madrid

XV Congreso Nacional sobre el Sida

Prevenir más,
diagnosticar antes,
tratar mejor

seisida
SOCIEDAD ESPAÑOLA INTERDISCIPLINARIA DEL SIDA

6 - 8 de junio de 2012

Organizado por:

Patrocinadores:

Impreso en España
ISBN: 978-84-695-3379-6

ÍNDICE

Carta de presentación	5
Comité Organizador y Científico	7
Junta Directiva Seisida	9
Información General	10
Esquema Congreso	12
Programa Final	15
Sesiones Troncales	33
Sesión Inaugural	41
Sesiones Plenarias	45
Mesas Redondas	51
Foros Debate	97
Encuentro Experto	101
Talleres	105
Comunicaciones Orales	109
Posters	151
Índice de Autores	269

Prevenir más, diagnosticar antes, tratar mejor

Bienvenidos al XV Congreso Nacional sobre el Sida organizado, una vez más, por la Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA). Nuestros congresos representan una oportunidad única para intercambiar experiencias y opiniones desde los diferentes ámbitos que confluyen en la infección por VIH. Confiamos en que este Congreso mantenga la característica multidisciplinar de nuestra Sociedad.

A pesar de llevar más de 30 años desde el comienzo de la epidemia de VIH, y a pesar de los muchos avances producidos en este tiempo, el hecho de que este XV Congreso Nacional sobre el Sida tenga el lema elegido, significa que todavía nos queda por recorrer mucho camino. Efectivamente, a pesar de todas las campañas divulgativas realizadas y todo el conocimiento científico acumulado en este tiempo, el número de personas que se diagnostican cada año como portadoras del VIH se mantiene constante a lo largo de los últimos años en España. Además, más de un tercio de estas nuevas infecciones se diagnostican muy tarde, en un momento en el que la recuperación del paciente es más difícil y está asociada a una mayor morbilidad que si se realiza en estadíos más precoces. Finalmente, y gracias al desarrollo de nuevos y mejores fármacos antirretrovirales, sigue siendo un reto la elección del momento del inicio del tratamiento y los fármacos elegidos.

Teniendo en cuenta estos hechos el Comité Científico eligió el lema “Prevenir más, diagnosticar antes, tratar mejor” como representativo del Congreso. A través de él pretendemos que todas las partes implicadas en la infección por VIH reflexionen y discutan como mejorar estos aspectos. Mejoras que, sin lugar a dudas, tendrán unas consecuencias prácticas muy positivas en las personas que viven con VIH.

Por segunda vez en esta nueva etapa de SEISIDA, el Congreso vuelve a la ciudad de Madrid. La elección del Colegio de Médicos de Madrid como sede del mismo no ha sido caprichosa. Además de las amplias facilidades de reunión que tiene, su céntrica localización y su cercanía a los lugares más emblemáticos de Madrid, permitirá a los asistentes poder disfrutar de la ciencia, la cultura y el ocio de nuestra Ciudad.

Esperando que disfrutéis de vuestra estancia en el XV Congreso Nacional sobre el Sida y en nuestra ciudad os damos una calurosa bienvenida a Madrid.

Juan Carlos López Bernaldo de Quirós
Presidente del XV Congreso Nacional sobre el Sida

Comité Organizador

Presidente:
Juan Carlos López Bernaldo de Quiros
Hospital Gregorio Marañón, Madrid

Secretaria:
Mª José Fuster
Seisida

Vicepresidente 1:
Patricia Flores Cerdan
Viceconsejera de Asistencia Sanitaria.
Comunidad de Madrid

Tesorera:
Udiarraga García
Seisida

Vicepresidente 2:
Plan Nacional del Sida

Comité Científico

ÁREA CLÍNICA

Santiago Moreno Guillen
Hospital Ramón y Cajal. Madrid.
María Jesús Pérez Elías
Hospital Ramón y Cajal. Madrid.
Rafael Rubio
Hospital Doce de Octubre. Madrid.
Juan González García
Hospital La Paz. Madrid.
Pilar Miralles Martín
Hospital Gregorio Marañón. Madrid.
Juan Berenguer Berenguer
Hospital Gregorio Marañón. Madrid.
José Sanz
Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.
Vicente Estrada Pérez
Hospital San Carlos. Madrid.
Jaime Locutura
Hospital General Yague. Burgos.
Joaquín Portilla Sogorb
Hospital General de Alicante.
Antonio Antela
Hospital Clínico. Santiago de Compostela.
Antonio Rivero
Hospital Reina Sofía. Córdoba.
Jorge del Romero
Centro Sandoval. Madrid.
Enrique Ortega González
Hospital General Universitario. Valencia.
Piedad Arazo Garcés
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.
David Dalmau Juanola
Hospital Mútua de Terrassa.
Angeles Jaén
Hospital Mútua de Terrassa.
Angeles Castro
Sogasida. A Coruña.
Juan Carlos López Bernaldo de Quirós
Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

ÁREA ENFERMERÍA

Aury Segador Gómez
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.
Ana Viñaras
Hospital Gregorio Marañón. Madrid.
Carmen Rodríguez Martín
Centro Sandoval. Madrid.
Ismael Escobar Rodríguez
Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.
Carmen Guadalupe Rodríguez González
Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

ÁREA PSICOLÓGICA Y SOCIAL

Lola Canoves Martínez
Hospital General Universitario. Valencia.
Mª José Fuster Ruiz de Apodaca
Seisida. Madrid.
Mª Luisa García-Ontiveros Cuellar
Hospital Gregorio Marañón. Madrid.
Udiarraga García
CESIDA. Madrid.
Jorge Garrido
Apoyo Positivo. Madrid.
Antonio Poveda
FELGTB. Madrid.
Udiarraga García
CESIDA. Madrid.
Fernando Molero
UNED. Madrid.
Eduardo Remor
UAM. Madrid.
José Ignacio Pichardo Galán
UCM. Madrid.
Carmen Barranco
Universidad Carlos III. Madrid.
Manuel Espinel
Médicos del Mundo. Madrid.

ÁREA INSTITUCIONAL

Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida
Madrid.
Maite Manzanera
FIPSE. Madrid.
Daniel Zulaika
Plan Autonómico del Sida País Vasco. San Sebastián.
José Manuel Arroyo
Sanidad Penitenciaria. Madrid.
Juan Madrid
Instituto de Salud Público.
Centro Madrid Salud Joven. Madrid
Luis Guerra
Instituto de Salud Carlos III. Madrid.
Santiago Sevilla
Comunidad de Madrid. Madrid.
Ramón Aguirre
Comunidad de Madrid. Madrid.
Fátima Cortés
Ayuntamiento de Madrid. Madrid.
Javier Toledo
Plan Nacional Sida Aragón. Zaragoza.

Junta Directiva Seisida

Presidente:
Enrique Ortega González
Hospital General Universitario de Valencia.

Vicepresidenta:
Piedad Arazo Garcés
Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Secretaría:
María Dolores Cánoves Martínez
Hospital General Universitario de Valencia.

Tesorera:
Udiarraga García Uribe
Presidenta de CESIDA. Madrid.

Vocales:
David Dalmau Juanola
Hospital Mútua de Terrassa. Terrassa (Barcelona).

Aureliana Segador Gómez
Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Angeles Jaén Manzanera
Hospital Mútua de Terrassa. Terrassa (Barcelona).

Juan Carlos López Bernaldo de Quirós
Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

Angeles Castro Iglesias
Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Información General

Fechas:
6, 7 y 8 de Junio de 2012

Sede:
El XV Congreso Nacional sobre el SIDA se celebrará en la siguiente sede:

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid
Calle de Santa Isabel, 51
28012 Madrid

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 Secretaría: 15.30 a 18.30 horas
De lunes a Viernes (excepto festivos)

Inscripciones:
Cuotas Congreso:

	Hasta el 15 Febrero	Hasta el 5 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.

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: monicalopez@mt-global.com

Secretaría del Congreso:
Estará situada en la sede con el siguiente horario:

Miércoles, 6 de Junio:	09.00 a 14.00 horas
	15.30 a 19.45 horas
Jueves, 7 de Junio:	08.30 a 14.30 horas
	16.00 a 19.00 horas
Viernes, 8 de Junio:	08.30 a 14.00 horas

Cancelaciones:
Se admitirán cancelaciones de inscripciones hasta el 5 de abril de 2012 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 6 de Junio

HORARIO	Miércoles 6 - Junio			
Desde las 09:00	Recogida de documentación			
10:00 - 12:00	Gran Anfiteatro: Sesión Troncal: "Coinfección virus hepatitis C y VIH"			Sala Ramón y Cajal: Taller: Desarrollo del entorno 2.0 en ONL: Prevención e Intervención 2.0
12:00 - 14:00	Sala Gran Anfiteatro: Inauguración del Congreso			
14:00 - 15:30	Comida			
	Pequeño Anfiteatro	Jiménez Díaz	Ramón y Cajal	Sala Polivalente
15:30 - 16:15	Comunicaciones Orales (CO1/CO2) Cuidados y Ciencias Básicas	Comunicaciones Orales (CO5) Aspectos Sociales	Comunicaciones Orales (CO4) Prevención	Proyecto SHE: un programa de intervención entre profesionales sanitarios y pares para mujeres positivas
	Pequeño Anfiteatro	Jiménez Díaz	Ramón y Cajal	
16:15 - 17:45	Mesa Redonda (MR1): La epidemia en cifras	Mesa Redonda (MR2): Infección por VIH y multiculturalidad	Encuentro con el experto (EE1): Profilaxis post-exposición	
17:45 - 18:15	Descanso			
	Pequeño Anfiteatro	Jiménez Díaz	Ramón y Cajal	Sala Polivalente
18:15 - 19:45	Mesa Redonda (MR3): Como influye la crisis sobre VIH/sida	Mesa Redonda (MR9): Infección por virus del papiloma humano	Foro de debate (FD1): Quiero viajar fuera de España	Taller de aceptación y flexibilidad psicológica para personas con VIH

Jueves 7 de Junio

HORARIO	Jueves 7 - Junio			
	Pequeño Anfiteatro	Jiménez Díaz		
09:00 - 09:45	Comunicaciones Orales (CO3) Epidemiología	Comunicaciones Orales (CO6) Clínica		
10:00 - 11:00	Sala: Pequeño Anfiteatro: Conferencia Plenaria (SP1) "Estado actual vacuna sida" "La percepción del VIH/Sida a lo largo de los últimos 30 años"			
11:00 - 11:30	Descanso			
	Pequeño Anfiteatro	Jiménez Díaz	Ramón y Cajal	Sala Polivalente
11:30 - 13:00	Mesa Gesida (MR7)	Mesa Redonda (MR5) HSH: Situación actual y nuevos retos de futuro	Mesa de Enfermería (MR8)	Taller de Psicodrama Simbólico
13:00 - 14:30	Pequeño Anfiteatro: Simposio GILEAD "Retos del TAR: Calidad de vida a largo plazo"			
14:15 - 16:00	Comida			
	Pequeño Anfiteatro	Ramón y Cajal	Jiménez Díaz	Sala Polivalente
16:00 - 17:30	Mesa redonda (MR4): Calidad de vida y bienestar	Foro de Debate (FD2): Profilaxis pre-exposición	Mesa redonda (MR11): Coinfección con VCH: ¿El futuro ya esta aquí?	Mindfulness
	Pequeño Anfiteatro	Ramón y Cajal		
17:30 - 19:00	Mesa de CoRIS (MR12) Eres clave. La importancia de los pacientes en la investigación sobre VIH/SIDA	Foro Debate (FD3) Imagen social de las terapias antirretrovirales desde las perspectivas de las personas con VIH		

Cuadro Programa

Viernes 8 de Junio

HORARIO	Viernes 8 - Junio		
	Pequeño Anfiteatro	Jiménez Díaz	
09:00 - 09:45	Comunicaciones Orales (CO7) Tratamiento	Comunicaciones Orales (CO8) Cooperación Internacional	
10:00 - 11:30	Sala Pequeño Anfiteatro: Conferencia Plenaria (SP2) El tratamiento precoz		
11:30 - 12:00	Descanso		
	Pequeño Anfiteatro	Jiménez Díaz	Ramón y Cajal
12:00 - 13:30	Mesa redonda (MR6): Como implementar el diagnostico precoz	Mesa redonda (MR10): Reproducción y VIH	Encuentro con el experto (EE2): Últimamente se me olvidan las cosas ¿Tengo que preocuparme?
13:30 - 14:30	Pequeño Anfiteatro: Ceremonia de Clausura, Entrega de premios, Presentación Congreso 2013		

Programa Final

Miércoles, 6 de Junio de 2012

09.00 h.- Recogida Documentación

10.00-12.00 h.- SESION TRONCAL
Coinfección virus hepatitis C y VIH
Sala: Gran Anfiteatro

Moderadores:
Dolores Cánoves · Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital General Universitario de Valencia.
Antonio Antela · Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Clinico Universitario. Santiago de Compostela.

- **ST1.1 Epidemiología de la hepatitis en VIH.**
  María Ángeles Castro · Hospital Universitario de A Coruña.

- **ST1.2 Nuevos métodos diagnósticos.**
  Matilde Sánchez · Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

- **ST1.3 El tratamiento farmacológico.**
  Enrique Ortega · Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital General de Valencia.

- **ST1.4 El transplante hepático en el paciente coinfectado por los virus de la hepatitis y el VIH.**
  José M. Miró · Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Clínic – IDIBAPS. Universidad de Barcelona.

10.00-12.00 h.- TALLER
Desarrollo del entorno 2.0 en ONL: Prevención e Intervención 2.0
Sala: Sala Ramón y Cajal

J Garrido · Apoyo Positivo. Madrid
O Borrego · Centro Madrid Salud Joven. Madrid

- **A) Bloque I. Intervención 2.0: Eurosupport: proyecto y metodología**
- **B) Bloque II. Prevención 2.0:**
  - B.1. Web 2.0 y tercer sector
  - B.2. Marketing social a través de la web 2.0: captación de fondos, creación de la marca
  - B.3. Recursos 2.0 para ONL

12.00-14.00 h.- Inauguración del Congreso. Sala: Gran Anfiteatro

Moderadores:
Juan Carlos López · Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.
Enrique Ortega · Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital General de Valencia. Presidente Seisida.

- **Towards the control of HIV & AIDS: Comprehensive Treatment as Prevention.**
  Julio Montaner · UBC and St. Paul's Hospital Foundation Chair in AIDS Research. Faculty of Medicine, University of British Columbia. Canada.

14.00-15.30 h.- Comida

15.30-16.15 h.- Sesión de Comunicaciones Orales
CO1/CO2: Cuidados y Ciencias Básicas. Sala: Pequeño Anfiteatro

Moderadores:
Ana I. Viñarás · Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.
María Jesús Pérez-Elías · Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

- **CO1.01.- Primer Encuentro Andaluz de menores infectados/as por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana: Análisis de los conocimientos, aspectos emocionales de la vivencia de la enfermedad y satisfacción del encuentro.**
  F Ruiz Moreno · ASIMA y Facultad Psicología de Málaga.

- **CO1.02.- Metodología de la toma de muestras biológicas para el diagnóstico microbiológico de infecciones ano-rectales de transmisión sexual, desde una consulta de enfermería.**
  JC Carrió Montiel · Centro Sanitaria Sandoval. Madrid.

- **CO1.03.- Percepción de la atención y cuidado de los servicios sanitarios en hombres jóvenes VIH-positivos que tienen sexo con hombres en Barcelona.**
  P Fernández Dávila · Stop Sida. Barcelona.

- **CO2.01.- Estudio comparativo entre la prueba de la tuberculina, el Quantiferon - TB gold y el T Spot-TB en el diagnóstico de la infección tuberculosa latente en pacientes infectados por el VIH.**
  X Martinez Lacasa · Hospital Universitari Mutua Terrassa.

- **CO2.02.- Vigilancia epidemiológica de resistencias transmitidas en pacientes VIH-1 de nuevo diagnóstico en Galicia (2008-2011): Papel de los clusters de transmisión.**
  Y Vega Rocha · Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

- **CO2.03.- Rápida propagación de un VIH-1 de subtipo F1 entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en Galicia durante los últimos tres años, constituyendo un gran cluster de transmisión.**
  E Delgado Blanco · Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

15.30-16.15 h.- Sesión de Comunicaciones Orales
CO5: Aspectos Sociales
Sala: Jiménez Díaz

Moderadores:
José Ignacio Pichardo · Dpto. Antropología Social. Universidad Complutense de Madrid.
Carmen Mónica López · Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

- **CO5.01.- Reduciendo el estigma y la discriminación hacia las personas con VIH en el mundo laboral.**
  C Figna García · CALCSICOVA. Valencia.

- **CO5.02.- Multiculturalidad y VIH: variables psicosociales relacionadas con la emisión de conductas sexuales de riesgo.**
  A Castro Vázquez · Universidad de Zaragoza.

- **CO5.03.- Integración del enfoque de determinantes sociales y equidad en la orden de subvenciones a entidades sin ánimo de lucro para la prevención del VIH.**
  AM Tapia Raya · Secretaria del Plan Nacional sobre el Sida. Madrid.

- **CO5.04.- La transmisión del VIH en la jurisprudencia española: ¿criminalización del VIH?**
  J Alventosa Del Río · Facultad de Derecho. Departamento de Derecho Civil. Universidad de Valencia.

- **CO5.05.- Alto impacto en la eficacia del tratamiento antirretroviral de un Programa piloto Interdisciplinar de apoyo social a pacientes infectados por el VIH (Proyecto SISIFO).**
  L Hermoso Hermoso · Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Reina Sofia de Córdoba.

- **CO5.06.- Factores de incidencia en la adherencia a tratamiento en población VIH/Sida sin techo.**
  A Rivas Barberán · Àmbit Prevenció. Barcelona.

15.30-16.15 h.- Sesión de Comunicaciones Orales
CO4: Prevención
Sala: Ramón y Cajal

Moderadores:
Ramón Aguirre · Servicio de Promocion de la Salud. Direccion General de Atencion Primaria. Consejeria de Sanidad. Comunidad de Madrid.
Juan Madrid · Instituto de Salud Público. Centro Madrid Salud Joven. Madrid.

- **CO4.01.- El rol de la preocupación por la salud en la prevención del VIH.**
  R Ballester Arnal · Universidad Jaume I. Valencia.

- **CO4.02.- Evaluando la prevención del VIH entre jóvenes escolarizados: resultados que legitiman el trabajo realizado.**
  J Bertran de Bes · SIDA STUDI. Barcelona.

- **CO4.03.- ¿Qué piensan los adolescentes españoles sobre el Sida?: Conocimientos, actitudes y creencias sobre la infección por VIH.**
  MD Gil Llario · Universidad Jaume I. Valencia.

- **CO4.04.- Uso del preservativo en adolescentes españoles: motivaciones y barreras.**
  E Ruiz Palomino · Universidad Jaume I. Valencia.

- **CO4.05.- Estudio preliminar de contactos de riesgo de personas con diagnóstico reciente de VIH en la consulta de enfermería de un hospital de tercer nivel.**
  E Fernández González · Hospital Clinic de Barcelona.

- **CO4.06.- Análisis de la evolución de conocimientos, actitudes y conductas preventivas ante la infección por VIH (2004-2011).**
  C Giménez García · Universidad Jaume I. Valencia.

15.30-18.00 h.- Proyecto SHE: un programa de intervención entre profesionales sanitarios y pares para mujeres positivas.
Sala: Polivalente

15.30-15.50 h.
Introducción. ¿Qué es el proyecto SHE?
Celia Miralles · Hospital Xeral Cíes. Vigo.

15.50-16.10 h.
La intervención entre pares en una "Unidad SHE".
Mª José Fuster · Seisida.

16.10-17.40 h.
Taller práctico.
Mª José Galindo · Hospital Clínico. Valencia.
Dolores Alegría · AMUVIH.

17.40-18.00 h.
Debate, aplicabilidad y conclusiones.
Mª José Fuster · Seisida.
Dolores Alegría · AMUVIH.

El SHE es un proyecto que se desarrolla a discreción del comité organizador* en colaboración con SEISIDA, promovido por Bristol-Myers Squibb.

Solicitado el aval de GeSIDA, Organización Médica Colegial, CESIDA y Plan Nacional sobre el SIDA.

***Comité organizador del proyecto SHE en España:**
- Dra. Piedad Arazo, Hospital Miguel Servet, Zaragoza
- Dra. Mª José Fuster, SEISIDA
- Dra. Mª José Galindo, Hospital Clínico, Valencia
- Dra. Celia Miralles, Hospital Xeral Cíes, Vigo
- Dra. Mª Jesús Pérez Elías, Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

16.15-17.45 h.- Mesa redonda
MR1: La epidemia en cifras
Sala: Pequeño Anfiteatro
Moderadores:
José Sanz · Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.
Juan Carlos López Bernaldo de Quiros · Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

- **Las ITS en España.**
  Asunción Díaz · Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

- **Perfil de las nuevas infecciones.**
  José Verdejo · Servicio de Epidemiología. Comunidad de Madrid.

- **Evolución del perfil clínico de la infección por el VIH a lo largo de la epidemia.**
  Félix Gutiérrez · Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario de Elche. Universidad Miguel Hernández. Elche.

16.15-17.45 h.- Mesa Redonda
MR2: Infección por VIH y multiculturalidad
Sala: Jiménez Díaz
Moderadores:
José A. Pérez Molina · Medicina Tropical. Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.
José Ignacio Pichardo. Dpto. Antropología Social. Universidad Complutense de Madrid.

- **Trabajar el VIH con la comunidad gitana.**
  Javier Arza · Departamento Trabajo Social. Universidad Pública de Navarra. Pamplona. / Marlen Menéndez · Asociación Gitana de Asturias UNGA. Responsable Programa de salud y drogodependencias. Oviedo.

- **Prevención del VIH en la población inmigrante.**
  Anne Guionnet · Asociación para el Estudio de las Enfermedades Infecciosas del Hospital Ramón y Cajal (AEEI). Madrid.

- **Entre dos culturas: prevención del VIH en los hijos de inmigrantes.**
  Juan Madrid · Instituto de Salud Pública. Centro Madrid Salud Joven. Ayuntamiento de Madrid.

16.15-17.45 h.- Encuentro con el experto
EE1: Profilaxis post-exposición
Sala: Ramón y Cajal
Moderador:
Ismael Escobar · Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

- **Profilaxis post-exposición no-ocupacional en la infección VIH.**
  Koldo Aguirrebengoa · Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario de Cruces. Baracaldo.

17.45-18.15 h.- Café descanso

18.15-19.45 h.- Mesa Redonda
MR3: Como influye la crisis sobre VIH/sida
Sala: Pequeño Anfiteatro
Moderadores:
Rafael Rubio · Hospital 12 de Octubre. Madrid
Santiago Sevilla · Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria. Consejeria de Sanidad. Comunidad de Madrid.

- **Impacto social de la crisis.**
  Diego García · Adhara. Asociación VIH/Sida. Sevilla.

- **Evolución de los costes de los tratamientos del VIH/Sida.**
  Fernando Antoñanzas · Departamento de Economía y Empresa. Universidad de La Rioja. Logroño.

- **TAR y eficiencia en el contexto de un sistema público de salud.**
  José Manuel Ventura · Hospital General de Castellón.

18.15–19.45 h.– Mesa Redonda
MR9: Infección por virus del papiloma humano
Sala: Jiménez Díaz

Moderadores:

Juan Berenguer · Hospital Gregorio Marañón.
Jesús Sanz · Servicio de Medicina Interna-Infecciosas. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

- **Epidemiología de la infección anal por VPH-AR en Hombres que tienen sexo con Hombres infectados por VIH.**
  Julia del Amo · Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

- **Diagnóstico precoz de las lesiones anales asociadas a VPH: reto pendiente en los pacientes infectados por VIH.**
  Beatriz Hernández · Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

- **Prevención del cáncer anal en la práctica clínica habitual. ¿Qué podemos hacer?**
  Pilar Miralles · Unidad de Enfermedades Infecciosas-VIH. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

18.15–19.45 h.– Foro de debate
FD1: Quiero viajar fuera de España
Sala: Ramón y Cajal

Moderador:

Manuel Espinel · Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Universidad Complutense de Madrid

- **¿De que me tengo que vacunar?**
  Miguel Górgolas · Servicio de Enfermedades Infecciosas. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

- **Quiero viajar fuera de España, ¿Qué problemas legales puedo tener?**
  Mª del Carmen Barranco · Instituto de Derechos Humanos "Bartolomé de las Casas", Universidad Carlos III de Madrid.

18.15–19.45 h.– Taller de aceptación y flexibilidad psicológica para personas con VIH
Sala: Polivalente

Moderadores:

María Luisa García-Ontiveros · Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.
Francisco Montesinos · Instituto ACT / Universidad Europea de Madrid.

Jueves, 7 de Junio de 2012

09.00–09.45 h.– Sesión de Comunicaciones Orales
CO3: Aspectos epidemiológicos de la infección VIH
Sala: Pequeño Anfiteatro

Moderadores:

Jorge del Romero · Unidad VIH-ITS. Centro Sanitario Sandoval. Madrid
Javier Toledo · Sección Programas de Salud. Dirección General Salud Pública. Zaragoza.

- **CO3.01.– Incidencia de VIH en personas que acuden a centros de diagnóstico de VIH/ITS: diferencias según mecanismo de transmisión (Estudio EPI-VIH).**
  F Sánchez Alonso · Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

- **CO3.02.– Características inmunovirológicas y patrones de mutaciones de resistencia en pacientes inmigrantes VIH+ con fracaso virológico en España.**
  A Jaen Manzanera · Fundació Docència i Recerca Mútua Terrassa. Hospital Universitari Mutua Terrassa.

- **CO3.03.– Factores asociados a diagnóstico de sífilis o gonococia en personas que ejercen la prostitución en una red de centros de ITS.**
  A Diaz Franco · Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

- **CO3.04.– Estimación de la prevalencia de diagnóstico tardío entre los pacientes que inician tratamiento antirretroviral.**
  I Cañamares Orbis · Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

- **CO3.05.- Preocupante situación de la infección por el VIH en hombres que tienen sexo con hombre (HSH) en Madrid (2005-2010).**
  C Rodríguez Martín · Centro Sanitario Sandoval. Madrid.

- **CO3.06.- Riesgo sexual en HSH latinos en España. Resultados de la Encuesta EMIS.**
  R Soriano Ocon · Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid.

09.00-09.45 h.- Sesión de Comunicaciones Orales
CO6: Aspectos Clínicos
Sala: Jiménez Díaz

Moderadores:
Joaquín Portilla · Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital General Universitario de Alicante
Antonio Rivero · Sección de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

- **CO6.01.- Estudio descriptivo de los 102 primeros casos de un brote de linfogranuloma venéreo detectado en la Comunidad de Madrid.**
  T Puerta López · Centro Sanitario Sandoval. Madrid.

- **CO6.02.- La cooperación entre el sistema sanitario y las ONG logra reducir el diagnóstico tardío de la infección por el VIH en Madrid.**
  M Vera García · Centro Sanitario Sandoval. Madrid.

- **CO6.03.- Despistaje de displasia anal en pacientes VIH positivos.**
  A Ocampo Hermida · Hospital Xeral Cíes Vigo (CHUVI). Vigo.

- **CO6.04.- Factores asociados con supervivencia en pacientes incluidos en el estudio SEAD.**
  MJ Perez Elias · Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

- **CO6.05.- Segundos tumores primarios en pacientes VIH.**
  I Vaqueiro Rodríguez · Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

- **CO6.06.- Factores asociados con supresión virológica, en pacientes incluidos en el estudio SEAD.**
  L Elías Casado · Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

10.00-11.00 h.- Conferencia Plenaria · SP1
Sala: Pequeño Anfiteatro

Moderadores:
Daniel Zulaika · Plan del Sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual. Osakidetza. San Sebastián.
Enrique Ortega · Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital General Universitario de Valencia.

- **Estado actual de la vacuna VIH/Sida.**
  Felipe García · Servicio de Infecciones. Hospital Clinic i Provincial. Barcelona.

- **La percepción del VIH y del sida a lo largo de los últimos 30 años.**
  Fernando Conde · CIMOP. Madrid.

11.00-11.30 h.- Café descanso

11.30-13.00 h.- Mesa de Gesida · MR7
Sala: Pequeño Anfiteatro

Moderadores:
Jesús Santos · Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.
Concepción Amador · Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante.

- **Revisión critica de las guías de TAR.**
  José López Aldeguer · Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital La Fe. Valencia.

- **Nuevas estrategias de tratamiento del VIH.**
  Federico Pulido · Unidad VIH. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

- **Cambios en el perfil de seguridad del TAR.**
  Fernando Lozano · Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme. Sevilla.

11.30-13.00 h.- Mesa redonda · MR5: HSH: Situación actual y nuevo retos de futuro
Sala: Jiménez Díaz

Moderadores:
Antonio Poveda · Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales (FELGTB). Madrid.
Fátima Cortes · Servicio de Prevención y Promoción de la Salud. Centro Municipal de Salud Villa de Vallecas. Madrid.

- **Evolución y situación actual de la infección VIH en la población HSH. Respuesta desde las administraciones públicas.**
  Raúl Soriano · Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

- **Dificultades y retos actuales en la prevención del VIH con HSH.**
  Rubén Sancho · Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales (FELGTB). Madrid.

- **Repensar el paradigma de los modelos preventivos en HSH.**
  Ferrán Pujol · Projecte dels NOMS-HISPANOSIDA. Barcelona.

11.30–13.00 h.– Mesa de Enfermería · MR8
Sala: Ramón y Cajal

Moderadores:

Ana I. Viñarás · Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.
Aury Segador · UGC de Enfermedades Infecciosas. Hospital Reina Sofía. Córdoba

- **Características en el perfil de los pacientes que solicitaron la prueba del VIH en el año 2001 y el año 2011.**
  Sonsoles Del Corral. Centro Sanitario Sandoval. Madrid.

- **Evolución de los cuidados de enfermería en los últimos 10 años.**
  Margarita Ramírez · Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

- **Producción enfermera sobre sida en revistas latinoamericanas en la última década (2002-2012).**
  Azucena Pedraz · Universidad Autónoma de Madrid.

11.30–13.00 h.– Taller de Psicodrama Simbólico: La luz que encierran los lados oscuros de la vida
Sala: Polivalente

Moderadores:

Irene Henche · Escuela de Psicodroma Simbólico. Madrid.
Juan Madrid · Instituto de Salud Pública. Centro Madrid Salud Joven. Madrid.

Inscripción * Para poder asistir al taller, necesita inscribirse previamente y se cubrirá el aforo por orden de inscripción.

13.00–14.30 h.– Simposio GILEAD: "Retos del TAR: calidad de vida a largo plazo"
Sala: Pequeño Anfiteatro

- Adherencia y persistencia: Objetivo irrenunciable
- VIH y tratamiento: hacia la normalización de una vida
- Debate

14.15–16.00 h.– Comida

16.00–17.30 h.– Mesa redonda
MR4: Calidad de vida y bienestar. Sala: Pequeño Anfiteatro

Moderadores:

Udiarraga García · CESIDA.
Fernando Molero · Departamento de Psicología Social y de las Organizaciones. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Madrid.

- **Impacto del TAR en calida de vida.**
  Piedad Arazo · Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

- **Predictores de la calidad de vida y bienestar en las personas con VIH.**
  Eduardo Remor · Dpto. de Psicología Biológica y de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.

- **Intervenciones dirigidas a la mejora de la calidad de vida y el bienestar de las personas con VIH.**
  Rafael Ballester · Dpto. Psicología Básica, Clínica y Psicobiología. Universitat Jaume I. Castellón.

16.00–17.30 h.– Foro de Debate
FD2: Profilaxis pre-exposición
Sala: Ramón y Cajal

Moderadores:

Mª Jesús Pérez-Elías · Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.
José Manuel Arroyo · Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. Madrid.

- **Eficacia de la profilaxis pre-exposición.**
  Antonio Antela · Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela.
- **Riesgos y efectos secundarios de la profilaxis pre-exposición.**
  Joaquín Portilla · Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital General Universitario de Alicante.

16.00-19.00 h.- Mesa Redonda
MR11: Coinfección con VCH: ¿El futuro ya esta aquí? **
Sala: Jiménez Díaz

Moderadores:
Juan González · Servicio de Medicina Interna. Unidad de VIH. Hospital La Paz. Madrid
Ismael Escobar · Servicio de Farmacia. Hospital Infanta Leonor. Madrid

- **Los nuevos fármacos frente a VCH.**
  Enrique Ortega · Unidad de Enfermedades Infecciosas.
  Hospital General Universitario de Valencia.

- **Tratamiento de la Hepatitis C en el paciente coinfectado por VIH sin tratamiento previo.**
  Juan A. Pineda · Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas y Microbiología.
  Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

- **El tratamiento del paciente pretratado.**
  Juan Berenguer · Servicio de Enfermedades Infecciosas.
  Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

- **Desarrollo de resistencias.**
  Federico García · Servicio de Microbiología Clínica. Hospital Universitario
  San Cecilio. Granada.

** Según los códigos vigentes de Farmaindustria a esta actividad solo podrán acceder profesionales sanitarios que sean prescriptores o dispensadores

16.30-19.30 h.- Introducción a Mindfulness (MBSR)
Sala: Polivalente

Jaime Locutura · Sección de Medicina Interna. Hospital General Yagüe. Burgos.
Fernando A. De Torrijos · Mindfulness programs in Pschyatry. University of Massachussets Medical School. EE.UU.

Inscripción * Dadas las limitaciones de espacio de la sala y las características de las prácticas se ruega inscripción previa; el aforo se cubrirá por orden de inscripción.

17.30-19.00 h.- Mesa de CoRIS · MR12: Eres clave. La importancia de los pacientes en la investigación sobre VIH/SIDA.
Sala: Pequeño Anfiteatro

Moderadores:
David Dalmau · Servicio Medicina Interna. Unidad VIH. Hospital Mútua de Terrassa.
Diego Garcia · Adhara. Asociación VIH/Sida. Sevilla.

- **La encuesta hospitalaria de pacientes VIH-positivos.**
  Mercedes Díez · Vigilancia Epidemiológica VIH/Sida
  Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

- **Compartiendo con el paciente: ¿por qué es importante la investigación?**
  Paz Sobrino · Cohorte de La Red de Investigación en SIDA.

- **Al habla con los pacientes: la perspectiva de las personas que viven con VIH sobre los estudios de investigación.**
  Juanse Hernández. Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt).
  Paciente anónima. Presentación realizada por Débora Álvarez. Cohorte de la Red de Investigación en SIDA. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

17.30-19.00 h.- Foro Debate
FD3: Imagen social de las terapias antirretrovirales desde las perspectivas de las personas con VIH
Sala: Ramón y Cajal

Moderadora: **María José Fuster**
Ponente: **Fernando Conde**
Mesa Debate: Fernando Conde, Maria Jose Fuster, Piedad Arazo, Daniel Zulaika

Viernes, 8 de Junio de 2012

09.00-09.45 h.- Sesión de Comunicaciones Orales
CO7: Tratamiento
Sala: Pequeño Anfiteatro

Moderadores:
Carmen Rodríguez · H.G.U. Gregorio Marañón. Madrid
Jaime Locutura · Sección de Medicina Interna. Hospital General Yagüe. Burgos

- **CO7.01.- Polifarmacia en pacientes VIH.**
  MP Pacheco Ramos · Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

- **CO7.02.- Persistencia y motivos de cambio de la primera línea de tratamiento antirretroviral.**
  I Cañamares Orbis · Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Miguel Servet.
  Zaragoza.

- **CO7.03.- VIH: vinculación al tratamiento a través de las salas de consumo para usuarios de drogas.**
  M Coromina Gimferrer · ABD -Asociación Bienestar y Desarrollo-

- **CO7.04.- Descripción de los efectos adversos asociados al TARGA en una cohorte pacientes VIH.**
  C López R · Hospital General Universitario de Elche.

09.00-09.45 h.- Sesión de Comunicaciones Orales
CO8: Cooperación Internacional
Sala: Jiménez Díaz

Moderadores:
David Dalmau · Servicio Medicina Interna - Unidad VIH. Hospital Mútua de Terrassa.
Ana García de Francisco · Médicos del Mundo. Madrid.

- **CO8.01.- Seguridad y eficacia de la lactancia artificial para prevenir la transmisión vertical del VIH en una zona con pocos recursos en Kenia.**
  V Torres Feced · Asociación Vihda.

- **CO8.02.- Eliminación virtual de la transmisión vertical del VIH en una zona con recursos limitados. La experiencia del Hospital de Distrito de Gatundu en Kenia.**
  M Njoki Wachira · Plan Nacional de SIDA de Kenia.

- **CO8.03.- Red ESTHER de Formadores/as en VIH en América Latina.**
  I Gisbert Civera · Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Madrid.

- **CO8.04.- Una vacuna del sida es posible.**
  C Rivera Franco · Asociación Itxarobide.

- **CO8.05.- Pilotaje del Programa Test de Diagnóstico Precoz de Infección de VIH en Fortaleza (Brasil).**
  C Zamora Fuentes · Consejería de Salud de Andalucía.

10.00-11.30 h.- Conferencia Plenaria
SP2: El tratamiento precoz
Sala: Pequeño Anfiteatro

Moderadores:
Luis Guerra · Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.
Javier Toledo · Dirección General Salud Pública. Zaragoza

- **Beneficios del tratamiento precoz para la persona con infección por VIH.**
  Santiago Moreno · Servicio de Enfermedades Infecciosas.
  Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

- **Impacto del tratamiento precoz de la infección por VIH en la Salud Pública.**
  Julia del Amo · Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.
  Madrid.

- **Análisis del inicio del TAR a través de la Encuesta Hospitalaria Anual.**
  Rosa Polo · Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid.

11.30-12.00 h.- Café descanso

12.00-13.30 h.- Mesa redonda
MR6: Como implementar el diagnóstico precoz
Sala: Pequeño Anfiteatro

Moderadores:
Arantxa Arrillaga · Plan del Sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual. Osakidetza. San Sebastián.
Carmen Rodríguez · Centro Sanitario Sandoval. Madrid.

- **La importancia del diagnóstico precoz.**
  Antonio Rivero · Sección de Enfermedades Infecciosas.
  Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

- **Recomendaciones de diagnóstico precoz de VIH. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS).**
  Olivia Castillo · Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid.

- **Barreras psicosociales al diagnóstico precoz.**
  María José Fuster · Seisida.

- **Barreras para el diagnóstico precoz en Atención Primaria.**
  José Javier Gómez · Centro de Salud Las Calesas. SERMAS. Madrid.

12.00-13.30 h.- Mesa redonda
MR10. Reproducción y VIH
Sala: Jiménez Díaz

Moderadores:
María Jesús Pérez · Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Ramón y Cajal. Madrid

- **Efecto del tratamiento antirretroviral sobre la transmisión heterosexual del VIH: implicaciones preventivas y reproductivas.**
  Jorge Del Romero · Centro Sanitario Sandoval. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

- **Manejo clínico de la mujer con VIH embarazada.**
  Mª José Galindo · Hospital Clínico Universitario de Valencia.

- **Retos que plantea el VIH durante la adolescencia.**
  Marisa Navarro · Servicio de Pediatría. Sección de Enfermedades Infecciosas.
  Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

- **La prevención de la transmisión vertical en países pobres en recursos: una asignatura pendiente.**
  David Dalmau · Enfermedades Infecciosas. Unidad VIH.
  Hospital Mútua de Terrassa.

12.00-13.30 h.- Encuentro con el experto
EE2: Últimamente se me olvidan las cosas ¿Tengo que preocuparme?
Sala: Ramón y Cajal

Moderadora:
Ángels Jaen · Coordinació projectes recerca. Fundació Docència i Recerca Mutua de Terrassa. Barcelona.

- **Trastornos neurocognitivos asociados al VIH: Luces y sombras. Debate y preguntas.**
  Ignacio Pérez Valero · Unidad de VIH – Sº Medicina Interna.
  Hospital Universitario La Paz. Madrid.

13.30-14.30 h.- Ceremonia de Clausura
Sala: Pequeño Anfiteatro

Entrega de premios
Presentación Congreso 2013
Clausura del Congreso

Sesiones troncales

SESIÓN TRONCAL ST1.1
Epidemiología de la Hepatitis en el VIH

A. Castro Iglesias
Servicio de Medicina Interna B. Unidad de VIH-Hepatitis
Hospital Universitario de A Coruña (CHUAC)
A Coruña

Tanto el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) como el virus de la hepatitis C (VHC) son dos grandes problemas de salud a nivel mundial. Los datos más recientes de la OMS estiman una prevalencia mundial de la infección por VHC sobre el 3%, lo que corresponde a 170 millones de personas infectadas. Por otra parte, se calcula que existen alrededor de 40 millones de infectados por el VIH. Debido a que ambos virus comparten vías comunes de transmisión, la coinfección es muy frecuente y se estima en torno a 10 millones de personas infectadas por VIH/VHC.

Prevalencia VIH/VHC

La introducción del TARGA (tratamiento antirretroviral de gran actividad), hace ya más de una década, supuso una mejoría espectacular en la esperanza de vida de los pacientes infectados por el VIH. Como consecuencia de esto, enfermedades que hasta entonces no eran relevantes han pasado a tener un protagonismo especial. Es el caso de la hepatitis crónica C, que en países como en España se ha convertido en una de las principales causas de morbimortalidad1. Esto se explica por varias razones: en primer lugar, el VIH acelera la historia natural del VHC con aparición de cirrosis en pacientes más jóvenes; en segundo lugar, el VHC complica el manejo de los pacientes infectados por VIH por desarrollar con más frecuencia fenómenos de hepatotoxicidad.

La prevalencia de la coinfección VIH/VHC varía de unas áreas a otras, y este hecho está en relación con varios factores. Por una parte, los estudios de prevalencia realizados en los paises desarrollados proceden de los donantes voluntarios de sangre o los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), lo cual no es representativo de la población general. Por otra parte, la prevalencia de la coinfección depende del modo en que se haya extendido la epidemia del VIH en cada país. Como consecuencia de ello, la coinfección VIH/VHC es más frecuente en los países donde la transmisión por VIH ha sido fundamentalmente por consumo de drogas por vía parenteral, dado que la infección por VHC tiene una transmisión mucho más eficiente por vía parenteral que por la vía sexual.

En Europa, la prevalencia de la coinfección también varía notablemente según el área geográfica estudiada, y puede alcanzar cifras del 65% en cohortes de países del sur y este europeo (Italia, España, Polonia, Estonia, Lithuania y Ucrania) y, mucho menores, alrededor del 25%, en los países del centro y norte de Europa (Francia, Reino Unido, Dinamarca, Alemania)2-5. En la cohorte EUROSIDA5 , una de las mayores series estudiadas, se describe que un 92% de los pacientes usuarios a drogas por via parenteral (UDVP) presenta anticuerpos frente al VHC frente a un 8% de los homosexuales. Además, un subestudio virológico reciente6, apunta que la distribución de los genotipos varía según los grupos de riesgo y distribución geográfica. Mientras el genotipo 1 predomina en todas las regiones (entre el 40-60%), el genotipo 3 es más frecuente en Europa del este (prevalencia global entre el 20-40%) y el genotipo 2 es poco frecuente en general (1 al 5%) y se ve sobre todo en países del norte y centro de Europa. El genotipo 4 predomina en países del norte de África. En Europa se encuentra entre un 5-15%, siendo más frecuente en países del sur de Europa, donde llega hasta el 20%

En países desarrollados, la inyección de drogas ha sido el factor de riesgo dominante en la coinfección VIH/VHC en los últimos 25 años, oscilando la prevalencia de la infección por virus C entre los UDVP (usuarios a drogas por via parenteral) infectados por el VIH entre el 50 al 97%. Aunque a menor escala en cuanto a la epidemia global, la coinfección por VHC en pacientes hemofílicos con VIH alcanza prevalencia similar a la de los UDVP. Al contrario, en África o la India, donde la principal via de contacto es la heterosexual, la prevalencia de la coinfección está por debajo del 5%7.

Por tanto, la epidemia de hepatitis C en coinfectados por el VIH la podíamos definir como una infección de alta incidencia y prevalencia, frecuentemente estable desde el punto de vista hepático, y asociada al antecedente de adicción a drogas por via parenteral o transfusión con sangre o hemoderivados.

La transmisión maternofetal del VHC es baja (<4-6%) pero aumenta hasta un 8-20% en mujeres VIH positivas8. La carga viral de VHC está directamente relacionada con la transmisión, mientras que el TARGA parece disminuir el riesgo hasta niveles similares a pacientes VIH negativos. Mientras que la cesárea no parece disminuir más la transmisión, sí se debe evitar la lactancia materna pues se relaciona con la transmisión de ambos virus9.

Modificaciones de la epidemia del VHC en infectados por el VIH

1. En primer lugar ha disminuido la incidencia de nuevos diagnósticos de coinfección. Ello se debe a diferentes factores: al control actual de sangre y hemoderivados que garantiza la no transmisión de virus de hepatitis y/o de VIH; el consumo de drogas por vía intravenosa ha descendido considerablemente debido a las campañas de información y programas de facilitación de material de la inyección, al menos en países desarrollados; y, por último, el modo de transmisión de la infección por VIH en los países occidentales está cambiando claramente hacia un predominio de la vía heterosexual10-13

No obstante, algunos hechos demuestran que la disminución de la incidencia

pudiera ser menor de la esperada y que hay nuevos aspectos de la coinfección por VHC y VIH a la que los clínicos debemos prestar atención. La infección por VHC en usuarios a drogas por vía no parenteral, es superior a la de la población general, tal como lo pone de manifiesto un estudio reciente de Macias et al12, y está relacionado con el consumo intranasal de cocaína, presencia de tatuajes y una mayor edad de los usuarios a estos hábitos.

Por otra parte, la otra vía común de transmisión de infección VIH/VHC, es la vía sexual, siendo ya conocido que el mayor riesgo de transmisión de la infección del VHC por esta vía existe cuando el paciente es VIH positivo13. En los últimos ocho años se han descrito pequeñas epidemias de brotes de hepatitis agudas por VHC entre homosexuales VIH positivos de diferentes países europeos, como en Francia, Alemania, Inglaterra y Países Bajos14-16. Los análisis filogenéticos demostraron la transmisión de la misma cepa vírica en cada región. La mayoría de estos pacientes mantenían prácticas sexuales de alto riesgo para la transmisión, tal como la no protección en coito anal y diferentes actividades traumáticas de la mucosa (sexo en grupos, utilización de instrumentos de diverso tipo, etc).

2. En segundo lugar la prevalencia de coinfección por VHC en pacientes infectados por el VIH tenderá a reducirse en los próximos años en países como España, no sólo por una disminución de la incidencia, sino también por el hecho de que muchos pacientes están siendo tratados con tasas de respuestas viral sostenida del 30-40% en cohortes con "práctica clínica habitual" 17,18. En estos pacientes se produce la erradicación de la infección por VHC y por tanto no deberemos considerarlos coinfectados. Además, la erradicación de la infección por VHC en estos pacientes previene el desarrollo de complicaciones y muerte de causa hepática 19

3. Sin embargo, el tratamiento frente al virus de la hepatitis C no es aplicable en muchos casos o fracasa por intolerancia o ineficacia en muchos otros. Por tanto muchos pacientes coinfectados terminarán desarrollando complicaciones propias de la hepatopatía avanzada. Es difícil estimar la prevalencia de cirrosis en los coinfectados, pero probablemente se sitúe actualmente en cifras entre el 15 y 25% si excluimos aquellos sin replicación activa del VHC (aclaramiento espontáneo o con tratamiento). Desde el punto de vista clínico la epidemia de la coinfección cambiará desde una situación de pacientes relativamente estables a una situación de elevada prevalencia de cirrosis e incremento en incidencia de morbilidad de causa hepática para la que debemos estar preparados con respuestas como puede ser el trasplante hepático en los casos indicados. Esta transición puede estar atenuada en países como España de fácil acceso al tratamiento antirretroviral de alta eficacia. El control de la replicación por el VIH pueda minimizar la velocidad de progresión a cirrosis en aquellos coinfectados que todavía no lo han hecho, pero probablemente no evite su desarrollo al aumentar la supervivencia de éstos.

En conclusión, actualmente asistimos en nuestros hospitales a un número importante de pacientes con complicaciones de su enfermedad hepática terminal debido a la coinfección VIH/VHC. Aún con una menor incidencia y prevalencia de coinfectados en nuestras cohortes de pacientes con infección por el VIH, este panorama no cambiará, e incluso puede aumentar, en los próximos años, ya que por la propia evolución natural de la infección por el VHC, corresponde en ésta y la próxima década, asistir a las complicaciones de una infección adquirida hace ya más de 20 años. La disminución actual en la incidencia de nuevas coinfecciones VIH/VHC no se traducirá previsiblemente en una disminución significativa de la morbimortalidad de causa hepática hasta pasados los próximos veinte años. Nuestra mayor esperanza para que esto no sea así radica en el desarrollo de nuevos tratamiento antiVHC con mayor eficacia y tolerancia que permita, al igual que ha ocurrido con la infección por el VIH, modificar la historia natural de la hepatopatía en los miles de pacientes coinfectados en la actualidad.

Bibliografía

1. Martín-Carbonero L, Soriano V, Valencia M, garcia-Samaniego J, López M, González-lahoz J. Increasing impact of chronic viral hepatitis on hospital admissions and mortality among HIV-infected patients. AIDS Res Hum retroviruses. 2001; 17: 1467-71.
2. González-García J, Mahillo B, Hernández S, Pacheco R, Diz S, García P et al. Estudio multicéntrico sobre prevalencia de la coinfecciones por virus de hepatitis, indicación de tratamiento de hepatitis crónica C y necesidad de trasplante hepático en pacientes infectados por el VIH en España. Estudio Gesida 29/02-Fipse 12185/01. Enferm Infecc Microbiol Clin 2005; 23: 340-348. (EPI)*
3. Becker S. Liver toxicity in epidemiological cohorts. Clin Infect. Dis. 2004; 38 (suppl): S49-55.
4. Roca B, Suárez I, González J, Garrido M, De la Fuente B, Teira R, et al. Hepatitis C virus and human inmunodeficiency virus coinfection in Spain. Cohorte VACH 2002. J Infect Dis 2003; 47: 117-124. (EPI)*
5. Rockstroh JK, Mocroft A, Soriano V, Tural C, Losso MH, Horban A, et al. Influence of hepatitis C infection on HIV-1 disease progression of response to highly active antiretroviral therapy. J Infect Dis. 2005; 192 (6): 992-1002. (EPI)**
6. Soriano V, Mocroft A, Rockstroh J, Ledergerber B, Knysz B, Chaplinskas S., et al. Spontaneous viral clearance, viral load and genotype distribution of HCV in Europe. J Infect Dis 2008; 198: 1337-44.(EPI)**
7. Modi A, Feld J. Viral hepatitis and HIV in Africa. AIDS Rev. 2007;9: 25-39.
8. Yeung L, King S, Roberts EA. Mother-to-infant transmission of HCV. Hepatology 2001; 34: 223-9.
9. Conte D, Franquelli M, Prati D.Prevalence and clinical course of chronic HCV infection and rate of HCV vertical transmission in a cohort of 15.250 pregnant women. Hepatology 2003; 31: 751-5.
10. UNAIDS. AIDS Update: December 2007. Geneva. UNAIDS/WHO; 2007. (EPI)**
11. Palacios R, Mata R, Aguilar I, Muñoz R, Ríos MJ, Vergara S, et al. High seroprevalence but low incidence of hepatitis C Virus infection in a Cohort of patients with sexually transmitted HIV in Andalusia, Spain. J Int Assoc Physicians AIDS Care (Chic Ill); 2009; 8: 100-5.
12. Macías J, Palacios RB, Claro E, Vargas J, Vergara S, Mira J, et al. High prevalence of hepatitis C virus infection among noninjecting drug users. Association with sharing the inhalation implements of crack. Liver Int. 2008; 28:781-6.
13. Briata A, Dulioustb E, galimanda J, et al. HCV in the semen of men coinfected with HIV-1: prevalence and origin. AIDS 2005; 19: 1827-35.
14. Van de Laar TJ, Van der Bij AK, Prins M, Bruisten SM, Brinkman K, Ruys TA, et al. Increase in HCV

incidence among men Who have sex with men in Amsterdam most likely caused by sexual transmission. J Infect Dis 2007; 196 (2): 230-8.
15. Danta M, Brown D, Bhagani S, Pybus OG, Sabin CA, Nelson M, et al. Recent epidemic of acute hepatitis C virus in HIV-positive men who have sex with men linked to hight-risk sexual behaviours. AIDS 2007; 21 (8): 983-91.
16. Serpaggi J, Chaix ML, Batisse D, Dupont C, Vallet-Pichard A, Fontaine H, et al. Sexually transmitted acute infection with a clustered genotype 4 hepatitis C virus in HIV-1-infected men and inefficacy of early antiviral therapy. AIDS 2006; 20 (2): 233-40.
17. Berenguer J, González J, López-Aldeguer J, Von Wichman MA, Quereda C, Quereda C, et al. Peginterferon Alfa-2a plus Ribavirin vs Peginterferon Alfa-2b plus Ribavirin for Chronic Hepatitis C Virus Infection in HIV-Infected Patients. J Antimicrob Chemother 2009; 63: 1256-63.
18. González-Garcia J, Navarro C, Condes E, Díez Romero C, Quereda C, Zamora F, et al. Trends in HCV infection, Liver Disease Severity, and specific treatment modalities among HIV patients: Madrid, Spain. 19th Conference on retroviruses and Opportunistic Infections, Seattle 2012, Abst #746.
19. Berenguer J, Alvarez-Pellicer J, Martin PM, López-Aldeguer J, Von Wichman MA, Quereda, et al. Sustained Virological Response to Interferon plus Ribavirin Reduces Liver-related Complications and Mortality in HIV/HCV-co-infected Patients. Hepatology 2009; 50: 407-13.

SESIÓN TRONCAL ST1.3
El tratamiento farmacológico

E. Ortega González
Hospital General Universitario de Valencia, Valencia

Actualmente en España la infección por VHC representa la causa que mayor morbi-mortalidad produce en los pacientes con infección VIH. El fallo hepático crónico secundario a hepatitis C es la segunda causa de muerte en los pacientes VIH .Los datos de respuesta viral sostenida (RVS) en 1700 pacientes tratados, con práctica clínica habitual, con interferón más ribavirina, son del 25%.
Sabemos que la RVS supone erradicar la infección , que interrumpe y revierte el proceso de fibrosis y reduce descompensaciones y muerte hepática ; también reduce la incidencia de hepatocarcinoma. En el caso de la coinfección VIH/VHC+ reduce la progresión del VIH y la mortalidad no-hepática.
Tenemos constancia de que en la historia natural de la hepatitis C , en el paciente VIH la progresión de la fibrosis es más rápida que en los pacientes monoinfectados, y también de que dada la alta tasa de progresión de la fibrosis en periodos cortos de tiempo en los pacientes VIH / VHC con fibrosis leve, se debe considerar el tratamiento anti-VHC.
El tratamiento farmacológico ,hasta este momento , se sigue basando en la utilización conjunta de interferón mas ribavirina .Los clásicos ensayos con interferón mas ribavirina en pacientes coinfectados, como el APRICOT, mostraban tasas de repuesta según genotipos de un 29% en el genotipo 1 y del 62 % para el resto de los otros genotipos. En cualquier caso, con resultados inferiores a los monoinfectados.

La tolerancia del INF+RVB asociado a la terapia AR y la duración del tratamiento han motivado que se extremara la investigación para valorar los factores relacionados con la RVS , tanto asociados al virus como al huésped, con el fin de apurar las probabilidades de respuesta en el inicio del tratamiento.
La valoración de la cinética viral en las primeras semanas del tratamiento , así como la investigación pangenómica (determinación de los genes de la IL-28B y el gen receptor LDL , la asociación entre ambos y otros como genes como el ITPA) nos permiten deducir las posibilidades de respuesta de los pacientes coinfectados. De forma que existen índices gratuitos, como el Prometeus, que nos muestran las probabilidades de respuesta con la introducción de algunos de estos factores.
La aparición reciente de los nuevos análogos de acción directa, inhibidores de la proteasa del VHC, y sus resultados en los pacientes coinfectados VIH/VHC genotipo 1, ha supuesto un avance considerable en la erradicación del VHC en este colectivo .Las tasas de repuesta viral sostenida en los ensayos iniciales se han multiplicado, obteniéndose un 74% y un 60,7% con uno y otro fármaco . Sin embargo quedan por definir de forma precisa algunos aspectos , como las potenciales interacciones o modificación de dosis de estos fármacos con algunos de los utilizados para la terapia VIH, así como intentar simplificar su dosificación.

SESIÓN TRONCAL ST1.4
El transplante hepático en el paciente coinfectado por los virus de la hepatitis y el VIH.

J.M. Miró Meda
Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Clínic
IDIBAPS, Universidad de Barcelona. Barcelona.

Con la introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el año 1996, el pronóstico a largo plazo de los pacientes infectados con el VIH ha mejorado notablemente, aunque aún no es superponible al de la población general. Se ha observado que estos pacientes pueden fallecer por enfermedades distintas a la del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). La enfermedad hepática terminal debido a la hepatitis B y C constituye una causa importante de mortalidad en los pacientes coinfectados por el VIH y los virus de la hepatitis B y C en el mundo desarrollado. Para estos pacientes, el trasplante hepático (TH) es la única opción terapéutica. En los países desarrollados, la infección por el VIH ya no es una contraindicación para el trasplante de órgano sólido. Los criterios de selección de los candidatos del VIH al TH en base la la infección por el VIH son las siguientes: 1) Ausencia de enfermedades definitorias de SIDA, aunque algunas infecciones

oportunistas prevenibles y tratables y como la neumonía por Pneumocystis jiroveci, la tuberculosis o la candidiasis esofágica no son criterios de exclusión, 2) Tener una cifra de linfocitos CD4> 100 células/mm3, y, 3) Tener una carga viral del VIH en plasma indetectable con TARGA o que se pueda suprimir con TARGA después del TH. Los consumidores de heroína y cocaína deben tener un periodo de abstinencia de 2 años, aunque los primeros pueden estar en un programa de metadona. La experiencia acumulada en América del Norte y Europa en los últimos 10 años indica que la supervivencia a los cinco años en los receptores de hígado coinfectados por el VIH y el VHC es menor que la del VHC-monoinfectados, siendo la supervivencia a los cinco años de alrededor del 50%. Por el contrario, la supervivencia de los coinfectados por el VHB o sin infección por los virus de la hepatitis es muy buena a medio y largo plazo. En el periodo post-trasplante existen varias dificultades: 1) Las interacciones farmacocinéticas entre algunas familias de antirretrovirales (inhibidores de la transcriptasa no análogos de nucleósidos o los inhibidores de la proteasa) y los inmunosupresores calcineurínicos son muy importantes y para evitarlas en la actualidad se recomienda que si es posible no se utilicen estas familias y en su lugar se administre un inhibidor de la integrasa no potenciado con dos análogos de nucléosidos; 2) Las altas tasas de rechazo agudo a pesar de ser pacientes infectados por el VIH; y. 3) La rápida y severa recurrencia del VHC que puede conducir a la pérdida del injerto y que constituye la principal causa de muerte en los receptores coinfectados por el VIH y el VHC. Además, la respuesta al tratamiento frente al VHC es muy baja para el genotipo 1, el más frecuente. La introducción en un futuro próximo de nuevos antivirales de acción directa frente al VHC (p. ej. los inhibidores de la proteasa del VHC) mejorará las tasas de respuesta viral sostenida en los periodos pre- o post-trasplante y mejorará el pronóstico a largo plazo del TH en los pacientes coinfectados por el VIH y el VHC.

Sesión Inaugural

SESIÓN INAUGURAL SI

Towards the control of HIV & AIDS: Comprehensive Treatment as Prevention

Julio Montaner
MD, DSc (hon), FRCPC, FCCP, FACP, FRSC, OBC
Professor of Medicine,
UBC and St. Paul's Hospital Foundation Chair in AIDS Research,
Head of Division of AIDS,
Faculty of Medicine, University of British Columbia;
Director, BC Centre for Excellence in HIV/AIDS, St. Paul's Hospital-Providence Health Care;
Past-President, International AIDS Society. Canada

While an outright cure or a preventive vaccine for HIV/AIDS remain elusive, remarkable advances in HIV treatment have been achieved over the past two decades. Most significant among these advances is the development of highly active antiretroviral therapy (HAART). HAART was initially unveiled as the new standard of care at the International AIDS Conference in Vancouver in 1996. Within months HAART use markedly reduced morbidity and mortality among treated patients, allowing dramatic improvements in the quality and duration of life for HIV-positive individuals. In BC, an 85% reduction in HIV/AIDS mortality among patients engaged in treatment was documented within three years after the establishment of the provincial HAART program. Since the early 2000's HAART has became the globally accepted standard of care.

HAART fully suppresses HIV replication and therefore renders the number of HIV copies present in a patient's blood undetectable, as measured by commercially available plasma viral load assays. This is the key to the ability of HAART to prevent AIDS related morbidity and mortality. As a result, HAART puts the disease into long-term remission as long as the treatment is continued.

Substantial evidence has now been generated demonstrating that HAART induced viral load suppression has a powerful preventive impact on HIV transmission. In August 2006, we published a landmark paper in The Lancet (Montaner et al, Lancet, 2006) outlining a novel strategy consisting of expanding HAART coverage to all those in medical need to dramatically curb AIDS-related morbidity and mortality as well as HIV transmission. As a result, we proposed that HAART expansion could become cost averting, as it has the potential to virtually eliminate AIDS-related morbidity and mortality, and HIV transmission by all other routes (Lima et al, JID 2008; Johnston et al, AIDS 2010; Lima et al, PLoS One, 2010).

More recently, we published in the BMJ (Wood et al, BMJ, 2009), the first study demonstrating that HAART also effectively prevents HIV transmission among injection drug users. These results have now been independently validated within the ALIVE cohort in Baltimore (Kirk et al, CROI, 2011).

At the population level, in a recent Lancet paper (Montaner et al, Lancet 2010), we documented that expanded HAART uptake in BC has not been associated with increased emergence of HIV drug resistance and it has led to a sustained 60% reduction in HIV new diagnoses in BC since 1996. Additionally, HAART expansion has led to a sustained 50% decrease in HIV new diagnoses among injection drug users in BC. No other jurisdiction in Canada has shown a significant decrease in HIV new diagnoses since 1996, and, in fact, there are several areas where HIV new diagnoses are on the rise, including Ottawa, Newfoundland, and Saskatchewan. Recent exploratory work by Hogg et al, suggests that these differences can be explained at least in part by the higher rate of HAART coverage in BC as compared to Ontario and Quebec (Hogg et al, CAHR, 2012). Population based evidence regarding the favourable impact of HIV Treatment as Prevention has also emerged from Taiwan, San Francisco, and KwaZulu-Natal.

Further conclusive and definitive evidence of the efficacy of HIV Treatment as Prevention was recently provided by the HPTN-052 clinical trial led by M Cohen from UNC and published in the NEJM in 2011 (Cohen et al, NEJM, 2011). HPTN-052 found that immediate antiretroviral treatment of the HIV-infected partner within sero-discordant couples decreased HIV transmission to the sexual partner by 96%. In addition, immediate antiretroviral treatment reduced AIDS-related morbidity and mortality in the HIV-infected partner by 41%.

HIV Treatment as Prevention, initially regarded as controversial, has now gained the support of the international community, including the International AIDS Society (IAS), the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), and NIH agencies, such as the National Institute for Drug Abuse (NIDA) and the National Institute for Allergy and Infectious Diseases (NIAID). New World Health Organization (WHO) guidelines incorporating "Treatment as Prevention" are expected in 2012. HIV Treatment as Prevention has now been formally included as part of the criteria for HAART initiation in the IAS-USA guidelines since 2010 (Thompson et al, JAMA, 2010), and in the DHHS guidelines since 2112 (DHHS, 2012).

Taken together, the available evidence clearly demonstrates that HAART prevents HIV & AIDS related morbidity, and mortality as well as HIV transmission. HIV

Treatment is Prevention and this is the case in vertical, sexual and IDU settings (Montaner, Lancet, 2011). Our next research challenge is to secure the necessary political and community support to maximize the impact of HAART in the North and the South of the world, and in doing so, dramatically change the course of the HIV/AIDS pandemic.

Sesiones Plenarias

SESIÓN PLENARIA SP1
Estado actual de la vacuna VIH/Sida

F García Alcaide
Hospital Clínic, Barcelona

Dada la epidemia de VIH que sufrimos que no parece controlarse con las medidas actuales, es importante desarrollar nuevas estrategias preventivas y terapéuticas para el control de la infección por VIH. La medida preventiva más eficaz sería encontrar una vacuna capaz de proteger a las personas no infectadas que se expusieran a la infección por VIH. Sin embargo, de los 3 ensayos clínicos en fase IIb/III desarrollados hasta la fecha solamente uno ha demostrado una eficacia muy moderada con una reducción del 31% del riesgo de infección. A falta de una vacuna eficaz se ha propuesto que la generalización del tratamiento antirretroviral a las personas infectadas podría ser una herramienta eficaz para el control de la epidemia. Los avances en este sentido han sido importantes con un aumento del número de personas infectadas en Africa hasta los 5 millones, lo que ha resultado en una reducción de un 20% de las nuevas infecciones. A pesar de estos avances, el número de personas infectadas continúa creciendo, y el mantenimiento del tratamiento antirretroviral de por vida en los pacientes infectados por VIH es un grave problema por el riesgo de desarrollo de resistencias asociado, la aparición de efectos secundarios y los costes difíciles de mantener en países en desarrollo. Hacen falta alternativas al tratamiento antirretroviral de por vida. Estas se basan en conseguir la "curación funcional" del VIH básicamente mediante estrategias basadas en el estímulo de las respuestas inmunitarias capaces de controlar la replicación viral como pueden ser las vacunas terapéuticas.

Como se desprende de lo anterior es muy necesario el desarrollo de vacunas preventivas y terapéuticas para un control adecuado de la epidemia. La investigación de ambos tipos de vacunas se ha realizado en paralelo, de hecho muchas de las vacunas utilizadas como preventivas también lo han sido como terapéuticas. En España el Grupo de Investigación en Vacunas Preventivas y Terapéuticas de la Red de Investigación en SIDA ha vehiculizado gran parte del esfuerzo en este campo. Gracias a este trabajo colaborativo se ha conseguido realizar el primer ensayo con una vacuna preventiva en España con un inmunógeno (MVA-B) desarrollado por un grupo español. Los resultados han sido muy satisfactorios con aproximadamente un 95% de los pacientes con respuesta humoral y más de un 75% de los pacientes con respuesta celular mantenida durante un año. Esto la sitúa entre los candidatos con mejores respuestas y que merecen seguir siendo desarrolladas. En paralelo el grupo investigación de vacunad de la RIS ha trabajado en vacunas terapéuticas con el objetivo final de conseguir la curación funcional del VIH. Un nuevo prototipo basado en células dendríticas ha conseguido una reducción media del nivel de viremia de 10 veces, y una disminución significativa que se mantuvo hasta el año de seguimiento. Aunque en ningún paciente se consiguió la curación funcional, todos estos datos nos indican cuales se deben ser los nuevos caminos de investigación en este campo.

En resumen, aunque ningún prototipo de vacuna ha llegado a un punto de desarrollo suficiente como para pensar en una comercialización, en los últimos 2-3 años ha habido avances importantes que sugieren que se debe seguir investigando en los dos grandes retos que quedan por delante en el campo de la investigación de VIH: la prevención eficaz con una vacuna y la curación de las personas infectadas.

SESIÓN PLENARIA SP2.01
Beneficios del tratamiento precoz para la persona con infección por VIH

S Moreno Guillén
Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

La disponibilidad de medicamentos antirretrovirales eficaces ha cambiado la historia natural de la enfermedad, proporcionando a los pacientes un pronóstico, en principio, ilimitado con una calidad de vida normal. Sin embargo, estos beneficios son menores cuando el tratamiento se administra en fases avanzadas de la infección. Estudios en diferentes partes del mundo, países industrializados y países pobres, muestran que la cifra de CD4 con la que se inicia el tratamiento antirretroviral está en torno a las 200 células/mL, demasiado tarde para obtener los beneficios de la medicación. En España, datos de la cohorte de adultos seropositivos (CoRIS) confirman que el 52% de los nuevos pacientes en los hospitales son presentadores tardíos, es decir, tienen una situación clínica y/o inmunológica que empeoran la eficacia y la tolerabilidad del tratamiento. Solo por estas consecuencias directas del retraso diagnóstico ya merece la pena plantearse estrategias que contribuyan a realizar un diagnóstico más precoz.

En diferentes estudios se ha demostrado que el tratamiento más precoz de la infección por VIH, es decir, cuando la persona se encuentra asintomática y con recuento de CD4 más elevados, se asocia con:

1. Una mejor respuesta virológica: todos los ensayos clínicos y los estudios de cohortes muestran que la cifra de CD4 con la que se inicia el tratamiento antirretroviral condiciona la tasa de respuesta virológica: a menor recuento de CD4 basal, menor proporción de pacientes alcanzan carga viral indetectable.
2. Una mejor respuesta inmunológica: la ganancia de CD4 absoluta puede ser parecida en pacientes con diferentes recuentos de CD4, pero la cifra final que

se alcanza es claramente inferior en las personas que iniciaron tratamiento antirretroviral con cifras bajas. El ansiado umbral de los 500 CD4/mm3 se alcanza mayoritariamente en personas que iniciaron el tratamiento en personas con cifras basales superiores a 350 células/mm3.

3. Mejor tolerabilidad y menor toxicidad de la medicación: el estado inmunológico es un predictor de la toxicidad del tratamiento antirretroviral, tanto inmediata-corto plazo (intolerancia digestiva, pancreatitis, anemia, polineuropatía,....) como a largo plazo (lipodistrofia).
4. Mejoría de la supervivencia y disminución del desarrollo de complicaciones, incluidos los denominados eventos no SIDA.

En consecuencia, los efectos beneficiosos claros que en la persona infectada por VIH tiene la administración precoz del tratamiento obligan a alentar medidas que faciliten el diagnóstico en estadios tempranos y que permitan obtener el beneficio máximo de los potentes tratamientos de los que disponemos.

SESIÓN PLENARIA SP2.02

Impacto del tratamiento precoz de la infección por VIH en la Salud Pública

J Del Amo Valero
Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid

El inicio de tratamiento antirretroviral (TAR) para las personas VIH-positivas tiene un importante beneficio a nivel individual; medido por reducción en las tasas de SIDA y muerte, que ha sido ampliamente demostrado en ensayos clínicos y estudios de cohortes. Los objetivos de TAR son la reducción de la morbilidad y mortalidad asociada a la infección por VIH-1, la mejoría de la calidad de vida, la restauración y preservación de la función del sistema inmunológico, la supresión completa y duradera de la replicación del VIH-1 y la prevención de la transmisión del virus. Los resultados de diferentes ensayos clínicos demuestran claramente el beneficio del TAR en pacientes con linfocitos CD4 <350 células/_L y el debate actual se centra en torno a si es necesario iniciar TAR con cifras de linfocitos CD4 superiores a 350 células/_L. Las últimas guías españolas, en base a la evidencia disponible, recomiendan el inicio de TAR a todas las personas con infección sintomática y/o linfocitos CD4 <350 células/_L y para aquellas entre 350 y 500 células/_L, y mayores de 500 células/_L, se recomienda en diferentes supuestos.

En España, el 45%, de los nuevos diagnósticos de infección por VIH declarados al Sistema de Información de nuevos diagnósticos de VIH (SINIVIH) presentan retraso diagnóstico (RD) de la infección por VIH, definido como el diagnóstico de VIH con niveles de linfocitos CD4 inferiores a los 350 células/_L y éste es más frecuente en varones, personas infectadas por vía heterosexual y aquellas con edades superiores a los 50 años, así como en personas inmigrantes. El RD de la infección por VIH es un problema de salud pública no sólo en España sino en todo el mundo. En la Unión Europea (UE), se estima que el 30% de las personas infectadas desconocen su estatus y el 50% se diagnostica tarde. El inicio "precoz" de TAR, es decir, siguiendo las recomendaciones vigentes, se ve comprometido por el diagnóstico tardío (DT) de la infección por VIH, que se ha convertido en el cuello de botella para que los beneficios clínicos del TAR tengan traducciones a nivel poblacional y maximicen su impacto para la salud pública. El DT tiene consecuencias negativas tanto a nivel individual como a nivel poblacional. A nivel individual, el DT se asocia a mayor morbi-mortalidad, además de mayor coste sanitario. Krentz et al han publicado recientemente cómo los pacientes con RD tenían una mayor coste sanitario, sobre todo relacionado con ingresos hospitalarios durante el primer año posterior a su diagnóstico una cohorte de pacientes en Canadá. En la cohorte de la Red de Investigación de SIDA, CoRIS, Sobrino-Vegas et al estiman que las personas que tenían un diagnóstico avanzado (< 200 células/mm) tenían un riesgo de muerte 5 veces superior a las personas con niveles de CD4 superiores. A nivel poblacional, se asocia a mayores tasas de transmisión de la infección ya que, una vez diagnosticadas, las personas disminuyen sus prácticas de riesgo y, en las que tienen criterios de tratamiento, el tratamiento antirretroviral (TAR) disminuye los niveles de carga viral de VIH en sangre y secreciones genitales disminuyendo así la transmisibilidad de la infección. Se ha estimado que la tasa de transmisión del VIH es 3,5 veces mayor entre los que desconocen su estado serológico que entre los diagnosticados. Marks et al estiman que el 25% de las personas con VIH que desconocen su estatus serológico su estado serológico son responsables del 54% de las nuevas infecciones. Del Romero et al estudiaron transmisión de VIH en una cohorte de 476 parejas serodiscordantes al VIH seguidas en el Centro Sanitario Sandoval de Madrid y, entre las parejas en las que el caso índice tomaba TAR, no se produjo ninguna seroconversión. En resumen, es esencial disminuir el DT de la infección para VIH para maximizar el impacto poblacional del TAR.

Mesas Redondas

MESA REDONDA MR1.1
Las ITS en España

A Diaz Franco
Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

El término de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) agrupa diversas patologías de origen infeccioso cuya característica común es la transmisión de persona a persona a través de las relaciones sexuales. La dinámica de trasmisión de las ITS en la población no es aleatoria. La Organización Mundial de la Salud distingue tres niveles de población sobre las que se precisa obtener información epidemiológica a fin de actuar específicamente: la población nuclear o "core", formada por el subgrupo más vulnerable, dentro del cual la prevalencia de ITS es elevada y donde es frecuente la transmisión debido a conductas de alto riesgo; la población puente, población de menor riesgo constituida por las parejas sexuales de la población nuclear, y la población general. Se considera que la población puente puede actuar como intermediario en la transmisión de las ITS desde la población nuclear a la general. En esta ponencia se actualizarán los últimos datos sobre la epidemiología de las ITS en España, sin considerar el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) debido a la limitación de tiempo.

La información sobre ITS disponible en España en la población general proviene del sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO. Este sistema, de cobertura nacional, recoge desde 1982 el número de casos nuevos de infección gonocócica y sífilis, ante su simple sospecha, en forma de declaración numérica semanal; hasta la fecha no se recogen otras variables individuales. En el año 2010 se notificaron al sistema EDO 1.944 casos de infección gonocócica y 2.909 de sífilis (tasas por 100.000 habitantes en el conjunto de la población española de 4,27 para la gonococia y 6,39 para la sífilis). La evolución de las ITS en los últimos 10 años muestra un aumento continuado de la incidencia a partir del año 2003.

La información sobre poblaciones "core" y poblaciones puente en el ámbito nacional procede de una red de 17 centros específicos de ITS e Instituciones Penitenciarias. Este sistema centinela, creado en 2005, proporciona información detallada sobre sífilis infecciosa e infección gonocócica. Los principales hallazgos en el periodo julio 2005-diciembre 2010 han sido los siguientes: a) la mayoría de los casos de sífilis y gonococia diagnosticados en estos centros se produjeron en hombres adultos, con estudios secundarios o superiores y españoles. Una tercera parte de los casos procedían de otros países, principalmente de Latinoamérica. Se observaron diferencias según lugar de origen en relación a características demográficas (edad, sexo, estudios) así como en el mecanismo de transmisión; b) una proporción importante presentó además otra ITS de forma concurrente, siendo las

más frecuentes la clamidia y el condiloma; c) más de un tercio de los casos tenían antecedentes previos de ITS; d) el mecanismo de transmisión más probable fueron las relaciones homosexuales entre hombres, aunque se observaron diferencias según lugar de origen; e) la coinfección con el VIH es elevada sobre todo entre los casos de sífilis y f) la situación de riesgo más frecuente para la adquisición de estas ITS fueron las relaciones sexuales con un contacto esporádico.

Otro aspecto importante a destacar es la aparición de brotes de ITS desde el año 2000; el primer brote comunicado fue de sífilis y posteriormente se han descrito brotes de hepatitis A y linfogranuloma venéreo (LGV). En todos ellos hay que resaltar una afectación muy importante de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y, en el caso de los brotes de LGV la implicación de personas infectadas por el VIH.

En conclusión, los datos disponibles muestran un aumento continúo de las ITS desde el inicio de la década de los años 2000 sin que por el momento se atisbe un cambio de tendencia. Por otra parte, los sistemas centinela indican la existencia de subgrupos de población especialmente vulnerables a las ITS. Es necesario reforzar y mejorar los sistemas de información sobre ITS con el fin de mejorar el conocimiento de las ITS como elemento clave para su control.

MESA REDONDA MR1.2
Perfil de las nuevas infecciones

J Verdejo Ortes
Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Madrid

Desde el inicio de la epidemia provocada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se han observado sustanciales cambios. A lo largo de las tres décadas de epidemia se han constatado cambios en aspectos relacionados con la epidemiología de la enfermedad. En España, disponemos de datos relacionados con las nuevas infecciones por VIH desde 2003. Hasta esa fecha nuestra información epidemiológica se limitaba a los casos de sida. Dado que la mayoría de pacientes infectados desarrollaban sida, las características de éstos constituyen un fiel reflejo del perfil de las infecciones por VIH al inicio de la epidemia. El 70% de los casos de sida producidos en España entre 1981 y 1995 afectó a pacientes usuarios de drogas intravenosas (UDI). El número de UDI ha disminuido progresivamente, de tal forma que la epidemia se ha transformado en una 'epidemia sexual'. Así, en 2009, el 77% de las infecciones fueron por transmisión sexual (Mercedes Díez et al, Gaceta Sanitaria 2011). Por otra parte, se ha producido un marcado incremento en la población inmigrante en los últimos diez años; así, el 37,6% de las infecciones en 2009 afectaron a foráneos (Mercedes Díez et al, Gaceta Sanitaria 2011). Por tanto, el perfil de las nuevas infecciones se enmarca en una epidemia de transmisión sexual que afecta a un elevado porcentaje de inmigrantes. A lo largo de estas tres décadas, también se han producido cambios en lo referente a los virus circulantes. De una parte, y con la aparición de la terapia antirretroviral, actualmente se transmite un porcentaje variable de virus con mutaciones de resistencia; este porcentaje oscila ampliamente en nuestro medio con una media de 10,6% (Yebra G et al, Medicina Clínica 2010). De otra, se ha producido un incremento en la circulación de subtipos no-B del VIH-1, debido a la elevada inmigración. El 12,2% de los subtipos del VIH-1 no son B (Yebra G et al, J Clin Microbiol 2012); de éstos el 72% corresponden a formas recombinantes. Por tanto, junto a los cambios epidemiológicos deben considerarse los relacionados con los producidos en en el VIH.

MESA REDONDA MR1.3
Evolución del perfil clínico de la infección por el VIH a lo largo de la epidemia

F Gutiérrez Rodero
Unidad de Enfermedades Infecciosas
Hospital General Universitario de Elche
Universidad Miguel Hernández, Alicante

El tratamiento antirretroviral (TAR) ha cambiado la historia natural de la enfermedad producida por el VIH en los países desarrollados. En la actualidad es posible conseguir una supresión vírica prolongada en la mayoría de los pacientes infectados, de forma que la morbilidad y la mortalidad por "eventos definitorios de sida" en los pacientes tratados se ha reducido drásticamente. Las enfermedades inicialmente "no asociadas" al VIH, sin embargo, son cada vez más frecuentes y constituyen en la actualidad una de las principales preocupaciones de médicos y pacientes. Además, como resultado del aumento de la supervivencia, las personas infectadas son más susceptibles a sufrir determinadas comorbilidades asociadas con el proceso del envejecimiento, como las neoplasias y las enfermedades cardiovasculares, óseas y renales, que están adquiriendo una importancia creciente en la práctica clínica actual. Diversos estudios observacionales han confirmado que las personas con VIH tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades no asociadas directamente con el VIH que de desarrollar sida, y que el riesgo aumenta progresivamente a medida que la cifra de linfocitos desciende. A pesar de la importancia creciente de las comorbilidades "no asociadas" al VIH, como consecuencia de diversos factores, entre ellos el retraso diagnóstico y la demora en el inicio del TAR, todavía hoy los denominados "eventos definitorios de sida" son comunes en los pacientes recientemente diagnosticados de VIH y siguen siendo una de las causas evitables de morbilidad y mortalidad.

En la ponencia se analizarán los cambios en la epidemiología clínica de la infección por el VIH a lo largo de la epidemia y se presentarán datos de la Cohorte de la Red Nacional de Sida (CoRIS) sobre la morbilidad actual de los pacientes diagnosticados de VIH en España.

MESA REDONDA MR2.1
Trabajar el VIH con la comunidad gitana.

M Menéndez Menéndez
Asociación Gitana de Asturias UNGA. Responsable Programa de salud y drogodependencias. Oviedo.
J Arza Porras
Departamento Trabajo Social. Universidad Pública de Navarra. Pamplona.

El Pueblo Gitano es la minoría étnica más numerosa en Europa. En el caso de España, y aunque no existe un censo, se calcula que su población oscila entre las 800.000 y el millón de personas.

En un estudio impulsado por el Ministerio de Sanidad (La Parra, D., 2009) se afirmaba que la comunidad gitana se encuentra en una situación de desigualdad en salud, caracterizada por una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y una mayor presencia de factores de riesgo cardiovascular.

En el caso del VIH, no existen estudios que analicen específicamente su incidencia en esta población. En algunas investigaciones parciales que se han realizado, comparando características de personas seropositivas gitanas respecto a otras personas seropositivas que no lo eran (Teira, R. et alt, 2002; Teira, R. et alt, 2005), se detectan algunas diferencias entre ambas poblaciones: el intercambio de jeringuillas contaminadas era el mecanismo principal de transmisión del VIH en ambos casos, pero esta característica era aún más marcada en el caso de las personas gitanas; se registra una asistencia más irregular a las consultas por parte de las personas gitanas; se observa una evolución más rápida hacia SIDA y un peor pronóstico en el caso de las personas gitanas.

En la literatura científica se alude a dos conjuntos de factores explicativos de las desigualdades en salud que afectan a la comunidad gitana (Arza, J., 2012) y que, desde nuestro punto de vista, también son aplicables al caso del VIH:

1. Factores vinculados a la exclusión social.
   La comunidad gitana es el sector de la sociedad que más procesos de exclusión soporta (FOESSA, 2008). Las dificultades que sufren, relacionadas con la vivienda, con la educación, con el empleo, con la imagen social, con la discriminación, etc, se convierten en importantes determinantes sociales de su salud.
2. Factores vinculados a elementos culturales.
   Se suele afirmar que el tipo de percepción sobre la salud, la enfermedad y la muerte, más generalizado en la comunidad gitana, puede incidir negativamente en determinadas pautas preventivas y de adherencia a los tratamientos. Asimismo, la identificación del VIH con la muerte y con prácticas estigmatizadas en el interior de la comunidad, dificultan el afrontamiento de este fenómeno (tanto desde el punto de vista preventivo como de tratamiento). Finalmente, la insuficiente competencia intercultural del sistema sanitario dificulta la puesta en marcha de estrategias que disminuyan las barreras de desconfianza e incomunicación que, en muchas ocasiones, se establecen entre profesionales sanitarios y personas gitanas.

Desde nuestra experiencia, las claves para la intervención en prevención y tratamiento de VIH con la comunidad gitana, son las siguientes:

- Trabajar desde dentro:
  Ser proactivos. Acercar la intervención a la comunidad gitana, a su propio medio. Implicar a las asociaciones gitanas. Trabajar conjuntamente, profesionales gitanos (mediadores y/o educadores) formados en salud y VIH, y profesionales socio-sanitarios no gitanos conocedores de esta cultura.
- Normalizar la información:
  Partir de los conocimientos y falsas creencias que la comunidad, que el grupo, la familia o el individuo concreto con el que se trabaje, tiene sobre el VIH y la salud en general.
  Acercar este tema a la comunidad gitana en general como un tema más sobre el que hay que tener información y conocer las prácticas de riesgo como forma de prevención. Incorporar la información en intervenciones más amplias que se estén realizando.
- Respeto, cercanía y adaptación:
  Ganarse previamente la confianza del grupo, familia y/o individuo. Utilizar un lenguaje adaptado: claro, pero respetuoso con las creencias del grupo y partiendo de su realidad y de sus propios ritmos. Para ello, es preciso utilizar una metodología participativa, activa y flexible.
  En el caso del tratamiento, es fundamental la atención individualizada y cercana. Es preciso avanzar en la adaptación y adecuación de los protocolos de atención para que sean más accesibles a la comunidad gitana.
- Sensibilización y formación de la red socio-sanitaria:
  Facilitar a la red de dispositivos asistenciales y preventivos espacios formativos para conocer a la comunidad gitana y sus particularidades. La colaboración con las asociaciones gitanas es fundamental para ello.

- Trabajar con la red familiar:
  La familia es fundamental en la comunidad gitana. Por ello, es necesario tenerla en cuenta, tanto en las intervenciones preventivas como en el tratamiento.

Experiencias concretas de la Asociación gitana UNGA: Programa de Reducción de Daños "Mistos Sastipen" Bola de Nieve (2001-2004); Programa de Salud y Drogodependencias AUPRE (2005-2012).

MESA REDONDA MR2.2
Prevención del VIH en la población inmigrante

A Guionnet
Asociación para el Estudio de las Enfermedades Infecciosas del Hospital Ramón y Cajal (AEEI), Madrid

La AEEI realiza desde el año 2006 talleres de prevención sobre VIH acudiendo a asociaciones y ONGs con la financiación de la secretaria Nacional del Plan sobre el Sida. Se realizan dos talleres grupales, en los que un médico y unos mediadores interculturales informan a los inmigrantes. El impacto de la intervención se evalúa con una encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP), que se cubre antes (CAP pre) y después (CAP post) de los talleres. Durante el programa 2011 participaron 818 personas (476 hombres y 338 mujeres) procedentes de 55 países diferentes, de los cuales 762 eran inmigrantes. Se analizó la CAP pre de 564 inmigrantes procedentes de cuatro zonas: África subsahariana (AS) 59%, Magreb (M) 17%, Europa del Este (EE) 13% y América Latina(AL) 11%, El 66% eran hombres, con una edad media de 28 años y recién llegados (tiempo medio de residencia en España = 9 meses (rango 1 mes-20 años)). La mayoría procedía de zonas urbanas (74%). El 63% no tenía pareja estable y sólo un 26% había recibido previamente una charla en España sobre el VIH. En cuanto a la religión, un 85% se definió como practicante siendo la mayoría cristianos (49%). Un modelo máximo de regresión múltiple permitió destacar las variables que influyen en el nivel de conocimientos de los participantes: el nivel escolar, la zona de procedencia, la religión y haber recibido una charla previa, de tal manera que las personas procedentes de AL eran las que más conocimientos tenían seguidos de AS y EE y M. A más nivel escolar más conocimientos. Los cristianos tenían más conocimientos que los musulmanes. Haber recibido una charla previa permite profundizar más sobre el VIH. Se observó que la intervención permitió aumentar los conocimientos de los participantes, así como disminuir el estigma y mejorar las conductas preventivas. Se puede encontrar todo el material elaborado en www.saludentreculturas.es

Por otra parte, la AEEI proporciona un Servicio de Prevención y Diagnostico Precoz en siete centros de salud de la Comunidad de Madrid. Financiado por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, el proyecto permite a cuatro agentes de salud captar, asesorar y acompañar a la población inmigrante durante la realización de la prueba rápida. En 2011, 737 personas acudieron a los servicios de 4 centros de salud ubicados en la zona centro de Madrid, 234 inmigrantes (151 hombres, 82 mujeres, 1 mujer transexual) procedentes de 42 países, mayoritariamente de América Latina (47%), Europa Occidental (23%) y África subsahariana (8%). El motivo principal para hacer el test fue haber mantenido una relación no protegida (83%), 20% había tenido un accidente con el preservativo. De las 234 personas inmigrantes, 11 ejercían la prostitución, 35 eran clientes de prostitución, 37 había tenido ITS, 47HSH. 222 personas realizaron el test y 12 solo el counseling, La mitad de las personas (48%) estaban en periodo ventana. 6 fueron reactivos (2.7%), todos HSH, 1PEP, mayoría AL (3 Colombia, 1brasil, 1cuba) y 1 de Portugal.

MESA REDONDA MR2.3
Infección por VIH y multicultarilidad,
"Entre dos culturas: prevención del VIH en los hijos de inmigrantes",

J Madrid Gutiérrez
Centro Madrid Salud Joven. Ayuntamiento de Madrid

El concepto de segunda y tercera generación de migrantes se refiere a la gente joven, de origen inmigrante, con ciudadanía europea

Hasta el momento, no se dispone de informaciones globales y fidedignas sobre los comportamientos sexuales, el uso de métodos anticonceptivos, la incidencia de infecciones de transmisión sexual o los casos de violencia sexual entre la población joven inmigrante asentada en España. Para esta comunicación nos vamos a basar en una investigación realizada por nosotros y la Universidad de Granada: "Análisis de la conducta sexual de adolescentes autóctonos e inmigrantes en España". (Bermúdez, M.P., Castro, A., Madrid, J. & Buela-Casal, G. (2010). Y en nuestra propia experiencia del Centro Joven en el que el 34% de los usuarios son extranjeros.
La muestra de esta investigación estuvo compuesta por 2.962 adolescentes residentes en España distribuidos en dos grupos. Uno formado por 2.102 adolescentes de origen autóctono español, que suponen el 71% de la muestra, con una media de edad de 15,61 años (DT = 1,36); y otro grupo formado por 860 adolescentes de origen latinoamericano, que suponen el 29% de los participantes, con una media de edad de 16,36 años (DT = 1,46). Como conclusión más importante es que los adolescentes de origen latinoamericano residentes en España se

encuentran en una situación de mayor riesgo ante las ITS y el VIH que los adolescentes autóctonos. Y que esto es así por cuatro razones fundamentales:

1.– Influye que estas personas proceden de una de las regiones del mundo más afectadas por el VIH/sida.

2.– La doble vulnerabilidad que sufren estas personas, por el hecho de ser adolescentes y por el hecho de ser inmigrantes. Algunos estudios afirman que el 30% de las infecciones por VIH se dan en la segunda década de vida y que más del 50% ocurren antes de los 25 años.

Los adolescentes latinos que viven en España tienen una ventaja sobre otros inmigrantes y es la cercanía cultural e idiomática, pero aún así, no comparten muchos de los patrones culturales de los autóctonos para ir al médico, pedir ayuda o consejo.
Según los resultados que hemos obtenido, los adolescentes latinos presentan una menor adaptación que los autóctonos, sobre todo en el ámbito familiar (fruto de familias desestructuradas, con los miembros en distintas partes, residiendo con otros familiares, etc.) y social (grupos de amigos, pandillas, compañeros de colegio,...).

3.– La emisión de conductas sexuales de riesgo.
Los latinos: a) han tenido más parejas sexuales que los autóctonos, tanto desde que se iniciaron en las relaciones sexuales con penetración, como en los seis meses anteriores a su participación en la investigación; b) presentan un menor uso del preservativo, tanto en su primer contacto como en el último y tanto con parejas estables como con parejas ocasionales; c) mantienen más relaciones sexuales con penetración bajo los efectos de las drogas y d) tuvieron más ITS, tanto en los últimos seis meses como a lo largo de su vida, que los autóctonos. El contacto sexual desprotegido es la principal vía de transmisión del VIH entre los adolescentes inmigrantes, tanto en España como en otros países desarrollados.

4.– La existencia de una serie de variables psicosociales que se relacionan con la emisión de conductas sexuales de riesgo
Resultó que los latinos mostraron más doble moral y un mayor control en sus relaciones de pareja, lo que se relaciona con mayor riesgo de emitir conductas de riesgo y supone una mayor vulnerabilidad para las mujeres.
Otro grupo de variables se relaciona con el VIH/sida, el preservativo, etc. Los adolescentes latinos mostraron: a) menor conocimiento sobre el VIH, sus vías de transmisión y su prevención; b) más actitudes negativas hacia el uso del preservativo; c) menor autoeficacia en el uso del preservativo; d) menor susceptibilidad ante una posible infección. Todas ellas, relacionadas con la mayor emisión de conductas de riesgo

En la comunicación proponemos la necesidad de implementar nuevos programas de prevención destinados a la población adolescentes, pero que contemplen la realidad multicultural de la España de hoy en día. Esos programas deben ofrecer información sobre qué es el VIH, cómo se transmite y cómo se previene, sobre el uso del preservativo y, especialmente, esas otras variables que median, como se ha visto en esta investigación, y que pueden permitir, actuando sobre ellas, un descenso de las conductas de riesgo. Trabajar las habilidades de comunicación, las habilidades de negociación, sobre todo en las mujeres.

MESA REDONDA MR3.1
Impacto social de la crisis

D Garcia Morcillo
ADHARA, asociación vih y sida. Sevilla

Una reflexión en voz alta y con el resto de participantes de la mesa de la situación a la que nos enfrentamos como pacientes y usuarios del sistema público de salud intentando conseguir respuestas a las preguntas abajo mencionadas:

- ¿Es ético retrasar el inicio del tratamiento para ahorrar costes sanitarios cuando las recomendaciones y la evidencia científica indican lo contrario?
- ¿Resulta ético cambiar a los pacientes a pautas de tratamiento no estándares (monoterapia) o más complejas (decoformulación) para ahorrar en tratamiento?
- ¿Cómo introducir las novedades terapéuticas en un sistema de salud en crisis?
- ¿Cómo armonizar la autorización de fármacos y las políticas de precios en España para evitar las desigualdades entre CC AA?
- ¿Resulta ético la política de precios de la industria farmacéutica en el contexto de crisis actual?
- ¿Resulta ético querer reducir el impacto de la hepatitis C o B pero no querer hacer cribados de ambos virus en la población?
- ¿Cómo se explica (y cómo se solucionará) que las personas coinfectadas sigan siendo excluidas en algunas comunidades (Galicia) del trasplante de hígado?
- ¿Resulta ético que para que los pacientes entren en los ensayos clínicos se utilice el miedo y el chantaje de que así tendrán acceso a novedades terapéuticas difícilmente accesibles en la práctica clínica?
- ¿Resulta ético seguir poniendo trabas a que los pacientes puedan ejercer plenamente su derecho a la información?
- ¿Cómo se garantiza, en un contexto de crisis, que poblaciones vulnerables (como son las personas con VIH privadas de libertad) reciban la misma atención y tratamientos que el resto de pacientes del SNS?

MESA REDONDA MR3.2
Evolución de los costes de los tratamientos del VIH/SIDA

F Antoñanzas Villar
Universidad de La Rioja, Logroño

Desde la década de los noventa del pasado siglo, los tratamientos para VIH/SIDA han evolucionado considerablemente, lo cual ha modificado el pronóstico de la enfermedad y la utilización de los recursos sanitarios. Ambos elementos conllevan una traducción en el concepto de los costes de la enfermedad.
Generalmente, por costes de la enfermedad se entienden los costes anuales de tratar a los pacientes afectados por una enfermedad concreta. Este valor es el producto del número de pacientes por los costes unitarios de tratar a cada paciente. Bajo este concepto se pueden integrar tanto los costes sanitarios como los que acontecen fuera del ámbito sanitario, por ejemplo, los costes derivados de la producción perdida (rentas laborales dejadas de percibir, etc.).
Los estudios referidos a los costes del VIH/SIDA fueron más frecuentes en la década de los noventa; actualmente, quizás con motivo de la cronificación de la enfermedad, debido a una farmacoterapia más eficaz, han decrecido en su número. Hace veinte años, los costes de hospitalización representaban más del 80% del coste sanitario, mientras que en la actualidad su importancia es marginal, siendo la mayor parte del coste la derivada del consumo de fármacos. Conforme con los datos del Plan Nacional del SIDA para 2011, unos 600 millones de euros fueron destinados a los pagos de la medicación antirretroviral, a los que habría que añadir unos 100 millones más de euros de las otros fármacos asociados con los costes de enfermedades relacionadas; Cataluña con unos 150 millones de euros y Madrid con 130 millones son las dos regiones que destinan más recursos a los tratamientos antirretrovirales. Los costes de otros tratamientos sanitarios varían en gran medida dependiendo del estado del paciente y, según diversos estudios efectuados a mediados de la década pasada, se sitúan en un intervalo de entre 6.000 y 12.000 euros al año, aunque hay pacientes cuya medicación y hospitalización conlleva unos costes superiores a los 25.000 euros al año.

La cronificación de la enfermedad y el mantenimiento de la incidencia a través de la vía de transmisión sexual son dos elementos que impulsan el aumento en la utilización de recursos sanitarios, básicamente, la medicación antirretroviral. Aun en el caso de que la estructura de costes de tales fármacos no registre variaciones importantes (por la finalización de la vigencia de las patentes o por la comercialización de nuevos fármacos), debido a la propia evolución epidemiológica de la infección los costes de la enfermedad se prevé que continuarán creciendo.

MESA REDONDA MR3.3
TAR y eficiencia en el contexto de un sistema público de salud

JM Ventura Cerdá
Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (UFPE).
Servicio de Farmacia.
Hospital General de Castellón. Castellón

Entre los grupos terapéuticos de mayor impacto económico hospitalario destacan los medicamentos antirretrovirales. Su abultada factura condiciona, por una parte, que dichos medicamentos estén en el punto de mira de los gestores sanitarios, cuyo objetivo es disminuir el gasto en medicamentos y, por otra, que las compañías farmacéuticas sometan estos productos a una gran presión comercial.
Desde el punto de vista social y sanitario, la eficiencia, entendida como la relación entre los recursos invertidos y los resultados obtenidos, del tratamiento antirretroviral (TAR) está fuera de toda duda, y se considera una intervención sanitaria más eficiente, por ejemplo, que alguna cirugía cardiaca o los trasplantes. El TAR actual presenta una efectividad clínica que supone una mejora, sin precedentes en medicina, en la cantidad y la calidad de vida de los pacientes, permitiendo de esta manera la socialización en la mayoría de los ámbitos; laboral y afectivo fundamentalmente.
Los diferentes proveedores de salud, considerando las circunstancias económicas actuales, se marcan como objetivo prioritario la reducción del gasto sanitario, donde la reducción del gasto farmacéutico se presenta como una medida fácil y directa de aplicar (p.e. reducción de precios, disminución de márgenes de oficinas de farmacia, de almacenes distribuidores, etc.) y con unos resultados visibles de manera inmediata.
El coste asociado a la atención sanitaria puede reducirse de numerosas formas; optimizando el número de visitas, los procedimientos analíticos y diagnósticos, las estancias hospitalarias, etc. En el terreno del TAR, la reducción de costes puede realizarse mediante estrategias de optimización, como son la monoterapia con inhibidores de la proteasa, estrategias sobre el precio, como son la negociación de descuentos, la ruptura de combos, las compras centralizadas, etc., o estrategias sobre la selección de combinaciones de TAR con mayor evidencia (mayor efectividad, menores efectos adversos, mayor durabilidad, etc.).
En conclusión, el TAR es una estrategia cuya efectividad está fuera de toda duda. No obstante, puede incrementarse la eficiencia bien reduciendo el coste de adquisición, bien optimizando su consumo.

MESA REDONDA MR4.1
Impacto del TAR en calidad de vida

P Arazo Garcés
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida se define como «la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno». En definitiva, es la conjunción de tres facetas diversas, ya que necesita apoyos desde tres perspectivas diferentes, de tal forma que si falla una de ellas consiga mantener esa estabilidad al menos en las otras dos.

El tratamiento antirretroviral (TAR) ha representado un gran avance para conseguir la salud física de los pacientes infectados por el VIH, componente importante de la calidad de vida. En la actualidad disponemos de más de veinte fármacos antirretrovirales pertenecientes a cinco familias. De la búsqueda de la potencia en la década de los noventa, en pocos años se ha conseguido mejorar la tolerabilidad, comodidad, conveniencia y más recientemente vencer las resistencias del VIH frente a los fármacos antirretrovirales, en la actualidad se suma, a los objetivos obtenidos en años anteriores la seguridad a largo plazo.

Con todos estos avances, se ha logrado aumentar la expectativa de vida de los pacientes infectados por el VIH permitiendo que aquellos que se diagnostican de forma precoz estar libres de enfermedad, se ha observado un importante descenso del número de ingresos de los pacientes que reciben TAR en todas la Unidades de Enfermedades Infecciosas. La angustia que se generaba en los años noventa por el diagnóstico de VIH ha sido superada, se ha conseguido la cronicidad de esta infección, mejorando la salud física, mental y además el TAR permite que el paciente VIH pueda realizar un estilo de vida como la de cualquier otra persona no infectada.

Es importante luchar para que nuestros pacientes tengan buena calidad de vida puesto que se asocia de forma significativamente con el aumento de supervivencia de los pacientes infectados por el VIH.

MESA REDONDA MR4.2
Predictores de la calidad de vida y el bienestar en las personas con VIH

E Remor
Universidad Autónoma de Madrid, Madrid

La rápida expansión del acceso al tratamiento antiretroviral, y la atención bio-psico-social ha contribuido a frenar la expansión del virus, y traer más calidad a la vida de los afectados por el VIH. Mientras se mantienen los esfuerzos para asegurar la eficacia y sostenibilidad del tratamiento, surge en paralelo una meta también fundamental: maximizar la adaptación y el bienestar en la vida diaria de las personas que viven con el VIH y el Sida. Para ello, parece importante primero identificar los factores determinantes o predictores del bienestar y de la Calidad de la Vida Relacionada con la Salud (CVRS) para luego poder incidir sobre ellos desde una perspectiva multidimensional.
Con ese objetivo un grupo multidisciplinar de profesionales de la salud se han unido para desarrollar el "Estudio multicéntrico sobre la calidad de vida de las personas con VIH y la eficacia de una intervención psicológica para mejorarla" (FIPSE nº 36-0743/09). Teniendo como marco dicho estudio, se ha identificado empíricamente (siguiendo tres etapas independientes y consecutivas: Revisión de literatura, Grupos de discusión con hombres y mujeres VIH+, y Estudio psicométrico) un listado de 23 predictores psico-sociales capaces de explicar la variabilidad individual en la CVRS. Los predictores determinados por el estudio son: 1 Apoyo Social, 2 Afrontamiento Centrado en el Problema, 3 Reevaluación Positiva, 4 "Personal Meaning", 5 Cambio de Valores Personales, 6 Información de la Enfermedad, 7 Actividad Sexual Satisfactoria, 8 Hábitos Saludables, 9 Activismo y Participación Ciudadana, 10 Representación de la Enfermedad, 11 Autoestima, 12 Imagen Corporal-Satisfacción Corporal,13 Optimismo, 14 Autonomía Personal, 15 Problemas Económicos, 16 Estigma Internalizado, 17 Estrés relacionado con el VIH, 18 Animo Depresivo, 19 Afrontamiento Evitativo, 20 Soledad Emocional, 21 Imagen Corporal-Desfiguración Corporal, 22 Estigma Declarado-Percepción de Rechazo y 23 Estigma Declarado-Experiencia de Rechazo. Estos predictores hacen referencia, a su vez, a seis dimensiones de la experiencia personal asociada a la infección por VIH: Distrés emocional relacionado con el VIH (FR: 7, 10, 17, 18, 20, 15); Desarrollo personal y afrontamiento positivo (FP: 2, 6, 8, 11, 12, 14); Cambio cognitivo frente al VIH (FP: 3, 4, 5, 13); Afrontamiento activo dirigido a la acción colectiva y apoyo social (FP: 1, 9); Rechazo del entorno y afrontamiento evitativo (FR: 19, 22); y Experiencia personal de rechazo (FR: 21 ,23). Cada una de estas dimensiones puede entenderse como factor de riesgo (FR) o de protección (FP) para la experiencia de bienestar y CVRS; puesto que su presencia o ausencia permitirían explicar las diferencias individuales observadas

en las personas viviendo con el VIH.
En la presente ponencia se describirá en detalle las diferentes etapas de la investigación para llegar a estos indicadores y cuál es la relación y peso relativo de cada uno de estos indicadores con la experiencia de bienestar y calidad de vida. Así mismo, se hará referencia a las posibles aplicaciones de estos novedosos resultados.

MESA REDONDA MR4.3

Intervenciones dirigidas a la mejora de la calidad de vida y el bienestar de las personas con VIH.

Financiado por la Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España (FIPSE) (Proyecto 360743/09)

R Ballester Arnal
Grupo Español para la Mejora de la Calidad de Vida en el VIH/Sida

En unos tiempos (la denominada "era TARGA") en los que la esperanza de vida y el estado médico de las personas con VIH nada tiene que ver con la que había hace apenas unos años, la calidad de vida tanto física como psicológica de estas personas pasa a un primer plano. Al igual que los investigadores biomédicos han hecho grandes esfuerzos con notables resultados que han permitido llegar a la situación actual, los psicólogos tenemos ante nosotros un gran reto: ser capaces de desarrollar programas de intervención psicológica que permitan a las personas con VIH alcanzar el máximo bienestar posible, dotándoles de estrategias para afrontar el impacto emocional y social de esta enfermedad y fomentando su resiliencia. En esta ponencia se expone el estado actual de la cuestión por lo que se refiere a programas de intervención psicológica desarrollados hasta el momento que han mostrado su eficacia tanto fuera como dentro de nuestro país. Algunos estudios de meta-análisis muestran cómo las intervenciones de corte cognitivo-conductual que incluyen estrategias de afrontamiento del estrés son capaces de disminuir significativamente la ansiedad, la depresión y el grado de estrés ante la enfermedad, mejorando notablemente la calidad de vida de la persona, aunque no hay tanta unanimidad respecto a la capacidad de las intervenciones para mejorar el estado inmunitario. Sin embargo, queda mucho camino por recorrer en la investigación sobre cuáles son los componentes de las intervenciones más efectivos y cuáles son los aspectos que deberían ser diana de tales intervenciones.

En base a esta situación, el Grupo Español para la Mejora de la Calidad de Vida en el VIH o el Sida a través del "Estudio multicéntrico sobre la calidad de vida de las personas con VIH y la eficacia de una intervención psicológica para mejorarla" financiado por la Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España (FIPSE)] ha desarrollado un programa de intervención que incluye componentes terapéuticos basados en aquellos aspectos que han mostrado ser importantes predictores de la calidad de vida de las personas con VIH.

MESA REDONDA MR5.1

Evolución y situación actual de la infección VIH en la población HSH. Respuesta desde las administraciones públicas

R Soriano Ocón
Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida.
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid.

Actualmente el patrón de transmisión de la infección por el VIH en España es fundamentalmente por vía sexual, y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) son uno de los grupos de población más afectados. Durante el periodo 2004-2010, la tendencia en los nuevos diagnósticos del VIH en este colectivo fue claramente ascendente y en el año 2010 del total de nuevos diagnósticos del VIH declarados el 46% se produjeron en HSH. El 36% de estos últimos presentaba un diagnóstico tardío. Se estima que uno de cada diez HSH en España podría estar infectado por el VIH y que además un tercio de los mismos todavía no han sido diagnosticados. Por lo que se refiere a la vigilancia de conductas sexuales, la cuarta parte de los 13.311 HSH que en 2010 cumplimentaron la encuesta EMIS, no se habían realizado jamás la prueba del VIH. Preguntados acerca de sus prácticas sexuales durante el último año, entre los encuestados que practicaron la penetración con parejas ocasionales, cerca de la mitad lo hizo sin protección al menos una vez. Otras conclusiones fueron que los HSH de origen latinoamericano y los HSH con el VIH, realizan más conductas sexuales de riesgo y que, entre quienes viven en ciudades pequeñas o medio rural, parece existir un menor nivel de conocimientos sobre la infección y una mayor frecuencia de prácticas de riesgo con parejas estables. Los datos disponibles, tanto de carácter epidemiológico como de conductas sexuales, muestran que se trata de un colectivo heterogéneo, con subgrupos más vulnerables a la infección por el VIH y a otras ITS. Para hacer frente a esta situación y, tal como se recoge en el Plan Multisectorial 2008-2012, se requiere una respuesta coordinada de las administraciones públicas y de la sociedad civil representada por el tejido asociativo de las entidades LGTB. Esta deberá ser diversificada y adaptada a las necesidades del colectivo, focalizando esfuerzos en aquellos que más lo necesitan.

Las administraciones públicas son responsables de vigilar la situación epidemiológica y de establecer políticas públicas para coordinar las estrategias en los diferen-

tes sectores contra la infección por el VIH en España. Estas políticas deben permitir el acceso universal de las personas con el VIH a una atención socio-sanitaria de calidad en un entorno de respeto a sus derechos, así como de proporcionar a los ciudadanos la información y los medios necesarios para gestionar adecuadamente sus riesgos. Dichas políticas deben basarse en evidencias científicas y en criterios de calidad incentivando la investigación y el desarrollo de nuevos, mejores y más económicos instrumentos de prevención y de tratamiento. La respuesta por parte de la SPNS a la situación del VIH en HSH queda articulada en el Plan Multisectorial 2008-2012, cuyos objetivos podrían resumirse en los siguientes: promover el uso del preservativo, el diagnóstico precoz y el diseño de estrategias dirigidas a reducir los riesgos en las prácticas sexuales, fomentar la participación del colectivo HSH en las acciones de prevención, incorporar el uso de las TIC, promover la profilaxis post exposición como medida de prevención secundaria, incorporar al empresariado LGTB en las acciones de prevención, y evitar la discriminación y estigmatización de los HSH con el VIH. Entre las actividades desarrolladas por la SPNS, en colaboración con las ONG LGBT y los Planes Autonómicos, cabe destacar: las siete campañas de prevención realizadas en las que se incluyó la recomendación de la prueba con carácter anual, tres Reuniones Nacionales, la creación de un grupo de trabajo estable, publicación de la Guía dirigida a "Gais y hombres bisexuales con el VIH", y participación en proyectos europeos como Everywhere y la encuesta EMIS. Además, a través de las convocatorias de subvenciones tanto a nivel estatal como autonómico se han financiado proyectos de prevención y sensibilización dirigidos a HSH.

MESA REDONDA MR5.2
Dificultades y retos actuales en la prevención del VIH con HSH

R Sancho Martínez
Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales (FELGTB), Madrid

Los datos epidemiológicos en España señalan que los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) y las mujeres transexuales son una población especialmente vulnerable a la infección por VIH, afectándole de manera creciente y desproporcionada. Frenar e invertir las tendencias epidemiológicas pasaría por renovar, impulsar e intensificar el compromiso de la sociedad, las administraciones sanitarias, el movimiento asociativo de lesbianas, gais, transexuales y bisexuales (LGTB) y la propia comunidad LGTB con la salud sexual, con la prevención de la transmisión del VIH y otras ITS y con la defensa de la dignidad y derechos de quienes que viven con el VIH.

En ese sentido, después de 33 años de democracia y 30 años de VIH en España, sigue siendo establecer un marco de condiciones legales y sociales que posibilitan y favorezcan la promoción y protección de su salud de las personas LGTB, a través de:

- Conseguir, apoyar y defender la igualdad legal de las personas LGTB, así como su igualdad social, posibilitando y garantizando que el sistema educativo eduque, proteja y apoye a la juventud LGTB; disponiendo de unos servicios de salud inclusivos y con un personal adecuadamente formado; y favoreciendo la plena inclusión y participación de las personas LGTB en la sociedad, y reduciendo y erradicando la LGTBfobia.
- Promover y proteger la salud sexual, reconociéndola como parte integrante y sustancial de la salud y el bienestar de las personas y, por tanto, atendida desde la sanidad pública. Promover y facilitar la educación sexual de toda la ciudadanía, especialmente de la juventud.
- Facilitar y garantizar que las personas que se dedican al trabajo sexual lo realicen en condiciones de seguridad personal y para su salud, y puedan acceder fácilmente a servicios y programas de salud sexual.
- Incrementar los recursos económicos que las administraciones sanitarias públicas dedican a la prevención del VIH.
- Posibilitar y favorecer una mayor colaboración y participación efectiva del movimiento asociativo LGTB en la respuesta al VIH, en el ámbito estatal y autonómico
- Elaborar, de manera colectiva y consensuada, por parte de la SPNS y las ONG's LGTB una Estrategia Española de prevención del VIH y otras ITS en HSH, 2013-2017.

Más específicamente, con relación a los HSH y las mujeres transexuales es necesario promover y facilitar, entre otras cosas:
- el uso sistemático y consistente de preservativos en la penetración anal, junto con lubricantes solubles en agua, mejorando y favoreciendo su accesibilidad y uso.
- una detección temprana de la infección por VIH favoreciendo el acceso a programas y servicios, especialmente a través de organizaciones comunitarias, de asesoramiento y pruebas de VIH, vinculados también a la atención y tratamiento.
- que las organizaciones comunitarias implementen programas y servicios que, a través de intervenciones conductuales a nivel individual y comunitario y de márquetin social, ayuden a prevenir el VIH y otras ITS, reducir sus riesgos y daños, y realizarse la prueba del VIH.
- intervenciones en espacios y entornos de sexo (como saunas, sex-clubs y similares, así como a través de Internet y las redes sociales), que favorezcan la prevención del VIH y otras ITS, la reducción de sus riesgos y daños, y la realización de la prueba del VIH.
- el acceso a programas y servicios de prevención, vacunación, diagnóstico y trata-

miento de otras ITS, con especial atención a las más prevalentes.
- el acceso a programas y servicios de prevención y reducción de daños así como de tratamiento y rehabilitación relacionados con el consumo nocivo de alcohol y otras drogas o con su dependencia.
- el acceso a un tratamiento temprano de la infección a los colectivos altamente vulnerables, así como el acceso a la profilaxis pre-exposición (PrEP) a las personas más expuestas: trabajadores/as sexuales, parejas serodiscordantes, etc.
- el acceso rápido y eficaz a la profilaxis post-exposición no ocupacional (PPENO) al VIH en caso de exposición excepcional y de riesgo para el VIH.
- el acceso a programas y servicios de quienes viven con el VIH, implicándolos en el cuidado de su salud y la prevención la transmisión del VIH.

Afrontar las dificultades y retos actuales de la prevención del VIH en HSH implica realizar una apuesta decidida por una aproximación al problema mediante un enfoque de salud púbica y salud comunitaria, políticamente planificada y adecuadamente dotada de recursos, e inclusiva a través de la participación real y efectiva de la sociedad civil organizada.

MESA REDONDA MR5.3
Repensar el paradigma de los modelos preventivos en HSH

F Pujol Roca
Projecte dels NOMS-Hispanosida, Barcelona

Desde los inicios de la epidemia del VIH, los hombres gais y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) se han visto desproporcionadamente afectados[1]. A falta de otras estrategias, la prevención de la transmisión de la infección por vía sexual se ha basado exclusivamente en la promoción del uso del preservativo y la modificación de las conductas. Sin embargo, en España, más de tres décadas después de la irrupción de la epidemia, estas estrategias preventivas no solamente no han conseguido estabilizar ni reducir la tasa de infecciones y el número de nuevos diagnósticos en este grupo de población, sino que, por lo contrario, han experimentado un incremento estadísticamente significativo[1].

Debido a diversos factores los HSH son globalmente más proclives a infectarse que el resto de la población[2,3,4]. En Europa occidental, constituyen el grupo en más riesgo y el prioritario al que dirigir las intervenciones preventivas[3].

Reducir las nuevas infecciones por VIH en una población con una prevalencia e incidencia tan elevadas como la que presentan los HSH, es algo mucho más complejo que insistir reiterada y exclusivamente en el uso del preservativo. Deben explorarse nuevas estrategias para atajar el VIH más allá de las recomendaciones que presupongan únicamente un cambio en las conductas individuales. La prevención del VIH entre los HSH precisa de un abordaje más contundente y complejo que tenga en cuenta la elevada probabilidad de transmisión del virus en este grupo de población.

Una alta incidencia del VIH no depende solo de las actitudes individuales, sino principalmente de la carga viral comunitaria (CVC)[5], lo que significa que niveles modestos de riesgo pueden resultar en altas tasas de transmisión. Con el objetivo de reducir la CVC, además de promover prácticas sexuales más seguras, se hace necesario fomentar otras estrategias como el diagnóstico precoz, el tratamiento farmacológico de la infección, el cribado de otras ITS y la educación del personal sanitario para una óptima atención a los HSH. A su vez, debe garantizarse una educación sexual adecuada y libre de prejuicios.

El ofrecimiento de la prueba rápida del VIH en ONG y centros comunitarios ha demostrado una gran eficiencia en la detección de la infección entre los HSH. Por otra parte, recientemente se han producido importantes hallazgos científicos que pueden colaborar muy significativamente a la prevención de nuevas infecciones. Los últimos datos sobre la eficacia de nuevas intervenciones biomédicas como la profilaxis preexposición (PrEP)[6] y el tratamiento de las personas infectadas como prevención de la transmisión de nuevas infecciones[7], son irrefutables y concluyentes. Todo ello, sumado a otros recursos ya disponibles como la profilaxis postexposición (PEP), modifica el paradigma en los modelos preventivos, dando lugar a lo que se ha venido a denominar como prevención combinada.

1. Diez. M. HIV incidence in most at-risk populations in Spain, 2000-2007. HIV in European Region, Unity and Diversity. May 2011, Tallinn, Estonia.
2. Le Vu S., et al. Lancet Infect Dis. 2010 Oct; 10 (10): 682-7. Epub 2010 Sep9. Population-based HIV Incidence in France, 2003 to 2008
3. Communication from the Commission to the European Parliament and The Council on Combating HIV/AIDS in the European Union and neighboring countries (2009 -2013)
4. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), World Health Organization Regional Office for Europe. Surveillance Report HIV/AIDS surveillance in Europe 2009.
5. Moupali Das et al. (2010) Decrease in Community Viral Load Are Accompanied by Reductions in New HIV Infections in San Francisco. PLoS ONE 5(6):e11068. doi10,1371/journal.pone.0011068
6. Robert M. Grant, et al. N Engl J Med 2010. 10.1056/NEJMoa1011205.
7. Myron S. Cohen, et al. N Engl J Med 2011. 10.1056/NEJMoa1105243.

MESA REDONDA MR6.1
La importancia del diagnóstico precoz

A Rivero Roman
Hospital Universitario Reina Sofia. Cordoba

En España, aproximadamente el 50% de los nuevos diagnósticos de infección VIH se hacen cuando presentan un grado importante de inmunodepresión (CD4<350 células/_l). Además se estima que alrededor del 30% las personas viven con la infección por el VIH en España, desconocen estar infectados, lo que supondría en números absolutos entre unas 30.000 y 45.000 personas3. Esta situación es altamente preocupante y supone una pérdida de oportunidades tanto desde el punto de vista individual como desde una perspectiva de salud pública. El desarrollo de un tratamiento antirretroviral altamente efectivo
(TARGA) cambió la historia natural de la infección por el VIH mejorando drásticamente la supervivencia y calidad de vida de las personas infectadas. En España el acceso al TARGA es gratuito y universal. Por ello el retraso del diagnóstico de la infección por el VIH supone en primer lugar el inicio tardío del tratamiento que repercutirá negativamente en el grado de inmunocompromiso de los pacientes, en el riesgo de desarrollar eventos oportunistas, en el grado de recuperación inmune tras iniciar el tratamiento y en la morbi-mortalidad directa o indirecta por VIH. Además el diagnóstico tardío de la infección VIH supone un incremento en el riesgo de transmisión de la enfermedad tanto porque el desconocimiento de la infección puede suponer una disminución en la adopción de medidas preventiva como porque mantener sin tratamiento pacientes con alta carga viral y por tanto con alto riesgo de transmisión. Por todo estos motivos la tasa de transmisión del VIH es aproximadamente 3,5 veces mayor entre los aquellos pacientes que no conocen que están infectados por el retrovirus que entre los que conocen estar infectados. Ello viene a significar que aproximadamente el 25% de las personas infectadas por el VIH que desconocen su infección contribuye a mas del 54% de las nuevas infecciones.

MESA REDONDA MR6.2
Recomendaciones de diagnóstico precoz de VIH. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS)

O Castillo Soria
Jefa de Área de Prevención y Coordinación Multisectorial y Autonómica de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Madrid

En España se estima que entre 120.000 y 150.000 personas viven con VIH, entre ellas de un 25 a un 30% desconoce que están infectadas. No obstante, la situación inmunológica tras el diagnóstico del VIH, nos indica que el 45% de los nuevos diagnósticos tenía menos de 350 CD4/µl, cifra definitoria de Diagnóstico Tardío (DT) y que la probabilidad de presentar DT fue mayor en hombres y en inmigrantes (latinoamericanos y subsaharianos), aumentando con la edad. Por categoría de transmisión las personas heterosexuales y las usuarias de drogas inyectadas tuvieron mayor riesgo de presentar DT, en relación a los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, según los datos del Sistema de Información de Nuevos Diagnósticos de VIH (SINIVIH) para el año 2010.

El diagnóstico tardío (DT) de la infección por VIH es uno de los principales obstáculos de la respuesta a la epidemia de VIH y presenta consecuencias tanto para la salud pública como para la salud del individuo. Para aumentar el diagnóstico precoz de la infección por VIH países de nuestro entorno, como Reino Unido en 2008 y Francia en 2009 postularon la oferta, sistemática y voluntaria de de la prueba de VIH a población general en nuevos contextos. Los primeros recomendaron la oferta de la prueba en todos los ingresos hospitalarios y en nuevos registros en atención primaria en áreas sanitarias con una prevalencia de VIH mayor de 2 por mil. Los segundos basaron su estrategia en su incremento en Atención Primaria tras implicar a clos profesionales de esta especialidad y un análisis de coste-efectividad. En el año 2010 la OMS y el ECDC publicaron guías dirigidas a disminuir el diagnóstico tardío, normalizar la prueba del VIH y fomentar su expansión a otros ámbitos, recomendando acercar la prueba a toda la población, especialmente a las más vulnerables, siempre respetando los principios de voluntariedad, confidencialidad, gratuidad, y de acceso al tratamiento. También propugnando la simplificación del consejo pre-prueba, centrándola en garantizar la obtención del consentimiento, verbal, para su realización, al igual que con cualquier otra prueba diagnóstica.

En este contesto la SPNS, siguiendo las directrices del vigente Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el Sida, propuso la realización de una guía de recomen-

daciones de diagnóstico precoz de VIH, que pretende disminuir la proporción de personas con VIH no diagnosticado, promoviendo la prescripción de la prueba del VIH, ofreciendo a los profesionales la información necesaria para su prescripción y apoyando una actitud activa en la oferta de la misma.

Para su elaboración se ha trabajado con personas expertas en tres niveles, grupo redactor, consultor y revisor, con el fin de obtener el máximo consenso en sus criterios y aplicación, manteniendo los principios universales que enmarcan la realización de las pruebas de VIH.

La guía sistematiza SEISIDA, Madrid; UNED, Madrid rente de infección por VIH o con enfermedades indicativas de Sida, bien a personas sin sintomatología clínica; refieran o no prácticas de riesgo para la adquisición del VIH. No obstante, aunque la prioridad siguen siendo las personas con mayor probabilidad de infección por sus conductas de riesgo, fomenta de una forma decidida, la ampliación de los criterios de realización de la prueba en Atención Primaria a población general.

MESA REDONDA MR6.3
Barreras psicosociales para el diagnóstico precoz

MJ Fuster Ruiz de Apodaca
SEISIDA, Madrid; UNED, Madrid

El problema del diagnóstico tardío está emergiendo como un problema central en muchos países del mundo. En España, las estimaciones del Plan Nacional de Sida apuntan a que el 30% de personas con VIH no están diagnosticadas. El diagnóstico tardío tiene grandes implicaciones, tanto en la salud individual como en la salud pública. Debido a este problema SEISIDA, en colaboración con la UNED, está llevando a cabo una investigación cuyo objetivo general es conocer cuáles son las barreras psicosociales que están influyendo en el diagnóstico tardío de la infección por VIH en la actualidad. Esta investigación se divide en dos estudios: un estudio cualitativo y una encuesta poblacional. Se presentarán en esta ponencia los resultados preliminares del estudio cualitativo.

Este estudio ha utilizado la técnica de entrevistas en profundidad. Hasta el momento han participado 25 personas con VIH. Se seleccionaron personas que cumplieran los criterios de diagnóstico tardío y con un tiempo menor de cinco años desde dicho diagnóstico. Se ha entrevistado a mujeres y hombres heterosexuales, a hombres que hacen sexo con hombres, a personas inmigrantes, a personas jóvenes y a personas con historia de abuso de drogas. La entrevista, de carácter semiestructurado, contenía cuestiones relativas a los factores que influyen en el diagnóstico tardío, explorando barreras relacionadas con el sistema sanitario y con la persona diagnosticada. Se realizó análisis de contenido de las entrevistas partiendo del marco teórico para el análisis funcional de las conductas de salud. Los resultados preliminares han mostrado que una gran parte de los diagnósticos se producen al aparecer alguna infección oportunista grave. Estas personas han tenido un proceso previo de visitas a atención primaria por sintomatología diversa sin que se les haya ofrecido la prueba del VIH. Existen también personas que han acudido directamente a solicitar un examen de su estado de salud, incluida la prueba del VIH. En estas, las claves para la acción ha estado relacionadas con el diagnóstico de la pareja, la sospecha de VIH de pareja sexual, la influencia de referentes significativos o el deterioro del estado de salud asociado a conciencia del riesgo. En general, se han observado barreras relacionadas con la actitud de los profesionales, la baja percepción de riesgo, el optimismo irrealista, creencias sobre la enfermedad relacionadas con la amenaza para la salud y con el estigma, una concepción estereotipada de la infección y una valoración de costes de conocer el diagnóstico asociada a la anticipación de estigma. Se hace necesario una intervención que contemple diferentes niveles, entre ellos, disminuir las barreras asociadas al sistema sanitario y también las asociadas a las creencias y procesos motivacionales de las personas.

Agradecimientos: SEISIDA agradece a GILEAD la financiación y soporte a este estudio.

MESA REDONDA MR6.4
Barreras para el diagnóstico precoz en Atención Primaria

JJ Gómez Marco
Centro de Salud Las Calesa. Area Sanitaria Centro. SERMAS. Madrid.

Tras más de 30 años desde el inicio de la epidemia de la infección VIH/SIDA , se han alcanzado grandes avances en el tratamiento (antivirales) y seguimiento, de tal suerte, que podemos decir que se trata de una enfermedad crónica con importantes mejoras en la morbi-mortalidad y supervivencia de los pacientes. Sin embargo, la prevención (vacunas) y el diagnóstico precoz (serología) de la infección sigue siendo dos cuestiones no resueltas. El papel de la Atención Primaria (AP) en estos años ha sido marginal, a pesar de que la mayoría de los test serológicos se piden en AP y se constata que el 95% de los pacientes han consultado a su MAP en los últimos 5 años. ¿Por qué?

El diagnóstico precoz de la infección tiene dos beneficios evidentes; tanto de

forma individual, acceso al tratamiento y medidas preventivas para disminuir la transmisión , como en términos de salud pública para control de la epidemia.

Se han publicado datos que señalan un retraso diagnóstico (RD) entre el 20-50%, que se define como aquellos pacientes que en el momento del diagnóstico tienen menos de 200 CD4.

Parece evidente, que lo realizado hasta ahora no ha sido suficiente: ¿ dónde están las barreras?. Las limitaciones son imputables a tres bandas: sistema sanitario, profesionales y ciudadanos.

Respecto a los profesionales de AP, algunas consideraciones deben ser tenidas en cuenta: 1. La estigmatización de la enfermedad (cuestión no superada) con premisas obsoletas como la necesidad de pedir consentimiento informado por escrito se vivencia como una barrera importante. 2. Dificultades en el manejo de una entrevista clínica para establecer un marco relacional adecuado.3. Dificultad para interiorizar la prevención como una potente herramienta. 4. Necesidad de formación y actualización profesional. 5. situaciones imputables a las circunstancias laborales:. falta de tiempo? ¿ masificación?; consideraciones discutibles y no aclaradas y que no deben ser escusas para la no intervención.

Sin embargo, los profesionales de AP se sienten "agentes sanitarios esenciales y privilegiados" para la prevención , diagnóstico precoz y seguimiento del paciente con VIH.

Finalmente, un objetivo razonable y alcanzable, sería manejar la infección VIH/SIDA con CUALQUIER otra patología CRONICA, desprovista de estigmas personales, psicológicos y sociales.

BIBLIOGRAFIA

1. Martín Cabo R et al. Promoción de la detección del virus de la inmunodeficiencia humana en atención primaria. Gac Sanit 2011.doi:10177j.gaceta.2011.07.020.
2. Ministerio de Sanidad, Politica Social e Igualdad. La prueba del VIH(virus de la inmunodeficiencia). En:http://www.mspi.gob.es/diseño/paginaImprimir.htlm
3. Busto MJ, García San Miguel L, Castelao ME, Bermúdez E. Actitudes y prácticas de los médicos de atención primaria ante el diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Enferm Infecc Microbiol Clin 2001;29(7):490-496.
4. Oliva J, Galindo S, Vives N, Arrillaga A, Izquierdo A, Nicolau A et al. Retraso diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en España. Enferm Infecc Microbiol Clin 2010:28(9):583-589.
5. García San Miguel L, Busto Martínez MJ, Bermúdez Moreno E. El problema del retraso diagnóstico de la infección VIH en España. ¿ Podemos hacer un mejor abordaje de la epidemia desde atención primaria? Aten Primaria 2009;41(4):213-215.

MESA REDONDA MR7.1

Cambios en el perfil de seguridad del tratamiento antirretroviral

F Lozano de León-Naranjo
Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas y Microbiología. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme, Sevilla.

Los efectos adversos (EA) del tratamiento antirretroviral (TAR) han representado un serio problema desde que existen los antirretrovirales (ARV) y han constituido a partir de entonces el motivo más frecuente de interrupción y modificación del TAR. Incluso, ya en la década de los 2000, el riesgo de mortalidad global de los mismos llegó a superar al de las enfermedades oportunistas definitorias de sida.
No obstante, ni la frecuencia absoluta ni la gravedad de los EA han sido uniformes a lo largo del tiempo. Así, en las primeras etapas del TAR, en las que éste se componía mayoritariamente de análogos de la timidina e inhibidores de la proteasa de primera generación, todos ellos de toxicidad considerable, los EA eran muy comunes y potencialmente graves. De aquella época cabe destacar, entre otros, a los trastornos gastrointestinales, la nefrolitiasis, las alteraciones retinoides, la neuropatía periférica, la acidosis láctica y la lipoatrofia periférica, tan temida ésta por su irreversibilidad y por ser una importante causa de estigmatización y discriminación social. Con la caída en desuso de los mencionados ARV por la aparición de otros cada vez mejor tolerados y menos tóxicos, el número y la trascendencia clínica del conjunto de EA del TAR han disminuido notablemente, a lo cual han contribuido también los avances en su prevención (por ejemplo, la determinación del HLA-B*5701) y en su diagnóstico. Pero, con todo, la frecuencia de algunos de ellos no ha disminuido o, incluso, ha aumentado. En el momento actual predominan: la dislipemia, los trastornos neuropsiquiátricos, la toxicidad renal y la disminución de la mineralización ósea, que precisamente se asocian con los ARV más utilizados. Sin embargo, lo más preocupante es la coincidencia de estos EA con las comorbilidades ligadas al envejecimiento (trastornos metabólicos y neurocognitivos, enfermedades cardiovasculares, enfermedad renal crónica, osteopenia/osteoporosis con aumento del riesgo de fracturas por fragilidad, etc.). Dado el progresivo envejecimiento de la población infectada por el VIH (la mitad de la cual tendrá más de 50 años en 2015), que por si mismo lleva implícita una mayor toxicidad del TAR, es de esperar que los mencionados EA del TAR se sumen a estas comorbilidades y a los EA de los fármacos destinados a controlar las mismas. Por tanto, la triada formada por la propia infección por el VIH, las comorbilidades asociadas al envejecimiento y la toxicidad del TAR constituyen un reto a afrontar en el futuro inmediato, que precisará una estrecha monitorización de los pacientes y nuevos ARV de mayor seguridad.

MESA REDONDA MR8.1

Características en el perfil de los pacientes que solicitaron la prueba del VIH en el año 2001 y el año 2011

S Del Corral Del Campo
N Jerez Zamora
A Neila Paredes
Centro Sanitario Sandoval. Madrid

El objetivo, es analizar si durante la última década se han producido cambios en las características de la población que acudió al centro

Método: seleccionamos una muestra mensual de los diez primeros pacientes que acudieron por primera vez a la consulta de enfermería de Enero a Diciembre del 2001 y de a Enero a Diciembre del 2011.

El tamaño de la muestra es de 240 personas estudiando variables demográficas: sexo, edad, estado civil, nivel de estudios y origen geográfico.
Consumo de tóxicos: tabaco, alcohol y otras drogas
Pareja estable o/y número de parejas ocasionales, así como uso de la prostitución.
Tipo de prácticas sexuales y frecuencia del uso del preservativo en cada una de ellas, y número de accidentes con el preservativo (rotura/deslizamiento)

Resultados de los test del VIH, VHB y Sífilis y características asociadas a los casos positivos

Conclusiones: En el año 2011 con respecto al año 2001 se han incrementado el número de contactos sexuales, disminuyendo el número de parejas estables

El rango de edad de las personas que solicitan la prueba en el año 2011 se ha ampliado de manera importante

Ha aumentado el consumo de tóxicos, especialmente el alcohol y la cocaína así como, el número de accidentes con el uso del preservativo

MESA REDONDA MR8.2

Evolución de los cuidados de enfermería en los últimos 10 años

M Ramirez Schacke
Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Recientemente se han cumplido 30 años desde la descripción de los primeros casos de sida. A lo largo de estos años hemos pasado por diferentes etapas muy distintas entre sí. Desde los primeros años en que no había ningún tipo de tratamiento y la esperanza de vida no alcanzaba los dos años, hasta el momento actual en que se ha convertido en una enfermedad crónica. El punto de inflexión se produce en la mitad de los años 90 con la introducción del tratamiento de alta eficacia y la inhibición de la replicación vírica. Esta situación ha dado lugar a un cambio radical en la infección VIH con aparición de problemas médicos que no existían hace unos años o situaciones impensables a principio de la epidemia. Por ejemplo, en control del virus ha permitido a las mujeres infectadas poder quedarse embarazadas y no transmitir la infección a sus hijos durante el parto, o la aparición de una segunda epidemia dentro de la epidemia como son las infecciones y complicaciones de la hepatopatía por virus C. En esta ponencia se analizan los cambios producidos durante la última década desde el punto de vista de la enfermería y de los cuidados de las personas con infección VIH.

MESA REDONDA MR8.3

Evolución de los cuidados de enfermería en los últimos 10 años

M Ramirez Schacke
Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Con el objeto de ofrecer un panorama de la producción enfermera sobre Sida en revistas latinoamericanas en la última década, se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en la base datos CUIDEN Plus, de la Fundación Index, con los términos SIDA, VIH y Enfermería. De los 241 artículos encontrados, entre los años 2002-2012, se han analizado 157 artículos caracterizados como Originales por parte de la base de datos. Se han considerado 113 artículos que teniendo formato IMRyD, incluían la mayor parte de las variables que se han considerado en esta revisión. Estas variables han sido: autor principal, coautores, filiación de los autores, título del artículo, revista en la que fue publicado, año, tipo de estudio, resumen.

El año que mayor número de artículos proveyó con las características mencionadas fue 2009, con 20 artículos. Le siguen: 2010, con 19 artículos; 2011, con 16; 2006, con 14; 2007, con 12; y 2008, con 10. El resto de los años muestran una producción menor a la decena de originales.

La mayor parte de los artículos fueron publicados en revistas brasileñas: destacando las Revista Latino Americana de Enfermagem, Revista Electrônica de Enfermagem y Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, con 8 artículos cada una; la Revista Minera de Enfermagem, con 7 artículos; y las Revista Brasileira de Enfermagem, la Revista de Enfermagem UERJ y Acta Paulista de Enfermagem, con 6 artículos. Entre las revistas españolas, destaca Enfermería Clínica con 5 artículos.

En relación con el diseño de la investigación, la gran mayoría de los estudios eran de carácter descriptivo, con sólo 1 ensayo clínico, 2 estudios experimentales sin grupo control, 2 estudios de cohortes, 6 revisiones bibliográficas y 5 estudios de caso. De los 100 estudios restantes, la mitad fueron realizados con abordaje cualitativo.

En cuanto a las temáticas, se clasificaron la temáticas en las siguientes categorías
- Prácticas de cuidado enfermero: 24 artículos, que incluyen abordajes teóricos y metodológicos diversos.
- Conocimiento/actitudes en profesionales y/o estudiantes: 18 artículos.
- Gestación: comprendiendo, embarazo, parto y lactancia, 11 artículos.
- Adhesión terapéutica: 11 artículos, de los cuales 4 estaban focalizados en la adhesión terapéutica en niños.
- Percepciones, vivencias y sentimientos: 11 artículos, de los cuales 4 estaban centrados en la mujer, y 2 en niños.
- Conocimiento/actitudes en población general: 7 artículos, la mayoría en adolescentes.
- Infecciones asociadas: 5 artículos, fundamentalmente relacionados con ETS y tuberculosis.
- Producción científica: 5 artículos de revisión bibliográfica.
- Perfil epidemiológico: 4 artículos.
- Exposición ocupacional: 4 artículos.
- Condiciones sociodemográficas de la población afectada: 4 artículos; 1 de ellos relacionado con adhesión terapéutica y otro con gestación.
- Riesgo de infección por VIH: 3 artículos.
- Trastornos psicológicos: 3 artículos.

La mayoría de los autores sólo aparecen en una publicación como primer autor, aunque hay 7 autores, que aparecen como autor principal en 2 artículos; 2, que aparece en 3 artículos, y 1, en 4 artículos. Además, la mayoría son artículos colectivos, y tan sólo 7 artículos cuentan con un solo autor. En relación con la filiación de los autores, 103 pertenecían al ámbito de la universidad o centros de investigación. De estos 103 estudios, 32 habían sido elaborados en colaboración una institución sanitaria. Tan sólo 10 estudios habían sido elaborados por autores de filiación únicamente asistencial.

MESA REDONDA MR9.1
Epidemiología de la infección anal por VPH-AR en Hombres que tienen sexo con Hombres infectados por VIH

J Del Amo Valero
Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid

La infección por el VPH de Alto Riesgo (AR) es la causa necesaria para el desarrollo de cambios precancerosos de varios tumores ano-genitales; su presencia en tumores de vagina, vulva y ano es del 70%, 40% y 84% respectivamente. En los últimos años se ha descrito en EEUU un aumento de incidencia cáncer anal (CA) en hombres, en particular en hombres que tienen sexo con hombres (HSH). La infección por VPH-AR es autolimitada en la mayoría de las ocasiones siendo poco conocido por qué en sólo una pequeña proporción de las personas la infección es persistente y se desarrollan lesiones intra-epiteliales (LIP) y tumores. Los determinantes de la persistencia de la infección por VPH-AR son poco conocidos, pero la respuesta inmunitaria parece esencial; de ahí que el aclaramiento de la infección se vea comprometido en las personas VIH-positivas.

El CC es una enfermedad definitoria de SIDA y, aunque el CA no lo es, existe una evidencia importante del exceso de casos de este tumor en personas VIH-positivas. Frisch et al. describen un riesgo relativo de CA 38 veces mayor en hombres VIH positivos comparado con la población general. El aumento de la supervivencia de las personas VIH-positivas, a partir de 1997, como resultado de la introducción del Tratamiento Antirretroviral de Gran Eficacia (TARGA) se ha asociado a aumentos de la incidencia de entidades clínicas con las que competía la muerte por SIDA. Entre las entidades clínicas cuya incidencia ha aumentado en la era post-TARGA se encuentra el CA. Hessol et al. describen en 2007 un riesgo 2,9 veces mayor de desarrollar CA en la era post-TARGA que en la era pre-TARGA en varones VIH-positivos en San Francisco. El mismo aumento se describe por D'Souza et al. en 2008 en HSH de la Multicenter AIDS Cohort Study. En Europa, la French Hospital Data Base publica una tendencia similar.

En HSH VIH-positivos, la prevalencia de VPH-AR en canal anal es aproximadamente del 85%-95%. Estas prevalencias son superiores a las de la población VIH-negativa y se atribuyen a la mayor incidencia de infección unida a la mayor persistencia de la misma. Además, en las personas VIH-positivas se ha descrito una mayor prevalencia de infecciones por múltiples tipos de VPH. Pokomandy et al. publican en 2009 en una de las escasas cohortes de estudio de la historia natural de la infección por VPH en HSH, la HIPVIRG Cohort, una prevalencia de VPH-AR del 98% en 241 sujetos, en los que el tipo 16 era el más frecuente (38%). En el 91% de los casos se detectaron infecciones múltiples, con una mediana de 3 tipos de AR por muestra. En España, datos de CoRIS-HPV en 810 HSH VIH-positivos del año 2011 describen una prevalencia de VPH-AR del 85.6%, y de infección múltiple del 61.6%; los tipos más frecuentes fueron el HPV16 (35%), HPV39 y HPV18 (20%). La prevalencia de lesiones intraepiteliales anales en esta cohorte es del 54.7%.

Existe menos información sobre la incidencia y la persistencia de las infecciones por VPH-AR ya que este tipo de medida precisa de diseños de cohortes, más costosos desde el punto de vista económico y logístico. En HSH, la HIPVIRG Cohort señalan una incidencia de VPH-16, -52 y -53 en HSH en torno a 10 casos por 1000 personas-año respectivamente, tres veces más elevada que la descrita en HSH VIH-negativos. Los factores de riesgo para la progresión de NIA son poco conocidos. Además de los descritos en población VIH-negativa como las infecciones múltiples por VPH, presencia del tipo 16 y el consumo de tabaco, en sujetos VIH-positivos niveles bajos de CD4 y altos de carga viral de VIH son factores de riesgo.

MESA REDONDA MR9.2
Diagnóstico precoz de las lesiones anales asociadas a VPH: reto pendiente en los pacientes infectados por VIH

B Hernández Novoa
Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Ramón y Cajal. Madrid

El cáncer anal (CA), entidad causada por virus del papiloma humano (VPH) de alto riesgo (VPH-AR) es un cáncer poco frecuente en la población general, pero se ha convertido en uno de los cánceres no definitorios de Sida más emergente en los países occidentales. La detección precoz de CA se realiza mediante tacto rectal y ha de realizarse anualmente, aun en ausencia de otras técnicas de diagnóstico y tratamiento de NIA. La finalidad del cribado de lesiones preneoplásicas anales es la de detectar la displasia precozmente para erradicar las NIA y prevenir la progresión de dichas lesiones a CA invasivo. Usando el cribado de cáncer cervical como paradigma, la citología anal parece la herramienta obvia para el cribado de NIA en pacientes VIH positivos. Aunque hay cierto paralelismo, existen importantes diferencias; la edad media del CA es más tardía, la localización anatómica anal impide escisiones como la conización en mujeres y en el caso del cribado de NIA, no existen protocolos estandarizados. Mediante citología anal se explora la zona de transformación entre los epitelios escamoso y glandular, a la altura de la línea dentada. La NIA se divide en 3 grados en función de la severidad de la displasia, aunque hay autores que recomiendan un sistema binario similar al de las lesiones cervicales (Bethesda, 2001): NIA de alto grado (NIA-AG) y NIA de bajo grado (NIA-BG). Actualmente la citología anal se realiza en medio líquido. A pesar de haber demostrado ser coste-efectiva en HSH VIH-positivos al mismo nivel que otras intervenciones ampliamente aceptadas, la citología anal no se ha implementado de forma general. Desafortunadamente, la citología anal en la población VIH positiva parece no predecir correctamente la NIA-AG detectada mediante biopsia. La citología anal solo debería realizarse en centros donde esté disponible el seguimimiento de una citología anal alterada, mediante anoscopia de alta resolución (AAR), biopsia guiada por AAR y tratamiento de la NIA-AG confirmada mediante biopsia. La AAR es similar a una colposcopia y se emplea el mismo equipo. Para visualizar las lesiones aceto-blancas se utiliza ácido acético al 3%. La aplicación de lugol aumenta la especificidad para detectar NIA-AG. El uso óptimo de la detección de VPH está por determinar debido a la elevada prevalencia de infección por VPH-AR en este colectivo.

En el momento actual no existen recomendaciones definitivas para la detección precoz de lesiones preneoplásicas anales. Algunos autores recomiendan la inspección visual de la zona perianal, tacto rectal y una citología basal seguida de control anual. Los individuos con citología anal alterada se deberían someter a AAR para biopsiar las lesiones y si es posible tratarlas. Los retos sobre el diagnóstico precoz de las NIA son muchos y la comunidad científica debe asumirlos para garantizar a los pacientes el mejor consejo y tratamiento posible de sus lesiones anales.

MESA REDONDA MR9.3
Prevención del cáncer anal en la práctica clínica habitual. ¿Qué podemos hacer?

P Miralles Martín
Unidad de Enfermedades Infecciosas-VIH. Hospital Gregorio Marañón. Madrid

El cáncer anal (CA) es uno de los tumores no definitorios de Sida más frecuentes en pacientes con infección por VIH en la era TARGA. Una vez desarrollado el cáncer CA es una neoplasia localmente muy agresiva y produce un gran deterioro de la calidad

de vida del paciente. La detección precoz de CA, ya desarrollado, se realiza mediante tacto rectal. No obstante, se podrían detectar estadios anteriores en forma de lesiones precursoras: neoplasias intraepiteliales anales (NIA) de alto grado (NIA-AG) y de bajo grado (NIA-BG). Aunque en el momento actual no existen recomendaciones definitivas para la detección precoz de NIA y serian necesarios estudios que aclararan unas líneas de actuación uniformes. Mientras tanto los clínicos debemos hacer frente a distintas preguntas y responderlas en la medida de lo posible.

- Cuál es la frecuencia del CA. Y quien tiene mayor riesgo de padecerlo.
- El cribado del CA anal podría ser similar al del cervical. Cuáles son sus diferencias y sus similitudes.
- Cuantos de nuestros pacientes tienen NIA.
- Cuántas NIA-BG revierten espontáneamente y cuantas NIA-AG se transforman en CA.
- Como se podría hacer prevención del CA considerando que habría que disponer de capacidad de ofrecer tratamiento y seguimiento clínico. Cuál es el papel de la anoscopia.
- Qué profesionales sanitarios deben ocuparse de este problema en la práctica clínica habitual. Y con qué dificultades contamos.

Existen muchas dudas de cuál es la mejor manera de manejar este problema en la actualidad, así como de la evolución de las NIA-AG hacia CA. Hasta que nuevos estudios vayan dando respuestas, deberíamos tomar alguna actitud práctica. En este contexto, se han formado algunos grupos integrados por distintos especialistas médicos que van recogiendo su experiencia práctica. En esta presentación describimos la reciente puesta en marcha de nuestra consulta de Prevención, Diagnostico y Tratamiento del CA que creemos que irá evolucionando a la luz de los conocimientos que se generen en este campo.

MESA REDONDA MR10.1

Efecto del tratamiento antirretroviral sobre la transmisión heterosexual del VIH: implicaciones preventivas y reproductivas

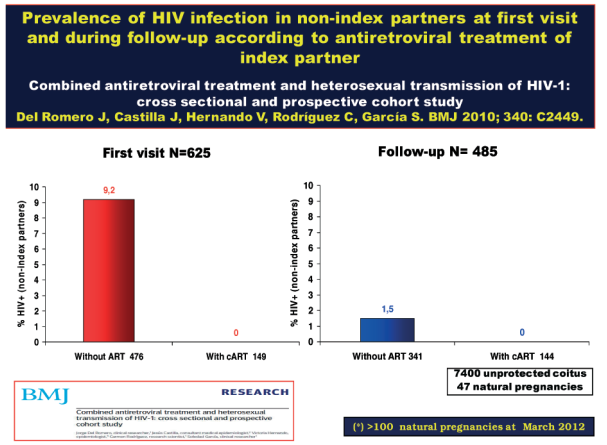
J Del Romero G.
Centro Sanitario Sandoval. Comunidad de Madrid. Madrid

El tratamiento antirretroviral (TAR) permite reducir la morbimortalidad producida por el VIH. El principal objetivo del TAR es la supresión de la carga vírica del VIH en la sangre (inferior a 50-20 copias/µl). La monitorización de los niveles plasmáticos del RNA del VIH, es útil para evaluar la efectividad del TAR. Se considera que el TAR es "efectivo" cuando reduce persistentemente la carga viral plasmática del VIH a niveles indetectables. En la actualidad, la mayoría de los pacientes que inician TAR guiado por el perfil de resistencias consiguen la supresión viral a las pocas semanas. Varios estudios han hallado una estrecha correlación entre los niveles de la carga viral en sangre y el riesgo de transmisión sexual del VIH (Quinn TC et al. NEJM 2000; Phillips AN et al. JAMA 2001; Marcelin AG et al. AIDS 2008). Sin embargo, la concentración del VIH en el tracto genital parece ser el factor más importante que determina la capacidad infectiva por vía sexual (Chakraborty H. et al. AIDS 2001; Baeten J et al. Sci Transl Med. 2011). El TAR reduce considerablemente los niveles de RNA-VIH-1 en plasma sanguíneo y genital, existiendo una correlación entre ambos.

La evidencia de que el TAR reduce la probabilidad de transmisión sexual del VIH proviene de estudios realizados en cohortes de parejas serodiscordantes (SDC). Un metaanálisis elaborado con datos de 11 cohortes que incluían a 5.021 parejas heterosexuales no observó ningún caso de transmisión entre aquellas en las que el caso índice recibía TAR y tenía una carga viral inferior a 400 copias/µl (Attia S et al. AIDS 2009).

Otros estudios posteriores realizados en parejas SDC corroboran la gran efectividad del tratamiento antirretroviral en la reducción de la transmisión del VIH en parejas heterosexuales SDC (Donnell D. et al. Lancet 2010; Del Romero J. et al. BMJ 2010; Cohen M. et al. HTPN 052, NEJM Julio 2011). Esta protección conferida por el TARc (95%) es superior a la proporcionada por el uso consistente del preservativo (85%). En base a estos datos, numerosas parejas SDC en las que no existen problemas de fertilidad y en ausencia de infecciones genito-urinarias en ambos miembros de la pareja, se plantean la posibilidad de reproducción natural siempre que el miembro positivo reciba TAR y mantenga de forma persistente la carga viral indetectable. En este sentido se han publicado algunos estudios en el que se muestra la ausencia de transmisión sexual del VIH en parejas SDC con gestaciones naturales (Barreiro P. et al AIDS 2006; Del Romero J. et al BMJ 2010; Vernazza P. et al AIDS 2011).

En la cohorte de parejas SDC de Madrid, se han producido más de 100 gestaciones naturales sin que se hayan producido ningún caso de transmisión sexual del VIH.
El TAR permite a numerosas parejas SDC concebir por métodos naturales con un riesgo mínimo de transmisión del VIH.



MESA REDONDA MR10.2
Manejo clínico de la mujer con VIH embarazada

Mª José Galindo Puerto
Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia

El principal objetivo del manejo clínico de una mujer con VIH embarazada es la prevención de la transmisión a su hijo. Por ello es fundamental el diagnóstico precoz de la infección por VIH de la madre. De este modo es posible iniciar un seguimiento estricto y específico tanto por parte del obstetra como del especialista en enfermedades infecciosas, para iniciar lo antes posible el tratamiento antirretroviral y evitar la transmisión de la enfermedad.

Es básico que a toda mujer que esté embarazada o que planee quedarse embarazada se le realice una serología VIH, y que además ésta se repita si la mujer se encuentra en situación de alto riesgo de adquirir la infección al menos en el tercer trimestre del embarazo.

En España, y gracias al buen control de las mujeres embarazadas, prácticamente no se han observado nuevos casos de transmisión.

La forma de prevenir la transmisión maternoinfantil es: el diagnóstico precoz de la madre, iniciar tratamiento antirretroviral lo antes posible (2º trimestre del embarazo), programar el parto realizando cesárea programada en los casos en que sea necesario, evitar la lactancia materna, y tratar al bebé durante las primeras 4-6 semanas de vida. Con estas estrategias se consigue reducir la transmisión de un 40% de los niños a menos de un 1%.

Tras el diagnóstico de la infección por VIH en una mujer embarazada es fundamental el dar un consejo y una información adecuados.

El objetivo del tratamiento va a ser la prevención de la transmisión siempre, pero además en un número importante de mujeres va a ser su situación inmunovirológica la que además va a sentar la indicación de pautarlo. Es fundamental informar a la paciente de todos los efectos secundarios que pueden aparecer y cómo manejarlos.

Las pautas de tratamiento consisten siempre en una triple terapia, salvo en casos de enfermedad materna avanzada con virus multirresistente, y el objetivo va a ser conseguir la carga viral indetectable lo antes posible.

Existen múltiples guías de tratamiento específicamente de las embarazadas y de prevención de la transmisión maternoinfantil. Las españolas están en fase de revisión y en breve se podrá acceder a ellas. En general recomiendan la no administración de efavirenz por la potencial teratogenicidad, y el tratar de evitar los fármacos más nuevos en la medida de lo posible, por falta de experiencia. En cada una de las guías se recogen distintos escenarios en los que se plantean distintas estrategias de tratamiento.

MESA REDONDA MR10.3
Retos que plantea el VIH durante la adolescencia

M Navarro Gómez
Servicio de Pediatría. Sección de Enfermedades Infecciosas. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

La adolescencia es una etapa de la vida crucial y compleja, el individuo deja la edad pediátrica y se prepara para afrontar la etapa adulta.
En el periodo de la adolescencia, caracterizado por enorme rebeldía, el padecer infección por el VIH supone una dificultad importante para afrontar esta etapa, lo que hace que se ponga en riesgo el control de la infección VIH y por ello la salud del adolescente.

Existen dos tipos de adolescentes VIH, aquellos cuya infección se produjo al nacer y otro grupo en el que el adolescente ha adquirido el VIH de forma horizontal, la mayoría de veces por conductas consideradas de riesgo como relaciones sexuales no protegidas, uso de sustancias ilícitas por vía parenteral.

Tanto un grupo como otro es una población vulnerable. El adolescente carece del pensamiento abstracto y del razonamiento presente en la edad adulta de modo que aunque es incuestionable el beneficio que se obtiene en cuanto al seguimiento y tratamiento de su infección, van a existir grandes dificultades para que esto sea llevado a cabo correctamente por los servicios de salud.

El adolescente infectado por vía horizontal, suele mostrar rechazo a acudir a controles en el ámbito sanitario. Para este grupo además la revelación de su infección a su familia será complicada, existiendo un rechazo para llevar a cabo esta revelación , encontrándose en muchos casos sin apoyo cercano por desconocimiento de la situación.

El éxito de la profilaxis en la transmisión materno-infantil del VIH en nuestro medio unido a los tratamientos antirretrovirales activos y que controlan la replicación del VIH , ha hecho que hoy en día sea el adolescente VIH cuya infección fué adquirida de forma vertical el grueso de las consultas de VIH pediátrico. Estos pacientes son supervivientes a la infección y no han tenido acceso en los primeros años de su infección a tratamientos antirretrovirales óptimos, por lo que la gran mayoría han presentado situaciones clínicas e inmunológicas de categoría SIDA.

Estos pacientes tienen reducidas las posibilidades terapeúticas al haber acumulado resistencias con terapias subóptimas necesitando en la actualidad para su tratamiento del empleo de fármacos no aprobados y con escasa información en estas edades .

Además en un % elevado también presentan secuelas de la toxicidad de los fármacos así como de la infección no controlada, padeciendo lipodistrofia, alteraciones neurocognitivas, alteraciones óseas y mayor riesgo cardiovascular entre otras por lo que estos adolescentes además de ser distintos a sus pares por tener infección VIH se une estos otros problemas.

Estos adolescentes han tenido y tienen un pasado y presente poco protector desde el punto de vista social y familiar, muchos de ellos han sufrido pérdidas de familiares cercanos por el VIH y se enfrentan además a la vida adulta sin un proyecto vital. Este grupo de adolescentes infectados por transmisión vertical, también suponen un reto para los servicios de salud. La revelación de la infección debe iniciarse en la infancia para que al llegar a la adolescencia el paciente tenga conocimiento del VIH y de este modo sea más sencillo dialogar con él abiertamente sobre su salud y lo que el VIH supone. No obstante en esta etapa, en muchos casos, el control que venía haciéndose de forma programada y con una enorme confianza, se pone en riesgo dada la rebeldía existente en estas edades. Durante la misma empeora la adherencia al TAR y a las consultas. Es por ello que el TAR deberá intentar ser lo más sencillo posible, disminuyendo el número de tomas y de pastillas. Existen en marcha algunos ensayos en este sentido como es el interrumpir la medicación los fines de semana. Un problema también importante es la salud sexual y reproductiva. Deberá tenerse en cuenta la información y consejo no sólo en cuanto a proteger a su entorno sino también sobre anticoncepción en las chicas, sin olvidarse en relación a la anticoncepción hormonal, la toxicidad, adherencia e interacciones con el TAR entre otros.

Los embarazos en estas edades son frecuentes siendo un reto también el control de la infección durante los mismos para evitar la transmisión vertical a una segunda generación en pacientes con elevado porcentaje de resistencias como son el grupo de adolescentes infectadas por trasmisión vertical.

Por último estos pacientes deben transferirse a Unidades de seguimiento de adultos, no existiendo una edad definida para ello. Esto supone un enorme reto, cuyo éxito se basa en realizar esta transferencia de forma coordinada entre el equipo pediátrico y el de adultos, siempre que el paciente se encuentre en una situación estable y con la suficiente madurez para afrontar esta transferencia.

BIBLIOGRAFÍA

http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GPC_ADOLESCENTES_VIH_PNS_MSC_def.pdf
-Maturo D, Powell A, Major-Wilson H, Sanchez K, De Santis JP, Friedman LB. Development of a protocol for transitioning adolescents with HIV infection to adult care. J Pediatr Health Care. 2011 Jan-Feb;25(1):16-23.
-Foster C, Judd A Tookey PA et al. Young people in teh United Kingdom and Ireland with perinatally acquired HIV: the pediatric legacy for adults services. AIDS Patient Care STDS 2009; 23 (3), 159-166.
- Saavedra-Lozano J*, Navarro ML*, Guillén S, Gurbindo MD, González-Tomé MI, De José I, Mellado MJ, Martínez J, Beceiro J, Roa MA, Jiménez de Ory S, Ramos JT. *Hospital Gregorio Marañon, Madrid, on behalf of the Madrid Cohort of HIV-infected children. Status of Vertically-Acquired HIV-Infected Children at the Time of Transfer to an Adult Clinic. 18th Conference of Retroviruses and Oportunistic Infections. 27 febrero – 2 marzo 2011, Boston, USA.
- A Navas, M de Mulder, I Gonzalez-Granados, G Yebra, J Saavedra-Lozano, S Jiménez de Ory, JT Ramos, MA Muñoz-Fernandez and A Holguín, on behalf of the Madrid Cohort of HIV-infected children. High Drug Resistance Prevalence among Vertically HIV-Infected Patients Transferred from Paediatric Care to Adult Units in Spain. 3er International Workshop on HIV Pediatrics. 15-16 julio 2011. Roma, Italia.
-Dollfus C, Le Chenadec J, Faye A, Blanche S, Briand N, Rouzioux C, Warszawski J. Long-term outcomes in adolescents perinatally infected with HIV-1 and followed up since birth in the French perinatal cohort (EPF/ANRS CO10). Clin Infect Dis.2010 Jul 15;51(2):214-24.
-Butler K; on belhalf of PLATO 11 Project part of COHERE triple class virological failure in HIV-infected children. Arch Intern Med 2010; 170(5),410-419.

-Butler A, Williams P, Howland L et al. Impact of of HIV infection on health-reated quality of life among children and adolesce with HIV infections. Pediatrics 2009; 123 (3), 935-943.
- Medín, MI González Tomé, I García, MI de José, ML Navarro, D Gurbindo, JM Bellón, JT Ramos, Madrid Cohort of HIV infected children and adolescents. Psychosocial aspects in a cohort of vertically infected adolescents: disclosure, adherence and behavioural profiles. EACS 2009 PS9/5.
-Sainz T, Díaz L, Alvarez M, Navarro ML, González-Tomé MI, De josé MI, Ramos JT, Serrano villar S, Muñoz Fernández MA, Mellado MJ. Increased subclincal, Atheroesclerosis and Immune Activation in HIV children and adolescents : The CaroVIH Study. 19th Conference of Retroviruses and Oportunistic Infections. 5 -8 marzo 2012, Seattle, USA

MESA REDONDA MR10.4
La prevención de la transmisión vertical en países pobres en recursos: una asignatura pendiente

D Dalmau Juanola
Hospital Universitari MutuaTerrassa. Terrassa. Barcelona.

Según datos de ONUSIDA se estima que 200.000 lactantes se infectan por el VIH a través de la lactancia materna anualmente. La mitad de estos niños fallecerá antes de cumplir los 2 años de edad si no recibe tratamiento. Alrededor del 90% de toda la población infantil VIH+ vive en el África subsahariana. La transmisión vertical del VIH ha representado una proporción importante de la mortalidad en menores de 5 años y en muchos países el Sida es la causa de entre un 30% y un 50% de las muertes infantiles. La eliminación de la infección pediátrica por el VIH produciría un notable incremento en la supervivencia infantil en los países afectados y sería crucial para la consecución de los objetivos de desarrollo del milenio 4 y 6, relacionados con la disminución de la mortalidad infantil y el control de la epidemia del sida. La lactancia natural por parte de las madres infectadas por el VIH es responsable de hasta un 40% de las transmisiones verticales del virus. Según la OMS, cuando la alimentación sustitutiva es aceptable, factible, asequible, segura y sostenible (AFASS) se debe recomendar a las madres seropositivas que no den el pecho.

La transmisión postnatal del VIH de madre a hijo es muy infrecuente en países mediana y altamente industrializados, debido a la abstención de la lactancia materna. Por el contrario, en las regiones con escasos recursos del África subsahariana, la mayor parte de las madres con infección por VIH no reciben ninguna ayuda si deciden no amamantar a sus hijos, debido principalmente a la falta de fórmulas lácteas asequibles y a la preocupación por la seguridad de su uso.

Kenia tiene una prevalencia de infección por VIH de 7,8% entre la edad de 15 y 49 años. La tasa de mortalidad infantil en 2006 era de 79/1000 y la mortalidad en menores de 5 de 121/1000.

Seisida desarrolla desde hace 3 años actividades de cooperación internacional en Kenia, en colaboración con la asociación Vihda y el ministerio de Salud de Kenia, participando en el programa integral de prevención de la transmisión vertical del VIH de la madre al niño, mediante la monitorización de un hospital en la provincia central (Gatundu) e impartiendo cursos de formación y tareas de asesoramiento científico y metodológico en los 11 hospitales en los que se está llevando a cabo esta iniciativa.

MESA REDONDA MR11.1
Los nuevos fármacos frente a VCH

E Ortega González
Hospital General Universitario de Valencia. Valencia

MESA REDONDA MR11.2
Tratamiento de la Hepatitis C en el paciente coinfectado por VIH sin tratamiento Previo

JA Pineda
Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

MESA REDONDA MR11.3
El tratamiento del paciente pretratado

J Berenguer Berenguer
Unidad de Enfermedades Infecciosas/VIH
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

MESA REDONDA MR11.4
Desarrollo de resistencias

F García García
Servicio de Microbiología. Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

MESA REDONDA MR12.1

CoRIS: Un ejemplo de la importancia del paciente en la investigación, y de la investigación para el paciente

P Sobrino-Vegas
Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid

En 2003 se creó la Red Española de Investigación en Sida (RIS), y en el marco de la RIS, CoRIS. CoRIS es una cohorte abierta, prospectiva, y multicéntrica de pacientes adultos con infección por el VIH confirmada, naïves a tratamiento antirretroviral al inicio del estudio, que son reclutados en unidades de atención del VIH de centros públicos. CoRIS está asociada a un Biobanco.

El objetivo de CoRIS es consolidar una cohorte que sirva como plataforma de trabajo para las investigaciones de la RIS, describir el panorama de la infección por el VIH en España y servir de plataforma para contestar preguntas de investigación de grupos de investigación epidemiológica, clínica y básica.

En CoRIS, se recoge información de las características sociodemográficas, epidemiológicas, clínicas, analíticas, terapéuticas y de fin de seguimiento de los pacientes incluidos.

De conformidad con la Ley Española de Protección de Datos, todos los sujetos incluidos deben firmar un formulario de consentimiento informado para participar (existen versiones en inglés y francés), bajo la premisa de que los datos son anónimos y que pueden revocar el consentimiento en cualquier momento. Para garantizar la confidencialidad, a cada paciente se le asigna un identificador unívoco formado por las iniciales de su nombre y apellidos, la fecha de nacimiento y el sexo.

Hasta el momento son cerca de 9.000 las personas que han aceptado participar en CoRIS. Su valiosa participación ha hecho posible que hasta la fecha y como fruto de las líneas de investigación planteadas inicialmente, se hayan publicado 17 artículos propios y 10 artículos con las colaboraciones internacionales en las que CoRIS participa.

En estos años se han realizado nuevas propuestas de investigación, que han supuesto la inclusión de módulos de información adicionales, con el fin de profundizar en nuevas áreas de interés. Es el caso de la salud reproductiva de las mujeres, las resistencias del VIH, las enfermedades hepáticas, los eventos no-SIDA , el alcohol, el tabaquismo y el consumo de drogas recreativas, los resultados del tratamiento de la tuberculosis, etc.. En algunos casos requieren de entrevistas telefónicas asistidas para la recogida de información, realizadas gracias a la colaboración excepcional del paciente entrevistado.

Es importante destacar que la participación altruista de los pacientes es una pieza clave para alcanzar nuestros objetivos, pero confiamos que nuestros trabajos contribuyan a mejorar el conocimiento de la enfermedad y por tanto repercutan en beneficio de la comunidad de estos pacientes.

Financiación: CoRIS es financiada por el Instituto de Salud Carlos III a través de la Red Temática de Investigación Cooperativa en Sida (ISCIII-RETIC RD06/006).

MESA REDONDA MR12.3

Al habla con los pacientes: la perspectiva de las personas que viven con VIH sobre los estudios de investigación

JS Hernández Fernández
Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt), Barcelona

La participación de las personas con VIH en la investigación ha sido fundamental para que en tres décadas se haya podido avanzar de forma espectacular en el conocimiento de la infección y en el desarrollo de tratamientos eficaces. Cientos de miles de personas con VIH hemos aceptado entrar en un estudio movidos por razones diversas, como la curiosidad, el altruismo, el sentirse útil o por confianza con nuