera voluntaria tanto en los individuos como en los grupos y colectivos (planificadores, responsables, técnicos, población en general). Como en todos aquellos determinantes que influyen en la salud.

Las intervenciones dirigidas desde la Educación para la Salud, en la UMAD (Unidad Municipal de Atención a Drogodependientes) del Ayuntamiento de Santiago de Compostela para usuarios de drogas van en dos direcciones:

1. Programas de Mantenimiento con Metadona
2. Programas de reducción del daño (Programas Intercambio Jeringuillas, Distribución preservativos, acciones EpS, Talleres de sexo seguro e inyección sin riesgo,...)

**MESA REDONDA MR8.3**

Programa Cuidate: prevención de ITS y VIH/SIDA en hombres que tienen sexo con hombres

**Marco Imbert**

Asociación T4. Bilbao

La probabilidad de transmisión sexual en el colectivo de hombres que practican sexo con hombres, tanto de VIH como de otras Infecciones de transmisión sexual hace necesaria la aproximación específica a este colectivo. Durante el año 2008 se han realizado 3453 pruebas de detección de VIH, 33 han resultado positivos al VIH; de estas el 69.7% consecuencia de relaciones homosexuales desprotegidas.

En el País Vasco 199 nuevos diagnósticos de infección por VIH, 143 en hombres de los cuales 31.2% corresponde a hombres que tienen sexo con hombres.

Las prácticas sexuales actuales son realizadas en su mayoría sin preservativos, se argumenta que esto se debe a que ha disminuido la alarma social ante la posibilidad de infección por VIH.

PROYECTO CUIDATE 2009.

Se trata de un programa preventivo de acercamiento de carácter comunitario, se ofrecen en el lugar donde se reúnen las personas potencialmente beneficiarias de programas de prevención de salud. Para promover la utilización del preservativo en el colectivo de Hombres que tienen Sexo con Hombres.

Este proyecto se aplica a los hombres que han incorporado a su identidad el hecho de su Homosexualidad y a aquellos que en algún momento deciden mantener una práctica de sexo con otro hombre. Y cuenta con la colaboración de los propietarios y trabajadores de los espacios lúdicos en los que se desarrolla esta Campaña Cuidate.

Se trata de locales seleccionados en el Área metropolitana de Bilbao, y se califican en dos modalidades SAUNAS y BARES con Cuarto Oscuro. ( En Bilbao existen 6 locales: 3 Saunas y 3 Bares )

El objetivo principal de este programa es la prevención y formación: promoviendo el uso de material preventivo y fomentando la formación de los individuos en agentes de su propia salud. Se ha provisto de información sobre ITS y VIH a las personas responsables de los cuartos oscuros y saunas de Bizkaia.

Se ha realizado un trabajo de coordinación y trabajo continuo con otros agentes implicados: ONGs y Administración y responsables de los locales.

Se ha recogido información sobre el impacto y la utilización de material preventivo: Número



de preservativos distribuidos y residuos basura.

Se realizó una evaluación de las prácticas realizadas por los usuarios de saunas y uso de preservativos en dichas prácticas. Dicha evaluación se realizó en 50 personas en dos semestres diferentes.

A su vez se realizó una evaluación del grado de satisfacción con el programa por encargados de Saunas.

Esto nos ha permitido analizar las prácticas de riesgo, teniendo en cuenta que el 92% de los clientes de Saunas practica sexo oral, el riesgo de transmisión es alto, ya que el 24% de ellos lo realiza sin preservativo y un 34% siempre lo utiliza.

En la penetración anal la utilización de preservativo es de un 88%, un 10% no siempre se realiza con preservativo. Un 4% de las prácticas de penetración se realiza sin preservativo.

En base a los resultados obtenidos con este proyecto se concluye la necesidad de seguir informando e interviniendo de forma directa en estos espacios con el único objetivo de dar una correcta información de las ITS y VIH.

# Mesas Debate



**MESA DEBATE MD1.1****El Paciente seropositivo crónico en la actualidad****José Antonio Iribarren**

Hospital Donostia, San Sebastián

Con la aparición de nuevos fármacos y, aproximadamente desde 2007, se ha conseguido que, incluso en los pacientes que albergan virus multirresistentes, con una adecuada selección de fármacos y, siempre y cuando los pacientes sean adherentes al mismo, se puede obtener supresión viral: así, en la cohorte de British Columbia, en Canadá, la proporción de pacientes que consiguen, en tratamiento antirretroviral, carga viral indetectable, ha pasado de 64% en el año 2000 a 87% en el 2008(1). En nuestra propia experiencia (2) la tasa de fracaso virológico en nuestra cohorte, definida por la proporción de pacientes con carga viral > 1000 copias/ml en pacientes que llevan 9 ó más meses en tratamiento antirretroviral, ha pasado de 8,7% en 2004 a 3,1% en 2010.

Traducido a variables más "duras" (mortalidad, años de vida ganados), el progreso con el desarrollo de tratamientos antirretrovirales ha sido de tal magnitud, que ya en 2006 se estimaba que estos tratamientos habían permitido una ganancia de más de 3 millones de años de vida en Estados Unidos(3) y la propia ONUSIDA estimaba en 2008 en más de 7 millones de años de vida ganados y casi 3 en África Subsahariana(4).

Estos datos, se han comprobado también en varios estudios de cohortes. Así, Lhose y cols en un estudio realizado en una cohorte danesa, estimaron que, para una persona infectada por VIH de 25 años de edad, la esperanza de vida restante aumentó desde 8 años para un paciente del período 1995-1996, pasando por 23 años para los diagnosticados en el período 1997-98, hasta 33 años (39 para los no coinfectados por virus de hepatitis) para los diagnosticados en el período 2000-2005(5). Es decir, un paciente diagnosticado de infección por VIH, sin otras comorbilidades, en el período 2000-2005, tiene una esperanza de vida de 64 años (que puede ser similar a la de pacientes a los que, a la misma edad, se les diagnostica otra enfermedad crónica, como diabetes), frente a 76 de la población general. Datos más recientes, presentados en el último CROI sugieren que la esperanza de vida es aún mayor y casi igual a la de la población general: en una cohorte holandesa (la cohorte ATHENA), se ha estimado que, para un paciente de 25 años, sin otras comorbilidades, diagnosticado de infección por VIH en 2009, su esperanza de vida es de 77,7 años, muy similar (78,1) a la de la población general holandesa de la misma edad(6). Datos procedentes de auténticas "maxicohortes" confirman estos datos y, de hecho, en COHERE (una colaboración de cohortes que incluye 80642 pacientes en seguimiento), la tasa de mortalidad, en algunos subgrupos de pacientes infectados llega a ser la misma que la de la población general. Así, los varones no UDVP con CD4 > 500/μl durante al menos 3 años, tienen una tasa de mortalidad de 1, respecto a varones de la misma edad no UDVP. Esta tasa es mayor en UDVP (4,5; pero incluso en esta población si los CD4 están por encima de 500/μl de forma mantenida desciende a 3) y mujeres (2,2; 1,5 si se excluyen las UDVP) y, lógicamente, aumenta de forma proporcional al grado de inmunodepresión (desde 1,5 por encima de 500/μl; 1,8 entre 350 y 500/μl; 3 entre 200 y 350/μl y 13,4 por debajo de 200/μl(7)).

En nuestra propia cohorte y, medido de otra forma, se corroboran estos datos y, si bien la mortalidad global en la cohorte está, en los últimos años, en torno a 1,5% anual (frente a

más de 10% en los años "de plomo"), la posibilidad de morir de sida estando en TAR y en seguimiento adecuado es de un 0,4 por mil pacientes/año (datos no publicados). Algo similar ocurre en otras cohortes, en que, entre las causas de muerte, son más frecuentes las no relacionadas directamente con el VIH(8). Es de reseñar también que, en cualquier caso, el riesgo de muerte de causas no directamente relacionadas con VIH es mayor en pacientes sin tratamiento antirretroviral(9;10).

Viendo estos datos, podría parecer que no hay problemas y que, con un diagnóstico precoz y un seguimiento y tratamiento adecuados, tendríamos solucionado el tema. La realidad, sin embargo, es mucho más compleja(11) por varias razones:

- 1) El diagnóstico tardío. Supone un importante problema que afecta a más del 40% de los nuevos pacientes diagnosticados, comportando una mayor mortalidad y sin que haya mejorado en los últimos años(12).
- 2) El aumento continuo de las nuevas infecciones por VIH, que afectan especialmente a algunos grupos poblacionales, como los inmigrantes de algunos países y, especialmente, el aumento de la transmisión en el colectivo homosexual, que requerirá, probablemente, aproximaciones específicas en las campañas de prevención(13;14).
- 3) Una proporción importante de nuestros pacientes está coinfectado por VHC. Aunque en algunos casos es posible curar la hepatitis C, con más frecuencia, o no se puede tratar, o el tratamiento no es efectivo. Así, una proporción importante de nuestros pacientes coinfectados (en torno a 25%) presentan datos sugestivos de cirrosis hepática con las consecuencias de morbimortalidad y, en su caso, necesidad de trasplante que comportan(15).
- 4) A pesar de la eficacia del tratamiento medido por supervivencia e infecciones oportunistas, el TAR, por un lado, no restaura del todo el sistema inmune y, por otro, la infección por VIH genera un estado "proinflamatorio"(16) que, asociado a otros factores ambientales conlleva un riesgo mayor de eventos cardiovasculares(17), (se ha estimado en que estar infectado por VIH equivaldrá a ser fumador o tener 5-10 años más(18)) así, como probablemente de otro tipo: especialmente, desarrollo de neoplasias, renales, redistribución de grasa...(19-21) Se está especulando también (y hay algunos datos que lo sugieren) con otro tipo de riesgos: osteopenia/osteoporosis(22-24); senescencia más precoz(25), deterioro cognitivo(26).... Aunque, sin ningún género de dudas, algunas de estas comorbilidades son absolutamente reales, al menos en alguna o algunas de ellas, hay una cierta influencia, al igual que ocurre en la población general, de la "medicalización" de la sociedad. En cualquier caso, es importante reconocer, como ya se ha comentado antes, que la mayoría de los eventos no relacionados con VIH, ocurren con menor frecuencia en pacientes en los que el virus está controlado(9;10;27-29).
- 5) Algunos pacientes tienen importantes dificultades tanto en el cumplimiento del tratamiento como para realizar un seguimiento adecuado en la consulta. Tanto los pacientes no adherentes al tratamiento, como aquellos que se "pierden" en consulta, aunque luego aparezcan tienen un riesgo claramente mayor de mortalidad(30-33) y constituyen una población especialmente vulnerable que precisa una aproximación específica(34).

Teniendo en cuenta todo lo dicho anteriormente, podemos observar que los pacientes infectados por VIH que acuden a consulta constituyen un grupo relativamente heterogéneo de pacientes, aunque clasificables en varios subgrupos, pudiendo transitar, al menos en algunos





casos, entre varios de estos subgrupos a lo largo del tiempo. Estos subgrupos podrían ser:

- Una proporción importante (en torno a 50-60%) de pacientes no coinfectados por virus de hepatitis, con buen control de la infección por VIH. Este subgrupo de pacientes se podría a su vez dividir en:

- Sin comorbilidades asociadas.
  - Con una o varias comorbilidades (siendo muy relevante el tabaquismo y la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular).
- Un grupo de pacientes coinfectados por virus de hepatitis, que no han respondido a los tratamientos antiVHC actualmente disponibles, que podrían, a su vez, presentar o no otras comorbilidades asociadas.
  - Un subgrupo pequeño pero significativo de pacientes especialmente vulnerables, bien por estar severamente inmunodeprimidos (<10% pacientes, con frecuencia provenientes de diagnósticos tardíos o por problemática psicosocial con dificultades en adherencia.

Ha llegado probablemente el momento de "repensar", una vez más, como ya nos ha ocurrido en otros momentos de la historia del sida cómo vamos a hacer (quien, cómo, en qué niveles asistenciales,...) para adecuar la atención a estas nuevas necesidades que han ido surgiendo.

#### Bibliografía

- Gill VS, Lima VD, Zhang W, Wynhoven B, Yip B, Hogg RS et al. Improved virological outcomes in British Columbia concomitant with decreasing incidence of HIV type 1 drug resistance detection. *Clin Infect Dis* 2010; 50(1):98-105.
- Iribarren JA, Aramburu MJ, Sarasqueta C, Rodríguez-Arondo F, Arrizabalaga J, Von Wichmann MA et al. Eficacia del tratamiento antirretroviral en condiciones de práctica clínica: evolución (2004-2010) en una cohorte hospitalaria. XIV Congreso de la SEIMC Barcelona, 19-22 de mayo 2010, Abstract 150.  
Ref Type: Abstract
- Vermund SH. Millions of life-years saved with potent antiretroviral drugs in the United States: a celebration, with challenges. *J Infect Dis* 2006; 194(1):1-5.
- UNAIDS. AIDS Epidemic Update 2009. WHO <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2009/default.asp>. 2009.  
Ref Type: Generic
- Lohse N, Hansen AB, Gerstoft J, Obel N. Improved survival in HIV-infected persons: consequences and perspectives. *J Antimicrob Chemother* 2007; 60(3):461-463.
- van Sighem A, Gras L, Reiss P, Brinkman K, de Wolf F, and ATHENA Natl Observational Cohort Study. Life Expectancy of Recently Diagnosed Asymptomatic HIV-infected Patients Approaches that of Uninfected Individuals. 17th CROI, San Francisco, February 16-19. 2010.  
Ref Type: Generic
- Lewden C, and the Mortality Working Group of COHERE. Time with CD4 Cell Count above 500 cells/mm<sup>3</sup> Allows HIV-infected Men, but Not Women, to Reach Similar Mortality Rates to Those of the General Population: A 7-year Analysis. 17th CROI, San Francisco, February 16-19. 2010.  
Ref Type: Generic
- Lewden C, May T, Rosenthal E, Burty C, Bonnet F, Costagliola D et al. Changes in causes of death among adults infected by HIV between 2000 and 2005: The "Mortalite 2000 and 2005" surveys (ANRS EN19 and Mortavic). *J Acquir Immune Defic Syndr* 2008; 48(5):590-598.
- Phillips AN, Neaton J, Lundgren JD. The role of HIV in serious diseases other than AIDS. *AIDS* 2008; 22(18):2409-2418.
- Marin B, Thiebaut R, Bucher HC, Rondeau V, Costagliola D, Dorrucchi M et al. Non-AIDS-defining deaths and immunodeficiency in the era of combination antiretroviral therapy. *AIDS* 2009; 23(13):1743-1753.
- Iribarren JA, Gonzalez-Garcia J. [Hospital admissions and mortality in AIDS patients in the HAART era. Where are we heading?]. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2004; 22(3):129-132.
- Sobrinho-Vegas P, Garcia-San Miguel L, Caro-Murillo AM, Miro JM, Viciano P, Tural C et al. Delayed diagnosis of HIV infection in a multicenter cohort: prevalence, risk factors, response to HAART and impact on mortality. *Curr HIV Res*

2009; 7(2):224-230.

- Caro-Murillo AM, Castilla CJ, del A, V. [Epidemiology of HIV infection in immigrants in Spain: information sources, characteristics, magnitude and tendencies]. *Gac Sanit* 2010; 24(1):81-88.
- Caro-Murillo AM, Gil LA, Navarro RG, Leal NM, Blanco R, Jr. [HIV infection in different age groups: Potential implications for prevention. CoRIS Cohort, Spain, 2004-2008.]. *Med Clin (Barc)* 2010.
- Gonzalez-Garcia JJ, Mahillo B, Hernandez S, Pacheco R, Diz S, Garcia P et al. [Prevalences of hepatitis virus coinfection and indications for chronic hepatitis C virus treatment and liver transplantation in Spanish HIV-infected patients. The GESIDA 29/02 and FIPSE 12185/01 Multicenter Study.]. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2005; 23(6):340-348.
- Hunt PW, Martin JN, Sinclair E, Bredt B, Hagos E, Lampiris H et al. T cell activation is associated with lower CD4+ T cell gains in human immunodeficiency virus-infected patients with sustained viral suppression during antiretroviral therapy. *J Infect Dis* 2003; 187(10):1534-1543.
- Currier JS, Lundgren JD, Carr A, Klein D, Sabin CA, Sax PE et al. Epidemiological evidence for cardiovascular disease in HIV-infected patients and relationship to highly active antiretroviral therapy. *Circulation* 2008; 118(2):e29-e35.
- Grunfeld C, Delaney JA, Wanke C, Currier JS, Scherzer R, Biggs ML et al. Preclinical atherosclerosis due to HIV infection: carotid intima-medial thickness measurements from the FRAM study. *AIDS* 2009; 23(14):1841-1849.
- Grinspoon S, Carr A. Cardiovascular risk and body-fat abnormalities in HIV-infected adults. *N Engl J Med* 2005; 352(1):48-62.
- Burgi A, Brodine S, Wegner S, Milazzo M, Wallace MR, Spooner K et al. Incidence and risk factors for the occurrence of non-AIDS-defining cancers among human immunodeficiency virus-infected individuals. *Cancer* 2005; 104(7):1505-1511.
- Prosperi MC, Cozzi-Lepri A, Castagna A, Mussini C, Murri R, Giacometti A et al. Incidence of malignancies in HIV-infected patients and prognostic role of current CD4 cell count: evidence from a large Italian cohort study. *Clin Infect Dis* 2010; 50(9):1316-1321.
- Cazanave C, Dupon M, Lavignolle-Aurillac V, Barthe N, Lawson-Ayayi S, Mehnen N et al. Reduced bone mineral density in HIV-infected patients: prevalence and associated factors. *AIDS* 2008; 22(3):395-402.
- Grund B, Peng G, Gibert CL, Hoy JF, Isaksson RL, Shlay JC et al. Continuous antiretroviral therapy decreases bone mineral density. *AIDS* 2009; 23(12):1519-1529.
- Triant VA, Brown TT, Lee H, Grinspoon SK. Fracture prevalence among human immunodeficiency virus (HIV)-infected versus non-HIV-infected patients in a large U.S. healthcare system. *J Clin Endocrinol Metab* 2008; 93(9):3499-3504.
- Effros RB, Fletcher CV, Gebo K, Halter JB, Hazzard WR, Horne FM et al. Aging and infectious diseases: workshop on HIV infection and aging: what is known and future research directions. *Clin Infect Dis* 2008; 47(4):542-553.
- Letendre S, Fitzsimons C, Ellis RJ, Clifford D, Collier A, Gelman B et al. Correlates of CSF Viral Loads in 1221 Volunteers of the CHARTER Cohort. 17th CROI, San Francisco, February, 16-19. 2010.  
Ref Type: Generic
- Torriani FJ, Komarow L, Parker RA, Cotter BR, Currier JS, Dube MP et al. Endothelial function in human immunodeficiency virus-infected antiretroviral-naive subjects before and after starting potent antiretroviral therapy: The ACTG (AIDS Clinical Trials Group) Study 5152s. *J Am Coll Cardiol* 2008; 52(7):569-576.
- Baker JV, Peng G, Rapkin J, Abrams DI, Silverberg MJ, MacArthur RD et al. CD4+ count and risk of non-AIDS diseases following initial treatment for HIV infection. *AIDS* 2008; 22(7):841-848.
- Ferry T, Raffi F, Collin-Filleul F, Dupon M, Dellamonica P, Waldner A et al. Uncontrolled viral replication as a risk factor for non-AIDS severe clinical events in HIV-infected patients on long-term antiretroviral therapy: APROCO/COPILOTE (ANRS C08) cohort study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2009; 51(4):407-415.
- Lima VD, Harrigan R, Bangsberg DR, Hogg RS, Gross R, Yip B et al. The combined effect of modern highly active antiretroviral therapy regimens and adherence on mortality over time. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2009; 50(5):529-536.
- Mugavero MJ, Lin HY, Willig JH, Westfall AO, Ulett KB, Routman JS et al. Missed visits and mortality among patients establishing initial outpatient HIV treatment. *Clin Infect Dis* 2009; 48(2):248-256.
- Ndiaye B, Ould-Kaci K, Salleron J, Bataille P, Bonnevie F, Cochoinat K et al. Characteristics of and outcomes in HIV-infected patients who return to care after loss to follow-up. *AIDS* 2009; 23(13):1786-1789.
- Keiser O, Spycher B, Rauch A, Glass T, Ledergerber B, Calmy A et al. Mortality and Loss to Follow-up by Socio-behavioral Group in Patients Starting ART in the Swiss HIV Cohort Study. 17th CROI, San Francisco, February 16-19. 2010.  
Ref Type: Generic
- Horstmann E, Brown J, Islam F, Buck J, Agins BD. Retaining HIV-infected patients in care: Where are we? Where do we go from here? *Clin Infect Dis* 2010; 50(5):752-761.



**MESA DEBATE MD1.2**

Nuevas estrategias en la atención al paciente seroposito crónico. "El hospital VIHrtual"

**Felipe García**

Hospital Clinic. Barcelona

Gracias a la disponibilidad de los nuevos tratamientos antirretrovirales, la infección por VIH ha pasado a ser una enfermedad crónica, aunque es imposible su curación. Actualmente, los pacientes controlados correctamente pueden tener una vida normal con un control médico y, en muchos casos, una medicación adecuada. Sin embargo, incluso en los pacientes estables el manejo es complejo, precisándose un personal altamente cualificado. La complejidad viene derivada de diversos factores:

- La propia infección: es una infección que requiere un control cercano con 4-6 visitas al año. En estas visitas se hace un control clínico y analítico (viroológico, inmunitario, general).
- La medicación: se requiere un alto grado de adherencia (mayor al 95%) a una medicación compleja, con frecuentes efectos secundarios y problemas de tolerancia.
- Problemas psicológicos y sociales: es una infección que significa un problema importante para el paciente desde el punto de vista de sus relaciones personales (vida sexual, manejo diario, trabajo) y conlleva una sobrecarga psicológica importante.

Todas estas características inducen a pensar que una mayor participación de los pacientes en su enfermedad signifique un mejor control y una mejora en la calidad de vida. En este campo la educación sanitaria, el acceso fácil de los pacientes a la consulta de dudas diarias, la participación del paciente en la toma de decisiones conllevará con mucha probabilidad un mejor control del paciente.

Actualmente, la telemedicina puede ayudar a un mejor control de los pacientes. La telemedicina es una herramienta que debería servir no para sustituir a la relación clásica médico-paciente (como se plantea en algunos sitios de hospitales únicamente virtuales), sino para mejorar esta relación, haciendo que el paciente participe en su propio control (como ya se hace con éxito en otras enfermedades crónicas como la diabetes). Esta mayor implicación del paciente en su enfermedad requiere una disponibilidad de información y autogestión que sólo la telemedicina nos puede ofrecer.

Muy probablemente esta implicación conlleve una mayor satisfacción del paciente, pero además debe conllevar un mejor control del mismo, asegurando las tomas de medicación, minimizando los efectos secundarios y, por último, implicando un ahorro económico importante tanto en gasto farmacéutico como de control del paciente.

El sistema de telemedicina (Hospital VIHrtual) puesto en marcha en Hospital Clínic de Barcelona proporciona los siguientes servicios a 200 pacientes infectados por VIH a través de Internet:

- Consultas virtuales: enfermería, médicas, el equipo de atención psicológica, equipo de atención social, farmacéutico. Son de 2 tipos: visita virtual concertada (mediante videoconferencia), consulta virtual esporádica (mediante mensaje electrónico).
- Gestión de la medicación: solicitud de medicamentos por parte del equipo médico a Farmacia y envío a domicilio. Notificación de cambios en la terapia. Se disponen de herramientas de monitorización del tratamiento (cumplimiento, efectos secundarios,...).
- Gestión de la información: disponibilidad de acceso ilimitado a una información elaborada

para pacientes sobre la enfermedad, medicamentos, efectos secundarios, posibilidades de futuro, ensayos clínicos, innovaciones, acceso a recursos de la zona, noticias...

- Gestión de la comunidad virtual: participación del paciente en una comunidad virtual con chat para compartir experiencias con otros enfermos. Asimismo, posibilidad de recibir y participar en charlas informativas periódicas con el equipo sanitario.

En un principio se realizó un estudio piloto con 91 pacientes cuyos resultados fueron altamente satisfactorios por parte de los usuarios, actualmente está en rutina clínica.

**MESA DEBATE MD1.3**

Nuevas estrategias en la atención al paciente seropositivo crónico. La visión del paciente.

**Diego García**

FEAT. Sevilla

Estos retos provienen por un lado del aumento de la esperanza de vida y por consiguiente del envejecimiento natural de las personas seropositivas.

Por otro proviene de las comorbilidades frecuentemente presentes en las personas seropositivas que hacen que padezcamos con mayor incidencia ciertas patologías que a su vez tienden a presentar un curso crónico o al menos de larga duración.

No hay que olvidar que además la propia infección por VIH y/o el tratamiento antirretroviral que debemos tomar de por vida influyen de forma directa en el desarrollo de ciertas enfermedades.

Todos estos factores contribuyen en gran medida a que las personas con VIH/SIDA frecuentemente presentemos cuadros complejos que requieren la intervención de diferentes especialistas.

Visitas a infectólogos, internistas, hepatólogos, endocrinos, oncólogos y cirujanos se han convertido en un día a día frecuente para muchas personas que conviven con el virus.

Este peregrinar por el sistema sanitario público español exige de la persona seropositiva una dedicación casi exclusiva a la gestión de su salud, llegando a interferir gravemente con su vida laboral y/o privada.

No hay que olvidar que sin el acompañamiento de estas personas por parte de personal especializado de ONGs, para muchas personas seropositivas la gestión de su salud resultaría también extremadamente complicada dado el alto nivel de burocracia, citas y centros sanitarios a los que acudir para recibir la atención sanitaria precisa.

Se muestra necesario arbitrar un amplio abanico de posibilidades, individualizando cada vez más la oferta sanitaria y salvaguardando siempre la libertad de elección de la persona, para poder ofrecer una asistencia de calidad con las menores interrupciones posibles en la vida cotidiana y laboral de la persona.

Es preciso también afianzar y potenciar la labor de acompañamiento y asesoramiento que hacemos desde las ONGs dotándonos de más personal y recursos para poder seguir ofertando, teniendo en cuenta la creciente demanda, los servicios de ayuda a la autogestión de la salud que ofrecemos a las personas con VIH/SIDA.



# Sesiones Especiales



**SESIÓN ESPECIAL SE1**

Un nuevo escenario en la prevención del VIH en HSH

**Iván Zarzo Rosado**

Fundación Triángulo

Los casos de Sida en España han descendido considerablemente gracias a la incursión de los tratamientos antirretrovirales y a la disminución de los diagnósticos tardíos, especialmente entre los HSH. Esta tendencia descendente no es equiparable a los nuevos diagnósticos de infección por el VIH que prosiguen su aumento, especialmente entre los HSH.

Los nuevos diagnósticos de infección por el VIH (SINIVIH) a partir de los sistemas de notificación de 12 Comunidades Autónomas indican que dentro del grupo de usuarios o ex-usuarios de drogas inyectadas se observa un descenso progresivo en los últimos tiempos, tanto del número de casos diagnosticados como del porcentaje que supone esta categoría de transmisión sobre el global: de un 19,9% de los nuevos diagnósticos en 2004 (n= 297) a un 8,2% (n=112) en 2008. Esta tendencia descendente también se refleja en el número de casos de transmisión heterosexual: de 663 en 2004 (44,4% de los nuevos diagnósticos) a 553 (40,7%) en 2008.

Sin embargo dentro de los HSH se aprecia una tendencia ascendente entre los nuevos diagnósticos de infección por el VIH, tanto en españoles como en inmigrantes, que ha pasado del 28,8% de los nuevos diagnósticos en 2004 (n= 431) al 40,8% en 2008 (n= 555). Entre los hombres, la transmisión HSH supone más del 50% de los nuevos diagnósticos del VIH en 2008 en estas Comunidades Autónomas. En este informe se destaca que entre los hombres, el peso de la transmisión del VIH entre los HSH es mayor respecto a la que supone la heterosexual y su tendencia apunta a que seguirá aumentando en un futuro próximo.

En la actualidad a nivel estatal se estima que más del 10% de los Hombres que tienen sexo con otros Hombres (HSH) tienen están infectados por el VIH. Alcanzando 1 de cada 3 diagnósticos se debe a prácticas sexuales desprotegidas entre hombres.

Datos recientes del Centro Sanitario Sandoval, Madrid, una clínica de referencia para las ITS en España, indican que entre los 495 pacientes diagnosticados de infección por el VIH entre enero de 2007 y diciembre de 2008, el 92%<sup>1</sup> eran HSH y el 66% referían tener algún test VIH negativo previo<sup>2</sup>. Estos datos reflejan la elevada incidencia dentro del colectivo en la Comunidad de Madrid que requieren un profundo ejercicio de análisis y reflexión sobre las estrategias preventivas.

Siguiendo con el análisis de los nuevos diagnósticos de VIH en HSH del C.S.Sandoval el 41% eran inmigrantes, principalmente de Latinoamérica y el Caribe. La elevada proporción de nuevos diagnósticos de infección por el VIH entre HSH procedentes Latinoamérica y el Caribe representa una tendencia en aumento que motiva a la reflexión y a la necesidad de implementación de programas específicos que disminuyan los factores que inciden en su vulnerabilidad.

Estos datos nos sitúan en un nuevo escenario que requiere la adopción de respuestas innovadoras y de impacto entre la población diana. Nos hallamos antes diversas variables que influyen de manera transversal ante posibles prácticas de riesgo dentro de los HSH, entre ellas la aparente relajación y banalización del VIH, pudiendo facilitar no sólo el sexo desprotegido sino ideas preconcebidas e inciertas sobre lo que conlleva estar infectado por el VIH. Aunque sin embargo el estigma asociado al virus, el temor al rechazo y a la discriminación promueven la invisibilidad de los HSH con VIH actualmente.

Esta banalización social puede ser consecuencia de los avances médicos que han hecho del VIH en Europa una infección crónica, y reforzada por diferentes administraciones públicas que destierrando de sus agendas políticas el VIH.

El mito de la pareja estable y la confianza como apuestas seguras, los efectos causados por el consumo de drogas recreacionales, los contextos de determinados espacios a través de los cuales se contacta y/o mantienen relaciones sexuales, parecen influir de manera directa en la percepción del riesgo entre los HSH.

Poner freno a esta tendencia ascendente en la transmisión del VIH en HSH es un objetivo prioritario que requiere la implicación no sólo del movimiento asociativo sino de la administración pública, el sistema educativo y sanitario, el sector empresarial así como los medios de comunicación LGTB. Tenemos ante nosotros el reto de sensibilizar a los HSH de su elevada vulnerabilidad ante VIH evitando respuestas sancionadoras ligadas al estigma y la discriminación del colectivo.

Les invito por tanto a establecer un coloquio entre un grupo de profesionales en el campo de la prevención del VIH en HSH, les animo al diálogo y a la creatividad haciendo nuestra la cita de Albert Einstein "Sé creativo. Cuando todo parezca perdido, usa la imaginación. En los momentos de crisis, sólo la imaginación es más importante que el conocimiento."

<sup>1</sup> Valoración de los nuevos diagnósticos de VIH en España a partir de los sistemas de notificación de casos de las CC.AA. Periodo 2003-2008. Actualización a 30 de junio de 2009. Centro Nacional de Epidemiología. Ministerio de Sanidad y Política Social.

<sup>2</sup> "Significativo incremento de la incidencia de la transmisión del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres". Madrid 2000-2007. J. Del Romero et al. Primer congreso Nacional GESIDA. Po-25, Madrid. Octubre 2009.



# Conferencia VIH en España



**CONFERENCIA VIH CONF1.2**

Pruebas rápidas del VIH en entornos no clínicos.

**Ferran Pujol**

Projecte dels NOMS-Hispanosida. Barcelona

Actualmente, en la UE, aproximadamente un tercio de las personas que están infectadas por el VIH no lo saben. El diagnóstico precoz es fundamental para la salud de las personas infectadas y para evitar la expansión del VIH. La realización de la prueba del VIH acompañada de counseling constituye una oportunidad para las personas afectadas para acceder a los tratamientos y cuidados adecuados. La prueba y el counseling son también importantes en la prevención primaria y secundaria. Frente a un resultado negativo, un plan realista en reducción de conductas de alto riesgo ayudará a prevenir una infección futura, mientras que un resultado positivo permitirá trabajar posibles conductas de riesgo disminuyendo así la transmisión del virus. Otro motivo por el cual es importante el diagnóstico precoz es la evidencia de que el tratamiento antirretroviral reduce la carga viral de las personas infectadas y, en consecuencia, la cantidad de virus circulante entre la comunidad.

La realización de la prueba acompañada de counseling debe abordar las múltiples barreras existentes con la finalidad de incrementar la aceptación y acceso a la misma. Las políticas de la prueba del VIH deben basarse en la evidencia de resultados, reconociendo que el respeto y la protección de los derechos humanos y los principios éticos facilitarán la aceptación, la implementación y el éxito de dichas políticas dentro del contexto de la prevención del VIH en España.

La Comisión Europea establece como grupos prioritarios sobre los que actuar para obtener un mayor impacto sobre la epidemia a: i) Los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH), que en la actualidad constituyen el grupo de población en mayor riesgo en Europa occidental; ii) Los usuarios de drogas inyectadas; y iii) Los inmigrantes. Sin embargo no todas las poblaciones mencionadas reconocen siempre tener más riesgo de adquirir el VIH o no acceden a los sistemas sanitarios tradicionales. En este sentido, la oferta de la prueba del VIH en entornos comunitarios, como complemento al sistema sanitario, puede resultar muy efectiva, al superarse con mayor facilidad en estos centros las barreras de tipo cultural, lingüísticas, socioeconómicas, etc.

En 1995 surgen en Cataluña los primeros centros alternativos de detección del VIH con el objetivo de facilitar el acceso a las pruebas diagnósticas a las personas que por diversos factores (incluyendo su preferencia por realizarse la prueba de forma anónima) rehuyen la red sanitaria pública o se encuentran con barreras y/o dificultades para acceder a ella. En octubre de 2006, la organización Projecte dels NOMS-Hispanosida, a través de su centro de detección del VIH y otras ITS dirigido a HSH, BCN Checkpoint, y con la colaboración del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, puso en marcha por vez primera en España el uso a gran escala de la prueba rápida del VIH entre HSH. Previamente, BCN Checkpoint y otros cinco centros alternativos, conjuntamente con el Centro de Estudios Epidemiológicos sobre las ITS/VIH/SIDA de Catalunya (CEEISCAT), llevaron a cabo un estudio para comprobar el grado de aceptabilidad de este tipo de pruebas por parte de sus potenciales usuarios. El 93,2% de los participantes en el estudio consideró muy importante obtener los resultados de las pruebas de detección de forma inmediata y el 97,7% manifestó preferir realizarse la prueba en los centros alternativos. Un año después de la implementación de

la prueba rápida en los centros alternativos el CEEISCAT realizó otro estudio para valorar el impacto de la introducción de este tipo de cribajes rápidos. Entre los resultados se detectó un incremento global del 102,9% en el número de pruebas realizadas en los centros alternativos. En la actualidad, la prueba del VIH en entornos comunitarios es ofrecida por diversas ONG en algunas comunidades autónomas del Estado español. Los excelentes resultados obtenidos hasta la fecha por los centros alternativos ponen de manifiesto la efectividad de los mismos y la conveniencia de ampliar este tipo de servicios al resto del territorio estatal. Por otra parte, Catalunya y el País Vasco pusieron en marcha en 2008 un programa de detección del VIH en oficinas de farmacia.

En resumen, una aproximación comunitaria a la prueba acompañada de counseling, dirigida a los grupos en mayor riesgo, ofrece mejores resultados y tiene una mejor relación coste/eficacia que una aproximación a la población general. Independientemente de dónde y cómo se realice, la prueba del VIH debe ser siempre voluntaria, contar con el conocimiento informado de la persona, realizarse acompañada de counseling garantizando la confidencialidad y asegurando la derivación de los casos positivos a los servicios médicos apropiados.

1 European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). HIV prevention in Europe: Action, needs and challenges, Meeting report, Stockholm, 2-3 October 2006. Stockholm, ECDC, 2006:16; Op de Coul E, van Sighem A and van de Laar M. Schatting van het aantal volwassenen met HIV/AIDS in Nederland in 2005 (UNGASS report, the Netherlands). Infectieziektbulletin, 2006; 17,11:398-403.

2 Porco TC, Martin JN, Page-Shafer KA et al. Decline in HIV infectivity following the introduction of highly active antiretroviral therapy. AIDS 2004; 18: 81-88; Quinn et al. New England Journal of Medicine 2009; 342(13): 921-929; Attia S et al. AIDS 2009 Jul 17; 23(11): 1397-1404.

3 Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Combating HIV/AIDS in the European Union and neighbouring countries, 2009 -2013.

4 L. Fernández-López, et al. Impact of the introduction of rapid HIV testing in the Voluntary Counseling and Testing sites network of Catalonia, Spain. International Journal of STD & AIDS (en prensa).

5 ECDC: "Most-at-risk group" = grupo con prevalencia > 5%

**CONFERENCIA VIH CONF1.3**

Test rápidos versus test convencionales en una Consulta de VIH/ITS

**Isabel Sanz**

Hospital Donostia, San Sebastián

**Introducción**

A comienzos de 2009, al incorporar los test rápidos de VIH a la Consulta de Infecciones Transmisión Sexual (ITS), realizamos una reflexión para determinar dónde y cómo podrían encajar estos nuevos test en relación a los test estándar.

La Consulta de ITS del Hospital Donostia dispone de dos consultas independientes y diferentes por las prestaciones que ofrecen: la consulta de VIH y la consulta de ITS. La consulta de pruebas de VIH es diaria y el acceso es directo, sin necesidad de pedir cita. La consulta de ITS tiene lugar dos días a la semana con cita previa y se realizan exploraciones exhaustivas que normalmente incluyen serologías completas. La práctica totalidad de las personas que acuden a nuestras consultas lo hace porque ha mantenido prácticas sexuales que consideran de riesgo.



En esta reflexión nos planteamos ofertar los test rápidos únicamente en la consulta de pruebas de VIH, ofreciéndolos como una alternativa indicando al paciente las ventajas e inconvenientes con respecto a la analítica estándar o convencional (extracción sanguínea con serología completa de VIH, hepatitis A, B, y C, y sífilis). Por el contrario, pensamos que era mejor no incluirlos en la consulta de infecciones de transmisión sexual (ITS), ya que la mayoría de las personas que acuden a ella presentan patología que hace necesario exploraciones y analíticas más completas.

Así pues, en la consulta de VIH se han ofrecido durante estos 15 meses dos alternativas: la estándar o convencional y los test rápidos de VIH. En esta ponencia queremos exponer los resultados obtenidos.

#### Resultados

Durante el año 2009 y el primer trimestre del 2010 se realizó un total de 540 test del VIH (264 estándar y 276 pruebas rápidas). De todas ellas el 68,1% a hombres y el 31,9% a mujeres.

Las personas que acudieron por haber tenido alguna practica heterosexual de riesgo supusieron el 64,9% de las pruebas realizadas; los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) el 24,7% y las mujeres que ejercen la prostitución el 3,9%. El 52,3% de los hombres y el 48,8% de las mujeres eligieron la prueba rápida frente a la estándar. Las personas con prácticas heterosexuales de riesgo eligieron en un 59% la opción de prueba rápida, y en un 41% la prueba estándar, mientras que los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) optaron por la prueba rápida en un 36,8% y por la estándar en un 63,2%. Las mujeres que ejercen la prostitución eligieron en un 4,8% el test rápido y el 95,2% la prueba convencional.

En cuanto al origen geográfico, las personas autóctonas han optado en un 55,8% por el test rápido y en un 44,2% por la prueba estándar. Los latinoamericanos, que representan el 13,1 del total, eligieron realizarse el test rápido un 25,4% y la prueba convencional un 74,6%.

Durante este tiempo se registraron 6 positivos en la prueba estándar y uno en el test rápido. Todos los resultados positivos correspondieron a varones con prácticas homosexuales y además, todos excepto uno tenían patología añadida (dos sífilis, una gonococia uretral y tres papilomas anales y/o uretrales). Si observamos el resto de los resultados obtenidos en la prueba estándar, además de los positivos a VIH, ha habido otros resultados positivos, 4 a hepatitis C, 2 de Hepatitis B, y 10 nuevos casos de sífilis (3 recientes y 7 tardías). Estos diagnósticos no se hubiesen producido si solo se hubiera realizado la prueba rápida.

#### Conclusiones

- Consideramos que el test rápido tiene un lugar en las consultas de VIH, dada su fiabilidad y la rapidez del resultado.
- Dicha inmediatez implica en la práctica la eliminación de una segunda cita para la entrega de resultados, lo que supone una gran ventaja en consultas generalmente sobrecargadas.
- En el aspecto humano, reduce la angustia e incertidumbre que genera la espera. Pero sólo en los resultados negativos, ya que todos los positivos precisan confirmación.
- El test rápido tiene como perfil tipo de usuario varón, de origen español con prácticas heterosexuales.
- El test estándar, al incluir serologías más completas, resulta más adecuado para personas con sospecha de otras patologías; dado los resultados obtenidos nos hemos planteado orientar a los HSH a la realización de esta prueba.
- El test estándar es más demandado por colectivos específicos como mujeres que ejercen la prostitución y hombres que tienen sexo con hombres.

# Foro de ONGs



**FORO ONGS. MESA ONG1M1.1****Prevención Presente y Futuro****Joquim Roqueta Manen**

Gais Positius. Barcelona

Hablar del presente y futuro de la prevención en España ante un contexto de crisis globalizada y con la imagen de la situación de las ONG de la Comunidad de Madrid como telón de fondo no deja de ser desalentador. Se empieza negando la evidencia científica de la importancia de la colaboración entre las administraciones y las ONG y movimientos ciudadanos que trabajan en la prevención del VIH/SIDA y la asistencia a las personas que viven con VIH tal y como establecen las recomendaciones de la OMS y ONUSIDA y se continúan eliminando ayudas y subvenciones para la prevención del VIH/SIDA en colectivos especialmente vulnerables, desmantelando direcciones generales y oficinas regionales de SIDA, actuaciones que solamente puede derivar a un aumento de nuevas infecciones y a la regresión de situaciones sociales y sanitarias vividas anteriormente en nuestro país.

Las ONG aceptamos la necesidad de mejorar nuestras intervenciones y sus evaluaciones pero necesitamos seguir manteniendo un discurso político asociativo y la defensa de los derechos de las personas que viven con VIH/SIDA.

Es necesario incorporar estrategias alternativas al uso del preservativo así como incluir la prevención del VIH dentro de una promoción global de la salud sexual. Cabe destacar la importancia de atender a los grupos prioritarios como HSH, principal población en riesgo en Europa occidental. Los UDPV, primera causa en Europa del Este y la población migrante. (Comunicación de la Comisión al Consejo y Parlamento Europeos sobre Lucha contra el VIH/SIDA en la Unión Europea y países vecinos (2009-2013))

La experiencia nos muestra la importancia de los centros comunitarios de detección del VIH para las poblaciones más vulnerables como los HSH por su desproporcionada alta prevalencia e incidencia y sus especiales características socio-conductuales. La importancia del counselling adecuado a HSH, entre iguales, para una reducción del riesgo más eficaz, ante la educación sexual inexistente en nuestro país, tanto en el ámbito familiar como educativo, y una atención sanitaria inadecuada. Así se demuestra la importancia de los centros comunitarios que evidencian un impacto individual y colectivo para reducir la carga viral comunitaria.

Debemos prestar atención a los cambios recientes en la epidemiología e incremento del VIH y otras ITS en HSH así como la coinfección con hepatitis y otras ITS en hombres con VIH positivo y apariciones de brotes de gonorrea, sífilis y LGV en este colectivo y seguir trabajando en la utilización de mensajes de reducción de riesgos adaptados a situaciones individuales concretas.

Seguir combatiendo el estigma y la discriminación de las personas seropositivas incluyendo una revisión y evaluación crítica de la legislación, las políticas y las prácticas existentes con el objetivo que se puedan ejercer de forma eficaz de todos los derechos humanos por parte de las personas que vivimos con VIH/Sida.

Finalmente cabe resaltar la importancia de seguir trabajando conjuntamente administraciones, ONG y otros actores para frenar el avance de la epidemia como establecen las recomendaciones de la OMS y ONUSIDA y vencer los avatares en esta época de incertidumbre.

**FORO ONGS. MESA ONG1M1.2****La Prevención sexual del VIH: presente y futuro... ¿podemos olvidar el pasado?****David Patricio Salas**

Sida Studi

Sin ningún género de dudas, el impacto de la pandemia del sida, ha hecho que a lo largo de estos más de 25 años se hayan invertido muchos esfuerzos y recursos en su atención pero también en su prevención. Añadiendo a este hecho las características concretas de los mecanismos de transmisión del VIH y la vinculación directa de la enfermedad con temas socialmente tabú como la sexualidad, la muerte o el uso de drogas, nos encontramos con un reto aún no resuelto.

La respuesta hasta la fecha, ha venido mayoritariamente de un modelo epidemiológico preocupado en obtener resultados establecidos a priori como deseables. Este modelo de intervención no ha tenido en cuenta que las personas interactuamos en un medio el cual puede condicionar e incluso determinar nuestra salud. El resultado ha sido (o está siendo) una cierta sensación de decepción ante la respuesta de la población a nuestros "mensajes preventivos" y esa sensación, en algunos casos, nos ha llevado a planteamientos desde la más exclusiva de las verticalidades en los que hemos llegado a preguntarnos "¿por qué no nos hacen caso?" pasando por alto preguntas como: "¿por qué tendrían que hacerlo?", "¿cuál es el objetivo de clasificar e incluso juzgar a las personas según su reacción ante nuestros mensajes?", "¿qué sentido tiene vincular la responsabilidad individual al hecho de que las personas tomen las decisiones que a priori hemos decidido que son las adecuadas?", "¿por qué, en definitiva, culpar al receptor o receptora del mensaje sin analizar también al emisor o emisora o incluso el propio mensaje?".

Creo que ha llegado el momento de perder los miedos a probar nuevos modelos o paradigmas con los que acercarnos a la realidad con la cual deseamos trabajar. Tal vez sea el momento de recordar, asumir y interiorizar que nuestro trabajo se realiza con personas, es decir con sujetos (que no objetos) autónomos (que no dependientes para con nosotros y nosotras ni nuestros, en muchos casos, redentores discursos) y que interactúan en un medio. En otras palabras, se acabó el explotar el discurso del miedo. Se acabaron las amenazas (incluidas las bienintencionadas). Se acabó el trabajo desde la ilusoria concepción de que el riesgo 0 existe. Se acabaron los modelos teóricos que presuponen que la información, por sí sola, generará cambios en las conductas... Aún sin respuesta y sin una solución clara, este es a mi entender el presente al que nos enfrentamos...

Lo que sí me parece importante de cara al futuro de la prevención sexual del VIH sin cuestionar la necesidad de seguir trabajando en ella, es asumir que es imprescindible vincular la misma a una concepción más amplia que incluya la promoción holística de una sexualidad más saludable desde la concepción individual de cada persona. Las personas queremos y necesitamos vivir (y en muchos casos compartir) nuestra sexualidad porque presumimos que esa vivencia nos va a reportar experiencias agradables y satisfactorias, porque nos apetece dar y recibir placer, porque queremos sentir y emocionarnos. Si olvidamos que ese debe ser el punto de partida y máximo objetivo de nuestras intervenciones, cuanto menos, dudo que nuestros mensajes conecten con la realidad de sus destinatarios y destinatarias... Y si que es





cierto que existirán riesgos (como la infección por el VIH) ante los cuales deberemos enfrentarnos pero, un aviso para despistados y despistadas navegantes: ya lo hacen, ya lo hacemos... las personas convivimos con el riesgo y en el caso concreto del VIH y su transmisión sexual, de forma más o menos racionalizada, asumida y/o interiorizada, ante cada situación de riesgo, cada persona da una respuesta. Conozcamos pues esa respuesta sin prejuzgarla, analicémosla, sepamos si la misma ha contribuido o no y porqué a mejorar lo que cada persona entienda por su "salud sexual" y, en caso de que no sea así, reflexionemos sobre cómo todo nuestro saber y nuestra experiencia en la prevención sexual del VIH puede revertir en un beneficio para que las personas con las que trabajamos puedan vivir de forma más feliz su sexualidad.

### FORO ONGS. MESA ONG1M1.3

#### Prevención Presente y Futuro

#### María Luque Espejo

Psicóloga de la Asociación ADHARA. Sevilla

Presentaremos las líneas de actuación en el ámbito preventivo que realizamos desde nuestra asociación.

Se trata de dar la visión de la realidad cotidiana de una asociación con escasos recursos económicos.

Nuestra asociación se basa principalmente en el apoyo a la persona seropositiva y su entorno más cercano.

Realizamos en el ámbito preventivo acciones en prevención primaria, secundaria y terciaria. Acciones concretas que realizamos en la asociación:

- Atención telefónica y en sede
- Prueba rápida de anticuerpos frente al vih 1 y 2 por fluido oral
- Atención a personas que ejercen la prostitución
- Charlas informativo preventivas en el ámbito educativo
- Atenciones psicológicas individualizadas a personas afectadas
- Atenciones psicológicas individualizadas a familiares de personas afectadas.
- Apoyo a la adherencia al tratamiento antirretroviral
- Grupos de autoapoyo

Desarrollaremos también aspectos que pensamos pueden contribuir a mejorar la prevención en la actualidad y en el futuro y que podrían estar dentro de nuestras posibilidades como asociación en un futuro y que esperamos poder poner en funcionamiento e un futuro no muy lejano.

### FORO ONGS. MESA ONG1M2.1

Gestión y prevención eficaz: la respuesta actual en Galicia es multifactorial pero debe incluir la priorización de la promoción del uso del preservativo.

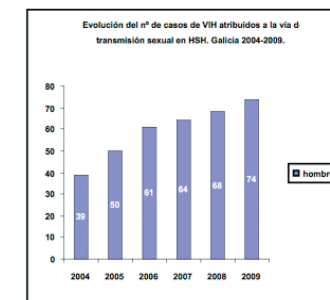
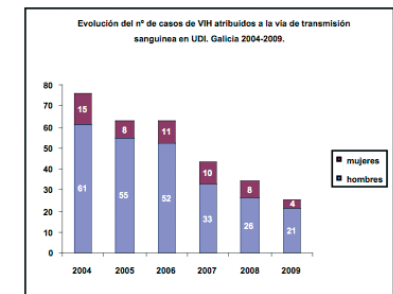
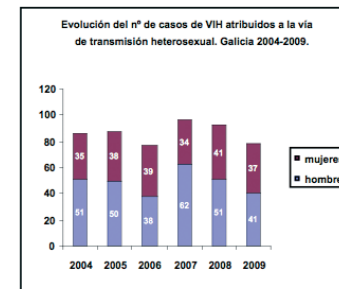
#### Rogelio Lema

Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia. Santiago de Compostela

Hasta el año 2009 la información disponible, para la planificación de las políticas preventivas, era la que nos proveía el registro de casos de sida y algunos estudios parciales de los nuevos casos de infección VIH, entre los que destaca por su importancia el estudio elaborado en los 5 grandes hospitales de Galicia entre los años 2002 y 2005.

En 2009 ya dispusimos de los datos aportados por el registro, Sistema de Información Galego sobre a infección polo VIH (SIGIVIH), de nuevos casos de infección VIH recogidos de modo retrospectivo entre los años 2004-2008. Este año añadimos los correspondientes al 2009. Con esta nueva información se muestra más nitidamente la imagen del cambio epidemiológico que esta ocurriendo con la infección VIH en Galicia. En este periodo observamos una disminución de la vía de transmisión UDI (24% para el periodo 2004-2009 y un 13% en 2009), un aumento progresivo de la vía sexual en HSH (29% sobre el total de casos, 38% en hombres para el periodo 2004-2009 y 52% de los casos en hombres en 2009) y una estabilización en la vía heterosexual (42% para el periodo 2004-2009 y también 42% en 2009 según nos muestran los siguientes gráficos de nº de casos.

Los casos en inmigrantes están estabilizados, en el periodo 2004-2009, entorno al 18%.



Esta información nos va a permitir reorientar nuestros esfuerzos en la gestión de los programas de prevención para ser más eficaces y también más eficientes.

La gestión de la prevención deberá basarse en el mantenimiento de las políticas preventivas de reducción del daño y diagnóstico precoz en UDI, en la prevención positiva con las personas que viven con el VIH, pero sobre todo priorizaremos las actuaciones en la prevención de la transmisión sexual especialmente en los HSH ya que según los datos epidemiológicos más recientes están sometidos a una gran vulnerabilidad.

Las actuaciones a priorizar son:

- En primer lugar las relativas a la promoción del uso del preservativo en las relaciones sexuales, tanto en heterosexuales como en HSH- incluyendo en ambos grupos las personas que ejercen la prostitución y sus clientes-

- En segundo lugar la promoción del diagnóstico precoz en los centros sanitarios y la instalación de dispositivos para la realización de la prueba rápida anónima. Acercar el diagnóstico, a personas que inicialmente no acudirían a un centro sanitario, puede aportar un importante plus al diagnóstico precoz.

- En tercer lugar promover acciones decididas contra el estigma y la discriminación que contribuyan a normalizar la vida de las personas que viven con el VIH y con ello a normalizar las actuaciones de prevención.

La prevención nos permitió grandes avances en la lucha antisida en HSH durante los primeros años de la epidemia, en los UDI paulatinamente hasta el día de hoy e incluso en la transmisión heterosexual en países de muy elevada prevalencia. Debemos gestionar, entre todos, los retos actuales en la prevención de la transmisión sexual, especialmente en los HSH, con el convencimiento de que si pudimos hacerlo ayer hoy también podemos y que la promoción del uso del preservativo aún nos puede aportar grandes victorias sobre el VIH.

#### FORO ONGS. MESA ONG1M2.2

Como se ha de colaborar para realizar una gestión eficaz en materia de prevención de vih entre ONG,s y Administración Pública.

Principios básicos que determinan una gestión de calidad en prevención de VIH/SIDA.

#### Ana Burgos

Apoyo Positivo. Madrid

Una gestión de calidad en materia de prevención del VIH incluye la inclusión de criterios de colaboración y participación de los diversos actores sanitarios, educativos y sociales implicados, tanto públicos (administración estatal, regional, local) como privados (ONGs y sociedad civil).

La gestión debe basarse en un conocimiento actualizado y realista, tanto de la situación epidemiológica del territorio como de las realidades sociales y culturales que pueden actuar como facilitadoras y/o dificultadoras de una adecuada planificación, presupuestación, implementación y evaluación de las políticas en VIH/sida. Igualmente debe plantearse desde unos criterios claros de Salud Pública que tiendan a disminuir desigualdades sociales y a favorecer un alcance equitativo y justo de las políticas preventivas. Tal como recomiendan ONUSIDA, diversos planes de actuaciones y abundante bibliografía, las acciones dirigidas a pobla-

ción general deben complementarse con estrategias específicas para alcanzar a las poblaciones más vulnerables ante el VIH.

Una herramienta habitual para organizar dichas políticas son los planes de actuaciones en VIH/sida que articulan las estrategias y acciones a desarrollar basándose en la realidad descrita, así como los mecanismos de coordinación interinstitucional, evaluación y financiación adecuada para la consecución de las mismas. Lo corriente es que estos planes cuenten con un amplio consenso de todos los actores sociales involucrados, a través de la creación de espacios concretos de trabajo conjunto para su elaboración, seguimiento, eventuales ajustes y cambios y evaluación sistemática y exhaustiva.

#### ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN QUE HAN DE CONTAR CON LA COLABORACIÓN DE ONG,S ESPECÍFICAS

Desde la Declaración de la Cumbre de París (1994), ONUSIDA y otros organismos internacionales han puesto de manifiesto la necesidad de integrar tanto a las personas con VIH, como a las organizaciones que las representan a ellas y a las poblaciones vulnerables. La participación ha demostrado tener mayor eficacia que las acciones que se realizan de forma aislada por parte de la Administración.

Las ONGs juegan un papel fundamental como agentes encargados de proporcionar información, educación y apoyo a personas con VIH y a sectores de población vulnerables al VIH, con mayor exclusión social y, por ello, menos accesibles desde la red pública sociosanitaria. Con su participación se consigue hacer llegar la información y los materiales preventivos a estas poblaciones y se facilita su acceso al sistema sanitario público.

La cofinanciación de las Administración a los programas de las ONG,s que trabajan en la prevención del VIH en la línea de las acciones de los planes de actuaciones, garantizan su sostenibilidad e innovación y es, hoy por hoy, la principal garantía que tiene la Administración de que sus políticas de prevención llegan a los colectivos más vulnerables.

#### SITUACIÓN DE LA COMUNIDAD DE MADRID EN MATERIA DE PREVENCIÓN 2009-2010

La epidemia del VIH constituye un importante problema de salud pública en la Comunidad de Madrid, siendo la que más casos de sida acumula en España (24% del total de casos). La realidad epidemiológica es parcialmente desconocida ya que no dispone de un sistema de información de nuevos diagnósticos de infección por VIH. Se estima, no obstante, que a finales de 2008, habría entre 22.700 y 30.000 personas infectadas por VIH, incluidos los casos de sida. Así mismo, desde enero de 2007 a agosto de 2009 se han notificado 1.167 nuevos diagnósticos de VIH, aunque éstos no constituyen el total de los casos diagnosticados (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2009). El perfil de estos nuevos casos subraya la necesidad de que las asociaciones participen en las estrategias preventivas.

En 2008, el Decreto 22/2008 de 3 de abril suprimió la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, pasando ésta a formar parte de la Dirección General de Atención Primaria. Este momento marca también el fin de la Oficina Regional de sida, entidad responsable del Plan de Actuaciones frente al VIH/sida 2005-2007. Ni la Oficina ha vuelto a convocar a sus miembros, entre los que se contaban las ONGs, desde octubre de 2008, ni el Plan de Actuaciones ha sido evaluado. Ningún nuevo plan ha venido a sustituir al ya extinto. El trabajo de coordinación y colaboración mutua con ONGs de muchos años comienza también



a desaparecer, culminando en la decisión de no resolver, a través de "Silencio Administrativo" la convocatoria de subvenciones ORDEN 46/2009 de 22 de junio, para proyectos de prevención y ayuda mutua desarrollados por VIH desarrollados por ONG,s para realizar los proyectos de prevención en esta Comunidad.

### FORO ONGS. MESA ONG1M2.3

Gestión y Prevención eficaz.

**José Miguel Gutiérrez Chico**

Coordinador de Proyectos de CESIDA

CESIDA y las entidades miembro que abordan la prevención a través de los proyectos dirigidos a ello, se ha centrado de manera específica en la Prevención Positiva (P+). Entendemos la P+ como una herramienta eficaz para el abordaje del VIH y el sida, desde una visión holística que se enmarca en la prevención secundaria del VIH y otras Infecciones Transmisibles, así como una prevención terciaria enfocada a evitar el desarrollo o avance de las patologías asociadas a la infección.

Si hablamos del concepto de eficacia, principalmente se debe a la oportunidad que ofrece la P+ de poner de manifiesto las necesidades de prevención de las personas que conocen su estado seropositivo, y permite ver con más claridad los vínculos entre la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo. Es de suma importancia destacar el apoyo, elemento fundamental de trabajo para la creación de espacios de intimidad y confianza para la toma de decisiones concernientes al manejo adecuado de su salud. Se considera el principio de toda intervención, ya que permite conocer aquellos elementos que pueden condicionar o facilitar un cambio conductual.

Algunas de las conclusiones a destacar de la Encuesta Hospitalaria de pacientes VIH/sida. Resultados 2008. Análisis de Evolución 1996-2008<sup>1</sup> son: - Se identifica una amplia proporción de pacientes con prácticas sexuales de riesgo. El uso del preservativo en las relaciones sexuales es manifiestamente mejorable. Deben reforzarse intervenciones de prevención en el ámbito hospitalario, destinadas a mejorar el cuidado de los pacientes y evitar la transmisión sexual del VIH a partir de esta población en contacto con el sistema sanitario; - Las intervenciones de prevención dirigidas a la población infectada por VIH en contacto con el sistema sanitario deben desarrollarse con carácter prioritario, centrándose en la promoción del uso del preservativo en las relaciones sexuales.

El proyecto PARES, Prevención y Promoción de la Salud a través de la Educación por pares en el Contexto Hospitalario,<sup>2</sup> contribuye a la atención de personas con desigualdad en salud y se dirige a una población específica cuyo perfil requiere una atención más personalizada. La información transmitida sobre aspectos relacionados con la infección por VIH, el fomento de conductas de salud, la importancia de la adherencia al tratamiento para el mantenimiento de la salud, así como el conocimiento de otras personas en la misma situación, son elementos decisivos que contribuyen a la labor del Equipo Sanitario<sup>3</sup>. Según la evaluación de los Equipos Sanitarios que durante el periodo 2008 y 2009 han estado relacionados con el proyecto, valoran esta actividad preventiva y promocional de la salud con 4,9 sobre 5. De igual forma consideran que el programa facilita el trabajo del equipo sanitario, calificándolo

con 4,9 sobre 5, lo cual demuestra que el papel del personal educativo y su labor benefician y complementan la labor desarrollada desde la clínica. En esta misma línea, el Equipo Sanitario puntúa con 4,7 sobre 5 el grado de valoración transmitido por los/as pacientes sobre el programa, así como el apoyo e información que éstos han recibido de los/as pares. La valoración general de los/as 11 profesionales que participan en la evaluación de la acción durante la edición 2008 es de 4,7 sobre 5.

La gestión eficaz se centra en el manejo adecuado y actualizado de contenidos, la formación continua del personal educativo y el establecimiento de protocolos de actuación, así como en la optimización de los recursos económicos y la utilización de otras oportunidades formativas desde el trabajo colaborativo.

1 Encuesta Hospitalaria de pacientes VIH/sida. Resultados 2008. Análisis de Evolución 1996-2008. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría del Plan Nacional sobre el sida. Ministerio de Ciencia e Innovación. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Marzo de 2009.

2 Proyecto financiado por el Ministerio de Sanidad y Política Social. Secretaría del Plan Nacional sobre el sida. Con el apoyo de Gilead Sciences España y la Obra Social de Caja Madrid.

3 Evaluación del personal Sanitario. PARES 2008.CESIDA



# Simposio Enfermería



**SIMPOSIO ENFERMERÍA SENF1.1**

El paciente coinfectado: educando en salud.

**Juan Miguel Castro Alvarez.**

Hospital Universitario La Paz. Madrid

La Hepatitis C es la inflamación del hígado producida por la infección del virus de la Hepatitis C. Si dura más de seis meses y se confirma la presencia en sangre del ARN-VHC hablamos de Hepatitis C Crónica.

Es una enfermedad muy frecuente y constituye una de las principales causas de enfermedad crónica del hígado en nuestro país.

Actualmente no existe vacuna contra el virus de la Hepatitis C. Aunque se esté vacunado contra la Hepatitis A y B, esto no protege de la hepatitis C

Los mecanismos de transmisión son:

- Vía parenteral
- Vía sexual
- Transmisión vertical

El síntoma más frecuente en la infección crónica es el cansancio, en las infecciones aguda están la pérdida de apetito, náuseas y rara vez coloración amarillenta de la piel:

Se diagnostica:

- Analíticamente: Serología VHC. PCR Virus C. Elevación de las transaminasas
- Para evaluar el daño hepático: Biopsia hepática . Elastografía transitoria

El 50% de los paciente VIH en España están co-infectados con el virus de la Hepatitis C. La distribución de los genotipos son:

- 55% Genotipo 1
- 25% Genotipos 2 y 3
- 20% Genotipo 4

Los genotipos 1y 4 se curan peor.

**TRATAMIENTO**

- Interferón pegilado:

Pegasys® (peginterferón alfa 2a): 180 \_gr / semana

Pegintrón® (peginterferón alfa 2b): 1,5 \_gr / kg / semana

Ribavirina: ajustada a peso

<75 kg :1000mg/día

>75 kg :1200mg/día

- La duración del tratamiento es de 12 meses.
- Si no hay respuesta a los 3 ó 6 meses se suspenderá

- Si se mantiene indetectable después de 6 meses tras finalizar el tratamiento se considera curación.

**CONSULTA MEDICA**

- Valoración del estado general.
- Recogida de datos y estado de VHC y VIH
- Preparación para el inicio del tratamiento
- Refuerzo de la adherencia
  - Revisiones periódicas controladas:
    - + Efectos adversos
    - + Controles Analíticos

**Contraindicaciones**

- Todo paciente es susceptible de tratamiento para la VHC
- Contraindicación absoluta:
  - + Enolismo y drogadicción activa
  - + Enfermedades auto-inmunes
- Contraindicaciones relativas:
  - + Patología Hepática Aguda
  - + Patología Tiroidea Aguda
  - + Trastornos Psiquiátricos

**CONSULTA DE ENFERMERIA**

- Beneficios del tratamiento
- Hábitos saludables y estilos de vida (medidas higienico-dietéticas)
- Informar al paciente de los posibles efectos adversos: Astenia, anorexia, pérdida o caída del cabello, cuadro pseudogripal, anemia, cambios de humor, depresión.
- Adiestramiento en la administración del fármaco. Posibles complicaciones locales tras la administración
- Refuerzo de la adherencia

**DIAGNOSTICO DE LA FIBROSIS HEAPTICA**

- Invasivos
- Biopsia Hepática
- No Invasivos
- Índices bioquímicos
- Elastografía de Transición
- Radiológicos: RNM



**SIMPOSIO ENFERMERÍA SENF1.2**

" Cuidados enfermeros en la unidad de cribaje de displasia y cáncer anal por el virus del papiloma humano (VPH) ".

**Jocisa de la Peña**

Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

El Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario de la Vall d'Hebrón, dentro de la atención integral del paciente VIH positivo, y en relación a la literatura general así como en nuestra propia experiencia, se planteó tratar la problemática de la infección por el virus del papiloma humano (VPH) en hombres que realizan sexo con otros hombres (HSH) infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) positivos. Ya que dicha población tiene entre 2 y 6 veces más probabilidades que la infección por el VPH sea persistente debido a la inmunosupresión que limita la capacidad del propio organismo de eliminar el VPH. La prevalencia de infección por el VPH en el año de los HSH VIH positivos es casi del 100% comparada con el 60% en HSH VIH negativos. Por lo tanto, podemos considerarlo como grupo de mayor riesgo de poder padecer de displasia anal.

De ahí que a finales del mes de mayo de 2009 se crea la Unidad de Cribado de la Displasia Anal (UCDA) dirigida por la Dra. Villar del Saz pionera en el Estado Español.

La función de la UCDA es el diagnóstico y tratamiento precoz de las lesiones anales causadas por el VPH a los HSH VIH positivos.

Los objetivos principales son:

- Diagnosticar de manera precoz el mayor número de lesiones precursoras de cáncer de ano y tratarlos, haciendo una valoración al final del proyecto de nuestra efectividad en el tratamiento aplicado.

- Determinar la prevalencia de infección por VPH en la población de los HSH VIH positivos, así como poder determinar cuáles son los serotipos más frecuentemente implicados.

La consulta del paciente en la UCDA consiste en:

La primera visita; se realiza recibimiento y acogida por equipo médico y enfermería. Una entrevista previa para la historia clínica. Se le informa el objetivo y función de la UCDA. Y finalmente, se procede a la exploración.

Esta última consiste en: un tacto rectal como exploración inicial y obligatoria, citología anal; y por último, la anoscopia de alta resolución (visualización de la mucosa anal mediante videocolposcopio y previa tinción con ácido acético al 5%).

La segunda visita es un seguimiento, sea para: resultados de citología, realizar muestra para biopsia y posterior análisis de sospecha de lesiones citológicas anales, tratamiento local en caso de carcinoma in situ, crioterapia, electrocauterización, láser y/o coagulación por infrarrojos para verrugas externas y lesiones o displasias internas/externas precursoras de cáncer anal, en una o varias sesiones. Dependiendo del tamaño de la lesión también se podrá realizar resección local en la propia consulta o ser programado quirúrgicamente. Dichos tratamientos siempre se realizarán bajo anestesia local.

Desde el punto de vista de enfermería, las funciones que se realizan son:

- 1 Recibimiento del paciente
- 2 Acomodamiento del paciente para la exploración
- 3 Preparación en cada caso de la mesa de trabajo

4 Asistencia al médico a la hora de facilitar material extra

5 Preparación de los equipos quirúrgicos necesarios para las biopsias y tratamientos

6 Asistencia al paciente en caso de ser requerido una vez finalizada la exploración

En conclusión la UCDA ofrece una atención integral al paciente a la hora de recibir un cribado de la displasia anal, siendo fundamental no sólo la actuación por parte del médico asistente sino destacando la labor fundamental por el equipo de enfermería.

**SIMPOSIO ENFERMERÍA SENF1.3**

Adelantarse al riesto: evitar conductas de exposición.

**Ester Roda**

Hospital Clinic. Barcelona

El síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) está causado por un retrovirus, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Produce una alteración de la inmunidad celular y tiene una especial afinidad por el cerebro y los tejidos neuronales. Los mecanismos de transmisión son de tipo parenteral, sexual y transmisión vertical (hijo de madre infectada).

Por otra parte, la enfermedad mental se define como una alteración del pensamiento, la percepción y la conducta. Tiene una base biológica, presentando una alteración a nivel genético, molecular y neuroquímico.

La interacción entre el SIDA y la enfermedad mental se produce por dos vías:

A) SIDA sin enfermedad mental previa, pero que desarrolla trastornos psiquiátricos a posteriori. Los más frecuentes son: a) los trastornos del ánimo, como el Trastorno Adaptativo y el Trastorno Depresivo Mayor; b) Trastorno Mental Orgánico, como la demencia y delirium.

B) Comorbilidad entre enfermedad mental y SIDA: coexistencia entre cualquier patología mental y el VIH.

Las conductas de riesgo se definen como aquellas que van en contra de la integridad física, psíquica y emocional de la persona, y que puede atentar contra su vida. Este comportamiento incrementa la probabilidad de desarrollar una alteración en las dimensiones citadas. Así, cuando existe comorbilidad entre enfermedad mental y SIDA, las conductas de riesgo serán aquellas que incrementen la probabilidad de tener una alteración tanto a nivel biológico como psíquico.

En la vertiente biológica, la conducta de riesgo está asociada a la transmisión del VIH mediante relaciones sexuales (sexo sin preservativo, la promiscuidad y las relaciones con profesionales del sexo) y a las inyecciones parenterales con productos contaminados.

En la vertiente psicológico/psiquiátrica, la auto-heteroagresividad, la ideación y conducta suicida, y la sintomatología positiva, los estados exaltados y las adicciones a sustancias son conductas de riesgo.

Según Ochoa et al., la psicopatología está influida por las prácticas de riesgo asociadas a la infección y por el sexo. Los/as pacientes HIV no adictos y las mujeres presentan más trastornos afectivos que los toxicómanos, mientras que éstos se caracterizan por presentar más trastornos de conducta, lo que se ha relacionado con trastornos de personalidad. (Ochoa, 1999:98). Además, los adictos presentan más autoagresividad que los no adictos.

Según McKinnon, el conocimiento sobre SIDA empeora cuando hay una disfunción cognitiva; la conducta sexual de riesgo se incrementa con los síntomas positivos y la inquietud y



alteración psicomotora. En cambio, síntomas negativos, depresivos y ansiosos no predicen conducta sexual de riesgo, y no hay síntomas psiquiátricos predictores de consumo tóxicos por vía parenteral.

En la presentación se tratará de exponer los modos de identificación de las conductas de riesgo y la forma de abordarlas.

#### SIMPOSIO ENFERMERÍA SENF1.4

Cuidados de enfermería a pacientes con infección VIH/SIDA.

##### Mercedes Morales de la Cal

Hospital 12 de Octubre. Madrid

El 1º de Diciembre de este pasado año tuvo lugar la presentación del libro "Cuidados de Enfermería a pacientes con Infección VIH/SIDA En el Colegio de Enfermería de Madrid.

Cuando los organizadores de esta mesa de enfermería me invitaron a participar en este congreso y me pidieron que hablara de este libro dude si seria un tema para tratar en un foro, que este año esta dedicado a la prevención. Pero analizando los hechos que han influido en la realización y contenido de este libro no me pareció una idea tan descabellada.

Este es un libro escrito por enfermeras para enfermeras/os y este congreso es un magnifico foro para los enfermeros.

Este libro surge de la necesidad de aprender con el fin de cuidar mejor a nuestros pacientes en un momento en el que el aumento de casos de esa "nueva enfermedad" hacia que la falta de conocimientos nos hiciera mas vulnerables y mas inseguras ante las demandas que recibíamos de los pacientes a la hora de prestar nuestros cuidados.

Esa fue la razón por la cual tras varios años desde el inicio de la pandemia solicitamos del Departamento de Formación continuada de nuestro Hospital un curso de formación sobre los cuidados de enfermería a este tipo de pacientes y la respuesta fue que nosotras teníamos que formar a nuestros compañeros porque éramos quien sabia de ese tema.

De esa forma comenzamos a impartir un curso que durante estos años hemos venido repitiendo y actualizando y que desde hace 3 años también impartimos en el Colegio de Enfermería de Madrid. Del contenido de ese curso nació este libro.

El Libro consta de 12 capítulos en los que intentamos abarcar de una manera global la enfermedad y los cuidados que son necesarios para tratarla.

Esta escrito por 3 enfermeras que trabajamos en el Departamento de Medicina Interna Carmen Gómez y Asunción Mayor en planta de hospitalización y Mercedes Morales en la U. de Infección VIH.

Los contenidos no son fruto solo de nuestra experiencia, intentamos recopilar todos los temas que fueran de interés.

En los diferentes capítulos recogimos todos los datos que otros compañeros nos enseñaron a lo largo de estos años y nos enseñan, lo estructuramos como nos parecía mas practico a la hora de poder dar una visión global a todo aquel que se enfrenta por primera vez al cuidado de un paciente de esta patología y a todo el que en algún momento de su ejercicio profesional necesitara una consulta puntual.

Lo tres primeros capítulos Inf. VIH/SIDA conceptos generales. Tratamiento antirretroviral y adherencia. Dan una visión general sobre la enfermedad, necesaria para la comprensión del resto de los temas. En tratamientos nos ceñimos a las guías de expertos (GESIDA) y a la ficha técnica para utilizar datos de interés que puedan ser útiles .

Consejos generales para la correcta administración de los ARV y un capítulo dedicado a la adherencia y su importancia, métodos de evaluación y factores de los que depende la adherencia.

En el 4º capítulo se tocan aspectos legales, consideraciones éticas, consentimiento informado etc. Este capítulo se hace indispensable porque todavía existe discriminación para con estos pacientes y como se puede leer en las conclusiones de dicho capítulo:

- "La ética de la actuación profesional de Enfermería no puede variar un ápice sea cual sea el paciente a tratar"

- "Hay que luchar contra la discriminación y la estigmatización de las personas con infección VIH/SIDA y educar a las generaciones venideras para la prevención"

Cáp. 5º se dedica a la prevención se dan datos epidemiológicos, promoción de hábitos saludables, consejo a viajeros, mecanismos y estrategias de prevención de la transmisión, transplante de órganos etc.

Cáp.6º profilaxis post exposición no ocupacional al VIH.

Cáp. 7º es el dedicado a cuidados de enfermería: concepto de cuidado, atención de enfermería, paciente ingresado, síndrome de restauración inmune, diagnostico de enfermería, enfermedades oportunistas y neoplasias, manifestaciones clínicas etc.

Cáp.8 Soporte nutricional. Importancia de la misma, Wasting Síndrome, características de la desnutrición en VIH, etiopatogenia de la desnutrición en VIH, anorexia, mala absorción etc.

Cap9 Dedicado a la comunicación: Concepto, elementos básicos, axiomas de la comunicación, estilos, obstáculos, elementos facilitadores, situaciones conflictivas etc.

Cáp. 10. Counselling: concepto, situaciones en las que aplicar counselling, habilidades de comunicación.



Cap11. Exposición ocupacional al VIH:Medidas preventivas del accidente con material biológico, actuación ante una exposición, profilaxis post exposición. etc.

· Cáp. 12 Impacto socio-cultural del VIH/SIDA, cine, literatura, personajes que padecieron la enfermedad se intercalan con datos sobre la epidemia y fechas claves en diferentes acontecimientos relacionados con el VIH.

Y en resumen este es el contenido de nuestro libro pero me gustaría volver a la reflexión que me hice al inicio. ¿Este sería un buen tema, para un congreso dedicado a la prevención?

Al revisar los contenidos al final de los diferentes temas siempre se remarcan ideas, conclusiones y reflexiones sobre los mismos y en todos ellos existe una idea sobresaliente.

Adherencia.

- El papel de enfermería es fundamental en la Inf. VIH.
- Todos los esfuerzos en adherencia redundan en mejor evolución, menores riesgos y mejor calidad de vida,
- Si educamos a los pacientes y conseguimos que tengan buena adherencia al TAR se reducen el riesgo de transmisión (Prevención).

Prevención. El sida no conoce edad, sexo, raza idioma y no hace diferencia social.

- Cualquier persona puede ser contagiada por el VIH.
- Cualquier persona puede prevenirse del contagio del VIH y evitar contagiar
- El Dr. Anthony Fauci con motivo del 25 aniversario del descubrimiento del VIH declara que la investigación en busca de una curación debe continuar pero considera que los mayores esfuerzos y energías deberían centrarse en prevenir la Infección VIH.

Cuidados de enfermería.

- La educación sanitaria es uno de los pilares básicos del tratamiento de la infección VIH.
- Los planes de cuidados individualizados elaborados por el personal de enfermería mejoran la calidad de vida del paciente (prevención).

Comunicación.

- Hay una serie de habilidades sociales que podemos entrenar para favorecer nuestra capacidad de relación.
- El personal de enfermería dispone de habilidades de comunicación que utiliza para educar

en salud Prevención.  
Counselling

- El Counselling es una relación de ayuda basada en un modelo contractual, no paternalista, es lo mismo que fomentar y propiciar el cuidado global del propio paciente así como transmitir la idea de que "el mismo será poco a poco el gestor de su proceso".

- Ante la ausencia de vacuna eficaz y tratamiento curativo, la educación y el counselling son una parte importante de la solución del problema. (Prevención).

Impacto socio- cultural.

- Somos testigos de que la Infección VIH/SIDA es un tema presente en el cine de las últimas décadas, igualmente tiene y ha tenido un reflejo literario a lo largo de los veintiocho años de su existencia. Generalmente el abordaje que sobre esta enfermedad se realiza es sinónimo de sufrimiento y muerte se presenta como una enfermedad incurable. Y la pregunta final que lanzamos es:

¿Refleja todo esto la realidad de esta enfermedad?

¿Podemos utilizar el cine como herramienta educativa de cara a la prevención?

Como veréis todo el contenido va dirigido a fomentar las habilidades del personal de enfermería de cara a los cuidados, conocimientos, tratamientos, etc. con una clara finalidad preventiva.





# Comunicaciones Orales



**Cuidados****CO1.1**

Puesta en marcha de la consulta de seguimiento psicológico en una serie pediátrica de pacientes VIH. Experiencia de un año.

M. Rivera Cuello1, F. Ruiz Moreno 2, E. Núñez Cuadros1, D. Moreno Pérez1.

(1)Unidad de Infectología Hospital Materno Infantil Carlos Haya. (2) Asociación Anti Sida de Málaga ASIMA.

**Objetivo**

Descripción y valoración de los resultados obtenidos tras un año de puesta en marcha del seguimiento psicológico a los pacientes VIH atendidos en nuestra unidad.

**Método**

Los pacientes y los adultos acompañantes participan desde hace un año del programa de seguimiento psicológico implantado en nuestro centro en el marco de las consultas de seguimiento clínico. Se realiza un análisis descriptivo de las variables epidemiológicas, médicas, psicológicas y sociales recogidas detalladas en el apartado de resultados.

**Resultados**

Hasta el momento se han revisado un total de 23 menores, 10 niñas y 13 niños con una media de edad de en años de 11a (8m-15a). El estadio clínico, (clasificación del CDC) al diagnóstico fue N en el 8.6%, A en el 34.8%, B en el 21.7% y C en el 30.4%. El 82.6% de los pacientes se encuentran con TAR existiendo un buen control virológico en el 78.9% de los mismos. El 43.4% conoce su diagnóstico. En cuanto a la situación social el 43.4% de los pacientes vive con su padres, el 26% ha sido adoptado, el 17.4% vive con otros familiares y el 8.7% reside en un centro de acogida. Se constata falta de adherencia al tratamiento en 3 menores 2 de los cuales no residen con sus padres uno fue adoptado y otro vive en un centro de acogida. Se detectó al menos un problema psicológico en 14 (60%) de: ansiedad en 1 (4.3%), alimentación en 6 (26%), conducta 7 (30.4%) y de comunicación 9 (39%) pacientes. En 7 de los pacientes (30.4%) se detectó más de un problema psicológico, de los cuales 5 (71.4%) no conviven con sus progenitores.

**Conclusión**

A pesar de la edad media de nuestra serie, 11 años, menos de la mitad de los menores conoce su diagnóstico. Se detectaron problemas psicológicos hasta en un 60% de los pacientes siendo los problemas de comunicación los más relevantes. Los problemas psicológicos fueron más frecuentes en los menores que no conviven con sus progenitores. Con los datos obtenidos hasta el momento, consideramos imprescindible la implementación de equipos multidisciplinares médico y psicológico para la adecuada atención de estos pacientes.

**Cuidados****CO1.2**

Consulta de enfermería "Educando en salud"

Blanca Arribas L, Marta Galvez C , Mario Mayoral M, Manuel Gimena D , Raquel Martin J, Gema Yagüe A, Miguel A. Aragonese R, Juan Miguel Castro.

Hospital La Paz.

**Objetivo**

La consulta de enfermería surge como respuesta a la necesidad de ampliar la oferta de servicios a todos los pacientes con infección por VIH y aunque comparte actividades con otros profesionales, la enfermera tiene unas funciones propias, encaminadas al seguimiento y mejora de calidad de vida de los pacientes. Les ofrece mecanismos y recursos que puedan manejar con eficacia, les forma en hábitos y estilos de vida saludables para conseguir que el individuo sea el responsable de su propia salud, dando más importancia a los cuidados preventivos sobre curativos. El cuidado de estos pacientes es complejo y requiere la interacción del equipo multidisciplinar por lo que se procura que intervengan todos los profesionales necesarios en cada situación. Con la intervención de la enfermera pretendemos disminuir las consecuencias negativas de todo el proceso y la carga emocional que éste conlleva. . El enfermo con infección por VIH tiene que asumir el diagnóstico de su enfermedad, que le va a ocasionar una alteración importante en su persona

**Método**

Los pacientes pueden acudir a la primera consulta, derivados de otro hospital, de su centro de salud, por estar ingresado en el propio hospital o vía urgencias. Con estos casos, la enfermera valora su situación, le da cita para su consulta o le atiende en el momento si así se requiere, realiza la acogida aplicando el protocolo. A través de la entrevista personal inicia la historia de enfermería mediante la cual se desarrolla una valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, aplicando la metodología del proceso enfermero, siguiendo la taxonomía de NANDA, tomando como Modelo "Dorothea Orem" (Teoría Déficit de Autocuidado). La valoración se realiza con soporte informático desde el año 2008, para ello contamos con un programa específico de cuidados enfermeros, que favorece la continuidad de los mismos.

Con los pacientes ya integrados en la consulta susceptibles de actuaciones enfermeras, desarrollamos las intervenciones más adecuadas para analizar su situación de salud.

**Resultados**

En el periodo 01/01/2008 hasta 22/03/2010 se han valorado en nuestra consulta 288 pacientes nuevos, 224 hombres (77,78%) con edades comprendidas entre 62 y 18 años, años, 62 mujeres (21,53%) con edades comprendidas entre 65 y 19 años, promedio 38 años, 2 transexuales (0,69%) con edades entre 32 y 29 años, promedio 31 años. visitas realizadas 583 con un promedio de 2.0 por paciente. Vía de contagio ADVP 51 (17,71%) Homosexual 125 (43,40%) Heterosexual 97 (33,68%) Inoculación 7 (2,43%) Hemofilia 15 (5,21%) Transmisión vertical 2 (0,69%)



Desde la puesta en marcha de esta consulta, hemos valorado que para el paciente ha supuesto un aprendizaje de competencias (conocimiento, actitud y habilidad) en cuanto a sus cuidados y estilo de vida, también ha facilitado la participación del enfermo y su familia en la toma de decisiones, y le ha dado más confianza para resolver sus dudas.

Para la Enfermera, ha supuesto las ventajas de trabajar de una forma coordinada y ordenada, integrando el modelo de cuidados al nuevo sistema de trabajo a través de protocolos, planes de cuidados etc..., además de valorar al paciente de una manera integral en la consulta (médica y de enfermería) abandonando el trabajo por tareas.

#### Conclusión

Se ha identificado más demanda de información, aumento de consultas telefónicas, percepción de trabajo en equipo y en conclusión mejora de la calidad percibida. En éste momento está en marcha una encuesta de satisfacción para el paciente VIH que estará disponible en el 4º trimestre del año

se ha identificado mayor implicación y mejora continua, así como un aumento de la participación de cada profesional, definiendo responsabilidades.

Por otro lado se demanda formación y actualización continua para aumentar conocimientos y habilidades y así poder responder a las necesidades del paciente.

#### Cuidados

##### CO1.3

Impacto de la adherencia al tratamiento frente al virus de la hepatitis C en pacientes coinfectados por el VIH.

Isabel Gilabert, M<sup>a</sup> Ángeles Vázquez, M<sup>a</sup> José Sánchez

Enfermería de la Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario de Valme, Sevilla

#### Objetivo

El tratamiento estándar frente al virus de la hepatitis C (VHC) actualmente requiere una inyección semanal de interferón pegilado (INFpeg)-\_ 2a ó b más dos tomas de ribavirina (RBV) vía oral. Esta pauta, junto con una alta frecuencia de efectos adversos, requiere una gran disciplina al paciente. Un 70% de los pacientes infectados por el VIH también están infectados por el VHC. Debido a tener tratamiento antirretroviral concomitante y una mayor duración del tratamiento en coinfectados la adherencia al tratamiento puede ser más baja en esta población, lo cual puede afectar a la tasa de éxito del mismo. Por lo tanto, estos pacientes pueden requerir una mayor atención por parte del médico y de enfermería. El objetivo de este estudio fue determinar la adherencia al tratamiento frente al VHC en pacientes coinfectados por el VIH/VHC y analizar el impacto de la adherencia a la tasa de respuesta virológica sostenida (RVS).

#### Método

En un estudio observacional, se incluyeron los pacientes coinfectados que acudieron a la consulta de la Unidad de Enfermedades Infecciosas en un hospital andaluz que iniciaron el

tratamiento con INFpeg más RBV y de los que se dispuso de la información sobre la adherencia durante el tratamiento. La variable desenlace fue la RVS. Se analizó la relación entre RVS y la adherencia a RBV y INFpeg, así como con otros potenciales predictores de RVS.

#### Resultados

De los 90 pacientes incluidos, 32 (35,6%) de los pacientes alcanzaron RVS. Treinta y dos (40%) de los pacientes con una adherencia a INFpeg y RBV entre 80% y 100% presentaron RVS, mientras ninguno de los 10 pacientes con menor adherencia alcanzó RVS ( $p=0,013$ , análisis univariante). Cincuenta y un (63,8%) de los pacientes con buen cumplimiento fueron portadores de genotipo 1/4 frente 8 (80%) de los pacientes con mala adherencia. En un análisis de los cofactores, una infección con genotipo 2/3 fue la única covariable asociada con RVS en un análisis univariante ( $p=0,006$ ) y el único factor independientemente asociado con RVS en un análisis multivariante [ $p=0,035$ ; odds ratio ajustado 3,220: (intervalo de confianza 95%: 1,088–9,532)].

#### Conclusión

La adherencia al tratamiento frente al VHC tiene un impacto significativo en la tasa de RVS. Un mayor cumplimiento debido a una atención personalizada por parte de enfermería puede aumentar el éxito del tratamiento.

#### Cuidados

##### CO1.4

Estudio piloto de la puesta en marcha de unidades residenciales sociosanitarias para personas con problemáticas múltiples y VIH.

Ortiz de Zárate, A, Santos Miguel, I, Alonso García, D; Vicioso Etxebarria, C. Aguirrezabal, A, Gurruchaga, A. Imbert, M. Lopez Zúñiga, A.

Asociación t4 .

#### Objetivo

Mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por el VIH-SIDA Y VHC con problemas sociales y sanitarios añadidos: principalmente con consumos de drogas de larga evolución asociada a un proceso de alta exclusión social.

#### Método

MUESTRA: 50 Personas vih positivas con complicación relacionada con VIH, en situación de exclusión social por carecer de vínculos estables y consumidoras de sustancias tóxicas, derivadas del sistema de servicios sociales, de la red de drogodependencias y de los hospitales de la zona.

#### Material y metodos.

Recursos humanos para la atención sociosanitaria. Acompañamiento social individualizado. Número de plazas inferior a 10, ratio de personal de 1.2. Dos recursos residenciales: uno



de corta estancia y otro de estancia ilimitada. Cada recurso cuenta con un equipo multidisciplinar sociosanitario.

#### Resultados

60% hombres y 40% de mujeres, el 60% tienen más de 45 años, y el 99% más de 35 años, el 90% tienen ingresos inferiores a 500 euros al mes. Coinfección en 90% de los casos. Tratamiento de metadona el 95%. La estancia media en el recurso de corta es de 83 días, se trata de personas con drogodependencia de larga duración que por causa de graves problemas de salud o limitaciones funcionales y de exclusión social, necesitan una atención sanitaria y social, simultánea, coordinada y estable de carácter prolongado.

#### Conclusión

Los programas de centro de día y centros residenciales de la asociación t4, especializados en la atención social y sanitaria a personas en grave exclusión desde la perspectiva de reducción de riesgos y de daños sirven para mejorar su salud, sus procesos de incorporación social, y por tanto su calidad de vida

#### Cuidados

##### CO1.5

Evaluación del Proyecto SEAD: Coordinación de recursos para mejorar el seguimiento y la adherencia de los pacientes con infección por VIH

Laura Elías, María Pumares, M<sup>a</sup> Dolores López, Ana Moreno, Carmen Quereda, Fernando Drona, Miguel Angel Rodríguez, Jose Luis Casado, Jose Manuel Hermida, Enrique Navas, Isabel Hornero, Laura Barrenetxea, Fernando Sacristán, Alfonso Muriel, Santiago Moreno y M<sup>a</sup> Jesús Pérez-Elías.

Hospital Ramón y Cajal

#### Objetivo

Evaluar un proyecto de intervención, diseñado desde la perspectiva del paciente, para mejorar el seguimiento y la adherencia de pacientes que hubieran presentado alguno de éstos problemas, en las consultas externas de infección por VIH/SIDA.

#### Método

En 2006 se crea el proyecto SEAD, integrado por una enfermera (a tiempo parcial) y una psicóloga, su misión era hacerse cargo de los pacientes con problemas de seguimiento (seg) y/o adherencia (Ad) mediante una atención personalizada en la que se identificaban todos los problemas del paciente y se intentaba, mediante la utilización de recursos propios o con la coordinación de recursos ajenos, mejorar la situación previa de los pacientes. Se describen las características clínicas, el motivo que ocasiona la entrada en el proyecto, y la razón que ocasiona la falta de seg y/o Ad de los pacientes incluidos en el proyecto SEAD. Además se analiza el grado de intervención que es posible realizar (dividiéndolo en 5 categorías 100%, 75%, 50%, 25%, 0%), las intervenciones realizadas y la evolución clínica, virológica e inmunológica. Seguimiento hasta Marzo de 2010.

#### Resultados

Entre 2007-2009 se incluyen 133 pacientes: 26.3 % mujeres, con una edad media de 46 años (RIQ 42-49), la vía de infección más probable fue ADVP en un 68 %, la media de carga viral (CV) y de CD4 fue de 2.5 log<sub>10</sub> copias/ml (RIQ 1.7-3.4) y de 363 (RIQ 185-504) cel/mL. La adherencia previa a la entrada en el programa era <90% en un 76% de los pacientes. El motivo de entrada en el programa fueron problemas de seg 28 %, Falta de Ad 19 %, o ambos 53 %. La razón principal que ocasionó el mal Seg y/o falta de Ad identificado por los colaboradores de adherencia fueron los problemas bio-psicosociales severos en 24.1%, el consumo activo de tóxicos 21%, los trastornos psico-psiquiátricos 14.3%, los problemas estratégicos 23.3%, los olvidos 12%, y la intolerancia a los antirretrovirales 1.5%, siendo desconocido en un 3.8%. El grado de intervención que fue posible realizar fue variable dada la complejidad psicosocial de los pacientes: 100% en un 23%, del 75% en un 19 %, del 50% en un 19%, del 25% en un 26%, y del 0% en un 12 % de los pacientes.

	Entrevistas	Teléfono	Recogida Envío Medicac.	Consulta/ Psicología	Unificación Consultas/	CAD	Consulta/ Psiquiatría	Acompañante *TDO	
%	94.6	75	26	34	75.2	23	34.6	13.5	6
Media x pat/año	6	12	4	3					

\*Tratamiento directamente observado \* Centro de atención a drogodependientes

Se consiguieron otros recursos en un 13.5% de los pacientes. Al comparar las medias de CD4 y CV antes y al final de la intervención, se observó un incremento CD4 de 54 cel/mL [82-27], p<0.001 y una caída de la CV de 0.3 log [0.04-0.5], p=0.021. Un 76% y un 75% de los pacientes tenían una adherencia >90% y un seguimiento correcto al final de la observación. La tasa de éxitos fue de un 3 por 100 pacientes y año de seguimiento.

#### Conclusión

Un programa diseñado desde la perspectiva del paciente y con atención individualizada mejora el seguimiento, la adherencia y la evolución inmuno-virológica de los pacientes incluidos. El éxito de la intervención radica en la búsqueda activa y coordinación de múltiples recursos tanto propios como ajenos, así como un seguimiento exhaustivo de cada caso.

#### Cuidados

##### CO1.6

Incorporación de enfermería en la Unidad de HIV/SIDA del Hospital Universitari Mútua Terrassa (HUMT).

Font Canals, Roser; Jaén Manzanera, Ángeles; Irigoyen Puig, Daniel; Velli, Pablo Sebastián; Cairó Llobell, Mireia; Ibáñez Lladó, Laura; Martínez Lacasa, Xavier; Sánchez Rodríguez, Carlos; Dalmau Juanola, David

Hospital Universitari Mútua Terrassa



**Objetivo**

Describir las actividades y resultados de la incorporación de enfermería en una unidad de VIH/SIDA.

**Método**

La Unidad de VIH del HUMT dispone de una consulta especializada y una cohorte de unos 400 pacientes. En mayo de 2008 se incorporó una enfermera a media jornada con el objetivo de coordinar y gestionar el acceso del paciente a los diferentes niveles asistenciales y de participar en el control de la enfermedad. De enero de 2009 a marzo de 2010 se recogieron las actividades: seguimiento de pacientes después del diagnóstico e inicio del tratamiento, seguimiento de pacientes coinfectados con el VHC, búsqueda de pacientes por pérdida de seguimiento, coordinación con el médico y otros especialistas, control de la infección latente tuberculosa (ILT), consultas telefónicas y participación en estudios.

**Resultados**

Desde enero de 2009 hasta marzo de 2010 se incorporaron en la unidad 45 nuevos pacientes, de estos un 42% ha precisado algún tipo de intervención por parte de enfermería. La media de consultas en el total de pacientes es de 3 al día. Entre las actividades destacan: counselling, educación sanitaria, coordinación con otros servicios (CAS de Toxicomanías, farmacia, trabajadora social...), monitorización del tratamiento y adherencia. En cuanto a los estudios iniciados destacan: cribaje de la cohorte para descartar ILT, con la realización de la prueba de la tuberculina (PT) y posterior lectura a 111 pacientes comparando el resultado con las técnicas Interferon Gamma Release Assays; valoración del riesgo cardiovascular (RCV), con la realización de la medición de parámetros antropométricos, TA y cuestionario estandarizado, así como extracción de sangre para estudios genéticos y seroteca. Hasta el momento se han incluido 49 pacientes. Se inició monitorización de efectos adversos y adherencia al tratamiento a 19 pacientes naïve que iniciaron TARGA, de éstos un 88% toleraron bien el tratamiento. Se monitorizaron y capacitaron 7 pacientes coinfectados VIH/VHC para la autoadministración del interferón pegilado y de la ribavirina y a 3 pacientes para el tratamiento con Fuzeon (enfuvirtide, T-20). En 23 pacientes no adherentes se les realizó intervenciones de seguimiento.

**Conclusión**

El paciente VIH precisa de un enfoque multidisciplinar y enfermería facilita la coordinación entre diferentes niveles asistenciales. La relación que establece el paciente con enfermería es más flexible y accesible, lo que permite establecer una relación más cercana que facilita la monitorización y el seguimiento terapéutico.

**Ciencias Básicas****CO2.1**

Identificación de nuevos transcritos de VIH-1 procesados mediante splicing expresados in vivo e in vitro.

Elena Delgado, Cristina Carrera, Paloma Nebreda, Milagros Pinilla, Valentina García, Aurora

Fernández García, Lucía Pérez Álvarez, Miguel Thomson.

Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III. Majadahonda (Madrid)

**Objetivo**

Analizar la expresión de RNAs de VIH-1 procesados mediante splicing in vivo e in vitro, incluyendo virus de subtipos no B

**Método**

Se extrajo RNA total de células mononucleadas de sangre periférica (CMSP) de pacientes VIH-1 seropositivos o infectadas in vitro por aislados primarios de VIH-1. Los transcritos virales generados mediante splicing único o doble se amplificaron mediante RT-PCR. Los RNAs generados in vivo se analizaron mediante electroforesis en gel de agarosa y secuenciación de bandas extraídas del gel, así como de clonaje de los productos amplificados y posterior secuenciación. Los RNAs derivados de infección in vitro se analizaron mediante PCR anidada utilizando un cebador marcado con un fluoróforo, con análisis en un secuenciador automático utilizando el programa GeneMapper. En los casos en los que se detectaron productos de PCR de tamaño diferente a los RNAs descritos, se realizó clonaje y secuenciación de los productos clonados. En total, se analizaron 29 muestras de CMSP de pacientes seropositivos (todos ellos infectados con virus de subtipo B), 5 de las cuales fueron analizadas mediante secuenciación de clones, y CMSP infectadas in vitro con 15 aislados, de subtipos A (n=2), B (n=7), C (n=3) y G (N=4).

**Resultados**

En los análisis de expresión in vivo, se observaron bandas de tamaño inferior a lo previsto, de acuerdo con los sitios habituales de splicing de VIH-1, en 6 muestras, que en el análisis de secuencia mostraron corresponder a RNAs procesados que utilizan sitios de splicing en la región codificante de Nef, de los cuales 4 codifican para un péptido de 34 aminoácidos correspondiente al carboxi-término de Nef (C-Nef-34), uno para una forma truncada de Tat, y uno para un péptido de 41 aminoácidos codificado en un exón en orientación antisense. De estos RNAs, sólo uno está descrito en la literatura, en un aislado cultivado in vitro. De los clones secuenciados, se identificaron 7 clases de RNAs nuevas o inusuales en 4 muestras, 3 de las cuales codifican para C-Nef-34 y el resto para Vpr, Env y Nef, siendo una de ellas no codificante. En los análisis de infección aguda in vitro, los RNAs mayoritarios identificados corresponden a transcritos previamente descritos en la literatura, excepto en el subtipo C, en el que se detectaron RNAs de rev que utilizaban un nuevo sitio de splicing, localizado 7 nucleótidos en dirección 5' del SA4a, los cuales eran mayoritarios en 2 aislados y minoritarios en el tercero, y en uno virus de subtipo B, cuyos RNAs de rev utilizaban habitualmente un nuevo sitio de splicing 5 nucleótidos en dirección 5' del SA4a.

**Conclusión**

Se han identificado nuevos transcritos de VIH-1 expresados in vivo, que frecuentemente codifican para un péptido correspondiente al C-término de Nef, pero también para Vpr y Tat. En infección in vitro, se observa que los virus de subtipo C utilizan habitualmente un sitio de splicing para la generación de RNAs de rev no descrito previamente en la literatura.



**Ciencias Básicas****CO2.2**

Construcción de un panel de clones de envoltura funcionales de vih-1 de diversos subtipos y formas recombinantes.

A. Revilla<sup>1</sup>, E. Delgado<sup>1</sup>, Y. Vega<sup>1</sup>, P. Nebreda<sup>1</sup>, C. Carrera<sup>1</sup>, L. Jimenez<sup>1</sup>, M. González-Galeano<sup>1</sup>, M. Pinilla<sup>1</sup>, A. Ocampo<sup>2</sup>, M.J. Lezaún<sup>3</sup>, R. Ojea<sup>5</sup>, G. Cilla<sup>4</sup>, R. Rodríguez<sup>5</sup>, A. Mariño<sup>6</sup>, P. Ordoñez<sup>6</sup>, S. Pérez<sup>7</sup>, R. Fernández-Rodríguez<sup>8</sup>, M. Ríos<sup>9</sup>, A. Rakhmanova<sup>10</sup>, S. Prieto<sup>11</sup>, R. Cisterna<sup>12</sup>, L. López-Soria<sup>13</sup>, R. Nájera<sup>1</sup>, L. Pérez-Alvarez<sup>1</sup>, y M.M. Thomson<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Instituto de Salud Carlos III (Campus Majadahonda), Variabilidad y Biología del VIH, Madrid, <sup>2</sup>Complejo Hospitalario Xeral-Cies, Unidad VIH, Vigo, <sup>3</sup>Hospital Txagorritxu, Microbiología, Álava, <sup>4</sup>Complejo Hospitalario Donostia, Microbiología, San Sebastián, <sup>5</sup>Complejo Hospitalario Provincial, Unidad VIH, Pontevedra, <sup>6</sup>Hospital Arquitecto Marcide, Microbiología, Ferrol, <sup>7</sup>Complejo Hospitalario Universitario, Microbiología, Vigo, <sup>8</sup>Complejo Hospitalario Cristal Piñor, Orense, <sup>9</sup>Centro Nacional de Referencia del VIH de Chile, <sup>10</sup>Hospital de Enfermedades Infecciosas Botkin, San Petersburgo, <sup>11</sup>Hospital de Fuenlabrada, Madrid, <sup>12</sup>Hospital de Basurto, Bilbao, <sup>13</sup>Hospital de Cruces, Bilbao.

**Objetivo**

Obtención de un panel de clones funcionales de envoltura de VIH-1 de diferentes subtipos y formas recombinantes, procedentes de plasma de pacientes infectados por VIH-1, con el fin de ser utilizados en ensayos de neutralización, utilización de correceptores, y estudios de eficacia de fármacos inhibidores de la entrada y fusión del virus.

**Método**

Mediante RT-PCR en dilución limitante (Single Genome Amplification) se amplificó el gen de la envoltura (env) a partir de muestras de ARN extraído de plasma de individuos infectados por VIH-1. El producto amplificado se clonó en un vector de expresión y el clon obtenido se cotransfectó en células 293T junto con un plásmido que expresa el genoma de VIH-1 defectivo en env, generándose pseudovirus que expresan la envoltura clonada. La funcionalidad de los pseudovirus se determinó infectando células TZM-bl, que expresan CD4, CCR5 y CXCR4, además del gen indicador luciferasa, cuya transcripción se activa tras la infección por VIH-1. Se consideró que un clon era altamente funcional cuando el cociente señal/fondo era >50. Los análisis filogenéticos de secuencia de las diferentes envolturas funcionales obtenidas se realizaron mediante la construcción de árboles por el método de neighbour-joining usando el programa MEGA y mediante bootscanning utilizando SimPlot.

**Resultados**

A partir de 43 muestras de pacientes infectados con VIH-1 se obtuvo un total de 98 clones de envoltura altamente funcionales, de los cuales 35 fueron del subtipo G, 33 del F, 6 del C, 6 del B, 4 del D, 3 del A, 3 de la CRF44\_BF, 1 de la CRF14\_BG, 1 de la CRF12\_BF, 4 recombinantes únicos BG y 2 recombinantes CRF14\_BG/B

**Conclusión**

Se ha obtenido un panel de clones altamente funcionales de envoltura de diversos subtipos y formas recombinantes del VIH-1, incluyendo los subtipos G y F, de cada uno de los cuales sólo se ha descrito uno en la literatura, y de las formas recombinantes CRF12\_BF, CRF14\_BG, CRF44\_BF, CRF14\_BG/B y recombinantes únicos BG de los cuales no hay ninguno descrito. Estos clones funcionales pueden ser de gran utilidad tanto para estudios de neutralización en ensayos de vacunas, como para análisis de eficiencia de medicamentos inhibidores de la entrada o la fusión del virus o de utilización de correceptores.

**Ciencias Básicas****CO2.3**

Obtención de un panel de virus caracterizados biológica y genéticamente y su utilización en el estudio de vacunas frente al vih-1.

Cuevas MT1, Fernández-García A1, Pinilla M1, García-Álvarez V1, Thomson M1, Delgado E1, González-Galeano M1, Miralles C2, Serrano-Bengoechea E3, Ojea de Castro R4, López-Álvarez MJ5, Lezaun MJ6, Sánchez-García AM1, Sánchez-Martínez M1, Muñoz-Nieto M1 and Pérez-Álvarez L1

<sup>1</sup> HIV Biology and Variability Department. Centro Nacional de Microbiología Instituto de Salud Carlos III. Majadahonda, Madrid. <sup>2</sup>Complejo Hospitalario Universitario Xeral Cies de Vigo. Pontevedra, Galicia. <sup>3</sup>Complejo Hospitalario Donostia, Guipúzcoa, País Vasco. <sup>4</sup> Complejo Hospitalario de Pontevedra, Galicia. <sup>5</sup>Hospital Xeral Calde, Lugo, Galicia, <sup>6</sup>Hospital Txagorritxu, Vitoria, Álava, País Vasco

**Objetivo**

Dado el extraordinario grado de diversidad genética del VIH-1 y la complejidad estructural de sus glicoproteínas, hace difícil el diseño de una vacuna eficaz. Para ello se requiere el desarrollo de reactivos virales. El objetivo de este estudio fue continuar el desarrollo de un panel de cepas del VIH, de diferentes formas genéticas, focalizado en aquellas procedentes de infecciones agudas y recientes, por ser las más representativas de los virus que se están transmitiendo.

**Método**

Para este estudio contamos con muestras procedentes de dos CCAA: Galicia y el País Vasco. Los aislados primarios se obtuvieron o bien a partir de las células mononucleadas de sangre periférica (PBMCs), separadas en gradiente de Ficoll o bien por ultracentrifugación del plasma de paciente y su posterior cocultivo con PBMC de donante sano. Se obtuvo un stock de 40 ml. cada cepa viral. Se determinó la TCID<sub>50</sub>/ml, el fenotipo inductor de sincitios, el uso de correceptores, y se comparó este resultado con el obtenido con el programa geno2pheno. La secuenciación completa del genoma se realizó mediante RT-PCR en 4 fragmentos solapantes. Se analizó V3 para determinar mutaciones de resistencia a fármacos de entrada. El análisis filogenético se hizo con el programa MEGA.



**Resultados**

Se incluyeron 44 cepas de VIH-1, 24 (54.1%) procedentes de infecciones tempranas (16 agudas y 8 recientes) en su mayoría (87%) transmitidas por vía sexual. El fenotipo NSI/R5 se detectó en 37 (84.1%), mientras que el SI/R5,X4 se detectó en 7 (15.9%). El análisis del fenotipo mediante el geno2pheno reveló la concordancia en el análisis de 35 cepas, mientras que en 9 casos (20,5%), todos ellos virus no sincitiales, hubo discrepancias. La TCID50/ml varió entre 104 y 106.6. El análisis de la secuencia completa reveló la presencia de 12 formas genéticas diferentes: subtipos puros; A1, B, C, F1 y G; formas circulantes recombinantes (CRF): CRF02\_AG, CRF14\_BG, and CRF24\_BG; y los recombinantes únicos (URF) CRF02\_AG/A3, CRF12\_BF/B, DF1G y BF1. El análisis en profundidad del BF1 y de otras muestras relacionadas ha permitido la descripción de la nueva CRF47\_BF. La secuencia de V3 reveló la presencia de las siguientes mutaciones 11S (33 casos), 13S (3), 16A (1), 20F (30), 25D (21) y 26V (2).

**Conclusión**

En este trabajo hemos conseguido un panel de virus bien caracterizados que puede ser empleado en el desarrollo de una vacuna y que está disponible a través del programa EVA Centre for AIDS Reagents. National Institute for Biological Standard and Control (NIBSC). – El estudio del genoma completo ha permitido definir una nueva CRF, la segunda descrita en España. – Observamos mutaciones de resistencia naturales a inhibidores de entrada, así como discrepancias en la determinación del tropismo viral usando el geno2pheno, hecho importante dado que fármacos como el Maraviroc están comenzando a ser más utilizados en el tratamiento antiretroviral.

**Ciencias Básicas****CO2.4**

Análisis del uso de correceptores por envolturas de VIH-1 de subtipos F y G clonadas a partir de plasma de pacientes infectados

Elena Delgado, Ana Revilla, Paloma Nebreda, Cristina Carrera, Valentina García, Lucía Pérez-Álvarez y Miguel Thomson.

Centro Nacional de Microbiología. Instituto de Salud Carlos III. Majadahonda, Madrid.

**Objetivo**

El subtipo F circula en Sudamérica, Rumanía y África Central, mientras que el subtipo G es el 4º en prevalencia en el mundo, y es el subtipo no B más frecuente en Galicia. Ante la escasez de información sobre el tropismo de estas dos formas genéticas, en este trabajo nos planteamos determinar el uso de correceptores de VIH-1 de subtipos F y G utilizando envolturas clonadas a partir de plasma de pacientes en diferentes estadios de infección.

**Método**

Para obtener pseudovirus con envolturas de ambos subtipos, se amplificaron genomas únicos de envolturas mediante RT-PCR anidada, a partir de ARN obtenido de plasma de pacientes infectados. Las envolturas se clonaron en un vector de expresión, y se cotransfectaron

en células 293T, junto con un plásmido de VIH-1 defectivo en env. Los pseudovirus generados se utilizaron para la determinación fenotípica del uso de correceptores, infectando líneas celulares GHOST que expresan CCR5 o CXCR4.

Las envolturas se secuenciaron para realizar análisis filogenético, con el método neighbor-joining utilizando el programa MEGA, y análisis de recombinación intersubtipo con el programa SimPlot. En la predicción genotípica de uso de correceptor se utilizaron las secuencias de V3 con los programas Geno2pheno, web PSSM, regla 11/25 y carga neta.

**Resultados**

Se analizó el uso de correceptores de 25 envolturas: 15 de subtipo G y 10 de subtipo F de diversas variantes. Doce de los virus de subtipo G corresponden a la variante que circula en España y Portugal, dos son de origen africano, y uno de origen cubano. Todas las envolturas de subtipo G utilizaban CCR5 como correceptor, incluso las de 7 pacientes que ya habían desarrollado sida, existiendo concordancia entre los datos obtenidos por predicción del uso de correceptor a partir de la secuencia de V3 y en la infección de células GHOST.

En cuanto a las envolturas de subtipo F, 6 corresponden al subsubtipo F1, 2 al F2, 1 a la CRF12\_BF, 1 a la CRF44\_BF y 1 era recombinante A/F2. Ocho virus de subtipo F utilizaban correceptor CCR5, y dos de ellos (uno F1 y el recombinante A/F2) presentaban doble tropismo R5X4.

**Conclusión**

El uso de CXCR4 como correceptor para VIH-1 de subtipo G parece infrecuente, aun en estadios avanzados de infección. En el subtipo F, aunque mayoritariamente se observa uso de CCR5, detectamos virus de doble tropismo R5X4. El conocimiento del uso de correceptores por diferentes formas genéticas es necesario para la instauración de tratamientos con inhibidores de entrada.

**Ciencias Básicas****CO2.5**

Resistencia natural y transmitida a antirretrovirales en pacientes de Galicia infectados con diversas formas genéticas de VIH-1 (1999-2010)

E. Delgado1, M.T. Cuevas1, A. Fernández-García1, M.M. Thomson1, M. González-Galeano1, A. Ocampo2, M. Sánchez-Martínez1, R. Ojea de Castro3, A. Sánchez-García1, M.J. López-Álvarez4, V. García1, A. Mariño5, M. Pinilla1, R. Rodríguez6, L. Pérez-Álvarez1 y el Grupo de Estudio de Resistencias a Antirretrovirales en VIH-1 en pacientes de Galicia.

1. Centro Nacional de Microbiología. Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda, Madrid. 2. Hospital Xeral Cies, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. 3. Complejo Hospitalario de Pontevedra. 4. Hospital Xeral Calde de Lugo. 5. Hospital Arquitecto Marcide, A Coruña. 6. Complejo Hospitalario de Ourense.

**Objetivo**

Determinar la evolución, a lo largo de los últimos diez años, de la presencia de mutaciones de resistencia a inhibidores de proteasa (IPs) y de la transcriptasa inversa (ITIs) en pacientes



de nuevo diagnóstico, previas al inicio del tratamiento, y correlacionarlo con cada una de las principales formas genéticas de VIH-1 detectadas en pacientes de Galicia.

#### Método

RT-PCR anidada de ARN extraído de plasma de pacientes utilizando MiniMAG Nuclisens (Biomérieux). Análisis genotípico de resistencias con el programa Stanford db HIV drug resistance. Análisis filogenético con método neighbor joining utilizando el programa MEGA. Análisis de recombinación intersubtipo con el programa SimPlot.

#### Resultados

Desde 1999 analizamos resistencias a PIs y de RTIs en pacientes procedentes de diversos hospitales de Galicia. Se han analizado muestras de 512 pacientes de nuevo diagnóstico de infección por VIH-1. De ellos, 373 (73%) son de subtipo B, y un 27% son formas genéticas no-B: 46 subtipo G (incluyendo 9 recombinantes BG), 34 subtipo C, 23 CRF02\_AG, 22 subtipo F (incluyendo 11 recombinantes BF y 3 CRF12\_BF), 7 subtipo A y 7 de otras formas genéticas minoritarias.

La proporción de pacientes de nuevo diagnóstico con resistencia natural o transmitida a IPs es del 2%, a inhibidores nucleosídicos de la transcriptasa inversa (INTIs), del 9%, y a no nucleosídicos (INNTIs) del 11%. A lo largo de los 10 años de este estudio, estas proporciones se mantienen constantes, excepto en INNTIs, donde se registra un aumento hasta el 19% en los diagnósticos del año 2009.

Comparando la presencia de mutaciones de resistencia entre distintas formas genéticas, observamos una mayor proporción de virus recombinantes BF resistentes a IPs (21% frente a 2% en subtipo B). En recombinantes BG se detectan resistencias a las tres clases de fármacos en mayores proporciones que en subtipo B (INNTIs: 40% vs 11%, INTIs: 20% vs 9%, e IPs: 20% vs 2%). Sin embargo, en ninguno de los 23 virus CRF02\_AG se detectaron mutaciones de resistencia natural o transmitida.

#### Conclusión

Esta cohorte, de 512 pacientes de nuevo diagnóstico, es epidemiológicamente representativa de los pacientes infectados por VIH-1 en Galicia. Comparando distintas formas genéticas, se observa mayor presencia de resistencias a antirretrovirales en recombinantes BF y BG, y muy escasa en CRF02\_AG.

### Ciencias Básicas

#### CO2.6

#### Caracterización de las nuevas infecciones por vih-1 en galicia y país vasco

Cuevas MT1, Delgado E1, Thomson MM1, Fernández-García A1, González-Galeano M1, Sánchez-Martínez M1, Pinilla M1, García V1, Sánchez-García A1, Pérez-Alvarez L1 y los grupos de estudio de los pacientes VIH-1 de nuevo diagnóstico en Galicia y en el País Vasco.

1 Unidad de Biología y Variabilidad de VIH. Centro Nacional de Microbiología. Instituto de Salud Carlos III. Majadahonda. Madrid.

#### Objetivo

El estudio comparativo de las características epidemiológicas y virales en las nuevas infecciones por VIH-1, en dos CCAA: Galicia y País Vasco

#### Método

Durante 2009, se incluyeron 243 pacientes de nuevo diagnóstico: 93 de Galicia y 150 del País Vasco. El ARN viral se amplificó y secuenció en pol (PR y TI). Las mutaciones de resistencia se definieron según los criterios de la Universidad de Stanford.

La caracterización filogenética y de los clusters de transmisión se realizó con programa MEGA. Los recombinantes se analizaron por bootscanning con Simplot

El análisis estadístico se realizó con el test de McNemar

#### Resultados

- Población: Porcentaje de hombres fue similar en ambas CCAA (80%). El número de españoles fue mayor en Galicia (85%) que en el País Vasco (59,3%) ( $p < 0,001$ ). El número de Africanos y de Latinoamericanos fue superior en el País Vasco ( $p < 0,001$  y  $p < 0,05$ )

- Transmisión: Principalmente por vía sexual (76,6% en Galicia y 87,3% en el País Vasco). El número de UDIs fue superior en Galicia (15% frente a 7,3%)

- Mutaciones de resistencia: La prevalencia global resultó superior en Galicia (18% frente a 10%) ( $p < 0,001$ ), así como frente a ITINANs: 9,6% frente a 4,6%. Los valores frente a ITIANs e IP resultaron cercanos al 2,5% y 1,5% respectivamente en ambas CCAA. Sólo en Galicia detectamos mutaciones a dos fármacos, 4 frente ITINAN y ITIAN y 1 frente a ITIAN y IP

4) Diversidad genética: Los subtipos no-B alcanzaron el 30% en ambas CCAA, siendo el 24,7% y 9,3% pacientes españoles gallegos y vascos respectivamente ( $p < 0,01$ ). Se detectaron 16 formas genéticas, 9 de ellas comunes en ambas CCAA: A1, B, C, F1, G, CRF01\_AE, CRF02\_AG y CRF12\_BF, URF\_BF; 3 detectadas solo en Galicia: CRF24\_BG, URF\_BG y URF\_DB, y 4 sólo en País Vasco: D, CRF13\_cpx, CRF47\_BF y el recombinante CRF 02/ 06

5) Clusters de transmisión: 17 entre los pacientes de Galicia y 20 del País Vasco, que agruparon respectivamente al 48,4% y 32% de los pacientes ( $p < 0,05$ ). En Galicia se demostró un porcentaje mayor de hombres ( $p < 0,05$ ), infectados por subtipo B ( $p < 0,01$ ), y por vía homo/bisexual ( $p < 0,01$ )

#### Conclusión

El elevado número de pacientes que forman los clusters de transmisión, así como la alta prevalencia de mutaciones transmitidas afianzan la necesidad de un diagnóstico precoz y el aumento de las medidas preventivas

La gran diversidad genética en ambas CCAA es consecuencia de las características epidemiológicas de la población, observándose una mayor introducción de subtipos no-B en Galicia

Siglas: CCAA Comunidades Autónomas. PR: Proteasa, TI: Transcriptasa Inversa, UDI: Usuario de Drogas inyectables. ITINAN: Inhibidores no nucleosídicos de la transcriptasa inversa. ITIAN: Inhibidores Nucleosídicos de la Transcriptasa Inversa. IP: Inhibidores de la Proteasa. CRF: Forma Circulante Recombinante. URF: Forma Recombinante Unica





**Epidemiología****CO3.1**

Características epidemiológicas y sociodemográficas de los pacientes con infección por VIH mayores de 50 años, atendidos en 69 hospitales públicos de 15 comunidades autónomas

T. Seisdedos<sup>1</sup>, A. Díaz<sup>1</sup>, M. Díez<sup>1</sup> y grupo de trabajo de la encuesta hospitalaria

<sup>1</sup> MSPS/Plan Nacional contra el sida Área de Vigilancia Epidemiológica del VIH/sida. CNE/Instituto de Salud Carlos III.

**Objetivo**

La encuesta hospitalaria viene caracterizando desde 1996 los pacientes con VIH/sida que son atendidos en los servicios del sistema nacional de salud. El número de pacientes mayores de 50 años infectados por el VIH se incrementa progresivamente, pasando del 14% en el 2004 al 20% en el 2009. El objetivo de esta comunicación es describir las características sociodemográficas y epidemiológicas de este grupo de pacientes

**Método**

Estudio descriptivo transversal mediante encuesta realizada en un día en 69 de los hospitales públicos en 15 comunidades autónomas: Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Ceuta, Comunidad Valenciana, Extremadura, La Rioja, Madrid, Melilla, Murcia y Navarra, que participan de forma voluntaria, del 2004 al 2009. Población de estudio: Pacientes en contacto con los servicios de atención para el VIH el día de la encuesta. Se calcularon las distribuciones de cada variable por grupo de edad

**Resultados**

Durante el periodo de estudio se encuestaron 3.737 pacientes. Entre los 3.304 pacientes que tenían información sobre la edad se establecieron cuatro grupos de edad por décadas. Los mayores de 50 años representaron el 16% de la muestra, con una mediana de edad de 55 años y un rango entre 50 y 87 años. Entre los mayores de 50 años, el 83% son hombres, la mediana de edad al diagnóstico de infección por el VIH era de 47 años y llevaban 9 años diagnosticados de mediana (R:0-26 a.). El 60% no tiene estudios o sólo los tiene primarios, el 47% es pensionista y el 39% está en activo. En comparación con los otros grupos de edad, en los que el 10% son inmigrantes, sólo el 5% lo son entre los mayores de 50 años, de los cuales la mitad provienen de Europa Occidental y un tercio de América Latina. Las prácticas heterosexuales sin protección fueron la causa de infección en el 42% de los casos, las homosexuales en el 31% y el uso endovenoso de drogas en el 26% (UDVP). Se puede destacar la mayor utilización del preservativo en la última relación sexual (81%) y la alta adherencia para acudir a las consultas programadas (91%) en comparación con los otros grupos de edad. Así mismo, entre los UDVP el uso de drogas por vía parenteral o el tratamiento con metadona en los últimos 30 días es menor que en los otros grupos. En concordancia con estos hallazgos, se evidencia una preponderancia de infección por VHB sobre el VHC, y una menor proporción de infección por el VHC, en comparación con los otros grupos de edad. El 46% están en estadio de sida y el 63% fue diagnosticado simultáneamente de VIH y sida,

pero no hay diferencias con los otros grupos en lo concerniente a la situación inmunológica (número de linfocitos T CD4) en el momento de la encuesta. Entre las mujeres, no hay diferencias en la realización de revisión ginecológica que incluya citología con papanicolaou, siendo menor del 50% en todos los grupos de edad

**Conclusión**

Los mayores de 50 años infectados por el VIH, en contacto con el sistema público sanitario, son mayoritariamente hombres que no se diagnosticaron de VIH en la juventud, sino bien entrada la cuarentena. La mayoría adquirió la infección a través de relaciones sexuales, sobre todo heterosexuales, sin protección. Son mejores el autocuidado y la prevención secundaria en comparación con los otros grupos de edad

**Epidemiología****CO3.2**

Nuevas infecciones por VIH en el País Vasco, (1997-2009)

Arantxa Arrillaga, Daniel Zulaica, Isabel Sanz

Plan de Prevención y Control del Sida, Osakidetza

**Objetivo**

Realizar un seguimiento de la evolución de la infección por VIH en el País Vasco, recogiendo los nuevos casos que se registran cada año, así como algunas variables fundamentales para su caracterización.

**Método**

Cada año los hospitales de la comunidad notifican los nuevos diagnósticos de VIH. Esta fuente de información se complementa con la proveniente de los laboratorios de microbiología. La recepción de las declaraciones va acompañada de una labor de búsqueda activa de la información. Se dispone de una base de datos con información recogida a partir del año 1997.

**Resultados**

Desde 1997 se han declarado un total de 2.293 nuevas infecciones por VIH, detectándose una ligera tendencia al alza en los últimos tres años, con un incremento en 2009 de un 37% respecto a los datos de 2006.

Durante el año 2009 se han diagnosticado 207 nuevas infecciones por VIH frente a las 199 de 2008 y las 173 de 2007. El VIH se transmite fundamentalmente por vía sexual: 47,3% por relaciones heterosexuales y 33,8% por prácticas homosexuales. En el caso de los hombres, la transmisión entre hombres que tienen sexo con hombres supone el 44,2%.

La transmisión entre hombres que tienen sexo con hombres ha registrado un importante incremento, habiendo pasado de suponer un 18,8% de las nuevas infecciones en 2002, a un 33,8% en la actualidad.

El 65,7% de las nuevas infecciones de 2009 se ha diagnosticado en Bizkaia, el 22,2% en Gipuzkoa y el 12,1% en Araba. La edad media de las personas diagnosticadas es de 31,5 años; el 75,4% son hombres y el restante 24,6% mujeres. Del total de nuevas infecciones el



10,6% fue coincidente con diagnóstico de sida. El 34,7% de las personas diagnosticadas es de origen extranjero, principalmente proveniente de Latinoamérica y África subsahariana.

#### Conclusión

En el País Vasco, la infección por VIH se ha mantenido relativamente estable en los últimos trece años, si bien desde 2007 se detecta una ligera tendencia al alza. La transmisión entre hombres que tienen sexo con hombres tiene un peso importante en esta tendencia. Todo ello nos obliga a continuar realizando políticas activas de prevención dirigidas tanto a población general como a colectivos específicos como los hombres que tienen sexo con hombres.

### Epidemiología

#### CO3.3

Evolución de los ingresos y la mortalidad por enfermedad hepática entre los pacientes vih (1998 - 2005)

M. Blanco Rodríguez (2), S. López Calvo (1), A. Castro Iglesias(1)(3), A. Mena de Cea(1), P. Vázquez Rodríguez(1), L. Bello Rodríguez (1), J. Baliñas Bueno (1), P. Alonso Aguirre (2), J. Pedreira Andrade (1)(3)

(1) Unidad de VIH. Servicio de Medicina Interna B. C.H. U. A Coruña.

(2) Servicio de Digestivo. C.H.U. A Coruña.

(3) Departamento de Medicina. Universidade de A Coruña.

#### Objetivo

La terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) ha supuesto un cambio en las causas de hospitalización y mortalidad de los pacientes VIH. Patologías previamente poco manifiestas como la hepatopatía crónica y sus complicaciones, las enfermedades tumorales no definitivas de SIDA o los efectos secundarios de la propia terapia antirretroviral han ido aumentando progresivamente en los últimos años. El objetivo de nuestro estudio es analizar los cambios sufridos en cuanto a los ingresos y éxitos por enfermedad hepática tras la era TARGA en un período de 8 años.

#### Método

Se revisaron retrospectivamente los ingresos hospitalarios de pacientes VIH en el Hospital A Coruña entre 1998-2005. Se analizaron por bienios las causas de ingreso y éxitos, la edad, sexo, cumplimiento o no de TARGA y el recuerdo de CD4. Los resultados se analizaron con el programa estadístico SPSS 15.0 para Windows, considerando significativos valores de p inferiores a 0,05

#### Resultados

Se analizó un total de 1805 ingresos en 963 pacientes. Edad media 36,3 y 72,3% hombres, sin diferencias por bienios. Porcentaje de pacientes en TARGA estable con una media de 55,6%, siendo superior, aunque sin significación, los pacientes con hepatopatía (60,6%). El número de ingresos total se ha mantenido estable a lo largo de los años. El número de ingresos por enfermedad hepática se refleja en la Tabla 1.

	1998-1999	2000-2001	2002-2003	2004-2005
Enfermedad hepática	16 ingresos (3,4%)	27 ingresos (6%)	49 ingresos (11,1%)	38 ingresos (8,5%)
El porcentaje de éxitos por enfermedad hepática se muestra en la Tabla 2				
Éxitos	4 éxitos (0,9%)	6 éxitos (1,3%)	13 éxitos (2,9%)	5 éxitos (1,1%)
Enf. hepática				
Ingresos	466 ingresos	450 ingresos	441 ingresos	447 ingresos

En el Bienio 2002-2003 cada paciente VIH ingresado tenía 3,5 veces más posibilidades de morir por causa hepática que en el basal (OR[95% CI]: 3,508 [1,135-10,842] P= 0,029)). Las causas de la hepatopatía son: VHC 86,3% (16,9% coinfectados con VHB; 1,8% coinfectado por VHBy VHD); VHB 1,5 %; Desconocido 1,5%; No virica 10,7%. Entre los éxitos, el 100% VHC.

#### Conclusión

1. La hepatopatía ha aumentado significativamente como causa de ingreso y muerte intrahospitalaria en pacientes VIH en la era TARGA.
2. En el bienio 2002-2003 se observan el mayor número de casos tanto de ingresos como de éxitos.
3. La principal causa de hepatopatía en el VIH es el VHC.

### Epidemiología

#### CO3.4

¿Son capaces de realizarse el test rápido de VIH e interpretar sus resultados quienes acuden a un programa móvil de diagnóstico?

Sánchez, R.1; Ruiz, M.2; Ferreras, E.1; Pulido, J.1,3; Hernando, O.; Molist, G.1,3; Gutiérrez, J.4; Rosales, M.E.5,6

1. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III; 2. Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III; 3. CIBER Epidemiología y Salud Pública, Barcelona;
4. Asociación Madrid Positivo; 5. Hospital Central de la Cruz Roja, Madrid; 6. Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Comunidad de Madrid

#### Objetivo

Poder comprar libremente un test de diagnóstico rápido de VIH en las farmacias podría incrementar el número de personas que se realizan esta prueba y la frecuencia de la misma, especialmente entre los renuentes a utilizar los servicios sanitarios. Se evalúa la factibilidad de autorealizarse un test rápido (Determine HIV-1/2 Ag/Ab Combo®) con sangre capilar e interpretar sus resultados entre los hispanohablantes que acudieron a realizarse la prueba en un programa móvil de la ONG Madrid Positivo en tres ciudades de esta comunidad.

#### Método

Los 314 que aceptaron participar, firmaron un consentimiento informado, recibieron un kit con los materiales necesarios para realizarse el test y unas instrucciones adaptadas sobre el procedimiento (se prescindió de capilar para la toma de sangre) y se realizaron el test bajo



la observación de un investigador. Entonces, el investigador les efectuó la misma prueba. Mientras esperaban los resultados del test se le entregaron unas instrucciones sobre cómo interpretar los resultados y se les pidió que identificaran el resultado de seis pruebas diferentes en fotografías a tamaño real. Después de cada una de las dos fases los participantes contestaron breves cuestionarios de opinión sobre cada una, y mientras esperaban los resultados del test un cuestionario con variables sociodemográficas, comportamentales y en relación con la prueba de VIH. Para incrementar la potencia del estudio, en el análisis de la interpretación de resultados se incluyen otros 205 participantes que se habían realizado el test en otro diseño de estudio (guiados por consejero).

#### Resultados

Entre los que se realizaron el autotest, el 56.2% tenía menos de 30 años, el 70,7% eran hombres (la mitad HSH), el 17.6% extranjero, el 51,4% con estudios universitarios y el 53% se había testado previamente. Los que participaron en la interpretación de resultados tenían características bastante similares. El 91.7% (IC: 88%-95%) obtuvo una prueba válida en el autotest. El 83.9% (IC 81%-87%) interpretó correctamente los seis resultados y el 94,3% de las 3106 pruebas interpretadas (IC 94%-95%) fueron correctas. El 56% de los que tuvieron test inválidos pensaban que no habían realizado bien los procedimientos, y el 26% de los que no interpretaron correctamente las 6 fotografías pensaban que no habían realizado bien este proceso

#### Conclusión

Un alto porcentaje de los participantes fue capaz de obtener resultados válidos y de interpretar correctamente los resultados bajo las condiciones de stress de realizarse una prueba diagnóstica, pese a que se usó un test que detecta tanto antígeno como anticuerpo y que el estudio se llevó a cabo en unas condiciones ambientales muchos más difíciles de las que uno podría encontrarse en su casa

Financiación: ETS-FIS-PI09/90748, ISCIII-Epy 1399/09

#### Epidemiología

##### CO3.5

Infección por el VIH en personas heterosexuales que acuden a centros específicos de diagnóstico según tipo de visita (Estudio EPIVIH).

A Díaz1, F Sanchez1, I Sanz2, ML Junquera3, MC Landa4, ME Lezaun5, J López de Munain6, J Belda7, FJ Bru8, JA Varela9, JR Ordoñana10, MA Azpiri11, J Balaguer12, M Vall13, A Juan14, L Gómez15, C de Armas16, JM Ureña17, J Trullén18, I Pueyo19, B Martínez20, J del Romero21, M Diez1 y Grupo EPIVIH

1:CNE; 2:San Sebastián; 3:Oviedo; 4:Navarra; 5:La Rioja; 6:Bilbao; 7:Alicante; 8:Madrid; 9:Gijón; 10:Murcia; 11:Vitoria; 12:Cartagena; 13: Barcelona; 14:Valencia; 15:Santander; 16: Tenerife; 17: Granada; 18: Castellón; 19: Sevilla; 20: Málaga; 21:Madrid-Sandoval.

#### Objetivo

Evaluar los factores asociados a infección por VIH en personas heterosexuales no usuarias de drogas ni trabajadoras sexuales, según tipo de visita.

#### Método

Estudio descriptivo. Ámbito: 20 centros de VIH/ITS. Periodo: 2000-2008. Variables: sexo, origen, tipo de visita, perfil de riesgo y estatus VIH. Se realizó un análisis descriptivo, bivariante y multivariante.

#### Resultados

Se analizaron 95407 personas. De ellas, 74498 (78,1%) se realizaron por primera vez el test del VIH en los centros participantes (primera visita) y 20909 (21,9%) ya había ido al mismo centro antes (revisión). Sus características, según tipo de visita, fueron similares (55% eran hombres, entre 25-29 años, mayoritariamente españoles: 73% en primera visita y 76% en revisión), excepto que los que acudían en revisiones referían contacto sexual con una persona infectada o usuaria de drogas intravenosas (UDI), en mayor proporción. La prevalencia de infección por VIH fue de 0,9% en primera visita y 0,5% en revisión.

Al analizar los factores asociados con infección por VIH en primera visita, la probabilidad de infección aumentó con la edad, en aquellos que habían tenido un contacto sexual con una persona infectada por VIH o UDI. El riesgo fue menor en los años 2006-2008 comparado con el 2000. Además, se detectó una interacción entre sexo y origen de forma que el riesgo de infección fue mayor en extranjeros que en españoles pero variaba según el sexo: con respecto a los hombres del mismo origen, la probabilidad de infección fue mayor en mujeres de Europa Oriental (OR:3,6;IC95%:2,2-5,8), África Subsahariana (OR:16,5;IC95%:11,6-23,5) o Norte de África (OR:8,1;IC95%:4,0-15,5).

En las revisiones, no se apreció tendencia temporal, y la probabilidad de infección fue mayor entre 45-49 años y los que referían contacto sexual con una persona infectada con VIH. Se observó la misma interacción que en primeras visitas: el riesgo de infección fue mayor en hombres latinoamericanos (OR:2,8;IC95%:1,3-5,9), mujeres y hombres subsaharianos (OR:10,4;IC95%:4,3-24,8 y OR:5,3;IC95%:2,0-14,2, respectivamente) y en mujeres norteafricanas (OR:8,0; IC95%:1,8-36,7).

#### Conclusión

La prevalencia en heterosexuales sin otros riesgos que acuden a estos centros está entre 0,5% y 1%. Tanto en primeras visitas como en revisiones la infección aumenta con la edad y según tipo de pareja. Los resultados sugieren mayor vulnerabilidad de las mujeres extranjeras frente a la infección.

Financiación: FIPSE: Exp. 36303/02, 36537/05 y 36794/08

#### Epidemiología

##### CO3.6

La prueba rápida de diagnóstico de VIH en el Centro de Información y Prevención del Sida (CIPS) de Valencia. Luces y sombras.



Alastrué Loscos I, Juan Corrons A, Tasa Zapater T, Santos Rubio C.  
Centro de Información y Prevención del Sida de Valencia. Centro de Salud Pública de Valencia. Dirección General de Salud Pública. Conselleria de Sanidad.

#### Objetivo

En el CIPS de Valencia el diagnóstico de la infección por VIH se realiza de forma gratuita y anónima, mediante las técnicas Bio-Rad Ultra HIV Ag-Ac y Architect HIV Combo (Abbott) más Western Blot (New-Lat-Blot HIV-1 (Bio-Rad) y Pepti-Lav 1-2 (Bio-Rad) como confirmación. Estas técnicas se realizan en el laboratorio del Hospital Dr. Peset. En algunos pacientes y atendiendo a determinadas circunstancias, se realiza en el mismo CIPS una prueba rápida (PR) de VIH de forma simultánea (Determine HIV-1/2 (Abbott)).

El objetivo de esta comunicación es analizar, a partir de los resultados obtenidos en nuestro centro, las ventajas e inconvenientes que tendría la realización de la PR de detección de VIH como única prueba de screening.

#### Método

Se han analizado los resultados obtenidos en las 1285 pruebas rápidas de VIH realizadas entre los años 2003 y 2008 en el CIPS de Valencia (sobre un total de 16.426 pruebas estándar).

Se ha calculado la sensibilidad, la especificidad, el valor predictivo positivo (VPP) y el valor predictivo negativo (VPN) de la PR en nuestro centro.

Las prevalencias han oscilado entre el 2,6% (2003) y el 3,5% (2007).

Se ha estimado las infecciones de lúes y hepatitis B que se habría dejado de diagnosticar si sólo se hubiera hecho sólo PR de VIH, así como los resultados de VIH positivos que se han dejado de comunicar a los pacientes en aquellos casos en los que no se ha hecho PR, ya que al ser nuestro centro anónimo no hay posibilidad de localizar a los pacientes que no acuden a recoger los resultados en la fecha concertada.

#### Resultados

La sensibilidad de la PR en nuestro centro ha sido del 100%, mientras que la especificidad ha sido del 99,7%. El VPN del 100 % y el VPP del 95,3 % (obtuvimos 4 falsos positivos sobre un total de 86 positivos).

Si sólo se hubiera realizado PR de VIH no se habrían diagnosticado 17 lúes y 15 hepatitis B. Por otra parte, si a todos los pacientes a los que se les hizo la prueba estándar se les hubiera realizado la PR, se habría podido comunicar a 12 pacientes más su infección por VIH.

#### Conclusión

El riesgo de obtener falsos positivos así como la posibilidad de no diagnosticar otras infecciones de transmisión sexual, hacen que a nuestro juicio, la PR de VIH no deba contemplarse en los centros sanitarios como una alternativa a la prueba estándar, sino como un complemento que puede ser de gran utilidad en determinadas circunstancias y ante determinados pacientes, sobre todo en aquellos en los que es menos probable que acudan a recoger los resultados, pero nunca como prueba única de screening de la infección por VIH.

## Cooperación Internacional

### C04.1

Impacto de un programa de asistencia integral a mujeres seropositivas y prevención de la transmisión vertical del VIH en la Provincia Central de Kenia.

1 Asociación Vihda , 2 Ministerio de Salud de Kenia, 3 Hospital Mutua de Tarrasa

#### Objetivo

El objetivo de esta comunicación es demostrar como el apoyo integral a mujeres seropositivas en sus opciones de alimentación al bebé en zonas con pocos recursos tiene un impacto positivo en la reducción de la transmisión vertical. El programa también cuestiona otros modelos asistenciales y recomendaciones en la prevención de la infección vertical por el VIH para países de renta baja.

#### Método

Programa integrado en el hospital público de Distrito de Thika y gestionado por el Ministerio de Salud. La mujeres embarazadas son testadas siguiendo el modelo opt-out. Después se realiza el estadiaje de la OMS y el conteo de CD4. Si  $CD4 > 350$  se administra AZT y NVP durante el embarazo (desde semana 28) y 3TC una semana postparto para prevenir resistencias. Si  $CD4 < 350$ : TARGA. Todos los bebés reciben profilaxis postexposición con AZT y NVP. Los partos son hospitalarios. Se apoyan las dos opciones alimentarias: lactancia materna o artificial con suministro suficiente de leche artificial y un kit de agua limpia. ADN-PCR se realiza a las 6 semanas de vida. Seguimiento de los niños: 9 meses. Periodo evaluado Agosto 08-Diciembre 09

#### Resultados

Niños registrados: 348. Total de consultas realizadas: 2912. Niños recibiendo lactancia artificial 229 (65,8%), divididos en: 78 activos en el momento del análisis (34,1%), 119 completaron 9 meses (52%), 8 fallecieron (3,5%) and 24 pérdidas de seguimiento (10,5%). Niños recibiendo lactancia materna: 119 (34,2%) divididos en: 23 activos (19,3%), 56 completaron 9 meses (47,1%), 5 fallecieron (4,2%) y 35 pérdidas de seguimiento. 31 de los niños que inicialmente tomaron lactancia materna y dejaron de acudir no habían recibido leche artificial posteriormente. Mortalidad niños recibiendo pecho de forma inicial: 6,8%, lactancia artificial: 4,2%. Todos los niños que recibieron lactancia materna y completaron 9 meses de seguimiento habían recibido también lactancia artificial cuando la madre no tenía más leche o no podía seguir con lactancia materna exclusiva. El OR de pérdidas de seguimiento en el grupo de lactancia materna es 3,56 comparado con lactancia artificial ( $p < 0,0001$ ).

#### Conclusión

El apoyo integral en las opciones alimentarias se traduce en un mejor seguimiento pues la madre se siente participe. Es necesario investigar si las madres que optan por dar el pecho lo hacen por miedo a confesar el seroestatus pues eso tendría efectos muy negativos en la adherencia al tratamiento o la modalidad alimentaria. La recomendación de la OMS de lactancia materna exclusiva durante 6 meses tiene que revisarse pues la mayoría de las mujeres no lo consiguen.



**Cooperación Internacional****CO4.2**

Unidad Móvil Multifuncional - Acceso a la salud en áreas remotas y aisladas: una intervención desde el enfoque de Derecho a la Salud en Kunene, Namibia.

Senso Esther1, Cerri Alessandro1, Kauziona Albertine1, Ercoreca Arantza2, Ibáñez Felicitas2, Jiménez Ana Belén2

1Médicos del Mundo - Proyecto de Kunene. Namibia.

2Médicos del Mundo - Sede Central. Departamento AFRICA. Grupo VIH/SIDA y APS.

**Objetivo**

Kunene es una de las regiones de Namibia más deprimidas económicamente. En 2004 el gobierno namibio fue uno de los primeros en el continente africano en lanzar un programa de tratamiento antirretroviral (ARV) a través del sistema público de salud. Desde entonces, está disponible gratuitamente en 103 centros de salud. A pesar de esto, tan solo el 46% de las 200.000 personas infectadas por el virus reciben tratamiento. Esto se debe a que el acceso al tratamiento en zonas rurales muy alejadas no está garantizado, lo que conlleva la vulneración del derecho a la salud del 75% de su población.

Nuestro objetivo es poner en marcha una intervención desde el enfoque de derecho, para combatir dicha vulneración del derecho a la salud, incidiendo sobre los componentes de accesibilidad y disponibilidad. Para ello mediante una Unidad Móvil Multifuncional se pretende mejorar la disponibilidad y accesibilidad de las personas seropositivas a medios de diagnóstico y tratamiento ARV/TB, así como a la información sobre la enfermedad y medios de prevención.

**Método**

Médicos del Mundo (MdM) trabaja en asociación con las autoridades sanitarias y las comunidades para la mejora de la salud y la defensa de los derechos humanos. Desde 2005 trabaja en Kunene apoyando al Ministerio de Salud y al Gobierno Regional para el fortalecimiento del Programa Regional de Control del VIH/SIDA en los 6 distritos de la Región.

Desde octubre del 2008 se puso en marcha de una Unidad Móvil Multifuncional que acerque el tratamiento ARV y de TB a estas poblaciones aisladas. Dicha Unidad, por medio de salidas diarias, acerca la realización de técnicas diagnósticas, el tratamiento y el seguimiento clínico para VIH/SIDA y TB a la población aislada. También realiza sesiones de educación para la salud, consejo pre y post-test, distribución de preservativos y material didáctico sobre VIH/SIDA y TB, para mejorar también así el acceso a la información y medios de prevención.

**Resultados**

En 17 meses de funcionamiento ininterrumpido, la Unidad Móvil ha realizado 1.376 atenciones (60% tratamiento ARV, 8% tratamiento TB, 9% recuento de CD4, 1% prevención de transmisión madre-hijo y 9% sesiones de educación para la salud). Se flexibilizó su uso para adaptarse a las necesidades locales del Ministerio de Salud e integrarse con los servicios de

Atención Primaria en Salud. Esta estrategia está siendo valorada muy positivamente por los responsables sanitarios regionales y nacionales, que han asumido el mantenimiento de la Unidad a partir de septiembre del 2010.

**Conclusión**

- Esta intervención mediante una Unidad Móvil ha resultado altamente aceptada tanto por los pacientes como por las autoridades sanitarias locales.
- La flexibilidad para adaptarse a las necesidades locales y la integración en los servicios de Atención Primaria han resultado dos factores claves para los buenos resultados obtenidos.
- Resulta un ejemplo de que una estrategia integral y coordinada con las autoridades sanitarias supone la materialización del derecho a la salud de personas con elevada vulnerabilidad y dependencia.

**Cooperación Internacional****CO4.3**

Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en el distrito de Anantapur (Andrah Pradesh, India)

Ángela Martínez Perez 1, Gerardo Alvarez-Uría 2, Carlos Ascaso Terren 3, Irene Clavijo Fernández 4, Mrs.Padmasree 2, Mr.Rajaseekar 2

- 1: Unidad de Medicina Tropical y Salud Internacional drassanes (Barcelona)
- 2: CSC Bathalapalli FVF/RDT Anantapur (Andrah Pradesh, India)
- 3: Departament Salut Pública & Medicina Preventiva. Universitat de Barcelona

**Objetivos**

- 1\_ Cuantificar la población VIH/SIDA que toma TARGA
- 2\_ Definir el perfil demográfico de la población que toma TARGA
- 3\_ Cuantificar la población en TARGA no adherente a la terapia

**Método**

Es un estudio descriptivo transversal. Se realizó en el Care & Support Center de Bathalapalli (AP; India) entre el 9 y el 12 de Julio. Este centro fue abierto en 2006 por la Fundación Vicent Ferrer/Rural Development Trust y se dedica a dar atención psicológica, clínica y terapéutica a los afectados por el VIH/SIDA en dicho distrito.

Muestra: Todos los pacientes mayores de 15 años en TARGA que acudieron al centro esos días.

Herramientas: Cuestionario basado en las recomendaciones GESIDA/PEFH/PNS 2004. Dicho cuestionario constaba de cuatro apartados: 1) Datos demográficos, 2) datos relativos al estado de salud, 3) datos relativos al TARGA y otros tratamientos concomitantes, 4) evaluación de la adherencia. De todos ellos se obtuvo consentimiento informado.

Se utilizaron tres métodos de evaluación de adherencia: 1) Olvido auto-referido de tomas de medicación durante la última semana, 2) recuento de asistencia a las citas de dispensación en los últimos seis meses, 3) recuento de la medicación sobrante en el último mes.



**Resultados**

Acudieron 442 pacientes en dichos días, 129 (26,46%) tomaban TARGA. Doce de ellos eran menores de 15 años, 4 rechazaron el test, 3 test fueron ilegibles.

La media de edad fue de 35 años (30-40,25) El 54,1% eran mujeres. El 50% eran dálits, el 30,9% eran musulmanes o de casta alta, el resto era de casta baja o pertenecía a grupos tribales. El 44,5% eran analfabetos. El 39,1% se dedicaba al sector servicios, y el 20% a la agricultura. El 54,45 estaba casado, o viudo el 33,6%. El 82,68% convivía con más de tres personas. El coste medio del trayecto al centro fue de 30 rupias (20-59,25)

El 92,72% negaron olvidos en las tomas en la semana previa a la visita. El 84,5% no habían faltado a ninguna visita en los seis meses previos. De los 110 pacientes entrevistados, 76 traían la medicación restante consigo, de ellos 26 habían consumido menos de 95% de la medicación.

**Conclusión**

La tasa de población en TARGA se estima en 0,26. La población que toma TARGA es joven, activa, pobre en recursos y se distribuye de manera homogénea entre castas. La muestra obtenida sugiere una adherencia insuficiente al TARGA.

**Cooperación Internacional****CO4.4**

Trabajando en la mejora de la calidad de vida de las mujeres y niños y niñas con VIH o afectadas por el VIH. El trabajo de SWAA-Etiopía.

Francisco Carrión, Ruth Catalá, María López y Arrate Agirrezabal

Abay (Nilo Azul) para el Desarrollo de Etiopía.

**Objetivo**

La Asociación de Mujeres y SIDA en África-Etiopía (SWAA-E) es una organización nacional creada en 1992 por un grupo de mujeres etíopes, que trabaja para reducir y atenuar las consecuencias del VIH y el SIDA, particularmente entre las mujeres y niñas/os, en Etiopía.

Se presenta la propuesta que hace SWAA-E como contraparte de Abay (Nilo Azul), asociación de personas voluntarias para el desarrollo de Etiopía.

Objetivo general: mejorar calidad de vida de las mujeres y niños y niñas con VIH o afectadas por el VIH en Addis Ababa y Fitcha.

**Método**

-Ayuda y cuidado: ayuda nutricional, médica y nutricional.

- ayuda para ropa, sábanas y pequeñas reparaciones en las casas.

- Prevención del VIH (trabajando con "iddirs" -organizaciones espontáneas y voluntarias creadas en las comunidades y convertidas en agentes de desarrollo- y capacitando a grupos comunitarios de educadores para el trabajo "casa por casa".

-Prevención de ITS/VIH y salud reproductiva.

-Cooperativas de ahorro y crédito para las mujeres.

-reforzar cubiles extra-escolares, iddirs, bibliotecas, kebeles (estructura más baja de gobierno).

**Resultados**

-300 huérfanos/as y niños y niñas vulnerables obtienen apoyo material educativo.

-150 huérfanas y huérfanos y niñas/os vulnerables obtienen apoyo nutricional.

-100 personas con VIH/SIDA obtienen apoyo nutricional

-20 casas de huérfanos y huérfanas reformadas

-15 casas de personas con VIH o enfermas de SIDA reformadas

-20 huérfanos/as y niños/as vulnerables reciben tratamientos especializados

-20 personas con VIH o enfermas de SIDA reciben tratamientos especializados

-150 huérfanos/as y niños/as vulnerables reciben ayuda para ropa

-18 cooperativas generadoras de ingresos ven incrementada su capacidad

-23 "iddirs" ven incrementada su capacidad

-8 kebeles incrementan su capacidad

-distribuidos 6000 folletos explicativos

**Conclusión**

En un proceso de evaluación continua, la creación de bases locales de trabajo, la implicación de los protagonistas y la instauración de fuertes redes en las zonas son factores básicos para conseguir los logros planteados en este proyecto.

**Cooperación Internacional****CO4.5**

Sistemas franquiciados de salud: respondiendo al VIH/SIDA?

(1)Dr. Eduardo Celades. (2)Ms. Shelley Saha-Sinha. Dr. Abhijit Das. Dr. Concepción Meroño. Ms. Cecilia Ortega

(1) LSTM: Liverpool School of Tropical Medicine (2) CHSJ: Centre for Health and Social Justice-India

**Objetivo**

Describir y analizar las actividades, estrategias y políticas de un sistema franquiciado de salud en Uttar Pradesh, India respecto al VIH/SIDA. Actualmente los partnerships publico-privados están en auge como fórmula para extender servicios sanitarios en países en vías de desarrollo. Uno de las nuevas estrategias son las franquicias de salud, por las que se logra ofrecer un set de servicios, con un estándar de calidad determinado y a un precio reducido, generalmente en salud materno-infantil. El impacto de estos sistemas franquiciados en la respuesta al VIH todavía no está determinado, en aspectos como la prevención de la transmisión madre-hijo (PTMH) o el acceso a preservativos y/o información sobre VIH.

**Método**

Es un estudio transversal que empleará metodología cualitativa y cuantitativa. La primera incluye entrevistas semi-estructuradas a los responsables de las unidades de salud seleccionadas, 2 grupos focales (hombres/mujeres) a nivel comunitario y recogida y análisis de documentos e informes. La segunda incluye la realización de 138 cuestionarios a la salida de 12 unidades de salud estratificadas y aleatorizadas, de proveedores de salud tanto públicos como franquiciados (nivel de confianza 95%, error absoluto esperado 0.5 para 2 SD). En dicho cues-



tionario (Haddad adaptado) se incluye una escala Likert para calidad percibida, satisfacción general y recogida de datos socio-demográficos. El trabajo de campo se realizará entre el 19 de abril y el 28 de mayo. Los datos cualitativos serán analizados con NVIVO.8 (framework analysis) los cuantitativos con SPSS.17. Se realizará comparación de medias con ANOVA test y regresión logística para relacionar las variables independientes (datos socio-demográficos) con las dependientes (acceso a medicamentos/ consejería/información sobre VIH)

#### Resultados

Pendientes de la recogida de datos

#### Conclusión

El estudio permitirá valorar si los sistemas franquiciados de salud son una estrategia adecuada para dar una respuesta eficaz al VIH/SIDA, y compararla con la que actualmente ofrecen los sistemas públicos. Esto permitirá tomar decisiones informadas sobre el fomento, o no, de los sistemas franquiciados en el marco de una respuesta integral al VIH, y especialmente en el área de PTMH.

#### Clínica

##### CO5.1

Características epidemiológicas, clínicas, y pronósticas de la gripe A (H1N1) en adultos infectados por el virus de inmunodeficiencia humana

E. Martínez, M. A. Marcos, A. Antón, I. Hoyo, M. Sanchez, A. Vilella, M. Larrousse, A. Trilla, T. Pumarola, J. M. Gatell.

Hospital Clínic – IDIBAPS, Universidad de Barcelona, Barcelona, España.

#### Objetivo:

Estudiar las características epidemiológicas, clínicas, y pronósticas de la gripe A (H1N1) en los adultos infectados por VIH (VIH+)

#### Métodos:

Desde el 26 de Abril hasta el 6 de Diciembre de 2009, se obtuvieron muestras oro- y nasofaríngeas para descartar influenza A (H1N1) en los adultos (>16 años) que acudieron al hospital con una infección respiratoria aguda. Se utilizó una reacción en cadena de la polimerasa a tiempo real para el tipado (A/B) y subtipado (H1/nuevo H1/H3/H5) del virus influenza según las instrucciones del protocolo del CDC. Por cada adulto VIH+ diagnosticado de gripe A (H1N1), se eligieron aleatoriamente tres adultos sin infección por VIH conocida (VIH-) diagnosticados de gripe A (H1N1) en la misma semana que disponían de información clínica suficiente. Se compararon las características epidemiológicas, clínicas, y pronósticas de la gripe A (H1N1) en los adultos VIH+ y VIH-.

#### Resultados:

De 2106 adultos evaluados, se confirmó el diagnóstico de gripe A (H1N1) en 567 (27%) VIH- y 56 (3%) VIH+. En ambos grupos, hubo dos picos paralelos al final de Agosto y en Noviembre. En comparación con los VIH- (n=168), los VIH+ tenían más edad y eran más fre-

cuentemente hombres y fumadores ( $P \leq 0.02$ ), rasgos característicos de la población VIH+ atendida en nuestro hospital. Entre los VIH+, 30% tenían eventos actuales o previos de SIDA, y 9% y 30% tenían <200 y 200-500 CD4/mm3 respectivamente al diagnóstico de gripe A (H1N1), aunque 95% tenían una carga VIH < 50 copias por mL. Con la excepción de los síntomas digestivos (37% VIH+ frente 18% VIH-,  $P=0.004$ ), las manifestaciones clínicas fueron similares. La neumonía (9% frente 25%,  $P=0.01$ ) y la insuficiencia respiratoria aguda (9% frente 21%,  $P=0.04$ ) fueron menos frecuentes en los VIH+. Hubo una frecuencia similar de coinfección bacteriana (7% VIH+ frente 8% VIH-). Los VIH+ ingresaron menos y se recuperaron más rápidamente que los VIH-. El tratamiento con oseltamivir (95% frente 71%,  $P=0.003$ ) fue más frecuente en los VIH+, aunque el tratamiento antibiótico se utilizó de forma similar (52% VIH+ frente 49% VIH-). Ambos grupos presentaron tasas similares de complicaciones tras el diagnóstico de gripe A (H1N1) (12% VIH+ frente 11% VIH-). No hubo muertes entre los VIH+, pero 2% de los VIH- falleció. En un subanálisis restringido a pacientes sin comorbilidades, los VIH+ (n=48, 86%) no mostraron diferencias significativas respecto a los VIH- (n=65, 39%), con la excepción de mayor uso de oseltamivir (94% VIH+ frente a 40% VIH-,  $P=0.0001$ ). En los VIH+, no hubo diferencias significativas entre las células CD4 (mediana, 583 frente 466 por mm3) y la carga viral (mediana, 1.7 frente 1.7 log copias por mL) al diagnóstico de gripe A (H1N1) y 4-6 semanas más tarde.

#### Conclusión:

La infección por VIH no hizo que la gripe A (H1N1) fuese más grave, y la gripe A (H1N1) no tuvo un impacto importante en el control de la infección por VIH.

#### Clínica

##### CO5.2

Determinación de arn-vhc en semana 12 tras la finalización de tratamiento es tan relevante como la determinación en la semana 24 postratamiento para predecir rvs en pacientes infectados por el vih coinfectados por vhc que reciben tratamiento con interferon pegilado y ribavirina.

A Rivero-Juárez (1), A Camacho (1), JA Mira (2), I Pérez-Camacho (3), N Merchante (2), L Ruiz-Torres (1), J Macías (2), J Torre-Cisneros (1), JA Pineda (2) y A Rivero

(1) Hospital Universitario Reina Sofia-IMIBIC, Córdoba. (2) Hospital Universitario Valme de Sevilla. (3) Hospital de Poniente, El Ejido.

#### Objetivo

Evaluar el valor predictivo positivo sobre RVS de la determinación sérica de ARN de VHC en semana 12 en pacientes coinfectados por VIH/VHC con respuesta virológica al final del tratamiento (RFT)

#### Método

231 pacientes infectados por el VIH con hepatitis C crónica tratados con una combinación de interferon pegilado alfa y ribavirina con dosis ajustadas según peso (1000-1200 mg) fueron incluidos de manera prospectiva en el estudio entre Enero 2004 y Junio 2008. Los pacientes con genotipo 1 y 4 recibieron tratamiento durante 48 ó 72 semanas y los pacien-



tes con genotipo 2 y 3 durante 24 ó 48 semanas en función de la existencia o no de respuesta viral rápida. Fueron incluidos aquellos pacientes que completaron tratamiento, alcanzaron RFT y aquellos a los que se realizó una determinación de ARN-VHC en semana 12 y 24 postratamiento. El límite de detección de ARN-VHC fue de 15 IU/mL. El valor predictivo positivo (VPP) fue definido como la probabilidad de alcanzar carga viral VHC indetectable en semana 12 y semana 24.

#### Resultados

Fueron incluidos en el estudio 231 pacientes, 103 pacientes (44,5%) con infección por VHC genotipo 1 o 4, y 128 pacientes (55,5%) con infección por VHC genotipo 2 o 3. De los 231 pacientes, 119 (51,5%) alcanzaron RFT. De ellos 83 pacientes (70,1%) presentaban fibrosis hepática avanzada basal determinada por biopsia o elastografía hepática transitoria. De los pacientes con RFT, 95 (79,8%) alcanzaron RVS y 24 (20,1%) presentaron recidivas. Todos los pacientes con recidiva (n=24) presentaron ARN-VHC detectable en semana 12. Todos los pacientes que presentaron ARN-VHC indetectable en semana 12 (n=95), mantuvieron RNA-VHC indetectable en semana 24 y por tanto alcanzaron RVS. El VPP sobre RVS de presentar ARN-VHC indetectable en la semana 12 postratamiento fue del 100%.

#### Conclusión

La determinación sérica de ARN-VHC 12 semanas tras la finalización del tratamiento es tan relevante como la determinación a las 24 semanas, para predecir RVS en pacientes infectados por el VIH con hepatitis crónica por VHC que reciben interferon pegilado y ribavirina.

#### Clínica

##### CO5.3

#### Detección precoz de infección por VIH basado en enfermedades indicadoras.

Ignacio Menacho<sup>1</sup>, Natalia López<sup>1</sup>, Mercè Muns<sup>2</sup>, Zoe Herreras<sup>3</sup>, Ethel Sequeira<sup>4</sup>, Pilar Navarrete<sup>3</sup>, Ignacio Pérez<sup>6</sup>, Thaïs Clusa<sup>2</sup>, Mercedes Poveda<sup>4</sup>, Luisa Benito<sup>1</sup>, Josep Maria Vilaseca<sup>3</sup>, Marta Catalán<sup>4</sup>, Antoni Sisó<sup>1</sup>, Joan Caylà<sup>5</sup>, Patricia García de Olaya<sup>5</sup>, Emma Fernández<sup>6</sup>, Anna Pereira<sup>3</sup>, Laura Sebastián<sup>1</sup>, Ágata León<sup>6</sup>, Felipe García<sup>6</sup>, José María Gatell<sup>6</sup> por el "Grupo de Atención Primaria y Hospitalaria para la detección precoz del VIH".

<sup>1</sup>Centro de Atención Primaria LES CORTS (GesClínic), <sup>2</sup>Centro de Atención Primaria RAVAL SUD, <sup>3</sup>Centro de Atención Primaria CAPSE ROSELLÓN, <sup>4</sup>Centro de Atención Primaria CAPSE CASANOVA, <sup>5</sup>Agencia de Salud Pública de Barcelona, <sup>6</sup>Servicio de Infecciones del HOSPITAL CLINIC

#### Objetivo

HIV in Medicine Europe ha puesto en marcha un estudio de detección precoz de infección por VIH basado en realizar la prueba en aquellos pacientes que consulten por herpes zóster (HZ), eccema seborreico (ES), síndrome mononucleósico (SMN) y leucopenia/trombopenia (L/T) llamadas enfermedades indicadoras de VIH. Se reclutarán 7500 pacientes en 17 países con el objetivo de mejorar la detección precoz del VIH. 4 centros de atención primaria (CAP) de Barcelona en colaboración con el Hospital Clínic reclutarán 400 pacientes en 2010 para este estudio. Con el objetivo de conocer la situación basal de trabajo en estos 4 centros se ha realizado un estudio

retrospectivo del número de serologías de VIH solicitadas en pacientes que presentan alguna de estas 4 enfermedades indicadoras (EI) durante el año 2008.

#### Método

Estudio multicéntrico, descriptivo y retrospectivo en 4 CAP de Barcelona (C1, C2, C3, C4), en 3 de los cuales la población mayoritaria tiene nivel socioeconómico medio-alto y baja tasa de inmigrantes (C1-C3) y en el cuarto nivel bajo-muy bajo y alta tasa de inmigrantes (C4). Se seleccionaron por historia clínica todos los pacientes que consultan con nuevo diagnóstico de HZ, ES, SMN y L/T durante el año 2008. Se recogieron las variables: CAP, EI, edad, sexo, nacionalidad, presencia de factores clásicos de riesgo para VIH, antecedentes de enfermedades de transmisión sexual (ETS), hepatitis B/C (VHB, VHC) o VIH y si hubo solicitud de serología para VIH. Se compararon las características por centros y por si hubo solicitud de serología para VIH.

#### Resultados

1029 pacientes consultaron con alguna de las 4 EI en los 4 CAPs. El número de EI fueron: HZ 377, ES 344, SMN 149 y L/T 159 sin diferencias significativas entre CAPs. La edad media fue 51 años y un 56.4% eran mujeres. Un 86.8% eran españoles (93.4% C1-C2-C3 vs. 43.3% C4,  $p<0.0001$ ). Un 1.3% eran homosexuales sin diferencias entre CAPs, el consumo de drogas IV fue de 1.1% (0.14% en C1-C3-C4 vs. 2.9% C2,  $p<0.0001$ ) y no IV de 1% (0.3% C1-C2-C3 vs. 5.2% C4,  $p<0.0001$ ). Un 4% de los pacientes habían presentado una ETS previa (2.2% en C1-C3 vs. 14.9% en C4,  $p<0.0001$ ), un 1.4% VHB (0.6% C1-C3 vs. 6.7% C4,  $p<0.0001$ ), un 1.5% VHC (0.7% C2-C3 vs. 2.1% C1 y C4,  $p=0.022$ ).

Se solicitó serología VIH en 71 casos (6.9%) de los cuales 4 (5.6%) fueron positivos (1 en C1-C3 y 3 en C4), 3 de estos 4 pacientes consultaron por SMN y 1 por L/T. Se compararon las características entre los que se les solicitó el VIH y en los que no se solicitó. Por CAP se solicitó en un 3.4% en C1, 3.7 en C2, 0% en C3, vs. un 35.8% en C4 ( $p<0.0001$ ). Por EI se solicitó en HZ 5%, ES 2.3%, SMN 22.8% y L/T 6.9% ( $p<0.0001$ ). La edad media fue de 34 en los que se solicitó vs. 52 años en los que no se hizo ( $p<0.0001$ ). Se solicitó en un 9.6% de los hombres vs. 4.8% mujeres ( $p<0.0001$ ). Según la nacionalidad se solicitó en un 4.2% de españoles vs. 25% de inmigrantes ( $p<0.0001$ ). En aquellos pacientes con antecedentes de ETS se solicitó en un 34.1% vs. 5.8% en aquellos pacientes sin ETS previas ( $p<0.0001$ ).

#### Conclusión

La búsqueda activa de infección por VIH en enfermedades indicadoras actualmente es extremadamente baja, incluso en pacientes que consultan por mononucleosis. La solicitud de VIH se basa más en criterios como el área de salud, la edad, género, nacionalidad y antecedentes de otras ETS. Dado el elevado porcentaje de resultados positivos (5.63%), estos datos sugieren que se debería estandarizar la solicitud en un listado de enfermedades indicadoras, aunque los resultados del estudio prospectivo ayudarán a definir qué enfermedades son las que mejor predicen la presencia de VIH.

#### Clínica

##### CO5.4

Era TARGA: características de la Tuberculosis en los pacientes con infección por el VIH en el Área Sanitaria de Ferrol.

Sabela Sánchez Trigo<sup>1</sup>, Susana Méndez Lage<sup>2</sup>, Hortensia Álvarez Díaz<sup>1</sup>, José F. García Rodríguez<sup>1</sup>, Ana Mariño Callejo<sup>1</sup>, Pascual Sesma Sánchez<sup>1</sup>.





Servicio de Medicina Interna - Unidad de Enfermedades Infecciosas<sup>1</sup>. Servicio de Microbiología<sup>2</sup>. Hospital Arquitecto Marcide. Ferrol. A Coruña.

#### Objetivo

Analizar las características de la tuberculosis (TB) en los pacientes diagnosticados de infección por el VIH en la era post-TARGA (Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad).

Métodos Se incluyeron los pacientes diagnosticados de TB entre enero de 1996 y diciembre de 2008. El diagnóstico de TB se estableció por técnicas microbiológicas, anatomía patológica o clínica compatible y evolución favorable con tratamiento (excluidas otras enfermedades oportunistas). Se consideró TB pulmonar cuando la afectación era exclusivamente pulmonar. Se recogieron las características demográficas de los pacientes, la práctica de riesgo, el nivel de linfocitos CD4 al inicio y al final del tratamiento de la TB y las características clínicas, tratamiento, toxicidad por tuberculostáticos y mortalidad directamente relacionada con la TB. Los pacientes se distribuyeron en tres grupos: Grupo 1: los que tomaban TARGA previo al diagnóstico de la TB, Grupo 2: los que lo iniciaron durante el período de tratamiento y Grupo 3: los que no lo iniciaron durante el período de estudio.

#### Resultados

Se han incluido 59 pacientes, 9 en el grupo 1, 12 en grupo 2 y 38 en el grupo 3. El 79.7% eran hombres. La media de edad fue de  $35.62 \pm 6.74$  años. La práctica de riesgo fue el uso de drogas por vía parenteral (78%), las relaciones heterosexuales (5.1%) y desconocido (16.9%).

En el 28.8 % de los pacientes se conocía la positividad en el Mantoux previo y sólo 11.8% cumplieron el tratamiento profiláctico de la TB.

El diagnóstico de la TB se realizó por cultivo en medio Löwenstein o estudio anatomopatológico en el 96% de los casos.

En el 88.1% de los pacientes la TB fue la enfermedad diagnóstica de SIDA. La localización fue extrapulmonar en el 44.4% de los pacientes del grupo 1, 58.3% del grupo 2 y 55.3% del grupo 3. En los pacientes con afectación pulmonar, la baciloscopia fue positiva en el 60% de los casos.

Sólo en 1 caso se detectó resistencia a Isoniacida y Rifampicina. La pauta de tratamiento más usada en todos los grupos fue 9HR2Z (91.2%). En 5 pacientes tratados con IP, se empleó Rifabutina en lugar de Rifampicina.

El tratamiento fue directamente observado en el 48% de los pacientes, siendo la supervisión más frecuente en los pacientes que iniciaron el TARGA posteriormente al diagnóstico de TB (75%).

En conjunto, el 13.3% de los pacientes de los grupos 1 y 2 presentaron toxicidad por tuberculostáticos que obligó al cambio de la pauta, frente al 6.3% del grupo 3. En ningún paciente fue necesario modificar el TARGA.

La mortalidad por TB fue del 15.5% de los pacientes (n=9), todos excepto uno incluidos en el grupo 3.

El 6.7% de los pacientes se perdió durante el seguimiento. El resto de pacientes se siguieron al menos durante 1 año tras completar el tratamiento de la TB, confirmándose la curación en todos los casos excepto en 2 que recidivaron.

La cifra de linfocitos CD4 al diagnóstico de la TB fue inferior a  $200/\text{mm}^3$  en el 46.5% del

total de los casos y entre 200 y  $350/\text{mm}^3$  en el 30.2%. En los grupos 2 y 3, el porcentaje de pacientes con linfocitos CD4 inferiores a  $200/\text{mm}^3$  fue superior respecto al grupo 1. Sólo en los pacientes del grupo 1 y 2 se observó un incremento de linfocitos CD4 entre el inicio y fin de tratamiento tuberculostático. Este incremento fue más evidente entre los pacientes del grupo 2.

#### Conclusiones

1. La TB sigue siendo una enfermedad definitoria de SIDA frecuente. 2. La localización extrapulmonar es menos frecuente entre los pacientes que reciben TARGA antes del diagnóstico de la TB. 3. Iniciar el TARGA tras el diagnóstico de la TB es seguro y eficaz, evidenciándose una recuperación del sistema inmune en este grupo de pacientes. 4. En nuestra experiencia, la rifabutina en los pacientes que reciben tratamiento con IPs, es una alternativa a la rifampicina eficaz y segura. 5. La mortalidad global por TB en nuestra serie es alta siendo más frecuente en los pacientes que no recibieron TARGA.

#### Clínica

##### CO5.5

Riesgo cardiovascular y dislipemia en pacientes vih y controles apareados

Ramírez R, Díaz A, Delegido A, Tacias M, Ruiz S, Martín E, Creus C, Pedrol E.

Hospital San Pau i Snta Tecla Tarragona.

#### Introducción-Objetivo

Se supone que los pacientes VIH tienen un mayor riesgo cardiovascular (RCV) que el resto de la población. Algunas de las razones podrían ser los diferentes patrones lipídicos. Por otra parte, los cuadros de estratificación del RCV en este tipo de paciente han sido escasamente evaluados. El objetivo de nuestro trabajo fue analizar los factores de riesgo cardiovascular y las tablas de riesgo recomendadas por las guías europeas para la estratificación del RCV en pacientes infectados por el VIH.

#### Métodos

Estudio observacional y transversal que incluyó una cohorte de pacientes infectados por el VIH recluidos desde la consulta de Medicina Interna, comparados con una cohorte de sujetos no infectados por el VIH reclutados desde la consulta de atención primaria durante el año 2008. Se recogieron variables clínicas, factores de riesgo cardiovascular clásicos (FRCC), patrón de perfil lipídico y tratamiento habitual a partir de una base de datos informatizada. Se calculó el RCV usando las tablas de riesgo SCORE. Los datos fueron analizados utilizando el programa informático SPSS en su versión 15.0.

#### Resultados

Se incluyeron 154 pacientes VIH + y 155 sujetos VIH - con una edad media de  $44.8 \pm 9.5$  vs  $55.2 \pm 14.3$  años de los que el 69.5 % vs 49% eran varones ( $p < 0.01$ ). Se tuvieron en cuenta estas diferencias basales en el posterior análisis de regresión. Los FRCC como el índice de masa corporal (IMC) y la tensión arterial sistólica (TAS) fueron inferiores en los VIH + ( $25.1 \pm 6.7$  vs  $28.7 \pm 5.1$   $\text{kg}/\text{m}^2$  ( $p < 0.01$ ) y  $119.6 \pm 19.4$  vs  $124.7 \pm 14.7$  ( $p = 0.044$ ).



Existió menor proporción de pacientes hipertensos, diabéticos y obesos en los pacientes VIH + ( 26'5 vs 6'5%, 20'6% vs 3'9% y 36'8 vs 12'3 % p < 0'01 para todas ellas). En cambio la dislipemia fue mas frecuente en el grupo VIH +, con inferiores cifras de colesterol total y de lipoproteínas de baja densidad (191'2 ± 41'4 mg/dl vs 218'5 ± 44'6 mg/dl y 109'5 ± 33'9 mg/dl vs 134'6 ± 37'7 mg/dl, p < 0'01 en ambos casos), pero mayores de triglicéridos (156'7 ± 85'7 mg/dl vs 135'8 ± 66'2 mg/dl, p < 0'01) y menores de colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDLc) ( 50'3 ± 19 mg/dl vs 55' ± 14'9 mg/dl, p = 0'013). El tratamiento farmacológico de la dislipemia fue inferior en los VIH + (17'6% vs 25'3 %, p < 0'01). No existieron diferencias en la media de RCV determinado por las tablas de riesgo SCORE o SCORE 10 entre ambos grupos (3'5 ± 3'6 vs 4'4 ± 3'8%, p= 0'091).

#### Conclusión

El RCV determinado por las tablas de SCORE o SCORE 10 no es mayor en los pacientes VIH + de nuestra área.

La dislipemia es el FRCC principal en los pacientes VIH+, con hipolipemia HDLc e hipertrigliceridemia como alteraciones fundamentales.

El tratamiento de la dislipemia en los VIH+ es menos frecuente que en controles.

Debemos intensificar medidas terapéuticas encaminadas a incrementar el HDLc y disminuir los triglicéridos en estos enfermos.

#### Clínica

##### CO5.6

El grado de fibrosis hepática no incrementa el riesgo de hepatotoxicidad por Raltegravir. Estudio EGEO.

A Rivero-Juárez (1), I Pérez-Camacho (2), P Viciana (3), A. Camacho (1), JR Blanco (4), J de la Torre (5), M Márquez (6), I Santos (7), MJ Pérez Elías (8), P Domingo (9), S Moreno (8), A Rivero (1).

(1) Instituto de Investigación Maimónides y Hospital Reina Sofia, Córdoba; (2) Hospital de Poniente, El Ejido (3) Hospital Virgen del Rocío, Sevilla; (4) Hospital de San Pedro, La Rioja; (5) Hospital Costa del Sol, Marbella, (6) Hospital Virgen de la Victoria, Málaga (7) Hospital de la Princesa, Madrid; (8) Hospital Ramón y Cajal, Madrid; (9) Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

#### Objetivo

Evaluar la incidencia de hepatotoxicidad (Htx) en pacientes infectados por el VIH que simplifican el TAR con el cambio único de T-20 por raltegravir (RL), manteniendo el resto del régimen de tratamiento, y la influencia en la misma de la existencia de hepatopatía crónica.

#### Método

Estudio retrospectivo, abierto, multicéntrico de los pacientes que realizaron simplificación de T-20 a RL en 9 hospitales españoles. Criterios de inclusión: Edad >18 años, tratamiento estable con T-20, RNA-VIH indetectable durante los 3 meses previos al momento de simplificación. Se analizaron variables demográficas, la existencia o no de hepatopatía crónica y el grado de fibrosis hepática, variables relacionadas con el TAR y con la infección VIH. Se

valoró el grado de fibrosis mediante el algoritmo HEPAVIR (JAC 2008;61:925-32). Se valoró la incidencia de Htx (Grado 1 a 4) y Htx grave (grado 3-4) tras la simplificación.

#### Resultados

Se incluyeron 100 pacientes en el estudio, 77 (77%) varones, edad 45,67±7,5 años, tiempo de TAR: 12,15±5,53 años, Tiempo con T-20: 70,4±51,4 meses, Tiempo de seguimiento medio por paciente 44,4±8,15 semanas. Linfocitos CD4 basales: 431±256. Hepatopatía crónica (HC): 55 (58,5%) pacientes (49 HC por VHC, 5 HC por VHB y 1 otra). Grado de fibrosis entre los pacientes con HC: Fibrosis no significativa (FO ó F1): 24 (43,6%), Fibrosis significativa (F2-F3) 15 (27,2%) y Cirrosis hepática 16 (29,2%). Htx global: 8 (8%, IC95% 2.6-13.3); Grado 1: 7% (IC 95 2-12), Grado 2: 1% (IC 95% 1-2,9), Grado 3-4: 0. No se apreciaron diferencias en la incidencia de Htx entre pacientes con HC y sin HC (p=0.28). Htx en paciente sin HC: 2 (4,4%, IC 95 1-10,4) pacientes con Htx grado 1. Htx en paciente con HC: 6 (8,2%, IC95 2,6-19,1) con Htx grado 1 (n=5) y grado 2 (n=1). No se observó el desarrollo de Htx grave (grado 3-4) en ningún paciente durante periodo de observación. No se apreciaron diferencias en la incidencia de htx entre pacientes con HC según el grado de fibrosis: FO-F1: 3, (12,5%, IC 95% 1-25), F2-3: 2 (13,1% IC95 1-30). F4: 2 (12,5% IC95 1-28) (p= 0,3).

#### Conclusiones

Raltegravir presenta un perfil de hepatotoxicidad muy favorable con una muy baja incidencia de Htx. Ni la presencia de hepatopatía crónica ni el grado de fibrosis de la misma incrementaron en nuestro estudio el riesgo de Htx por Raltegravir.

#### Tratamiento

##### CO6.1

El genotipo de interleuquina 28b es un potente predictor de respuesta al tratamiento con interferón pegilado más ribavirina en pacientes coinfectados por vih y vhc

Rivero-Juárez A(1), Pineda JA(2), Caruz A (3), Camacho A (1), Neukam K (2), Salas I (3), Martínez A (1), Macías J (2), Mira JA (2), Torre-Cisneros J (1), Palo-mares JC (2), Rivero A (1). (1) Hospital Universitario Reina Sofia-IMIBIC, Córdoba. (2) Hospital Universitario Valme de Sevilla. (3) Universidad de Jaén.

#### Objetivo

Evaluar si el polimorfismo rs12979860, situado en la región de la interleuquina 28B, se asocia independientemente a respuesta viral sostenida (RVS) al tratamiento con interferón pegilado (Peg-IFN) y ribavirina (RBV) en una cohorte de pacientes coinfectados por VIH y virus de la hepatitis C (VHC), sin limitaciones de genotipo.

#### Método

A 169 pacientes coinfectados por VIH y VHC, que iniciaron un primer tratamiento frente a la hepatitis crónica C con Peg-IFN y RBV en dos hospitales españoles, se les congeló una muestra de sangre total para determinaciones genéticas. A todos ellos se les analizaron las variaciones en el polimorfismo rs12979860 mediante PCR en tiempo real. De estos enfermos, los 154 que no abandonaron el seguimiento y en los que no se suspendió el tratamien-



to debido a la aparición de efectos adversos (grupo "on treatment"), consti-tuyeron la población de este estudio.

#### Resultados

El genotipo rs12979860 fue CC en 68 (44%) pacientes, TC en 66 (43%) y TT en 20 (13%). La tasa de RVS en pacientes con genotipo CC fue del 71%, frente a 34% ( $P < 0,001$ ) en los portadores del genotipo TC o TT. Igualmente, la tasa de respuesta viral precoz (caída de al menos 2 log o negativización en la carga viral a la semana 12) fue significativamente mayor en el primer grupo que en el segundo (82% vs. 44%,  $P < 0,001$ ). No hubo diferencia en la frecuencia de recidivas entre unos y otros pacientes. Las ta-sas de RVS en pacientes con distintos genotipos virales, de acuerdo con el genotipo de IL28B, se muestran en la figura 1. Las cifras de colesterol LDL plasmático al inicio del tratamiento fueron más altas en los pacientes con rs12979860 CC, intermedias en los portadores de TC y más ba-jas cuando el genotipo fue TT ( $P < 0,001$ ). En el análisis multivariante, los factores independien-temente asociados [OR ajustada (IC 95%)] a RVS fueron sexo femenino [4,28 (1,08-16,96),  $P = 0,039$ ], genotipo de VHC 1 ó 4 [(13,98 (4,87-40,11),  $P < 0,001$ ], carga viral basal de VHC  $< 600.000$  UI/ml [1,99 (1,18-3,34),  $P = 0,009$ ] y el genotipo de rs12979860 CC [5,05 (2,04-12,5),  $P < 0,001$ ]. Treinta y nueve pacientes (25%) eran portadores de un genotipo 1-4, una carga viral igual o mayor de 600.000 UI/ml y un genotipo de IL28B TC o TT. De estos pacientes, sólo cua-tro (10%) desarrollaron RVS.

#### Conclusión

1) Las variaciones en el genotipo de IL28B son un pre-dictor independiente de RVS a Peg-IFN y RBV en pacientes coinfectados por VIH y VHC, más potente que la carga viral o la fibrosis hepática. Su efecto se ejerce en los pacientes con genotipo viral 1, 4 y, en menor medida, 3. 2) La deter-minación del genotipo de IL28B debería incor-porarse a la práctica clínica. 3) El sistema LDL ligando/receptor puede jugar algún papel en el mecanismo de acción del gen de IL28B.

#### Tratamiento C06.2

Las mutaciones en el gen de la IL28 no influyen sobre las tasas de recidiva de la Hepatitis por VHC tras completar un régimen de tratamiento estándar con Interferón pegilado (PEG) mas Ribavirina en pacientes coinfectados por VIH y VHC

A. Rivero-Juárez(1), A. Camacho (1), JA Mira (2), I Perez-Camacho(3), Caruz A.(4), N. Merchant(2), L. Ruiz-Torres(1), J. Macías (2), J Torre-Cisneros (1), JA Pineda (2) y A.Rivero(1).

(1) Hospital Univeritario reina Sofia-IMBIC, Córdoba. (2) Hospital Universitario Valme de Sevilla, (3) Hospital de Poniente, El Ejido, (4) Universidad de Jaén.

#### Objetivo

Evaluar si el polimorfismo rs12979860, situado en la región de la interleuquina 28B (IL28b), influyen sobre la tasa de recidivas frente VHC en pacientes coinfectados con VIH, tras cum-plimentar el tratamiento estándar con Interferón pegilado (PEG) y Ribavirina,

#### Método

Pacientes infectados por el VIH con hepatitis crónica por VHC tratados con PEG + mas riba-virina incluidos prospectivamente entre enero del 2004 y junio del 2008. Pacientes naive, Haber realizado un curso completo de tratamiento con PEG + ribavirina, definido como de al menos 6 meses para genotipos 2 y 3, y de al menos 12 meses para genotipos 1 y 4. Presentar respuesta al final del tratamiento (RFT) evaluada por un procedimiento con capa-cidad para detectar mas de 15 UI/mL.

#### Resultados

Se incluyeron en el estudio 119 pacientes con Respuesta final de tratamiento (RFT). De ellos 95 pacientes alcanzaron Respuesta viral sostenida (RVS) y 24 pacientes recidivaron. Entre los pacientes con RVS 50 (52,63%) presentaban haplotipo de rs12979860 (IL28B) GG y 41 (47,37 %) haplotipo AA ó AG. Entre los pacientes con Recidiva 9 (50%) presentaban haplo-tipo GG y 9 (50 %) haplotipo AA ó AG. No se observaron diferencias significativas en la tasa recidivas entre pacientes con haplotipo GG y AA/AG del IL28B ( $p = 0,326$ ). Entre los pacien-tes con haplotipo GG recidivaron el 17,03% (IC al 95% 7,03%-27,59%), mientras que los pacientes con haplotipo AA/AG recidivaron el 20,9% (IC al 95% 8,77%-33,09%) ( $p = 0,257$ ).

#### Conclusión

Las variaciones en el genotipo de IL28B, identificado como factor predictivo de aclaramien-to viral espontáneo del VHC y como factor predictivo de RVS en pacientes mono infectados por VHC y coinfectados por VHC/VIH, no influye en la tasa de recidivas del VHC tras com-pletar una pauta de tratamiento estándar con PEG + R.

#### Tratamiento C06.3

Larga exposición a didanosina es una de las causas principales de daño hepático en pacientes infectados por el vih sin coinfección por virus hepatotropos.

A Rivero- Juárez (1), N Merchant (2), I Pérez-Camacho (3), JA. Mira (2), A. Camacho (1), Juan Macías (2), J Torre-Cisneros (1), Juan A. Pineda (2) y A Rivero (1).

(1) Hospital Universitario Reina Sofia (2) Hospital Universitario de Valme, Sevilla. (3) Hospital de Poniente, El Ejido.

#### Objetivo

El objetivo de nuestro estudio ha sido detectar la presencia de enfermedad hepática en una cohorte de pacientes infectados por el VIH sin coinfección por VHC o VHB y evaluar los facto-res relacionados con la misma.

#### Método

Estudio prospectivo de corte transversal. Se evaluó El grado de rigidez hepática (RH) como marcador de fibrosis hepática mediante elastografía hepática transitoria (EHT) en 258 pacientes infectados por el VIH sin coinfección por VHC o VHB y sin evidencia de hepatoto-xicidad aguda ni de otra causa de enfermedad hepática.  $RH \geq 7.2$  kiloPascales (kPa) fue con-siderada como anormal. Se realizó un análisis multivariante para identificar los factores asociados a RH anormal.



**Resultados**

RH anormal fue observada en 29 (11.2%) pacientes. 18 (16.4%) pacientes previamente tratados con ddl y 11 (7.4%) nunca tratados con ddl presentaron RH  $\geq$  7.2 kPa ( $p=0.02$ ). La prevalencia de RH anormal fue mayor en pacientes tratados con abacavir que en aquellos que no recibieron nunca abacavir [15 (21.7%) vs 14 (7.4%);  $p=0.001$ ]. En el análisis multivariante, la edad [AOR 1.05; 95% CI 1.002-1.1;  $p=0.004$ ], ingesta de alcohol  $> 50$  grs/día [AOR 7.2; 95% CI 2.6-19.7;  $p<0.0001$ ], CD4  $< 200$  cels/mL [AOR 3.4; 95% CI 1.06-11.007;  $p=0.03$ ], tiempo de tratamiento con ddl [AOR 1.31; 95% CI 1.12-1.52;  $p=0.001$ ] y previa exposición a abacavir [AOR 3.01; 95% CI 1.18- 7.67;  $p=0.02$ ] fueron factores independientemente asociados con RH elevada.

**Conclusión**

La prevalencia de RH elevada en pacientes infectados por el VIH sin coinfección por virus hepatotropos es elevada. Una larga exposición a ddl es una de las principales causas de daño hepático en estos pacientes.

**Tratamiento  
CO6.4**

Eficacia del tratamiento antirretroviral en condiciones de práctica clínica: evolución (2004-2010) en una cohorte hospitalaria.

J.A. Iribarren, M.J. Bustinduy, M.J. Aramburu, C. Sarasqueta, F. Rodríguez-Arondo, J. Arrizabalaga, M.A. von Wichmann, M.A. Goenaga, X. Camino, M.J. Bustinduy, H. Azkune, L. Pascual.

S. Enfermedades Infecciosas, Hospital Donostia. San Sebastián

**Introducción.**

En los últimos años, los ensayos clínicos con antirretrovirales han demostrado tasas de eficacia cada vez más elevadas, tanto en pacientes naive como en pretratados. Sin embargo, poco es conocido respecto a la efectividad de su utilización en la práctica clínica; y menos aún la evolución en el tiempo.

**Objetivos.**

Evaluar la eficacia del tratamiento antirretroviral y su evolución en el tiempo, en una cohorte hospitalaria entre 2004 y 2010 en términos de éxitos, datos inmunológicos y virológicos.

**Métodos.**

Estudio prospectivo de una cohorte de pacientes infectados por VIH en el período 2004-2010 analizando datos demográficos, de laboratorio, evolutivos y de tratamiento antirretroviral. Se recogen las pérdidas de seguimiento (definidas por no acudir en 9 meses para los pacientes en TAR y en 12 para los noTAR noLTNP) y se analiza, mediante cortes transversales semestrales, CV, linfocitos CD4 y tratamiento antirretroviral, de aquellos pacientes no perdidos, de los que se dispone de datos. Se ha analizado la evolución de las proporciones en los sucesivos cortes mediante una chi-cuadrado de tendencias.

**Resultados.**

Entre 01/01/2004 y 01/01/2010, han acudido al menos una vez 1703 pacientes (68,5% varones); práctica de riesgo: UDVP, 51,4%; hetero, 24%; homo, 13,2%; desconocido 10,1%. Edad media: 45,1+/-8,2. El 1/1/2004 había 1145 pacientes en seguimiento; 1350 a 1/1/2010, con 478 pacientes nuevos, 85 perdidos de seguimiento, 39 traslados. 151 pacientes han fallecido (tasa de 20,1 x 1000 pacientes/año). De las 15.116 determinaciones de CV en dicho período, 74,5% y 83,6% estaban por debajo de 50 y 1000 copias/ml respectivamente. A 01/2004, 892 (77,8%) pacientes estaban en TAR; 1224 (90,7%) en enero 2010 ( $p<0.000$ ), de los que 1117 llevaban más de 9 meses. El porcentaje de pacientes del global con CD4 $<200$ /ml a 01/2004; 2006, 2008 y 2010 ha sido: 12,2-12,3-11-8,1% respectivamente ( $p<0.000$ ). La proporción de pacientes en TAR con CV  $<50$  y  $<1000$  copias en los mismos cortes ha sido de: 73,4-83,2-86,2-90,2% para  $<50$  c/ml ( $p=0.000$ ) y 87,8-91-93,9-95,4% para  $<1000$  c/ml ( $P=0.000$ ). Cuando se consideran aquellos pacientes que llevan más de 9 meses en TAR, de los que disponemos de determinaciones en la mayoría de los casos (p.ej, en el último corte para 95,3%), la proporción de pacientes con CV  $<50$  c/ml es, para los mismos cortes de: 79,2-87,6-90,2-93% ( $p=0.000$ ) y con menos de 1000 copias/ml: 91,6-95-96,5-97,2% ( $p=0.000$ ).

**Conclusiones.**

La eficacia del TAR, ya alta al inicio del estudio, ha ido mejorado significativamente (de 73,4% a 90,2% para CV  $<50$  copias/ml y de 87,8% a 95,4% para pacientes en TAR de cualquier duración; y de 79,2% a 93% para CV $<50$  copias/ml de 91,6% a 97,2% de CV $<1000$  copias/ml para los que llevan al menos 9 meses en TAR). Más del 90% de la cohorte presenta CD4 $>200$ /ml.

**Tratamiento  
CO6.5**

Etravirina en pacientes vih coinfectados con vhc y /o vhb.

P. Arazo, N. Guiral, O. Gavín, C. Gómez, H. Navarro, D. Gil, A. Pascual, C. Ramos.

Servicio de MI-Unidad de E. Infecciosas y Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

**Objetivo**

Conocer la efectividad y seguridad de etravirina como parte del tratamiento antirretroviral (TAR) en pacientes VIH coinfectados con VHC y/o VHB.

**Método**

Estudio observacional retrospectivo de pacientes VIH que iniciaron tratamiento con etravirina (ETR) como parte del TAR desde 01/06/2008 hasta 31/01/2010 y mantuvieron dicho TAR durante al menos 24 semanas. Se recogieron: datos demográficos, tiempo desde el diagnóstico, resistencias, tratamientos anteriores, antirretrovirales (AR) asociados a ETR, coinfección VHC y/o VHB. Parámetros de eficacia: carga viral (CV) y recuento de linfocitos CD4 (0, 4, 12 y 24 semanas). Parámetros de seguridad: efectos adversos y datos bioquímicos (ALT, AST,



colesterol total, LDL-colesterol, HDL-colesterol y triglicéridos (TG); a las 0, 4, 12 y 24 semanas). Los datos se obtuvieron a partir de las historias clínicas y del registro farmacoterapéutico del Servicio de Farmacia. Se ha realizado tratamiento estadístico con el Chi2 con la corrección de Fisher.

#### Resultados

Se incluyeron 36 pacientes, 61,1 % coinfectados (52,8 % coinfectados VHC y 8,3 % VHB). Las características de los pacientes coinfectados: edad media  $43,8 \pm 5,6$  años, 86,4 % hombres, tiempo medio desde el diagnóstico 17 años (5-27), diagnóstico SIDA un 54,5 %; conducta de riesgo: ADVP 72,7 %, heterosexual 13,6 %, homosexual 9,1 %, y transfusión 4,5 %. Las características de los no-coinfectados son similares, exceptuando sexo (hombres: 50,0 % no-coinfectados vs 86,4 % coinfectados) y conducta riesgo (ADVP 21,4 % no-coinfectados vs 72,7 % coinfectados). El motivo de incluir ETR en coinfectados fue: fracaso virológico 54,5 %, efectos adversos 27,3 %, simplificación 13,6% y dificultad deglución 4,5 %. Los TAR anteriores de estos pacientes contenían un número medio de análogos a los nucleósidos (AN) de 5,2 (3-6), no análogos a los nucleósidos (NN) 1,5 (1-2) y a inhibidores de la proteasa (IP) 3,5 (0-7). Media de mutaciones: 5,0 (0-11) a AN; 1,5 (0-3) a NN y 3,7 (0-12) a IP. Respecto a la efectividad medida como CV indetectable (<40 copias/ml), a las 12 semanas de tratamiento alcanzaron CV indetectable el 85,7 % en no-coinfectados vs 77,3 % coinfectados ( $p>0,05$ ) y a las 24 semanas un 76,5 % vs 89,5 % ( $p>0,05$ ). En los pacientes coinfectados se produce incremento en el recuento medio de CD4 en 81,0 %, con una media de aumento de 139,4 células/mm<sup>3</sup> (10-360). En cuanto a la seguridad del TAR, no se observaron modificaciones en los niveles de ALT y AST a lo largo del tratamiento en coinfectados. Tres pacientes tuvieron reacciones adversas atribuibles al TAR: uno parestesias y astenia y otro prurito faríngeo con odinofagia y un tercero síndrome de reconstitución inmune; efectos que en ningún caso obligaron a retirar el tratamiento.

#### Conclusión

- El TAR que incluye etravirina es una opción terapéutica efectiva en pacientes coinfectados con VHC y/o VHB, obteniéndose CV indetectables en un alto porcentaje de pacientes al igual que en pacientes no coinfectados.
  - No se modifica en el perfil hepático a lo largo del tratamiento.
  - La tolerancia es buena, los efectos adversos observados no llevan a discontinuaciones del tratamiento.
- Sin conflicto de intereses

#### Tratamiento CO6.6

Experiencia clínica con antirretrovirales de última generación en pacientes con infección VIH multitratados y en fracaso virológico. valoración a 96 semanas.

P. Rodríguez Fortúnez, I Hernández Hernández, MM Alonso Socas, R Alemán Valls, AM López Lirola, D García Rosado, Felicitas Díaz Flores\*, E Ponce Martín, JL Gómez Sirvent.

Sección de Infecciones (Servicio de Medicina Interna). \* Sección de Biología Molecular del Laboratorio Central. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.

#### Objetivo

Valorar a 96 semanas la respuesta virológica, inmunológica y la evolución de parámetros lipídicos y hepáticos en pacientes que han recibido en nuestro centro tratamiento con, al menos, uno de los siguientes fármacos: darunavir (DRV), raltegravir (RAL), maraviroc (MRV) o etravirina (ETR), tras fracaso virológico de su terapia antirretroviral (TAR)

#### Método

Seguimiento prospectivo de la evolución de la viremia, cifras de CD4, transaminasas, colesterol total y triglicéridos, desde el momento del inicio del TAR de rescate hasta las 96 semanas en todos los pacientes que han recibido en dicho TAR, al menos, uno de los siguientes fármacos: DRV, RAL, MRV o ETR

Valoramos: datos demográficos, tiempo de tratamiento, coinfección por virus de hepatitis C y/o B, mutaciones genotípicas al fracaso, efectos adversos y valores de: colesterol, triglicéridos, transaminasas, GGT y creatinina

#### Resultados

Se analizaron 38 pacientes: 76,3% varones. Modo de transmisión: 29% UDVP, 44,7% homosexual y 26,3% heterosexual. 28,9% estaban coinfectados por el VHC y 10,5% por VHB. La mediana de TAR previo fue de 142,5 meses (rango: 26-231). Todos los pacientes tenían experiencia previa con, al menos, un fármaco de las familias de NRTIs, NNRTIs e IPs. La media de la CVIH basal previa al inicio del TAR de rescate fue  $143719 \pm 302695$  copias/ml y los niveles de CD4+: 285 células/ml (5-967)

El número medio de TAMs fue de 2 (0-5)

Según algoritmo de Stanford un 63,2% de los pacientes eran sensibles o con baja resistencia a DRV y 60,5% a ETR y presentaban una mediana de fármacos activos era de 3 (rango: 2-5). En la nueva pauta del tratamiento de rescate un 84,2% recibieron DRV/RIT, un 65,8% ETR, un 65,8% RAL y un 26,3% MRV

Se constató mala adherencia al TAR en un 35% de los pacientes

El porcentaje de CV indetectable (CV<40) a las 4 semanas fue un 53% (36 pacientes analizados), a las 12 semanas un 70,6% (34 pacientes), a las 24 semanas un 75% (28 pacientes), a las 48 semanas un 85,7% (21 pacientes), a las 72 semanas un 82,3% (17 pacientes) y a las 96 semanas un 90,9% (11 pacientes).

La ganancia media a las 96 semanas de CD4+ fue  $306,5 \pm 338,5$  células/ml ( $p<0,001$ )

Ningún paciente presentó efectos adversos que condicionaran a suspender el tratamiento. El incremento medio de triglicéridos a las 96 semanas fue  $78,7 \pm 138,5$  mg/dl ( $p=0,017$ ) y el incremento de de colesterol  $44,7 \pm 70$  mg/dl ( $p=0,06$ )

No hubo variaciones significativas en niveles de AST, ALT, GGT ni creatinina

#### Conclusión

En nuestro medio y fuera del ámbito de los ensayos clínicos, el TAR de rescate con, al menos, un fármaco de nueva generación (DRV, ETR, MRV o RAL) consiguió una respuesta virológica en el 90,9% de los pacientes a las 96 semanas

La medicación fue bien tolerada, si bien, el tratamiento de rescate se asoció a incremento significativo de los valores lipídicos



**Aspectos Sociales****C07.1**

Registro de datos en la intervención psico-social con rigor y confidencialidad.

Raquel Ruiz García y Bartolomé de Haro Cabanas

Asociación Apoyo Activo

**Objetivo**

Permitir un análisis global de las intervenciones planteadas, facilitando la coordinación de los diferentes profesionales que estén tomando parte en dicha intervención, así como la posible explotación general de estos datos relacionándolos con los de otros pacientes atendidos en la unidad. Todo ello, garantizando la confidencialidad con la seguridad de acceso a dicho sistema de registro.

**Método**

Aplicación informática diseñada específicamente para el tratamiento confidencial de los datos relativos a cada paciente atendido en la unidad de apoyo psico-terapéutico, tanto los datos personales descriptivos de cada un@, como los referentes a las diferentes intervenciones que se hayan realizado en el tiempo. Dicha aplicación, recoge la descripción resumida de cada intervención, y a su vez diferencia tipificando los diferentes tipos de intervención (individual, familiar o comunitaria), el contexto donde ha tenido lugar (hospitalizado o desde consultas externas) y si se han hecho derivaciones a otros recursos (UTS, Asociaciones especializadas, ect.). Tiene la doble utilidad de permitir la explotación de datos generando informes, cruzando datos de las variables que seleccionemos o simplemente facilitar una lectura rápida y esquematizada del historial de intervenciones realizadas en cada caso.

**Resultados**

Manejo ágil y eficaz de una base de datos que permite el tratamiento confidencial de los datos de los pacientes atendidos y cuyo sistema ha sido compartido para facilitar el trabajo a diferentes asociaciones que realizan intervención psico-social.

**Conclusión**

Desde la perspectiva psico-social en múltiples ocasiones se nos acusa de falta de rigor y modelos donde sistematizar los datos de nuestras intervenciones. Con este sistema de registro, conseguimos hacer un tratamiento más eficaz y profesional de la intervención y a su vez, podemos garantizarle al paciente la confidencialidad de los datos recabados, eliminando la documentación en papel y restringiendo el acceso a estos datos a aquellas personas autorizadas para ello (trabajadores/as de la unidad).

**Aspectos Sociales****C07.2**

Principales demandas recibidas y tramitadas desde el proyecto "Clínica Legal. Erradicación del Estigma y la Discriminación" hacia las personas con VIH y sida.

José Miguel Gutiérrez Chico1, María del Carmen Barranco Avilés2, Miguel Ángel Ramiro Avilés2,

1 CESIDA, 2Instituto DDHH Bartolomé de las Casas de la Universidad Carlos III de Madrid. Equipo consolider "EL TIEMPO DE LOS DERECHOS"

**Objetivo**

Asesorar y apoyar a los/as solicitantes relacionados directa o indirectamente con el VIH y sida ante las posibles situaciones de vulneración de sus Derechos Fundamentales.

**Método**

Recepción y estudio de casos donde se detecta la conculcación de los Derechos Fundamentales de las personas con VIH para la propuesta de acción. Las consultas son recibidas por correo electrónico y remitidas al IDDHH Bartolomé de Las Casas, Universidad Carlos III de Madrid, acción que se enmarca dentro del proyecto que es financiado por el Ministerio de Sanidad y Política Social. Se estudian y se formulan respuestas a nivel personal y asociativo, con completa confidencialidad. Esta vía de recepción de la información es utilizada para analizar las principales carencias en el Estado de Derecho a las cuales se enfrentan las personas con VIH y sida, junto a las necesidades percibidas o manifestadas por las entidades miembros de CESIDA. Esto genera la realización de informes jurídicos que promuevan cambios en las normativas o leyes y la Administración, que repercutan favorablemente en la situación de la población destinataria y sirven como elemento de incidencia política.

**Resultados**

Los resultados durante el año 2009 muestran que las principales demandas sobre vulneración de derechos se centran en lo relativo a la protección de datos de las personas con VIH y sida, seguido de los temas relacionados con el acceso o permanencia en el puesto de trabajo. Le siguen de cerca los temas sobre legislación y la regulación en cuanto al acceso a servicios, el acceso a seguros en igualdad de condiciones y el acceso al sistema sanitario. El número total de demandas o preguntas asciende a 51, generando un total de 91 respuestas. En este sentido se han elaborado 3 informes jurídicos y el contenido de una guía práctica sobre aspectos jurídicos basada en la experiencia y los casos prácticos dirigida a la población diana.

Por sexos son los hombres quienes manifiestan mayor iniciativa de acción ante los problemas existentes, siendo significativamente menor el número de mujeres.

Por comunidades autónomas Madrid es la comunidad desde donde se han recibido más denuncias, distribuyéndose el resto de consultas de forma aleatoria por el resto del territorio nacional

**Conclusión**

La conculcación de los Derechos Fundamentales de las personas con VIH y sida condiciona su calidad de vida, pues limita su acceso a los recursos básicos que posibiliten su completa integración. Esta situación justifica que se siga trabajando por el cambio de la realidad desde una perspectiva holística, implicando a los sectores públicos y privados a la vez que se presta asistencia y asesoramiento jurídico directo a las personas más vulnerables.



**Aspectos Sociales****C07.3**

Estudio sobre conocimientos y actitudes frente al VIH en alumnado de I.E.S. de la Región de Murcia

Ibáñez Martínez, Francisco, Mendieta García, Pilar, Alegría Barroso, M<sup>a</sup> Dolores

AMUVIH

**Objetivo**

- Evaluar el nivel de conocimientos del alumnado de enseñanza secundaria y bachillerato de la Región de Murcia sobre VIH y conocer las actitudes sexuales y percepción de riesgo de infección por VIH de los mismos.

**Método**

El estudio se ha llevado a cabo durante el mes de Marzo de 2010 en el Instituto de Enseñanza Secundaria "Miguel de Cervantes" de la Región de Murcia entre alumnos y alumnas de 3º y 4º de E.S.O. y de 1º y 2º de Bachillerato con una muestra de 140 personas, 80 hombre y 60 mujeres a través de observación indirecta, utilizando como herramienta el cuestionario.

**Resultados**

Los resultados muestra un altísimo nivel de desconocimiento de información y formación en aspectos relacionados con el VIH en diversos campos, tanto en el uso del preservativo, vías de transmisión, como en las relaciones sociales con PVWS y la percepción del riesgo, algo que contribuye al aumento del estigma y la discriminación que sufren estas personas y que produce una bajada de guardia frente al uso del preservativo y a la realización de la prueba de VIH por la escasez de idea sobre el propio riesgo de transmisión.

Por un lado, el 72,14% de los jóvenes de entre 15 y 21 años consideran que ser portador de VIH y vivir con sida es lo mismo, así como, 1 de cada 3 cree que el preservativo se debe colocar antes de la erección. 1 de cada 4 alumnos/as desconoce si el VIH se transmite a través del contacto del semen con la sangres o mucosas, sin embargo, un 22,14% afirma que el VIH se transmite a través de la saliva y los besos profundos junto al 17,86% que desconoce si esto es real o no. Además, el 42,14% de la muestra cree que el VIH se transmite compartiendo ropa y utensilios de comer o lo desconoce con certeza, lo que denota un escasísimo conocimiento sobre las vías de transmisión que se traduce en una deficiente educación sexual.

Entre los motivos principales para no usar el preservativo estarían de mayor a menor, la utilización de otro método anticonceptivo (31,40%), incomodidad del profiláctico (26,74%) y el olvido del mismo (24,42%), así pues, casi el 50% de los jóvenes de entre 15 y 21 años han mantenido alguna relación sexual con penetración, siendo el 26,66% en bastantes ocasiones. De entre las personas que han mantenido relaciones sexuales con penetración, el 60,31% han mantenido relaciones no protegidas correspondiendo en un 25,39% de los casos a "bastantes veces". Evidenciamos la urgente necesidad de promover planes estratégicos de educación afectivo-sexual y educación en diversidad motivados desde los propios

Planes de Salud de los Centros Educativos, implicando a toda la comunidad educativa y a los diferentes contextos, social, familiar y escolar, tal y como recoge el reciente Decreto 359/2009 de Atención a la Diversidad en la C.A.R.M.

La reducción de riesgos como estrategia preventiva parece que tampoco se ha llevado a cabo en este contexto, pues el 41,43% no sabe si una felación comporta menor riesgo de transmisión de VIH que una penetración sin protección, además, el 22,14% considera que ambas prácticas tienen el mismo riesgo, por tanto, dificultaría el uso de la reducción de riesgos como medida de freno de la discriminación asociada a la falta de información en parejas serodiscordantes o con PVWS.

Si tenemos en cuenta a la necesidad de los jóvenes de realizarse la prueba de VIH, las causas principales de querer realizarse la prueba y no realizarla son el desconocimiento sobre donde realizarse la prueba (33,67%), la falta de información sobre VIH (31,63%), el miedo a los análisis clínicos de sangre (20,40%) y la tardanza en reportarse el resultado de la prueba (10%), recordemos que en la Región de Murcia aún no se ha implantado de forma generalizada en farmacias o O.N.G.s la Prueba Rápida de VIH, tal y como se ha realizado en otras C.C.A.A. como el País Vasco, Cataluña, Madrid, Extremadura o Valencia. De las 135 personas que contestan al ítem "Me he realizado la prueba de VIH alguna vez", sólo 1 persona contesta "Varias veces" y 7 "Alguna vez". Finalmente, ante un diagnóstico de VIH el 35% tendría la idea de "muerte próxima", mientras que un 25% desconoce si realmente VIH es sinónimo de fin de la existencia inmediata.

Atendiendo a la percepción de riesgo, el 42,37% valora que no tiene ningún riesgo de contraer VIH con su comportamiento sexual actual, mientras que un 22,03% no lo tiene claro y el 22,03% que sostiene que tiene poco riesgo. Así pues, 1 de cada 2 chavales desconoce o cree que el VIH muestra una sintomatología clara, a pesar de ello, el 61,43% no cree que por el aspecto físico se pueda saber si una persona es portadora de VIH, pero el 25% desconoce si este sería un factor de reconocimiento de una PVWS. Tal y como evidencian recientemente otros estudios de ámbito estatal, el 45% de los jóvenes no se siente en un grupo de riesgo de contraer el VIH y un 35% no lo tiene claro, algo que como comprobamos estaría contrariado con los datos de información de la población muestra sobre vías de transmisión del VIH.

Analizando las relaciones de los/las jóvenes con PVWS, 23 de las 134 personas contestan en afirmativo al ítem "He conocido a una persona con VIH", así pues, tan sólo 3 personas de la muestra global no trabajarían o estudiarían con una PVWS frente al 42,96% que estarían totalmente en desacuerdo con esa idea, sin embargo, el 59,70% tendría dudas sobre la idea de mantener una relación sexual protegida o una relación estable con una PVWS y el 29,10% nunca sería capaz de ello.

**Conclusión**

Es una necesidad prioritaria para los y las jóvenes murcianos/as la formación estratégica e integral en Educación Afectivo-Sexual y Educación en Diversidad por parte de las Consejerías y los propios Centros Educativos, pues, a falta de la publicación de los datos del Registro de Nuevas Infecciones por VIH en la Región de Murcia (SINIVIH), desde las organizaciones nos encontramos cada vez más, con jóvenes recién diagnosticados cuyo motivo principal de mantener prácticas sexuales no protegidas fue la falta de información y percepción del riesgo. Además, la capacitación desde la propia escuela de los jóvenes favorece



la integración e inclusión de las PVVS, así pues, es imprescindible para reducir los altos niveles de estigma y discriminación ante estas personas causado por la ya expuesta falta de conocimientos bio-psico-sociales de la infección. En este sentido, es muy importante que dentro de las estrategias preventivas se abarque la diversidad en la información que se facilite a los y las jóvenes, pues una estrategia heterosexista produce que no se desarrolle esta educación de forma integral.

Para concluir, queda evidenciada la necesidad de la implantación de la Prueba Rápida de VIH en un entorno próximo, cercano y anónimo para los y las jóvenes con el objetivo de lograr una detección precoz en un grupo poblacional con una escasa idea sobre VIH.

### Aspectos Sociales

#### C07.4

Significados de la cronicidad desde la perspectiva de las personas con VIH.

Feijoo Cid, Maria.

Departament Infermeria Universitat Autonoma Barcelona.

Objetivo:

Describir los diferentes significados que las personas con VIH-sida otorgan a la cronicidad de la enfermedad.

Método

Diseño cualitativo de análisis de las narrativas. Enmarcado en el paradigma de la medicina basada en las narrativas (NBM: Narratives based medicine: paradigma alternativo que prima las teorías interpretativas sobre la enfermedad, la fenomenología y la hermenéutica).

Se realizaron entrevistas en profundidad a 27 personas seropositivas a partir de un guión semiestructurado. Las entrevistas fueron grabadas y se transcribieron literalmente. Los campos explorados en la entrevista fueron los significados del VIH-sida, la normalización de la enfermedad y del tratamiento antirretroviral, la gestión autónoma del tratamiento.

Se usó el programa atlas-ti versión win 5.0 para el análisis de datos cualitativos. La categoría cronicidad se exploró a partir de la búsqueda de palabras clave del discurso vinculadas a dicha categoría: "crónico/a", "cronicidad", "toda la vida", "recaída", "discapacidad", "vida laboral", "vida sexual", "incurable", "mentira".

Resultados

El rango de edades iba desde los 21 a 65 años. Las personas pertenecen a los diferentes grupos vulnerables (transmisión vertical, hombres que tienen sexo con hombres, hombres y mujeres heterosexuales, hombres que consumieron drogas por vía parenteral).

La cronicidad en el VIH-sida significa:

1. mentir a las personas que quieres (que no saben que eres seropositiva), mentir en el ámbito laboral...
2. incertidumbre sobre la posibilidad o no de un futuro.
3. una espada de Damocles constante.

4. incurable y para siempre.

5. culpabilidad cuando se rompe un preservativo con tu pareja,

6. ocultar que estas tomando un tratamiento para que no sea visible tu seropositividad,

7. aprender de una misma y del tratamiento.

8. enfermo pero sano.

Conclusión

La vivencia del VIH-sida en esa fase de cronicidad plantea significados que desde la estricta definición de la clínica no se han tenido en cuenta.

### Aspectos Sociales

#### C07.5

Motivos para la realización de la prueba del vih en el servicio de prueba rápida del col.lectiu lambda en la ciudad de valencia

(1)Salmerón, P.; (2) Hoyos, J.

(1)Col.lectiu Lambda Valencia, (2)Instituto de Salud Carlos III Madrid

Objetivo

Analizar los motivos para la realización de la prueba rápida del VIH en el servicio de prueba rápida del Col.lectiu Lambda Valencia

Método

Los participantes han sido 307 personas que han pasado por el servicio de la prueba rápida del Colectivo Lambda Valencia en el año 2009. Se trata de un servicio anónimo, confidencial y gratuito, cuya población diana es el Colectivo LGTB. Previo consentimiento se obtuvo una muestra de saliva que fue analizada mediante el test Ora Quick ADVANCE Rapid HIV-1/2. El servicio también incluye counselling pre y post test, así como derivación y acompañamiento de las personas con resultado reactivo a los centros sanitarios para su confirmación.

Resultados

Los resultados nos indican que la población diana supone el 71.01% de las pruebas realizadas. Más de la mitad de la población (56.03%) son hombres homosexuales (HSH); un 12.05% son personas bisexuales, un 1.95% mujeres lesbianas y el 0.98% personas transexuales. Encontramos también un 28.99% de heterosexuales. El 3.58% de las pruebas obtuvo un resultado reactivo.

El motivo principal por el que las personas que acuden al servicio se realizan la prueba es por haber mantenido relaciones sexuales sin preservativo con parejas ocasionales (52%). El 18% se la han realizado como chequeo rutinario y un 10% por haber tenido una rotura de condón. Otros motivos han sido pensar en una posible infección por VIH al haber tenido problemas de salud, querer dejar de usar el preservativo con la pareja estable, formar parte de una pareja serodiscordante o pensar que la pareja sexual podía estar infectada.





**Conclusión**

A pesar del considerable porcentaje de personas que se realizan la prueba como parte de un chequeo rutinario, hay que seguir concienciando en la necesidad de la realización de la prueba del VIH de manera periódica por la importancia que tiene un diagnóstico precoz en el desarrollo de la infección. Si tenemos en cuenta las razones por las que las personas se hacen la prueba del VIH, podremos establecer estrategias de prevención más eficaces y adaptadas tanto a la población diana como a las prácticas de riesgo que llevan a cabo. Por todo ello, es preciso implantar medidas que favorezcan el acceso a la prueba rápida del VIH y un diagnóstico precoz, sobre todo, en aquellas poblaciones más vulnerables para la infección con una falta de atención sociosanitaria adaptada a sus circunstancias específicas. Con esto facilitaremos que las personas que desconocen su infección puedan acceder al tratamiento y, también, poder ayudar al control de nuevas infecciones.

**Aspectos Sociales****C07.6****Casas de acogida: recurso socio-sanitario**

Vidal Vicente, Begoña, Martínez García, Pedro Antonio

Hogar Torre Nazaret, casa de acogida. Fundación Tienda Asilo. Cartagena.

**Objetivo**

Afianzar la consideración de las casas de acogida como recurso socio sanitario, concienciando a la sociedad en general y a las administraciones públicas en particular que la prestación de servicios integrados que se prestan en las casas de acogida son el método específico más adecuado para dichos usuarios.

**Método**

Exposición oral de los ponentes, con apoyo de power point.

**Resultados**

Se espera aumentar el grado de conocimiento sobre la labor socio sanitaria que se presta en las casas de acogida, evitando una visión sesgada o parcial de las mismas.

**Conclusión**

Consideramos importante dar mayor difusión sobre la realidad de las casas de acogida de personas afectadas por sida, ante el desconocimiento que existe sobre el funcionamiento y realidad de las mismas. Al mismo tiempo dar a conocer la problemática que supone que muchas administraciones públicas consideren que el recurso por ser sólo social o sólo sanitario no entra de dentro de su marco de competencias, existiendo una importante laguna legal al respecto.

**Prevención****C08.1****Conocimientos y actitudes ante el VIH/SIDA en adolescentes y jóvenes en situación de conflictividad social de centros de menores residenciales y diurnos de Galicia**

José María Failde Garrido, Alberto Alonso Álvarez y María Dapia Conde

Universidad de Vigo

**Objetivo**

Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo ante el VIH/SIDA en adolescentes y jóvenes de centros de menores residenciales y diurnos de Galicia

**Método**

La muestra estuvo constituida por 134 sujetos de adolescentes y jóvenes en conflictividad social de Centros de Menores residenciales y diurnos de Galicia (76.1% varones y el 23.9% mujeres), con una media de edad situada en los 16.17 años (rango (13 a 20 años). El 79.1% eran españoles y el 20.9% extranjeros. Tras ser informados del propósito de la investigación y solicitar su colaboración anónima y voluntaria para participar en el estudio, se les administró un cuestionario sobre Conocimientos, Actitudes (componente afectivo) relacionadas con el VIH/SIDA y Prácticas Sexuales.

**Resultados**

La fiabilidad de los instrumentos de evaluación, determinada mediante el estadístico alfa de Cronbach, fue de 0.88 para la escala de conocimientos y de 0.87 para la de actitudes. El nivel de conocimientos en general fue mediocre, situándose en un porcentaje medio de acierto del 51.91% para los conocimientos globales y de un 60.48% para vías de transmisión del VI; no detectándose diferencias estadísticamente significativas en función del género, excepto en la escala métodos de protección ( $F=4.25$ ;  $p<0.042$ ). Por lo que respecta a las actitudes, se aprecia una valoración positiva hacia la monogamia, de indiferencia hacia las personas con SIDA y moderadamente prejuiciosa hacia los homosexuales, los consumidores de drogas y la promiscuidad. Se detectaron diferencias significativas en función del género en la valoración de chicos monogamos ( $F=10.34$ ;  $p<0.002$ ), chicas vírgenes ( $F=11.25$ ;  $p<0.001$ ), chicos promiscuos ( $f=11.22$ ;  $p<0.001$ ), jóvenes que van a prostibulos ( $F=6.72$ ;  $p<0.011$ ) y homosexuales ( $F=12.13$ ;  $p<0.001$ ). En relación a los comportamientos sexuales, el 85.8% refirió haber tenido relaciones sexuales con penetración alguna vez en su vida, siendo la media de edad de la primera relación sexual a los 13.89 años ( $Sx=1.75$ ). En los últimos 6 meses refirieron mantenerse activos sexualmente el 90.40% y haber tenido una media de 2.52 parejas ( $Sx=2.90$ ). El porcentaje de uso sistemático del preservativo en las prácticas coito-vaginales se situó en el 39.1%. Además, el 42.6% refiere haber sentido agobio o arrepentimiento por no haber tomado las precauciones adecuadas con la pareja habitual y el 38.3% con una pareja ocasional.

**Conclusión**

Los resultados dejan entrever un nivel de conocimientos deficiente y la existencia de prác-



ticas de riesgo en la conducta sexual que sitúan a estos jóvenes en situación de vulnerabilidad ante el VIH y otras ITS.

### Prevención C08.2

Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo ante el VIH/SIDA en una muestra de universitarios gallegos del ámbito socioeducativo.

José María Failde Garrido, Pablo Villarino Torrado, José Joaquín Galicia Salgado, y Manuel Isorna Folgar.

Cruz Roja Española – Ourense y Universidad de Vigo

#### Objetivo

Evaluar los conocimientos, actitudes (componente afectivo) y prácticas sexuales de riesgo ante el VIH/SIDA en una muestra de universitarios gallegos del ámbito socioeducativo.

#### Método

Se trata de una investigación descriptiva de corte transversal, con una muestra representativa del colectivo de estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Educación (Universidad de Vigo – Campus de Ourense), integrada por 117 estudiantes (35 de Educación Social; 37 de Trabajo Social; 29 de Magisterio; y 16 de Psicopedagogía), el 78.7% mujeres y el 21.3% varones, con una edad media de 21.08 años ( $Sx=1.94$ ). Tras ser informados del propósito de la investigación y solicitar su colaboración anónima y voluntaria se les administró un cuestionario sobre Conocimientos y Actitudes (Componente afectivo) ante el VIH/SIDA, y Prácticas Sexuales. Asimismo se recogió información sobre datos sociodemográficos.

#### Resultados

Los índices de fiabilidad de los instrumentos de evaluación, fue de 0.77 para la escala de conocimientos y de 0.96 para la de actitudes. En general, el nivel de conocimientos se sitúa entorno al 80%, no existiendo diferencias significativas en función del género, a excepción de la escala métodos de protección ( $F=5.45$ ;  $P<0.023$ ), en la que las mujeres obtuvieron mejores puntuaciones. El análisis de las actitudes refleja una valoración respetuosa hacia las personas con VIH/SIDA, favorable a la monogamia y una tendencia prejuiciosa hacia los consumidores de drogas y la promiscuidad. La edad de la primera relación sexual se situó en los 17.08 años, siendo el porcentaje de sujetos activos sexualmente del 88.9%, de los cuales el 96.2% refirió haber tenido entre 1 y 3 parejas sexuales a lo largo de su vida. Por lo que respecta al uso sistemático del preservativo en las prácticas coito-vaginales, este se situó en el 57,4%. Por otra parte, el 38.2% refiere haber sentido agobio o arrepentimiento por no haber tomado las precauciones adecuadas con la pareja habitual y el 25.6% con una pareja ocasional.

#### Conclusión

El nivel de conocimientos ante el VIH/SIDA es necesariamente mejorable, existiendo ciertas lagunas informativas en las vías de transmisión y en los conocimientos generales sobre el

VIH/SIDA. Los alumnos/as encuestados valoran positivamente la monogamia, se muestran respetuosos ante las personas con SIDA y rechazan la drogadicción y la promiscuidad. Un importante porcentaje de universitarios/as no utiliza de forma sistemática el preservativo, exponiéndose con ello al riesgo de infección por VIH y a otras ITS.

### Prevención C08.3

El papel del género en la adopción de conductas sexuales de riesgo con nuevas parejas

1,2 Sonia Mayordomo López y 3 Silvia Ubillos Landa

1 Universidad del País Vasco -2 Itxarobide - 3 Universidad de Burgos

#### Objetivo

Las investigaciones centradas en el estudio de la conducta sexual entre hombres y mujeres coinciden en que ellas suelen tener menos parejas (aunque más estables) durante la vida y actitudes más negativas frente a relaciones ocasionales y lúdicas. Pero, no por ello las mujeres se protegen más frente al VIH utilizando los métodos idóneos. Este estudio tiene como objetivo contrastar si existen diferencias de género en un contexto particular como es el de la nueva pareja. También se quiere observar si este escenario hace que los comportamientos (en función del género) difieran a los de un escenario normativo (relación duradera).

#### Método

Se realizó un muestreo probabilístico polietápico a partir del cual se obtuvo una muestra representativa urbana de 2935 participantes españoles, de los cuales el 49.3% eran mujeres. La tasa de rechazo fue del 30%. Los participantes presentaban edades comprendidas entre los 18 y 45 años y cumplieron una encuesta cuyas preguntas estaban delimitadas en cinco bloques temáticos: a) variables sociodemográficas; b) variables psicosociales; c) vida y experiencia sexual; d) módulo de nuevos encuentros sexuales; y, e) cultura y género

#### Resultados

Las mujeres tienen menos número de parejas en general y de nuevas parejas en particular. Las que tienen nueva pareja, la perciben como más estable, están más enamoradas y dicen conocerla más que los hombres. De hecho, ellas plantean el afecto a la pareja como motivo para iniciar sus relaciones y dicen comunicarse más con su pareja en temas como la sexualidad, la fidelidad, el VIH y la utilización de métodos preventivos como el condón. Asimismo, a pesar de que los hombres mencionan menos que su pareja se haya sometido a la prueba del VIH, son las mujeres las que a efectos prácticos dicen haber utilizado menos el preservativo en su primera relación con la nueva pareja. Por otro lado, los hombres toleran más las infidelidades y dicen mantener más relaciones paralelas. Además, perciben a su nueva pareja como ocasional y alegan el placer físico como principal motivo para mantener la primera relación sexual con ésta. A pesar de ello, presentan una norma subjetiva más favorable relativa a la utilización del preservativo en sus relaciones sexuales.



## Conclusión

En lo que compete a las diferencias de género con respecto a la conducta sexual de riesgo, los resultados encontrados en este estudio son congruentes con los hallados en otras investigaciones. Además, parece ser que la particularidad de un escenario sexual como es el de la nueva pareja no propicia la adopción de pautas comportamentales diferenciales de carácter preventivo en hombres y en mujeres. En definitiva, no nos protegemos más en nuestra primera relación sexual con una nueva pareja de lo que lo hiciéramos con una pareja con la que mantenemos una relación duradera. Así, a la luz de los resultados, cabe insistir en la necesidad de que los programas de prevención sexual del VIH adopten entre sus temáticas de intervención un abordaje diferencial de la conducta sexual ocasional en función del género, que redunde en un cambio actitudinal y comportamental orientado al uso del preservativo. Más concretamente, en el caso de los hombres sería importante indagar e intervenir sobre la consideración lúdica que estos presentan frente a las relaciones sexuales casuales y lo que ello implica en la adopción de pautas sexuales de riesgo. Por otro lado, en el caso de las mujeres, objetivos primordiales a abordar en la intervención serían, por un lado, su empoderamiento en la toma de decisión del uso del preservativo y, por otro, el cambio de creencias en torno al carácter romántico de la relación en contactos sexuales esporádicos (en la medida que éste pueda ser "propiciador" a la hora de adoptar conductas de riesgo).

## Prevención

### C08.4

#### Programa Prevención VIH/SIDA en población inmigrante

Juan José Becerra Vázquez

Asociación Jerezana de Ayuda a Afectados de VIH/SIDA "Siloé"

#### Objetivo

El objetivo general del programa es promover estrategias de prevención del VIH y otras ITS en la población inmigrante así como medir los conocimientos sobre VIH en una población de inmigrantes residentes en Jerez de la Frontera y el impacto del Programa Educativo.

Los objetivos específicos son:

1. Proporcionar formación preventiva sobre VIH y otras ITS a un grupo de referentes comunitarios.
2. Contribuir al acercamiento de las poblaciones inmigradas a los diferentes servicios de atención socio-sanitarios.
3. Aumentar el conocimiento y la motivación sobre el propio cuidado, mediante la educación para la salud y la promoción de hábitos saludables.
4. Incidir en la difusión comunitaria a través de la educación entre iguales y el efecto bola de nieve.

#### Método

El programa de prevención de VIH para inmigrantes se desarrolla desde 2007 en colaboración con distintas entidades que trabajan con estos colectivos. Los participantes cumplimentan una encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas antes y después del taller educativo.

Se ha creado un grupo de formadores heterogéneo a fin de obtener la participación de personas de diversos orígenes y así, poder cubrir las necesidades de los diferentes colectivos de inmigrantes. Se prioriza la participación de personas provenientes de: África (Subsahariana y Magrebi), Latinoamérica.

Al grupo de formadores se le otorga una formación específica y posteriormente se desarrollan los talleres educativos y dinámicas dirigidas a la población inmigrante. Estos talleres son dirigidos por la persona referente formadora, con la colaboración del psicólogo y voluntarios que ya están insertos y participando en proyectos relacionados a la temática del VIH/sida.

En cuanto al taller educativo aumentaron la nota mínima y la nota máxima aumentando por ello el conocimiento del VIH/SIDA y sus formas de prevención

#### Resultados

Un total de 626 inmigrantes acudieron al taller educativo. La encuesta previa fue cumplimentada por 496: 69% hombres, mediana de edad 25 años. El 55% de los encuestados procedían del África Subsahariana. Principales países de origen Marruecos, Senegal, Mali, Bolivia, Rumania. Tiempo en España: mediana de 9 meses. Nivel educativo heterogéneo.

Se han formado 4 agentes de salud en 2009, 2 del colectivo de subsahariano, 1 marroquí, 1 sudamericano

En cuanto al taller educativo aumentaron la nota mínima y la nota máxima aumentando por ello el conocimiento del VIH/SIDA y sus formas de prevención

#### Conclusión

Observamos deficiencias en los conocimientos y creencias erróneas, pero tras la intervención educativa el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA aumentó. El Programa educativo, si se adapta culturalmente, puede ser una potente herramienta para mejorar el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA en inmigrantes sobre todo si es impartido por agentes de salud del mismo colectivo.

## Prevención

### C08.5

El uso del preservativo masculino en las relaciones con coito vaginal de jóvenes españoles entre 14 y 24 años.

José María Failde Garrido, María Lameiras Fernández y María Victoria Carrera Fernández.

Universidad de Vigo

#### Objetivo

El objetivo de esta investigación consistió en evaluar la frecuencia de uso del preservativo en las relaciones sexuales con penetración vaginal.

#### Método

Se trata de una investigación descriptiva de corte transversal, con una muestra seleccionada al azar (mediante muestreo polietápico por conglomerados) de 2.171 adolescentes y jóvenes, de ambos sexos, con edades comprendidas entre 14 a 24 años. Los participantes



procedían de tres comunidades Galicia, Madrid y Andalucía, el 50% son mujeres y el 50% son hombres.

#### Resultados

Un 50,4% de los jóvenes encuestados manifestaron haber tenido relaciones sexuales vaginales en los últimos seis meses. Los mayores de 18 años (<0,001) y los que tenían pareja estable (<0,001) utilizaron en menor medida el preservativo. Tomando el modelo PRECEDE como punto de referencia, los modelos de regresión logística identificaron como predictores confiables de uso del preservativomasculino: una intención declarada de tomar parte en una conducta de no riesgo con una pareja estable (OR:0.12; IC: 0.07-0.19; p< 0,01) y la habilidad autopercibida para usar el preservativo masculino con una pareja estable (OR:0.27; IC: 0.08-0.89; p< 0,05) -dentro del grupo de factores predisponentes-; el haber usado el condón masculino la primera vez que tuvo prácticas sexuales con coito vaginal (OR:0.41; IC: 0.22-0.76; p< 0,01), el hábito de hablar con la pareja sobre las prácticas sexuales (OR:0.56; IC: 0.35-0.89; p< 0,05), hablar con la pareja sobre los métodos de prevención a utilizar (OR:0.39; IC: 0.25-0.61; p< 0,01), y la baja frecuencia de relaciones sexuales con penetración vaginal (OR:0.61; IC: 0.48-0.77; p< 0,01) -en el grupo de factores facilitadores-; haber sentido una sensación de culpa o arrepentimiento por no tomar precauciones tras la práctica de coito vaginal (OR:0.47; IC: 0.29-0.78; p< 0,01) -dentro del grupo de factores reforzantes-.

#### Conclusión

Nuestro estudio aporta un nuevo apoyo a las propuestas formuladas por Baker y col. (1996) quienes sugieren que además de las variables tradicionales ("actitudes" y "norma social percibida"), propuestas por la teoría de la Acción Razonada de Azjen y Fishbein (1980), se tuvieran en cuenta las variables tipo de pareja (estable versus casual) y conducta pasada (uso previo del preservativo masculino). Variables que deberían ser incorporadas al modelo para incrementar su poder explicativo tal y como se confirma en nuestro estudio.

#### Prevención

##### CO8.6

Preservativo femenino: estudio de la aceptabilidad del método entre parejas de jóvenes heterosexuales gallegas.

María Lameiras Fernández, José María Failde Garrido, María Victoria Carrera Fernández, Yolanda Rodríguez Castro, Ana María Núñez Mangana, María Calado Otero y Marika Foltz.

Universidad de Vigo

#### Objetivo

Evaluar la aceptabilidad del preservativo femenino en una muestra de parejas de jóvenes heterosexuales gallegas

#### Método

La muestra estuvo compuesta por 45 parejas (90 participantes) de Galicia. El rango de edad

fue 19 a 42 años. La aceptabilidad del preservativo femenino se evaluó en tres momentos: previa al uso, tras el uso, y en una fase de seguimiento (un año después).

#### Resultados

Antes de la intervención, a pesar de que 88 participantes (97,8%) habían oído hablar del preservativo femenino, el 81,2% (73 participantes) afirmó conocer muy poco sobre el, y apenas un tercio lo había visto alguna vez. Las evaluaciones tras el período de prueba revelan distintos niveles de satisfacción con el método, sin detectarse diferencias estadísticamente significativas en función del género. Los participantes que utilizaron un mayor número de preservativos femeninos durante el período de prueba presentó las puntuaciones más favorables sobre el método, pero también más puntos negativos. De las 17 parejas que siguió participando en la fase de seguimiento (un año después), sólo una (5,9%) seguía utilizando el condón femenino. Pese a ello, 10 varones (58,8%) y 8 mujeres (47,1%) expresaron su disposición a utilizarlo en el futuro. Asimismo, 12 mujeres (70,6%) y 11 hombres (64,7%) refirieron haber recomendado su uso a amigos y conocidos.

#### Conclusión

Este estudio revela que si bien el condón femenino es considerado como un método útil, sigue siendo un método muy desconocido y requiere una mayor promoción para que sea utilizado por parejas jóvenes.



# Posters



**Cuidados****P1.01**

Actividad física y calidad de vida en personas con vih de la casa hogar gerasa: "por un millón de pasos"

López Vega D.J., Flores Muñoz M., Vergara Moragues A., Díaz Gómez C., Troya Ruiz M.C., Merino Orozco T., Bascañana Quirell A., Vergara de Campos A.

Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía, Delegación de Salud de Sevilla, Hogar Gerasa

**Objetivo**

Investigar sobre los efectos de la actividad física y de los ejercicios aeróbicos en la mejora de la calidad de vida de una muestra de personas que viven con VIH a través del desarrollo de la iniciativa "Por un Millón de Pasos"

**Método**

La experiencia evaluará el desarrollo del programa "Por un Millón de Pasos" en personas que viven con VIH centrándose en los efectos en la percepción sobre la calidad de vida y las limitaciones funcionales que provoca la enfermedad.

La iniciativa está promovida por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y se dirige a asociaciones locales para que a través de la práctica de "paseos en grupo" alcancen un total de un millón de pasos dentro de un tiempo determinado (un mes), mediante la suma de las aportaciones en pasos de los asociados, medidos mediante podómetros para favorecer la actividad grupal. La actividad busca la implicación de las instituciones participantes mediante la firma de un compromiso sobre el seguimiento de la actividad con la intención de buscar aliados en la promoción de la actividad física como factor influyente en la percepción de la calidad de vida de las personas.

**Resultados**

En la búsqueda de evidencia sobre los beneficios de los ejercicios aeróbicos en este tipo de población diana, hemos encontrado estudios que señalan los que hemos englobado en los siguientes apartados:

- Aumenta la capacidad aeróbica.
- Mejora las limitaciones funcionales comunes a las personas que viven con VIH.
- Ayuda a aumentar el peso y la circunferencia del brazo y del muslo.
- Ayuda a disminuir el sobrepeso, reduciendo la ingesta.
- Disminuye los triglicéridos.
- Mejora el estado psicológico.
- Reduce la probabilidad de síntomas depresivos.
- Aumenta las interacciones sociales.

**Conclusión**

El VIH ha pasado de ser una enfermedad mortal a una crónica. En este nuevo escenario cobran importancia las experiencias desarrolladas con el objetivo de promocionar la salud de las personas afectadas. El consumo de tabaco, la alimentación y el sedentarismo son fac-

tores esenciales y determinantes de la calidad de vida tanto en la población general, como en las personas que motivan el presente estudio.

**Cuidados****P1.02**

Neumonías en pacientes VIH y su dependencia de los cuidados de enfermería.

Rubio Guerrero, Marina. Ipiates Marín, Coral. Guadix del Pino, José Luis. Martín Buigas, Alfonso

Diplomados en Enfermería de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

**Objetivo**

Identificar los perfiles de los pacientes VIH ingresados por neumonía y su grado de dependencia de enfermería.

**Método**

Estudio descriptivo retrospectivo. Se estudiaron las historias clínicas de los episodios de pacientes VIH encamados en nuestra unidad en el periodo 2005-2009 (114 casos en total). Se analizaron datos epidemiológicos de los pacientes: sexo, edad, si estaban con tratamiento TARGA, si eran VIH conocidos o se les diagnosticó a consecuencia del ingreso hospitalario, el tipo de neumonía (bacteriana, neumonía por pneumocistii (NPC) u otro tipo), la estancia hospitalaria y su evolución (curación- mejoría, exitus). Para valorar la dependencia se utilizó la escala de Barthel que mide la capacidad de las personas para desarrollar AVD (Actividades básicas de la vida diaria).

**Resultados**

Se estudiaron 114 episodios, la estancia media fue de 12,7 días, el 84,2% fueron hombres frente al 15,8% de mujeres. El 66,5% de las neumonías fueron bacterianas, el 24,6% neumonías por NPC y el resto, 8,9%, otras causas. El 63,2 % de los pacientes no tomaba TARGA. El 82,5% eran HIV conocidos, el 17,5% era su primer episodio de SIDA. Presentaban una dependencia de enfermería moderada (50-55 de la escala de Barthel). En el 90,45 de los casos totales evolucionaron a curación-mejoría, frente a 9,65% de casos que finalizaron en exitus. Los casos de neumonía por NPC presentaban una estancia hospitalaria de 17,6 días, el 89,3% no tomaba TARGA, evolucionaron a exitus el 7,1% y presentaban un Barthel de 40-50 (dependencia severa a moderada). El grupo de pacientes que no eran VIH conocidos previamente, el 65% presentó neumonía por NPC, con una estancia media de 15,5 días, evolucionaron a exitus el 15% y un barthel entre 45-55 (dependencia moderada). Los pacientes que tomaban TARGA presentaron neumonías bacterianas en el 85,75 de los casos, la estancia media fue de 10,5 días, evolucionaron a exitus el 7,1% de los casos y un índice de barthel de 55-60 (dependencia moderada-leve).

**Conclusión**

Las neumonías son mas frecuentes en pacientes que no toman TARGA (63,2%), la mayor parte



de las neumonías son de origen bacteriano (66,5% del total), las neumonías por NPC son frecuentes entre pacientes que debutan por primera vez (65% de casos nuevos) y son raras en pacientes que toman TARGA (3 casos de 25 casos NPC). Los pacientes nuevos y los casos de NPC presentan una estancia más prolongada y una mayor dependencia de enfermería. Los pacientes que toman TARGA presentan una menor dependencia y estancia hospitalaria.

### Cuidados P1.03

Cobertura vacunal del virus de la gripe h1n1 en pacientes con infección por VIH

Carlos Tornero, Alicia Santamaria, Eva Gil Antonio Paricio.

Servicio de Medicina Interna Hospital Gandía. Valencia.

#### Objetivo

Los pacientes con infección por el VIH han sido incluidos entre los colectivos donde la vacunación para el nuevo virus H1N1 está indicada. Sin embargo durante la campaña de vacunación emergieron informaciones confusas y movimientos de rechazo que pudieran haber influido en una cobertura deficitaria. Nos planteamos conocer el porcentaje de vacunación en este colectivo, comparándolo con el cumplimiento de la vacuna estacional y conocer las razones de los fallos de vacunación

#### Método

Se incluyeron 75 pacientes consecutivos seguidos en consulta externa, en los que se recomendó de Septiembre a Noviembre del 2009 la vacunación de la vacuna estacional anual y la vacuna de la nueva gripe H1N1 mediante un escrito dirigido al médico de atención primaria. Si el paciente comunicaba dificultades de confidencialidad para acudir a su centro de salud, se ofrecía la vacunación en el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital. En la revisión realizada 3-5 meses después, se recogió mediante una encuesta el grado de cobertura de ambas vacunas así como las razones en caso de no haberse administrado

#### Resultados

La cobertura vacunal referida fue del 81% para la gripe estacional estacional y del 78% para la nueva gripe N1N1. Un 13% de los pacientes se vacunaron en el Hospital por razones de confidencialidad. Las razones argüidas para explicar la no vacunación indicada fueron olvido en el 42%, dificultades administrativas puestas en el centro de salud en el 8% y la falta de confianza en la vacuna en el 50% restante de los casos. Un 4% de los pacientes no confiaba en la nueva vacuna H1N1 aunque sí se administró la estacional

#### Conclusión

El grado de cobertura vacunal del virus H1N1 ha sido sólo moderado en nuestros pacientes pese a la recomendación activa realizada. Aunque la mayoría de los pacientes no vacunados son los que tampoco recibieron la estacional, un grupo importante ha quedado desprotegido por problemas administrativos o desconfianza y pudieran ser vulnerables a nuevos brotes epidémicos

### Cuidados

#### P1.04

Conocimientos enfermeros sobre la técnica, lectura e interpretación de la prueba de la tuberculina en un hospital de tercer nivel

AMPARO TRICAS MARTÍNEZ

Hospital Clínic i Provincial Barcelona

#### Objetivo

Evaluar los conocimientos del personal enfermero sobre la técnica de administración, lectura, interpretación y conservación de la tuberculina

#### Método

Estudio prospectivo y descriptivo realizado en 2009. Se diseñó y distribuyó un cuestionario anónimo con 17 preguntas generales, 1 sobre conservación del producto, 2 sobre la dificultad del cuestionario y 1 sobre formación. La encuesta se distribuyó entre el personal de enfermería de 2 unidades de medicina y una de consultas externas del Hospital Clínic de Barcelona donde la PT es una técnica habitual. Se excluyó el personal del turno de noche y los suplentes eventuales.

Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, antigüedad, experiencia previa en la técnica, lectura, interpretación, conservación del producto y necesidad de formación.

#### Resultados

Contestaron el cuestionario 28 enfermeras que habitualmente realizan la prueba de la tuberculina (PT) distribuidas en las 3 unidades.

El porcentaje global de respuestas correctas fue del 67%, 74%, 55% y 43% en la técnica de administración, lectura, interpretación, y la conservación del PPD, respectivamente.

Resultados por unidad:

	Unidad A (n= 5)	Unidad B ( n= 12)	Unidad C (n=11)
técnica	75% *	63% *	68% *
lectura	90% *	73% *	68% *
interpretación	77% *	57% *	44% *
conservación	20% *	75% *	18% *

\* % respuestas correctas

Se realizó un análisis estadístico descriptivo con distribución de frecuencias (IC 95%) y prueba chi-cuadrado para comparación de proporciones, con la prueba de Fisher bilateral, asociación mediante odds ratios (OR). Significación estadística para valor  $P < 0,05$ .

#### Conclusión:

Nuestro estudio indica que enfermería tiene conocimientos suficientes en cuanto a la técnica de la PT pero escasos en cuanto a la conservación del producto. Enfermería realiza y evalúa la PT habitualmente. Pese a sus conocimientos, el personal cae fácilmente en la rutina cuando realiza la técnica, la lectura y la interpretación. Los profesionales de salud mues-



tran gran motivación en asistir a cursos, seminarios, tener material gráfico, audiovisual y páginas de intranet. Analizados los resultados de este estudio se propondrá la creación de un protocolo / procedimiento de divulgación interna sobre los principales aspectos de la PT.

## Cuidados

### P1.05

**Intervención de la enfermera sobre la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR)**  
Baliñas J, Grimalt M, Seoane N, Pedreira JD, Suárez-Pumariega C.

Servicio Medicina Interna B. Unidad de VIH. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC).

#### Objetivo

Valorar la actuación de la enfermera en una Unidad de VIH (hospitalización y consulta) sobre la adherencia al TAR, tras la intervención la ésta: el 1º día de la prescripción, 2º sem (teléfono), 4º sem (farmacia), 8º sem (análisis), 12 sem (médico/enfermera) y cada 3-4meses, según adherencia, continuando seguimiento si ingreso hospitalario.

#### Método

##### Método

Estudio descriptivo (enero 09-agosto 09), en 159 pacientes que realizan encuesta de auto-cumplimiento (SMAQ) sobre la adherencia al TAR, tras la intervención y seguimiento de los mismos por parte de la enfermería en la Unidad de VIH.

#### Resultados

37 mujeres (23,3%), 122 hombres (76,7%), edad media 18-47 años (42,7%), españoles 139 (87,4%), otros países 20 (12,6%). Vía de transmisión: heterosexual 62 (39%), homosexual 33 (20,8%). Ocupación: en activo 87 (54,7%), inactivos 72 (45,3%). Nivel educativo: estudios primarios 58 (36,5%), secundarios y FP 77 (48,4%), universitarios 24 (15,1%).

#### Conclusión

Los factores edad, sexo, nacionalidad, ocupación laboral, vía de transmisión y nivel educativo no tienen significación estadística en la adherencia.

La intervención de la enfermería en la Unidad de VIH (hospitalización y consultas) es un refuerzo imprescindible para el paciente, al proporcionarle estrategias de adaptación y soluciones que se adecuen a su modelo de vida, con instrucciones claras y sencillas así como participar en todas las actividades destinadas a fomentar cambios positivos en su estilo de vida, para conseguir la adopción de hábitos saludables y una buena adherencia al TAR.

## Cuidados

### P1.06

**Mejora de la adherencia en pacientes no cumplidores tras la puesta en marcha de un programa de atención farmacéutica.**

Esther Saiz (1), Marta Monedero 1, Mª Paz Valverde 1, Salvador Cabrera 3, Aurelio Fuertes 2, Miguel Cordero 2, Alfonso Domínguez-Gil 1

1) Servicio de Farmacia, Hospital Universitario de Salamanca 2) Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario de Salamanca 3) Instituto de Farmacia, Universidad Austral de Chile

#### Objetivo

Evaluar los cambios en la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) en aquellos pacientes no cumplidores incluidos en un programa de Atención Farmacéutica.

#### Método

Se revisaron retrospectivamente los pacientes con TAR atendidos en un hospital universitario que en octubre de 2007 presentaban una baja adherencia (<95%). Con el fin de realizar un seguimiento en su cumplimiento, se seleccionaron aquellos que continuaban activos en octubre de 2009.

Se clasificó a los pacientes en dos grupos, dependiendo de su asistencia periódica a la consulta de Atención Farmacéutica ( $\geq$  dos veces/año). Los datos de adherencia de los pacientes se obtuvieron de los registros de dispensaciones semestrales en octubre de 2007 y octubre de 2009. Se consideraron significativas modificaciones en la adherencia de  $\pm 5\%$ .

En las consultas de Atención Farmacéutica se realizaron intervenciones educativas individualizadas al paciente sobre su enfermedad y tratamiento, reforzando la importancia del cumplimiento correcto de la medicación, hábitos de vida saludables, etc... Además, se pasó el cuestionario SMAQ para detectar problemas de adherencia y se valoraron los factores de riesgo que presentaba cada paciente y que influían en el bajo cumplimiento. Se entregó material de ayuda para el paciente (folletos, pastilleros...) en función de las necesidades detectadas.

#### Resultados

La población atendida con TAR estuvo formada por 557 pacientes de los cuales 293 permanecieron constantes durante todo el período. La población no adherente fue del 24,6% (72 pacientes) y por lo tanto éstos se incluyeron finalmente en el análisis.

El 58% de los pacientes incluidos obtuvo un incremento significativo en la adherencia al TAR, el 28% no presentó cambios en la adherencia en este período y tan solo un 14% la disminuyó. Al final del estudio, 38 de los pacientes que no eran adherentes en octubre de 2007 presentaron adherencia óptima ( $\geq 95\%$ ).

16 pacientes (22,2%) acudieron de forma puntual a las citas de atención farmacéutica y de ellos el 87,5% consiguió incrementar su adherencia. Este porcentaje fue significativamente superior al del grupo que no acudieron ( $p=0,007$ ).





**Conclusión**

El seguimiento en las consultas de Atención Farmacéutica, dirigido a las personas con TAR y cumplimiento bajo, ha demostrado ser una herramienta útil y eficaz para aumentar su adherencia.

**Cuidados****P1.07****El papel de la Enfermería en la adherencia al TARGA**

Alberto Cachafeiro Sánchez, María José Castro Castro y Raquel García Ruiz

Enfermeros de Instituciones Penitenciarias (Centro Penitenciario de Teixeiro)

**Objetivo**

Conocer el funcionamiento de las consultas programadas de Enfermería en el Centro Penitenciario de Teixeiro, en materia de adherencia a los tratamientos antirretrovirales.

Mostrar la situación actual de los pacientes VIH+ en el Centro Penitenciario de Teixeiro en el ámbito penitenciario español.

Valorar la adherencia a los tratamientos antirretrovirales en el Centro Penitenciario de Teixeiro.

**Método**

En primer lugar, daremos a conocer la situación actual de los pacientes VIH+ en el ámbito penitenciario español, mostrando unos gráficos de prevalencia, incidencia e internos con tratamientos antirretrovirales.

Continuaremos explicando el desarrollo de las consultas programadas de Enfermería de adherencia en nuestro centro, siguiendo las etapas del Proceso de Atención de Enfermería, y veremos en qué se fundamentan.

Explicaremos también unos conceptos generales relacionados con la adherencia, factores que influyen en ella y su evaluación.

Para finalizar, veremos la situación actual de los pacientes VIH+ de nuestro centro y haremos un estudio para medir su adherencia a los tratamientos antirretrovirales.

**Resultados**

Prevalencia del VIH en las prisiones españolas:

Año 2008: 7,8%

Año 2009: 7%

Internos VIH+ con TARGA:

Año 2008: 66,8%

Año 2009: 63,4%

Incidencia de casos nuevos de SIDA en 2008: 45 casos

Tasa de casos nuevos de SIDA en 2008: 0,7 por mil internos

Prevalencia del VIH en C. P. Teixeiro a día 30/3/2010: 7,8%

Prevalencia por sexos:

Varones: 7,98%

Mujeres: 3,84%

Pacientes VIH+ con TARGA en Teixeiro a día 30/3/2010: 70,18%

Resultados globales de adherencia en Teixeiro: 64,47% con buena adherencia

Resultados por grupos de pacientes:

Pacientes con una toma diaria de TARGA: 64,9% con buena adherencia

Pacientes con dos tomas diarias de TARGA: 64,1% con buena adherencia

Menores de 40 años: 65,8% con buena adherencia

Pacientes de 40 años o mayores: 63,2% con buena adherencia

Incluidos en Programa de Mantenimiento con Metadona: 64,9% buena adherencia

No incluidos en PMM: 63,2% con buena adherencia

**Conclusión**

Individuo tipo con TARGA en Teixeiro: varón, 39 años de edad, español, incluido en Programa de Mantenimiento con Metadona.

Prevalencia del VIH en Teixeiro similar a la media de las prisiones españolas

Porcentaje de pacientes con buena adherencia en Teixeiro: 64,47%. Esto implica que estamos en unas cifras superiores a la media de cumplimiento de los tratamientos crónicos (35-50%), pero todavía se puede mejorar mediante las consultas de Enfermería de adherencia. Imposible valoración de la eficacia de las consultas de Enfermería por carecer de datos de adherencia anteriores a su instauración.

Adherencia similar entre pacientes con una toma diaria y con dos tomas diarias de TARGA. Por grupos de edad, diferencias poco significativas.

Resultados similares entre pacientes incluidos en PMM y no incluidos

No podemos sacar conclusiones por sexos, pues carecemos de una muestra significativa de mujeres con TARGA.

**Cuidados****P1.08**

**El proceso de comunicación entre una unidad de hospitalización y la consulta de enfermería como base de los cuidados del paciente con vih.**

Gómez Gómez Esther; Sánchez Romera Isabel; Ramírez Pérez M<sup>a</sup> Ángeles.

Enfermeras de la Unidad de Medicina Interna E3D del Hospital Universitario de Getafe.

**Introducción**

La infección por VIH puede ser diagnosticada en distintos niveles asistenciales. La comunicación entre la unidad de hospitalización-la consulta externa-paciente se entiende como un proceso de interacción entre dos o más personas que tratan de situarse en una perspectiva común, mediante el empleo de la retroalimentación o feed-back

**Objetivos**

Elaborar un plan de cuidados unificando criterios y actuaciones ante un paciente afectado por VIH.

Promocionar hábitos saludables, informar sobre prácticas de riesgo, medidas preventivas y



sobre la adherencia al tratamiento antiretroviral de forma progresiva desde el diagnóstico de la enfermedad.

Desarrollar una mayor fluidez en las tareas de comunicación entre los profesionales.

#### Metodología

Desarrollo de unas líneas de intervención bien definidas para las personas de reciente diagnóstico y diagnóstico conocido de la infección por VIH manteniendo la conexión entre la unidad de hospitalización y la consulta externa a través de actualizaciones de protocolos, revisiones bibliográficas, puesta al día en tratamientos antiretrovirales y cuidados de enfermería.

#### Resultados

El resultado es la elaboración de un sistema de trabajo que relacione todas las actividades desarrolladas tanto en la unidad de hospitalización como en la consulta externa en las que se incluyen recepción del paciente, acogida, valoración de enfermería, plan de cuidados de enfermería individualizados, información y educación para la salud teniendo en cuenta los procesos estratégicos y de soporte con los que contamos y así aumentar la calidad asistencial.

#### Conclusiones

Las dificultades de adaptación de la enfermedad hace necesario crear un tándem entre la consulta de VIH y la unidad de hospitalización para llevar a cabo una mayor implicación entre el equipo y la persona con infección por VIH, consiguiendo que ésta conozca mejor su enfermedad, las consecuencias de mantener la adherencia al tratamiento y tener una adecuada información del proceso de la infección.

Bibliografía: Carballo Alvarez M, Martínez Vilariño M, Llinás Vidal M, ...Trastornos adaptativos al medio hospitalario en pacientes con VIH. Rev ROL Enf 2009; 32 (11):756-763.

Principios y práctica de la Enfermería médicoquirúrgica. Beare- Myers. Ed. Paradigma. 1999. Gómez Sánchez MC; Mayor Pascual A; Morales de la Cal M, Cuidados de enfermería a pacientes con infección VIH/SIDA. 2009

#### Cuidados

##### P1.09

Eficacia de los cuidados y tratamientos antiretrovirales en pacientes institucionalizados

Antonio Barrones Buzón, Rocío García Amaya

Asociación Jerezana de Ayuda a Afectados de VIH/ Sida "SILOÉ"

Objetivo

Dar a conocer la "utilidad" de estas instituciones y demostrar sus resultados

Método

Atención continuada atendida por equipo multidisciplinar, compuesto por : psicólogo, trabajadora social, fisioterapeuta, enfermeras, médicos, monitores cuidadores, monitor de ocio,

y personal administrativo.

Este equipo esta formado tanto por personal y técnicos contratados, como por un importante equipo de voluntariado.

#### Resultados

Mejora de resultados analíticos, reducción de enfermedades oportunistas, mejora de calidad de vida en pacientes con graves dependencias físicas y psíquicas. Facilitar la excarcelación en libertad condicional de las personas enfermas.

#### Conclusión

Mejora de la esperanza y calidad de vida en las personas enfermas carentes de recursos y sin apoyo familiar.

#### Cuidados

##### P1.10

Resultados de un grupo terapéutico de tipo psicoeducativo en pacientes seropositivos

Alejandro Ramírez González, M<sup>a</sup> Luisa Ramírez Huerta, M<sup>a</sup> Luisa García-Ontiveros Cuellar y Maribel Sanz Cantero

Unidad de Sgto. Cercano y Cuidados Domiciliarios (Servicio de Microbiología, Hospital Gregorio Marañón de Madrid)

#### Objetivo

Valorar los beneficios a nivel de Mejora de Calidad de Vida, Adherencia al Tratamiento y aspectos emocionales en pacientes seropositivos tras pasar por un grupo Terapéutico.

#### Método

Se seleccionó a un grupo de 8 pacientes, que estaban previamente en terapia individual, las características eran heterogéneas en edad, sexo, forma de transmisión. Como medida de evaluación se aplicó una batería de 6 escalas antes y después de la intervención que midían adherencia al tratamiento, ansiedad y depresión, autoestima, apoyo social, preocupación por lo somático y conocimientos sobre VIH. Hubo un total de 8 sesiones quincenales de orientación Psicoeducativa con una duración de dos horas y estructuradas en diferentes áreas relacionadas con la enfermedad.

#### Resultados

Se observaron diferencias significativas en las medidas pre y post en las escalas de Ansiedad y Depresión y Apoyo Social.

#### Conclusión

La participación de los pacientes en un grupo Psicoeducativo reduce la sintomatología ansiosa-depresiva y mejora el apoyo social. Como consecuencia la vivencia de los pacientes es menos traumática, siendo más capaces de integrar la enfermedad en su vida cotidiana y por lo tanto mejorar su Calidad de Vida. Las medidas pre test en adherencia y conocimientos eran muy altas por lo que no se evidenciaron diferencias significativas.



**Cuidados****P1.11****Salud integral en HSH+, la importancia del acompañamiento psicológico**

Martin-Martin, Gabriel J. & Roqueta Manen, Joaquim

Gais Positius

**Objetivo**

Mejorar el bienestar psicológico – emocional de los HSH+  
Mejorar la adaptación al VIH de los HSH recién diagnosticados  
Mejorar la adherencia al tratamiento y la disposición a seguirlo

**Método**

Sesiones semanales o quincenales de atención psicológica individual en las que se:  
-detectan las necesidades de los HSH+ usuarios,  
-se les planifica una intervención dirigida a conseguir los objetivos del programa y  
-se lleva a cabo esta intervención mediante sesiones semanales o quincenales

**Resultados**

Los resultados se clasifican según las altas, abandonos o continuidad en terapia de cada usuario y según el número de sesiones que han necesitado.

**Conclusión**

Además de las clásicas "depresión" y "trastorno de estrés postraumático", detectamos problemáticas muy específicas en los usuarios HSH+ del servicio de atención psicológica:  
- Homofobia internalizada  
- Estigma social  
- Fobia a las relaciones afectivo-sexuales

**Ciencias Básicas****P2.01****Edad del debut sexual y su influencia sobre la emisión de conductas sexuales de riesgo**

Juan Madrid (CMS Joven, Madrid)\*, M<sup>a</sup>Paz Bermúdez\*\*, M<sup>a</sup> Teresa Ramiro\*\* y Ángel Castro\*\*

\* Organismo Autónomo Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid. Centro Municipal de Salud Joven \*\* Universidad de Granada.

**Objetivo**

El objetivo de este estudio es analizar si la edad de inicio en las relaciones sexuales puede influir en la emisión de conductas sexuales de riesgo, ya sea de forma directa o a través de una serie de variables sociodemográficas y psicosociales, en una muestra multicultural en España

**Método****Instrumento**

• Cuestionario elaborado Ad-hoc para obtener información sobre variables sociodemográficas, tales como la edad, el origen, número de hermanos, el origen de los amigos, estado civil de los padres, nivel de estudios de los padres, situación laboral de los padres, con quién viven, religión, orientación sexual y el tipo de relaciones sexuales mantenidas.

**Procedimiento**

El instrumento fue aplicado de forma colectiva, por el mismo investigador y asegurando siempre el anonimato y la confidencialidad en los respuestas.

Los participantes fueron 1.061 adolescentes residentes en España de entre 14 y 19 años que habían tenido relaciones sexuales

En primer lugar, se dividió a los participantes en dos grupos según su edad de inicio sexual. El grupo 1 está formado por 668 adolescentes que tuvieron su primera relación sexual entre los 11 y los 15 años, de los que el 61,7% eran autóctonos y el 38,3% latinoamericanos. Su media de edad es de 16,20 años (DT = 1,26). El grupo 2 estuvo compuesto por 386 adolescentes que se iniciaron entre los 16 y 19 años, de los que el 58,8% eran autóctonos y el 41,2% latinos. Su media de edad es de 17,67 años (DT = 1,02).

**Resultados**

La media de edad es de 16,74 años (DT = 1,37). De ellos, el 60,7% eran adolescentes autóctonos españoles y el 39,3% restante, adolescentes inmigrantes de origen latinoamericano. El 39,5% eran varones y el 60,5% mujeres. La edad media de inicio sexual de los participantes fue de 15,09 años (DT = 1,36).

El origen cultural y el sexo son dos variables sociodemográficas que pueden influir en la vulnerabilidad ante el VIH; los latinoamericanos, en general y las mujeres, en particular, se encuentran en mayor riesgo de infección. En cuanto a las variables psicosociales que pueden influir en la emisión de conductas sexuales de riesgo se observaron diferencias significativas en doble moral sexual, control sobre la relación de pareja, actitudes negativas hacia el preservativo, adaptación personal, adaptación familiar, adaptación escolar y adaptación global. Los adolescentes del grupo 1 (inicio temprano) mostraron más doble moral, menos control sobre la toma de decisiones en la pareja, más actitudes negativas hacia el preservativo y menos adaptación personal, familiar, escolar y global, todas ellas variables que influyen en la mayor emisión de conductas sexuales de riesgo.

En cuanto a la conducta sexual, los adolescentes del grupo 1 mostraron más parejas sexuales a lo largo de su vida y en los últimos seis meses que los del grupo 2, además de un menor uso del preservativo en el primer contacto, un mayor número de relaciones sexuales bajo los efectos de las drogas y un menor uso del preservativo tanto con parejas ocasionales como estables.

**Conclusión**

Los resultados obtenidos muestran que los adolescentes que se iniciaron antes en el sexo



presentan un mayor riesgo de sufrir una ITS/VIH que los que se iniciaron más tarde, debido a la mayor emisión de conductas sexuales de riesgo y a la influencia de una serie de variables psicosociales que implican un mayor riesgo. Además, se debe prestar atención a algunas poblaciones más vulnerables, como son los inmigrantes y las mujeres.

## Ciencias Básicas

### P2.02

Comparación del resultado de la elastografía de transición obtenido por dos operadores diferentes

Vilma Torres, Elena Resino, M<sup>a</sup> Cruz del Monte y Bernardino Roca

Servicio de Medicina Interna e Infecciones, Hospital General de Castellón, Universidad de Valencia

#### Objetivo

Las hepatopatías crónicas son muy prevalentes en los pacientes con infección por el VIH. Ello es debido sobre todo a la coinfección por el virus de la hepatitis C, pero también a otros factores como el enoismo crónico o la toxicidad medicamentosa. Por ello los procedimientos diagnósticos para la valoración del hígado, especialmente si son sencillos y seguros, resultan particularmente útiles en el control clínico de estos pacientes. La elastografía de transición es una técnica relativamente nueva, que cumple tales condiciones, y que por tanto está utilizándose cada vez más en esa patología. Sin embargo los datos existentes por ahora sobre su correcta interpretación y su reproducibilidad son limitados. Con el presente estudio pretendemos profundizar en el conocimiento de la correcta interpretación de los resultados que se obtienen con dicha prueba.

#### Método

Estudio transversal consistente en la realización de dos pruebas para la medición de la rigidez hepática, mediante elastografía de transición, por dos operadores diferentes. Ambas pruebas se realizan el mismo día, una a continuación de la otra, mediante FibroScan<sup>®</sup>. Para la realización de cada prueba se siguen las instrucciones del fabricante del aparato, que incluyen llevar a cabo al menos 10 mediciones de la rigidez hepática para cada prueba. Todos los pacientes incluidos tienen infección por el VIH, y el diagnóstico de certeza o de sospecha de hepatopatía crónica. El proyecto del estudio ha sido informado favorablemente por la Comisión de Investigación Clínica del Departamento de Salud de Castellón. Las variables continuas que tienen una distribución normal se comparan con el test t de Student de muestras apareadas y las variables continuas que no tienen una distribución normal se comparan con el test de Wilcoxon de rangos asignados.

#### Resultados

Se incluye a un total de 68 pacientes; 49 (68 %) son varones, la media (y la desviación estándar) de la edad es de 45 ( $\pm$  7) años; 51 (75 %) se han contagiado del VIH por vía parenteral y 53 (78 %) tienen coinfección por el virus de la hepatitis C. A continuación se expresan los resultados obtenidos respectivamente por el primer y el segundo operador: media

de la duración de la prueba: 357 y 381 segundos ( $P = 0,31$ ), mediana de la rigidez hepática: 4,85 y 4,85 kPa ( $P = 0,87$ ), media del log10 de la rigidez hepática: 0,80 y 0,80 log10 de kPa ( $P = 0,99$ ), mediana del porcentaje de mediciones válidas: 100 y 100 por cien ( $P = 0,15$ ).

#### Conclusión

La variación entre los resultados de la elastografía de transición obtenidos por dos operadores diferentes es mínima, lo cual indica que la reproducibilidad de los resultados de la prueba es excelente.

## Epidemiología

### P3.01

Prevalencia de infección anal por genotipo de hpv de alto riesgo en varones homosexuales infectados por vih.

Concepción Ferrete1, Juan Macías1, Samuel Bernal2, Juan C. Navas1, Rubén Núñez1, Fernando Lozano1, José C. Palomares2, Juan A. Pineda1

1. UGC de Enfermedades Infecciosas. 2. UGC de Microbiología. Hospital Universitario de Valme

#### Objetivo

Establecer la prevalencia de la infección por genotipos oncogénicos de HPV en una población de varones homosexuales VIH positivos y su relación con los hábitos sexuales.

#### Método

A partir de octubre de 2009, se inició un programa de cribado de infección anal por HPV en varones homosexuales infectados por VIH seguidos en nuestro centro. A todos los sujetos se les pasó un cuestionario de hábitos sexuales y consumo de drogas. En este análisis preliminar se estudiaron muestras del canal anal de 34 pacientes. Las muestras para estudio de HPV fueron recogidas con el dispositivo ThinPrep Preservcyt (Hologic, Bedford, MA, USA) siguiendo las normas del fabricante. Se hizo un cribaje de infección por HPV de alto riesgo oncogénico empleando la técnica AMPLICOR HPV Test (Roche Diagnostics) y se determinó el genotipo mediante Linear Array HPV Genotyping kit (Roche Diagnostics). La extracción del ADN del HPV se realizó con el kit TNAI del sistema Ampliprep (Roche Diagnostics).

#### Resultados

La edad mediana (rango) fue de 40 (24-76) años. La mediana (rango) de células CD4+ de 560 (310-1230) /mL y la proporción de pacientes con carga viral VIH indetectable fue de 23 (68%). 31 (91%) pacientes presentaron infección por HPV, de los que 28 (90%) tenían infección más de un tipo de alto riesgo. 3 pacientes presentaron un solo tipo de HPV que además era de bajo riesgo. El número medio de tipos de HPV por paciente fue de 5 (rango 1 a 16). Considerando únicamente los de alto riesgo la mediana fue de 3 tipos (rango 1 a 5). Los genotipos más frecuentes fueron el 16 (12 pacientes), el 51 (10 pacientes) el 33 (8 pacientes) y el 18 (5 pacientes). La mediana (rango) del número de parejas sexuales en la última semana y último mes fueron 1 (0-20) y 1 (0-100). 17 (50%) sujetos definieron su preferencia de relación sexual como tanto insertiva como receptiva y 13 (38%) se definieron como exclusivamente recepti-



vos. 17 (50%) individuos habían practicado el sexo en grupo alguna vez. No hubo relación entre el número de parejas sexuales actuales y la presencia de infección por genotipos de HPV de alto riesgo.

#### Conclusión

La prevalencia de infección anal por HPV en varones homosexuales fue muy elevada. Además, en la mayoría de los casos se detectaron genotipos de alto riesgo oncogénico, y con frecuencia infecciones por más de un genotipo.

### Epidemiología

#### P3.02

Utilidad del FibrosScan® en pacientes VIH con coinfección por VHC-VHB.

M.Manzano Luque, I.de los Santos Gil, J Sanz Sanz.

Servicio de Medicina Interna - Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

#### Objetivo

Describir las características de los pacientes VIH+ coinfectados por VHC o VHB a los que se realizó FibrosScan®, y su utilidad en el diagnóstico de hepatitis crónica.

#### Método

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes VIH+ coinfectados por el VHC o VHB de la consulta de Enfermedades Infecciosas de nuestro centro, a los que se les realizó FibrosScan® desde 2007 hasta Febrero de 2010. Se recogieron datos de: filiación (edad, sexo, raza), grupo de riesgo, consumo de alcohol, resultado del FibrosScan® en Kilopascales (Kpa) y grado de fibrosis. Hemos considerado: ausencia de fibrosis si Kpa <6, fibrosis no significativa si Kpa 6- 9, fibrosis significativa si Kpa 9-14 (equivalente a grado 3 de Metavir) y cirrosis con Kpa>14. Datos analíticos: CD4, carga viral de VIH, serología de VHB y VHC, incluida PCR-VHC y genotipo VHC, y DNA-VHB si indicados. Además: tratamiento antirretroviral, tratamiento de VHC y respuesta al mismo. Se recogieron datos de biopsia hepática si estaba realizada, y ecografía abdominal. Los resultados estadísticos fueron analizados por el programa SPSS 15.0.

#### Resultados

Total de pacientes: 240 (6 no valorables por obesidad). Media de edad: 44,85 ± 5,5 años; 70,8% hombres y 29,2% mujeres. Grupo de riesgo: 78% ADVP, 13.5% heterosexuales y 8.5% homosexuales. El 45.4% nunca había consumido alcohol, el 18.1% era bebedor activo y el 36.6% lo había sido en algún momento. El FibrosScan® mostró: 35% de pacientes sin fibrosis, 29.5% con fibrosis no significativa, 10.7% con fibrosis significativa y un 24.8% cirrosis. Media de CD4: 555.19 (rango 36-1767), con un 7.9% con niveles < 200. El 87.8% recibían tratamiento antirretroviral y el 68.3% tenían carga viral de VIH indetectable. 93.3% de los pacientes estaban coinfectados por el VHC, siendo más frecuente el genotipo 1 con un 58.4%, seguido del 3 con un 16% y del 4 con un 15.5%. El 55.4% de ellos tenían una PCR-

VHC > 500.000 UI/ml. Habían recibido tratamiento para el VHC con Interferón Pegilado y Ribavirina un 37.1% de los pacientes, con una respuesta sostenida en un 37.1% de ellos. El 14.6% presentaba coinfección por VHB, con DNA-VHB < 2.000 copias en el 57.1%. Se realizó ecografía abdominal en el 92.5%, con hepatomegalia en 29.6%. La biopsia se realizó en 94 pacientes.

#### Conclusión

La mayoría de los pacientes en los que se ha realizado FibrosScan® en nuestro estudio están coinfectados por VHC, y la coinfección por VHB es poco frecuente, siendo el paciente tipo un varón en la 5ª década de la vida, con grupo de riesgo ADVP. Los genotipos de VHC por orden de frecuencia fueron 1, 3 y 4, similar a la población no coinfectada, con una respuesta sostenida al tratamiento para el VHC similar a la de otras series. Más de la mitad de los pacientes tenía una alta tasa de replicación de VHC y existía una alta prevalencia de bebedores activos. La mayoría de nuestros pacientes recibía tratamiento antirretroviral con un porcentaje bajo de pacientes con inmunodepresión grave (CD4<200) y alto porcentaje de carga viral indetectable. Cerca de un tercio de los pacientes estaban libres de fibrosis hepática, mientras que más de un 35% presentaban fibrosis significativa o cirrosis. Según los datos disponibles en estudios previos, el porcentaje de pacientes coinfectados que tienen cirrosis está aumentando en los últimos años, llegando a una prevalencia del 25% en algunas series, datos que coinciden con los obtenidos en nuestro estudio medida por FibrosScan®. Esto indica que se debe tratar a un mayor número de pacientes y de manera más precoz; en este aspecto disponer de una prueba fácil, reproducible y cómoda como el FibrosScan® facilita el diagnóstico y el tratamiento de la hepatopatía y su seguimiento.

### Epidemiología

#### P3.03

Aspectos epidemiológicos de la coinfección por VHB en pacientes VIH positivos de Galicia

A. Mena de Cea(1), S. López Calvo(1), P. Vázquez Rodríguez(1), A. Castro Iglesias(1)(2), L. Bello Rodríguez(1), J. Serrano Arriba(1), M. Vares González(1), J. Baliñas Bueno(1), J. Pedreira Andrade(1)(2)

(1)Unidad de VIH, Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

#### Objetivo

Describir las características epidemiológicas y el tratamiento de los pacientes con infección por VIH que presentan coinfección por el virus de la hepatitis B (VHB); así como su asociación a otros virus hepatotropos: virus de la hepatitis C (VHC) y delta (VHD).

#### Método

Estudio transversal de todos los pacientes VIH positivos, coinfectados por el VHB, en una consulta específica de un hospital de referencia en A Coruña, con fecha de marzo de 2010. Se recogieron los datos epidemiológicos, número de células CD4, las características serológicas del VIH, VHB, VHC y VHD, la carga viral del VIH, VHB y VHC medidas por PCR cuanti-



tativa. De manera retrospectiva se recogen todos los tratamientos antirretrovirales (TAR) y la duración de los mismos. Los datos se analizan con el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows.

#### Resultados

Se incluye un total de 43 pacientes VIH+ coinfectados con VHB, 37 varones (86%), con una mediana de edad de 42 años (39-48). La vía de transmisión: 56% UDVP, 24% HSH, 20% heterosexual. La mediana de CD4 es 420 células/μl (264-669), en 28 pacientes (66,7%) el ARN del VIH es indetectable.

18 pacientes presentan AgHBe+(43%). El ADN del VHB es indetectable en el 66%.

24 pacientes son aVHC+ (57%), con ARN del VHC detectable en 8 casos (33%).

Se encuentra coinfección VHD en 9/24 (37,5%), todos presentan aVHC+ (2 casos ARN-VHC+ [22%]), en todos los casos la vía de transmisión fue UDVP.

39 pacientes reciben TAR, 31 (79,5%) contiene tenofovir (TDF) y 8 (20,5%) lamivudina (3TC). En 11 de los pacientes con TAR (32,3%), se detecta el ADN del VHB, todos ellos del grupo de TDF: 5 casos con tratamiento TDF ≤ 12 meses, 2 pacientes con mala adherencia y 4 pacientes con duración tratamiento con TDF de 26 (19-55) meses, con buena adherencia y ARN del VIH indetectable.

#### Conclusión

-El 20% de los coinfectados VIH/VHB presentan infección crónica por VHC. Existe una menor frecuencia de replicación del VHC (33%) que en los pacientes VHB negativos (82%), en relación con el fenómeno de inhibición entre ambos virus hepatotropos.

-El 37,5% de los portadores HBsAg presentan triple coinfección VIH/VHB/VHD. Frecuencia mayor que la encontrada en otras series nacionales.

-Cuando existe coinfección VIH/VHB/VHD es muy frecuente el contacto con el VHC (100% aVHC+), demostrándose la cuádruple infección en el 22% de los VHD+, posiblemente en relación con la vía de transmisión compartida (todos UDVP).

-El 32,3% de los pacientes presentan ADN detectable del VHB a pesar del TAR, la mitad con terapia poco prolongada (<12 meses) y tendencia a la negativización, pero en 4 casos encontramos ADN del VHB (2,7±1,6 log10 copias/ml) a pesar del tratamiento prolongado con TDF, en los que será importante determinar la presencia de posibles mutaciones de resistencia del VHB a TDF.

#### Epidemiología

##### P3.04

Diagnóstico de la infección latente tuberculosa (ILT) en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Estudio preliminar comparativo entre la prueba de la tuberculina (PT) y las técnicas Interferon Gamma Release Assays (IGRAS)

Font R, Latorre I, Dominguez J, Dalmau D, Cairó M, Sanchez C, Lite J, Cuchi E, Irigoyen D, Jaen A. Martínez Lacasa X.

Hospital Universitari Mútua Terrassa, Institut d'Investigació en Ciències de la Salut Germans Trias i Pujol.

#### Objetivo

Determinar la utilidad de los IGRAS (QuantIFERON®-TB Gold In tube (QFN-G-IT) i el T SPOT-TB®) en el diagnóstico de la ILT comparando los resultados con la PT.

#### Método

Se incluyeron de forma consecutiva los pacientes infectados por el VIH controlados en el Hospital Universitari Mútua Terrassa desde octubre de 2009 hasta febrero 2010. Las tres pruebas se realizaron en el momento del control analítico habitual y la lectura de la PT se realizó a los tres días. Se excluyeron del estudio todos aquellos pacientes que referían historia previa de tuberculosis y con antecedentes de PT positiva tratados para ILT. Se recogieron las variables: características demográficas, historia previa de infección por el VIH, presencia de vacuna con BCG, la coinfección por el virus de la hepatitis C (VHC), situación inmunológica y tratamiento antirretroviral (TARGA) en el momento del estudio. Análisis estadístico: se determinaron los porcentajes de concordancia y los coeficientes kappa entre pares de pruebas.

#### Resultados

Se han incluido 95 pacientes, con edad media de 44,2±9,1 años y un 62% varones. El 87% son de origen español, el 34% homosexuales, un 33% ADVP y un 32% heterosexuales. La cifra mediana de CD4 fue de 445 cel/mL(RIQ 248-659) y sólo un 17% de pacientes tenían CD4 por debajo de 200. Un 51,7% presentaban carga viral indetectable. El 25% tenían coinfección por el VHC, y el 68% estaba con TARGA. La pauta más frecuente fue la basada en un no análogo de nucleósido, 46,1%, y en un 38,5% basada en un Inhibidor de la Proteasa. Tan solo se detectó vacuna por BCG con seguridad en tres casos. Las técnicas de T SPOT-TB, QFN-G-IT, y la PT fueron positivas en el 7,45%, 6,59% y 5,38% de los casos, respectivamente. Se obtuvieron un total de 7 resultados indeterminados (1 para QFN-G-IT y 6 para T SPOT-TB), siendo la PT en estos casos negativa. La concordancia entre el T SPOT-TB y el QFN-G-IT fue del 95,18% (K=0,641), y las concordancias del T-SPOT-TB y QFN-G-IT con la PT fueron de 95,35% (k=0,642) y del 95,18% (K=0,709) respectivamente.

#### Conclusión

Los datos de los pacientes incluidos hasta el momento muestran una buena correlación entre la PT y los IGRAS, así como entre los dos IGRA entre si. No obstante el T-SPOT.TB permite obtener un mayor número de resultados positivos que el QFN-G-IT. La cifra de indeterminados del T-SPOT limita los datos comparativos. Los IGRA, son de utilidad en el diagnóstico de la ILT en el contexto del VIH y se sugiere su uso junto con la PT.

#### Epidemiología

##### P3.05

Diferencias por género en la evolución de la infección por vih en el cips de valencia

Hurtado I, Alastrué I, Ferreros I, Santos C, Tasa T, Juan A, Pérez-Hoyos S.

CIBERESP, CSISP, CIPS



**Objetivo**

La evolución del impacto de la infección por VIH es diferente para los hombres y las mujeres. El objetivo de esta comunicación es evaluar los cambios producidos en los últimos 25 años según género, en la magnitud de la incidencia y prevalencia de la infección por VIH a partir de los datos del Centro de Información y Prevención del SIDA de Valencia (CIPS).

**Método**

Se han analizado los datos de las personas que han acudido al CIPS a efectuarse una prueba del VIH desde el año 1988 hasta 2007 que se clasificaban según la práctica de riesgo de infección principal. Se identificaron un total de 5995 usuarios de droga intravenosa (UDI), y 15780 personas con prácticas heterosexuales (HT). Todos los análisis se han efectuado separados en hombres y mujeres. Se ha evaluado la evolución de la prevalencia anual a partir del estado serológico en la primera visita al centro. Para la incidencia se han calculado las tasas de nuevos casos de VIH a partir de los datos de seguimiento de los VIH-. Se ajustaron modelos de regresión Joinpoint que permiten evaluar la existencia de cambios en la evolución y en qué instante se producen. La regresión logística y Poisson se han utilizado para identificar las diferencias de género en la prevalencia e incidencia respectivamente.

**Resultados**

4650 (78%) de los UDIS y 8623 (55%) de los HT son hombres. Entre los UDIS la prevalencia es del 40% en hombres y el 46% en mujeres. En los HT la prevalencia es del 2% y del 4% respectivamente. La evolución de la prevalencia en UDIS es diferente en función del género, observándose una interacción entre el género y el calendario. No es así para los HT. En los UDIS la incidencia es 43 x 1000 per-año para los hombres y 73 x 1000 per-año para las mujeres; estos valores son del 2 x 1000 per-año y de 6 x 1000 per-año para los HT. Entre los UDIS se observa un mayor riesgo de ser incidente en las mujeres. Tras ajustar los modelos de regresión Joinpoint para las mujeres HT se identifica un punto de cambio en la tendencia en 2005 momento en el que produce un aumento significativo en la prevalencia. En cuanto a la incidencia para los HT se observa un descenso desde el inicio, no identificándose ningún punto de cambio en la tendencia. Entre los UDI se produce para los hombres una caída hasta el año 1995, momento en el que se produce un ligero incremento.

**Conclusión**

Durante el período analizado la prevalencia ha descendido radicalmente desde los primeros años, observándose un aumento para las mujeres heterosexuales en los últimos años. Son las mujeres las que se sitúan con valores de prevalencia e incidencia superiores a lo largo del período en ambos grupos, manifestándose así como una población más a riesgo frente a la infección que los hombres. Ello pone de manifiesto la necesidad de acciones preventivas diferentes entre hombres y mujeres.

**Epidemiología****P3.06****Incidencia de subtipos génicos del VIH Valencia**

Ortega E; Camps E; Garcia Jose Angel ; Ortiz Laura , Fernandez-Cuervo J, Garcia Deltoro

M, Martinez Agusti, Rodríguez Magdalena, Abril Vicente, Ballester E .

Unidad de Enfermedades Infecciosas.Hospital General Universitario.Valencia

**Objetivo**

Introducción El subtipo B del VIH-1 es el que predomina en España y en Europa occidental. Existen datos que apuntan a que en los últimos años se haya podido producir un aumento de subtipos no B en nuestro medio, debido a la inmigración desde zonas endémicas.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de subtipos del VIH en los pacientes de la base de datos de resistencias de nuestra Unidad y valorar la prevalencia de mutaciones de resistencia en la RT y en la PRO en función del subtipo.

**Método**

Material y Métodos Se valoraron la presencia de subtipos del VIH determinados 432 test de resistencias de los cuatro últimos años , tanto las realizadas previamente al inicio del TAR como las realizadas tras fallo virológico. Se determinaron las siguientes variables en aquellos subtipos distintos del B .Edad, sexo, país de procedencia ,nivel de CD4, carga viral VIH, vía de transmisión, presencia de coinfección por VHB y/o VHC. Se analizaron las resistencias primarias ( determinadas previamente al inicio de TAR) en los pacientes en lo que disponíamos de las mismas

**Resultados**

De los 432 test de resistencias analizados 38( 8,7% ) presentaban subtipos distintos del B , de ellos el 50% eran mujeres , la edad media era de 36,08+- 13,57. El país de procedencia era España( 13) , Guinea Ecuatorial ( 9) , Camerún (3) Federación Rusa, Ukraina y Lituania( 3), Mali ( 2) ,Nigeria, Congo, Ghana, Argentina y Cuba con un paciente respectivamente y en tres casos no teníamos constancia del país de procedencia

La distribución de los 38 subtipos fue la siguiente :Siete pacientes con subtipos diferentes del B que eran A , C, D,H y J y 2 con subtipo F . Presentaban distintos subtipos recombinantes 33 pacientes distribuidos de la siguiente forma: CRF12-BF(1 paciente); CRF01-AE(3 p.) , CRF02-AG ( 14 p.); CRF03-AB (2 p.) ; CRF06-CPX(2 p.) ; CRF14-BG ( 7 p.) ; CRF19-CPX(1 p.) .Cinco paciente tenían coinfección con el VHC y uno con el VHB .

En 18 pacientes disponíamos de tests de resistencias previas al TAR .En la RT se observó ausencia de mutaciones asociadas a resistencia a los INNTI pero sí presencia de mutaciones de resistencias a INTI A62V ; T69N y V118I y en la Proteasa se detectaron las mutaciones de resistencia mayor la I54V y la V82T junto a algunos polimorfismos

**Conclusión**

La frecuencia de subtipos y recombinantes del VIH diferentes del B se acerca al 10%. Entre los serotipos no-B el serotipo F y entre los recombinantes el CRF02-AG, que predomina en el Oeste y Cntero\_Oeste de Africa fueron los más frecuentes. Deben considerarse el diseño de estudios epidemiológicos en nuestro entorno para conocer las variantes genéticas del VIH-1 que circulan , así como sus implicaciones en la transmisión y en la evolución clínica



**Epidemiología****P3.07****Características de los pacientes VIH+ coinfectados por VHC-VHC con Fibrosan® F4**

M.Manzano Luque, I.de los Santos Gil, J Sanz Sanz.

Servicio de Medicina Interna - Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

**Objetivo**

Describir las características de los pacientes VIH+ coinfectados por VHC o VHB, con grado 4 de fibrosis hepática (F4), medido por Fibrosan®, e intentar establecer relación con genotipo y respuesta al tratamiento antiviral.

**Método**

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes VIH+ coinfectados por el VHC o VHB de la consulta de Enfermedades Infecciosas de nuestro centro, a los que se les realizó Fibrosan® desde 2007 hasta Febrero de 2010, cuyo resultado fue >14 kilopascales, compatible con fibrosis grado 4-cirrosis en la escala de Metavir. Se recogen datos de filiación (edad, sexo, raza), grupo de riesgo y consumo de alcohol. Datos analíticos: serología de VHB y VHC, CD4, carga viral de VIH, genotipo de VHC, PCR-VHC, GOT, GPT, Bilirrubina, GGT, FA, Albúmina, Actividad de Protrombina, Hemoglobina, Leucocitos totales, plaquetas y alfa-fetoproteína. Tratamiento antirretroviral y tratamiento del VHC y respuesta al mismo. Igualmente si se realizó biopsia hepática, gastroscopia y ecografía abdominal. Se determina la significación estadística con el genotipo del VHC, PCR-VHC y respuesta viral sostenida (RVS) al tratamiento. Los resultados estadísticos fueron analizados por el programa SPSS 15.0, y prueba de correlación Chi cuadrado.

**Resultados**

Se han incluido 58 pacientes. Media de edad: 45.93 ± 7 años. 70.7% hombres y 29.3% mujeres. Grupo de riesgo: 81.6% ADVP, 12.7% heterosexuales y 5.7% homosexuales. El 29.3% nunca había consumido alcohol, el 27.6% era bebedor activo y el 43.1% lo había sido en algún momento. Media de CD4: 437.88 (rango 36-1093), con un 17.2% con niveles menores de 200. El 91.4% recibían tratamiento antirretroviral y el 70.7% tenían carga viral de VIH indetectable. El 94.8% de los pacientes estaban coinfectados por el VHC, siendo más frecuente el genotipo 1 con un 69.1%, seguido del 3 y el 4, ambos con un 10.9%. En el 63% de los pacientes se objetivó una PCR-VHC > 500.000 UI/ml. El 12.1% presentaba coinfección por VHB, con DNA-VHB < 2000 copias en el 80%. Resultados analíticos (media ± DE): GOT 87.3 ± 63.5, GPT 80.8 ± 53.6, Bilirrubina 1.2 ± 0.8, GGT 209.6 (rango 25-1586), FA 121.5 ± 56.2, Albúmina 4.1 ± 0.6, Actividad de Protrombina 81.5% ± 19.3%, Hemoglobina 14.3 ± 2.2, Leucocitos totales 5507.2 ± 2553.4, plaquetas 126000 (rango 21000-341000) y alfa-fetoproteína 23.5 (rango 1.52-343.9). El 96.6% tenían ecografía abdominal con: hepatomegalia 55.4%, Hipertensión Portal 28.6%. Se realizó gastroscopia en 29.3% presentando varices esofágicas en el 50%. Biopsia hepática se realizó en 27 pacientes. Habían recibido tratamiento para el VHC con Interferón Pegilado y Ribavirina un 44.4% de los pacientes, con

una RVS en un 20.8% (5 pacientes). Cuando se comparó la RVS de estos pacientes con la de los pacientes que hemos tratado sin F4, se observó diferencia significativa, con menor respuesta en los F4 (p<0.035), pero no se encuentran diferencias cuando se analizan por genotipo entre ambos grupos.

**Conclusión**

Los pacientes incluidos en este grupo presentan una elevada prevalencia de abuso de alcohol y una elevada replicación viral de VHC, comparado con otras series en las que se incluyen todos los grados de fibrosis. La mayoría de los pacientes en nuestro estudio están coinfectados por VHC. Como cabría esperar, los resultados analíticos y pruebas complementarias reflejan alteraciones de daño hepático, manteniendo no obstante una aceptable situación inmunológica con bajo porcentaje de pacientes con CD4<200. La mayor parte reciben tratamiento antirretroviral, que nunca está contraindicado en pacientes con fibrosis avanzada, y presentan alto porcentaje de carga viral de VIH indetectable. Cerca de la mitad habían recibido tratamiento para el VHC, con porcentaje de RVS menor que en los grupos con menor fibrosis, lo que no impide comenzar tratamiento para el VHC, y más aún en un grupo con mala evolución a corto plazo sin tratamiento.

**Epidemiología****P3.08****Factores asociados a la infección por VIH en menores de 25 años que acuden a centros específicos de diagnóstico según tipo de visita (Estudio EPIVIH)**

A Diaz1, S Galindo1, J del Romero2, I Sanz3, ML Junquera4, MC Landa5, ME Lezaun6, MM Cámara7, J Belda8, FJ Bru9, JA Varela10, JR Ordoñana11, MA Azpiri12, J Balaguer13, M Vall14, I Alastrue15, L Gómez16, C de Armas17, JM Ureña18, J Trullén19, I Pueyo20, B Martínez21, M Diez1 y Grupo EPIVIH

1:CNE; 2:Madrid-Sandoval; 3:San Sebastián; 4:Oviedo; 5:Navarra; 6:La Rioja; 7:Bilbao; 8:Alicante; 9:Madrid; 10:Gijón; 11:Murcia; 12:Vitoria; 13:Cartagena; 14: Barcelona; 15:Valencia; 16:Santander; 17: Tenerife; 18: Granada; 19: Castellón; 20: Sevilla; 21: Málaga.

**Objetivo**

Evaluar los factores asociados a la infección por VIH en personas menores de 25 años según tipo de visita.

**Método**

Estudio descriptivo. Ámbito: 20 centros de VIH/ITS. Periodo: 2000-2008. Variables: sexo, origen, tipo de visita, perfil de riesgo y situación frente al VIH. Se realizó un análisis descriptivo, bivariante y multivariante.

**Resultados**

Se analizaron 46730 menores de 25 años: 77,7% se realizaron por primera vez el test del VIH en los centros (primera visita) y 22,3% ya había ido al mismo centro antes (revisión).





Entre los que consultaron en primera visita, el 55,0% fueron mujeres, 57,3% eran españoles, 22,1% ejercían la prostitución y 0,2% eran transexuales; la prevalencia global de VIH fue de 1,5% (IC95%:1,4-1,7). Entre los que acudieron en revisión, el 59,6% fueron mujeres, 49,5% eran extranjeros, 57,8% ejercían la prostitución, 0,4% eran transexuales y la prevalencia de VIH fue del 1,0% (IC95%:0,8-1,2).

Los factores asociados con infección por VIH en primera visita fueron: ser trabajador sexual transexual (OR:3,4;IC95%:1,8-6,3); ser subsahariano (OR:14,2;IC95%:10,1-19,9), norteafricano (OR:6,4;IC95%:3,5-11,7), latinoamericano (OR:3,1;IC95%:2,4-3,9) o de Europa Oriental (OR:2,1;IC95%:1,4-3,1); referir contacto sexual con una persona infectada por VIH (OR: 9,4; IC95%:6,7-13,1); y ser usuario de drogas inyectadas (UDI) (OR:14,3%;IC95%:11,9-28,0) u hombres con relaciones sexuales entre hombres (HSH) (OR:13,5; IC95%:9,9-18,6).

Entre los que acuden en revisión, el riesgo fue mayor en subsaharianos (OR:4,8;IC95%:1,4-16,2), norteafricanos (OR:5,1;IC95%:1,1-22,8) y latinoamericanos (OR: 2,2; IC95%:1,2-3,9); en aquellos que referían contacto sexual con personas infectadas por VIH (OR:2,7; IC95%:1,3-5,6); en UDI (OR:10,4;IC95%:3,1-35,0) o HSH (OR:7,0;IC95%:3,1-16,1); y en los que acudieron en 2007 y 2008 comparados con el año 2000. El riesgo fue menor en mujeres que ejercen la prostitución (MEP) (OR: 0,3;IC95%:0,1-0,8).

#### Conclusión

Tanto en primera visita como en revisión, la prevalencia de VIH en los menores de 25 años que acuden a los centros participantes es mayor en extranjeros, UDI o HSH. Las trabajadoras sexuales transexuales tienen un riesgo muy elevado, lo que no se observa en MEP. Entre los que acuden en revisión, el riesgo aumenta en el 2007 y 2008 con respecto al 2000.

Financiación: FIPSE: Exp. 36303/02, 36537/05 y 36794/08

#### Epidemiología P3.09

Prevalencia de deficiencia de vitamina D y relación con el TARGA en la infección VIH-1.

M. Cervero, S. Pastor, V. Alcázar, R. Sanz y C García-La Calle.

Hospital Severo Ochoa.

#### Objetivo

Examinar la prevalencia y causas de deficiencia de vitamina D entre pacientes infectados por VIH-1 y analizar en particular si los fármacos antiretrovirales interfieren con el metabolismo de la vitamina D.

#### Método

Realizamos un estudio transversal de una cohorte hospitalaria de 147 pacientes infectados por VIH con seguimiento ambulatorio por un mismo médico que acudieron a la consulta de Enfermedades Infecciosas del H. Severo Ochoa entre Enero del 2008 y Enero del 2010. De forma programada se extrajeron muestras de sangre para la determinación de 25(OH)D3,

PTHi, calcio sérico, fósforo, fosfatasa alcalina, CD4+ y carga viral. De las historias clínicas de los pacientes se recogieron la edad del paciente, sexo, grupo de riesgo de la infección VIH, peso altura, color de la piel, tiempo desde el diagnóstico de VIH, duración y estadio de la infección VIH (clasificación de CDC 1993), duración y tipo de tratamiento antiretroviral. Una especialista en Nutrición del mismo centro hospitalario realizó una encuesta de la exposición solar y la ingesta diaria de vitamina D. Utilizamos un análisis univariable y multivariable para identificar factores de riesgo relacionados con la deficiencia de vitamina D.

#### Resultados

La mediana de edad fue 44 años, 67,3% eran hombres y 89,1% de raza blanca. El 15,6% tenían CD4 < 200 y la carga viral estaba indetectable en el 78,7%. La mediana de 25(OH)D fue 21,1 µg/L (12,8-28,3) y 47,6% tenían los niveles de 25(OH)D < 20 µg/L. En el análisis multivariable los factores predictores asociados de riesgo aumentado para la deficiencia de vitamina D < 20 µg/L fueron la estación climática primavera vs otoño (OR 8,2[3,3-20,25], p=0,0001), el grupo de riesgo heterosexual vs ADVP (OR 2,54 [1,04-6,16], p=0,04) y el incremento del IMC (OR 1,19 [1,06-1,34], p=0,003). La administración de nevirapina fue un factor protector para el desarrollo de déficit de vitamina D (OR 0,14 [0,03-0,79], p=0,026). La raza negra no fue un factor de riesgo al estar poco representada en la muestra.

#### Conclusión

La prevalencia de deficiencia moderada de vitamina D en pacientes VIH en nuestra cohorte es mayor que la comunicada en otras cohortes (Suiza, Holanda, Boston) y se relacionó con la estación del año (primavera), el grupo de riesgo (heterosexual) y el incremento del IMC. El uso de nevirapina puede disminuir este riesgo de presentar deficiencia de vitamina D.

#### Epidemiología P3.10

Niveles de inmunoglobulinas en los pacientes con infección por el VIH

Elena Resino, Vilma Torres, Bernardino Roca y José Antonio Ferrero  
Servicio de Medicina Interna e Infecciones, Hospital General de Castellón, Universidad de Valencia

#### Objetivo

Las inmunoglobulinas séricas tienden a estar incrementadas en una amplia variedad de enfermedades crónicas. En los pacientes con infección por el VIH, también suele aparecer dicha alteración, pero no existe suficiente información sobre la magnitud real de la misma. Con el presente estudio pretendemos profundizar en el conocimiento de esa materia.

#### Método

Estudio transversal para conocer los niveles séricos de IgG, IgA e IgM en los pacientes con infección por el VIH, y evaluar la posible correlación de dichos niveles con los datos sociodemográficos, el recuento de linfocitos CD4 y la carga viral del VIH de tales pacientes. Para evaluar la posible asociación de los niveles de inmunoglobulinas con el resto de variables se utiliza el test t de Student (para las variables discretas) o bien el coeficiente de correlación de Pearson (para las variables continuas).



**Resultados**

Se incluye a un total de 145 pacientes. La media (y la desviación estándar) de su edad es de 41 ( $\pm$  8) años; 103 pacientes (71 %) son varones; 107 (74 %) son fumadores; 32 (22 %) tienen un hábito enólico, consistente en tomar 10 o más bebidas alcohólicas a la semana; 89 (61 %) están coinfectados con el virus de hepatitis C; 82 (57 %) se han infectado con el VIH por vía parenteral; 52 (36 %) están en tratamiento con combinaciones de medicamentos que incluyen inhibidores de la proteasa, 65 (45 %) están en tratamiento con combinaciones de medicamentos que no incluyen inhibidores de la proteasa, y 28 (19 %) no están tomando tratamiento antirretroviral; 63 (43 %) tienen la carga viral del VIH indetectable; la media (y la desviación estándar) del recuento de linfocitos CD4 es de 510 ( $\pm$  380) células por mm<sup>3</sup>; la media (y la desviación estándar) de las inmunoglobulinas séricas es la siguientes: IgG 1871 ( $\pm$  804), IgA 365 ( $\pm$  279) e IgM 144 ( $\pm$  99) mg/dL; el nivel de las inmunoglobulinas está por encima de los valores normales, en el caso de las IgG en 77 pacientes (53 %), en las IgA en 31 (21 %) y en las IgM en 4 (3 %). La IgM es más alta en los pacientes que no reciben tratamiento que en los que reciben inhibidores de la proteasa ( $P = 0,007$ ) o que reciben tratamiento sin inhibidores de la proteasa ( $P < 0,001$ ); la IgA es más alta en los varones que en las mujeres ( $P = 0,028$ ); la IgG y la IgA son más altas en los pacientes que tienen un hábito enólico ( $P = 0,009$  y  $0,020$  respectivamente); la IgG es más alta en los pacientes que se han contagiado del VIH por vía parenteral que por otras vías ( $P = 0,002$ ); y la IgG y la IgM son más altas en los pacientes con carga viral detectable ( $P < 0,001$  en ambos casos).

**Conclusión**

Las inmunoglobulinas séricas IgG, y en menor medida las IgA, están frecuentemente aumentadas en los pacientes con infección por el VIH. Los pacientes con infección por el VIH mal controlada tienen niveles de IgG e IgM más altos que los pacientes que están adecuadamente controlados.

**Epidemiología****P3.11**

Cambios en las causas de ingreso y muerte en los pacientes VIH antes y después de la introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad ( TARGA )

María Concepción Sánchez Fernández; Yolanda Gutiérrez Martín; María Dolores Pastor Pinilla; Carmen Quereda Rodríguez-Navarro; Ana Belén Sánchez Rubio; María Poves Francés.

Hospital Ramón y Cajal. Madrid

**Objetivo**

Analizar el impacto de TARGA en el número de pacientes ingresados en nuestra planta de hospitalización, así como los cambios en las causas de ingreso y muerte de los pacientes VIH, comparando los años previos y posteriores a la introducción de TARGA.

**Método**

Se analizaron las principales causas de ingreso y muerte, de los pacientes VIH ingresados en la planta de Enfermedades Infecciosas del hospital Ramón y Cajal de Madrid, desde el

año 1994 hasta el 2008. Los datos fueron recogidos por personal de enfermería de la planta, de forma retrospectiva desde 1994 hasta 1999, y de forma prospectiva posteriormente. Se realizó un análisis descriptivo de las variables epidemiológicas y clínicas. Las variables categóricas fueron expresadas como frecuencias absolutas y frecuencias relativas. Las variables continuas fueron expresadas con la media y la desviación estándar. Para valorar los cambios en las causas de ingreso y muerte a través de los años se utilizó la prueba de asociación lineal de Mantel-Haenszel.

**Resultados**

Desde el año 1994 hasta el 2008 se analizaron 5199 ingresos (correspondientes a 2322 pacientes VIH). Un 69% de los pacientes tenían más de un ingreso hospitalario. De forma global, la patología más frecuente que motivó el ingreso fueron los procesos oportunistas asociados al VIH (PO) (35%), seguidos de la patología respiratoria no 2ª a VIH (PR) (32%) y las complicaciones de la hepatopatía crónica (HC) (12%). El número total anual de pacientes ingresados disminuyó de forma significativa desde el año 1997, manteniéndose posteriormente constante. Los PO fueron la principal causa de ingreso hasta 1998. Las PR fueron una importante causa de ingreso a lo largo de todo el periodo de tiempo estudiado, destacando de forma especial entre otras causas en 2007 y 2008. La HC como causa de ingreso fue poco frecuente en los primeros años, con un ascenso progresivo desde el 2000. Durante el periodo de estudio fallecieron 435 pacientes. De forma global los PO fueron la causa más frecuente de muerte (60%). El número de pacientes fallecidos disminuyó de forma considerable a partir de 1997. Hasta este año PO fueron la causa fundamental de fallecimiento. A partir de 1999 la HC se convierte en la principal causa de muerte en nuestros pacientes, con excepción de los últimos dos años, en los que la PR destacaron sobre cualquier otra causa.

**Conclusión**

La introducción de TARGA ha supuesto una disminución en el número de ingresos y de muertes entre los pacientes VIH. Las causas de ingreso y de muerte se han modificado tras su uso generalizado. La PR y la HC se han convertido en las principales causas de ingreso hospitalario y muerte en los últimos años en estos pacientes.

**Epidemiología****P3.12**

Salas de consumo por vía inyectada: el final de la transmisión parenteral del VIH entre consumidores de drogas

Lorena Andreo, Joan Peña, Andra Mari Bolinaga, Elena Adán, Lluís Serra, Antonio Vilchez, Rosa Kistmacher, Montse Grifols, Davide Iannello, Raquel Martínez, María Martínez, Olga Díaz, Jordi Delás

SAPS (Cruz Roja Barcelona)

**Objetivo**

Proponer que las salas de consumo de drogas no legales por vía intravenosa son un elemento definitivo para la limitación de la epidemia del VIH por vía parenteral. Estos espacios garantizan que los consumos se realizan de forma segura, tanto para prevenir y evitar con-



tagios (compartir y reutilizar el material), como para la propia persona al permitir que sean atendidas las reacciones agudas al consumo.

#### Método

La sala de consumo del SAPS esta abierta 365 días del año y 290 minutos al día. Permite la utilización de dos usuarios al mismo tiempo y esta supervisada por personal sanitario. Analizamos como variables el número de consumos al día, las personas distintas que acuden y el promedio de tiempo utilizado en cada consumo. También datos sociodemográficos, del propio consumo y del estado de salud en las personas que han utilizado la sala de enero de 2007 a diciembre 2009.

#### Resultados

De 2007 a 2009, han acudido 1.755 personas distintas a la sala de inyección con un total de 28.169 consumos y un promedio de 26,2 usuarios al día. Lo que a partir de nuestra oferta de 290 minutos al día muestra una utilización promedio de 22 minutos por consumo.

	Número de Consumos	Personas distintas	Consumos por Perso./año	Promedio de consumos/día
2007	8.254	577	14,3	22,6
2008	10.029	706	14,2	28,6
2009	9.886	472	20,9	27,2
Total	28.169	1.755	16,1	26,2

El 83,7% son hombres y 16,3% son mujeres. Españoles 40,9% y extranjeros 48,7% (Del 10,4% restante se desconoce el país de origen). 12,9% eran positivos para VIH, 14,2% negativos y de 61,7%, no se pudo saber su estado serológico. 25,6% positivos para VHC, 2,38% negativos, y 72,1% desconocidos. Del 50% de los casos sólo disponemos de historial de consumo y no han consultado por motivos de salud.

#### Conclusión

Las salas de consumo garantizan que no se va a compartir material de inyección y evitan la transmisión de enfermedades por vía parenteral. Las salas tienen una notable atracción de una población oculta que sólo acude para realizar el consumo. El promedio de utilización de la sala de 22 minutos muestra un elevado índice de utilización, sin espacios de tiempo en la que la sala esté vacía. Por tanto fomentar que todos los consumos se realicen en salas de venopunción implica el final de transmisión del VIH, Hepatitis B y C por vía parenteral. Y en este sentido un objetivo de administraciones, profesionales y agentes comunitarios debiera ser impulsar y ampliar la oferta de este tipo de dispositivos dentro de la red asistencial normalizada.

#### Epidemiología

##### P3.13

Caracterización de las personas que solicitan la prueba rápida del VIH en la Fundación Triángulo. Madrid 2009.

Iván Zaro<sup>1</sup>, Teresa Navazo<sup>1</sup>, Guillermo López<sup>1</sup>, Carmen Rodríguez<sup>2</sup>, Jorge Del Romero<sup>2</sup>.

(1) Fundación Triángulo. Madrid.

(2) Centro Sanitario Sandoval, Comunidad de Madrid.

#### Objetivo

Describir las características sociodemográficas, antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ITS) y conductas sexuales de riesgo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) que solicitaron la prueba rápida del VIH.

#### Método

A todas las personas que lo solicitaron se les realizó una prueba rápida, en fluido oral, de detección de anticuerpos del VIH (OraQuick Advance HIV 1-2 (R)) y se les pasó un cuestionario estructurado para conocer datos sociodemográficos, antecedentes de ITS y conductas sexuales.

#### Resultado

De las 239 personas analizadas, quienes la mayoría se había realizado al menos una vez la prueba de VIH con anterioridad (74%). La edad media ha estado en 31 años. Según su país de procedencia, la mayoría de origen español (73%), seguidos de países latinoamericanos (22%), otros países europeos (3%), EE.UU (1%) y África (1%). Un 40% afirmó tener antecedentes de ITS: gonorrea, 15%; sífilis: el 7%; condilomas: el 5%; herpes genital: el 3%; hepatitis A: el 3%, hepatitis B: el 3%; y clamidia: el 1%.

La mitad de la muestra afirmó tener pareja estable (65%) en el momento de realizarse la prueba cuyo género era: hombre (82%), mujer (16%) y mujer transexual (1%). En cuanto al conocimiento del estado serológico de la pareja en su mayoría afirmaron desconocerla (56%) frente aquellas con pareja seronegativa (29%) o seropositiva (14%). Un 65% de las personas que tenían pareja estable, afirmó mantener otras parejas ocasionales.

En relación a las prácticas sexuales con la pareja estable se constata el 63% realiza prácticas de sexo oral sin preservativo, el 33% realiza prácticas de coito anal insertivo (CAI) siempre o esporádicamente sin preservativo y un 36% mantiene prácticas de coito anal receptivo (CAR) sin preservativo.

En relación a las prácticas sexuales con parejas ocasionales encontramos que el 55% afirmaba practicar sexo oral sin preservativo. En cuanto al CAI, un 6% lo practicaban sin preservativo siempre o frecuentemente, y un 13% de forma esporádica. Los datos referentes al CAR son similares encontrando que un 10% afirmaban tener prácticas anales receptivas sin preservativo de forma esporádica. Los casos que afirmaban mantener esta práctica sin preservativo de forma frecuente (2%) o siempre (5%) eran escasos. De las 239 pruebas realizadas 5 resultaron positivas. Todas ellas fueron confirmadas, cuatro en el Centro Sandoval y uno en centro de atención primaria.

#### Conclusión

Es necesario promover y facilitar el acceso a las pruebas diagnósticas del VIH, garantizando la confidencialidad y la profesionalidad en contextos no clínicos. En este sentido, la adecuada coordinación de las ONG con el sistema sanitario público resulta ser útil para reducir las elevadas tasas de diagnóstico tardío en nuestro país.



**Epidemiología****P3.14**

Perfil actual de las personas infectadas por el VIH que son hospitalizadas o atendidas por primera vez en la consulta externa.

Rivas M. (1) Sánchez L.(1) Capitán M.J. (1) Lozano F. (2)

Unidad Enf. Infecciosas H.U. Virgen de Valme (Sevilla)

**Objetivo**

Conocer el perfil de las personas infectadas por el VIH que en la actualidad son atendidas en régimen de hospitalización o en la primera visita a la consulta externa.

**Método**

Análisis retrospectivo de las características demográficas, epidemiológicas, virológicas, inmunológicas y clínicas de las personas infectadas por el VIH que fueron hospitalizadas o acudieron por primera vez a la consulta de VIH de nuestra Unidad durante 2008 y 2009.

**Resultados**

En el bienio referido fueron hospitalizados 88 pacientes y atendidos en la consulta 851 personas, 28 de las cuales habían sido recientemente diagnosticadas de infección por el VIH y nunca habían recibido tratamiento antirretroviral (TAR). Entre los pacientes hospitalizados: 23 (26%) lo estaban por primera vez y 65 (74%) ya habían ingresado previamente una o más veces; el 67 (76%) realizaba o había realizado TAR con antelación y el 21 (24%) era naïve. Diez pacientes (11%) fueron diagnosticados de infección por el VIH durante el ingreso. En la siguiente tabla se muestran los principales datos de ambos grupos:

	Hospitalizados	1ª visita en consulta
Número	88	28
Sexo (% varones)	84	86
Edad en años [mediana (P25-P75)]	42 (38-47)	36 (29-42)
Transmisión por UDVI (%)	71	18
Transmisión heterosexual (%)	26	25
Transmisión entre Homosexuales (%)	3	57
Coinfección por VHB (%)	7	11
Coinfección por VHC (%)	61	21
Categoría C de los CDC (%)	58	8
Categoría B de los CDC (%)	15	15
CD4+/_L [mediana (P25-P75)]	213 (56-417)	400 (296-562)
CV copias/mL [mediana (P25-P75)]	62 (20-60150)	19810 (5560-83250)

UDVI :Usuarios por drogas por vía intravenosa

**Conclusión**

Los pacientes nuevos en la consulta son predominantemente homosexuales, más jóvenes y tienen un estado inmunológico conservado e infrecuentes eventos clínicos de categoría C.

No obstante, si, como es la tendencia actual, se sube a >350 CD4+/\_L el nivel para iniciar el TAR, éste estaría indicado en la mayoría de ellos. Algo más de una décima parte de los nuevos diagnósticos de VIH se efectúan aún durante una hospitalización motivada por eventos oportunistas graves.

**Epidemiología****P3.15**

Perfil epidemiológico de los pacientes con diagnóstico reciente vih+, en la consulta de enfermedades infecciosas del hospital Ramón y Cajal.

María Pumares, Laura Barrenetxea, Isabel Hornero, Fernando Sacristán, Paloma Martí-Belda, Carolina Gutiérrez, José Luis Casado, Fernando Dronda, Ana Moreno, María Jesús Pérez-Elías, Santiago Moreno.

Hospital Ramón y Cajal. Madrid

**Objetivos**

Los pacientes con diagnóstico de infección VIH que acuden a nuestra Unidad son atendidos por el equipo de Enfermería en la primera consulta.

El objetivo de nuestro estudio es identificar las características clínicas, epidemiológicas y sociales de pacientes con nuevo diagnóstico de infección VIH atendidos en nuestra Unidad por primera vez, para poder establecer los cambios en los perfiles susceptibles de intervención específica por enfermería.

**Método**

Estudio observacional prospectivo de 123 pacientes atendidos por diagnóstico reciente de VIH (máximo 6 meses desde diagnóstico) en nuestra Unidad. Se recogieron los datos en la consulta basal de enfermería, con especial atención a las variables de edad, sexo, país de origen, práctica de riesgo, nivel de estudios, razón de diagnóstico y situación inmunológica.

**Resultados**

Un 79% de los pacientes eran varones, y el 38% de los pacientes eran menores de 35 años, mientras que hasta el 21% eran mayores de 45 años en la visita. Solamente 7% manifestaban ADVP como práctica de riesgo, con 46% homosexualidad y 42% relaciones heterosexuales no protegidas. Hasta un 37% de los pacientes vistos eran no nacidos en España (principalmente originarios de Sudamérica). Un 19% manifestaban estudios primarios, 58% secundarios, y hasta 23% estudios superiores como formación. El motivo de diagnóstico fue enfermedades intercurrentes (ETS, principalmente sífilis, hepatitis,...) en 44%, ingresos hospitalarios previos en 12% y screening/chequeo en el 45%. En la visita, los CD4+ fueron superiores a 350/mm<sup>3</sup> en 56%, entre 200-350/mm<sup>3</sup> en 28% y < 200/mm<sup>3</sup> en 28% de los pacientes.

**Conclusiones**

Durante los últimos 3 años, la mayoría de los pacientes con nuevo diagnóstico atendidos en nuestra Unidad tenían estudios secundarios y eran varones, pero es de destacar el aumento de pacientes nuevos con edad avanzada y de origen extranjero, al igual que las prácticas



heterosexuales como factor de riesgo en claro aumento. Hasta un 12% de los pacientes venían de un ingreso hospitalario, lo que junto a unos CD4+ menores de 350/mm<sup>3</sup> en el 44%, resalta la trascendencia del diagnóstico tardío.

### Epidemiología

#### P3.16

Tuberculosis en pacientes sida y no vih ¿ Existen diferencias?

Justo Miguel Suárez (1), José Pedro Novalbos, (2) Juna Antonio Cordoba (3)  
Juan M. Diosdado(1)

(1) Unidad I.T.S Área Sanitaria Campo Gibraltar (2) Facultad Medicina Departamento Salud Publica. Cádiz (3) Delegación Provincial de Salud. Cádiz

#### Objetivo

Conocer las diferencias entre la tuberculosis (TB) asociada a VIH/SIDA y la tuberculosis en inmunocompetentes

#### Método

Estudio descriptivo de los casos de TB acaecidos entre 1997-2007 y detectados por tres fuentes de información: a) Registros CMBD, b) Registros EDO c) Registros microbiología . Se analizan las diferencias entre distintas variables clínicas y epidemiológicas. El grado de significación se expresa por el estadístico "p" ; en los casos en que fue necesario un tratamiento de frecuencias y comparación de variables se aplicó técnica de contraste de hipótesis bivariado y regresión logística .Para cada uno de los factores de riesgo de TB se calcula el OR (riesgo relativo).

#### Resultados

Se han detectado un total de 628 casos de TB, 398 no VIH y 230 TB-SIDA. La tasa ajustada de la enfermedad para todo el periodo es de 22,9 casos por cien mil habitantes. Los casos de TB asociados a SIDA superan todos los años el 25%. La edad media de los casos es similar en ambos grupos (36,6 vs 37,7 años). Los pacientes TB-SIDA adquirieron la infección VIH por uso de drogas venosas en 86%, heterosexual 9,7% y homosexual 3,7%. El promedio de CD4 fue 142,8. La localización de la enfermedad fue significativamente más frecuente en su forma pulmonar y pleural en no VIH y en las formas diseminadas no miliar en los TB-SIDA. Los pacientes TB-SIDA ingresaron significativamente más (97,3%) que los no VIH (83,1%) y consultaron con mayor frecuencia en las urgencias de Hospital 76,5% vs 44,7%. Respecto al número de factores de riesgo en 175 pacientes (27.9%)no se encontró ningún factor. Los pacientes TB-SIDA tienen significativamente tres o más factores de riesgo para la tuberculosis, mientras que los TB no VIH tienen significativamente dos o menos factores. Los pacientes TB-SIDA tienen como principales factores de riesgo: consumo de droga, etilismo, tratamiento con metadona, hepatitis C y estar institucionalizado.

Al revisar los historiales 90 pacientes habían fallecido, 34% por tuberculosis 31% por VIH o infección oportunista, y 34% por otros procesos. Por regresión logística se confirmó que tienen efecto significativo sobre la probabilidad de muerte el hecho de que el paciente sea

VIH positivo junto con la condición Ex UDVP y la localización extra-pulmonar.

#### Conclusión

La tuberculosis en el Campo de Gibraltar está fuertemente influenciada por la infección VIH/SIDA . Encontramos diferencias entre los distintos factores de riesgo para la tuberculosis de ambas poblaciones

### Epidemiología

#### P3.17

Evolucion de la proporcion de pacientes con infeccion vih ingresados a cargo de un servicio de enfermedades infecciosas antes y despues de la introduccion del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA)

Yolanda Gutiérrez Martín, Carmen Quereda Rodríguez-Navarro, María Dolores Pastor Pinilla, María Concepción Sánchez Fernández, Ana Belén Sánchez Rubio, María Poves Francés

Hospital Ramón y Cajal de Madrid

#### Objetivo

Comparar la proporción de pacientes VIH con respecto a los pacientes no VIH ingresados en la planta de hospitalización del servicio de infecciosas del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, en el periodo previo y posterior a la introducción del TARGA

#### Método

Se contabilizaron los pacientes ingresados en la planta de enfermedades infecciosas del Hospital Ramón y Cajal de Madrid desde el año 1994 hasta el año 2008.

La base de datos es recogida por el personal de enfermería de forma retrospectiva desde 1994 hasta 1999 y prospectiva en los años posteriores.

Se compararon los datos de pacientes VIH y no infectados por VIH. No se tuvieron en cuenta los pacientes ingresados en la unidad de aislamiento respiratorio ni los periféricos a nuestro cargo durante dicho periodo.

En el estudio se excluyeron los pacientes ingresados a cargo de otras especialidades.

#### Resultados

Desde el año 1994 hasta el año 2008 la planta de enfermedades infecciosas ha tenido 9247 pacientes ingresados a su cargo, de los cuales 5473 eran VIH positivos y 3774 eran VIH negativos.

Tras la introducción del TARGA se objetivó que la proporción de pacientes VIH disminuyó del 90% (647 pacientes) en el año 1999, al 36% (200 pacientes) en el año 2008 en relación a los pacientes no VIH.

#### Conclusión

La introducción del TARGA ha supuesto una considerable disminución en el número y en la proporción de pacientes con infección VIH que ingresan en los servicios de enfermedades infecciosas.



Probablemente como consecuencia de ello, ha aumentado el número y la proporción de los pacientes con patología infecciosa VIH negativos que ingresan en estos servicios.

### Epidemiología

#### P3.18

Retraso diagnóstico y edad al diagnóstico de VIH en Galicia (2004-2008) en función del sexo y la nacionalidad

Cristina Márquez Riveras, María Pais López, Rogelio Lema Mougán y Xose Antonio Taboada Rodríguez.

Servicio de Control de Enfermedades Transmisibles. Dirección General de Salud Pública y Planificación. Consejería de Sanidad de Galicia.

#### Objetivo

Conocer el retraso diagnóstico y la edad al diagnóstico de los casos de VIH notificados en Galicia para el período 2004-2008 para mejorar la eficiencia de las medidas de diagnóstico precoz de la Dirección Xeral de Saúde Pública e Planificación de Galicia.

#### Método

Se ha consultado el SIGIVH (Sistema de Información Gallego sobre la Infección VIH) para conocer el retraso diagnóstico y la edad al diagnóstico de los casos de VIH notificados en Galicia para el período 2004-2008. Se han creado 4 grupos de comparación: mujeres españolas, mujeres inmigrantes, hombres españoles y hombres inmigrantes; y dentro de los grupos de personas inmigrantes, se han creado nuevos grupos en función de la región de origen: Latinoamérica, Subsáhara, y Otras regiones (la mayoría son europeos).

Dentro de estos grupos se ha consultado el número de personas susceptibles de recibir Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), aquellas con  $<350$  CD4/ $\mu$ L y el nº de personas con una situación inmunológica comprometida ( $<200$  CD4/ $\mu$ L). Posteriormente se han elaborado las tablas con el porcentaje de personas de  $<350$  CD4/ $\mu$ L y  $<200$  CD4/ $\mu$ L que había dentro de cada grupo.

Por otro lado, se han calculado las edades al diagnóstico de VIH de los diferentes grupos para el período 2004-2008.

#### Resultados

Las edades al diagnóstico de los ocho grupos fueron:

- Mujeres españolas (38 años), latinoamericanas (33.8 años), subsaharianas (29.3 años), mujeres de otras procedencias (33 años),
- Hombres españoles (37 años), latinoamericanos (35 años), subsaharianos (34.7 años), y hombres de otras procedencias (37.7 años).

- 1.- Las mujeres españolas con  $<200$  CD4/ $\mu$ L fueron el 32 % y con  $<350$  CD4/ $\mu$ L el 42 %.
- 2.- Las mujeres latinoamericanas con  $<200$  CD4/ $\mu$ L fueron el 32 % y con  $<350$  CD4/ $\mu$ L el 50 %.
- 3.- Las mujeres subsaharianas con  $<200$  CD4/ $\mu$ L fueron el 10 % y con  $<350$  CD4/ $\mu$ L el 80 %.

4.- Las mujeres de otras procedencias con  $<200$  CD4/ $\mu$ L fueron 33%, y con  $<350$  CD4/ $\mu$ L el 50%.

5.- Los hombres españoles con  $<200$  CD4/ $\mu$ L fueron el 31% y con  $<350$  CD4/ $\mu$ L el 50%.

6.- Los hombres latinoamericanos con  $<200$  CD4/ $\mu$ L fueron el 30 % y con  $<350$  CD4/ $\mu$ L el 53%.

7.- Los hombres subsaharianos con  $<200$  CD4/ $\mu$ L fueron el 36% y con  $<350$  CD4/ $\mu$ L el 65%.

8.- Los hombres de otras procedencias con  $<200$  CD4/ $\mu$ L fueron el 42%, y con  $<350$  CD4/ $\mu$ L el 47%.

#### Conclusión

Las españolas se diagnostican con un año más de edad que los españoles, son menos susceptibles de TARGA en el momento del diagnóstico pero el porcentaje de españolas con mala situación inmunológica es muy similar a la de los españoles.

Las latinoamericanas se diagnostican un año más jóvenes que los latinoamericanos y son un poco menos susceptibles de TARGA en el momento del diagnóstico, pero el porcentaje de latinoamericanas con mala situación inmunológica es ligeramente superior a la de los latinoamericanos.

En general, las mujeres subsaharianas y las de otros orígenes se diagnostican cuando son 5 años más jóvenes que sus compatriotas y presentan un mayor porcentaje de personas susceptibles de recibir TARGA, especialmente en el caso de las subsaharianas, aunque el porcentaje de personas con  $<200$  CD4/ $\mu$ L sea superior en los hombres de las mismas procedencias. Por tanto, las mujeres subsaharianas y las de otras procedencias se infectan más jóvenes que sus compatriotas y, en general, descubren su infección más tarde, por lo que cabría esperar que su esperanza y calidad de vida fuesen peores que la de la mayoría de sus compatriotas con VIH.

### Epidemiología

#### P3.19

Tuberculosis y sida factores socioeconomicos.

Justo Miguel Suárez (1), José Pedro Novalbos (2), José Antonio Córdoba (3), Carmen Montaña (4)

(1). Servicio andaluz de Salud. Centro ITS Algeciras . (2 ) Facultad Medicina .Departamento Salud Publica Cádiz (3) Delegación provincial Salud Cádiz.(4) Servicio Andaluz de Salud Epidemiología.

#### Objetivo

Describir la relación de la enfermedad tuberculosa asociada al SIDA según niveles socioeconómicos de residencia de los pacientes.

#### Método

Mediante el estudio de tres fuentes de información: Altas hospitalarias, registros EDO y microbiología se ha determinado el número de casos de tuberculosis acaecidos entre 1997-2007 en el Campo de Gibraltar.



Se determinan las tasas de tuberculosis según el nivel socioeconómico de los pacientes TB-SIDA del Campo de Gibraltar en función del índice sintético de nivel socioeconómico (ISNSE) el cual se calcula en función de tres variables del censo:

1. Porcentaje de población con bajo nivel de estudios.
2. Porcentaje de población en paro.
3. Porcentaje de trabajadores no cualificados.

Mediante análisis factorial de componentes principales se resume la información de las tres variables en un sólo componente el ISNSE. Una vez obtenida la puntuación factorial (método de regresión) se categorizan las zonas censales en cinco niveles socioeconómicos en función de los quintiles. Nivel 1 mejor (quintil 20), a Nivel 5 (quintil 80) peor nivel.

Para valorar si los casos observados son superiores a los esperados en la comunidad andaluza se calcula la razón estandarizada de incidencia (SIR) por el método de ajuste indirecto.

#### Resultados

Las tasas de tuberculosis del Campo de Gibraltar se incrementan gradualmente a medida que el paciente reside en una sección censal más deprimida, variando de 15,6 casos por cien mil habitantes en secciones censales con nivel mejor a 51,5 por cien mil en las de peor nivel socioeconómico.

Los casos TB-SIDA se producen con tasas 6 veces superiores en los niveles peores (Nivel 5) que en las zonas situadas en mejor posición socioeconómica. En las ciudades de Algeciras y La Línea las tasas de TB-SIDA son 9 veces superiores en zonas deprimidas respecto al nivel 1. Aplicando la razón estandarizada de tasas (SIR) la representación en mapas nos muestra que la mayoría de zonas deprimidas (niveles 4 y 5) corresponden con SIR superior a 1 y por tanto mayores tasas de tuberculosis m observadas a las esperadas.

#### Conclusión

La enfermedad tuberculosa y sobre todo las formas asociadas a SIDA se presentan con tasas superiores en zonas socioeconómicas deprimidas

#### Epidemiología

##### P3.20

Caracterización de TMS y TTS que solicitan la prueba rápida del VIH en la Fundación Triángulo. Madrid 2009

Iván Zaro<sup>1</sup>, Teresa Navazo<sup>1</sup>, Guillermo López<sup>1</sup>, Carmen Rodríguez<sup>2</sup>, Jorge Del Romero<sup>2</sup>.

- (1) Fundación Triángulo. Madrid.
- (2) Centro Sanitario Sandoval, Comunidad de Madrid.

#### Objetivo

Describir las características sociodemográficas, conductas sexuales de riesgo y prevalencia del VIH en Trabajadores Masculinos del Sexo (TMS) y Trabajadoras Transexuales del Sexo (TTS) que solicitaron la prueba rápida del VIH.

#### Método

A todas las personas que lo solicitaron se les realizó una prueba rápida, en fluido oral, de detección de anticuerpos del VIH (OraQuick Advance HIV 1/2 (R)) y se les pasó un cuestionario estructurado para conocer datos sociodemográficos, antecedentes de ITS y conductas sexuales

#### Resultados

De las 35 personas analizadas el 57% eran TMS y el 43% TTS. La edad media de la muestra en TMS fue de 30 años, y de 27 en TTS. Según su país de procedencia en hombres: el 50% eran de origen español, 30% de Brasil, 5% de Colombia, 5% de Venezuela, 5% de República Dominicana y 5% de Ecuador. En el caso de mujeres transexuales: el 7% eran de origen español, 40% de Argentina, 26% de Brasil, 13% de Ecuador, 7% de Perú y 7% de Colombia. La mitad de los TMS afirmó tener pareja estable (50%) cuyo género era: hombre (70%), mujer (20%) y mujer transexual (10%). En cuanto al conocimiento del estado serológico de la pareja en su mayoría afirmaron desconocerla (60%) frente aquellas con pareja seronegativa (30%) o seropositiva (10%). La mayoría de las TTS afirmaron tener pareja estable (73%) cuyo género era: hombre (81%) y mujer transexual (18%). En cuanto al conocimiento del estado serológico de la pareja en su mayoría afirmaron desconocerla (36%) frente aquellas con pareja seronegativa (63%).

En relación al uso del preservativo con la pareja estable en el caso de los TMS, el 40% afirmaba realizar sexo oral sin protección, el 10% coito anal insertivo (CAI) siempre o esporádicamente sin preservativo y el 5% refería tener prácticas de coito anal receptivo (CAR) sin preservativo siempre y 10% esporádicamente.

Respecto al uso del preservativo con clientes, o con parejas ocasionales, el 40% afirmaba practicar sexo oral sin preservativo, el 15% realizaba el CAI sin protección de siempre o de forma esporádica, el 5% CAR sin preservativo de forma ocasional y otro 5% practicaba siempre el CAR sin protección.

En relación al uso del preservativo con la pareja estable en el caso de los TTS, el 53% afirmaba realizar sexo oral sin protección, el 20% coito anal insertivo (CAI) frecuente y el 13% esporádicamente sin preservativo y el 33% refería tener prácticas de coito anal receptivo (CAR) sin preservativo siempre y 6% esporádicamente.

Respecto al uso del preservativo con clientes, o con parejas ocasionales, el 19% afirmaba practicar sexo oral sin preservativo siempre o frecuentemente, el 33% realizaba el CAI sin protección de siempre, el 5% refirió practicar siempre el CAR sin protección.

De las 35 pruebas rápidas de detección de anticuerpos del VIH realizadas (en fluido oral), 1 resultó positiva. Fue confirmada en el Centro Sandoval.

#### Conclusión

Es necesario promover y facilitar el acceso a las pruebas diagnósticas del VIH, en contextos no clínicos, garantizando la confidencialidad y la adecuada coordinación con el sistema sanitario público. Ello puede ser útil para reducir las elevadas tasas de diagnóstico tardío en nuestro país, especialmente en personas con dificultades de acceso a los servicios de salud.



**Epidemiología****P3.21**

Evolución de la incidencia de VIH en Galicia (2004-2009) en función del sexo y la nacionalidad.

Cristina Márquez Riveras, María Pais López, Rogelio Lema Mougán, X. A. Taboada Rodríguez

Servicio de Control de Enfermedades Transmisibles. Dirección General de Salud Pública y Planificación. Consejería de Sanidad de Galicia.

**Objetivo**

Conocer la distribución por sexo y nacionalidad de los nuevos diagnósticos de VIH de Galicia, durante el período 2004-2009, para mejorar los criterios de prioridad de la Orden de subvenciones de la Dirección Xeral de Saúde Pública e Planificación de Galicia.

**Método**

Se ha consultado el SIGIVIH (Sistema de Información Gallego sobre la Infección VIH) para conocer la información relativa a los casos de VIH notificados en el período 2004-2009. Para cada año del registro se han creado 4 grupos de comparación: mujeres españolas, mujeres inmigrantes, hombres españoles y hombres inmigrantes. Se consultó la página web del IGE (Instituto Gallego de Estadística) para conocer la población de esos cuatro grupos en Galicia para cada año. Posteriormente, se calcularon las tasas de incidencia ajustadas por el método indirecto para cada grupo a través del programa EPIDAT 3.1 con un IC del 95%. Seguidamente se calcularon las razones de las tasas de incidencia en función de las variables sexo y nacionalidad de los distintos grupos y finalmente para calcular la evolución de las tasas de incidencia de VIH y de la población de cada grupo, se calculó la media geométrica del cambio anual para el período 2004-2009.

**Resultados**

Las tasas de incidencia de VIH (casos/106 de hab.) encontradas para todo el período 2004-2009 son: en mujeres españolas 24 casos/106 de hab., en hombres españoles 96 casos/106 de hab., en mujeres inmigrantes 337 casos/106 de hab. y en hombres inmigrantes 645 casos/106 de hab. La población española disminuyó en Galicia un 0.02 % anual en hombres y un 0.03 % en mujeres y también disminuyó su tasa de incidencia: en hombres españoles un 8% anual y en españolas un 5%.

Por su parte la población inmigrante aumentó en Galicia un 14 % anual en hombres y un 12 % en mujeres, y al mismo tiempo las tasas de incidencia de VIH disminuyeron: en hombres inmigrantes un 12 % anual y en mujeres inmigrantes un 19 %.

El mayor porcentaje de casos de VIH fue aportado por los hombres españoles (63%), seguidos por las mujeres españolas (17 %), los hombres inmigrantes (12 %) y las mujeres inmigrantes (6%).

Al comparar las tasas de incidencia de VIH entre hombres y mujeres, se observa que la incidencia de VIH de los hombres es el triple que la de las mujeres en la población española y el doble en la inmigrante, aunque estas diferencias sólo han sido estadísticamente significativas para la población española.

Al compararlas en hombres (españoles e inmigrantes), se observa que la incidencia de VIH en

hombres inmigrantes ha sido casi 5 veces superior que la de los españoles. Sin embargo, al comparar las tasas de incidencia de VIH en mujeres (españolas e inmigrantes), se observa que la incidencia de las mujeres inmigrantes ha sido 9 veces mayor que la de las españolas; si bien es cierto, que durante los últimos 4 años, esta diferencia se ha ido suavizando (en el 2009 las inmigrantes tienen casi 4 veces más de incidencia que las españolas). Las diferencias encontradas han sido estadísticamente significativas para las mujeres inmigrantes.

**Conclusión**

El sexo y la nacionalidad son dos variables determinantes en la incidencia de la infección VIH, aunque no están representadas en la misma medida. Mientras que los hombres tienen entre el doble y el triple de incidencia de VIH que las mujeres, las personas inmigrantes tienen una incidencia de 5 a 9 veces superior que las personas españolas. En concreto, las mujeres inmigrantes presentan mucha más incidencia que las mujeres españolas a pesar de que las inmigrantes presenten menos casos que las españolas. Por otra parte, las mujeres inmigrantes presentan un descenso de la incidencia más acusado que sus compatriotas. Las españolas son el 2º grupo con más casos y las que tienen la tendencia descendente más suave.

**Epidemiología****P3.22**

Nuevos casos de infección por VIH en consumidores de drogas intravenosas (cdi) outreach de tres programas de reducción del daño (prd) en Barcelona, Madrid y Valencia

Jorge Gutiérrez<sup>1</sup>, Jorge Álvarez<sup>1</sup>, Olga Díaz<sup>2</sup>, Jordi Delás<sup>2</sup>, Julio Gómez<sup>3</sup>, Yolanda Polo<sup>3</sup>

Asociación Madrid Positivo<sup>1</sup>, SAPS Creu Roja<sup>2</sup>, Comité Ciudadano Anti-sida Valencia<sup>3</sup>

**Objetivo**

Determinar la incidencia del VIH, caracterizar epidemiológicamente los nuevos casos de infección por VIH, el consumo asociado y la tendencia de la epidemia en UDI outreach.

**Método**

En los últimos años, hay indicios de un aumento de nuevos infectados entre los UDI. En España concurren algunos factores determinantes: 1) gran accesibilidad y bajo precio de la cocaína y heroína en nuestro país.2) Llegada de numerosa población extranjera.3) Aumento de UDI sin hogar outreach en las grandes ciudades.

SAPS (Cruz Roja), MADROÑO (Madrid Salud, gestionado por Madrid Positivo) y Maritim (gestionado por CCASCV), son servicios, que atienden a UDI outreach en Barcelona, Madrid y Valencia respectivamente. SAPS es un Centro de atención socio-sanitaria (CASS) igual que el "Maritim" de Valencia. MADROÑO es un PRD, con programa de sustitutos de opiáceos (PSO) en unidad móvil. Todos estos servicios son pioneros en el desarrollo y adaptación de PRD con programas de apoyo al tratamiento antirretroviral en UDI outreach.

Se analizan los datos de 179, 337 y 58 usuarios (total 574), atendidos en los servicios de SAPS, MADROÑO y CASS Maritim Valencia.





**Resultados**

**MADROÑO:** 11 nuevos diagnósticos, incidencia 3,26%. El 91% son varones. Solo uno de los casos fue español, el resto 91% inmigrantes (63% del este de Europa). 75% de los casos eran personas sin hogar (PSH). La transmisión fue: por material de inyección (MI) fue de 91%, e indeterminado el 9%. 48% consumían más de 0,7gr de heroína y 0,7 gr de cocaína al día. El 47% llevaba menos de 5 años de consumo. El 18,5% consumían cocaína desde solo 2 meses. **SAPS:** 13 nuevos diagnósticos, 61 % mas que en 2008, incidencia 7,2%. El 30,7% eran mujeres. El 23 % eran Españoles y el 77% extranjeros. El 46,2% eran de Rumania. El 100% eran PSH. La transmisión fue de: el 76% por MI y en el 30,7% sexual. Se observa aumento de consumo IV de cocaína. **Maritim:** 19 nuevos diagnósticos, 475% mas que en 2008, incidencia 33%. El 22% eran mujeres. El 16% eran Españoles y 84% eran inmigrantes (de éstos, el 75% de Europa del Este). El 100% eran PSH. La transmisión fue: el 95% por MI, sexual 5%. El 47% consumían más de 1 gr de heroína y 1 gr de cocaína al día. 36% llevaban menos de 5 años de consumo.

**Conclusión**

1) Hay un aumento del número de infectados significativo en UDI, asociado al consumo intravenoso, a pesar de estar en contacto con PRD. El perfil de estos UDI es: inmigrantes la mayoría de países del Este de Europa y ser PSH. El PSO tiene la menor incidencia de nuevos casos.

2) Es necesario revisar los programas de educación sanitaria y asistenciales para UDI outreach. A) Los PSO deben ser accesibles (Unidad Móvil o en CASS) y adaptados a población inmigrante, con programas de apoyo a tratamientos antirretrovirales. B) Son necesarias políticas Socio-Sanitarias ambiciosas, para alojar a los numerosos UDI sin hogar en Centros de Asistencia Socio-Sanitaria y alojamientos estables accesibles para VIH+. C) Los PRD en proximidad para UDI outreach soportan una prevalencia de VIH elevada y nuevos infectados que generan una elevada carga de trabajo y demanda asistencial compleja.

**Clínica****P5.01**

**El diagnóstico tardío de la infección por el VIH (DTHIV). Comparación entre dos periodos de tres años: 2004-2006 y 2007-2009.**

Goenaga Sánchez MA, Bustinduy Odriozola M<sup>a</sup> J, Iribarren Loyarte JA, Rodríguez-Arrondo F, Von Wichmann De Miguel MA, Camino Ortiz de Barrón X, Arrizabalaga Aguirreazaldegui J, Azkune H, Aramburu Bengoetxea MJ.

Servicio: Unidad de Enfermedades infecciosas. Hospital Donostia (Gipuzkoa)

**Introducción**

En España, la proporción de personas con un DTHIV, en diversos estudios desde 1998 hasta 2006, fue muy alta, en porcentajes que van del 20-57%. El último "Plan multisectorial con-

tra la infección por el VIH y el SIDA 2008-2012", tiene como prioridad el diagnóstico precoz de la infección.

**Objetivo**

Conocer el DTHIV en nuestro Hospital, un hospital terciario con 1.000 camas. Comparar DTHIV entre los dos últimos trienios (2004-2006 vs 2007-2009).

**Métodos**

Revisión de todos los casos de DTHIV en la cohorte del Hospital Donostia durante los últimos seis años, y comparación de dos trienios consecutivos. DTHIV se define cuando el diagnóstico de una enfermedad definitiva de SIDA se produce ya sea antes o simultáneamente a un diagnóstico de VIH, o durante los tres meses siguientes. La definición incluye el recuento de células CD4 inferiores a 200 células / ml. Son analizadas la prevalencia, factores de riesgo, las hospitalizaciones y la mortalidad.

**Resultados**

Pacientes activos en la cohorte del Hospital Donostia a 01/01/2010: 1352 pacientes. Nuevas infecciones por el VIH, diagnóstico: 2004-2006: 129 (45% DTHIV); 2007-2009: 151 (40% DTHIV)

2004-06	N	Edad (a)	Mujeres %	Factor de riesgo	Mediana CD4	Nº hospitalizaciones	Exitus %
Diagnóstico tardío	58	44	29,3	Hetero 50% HSH 19% UDVP 15,5% NC 15,5%	68	81	15,5
Diagnóstico NO tardío	71	36	28,2	Hetero 52% HSH 32,4% UDVP 14% NC 1,4%	435	28	0
2007-09	N	Edad (a)	Mujeres %	Factor de riesgo	Mediana CD4	Nº hospitalizaciones	Exitus %
Diagnóstico tardío	60	41	23,3	Hetero 45% HSM 33% UDVP 12% NC 10%	104	61	13,3
Diagnóstico NO	91	37	17,6	Hetero 30% HSH 57% UDVP 7,7% NC 4,4%	409	13	1,1

**Conclusiones**

El 40% de los diagnósticos es DTHIV en nuestra cohorte en los últimos tres años. Este porcentaje es inferior al anterior, pero sigue siendo elevado.



La mediana de células CD4 se ha incrementado en un diagnóstico tardío. El número de hospitalizaciones y los casos de mortalidad es muy alto en los diagnósticos tardíos a pesar de que ha disminuido en el segundo trienio. A pesar de la mejora en nuestros datos, se necesita con urgencia un aumento de los esfuerzos para diagnosticar la infección por el VIH en fases precoces.

### Clínica P5.02

#### Adipokinas y enfermedad hepática en pacientes coinfectados por VIH/VHC

Isabel Fernández de Castro 1, Juan Berenguer 2; Dariela Micheloud 1, 3, María Guzmán-Fulgencio 1, Mónica García Álvarez 1, Pilar Catalán 4, Jaime Cosín 2, Emilio Álvarez 5, Juan Carlos López 2, Pilar Miralles 2, Salvador Resino 1

(1) Laboratory of Molecular Epidemiology of Infectious Diseases, National Centre of Microbiology. Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda, Madrid.

#### Objetivo

Analizar la asociación entre los niveles séricos de adipokinas y parámetros histológicos de enfermedad hepática en pacientes coinfectados por VIH/Hepatitis C (VHC).

#### Método

Se realizó un estudio transversal en 149 pacientes sometidos a terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA). Los marcadores séricos fueron medidos por ELISA multiplex. Se realizó un análisis de regresión logística multivariante para estudiar la posible asociación de las adipokinas con fibrosis hepática significativa ( $F \geq 2$ ) y grado de actividad leve ( $A \geq 1$ ) ajustando por las variables clínicas y epidemiológicas más representativas.

#### Resultados

Se encontró asociación significativa de resistencia a la insulina utilizando el modelo de evaluación homeostático (HOMA-IR), tiempo en TARGA (meses), aspartato aminotransferasa (AST), plaquetas, y género femenino con fibrosis significativa ( $F \geq 2$ ) y grado de actividad leve ( $A \geq 1$ ). Por otra parte, para la fibrosis significativa ( $F \geq 2$ ), los valores de odds ratio (OR) de adiponectina, resistina y leptina fueron 0,46 (IC 95%: 0,23; 0,90), 3,68 (IC 95%: 1,11; 12,12) y 2,55 (95 % CI: 1,08; 5,99) respectivamente. Para el grado de actividad leve ( $A \geq 1$ ), adiponectina, resistina y leptina presentaron un OR de 0,37 (IC 95%: 0,18; 0,75), 4,35 (IC 95%: 1,33; 14,15) y 2,30 (IC 95%: 0,98; 5,41) respectivamente. No se encontró asociación significativa entre los niveles séricos de las adipokinas y la esteatosis hepática.

#### Conclusión

Existe una asociación entre las adipokinas y el estadio de la enfermedad hepática en pacientes coinfectados por VIH/VHC. Estos resultados sugieren que las adipokinas pueden tener un papel en la evolución de las lesiones hepáticas durante la coinfección por VIH/VHC.

### Clínica

### P5.03

Hospital Virtual: Sistema de telemedicina para la atención integral a pacientes con VIH en su domicilio a través de Internet.

E Fernández1, A León1, C Cáceres2, P Chausa2, M Martín3, C Codina3, A Rousaud4, J Blanch4, C Casadesus1, J Mallolas1, E Martínez1, JL Blanco1, M Laguno1, M Larrousse1, A Milinkovic1, L Zamora1, E Fumero1, JM Miró1, JM Gatel1, E Gómez2, F García1

- 1- Infectious Diseases Unit, Hospital Clínic. IDIBAPS, University of Barcelona, Spain.
- 2- Bioengineering and Telemedicine Unit (GBT).Univ. Politécnica de Madrid
- 3- Pharmacy Service, Hospital Clínic IDIBAPS, University of Barcelona, Spain.
- 4- Clinical Institute of Psychiatry and Psychology, Hospital Clínic IDIBAPS, University of Barcelona, Spain.

#### Objetivo

La TARV (terapia antirretroviral) ha cambiado la historia natural de la infección por VIH convirtiéndola en una infección crónica, sobre todo en los países desarrollados. Este nuevo escenario clínico exige un nuevo acercamiento al cuidado de los pacientes, mediante la simplificación de los controles y la necesidad de buscar nuevas formas de establecer relaciones terapéuticas que faciliten la accesibilidad entre los pacientes y el equipo interdisciplinar (enfermería, infectología, psiquiatría, farmacia, asistencia social) que le atiende. Con este objetivo fue creado un nuevo modelo de atención integral a pacientes con infección crónica por VIH a través de Internet, llamado Hospital Virtual (HV) que consta de 4 servicios: Consulta Virtual, Telefarmacia, Biblioteca Virtual y Comunidad Virtual.

#### Método

Presentamos los resultados de un estudio abierto, cruzado, randomizado y prospectivo que evalúa la implementación del sistema y el control clínico de los pacientes. 91 pacientes VIH estables con acceso a ordenador con banda ancha fueron randomizados a: grupo I (n=46), pacientes monitorizados en HV y grupo II (n=45), pacientes monitorizados de forma rutinaria en el hospital. Después de un año de seguimiento el cuidado de los grupos fue intercambiado, el grupo I pasó a control hospitalario y el grupo II a control virtual. Se realizó una evaluación técnica (acceso, calidad, usabilidad, aceptación, satisfacción) y clínica [CD4; adherencia al TARGA; psicología y calidad de vida (cuestionarios validados)] del HV por parte de los pacientes y de sus profesionales

#### Resultados

Las características basales de los dos grupos fueron similares. El nivel de satisfacción técnico fue óptimo y los parámetros clínicos [niveles de CD4; proporción de pacientes con una CV indetectable (95.6% grupo I versus 94.7% grupo II); adherencia al TARGA (>90%)], junto con la evaluación de la calidad de vida y de parámetros psicológicos (cuestionarios SCL93-R, PAIS, HAD, GHQ-28) fueron similares entre los dos grupos.

#### Conclusión



El Hospital Virtual ofreció a los pacientes con infección por VIH estables, un control de una calidad comparable al cuidado hospitalario estándar con una alta satisfacción del tipo de cuidado. La telemedicina debería ser considerada como una herramienta adecuada para el manejo de la infección crónica por VIH tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud.

#### Clínica P5.04

sFas y sFas ligado (sFasL) en pacientes coinfectados por el VIH/hepatitis C: marcadores de inflamación y de disfunción endotelial.

María Guzmán-Fulgencio 1, Juan Berenguer 2; Isabel Fernández de Castro 1, Dariela Micheloud 1, 3, Juan Carlos López 2, Jaime Cosín 2, Pilar Catalán 4, Pilar Miralles 2, Silvia Moreno 1, Mónica García-Álvarez 1, Salvador Resino 1

1 Laboratorio de Epidemiología Molecular de Enfermedades Infecciosas, Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda. Madrid, España.

2 Unidad de Enfermedades Infecciosas-VIH, Hospital General Universitario "Gregorio Marañón," Madrid, España.

3 Servicio de Medicina Interna, Hospital General Universitario "Gregorio Marañón," Madrid, España.

4 Departamento de Microbiología, Hospital General Universitario "Gregorio Marañón." Madrid, España

#### Objetivo

Analizar la influencia de distintos marcadores relacionados con la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el virus de la hepatitis C (VHC), así como la respuesta terapéutica eficaz al tratamiento antiviral contra el VHC, en los valores séricos de las formas solubles de Fas (sFas) y Fas ligado (sFasL) de pacientes coinfectados por el VIH/VHC.

#### Método

Se ha realizado un estudio transversal en 183 pacientes coinfectados por el VIH/VHC que estaban recibiendo terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA). Posteriormente, 30 de éstos pacientes se sometieron a terapia antiviral contra el VHC con interferón alfa (IFN- $\alpha$ ) y ribavirina durante 48 semanas. Los pacientes con PCR negativa frente al VHC 24 semanas después de finalizar el tratamiento fueron considerados pacientes con respuesta virológica sostenida (SVR). Se utilizaron inmunoensayos multiplex para medir los marcadores séricos estudiados.

#### Resultados

Los pacientes con genotipo 1 del VHC tuvieron valores más elevados de sFas, sFasL y el ratio sFas/sFasL que los pacientes de otros genotipos del VHC ( $p < 0,05$ ). También se observó que el aumento de la resistencia a la insulina evaluada a través del modelo HOMA y el descenso del número absoluto de células T CD4+ se asociaron de manera significativa con el

aumento de los valores séricos de sFas y sFasL. Por otro lado, los marcadores séricos de lesión hepática (AST, ALT, GGT y fosfatasa alcalina) no tuvieron ninguna correlación significativa con los valores séricos de sFas y sFasL. Sin embargo, los valores de sFas y sFasL tuvieron asociación positiva y significativa con los valores séricos de sICAM-1 y sVCAM-1 (dos marcadores clásicos de riesgo cardiovascular) y los valores de HOMA. Por último, los pacientes tratados y con SVR tuvieron una disminución de los valores de sFas ( $p=0,041$ ) y de los valores del ratio sFas/sFasL ( $p=0,004$ ) mientras que los pacientes no respondedores tuvieron un incremento de los valores de sFasL ( $p=0,008$ ).

#### Conclusión

Los pacientes coinfectados por el VIH/VHC con genotipo 1 del VHC, altos valores de HOMA y bajos valores de CD4+/\_L tuvieron mayores valores séricos de sFas y sFasL que podrían indicar un mayor nivel de inflamación y riesgo cardiovascular. Por otra parte, la respuesta al tratamiento antiviral contra el VHC puede reducir la inflamación y el riesgo cardiovascular.

#### Clínica P5.05

Débil incidencia de la Gripe A H1N1 en pacientes infectados por el VIH en Valencia

Ortega E\* ; Abril V\* ; Gimeno C\*\* ; Gonzalez V\*, Ballester E\*, Garcia Deltoro M \* ; Garcia Rodriguez M.\*

\*Unidad de Enfermedades Infecciosas Hospital General Universitario Valencia.\*\*Servicio de Microbiología Hospital General Universitario Valencia

#### Objetivo

Valorar en la cohorte activa de pacientes VIH en nuestro hospital superior a los 1300 pacientes, el impacto de la pandemia de gripe H1N1

#### Método

: Estudio retrospectivo de todos los pacientes VIH + diagnosticados de gripe A H 1 N1 con criterio de caso confirmado mediante determinación antigénica del virus Influenza A y B por inmunocromatografía y ARN Virus de la Gripe An H1N1 mediante RT-PCR real time en exudado nasofaríngeo durante el periodo 29 de julio a 31 de diciembre de 2009. El laboratorio es de referencia para el departamento 9 de salud de la Comunidad Valenciana .

#### Resultados

Durante el periodo de estudio resultaron positivos 662 pacientes que presentaron un cuadro clínico compatible de gripe . Solo 12 de ellos estaban infectados por el VIH. 3 eran mujeres y 9 hombres. La media de edad fue  $40,6 \pm 7,46$ . El 25%(3/12) de los enfermos estaban coinfectados por el VHC. La situación inmunitaria era buena (media CD4+  $456,21 \pm 373,61$ ). El 75% de los pacientes tenían carga viral indetectable  $< 20$  cop/ml. Sólo dos de los pacientes requirieron ingreso hospitalario, uno de ellos por neumonía (8 días de estancia) y el otro por descompensación de EPOC (6 días estancia). Todos los enfermos recibieron oseltamivir 75 mg cada 12 horas, 5 días sin efectos adversos significativos.



**Conclusión**

El curso clínico de la gripe A en los pacientes VIH + no parece diferir del observado en la población general sin comorbilidades asociadas. Es llamativo el escaso número de casos diagnosticado en los pacientes VIH + durante el período analizado. El alto porcentaje de formas subclínicas o paucisintomáticas podría explicar estos hallazgos.

**Clínica****P5.06**

Evolución de la tuberculosis en los pacientes con infección por el VIH antes y después del inicio de la era TARGA en el Área Sanitaria de Ferrol.

Sabela Sánchez Trigo<sup>1</sup>, Susana Méndez Lage<sup>2</sup>, Hortensia Álvarez Díaz<sup>1</sup>, José F. García Rodríguez<sup>1</sup>, Ana Mariño Callejo<sup>1</sup>, Pascual Sesma Sánchez<sup>1</sup>.

Servicio de Medicina Interna – Unidad de Enfermedades Infecciosas<sup>1</sup>. Servicio de Microbiología<sup>2</sup>. Hospital Arquitecto Marcide. Ferrol. A Coruña.

**Objetivo**

La incidencia de la TB en nuestra área sanitaria ha disminuido, tanto en la población general como en los pacientes diagnosticados de infección por el VIH. El objetivo de este estudio es comparar las características de la tuberculosis (TB) en los pacientes con infección por el VIH en la era pre y TARGA (Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad).

**Método**

Se incluyeron todos los pacientes con infección por el VIH diagnosticados de TB entre enero de 1987 y diciembre de 2008. El diagnóstico de TB se estableció por técnicas microbiológicas, anatomía patológica o clínica compatible y evolución favorable con tratamiento (excluidas otras enfermedades oportunistas). Se consideró TB pulmonar cuando la afectación era exclusivamente pulmonar. Se recogieron las características demográficas de los pacientes, la práctica de riesgo, el nivel de linfocitos CD4 al diagnóstico de la TB, y las características clínicas, localización, tratamiento y mortalidad directamente relacionada con la TB.

**Resultados**

Se incluyeron 138 pacientes, de los cuales el 73.3% eran hombres. La media de edad fue de 32.15 ± 9.24 años. Se dividieron los pacientes en dos grupos: la era pre-TARGA (antes de 1996; n=79) y era TARGA (n=59).

La práctica de riesgo fue el uso de drogas por vía parenteral en un 81%, relaciones heterosexuales en un 9.4%, homosexuales 0.7% y desconocida en un 8%; con una distribución similar en los dos períodos.

Se observó una clara disminución en la incidencia de la TB en la era TARGA, mucho más marcada en los últimos 8 años (un 15.94% del total de pacientes, frente al 52.17% de los primeros 8 años del estudio).

En la era pre-TARGA en el 12.8% de los pacientes se conocía la positividad del Mantoux, de los cuales un 60% cumplieron con la profilaxis. En la era TARGA la positividad del Mantoux

se conocía en el 29.8% de pacientes, sólo un 11.8% cumplieron el tratamiento con quimio-profilaxis.

En ambos grupos la localización de la TB fue mayoritariamente extrapulmonar. La localización fue exclusivamente pulmonar en el 36.7% y 45.8% de las TB en la era pre-TARGA y TARGA respectivamente, no observándose diferencias en el porcentaje de pacientes bacilíferos (62.1 vs 60%).

En la era TARGA el 91.2% de los pacientes recibieron tratamiento con 9HR2Z, frente a un 54.8% de los pacientes de la era pre-TARGA, siendo en este último grupo más frecuente la pauta con 4 fármacos y duración más prolongada.

El tratamiento fue directamente observado en el 27.3% de los pacientes en la era pre-TARGA y el 48% en la era TARGA.

La mortalidad directamente relacionada con la TB fue del 28% de los pacientes en la era pre-TARGA frente al 15.5% de la era TARGA.

El 11% de los pacientes se perdieron para el seguimiento en la era pre-TARGA frente al 6.7% de la era TARGA. Se confirmó la curación en el 50% de los pacientes del primer grupo; mientras que en la era TARGA fue del 74%. Hubo un 11% de recidivas en la era pre-TARGA frente a un 3.8% en la era TARGA.

No hubo diferencias entre los dos períodos en el nivel de linfocitos CD4 en el momento del diagnóstico de la TB (60.8 vs 61% de pacientes con CD4 <200/mm<sup>3</sup>).

**Conclusiones**

1. En los últimos años de la era TARGA la incidencia de TB ha disminuido de forma significativa en los pacientes con infección por el VIH. 2. En los pacientes con TB el uso de drogas por vía parenteral es la práctica de riesgo más común. 3. La mortalidad por TB ha disminuido en la era TARGA. 4. Se curaron más pacientes en la era TARGA y recidivaron menos, posiblemente en relación con mayor supervisión del tratamiento.

**Clínica****P5.07**

Correlación entre la elastometría hepática y los biomarcadores de fibrosis en los pacientes coinfectados por VIH-VHC

Irigoyen Puig, Daniel; Cairó Llobell, Mireia; Velli, Pablo Sebastián; Jaén Manzanera, Ángeles; Font Canals, Roser; Xercavins Valls, Mariona; Ibáñez Lladó, Laura<sup>2</sup>; Martínez Lacasa, Xavier; Delgado Carrión, María del Mar; Dalmau Juanola, David.

Unitat VIH/SIDA. Hospital Universitari Mútua Terrassa. 2Fundació Mútua Terrassa per a la Recerca

**Objetivo**

La morbimortalidad de pacientes coinfectados por VIH/VHC es superior a la de aquellos sujetos mono infectados por el VIH. Es por ello especialmente importante detectar a los pacientes tributarios de tratamiento. El FibroScan® (FS) -elastometría hepática- junto con los biomarcadores (BM) de fibrosis hepática, podría sustituir a la biopsia hepática, en la decisión de iniciar o posponer un tratamiento contra el VHC. El objetivo del estudio es la concordancia entre el FS y los BM (APRI,FORNS,FIB4) para la clasificación del grado de fibrosis.



**Método**

Se incluyeron pacientes coinfectados en seguimiento del Hospital Universitari Mútua de Terrassa, desde Enero de 2008 a Febrero de 2010. A los pacientes se les realizó un FS y una extracción de sangre para determinación de BM, con un rango de diferencia entre ambas pruebas de +/-15 días. Se define el grado de fibrosis según lo establecido por las guías internacionales: F0-F1 (FS<7.1 kPa; APRI<0.5; FORNS<4.2; FIB4<1.45); F2 (7.1<FS<9.5; 0.5<APRI<1.5; 4.2<FORNS<6.8; 1.45<FIB4<3.25); F3-F4 (FS>9.5 kPa; APRI>1.5; FORNS>6.9; FIB4>3.25). Se determinaron los porcentajes de acuerdo entre pruebas, y los coeficientes kappa ( $\kappa$ ) en la comparación de pares.

**Resultados**

Se presentan los resultados preliminares de los 73 pacientes incluidos hasta el momento. La edad media fue de 43.6 años (+/-5.3) y un 71.2% fueron hombres. La distribución por genotipos (1, 2, 3 y 4) fue de 39.7, 12.3, 21.9 y 26.1%; respectivamente. De los FS realizados, 45 (61.6%) muestran un grado de fibrosis F0-F1; 7 (9.6%), un grado F2, y 21 (28.8%) un grado de F3-F4. El porcentaje de grado de fibrosis (F0-F1, F2, F3-F4) fue de 41.1, 38.4 y 20.5% para APRI; 31.5, 42.5 y 26% para FORNS; y 46.6, 32.9 y 20.5% para FIB4; respectivamente. En todos los casos, hubo concordancia entre los 3 BM. El porcentaje de acuerdo entre el FS con APRI, FORNS y FIB4 fue de 54.8% ( $\kappa=0.31$ ), 48.0% ( $\kappa=0.25$ ) y 60.3% ( $\kappa=0.36$ ). Siete pacientes fueron clasificados con grado de fibrosis F2 según FS; de ellos, 5 fueron clasificados por los BM con el mismo grado de fibrosis y en 2 existió discrepancia; en 1 caso indicaron grado de fibrosis F0-F1 y en el otro, F3-F4. El porcentaje de acuerdo entre APRI y FORNS fue de 76.7% ( $\kappa=0.64$ ); entre APRI y FIB4 fue de 91.8% ( $\kappa=0.87$ ); y entre FORNS y FIB4 fue de 76.7% ( $\kappa=0.65$ ).

**Conclusión**

La concordancia entre APRI y FIB4 fue excelente entre ellos y buena con el FORNS. Hay poca concordancia entre el FS y los BM. Se precisa de estudios con un mayor número de pacientes para valorar si los BM pueden ser útiles en la toma de decisiones sobre cuándo iniciar un tratamiento en casos de grado de fibrosis F2 por FS.

**Clínica****P5.08****Características del hepatocarcinoma en los pacientes coinfectados VIH/VHC**

Ortega Enrique, Martínez Agustí, Abril Vicente, Rodríguez Magdalena, Ortiz Laura

Hospital General Universitario

**Objetivo**

Introducción: Está confirmado que la co-infección por el VIH altera la historia natural del VHC, ya que aumenta el riesgo de cronificación del VHC; acelera la progresión de la fibrosis hepática asociada al VHC, aumenta el riesgo de descompensación de la cirrosis y disminuye la supervivencia tras el primer episodio de descompensación y parece desarrollar hepatocarcinoma en edades más jóvenes

Objetivo: Valorar las características diferenciales de los hepatocarcinomas que presentan los pacientes infectados por VIH frente a los observados en los mono infectados.

**Método**

Estudio retrospectivo valorando los últimos pacientes diagnosticados de hepatocarcinomas en nuestra Unidad. Se analizan los potenciales factores asociados: Edad de presentación, sexo, patología asociadas, Infección por virus hepatotrofos, descompensación hepática previa, y localización, única o multicéntrica

**Resultados**

20 pacientes con hepatocarcinoma (14 mono infectados y 6 coinfectados). En los 14 pacientes mono infectados que presentaron hepatocarcinoma, en todos ellos el agente etiológico fue el VHC, tenían al diagnóstico una edad media de 68,56 +/-9,47; el 64% (9/14) eran hombres y 5 mujeres; 6 de ellos no habían presentado antes manifestaciones de descompensación cirrótica. En cuanto a la presentación en 3/14 de ellos fue multicéntrica y el resto 78,5% (11/14) unicéntrica que se localizaron preferentemente en el lóbulo hepático derecho 8/11. Los 6 pacientes coinfectados eran todos hombres, con una edad media de 46,44 +/-13,13, todos presentaban infección por el VHC y en uno de ellos se asoció coinfección por el VHD; el 50% de ellos no habían presentado descompensación cirrótica previa al diagnóstico; el 50% (3/6) tuvieron una presentación multicéntrica y en los de presentación unicéntrica todos ellos se localizaron en el lóbulo hepático derecho

**Conclusión**

El hepatocarcinoma asociado al VHC se presenta en los coinfectados en edades más tempranas con una mayor frecuencia de formas multicéntricas. Los hepatocarcinomas de presentación unicéntrica se localizan preferentemente en el lóbulo hepático derecho.

**Clínica****P5.09**

Estudio epidemiológico transversal del estadije de la hepatopatía crónica por virus de la hepatitis C en pacientes coinfectados por el VIH mediante técnicas no invasivas. Estudio CoTrans-GEENI.

Ramírez R (1), Pedrol E (1), Podzamczar D (2), Cervantes M (3), Valero S (4), Barrufet P (5), Escrich C (6), Cucurull J (7), Tapiz A (8), Delegido A (1).

(1) Hospital de Sant Pau i Santa Tecla (Tarragona), (2) Hospital Bellvitge, (3) H. Parc Taulí, (4) H. Calella, (5) H. Mataró, (6) H. Verge de la Cinta, (7) H. Figueres, (8) H. Manresa.

**Objetivo**

Dados los inconvenientes que presenta la biopsia hepática en los pacientes coinfectados, se han buscado métodos alternativos para evaluar el grado de fibrosis hepática de una forma no invasiva; estos métodos se basan en el empleo de índices bioquímicos y técnicas de imagen que puedan correlacionarse con el estadio de fibrosis hepática. El objetivo de este estudio fue conocer la prevalencia de los diferentes estadios de la hepatopatía crónica mediante técnicas no invasivas (fibroscan e índices de Forns y AST-to-platelet ratio index-APRI-)



en pacientes coinfectados por el VHC y el VIH.

#### Métodos

Estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado entre septiembre de 2007 y mayo de 2008. Se incluyeron pacientes coinfectados (VIH/VHC) que tuvieran un fibroscan realizado en el año del estudio y/o marcadores bioquímicos (índices de Forns/APRI) del grado de fibrosis hepática.

#### Resultados

Se incluyeron 118 pacientes siendo finalmente evaluables 109 con una edad media: 42 + 6 años; 78% varones; 83% ADVP. El 8,3% consumían >50g/d de alcohol. El 73% tenían CV-VIH indetectable y la media de linfocitos CD4 fue de 548 + 294 células/mm<sup>3</sup>. El tiempo medio de infección por VHC era de 11 + 6 años y el 53% eran genotipo 1 y el 19% genotipo 4. El 58% de los pacientes recibían tratamiento para VHC al incluirlos. La velocidad media del fibroscan fue de 15.3 Kpas y su IQR de 2.7. La media del índice APRI fue de 1.4 y del Forns de 6.1 en el momento de realizar el fibroscan. Según fibroscan: 41% presentaban fibrosis leve, 24% moderada y 35% severa; un 35% fibrosis significativa. Según APRI un 29% presentaban fibrosis leve, 45% moderada y un 26% severa; 28% fibrosis significativa. Según Forns: 16% fibrosis leve, 54% moderada y 30% severa; 30% fibrosis significativa. De las distintas variables estudiadas sólo el consumo de alcohol (> 50g/d) se asoció a presentar una mayor fibrosis.

#### Conclusión

Existe concordancia entre los índices APRI y Forns en la detección de los distintos grados de fibrosis y si ésta es significativa. Fibroscan coincide con los índices en la detección de fibrosis severas y significativas. Los métodos no invasivos demuestran ser útiles en el estadije de la hepatopatía crónica de los pacientes coinfectados .

#### Clínica

##### P5.10

Asociación de los virus TTV y TTMV con la progresión de la enfermedad hepática en pacientes co-infectados VIH/VHC

Mónica García-Álvarez 1, Juan Berenguer 2; Pilar Miralles 2, Pilar Catalán 3, Juan Carlos López 2, Jaime Cosín 2, Javier Rodríguez 1, Emilio Álvarez 4, Salvador Resino 1

(1) Laboratorio de Epidemiología Molecular de Enfermedades Infecciosas, Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda.

(2) Unidad de Enfermedades Infecciosas/VIH; Hospital General Universitario "Gregorio Marañón," Madrid.

(3) Servicio de Microbiología, Hospital General Universitario "Gregorio Marañón," Madrid.

(4) Servicio de Anatomía Patológica, Hospital General Universitario "Gregorio Marañón," Madrid.

#### Objetivo

Analizar la prevalencia de Torque Teno Virus (TTV) y Torque Teno Mini Virus (TTMV) en pacientes co-infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el virus de la hepatitis C (VHC), y estudiar la posible relación de la carga viral de estos virus y la progresión de la enfermedad hepática.

#### Método

Se incluyeron en el estudio 245 pacientes co-infectados VIH/VHC que se clasificaron en función del estadio de fibrosis y del grado de actividad (índice METAVIR). Como grupo control se incluyeron las muestras de 100 donantes sanos procedentes de banco de sangre.

Tras la extracción del ADN en plasma se detectó la presencia de los virus TTV y TTMV mediante PCR en tiempo-real en un LightCycler Instrument v 1.5 (Roche) con cuantificación del producto amplificado mediante curva estándar. Se eligió el percentil 75 de la carga viral del TTV ( $\geq 605$  copias/\_L) y TTMV ( $\geq 77$  copias/\_L) para determinar los pacientes con carga viral elevada.

#### Resultados

Los pacientes co-infectados VIH/VHC tuvieron una prevalencia de infección de TTV y TTMV muy elevada y superior a la de los individuos sanos (93.9% vs. 83% y 95.1% vs. 72% respectivamente;  $p=0,002$ ;  $p<0,001$ ). También, los pacientes tuvieron mayor carga viral de ambos virus, TTV y TTMV, que el grupo de controles sanos ( $7188.35 \pm 3097.05$  vs.  $148.25 \pm 25.72$  y  $901.18 \pm 415.44$  vs.  $24.77 \pm 8.26$  respectivamente;  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ). Valores elevados de la carga viral de TTV y TTMV se asociaron con una mayor gravedad de la enfermedad hepática. Los pacientes con valores de TTV  $\geq 605$  copias/\_L tuvieron un OR de 2.29 (95%IC: 1.23 a 4.26;  $p= 0.008$ ) para fibrosis avanzada ( $F \geq 3$ ) y de 2.42 (95%IC: 1.05 a 5.58;  $p= 0.038$ ) para un grado de actividad severo ( $A \geq 3$ ) en la biopsia hepática. Por otro lado, los pacientes con valores de TTMV  $\geq 77$  copias/\_L tuvieron un OR de 0.36 (95%IC: 0.20 a 0.645;  $p < 0.001$ ) para la ausencia de fibrosis significativa ( $F \leq 1$ ) y de 0.41 (95%IC: 0.23 a 0.72;  $p= 0.002$ ) para la ausencia de un grado de actividad moderado ( $A \leq 1$ ) en la biopsia hepática.

#### Conclusión

La prevalencia de infección por los virus TTV y TTMV es muy elevada en pacientes co-infectados (mayor susceptibilidad o actividades de riesgo). Las cargas virales elevadas de los virus TTV y TTMV se asocian con una mayor gravedad de la hepatitis crónica C, pudiendo ser un factor a tener en cuenta en la patogénesis de la enfermedad hepática de los pacientes co-infectados VIH/VHC.

#### Clínica

##### P5.11

Como se presenta la Tuberculosis en nuestros pacientes con infección por VIH

Anna San Gil (1), Queralt Jordano (1), Angels Jaen (1,2), Roser Font (1), Xavier Martinez Lacasa (1), Mireia Cairó (1), Eva Cuchí (3), David Dalmau (1,2).

(1) Servicio de Medicina Interna, Unidad de VIH, Hospital Universitari Mutua de Terrassa, Barcelona.



- (2) Fundació Mutua Terrassa per a la Recerca. Hospital Universitari Mutua de Terrassa, Barcelona.
- (3) Servicio de Microbiología, Unidad de VIH, Hospital Universitari Mutua de Terrassa, Barcelona.

#### Objetivo

Describir las características clínico epidemiológicas, forma de presentación y pronóstico de los pacientes con infección por VIH que presenta tuberculosis (TB) en nuestro hospital.

#### Método

Estudio observacional retrospectivo de los episodios de TB diagnosticados desde enero de 1996 a diciembre de 2009, con un seguimiento evolutivo como mínimo hasta finalizar el tratamiento tuberculostático (TT). Se describieron características clínico epidemiológicas de la infección por VIH y de la TB y se valoró según el momento de inicio del tratamiento anti-retroviral (TARGA) (en el caso de los pacientes que no lo habían iniciado previamente); la evolución a muerte, aparición de un episodio de infección oportunista, síndrome de reconstitución inmune (SDRI) y/o la aparición de efectos adversos al tratamiento.

#### Resultados

Entre 1996 y 2009 se diagnosticaron 37 episodios de TB en 34 pacientes con infección por VIH (3 recidivas). De ellos 24 eran hombres y 10 mujeres, 22/34 de nacionalidad española. El principal factor de riesgo para la infección por VIH fue la adicción a drogas vía parenteral, (17/34). En un 33% de los episodios (11/37) la infección por VIH y la TB se diagnosticaron simultáneamente. Del resto de episodios (22/37), la media desde el diagnóstico de la infección por VIH hasta el episodio de TB fue de 8'6 años. De estos, el 68% (15/22) tomaban TARGA y la mayoría, (12/15, 80%) lo habían iniciado hacía más de 6 meses. En un 66'6% de los episodios constaba específicamente en la historia la mala adherencia al tratamiento TARGA. En 11 de 37 episodios, los pacientes habían presentado enfermedades oportunistas definitorias de SIDA. En el momento del episodio de TB un 40% (14/35) tenían > 200 CD4 y en un 86% (20/23) la CV era detectable. Todos los pacientes con TB miliar (11/37) tenían menos de 200 CD4. Se diagnosticaron 19 episodios de TB pulmonar (TBP) y 18 de extrapulmonar (TBE): 11 episodios de TB miliar, 4 adenitis (AT) y 3 meningitis (MT). Un 58 % (11/19) de los episodios de TBP fueron bacilíferas. Dos de las MT se diagnosticaron por PCR en líquido cefalorraquídeo y todas las AT por biopsia compatible con granulomas caseificantes. Se realizó TT con 4 drogas en el 73% de los episodios (27/37). Dividimos los pacientes en 4 grupos: 9 pacientes (grupo A) iniciaron el TARGA durante los 2 primeros meses de TT (de estos 4/9 tenían <100 CD4), 8 (grupo B) lo iniciaron entre el segundo y el sexto mes de TT, 4 (grupo C), después de finalizar el TT y el resto, 16 (grupo D) ya estaban recibiendo TARGA en el momento de la infección TB. El número de muertes o aparición de un episodio de infección oportunista fue 4/9 (44%) en el grupo A, 1/8 (12,5%) en el grupo B, 1/4 (25%) en el grupo C y 4/16 (25%) en el grupo D. La aparición de efectos indeseados al tratamiento o SDRI fue 2/9 (22%) en el grupo A, 2/8 (25%) en el grupo B, 2/4 (50%) en el grupo C y 4/16 (25%) en el grupo D.

#### Conclusión

En un tercio de pacientes la TB fue la primera manifestación de la infección por VIH. La incidencia de coinfección es elevada, incluso en pacientes con infección por VIH que toman TARGA y aquellos que presentan cifras de CD4 por encima de 200. No hemos podido encontrar diferencias significativas en cuanto a la evolución de la enfermedad en función del momento del inicio del TARGA, probablemente por el limitado número de episodios.

#### Clínica

##### P5.12

Características del hepatocarcinoma en los pacientes coinfectados VIH/VHC

Ortega Enrique, Martínez Agustí, Abril Vicente, Rodríguez Magdalena, Ortiz Laura

Hospital General Universitario

#### Objetivo

Introducción: Está confirmado que la co-infección por el VIH altera la historia natural del VHC, ya que aumenta el riesgo de cronificación del VHC; acelera la progresión de la fibrosis hepática asociada al VHC, aumenta el riesgo de descompensación de la cirrosis y disminuye la supervivencia tras el primer episodio de descompensación y parece desarrollar hepatocarcinoma en edades más jóvenes

Objetivo: Valorar las características diferenciales de los hepatocarcinomas que presentan los pacientes infectados por VIH frente a los observados en los mono infectados.

#### Método

Estudio retrospectivo valorando los últimos pacientes diagnosticados de hepatocarcinomas en nuestra Unidad. Se analizan los potenciales factores asociados: Edad de presentación, sexo, patología asociadas, Infección por virus hepatotropos, descompensación hepática previa, y localización, única o multicéntrica

#### Resultados

20 pacientes con hepatocarcinoma (14 mono infectados y 6 coinfectados). En los 14 pacientes mono infectados que presentaron hepatocarcinoma, en todos ellos el agente etiológico fue el VHC, tenían al diagnóstico una edad media de 68,56 ± 9,47; el 64% (9/14) eran hombres y 5 mujeres; 6 de ellos no habían presentado antes manifestaciones de descompensación cirrótica. En cuanto a la presentación en 3/14 de ellos fue multicéntrica y el resto 78,5% (11/14) unicéntrica que se localizaron preferentemente en el lóbulo hepático derecho 8/11. Los 6 pacientes coinfectados eran todos hombres, con una edad media de 46,44 ± 13,13, todos presentaban infección por el VHC y en uno de ellos se asoció coinfección por el VHD; el 50% de ellos no habían presentado descompensación cirrótica previa al diagnóstico; el 50% (3/6) tuvieron una presentación multicéntrica y en los de presentación unicéntrica todos ellos se localizaron en el lóbulo hepático derecho.

#### Conclusión

El hepatocarcinoma asociado al VHC se presenta en los coinfectados en edades más tempranas con una mayor frecuencia de formas multicéntricas. Los hepatocarcinomas de presentación unicéntrica se localizan preferentemente en el lóbulo hepático derecho



**Clínica****P5.13**

La introducción de Raltegravir a la terapia antirretroviral que contiene Tenofovir no altera el aclaramiento de la creatinina

Ortiz Laura; Camps Emilio, Ortega E, Fernandez-Cuervo J, Martinez Agusti.

Instituciones a las que pertenecen los autores Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital General Universitario Valencia.

**Objetivo**

Introducción El tenofovir puede causar nefrotoxicidad (insuficiencia renal aguda, tubulopatías incluido el síndrome de Fanconi, diabetes insipidanefrogénica) por lo que se recomienda evaluar la función renal antes de iniciar el tratamiento y seguir con un control cada 4 semanas durante el primer año y cada 3 meses después,; esta frecuencia debe ser superior en pacientes con insuficiencia renal. Entre otros parámetros, si disminuyen el aclaramiento de creatinina a  $< 50$  ml/min se debería considerar la suspensión del tratamiento El Raltegravir un inhibidor de la integrasa interacciona con el Tenofovir ,aunque que el aumento el AUC y la C max. se produce en el primero.

Objetivo Valorar las modificaciones del aclaramiento de creatinina de los pacientes en tratamiento con Tenofovir a los que se les introduce en su TAR raltegravir

**Método**

Material y métodos: Se valoraron 41 pacientes que estaban sometidos a TAR que incluía Tenofovir y que por razones diversas ( fallo virológico , toxicidad , etc ) se introdujo Raltegravir. Se valoro el aclaramiento de creatinina basal y a las 12 semanas de la introducción del Raltegravir.El aclaramiento se realizo utilizando la calculadora de función renal de la Sociedad Española de Nefrología (Cockcroft-Gault)

**Resultados**

41 pacientes con una edad media de 42,4 años, 82,93% hombres, 60% estadio C3.En el inicio de la introducción del Raltegravir presentaban una media de  $CD4 < 200$  en el 36,59% , carga viral indetectable en 5/41 .Presentaban coinfección con el VHC 17/41 , con el VHB 1/41 y VHC/VHB en 3/41.Un paciente presento reducción en un 30% del aclaramiento de creatinina , en 3/41(7,32%) la reducción fue del 20-30% y en 6( 14,60%) del 10-20%.La presencia de esa reducción no guardo relación con el sexo con el nivel de  $CD4$  ni con la presencia o no de coinfección por virus hepatotropos.Ninguno de los pacientes alcanzo niveles patológicos de reducción superior al 50%.

**Conclusión**

A corto plazo no se producen alteraciones en el aclaramiento de la creatinina de los pacientes en tratamiento con Tenofovir a los que les introduce Raltegravir

**Clínica****P5.14**

Ficha técnica, criterios de elección y seguimiento hepático en pacientes vih multitratados con daño hepático, en tratamiento con IP

P. Domingo1, H. Hevia2, F. Ledesma2 y Grupo de investigadores del estudio Directriz

1. Hospital de la Santa Creu y Sant Pau. 2. Janssen Cilag España

**Objetivo**

Determinar cómo se realiza el seguimiento de pacientes con infección por VIH, con o sin evidencia previa de daño hepático, tras el cambio a un nuevo régimen ARV que contenga un IP y en qué medida se siguen las directrices descritas en la FT.

**Método**

De octubre de 2007 a enero de 2008 se incluyeron 339 pacientes con infección por VIH multi-tratados, en tratamiento previo con al menos un IP y que necesitaran un cambio a una nueva pauta ARV. Participaron 39 hospitales españoles. Los pacientes fueron distribuidos en dos cohortes, con y sin daño hepático previo y con 4 meses de seguimiento. Se preguntó al investigador sobre el motivo del cambio al nuevo IP y la aplicación y conocimiento de la FT del IP pautado. El grado de daño hepático fue evaluado y cuantificado tras el cambio de tratamiento.

**Resultados**

El grupo de pacientes con daño hepático, presentó una mayor tasa de coinfección con VHB y VHC.El investigador siguió recomendaciones de prescripción y vigilancia de la FT en el 79,6% y en el 78,2% de pacientes con daño hepático del cambio de IP y en el 84.2% y en el 88,7% de los pacientes sin daño hepático al mes y a los 4 meses respectivamente.En los casos donde no se ajustaron a las recomendaciones de FT, la opción más frecuente fue por seguimiento de protocolo estándar del centro.Darunavir fue el IP más pautado en el cambio en ambos grupos.Los pacientes con daño hepático redujeron el grado de hepatotoxicidad para ALT y AST( $p < 0,0001$ ) y ambas poblaciones, disminuyeron la CV para VIH ( $p < 0,0001$ ).

**Conclusión**

En estos pacientes se siguieron mayoritariamente las recomendaciones de ficha técnica sobre tolerabilidad hepática tanto en la selección como en el seguimiento del tratamiento. En los casos en los que no se siguieron estas recomendaciones el seguimiento del protocolo estándar del propio centro es la opción mayoritaria. El principal IP de elección en pacientes con daño hepático fue darunavir. El uso de tipranavir, un IP también con alta eficacia en pacientes multitratados pero con un peor perfil de tolerabilidad hepática fue considerado en pocas ocasiones. En el presente estudio los pacientes con daño hepático previo redujeron los niveles de ALT y AST a lo largo de los 4 meses de seguimiento. El cambio a darunavir mejoró desde el primer mes de tratamiento el grado de hepatotoxicidad en pacientes con daño hepático previo.





**Clínica****P5.15**

**Púrpura trombocitopénica trombótica en infección por VIH correctamente controlada. glicemipirida, como posible desencadenante.**

Hortensia Álvarez Díaz (1), Ana Mariño Callejo (1), José Francisco García-Rodríguez (1), Sabela Sánchez Trigo (2), Susana Méndez Lage (3), Pascual Sesma Sánchez (2).

(1) Unidad de Enfermedades Infecciosas, Servicio de Medicina Interna. Complejo hospitalario Arquitecto Marcide- Profesor Novoa Santos, Área Sanitaria de Ferrol, A Coruña.

(2) Servicio de Medicina Interna. Complejo hospitalario Arquitecto Marcide-Profesor Novoa Santos, Área Sanitaria de Ferrol, A Coruña.

(3) Servicio de Microbiología. Complejo hospitalario Arquitecto Marcide-Profesor Novoa Santos, Área Sanitaria de Ferrol, A Coruña.

**Introducción**

La PTT (Púrpura Trombocitopénica Trombótica) se define por: anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia, déficits neurológicos (con frecuencia, evanescentes), con o sin insuficiencia renal y fiebre. El sustrato patogénico es la deficiencia en la actividad de una metaloproteínasa (ADAMTS 13), que fragmenta los multímeros de factor VW secretado desde las células endoteliales. Los desencadenantes incluyen: embarazo, cáncer metastático, agentes quimioterápicos, infección por VIH, otras infecciones bacterianas o víricas, trastornos autoinmunes (LES, síndrome antifosfolípido, vasculitis) y fármacos (ticlopidina, clopidogrel, quinina, IFN alfa).

CASO CLÍNICO: Mujer, 45 años, diagnosticada de infección crónica por VIH, estadio C3, desde 1992 (transmisión parenteral), coinfección por VHC (Child A, genotipo 3a, había recibido tratamiento con IFN +RBV, desde nov/03 hasta nov/04, sin alcanzar RVS) y DM tipo 2. Su tratamiento antirretroviral incluía TDF, FTC, ATVr, con buen control inmuno-viroológico (enero de 2010: CD4 682, 25%; CV de VIH indetectable). Recibía AAS como profilaxis primaria por riesgo cardiovascular elevado. En diciembre de 2009, se había cambiado tratamiento con antidiabéticos orales, manteniendo metformina y sustituyendo pioglitazona por glicemipirida. Casi dos meses más tarde, la paciente había iniciado astenia y sensación de mareo, desarrollando equimosis múltiples espontáneas. Dos semanas después, acudió a Urgencias por episodio de pérdida de fuerza en extremidades izquierdas y paresia facial izquierda, resuelto en menos de 24 horas. En la exploración física, estaba afebril, consciente y orientada y destacaba ligera ictericia esclero-cutánea, equimosis y petequias en las 4 extremidades, de predominio pretibial bilateral, auscultación cardio-pulmonar sin hallazgos, hepatomegalia sin ascitis, no edema en miembros inferiores; en la exploración neurológica, no se evidenció meningismo, pares craneales II-XII sin alteraciones, sin focalidad sensitivo-motora ni alteraciones en tests cerebelosos. La TC craneal mostró lesiones en lóbulo cerebeloso derecho y núcleo lenticular derecho, en relación con áreas de ictus isquémicos previos. Analíticamente, se objetivó anemia, trombocitopenia, esquistocitos en frotis de sangre periférica, Coombs directo negativo, hiperbilirrubinemia de predominio indirecto, descenso de haptoglobina y aumento de LDH; la función renal era normal. El cuadro se interpretó como sugestivo de púrpura trombocitopénica trombótica y se trasladó a centro de referencia para

realizar recambios plasmáticos, asociando esteroides. El estudio de autoinmunidad (ANAs, ANCAs) resultó negativo. Tras 4 semanas de tratamiento con plasmaféresis, esteroides y transfusión de hematies, la evolución clínica y analítica resultó favorable, con corrección de la anemia y cifra de plaquetas. Se retiró la glicemipirida y se inició insulinización.

**Discusión**

Ha sido descrita la relación causal entre sulfonilureas, como la gliburida, la clorpropamida y la glicemipirida [1] con trombocitopenia y púrpura, a través de un mecanismo inmunoalérgico (anticuerpos anti-receptor de plaquetas), resuelto con la retirada del fármaco y tratamiento esteroideo + inmunoglobulinas. En el caso que presentamos, fueron evidentes datos de hemólisis intravascular microangiopática y trombocitopenia que, junto con el déficit neurológico transitorio, fueron sugestivos de púrpura trombocitopénica trombótica, requiriendo la realización de recambios plasmáticos para su resolución. Es posible que la hepatopatía crónica por VHC pueda haber predispuesto a una disminución en los niveles de ADAMTS 13, actuando como agente desencadenante la glicemipirida introducida unos dos meses antes (la infección por VIH estaba adecuadamente controlada y el tratamiento con IFN y RBV lo había recibido 5 años antes), induciendo la generación de anticuerpos anti-ADAMTS 13.

**Conclusión**

Aunque se trata de un dato observacional, basado en un único caso clínico de una paciente con infección crónica por VIH con buen control inmuno-viroológico, consideramos razonable establecer una posible relación de causalidad entre glicemipirida y púrpura trombocitopénica trombótica adquirida, basándonos en la relación temporal entre la introducción del fármaco y el desarrollo del cuadro hematológico.

**BIBLIOGRAFÍA**

[1] Castron G., Jonville-Bera AP, Autret-Leca E. et al. Glicemipiride-induced thrombocytopenic purpura. Ann Pharmacother. 2000 Jan; 34 (1): 120.

**Clínica****P5.16**

**Ascitis Quilosa en paciente con infección crónica por VIH y síndrome de reconstitución inmune asociado a infección diseminada por Mycobacterium Avium Intracellulare (MAI-SRI).**

Hortensia Álvarez Díaz (1), Ana Mariño Callejo (1), José Francisco García-Rodríguez (1), Sabela Sánchez Trigo (2), Elena Solla Babío (2), Susana Méndez Lage (3), Pilar Vázquez Rodríguez (4), Pascual Sesma Sánchez (2).

(1) Unidad de Enfermedades Infecciosas, Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide- Profesor Novoa Santos, Área Sanitaria de Ferrol (ASF), A Coruña.

(2) Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Profesor Novoa Santos, Área Sanitaria de Ferrol, A Coruña.

(3) Servicio de Microbiología. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Profesor Novoa



Santos, Área Sanitaria de Ferrol, A Coruña.

(4) Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC)

#### Introducción

En el contexto del síndrome de reconstitución inmune (SRI) asociado a infección por *Mycobacterium avium complex* (MAC), en pacientes con infección crónica por VIH, solo han sido descritos en la literatura 6 casos que han desarrollado ascitis quilosa de forma tardía [1]. La patogenia sugerida es a través de una linfadenitis que causa obstrucción linfática en la base del mesenterio o la cisterna del quilo o de Pecquet, donde drena la circulación linfática abdominal retroperitoneal y se inicia el conducto torácico. Presentamos el caso de una paciente seguida en el Área Sanitaria de Ferrol (ASF), que desarrolló esta infrecuente forma de presentación de SRI.

#### Caso clínico

Mujer, 38 años, diagnosticada de infección crónica por VIH en el ASF, en septiembre de 2008 (CD4 29/mm<sup>3</sup>, 5%; CV de VIH 5.77log) y coinfección por VHC. Se perdió el seguimiento y en julio de 2009, ingresó por síndrome febril y deterioro del estado general. Se inició TARV según esquema TDF, FTC y ATVr, con CD4 6/mm<sup>3</sup>, 2% y CV 6log. Dos semanas más tarde, fue diagnosticada de infección diseminada por *Mycobacterium avium intracellulare* (MAI), aislándose en hemocultivos, heces, esputo y médula ósea, e iniciándose tratamiento con etambutol, azitromicina y rifabutina. Al alta, veinte días después, la paciente fue institucionalizada en centro penitenciario provincial y abandonó la medicación. Diez días más tarde, ingresó en hospital de A Coruña, por neumonía y cuadro de pseudoobstrucción intestinal aguda compatible con síndrome de Ogilvie, asociando aumento de tamaño de adenopatías retroperitoneales y mínimo líquido libre peritoneal. El cuadro se resolvió con tratamiento conservador. Tres semanas más tarde, se reintrodujo TARV y tratamiento para MAI. Un mes más tarde, reingresó por fiebre, leucocitosis con neutrofilia y anemia severa, que requirió soporte hemoterápico (solicitó alta voluntaria). Dos meses más tarde, ingresó de nuevo por cuadro de fiebre, dolor abdominal, diarrea y vómitos, que se autolimitó en 48 horas (solicitó alta voluntaria). En noviembre de 2009, CD4 6/mm<sup>3</sup> (4%) y CV de VIH <20cp/ml. En marzo de 2010, una semana tras salir definitivamente de prisión, durante la cual interrumpió de nuevo TARV y tratamiento para MAI, ingresó en hospital de ASF, por insuficiencia respiratoria en relación con infección respiratoria por Neumococo. Se reanudó TARV y tratamiento para MAI. Tres semanas después, de forma súbita, desarrolló fiebre, distensión abdominal, náuseas y vómitos, despeños diarreicos, leucopenia/anemia, colestasis disociada y aumento de reactantes de fase aguda. En TC abdomen, se visualizó ascitis importante, sin adenopatías significativas retroperitoneales. En la paracentesis diagnóstica, se obtuvo un líquido de aspecto lechoso con gradiente de albúmina > 1g/dl, 208 células de predominio mononuclear y TG 396mg/dl, compatible con ascitis quilosa. Se inició tratamiento con esteroides a dosis de 1mg/Kg/día, con defervescencia en las siguientes 24horas, así como corrección de las citopenias/colestasis disociada y disminución significativa de los reactantes de fase aguda en los días siguientes. Se realizó paracentesis evacuadora y se pautó dieta baja en grasa y suplementos de TG de cadena media. Las baciloscopias en heces y en líquido ascítico, fueron negativas (pendiente actualmente de Löwenstein) La evolución clínica resultó favorable, con disminución progresiva de la ascitis y recuperación del estado general.

#### Discusión

La paciente descrita en el caso, realizó múltiples interrupciones voluntarias de TARV y tratamiento para MAI, tras el diagnóstico de infección diseminada por MAI (intestinal, pulmonar y médula ósea), en un contexto de inmunosupresión severa. Un mes después de la introducción del TARV, la paciente desarrolló un cuadro de pseudoobstrucción intestinal, así como aumento de adenopatías retroperitoneales. Tres meses después, la CV era indetectable (desde CV pre-TARV 6 log), aunque mantenía un recuento de CD4 <10/mm<sup>3</sup>. Cuatro meses más tarde, desarrolló un cuadro explosivo de fiebre y distensión abdominal, citopenias y aumento de reactantes de fase aguda, objetivándose ascitis quilosa, sin evidenciarse en este momento, adenopatías retroperitoneales significativas. Todo ello resultó compatible con un probable síndrome de reconstitución inmune paradójico, en el contexto de la infección por MAI. Presentó una mejoría espectacular, tras la introducción de esteroides.

**CONCLUSIÓN:** En pocas ocasiones se ha descrito un síndrome de reconstitución inmune (SRI) asociado a infección por MAI, manifestado como ascitis quilosa de forma diferida. Relatamos un caso en que la ascitis quilosa probablemente ha tenido una coincidencia temporal con el SRI (precedido en meses previos, de otras formas de manifestación de posible SRI a nivel abdominal, es decir, pseudoobstrucción intestinal y aumento de adenopatías retroperitoneales), condicionando un pronóstico favorable.

#### Bibliografía

[1] Phillips P, Lee J K, Wang C, et al. Chylous ascites: a late complication of intra-abdominal *Mycobacterium avium complex* immune reconstitution syndrome in HIV-infected patients. *International Journal of STD and AIDS* 2009; 20: 285-287.

#### Clínica

##### P5.17

Aplasia pura de células rojas en paciente VIH

Dra. Corral-Fernández, Dr. Asorey Carballeira, Dr. Pérez Antolin.

Servicio de Medicina Interna del Hospital Meixoeiro- CHUVI

#### Objetivo

Descripción de un caso clínico

#### Método

Varón de 26 años, ex-adicto a drogas por vía parenteral, con diagnóstico reciente de infección por VIH y co-infección VHC, que inicia TAR (TDF/3TC/EFV) con buena respuesta virológica, y que ingresa 3 meses después por anemia aguda (Hb 3.1 g/dl), y febrícula ocasional.

#### Resultados

Al ingreso, exploración general con palidez mucocutánea y discreta hepatomegalia sin adenopatías. CD4 65 cel/mm<sup>3</sup> (5%) y CV indetectable. Presentaba Hb 3.1g/dl, Hcto 8.6%, VCM 82, sin leucopenia ni trombopenia e intensa reticulopenia 6930 (0.66%). Frotis SP con polisegmentados sin formas leucoeritroblásticas. LDH y haptoglobina normales, Test de Coombs



D positivo débil. ANA y ANCAS fueron negativos. En el aspirado y biopsia de médula ósea se observó una hipoplasia severa exclusiva de la serie eritroide (3%).

Ecografía abdominal: hepatomegalia homogénea. TAC torácico normal. Serología: VEB VCAIgM, Mycoplasma Pn, Ag Criptocócico y Leishmania negativa. Serología inicial Parvovirus B19 negativa, con positivización a las 2 semanas. PCR cualitativa en plasma positiva para HPV B19, y negativa para otros virus (CMV, VEB, rubeola, sarampión). Con el diagnóstico de aplasia pura de células rojas secundaria a infección por parvovirus B19, se inicia tratamiento con altas dosis de gammaglobulina humana con buena respuesta consiguiéndose una intensa reticulocitosis con normalización progresiva de la anemia.

#### Conclusión

Aunque la infección por parvovirus B19 es relativamente frecuente y la sintomatología que produce en pacientes inmunocompetentes suele ser banal, la aplasia pura de células rojas secundaria es una entidad rara vez comunicada en pacientes VIH. Las bases para el diagnóstico comprenden la presencia de anemia hiporregenerativa con hipoplasia eritroide en aspirado de MO, PCR positiva en plasma o MO y ausencia de explicación alternativa. La serología no es de ayuda para el diagnóstico. La respuesta al tratamiento con inmunoglobulinas a altas dosis suele ser la norma, aunque puede precisar dosis adicionales por recaída. El TAR mejora la inmunodepresión y la probabilidad de las mismas.

#### Clínica

##### P5.18

#### Histoplasmosis diseminada en paciente con infección por VIH

Nuria Guiral, Carlos Ramos, Olga Gavín, Desiré Gil, Ascensión Pascual, Piedad Arazo.

Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

#### Objetivo

Describir un caso de histoplasmosis diseminada en paciente VIH.

#### Método

Historia clínica y pruebas complementarias realizadas durante su ingreso en nuestro Servicio.

#### Resultados

Paciente de 44 años de edad, natural de España residente en Argentina en los últimos 24 años, con antecedentes personales de tabaquismo, ex ADVP, infección por VIH y virus hepatitis C de reciente diagnóstico. Ingresó por edemas en EEII con sospecha de descompensación hepática de varias semanas de evolución. Presenta lesión ulcerada en mucosa oral a nivel mandibular superior, progresiva y dolorosa de 1 año de evolución. Refiere incapacidad para la alimentación oral por el importante dolor bucal y síndrome constitucional. A la exploración física: PA 90/50. Tª 36.5°. Lesión ulcerada y extensa en la mucosa oral superior. No se palpan adenopatías periféricas. AP: crepitantes en campos medios y basales de ambos pulmones. AC: Rítmica, soplo sistólico FP. Abdomen: hepatomegalia de 4 T y esplenomegalia, sin datos de ascitis. EEII: edemas en ambas EEII con fovea ++. No se objetivan otras

lesiones cutáneas de interés.

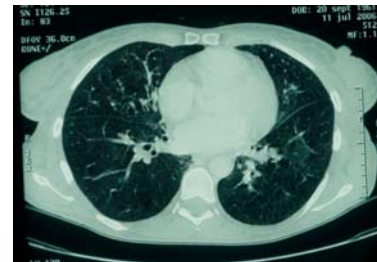
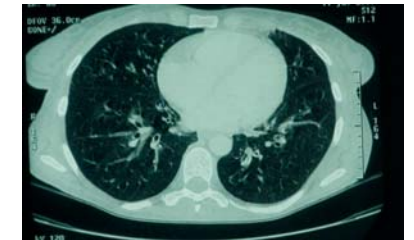
Pruebas complementarias: Hemograma: Leucocitos 4.400, Hba 7.3, Hto 22%, VCM 85, plaquetas 99.000, VSG 103, actividad de protrombina 85%. Linfocitos CD4 30. Bioquímica: Cr 1.2, GOT 80, GPT 37, GGT 143. Microbiología: Serología toxoplasma y leishmania negativo; Hepatitis B negativo, hepatitis C positivo (RNA positivo, genotipo 3<sup>a</sup>); VIH positivo. TAC toracoabdominal: lesiones pulmonares de morfología variada: micronódulos centrolobulillares, micronódulos intersticiales, macronódulos en diferente fase evolutiva- sólidos, necróticos y cavitados-. Las lesiones se localizan en lóbulos superiores y en menor grado, en lóbulo medio y lingula. Adenopatía paraesofágica alta, paratraqueal inferior izquierda y pequeñas adenopatías axilares. Hepatomegalia y esplenomegalia sin lesiones focales. Biopsia mucosa oral: pailomatosis y acantosis, con abundantes estructuras compatibles con histoplasma. Exudado de mucosa oral: histoplasma capsulatum.

Evolución: se realiza tratamiento con anfotericina B liposomal con buena respuesta. Mejoran los edemas quedando asintomática y con una importante mejoría de la lesión de la mucosa oral.

#### Conclusión

Histoplasma capsulatum es un hongo dimórfico térmico que produce la micosis endémica más frecuente en enfermos VIH positivos. Se halla distribuido en zonas templadas, subtropicales y húmedas. La primoinfección es habitualmente pulmonar, autolimitada y asintomática, y se produce por la inhalación de microneidias del hongo. Se distinguen 3 formas clínicas típicas:

infección primaria aguda, pulmonar cavitaria y diseminada aguda, que es la más frecuente en enfermos de SIDA. El diagnóstico se realiza mediante cultivo de muestras respiratorias, de médula ósea o de biopsia de nódulos linfáticos, hígado, pulmón o lesiones dérmicas. En el tratamiento se utiliza el itraconazol oral, excepto en casos con formas diseminadas graves o con alteración de la absorción del itraconazol, en los que se utiliza la anfotericina B.



**Tratamiento****P6.01**

Mortalidad en la era TARGA, estudio prospectivo de los últimos 6 años (2004-2009)

M<sup>o</sup>Jesús Bustinduy, H.Azkune, J.A.Iribarren, F.Rodríguez-Arrondo, M<sup>o</sup>Jose Aramburu, J.Arrizabalaga, M. A.Von Wichmann, X.Camino, M.Goenaga, C.Sarasqueta.

Servicio: S. Enfermedades Infecciosas y Epidemiología. Hospital Donostia

**Objetivos**

La era TARGA ha supuesto un cambio radical en la tasa de mortalidad y causas de la misma entre los pacientes infectados por VIH. Sin embargo, a pesar de la generalización del TARGA, seguimos observando que hay pacientes que fallecen a edades tempranas. El objetivo de este estudio es, conocer la tasa de mortalidad de cualquier causa en nuestra cohorte, conocer las causas y circunstancias de la misma y conocer la tasa de mortalidad por Sida en pacientes en seguimiento continuado.

**Método**

Estudio prospectivo de los últimos 6 años de una cohorte de 1350 pacientes infectados por VIH, analizando datos demográficos, práctica de riesgo, tasa mortalidad, causa de mortalidad, situación inmunológica, clínica, virológica, uso del tratamiento antirretroviral y seguimiento/cumplimiento en consultas. Estudio estadístico realizado con Chi cuadrado de tendencias.

**Resultados**

Han fallecido 151 pacientes, siendo la tasa de incidencia de mortalidad por cualquier causa 20'9 x1000 pacientes/año de seguimiento (PAS) (tasa por año; 21'26 el 2004, 21'82 el 2005, 21'65 el 2006, 23'03 el 2007, 14'19 el 2008 y 18'76 el 2009), de ellos 78'1% varones, siendo la edad media de 44'58 años (R 16-76). En cuanto a practicas de riesgo, 67'5% UDVP, 10'6 % heterosexuales, 7'3% homosexuales, 14'64% otros o desconocidos. Principales causas de fallecimiento; enfermedades definitorias de SIDA (PDSIDA) 25'8% (8 LMP, 12 neoplasias SIDA, 4 Toxo, 8 P.jiroveci, 3 demencia/caquexia SIDA, 2 Criptococo y 2 neumonías de repetición), hepatopatía 22'5%, muerte inesperada 22'5% (29'4% en tto con Metadona), neoplasias no definitorias de SIDA 12'6%, infecciones no definitorias de SIDA 9'3% y otras causas 7'3%. El 88'08% de los pacientes fallecidos estaban en tratamiento TAR (> 1 mes de tto), 87'21% llevaban > 1 año de tto y 54'96% presentaban CV indetectable. La mediana de CD4, ha sido 224 y la mediana de la Carga Viral 49. Fallecidos con diagnostico reciente de VIH (< 1 año desde el diagnóstico) 10'6%. Entre los fallecidos por causa definitoria de SIDA, 28'2% han sido con diagnóstico tardío y sólo un 23'1% presentaban un seguimiento adecuado (3 LNH y 4 LMP y 2 CDS). La probabilidad de fallecer por un proceso definitorio de Sida estando en seguimiento adecuado es de 1'19 x 1000 PAS

**Conclusión**

La tasa de mortalidad por cualquier causa es de 20'09 x 1000 Pacientes año de seguimiento

La mayoría aun fallecen de PDSIDA (25'8%), seguidos de muerte inesperada/cardiovascular y hepatopatía (22'5% cada uno).

Entre los fallecidos por PDSIDA el 28'2% eran nuevos diagnósticos y el 48'7% seguían un mal seguimiento-tratamiento en consultas.

Existe una asociación muy significativa ( $p < 0'0005$ ) entre la causa de fallecimiento y tipología de paciente. La probabilidad de fallecer por PDSIDA estando en buen seguimiento-tratamiento en consultas es de 1'19 x 1000 Pacientes año de seguimiento.

**Tratamiento****P6.02**

Adherencia al TARGA: Un Metaanálisis .

M<sup>o</sup> Carmen Ortega\*, Tania B. Huedo-Medina\*\*, Javier Llorca \*\*\*, Pilar Santos\*, Lourdes Sevilla\*, Elías Rodríguez\*, Eusebia San Pedro\*\*\*\* y Javier Vejo\*

\*Departamento de Enfermería. Universidad de Cantabria, Santander. España

\*\* Center for Health, Intervention, and Prevention (CHIP), University of Connecticut, USA

\*\*\*Grupo de Epidemiología y Biología Computacional. Universidad de Cantabria y CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). España

\*\*\*\*Consulta de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla". Santander. España

**Objetivo**

Estimar el porcentaje global de adherencia al TARGA, así como las variables asociadas a dicha adherencia.

**Método**

Se realizaron diversas búsquedas en bases electrónicas, rastreo de libros de resúmenes de congresos y proyectos financiados sobre HIV/SIDA, consulta de referencias citadas en otros estudios, listas de autores y comunicación directa con los mismos. Los estudios cualificados: 1/ tenían como objetivo evaluar la adherencia, 2/ presentaban diseños transversal o de cohortes, 3/ se focalizaban en personas VIH+ mayores de 18 años, 4/ consideraban adherentes aquellos pacientes que toman >90 % del TARGA prescrito, 5/ medían la adherencia, al menos, con una estrategia y, 6/ contenían suficiente información para calcular el porcentaje de adherencia.

La calidad de los estudios se evaluó con la escala Strobe. La codificación la llevaron a cabo dos codificadores independientes, evaluándose, después, la fiabilidad intercodificadores y resolviendo los desacuerdos entre los mismos.

El sesgo de publicación se evaluó mediante el trim & fill, el test de Begg y el test de Egger. Finalmente, se evaluó la adherencia al TARGA de un total de 99 intervenciones (derivadas de 72 estudios que involucraron un total de 31058 participantes). El porcentaje medio ponderado de la adherencia y el efecto de otras características relacionadas con los estudios, las muestras y las propias intervenciones se analizaron bajo el modelo de efecto aleatorio y mixto, respectivamente.



**Resultados**

La proporción de pacientes adherentes, con respecto al total, fue de 0,66. No obstante estos valores pueden estar sobrestimados puesto que la adherencia se evaluó, mayoritariamente, con una única estrategia (76,5%), siendo el autoinforme (65,5%) la más utilizada. Dada la gran ausencia de homogeneidad (I2 = 95,65; 95% CI. 95,12-96,13) fue necesario evaluar la adherencia en función de las variables moderadoras de los efectos. En el análisis de regresión múltiple, asumiendo un modelo de efectos aleatorios, las variables significativas resultaron ser: el continente, el centro, el vivir con familia, la vía de contagio sexual, estar en programa de metadona, carga viral basal mayor de 200 copias/ml y el recuento medio de CD4 basal

**Conclusión**

El porcentaje de adherencia al TARGA es de 0,66, valor que puede estar sobreestimado teniendo en cuenta que la adherencia se evalúa, en la mayoría de los estudios, mediante el autorregistro, como única estrategia.

**Tratamiento****P6.03**

La terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) está asociada a un aumento del riesgo cardiovascular en niños infectados con VIH-1.

1 María Guzmán-Fulgencio; 1 Isabel Fernández de Castro; 1, 2 Dariela Micheloud; 3 Raquel Lorente; 4 Jose M<sup>a</sup> Bellón; 1 Salvador Resino; 3, 5 M<sup>a</sup> Ángeles Muñoz-Fernández

1 Laboratorio de Epidemiología Molecular de Enfermedades Infecciosas, Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda. Madrid, España.

2 Servicio de Medicina Interna, Hospital General Universitario "Gregorio Marañón," Madrid.

3 Laboratorio de Inmuno-Biología Molecular, Hospital General Universitario "Gregorio Marañón". Madrid, España.

4 Unidad de Investigación; Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Gregorio Marañón. Madrid, España.

5 Unidad Asociada de Retrovirología Humana. HGUGM-CSIC. Madrid, España.

**Objetivo**

Evaluar la evolución del síndrome metabólico y de los marcadores de riesgo cardiovascular en los niños infectados por el VIH-1 en terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA).

**Método**

Se realizó un estudio de seguimiento durante 48 meses en 19 niños en tratamiento antirretroviral de gran actividad (grupo TARGA) y 21 niños en TARGA de rescate que incluye lopinavir/ritonavir (LPV/r) (grupo LPV/r). Se utilizaron inmunoensayos multiplex para medir los marcadores en plasma.

**Resultados**

Los niños del grupo LPV/r estuvieron más expuestos a fármacos antirretrovirales que los

niños del grupo TARGA. Por otra parte, la incidencia de lipodistrofia al final del tratamiento antirretroviral fue cercana al 50% en los dos grupos de estudio. Durante el periodo de seguimiento, se encontró un aumento de células T CD4+ y disminución de los valores de carga viral del VIH en ambos grupos de estudio. En general, se observó una disminución en los valores plasmáticos de citocinas inflamatorias (IL-6 e IL-8) en ambos grupos. Asimismo, se observó un aumento de los marcadores de síndrome metabólico (HOMA y lípidos) y marcadores de riesgo cardiovascular (receptor soluble de TNF tipo 1 (sTNF-R1) así como del inhibidor del activador tisular del plasminógeno 1 total (tPAI-1), de la molécula soluble de adhesión intercelular-1 (sICAM-1), de la molécula soluble de adhesión celular vascular-1 (sVCAM-1), de la forma soluble de la selectina de plaquetas (sP-selectina), y del ligando de CD40 soluble (sCD40L) en ambos grupos de estudio después de un largo periodo de tiempo con terapia antirretroviral, aunque mucho más pronunciado en el grupo LPV/r.

**Conclusión**

A pesar del hecho de que a largo plazo la terapia antirretroviral se asocia con la mejora de los marcadores de VIH (CD4+ y carga viral de VIH), esta mejora lleva consigo un aumento de riesgo cardiovascular. Los marcadores como sTNF-R1, tPAI-1, sVCAM-1, sICAM-1, sP-selectin y sCD40L podrían ayudar a identificar pacientes con un mayor riesgo de futuros eventos cardiovasculares agudos.

**Tratamiento****P6.04**

Rescate duro; estudio prospectivo de los últimos 4 años (2006-2009) de eficacia y seguridad de los nuevos fármacos (darunavir-DRV, etravirina-ETR, raltegravir-RTG y maraviroc-MVC)

H.Azkune Galparsoro, J.A Iribarren Loyarte, M<sup>a</sup> J Bustinduy Odriozola, M<sup>a</sup> J Aramburu Bengoetxea, J. Arrizabalaga, F. Rodríguez Arrondo, M.A. von Wichmann de Miguel, X. Camino O. de Barrón, M.A. Goenaga Sanchez, A.

Servicio: Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Donostia, Gipuzkoa

**Introducción**

A pesar de la eficacia del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), sigue habiendo pacientes que albergan virus resistentes a las 3 familias clásicas. En los últimos 4 años se han comercializado nuevos fármacos, bien avalados por ensayos clínicos, que pueden ser útiles en el rescate duro.

**Objetivos**

Analizar eficacia y seguridad de los nuevos fármacos antirretrovirales en el rescate duro.

**Material y metodos**

Estudio prospectivo observacional de pacientes en rescate duro con alguno de los nuevos fármacos.

Consideramos rescate duro, al fracaso virológico (FV) (2 cargas virales (CV > 50 en TARGA),



fracaso farmacológico (a las 3 familias clásicas ó 2 familias + intolerancia a NN) y resistencias acumuladas a las 3 familias (Al menos un IP primario, al menos (1 TAM ó K65R ó 74V) + (184 ó evidencia de fracaso previo con 3TC/FTC).

Se analizan, características demográficas, TAR previo/actual, genotipo basal acumulado de resistencias, situación inmuno-virológica basal y su evolución, seguridad y efectos secundarios.

#### Resultados

A enero 2010: 1224 pacientes con TARGA, 25 (2'04%) en rescate duro. Varones 80%, edad media 43 años, 60% UDVP. TTOs previos: Media 8 (R: 4-17), inicialmente monoterapia/biterapia 92%, TARGA 8%, uso en rescate previo: Tipranavir 32%, T20 16%. Mediana y R de CV y CD4 previos al inicio de rescate: 8357 (73-479400), 237 (33-940).

Mediana de resistencias; 4 TAM, 2 NN y 3 IP primarios.

Rescate: Pacientes con DRV 80%, RTG 84%, MVC 52%, ETV 24%. 84 % más de 1 fármaco nuevo, 56% mas de 2 fármacos nuevos.

Seguimiento: Mediana 22 meses (R:4-40). Evolución: CV (mediana y % de indetectabilidad) y CD4 (mediana) a los 3-6-2-18 y 24 meses: CV mediana <50 en todas, 78'3-76-90'5-71'4 y 77'8%, CD4 332-336-386-599 y 634.

Seguimiento: 0 fallecidos, 6 ingresos (2 NAC, 1 celulitis, 1 metrorragia, 1 oclusión arterial, 1 Ca lengua), 9 cambios de tto (solo 3 de nuevos fármacos ( 1 temporal por supuesta RAM, 1 FV cambio a tto subóptimo, 1 FV añadiendo T20 y cambiando resto de dosis), 3 cambios de medicamentos acompañantes clásicos a otros clásicos diferentes, 3 cambios de clásicos a nuevos fármacos), otros eventos: 1 dudosa neuropatía / alteración de memoria, 1 recaída en UDVP, 1 supresión adrenal, 1 artralgias generalizadas, 1 reactivación de porfiria, 1 candidiasis de repetición y 1 Zoster.

#### CONCLUSIONES:

Los nuevos medicamentos adecuadamente combinados, parecen mantener su eficacia a largo plazo (22 meses). Sin embargo, a veces es preciso hacer varios cambios.

No hubo fallecimientos ni ingresos por infecciones oportunistas.

Se obtuvo buena respuesta inmuno-virológica en pacientes en rescate duro.

#### Tratamiento

##### P6.05

Eficacia de darunavir/ritonavir (drv-r) 900/100 una vez al día (qd) en pacientes tratados con inhibidores de proteasa potenciados (ip/r) en fallo virológico con baja viremia

Gil Pérez D, Arazo P, Guiral N, O. Gavin, Pascual A. Ramos C, García Lechuz, JM, Aguirre J

U. Infecciosas. Sº M. Interna. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

#### Objetivo

Valoración de la eficacia de sustitución del IP/r por DRV/r en pacientes con viremias bajas persistentes en pacientes infectados por el VIH en tratamiento antirretroviral (TAR) estable.

#### Método

Se presentan 8 pacientes en tratamiento con IP/r junto con análogos de nucleósidos(AN) que presentaban carga viral (CV) entre 50-1000 copias/ml de forma persistente a los que se sustituyó el IP/r por DRV/r a dosis de 900/100 en QD.Se analiza la respuesta virológica e inmunológica a las 48 semanas.

#### Resultados

TAR previo	DRV +	AN previos	IP/r previos	
FPV+CBV	KVX	4	2	
ATZ+TVD	ETV	4	2	
FPV+TVD	TVD	5	2	
ATZ+TVD	TVD	2	2	
ATZ+TVD	TVD	4	3	
LOPI+TDF+ABC	ETV	4	2	
LOPI+TVD	TVD	5	2	
LOPI-R	TVD	2	1	
Pacientes	CV basal	CV 48 sem	CD4basal	CD4 48sem
1	2.2	<40	640	710
2	2.6	<40	380	560
3	2	<40	410	940
4	1.9	<40	590	600
5	2	<40	410	660
6	2.6	<40	330	570
7	1.9	<40	310	490
8	2.1	<40	500	570

#### Conclusión

En pacientes en TAR con IP/r con viremia baja persistente el cambio a DRV/r 900/100 en QD es una alternativa para conseguir la indetectabilidad del VIH.

#### Tratamiento

##### P6.06

Maraviroc en la práctica clínica de un hospital universitario.

Nicolás Trovato López1, Sergio Plata Paniagua1, Isabel Castillo Romera1, Arantza Ais Larisgoitia1, Jose Maria Bellón Cano2, Maria Sanjurjo Sáez1.

1Servicio de Farmacia, 2Servicio de medicina preventiva. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

#### Objetivo

Analizar el impacto inmunológico de Maraviroc en la práctica clínica de un hospital universitario.

#### Método

Estudio retrospectivo, observacional y de cohortes de maraviroc en pacientes adultos ambu-



latorios con terapia antirretroviral. Cohorte maraviroc (CMVC): Pacientes que habían cambiado a un tratamiento con Maraviroc entre 01/05/2008 y 31/07/2009. Cohorte Antirretrovirales Última Generación (CAUG): Pacientes que habían cambiado a un tratamiento con Darunavir, Etravirina y/o Raltegravir en el mismo periodo. La variable principal fue el incremento en el número de células CD4 ajustado por Carga Viral (CV) a los 6 meses del cambio de tratamiento.

#### Resultados

Se incluyeron 21 pacientes en la cohorte CMVC y 56 pacientes en la cohorte CAUG sin diferencias en edad (Mediana: CMVC= 46 años ; CAUG=47 años) y sexo (CMVC=66%; CAUG=61% de hombres). El porcentaje de pacientes con VIH multiresistente fue 95% en CMVC vs 73% en CAUG. La adherencia en el año previo al inicio con MVC fue >90% en un 85,7% de los pacientes en la cohorte de CMVC y en un 76,6% en la cohorte CAUG, no encontrándose diferencias significativas en cuanto a la misma. Raltegravir formaba parte del tratamiento del 86% de CMVC y del 89% de CAUG. La CV basal fue indetectable en el 19% (IC 95% 5,4-42,0) de los pacientes de CMVC y en el 52% (IC 95% 37,6-65,7) en la cohorte CAUG, y a los 6 meses en el 90% (IC 95% 69,6-98,8) y 82% (IC 95% 71,2-93,0) respectivamente. El promedio de CD4 basal ajustado por CV fue en el grupo de MCV 346/ml (IC 95% 192,9-499,7) y 356/ml (IC 95% 266,5-447,3) en el grupo de AUG. A los seis meses el recuento medio de CD4 ajustado por CV fue de 496 cp/ml (IC 95% 334,9-657,4) vs 398 cp/ml (IC 95% 303,4-495,3) para CMVC y CAUG respectivamente, con una diferencia de 98 células/ml (IC 95% -89,0-285,0), y con un incremento medio de 150 vs 42 células ( $p=0,01$ ).

#### Conclusión

En ambas cohortes se observa un modesto beneficio en la respuesta inmunológica tras seis meses de tratamiento, siendo mayor el incremento en el número de células CD4 en la cohorte de Maraviroc.

#### Tratamiento

##### P6.07

Experiencia clínica con Darunavir/r una vez al día. Seguridad.

Orenga Segarra Teresa; Chulvi Cervera Milagros\*; Soler Raga Carmen; Dolz Gimeno Elvira\*; Ferrer Ribera Ana, Oltra Sempere Rosa, Galindo Puerto M José.

Instituciones a las que pertenecen los autores Unidad de Enfermedades Infecciosas; \*Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Valencia

#### Objetivo

El Darunavir (DRN) es el único IP que se ha demostrado eficaz con distinta dosificación una vez al día en pacientes sin fracaso previo a IPs o dos veces al día en pacientes en rescate. El objetivo de este estudio es revisar la seguridad del uso de Darunavir/r una vez al día.

#### Método

Se trata de un estudio retrospectivo realizado en la Unidad de Infecciosas del Hospital

Clínico Universitario, revisando la historia clínica de los pacientes a los que se ha pautado tratamiento con DRN/r una vez al día. Se incluyen los datos básicos de la historia de VIH (Vía de contagio, criterios de SIDA, historia farmacológica), motivo de inicio de TAR con DRN/r, parámetros analíticos de respuesta inmunoviroológica, perfil metabólico y hepático.

#### Resultados

Desde enero 2009 inician tratamiento con DRN/r una vez al día 31 pacientes. Las características de los mismos son: 22 varones, edad media de 40 años, vía de contagio: 17 UDVP; 12 sexual; 25 estaban infectados por el VHC; 7 tenían SIDA previo. En cuanto al tratamiento pautado: 19 de ellos tomaban Truvada+ DRN/r. Todos los pacientes eran pretratados, 13 de ellos con CV<40 cp/ml basalmente, (motivo del cambio: simplificación o efectos adversos); Rango de CD4: 4-1452. Se realizan los controles analíticos habituales al mes, y cada 4 meses posteriormente. 13 pacientes llegan a realizar 3 controles tras el inicio del tratamiento. De ellos 12 tienen CV< 40 cp/ml y 1= 1386 cp/ml por problemas de adherencia. Ninguno suspende el tratamiento por intolerancia ni requiere visitas no programadas por efectos adversos. No se requiere iniciar tratamiento hipolipemiente ni se objetivan elevaciones de transaminasas.

#### Conclusión

Las pautas que incluyen DRN/r qd son eficaces y seguras en pacientes naïves o sin fracasos previos a IPS. Su tolerancia es muy buena, tanto en cuanto a efectos adversos gastrointestinales como en cuanto a alteraciones metabólicas. La administración de DRN/r es segura tanto en pacientes naïves como en simplificación o rescate precoz.

#### Tratamiento

##### P6.08

Utilización de raltegravir en la práctica clínica. experiencia con 122 pacientes tratados en los dos primeros años

Adoración Torres 1, Luisa Fernandez 1, Marta Navarro 2, Montse Sala 2, Genma Silva 3, Manuel Cervantes 2

Enfermería Hospital Dia VIH 1, Servicio Enfermedades Infecciosas 2,y Farmacia 3  
Hospital de Sabadell. Corporació Parc Taulí. Sabadell. Barcelona

#### Objetivo

Analizar los motivos de inicio de pautas ARV que contienen Raltegravir, Tasas y Causas de Abandono o Retirada del Fármaco y Datos de Eficacia (proporción con CV < 50)

#### Método

Revisar en nuestra base de datos (cohorte de 812 pacientes activos) las características de los pacientes que inician Raltegravir entre el 1-1-2008 y 31-12-2009. Analizar las características basales (edad, sexo, Sida, CD4, CV, Tratamiento previo), diferenciando entre los pacientes que inician por Rescate, por Intolerancia a Pauta ARV previa o por Interacciones farmacocinéticas.



**Resultados**

122 pacientes iniciaron Raltegravir en combinación con otros ARV en el periodo de estudio (15 % del total de pacientes VIH seguidos regularmente). 41 pacientes lo iniciaron como terapia de Rescate (34%), 72 lo hicieron por Intolerancia a la pauta previa (59 %) y 10 por considerar la compatibilidad farmacocinética con otros tratamientos concomitantes (Metadona, Rifampicina, Azoles o Vasodilatadores). Un 40 % iniciaron el tratamiento durante el primer año (2008) en que predominó el Rescate como causa en el 46 % de los casos, mientras que en 2009 predominó el inicio por Intolerancias previas (65 %).

En los 72 pacientes que iniciaron Raltegravir por Intolerancia, el fármaco sustituido fue un Nucleós(t)ido en 35 (49%), un Inhibidor de Proteasa en 24 (33%), un NoNucleósido en 9 (7%) y T-20 en 4 casos (3%)

Hubo 6 abandonos de todo el tratamiento en 6 pacientes, 3 retiradas por fracaso, 2 retiradas por preferir el paciente la comodidad posológica del regimen anterior, 1 exitus por Hepatocarcinoma y en Un solo caso se retiró Raltegravir por intolerancia en forma de náuseas al inicio de la nueva pauta ARV que contenía un inhibidor de la integrasa . En 4 de los 6 abandonos el clínico pudo detectar otros motivos no relacionados con la tolerabilidad de la combinación ARV.

El 93 % de los pacientes que cambiaron por Intolerancia siguen con CV < 50 copias, cifra que baja al 83 % entre los que lo hicieron por Fracaso previo.

**Conclusión**

Los datos de eficacia de las combinaciones ARV que contienen Raltegravir coinciden en nuestra práctica con lo encontrado en los Ensayos Clínicos. En nuestra opinión destaca la buena Tolerabilidad con ausencia de efectos secundarios, al menos a corto y medio plazo. Sin embargo el precio elevado del fármaco puede limitar las posibilidades de ampliar su uso.

**Tratamiento****P6.09**

Lipoatrofia facial y ansiedad social en pacientes seropositivos: análisis de 30 casos pre y post implantes

Caballero Luque, Antonia; Puig Ganau, Teresa; Gazquez Sisteré, Isabel; Moreno García, Trinidad; Alcántara Tadeo, Antonio (\*)

HOSPITAL UNIVERSITARIO ARNAU DE VILANOVA DE LLEIDA.

HOSPITAL SANTA MARIA DE LLEIDA (\*)

**Objetivo**

Dado que actualmente existe la posibilidad de recurrir al tratamiento de cirugía reparadora y con la hipótesis que tras este tratamiento se pueden observar mejorías en lo que refiere a la ansiedad social, nos dispusimos a medir estos cambios a través de una escala validada en población española.

**Método**

El estudio se realizó a los primeros 30 pacientes que, derivados desde nuestro hospital, reci-

bieron este tratamiento, durante los años 2008- 2009. Los voluntarios cumplieron la Escala de Ansiedad Social -SADS- pre y post intervención. El tiempo de espera para el re-test (post intervención/es) fue de un mínimo de 3 meses, con el objetivo que el paciente pudiera experimentar en este tiempo un cambio en la variable a estudio. Nuestra hipótesis es que, después del implante se mejora significativamente la autoimagen y disminuye la ansiedad social. La intervención se realiza en el Hospital Trias i Pujol de Badalona -BCN- (Conocido como "Can Ruti") a través de la "Fundació Lluïta contra la Sida". Esta intervención no está cubierta por la Seguridad Social al ser considerada cirugía estética  
Texto Arial 10 px

**Resultados:**

Al realizar la comparación entre las puntuaciones obtenidas (antes y después de la intervención), encontramos que:

- 5 sujetos no mostraron cambios.
- 4 sujetos incrementaron (en contra de lo esperado) de 1 a 5 puntos sus puntuaciones.
- 21 sujetos sí mostraron un descenso de las puntuaciones en el segundo test con respecto al primero. Estas diferencias oscilan entre 1 y 22 puntos y con una media de 5 puntos de diferencial.

**Conclusión**

En nuestra opinión, la SADS presenta algunos items muy redundantes. Los pacientes expresan, al realizar la prueba, que muchas preguntas son prácticamente iguales.

En general el paciente esta "agradecido", pero esto no se traslada a las puntuaciones de nuestra prueba al nivel que nosotros esperábamos e incluso existe un grupo de pacientes que puntuaron en el sentido contrario. Otros no mostraron cambio alguno. Creemos que lo observado es, o bien por falta de sensibilidad del test utilizado, o debido a que las expectativas de los pacientes hacia el resultado de esta intervención eran excesivamente elevadas. Influye también el hecho que los pacientes estén sujetos a "retoques" y a revisiones periódicas favoreciendo la idea que el tratamiento todavía no ha terminado por lo cual aún es mejorable.

Con respecto a la prueba, proponemos para nuevos estudios la utilización de la Escala de Ansiedad ante la Interacción Social (Social Interaction Anxiety Scale -SIAS-) . Esta escala consta de 20 items tipo Likert de 5 puntos.

**Tratamiento****P6.10**

Elegibilidad de candidatos al tratamiento del VHC en coinfectados por el VIH.

Carlos Mínguez Gallego<sup>1</sup>, Jorge Usó Blasco<sup>1</sup>, Jorge Andrés Soler<sup>1</sup>, Enrique-Jesús Vera Remartinez<sup>2</sup>

Instituciones a las que pertenecen los autores: 1-Servicio de Medicina Interna/Unidad Enfermedades Infecciosas. Hospital General de Castellón. 2- Servicios Médicos. Centro Penitenciario Castellón-I





**Objetivo**

Evaluar en la práctica clínica habitual, entre los coinfectados por los virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y de la hepatitis C (VHC), la proporción de candidatos a recibir tratamiento con interferón pegilado y ribavirina, así como los motivos de no iniciarlo.

**Método**

Estudio transversal llevado a cabo en una unidad de atención a pacientes con infección por el VIH. Entre octubre de 2006 a marzo de 2007 se revisaron las historias clínicas de los pacientes que acudieron a consulta, y se recogieron los datos demográficos, clínicos y de laboratorio necesarios para el estudio. Se consideraron criterios mínimos de evaluación el tener una determinación de PCR del VHC y de su genotipo.

**Resultados**

De los 417 infectados por el VIH atendidos en la consulta durante el periodo de estudio, 251 (60,2%) tenían una serología positiva frente al VHC. La edad media de los coinfectados era de 40,9 años (IC95%:40,2-41,5) y el 76,9% eran varones. Entre los 228 (90,8%) con criterios mínimos de evaluación, un 14,3% tenía una PCR-RNA indetectable. De los 192 candidatos a tratamiento del VHC, 77 (40,1%) recibieron al menos una dosis de interferón pegilado. El motivo de no iniciar tratamiento en el resto fue: recuento de linfocitos CD4+ < 250 /mcl (33,9%), decisión del paciente (21,7%), fibrosis hepática ausente o escasa (8,7%), alteraciones psiquiátricas (7,8%), falta de adherencia (6,1%), drogadicción activa (2,6%), y cirrosis avanzada (1,7%). En 20 pacientes (17,4%) no se pudo determinar un motivo de no iniciar el tratamiento. El 41,5% de los que iniciaron el tratamiento consiguieron una respuesta viral sostenida (16,7% de los candidatos).

**Conclusión**

Más del 75% de los pacientes coinfectados tenían una infección activa por el VHC, y eran potenciales candidatos a recibir tratamiento contra este virus. Sin embargo, menos de la mitad de ellos lo habían iniciado. El deterioro inmunológico y la negativa por parte del paciente fueron las razones más frecuentes de no iniciar el tratamiento. Aunque aparentemente bajo, el porcentaje de enfermos tratados es superior al descrito en otros estudios realizados en otros centros, en los primeros años de esta década.

**Tratamiento****P6.11**

Rash cutáneo en el perfil de seguridad de fármacos antirretrovirales de última generación: DARUNAVIR, ETRAVIRINA Y RALTEGRAVIR.

Hortensia Álvarez Díaz (1), Ana Mariño Callejo (1), José Francisco García-Rodríguez (1), Sabela Sánchez Trigo (2), Susana Méndez Lage (3) Idoia Rodríguez Zuazu (4), Raquel López Abad (4), Pascual Sesma Sánchez (2).

(1) Unidad de Enfermedades Infecciosas, Servicio de Medicina Interna. Complejo hospitalario Arquitecto Marcide- Profesor Novoa Santos, Área Sanitaria de Ferrol, A Coruña.

(2) Servicio de Medicina Interna. Complejo hospitalario Arquitecto Marcide- Profesor Novoa

Santos, Área Sanitaria de Ferrol, A Coruña.

(3) Servicio de Microbiología. Complejo hospitalario Arquitecto Marcide- Profesor Novoa Santos, Área Sanitaria de Ferrol, A Coruña.

(4) Servicio de Alergología. Hospital Naval, Complejo hospitalario Arquitecto Marcide- Profesor Novoa Santos, Área Sanitaria de Ferrol, A Coruña.

**Introducción**

En los estudios DUET [1], la incidencia de rash entre el grupo con ETR y placebo fue 21% vs 12%. Post-marketing, se comunicaron casos de síndrome de Stevens-Johnson y reacciones de hipersensibilidad. En los POWER [2], apareció exantema en el 6% de los pacientes con DRVr (vs 3% en el grupo control), leve y autolimitado. En un estudio de simplificación de 36 pacientes, desde ENF a RAL [3], apareció rash grado 2 en uno de ellos.

CASO 1: Varón, 44 años, infección crónica por VIH, A3, desde 1994 y coinfección por VHC. Su historia de tratamiento antirretroviral (TARV) incluía: AZT, ddl, d4T, 3TC y TDF; SQV, RTV, IDV, LPV; y ENF. Nunca había recibido ITINAN. El HLA B5701 era negativo y el tropismo CCR5 positivo. En situación de fracaso virológico, con CD4 294/mm<sup>3</sup> y CV 3.25log, recibiendo TDF, d4T y LPVr, se realizó estudio de resistencias, en dic/08 (IP: M46L, I54V, V82T y L90M; ITIAN: M41L y T215Y). Inició DRVr, ETR, TDF, FTC y RAL. A los 13 días, desarrolló rash generalizado maculo-papular pruriginoso, quemosis conjuntival, fiebre, eosinofilia y trombopenia (probable DRESS, Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms). Se retiró todo el esquema, asociando esteroides y antihistamínicos, con resolución del cuadro. Considerando la alta probabilidad de reacción alérgica por ETR, se excluyó y se programó exposición a dosis progresivas de DRV [4], sin presentar reacciones adversas. Seis días más tarde, recibió dosis progresivas de RAL, con buena tolerancia. Se reanudó: TDF, FTC, DRVr y RAL. A los 10 días, desarrolló hepatitis colestásica y eosinofilia. Se suspendió el esquema completo y se decidió no reintroducir DRV. Tras mejoría del perfil hepático, se reanudó nuevo esquema: TDF, FTC, EFV, RAL y MVC, con buena tolerancia. En último control inmuno-virológico, 8 meses tras el inicio de este esquema: CD4 220/mm<sup>3</sup> (15%) y CV indetectable.

CASO 2: Mujer, 50 años, infección crónica por VIH, B2, desde 1994, HTA, dislipemia e insuficiencia renal crónica. Su historia de TARV incluía: 3TC, d4T, ABC (reacción de hipersensibilidad); RTV, IDV; y NVP. En situación de fracaso virológico, con CD4 744/mm<sup>3</sup> y CV 2.55log, recibiendo d4T, 3TC y NVP, se realizó estudio de resistencias, en ag/09 (para IP, no amplificó; ITIAN: M184V; ITINAN: A98G y K103N). Inició DRVr, ETR y RAL. A los 10 días, la paciente presentó hinchazón-rash facial y distensión abdominal, sin fiebre ni lesiones mucosas ni eosinofilia. Se suspendió el esquema y el cuadro clínico se resolvió. Considerando la alta probabilidad de reacción adversa por ETR, se excluyó y se programó exposición a dosis progresivas de DRV, sin respuestas adversas. Diez días más tarde, recibió dosis progresivas de RAL, con buena tolerancia. Pendiente de conocer tropismo para CCR5, se decidió optar por nuevo esquema: DRVr, RAL y MVC, con adecuada tolerancia.

**Discusión**

Se trata de dos pacientes con infección crónica por VIH, en fracaso virológico por CV mantenidas bajas, multitratados, en los que se ha considerado esquema nuevo, incluyendo DRVr, ETR y RAL. En el caso del varón, desarrolló un cuadro compatible con reacción de hipersen-



sibilidad tipo DRESS, trece días tras la introducción del esquema (que incluía además 2 ITIANs empleados en el pasado), poniéndose en relación con ETR. Tras comprobar tolerancia correcta de DRV, desarrolló, diez días después de su reintroducción, hepatitis colestásica y eosinofilia, en probable relación con DRV. Se optó por asociar un ITINAN (no exposición de clase, previa a ETR), RAL y MVC (CCR5 positivo), con correctas tolerancia y respuesta inmuno-virológica. En el caso de la mujer, desarrolló un cuadro inespecífico de rash facial e íleo, diez días tras la introducción del esquema, relacionándose con ETR. Tras comprobar tolerancia correcta de DRV, se optó por plantear como esquema definitivo: DRVr, RAL y MVC (empírico, pendiente de tropismo). En ambos casos, se comprobó adecuada tolerancia de RAL.

#### Conclusión

ETR se ha visto relacionada con el desarrollo de rash, en ocasiones con repercusión sistémica (DRESS, en el primer caso; cuadro más inespecífico de rash facial e íleo, en el segundo). DRV no se ha visto implicado en el rash en los casos descritos, aunque se ha establecido una posible reacción de hepatotoxicidad inmunoalérgica en el primer caso. RAL ha mostrado una tolerancia correcta.

#### BIBLIOGRAFÍA:

- [1] Tseng A. and Mac Arthur R. Profile of etravirine for the treatment of HIV infection. *Therapeutics and Clinical Risk Management* 2010;6 49-58.
- [2] Rachlis A, Clotet B., Baxter J. et al. Safety, tolerability and efficacy of darunavir (TMC 114) with low-dose ritonavir in treatment-experienced, hepatitis B or C co-infected patients in POWER 1 and 3. *HIV Clin Trials* 2007; 8: 213-20.
- [3] Santos JR, Libre JM, Ferrer E et al. Efficacy and safety of switching from enfuvirtide to raltegravir in patients with virological suppression. *HIV Clin Trials*. 2009 Nov-Dec;10 (6):432-8.
- [4] Marcos Bravo MC., Ocampo Hermida A., Martínez Vilela J. et al. Hypersensitivity reaction to darunavir and desensitization protocol. *J. Investig Allergol Clin Immunol* 2009; Vol 19 (3): 237-252.

#### Tratamiento

##### P6.12

Nuevas estrategias terapéuticas para disminuir los factores de riesgo cardiovascular en pacientes en tratamiento antirretroviral

Hernández MJ1, Sánchez A1, Iglesias A2, Luna G2, Bustos C2, López E1, Domínguez-Gil A1

1Servicio de Farmacia, Hospital Universitario de Salamanca

2 Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario de Salamanca

#### Objetivo

Valorar como estrategia terapéutica dentro del esquema de tratamiento antirretroviral la administración de atazanavir (ATZ) sin ritonavir (RTV) con el objetivo de evitarlos posibles efectos adversos (principalmente dislipemias) derivados de este fármaco y mantener la eficacia clínica del tratamiento. Analizar la utilidad de la monitorización de concentraciones plasmáticas de ATZ para optimizar esta estrategia.

#### Material y método

Paciente varón de 60 años diagnosticado de VIH hace 15 años y que ha recibido varios tra-

tamientos antirretrovirales. Actualmente se encuentra en tratamiento con etravirina 400 mg/24h, darunavir 600 mg/12h, ritonavir 100 mg/12h, raltegravir 400 mg/12h y lamivudina 150 mg/24h. La respuesta al tratamiento es buena respecto a la eficacia (CD4= 362\*106 cel/mcL, carga viral plasmática indetectable) pero presenta una importante dislipemia (colesterol total= 359 mg/dL y triglicéridos= 1.035 mg/dL). Ante esta situación el equipo asistencial se plantea la necesidad de un cambio de tratamiento. Así, se valoran los tests de resistencias, la toxicidad metabólica y las interacciones de las combinaciones posibles que comprometan la eficacia y/o toxicidad del nuevo régimen. Finalmente, se decide retirar el RTV y sustituir darunavir por atazanavir a una dosis de 400 mg/día. Un mes después del cambio de tratamiento, la monitorización de niveles plasmáticos de ATZ muestra concentraciones infraterapéuticas, por lo que se decide ajustar su dosis a 300 mg/12h. Al mes siguiente de realizarse este nuevo cambio las concentraciones plasmáticas se encuentran dentro del margen terapéutico y la respuesta clínica se mantiene (CD4= 326\*106 cel/mcL, carga viral plasmática indetectable). Además los efectos adversos disminuyen, de modo que los valores de colesterol y triglicéridos alcanzan valores muy próximos a los normales (colesterol total= 178 mg/dL y triglicéridos= 201 mg/dL).

#### Resultados y discusión

La retirada de RTV y la administración del ATZ dos veces al día ha permitido mantener la eficacia clínica del tratamiento y la disminución de efectos adversos. También fue importante la determinación de concentraciones plasmáticas de ATZ, ya que resultó de gran utilidad para realizar los ajustes posológicos necesarios y alcanzar niveles terapéuticos del fármaco. En cuanto a los efectos adversos mencionados parecen estar relacionados directamente con la presencia de ritonavir, ya que se redujeron significativamente al retirarlo. La disminución de la dislipemia es especialmente importante ya que influye favorablemente en la salud cardiovascular del paciente.

#### Conclusión

La gran variabilidad interindividual de ATV y su utilización sin RTV justifica la monitorización y el ajuste de dosis como estrategia para individualizar el tratamiento antirretroviral. La retirada del RTV es una alternativa válida para los pacientes con VIH en tratamiento con ATV que presenten importantes efectos adversos (dislipemias con elevado riesgo cardiovascular), siempre que exista un control periódico de las concentraciones plasmáticas alcanzadas y de la eficacia clínica conseguida.

#### Aspectos Sociales

##### P7.01

Capacitando a las personas con VIH para afrontar el estigma: un estudio cuasi-experimental

María José Fuster Ruiz de Apodaca<sup>1,2</sup>, Jose Miguel Gutierrez<sup>1</sup>, Lupe Rodríguez<sup>3</sup>, Josefina Alventosa<sup>4</sup>

1 CESIDA, 2SEISIDA, 3INSTITUTO DDHH BARTOLOME DE LAS CASAS, 4JURISIDA



**Objetivo**

Capacitar a las personas con VIH para afrontar exitosamente el estigma y la discriminación

**Método**

Estudio de carácter cuasi-experimental realizado en el proyecto de potenciación de habilidades para afrontar el estigma de CESIDA. El grupo experimental recibió una intervención semi-estructurada dirigida a disminuir el estigma internalizado y a entrenar en habilidades para afrontar el estigma. Se realizaron 5 intervenciones en lugares diferentes de la geografía española. Participaron un total de 57 personas con VIH. Se realizó una evaluación pre y post test. En tres de los talleres se contó con grupo de control no equivalente y se realizó una evaluación cuasi-experimental. Se evaluaron las siguientes variables: estigma percibido, autoestima, afrontamiento del estigma y autoeficacia percibida para afrontar el estigma. Para medir el estigma se usó la escala de Berger, Ferrans Lasley, 2001. El afrontamiento del estigma y la auto-eficacia se midieron con escalas diseñadas ad hoc, y siguiendo, en el primer caso, el modelo de Compas y cols(1997). Las escalas tenían un rango de respuesta tipo Likert de 4 puntos. La autoestima se midió a través de una escala analógica no visual de 10cm.

**Resultados**

Los resultados de la evaluación pre-post muestran: una disminución estadísticamente significativa del estigma en todas sus dimensiones (estigma personal, preocupaciones por la ocultación, auto-imagen negativa y preocupación por las actitudes públicas de rechazo); un aumento estadísticamente significativo de la autoestima y de la auto-eficacia percibida; y un incremento estadísticamente significativo del uso de estrategias de afrontamiento de control primario y secundario.

Los resultados de la evaluación cuasi-experimental muestran que solo en el grupo de intervención se obtienen cambios estadísticamente significativos en las variables estudiadas mientras que no hay cambios en el grupo de cuasi-control.

El análisis de diferencias por sexos informa que, tras la intervención, las mujeres incrementan su autoestima y reducen sus preocupaciones sobre la ocultación, en menor medida que los hombres.

**Conclusión**

La intervención ha mostrado su eficacia en los objetivos perseguidos. Esto pone de manifiesto la importancia de la investigación e intervención para capacitar a las personas con VIH para afrontar el estigma. El afrontamiento exitoso del estigma tendrá importantes beneficios, tanto a nivel individual como a un nivel más global.

**Aspectos Sociales****P7.02**

Centro especial de empleo orientado a personas vih+ discapacitadas

Esperanza Giménez Alcorisa, José Manuel Canales Fernández, Ramón Ferrando Vilalta

Facilitadores de Empleo e Inserción de Valencia  
Comité Ciudadano Anti-SIDA de la Comunidad Valenciana

**Objetivo**

1. Superar el alto índice de desempleo de personas discapacitadas VIH+, resultado de las carencias de hábitos y capacidades laborales de los/as trabajadores/as junto con actitudes de discriminación de la sociedad en general y especialmente del ámbito laboral.

2. Permitir al/a la trabajador/a conocer sus capacidades, promover la confianza y la autonomía y, posteriormente, lograr la integración laboral en el mercado laboral ordinario.

**Método**

En 2006, el Comité Ciudadano Anti-SIDA de la Comunidad Valenciana crea el CEE (Centro Especial de Empleo) "Facilitadores de empleo e inserción de Valencia", cuyas actividades productivas se basan en los manipulados y las tareas de limpieza, todas ellas desarrolladas por trabajadores/as con especiales dificultades de inserción laboral, es decir, con minusvalía física igual o superior al 65% y/o mental mayor del 33%. Estas actividades productivas son complementadas en el CEE con las actividades dirigidas a los/as propios/as trabajadores/as desde la Unidad de Apoyo a la actividad profesional, que abarcan desde la selección de trabajadores con las capacidades requeridas para el desempeño de los puestos; apoyo a la integración de nuevos/as trabajadores/as; determinar las necesidades que el/la trabajador/a discapacitado/a tenga para desarrollar su actividad profesional; revisión periódica del nivel de recuperación y adaptación laboral alcanzado; así como la búsqueda de empleo en el mercado ordinario.

**Resultados**

Desde sus inicios, han trabajado en el CEE 22 personas, en calidad de peones y de personal de apoyo. El 100% de los peones del taller han sido personas discapacitadas, así como el 66% del personal de apoyo, casi todas ellas, de muy difícil inserción. La media de contratación ha sido de 6 meses contratados y en el caso de 2 de ellos, han conseguido trabajo en el mercado ordinario, siendo este un porcentaje más bajo del esperado inicialmente.

Actualmente, trabajan cinco peones de taller, un encargado de apoyo a la producción y un técnico medio.

**Conclusión**

Los años de experiencia del CEE han permitido extraer buenas prácticas que pueden interesar a otras entidades que se están planteando la creación de este tipo de alternativas para favorecer la inserción laboral de personas VIH+. Un ejemplo es que, aunque se trate de una experiencia basada en el beneficio social, no económico, debe partir como toda empresa, de una visión comercial que garantice trabajos rentables que sostengan la actividad y permitan trabajar cuestiones psicosociales.

Igualmente, ha demostrado que, en el caso de las personas VIH+, un puesto de trabajo en el que poder "ser visible" ha mejorado la adaptación laboral, medida como tiempo de permanencia en los puestos, así como la satisfacción en los mismos.

**Aspectos Sociales****P7.03**

Determinantes socio-culturales en el auto-cuidado de la salud: Enfoque cualitativo en usuarios de droga por vía parenteral (UDVP) provenientes de Europa del Este.



Freixa, P.1, Lazar, C.2, Meroño, M.2, Majó, X.3, Folch, C.4, Casabona, J.4

Fundació Ambit Prevenció2, CEEISCAT; Generalitat de Catalunya. Departament de Salut 3, Universitat de Barcelona (Postgrau Immigració i acollida)1.

#### Objetivo

Destacar las variables socio-culturales asociadas al auto-cuidado de la salud en UDVP.

#### Método

Se trata de un estudio cualitativo en UDVP procedentes de Georgia, Rumania, Rusia y Bulgaria residentes en Cataluña. El estudio está estructurado en 3 fases: 1) observación participante en los centros de reducción de daños (PRD) y entrevistas a informantes clave, 2) 3 grupos focales y 3) 24 entrevistas en profundidad. Según el cronograma del estudio, actualmente se dispone de los resultados de las 2 primeras fases, que son las que corresponden al trabajo exploratorio, donde se definirán los contenidos a tratar en las entrevistas en profundidad. Los bloques en torno a los cuales se ha investigado han sido: Proceso migratorio y consumo, Acceso y frecuentación a los servicios socio-sanitarios, Auto-percepción de necesidades de salud y sociales, Patrones de consumo, Redes personales/sociales y consumo.

#### Resultados

El proceso de observación ha permitido definir los perfiles de los participantes en las fases posteriores. Se ha obtenido información clave tanto a través de informantes formales (profesionales, técnicos, administraciones, estudios previos) como, principalmente, informales (usuarios de los PRD y mediador intercultural). Los resultados de los grupos focales han aportado información tanto sobre los contextos socio-culturales determinantes para cada grupo o país, como sobre los contenidos específicos a incluir en las entrevistas posteriores. También se han puesto de manifiesto a través de los grupos focales cuestiones ligadas al proceso migratorio. Todas estas cuestiones tienen una importancia clave para comprender mejor los grupos objeto de estudio y establecer subcategorías dentro de los mismos. Por ejemplo, el consumo es exclusivamente masculino entre los georgianos, en claro contraste con los rumanos o rusos, que tienen uno de los índices de feminización más altos entre UDVP en Barcelona. Otro ejemplo sería el hecho de que en todos estos grupos prácticamente no existe estigma en cuanto a la vía de consumo parenteral, lo que no sucede en España. También se observan importantes diferencias según la procedencia en la frecuentación de los servicios. Asimismo, en las dos primeras fases se han observado importantes cambios en el consumo que tienen que ver con el proceso migratorio: especialmente el paso del consumo de opiáceos al Speedball (con marcadas diferencias dependiendo del colectivo nacional) o la intensificación del consumo en Cataluña. Este estudio cualitativo parece poder explicar de forma fehaciente algunas de estas tendencias.

#### Conclusión

Nuestro trabajo destaca la importancia de los métodos cualitativos para el estudio de poblaciones migrantes y específicamente en UDVP. Los enfoques cuantitativos utilizados en nuestro ámbito no muestran un grado de adaptabilidad tan grande que responda a los cambios que se producen en las poblaciones de estudio, especialmente en el contexto migrato-

rio actual, y por tanto sus resultados deben ser complementados y combinados con enfoques cualitativos. Existe un tamiz cultural que debe ser contemplado tanto en los estudios como en las intervenciones referentes al auto-cuidado de la salud. La metodología aplicada ha puesto de relieve la importancia de los factores culturales en cuestiones ligadas al género, la percepción del estigma y la discriminación, la edad de primeros consumos, la percepción de riesgo asociado a la vía de consumo y la clase social, principalmente.

#### Aspectos Sociales

##### P7.04

La formación de las ONG por medio de las nuevas Tecnologías de la Información (TI) para difundir sus mensajes a la sociedad a través de los medios de comunicación con el fin de cambiar la imagen social del VIH/sida

Belinda Hernández, Joan Tallada, Tatiana Pacheco

Mediosysida.org, un proyecto de la RED2002 (Red Comunitaria sobre el VIH/sida del Estado español)

#### Objetivo

El Centro de Recursos Mediáticos Mediosysida.org, proyecto de la Red Comunitaria sobre VIH/sida del Estado español (RED2002), es un punto de encuentro entre periodistas y ONG que trabajan en el ámbito de la pandemia. Su objetivo es contribuir a mejorar la imagen social del VIH en los medios. Por ello, en 2009 lanzó 2 cursos gratuitos de formación online dedicados al personal de ONG: E-learning "Taller de Portavoces del VIH" (a) y Taller Online "Estrategias de comunicación para ONG del VIH" (b), que han tenido una elevada demanda de participación y una valoración altamente positiva entre las personas participantes.

#### Método

(a) Duró 30 días y participaron 20 integrantes de 20 ONG distintas del Estado español tras recibirse más de 250 solicitudes de inscripción. Se empleó la plataforma virtual interactiva Moodle. Además de informar y realizar ejercicios prácticos sobre cómo elaborar una nota o una convocatoria de prensa, y cómo preparar una entrevista en TV, entre otros recursos, el curso potenció la interactividad y el debate entre alumnado y especialistas invitados, a través de chats con periodistas de ONG y del diario online más visitado en España.

(b) Es un Aula virtual en formato vídeo, con 10 clips de 35 minutos de duración total, donde se exponen consejos útiles para hablar con los mass media sobre temas de VIH, con el fin de ayudar al personal de ONG a difundir sus mensajes de manera más eficaz cuando actúa como portavoz. El material visual se compone de contenido didáctico y entrevistas con personas que trabajan en ONG y narran sus experiencias y dan consejos de forma amena y constructiva.

#### Resultados

- Ambos cursos –experiencias piloto de Mediosysida en 2009– recibieron el respaldo del público al que se destinaron, como confirman los cuestionarios de valoración recibidos.
- El éxito cosechado motiva la continuidad en 2010 de iniciativas para la capacitación de las



organizaciones en su trato con los medios, con 2 nuevas propuestas: E-learning "Cómo organizar una rueda de prensa" y "El Taller online de Estrategias de Comunicación para ONG del VIH".

#### Conclusión

- 1) Hay que seguir facilitando que las ONG del VIH se beneficien de las TIC ya que, como en este caso del uso de internet como canal formativo, son opciones dinámicas, creativas, interactivas, de bajo coste, fácil acceso y sostenibles en términos ecológicos.
- 2) Es necesario ampliar la oferta formativa online destinada a las ONG del VIH con el doble fin de fomentar el uso, conocimiento y aprovechamiento de las NNTT; y de promover que las ONG desarrollen y mejoren sus capacidades y estrategias para dar a conocer su labor y mensajes entre la sociedad a través de los medios con el fin de mejorar la imagen social del VIH/sida.

#### Aspectos Sociales

##### P7.05

La autoaceptación y el propósito en la vida como factores protectores de la salud en personas con vih

Nagore Asla\*, Eneko Sansinenea\*, Arrate Aguirrezabal\* y Maria José Fuster\*\*

\* Universidad del País Vasco – Euskal Herriko Unibertsitatea

\*\* Universidad Nacional de Educación a Distancia

#### Objetivo

La infección por vih-1 tiene una tremenda variabilidad en su evolución, resultando muy rápida la evolución hacia el sida en algunas personas mientras que otras permanecen asintomáticas durante décadas. Un número creciente de estudios abordan la hipótesis que sugiere que distintos aspectos psicológicos de la vida de las personas con vih juega un papel fundamental en la evolución de la enfermedad. En este estudio nos propusimos abordar las relaciones entre el afecto positivo, la autorrealización, y la experiencia de síntomas físicos por parte de personas seropositivas, con la hipótesis de que las personas seropositivas con un mayor nivel de autorrealización o de afecto positivo mostrarían un menor nivel de síntomas físicos, controlando para los factores que normalmente inciden en los mismos (fase de evolución de la enfermedad, tratamiento, infecciones colaterales, años transcurridos desde la infección, etc.).

#### Método

Participaron 112 personas con diagnóstico de vih, que completaron medidas de afecto positivo y negativo, autorrealización (auto-aceptación y propósito en la vida, Ryff, 1989) y síntomas físicos en vih.

#### Resultados

Los resultados muestran que tanto el afecto positivo como el afecto negativo tienen una relación estadísticamente significativa con la experiencia sintomática del vih. Una vez controlados los efectos de estas variables, las subescalas de auto-aceptación y propósito en la

vida se asociaron significativa y negativamente con los ítems de las subescalas de miedo, falta de aire y entumecimiento del SSC-HIV.

#### Conclusión

Se confirma la hipótesis de que el afecto positivo y la autorrealización se relacionan con una menor experiencia de síntomas físicos en personas con vih. Se debaten las potencialidades terapéuticas de los hallazgos sobre la salud de las personas seropositivas.

#### Aspectos Sociales

##### P7.06

Actitudes, conocimientos y prácticas respecto al VIH/sida de mujeres y hombres latinoamericanos residentes en la Comunidad de Madrid.

Beltrán-Nebot N, Guionnet A, Navaza B, Estevez L, Quintero Y, Navarro M, Perez-Molina JA, Lopez Velez R

Unidad de Medicina Tropical. Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Ramón y Cajal. Madrid

#### Objetivo

Identificar conocimientos, actitudes y prácticas respecto al VIH/sida de la población latinoamericana residente en la Comunidad de Madrid con enfoque de género.

#### Método

Desde la Unidad de Medicina Tropical del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, se han impartido charlas-talleres sobre VIH/sida, en centros de referencia para inmigrantes, adaptados lingüística y culturalmente. Cada taller se imparte por un/a sanitario/a. Los participantes cubren una encuesta CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas) en la que también se recogen datos epidemiológicos.

Se ofertó la prueba rápida para el VIH en aquellos centros que disponían de un lugar que asegurara la confidencialidad para el counselling, en el que también se recogieron datos para profundizar más en las actitudes preventivas.

#### Resultados

Durante 2009 y hasta febrero de 2010, han participado 188 personas procedentes de Latinoamérica (107 mujeres y 81 hombres), principalmente en ONG madrileñas; La mayoría provenía de Bolivia (47,5%), Ecuador (17,6%), Perú (12,8%), República Dominicana (10,6%) y Colombia (4,3%); el 81,8% era de zona urbana y el 61,2% tenía un nivel de estudios de secundaria; el 53,2% estaban solteros/as, con una media de edad de 32,66 años y con un periodo medio en España de 3 años. En todas estas variables no se apreciaron diferencias significativas entre mujeres y hombres excepto en el tiempo medio en España que resultó significativamente superior para las mujeres ( $p=0,002$ ). En cuanto a conocimientos sobre prevención y formas de transmisión del VIH, no hubo diferencias significativas por sexos. En cuanto al tratamiento, el 13,2% de las mujeres frente al 6,2% de los hombres pensaba que existía un tratamiento para curar el VIH; por otra parte el 4,7% de las mujeres y el 17,3% de los hombres pensaban que no había tratamiento alguno para el VIH.

En la encuesta CAP, se observaron diferencias significativas en cuanto al uso del preserva-



tivo: el 44,3% de los hombres afirmaron usar el preservativo siempre con sus parejas ocasionales frente al 22,3% de las mujeres. También resultó significativo el hecho de que el 60,2% de las mujeres afirmara no tener parejas ocasionales frente al 35,4% de los hombres.

37 personas se realizaron la prueba rápida con counselling (18 hombres, 19 mujeres). Durante estas sesiones pudimos observar que 76,9% de los hombres afirmaban usar el preservativo, el 7,7% la fidelidad y el 15,4% no utilizaban nada. Entre las mujeres el 53,8% preservativo, el 46,2% fidelidad, y ninguna mujer (0%) dijo que no usara nada.

#### Conclusión

A la hora de informar sobre el VIH en el colectivo latinoamericano es necesario tener en cuenta el enfoque de género puesto que se observaron actitudes y prácticas diferenciadas por sexo. Los datos extraídos de las encuestas CAP así como del counselling muestran que los hombres usan más el preservativo con las parejas ocasionales, aunque un porcentaje significativo de ellos no utilizan nada. Las mujeres confían más en la fidelidad, usan menos el preservativo y tienen menos parejas ocasionales. En cuanto a los conocimientos, se debería enfatizar la información sobre el tratamiento para el VIH teniendo en cuenta que las creencias al respecto también varían según el género: un porcentaje significativo de hombres piensa que no existe tratamiento alguno mientras en el caso de las mujeres, un porcentaje significativo piensa que el tratamiento cura la infección.

#### Aspectos Sociales

##### P7.07

El desempeño ocupacional de las mujeres con VIH-sida en Houndé, Burkina Faso.

Inmaculada Zango Martín

Universidad Católica San Antonio de Murcia  
Medicus Mundi Castilla-La Mancha

#### Objetivos

Determinar las áreas ocupacionales más afectadas por el VIH-sida para las mujeres del estudio.

Identificar las áreas del desempeño ocupacional más significativas para las mujeres con vih-sida.

#### Método

Este estudio se ha llevado a cabo a través de una metodología cualitativa cuyas técnicas son: entrevista semi-estructurada, observación participante, entrevista en profundidad y la técnica textual. Participaron 15 mujeres y 5 hombres.

#### Resultados

Las áreas ocupacionales más afectadas por el VIH-sida según los resultados son el área productiva o trabajo y la participación social. El desempeño en las Actividades de la Vida Diaria y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria también se ve afectado no sólo por la sintomatología física asociada al sida sino a la estigmatización y el miedo al estigma y las diferentes creencias asociadas a esta enfermedad entre otras causas.

#### Conclusión

La afectación de las áreas ocupacionales en las mujeres diagnosticadas de VIH-sida tiene repercusiones en su estado de salud y un impacto directo en sus familias y comunidad. Esta pandemia está vinculada con la situación de pobreza y exclusión que afecta más directamente a las mujeres. Conocer y determinar qué áreas ocupacionales son las más afectadas por esta pandemia así como qué áreas son las más significativas ayudará a realizar un tratamiento integral teniendo en cuenta la participación comunitaria como un indicador de salud así como actividades preventivas.

#### Aspectos Sociales

##### P7.08

"Infancia y juventud VIH/SIDA: protección jurídica en el derecho español"

Josefina Alventosa del Río

JURISIDA (Asociación Española de Juristas del Sida). Departamento de Derecho civil de la Universidad de Valencia

#### Objetivo

Averiguar el nivel de protección jurídica de la infancia y juventud en nuestro derecho.

#### Método

Examen de la legislación nacional y autonómica, y de la jurisprudencia en relación a la infancia y a la juventud VIH/SIDA.

#### Resultados

Inexistencia de legislación específica sobre infancia y juventud en relación al VIH/SIDA, salvo raras excepciones. Existencia de jurisprudencia en defensa de los derechos de los menores VIH/SIDA.

#### Conclusión

Necesidad de mayor atención específica en la legislación sobre la salud de los menores, y en concreto, sobre la atención sanitaria a los menores VIH/SIDA.

#### RESUMEN.

Uno de los colectivos vulnerables que ha generado mayor preocupación en los últimos tiempos por parte de los organismos internacionales, singularmente de ONUSIDA, ha sido el de los niños y los jóvenes.

En nuestro ordenamiento jurídico existe un conjunto de disposiciones jurídicas que regulan la situación de los jóvenes, y otras de carácter general que también les son de aplicación (Convención sobre los Derechos del niño, Carta Europea de los Derechos del Niño, Carta Europea de los niños hospitalizados, Declaración Mundial sobre la supervivencia, la protección y el desarrollo de los niños).

De particular interés son la Constitución Española, de aplicación directa también a los menores, en cuanto establece el respeto a la dignidad humana, el principio de no discrimi-



nación y la atribución de derechos fundamentales, y la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, en la que se considera a los menores de edad como sujetos activos, participativos y creativos, con capacidad de modificar su propio medio personal y social.

Por su parte, las Comunidades Autónomas han ido publicando leyes de protección de la infancia y de la juventud, en las que se les reconoce el derecho a la vida y, especialmente, a la salud.

Pero, en toda esta legislación no se hace referencia explícita al padecimiento de la infección por VIH/SIDA, salvo alguna rara excepción, como en la Ley 20-6-2008, de la Generalitat Valenciana, de los Derechos de Salud de Niños y Adolescentes, en la que se reconocen Derechos específicos de los niños y adolescentes portadores del VIH (Art. 22).

De modo que la situación de los menores y jóvenes VIH/SIDA queda salvaguardada por la legislación general, pero no por una legislación específica que atienda las necesidades concretas que plantea este colectivo.

En nuestra realidad social se han producido situaciones de discriminación o de violación de los derechos fundamentales de los menores VIH/SIDA que han sido contempladas por nuestros Tribunales. Cabe citar el Auto del TC de 7-3- 2006, que reconoce el derecho a la intimidad de una menor que padecía VIH, cuya situación fue expuesta en una revista; y la sentencia del TS de 2-3-2004, en la que se reconoció una indemnización a los padres y a la hermana de dos menores que resultaron infectados de los virus de la hepatitis C y VIH como consecuencia de transfusiones de sangre en el curso del tratamiento de la hemofilia que padecían.

Por otra parte, la situación de los menores y de los jóvenes VIH/SIDA en el ámbito sanitario plantea varias cuestiones: en relación a la información que deben y pueden recibir, a los tratamientos a que se pueden someter, al sometimiento a los ensayos clínicos, al posible aborto de jóvenes embarazadas seropositivas, entre otras.

Según nuestro derecho, un menor de 16 años VIH/SIDA tiene capacidad para decidir en el ámbito sanitario; sin embargo, la ley permite al médico responsable informar a los padres en caso de actuación de grave riesgo. Por debajo de esa edad, son sus representantes legales, padres o tutores, quienes deben recibir la información y otorgar el consentimiento a los tratamientos propuestos.

## Aspectos Sociales

### P7.09

#### Informe de Consultas 2009 de la Asesoría Jurídica en VIH/sida

Bertran de Bes, J; Hernández, B; Martínez, P.

Observatorio de Derechos Humanos y VIH/sida de RED2002

#### Objetivo

El Observatorio de Derechos Humanos y VIH/sida, creado en 2003, forma parte de RED2002, la Red Comunitaria del VIH/sida del Estado Español. El Observatorio tiene como objetivos abordar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH, visibilizar los casos de vulneración de derechos y sensibilizar a la población sobre esta situación. Para ello desarrolla

actividades de asesoría jurídica, campañas divulgativas y espacios de formación sobre los derechos humanos y el VIH.

#### Método

Entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2009 el Observatorio registró las consultas del servicio de asesoría jurídica a nivel estatal. Los datos fueron clasificados bajo los siguientes criterios: motivo de la consulta (empleo, bienestar, atención sanitaria, seguros, vivienda, vida familiar y derechos reproductivos, vida cotidiana, administración, justicia y educación), datos demográficos (sexo, edad, lugar de origen y residencia), persona que realiza la consulta (afectada, pariente, ONG, hospital, etc.), forma de contacto (web, e-mail, correo postal o teléfono) y vía de conocimiento del servicio

#### Resultados

Durante el periodo de 12 meses de recogida de datos, el Servicio de Asesoría Jurídica recibió 137 consultas, procedentes de 15 comunidades autónomas. El motivo mayoritario de consulta fue el asesoramiento legal en el campo del empleo (32%), seguido de la atención sanitaria (20%) y los seguros (11%). La persona afectada hizo la consulta en el 72% de los casos, mientras que en un 23% fueron profesionales de ONG y en un 5% otros (hospital, familiar, pareja).

#### Conclusión

El registro de los casos, además de hacer una fotografía año tras año del perfil de las situaciones de discriminación, nos permite tener una prueba tangible de la vulneración de los derechos fundamentales de las personas con VIH. Los informes del Observatorio aportan datos que ponen de relieve la persistencia de la discriminación y nos legitiman a seguir trabajando para reducir el estigma y defender los derechos de las personas con VIH. La principal razón de consulta en el 2009, siguiendo la tendencia de años anteriores, ha sido el empleo, lo cual muestra la necesidad de acciones dirigidas a personas en edad laboral y en centros de trabajo. Aunque tenemos una legislación que protege los derechos de todas las personas, la realidad nos muestra cada día que dicha protección legal es insuficiente, que hay un salto entre la ley y la práctica cotidiana. Vamos a tener que trabajar mucho para diseñar e inventar acciones encaminadas tanto hacia la eliminación del estigma como a la prevención y denuncia de la discriminación y vulneración de derechos. También será necesario conseguir que las administraciones públicas, los sindicatos, las empresas y el poder judicial se involucren de verdad con este tema y pongan los medios necesarios para cumplir la legislación.

## Aspectos Sociales

### P7.10

#### "Grado de satisfacción laboral y síndrome de Burnout en unidades monográficas de infección VIH"

Autor principal: JM. Castro

Coautores: MC. Gómez, MA. Aragonese, B. Arribas, FJ. Vélez, M. Gálvez, M. Gimena, R. Martín, M. Mayoral, M. Amador, A. Barrio, M. Izquierdo, A. Mayor, M. Morales.



Hospital La Paz, Madrid. Hospital Doce Octubre, Madrid. Hospital Gregorio Marañón, Madrid

#### Objetivo

Conocer el grado de satisfacción laboral y síndrome de Burnout en el personal que trabaja en la atención a pacientes VIH en las unidades objeto del estudio. Explorar los factores relacionados con el burnout en el personal sanitario que trabaja en la atención a pacientes VIH.

Unidades Monográficas de VIH de :A Coruña, Santiago, Madrid, Barcelona, Tenerife, Valencia, Sevilla:

#### Antecedentes

El síndrome de Burnout ha estado vinculado a las profesiones sanitarias desde su descripción (Freudenberg 1974); por las mismas fechas, "C. Maslach" lo define como "un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas" y adapta la actual encuesta que se utiliza para su medición. El motivo de este estudio es valorar el grado de satisfacción y desgaste del personal que trabaja en unidades monográficas de infección VIH, que prestan atención en el territorio español

#### Método

Estudio observacional descriptivo transversal cuya población diana son todos aquellos profesionales que trabajan con pacientes VIH, cuya antigüedad en la unidad sea superior a 6 meses. Para la recopilación de datos se han empleado dos cuestionarios autoadministrados y anónimos compuestos por el MBI y Warr, Cook y Wall 1979, combinando tanto las variables cualitativas (Subescala de cansancio emocional, despersonalización y de realización personal según: sexo, estado civil, categoría profesional, situación laboral, turno y hospital, como las variables cuantitativas: tiempo de trabajo actual, años de profesión. Para el tratamiento de los datos se realiza mediante programas SPSS y EXCEL

#### Resultados

El total de encuestas recogidas es de 149. El grado de satisfacción laboral de los trabajadores de las Unidades de Infección VIH de los dos hospitales estudiados es de moderadamente satisfecho.

El grado de cansancio o agotamiento emocional es bajo.

El grado de deshumanización o despersonalización es bajo.

El grado de realización personal es medio

#### Conclusión

Estos datos se analizan más detalladamente teniendo en cuenta: sexo, grupos de edad, tipo de contrato, experiencia profesional y tiempo en la unidad. Y se darán a conocer en el congreso Seisida 2010

#### Aspectos Sociales

##### P7.11

TRANSformando: soporte emocional en mujeres transexuales trabajadoras del sexo

Adriana Morales Carmona

Stop Sida

#### Objetivo

Responder a la demanda de las mujeres transexuales trabajadoras del sexo (TStrans) de crear espacios que permitan el trabajo de la autoestima y el abordaje de la vivencia de la sexualidad y el trabajo sexual desde una perspectiva holística de la Salud Sexual.

#### Método

Creación de grupos de soporte emocional (GSE) para compartir experiencias del trabajo y vivencias de la Salud Sexual en un entorno seguro para todas. Son grupos mensuales y abiertos a la participación de cualquier mujer transexual trabajadora del sexo. Dos facilitadoras moderan y organizan las sesiones, su participación activa en el grupo impulsa esta intervención.

Todas las sesiones están regidas por unas normas de confidencialidad y no juicio. Se trata de crear un lugar protegido donde poder expresar experiencias y emociones. Para conseguir que este espacio se sienta como seguro, las normas de funcionamiento se determinan en el primer encuentro y son expuestas y comentadas al empezar cada sesión. Después se presenta el tema, se abre un debate y se cierra con el GAM: "compartir en un tiempo determinado lo que siento respecto al tema propuesto". Todas las sesiones acaban con una canción que de alguna forma hace referencia al tema tratado.

#### Resultados

Se han realizado 7 grupos durante el año 2009 con una participación de 12-15 TStrans por sesión. Los temas de los grupos han sido:

- 1) ¿Para qué me sirve el grupo de soporte? Motivaciones para acudir a los grupos, momento vital en el que me encuentro.
- 2) Lo que recibo y espero de stop sida y de las demás compañeras.
- 3) Mis ideas sobre las TStrans: prejuicios y perjuicios que tenemos y cómo nos influencia.
- 4) La autoestima: cómo afecta el sentirnos cómodas con nosotras mismas y hasta qué punto el trabajo sexual puede influir en nuestra autoestima
- 5) Mi relación con mi cuerpo: cómo lo quiero y lo cuido.
- 6) Sobre el amor y las relaciones de pareja: en qué aspectos basamos nuestras relaciones de pareja y cómo afecta en la Salud Sexual.
- 7) Evaluación: valoración de las diferentes sesiones realizadas durante el año y propuestas para el año 2010.

#### Conclusión

Los grupos de soporte emocional (GSE) o grupos de ayuda mutua (GAM) son una herramienta que permiten un trabajo emocional profundo, facilitan el empoderamiento y el crecimiento personal. En ellos se crea un espacio confidencial, respetuoso, donde no se permite el juicio y donde es posible compartir vivencias personales y laborales como TStrans. Estos grupos favorecen el cambio de vivencias y a su vez de conductas desde la experiencia y expresión emocional, además que facilitan la interacción personal entre las TStrans y favorecen la cohesión grupal.





**Aspectos Sociales****P7.12**

Resultados del Trabajo en Red realizado desde el Programa Supraterritorial de Inserción Sociolaboral de las personas que viven con VIH-Sida

Marta Albiol Soto  
Coordinadora Estatal de VIH-Sida (CESIDA)

**Objetivo**  
Favorecer la orientación sociolaboral de las personas que viven con VIH a través del trabajo en red

**Método**  
Las intervenciones directas se realizan a través de entrevistas individuales y en profundidad. Se identifican 3 momentos para elaborar itinerarios de orientación sociolaboral personalizados: Momento de diagnóstico, identificándose las necesidades explícitas e implícitas, deseos, carencias y habilidades de la persona. Momento de asesoramiento, en el que se consensúan las posibles acciones a emprender y se realizan acompañamientos para la elaboración de curriculum, entrevistas, derivaciones a centros de empleo, etc. Momento en el que se acompaña al/la usuario/a en la búsqueda activa de empleo o capacitación. El trabajo en red requiere intercambiar información, ideas y experiencias, conceptos básicos, modelos de informes, etc. Para ello se cuenta con espacios on line para debatir.

**Resultados**  
Durante el 2009 el programa ha recibido financiación del Ministerio de Sanidad y Política Social, a través de la convocatoria del IRPF y ha trabajado con un total de 401 personas (298 hombres y 103 mujeres). Se informa a los/as usuarios/as sobre sus derechos, recursos y herramientas de las que pueden dotarse para incrementar sus posibilidades de incorporación al mercado laboral. La información y asesoramiento contribuye a reducir las desigualdades en el acceso y promoción en el mercado laboral de las personas que viven con VIH y facilita la adquisición de estrategias y habilidades para que puedan afrontar situaciones de estigma y discriminación que se producen en el mercado laboral.

**Conclusión**  
El trabajo de inserción laboral se va incorporando progresivamente a la dinámica de trabajo de las asociaciones, adquiriendo poco a poco mayor relevancia. Muestra de ello es el significativo incremento de las asociaciones que durante el 2010 van a desarrollar el programa. Se ha pasado de 10 asociaciones ejecutantes del programa a 21, Amigos Benidorm, CCAS Burgos, CAEX, CASDA, Lazos Pro Solidaridad, Hogar 20, Caracol, CASMU, Comité Ciudadano Antisida de Palencia, Faro Positivo, CCANVIHAR, UNAPRO, ACCAS, Comité Ciudadano Antisida de C. Valenciana, AVACOS, Asociación T-4, OMSIDA, Gais Positius, AMU-VIH, Apoyo Positivo y CESIDA. Y el incremento del importe subvencionado por el Ministerio de Sanidad y Política Social a través de la convocatoria del IRPF del año 2008. El análisis de las atenciones indica que se está iniciando una redefinición del servicio debi-

do a la situación especialmente compleja en la que se encuentra el mercado laboral actual y la existencia de recursos que realizan acciones de intermediación laboral. En este sentido, un auténtico reto para fomentar el empleo de las personas que viven con VIH es diseñar y poner en práctica protocolos de colaboración y trabajo conjunto con otros recursos específicos de inserción laboral.

**Aspectos Sociales****P7.13**

Formación de inmigrantes como mediadores culturales en prevención de VIH/SIDA

Diana Andreea Sumanaru, Antonio Cuevas

Asociación Formación Agentes de Salud en VIH/SIDA (AFAS)  
Federación Estatal Escuelas de Prevención del VIH/SIDA (FEES)

**Objetivo**  
Crear la figura del Mediador Cultural para promover y fomentar la información y la prevención en población inmigrante.

**Método**  
Seleccionar los contenidos a impartir en cada uno de los módulos y planificar las siguientes estrategias: lluvia de ideas, narración de experiencias laborales, planteamiento de dudas, trabajo en pequeño grupo, role-playings, metodología dinámica y facilitadora y debates.

**Resultados**  
Valorar la eficacia de la intervención en cuanto a conocimiento, actitudes y hábitos relacionados con el VIH/SIDA que poseían los alumnos antes y después de la realización del curso. Conseguir un efecto multiplicador de los conocimientos adquiridos.

**Conclusión**  
Facilitar el que los mediadores, con una buena base de conocimientos, consigan implementar las estrategias y habilidades trabajadas durante el curso en su trato diario con personas inmigrantes.

**Aspectos Sociales****P7.14**

Recursos para mujeres VIH+ en Barcelona

Llum Polo Sangüesa, Verónica González Hernández

Àmbit Prevenció

**Objetivo**  
Detectar y dar visibilidad al déficit de recursos para mujeres VIH+ en la localidad de Barcelona.



**Método**

Se realiza un análisis de la prevalencia de VIH/Sida en mujeres que se encuentran en situación de calle en la ciudad de Barcelona, así como de los recursos y las plazas existentes en residencias para población con este perfil, comparándolos con los existentes para hombres en esta misma situación.

**Resultados**

La realidad encontrada en la ciudad de Barcelona evidencia que la mayoría de recursos para personas VIH+ contemplan más plazas para hombres que para mujeres, dejando a éstas en una situación de desventaja a la hora de plantearse el abandonar la situación de calle en la que se encuentran, promoviendo así la cronificación de su exclusión social y el empeoramiento de su estado sanitario.

**Conclusión**

El hecho de que existan más plazas para hombres que para mujeres en centros residenciales para VIH positivos, radica en la lógica de que hay una mayor prevalencia de esta enfermedad en el primer grupo, así como también una mayor proporción de hombres en una situación sin techo.

Teniendo en cuenta que se trata de un perfil de mayor riesgo, con un mayor deterioro de la situación social y sanitaria, y siendo las mujeres con VIH en situación de calle un grupo reducido, este problema podría solucionarse creando algunos recursos específicos para este perfil de población.

**Aspectos Sociales****P7.15****Acompañamiento integral Hospitalario al paciente VIH/sida**

Carmen García, Coordinadora de Voluntariado ACASC.

Coautores: Margarita Vila, responsable de atención al Usuario Hospital del MAR

**Antecedentes y objetivos**

El proyecto que tiene por nombre Mà Estesa, "Mano entendida" en castellano, va iniciarse el mes de febrero del año 2007, después de haber seleccionado un equipo de 16 personas según el perfil consensuado con el servicio de atención al usuario del Hospital del Mar de Barcelona. Básicamente el perfil del voluntario asignado a este programa responde a las personas que estén convencidas y concienciadas de la necesidad de mantener, defender y promover la dignidad de las personas en cualquier situación y que tengan capacidad de superar estereotipos culturales, sociales y religiosos, y con capacidad de trabajar en equipo y formarse para hacerlo.

Los objetivos del programa son básicamente:

- Acompañar la persona con VIH-sida en su proceso de hospitalización.
- Reforzar la presencia de las entidades del tercer sector dentro de la red pública médico

asistencial, como un elemento complementario que dota de un de valor añadido a la calidad de la asistencia recibida en el hospital.

- Visibilizar y normalizar la presencia del voluntariado dentro de los hospitales como una herramienta de mejora y optimización de recursos y no sólo como un elemento de caridad.
- Sensibilizar la ciudadanía de la necesidad de no bajar la guardia y colaborar por una mejor integración de todas las personas que viven o conviven con el VIH y el Sida.
- Crear un modelo de intervención de fácil aplicación y adaptabilidad a cualquier otro unidad hospitalaria. Conectar las personas atendidas a la red externa de entidades.

La experiencia de 24 años de vida de nuestra Asociación en contacto con Personas Viviendo con VIH/sida y el trato diario con ellas, nos ha hecho entender y extender nuestras actuaciones a todas aquellas personas afectadas directa (PVS) o indirectamente (familiar, vecino, amigo..etc) por la enfermedad. Es partiendo de esta premisa que en la primera fase del proyecto extendemos el trabajo de acompañamiento a las familias, al entorno social del individuo enfermo, y trabajamos conjuntamente con todo el equipo profesional sócio-sanitario de el Hospital del mar.

**Método**

El programa de Acompañamiento hospitalario de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital del Mar, se lleva a cabo los siete días de la semana, los 365 días del año por 24 voluntarios que, en grupos de 4 personas diariamente realizan diversas actividades por la tarde en horario de 16<sup>00</sup> a 19<sup>00</sup>hrs, como por ejemplo: Charlas, escuchar, leer el diario en voz alta, acompañar en los paseos por la planta del edificio, escribir para quien no puede, juegos de mesa, dar meriendas y cenas, y vehicular demandas del paciente al departamento de trabajo social del centro.

Por otro lado se presta apoyo para la toma de conciencia a los pacientes portadores del VIH/sida que no sabían de su estado serológico (+ del 50% de las personas ingresadas) se les instruye sobre la importancia de la adhesión a los tratamientos antirretrovirales, y se hace una prevención secundaria ayudando a los pacientes a entender la importancia de seguir hábitos saludables. (Continúa)

**Fases Metodológicas:**

- 1) Llamamiento de voluntarios
- 2) Formación Vih/sida /adhesión TARV
- 3) Habilidades sociales y Protocolo Hospitalario.
- 4) Incorporación al programa
- 5) Seguimiento mensual: ACASC/VOLUNTARIOS, ACASC/HOSPITAL DEL MAR
- 6) Evaluación semestral conjunta ACASC/HOSPITAL DEL MAR

**Resultados**

El proyecto ha procurado un itinerario de conexiones dentro la red asistencial de la ciudad de Barcelona en directa colaboración con los estamentos del Hospital del Mar. En estos momentos, y tras 3 años de trabajo hecho sin pausa, ha atendido a más de 1840 personas. La consolidación del proyecto es una realidad. Al largo de este tiempo los voluntarios se han convertido en una herramienta complementaria y muy valorada por el Departamento de



Trabajo Social de la unidad, aportando información que muchas veces los usuarios no facilitan a los profesionales bien por desconfianza, o por la barrera que en muchos casos supone el idioma. Con el fin de formalizar este traspaso de información y enmarcar los límites de actuación, se han elaborado conjuntamente con la trabajadora social, protocolos que facilitan la colaboración. Gracias a este trabajo en conjunto hemos conseguido con menos dificultad, incorporar a la red de atención del hospital, enfermos dados de alta, incluso algunas de estas personas ahora mismo son usuarios de nuestro centro de día "Espai Vihtal" o de otras entidades que trabajan en el ámbito de VIH/sida.

#### Conclusión

La creación de este programa es fruto de un proceso de reflexión activa para llegar a definiciones comunes alrededor de la figura del voluntariado hospitalario: cuales habrían de ser los parámetros de calidad a aplicar, como hacer visible la necesidad de complementariedad de los servicios públicos, las entidades y la actuación voluntaria, teniendo mucho en cuenta la responsabilidad en la cual incurrir los centros, y por extensión a la administración, para "acuadrillar" la presencia de voluntarios provenientes de entidades del tercer sector.

#### Aspectos Sociales

##### P7.16

Preocupación hacia las ITS/VIH y relaciones de poder en la pareja como predictores de la emisión de conductas sexuales de riesgo en adolescentes españoles e inmigrantes.

Juan Madrid (CMS Joven, Madrid)\*, M<sup>a</sup> Paz Bermúdez\*\*, M<sup>a</sup> Teresa Ramiro\*\* y Ángel Castro\*\*

\* Organismo Autónomo Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid. Centro Municipal de Salud Joven

\*\* Universidad de Granada.

#### Objetivo

El objetivo principal de este trabajo es analizar si existe relación entre la preocupación hacia las ITS/VIH y las relaciones de poder en la pareja en una muestra de adolescentes autóctonos españoles y adolescentes inmigrantes latinoamericanos residentes en España. Además, se analizan las diferencias en las variables analizadas en función del origen cultural y del sexo y se analiza si la preocupación hacia las ITS/VIH y las relaciones de poder pueden predecir la emisión de conductas sexuales de riesgo para el VIH.

#### Método

##### Instrumento

- Cuestionario elaborado Ad-hoc para obtener información sobre variables sociodemográficas, tales como la edad, el origen, número de hermanos, el origen de los amigos, estado civil de los padres, nivel de estudios de los padres, situación laboral de los padres, con quién viven, religión, orientación sexual y el tipo de relaciones sexuales mantenidas.

##### Procedimiento

El instrumento fue aplicado de forma colectiva, por el mismo investigador y asegurando siempre el anonimato y la confidencialidad en los respuestas.

Participaron 689 adolescentes de entre 14 y 19 años, con una media de edad de 16,88 años, de los que el 58,9% eran autóctonos y el 41,1% inmigrantes latinoamericanos. Entre los autóctonos, el 36,9% eran varones y el 63,1% restante, mujeres. La media de edad de este grupo era de 16,60 años. Entre los latinos, el 37,8% eran varones y el 62,2% mujeres y la media de edad de todo el grupo fue de 17,30 años.

#### Resultados

En primer lugar, se analizó la relación entre las variables analizadas. Se obtuvo una correlación estadísticamente significativa y de signo negativo entre la preocupación hacia las ITS y hacia el VIH y el control sobre la relación de pareja; aquellos adolescentes que muestran más preocupación hacia las ITS y hacia el VIH son los que menos control muestran sobre la relación de pareja. Posteriormente, se hallaron las diferencias existentes en las variables analizadas en función del origen. Se observaron diferencias significativas en la preocupación hacia el VIH y en el control sobre la toma de decisiones en la pareja; los autóctonos mostraron más preocupación hacia el VIH y mayor control sobre la toma de decisiones que los latinos. Posteriormente, se analizaron las diferencias por sexo en cada uno de los grupos culturales. Entre los autóctonos, las mujeres mostraron mayor control sobre la relación de pareja y en la toma de decisiones en la pareja, mientras que entre los latinos, los varones mostraron mayor control sobre la toma de decisiones en la pareja. Por último, se llevó a cabo un análisis de regresión logística binaria para analizar cuáles de las variables analizadas (incluyendo variables sociodemográficas de interés, como el origen, el sexo y la edad) pueden predecir la emisión de conductas sexuales de riesgo. Se obtuvo que el origen y el control sobre la toma de decisiones en la pareja pueden predecir las conductas sexuales de riesgo; los adolescentes latinos muestran una probabilidad de 1,93 veces mayor que los autóctonos de llevar a cabo conductas sexuales de riesgo, mientras que los adolescentes que tienen menor control sobre la toma de decisiones en la pareja presentan una probabilidad 1,31 veces mayor de emitir conductas sexuales de riesgo.

#### Conclusión

Según los resultados obtenidos, se puede concluir, en primer lugar, que existe una relación inversa entre la preocupación hacia una posible ITS y hacia el VIH y el control que los adolescentes tienen sobre su relación de pareja. Así, se debe buscar un equilibrio entre ambas variables para alentar conductas protectoras. Además, se plantea que los adolescentes latinos residentes en España se encuentran en una situación de mayor riesgo de infección por las ITS/VIH, debido a su origen y a variables mediadoras ante la emisión de conductas sexuales de riesgo, como en este caso la toma de decisiones en la pareja.

#### Aspectos Sociales

##### P7.17

Experiencia de trabajo con mujeres trabajadoras del sexo sobre la discriminación y el estigma asociado al VIH

Eva Gutiérrez Hernanz, María López Tobar y Christopher Richard Neill  
FUNDACIÓN ATENEA



**Objetivo**

Responder a la demanda de un grupo de mujeres trabajadoras del sexo, algunas seropositivas, sobre su vivencia del VIH/sida y la influencia discriminatoria de este factor en el desempeño de su trabajo.

**Método**

El inicio fue la recogida de la demanda de un grupo de mujeres seropositivas y otras sensibles a su situación, todas trabajadoras del sexo, ante el rechazo de compañeras conocedoras de su seropositividad y el boicoteo de posibilidades de encontrar clientes por ello. Siguió un sondeo entre el colectivo diana sobre la mejor forma de canalizarlo, y se determinó desarrollar una acción de encuentro y formativa, un taller experiencial, vivencial y de intercambio, con prioridad a las emociones y las vivencias frente a contenidos teóricos, ajeno a tópicos y contenidos típicos al abordar estos contenidos. El taller se denominó "Las Gansas" (según la teoría del vuelo de los gansos), nombre metafórico que da importancia al sentido de trabajar en comunidad, al apoyo mutuo entre personas que comparten su profesión y que al unirse puedan derribar barreras comunes. Metodología participativa en todas las fases (diseño, ejecución, evaluación y propuesta de acciones posteriores), produciendo el propio grupo los contenidos y resultados, con mínimo guión orientador, que articula los bloques y el apoyo en estrategias grupales. Se contó con una figura femenina y otra masculina para su realización, y participaron 4 mujeres y 2 hombres. Los bloques del taller son: 1. ¿Quiénes somos las trabajadoras del sexo? 2. Sexo y Género. 3. La Discriminación y el Estigma. 4. VIH y sida. Evaluación: Inicial: entrevista grupal para conocer sus expectativas ante la experiencia y conocer expectativas de educadores/as. Continua: cada actividad/dinámica se valora y destacan vivencias personales. Final: cuestionario semi-estructurado final individual y valoración global de la experiencia.

**Resultados**

"Las Gansas" fue un espacio para compartir experiencias, necesidades, dificultades y distintas perspectivas sobre las trabajadoras del sexo y la infección por VIH. En el bloque ¿Quiénes somos las Trabajadoras del Sexo? se concluyó que es difícil encontrar espacios donde hablar sobre su trabajo porque, socialmente, "trabajadora del sexo" se identifica con "marginada", "drogadicta", "viciosa" o "víctima". Sienten miedo y culpa, pero también se sienten dignas y orgullosas de su trabajo, estos sentimientos encontrados son difíciles de gestionar. En el bloque Sexo y Género se identificaron las diferencias biológicas como creadoras de desigualdades sociales, pero es posible crear una sociedad de mujeres y hombres libres, sin dominación de un solo género. Se identifican discriminaciones, prejuicios y desigualdades que sufren muchas mujeres, más si son trabajadoras del sexo. Se destaca la imagen tan lejana que tiene la sociedad, con la que no se identifican. En el bloque Discriminación y Estigma se vio que el ideal es cambiar la percepción de la sociedad sobre ciertas conductas. Existe miedo a lo desconocido y, por ello, se etiqueta a las personas. Es preciso unirse para manifestarse y luchar, pues la sociedad la formamos todas y todos. Se sintieron "más humanos/as y menos perfectos/as". En el bloque VIH y Sida se sostuvo que la discriminación de personas seropositivas va más allá de la ignorancia, se dispone de mucha información pero no empatizamos hasta que nos afecta. Debemos trabajar para poder considerar única y respetable la biografía de cada persona.

**Conclusión**

Las personas que comparten una dirección común y tienen sentido de comunidad pueden llegar a desear más fácil y rápidamente porque se apoyan mutuamente. Experiencias como esta fomentan que los colectivos se unan y luchen por objetivos comunes que favorezcan a quienes los componen; como mejorar las condiciones de trabajo, uniéndose frente a necesidades sentidas y reales y mejorar ciertas cuestiones o aspectos. Todas las personas seropositivas tienen derechos y se debe luchar por ellos. Es muy importante seguir informado/a y transmitir esa información a nuestro entorno. Esta experiencia ha tenido consecuencias positivas para cada mujer: con todas se mantiene el contacto y se realiza un seguimiento conjunto de su situación, necesidades... Además, dos colaboran como Agentes de Salud con nuestro proyecto entre su grupo de iguales.

**Aspectos Sociales****P7.18**

Aspectos sociales del VIH/SIDA en el colectivo de inmigrantes residentes en A Coruña

David Wiersma, Djibril Faye, José Francisco Hurtado Durán, Ongd Ecos do Sur  
M<sup>a</sup> Angeles Castro, Josefina Baliñas,

Unidad Medicina Interna B Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

**Objetivo**

Analizar la características socio-epidemiológicas de las personas que realizaron la prueba de VIH/SIDA en el periodo de estudio 2005 - 2009.

**Método**

Las personas interesadas en realizar la prueba (previa explicación) fueron citadas y acompañadas por personal de nuestra entidad (Coordinador del Programa o Mediador Intercultural) a la Unidad de Medicina Interna B del CHUAC, donde el equipo sanitario realizó una entrevista personalizada a cada persona. Los datos se trataron utilizando el programa estadístico SPSS 15.0.

**Resultados**

La gran mayoría de las personas atendidas era de origen iberoamericana 76,5 % (156 personas) seguida por el colectivo de origen africana, con un 14,7 % (30 personas), por el de Europa de los 27 y por el del Resto de Europa con un 5,4 % (11 personas) y un 3,4 % (7 personas) respectivamente. En cuanto al sexo podemos afirmar que hubo una prevalencia leve de mujeres que llegaron a representar el 52% contra el 48 % de los varones. El grupo de personas que va de 31 a 35 años representó la mayoría según la variable de los grupos de edad, con un 22,5 % de la muestra. El 70,1 % afirmó utilizar preservativo, aunque solo el 42,6% lo usa siempre, mientras que un 27,5 % ocasionalmente. En cambio 53 personas, el 26 %, no lo utilizan y 8 personas, el 3,9 %, no contestó a esta pregunta. Solamente dos personas eran parte del colectivo de riesgo de ADVP, y una de ellas, al mismo tiempo, tuvo relaciones homosexuales sin protección. Otro aspecto importante para medir el nivel de sensibilización del colectivo era saber si alguna vez había realizado la prueba con anterioridad.



Según los datos recogidos, poco menos de la mitad (48,5 %) de las personas atendidas la realizó anteriormente. Finalmente queremos subrayar que solo 3 personas dieron resultado positivo al test del VIH, las tres declararon tener relaciones sexuales heterosexuales, dos no utilizaban habitualmente el preservativo mientras que una sí, desconociéndose la manera de contagio, ya que no aparecían otras prácticas de riesgo.

#### Conclusión

Los datos que obtuvimos con nuestro estudio indican que las actividades de sensibilización están obteniendo siguen siendo fundamentales para evitar las prácticas de riesgo (sobre todo en ese casi 60% que no usa o usa ocasionalmente el preservativo). En general hay una tendencia parecida en la población inmigrante a la del resto de Galicia en lo que respecta a la vía de difusión del contagio. Si por un lado sólo 3 personas dieron positivo en la prueba de VIH (el 1,5 %), hay que destacar que el 30 % afirmó no utilizar el preservativo nunca en sus relaciones sexuales, lo que quiere decir que estas personas están en potencial riesgo de contagio, aunque tengamos que hacer hincapié en el hecho de que la población inmigrante atendida en nuestro Programa en su gran mayoría (98,5%) es población sana en cuanto a la infección de VIH.

#### Aspectos Sociales

##### P7.19

#### Conclusiones de las Jornadas "Sensibilidad Empresarial y VIH"

Cristina Sanclemente Sierra, Julio César Gómez Caballero

Federación "Trabajando en Positivo"  
AMBIT PREVENCIÓ de Barcelona.  
Comité Ciudadano Anti-SIDA de la Comunidad Valenciana

#### Objetivo

1.- Trasladar las reflexiones, conclusiones y propuestas de acción que los/as representantes de empresas privadas, sindicatos, mutualidades de trabajo y/o servicios de prevención, ONG y administración realizaron, en el marco de las jornadas, en torno a la Sensibilización Empresarial como herramienta de apoyo a la inserción laboral de las personas que viven con VIH.

#### Método

Las más de 50 personas asistentes presenciaron tres Mesas Redondas diferenciadas en las que participaron un total de 9 ponentes: 4 en la mesa de Empresas Privadas; 3 en la de Sindicatos y 2 en la de Mutualidades de Trabajo y Servicios de Prevención.

Una vez finalizadas las Mesas Redondas, los/as participantes -la mayoría representantes de ONG- se distribuyeron en tres grupos de trabajo: 2 para el debate sobre las acciones a realizar con EMPRESAS y 1 con SINDICATOS. A través de estos grupos de trabajo, se identificaron las principales propuestas de acción y oportunidades a realizar para luchar contra la discriminación hacia las personas con VIH dentro del mundo laboral.

#### Resultados

En los Grupos de trabajo se identificaron más de 30 acciones a promover y realizar por los diferentes agentes del mercado laboral representados en las Jornadas.

Entre éstas, la más general destacaba la necesidad de crear una COMISIÓN DE TRABAJO liderada por el Ministerio de Sanidad y Política Social que contara con la participación de agentes sociales como ONG, sindicatos, empresas, trabajadores/as, mutuas y servicios de prevención, etc. con el fin de prevenir el estigma y la discriminación en el ámbito laboral mediante campañas formativas e informativas dirigidas a todo el sector laboral.

Otras alternativas de acción estaban relacionadas con ACTOS DE DIVULGACIÓN (Manifiesto del Día Mundial del Sida; Comunicados de prensa; Desarrollo de los contenidos específicos sobre no discriminación e inserción laboral en la página web de la Federación "Trabajando en Positivo", etc.) en los que se contara también con la participación de los diferentes agentes. Finalmente, se identificaron acciones de INCIDENCIA POLÍTICA relacionadas con la promoción de políticas de empleo en personas con enfermedades crónicas y de protocolos en los procesos de selección que contemplen garantías de no discriminación.

#### Conclusión

Empresarios/as, sindicatos y mutualidades de trabajo coinciden en que el VIH sigue significando desconocimiento y miedo en el mundo laboral; apoyaron estrategias que luchen contra el rechazo a través de la información y la visibilización que las ONG pueden aportar a las empresas y reconocieron la necesidad de un trabajo conjunto entre empresas, sindicatos y ONG para afrontar esta situación.

#### Aspectos Sociales

##### P7.20

Estudio descriptivo del perfil profesional y de la práctica clínica habitual de los profesionales españoles que tratan al paciente VIH.

Ruiz S (1), López-Bernaldo JC (2), Lozano F (3), Hevia H (4), Ledesma F (4), Pedrol E (1)

(1) Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona. (2) Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. (3) Hospital Virgen de Valme. Sevilla. (4) Unidad de Virología. Janssen-Cilag España.

#### Objetivo

El objetivo del presente estudio es averiguar el perfil de los profesionales que atienden a pacientes con VIH y su práctica clínica habitual.

#### Método

Estudio observacional, transversal y multicéntrico en el que participaron 91 médicos que atienden a pacientes con VIH. El periodo de reclutamiento del estudio se llevó a cabo entre el 15 de noviembre de 2008 y el 31 de marzo de 2009. Se recogieron datos relacionados con la práctica clínica habitual así como datos personales y profesionales a través de un cuestionario autoadministrado, en ocasión, del inicio de un protocolo de fármacos antirretrovi-



rales (estudio SWITCH cuyo objetivo era determinar los motivos de introducción de darunavir en un régimen antirretroviral).

#### Resultados

De los 91 médicos encuestados el 76.9% son varones y su edad media es de 48.8 años; el 60.4% cuentan con más de 20 años de ejercicio profesional. Las especialidades de estos médicos son: 57.1% medicina interna, 39.6% infecciosas, 1.1% microbiología clínica, 1.1% medicina de familia y 1.1% otras. El 74.7% de los médicos trabajan en hospitales de referencia y el 17.6% en comarcales; el número medio de pacientes atendidos al mes por éstos facultativos es de 163 pacientes, de los cuales entre el 81 y el 99% son pacientes con VIH. Las unidades de trabajo para la atención de estos pacientes están formadas por una media de 5.2 personas. El 26.4% de los médicos pasan consulta 5 veces por semana, 8.8% 4 veces, 23.1% tres veces, 30.8% dos veces y el 11% una vez. El 79.1% puede dedicar a cada paciente entre 11 y 20 minutos, el 16.5% entre 21 y 30 minutos, el 2.2% menos de 10 minutos y el 2.2% más de 30 minutos. La gran mayoría, el 96.7%, sigue las guías clínicas y la más seguida es la de GeSIDA (92%). El 79.5% también consulta complementariamente la guía americana –DHHS–, el 40.9% la europea –EACS–, el 11.4% la británica –BHIVA– y el 2.3% otras. El test de resistencia más utilizado es el genotípico (98.9% de los médicos) y el algoritmo más consultado para interpretarlo es el de Stanford (83.5%) y además, el 57.1% sigue la interpretación literal que viene con el informe del mismo

#### Conclusión

La mayoría de los médicos que atienden pacientes con VIH son varones, internistas, en la quinta década de la vida, con gran experiencia y que han estado atendiendo a éstos pacientes desde el inicio de la pandemia. El trabajo se hace en equipo, la mayoría de éstos médicos se dedican en exclusiva a atender pacientes VIH y dedican 15 minutos para cada visita. Se siguen las guías clínicas y la más utilizada es la de GeSIDA que suele verse complementada con la del DHHS. El test de resistencia más empleado es el genotípico y la mayoría utiliza la lista de Stanford para interpretarlo y por tanto para efectuar su prescripción

### Aspectos Sociales

#### P7.21

Vivencia de la sexualidad de las personas portadoras del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), estudio de caso

Marcela Coromina, Meritxell Pacheco

Asociación y Bienestar y Desarrollo (ABD), Universitat Ramon Llull

#### Objetivo

Puesto que ha disminuido notablemente la mortalidad de personas afectadas de SIDA, debe garantizarse su la calidad de vida (Remor, 2009). Considerando la sexualidad como un componente de la misma, presentamos un estudio de caso, partiendo de un posicionamiento constructivista, donde exploramos los significados personales que atribuye una mujer de 36 años, portadora del VIH, a su vivencia de la sexualidad y a la construcción que hace de sí misma. Ello nos ayudará a detectar conocimiento relevante sobre el tema y, por lo tanto, a poder mejorar la intervención psicoterapéutica.

#### Método

Utilizaremos el método de análisis cualitativo Grounded Theory (GT) (Glaser y Strauss, 1967), y la Técnica de la Rejilla (Kelly, 1955) referida al sí mismo social/relacional (Butt, Burr y Bell, 1997). El análisis de los datos de la rejilla se realiza mediante el programa RECORD v 4.0 (Feixas y Cornejo, 1996).

#### Resultados

Los resultados del estudio nos llevan a discrepar, en parte, con la literatura revisada, que nos dice que las personas portadoras del VIH no muestran un nivel positivo de adaptación sexual (Freitas y Furegatto, 2000, 2002; Sánchez Nuncio et al., 1999; Kerrigan et al., 2006; Latka et al., 2006; Schiltz y Sandfort, 2000). La participante ha sabido dar un significado constructivo a su enfermedad, integrando los elementos negativos que conlleva. Ha sufrido cambios positivos en la percepción de sí misma, gestionando sus miedos y aumentando su calidad de vida, a lo que le han ayudado sus personas significativas, comunicarse con personas seropositivas, los avances médicos y la información recibida.

#### Conclusión

En cuanto a su vivencia de la sexualidad, lo que más la ayuda es que su pareja sea seropositiva, usar el preservativo habitualmente y valorar la protección y el cuidado de ella misma y de los demás. Atribuye significados constructivos que hacen que su vivencia de la sexualidad sea saludable.

### Aspectos Sociales

#### P7.22

El arte como medio de transformación y mejora de la calidad de vida de personas que viven con el VIH/SIDA en una casa de acogida.

Maria Fe Pérez, Aldana Menéndez.

Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD)

#### Objetivo

Ofrecer un medio a través del cual las personas que viven con VIH/SIDA conocen nuevas vías de expresión y amplían la posibilidad de canalizar más positivamente y con mayor autonomía las dificultades que puede llevar consigo la enfermedad; además de mejorar la calidad de vida y bienestar emocional y mental, y por lo tanto, beneficiando su salud física.

#### Método

Se parte de una concepción integral de la salud y se considera de mera importancia lograr una mejora sus diferentes aspectos físicos, mentales y emocionales, ya que interfieren a la hora de canalizar y afrontar la vida cotidiana de las personas que viven con VIH/SIDA. Se utiliza como marco teórico principal la psicología analítica de Carl Gustav Jung. Para la práctica de arte terapia se tienen en cuenta las diferentes vertientes para aplicar según el caso o grupo, como son: arte terapia de la expresión (Broustra), de la reminiscen-



cia (Klein), de la fenomenología (Husserl) y la orientación psicodinámica (Freud); utilizando como medio los diferentes lenguajes del arte: pintura, fotografía, modelado, escultura, escritura, teatro, danza.

Para realizar la evolución grupal se utiliza el método de análisis de las producciones artísticas no figurativas, así como el análisis de dibujos proyectivos (figura humana, árbol, casa). Después de cada sesión se realiza un encuentro en el que cada paciente expresa su "resonancia" estableciendo un diálogo grupal para evaluar posteriormente cada sesión.

#### Resultados

Como resultado podemos comprobar que contando con un espacio- taller mediante el que expresan sus emociones, miedos, bloqueos, tienen la posibilidad de liberar tensiones y de gestionar más positivamente los estados de salud-enfermedad, pudiendo abarcarla desde diferentes puntos de vista; además de conocer y experimentar nuevas formas de relacionarse con los demás, mejorar su autoestima y reconstruir como sujetos activos sus propios malestares psíquicos y físicos.

#### Conclusión

Como conclusión podemos añadir que la evolución de las personas que viven con VIH/SIDA en la casa de acogida en diferentes aspectos ha sido muy notable. Podemos mencionar que la fluidez en la expresión, tanto verbal como no verbal, de diferentes aspectos que interfieren en su vida cotidiana ha aumentado considerablemente, contando con nuevas vías y herramientas para poder hacerlo. Y al ser sujetos totalmente activos de su proceso, se ve reflejada notoriamente la evolución y mejora de la seguridad y confianza en ellos mismos, la autoestima y la capacidad de gestionar y resolver cualquier posible dificultad.

### Aspectos Sociales

#### P7.23

"Nivel de información y prejuicios que tienen los estudiantes de la Universidad de La Laguna en torno al VIH/sida"

Juan Manuel Herrera Hernández; Yamilé Díaz Hernández, Iraya Negrín Sánchez, Patricia Mesa Mederos, Elisa Delgado Abreu

Universidad de La Laguna y UNAPRO (Unión para la Ayuda y Protección de las personas afectadas por VIH/ sida)

#### Objetivo

Conocer el nivel de información y conocimiento que tienen los alumnos y alumnas de la universidad de La Laguna en torno al VIH/SIDA. (autopercepción, prejuicios, falsas creencias, etc).

#### Método

Como técnica utilizamos la entrevista, y como instrumento, el cuestionario.

#### Resultados

- Se siguen haciendo atribuciones a los "grupos de riesgo" (varones homosexuales, trabajadores/as del sexo, y drogodependientes).
- Consideran como factor de riesgo para la transmisión por VIH algunos lugares como baños públicos.
- Se autoperceben como suficientemente informados en ETS y VIH.
- A la pregunta de si existían o no tratamientos que frenasen el desarrollo del virus, una parte importante contestó que no.

#### Conclusión

- Los encuestados/as muestran un bajo nivel de información respecto al VIH/Sida.
- La percepción de riesgo es baja.
- Se mantienen estereotipos y prejuicios a los llamados "grupos de riesgo".
- Los encuestados/as tienen una actividad sexual alta, y sin embargo nunca se han realizado la prueba serológica.

### Aspectos Sociales

#### P7.24

La politicoterapia: un nuevo método socioterapéutico

Antón Bouzas Álvarez

Unidad Asistencial de Drogodependencias del Ayuntamiento de Vigo

#### Objetivo

Dar a conocer un nuevo término (politicoterapia) que permita designar y difundir un tipo de experiencia terapéutica que llevamos años poniendo en práctica a la hora de acompañar a las personas enfermas, excluidas y/o autoexcluidas socialmente, y que contribuye a la mejora objetiva de sus condiciones de vida y de sus dolencias bio-sicosociales.

#### Método

Participación activa de las personas enfermas, excluidas y/o autoexcluidas socialmente en la observación, reflexión, diagnóstico y diseño de actividades comunitarias y reivindicativas orientadas a encontrar alternativas y soluciones justas a los distintos problemas a los que se enfrentan y a mejorar sus condiciones de vida.

#### Resultados

Mejoras objetivas en las condiciones de vida de la población enferma en situación de exclusión y/o autoexclusión y en sus dolencias bio-psicosociales. El hecho de que esta población participe activamente en la observación, reflexión, diagnóstico y diseño de actividades comunitarias y reivindicativas, orientadas a encontrar alternativas y soluciones justas a los distintos problemas a los que hace frente a diario y a mejorar sus condiciones de vida, se convierte realmente en un ejercicio terapéutico con beneficios evidentes en términos bio-psicosociales; sobre todo, desde la perspectiva de que cada una de estas personas consigue sentirse co-protagonista de una lucha por cubrir las necesidades básicas y defender los derechos fundamentales que le pertenecen como individuo, pero que afectan también a otros seres humanos, tomando, en definitiva, conciencia crítica de que forma parte de un



colectivo y de que solamente si trabajan unidas tendrán más fuerza y, por ello, más razones para la esperanza.

#### Conclusión

Es desde una reflexión basada en la praxis desde la que proponemos y definimos el término politicoterapia: desde el convencimiento de que la participación de las personas enfermas y/o excluidas como ciudadanos y ciudadanas responsables en la sociedad es un instrumento terapéutico privilegiado que tiene indudables beneficios, no solo a nivel individual y grupal, sino también social (puesto que repercute positivamente en familias, barrios, espacios comunes de convivencia, académicos, laborales...), y que lleva a lograr mejoras objetivas en sus condiciones de vida y en sus dolencias bio-psicosociales.

### Aspectos Sociales

#### P7.25

"Estudio de la incidencia del consumo problemático de drogas en una muestra de personas que viven con el VIH/SIDA y/o HC y en situación de exclusión social desde la perspectiva de la reducción de daños"

Vicioso Etxebarria, C. Aguirrezabal, A. Asla Alzibar; N. Gurruchaga Ormaeche, A. Imbert, M. Lopez Zúñiga, A. Santos Miguel, I; Ortiz de Zárate, A.

Asociación t4

#### Objetivo

Este estudio pretende analizar, desde la perspectiva de reducción de riesgos y de daños, las necesidades sociosanitarias de las personas que viven con VIH/SIDA y HC en situación de grave exclusión social siendo además consumidoras de drogas en activo.

#### Método

La muestra está compuesta por 70 personas diferentes (21 del el Centro de Incorporación Social, 7 de los dos centros residenciales de la Asociación T4 y 42 de del programa de auto-apoyo)

Características de la muestra: son personas seropositivas al vih/sida y/o HC en proceso de incorporación social, en su mayoría en tratamiento con metadona, un 73% aproximadamente son hombres, entre 35 y 60 años, y empadronados en Bizkaia mayoritariamente. Se analizan variables descriptivas y diferencias entre personas consumidoras y no consumidoras en salud y en situación social.

#### Resultados

La muestra está compuesta por 70 personas, de las cuales el 72.9% son hombres y el 27.1% son mujeres. El 69.6% de las personas participantes en el estudio tienen entre 40 y 50 años. El 49.3% está soltero o soltera, y el 20.3% separado/a. Hay una proporción de personas, que supone el 7.2%, que son viudos o viudas. Las diferencias entre personas consumidoras y no consumidoras en el área de salud estriban en que las personas consumidoras tienen mayor antigüedad desde el diagnóstico y tienen pautado en mayor medida tratamientos múltiples. Tanto unas como otras presentan un alto índice de carga viral indetectable.

#### Conclusión

. Las limitaciones de salud de las personas con VIH -VHC que viven en condiciones de exclusión social y con consumos de drogas en activo requieren una atención sociosanitaria que promueva la calidad de vida y la adherencia terapéutica

### Aspectos Sociales

#### P7.26

Internet como medio para promover la salud sexual en HSH: Lecciones aprendidas

Rubén Mora Mesquida

#### STOP SIDA

#### Objetivo

Promover el sexo seguro y la salud sexual a través de una intervención específica dirigida al colectivo de gays y otros HSH usuarios de Internet

#### Método

Presencia en los principales chats y portales de contactos para ofrecer un servicio personalizado de consultas sobre salud sexual.

Creación y difusión de un portal de información interactivo que se ajuste a las necesidades del usuario.

Creación y difusión de un portal de contactos entre hombres basado en el sexo seguro y en la no discriminación de los gays seropositivos, que al mismo tiempo incentive la participación en la creación de materiales preventivos.

Uso de redes sociales para la difusión y participación en la promoción de la salud sexual. Difusión de vídeos informativos realizados por HSH usuarios del programa, a través de Youtube, portales de contactos y medios de comunicación dirigidos al colectivo LGTB.

Recogida de valoraciones directas de los usuarios en diferentes espacios webs

#### Resultados

En el último año:

Intervención en 20 portales gays, y presencia en los principales portales de contactos. Intervención en 34 salas de chat.

Más de 3000 consultas anuales, 30.000 visitas a las webs del programa, 170.000 páginas de información visitadas. 3000 seguidores y amigos de nuestro perfil en Facebook.

En los últimos 3 meses:

50.000 visionados de los vídeos informativos y de promoción del sexo más seguro en Youtube.

#### Conclusión

Internet supone un medio de intervención de gran alcance, inmediato y con mínimos costes, que se beneficia de la colaboración con otras webs y entidades. Permite la intervención en espacios de la red que aglutinan a un gran número de HSH que buscan contactos sexuales, potenciales





usuarios del programa. La confidencialidad y la atención personalizada genera confianza en nuestros usuarios. Permite generar la necesidad de hablar sobre salud sexual y, con su capacidad de generar usos, contribuye a la normalización de actitudes de autocuidado y sexo más seguro.

### Aspectos Sociales

#### P7.27

Dejar el tratamiento: adherencia, agencialidad y malos entendidos en la relación entre el médico y la persona con VIH

Fernando Villaamil, M<sup>a</sup> Isabel Jociles

Departamento de Antropología Social, Universidad Complutense de Madrid

#### Objetivo

Identificar las representaciones de los profesionales sanitarios en relación al paciente y a la adherencia al tratamiento, y a su rol en relación a su promoción.

Identificar las representaciones de los pacientes en torno a la medicación.

Describir los contextos sociales en los que se gesta tanto la adherencia como su ausencia, así como las trayectorias de las personas con VIH en torno al tratamiento

Captar las pautas de relación entre los pacientes con VIH y su médico

#### Método

Estudio etnográfico, con empleo de las técnicas de observación participante, que se realizó en una consulta de una unidad de VIH hospitalaria (aprox. 60 interacciones observadas); y entrevistas en profundidad a personas con VIH independientemente de la vía de transmisión (42) y a personal sanitario (18).

#### Resultados

El entrar en tratamiento genera una ruptura de la experiencia natural del cuerpo en el mundo, sustituyéndola por una experiencia como persona con VIH mediada por la autoobservación y la autodisciplina, así como subsidiaria al manejo médico del 'caso', dada la "Ilegibilidad" del VIH en el cuerpo, por contraste con la omnipresencia del tratamiento. En este contexto, dejar el tratamiento puede cobrar sentido como un recurso del sujeto para hacerse cargo de sí mismo, recuperando así su agencialidad y un sentido de normalidad en sus vidas. La busca incesante de información alternativa a la proveída por el personal sanitario es otra forma de abordar el malestar originado e tratamiento a largo plazo bajo control médico. Por último, el tratamiento a largo plazo incluye necesariamente la adquisición de saberes prácticos, en la misma consulta, de otras fuentes o de experiencias vicarias, incluidos los derivados de experiencias previas no fatales de interrupción del tratamiento. Por su parte, el personal sanitario otorga la máxima importancia al fomento de la adherencia. Se representa la consulta primordialmente como acto técnico de gestión del caso, perdiendo de vista su carácter de contexto central en el proceso de reconstrucción de la subjetividad de la persona con VIH y el papel en el mismo que de hecho juegan. La relación con el paciente está mediada por la representación del 'buen paciente', que paradójicamente es aquel que ha incorporado a su cotidianidad las prácticas de autovigilancia y autocuidado fomentadas en su relación con el sanitario a lo largo del tiempo.

#### Conclusión

Para comprender las razones de la interrupción del tratamiento/falta de adherencia, es necesario comprender lo que implica la experiencia de estar en tratamiento a largo plazo desde la experiencia del sujeto, así como el juego de malos entendidos que enmarcan la relación terapéutica.

### Aspectos Sociales

#### P7.28

Estudio descriptivo sobre la realidad social de la persona afectada de VIH-sida en la provincia de Alicante

Ángel Pascual y Mar Quesada

Asociación Amigos

#### Objetivo

Estudiar la realidad social de las personas afectadas por el VIH-sida en la provincia de Alicante para disponer de servicios que posibiliten una mayor inclusión social y la continua reducción de la marginación y exclusión social

#### Método

La investigación se corresponde con un estudio observacional de corte descriptivo. El fenómeno que se pretende estudiar es la realidad social de las personas afectadas por el VIH-sida. El problema presentado es la falta de oportunidades que padece el colectivo de personas afectadas por el VIH-sida y el consecuente estatus de pobreza y marginación social y la población a estudio son las personas afectadas por el VIH-sida. La población estudio son las personas afectadas por el VIH-sida usuarias de los servicios de la asociación amigos. Los criterios de inclusión se han basado en ser una persona portadora del VIH o padecer la enfermedad del SIDA y ser usuari@ de nuestra entidad. La muestra estudiada se refiere a 38 personas afectadas por el VIH-sida. Se utiliza el método de encuesta. El sistema de recogida de datos es de carácter cualitativo y se articula en una entrevista de una duración aproximada de 40 minutos. Las variables definidas son edad, situación de empleo, presencia de red social, presencia de drogodependencias y tratamiento antirretroviral. La intervención de estudio se realiza empleando como herramienta una entrevista estructurada de 40 minutos.

#### Resultados

Los resultados nos indican que una mayoría de personas atendidas han sido hombres, concretamente el 74% del total, frente al 26% de mujeres. La edad más representativa la encontramos en el parámetro de 31 a 40 años, donde encontramos al 55,26%. En cuanto a la situación laboral encontramos que 63,16% de usuarios/as atendidos se encuentran en desempleo. En relación a la existencia de Coinfección VIH y VHC, encontramos el 44,74% de las personas atendidas están diagnosticadas de VIH y VHC. El 100% de personas atendidas se encuentran en tratamiento antirretroviral para el VIH. El 44,73% de usuarios/as ha sido consumidor de drogas. Algunos datos sociales a añadir: escasos recursos económicos, dependencia de prestaciones sociales, limitado apoyo familiar y mínima red social de apoyo.



**Conclusión**

Este perfil, ha supuesto un cambio en la demanda de los/as usuarios/as, pues han planteado necesidades básicas sin cubrir. Ante estas nuevas demandas, los/as profesionales de la Asesoría Social hemos modificado parte de la intervención, ofreciendo orientación e información sobre recursos y ayudas sociales. Además hemos ampliado la intervención de forma específica a la orientación laboral y la búsqueda Activa de Empleo.

**Aspectos Sociales****P7.29**

Programa de intervención psicoterapéutica estructurada específica para la mejora de la adaptación a la lipodistrofia en pacientes VIH+: datos preliminares

A. Rousaud; J. Blanch; E. Martínez

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

**Objetivo**

Evaluar la eficacia a corto plazo de un programa de psicoterapia estructurado específico para mejorar la calidad de vida y la adaptación a los cambios corporales debidos a una redistribución de la grasa (síndrome de lipodistrofia) en pacientes HIV+ en tratamiento anti-retroviral

**Método**

La intervención psicoterapéutica consiste en 12 sesiones semanales de dos horas de duración siguiendo un programa de intervención psicoterapéutico centrado en el desarrollo de estrategias de afrontamiento y que incluye intervenciones psicoeducativas específicas en nutrición y ejercicio físico. En la terapia de grupo participaron ocho pacientes con lipodistrofia generalizada (cara, glúteos y extremidades) que referían afectación psicológica debida a los cambios corporales relacionados. Se usó el Test de medidas repetidas de para analizar los cambios en el Inventario de calidad de vida en dermatología (DQLI) administrado en los tres tiempos de medida: T1 (un mes antes del inicio de la terapia), T2 (primera sesión), T3 (última sesión)

**Resultados**

Todos los participantes (seis mujeres y dos hombres) completaron el programa psicoterapéutico. Se observó una mejora significativa durante el tiempo de intervención (entre T2 y T3). No se observaron cambios durante la línea base (entre T1 y T2). Los aspectos planteados por los participantes del grupo fueron tener problemas en vestirse, miedo a ser estigmatizados, aislamiento social, y dificultades en las relaciones sexuales.

**Conclusión**

Los datos preliminares muestran que nuestro programa psicoterapéutico mejora la calidad de vida y la adaptación psicológica a los cambios corporales debidos a la lipodistrofia en pacientes infectados por el VIH. Es necesario llevar a cabo nuevos grupos para confirmar la eficacia de la intervención.

**Aspectos Sociales****P7.30**

¿Juega la identidad de grupo un papel protector en la calidad de vida de las personas con VIH?

María José Fuster Ruiz de Apodaca y Fernando Molero Alonso

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

**Objetivo**

El objetivo de este estudio es analizar el posible papel mediador que la identidad con el grupo juega entre el estigma percibido y la calidad de vida de las personas con VIH.

**Método**

Se llevó a cabo un estudio correlacional en el que participaron 557 personas con VIH, 70.8% hombres, 28% mujeres y 1.3% transgénero. Se midió la percepción de estigma de los participantes a través de la Escala de Estigma de Berger (2001). Esta escala mide 4 dimensiones del estigma a través de una escala Likert de 4 puntos: estigma personal, preocupaciones relacionadas con la ocultación, auto-imagen negativa y preocupación por las actitudes públicas de rechazo. La identidad con el grupo de las personas entrevistadas se midió a través de la escala de Cameron (2004). Esta escala mide tres factores de la identidad en un formato de respuesta tipo Likert de 7 puntos: lazos con el grupo, afecto hacia el grupo y centralidad de la identidad. Finalmente la calidad de vida de los participantes se midió a través del Cuestionario de Calidad de Vida de Ruiz y Baca (1993). Para el análisis de datos se usó modelo de ecuaciones estructurales a fin de examinar la relación entre el estigma, la identidad de grupo y la calidad de vida, a través del programa LISREL 8.7

**Resultados**

Los resultados muestran que el estigma percibido se relaciona de manera positiva con la centralidad de la identidad y de manera negativa con el afecto hacia el grupo y los lazos con el grupo. El estigma percibido tiene también una relación negativa con la calidad de vida. Por lo que respecta al papel mediador de la identidad con la calidad de vida, se observa que solo el factor de afecto hacia el grupo se relaciona de forma estadísticamente significativa con la calidad de vida, siendo esta relación positiva. Se observa que aunque la relación no es significativa, la centralidad de la identidad tiene una relación negativa con la calidad de vida. Basándonos en los índices de modificación se añadió una relación adicional al modelo entre los lazos con el grupo y la centralidad de la identidad. El ajuste del modelo fue aceptable ( $\chi^2(2, N=557) = 10.49, p < .01$ ; RMSEA = .09, GFI = 1)

**Conclusión**

En primer lugar, los resultados muestran que el estigma produce efectos negativos directos en la calidad de vida de las personas con VIH. Asimismo, se ha observado, que el estigma percibido juega un papel distinto según las diferentes dimensiones de la identidad grupal y que en general, a diferencia de otros grupos, la identidad con el grupo no tiene en el caso de las personas con VIH un efecto protector en su calidad de vida.



**Aspectos Sociales****P7.31****Mujeres VIH+ sin techo**

Llum Polo Sangüesa, Verónica González Hernández

**Àmbit Prevenció****Objetivo**

Analizar el perfil de mujeres VIH positivas que se encuentran en situación de calle con el fin de realizar un análisis comparativo entre éste y el de los hombres VIH positivos sin techo, así como de las diferencias observadas tanto en el ámbito sanitario como en el social y las dificultades propias del supgrupo de mujeres.

**Método**

Este análisis se realizará a partir de la muestra de usuarios/as participantes en el Programa "Intervención preventiva, asistencial y de seguimiento en la adherencia al tratamiento anti-retroviral en población VIH/Sida sin techo 2009-2010. Barcelona, Madrid y Valencia", llevado a cabo por Àmbit Prevenció, Associació Ciutadana Antisida de Catalunya y SAPS Creu Roja en Barcelona y por el Comité Ciudadano Anti-sida de la Comunidad Valenciana y Madrid Positivo desde septiembre del 2009 a marzo del 2010, teniendo en cuenta los datos del "Estudio previo" llevado a cabo en Barcelona y Valencia en el 2007 y 2008.

Se han realizado mediciones trimestrales para realizar un seguimiento de la adherencia y de otros parámetros con la finalidad de extraer conclusiones sobre su situación y mejoras tanto a nivel sanitario como social.

**Resultados**

La muestra de participantes en el programa ha sido de 62 usuarios/as: 51 (82.25%) hombres y 11 (16.75%) mujeres. Esta proporción es ligeramente superior a la pauta bien conocida de la población sin techo en Barcelona y Madrid (casi un 90% de hombres y un poco menos del 11% de mujeres).

El análisis muestra las diferencias entre ambos grupos en el ámbito sanitario teniendo en cuenta las vacunaciones realizadas, los cribajes de sífilis, VHA, VHB, VHC y pruebas de tuberculosis, las prácticas de riesgo en el consumo de sustancias, las prácticas de riesgo en las conductas sexuales, la adherencia al tratamiento antirretroviral, el seguimiento médico del VIH y los ingresos hospitalarios durante el último año.

Respecto a la situación social, se contemplan los motivos que les han llevado a vivir en la calle, la situación en relación a la vivienda, el tiempo de estancia en la calle, las fuentes de ingresos económicos, las actividades ilegales que realizan, el tiempo de estancia en prisión, las causas pendientes, la situación administrativa y los pasos y logros en el ámbito de la inserción socio-laboral.

**Conclusión**

Durante la realización de este programa se han detectado diferencias entre mujeres y hombres VIH+ sin techo. Se trata de un grupo de mayor vulnerabilidad al enfrentarse a la situación de vivir en la calle y resulta más difícil conseguir una evolución tanto en el ámbito sanitario como en el social.

**Aspectos Sociales****P7.32**

¿Qué lugares y factores son más valorados para hacerse la prueba del VIH entre personas que se realizan el test rápido?

Belza, M.J.1,2; Ruiz, M.1; Sánchez, R.3; Segura, P.1; De la Fuente, L.2,3

1. Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III; 2. CIBER Epidemiología y Salud Pública, Barcelona; 3. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III

**Objetivo**

Caracterizar los lugares preferidos para hacerse la prueba del VIH y los factores más valorados de la misma en personas de acudieron a realizarse la prueba rápida al dispositivo móvil que la ONG Madrid Positivo ubicó en una céntrica calle de Madrid.

**Método**

Se analizaron 3151 personas que se realizaron la prueba rápida entre mayo-diciembre del 2008. Previo consentimiento informado, se tomó una muestra de sangre y mientras esperaban el resultado, cumplimentaron un breve cuestionario que contenía variables sociodemográficas, conductuales y sobre la prueba del VIH. Se incluyó un listado de lugares para realizarse la prueba y otro de factores relacionados con la misma cuya preferencia o importancia se tenía que puntuar con una escala de 0 a 5. Se calculó el porcentaje de personas que valoró cada ítem con 5. La significación estadística de las diferencias de proporciones se evaluó con la prueba ji-cuadrado, rechazándose la hipótesis nula si  $p < 0,05$ .

**Resultados**

El 64% fueron hombres, un 35% inmigrantes (77% latinoamericanos). El 55% de los hombres y el 68% de las mujeres tenían  $< 30$  años ( $p < 0,001$ ), el 49,5% eran universitarios. El 55% de los hombres había tenido relaciones homosexuales (HSH). El 56% de las mujeres y el 55% de los hombres exclusivamente heterosexuales (HTX) no tenían prueba previa frente al 26% de los HSH ( $p < 0,001$ ).

Las ONGs y los centros de diagnóstico de VIH sobresalen como lugares muy preferidos (62,3% y 60,8%) para realizarse la prueba del VIH, seguidos por el autotest en casa (38,9%) y el médico de atención primaria (28,2%); la farmacia (20,8%) y las urgencias hospitalarias (14,2%) son opciones menos valoradas. La preferencia por las ONGs aumentó con la edad; los centros de VIH fueron más valorados por las mujeres y HSH; el autotest por los de mayor edad y por los españoles; el médico de cabecera por los latinoamericanos y los de menos estudios y las farmacias por los  $\geq 25$  años.

Se consideró muy importante para realizarse la prueba del VIH: tener los resultados inme-



diatamente (85%), poder acudir sin cita previa (81%) y que sea gratis (81%), mientras que fueron mucho menos valorados el ser atendido en un centro donde nadie te conoce (49%) y no tener que identificarte (45,5%). Los  $\geq 25$  años destacaron significativamente la rapidez de los resultados y no necesitar identificarse. La gratuidad fue más importante para los más jóvenes, los latinoamericanos, los de menos estudios y los que tenían prueba previa. Ir a un centro donde nadie te conozca es destacado por HSH y mujeres

#### Conclusión

Los usuarios de este programa valoran principalmente conocer de inmediato los resultados, no necesitar cita previa y que sea gratis, características que definen los programas de esta y otras ONGs, mientras que otros aspectos como la privacidad o el anonimato, muy considerados por la mayoría de proveedores de servicios y de las asociaciones implicadas en la prevención del VIH, tienen mucho menos peso.

Financiación: FIPSE 36634/07 y FIS PI09/1706

### Aspectos Sociales

#### P7.33

¿Qué saben los adolescentes de la infección por el VIH - SIDA?

Antón E1, Navarro G1, Mas L2, Company M2, Campoy MR3, Panadés M2, Giralt J3 y Segura F1.

1. Servicio de Enfermedades Infecciosas y Servicio de Epidemiología, Corporació Sanitària Parc Taulí. Institut Universitari. Sabadell. 2. 2º Bachillerato Científico. IES Escola Industrial. Sabadell. 3. 2º Bachillerato. IES La Pineda, Badalona.

#### Objetivo

En el contexto de la colaboración de centros universitarios y centros de enseñanza secundaria para ofrecer líneas de investigación y supervisar trabajos sobre estas líneas de actuación se planteó un estudio que analizase el grado de conocimiento de la infección por el VIH y SIDA entre un grupo de adolescentes.

#### Método

Estudio analítico pre y post intervención realizado por los alumnos de bachillerato como trabajo de investigación. La población objeto del estudio son alumnos de secundaria y de bachillerato de institutos de enseñanza de dos municipios de la provincia de Barcelona en el 2009 de edades comprendidas entre 13 y 20 años.

Se pasaron 2 encuestas de conocimiento sobre la infección por el VIH, una antes y otra a los 15 días de realizar una sesión informativa teórica. Se encuestó aproximadamente un total de 500 adolescentes.

#### Resultados

En un centro se realizó un total de 409 encuestas (211 antes y 198 después de la sesión informativa). El cuestionario constaba de 7 preguntas: ¿Qué es el SIDA y el VIH?, ¿Cómo puede transmitirse el VIH?, ¿Qué medidas preventivas existen para evitar el SIDA?, ¿En qué situaciones puede transmitirse el virus?, 2 preguntas relacionadas con las personas seropo-

sitivas y finalmente una sobre el consumo de drogas.

Respecto a la pregunta de qué es el SIDA, se pasó de un 12% de adolescentes que daban una definición correcta en el primer cuestionario a un 30% en el segundo. El % de encuestados que no sabían qué era descendió del 17% antes al 5% después de la sesión informativa. En la pregunta sobre medidas de prevención, el 56% y el 68% contestaron que era la utilización de preservativo.

En otro centro se observó en general en todas las edades una mejora de los conocimientos sobre el virus y la manera de prevenirlo después de las sesiones informativas aumentando el porcentaje de preguntas correctas.

#### Conclusión

El grado de conocimiento sobre el SIDA en los adolescentes es bajo.

La información más directa o cercana dirigida a adolescentes por parte de sus propios compañeros podría ser más efectiva respecto al grado de conocimiento de la infección y de las prácticas de riesgo que conducen a la misma.

### Aspectos Sociales

#### P7.34

Cómo hacer partícipes a los HSH en la prevención del VIH: Intervención en Internet  
Rubén Mora Mesquida

#### STOP SIDA

#### Objetivo

Implicar a los HSH en la prevención del VIH

#### Método

Utilizando los recursos que ofrece Internet, se trata de generar dinámicas de participación en la elaboración de contenidos y diseño de los mensajes de prevención. En un espacio de contactos virtual, se incentiva la realización de vídeos y relatos eróticos que promuevan el sexo más seguro entre hombres. También se favorece la participación de los usuarios de Internet en la difusión de dichos materiales a través de Youtube o de redes sociales (Facebook). Estas últimas también se utilizan para generar espacios donde reflexionar y debatir sobre aspectos relacionados con la prevención. Recogida de opiniones y valoraciones directas de los usuarios para la adaptación de intervenciones a través de Internet (en las webs que forman parte del programa, así como en Facebook y Youtube)

#### Resultados

20.000 Reproducciones del vídeo ganador del concurso y repercusión en medios de comunicación orientados al colectivo LGTB; participación en los foros; envío de relatos eróticos; interacción en relación a las actividades y materiales de stop sida difundidos a través de nuestro perfil asociativo en Facebook.

#### Conclusión



Nuestra capacidad de fomentar la promoción de la salud sexual y no discriminación hacia los gays seropositivos está vinculada a la participación de los HSH. Internet ofrece la posibilidad de generar este tipo de dinámicas, más allá de constituir un medio de transmisión de información.

**Aspectos Sociales**

**P7.35**

**Coinfección VIH-VHC; VIH y VHC ¿Calidad de Vida?**

Cánoves L; Ballester JE; Abril V; G DelToro M; Ortega E.

Unidad de Enfermedades Infecciosas Hospital General Universitario de Valencia

**Objetivo**

Describir índices de calidad de vida en personas con infección VIH-VHC; VIH y VHC y valorar posibles diferencias entre estos grupos de pacientes.

**Método**

Estudio descriptivo, observacional, transversal. Instrumento de medida Whoqol-Bref de la OMS, de 26 ítems que abarcan áreas: Física, Psicológica, Social y Entorno, mas 2 ítems independientes (Calidad de Vida/Salud). Escalas Likert (1/5).Inclusión aleatoria de pacientes VIH-VHC; VIH y VHC que acuden a consulta de la UEI. Realizado Marzo 2010.

**Resultados**

Se incluyeron 150 pacientes. Distribución por patologías: 53% VIH; 27% VIH+VHC; 20% VHC; Distribución por género 70% Hombres; 30% mujeres. Media de edad 45 años. En salud física los coinfectados refieren mayor necesidad de tratamiento (3,85) e intensidad de dolor (2,53) que los otros grupos, siendo los menos satisfechos con su capacidad de trabajo (2,63). En salud psicológica el grupo VIH-VHC representa el índice más bajo de satisfacción consigo mismo (2,95) y el mas alto en la presencia de pensamientos negativos (3,28) (Tabla 1).

Área salud física								Área salud psicológica							
Edad	Dolor	N.Trat	D.Vida	Energ.	Despl.	Sueño	CTbJ	Grupos	S.Vida	Conc.	A.Físic	Habil.	SSm.	P.Neg.	
45,6	2,14	3,53	3,32	3,23	3,97	3,07	3,15	Total	3,55	3,25	3,33	3,34	3,27	2,89	
52,2	2,24	2,86	3,31	3,17	3,52	3,17	3,14	VHC	3,62	3,24	3,31	3,10	3,31	3,14	
44,3	1,94	3,66	3,51	3,49	4,25	3,28	3,44	VIH	3,73	3,40	3,49	3,59	3,45	2,64	
43,6	2,53	3,85	3,00	2,78	3,80	2,65	2,63	VIH+VHC	3,18	2,98	3,10	3,05	2,95	3,28	

En áreas de entorno y relaciones, los pacientes VIH-VHC, obtienen en todos los ítems, valores inferiores al resto de grupos. Igualmente, se observa en los ítems de Calidad de Vida y Salud, que los coinfectados registran los índices más bajos. (Tabla 2).

Entorno									Relaciones					
Edad	Segu.	Entor.	Dinero	Inform.	Ocio	C.Vive	S.Sanit	Transp.	Grupos	Rel.	V.Sx	Amig.	CalVI	Salud
45,6	3,28	3,40	2,75	3,47	3,09	3,48	3,63	3,29	Total	3,33	2,96	3,23	2,98	2,82
52,2	3,24	3,52	3,03	3,52	3,00	3,72	3,69	3,21	VHC	3,62	3,10	3,48	3,14	2,79
44,3	3,48	3,45	2,88	3,53	3,34	3,54	3,71	3,44	VIH	3,39	3,15	3,34	3,10	3,03
43,6	2,98	3,28	2,33	3,38	2,75	3,28	3,48	3,13	VIH+VHC	3,05	2,53	2,88	2,68	2,45

**Conclusión**

En este estudio, la coinfección VIH-VHC, está relacionada con peores niveles de ajuste en áreas: física, psicológica, entorno y social, así como calidad de vida y salud, con relación a los pacientes VIH y VHC. Son necesarios más estudios en esta línea de investigación.

**Aspectos Sociales**

**P7.36**

**Patología Infecciosa y Calidad de Vida: Screening Expres**

Cánoves L; Huete S; Palop R; Millán D.

Unidad de Enfermedades Infecciosas Hospital General Universitario de Valencia

**Objetivo**

Evaluación actual de calidad de vida en pacientes de diversas patologías infecciosas.

**Método**

Estudio descriptivo, transversal. Inclusión aleatoria de pacientes de distintas patologías infecciosas a medida que llegan a consulta de enfermería de la U.E.I. Pasación del cuestionario Whoqol-Bref de Calidad de Vida de la OMS que incluye áreas vitales: Física, Psicológica, Social y Entorno. Escalas Likert puntuaciones 1 al 5. Realizado en Marzo 2010.

**Resultados**

Se incluyeron: 104 Hombres y 46 Mujeres: Se analizan promedios, varianza y desviación estándar, en función a las variables Género (Hombre/Mujer) y Edad: 55% <46 y 45% >45 años. Género: los hombres puntúan por encima de la media grupal en Calidad de Vida (3,09); las mujeres presentan índices inferiores (2,78). En el área psicológica, los hombres se encuentran más satisfechos de si mismos (3,38), frente a las mujeres (3,09). Se registran índices levemente superiores de los hombres en satisfacción sexual (2,99) con relación a las

		Área Física			Área Psicológica			Área Social		
		Edad	C.Vida	Salud	DolorDific	Nec.Trat	Sent.Vida	Sat.S.Mism.	VidaSx	A.Amigos
GRUPO	M	45,6	2,98	2,82	2,14	3,53	3,55	3,27	2,96	3,23
	V	1,24	1,10	1,39	1,77	1,40	1,13	1,34	1,19	
	DE	1,11	1,05	1,18	1,33	1,16	1,06	1,16	1,09	
Hombre	M	44,5	3,09	2,88	2,11	3,77	3,66	3,38	2,99	3,28
	V	1,23	1,02	1,42	1,83	1,24	1,19	1,37	1,17	
	DE	1,11	1,01	1,19	1,35	1,11	1,09	1,17	1,08	
Mujer	M	48,0	2,78	2,70	2,24	3,04	3,35	3,09	2,93	3,15
	V	1,24	1,28	1,34	1,29	1,57	0,97	1,31	1,24	
	DE	1,11	1,13	1,16	1,13	1,25	0,98	1,14	1,11	

		Área Física			Área Psicológica			Área Social		
		Edad	C.Vida	Salud	DolorDific	Nec.Trat	Sent.Vida	Sat.S.Mism.	VidaSx	A.Amigos
GRUPO	M	45,6	2,98	2,82	2,14	3,53	3,55	3,27	2,96	3,23
	V	1,24	1,10	1,39	1,77	1,40	1,13	1,34	1,19	
	DE	1,11	1,05	1,18	1,33	1,16	1,06	1,16	1,09	
<46Años	M	39	2,99	2,86	2,08	3,47	3,54	3,24	3,08	3,20
	V	1,13	1,08	1,32	1,72	1,25	1,09	1,44	1,29	
	DE	1,06	1,04	1,15	1,31	1,12	1,04	1,20	1,13	
>45Años	M	54,1	3,00	2,79	2,22	3,64	3,60	3,34	2,84	3,28
	V	1,39	1,14	1,48	1,84	1,49	1,20	1,20	1,09	
	DE	1,18	1,07	1,22	1,36	1,22	1,09	1,10	1,04	



mujeres (2,93). (Tabla 1).

Edad: Con relación a la edad se observa mayor dificultad por dolor físico (2,22) y más necesidad de tratamiento (3,64) en el grupo de >45 años, con relación a los más jóvenes (2,08) y (3,47). El grupo de <46 años, puntúa más alto en satisfacción sexual (3,08) con respecto al grupo de mayor edad (2,84) (Tabla 2).

#### Conclusión

En este estudio, la variable género guarda relación con índices mas bajos de calidad de vida y áreas física, psicológica y social de las mujeres, respecto a los hombres. La edad no marca diferencias en Calidad de vida entre los grupos, pero si en dificultades físicas y necesidad de tratamientos.

### Prevención

#### P8.01

Promocionando el uso del preservativo femenino: un estudio cualitativo en parejas heterosexuales gallegas

María Victoria Carrera Fernández, María Lameiras Fernández, José María Failde Garrido, Carmen Ricoy Lorenzo, María Calado Otero

Instituciones a las que pertenecen los autores: Universidad de Vigo

#### Objetivo

Evaluar una experiencia de promoción de uso del preservativo femenino en una muestra de 45 parejas heterosexuales gallegas (N = 90), llevada a cabo a través de un estudio cualitativo, mediante la técnica de Grupos de Discusión.

#### Método

La muestra la integraron un total de 45 parejas heterosexuales (N=90) pertenecientes a la comunidad universitaria de la Universidad de Vigo que participaron voluntariamente en la investigación (Campus de Vigo, Ourense y Pontevedra), con una edad media de 24,69 años para los hombres y de 23,18 para las mujeres (rango 19-42 años). En cuanto a las características sociodemográficas, el 68,3% tiene estudios universitarios, el 26,2% estudios medios y un 5,5% estudios primarios. Un 27,8% de los participantes son estudiantes, un 8,8% está en paro, mientras que un 63,4% trabaja (si bien el 51,2% de éstos compagina estudios en mayor o menor medida). El criterio para participar en el estudio era tener pareja estable con una duración mínima de seis meses en el momento de llevarse a cabo la investigación y aceptar participar en un taller de tres sesiones de counselling en las que las recibieron información y entrenamiento en habilidades y destrezas para el adecuado manejo y negociación de uso del preservativo femenino.

#### Resultados

El tiempo medio de relación era de 41,18 meses (DT = 40,50), con una rango de 7 a 204 meses. Para realizar el análisis de contenido de la información se utilizó el programa de análisis cualitativo AQUAD (Analysis of Qualitative Data, versión 6). Los principales resultados ponen de manifiesto que el conocimiento adquirido sobre el método a nivel teórico fue aceptable, mientras que a nivel práctico fue percibido como insuficiente. Solo una minoría

manifiesta actitudes positivas hacia el método. Por lo que respecta al nivel de satisfacción de uso, éste es mayor en las mujeres, que en sus parejas. En relación a la viabilidad de uso del método, ésta viene condicionada por el género y el tipo de pareja, siendo ellas las que se muestran más dispuestas a su uso futuro en relaciones casuales, mientras que los varones se muestran más reacios al uso futuro, y en cualquier caso su uso se prefiere en relaciones estables.

#### Conclusión

Entre los factores que favorecen el uso del condón femenino se encuentran los siguientes: Necesidad de realizar un mayor esfuerzo en difundir información y promover el producto, la formación práctica en el uso del método, reducir el precio del producto, mejorar su aspecto, un mayor esfuerzo en la distribución del preservativo femenino, y la modificación de ciertas actitudes sexistas.

### Prevención

#### P8.02

Detección precoz del VIH mediante test rápido en farmacias

Benet Rifà 1, Albert Giménez1, Rafel Guayta2

1Programa para la prevención y la Asistencia del Sida. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya

2Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona

#### Objetivo

Con la finalidad de evitar el retraso diagnóstico del VIH se ha llevado a cabo una actuación conjunta entre el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya y el Colegio de Farmacéuticos de Barcelona consistente en la realización del test rápido del VIH en oficinas de farmacia de esta provincia.

#### Método

El programa se lleva a cabo en 36 farmacias de 21 localidades de más de 30.000 habitantes de la provincia de Barcelona. La población diana son las personas de ambos sexos mayores de 16 años y que presenten una conducta de riesgo de infección por VIH. Se fijan unos criterios de selección de las farmacias entre las que se incluye contar con experiencia en programas de reducción del daño, el completar una formación específica sobre la realización del test y consejo asistido, presencia de infraestructura que garantice la privacidad, atención personalizada y confidencialidad, asegurar la respuesta inmediata a la demanda del ciudadano y disponer de un sistema homologado de eliminación de residuos. La prueba de detección se lleva a cabo a petición del usuario previa valoración de la práctica de riesgo. Se asegura la derivación de los usuarios con un test reactivo a un centro hospitalario especializado de referencia para la confirmación del test y seguimiento clínico.

#### Resultados

Desde el comienzo de este programa en abril de 2009 y hasta diciembre de 2009 se han



obtenido los siguientes datos: Se han realizado 1548 tests, (72% hombres) y (28% mujeres). 181 son personas recién llegadas (12%), principalmente latinoamericanas. La media de edad de los usuarios es de 33 años y el grupo de edad más numeroso es el de 30 a 39 años (37%) El motivo principal para realizarse el test es el de una práctica sexual de riesgo (87%), de éstos 71% para la práctica heterosexual, un 9% para la práctica homosexual y un 20% que no especifica. De los 1548 realizados 15 han sido reactivos (0,97%), 12 hombres y 3 mujeres; 3 de estas personas son recién llegados (20%), un 56% tienen entre 30 y 39 años. La vía de transmisión ha sido la sexual, en 5 casos heterosexual, en 7 casos homosexual y en 3 casos no se especificaba.

#### Conclusión

Los resultados preliminares son satisfactorios, detectando un porcentaje superior de personas reactivas que entre la población que se hace la prueba en centros sanitarios, que es de 0,7%. La práctica más frecuente para solicitar la prueba es el riesgo sexual, especialmente heterosexual. Finalmente, el grado de satisfacción de los titulares de las oficinas de farmacias que participan en el programa y de los usuarios ha sido alto.

#### Prevención

##### P8.03

Un instrumento de gobierno participativo: el Plan de Acción frente al VIH/sida. 2010-2013

Rosa Mansilla, Albert Giménez y Comisión Interdepartamental del Sida en Cataluña.

Programa para la Prevención y la Asistencia del Sida. Departamento de Salud. Generalitat de Cataluña.

#### Objetivo

La Comisión Interdepartamental del Sida en Cataluña (CISC) ha elaborado el Plan de Acción frente al VIH/sida para el periodo 2010-2013 cuyos objetivos son prevenir la propagación de la infección por el VIH, facilitar que las personas afectadas reciban una atención sanitaria y psicológica adecuada y promover una respuesta social constructiva y evitar actitudes de marginación. Este Plan, que se enmarca en el contexto fijado por el Plan Multisectorial frente a la infección por el VIH y el sida 2008-2012 (Plan Nacional sobre el Sida), forma parte del Plan de Gobierno de la Generalitat de Catalunya (GC)

#### Método

Los componentes de la CISC (Departamentos de la GC, ONG, entidades municipalistas y entidades del tercer sector) han trabajado de forma participativa en la propuesta y consenso de las líneas estratégicas y actuaciones a desarrollar en el ámbito de sus competencias. El Departamento de Salud ha coordinado el proceso de elaboración y en las reuniones plenarios de la CISC se ha tutelado su seguimiento

#### Resultados

En el mes de marzo la CISC ha aprobado por unanimidad el Plan, que incluye 14 líneas de acción, 64 proyectos y 164 actividades relacionadas con la epidemiología, la prevención, la atención sanitaria y social, la reinserción laboral, las políticas comunitarias, la discrimina-

ción, la investigación, la cooperación internacional y las estrategias de comunicación. Se han diseñado 243 indicadores relacionados con la estructura, el proceso y los resultados. En los próximos meses un subgrupo de la CISC se encargará de identificar una decena de indicadores clave para medir tendencias e impacto. Se han definido 14 parámetros básicos a observar transversalmente en el diseño y aplicación de las actuaciones previstas para una mayor efectividad de las mismas.

Se han identificado los agentes participantes y coordinadores en cada actuación y el Plan se acompaña de un calendario para su despliegue

#### Conclusión

La elaboración de este Plan ha supuesto un ejercicio ejemplar de participación social en el diseño de las políticas de actuación frente al VIH. La colaboración interinstitucional ha permitido un mayor conocimiento de los agentes implicados que ha facilitado el planteamiento de actuaciones realistas y sostenibles, ha obligado a una reordenación de objetivos, recursos y actuaciones y a un compromiso formal para la consecución de los mismos en los plazos fijados.

#### Prevención

##### P8.04

Uso de las tecnologías de la información y la comunicación para la prevención de VIH en HSH en campañas conjuntas SPNS – ONGs LGTB

SORIANO, R. - ORTIZ, L. - PUIG, I. - SÁNCHEZ, A. - BARTOLOMÉ, P. - TAPIA, A. - KOERTING, A. - NEIRA, M. - CASTILLO, O (Ministerio de Sanidad y Política Social)

- Ministerio de Sanidad y Política Social

- Grupo de Trabajo sobre prevención de VIH en HSH

#### Objetivo

Describir la experiencia sobre utilización de tecnologías de la información y comunicación, para hacer más accesibles los mensajes de prevención de VIH dirigidos a los HSH en campañas conjuntas de la SPNS y las ONGs del movimiento LGTB.

#### Método

Desde 2006 la SPNS organiza conjuntamente con las ONGs del movimiento asociativo LGTB campañas dirigidas a la prevención del VIH en hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Durante 2009, y de acuerdo con los estudios que señalan que el uso de Internet como forma de buscar parejas sexuales se encuentra ampliamente extendido entre los HSH, se consideró necesario incorporar la presencia en este medio a las estrategias de prevención. Para ello fue necesario reorientar los concursos de creatividad y los soportes o vectores sobre los que trasladar los mensajes. El primer bloque de la campaña de 2009 incluyó la adaptación de la creatividad a cuatro formatos de banners, cuyo destino eran las páginas web de las entidades colaboradoras así como en la del propio Ministerio de Sanidad y Política Social. Los banners, alojados también en páginas de contactos de HSH, enlazaban con el folleto de la campaña, disponible en todas las lenguas oficiales del Estado. Los principales mensajes de salud



fueron incorporados a una presentación en formato PPS y Flash, y se contó con el apoyo de las organizaciones participantes para realizar una difusión masiva, en la que se animaba a reenviar el archivo por correo electrónico a cualquier institución o particular que quisiera colaborar con esta iniciativa. El segundo bloque de la campaña incluía la producción de un material audiovisual. La estrategia de difusión se basaba en las redes sociales y para ello se creó un perfil en Facebook y se contó con la colaboración de las organizaciones LGTB. La campaña incluyó una página web propia: [www.preservativoentubolsillo.es](http://www.preservativoentubolsillo.es). El vídeo, disponible en todas las lenguas oficiales (además de inglés y francés), se encontraba alojado tanto en la web como en el canal de youtube del Ministerio. El acto de presentación de la campaña fue por primera vez retransmitido en directo a través Internet.

#### Resultados

Los banners que enlazaban directamente con la web del Ministerio, donde se alojaba el texto completo del folleto y las versiones del mismo en todas las lenguas oficiales del Estado, fueron incluidos finalmente en un total de 22 páginas web de entidades colaboradoras. A fecha de 29 de marzo de 2010 el vídeo en el canal youtube del Ministerio había registrado 19.271 visitas en la versión en castellano (versión de 15" más la de 30"). Las visitas a las versiones en el resto de lenguas sumaban 826 reproducciones, y las registradas en el propio sitio web superaban las 30.000. Por su parte, los admiradores registrados en el perfil de Facebook sumaban 2.218, de los que más del 60% se encontraban en la franja de edad comprendida entre los 18 y 34 años.

#### Conclusión

Se observa que el uso de Internet complementa la difusión realizada a través de los canales tradicionales. La SPNS apuesta por seguir incorporando a las campañas nuevas tecnologías y vías de comunicación, para facilitar y ampliar así la divulgación de los mensajes de salud entre la población HSH, y en especial entre los HSH más jóvenes.

#### Prevención

##### P8.05

#### Experiencia de la implementación del test rápido de detección VIH en la región de Lleida

Rafel Campàs, A (1), Notario Entor S (1); Puig Ganau, T (2,3); Fibla Palazón, J (1,3)

(1) Associació Antisida de Lleida. (2) Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida; (3) Institut de Recerca Biomèdica de Lleida (IRBLLEIDA)

#### Objetivo

Se estima que en España un 30% de las personas infectadas por VIH no conocen su condición de seropositividad. La "Associació Antisida de Lleida" desde sus inicios, promueve la detección precoz del VIH en todas las personas que hayan tenido una conducta de riesgo, especialmente en los colectivos más vulnerables. El objetivo primordial es disminuir el retraso en el diagnóstico para disminuir así la diseminación de la infección y facilitar el inicio de la atención sanitaria. Así mismo, se pretende sensibilizar a la población atendida en cuanto a las conductas de riesgo y favorecer el trabajo en red.

#### Método

A partir del 2007, se incorpora a los servicios de la Asociación la realización del test rápido para la detección del VIH mediante un inmunoanálisis cualitativo de lectura visual que detecta anticuerpos contra el VIH1/2 (Test Determine HIV-1/2, Inverness Medical). El establecimiento del test se enmarca dentro del Programa de Prevención y Asistencia a la SIDA (PPAS) del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Para tal efecto se ha establecido un protocolo de atención integral que comprende los siguientes apartados:

1.- Realización in situ de la prueba en un entorno de privacidad y con el asesoramiento adecuado. 2.- Si el resultado es "reactivo" el paciente se deriva a la Unidad Funcional de la Sida del Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida (HUAV) para la confirmación del diagnóstico e inicio de la atención sanitaria. 3.- Desde la Asociación la persona recibe el apoyo emocional (counselling) y se establece un seguimiento sobre su estado socio-personal.

El trabajo se ha desarrollado siguiendo un formato en red en el que están implicados diferentes servicios especializados del Insitut Català de la Salut (PASSIR, Dermatología, Urología, Unidad Funcional de la Sida), entidades del tercer sector de Atención a la Exclusión Social (locales y autonómicas) y servicios específicos de nuestra propia entidad (Servicio de atención a las Trabajadoras del Sexo, clientes, jóvenes, población inmigrante, población ex-reclusa).

#### Resultados

Des del 2007 hasta el 2009 han solicitado nuestro servicio un total de 844 personas, 396 (47%) hombres, 436 (51.5%) mujeres y 12 (1.5%) transexuales. De estas 578 (68%) fueron de nacionalidad española y 266 (32%) inmigrantes. En la gran mayoría de los casos la percepción de riesgo fue por la no utilización del preservativo o bien la "rotura" del mismo. Un total de 24 personas (2,8% del total) dieron resultado reactivo, todos ellos confirmados en el HUAV. La distribución por sexos fue: 7 hombres (1.8%), 16 mujeres (3,7%) y 1 transexual (8.3%). Atendiendo al origen: 7 de nacionalidad española (1,2%) y 17 inmigrantes (6,4%).

#### Conclusión

Se observa una amplia transversalidad en las personas atendidas. Ello ha permitido que un amplio y variado número de personas conozcan la entidad e interaccionen con los diferentes profesionales, contribuyendo a una mayor concienciación del riesgo de infección. Atendiendo a la distribución de sexos en las personas atendidas, la percepción de riesgo es similar en hombres y mujeres. No es así en el caso del origen o nacionalidad, donde se observa una mayor percepción en las personas inmigradas. En Lleida la población inmigrada supone un 17-18% del total, mientras que en la población atendida en nuestro servicio esta representa un 32%. Una mayor exposición a situaciones de riesgo podría explicar la mayor tasa de infección observada en el colectivo de inmigrantes. El seguimiento de los pacientes que han sido derivados al HUAV nos permitirá evaluar el retraso en el diagnóstico como indicador de la eficacia del programa de detección de la infección VIH.

#### Prevención

##### P8.06

#### Programa de educación afectivo – sexual para personas con discapacidad intelectual.

Villalón, M., Fernández, E., López, P., Rico, R., Valmayor, S. i Anegas, I.





Associació CEPS. Associació per a la prevenció i la promoció de la salut.

#### Objetivo

Dotar a profesionales, padres, madres y tutores de herramientas y estrategias para desarrollar intervenciones de educación afectiva – sexual y de prevención de conductas de riesgo para la salud.

#### Método

Fase 1: Primer contacto con el centro a formar, recogida de datos, entrevista y adaptación del taller y de las intervenciones a las necesidades específicas del centro. Fase 2: Implementación de la formación. Contempla talleres dirigidos a profesionales (4 sesiones), un taller de formación para padres, madres y tutores e intervención directa con personas afectadas de discapacidad intelectual (PDI) (3 sesiones). Evaluación de proceso y resultado de los talleres de formación y redacción del informe de evaluación que recoge las valoraciones (cuantitativas y cualitativas) aportadas por los asistentes. Fase 3: Seguimientos y asesorías (de diseño y de consulta) para desarrollar el diseño de las intervenciones a incorporar en el centro. Se orienta en metodología de trabajo, actividades y técnicas de comunicación.

#### Resultados

Desde el año 2002, en el programa de educación afectivo – sexual para personas afectadas de discapacidad intelectual, se ha formado a un total de 334 profesionales, 368 familias y 1.228 personas afectadas de discapacidad intelectual de 24 centros (CEE y CET), ubicados en 22 municipios de Cataluña. Se han efectuado 32 seguimientos y 22 asesorías (estas últimas desde 2005). El grado de satisfacción medio de los profesionales formados ha sido de un 8,5 en una escala de 10 (entre los años 2002 – 2009) y el grado de satisfacción medio de las familias de 8,4, también en una escala de 10 (años 2003 – 2009).

#### Conclusión

Se hace evidente el interés y la necesidad de la existencia de un programa de educación afectivo – sexual para personas afectadas de discapacidad intelectual. El grado de satisfacción del proyecto indica que el diseño del programa, los contenidos y la estructuración del mismo se adecuan a las necesidades de los beneficiarios.

#### Prevención

##### P8.07

Análisis de la aplicación del Programa de Intercambio de Jeringuillas (PIJ) en las prisiones de la Comunidad de Madrid

Guadalupe Moreno, Lorena San Juan, Ana palacios

Fundación Atenea

#### Objetivo

Analizar los factores que intervienen en la escasa aplicación del Programa de Intercambio

de Jeringuillas (PIJ) en las prisiones de la Comunidad de Madrid.

#### Método

Para elaborar este informe, se ha llevado a cabo un estudio cualitativo de los discursos y percepciones de informadores clave, acompañado de un análisis y revisión de los protocolos existentes en las prisiones de la Comunidad de Madrid.

El diseño del informe se ha basado en tres fases de trabajo:

1. Entrevistas semiestructuradas a subdirectores médicos de las prisiones y revisión de los protocolos existentes en cada centro.
2. Grupos de discusión con personas consumidoras de drogas inyectadas en prisión.
3. Elaboración de un informe final y de una estrategia de difusión del programa.

#### Resultados

Diferentes factores dificultan la aplicación del PIJ en las prisiones de Madrid, como son:

1. La no información del programa a los/as internos/as por la percepción por parte de los/as responsables de que es innecesaria por el cambio en los patrones de consumo, por dar por hecho que todos/as los/as internos/as conocen la existencia del PIJ y por el miedo a que la información incentive el consumo inyectado.
2. La desconfianza que existe entre los/as usuarios/as de drogas hacia el PIJ por la falta de confidencialidad y por las consecuencias negativas que tiene para su trayectoria penitenciaria entrar en el programa. Esto hace que el consumo inyectado dentro de prisión, aunque se ha reducido frente a años anteriores, se realice fuera del PIJ, facilitando el consumo inyectado compartido, con los riesgos que conlleva en relación al VIH y otras patologías, y a cuestiones de seguridad, al haber jeringuillas no autorizadas en los centros.
3. Las dificultades de accesibilidad al protocolo por parte de los centros, la no garantía de tasas de retorno del material contaminado y las estrategias elaboradas dentro de los protocolos para implicar a la seguridad del centro, que hacen que el programa pierda su carácter sanitario.

Es necesario, por tanto, articular mecanismos para unificar los protocolos PIJ dentro de las prisiones, como son: aumentar la información a los/as internos/as; garantizar la privacidad de los datos de las personas en PIJ, mediante codificación; ampliar las acciones del PIJ para que se garantice un trabajo de reducción de riesgos y el seguimiento sanitario diario; establecer procedimientos para lograr una tasa de retorno del 100% del material contaminado; incorporar la distribución de otros materiales de reducción de daños adaptados al consumo actual; sensibilizar a los/as profesionales frente a la percepción negativa del programa, mostrando que es un programa de reducción de riesgos transitorio; basar el programa en niveles de eficacia que no sólo registren el nº de jeringuillas, sino la tasa de retorno, el nº de personas que cambian de vía y que acceden a otros programas.

#### Conclusión

En las prisiones de Madrid no se está dando una respuesta eficaz a la aplicación del PIJ. Sin embargo, la existencia de consumidores de drogas por vía inyectada en las mismas es una realidad a día de hoy. Por lo tanto, el acceso a medidas de prevención y reducción de daños, como es el PIJ, deben garantizarse, y para ello hacemos este análisis y proponemos medidas.



**Prevención****P8.08**

Diferencias de conocimientos, actitudes y prácticas en cuanto al VIH en inmigrantes procedentes de África subsahariana y Magreb residentes en España

Estévez L, Guionnet A, Beltrán-Neboit N, Quintero Y, Navaza B, Navarro M, Pérez-Molina JA, López Vélez R

Unidad de Medicina Tropical y Parasitología Clínica. Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

**Objetivo**

Describir los conocimientos y el estigma hacia las personas VIH+ de una cohorte de inmigrantes subsaharianos y magrebíes residentes en España.

**Método**

Análisis de los conocimientos, actitudes y las prácticas sobre el VIH de una cohorte de 584 inmigrantes procedentes de África subsahariana y Magreb mediante la cumplimentación de un cuestionario CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas) antes de una charla educativa en ONG y asociaciones de inmigrantes de España, de enero a diciembre de 2009. Análisis estadístico: modelo univariante y modelo de regresión múltiple, programa estadístico SPSS. Los resultados con  $p < 0,05$  fueron considerados estadísticamente significativos. Comparación de los resultados obtenidos con las estrategias nacionales de lucha contra el VIH/SIDA en países del Magreb y África subsahariana.

**Resultados**

La encuesta CAP previa fue cumplimentada por 584 inmigrantes: 190 magrebíes y 394 subsaharianos. Los países más representados fueron Argelia (19%), Marruecos (14%), Senegal (14%), Mali (11%), Camerún (9%). La mayoría procedía de zona urbana (68%). El 83% fueron hombres (en la población magrebí hubo más mujeres que en la subsahariana, 33%,  $p=0,000$ ), edad media 26 años. El 96% se declaró practicante y mayoritariamente musulmán (71%); entre la población subsahariana hay más cristianos (33%) que en la magrebí ( $p=0,000$ ). El nivel escolar es medio-alto (el 53% tiene secundaria o universidad); los subsaharianos tienen un nivel escolar más bajo que los magrebíes ( $p=0,000$ ).

Observamos que los subsaharianos poseen más conocimientos sobre el VIH que los magrebíes ( $p=0,006$ ). En cuanto a las aptitudes y prácticas, los subsaharianos (47%) utilizan más el preservativo que los magrebíes (40%) y estos (17%) practican más la abstinencia que los primeros (6%) ( $p=0,002$ ). La población magrebí comunicaría menos al entorno que los subsaharianos ( $p < 0,001$ ). Asimismo, encontramos más estigma en la población magrebí que en la subsahariana ( $p=0,000$ ).

La seroprevalencia estimada en adultos (15-49 a.) de los países marca una clara diferencia: 0,1% Argelia y Marruecos, Senegal 0,7%, Mali 1,3%, Camerún 5,5% (ONUSIDA). Asimismo, los presupuestos de los planes estratégicos de lucha contra el sida de los países magrebíes y los subsaharianos son también diferentes: Marruecos destina 48 millones de dólares; Argelia, 93; Senegal, 107; Mali, 297; Camerún, 396. Los países destinan entre un 33% (Mali) y un 45% (Marruecos) del presupuesto a la prevención. Asimismo, en todos ellos, los fondos provienen de la contribución nacional, el Fondo Mundial, diferentes agencias de Naciones Unidas y la cooperación bilateral.

**Conclusión**

Los africanos subsaharianos poseen más conocimientos y demuestran menos estigma que los magrebíes a pesar de tener un nivel escolar inferior. Sin embargo, podemos pensar que la seroprevalencia y los fondos destinados a la lucha contra el VIH en los países subsaharianos pueden explicar la diferencia de los comportamientos. Además, la mayor prevalencia de los países subsaharianos puede haber influido en la mayor sensibilización en los países subsaharianos.

**Prevención****P8.09**

Fortalezas y limitaciones del programa de Madrid Positivo que oferta la prueba rápida del VIH en la calle para reducir el retraso diagnóstico

Álvarez, J.1; Gutiérrez, J.1; Hoyos, J.2; Ferreras, E.3; Rodríguez, C.4; Belza, M.J.2,5; De la Fuente, L.3,5

1. Asociación Madrid Positivo; 2. Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III; 3. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III; 4. Centro Sanitario Sandoval; 5. CIBERESP

**Objetivo**

Evaluar los logros y las limitaciones que tiene este programa como estrategia innovadora para reducir el retraso diagnóstico existente en España

**Método**

Se analizaron 6042 personas que se realizaron la prueba rápida entre mayo del 2008 y febrero de 2010 en Madrid y en otras ciudades de tamaño medio (Móstoles, Alcalá de Henares, Murcia, Alicante, Elche, Arrecife, Santa Cruz y Las Palmas). En Madrid la unidad se situó junto al barrio de Chueca y en las otras ciudades cercana a zonas muy transitadas. Previo consentimiento informado, se tomó una muestra de sangre y en los 20 minutos necesarios para disponer del resultado del test (Determine HIV-1/2 y Determine HIV-1/2 Ag/Ab Combo®) completaron un breve cuestionario. Los reactivos e indeterminados eran derivados a centros sanitarios para su confirmación.

**Resultados**

El 65,4% eran hombres, 55% menor de 30 años, 32,9% había nacido fuera de España (23% en Latinoamérica) y 46,1% tenía estudios universitarios. El 3,1% se había inyectado drogas alguna vez y 50,8% de los hombres habían tenido relaciones sexuales con otros hombres (HSH). En comparación con las otras ciudades, en Madrid hubo un mayor porcentaje de inmigrantes, de universitarios, de quienes vinieron expresamente a hacerse la prueba y casi el doble de HSH.

Se identificaron 86 reactivos y dos indeterminados. En 79 (90%) se constató la confirmación, de los que 76 fueron positivos y 3 negativos (uno de los indeterminados y dos reactivos en los que los profesionales dudaban fundamentalmente de su veracidad), lo que supone una



tasa de falsos positivos de 1.2% ó 3.8%. Los 9 no confirmados fueron clasificados como VIH+ a efectos de otros análisis. De los 85 positivos o reactivos no confirmados, el 81.8% se había realizado anteriormente la prueba y el 52.7% se la hizo porque pasaba por allí y vio el dispositivo; el 95.3% eran varones (prevalencia: 2,0%), de los que todos salvo dos eran HSH (prevalencia: 4,0%), y sólo 4 mujeres (prev=0,2%); el 45.9% inmigrantes (prev= 2,0%, vs 1,2% en españoles). Del 69,4% se sabe la cifra de CD4, de ellos el 18.6% tiene <350, siendo este valor de 16,4% en HSH, 15,2% en españoles y 23,1% en inmigrantes.

#### Conclusión

El programa se dirige a todas las poblaciones vulnerables, aunque entre los positivos apenas existen mujeres y HTX, restringiéndose casi exclusivamente a HSH, que es el grupo con menos retraso en España. Sin embargo, el programa consigue que en este colectivo el porcentaje con retraso diagnóstico sea casi tres veces inferior al que presenta el SINIVIH para los HSH de España. Al menos el 50% de los sujetos no se hubiera realizado la prueba en ese momento de no haberse encontrado directamente con el dispositivo móvil. Una buena localización del mismo es un reto complejo no siempre alcanzable por razones diversas.

Financiación: FIPSE 36634/07 y FIS PI09/1706

#### Prevención

##### P8.10

Trabajadores masculinos del sexo: variables asociadas al uso del preservativo durante su actividad profesional y en sus relaciones personales.

(1)Rafael Ballester Arnal, (1) Pedro Salmerón Sánchez, (2)María Dolores Gil Llarío, (1)Cristina Giménez García y (3) Damian Albiach Epila.

(1)Dpto de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología. Universitat Jaume I Castelló.  
(2)Dpto. Psicología Evolutiva y de la Educación. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. Estudi General.  
(3) Col.lectiu Lambda Valencia.

#### Objetivo

Explorar variables asociadas al uso del preservativo en el colectivo de TMS durante su actividad profesional y en sus relaciones personales, según las prácticas sexuales.

#### Método

Los participantes fueron 31 Trabajadores Masculinos del sexo que ejercen su actividad en pisos gestionados por terceras personas. La media de edad es de 24,8 años (D.T.=4,18). La mayoría son inmigrantes (90,3%) y, por orientación sexual, encontramos homosexuales (63,3%), heterosexuales (17,7%) y bisexuales (20%).

El instrumento utilizado fue la Entrevista Semiestructurada para Trabajadores Masculinos del Sexo (Ballester, Gil, Salmerón y Albiach, 2009).

Las entrevistas se llevaron a cabo en los mismos pisos donde ejercen el trabajo sexual de manera individual y voluntaria, garantizando siempre la confidencialidad. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS-15.

#### Resultados

El porcentaje de uso del preservativo es mayor con los clientes (100%) que en sus relaciones de pareja personal (45%). No existen diferencias en el uso del condón entre clientes fijos y esporádicos, aunque es algo mayor el uso con desconocidos. En función de las prácticas, es mayor en penetración vaginal (100%), seguida de la penetración anal (99,3%) y, por último, del sexo oral (84,22%). Además, el uso del condón es mayor en penetración anal receptiva que en insertiva. Los principales motivos que aducen los TMS para no utilizar el condón son que la práctica se limitaba a sexo oral con el cliente y que éste les resultaba atractivo.

#### Conclusión

Aunque, en general, el uso del preservativo está muy extendido en la población de TMS, este colectivo mantiene algunas prácticas desprotegidas con sus clientes, como el sexo oral, donde asumen que el riesgo de infección por VIH es menor. Además, se observan algunas variables de riesgo que podrían fomentar su exposición al VIH, como la atracción que pueden sentir por alguno de sus clientes que hace que no utilicen el preservativo aunque, como contrapartida, el condón también sea utilizado como una barrera con aquellos clientes que les resultan desagradables o con los que la diferencia de edad es muy grande. Asimismo, el menor uso del preservativo con la pareja personal va unido a conseguir una mayor intimidad, demostrándole amor y confianza y marcando una distancia respecto a sus relaciones profesionales. La exploración y conocimiento de los motivos para no usar preservativo con clientes y con la pareja personal, permitirán establecer estrategias preventivas de mayor eficacia para la infección por VIH.

#### Prevención

##### P8.11

Conducta Sexual y de Riesgo frente al VIH en Europa: Un estudio transcultural

1,2 Sonia Mayordomo López y 3 Silvia Ubillos Landa

1 Universidad del País Vasco- 2 Itxarobibe - 3 Universidad de Burgos

#### Objetivo

Los objetivos principales de la investigación son: a) por un lado, estudiar las diferencias existentes en estos países europeos en lo que respecta a las variables psicosociales y las conductas sexuales de riesgo; y, b) por otro, analizar los predictores más relevantes del uso del preservativo en un escenario particular como es el de la constitución de nuevas parejas sexuales.

#### Método

Se realizó un muestreo probabilístico polietápico a partir del cual se obtuvo una muestra representativa urbana de 24224 personas (11386 hombres y 13083 mujeres) con edades comprendidas entre los 18 y 49 años, pertenecientes a 9 países europeos (Alemania, España, Francia, Grecia, Inglaterra, Italia, Noruega, Portugal y Suiza). La tasa de rechazo fue del 25-30%. Los participantes cumplieron una encuesta cuyas preguntas estaban delimitadas en 3 bloques temáticos: a) variables sociodemográficas; b) vida y experiencia sexual; y, c) nuevos encuentros sexuales.



**Resultados** Los resultados más relevantes relativos al primero de los objetivos son: se observa que las personas de Europa central y norte, en contraposición a las de los países mediterráneos, son las que declaran un número medio de parejas sexuales mayor en el último año y presentan una menor percepción de gravedad frente al VIH. Igualmente, las personas de Europa central y norte, comparadas con las pertenecientes a países mediterráneos, manifiestan conocer menos y estar menos enamoradas de su nueva pareja en el momento en el que mantuvieron la primera relación sexual. Además, perciben mayor riesgo de que ésta le transmita el VIH y, consecuentemente, dicen tener menos confianza hacia ella. No obstante, es de recalcar, que estas mismas personas se muestran más comunicativas con su nueva pareja, tratando temas como son la utilización del preservativo, el VIH y las ETS. A pesar de ello, en términos reales, utilizan menos el condón con la nueva pareja. Por otro lado, las personas de países mediterráneos declaran en general una edad de inicio en las relaciones sexuales más tardía además de tasas más bajas en la utilización de la marcha atrás como método contraceptivo. Igualmente, presentan tasas más altas de uso del preservativo. Con respecto al segundo de nuestros objetivos Concretamente, los análisis de regresión indican que las variables socio-demográficas presentan un menor peso predictivo en el uso del condón, en comparación con las variables interpersonales.

**Conclusión** En general las diferencias encontradas en los diferentes países europeos en cuanto a experiencia y conducta sexual son congruentes con los hallados en otros estudios. No obstante, resulta no menos curioso el resultado hallado relativo al mayor uso del preservativo en países mediterráneos. Este dato desde luego parece contradictorio con la mayor prevalencia de VIH en algunos de estos países (frente a los países de Europa central y del norte). Por otro lado, con respecto al segundo de los objetivos planteados, los resultados encontrados son coherentes con los meta-análisis sobre los predictores longitudinales de la conducta preventiva. En definitiva, aquellas personas que en el momento de la primera relación sexual con la nueva pareja dicen conocerla más, plantean más abiertamente el riesgo de contraer el VIH y la necesidad del uso del preservativo, no observan discrepancias de opinión en su nueva pareja en cuanto a su utilización y tienen mayor experiencia previa de uso del preservativo, son las que adoptan en mayor medida esta conducta preventiva ante una nueva relación.

### Prevención

#### P8.12

Implementación del test rápido de detección de anticuerpos anti-VIH en poblaciones renuentes en acudir a la red normalizada.

Inés López Fernández, Ramón Esteso Mesas y José Atienza Borge.  
Equipos de Médicos del Mundo.

#### Objetivo

Entre los objetivos de Médicos del Mundo referidos a la prevención del VIH en las poblaciones más expuestas, se encuentra el de fomentar la detección precoz de la infección en todos aquellos colectivos más vulnerables, como las personas en situación de prostitución y los inmigrantes en situación irregular. En aquellos casos en que los usuarios se muestran

renuentes a utilizar los servicios normalizados para realizarse las pruebas, se oferta directamente el test rápido a través de los dispositivos de la organización.

#### Método

Desde 1993, Médicos del Mundo realiza la prueba tradicional de anticuerpos de VIH en sus centros y a finales de 2007 (noviembre) se comenzaron a realizar test rápidos de VIH. Desde el comienzo de esta actividad se perfiló cuál sería el ámbito de intervención de MdM: se ofrecería siempre información y se facilitaría el acceso a los dispositivos públicos y privados donde se realizan las pruebas de determinación de anticuerpos de VIH. Solamente en aquellos casos en los que la población fuera renuente a acudir a estos dispositivos y en casos valorados como de urgencia, MdM se ofrece a realizar la prueba rápida. En los momentos previos y posteriores a la realización del test se realizarían tanto los counselling pre como post test.

Durante 2008 las pruebas se integraron totalmente en los programas con un grado de aceptación bastante alto a la vez que se diseñó un protocolo para la puesta en marcha de la operativa de los test rápidos que incluye reuniones con administraciones autonómicas, centros de referencia,... Posteriormente, se llevó a cabo la formación de los equipos que implementan los test rápidos, así como la adquisición de los materiales necesarios.

Hasta el momento actual se ha determinado la viabilidad de actuación en los dispositivos de MDM en Alicante, Almería, Bilbao, Huesca, Málaga, Palma de Mallorca, Santiago de Compostela, Sevilla, Valencia, Vigo y Zaragoza y se han firmado protocolos de derivación de posibles casos positivos con las Unidades de VIH/SIDA en hospitales de las citadas ciudades.

#### Resultados

En estos momentos se está elaborando información acerca de los resultados acumulados en 2008 y 2009.

En 2009, los programas de MdM que participan en esta actividad en las ciudades arriba mencionadas recibieron una afluencia de 7.003 personas y finalmente se realizó la prueba a 520 personas, todas ellas renuentes a acudir a los servicios públicos y privados.

Las características generales de las 520 personas a las que se les realizó el test rápido de VIH incluyen la mayor presencia de mujeres (74%), seguida de hombres (19%) y transexuales (7%).

El grupo de edad más numeroso fue el comprendido entre los 25-34 años (51%), y a continuación los de 18-24 (26%) y 35-44 (17%). Tampoco en lo que respecta a la edad se presentan diferencias sustanciales respecto al año anterior.

Atendiendo al origen, destaca el mayor porcentaje de personas originarias de Latinoamérica (46%), seguido de las de Europa del Este (23%) y Europa Occidental (18%).

El 32% de las personas declaran no haberse realizado nunca la prueba, un 46% entre 1 y 3 veces y el resto (22%) más de 4 veces.

Para las que sí se habían realizado la prueba anteriormente, un 15% lo hizo en los últimos 6 meses, un 23% entre 6 meses y 1 año, un 19% entre 1-2 años y el resto (11%) más de tres años. Dentro de ese mismo grupo de personas que sí se habían realizado la prueba anteriormente, un 32% se había realizado la prueba en un centro de salud, un 14% en un laboratorio privado, un 13% en su país de origen y sólo un 4% se había realizado la prueba del VIH en un centro específico.



La prueba fue positiva en 21 casos (4,04%). Sólo en un caso no se realizó test de confirmación. En el 91% de los casos fue entregado el resultado de la prueba. Durante 2008 el porcentaje de resultados positivos fue del 2,36%. Durante algunas sesiones se llevaron a cabo unos pequeños cuestionarios sobre prácticas de riesgo, frecuencia y con quien, a continuación mostramos los datos.

#### Conclusión

Los usuarios/as solicitan progresivamente más la prueba del VIH desde que se ha iniciado la oferta del test rápido. La mayoría decide acudir a la red normalizada (bien solo o acompañado), pero aún así queda población que es muy renuente a acudir.

Esta iniciativa contribuye a aflorar nuevos diagnósticos entre aquella población que difícilmente acudiría a la red normalizada y por tanto desconocen su estado serológico. Con ello se promociona al mismo tiempo la autonomía personal, al insistir en que las personas usuarias utilicen preferentemente la red normalizada, y solo en segundo término se ofrece la alternativa de realizar el test en nuestros dispositivos.

En el 2009 se ha duplicado la cantidad de test rápidos realizados respecto a 2008 y se ha abierto a otros colectivos no tradicionales de Médicos del Mundo. Durante el 2010 se incorporarán otros puntos alternativos a la red normalizada.

#### Prevención

##### P8.13

Barreras en el uso del preservativo con las parejas no comerciales en mujeres trabajadoras del sexo de Catalunya

Lazar CD (1), Sanclemente C (1), Folch C (2,3), Ferrer L (2,3), Casabona J (2,3,4)

1: Àmbit Prevenció, 2: Centre d'Estudis Epidemiològics sobre ITS/SIDA de Catalunya (CEEIS-CAT), 3: CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), 4: UAB, unidad docente del HUGTIP

#### Objetivo

Explorar la representación social del uso del preservativo e identificar los factores asociados al no uso del preservativo en las relaciones no comerciales de las trabajadoras del sexo (TS).

#### Método

Estudio basado en el marco de la Tª de las representaciones sociales (Moscovici, Jodelet). Se utilizaron técnicas cualitativas y cuantitativas: grupos focales y cuestionario interactivo presentado en soporte informático. El objetivo del cuestionario fue contrastar los datos obtenidos mediante los grupos focales. Los datos cualitativos se han analizado a partir del análisis de contenido transversal y los cuantitativos mediante el cálculo de frecuencias y de medias. En relación al uso del preservativo en las relaciones sexuales con parejas no comerciales, los ítems del cuestionario se organizaron en varios bloques: jerarquía de valores en la relación de pareja (salud, amor, placer, confianza), simbología del preservativo, percepción de riesgo y situaciones de alto riesgo.

Participaron 24 personas en los grupos focales y a 98 se les aplicó el cuestionario. La mues-

tra fue no aleatoria, de conveniencia estratificada por categoría poblacional (España, países de Europa del Este, Latinoamérica, África) y por contexto de trabajo (piso, calle, club).

#### Resultados

En la representación social del uso del preservativo en las relaciones no comerciales de las TS,

el factor principal que justifica el "no uso" del preservativo es el propio concepto de "pareja afectiva", destacando a nivel simbólico las siguientes asociaciones:

-el preservativo percibido como barrera para la comunicación afectiva-sexual con las parejas no comerciales.

-el preservativo como barómetro de la calidad de ese vínculo: querer utilizar el preservativo está asociado a la infidelidad y a la ausencia de compromiso.

-el preservativo asociado fundamentalmente al rol de TS y cliente: utilizarlo en la vida privada podría conllevar el riesgo de confusión de roles (mujer=TS, pareja afectiva=cliente)

A pesar de existir una percepción de riesgo en las relaciones no comerciales, en la jerarquía de valores, el concepto de "amor" es más importante (43,9% lo puntúan en primer y 15,3% en último lugar) que el de "salud" (7,1% en primer y 43,9% en último lugar), generándose una disonancia cognitiva que pone en marcha mecanismos de defensa para disminuir esa percepción. El discurso sobre el uso del preservativo con las parejas no comerciales no va tanto relacionado con el empoderamiento como con una definición de las relaciones de pareja basada en la decepción y resignación ante la imposibilidad de la relación ideal.

#### Conclusión

El uso del preservativo entre las TS con las parejas no comerciales es una meta difícil de conseguir en las estrategias de prevención dirigidas a este colectivo. Fomentar/mejorar la percepción de riesgo y el empoderamiento de las mujeres TS no es suficiente mientras no se modifique esta representación simbólica del preservativo. Teniendo en cuenta la asociación entre preservativo y trabajo sexual cabe reflexionar en qué medida las estrategias de prevención dirigidas a las parejas afectivas de las TS pueden ser más eficaces si se desvinculan de las relacionadas con el trabajo sexual.

#### Prevención

##### P8.14

Eficacia diferencial de distintas intervenciones preventivas del VIH sobre la intención de conducta sexual en población joven.

(1)Cristina Giménez García, (1) Rafael Ballester Arnal, (2) María Dolores Gil Llarío, (1) Pedro Salmerón Sánchez

(1) Dpto. de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología de la Universitat Jaume I de Castellón. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales.

(2) Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universitat de València. Estudi General.

#### Objetivo

Evaluar la eficacia diferencial de distintas estrategias de prevención del VIH-Sida dirigidas a población joven.



**Método**

A través de un diseño de investigación controlado de comparación entre grupos, en este estudio (financiado por FIPSE- Ref.12436) se cuenta con la participación de un grupo de 186 estudiantes (Xedad=21,4; DTedad=2,4), procedentes de la Universitat Jaume I de Castelló y la Universitat de València (Estudi General), asignados a siete condiciones experimentales. Las seis primeras relacionadas con distintas estrategias de prevención (exposición de información, discusión actitudinal, juego de roles, participación de un paciente infectado por VIH, visionado de imágenes aversivas y uso de nuevas tecnologías) y la última con la no intervención. En todas las condiciones, la variable dependiente (intención de uso del preservativo en el coito vaginal, en el sexo oral y en el coito anal) se recoge mediante el Cuestionario de Prevención del SIDA (Ballester, Gil, Guirado y Bravo, 2004) administrado en cuatro momentos de evaluación (pretest, postest, 1º seguimiento al mes y 2º seguimiento a los 4 meses). A través del paquete estadístico SPSS-17 se analizan los datos con estadísticos descriptivos y no paramétricos (Kruskal-Wallis y Kolmogorov-Smirnov).

**Resultados**

En líneas generales, si bien las diferencias no alcanzan la significación estadística, desde un punto de vista clínico se observa cómo la mayoría de las estrategias arrojan mejores resultados que el grupo control. Asimismo, se observa cómo el grupo basado en la transmisión de información mediante una charla informativa ha obtenido resultados más destacados en todas las variables y otros, como el grupo facilitado por una persona seropositiva, ha conseguido mantener puntuaciones elevadas, incrementándolas en la intención de uso del preservativo en el coito anal. Otras estrategias parecen arrojar mejores resultados a medio plazo, como la estrategia relacionada con la discusión actitudinal en la intención de usar el preservativo en el sexo oral o la relacionada con el visionado de imágenes aversivas, que presenta mejoras a medio plazo en el caso del sexo oral y coito vaginal.

**Conclusión**

Considerando los resultados obtenidos se podría confirmar, por un lado, la idea de que la prevención del VIH-Sida resulta eficaz en la promoción de variables protectoras ante las conductas de riesgo como la intención de conducta. Por otro, la necesidad de seguir profundizando en el estudio de las estrategias de prevención dada la eficacia diferencial arrojada por distintas intervenciones y la influencia que otros factores (como el tipo de comportamiento abordado) parecen tener. No obstante, parece que la estrategia basada en la transmisión de información, así como aquella en la que ha participado un paciente infectado por VIH han sido las más exitosas.

**Prevención****P8.15**

La eficacia de los grupos de discusión de actitudes en la prevención del VIH

(1)Cristina Giménez García, (1) Rafael Ballester Arnal, (2)María Dolores Gil Llarío, (1) Beatriz Gil-Juliá

(1) Dpto. de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología de la Universitat Jaume I de Castellón. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

(2) Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universitat de València. Estudi General.

**Objetivo**

Analizar la eficacia de una estrategia de prevención del VIH-Sida basada en la discusión actitudinal y dirigida a población joven.

**Método**

El estudio (FIPSE- Ref.12436) está incluido en un proyecto de investigación más amplio dirigido a la evaluación de la eficacia diferencial de distintas estrategias de prevención, mediante un diseño de investigación controlado de comparación entre grupos. En este caso, se cuenta con la participación de 46 estudiantes (Xedad=21,4; DTedad=2,4), procedentes de la Universitat Jaume I de Castelló y la Universitat de València (Estudi General) asignados a dos condiciones experimentales. La primera, una estrategia basada en grupos de discusión de actitudes sobre el VIH-Sida y, la segunda, constituida por el grupo control (no intervención).

Instrumento: el Cuestionario de Prevención del SIDA (Ballester, Gil, Guirado y Bravo, 2004) que cuenta con propiedades psicométricas adecuadas, es administrado en ambas condiciones a lo largo de cuatro momentos de evaluación (pretest, postest, 1º seguimiento al mes y 2º seguimiento a los 4 meses).

Variables dependientes: información sobre la transmisión del VIH, probabilidad y gravedad percibida ante la infección por VIH, fiabilidad percibida del preservativo y conducta preventiva (uso del preservativo en coito vaginal, sexo oral y coito anal)

Análisis: Se analizan los datos con estadísticos descriptivos y paramétricos (Prueba t y ANOVA) mediante el SPSS-17.

**Resultados**

En un primer término, se observa cómo la estrategia basada en la discusión actitudinal obtiene mejores resultados en la mayoría de variables, sobre todo, en la información sobre vías de transmisión donde alcanza significación estadística ( $F= 6,17$ ;  $p=0,024$ ). Mientras algunas variables como la gravedad percibida muestran la mejora corto plazo, otras como la probabilidad de infectarse por VIH o el uso del preservativo en coito anal presentan resultados más positivos a medio plazo. Dentro de las prácticas, se aprecia una diferencia entre los resultados que arrojan los participantes siendo mejor el progreso de la práctica del coito anal y el sexo oral, frente al coito vaginal.

**Conclusión**

En líneas generales, la estrategia de la discusión actitudinal presenta algunas mejoras estadísticas y clínicas en el abordaje de la prevención del VIH-Sida para esta población joven, incidiendo en algunas variables clave para el uso del preservativo. En concreto, parece arrojar mejores resultados en aquellas prácticas para las que, probablemente, el formato de esta estrategia ofrece un entorno en el cual compartir ciertas conductas sexuales (coito anal) no tan normalizadas como otras (coito vaginal). Asimismo, incide en variables no estrictamente actitudinales, como son los conocimientos, lo que vendría a sustentar la idea de que probablemente, una misma estrategia de intervención tiene la capacidad de repercutir en dis-



tintas variables incluso no directamente pretendidas y, por tanto, mayor eficacia de actuación. A partir de lo anterior y considerando la estrategia de discusión actitudinal como una herramienta práctica en la prevención del VIH-Sida, será necesario profundizar en qué medida y sobre qué premisas se puede mejorar su eficacia.

## Prevención

### P8.16

La experiencia de los test de diagnóstico rápido de infección por VIH en Andalucía

Carmen Zamora Fuentes/Manuel Rodríguez Rodríguez

Consejería de Salud de Andalucía. Junta de Andalucía

#### Objetivo

En Andalucía hay entre 2190 y 3284 personas infectadas por VIH sin diagnosticar, que están retrasando su inicio de tratamiento y con ello reduciendo sus probabilidades de supervivencia y, además, pueden estar infectando a otras personas si mantienen relaciones sexuales sin protección.

Este programa surge con el objetivo de detectar precozmente a aquellas personas que están infectadas por VIH y lo desconocen.

#### Método

Durante el año 2009, se ha pilotado una actividad conjunta entre la Consejería de Salud y 28 entidades ciudadanas que desarrollan su trabajo en el ámbito del VIH/sida,

La estrategia elegida es la de acercar el test de diagnóstico precoz a aquellas personas que según los datos mostrados en este análisis de situación, poseen un mayor riesgo de ser infectadas de VIH (HSH, UDIs, PEPS, personas privadas de libertad,...). Son precisamente estas personas vulnerables las que más barreras de acceso presentan ante el sistema sanitario público, por lo que se ha considerado imprescindible que esta actividad se realice conjuntamente con aquellas entidades que trabajan directamente con estos segmentos de población. Para el programa de acercamiento se ha optado por el material más idóneo para esta actividad, el denominado Ora Quick, que detecta VIH-1/2 en fluido oral, por las ventajas que aporta con respecto al resto: menos agresivo para las personas usuarias, de más fácil utilización para los profesionales y de desecho más ecológico. La sensibilidad del test en saliva es del 98,6% y la especificidad del 98,9%.

#### Resultados

En los 1344 test realizados en escenarios de acercamiento (outreach) se han detectado 50 personas infectadas que ignoraban su infección. La prevalencia de infección encontrada (3,66%) coincide con la esperada esta población con mayor exposición a prácticas sexuales de riesgo. A 46 de ellas (83,2%) se les ha acompañado al Sistema Sanitario Público Andaluz para confirmación diagnóstica y seguimiento. La realización del test de diagnóstico rápido en estos escenarios de acercamiento ha tenido un coste directo de 132 € por caso detectado.

#### Conclusión

Teniendo en cuenta que las personas diagnosticadas de infección habrían desarrollado un sida con toda probabilidad, su detección precoz ha evitado muchos sufrimientos de ellas mismas y sus allegados; además, aunque el coste de tratarlas con antiretrovirales sea mayor que el que habrían tenido en caso de retrasarse el diagnóstico, se han ahorrado los costes del tratamiento de las enfermedades propias del sida, el tratamiento de las personas a las que ellas habrían seguido infectando en sus prácticas sexuales al desconocer su condición de vectores de la infección y los costes sociales derivados de la incapacidad provocada por el sida. Por todo esto, puede concluirse que la realización de test de diagnóstico rápido en las condiciones en las que se está aplicando en Andalucía es indudablemente coste efectiva.

## Prevención

### P8.17

Estrategia de Introducción de las Pruebas Rápidas de VIH en Atención Primaria

Javier Ultra. Alberto Martín-Pérez. Juan Rico. Tomás Hernández. Ana Gil. Javiera Valdés. Mónica Morán.

Programa de Prevención de VIH. Servicio de Promoción de la Salud. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

#### Objetivo

El retraso diagnóstico de la infección por VIH (CD4<200/μl) alcanza el 38'8% en nuevos diagnósticos de la Comunidad de Madrid (CM).

El 53,7% de nuevas infecciones por vía sexual se dan en hombres que tienen sexo con hombres (HSH). También resalta la alta vulnerabilidad frente al VIH de personas que ejercen la prostitución (PEP), especialmente hombres, y mujeres transexuales.

#### Objetivo General

Potenciar el diagnóstico precoz y la prevención del VIH y otras ITS en el Área 7, especialmente las orientadas a las poblaciones más vulnerables como HSH, personas transexuales y PEP.

#### Objetivos Específicos

Organizar, poner en marcha y evaluar un proyecto piloto de Servicio de Diagnóstico Precoz de VIH y sífilis (SDP), mediante uso de pruebas rápidas, adaptado culturalmente a HSH y PEP en Atención Primaria.

#### Método

##### Ámbito:

El Área 7 presenta las mayores tasas de gonococia y sífilis y casos de sida de la C.M.

El Centro de Salud de Justicia, en Chueca, barrio gay de Madrid, accesible, por ello, para las poblaciones destinatarias más vulnerables que socializan, residen y/o trabajan en este barrio - HSH y PEP.

Periodo: Septiembre 2009-Septiembre 2010

Agentes involucrados:

- Programa de Prevención de VIH (PPVIH)



- Gerencia de Atención Primaria Área 7
- C.S. Justicia
- Mediador social experto en programas de outreach con HSH y PEP
- Centro Sandoval
- ONGs
- Servicios Sociales

#### Diseño:

Diseño y organización del SDP con enfoque participativo para la búsqueda del consenso.

#### Resultados

##### Diseño y organización:

- Grupos de discusión con potenciales usuarios para conocer la aceptación del SDP
- Formación a profesionales en pruebas rápidas y counseling
- Adaptación del proyecto diseñado por el PPVIH a la realidad del centro, conjuntamente con el CS y Gerencia
- Diseño de herramientas: agenda de mediación, sistema de citación, recogida de datos, diagrama de flujo
- Materiales de promoción del SDP (carteles y flyers)

##### Puesta en marcha del SDP (1 diciembre 2010):

- La difusión en medios generó la saturación del SDP con población mayoritariamente masculina, heterosexual y de formación universitaria. La difusión a ONGs, otros servicios y recursos no ha sido posible hasta febrero
- Cartera de Servicios: captación, consulta, actividades comunitarias
- Consulta de mediación: mañana y tarde, 60 minutos, counseling.
- Enfermería realiza test y medicina comunica reactivos positivos
- Anónimo, confidencial, no requiere Tarjeta Sanitaria
- Coordinación

Evaluación del SDP: Septiembre 2010

#### Conclusión

El uso normalizado de pruebas rápidas en AP es factible, pero el servicio concebido como tal está sujeto a la permanencia de la figura del mediador.

Fundamental estrechar lazos con ONGs para garantizar la captación de poblaciones vulnerables y evitar que se desvirtúe el objetivo.

SDP contribuye al acceso a Atención Primaria de estas poblaciones.

#### Prevención

##### P8.18

Test rápido de VIH y counseling: acercando la prueba a la población inmigrante en la Comunidad de Madrid

Guionnet A, Beltrán-Nebot N, Navarro M, Estevez L, Quintero Y, Navaza B, Perez-Molina JA, Lopez Velez R

Unidad de Medicina Tropical. Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Ramón y Cajal. Madrid

#### Objetivo

Facilitar el acceso a la prueba rápida a la población inmigrante en centros de referencia de dicha población.

#### Método

En el contexto de talleres informativos culturalmente adaptados a población inmigrante, se propuso la prueba rápida del VIH en ONG, Centro de Participación e Integración (CEPI) y un centro de salud (CS) de la Comunidad de Madrid.

Las pruebas se realizaron del 15 de julio de 2009 al 20 de febrero de 2010, sólo en lugares adaptados para permitir la confidencialidad de la prueba rápida. Cada prueba fue acompañada de un counselling pre y post prueba de aproximadamente 40 minutos. En caso de resultado positivo, la derivación estaba asegurada al día siguiente a la Unidad de Medicina Tropical del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Ramón y Cajal. La prueba fue realizada por un profesional sanitario (médico o enfermera) y el counselling por parte de una enfermera/antropóloga o una psicóloga. Intérpretes/ mediadores interculturales estaban presentes en el caso de que la persona no hablara castellano.

#### Resultados

Después de talleres informativos sobre el VIH, se realizaron 82 counselling y 77 pruebas con sangre periférica (31 pruebas con Oraquick Advance® y 46 con Determine Combo®). El 28% de los participantes en los talleres (n=216) se hizo la prueba rápida del VIH. Colaboraron 7 ONG, 3 CEPI y 1 CS de la Comunidad de Madrid, el número más importante de pruebas se realizó en el CS de Lavapiés durante un acto especial con motivo del Día Mundial de la Lucha Contra el Sida (20 pruebas, 26%).

Los participantes fueron mayoritariamente hombres (68%), principalmente procedentes de América Latina (Am. Latina, 46%; Áf. Subsahariana 29%, Europa del Este 10%, Magreb 4%). Los países más representados fueron Bolivia (30%), Senegal (16%) y Guinea Conakry (5%). Población joven (mediana: 32 años [16-68]) y recién llegada (mediana: 2 años y 8 meses) a España. Las personas que desearon hacerse la prueba tenían en su mayoría un nivel escolar alto (secundaria 46%, universidad 38%) y procedían de zonas urbanas (82%). El 97% se definió de orientación heterosexual. El 91% poseía tarjeta sanitaria. El 65% no se había hecho la prueba antes. Todos los resultados fueron negativos.

Los principales motivos para hacerse la prueba fueron la curiosidad (41%), relaciones sexuales sin preservativo con personas de las que desconocían el estado serológico (40%) y la desconfianza en la pareja (9%). Cinco personas habían tenido conductas de riesgo bajo los efectos de alcohol o drogas y 2 habían padecido previamente alguna ITS.

En cuanto a la prevención, solamente un 15% utilizaba siempre un método barrera con las parejas ocasionales y el preservativo masculino fue el método más usado para protegerse (67%). Las razones evocadas para no usar el preservativo fueron la confianza por el aspecto de la persona (11 personas), la pérdida de la erección (2 pers.), la disminución del placer (2 pers.) o porque la pareja no quería (2 pers.)





**Conclusión**

El perfil de la población que desea hacerse la prueba es heterogéneo. Sin embargo, la población con menor nivel escolar de nuestra cohorte prefirió no hacerse la prueba, población que por estudios anteriores, sabemos que tiene menos conocimientos sobre el VIH y puede tener más conductas de riesgo. Para mejorar el acceso a la prueba rápida de VIH, sería importante definir los motivos por los que ciertos grupos no quieren hacerse la prueba.

**Prevención****P8.19**

Priorización de necesidades en educación afectivo – sexual por parte de profesionales en contacto con personas afectadas de discapacidad intelectual. Periodo 2007 – 2009.

Villalón, M., Fernández, E., López, P., Rico, R., Valmayor, S. i Anegas, I.

Associació CEPS. Associació per a la prevenció i la promoció de la salut.

**Objetivo**

Priorización de necesidades sobre prevención de VIH/Sida, infecciones de transmisión sexual, embarazos no planificados, abuso sexual y conductas de riesgo en educación sexual y promoción de conductas afectivo – sexuales saludables, por parte de profesionales de CEE y CET del ámbito de Cataluña en contacto con personas con discapacidad intelectual, en una formación de diseño de intervenciones.

**Método**

Dentro del programa de educación afectivo – sexual para personas con discapacidad intelectual de la 'Associació CEPS', se destina la primera sesión de formación dirigida a profesionales a la priorización de necesidades del centro. En ésta, cada profesional registra de forma individual un máximo de 3 necesidades que percibe como prioritarias a incluir en la intervención sexual y afectiva que se implementará en el centro. A continuación, se ponen en común las necesidades que todos los profesionales han escrito y se clasifican en base a los temas que posteriormente deberán ser tratados (VIH/Sida, ITS, ENP, abuso sexual, masturbación, anticoncepción etc.). Se enumera el listado resultante de necesidades y, seguidamente, cada profesional valora en una escala 1 – 3: 1 (menos prioritaria), 2 (prioritaria), 3 (muy prioritaria) cada necesidad. En la sesión 3 dirigida a profesionales se entrega el informe de devolución de priorizaciones con los resultados obtenidos en las valoraciones de la primera sesión. Éste sirve de punto de partida para el diseño de intervención a implementar en el centro.

**Resultados**

La prevención del abuso sexual, seguido de la educación afectiva y sexual, concretamente masturbación e intimidad, son las áreas de trabajo clasificadas como muy prioritarias (3) en el proceso de evaluación de necesidades llevado a cabo por 133 profesionales, entre los años 2007 y 2009 en 9 centros (CEE y CET) de Cataluña. En segundo lugar, como prioritarias (2) son emplazadas la prevención de ENP y la promoción del uso de métodos anticonceptivos, y en tercer lugar se encuentra la prevención del VIH/Sida e ITS.

**Conclusión**

Los resultados encontrados confirman la importancia de realizar la priorización de necesidades dentro de la formación. Se observa que según el tipo de centro, CEE o CET, se priorizan áreas más relacionadas con la masturbación, en el primer caso, o con la prevención de embarazos, segundo caso. Es conveniente seguir en la línea de trabajo ya iniciada, adaptando los diseños de las futuras intervenciones de los centros según los resultados del proceso de evaluación de necesidades.

**Prevención****P8.20**

Prevención del VIH/Sida, otras enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados entre los jóvenes del ámbito extraescolar en Cataluña (1997-2009).

Rico, R., Anegas, I., Gallego, E., Valmayor, S.

Associació CEPS. Associació per a la prevenció i la promoció de la salut

**Objetivo**

Formar a mediadores en contacto con jóvenes del ámbito extraescolar en prevención de VIH/Sida, otras infecciones de transmisión sexual y los embarazos no deseados entre los jóvenes del ámbito extraescolar de toda Cataluña.

**Método**

Formación de 10 horas dividida en dos sesiones donde se imparten contenidos teóricos y prácticos sobre prevención de los riesgos asociados a la sexualidad en jóvenes del ámbito extraescolar. Se trabajan los determinantes socio cognitivos del Modelo ASE (conocimientos, creencias, actitudes, influencia social y habilidades) y el diseño de intervenciones de prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva. Se ofrecen asesorías, talleres complementarios (para mediadores y para jóvenes) a los mediadores formados, y se hacen seguimientos al mes, seis y doce meses tras la formación, así como recordatorios del Día Mundial de la Prueba y del Día Mundial del Sida. Se realiza también evaluación de proceso y de resultados (indicadores cualitativos y cuantitativos).

**Resultados**

En el desarrollo del proyecto, desde el año 1997 se han formado 796 mediadores de 327 centros y de 94 municipios, en 57 talleres de formación. A los mediadores formados desde el inicio del proyecto se les han realizado 1.583 seguimientos, 131 asesorías y 26 talleres complementarios. Los profesionales han realizado 1.237 intervenciones, llegando a un total de 49.144 jóvenes de Cataluña. Del total de las intervenciones realizadas por los profesionales, el 46% son de calidad alta, donde trabajan conocimientos, creencias, actitudes y/o habilidades; 31% son de calidad media donde trabajan conocimientos, creencias o habilidades y el 23% restante son de calidad baja donde facilitan conocimientos o información relacionada sobretodo con la prevención y la sensibilización comunitaria en el Día Mundial de la Prueba o el Día Mundial del Sida.



**Conclusión**

Los mediadores formados en el proyecto realizan intervenciones con los jóvenes con los que trabajan después de recibir la formación. Valoran muy positivamente el seguimiento del proyecto, así como la realización de las asesorías y los talleres complementarios, actividades que permiten establecer un trabajo en red con profesionales participantes en el proyecto y facilitan recursos para realizar intervenciones adaptadas a los jóvenes con los que trabajan y de calidad alta.

**Prevención****P8.21**

Estrategias de participación desde una organización no gubernamental en ensayos para posibles estudios de futuras vacunas de VIH: Cuenta Contigo.

Meroño, M.1 Silva, S1. Otin, L. 1 . Etcheverry, F2. Joseph,J2. Mendez, E2.

Fundació Ambit Prevenció 1, Fundació Privada Clinic per la Recerca Biomèdica2

**Objetivo**

Involucrar a "grupos de iguales" en actividades de difusión, información y participación relacionados con futuros ensayos clínicos de vacunas.

**Método**

Las vacunas suponen una herramienta futura de prevención y la participación comunitaria es esencial para el éxito de un ensayo clínico. A partir de nuestra experiencia de seguimiento y trabajo integral con esta población hemos introducido diferentes estrategias para fomentar la participación en el proyecto Cuenta Contigo. Realización de cuestionarios de opinión entorno al tema de vacunas preventivas, entrenamiento de iguales para la difusión del proyecto, material informativo sobre vacunas (en diferentes idiomas) y el taller "Prevención y vacunas contra el VIH. ¿Qué puedes aportar a tu entorno?. La preselección de las participantes se basó en el liderazgo y capacidad de comunicación de las mujeres en su entorno. Se consideró importante también incluir a mujeres que no estaban vinculadas anteriormente al proyecto para así ampliar la población diana. El taller tuvo una duración de 2 horas Posteriormente las participantes se encargaron de difundir entre sus compañeras materiales informativos y administrar unos cuestionarios sobre su deseo de participar en un futuro estudio de vacunas.

**Resultados**

Las personas que participaron en el taller, tenían mucho desconocimiento sobre los ensayos de vacunas, en sus diferentes fases. Algunas conocían algo sobre el tema a través de medios de comunicación generalistas (TV, prensa escrita), que no aportaban datos fiables y/o precisos, y no resolvían sus dudas. También se puso de manifiesto en el taller, mitos y creencias sobre prevención: "así no tengo que utilizar más el condón". No sabían la diferencia entre vacunas preventivas o terapéuticas. También manifestaron sus temores hacia los efectos adversos sobre las vacunas, y la necesidad de recibir más información a través de talleres y grupos de discusión.

**Conclusión**

Nuestro trabajo destaca la importancia de seguir profundizando y ampliando las estrategias de difusión y participación, especialmente con grupos más estables que formen parte de Comités Asesores Comunitarios, en fases preliminares de los estudios o bien en otras posteriores. Es importante reforzar el enlace con la comunidad, favorecer un lenguaje asequible y atender a las necesidades y cuestionamientos que se manifiesten por parte de las personas implicadas.

**Prevención****P8.22**

Introducción de las Pruebas Rápidas de VIH en entornos no clínicos

José Luis Cruz Maceín\*\*. Alberto Martín-Pérez\*. Fernando Conde\*\*\*

\* Programa de Prevención de VIH. Servicio de Promoción de la Salud. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

\*\* Programa de evaluación y conocimiento de factores socioculturales asociados a la evaluación sanitaria y a la promoción de la salud. Servicio de Promoción de la Salud. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

\*\*\* CIMOP

**Objetivo**

Presentar el trabajo realizado por la Comunidad de Madrid para la reducción del retraso diagnóstico fomentando la realización de pruebas rápidas en entornos no clínicos y partiendo del diagnóstico de los diferentes discursos respecto a la prueba entre las organizaciones que trabajan con las poblaciones más expuestas a la infección.

**Método****Ámbito:**

Comunidad de Madrid y agentes sociales que trabajan con las poblaciones más expuestas a la infección.

**Metodología**

Combinación de técnicas cuantitativas y cualitativas.

**Resultados**

El diagnóstico precoz es esencial para la adopción de las medidas necesarias que garantizan la mejor calidad de vida posible a las personas con VIH. Esto es especialmente importante en las poblaciones más expuestas a la infección por VIH.

El retraso diagnóstico de la infección por VIH (CD4<200/μl) alcanza el 38'8% en nuevos diagnósticos de la Comunidad de Madrid (CM). El 53,7% de nuevas infecciones por vía sexual se dan en hombres que tienen sexo con hombres (HSH). También resalta la alta vulnerabilidad frente al VIH de personas que ejercen la prostitución (PEP), especialmente los hombres, y las mujeres transexuales.



La puesta en marcha de pruebas rápidas de VIH en entornos no clínicos pretende facilitar la detección precoz, entre aquellos colectivos que acceden con más dificultad a los dispositivos del sistema sanitario. Sin embargo, los discursos de los agentes implicados varían en función del colectivo concreto con el que se trabaje y del posicionamiento respecto a las opciones que ofrece la prueba frente a al cambio de actitudes o la disminución de la carga viral.

Aquellas organizaciones que trabajan con colectivos con comportamientos de riesgo que no siguen unas revisiones periódicas y pautadas consideran importante que se pueda realizar la prueba de VIH con facilidad. La forma de llevar a cabo las pruebas rápidas varía en función de la política de dicha organización con respecto a la mejor forma de abordar la epidemia: reducir carga viral o cambiar actitudes.

#### Conclusión

El diagnóstico precoz del VIH es una prioridad para la Comunidad de Madrid, al igual que facilitar el acceso a aquellas poblaciones más expuestas a la infección. Por ello se está desarrollando un especial esfuerzo para la puesta en marcha de pruebas rápidas en entornos no clínicos. Sin embargo, el discurso de las organizaciones implicadas en la puesta en marcha de esta línea presenta diferentes matices en función de la población en la que concentren su tarea, así como el posicionamiento que defiendan ante la epidemia: reducción de carga viral o reducción de comportamientos de riesgo. En concreto, las organizaciones que trabajan con LGTB son las que presenta un discurso más favorable a las pruebas rápidas. Haciendo ligeras matizaciones en su argumentación también se muestran favorables, las organizaciones que trabajan con personas que ejercen la prostitución y usuarios de drogas por vía parental.

#### Prevención

##### P8.23

Estándares para la participación del sector privado en la prevención del VIH dirigida a HSH: Proyecto Everywhere

Alberto Martín-Pérez (1), Dra. Mónica Morán (1), M<sup>a</sup> del Carmen Olmedo (1), Javier Ultra (1), Juan Rico (1), Dr. Ramón Aguirre (1), Dr. Nigel Sherriff (2), Elizabeth McDonnell (2), Fiona Sutton (2)

(1) Programa de Prevención de VIH. Dirección General de Atención Primaria, Comunidad de Madrid.

(2) Universidad de Brighton

#### Objetivo

El proyecto europeo Everywhere (2008-2010), cofinanciado por el Programa de Salud Pública de la Comisión Europea tiene como objetivo desarrollar y validar un modelo culturalmente adaptado de buenas prácticas en prevención de VIH en Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH), basado en la colaboración de Administraciones de Salud Pública, ONGs y empresarios del ocio, turismo y entretenimiento dirigido a HSH en Europa

#### Método

El proyecto está coordinado por la Universidad de Brighton (UK) y participan SNEG (Francia), THT (UK), DGAP (España), ANLAIDS (Italia), SRF (Italia), SKA (Polonia), SKUC (Lituania), RUBSI (Chipre) y HTM (Hungria)

La metodología consiste en:

Establecer vínculos con empresas (clubes de sexo, agencias de viaje, hoteles, y páginas de contacto en internet) dirigidas a HSH

Organizar y entrenar a una red de mediadores sociales para identificar, contactar y conseguir el compromiso del sector privado en la prevención del VIH en HSH (septiembre-diciembre 2009)

Negociar y definir protocolos que certifiquen a la empresa como actor socialmente responsable en la prevención del VIH en HSH (enero-febrero 2010)

Testar y validar el modelo a través de una acción piloto de 5 meses: contacto de los mediadores con las empresas, diseminación de información y materiales preventivos a clientes y concesión del sello de responsabilidad a un mínimo de 30 empresas (marzo-julio 2010).

Publicar y diseminar el modelo; seminario final Madrid (septiembre de 2010)

#### Resultados

Algunos resultados finalizados:

Informe prospectivo en prevención de VIH a HSH en 8 países europeos

Página web [www.everywhereproject.eu](http://www.everywhereproject.eu)

Creación de una red europea de mediadores especializados en la relación con empresas dirigidas a HSH, a través de un taller replicado en 8 ciudades

Manual formativo para la mediación social traducido a 8 idiomas

Materiales preventivos en 8 idiomas: folletos para empresarios, clientes, kits de condón y lubricante, etc

Informe sobre oportunidades y obstáculos a la participación del empresariado a partir de entrevistas semiestructuradas a empresarios en 8 países

Protocolos "Everywhere Minimum" y "Everywhere Premium" con indicadores concretos para obtener y evaluar dos niveles distintos de compromiso de las empresas en la prevención del VIH

Los empresarios manifiestan su interés en el proyecto y estándares de Everywhere

#### Conclusión

Los resultados provisionales del proyecto Everywhere sugieren que:

- Se trata de una oportunidad de evaluar y mejorar intervenciones con HSH, compartiendo lecciones aprendidas en Europa, creando sinergias y estrategias comunes

- Es posible la creación de marcos de participación del empresariado, de forma estandarizada cuando se tienen en cuenta sus necesidades e intereses así como los de los HSH, ONGs y Administraciones de Salud Pública



**Prevención****P8.24**

**RECOJE:** Un ejemplo de prevención comunitaria del VIH con la participación de usuarios de drogas en activo.

Lluís Serra, Joan Peña, Andra Mari Bolinaga, Elena Adán, Lorena Andreo, Antonio Vilchez, Rosa Kistmacher, Montse Grifols, Davide Iannello, Raquel Martínez, María Martínez, Olga Díaz, Jordi Delàs

SAPS (Cruz Roja Barcelona)

**Objetivo**

En Barcelona, en 1996, un equipo de profesionales (SAPS Creu Roja) y una asociación, ASUT (Asociación Somos Útiles) de ex consumidores promovieron la recogida de jeringas potencialmente contaminadas en zonas de uso público con el fin de reducir los riesgos de infección por punción y estimular la participación y reinserción social de los usuarios. RECOJE permitía complementar los programas de intercambio de jeringas convencionales. Posteriormente esta actividad se ha implementado en diferentes servicios manteniendo el nombre inicial y el resultado ha sido la disminución de las jeringas en la calle y la posibilidad de asumir otras prestaciones.

**Método**

La actividad se realiza semanalmente todos los martes laborables de 15 a 17 horas. Cada martes se convoca a los usuarios del Saps que quieran participar en el Recoje. De los asistentes se selecciona a 6 personas mediante un sorteo, con el objetivo de llegar al máximo de población consumidora posible. Se da preferencia a las personas con situación más precaria a nivel social y sanitario y reciben una retribución monetaria por su participación. En el Recoje se alternan salidas para recoger jeringas y otro material de consumo, con reuniones de grupo donde se elaboran mensajes preventivos de VIH en forma de carteles, escritos y campañas.

**Resultados**

Desde 1998 hasta 2009, se han realizado un total de 431 salidas, con la participación de 304 personas diferentes y recogiendo 30.519 jeringuillas en total. El año de mayor recogida fue el 2003 con 5897 jeringuillas, descendiendo un 92,20% hasta el año 2009 cuando se han recogido 460 jeringuillas. Para mejorar y ampliar las intervenciones en mayo de 2009 se empezaron a realizar grupos de trabajo donde se han combinado experiencias, charlas sanitarias y talleres de elaboración de material de prevención.

**Conclusión**

La prevención de las enfermedades relacionadas con el VIH-SIDA, se puede hacer desde diferentes ámbitos, espacios y actuaciones. El Programa Recoje es un claro ejemplo de intervención donde se interacciona en y con la comunidad.

Desde la puesta en marcha de este programa hemos observado una disminución notable y progresiva del número de jeringas depositadas en la vía pública, provocado por diversas razones como, la apertura de las salas de venopunción, la implantación de este tipo de programas en otros servicios y el trabajo educativo dentro de los centros y en la comunidad con la presencia de educadores de calle. Del mismo modo, los usuarios han tomado con-

ciencia de las medidas que han tomar en su vida cotidiana para no poner en riesgo su salud y el contagio de VIH-SIDA a otras personas, adelantándonos así a las situaciones que pueden producir contagios.

**Prevención****P8.25**

**Experiencia de la utilización del test rápido de diagnóstico de VIH en el Centro de Información y Prevención del SIDA (CIPS) de Alicante.**

Fernandez Garcia, E., Galán Rubio, E., Martínez Quintero, R., Belda Ibáñez, J., Colomina Monzó, S., Zafra Espinosa, T., Servert Yeste, R.

Centro de Información y Prevención del SIDA

**Objetivo**

Valorar la pertinencia del test rápido de detección de VIH y los criterios de elección en un centro de diagnóstico anónimo, confidencial y gratuito.

**Método**

La utilización del test rápido se enmarca en el mismo contexto de acompañamiento y counselling pre y post test que la determinación analítica habitual.

El método utilizado fue Determine VIH 1/2, realizado con dígito punción y recogida de sangre una vez desechada la primera gota.

Los criterios de inclusión fueron: a demanda, contacto referido o pareja de persona con infección por VIH, ansiedad por conocer el resultado y exposición puntual al VIH.

Los datos se recogen en base de datos ACCES y el tratamiento se realiza con EPI INFO 2000.

**Resultados**

Se ha realizado el test rápido a 301 personas: 70.4% varones, 22.2% mujeres y 0.3% transexuales MAF. La edad media de los varones es de 34 años (moda 34) y de las mujeres 32.8 años (moda 30).

La nacionalidad del 78.7% de la muestra es española. El 40.2% refiere tener en el momento de la analítica pareja habitual. El 41.1% son HSH siendo el 30% pareja sexual de varón VIH+. Entre las personas que refieren relaciones heterosexuales, el 19.9% tiene pareja VIH+ (60% mujeres), el 39.8% acude por una relación coital esporádica sin condón (57.1% varones) y el 17% por múltiples parejas sexuales en el último año (60% varones). El 10.2% son mujeres que ejercen la prostitución y el 8% varones clientes de prostitución femenina. El 5.1% se realizan el test rápido por otros motivos.

El 5% de los resultados de las pruebas fue positivo. El 86.7% correspondieron a test realizados a varones. El 76.9% de éstos refirieron ser HSH, el 15.4% varones heterosexuales con pareja seropositiva y el 7.7% se realizó el test por haber tenido múltiples parejas sexuales en el último año.

Respecto a las mujeres, dos pruebas resultaron positivas: una de ellas era UDVP y la otra pareja sexual de varón seropositivo.

Todas las pruebas solicitadas a mujeres que ejercen la prostitución, a varones clientes de



prostitución femenina, a personas que acuden por una relación coital heterosexual esporádica sin protección y en casos de exposición accidental al VIH fueron negativas.

#### Conclusión

La utilización del test rápido mejora la intervención cuando el resultado es positivo puesto que facilita la petición del resto de valores necesarios para su confirmación y determinación del estado inmunitario. Por otra parte, proporciona una mayor calidad en la atención emocional tanto en los resultados positivos como en los negativos al reducir los tiempos de espera sin acompañamiento.

Por último, valoramos los criterios de utilización como adecuados puesto que la prevalencia de infección es mayor que con la serología habitual.

#### Prevención

##### P8.26

Test rápidos de VIH desde el Dispositivo Móvil de Promoción de la salud "RULE" de la Ciudad Autónoma de Ceuta.

D<sup>a</sup> Irene López Corrales y D<sup>a</sup> Cleopatra R'Kaina Liesfi

Plan sobre Sida de la Consejería de Sanidad y Consumo de la ciudad autonoma de Ceuta

#### Objetivo

Disminuir los obstáculos de acercamiento de la población juvenil hacia la prueba de detección del VIH, combinando estrategias de atención, sensibilización, información y asesoramiento en entornos de ocio nocturno.

#### Método

La unidad móvil, permite el desarrollo de un programa de acciones destinadas a la promoción de la salud, así como a la prevención del VIH/ sida y el fomento de hábitos de vida saludable.

Este dispositivo móvil se presenta con una imagen atractiva y alegre, en todo momento señalizada, bajo unas condiciones de orden, confort y equipamiento que garantizan intimidad y confidencialidad en la atención.

Los profesionales atienden de forma ágil, proporcionando un trato amable, un lenguaje claro y comprensible que facilita la interiorización de la información y garantizan una atención individualizada y personalizada.

RULE presta los siguientes servicios en zonas de ocio juvenil de jueves a sábado y de 21:00 h a 02:00 h:

Sensibilización, información y asesoramiento frente a la infección por VIH y otras ITS, distribución gratuita de preservativos masculinos y femeninos, distribución de material preventivo, realización de talleres de educación sexual y la realización de pruebas rápidas de VIH.

#### Resultados

Desde la puesta en marcha del dispositivo móvil de promoción de la salud RULE el 1 de

diciembre de 2008 hemos realizado un total de 532 pruebas rápidas de VIH. Todas con un resultado negativo.

El 80% de las demandas en "RULE" oscilan entre 16 a 20 años, siendo la edad media de 18 años.

Del total de pruebas realizadas, el 56% son chicos frente a un 44% de chicas. Apenas se aprecian diferencias de género.

Los motivos más frecuentes de demanda de la prueba rápida es por: relaciones heterosexuales sin protección y rotura del preservativo.

#### Conclusión

RULE ha sido el punto habilitado para realizarse la prueba rápida de VIH con mayor demanda en la Ciudad Autónoma de Ceuta.

Consideramos imprescindible la continuidad de recursos, como este, que reflejan un riguroso trabajo comprometido en la lucha de la prevención y la detección precoz de la infección por el VIH.

#### Prevención

##### P8.27

HSH, identidades y prevención del HIV/SIDA

Manuel Antonio Velandia Mora

Decide-T Asociación de Lesbianas, Gay, Bisexuales y Transexuales de Alicante  
Doctorado en Enfermería y Cultura de los cuidados, Universidad de Alicante

#### Objetivo

Conocer los procesos de construcción identitaria de hombres biológicos que transitan a la feminidad, la percepción propia de su cuerpo y la relación con su salud, especialmente en su relación con el riesgo de infección por HIV y las ITS. Explicar las diferencias conceptuales, vivenciales y emocionales entre ser travesti, ser transformista, ser transgénero y ser transexual. Conocer cómo se construye la identidad de género femenino en hombres que transitan de la masculinidad a la feminidad. Indagar si las identidades de sexo y género y la sexualidad cambian en el tiempo, a partir de las relaciones sociales y por la inter-influencia, la interrelación y la interdependencia con el medio, la cultura y la sociedad. Conocer cómo asumen y construyen su cuerpo y el riesgo de dicha asunción para su salud. Profundizar sobre las dinámicas preventivas y de autocuidado de las Trans trabajadoras sexuales.

#### Método

Personas trans trabajadoras sexuales laborando en Alicante. 27 usuarias directas contactadas personalmente; 21 contactadas telefónicamente. Edades 16 a 46 años. España 8; Argentina 2, cubanas 5, brasileñas 2, Chilena 1, Europa del este 4, tailandesas 1, ecuatorianas 13, colombianas 5, rumanas 3, peruanas 1, venezolanas 2.

#### Resultados

Las travestis son hombres biológicos asignados en la masculinidad que presentan "disforia de género" y en consecuencia, identidad de género femenino: son transgéneros; laboran como trabajadoras sexuales y su identidad de orientación sexual en algunos casos es homo-



sexual, otras no se definen en una identidad de orientación sexual específica y otras se asumen mujeres heterosexuales. El HSH es un concepto que se concentra en la actividad sexual más que en una identidad. Con relación a personas que han transitado en su identidad de sexo se dificulta su inclusión o exclusión de la categoría HSH, pero especialmente se dificulta el diseño y la implementación de estrategias informativas, preventivas, educativas e incluso asistenciales. Lo anterior deriva dificultades para la prevención del sida y las ITS. En su ejercicio genital ya sea laboral (trabajo sexual), de pareja establecida o en una relación ocasional, incluyen la penetración a otros hombres para obtener o proveer placer, sin que esto afecte la vivencia que tienen de sí mismas como féminas. Son frecuentes las prácticas desprotegidas con los clientes, en especial si pagan una tarifa superior o cuando usan sustancias psicoactivas. En relaciones de pareja no laborales ninguna informa uso de condones.

#### Conclusión

Se requiere trabajar con las parejas estables de las chicas, en lo que respecta apoyo emocional (counselling para sida/ITS). Con relación a materiales informativos solicitan que sean impresos con letra más grande para facilitar su lectura en la oscuridad, piden condones para prácticas orales (con sabores y no con fragancias) y lubricante en empaques desechables, cantidades apropiadas; instan a que los condones para prácticas orales sean más delgados porque los muy gruesos a los clientes no les gustan, además porque se dificulta su postura. Se recomendó no entregar condoneras en plástico, pues les hacen estorbo y se desechan sin que aporten alguna utilidad. La chicas solicitan toallas húmedas para limpiar los genitales a los clientes quienes suelen presentar lamentables condiciones de higiene personal en la zona genital.

#### Prevención

##### P8.28

Los test rápidos del VIH: la experiencia de Ceuta

D<sup>a</sup> Cleopatra R'Kaina Liesfi, Irene López Corrales

Plan sobre Sida de la Consejería de Sanidad y Consumo de la ciudad autónoma de Ceuta

#### Objetivo

Promocionar y facilitar a toda la población mayor de 16 años el acceso a la prueba de detección rápida del VIH.

#### Método

Con la intención de facilitar el acceso a la prueba del VIH a toda la población mayor de 16 años de la Ciudad Autónoma de Ceuta, nos planteamos iniciar un proyecto el 30 de noviembre de 2008. Nuestros comienzos en una unidad móvil dirigida a la atención del drogodependiente, no dieron los resultados deseados, planteándonos nuevas alternativas con el fin de llegar a todos los ciudadanos. Con el nuevo dispositivo móvil "RULE" se desarrollan acciones destinadas a promover la salud, proporcionando a la población, en su mayoría juvenil, una mayor accesibilidad a la prueba rápida del VIH.

No solo centralizamos el programa de promoción de la prueba rápida de VIH en el dispositivo móvil, sino que lo pusimos en marcha desde otros recursos, como el Centro de Atención a las Drogodependencias y el Área de prevención del Plan sobre Sida. Tras comprobar los

buenos resultados obtenidos en el proyecto piloto puesto en marcha en las Farmacias del País Vasco y Cataluña, nos propusimos hacer realidad esta experiencia en nuestra ciudad. Desde el 1 de Enero de 2010 toda persona mayor de 16 años puede acudir gratuitamente y de forma anónima y confidencial a cualquiera de las catorce farmacias de las veinticuatro de nuestra ciudad que colaboran desinteresadamente en este programa.

Destacar como iniciativa novedosa la puesta en marcha de test rápidos de VIH en el servicio médico del Centro de Estancia Temporal para inmigrantes en Ceuta desde el 1 de Febrero de 2010.

#### Resultados

Desde el inicio del programa de pruebas rápidas de VIH en nuestra ciudad, se han realizado un total de 684 determinaciones en los diferentes puntos habilitados, todas con un resultado negativo. Del total de pruebas realizadas, el 67% son hombres frente a un 33 % de mujeres.

El 85,7% oscilan entre 16-20 años y el 14,3% entre 21-40 años. La edad media es de 18 años.

La razón principal para hacerse la prueba ha sido, tener relaciones sexuales ocasionales y no usar siempre preservativo ( 50,8%), felación sin preservativo ( 19,2%) ,rotura del preservativo (14,5%), relaciones sexuales con mujeres que ejercen la prostitución( 9%) , curiosidad y tranquilidad ( 6,5%) .El 98% relaciones heterosexuales y un 2% relaciones homosexuales.

Aun no disponemos de datos del programa de test rápidos de VIH en farmacias, hasta su evaluación a finales de Junio.

#### Conclusión

Los resultados sugieren que la prueba de detección rápida del VIH es más útil en programas de acceso directo a la población con riesgo de infección por VIH y que habitualmente no son usuarios de la atención médica convencional.

#### Prevención

##### P8.29

Evaluación de intervenciones de prevención del VIH/sida

Paricio Salas, David, Bertran de Bes, Núria, Costa Guillen, Francina, Ortuño Tomás, Joaquín

#### SIDA STUDI

#### Objetivo

Conocer con validez científica el perfil de la muestra con la que interviene SIDA STUDI, y evaluar el proceso y resultado de la acción educativa Prevenir para disfrutar con el objetivo de mejorarla de manera constante.

#### Método

Por segundo año consecutivo se realizó la evaluación de la acción educativa Prevenir para disfrutar a través de un cuestionario de evaluación de proceso (autoadministrable al final de la intervención con escalas Likert 1-6) y otro para la evaluación de resultados (cuestio-



nario autoadministrable a rellenar al inicio de la 1ª sesión y al final de la 3ª). Siguiendo un diseño pre-experimental pre-post sin grupo control para dotar la evaluación de validez científica, se obtuvieron los datos y se explotaron mediante el software SPSS 12.0 y el uso del análisis T-Test y Chi cuadrado.

Este segundo año, los resultados obtenidos durante la evaluación han sido divididos y comparados por sexo.

#### Resultados

Perfil: 524 alumnos/as de 9 centros escolares de Cataluña. Edad media=15.62 años (sd=1.22 años). 47.70% Hombres, 51.50% Mujeres y 0.80% sexo desconocido. El 19.10% de los alumnos/as de 3º ESO no han tenido ninguna experiencia sexual. El 19.70% de los alumnos/as de 3º ESO han practicado el coito. El 41.43% de la muestra que había practicado el coito había mantenido relaciones sexuales de riesgo frente al VIH.

Proceso: los alumnos/as han valorado la acción educativa como muy positiva (media=5.27, sd=0.82), muy útil (media=4.98, sd=0.87), les ha aportado conocimientos de manera notable (media=4.88, sd=0.92), les ha hecho reflexionar de manera notable (media=4.78, sd=1.03) y ha influido o va a influir de manera notable en su vida sexual (media=4.53, sd=1.31)

Resultados: Tras la acción educativa se observa un incremento significativo en los conocimientos sobre la prevención sexual (conocimientos sobre el condón (t(261)=-10.23, p<.0001; sobre coito interrumpido t(273)=-6.87; p<.0001; sobre VIH/sida t(207)=-9.18; p<.0001), aumenta la percepción de los beneficios atribuidos al uso del condón (t(337)=-5.91; p<.0001) y disminuye la percepción de los costes atribuidos al uso del condón (t(293)=3.40; p<.005), mejora la actitud hacia el condón (t(353)=-6.63; p<.0001) y empeora la actitud hacia el coito interrumpido (t(344)=4.46; p<.0001), aumenta la percepción de riesgo ante el VIH/sida (t(344)=-2.30; p<.05), disminuye la percepción de inseguridad (t(351)=7.78; p<.0001) y aumenta la sensación de autoeficacia (t(347)=-2.73; p<.01).

#### Conclusión

La edad de inicio de las experiencias sexuales y el porcentaje de jóvenes en riesgo teórico de infección por VIH refuerza la idea de mantener las intervenciones dirigidas al segundo ciclo de secundaria y de plantear acciones educativas específicas a edades más tempranas.

No existen diferencias significativas cualitativas según sexo en cada una de las variables. Las variables contempladas en la evaluación han sido suficientemente positivas como para defender la continuidad del proyecto.

Se ha detectado una mejora en las variables beneficios atribuidos al uso del condón, percepción de riesgo de sida, percepción de inseguridad, y sensación de autoeficacia frente a los resultados de la evaluación 2007-2008.

#### Prevención

##### P8.30

Mejorando la prevención entre jóvenes: acceso a información sobre contexto

Costa Guillén, Francina, León Gámez, Víctor, Román García, María José, Siles Planas, Mireia

Sida Studi

#### Objetivo

Conocer el perfil de comportamiento sexual y otros aspectos relacionados de los/las jóvenes españoles/as con objeto de mejorar las actividades de prevención dirigidas a los/las mismos/as.

#### Método

Se elabora un documento que recoge un guión con 24 puntos de interés (entre otros aspectos comportamientos y actitudes vinculados a relaciones sexuales, embarazos no planificados, IVEs, uso de métodos anticonceptivos, datos epidemiológicos sobre incidencia del VIH/sida y otras ITS...). Sobre esta lista se procede a la búsqueda de aquellos recursos que pueden proporcionar los datos de interés. Para ello se consultan diferentes fuentes de información: organismos oficiales de administraciones relacionadas (fundamentalmente de las áreas de salud y juventud), estudios llevados a cabo por asociaciones de ámbito estatal y empresas, artículos publicados en revistas académicas, prensa, congresos...

#### Resultados

Se elabora un documento que recoge los datos solicitados en España. Para facilitar la consulta a esta información de una manera rápida y comprensible se seleccionan de las fuentes documentales sólo aquellos datos presentados a través de gráficas y estadísticas, que por su componente visual facilitan la lectura y acceso a los datos de interés. El documento final recoge un total de 406 elementos.

#### Conclusión

El proceso de búsqueda evidencia notables diferencias en la disponibilidad de datos entre diferentes temas. Algunos aspectos son ampliamente tratados (IVEs, uso preservativo y métodos anticonceptivos...) en contraste con la ausencia de información sobre otros puntos (uso píldora postcoital, orientación sexual, vinculación con uso de drogas.)

Por otro lado muchos estudios no recogen variables como franja de edad o área geográfica, características que hubiesen permitido concretar con más detalle la información solicitada. En este mismo sentido se observa la ausencia de recogida de otros factores socioculturales de potencial interés (nivel educativo, identidad...) Otro obstáculo a señalar es la disponibilidad de datos actualizados. Además, sobre el total de información recopilada será necesario realizar una selección que reduzca el número de elementos a presentar

Por otro lado la identificación inicial de la tipología de fuentes de información tendría que facilitar la replicación de los datos con variables diferentes (fundamentalmente colectivo o ámbito geográfico) y su renovación temporal.

El reto inmediato que se plantea es facilitar el acceso informático a la información de manera que la búsqueda de la misma resulte ágil.

#### Prevención

##### P8.31

Manejo de los Test Rápidos de VIH en una Consulta Joven

Isabel Santamaría Sánchez, Remedios López Marín, Luis Álvarez Castell, Sol Carlavilla, Juan Madrid Gutiérrez



Organismo Autónomo Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid. Centro Municipal de Salud Joven

#### Objetivo

El uso de test rápidos persigue el diagnóstico precoz de la infección por VIH y reducir el retardo diagnóstico.

Facilitar la participación de los más jóvenes, chicos y chicas, en actividades de prevención y cuidados de su salud sexual y reproductiva.

#### Método

La Consulta de Consejo se enmarca en una estructura de atención integral a la salud sexual y reproductiva de la población adolescente/joven entre 13 y 24 años de la ciudad de Madrid. El Centro Joven es un recurso municipal, gratuito y tiene un amplio horario de atención. Se realiza una atención a demanda, y programada, con confidencialidad, en aspectos relacionados muy particularmente con la anticoncepción y señaladamente la anticoncepción de urgencia; prevención de embarazos no deseados y asesoramiento en de IVE; atención en salud mental.

La Consulta de Consejo funciona como otra faceta específica dentro de ese marco integral, si bien los Test Rápidos se están realizando en todos los contextos señalados. Supone así una herramienta muy efectiva para los objetivos perseguidos. Los horarios de atención son amplios y a demanda. De lunes a Viernes de 9 de la mañana a 8 de la tarde.

#### Resultados

Desde febrero a Diciembre de 2009 se han realizado 230 TR, de los cuales el 40% son varones de todas las edades entre 14 y 24 años. El 62% eran españoles, el resto extranjeros, 26% latinoamericanos/as. De éstos el 33% ecuatorianos.

El 60% son estudiantes, 18 % trabaja y un 7 % busca trabajo. Según nivel de estudios el 39 % tienen acabados secundaria, 17% estudios universitarios.

La mayoría utiliza en la actualidad el preservativo como método de anticoncepción. La motivación en muchos casos para realizar la prueba es el deseo de cambiar a un método hormonal. Un 7% utiliza el doble método (Barrera + ACH) y un 6% no utiliza ningún cuidado anticonceptivo.

De los que refieren usar condón como método anticonceptivo solo un 21% asegura utilizarlo de modo consistente. Un 58 % lo usa de modo no consistente y de éstos hasta un 21 % no lo utiliza habitualmente. Respecto al riesgo derivado del uso de drogas por vía parenteral sólo 5 usuarios, 4 mujeres y 1 varón habían consumido este tipo de sustancias lo que supone un 2,1 %. Es reseñable que hasta un 21 % de los usuarios consumían otro tipo de sustancias.

El 60% tiene pareja en la actualidad. El 40% no. El 52% ha tenido más de 5 contactos previos. Y el 21% asegura haber tenido más de 15 parejas. Del total de usuarios y usuarias a los que hemos realizado un TR se identifican como homosexuales o bisexuales un 19%. De los 230 usuarios y usuarias estudiados 8 varones eran usuarios, o lo habían sido alguna vez de prostitución, y 5 mujeres y 2 varones realizaban trabajo sexual o prostitución. En ambos casos supone un 6.5 % de usuarios en contacto con la prostitución.

#### Conclusión

Los test rápidos son un instrumento de trabajo de gran utilidad en la faceta de prevención y promoción de la salud en la gente más joven. La consulta de consejo e ITS es una de las puertas de entrada más importantes para los varones, a menudo desvinculados de los procesos de salud sexual y reproductiva de sus parejas sexuales y de sí mismos.

Este tipo de centro puede normalizar las conductas de HSH facilitando su integración y la normalización de las mismas.

#### Prevención

##### P8.32

Estrategias de prevención de riesgos asociados a la sexualidad con jóvenes. Período 2007 – 2009

Rico, R., Valmayor, S., Anegas, I.

Associació CEPS. Associació per a la prevenció i la promoció de la salut.

#### Objetivo

Promover actitudes críticas en relación a la transmisión del VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual y actitudes favorables hacia las conductas de protección poniendo a prueba los conocimientos, creencias y habilidades de los jóvenes.

#### Método

Actuaciones en el ámbito escolar y extraescolar con talleres, actividades lúdicas, dinámicas participativas y activas que trabajan los determinantes de conducta (Modelo ASE): conocimientos, creencias, actitudes y habilidades (comunicación, negociación, etc.) relacionados con la prevención de los riesgos asociados a la sexualidad.

Los destinatarios de estas intervenciones son jóvenes con edades comprendidas entre los 14 y los 20 años. Entre las estrategias utilizadas destacan: role-play, análisis de casos, prácticas guiadas, video forum y gymkhanas.

Al final de cada taller se pasa una hoja de valoración a cada participante para que evalúe la sesión. Se entrega a cada asistente una tarjeta con un preservativo, donde aparece información de los recursos disponibles más cercanos.

#### Resultados

Desde el 2007 al 2009 se han realizado un total de 50 talleres en institutos de secundaria, entidades juveniles, centros cívicos, etc., de la provincia de Barcelona y Tarragona. Se han beneficiado de estas actuaciones un total de 925 jóvenes con una edad media de 17 años. La valoración media que realizan del taller y de los docentes es de 8.8 y 9.1 respectivamente.

#### Conclusión

Los aprendizajes adquiridos que más han manifestado los alumnos son: conocimientos sobre transmisión y prevención de enfermedades de transmisión sexual y VIH y habilidades de uso de los métodos anticonceptivos. También mencionan haber aprendido a utilizar el preservativo y habilidades de negociación con la pareja.





**Prevención****P8.33**

Aproximación a la Vulnerabilidad frente al VIH en inmigrantes que se identifican como gays o bisexuales y son usuarios de ACATHI.

Rodrigo Araneda Villasante,

ACATHI (Asociación Catalana para la Integración de Homosexuales, Bisexuales y Transexuales Inmigrantes) y Gais Positius

**Objetivo**

Identificar variables situacionales que ponen en situación de vulnerabilidad frente al VIH a población inmigrante, especialmente gays y bisexuales.

**Método**

Abordaje cualitativo descriptivo exploratorio mediante la observación a través de las acogidas y observaciones clínicas de los usuarios inmigrantes gays y bisexuales que acuden nuestra asociación.

**Resultados**

De las diversas entrevistas clínicas e información recogidas se puede observar que los usuarios refieren que presentan las habilidades necesarias para usar condones y están bien informados sobre el VIH, además de no buscar activamente tomar parte en encuentros sexuales sin protección.

Sin embargo el estudio realizado ha permitido identificar algunas deficiencias de información relacionadas con prácticas de riesgo ("él que penetra y no eyacula no tiene riesgo para el VIH") y contextos que les hacen vulnerables al VIH. Entre estos últimos destacan los siguientes.

Los usuarios han de enfrentarse a situaciones inesperadas y que les lleva a enfrentar las relaciones sexuales con otros hombres en contextos para ellos desconocidos (saunas gays, zonas de cruising, etc.).

Refieren provenir de grupos en los cuales su sexualidad o identidad social puede favorecer su estigmatización o marginación, por lo que les impulsa a inmigrar, hecho que puede estar mezclado con las expectativas que tienen de sus vidas después de la inmigración (mejora de calidad de vida, economía y otros). Esto no necesariamente significa que se vayan por no poder ser gay en sus países de origen.

La toma de decisiones en las relaciones sexuales se puede ver afectada por suposiciones infundadas sobre el seroestatus de las parejas que encuentran. Un ejemplo es: que la pareja se perciba como limpia o no promiscua hace asumir riesgos con una pareja sexual.

La capacidad para protegerse se ve comprometida debido al deseo intenso, falta de entendimiento sobre las reglas del juego y las dificultades para negociar el uso del condón en lugares de encuentro.

El atractivo de las parejas sexuales también puede ser un elemento que dificulte el uso de protección. Al temer el rechazo de una pareja sexual muy atractiva que no solicita un condón, realizan sexo sin condón y sin explorar el estado serológico de dicha pareja sexual.

Las relaciones de pareja entre gays es un aspecto referido como novedoso y les hace vulnerables, al no haber teniendo experiencias que les permita lidiar con la dinámica compleja que puede envolver las relaciones de amor entre hombres. Los condones se perciben como incompatibles con el desarrollo de la confianza e intimidad, así también la obtención de información para evaluar el riesgo de no usar condones es también visto como incompatible con la confianza y la intimidad. Preguntar sobre estatus serológico o sobre vida sexual pasada puede ser interpretada como desconfianza. Todos estos aspectos pueden conducir a relaciones desprotegidas al poner por encima el valor del comienzo de una relación.

Las dificultades culturales, económicas, de clases sociales, raciales/étnicas y la marginación son identificadas como factores que favorecen diferencias de poder dentro de la pareja y limitan la capacidad de protección. Entre ellas se refieren aspectos relacionados con el comercio sexual y la diferencia de poder generadas al recibir ayuda por parte de alguien, que puede conducir a una relación sexual, donde se pueden controlar menos aspectos de su desarrollo.

La mayoría de los aspectos referidos están relacionados a la forma en que se incorporan a la sociedad de acogida y en especial a la comunidad gay de acogida.

Otro aspecto son los grupos de apoyo en las comunidades de acogida que pueden ejercer un control social (directo o indirecto) sobre las conductas sexuales de los usuarios que reciben apoyo de ellas. Llevando a personas que tenían expectativas de vivir su sexualidad más libremente, a una nueva vuelta al armario. Esto está relacionado con las estrategias de supervivencia de los inmigrantes. Algunos refieren que hace que sus contactos sean más imprevistos y con más dificultades a nivel de tomar medidas de prevención. Comunidades religiosas directamente contrarias al uso de condones llevan a los usuarios a ser cuestionados por llevarlos encima.

Un aspecto que puede dificultar la búsqueda de ayuda en asociaciones LGBT es que algunos usuarios, aun cuando tienen más relaciones con hombres, se consideran heterosexuales y acercarse a las asociaciones les hace cuestionarse si alguien los verá o los identificará como gays.

**Conclusión**

Se identifican una serie de aspectos que favorecen la vulnerabilidad frente al VIH, para inmigrantes gays y bisexuales. Al ser un estudio cualitativo los datos nos relevan situaciones presentes en las vivencias de los usuarios, debiendo plantearse un estudio que pudiera analizar estos factores en una población más extensa para buscar otras vías de intervención más ajustadas a la realidad de los inmigrantes gays y bisexuales.

Se plantea la necesidad de explorar la fragilidad que conecta todas las estrategias de supervivencia en los primeros años de inmigración, donde los proyectos que se van construyendo no tienen en muchos casos la claridad de la seguridad legal o social a nivel de red de apoyo.

La creación de estructuras alternativas de apoyo que no integren el control social puede favorecer una integración a la comunidad gay con menores trabas.

Otros elementos importantes a explorar en una investigación más profunda son:

- Aspectos que han cambiado y lo que no, en su situación de inmigración.
- Las variaciones en las comunidades de origen y las redes de apoyo que les acoge en la comunidad de acogida y su influencia.



- Identificar aspectos estructurales (políticas públicas sobre todo) que favorezcan la vulnerabilidad.
- Experiencias de protección exitosas, relacionadas con la integración en las comunidades de acogida.

Aunque se están realizando esfuerzos desde el Plan Nacional sobre el Sida al apoyar proyectos de prevención en colectivos vulnerables, todavía nos queda mucho por hacer respecto a la prevención en la población inmigrante, no sólo centrada en la intervención a nivel de las conductas individuales.

### Prevención

#### P8.34

Prevención la salud afectiva, sexual y reproductiva dirigida a jóvenes inmigrantes inmersos en procesos de fragilización social

Marcela Coromina, Marcial Arredondo, Aldana Menéndez, Esther Henar

Asociación y Bienestar y Desarrollo (ABD)

#### Objetivo

Promover estrategias de prevención de la salud afectiva, sexual y reproductiva en jóvenes inmigrantes que se encuentran inmersos en procesos de fragilización social

#### Método

La metodología se basa en la selección de un grupo heterogéneo de jóvenes inmigrantes entre 16 y 24 años para ser formados en el ámbito del VIH/SIDA y otras ITS, a partir del acercamiento a los espacios de concurrencia habitual. Se cuenta con la participación de personas provenientes del África (Subsahariana y Magrebi) y Latinoamérica.

La formación es impartida por dos educadores sociales y se tienen en cuenta criterios de equidad de género para la conformación de los grupos.

Una vez culminada la formación, cada joven desarrolla talleres educativos dirigidos a un grupo de 10 jóvenes de su propio colectivo.

Se utilizan materiales didácticos (gráficos y audiovisuales) en las lenguas del propio grupo a fin de lograr una mejor comprensión y aprehensión de los conceptos trabajados.

A partir del trabajo realizado con los formadores y participantes se crea conjuntamente un material audiovisual preventivo. La elección de la temática y la elaboración del material se realizan de forma participativa y horizontal a partir del consenso.

#### Resultados

Referentes comunitarios formados: 3

Participantes: 31

Material audiovisual "BEATBOX: Rapeando sobre SIDA"

Difusión del video por correo electrónico: 550

Reproducciones del video en youtube: 329

#### Conclusión

Se considera positiva la metodología de educación entre iguales a través de la participación comunitaria porque permite abordar una problemática en la población joven inmigrante y aplicar estrategias que facilitan la difusión de mensajes preventivos culturalmente adaptados a las necesidades de esta población y que promueven comportamientos saludables que disminuyan su vulnerabilidad.

### Prevención

#### P8.35

Cuidate: prevención de its y vih/sida en hsh

Imbert, M; Lopez, Ana; Aguirrezabal, A.; Gurruchaga, A.

Asociación t4

#### Objetivo

Objetivo general: reducir la incidencia y prevalencia de VIH y otras ITS entre el colectivo HSH en contextos de riesgo

#### Método

Evaluación de perfil y prácticas sexuales de riesgo en saunas y cuartos oscuros de bares, y evaluar la utilización del preservativo en las diferentes prácticas tanto antes como después de la intervención preventiva.

#### Resultados

En las saunas se observa una notable disminución del porcentaje de preservativos rescatados en cabinas y taquillas sin uso, el porcentaje promedio es de 5%.

En la evaluación del segundo período de la campaña se presentó un aumento a lo largo del tiempo de los preservativos de residuos basura en Saunas.

En cuanto a las prácticas asociadas a los espacios de sauna los promedios son: Sexo oral 45% - P/Anal 44% - Fisting 5%.

El uso de preservativo en el Sexo Oral tiene un promedio de 50% y en la P/Anal de 80%.

En los cuartos oscuros por el contrario se produce una constante en los preservativos de residuo basura de un 20% a 25%, esto está generado por las prácticas sexuales propias de estos espacios. (Más sexo oral, que penetración anal)

#### Conclusión

La intervención en el contexto de saunas se hace totalmente pertinente y necesaria, ya que se aprecia que existen todavía personas que no siempre utilizan el preservativo, incluso en las prácticas de mayor riesgo como es el coito anal. Por otro lado se confirma la necesidad de insistir en que el sexo oral, práctica predominante en bares oscuros, conlleva riesgo y no se puede practicar sin preservativo. En base a los resultados obtenidos con este proyecto se concluye la necesidad de seguir informando e interviniendo de forma directa en estos espacios, con el único objetivo de poder dar una correcta información de la problemática existente en relación a las ITS y el VIH, en el colectivo de Hombres que tienen Sexo con otros Hombres



## Prevención

### P8.36

"Xarxa Sida i Món Local" en Catalunya. Una propuesta comunitaria para el abordaje de proximidad del VIH/Sida

Petit Cabello, J. (1); Lluch Cornellas, A. (2); Conejos Ara, L. (3); Sánchez Perucho, J. L. (4); Mercader Pinel, A. (5); Obrador Siquier, A. (6); Mansilla Lou, R. (7)

(1) Ajuntament de L'Hospitalet de Llobregat; (2) Ajuntament de Mataró; (3) Ajuntament de Lleida; (4) Fundació Salut i Comunitat; (5) Joves per la Igualtat i la Solidaritat; (6) Diputació de Barcelona; (7) PPAS. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

#### Objetivo

La "Xarxa Sida i Món Local" es una red que se crea en Catalunya en 2004 con el objetivo de constituir un espacio de intercambio y reflexión entre todos los agentes que intervienen desde el ámbito local, ya sean administraciones públicas, profesionales de la salud y los servicios sociales, ONG u otras entidades sociales, confiriéndole una dimensión comunitaria, para promover la implicación de las comunidades locales en el abordaje de la infección por el VIH/Sida.

#### Método

En la "Xarxa Sida i Món Local" en Catalunya están representados diferentes ámbitos (social, técnico/profesional, político) con el objetivo común de dar una mayor relevancia al abordaje de la problemática del VIH/Sida desde el "mundo local" y definir un modelo de intervención común. Por ello, la metodología de trabajo está basada en el consenso, la participación y los liderazgos compartidos dando lugar a una organización informal que fomenta estos valores y se estructura en un plenario, un equipo de coordinación permanente y varios grupos de trabajo temáticos. La participación en la Red se articula a partir de unos criterios de adhesión que requieren el acuerdo político de las AAPP y directivo de las entidades sociales y el compromiso de asumir los objetivos de la Red.

#### Resultados

La "Xarxa Sida i Món Local" en Catalunya forma parte de la Comisión Interdepartamental del Sida de la Generalitat de Catalunya y en estos años de funcionamiento ha definido las bases para un modelo común de intervención comunitaria de ámbito local en materia de VIH/Sida, da apoyo a los agentes que intervienen en el ámbito local para la aplicación de este modelo de intervención dirigido a la prevención del VIH/Sida y al tratamiento de sus problemas asociados (inserción y atención social), impulsa iniciativas que favorezcan la sostenibilidad de los programas de intervención e impulsa iniciativas de intervención y acciones comunes.

En estos años la Red ha organizado 3 Jornadas "Sida i Món Local" y en el año 2008 fue distinguida por el Gobierno de la Generalitat de Catalunya con la Placa Josep Trueta al Mérito Sanitario.

#### Conclusión

La implicación de las comunidades locales en el abordaje de la infección por el VIH/Sida, mediante modelos de intervención comunitaria, constituye un elemento de gran importancia para la mejora de la eficacia de las políticas de prevención y atención social.

La "Xarxa Sida i Món Local" en Catalunya posibilita el trabajo compartido entre administraciones públicas locales, profesionales y entidades sociales que ha posibilitado la extensión de esta necesidad y su puesta en valor por parte de las administraciones públicas supramunicipales y autonómica.

En este sentido, se considera acertada la propuesta de crear un movimiento de estas características que abarque todo el territorio del Estado Español.

## Prevención

### P8.37

La perspectiva de género en la atención y prevención del VIH

García Berrocal, M. Luisa, Pineda Lorenzo, Montse  
Creacion Positiva

#### Objetivo .

Desarrollar una metodología de buenas prácticas que permita el diseño de intervenciones en prevención del VIH teniendo en cuenta los determinantes de salud relacionados con el género.

#### Método

la perspectiva de género nos ofrece la oportunidad de analizar las posibilidades vitales de las mujeres y de los hombres: el sentido de sus vidas, sus expectativas, sus necesidades y las oportunidades, las complejas relaciones sociales, los conflictos cotidianos que han de afrontar y las diversas maneras en que lo hacen, al tiempo que permite trabajar en la reducción de los factores de vulnerabilidad de las personas con respecto al VIH. Así algunas estrategias a tener en cuenta son:

- Aplicación comunitaria: Si se realizan Planes Comunitarios de Prevención: han de ser desde modelos de trabajo participativo.
- Enfoque personal: desde la capacitación de las personas.
- Aplicación a los Talleres de Prevención: la realización de talleres, donde se trabaje la sexualidad como construcción social del sistema patriarcal, Donde se visibilicen los roles, estereotipos y prejuicios de género, Donde se trabaje: percepción, análisis, racionalización, explicaciones, alternativas. Es un trabajo de capacidades y de identificación de vulnerabilidades.
- Las violencias de género es uno de los aspectos más influyentes en la prevención del VIH. Implica el trabajo de prevención de relaciones abusivas y reconstruir "el amor romántico" como una forma de relacionarnos afectivamente.

#### Resultados

- Se refuerza la relación entre salud y derechos humanos, y el género como clave para entender y mejorar la salud de las personas.
- La prevención entendida como Promoción de la salud, constituye un elemento transfor-



mador personal y social. e implica la mirada desde modelo de reducción de riesgos, donde el objeto de intervención sean las personas, no las técnicas ni las prácticas de riesgo.

- Se crea en un Continuum (prevención, atención, e incidencia política)
- Requiere previamente un análisis desde la perspectiva de género del contexto (social, legal y económico), de las situaciones concretas de los diferentes grupos y de las organizaciones.

#### Conclusión

La realización de políticas y estrategias desde la perspectiva de género supone trabajar: los procesos (la asignación de recursos, la evaluación) los objetivos (políticas y estrategias a todos los niveles), e incidir en los sujetos activos (personas, técnicos/as, políticos/cas que intervienen (quién y cómo se toman las decisiones, la planificación de los objetivos, la asignación)

#### Prevención

##### P8.38

"SIDASCOLA", prevención de vih/sida e itss en población joven escolarizada de la provincia de pontevedra

González Culler F., Iglesias Torres N., Romero Cores M.J., Vicente Belver P.

CCANVIHAR, Asociación Ciudadá de Loita Contra o VIH e a SIDA

#### Objetivo

Valoración de la actividad de prevención en les s y Ceips de ciudades de la provincia de Pontevedra, "Sidascola", que realizó Ccanvihar a lo largo de 2009

#### Método

Encuesta/cuestionario personal y anónimo/confidencial con posterior análisis cuantitativo de los ítems, incluida valoración de la actividad por las personas usuarias

#### Resultados

##### Descriptivos de muestra

De un total de 237 participantes, escolarizados en IESs y CEIPs de Vilagarcía de Arousa, Cambados, Pontecedra y Vigo, 132 (54,3%) eran hombres y 105 (44,3%) mujeres.

El rango de edad iba de 11 a 24 años, con una edad media de 14,08 y una desviación típica de 2,27.

El 70,4% de los participantes eran de religión católica, y el 72,4 % de etnia caucásica.

Respecto de ítems sobre formas de transmisión del vih/sida e ITSs, resaltar que:

- Si bien el 86,5 % de las personas participantes consideran que se pueden proteger a sí mismas del vih/sida usando preservativo cada vez que tengan relaciones sexuales, el 39,2 % piensan que una persona se puede infectar al compartir comida con otra persona infectada o no saben si se pueden infectar de esta manera.
- Junto con ítems como ¿le comprarías comida a un tendero infectado por vih/sida, al que un 44,3% respondieron que no le comprarían y resultados como que el 43,9 % del alumnado participante que mantendrían en secreto que un miembro de su familia tiene vih/sida,

resaltar el fuerte condicionante social del vih/sida, el estigma que acarrea y la discriminación que sufren las PWS.

- Respecto a la valoración de la actividad, en una escala del 1 al 7, que les dieron a la actividad que CCANVIHAR realizó en las aulas, independientemente del sexo, el 40,5 % de las personas participantes valoró la actividad con un 7, el 37,3 % la puntuó con un 6.
- A la pregunta de "¿Cambiarías algo?", el 85,5 % de los participantes respondió no.
- Sobre "¿Has aprendido algo?", el 96,1 % respondieron si.
- A la pregunta "¿Te han quedado dudas?", la respuesta fue no para el 92,7 % de los chicos y chicas.
- Para la pregunta evaluativa "¿Crees que son necesarias estas actividades?" el 94,8 % de los chavales respondieron si.

#### Conclusión

Si bien la información sobre vih/sida e ITSs suele ser abundante, la juventud necesita continuamente aclarar conceptos, librándolos de falsas creencias, para que la lucha contra el estigma y la discriminación pueda avanzar y se consiga eliminar el llamado "sida social".

Nuestros datos evidencian la necesidad de continuidad de estos Proyectos de prevención en jóvenes, en donde se aborde el vih/sida e ITSs de forma clara, veraz y libre de prejuicios, resaltada por la muy buena acogida que estas actividades tienen por parte del alumnado y por el aumento de la transmisión del vih/sida en sectores sociales que no se sienten vulnerables a la transmisión de esta infección..

#### Prevención

##### P8.39

dance4life, un movimiento juvenil para el cambio

Pablo Díez Camacho (Coordinador ALAS Eivissa, Coordinador dance4life España)

Ana Celia Piñar García, coordinadora General ALAS Baleares

Asociación de Lluita Anti-Sida de las Illes Balears

#### Objetivo

dance4life es una iniciativa internacional creada para implicar a los jóvenes de todo el mundo con el objetivo de parar la epidemia de VIH. Nuestra misión es movilizar a 1.000.000 de agentes de cambio en 34 países hasta el 2014, momento en que se revisan los Objetivos del Milenio, en especial el objetivo nº 6 relativo al VIH/SIDA.

#### Método

Inspirar, educar, actuar y celebrar son los cuatro pasos fundamentales de la metodología de dance4life.

En los talleres Conéctate!, en los Centros de Educación Secundaria, se utilizan técnicas como el baile, la música y la percusión para inspirar a los jóvenes y así sientan que el VIH/SIDA entra en el ámbito de sus intereses y preocupaciones para tomar partido y realizar acciones de prevención y lucha contra el VIH/SIDA.

Con el programa educativo Entrénate!, que se desarrolla a través de un novedosa aplicación



para móvil y web, los jóvenes profundizan en conocimientos específicos sobre VIH/SIDA y habilidades vitales.

Actua! Es la fase donde los jóvenes pueden materializar las acciones de prevención y lucha contra el VIH/SIDA y marcar la diferencia.

Celebra!, evento mundial conectado vía satélite donde los agentes de cambio de todo el mundo celebran los logros conseguidos a través de sus acciones y se llama la atención a nivel mundial sobre este movimiento juvenil y el cumplimiento de los objetivos del milenio.

De manera transversal hay creada una Plataforma mediática, con presencia de dance4life en medios de comunicación y eventos a nivel nacional e internacional a través de las entidades participantes así como sus embajadores (Desmond Tutu, Peter Piot, Kofi Anan, Eriqah Badu, DJ Tiesto...) que refuerza el mensaje positivo de prevención, implicación y protagonismo de los jóvenes.

#### Resultados

En 2010, 10.000 jóvenes de 13 a 19 años de Ibiza, Barcelona y Santander van a verse beneficiados de las actividades educativas de dance4life y 4.500 jóvenes serán agentes de cambio activos que van a desarrollar actividades de prevención y concienciación de VIH/SIDA. Hasta el 2014 se prevé la expansión de dance4life a todo el territorio nacional

#### Conclusión

Hoy por hoy, en España, no es posible concebir actividades de prevención del VIH/SIDA sin incluir a los jóvenes. La población juvenil siempre ha sido considerada un "grupo de riesgo", y, debido al carácter de la epidemia, son vistos como un "problema", problema en cuanto a la prevención, educación y por supuesto, transmisión del VIH/SIDA.

dance4life cambia radicalmente esta visión ya que ve a los jóvenes como parte fundamental de la SOLUCIÓN, ya que son ellos parte activa de las acciones de prevención y se tiene en cuenta su enorme potencial y su capacidad para cambiar la realidad. Así, creemos que los jóvenes no son un problema a resolver, sino una parte fundamental de la solución.

#### Prevención

##### P8.40

Who is calling?: Resultados del servicio telefónico de información sobre VIH y sida 900 111 000 en 2009

Koerting, A. - Tapia, A.M. - Soriano, R. - Echenique, M. - Neira, M. - Castillo, O.

Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida y Cruz Roja Española

#### Objetivo

Conocer el perfil sociodemográfico de las personas usuarias, del servicio de información telefónica 900 111 000 del Ministerio de Sanidad y Política Social (gestionado por Cruz Roja), y el tipo de consultas realizadas durante el año 2009.

#### Antecedentes:

Este servicio, funciona de lunes a viernes de 10'00 a 20'00 horas y está atendido por personal especializado. Es gratuito, anónimo, confidencial, de ámbito nacional y está dirigido a la población general. Ofrece una información rigurosa, clara y objetiva sobre distintos aspectos relacionado con la infección por VIH, mejora la educación sanitaria de la población, y evita actitudes de discriminación.

El teléfono de información sobre VIH, constituye para la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, una herramienta de prevención necesaria, por eso, es fundamental realizar un análisis continuo del servicio de cara a reorientar su difusión y lograr la mayor cobertura posible.

#### Método

Análisis descriptivo de los datos recogidos (sexo, edad, nacionalidad, información solicitada, práctica de riesgo consultada) en las llamadas atendidas en todo el territorio nacional en el servicio de información telefónica 900 111 000 del MSPS el año 2009.

#### Resultados

Se recibieron 21.451 llamadas. El 81,26% de las consultas telefónicas fueron realizadas por hombres, el 18,73% por mujeres y sólo un 0,01% por personas que se identifican como transexuales. El grupo de edad más representado con el 25,60% de las consultas, ha sido el de las personas entre 26 y 30 años. El 96,40% de las llamadas fueron realizadas por personas de origen español y sólo un 3,60% han correspondido a consultas realizadas por personas nacidas fuera del territorio nacional. Más de la mitad de las consultas (57,46%) han estado relacionadas con prácticas sexuales, principalmente heterosexuales (45,54%). En cuanto a la información más solicitada, esta se recoge en dos grandes bloques: la prueba del VIH (40,66% de las consultas) y las vías de transmisión (37,91%).

#### Conclusión

Es necesario mejorar la difusión del servicio entre quienes menos lo utilizan y cuya situación frente al VIH es más vulnerable (población inmigrante). En cuanto a los HSH, el registro del teléfono no recoge sistemáticamente la orientación sexual de los usuarios, por lo que no podemos saber con precisión el porcentaje de estas personas que lo utilizan, pero es muy probable que muchos opten por solicitar información sobre el VIH al teléfono 900Rosa (también financiado por la SPNS), que ofrece una atención especializada para este colectivo. Los datos también muestran que el servicio es muy poco utilizado por las mujeres y sería interesante conocer los motivos.

El alto porcentaje de consultas hechas en relación a la prueba del VIH podría estar relacionado con los esfuerzos realizados para la difusión de la misma. La atención especializada que ofrece el teléfono, puede mejorar los conocimientos generales sobre el test, a la vez que podría contribuir a la reducción del retraso diagnóstico existente, objetivo de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida.



**Prevención****P8.41**

900 111 000: La prevención del VIH a través de los teléfonos de información.

Tapia, A.M. - Koerting, A - Soriano, R. - Echenique, M. - Neira, M. - Castillo, O.

Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida y Cruz Roja Española

**Objetivo:**

- Describir las características de la población que utiliza el servicio de información telefónica sobre VIH del MSPS (gestionado por Cruz Roja) y compararla con las características de la población más afectada por la epidemia en nuestro país y con los colectivos que presentan mayor retraso diagnóstico según los últimos datos epidemiológicos (30 de junio de 2009).  
- Analizar a través de qué canales se tiene conocimiento de la existencia del servicio e identificar las necesidades de información de la población con el fin de dirigir futuras acciones de prevención del VIH.

**Método:**

Análisis diacrónico de los datos de las llamadas atendidas en todo el territorio nacional en 2006-09.

Análisis descriptivo del tipo de información solicitada, práctica de riesgo consultada y del perfil sociodemográfico de los/as usuarios/as del servicio durante el año 2008.

**Resultados:**

El servicio de atención telefónica sobre el VIH ha recibido 73.893 llamadas desde que es gestionado por Cruz Roja, siendo en el tercer y el cuarto trimestre del año en los que más llamadas se producen.

El servicio fue conocido, principalmente, a través de Internet. La mayoría de las llamadas recibidas durante 2008 fueron hechas por hombres (88,89%), el 77,31% tenía entre 20 y 39 años (el 4,28% tenía menos de 19 años y el 19% más de 40) y era de origen español (96,12%). El 45,98% de las consultas se relacionan con prácticas de riesgo heterosexuales y en un 37,54% se solicitaba algún tipo de información sobre la prueba del VIH. Los temas que más dudas suscitaban sobre la prueba fueron: resultados (44,32%), dónde hacerse la prueba (33,76%) y cuándo hacérsela (14,93%). El perfil sociodemográfico de estas personas era el siguiente: hombres (78,84%), entre 25 y 34 años (52,45%), y de origen español (95,67%). El 42,58% de estas personas consultaron por una práctica de riesgo heterosexual.

**Conclusiones:**

El teléfono no parece estar siendo muy utilizado por los colectivos más vulnerables a la infección por VIH: inmigrantes y HSH, aunque en este último caso, es difícil cuantificar su uso ya que el teléfono no recoge sistemáticamente la orientación sexual de los usuarios. No obstante, es muy probable que muchos HSH opten por obtener información sobre el VIH a través del teléfono 900Rosa (también financiado por la SPNS), que ofrece una atención especializada para este colectivo.

Los datos también nos muestran que, ni las mujeres ni los más jóvenes, se encuentran muy

representados entre los usuarios del teléfono.

El perfil del grupo que mayoritariamente utiliza el servicio coincide con el grupo que presenta un mayor retraso diagnóstico según los últimos datos epidemiológicos (30 de junio de 2009). Coincide que es también este grupo el que más información solicita sobre la prueba del VIH. Esta circunstancia puede contribuir a la reducción del retraso diagnóstico existente ya que el teléfono ofrece información sobre pautas de actuación e instituciones o dispositivos asistenciales a los que dirigirse para su realización.

Por otra parte, conocer qué tipo de información sobre la prueba fue la más solicitada, permite identificar cuales son los aspectos que más preocupan y sobre los que hay que hacer un mayor hincapié en futuras campañas de promoción de la prueba.

**Prevención****P8.42**

Conocimientos y actitudes frente al vih/sida en estudiantes de imagen para el diagnóstico

Martínez García, Iria; Mira Miñones, Beatriz, López Ben, Isabel.

Centro de Formación de Cruz Roja en A Coruña.

**Objetivo**

Identificar mediante una encuesta y dibujos, los conocimientos a nivel conceptual, perceptivo y actitudinal, que relacionan los alumnos/as con el VIH/SIDA.

**Método**

El trabajo se llevó a cabo en un curso sobre "VIH/SIDA en el medio hospitalario" dirigido a los alumnos/as de 1º del Ciclo Superior de Imagen para el Diagnóstico del Centro de Formación de Cruz Roja en A Coruña.

Como actividad introductoria al curso, los 22 alumnos/as del grupo fueron animados a expresar por medio de dibujos aquellos conceptos que relacionaran de forma automática con la expresión VIH/SIDA.

Asimismo se les invitó a cubrir una encuesta previa y posterior a la formación, para valorar sus conocimientos y actitudes respecto al VIH/SIDA.

**Resultados**

Los resultados obtenidos a nivel conceptual reflejan una mejora en el post-test, en relación a la encuesta pretest, aunque no resultan significativos estadísticamente, posiblemente debido al reducido tamaño muestral.

A nivel actitudinal se observa un menor porcentaje de variación con respecto a los resultados obtenidos en el pretest y algunas de las respuestas se contradicen con las obtenidas a nivel conceptual.

En concreto existe una diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,011$ ) a mayor edad del encuestado, aumenta el deseo de que no se mantenga el secreto médico del diagnóstico.

La verdadera huella sobre el SIDA aparece reflejada en las 34 imágenes obtenidas, donde siguen apareciendo reflejadas concepciones arraigadas, que podríamos considerar erradicadas de la sociedad.



**Conclusión**

Existe una discrepancia entre conocimientos y actitudes obtenidos de la encuesta, y la percepción inconsciente reflejan los/as alumnos/as en sus dibujos.

Los datos de Vigilancia Epidemiológica del VIH en España (Ministerio de Sanidad. Actualización a 30 de junio de 2009) reflejan que en la actualidad -en nuestro país-, un 80,6% de los nuevos diagnósticos de VIH tienen su origen en la transmisión sexual; lo que contrasta con la identificación tan patente que realizan los alumnos/as en sus dibujos entre VIH/SIDA y jeringuillas/transmisión parenteral.

**Prevención****P8.43**

Estado inmunitario en personas diagnosticadas de infección por VIH que acuden a un centro de diagnóstico anónimo, confidencial y gratuito.

Belda Ibáñez, J., Martínez Quintero, R., Galán Rubio, E., Fernández García, E., Colomina Monzó, S., Zafra Espinosa, T., Servert Yeste, R.

Centro de Información y Prevención del SIDA (Alicante)

**Objetivo**

Conocer el estado inmunitario de las personas infectadas por VIH y que acudieron en primera visita al Centro de Información y Prevención del SIDA de Alicante.

**Método**

Muestra sucesiva de usuarios que acudieron al CIPS de Alicante entre los años 2005-2009 con infección por VIH diagnosticada en el centro o remitida para seguimiento y posterior derivación a las Unidades de Enfermedades Infecciosas de referencia. Mediante el tratamiento con el programa EPIINFO 2000 de una base de datos ACCES de los usuarios referidos.

**Resultados**

Durante los 5 años referidos, 148 personas diagnosticadas de infección por VIH se realizaron la primera visita de seguimiento en el centro con determinación de CD4 y carga viral, siendo el 70,9 % de ellos hombres (media de edad: 35,6 años), el 22,3 % mujeres (34 años) y el 6,8 % transexuales MAF (33,2 años). El 17,6% de la muestra tiene estudios universitarios (el 100% de los hombres con este nivel académico son HSH) y el 40,5% tiene formación académica de bachillerato o equivalente. El 52% de la muestra son españoles/as, el 25% latinos/as, el 9,5% proceden de África Subsahariana, el 6,1% de Europa del Este, el 4,7% de Europa Occidental y el 2% del Magreb. Si consideramos la práctica de riesgo principal, observamos: 56,1% HSH, 34,5% heterosexuales y 8,1% UDI (usuarios de drogas intravenosas).

El 51,5% de las mujeres presenta cifras de CD4 superiores a 500/mm<sup>3</sup> en la primera visita, frente al 40% de las transexuales MAF y el 31,4% de los varones.

El 66,7% de los UDI presentaron cifras de CD4 > 350/mm<sup>3</sup>, el 56,1% de los HSH y el 56,9% de los heterosexuales.

Presentan inmunodepresión severa (<200/mm<sup>3</sup>) el 25% de los/as UDI, el 13,3% de los HSH

y el 10,7% de la población heterosexual.

Entre la población que refiere infección por riesgo heterosexual, las mujeres presentan niveles de CD4 superiores a los hombres (73% mujeres frente a 33,3% de los hombres).

**Conclusión**

Comparando los datos del CIPS de Alicante con el informe ministerial sobre diagnóstico tardío, encontramos menor porcentaje de personas con inmunodepresión severa en los nuevos diagnósticos en nuestro servicio. La existencia de servicios anónimos, gratuitos y confidenciales puede favorecer el diagnóstico precoz de la infección por VIH. No obstante es necesario seguir con la promoción de la prueba en todos los colectivos.

**Prevención****P8.44**

Autotest en sangre capilar guiado y supervisado por un consejero: una alternativa al uso de saliva en los programas de diagnóstico rápido del VIH que carecen de personal médico o de enfermería

Hoyos, J.1; Segura, P.1; Bravo, M.J.2,3; Molist, G.1,3; Hernando, O.; Pulido, J.2,3; Álvarez, J.4; Rosales, M.E.5,6

1. Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III; 2. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III; 3. CIBER Epidemiología y Salud Pública, Barcelona; 4. Asociación Madrid Positivo; 5. Hospital Central de la Cruz Roja, Madrid; 6. Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Comunidad de Madrid

**Objetivo**

Algunos programas de diagnóstico rápido del VIH con muestra de saliva han producido un porcentaje inaceptable de falsos positivos sin que se haya logrado averiguar la razón. Además, en algunos países, como España, es obligatorio disponer de personal médico, de enfermería o farmacia para poder usar muestras de sangre. En este estudio se evalúa si, tras una breve explicación y bajo la supervisión de un consejero entrenado, el participante es capaz de autorealizarse el test del VIH con una muestra de sangre capilar.

**Método**

207 hispanohablantes que solicitaron realizarse la prueba en un dispositivo móvil de la ONG Madrid Positivo en tres ciudades de esta comunidad aceptaron participar en el estudio antes de ser testados por el personal del programa con el mismo test rápido en sangre (Determine HIV-1/2 Ag/Ab Combo®). Primero, basándose en unas instrucciones elaboradas ad-hoc para el estudio, el consejero explicaba como proceder para ejecutar adecuadamente cada uno de los pasos. Luego, el participante realizaba por sí mismo el proceso guiado por el consejero, pero sin intervención directa del mismo. Después, el participante autocumplimentaba un brevísimos cuestionario de opinión sobre el proceso. Entonces, un sanitario le realizaba la prueba del programa. Finalmente, mientras esperaba los resultados del test, el participante autocumplimentaba un breve cuestionario con preguntas sociodemográficas, comportamentales y en relación con la prueba del VIH.



**Resultados**

De los 207 participantes el 58,5% eran hombres (el 63,6% de los mismos habían tenido relaciones sexuales con otros hombres), el 52,2% de los varones y 83,8% de las mujeres tenían menos de 30 años, el 19,1% eran inmigrantes y el 57,4% tenían estudios universitarios. El 56,7% no se había realizado la prueba del VIH con anterioridad (42,5% de los hombres vs 77,5% de las mujeres) El 99% (IC 97%-100%) (205 de 207) de los participantes obtuvo un resultado válido al primer intento. No se intentó de nuevo en los dos que fallaron puesto que los participantes estaban nerviosos esperando que se le realizara la prueba del programa. El consejero que guiaba el proceso indicó que en ambos casos el proceso se había realizado correctamente.

**Conclusión**

Pese a haber sido realizado en condiciones ambientales mucho más desfavorables de las habituales, el estudio ofrece clara evidencia de que los propios participantes pueden realizarse esta prueba en sangre bajo la dirección de un consejero no autorizado para obtener estas muestras. Por lo tanto, esta metodología podría ser asumida por programas de ONGs que carecen de personal sanitario que pueda obtener muestras de sangre y que prefieran emplear este tipo de muestras en todas sus pruebas o como complementaria (no confirmatoria) en el caso de resultados positivos o dudosos en saliva

Financiación: ETS-FIS-PI09/90748; ISCIII-Epy 1399/09

**Prevención****P8.45**

La compleja relación entre autoestima, autoeficacia y uso del preservativo

(1)Sandra Gómez Martínez, (1) Rafael Ballester Arnal, (2)María Dolores Gil Llario, (1)Estefanía Ruiz Palomino y (1)Cristina Cassá Maimó

(1)Dpto. de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología de la Universitat Jaume I de Castellón. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

(2)Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universitat de València. Estudi General.

**Objetivo**

El objetivo del presente trabajo ha sido explorar la relación existente entre el nivel de autoestima, la autoeficacia y el uso del preservativo en distintas prácticas sexuales en población universitaria.

**Método**

413 universitarios con edad promedio de 20.45 años (DT=2.09) de la Universitat Jaume I de Castellón (33,7% hombres y el 66,3% mujeres). respondieron anónima y voluntariamente al Cuestionario de Autoestima-RSI de Rosenberg (1979) y al Cuestionario de Prevención del Sida-CPS de Ballester, Gil, Guirado y Bravo (2004), del que se utilizaron los ítems referidos

a la autoeficacia en el uso del preservativo y a la realización de la conducta preventiva (uso del preservativo) en distintas prácticas sexuales (vaginal, oral, anal, con pareja estable o esporádica y tras consumo de drogas).

**Resultados**

Los resultados muestran correlaciones negativas entre todas las variables de uso del preservativo y la autoestima, aunque solo la referida a relaciones sexuales con pareja estable es significativa ( $Rho=-0,195$ ;  $p=0,01$ ). Por lo que se refiere a la autoeficacia en el uso del preservativo, todas las correlaciones con la autoestima obtuvieron signo positivo, siendo significativas en cinco de los siete ítems. Las de mayor significación fueron, "sentirse seguro a la hora de comprar preservativos" ( $Rho=-0,165$ ;  $p=0,03$ ) y "recordar de uso del preservativo aún si se han consumido drogas" ( $Rho=-0,220$ ;  $p=0,00$ ). Por el contrario, sentirse incómodo para hablar de su uso ( $Rho=0,019$ ;  $p=0,73$ ) y sentir seguridad para sugerirlo ( $Rho=0,088$ ;  $p=0,12$ ) no alcanzan la significación.

**Conclusión**

Los resultados, muestran que las personas con más autoestima, suelen utilizar el preservativo con menor frecuencia. Sobre la autoeficacia, las personas con mayores puntuaciones se corresponden con la que presentan mayor autoestima, éstas se sienten más seguras de sí mismas y responden que serían capaces de comprarlos, sugerir su uso, utilizarlo tras el consumo drogas o parar en el momento de mayor excitación para ponérselo. Por tanto y, según nuestros resultados, una alta autoestima afectaría positivamente a la autoeficacia en aspectos asociados al uso del preservativo pero de manera negativa a dicha conducta preventiva. Quizás podría deberse a que, las personas con gran autoestima se sientan muy seguros de sí mismos, considerando la situación bajo control y un cierto sentimiento de invulnerabilidad ante la posibilidad de infectarse por el VIH, facilitando una relajación ante la situación de riesgo, tal como ha sido atestiguado en la relación entre autoestima y otras conductas de salud y como encontramos en la literatura científica sobre VIH y conductas de riesgo.

**Prevención****P8.46**

Apoyo a niños y jóvenes en riesgo de exclusión social: promoción de la salud previniendo los riesgos asociados a la sexualidad (2008-2009)

Anegas, I., Simón, B., Torrecusa, G. i Valmayor, S.

Associació CEPS. Associació per a la prevenció i la promoció de la salut.

**Objetivo**

Promover estilos de vida saludables entre jóvenes en riesgo de exclusión social, haciendo especial énfasis en la educación sexual y la prevención del VIH, otras Infecciones de Transmisión Sexual y embarazos no planificados desde una perspectiva de género.





**Método**

Programa de formación basado en el Modelo ASE de profesionales que trabajan con niños y jóvenes en riesgo de exclusión social. El proceso de desarrollo del proyecto se concreta en cinco fases:

Fase 1. Difusión y presentación del programa. Fase 2: Modulo formativo. Fase 3. Formación a profesionales: 2 sesiones de 5 horas, contenidos teóricos y prácticos sobre conocimientos, creencias, actitudes, influencia social y habilidades, elaboración de intervenciones y evaluación de las sesiones. Fase 4. Intervenciones: Apoyo (con asesorías y formaciones in situ), seguimiento y asesoramiento a los profesionales para realizar intervenciones en los centros. Fase 5. Evaluación del programa (de proceso y de resultados).

**Resultados**

En estos dos primeros años del proyecto se han formado a 25 profesionales de 6 centros de Barcelona y el Valles Oriental, tres CRAEs, un piso asistido, un centro abierto y servicios sociales municipales. Se han realizado 44 seguimientos a los profesionales formados, una asesoría y una visita a recursos para jóvenes. Por parte de los profesionales formados se han realizado 9 intervenciones de calidad media que trabajan conocimientos y creencias, 6 grupales y 3 individuales, llegando a 23 jóvenes.

**Conclusión**

El programa permite facilitar conocimientos, recursos y herramientas útiles para aplicar en su trabajo diario para poder afrontar el trato con los usuarios de los centros.

Los profesionales valoran muy positivamente el proyecto y demandan estos tipos de trabajo centrado en este colectivo dado sus características específicas.

**Prevención****P8.47**

Comparación de riesgo de VIH según prácticas sexuales en Hombres que tienen relaciones con hombres (HSH) que acuden al Centro de Información y Prevención del SIDA (CIPS) de Valencia.

Amparo Juan Corrons, Concepción Santos Rubio, Teresa Tasa Zapater, Ignacio Alastrue Loscos

Instituciones a las que pertenecen los autores: Centro de Información y prevención del VIH (CIPS) de Valencia.

**Objetivo:**

Conocer las diferencias entre las prácticas sexuales de las personas que seroconvierten a VIH y las que no se infectan entre los HSH que acuden al CIPS de Valencia.

**Método:**

Estudio cualitativo de las prácticas sexuales de los HSH que acuden periódicamente al CIPS. Se ha analizado las diferencias entre 25 HSH que seroconvirtieron en el 2009 y 25 controles VIH - .Se ha comparado el nº parejas en los 3 últimos meses, la existencia de pareja estable en el momento de la consulta, practicas sexuales de penetración y sexo oral, uso de condón, ITS previas y tiempo transcurrido desde la última prueba de VIH

**Resultados:**

Las diferencias mas importantes encontradas han sido, que en los HSH que se mantienen negativos: el nº de contactos sexuales en los últimos tres meses es menor, el nº de parejas estables es mayor, la práctica de penetración anal como receptor es menor.

**Conclusión:**

Los HSH que tienen mas contactos, menos pareja estable y en la práctica de penetración como receptor es mas frecuente se infectan más del VIH.

Ante el incremento de VIH en HSH que se ha evidenciado en los últimos años, sería necesario analizar con mas detalle las actitudes y prácticas que protegen o desprotegen del VIH

**Prevención****P8.48**

La prevención a través del trabajo en red

Silvia García

Federación Estatal de Lesbianas, gays, Transexuales y Bisexuales (FELGTB)

**Objetivo.**

Explicar y proponer metodologías de trabajo en red para optimizar los resultados en los programas de prevención

**Método**

Mediante una comunicación oral, apoyada de power point se explicará la metodología de trabajo de la FELGTB en la coordinación de los programas estatales de prevención de VIH/Sida así como el contexto actual en el que trabajamos con la población LGTB.

**Resultados**

Nuestra experiencia es que el trabajo en red en todas las etapas de la gestión de proyectos, desde el diseño hasta su evaluación, optimiza y mejora los resultados preventivos, suple las carencias económicas que los proyectos tienen en la financiación, y ayuda a formar una red de voluntariado en salud.

El trabajo en red exige que los programas comiencen y finalicen en todos los territorios a la vez, que se sistematice la información recogiéndola con los mismos instrumentos, la detección de errores comunes para su posterior subsanación, la colaboración entre entidades, información compartida, acercamiento a realidades y contextos diferentes...

**Conclusión**

Compartiremos una serie de lecciones aprendidas a partir de la praxis, en su mayoría ventajas (como puede ser la importancia en la formación del voluntariado, formar parte del propio colectivo diana, es decir, es una intervención entre iguales en la mayoría de las ocasiones...) pero también algunos inconvenientes en cuanto al funcionamiento en red (la problemática de la financiación...).



## Prevención P8.49

¿Cómo influye el miedo a la evaluación negativa en la autoeficacia para el uso del preservativo?: diferencias de género

1Ballester Arnal, Rafael; 2Gil Llarío, M<sup>a</sup> Dolores; 1Ruiz Palomino, Estefanía; 1Gómez Martínez, Sandra; 1Serrano Agustín, Laura

1Dpto. de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología de la Universitat Jaume I de Castellón. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

2Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universitat de València. Estudi General.

### Objetivo.

Explicar y proponer metodologías de trabajo en red para optimizar los resultados en los programas de prevención

### Método

Mediante una comunicación oral, apoyada de power point se explicará la metodología de trabajo de la FELGTB en la coordinación de los programas estatales de prevención de VIH/Sida así como el contexto actual en el que trabajamos con la población LGTB.

### Resultados

Nuestra experiencia es que el trabajo en red en todas las etapas de la gestión de proyectos, desde el diseño hasta su evaluación, optimiza y mejora los resultados preventivos, suple las carencias económicas que los proyectos tienen en la financiación, y ayuda a formar una red de voluntariado en salud.

El trabajo en red exige que los programas comiencen y finalicen en todos los territorios a la vez, que se sistematice la información recogiéndola con los mismos instrumentos, la detección de errores comunes para su posterior subsanación, la colaboración entre entidades, información compartida, acercamiento a realidades y contextos diferentes...

### Conclusión

Compartiremos una serie de lecciones aprendidas a partir de la praxis, en su mayoría ventajas (como puede ser la importancia en la formación del voluntariado, formar parte del propio colectivo diana, es decir, es una intervención entre iguales en la mayoría de las ocasiones...) pero también algunos inconvenientes en cuanto al funcionamiento en red (la problemática de la financiación...).

## Prevención P8.50

Relación entre las actitudes hacia la sexualidad y las actitudes hacia el uso del preservativo y su influencia en la emisión de conductas sexuales de riesgo para el VIH.

Juan Madrid (CMS Joven, Madrid)\*, M<sup>a</sup> Paz Bermúdez\*\*, M<sup>a</sup> Teresa Ramiro\*\* y Ángel Castro\*\*

\* Organismo Autónomo Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid. Centro Municipal de Salud Joven

\*\* Universidad de Granada.

### Objetivo

El objetivo principal de este trabajo es analizar si existe relación entre las actitudes hacia la sexualidad y las actitudes hacia el uso del preservativo en una muestra de adolescentes residentes en España. Además, se analiza si ambas variables pueden predecir la emisión de conductas sexuales de riesgo para el VIH.

### Instrumento

- Cuestionario elaborado Ad-hoc para obtener información sobre variables sociodemográficas, tales como la edad, el origen, número de hermanos, el origen de los amigos, estado civil de los padres, nivel de estudios de los padres, situación laboral de los padres, con quién viven, religión, orientación sexual y el tipo de relaciones sexuales mantenidas.

### Procedimiento

El instrumento fue aplicado de forma colectiva, por el mismo investigador y asegurando siempre el anonimato y la confidencialidad en los respuestas.

Los participantes fueron 799 adolescentes residentes en España, de entre 14 y 19 años, con una media de edad de 16,9 años. De ellos, el 78,7% eran autóctonos y el 21,3% inmigrantes latinoamericanos.

### Resultados

Los resultados obtenidos muestran que las actitudes hacia la sexualidad correlacionan de forma significativa y directa con las actitudes negativas hacia el preservativo y de forma inversa con las actitudes positivas. Así, aquellos adolescentes que presentan actitudes más positivas hacia la sexualidad, muestran más actitudes negativas hacia el preservativo. Además, se obtuvo que las actitudes negativas hacia el preservativo permiten predecir la emisión de conductas sexuales de riesgo para el VIH.

### Conclusión

Por ello, se plantea la necesidad de llevar a cabo intervenciones prácticas dirigidas a los adolescentes, que estén encaminadas a mejorar las actitudes hacia el uso del preservativo y a la identificación de éste como elemento protector ante el VIH.

## Prevención P8.51

La movilidad como factor de vulnerabilidad frente al VIH/SIDA

Mina Rhouch y Mariló Palomeque

Fundación CIMME (Centro Internacional Médico par Migrantes y Extranjeros)



**Objetivo**

Divulgar la idea de la movilidad humana como un factor de vulnerabilidad ante el VIH/Sida y proponer medidas de prevención. Se parte de la base de que la movilidad no es en sí misma un factor de riesgo para contraer el VIH/SIDA, pero sí las situaciones y posibles conductas adoptadas durante el proceso migratorio. Éstas incrementan la vulnerabilidad y el riesgo de infectarse por el VIH.

**Método**

Charla informativa, con apoyo técnico de un powerpoint, en la que tratará, entre otros, los siguientes temas: situación mundial de la epidemia, fenómeno migratorio, objetivos del Milenio, vulnerabilidad de la población inmigrante e Inmigrantes con VIH/SIDA y feminización de la epidemia.

**Resultados**

Sensibilización de la sociedad sobre la vulnerabilidad frente al VIH/Sida a la que se encuentra sometida el colectivo inmigrante y factores de riesgo.

**Conclusión**

Los inmigrantes pueden estar en condiciones marginales durante su desplazamiento, en el lugar de destino o durante el retorno a su país. Pueden ser víctimas de discriminación, xenofobia, explotación y tener poca o ninguna protección jurídica, social y sanitaria. Esta marginación incrementa la vulnerabilidad a la infección del VIH y las dificultades de vivir con VIH/SIDA.

Con frecuencia, los inmigrantes no tienen información sobre el VIH, o la tienen muy escasa, y el acceso al sistema sanitario o los métodos de prevención del VIH también es nulo o escaso. La carencia de ingresos y la pobreza pueden forzar a los inmigrantes a incrementar el riesgo a contraer el VIH.

**Prevención****P8.52**

**VARIABLES INFLUYENTES EN EL USO SISTEMÁTICO DEL PRESERVATIVO: EL PAPEL DEL LOCUS DE CONTROL, LA PREOCUPACIÓN POR LA SALUD Y LOS CUIDADOS DE SALUD**

1Ballester Arnal, Rafael; 2Gil Llario, M<sup>a</sup> Dolores; 1Ruiz Palomino, Estefanía; 1Gómez Martínez, Sandra

1Dpto. de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología de la Universitat Jaume I de Castellón. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

2Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universitat de València. Estudi General.

**Objetivo**

En los últimos años ha crecido el número de estudios que analizan cómo algunas variables disposicionales podrían facilitar o dificultar la realización de conductas de riesgo en población joven. Por ello, este estudio examina las relaciones entre locus de control sobre la salud,

preocupaciones por la salud o cuidado en otras áreas de salud, y el uso sistemático del preservativo.

**Método**

Se emplearon 398 estudiantes universitarios/as ( $n = 20,40$ ;  $DT=2,06$ ) de la Universitat Jaume I de Castellón, que participaron en un proyecto de investigación desarrollado por UNISEX-SIDA. La muestra fue dividida en dos grupos: utilización "sistemática" (39,8%) y "no sistemática" (60,2%) del preservativo. Los instrumentos fueron: Cuestionario de Preocupaciones por la Salud (Davey Et Tallis, 1994), Locus de Control sobre la Salud (Wallston, Wallston Et Kaplan, 1976), Cuestionario de Cuidados de Salud (Unisexsida, 2007) y el ítem 39 del Cuestionario de Prevención del Sida (Ballester, Gil, Guirado Et Bravo, 2004).

**Resultados**

El grupo de jóvenes que utiliza "siempre" el preservativo en sus relaciones sexuales obtienen mayores puntuaciones tanto en locus de control interno sobre la salud como en preocupación por la salud respecto a los que no lo usan de forma sistemática. No obstante, estas diferencias no se muestran significativas a nivel estadístico ( $t=1.513$ ,  $p\leq 0.131$ ;  $t=1.315$ ,  $p\leq 0.189$ , respectivamente). Del mismo modo, estas personas también obtienen mayores puntuaciones en otros cuidados de la salud, mostrándose estas diferencias estadísticamente significativas ( $t=2.293$ ,  $p\leq 0.023$ ). Observamos un mayor cuidado en todas las áreas evaluadas. Sin embargo cabe destacar el consumo de tabaco ( $t=2.062$ ,  $p\leq 0.040$ ) y los hábitos de conducción ( $t=2.342$ ,  $p\leq 0.020$ ) por haber obtenido significación estadística.

**Conclusión**

Los jóvenes de nuestro estudio que utilizan "siempre" el preservativo creen en mayor medida que los que lo hacen de manera no sistemática, que son responsables de su salud y se preocupan más por ella. Por otra parte observamos que el uso sistemático del preservativo guarda una relación con los cuidados realizados en otras áreas relacionadas con la salud. Es decir, las personas que utilizan siempre el preservativo cuidan más su salud en general y específicamente en el consumo de tabaco y los hábitos de conducción, que las personas que no lo utilizan sistemáticamente. Estos resultados nos llevan a reflexionar por una parte, sobre la importancia de trabajar ciertas variables, como la responsabilidad sobre la salud, en las intervenciones preventivas. Y por otra, a considerar si dado que puede existir un "factor G" de cuidado de la salud, ciertas intervenciones preventivas podrían tener beneficios positivos en distintas conductas de salud.

**Prevención****P8.53**

**REVISTA MIGRACIONES. MOVILIDAD Y SALUD, UNA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN EN POBLACIÓN INMIGRANTE**

Mina Rhouch y Mariló Palomeque

Fundación CIMME (Centro Internacional Médico para Migrantes y Extranjeros)

Objetivo



Difundir estrategias de prevención sobre VIH/Sida tanto en la población inmigrante como en los colectivos de profesionales que trabajan en el campo de la inmigración

#### Método

Panel informativo en el que se reproducirán los contenidos de dicha publicación

#### Resultados

Sensibilización tanto de la población inmigrante como de los colectivos de profesionales que trabajan con éstos en prevención frente al VIH/SIDA

#### Conclusión

El fenómeno migratorio ha cambiado la fisonomía humana de nuestras ciudades, diversificando los espacios socioculturales y creando nuevos retos y necesidades. La nueva situación sociodemográfica, vinculada a la incorporación de poblaciones inmigrantes, requiere mejorar el conocimiento de su estado de salud y determinar las prioridades preventivas y asistenciales y, en este apartado, tanto los profesionales de la salud como las personas que trabajan con inmigrantes, tienen un papel fundamental.

Las desigualdades en salud y en el acceso y la utilización de los servicios, en función del país de origen, constituyen fenómenos conocidos.

Esta revista nace de una necesidad planteada a través del trabajo y la experiencia de muchos años en este campo: la necesidad de una herramienta divulgativa y formativa que ayude a los profesionales y a los inmigrantes a superar las barreras levantadas por el desconocimiento.

Va dirigida principalmente a profesionales de la salud, a personas que trabajan con inmigrantes y a los propios inmigrantes y pretende sensibilizar y fomentar, en estos colectivos, conductas y actitudes saludables, en general, y, en relación al VIH/Sida, en particular.

Para ello, a través de esta revista se ha puesto en marcha una campaña informativa de sensibilización sobre la prevención del VIH/Sida que se publica en diferentes idiomas.

#### Prevención

##### P8.54

#### Previendo riesgos en HSH

Laura Godoy Romero, Blanca Martínez Sierra, Miguel Ángel García Raso

UPAS (Unidad de Promoción y Apoyo a la Salud)

#### Objetivo

Modificación de hábitos sexuales para la prevención de ITS y VIH en HSH.

En base a una mayor incidencia de ITS en HSH nos planteamos trabajar el cambio de conductas sexuales para disminuir el riesgo de las mismas.

#### Método

- Intervención oportunista en consultas.

- Realización de talleres de forma coordinada con las asociaciones que trabajan con estos colectivos.

- Formación de agentes de salud para educación de iguales.

La metodología usada ha sido dinámica, participativa, usando lenguaje coloquial, muy gráfico, centrándonos fundamentalmente en mejorar la autoestima y las habilidades de negociación.

#### Resultados

Se han realizado talleres de sexo seguro con distintas asociaciones:

- OJALA: con HSH.

- ACCEM: con chicos que ejercen la prostitución con hombres.

- COLEGA: con HSH.

#### Conclusión

Según nuestra experiencia consideramos primordial la formación de iguales para la prevención. Resaltar la importancia de la colaboración con ONG y asociaciones que trabajan con HSH, lo cual facilita la accesibilidad a este colectivo.



# Comunicaciones orales y posters: índice de autores



Abril, V.	P3.06 P05.08 P07.35	P05.05 P05.12	Arazo, P.	P05.18 P06.05	C06.05
Adan, E.	P3.12	P08.24	Arredondo, M.	P08.34	
Agirrezabal, A.	C04.04		Arribas L., B.	C01.02	P07.10
Aguirre, J.	C06.05	P06.05	Arrillaga, A.	C03.02	
Aguirre, R.	P08.23		Arrizabalaga		
Aguirrezabal, A.	C01.04 P07.25	P07.05 P08.35	Aguirreazaldegui, J.	P05.01 P06.01	C06.04 P06.04
Ais Larisgoitia, A.	P06.06		Ascaso Terren, C.	C04.03	
Alastrue Loscos, I.	P08.47	C03.06	Asla Alzibar, N.	P07.25	P07.05
Alastrue, I.	P3.08	P3.05	Asorey Carballeira	P05.17	
Albiach Epila, D.	P08.10		Atienza Borge, J.	P08.12	
Albiol Soto, M.	P07.12		Azkune, H.	P05.01	C06.04
Alcántara Tadeo, A.	P06.09		P06.01	P06.04	
Alcázar, V.	P3.09		Azpíri, M.A.	C03.05	P3.08
Alegría Barroso, M.D.	C07.03		Balaguer, J.	C03.05	P3.08
Alemán Valls, R.	C06.06		Baliñas Bueno, J	P3.01	P3.03
Alonso Aguirre, P.	P3.01			C01.06	P07.18
Alonso Álvarez, A.	C08.01		Ballester Arnal, R.	P08.10	P08.14
Alonso García, D.	C01.04			P08.15	P08.45
Alonso Socas, M.M.	C06.06			P08.49	P08.52
Álvarez Castell, L.	P08.31		Ballester, E.	P3.06	P05.05
Álvarez Díaz, H.	C05.04 P05.15 P06.11	P05.06 P05.16	Ballester, J.E.	P07.35	
Álvarez, E	P05.02	P05.10	Barranco Avilés, M.C.	C07.02	
Álvarez, J.	P3.22 P08.44	P08.09	Barrenetxea, L.	C01.05	P3.15
Alvarez-Uría, G.	C04.03		Barrio, A.	P07.10	
Alventosa del Rio, J.	P07.08		Barrones Buzón, A.	P1.09	
Alventosa, J.	P07.01		Barrufet, P.	P05.09	
Amador, M.	P07.10		Bartolomé, P.	P08.04	
Andreea Sumanaru, D.	P07.13		Bascuñana Quirell, A.	P1.01	
Andreo, L.	P3.12	P08.24	Becerra Vázquez, J.J.	C08.04	
Andrés Soler, J.	P06.10		Bedell, R.	C04.01	
Anegas, I.	P08.06 P08.20 P08.46	P08.19 P08.32	Belda Ibáñez, J.	P08.25	P08.43
Antón, A.	C05.01		Belda, J.	C03.05	P3.08
Antón, E.	P07.33		Bello Rodríguez, L.	P3.01	P3.03
Aragoneses R., M.A.	C01.02	P07.10	Bellón Cano, J.M.	P06.06	P06.03
Aramburu Bengoetxea, M.J.	P05.01 P06.01	C06.04 P06.04	Beltrán-Nebot, N.	P07.06	P08.08
Araneda Villasante, R.	P08.33			P08.18	
			Belza, M.J.	P07.32	P08.09
			Benito, L.	C05.03	
			Berenguer, J.	P05.02	P05.04
				P05.10	
			Bermúdez, M.P.	P2.01	P07.16
				P08.50	



Bernal, S.	C03.03		Castillo Romera, I.	P06.06		Cucurull, J.	P05.09	Escrich, C.	P05.09		
Bertran de Bes, J.	P07.09	P08.29	Castillo, O.	P08.04	P08.40	Cuevas, A.	P07.13	Esteso Mesas, R	P08.12		
Blanch, J.	P05.03	P07.29		P08.41		Cuevas, M.T.	C02.05	Estevez, L.	P07.06	P08.18	
Blanco Rodríguez, M.	P3.01		Castro A., J.M.	C01.02			C02.06		P08.08		
Blanco, J.L.	P05.03		Castro Castro, M.J.	P1.07		Dalmau Juanola, D.	P1.05	Etcheverry, F.	P08.21		
Blanco, J.R.	C05.06		Castro Iglesias, A.	P3.01	P3.03		P3.04	P05.11	Failde Garrido, J.M.	C08.01	C08.02
Bolinaga, A.M.	P3.12	P08.24	Castro, A.	P2.01	P07.16					C08.05	C08.06
Bouzas Álvarez, A.	P07.24			P08.50		Dapia Conde, M.	C08.01			P08.01	
Bravo, M.J.	P08.44		Castro, J.M.	P07.10		Das, A.	C04.05			P08.01	
Bru, F.J.	C03.05	P3.08	Castro, M.A.	P07.18		De Armas, C.	P3.08	C03.5	Faye, D.	P07.18	
Bustinduy, M.J.	C06.04	C06.04	Catalá, R.	C04.04		De Haro Cabanas, B.	C07.01		Feijoo Cid, M.	C07.04	
	P06.01	P06.04	Catalán, M.	C05.03		De la Fuente, L.	P07.32	P08.09	Fernández de Castro, I.	P05.02	P05.04
	P05.01		Catalán, P.	P05.02	P05.04	De la Torre, J.	C05.06			P06.03	
Bustos, C.	P06.12			P05.10		De los Santos Gil, I.	P3.02	P3.07	Fernández García, E.	P08.25	P08.43
Caballero Luque, A.	P06.09		Caylà, J.	C05.03		Del Monte, M.C.	P2.02		Fernández, E.	C05.03	P05.03
Cabrera, S.	P1.06		Celades, E.	C04.05		Del Romero, J.	P3.08	P3.13		P08.06	P08.19
Cáceres, C.	P05.03		Cerri, A.	C04.02			P3.20	C03.5	Fernández, L.	P06.08	
Cachafeiro Sánchez, A.	P1.07		Cervantes, M.	P05.09	P06.08	Del Toro, M.	P07.35		Fernández-Cuervo, J.	P3.06	P05.13
Cairó Llobell, M.	P1.05	P05.07	Cervero, M.	P3.09		Delás, J.	P3.12	P3.22	Fernández-García, A.	C02.01	C02.03
	P3.04		Chausa, P.	P05.03			P08.24			C02.05	C02.06
Calado Otero, M.	C08.06	P08.01	Chulvi Cervera, M.	P06.07		Delegido, A.	C05.05	P05.09	Fernández-Rodríguez, R.	C02.02	
Camacho, A.	C05.02	C05.06	Cilla, G.	C02.02		Delgado Abreu, E.	P07.23	C02.01	Ferrando Vilalta, R.	P07.02	
	C06.01	C06.02	Cisterna, R.	C02.02			C02.02	C02.03	Ferrer Ribera, A.	P06.07	
	C06.03		Clavijo Fernández, I.	C04.03			C02.04	C02.05	Ferrer, L.	P08.13	
Cámara, MM.	P3.08		Clusa, T.	C05.03		Díaz Camacho, P.	C02.06		Ferreras, E.	C03.04	P08.09
Camino Ortiz de Barrón, X.	P05.01	C06.04	Codina, C.	P05.03		Díaz Flores, F.	P08.39		Ferrero, J.A.	P3.10	
	P06.01	P06.04	Colomina Monzó, S.	P08.25	P08.43	Díaz Gómez, C.	C06.06		Ferreros, I.	P3.05	
Camps, E.	P3.06	P05.13	Comisión			Díaz Hernández, Y.	P1.01		Ferrete, C.	C03.03	
Canales Fernández, J.M.	P07.02		Interdepartamental			Díaz, A.	P07.23		Fibla Palazón, J.	P08.05	
Cánoves, L.	P07.35	P07.36	del Sida en Cataluña	P08.03			C05.05	C03.01	Flores Muñoz, M.	P1.01	
Capitán, M.J.	P3.14		Company, M.R.	P07.33		Díaz, A.	C03.05		Folch, C.	P07.03	P08.13
Carió, M.	P05.11		Conde, F.	P08.22		Díaz, O.	P3.08		Foltz, M.	C08.06	
Carlavilla, S.	P08.31		Conejos Ara, L.	P08.36			P3.12	P08.24	Font Canals, R.	P1.05	P05.07
Carrera Fernández, M.V.	C08.05	C08.06	Cordero, M.	P1.06			P3.22		Font, R.	P3.04	P05.11
	P08.01		Córdoba, J.A.	P3.16	P3.19	Diez, M.	P3.08	C03.01	Freixa, P.	P07.03	
Carrera, C.	C02.01	C02.02	Coromina, M.	P07.21	P08.34		C03.5		Fuertes, A.	P1.06	
	C02.04					Diosdado, J.M.	P3.16		Fumero, E.	P05.03	
Carrión, F.	C04.04		Corral Fernández	P05.17		Dolz Gimeno, E.	P06.07		Fuster Ruiz de Apodaca, M.J.	P07.01	P07.30
Caruz, A.	C06.01	C06.02	Cosín, J.	P05.02	P05.04	Domingo, P.	C05.06	P05.14		P07.05	
Casabona, J.	P07.03	P08.13		P05.10		Dominguez, J.	P3.04		Galán Rubio, E.	P08.25	P08.43
Casadesus, C.	P05.03		Costa Guillén, F.	P08.29	P08.30	Domínguez-Gil, A.	P1.06	P06.12	Galicía Salgado, J.J.	C08.02	
Casado, J.J.	C01.05		Creus, C.	C05.05		Dronza, F.	C01.05	P3.15	Galindo Puerto, M.J.	P06.07	
Casado, J.L.	P3.15		Cruz Maceín, J.L.	P08.22		Echenique, M.	P08.40	P08.41	Galindo, S.	P3.08	
Cassá Maimó, C.	P08.45		Cuchi, E.	P3.04	P05.11	Elías, L.	C01.05		Gallego, E.	P08.20	
						Ercoreca, A.	C04.02		Galvez C., M.	C01.02	



Gálvez, M.	P07.10		Giralt, J.	P07.33					Izquierdo, M.	P07.10			
García Álvarez, M.	P05.02		Godoy Romero, L.	P08.54					Jaén Manzanera, A.	P1.05	P05.07		
García Amaya, R.	P1.09		Goenaga Sánche, M.A.	P05.01				Gurruchaga Ormaeche, A.	P07.25	P08.35			
García Berrocal, M.L.	P08.37		Goenaga, M.	P06.01	P06.04				C01.04		P3.04	P05.11	
García de Olaya, P.	C05.03			P06.04				Gutiérrez Chico, J.M.	C07.02			C04.01	
García Deltoro, M.	P3.06	P05.05	Gómez Caballero, J.C.	P07.19				Gutiérrez Hernanz, E.	P07.17		Jimenez, A.B.	C04.02	
García Lechuz, J.M.	C06.05	P06.05	Gómez Gómez, E.	P1.08				Gutiérrez Martín, Y.	P3.11	P3.17	Jimenez, L.	C02.02	
García Raso, M.A.	P08.54		Gómez Martínez, S.	P08.45	P08.49			Gutiérrez, C.	P3.15		Jociles, I.	P07.27	
García Rodríguez, J.F.	C05.04	P05.06		P08.52				Gutiérrez, J.	C03.04	P3.22	Jordano, Q.	P05.11	
García Rodríguez, M.	P05.05		Gómez Sirvent, J.L.	C06.06					P08.09		Joseph, J.	P08.21	
García Rosado, D.	C06.06		Gómez, C.	C06.05				Gutiérrez, J.M.	P07.01		Juan Corrons, A.	C03.06	P08.47
García Ruiz, R.	P1.07		Gómez, E.	P05.03				Guzmán-Fulgencio, M.	P05.02	P05.04	Juan, A.	C03.05	
García, C.	P07.15		Gómez, J.	P3.22					P06.03		Juan, A.	P3.05	
García, F.	C05.03	P05.03	Gómez, L.	P3.08	C03.5			Henar, E.	P08.34		Junquera, ML.	C03.05	P3.08
García, J.A.	P3.06		Gómez, M.C.	P07.10				Hermida, J.M.	C01.05		Kauziona, A.	C04.02	
García, S.	P08.48		González Culler, F.	P08.38				Hernández Hernández, I.	C06.06		Kistmacher, R.	P3.12	P08.24
García, V.	C02.01	C02.04	González Hernández, V.	P07.14	P07.31			Hernández, B.	P07.04	P07.09	Koerting, A.	P08.04	P08.40
	C02.05	C02.06		P05.05				Hernández, M.J.	P06.12			P08.41	
García-Álvarez, M.	P05.04	P05.10	González-Galeano, M.	C02.02	C02.03			Hernández, T.	P08.17		Laguno, M.	P05.03	
García-Álvarez, V.	C02.03			C02.05	C02.06			Hernando, O.	C03.04	P08.44	Lameiras Fernández, M.	C08.05	C08.06
García-La Calle, C.	P3.09		Grifols, M.	P3.12	P08.24			Herrera Hernández, J.M.	P07.23			P08.01	
García-Ontiveros Cuellar, M.L.	P1.10			C01.06				Herrerías, Z.	C05.03		Landa, MC.	C03.05	P3.08
García-Rodríguez, J.F.	P05.15	P05.16	Grupo de Atención					Hevia, H.	P05.14	P07.20	Larrousse, M.	C05.01	P05.03
	P06.11		Primaria y Hospitalaria					Hornero, I.	C01.05	P3.15	Latorre, I.	P3.04	
Gatell, J.M.	C05.01	C05.03	para la detección precoz					Hoyo, I.	C05.01		Lazar, C.	P07.03	P08.13
	P05.03		del VIH	C05.03				Hoyos, J.	C07.05	P08.09	Ledesma, F.	P05.14	P07.20
Gavin, O.	P06.05	P05.18	Grupo de Estudio de						P08.44		Lema Mougán, R.	P3.18	P3.21
	C06.05		Resistencias a					Huedo-Medina, T.B.	P06.02		León Gámiz, V.	P08.30	
Gazquez Sisteré, I.	P06.09		Antirretrovirales					Huete, S.	P07.36		León, A.	C05.03	P05.03
Gil Llarío, M.D.	P08.14	P08.15	en VIH-1 en pacientes					Hurtado Durán, J.F.	P07.18		Lezaun, M.E.	C03.05	P3.08
	P08.45	P08.49	de Galicia.	C02.05				Hurtado, I.	P3.05		Lezáun, M.J.	C02.03	
	P08.52	P08.10	Grupo de Investigadores					Iannello, D.	P3.12	P08.24	Lezáun, M.L.	C02.02	
Gil Pérez, D.	P06.05		del estudio Directriz	P05.14				Ibáñez Lladó, L.	P1.05	P05.07	Lite, J.	P3.04	
Gil, A.	P08.17		Grupo de trabajo de la					Ibáñez Martínez, F.	C07.03		Llorca, J.	P06.02	
Gil, D.	P05.18	C06.05	encuesta hospitalaria.	C03.01				Ibañez, F.	C04.02		Lluch Cornellas, A.	P08.36	
Gil, E.	P1.03		Grupo EPIVIH	P3.08	C03.5			Iglesias Torres, N.	P08.38		López Abad, R.	P06.11	
Gilabert, I.	C01.03		Grupos de estudio de					Iglesias, A.	P06.12		López Ben, I.	P08.42	
Gil-Juliá, B.	P08.15		los pacientes VIH-1 de					Imbert, A.	P07.25		López Calvo, S.	P3.01	P3.03
Gimena D., M.	C01.02		nuevo diagnóstico en					Imbert, M.	P08.35	C01.04	López Corrales, I.	P08.26	P08.28
Gimena, M.	P07.10		Galicia y en el País Vasco	C02.06				Ipiales Marín, C.	P1.02		López de Munain, J.	C03.05	
Giménez Alcorisa, E.	P07.02		Guadix del Pino, J.L.	P1.02				Iribarren, J.A	P06.01	C06.04	López Fernández, I.	P08.12	
Giménez García, C.	P08.10	P08.14	Guayta, R.	P08.02					P06.04	P05.01	López Lirola, A.M.	C06.06	
	P08.15		Guionnet, A.	P07.06	P08.08			Irigoyen Puig, D.	P1.05	P05.07	López Marín, R.	P08.31	
Giménez, A.	P08.02	P08.03		P08.18					P3.04		López Tobar, M.	P07.17	
Gimeno, C.	P05.05		Guiral, N.	P05.18	C06.05			Isorna Folgar, M.	C08.02		López Vega, D.J.	P1.01	







Pérez Antolin	P05.17		Ramírez González, A.	P1.10		Rodríguez-Arrondo, F.	P05.01	C06.04	Sanjurjo Sáez, M.	P06.06	
Pérez Elias, M.J.	C05.06		Ramírez Huerta, M <sup>a</sup> .L.	P1.10		Román García, M.J.	P08.30	P08.38	Sansinenea, E.	P07.05	
Pérez, I.	C05.03		Ramírez Pérez, M <sup>a</sup> . A.	P1.08		Roqueta Manen, J.	P1.11		Santamaría Sánchez, I.	P08.31	
Pérez, M.F.	P07.22		Ramírez, R.	C05.05	P05.09	Rosales, M.E.	C03.04	P08.44	Santamaría, A.	P1.03	
Pérez, S.	C02.02		Ramiro Avilés, M.A.	C07.02		Rousaud, A.	P05.03	P07.29	Santos Miguel, I.	P07.25	C01.04
Pérez-Alvarez, L.	C02.01	C02.02	Ramiro, M.T.	P2.01	P07.16	Rubio Guerrero, M.	P1.02		Santos Rubio, C.	C03.06	P08.47
	C02.03	C02.04				Ruiz García, R.	C07.01		Santos, C.	P3.05	
	C02.05	C02.06	Ramos, C.	P05.18	C06.05	Ruiz Moreno, F.	C01.01		Santos, I.	C05.06	
Pérez-Camacho, I.	C05.02	C05.06		P06.05		Ruiz Palomino, E.	P08.45	P08.49	Santos, P.	P06.02	
	C06.02	C06.03	Resino, E.	P2.02	P3.10		P08.52		Sanz Cantero, M.	P1.10	
Pérez-Elias, M.J.	C01.05	P3.15	Resino, S.	P05.02	P05.04	Ruiz, M.	C03.04	P07.32	Sanz Sanz, J.	P3.02	
Pérez-Hoyos, S.	P3.05			P05.10	P06.03	Ruiz, S.	C05.05	P07.20	Sanz Sanz, J.	P3.07	
Pérez-Molina, J.A.	P07.06	P08.08	Revilla, A.	C02.02	C02.04	Ruiz-Torres, L.	C05.02	C06.02	Sanz, I.	C03.02	C03.05
	P08.18		Rhouch, M.	P08.51	P08.53	Sacristán, F.	C01.05	P3.15		P3.08	
Petit Cabello, J.	P08.36		Richard Neill, C.	P07.17		Saha-Sinha, S.	C04.05		Sanz, R.	P3.09	
Pineda Lorenzo, M.	P08.37		Rico, J.	P08.17	P08.23	Saiz, E.	P1.06		Sarasqueta, C.	C06.04	P06.01
Pineda, J.A.,	C06.02	C03.03	Rico, R.	P08.06	P08.19	Sala, M.	P06.08		Sebastián, L.	C05.03	
	C05.02	C06.01		P08.20	P08.32	Salas, I.	C06.01		Segura, F.	P07.33	
	C06.03		Ricoy Lorenzo, C.	P08.01		Salmerón Sánchez, P.	P08.10	P08.14	Segura, P.	P07.32	P08.44
Pinilla, M.	C02.01	C02.02	Rifà, B.	P08.02		Salmerón, P.	C07.05		Seisdedos, T.	C03.01	
	C02.03	C02.05	Rios, M.	C02.02		San Gil, A.	P05.11		Senso, E.	C04.02	
	C02.06		Rivas, M.	P3.14		San Juan, L.	P08.07		Seoane, N.	C01.06	
Piñar Garcia, A.C.	P08.39		Rivera Cuello, M.	C01.01		San Pedro, E.	P06.02		Sequeira, E.	C05.03	
Plata Paniagua, S.	P06.06		Rivero, A.	C05.02	C05.06	Sánchez Fernández, M.C.	P3.11	P3.17	Serra, Ll.	P3.12	P08.24
Podzanczer, D.	P05.09			C06.01	C06.02	Sánchez Perucho, J.L.	P08.36		Serrano Agustin, L.	P08.49	
Polo Sangüesa, Ll.	P07.14	P07.31		C06.03		Sánchez Rodríguez, C.	P1.05	P05.07	Serrano Arreba, J.	P3.03	
Polo, Y.	P3.22		Rivero-Juárez, A.	C05.02	C05.06	Sánchez Romera, I.	P1.08		Serrano-Bengoechea, E.	C02.03	
Ponce Martín, E.	C06.06			C06.01	C06.02	Sánchez Rubio, A.B.	P3.11	P3.17	Servert Yeste, R.	P08.25	P08.43
Poveda, M.	C05.03			C06.03		Sánchez Trigo, S.	C05.04	P05.06	Sesma Sánchez, P.	C05.04	P05.06
Poves Francés, M.	P3.11	P3.17	R'Kaina Liesfi, C.	P08.26	P08.28		P05.15	P05.16		P05.15	P05.16
Prieto, S.	C02.02		Roca, B.	P2.02	P3.10		P06.11			P06.11	
Pueyo, I.	P3.08	C03.5	Rodríguez, L.	P07.01		Sánchez, A.	P06.12	P08.04	Sevilla, L.	P06.02	
Puig Ganau, T.	P06.09	P08.05	Rodríguez Arrondo, F.	P06.01	P06.04	Sanchez, C.	P3.04		Sherriff, N.	P08.23	
Puig, I.	P08.04		Rodríguez Castro, Y.	C08.06		Sanchez, F.	C03.05		Siles Planas, M.	P08.30	
Pulido, J.	C03.04	P08.44	Rodríguez Fortúnez, P.	C06.06		Sánchez, L.	P3.14		Silva, G.	P06.08	P08.21
Pumares, M.	C01.05	P3.15	Rodríguez Rodríguez, M.	P08.16		Sánchez, M.	C05.01		Simón, B.	P08.46	
Pumarola, T.	C05.01		Rodríguez Zuazu, I.	P06.11		Sánchez, M.J.	C01.03		Sisó, A.	C05.03	
Quereda Rodríguez, C.	P3.11	P3.17	Rodríguez, C.	P3.13	P3.20	Sánchez, R.	C03.04	P07.32	Soler Raga, C.	P06.07	
Quereda, C.	C01.05			P08.09		Sánchez-García, A.	C02.05	C02.06	Solla Babio, E.	P05.16	
Quesada, M.	P07.28		Rodríguez, E.	P06.02		Sánchez-García, A.M.	C02.03		Soriano, R.	P08.04	P08.40
Quintero, Y.	P07.06	P08.08	Rodríguez, J.	P05.10		Sánchez-Martínez, M.	C02.03	C02.05		P08.41	
	P08.18		Rodríguez, M.	P3.06	P05.08		C02.06		Suárez, J.M.	P3.16	P3.19
Rafel Campàs, A.	P08.05			P05.12		Sancllemente Sierra, C.	P07.19		Suárez-Pumariega, C.	C01.06	
Rajaseckar, Mr.	C04.03		Rodríguez, M.A.	C01.05		Sancllemente, C.	P08.13		Sutton, F.	P08.23	
Rakhmanova, A.	C02.02		Rodríguez, R.	C02.02	C02.05						



Taboada Rodríguez, X.A.	P3.18	P3.21	Vera Remartinez, E.J.	P06.10	
Tallada, J.	P07.04		Vergara de Campos, A.	P1.01	
Tapia, A.	P08.04		Vergara Moragues, A.	P1.01	
Tapia, A.M.	P08.40	P08.41	Vicente Belver, P.	P08.38	
Tapiz, A.	P05.09		Viciano, P.	C05.06	
Tasa Zapater, T.	C03.06	P08.47	Vicioso Etxebarria, C.	P07.25	C01.04
Tasa, T.	P3.05		Vidal Vicente, B.	C07.06	
Tasias, M.	C05.05		Vila, M.	P07.15	
Thomson, M.	C02.01	C02.02	Vilaseca, J.M.	C05.03	
	C02.03	C02.04	Vilchez, A.	P3.12	P08.24
	C02.05	C02.06		C05.01	
Tornero, C.	P1.03		Villaamil, F.	P07.27	
Torre-Cisneros, J.	C05.02	C06.01	Villalón, M.	P08.06	P08.19
	C06.02	C06.03	Villarino Torrado, P.	C08.02	
Torres, A.	P06.08		Von Wichmann De Miguel, M.A.	P05.01	
Torres, V.	P2.02	P3.10		C06.04	P06.01
	C04.01			P06.04	
Torrescusa, G.	P08.46		Wachira, M.	C04.01	
Tricas Martínez, A.	P1.04		Wiersma, D.	P07.18	
Trilla, A.	C05.01		Xercavins Valls, M.	P05.07	
Trovato López, N.	P06.06		Yagüe A., G.	C01.02	
Troya Ruiz, M.C.	P1.01		Zafra Espinosa, T.	P08.25	P08.43
Trullén, J.	P3.08	C03.5	Zamora Fuentes, C.	P08.16	
Urbillos Landa, S.	C08.03	P08.11	Zamora, L.	P05.03	
Ultra, J.	P08.17	P08.23	Zango Martín, I.	P07.07	
Ureña, JM.	P3.08	C03.5	Zaro, I.	P3.13	P3.20
Usó Blasco, J.	P06.10		Zulaica, D.	C03.02	
Valdés, J.	P08.17				
Valero, S.	P05.09				
Vall, M.	C03.05	P3.08			
Valmayor, S.	P08.06	P08.19			
	P08.20	P08.32			
	P08.46				
Valverde, M.P.	P1.06				
Varela, J.A.	C03.05	P3.08			
Vares González, M.	P3.03				
Vázquez Rodríguez, P.	P3.01	P3.03			
	P05.16				
Vázquez, A.	C01.03				
Vega, Y.	C02.02				
Vejo, J.	P06.02				
Velandia Mora, M.A.	P08.27				
Vélez, F.J.	P07.10				
Velli, P.S.	P1.05	P05.07			



Organizado por:



Patrocinadores:

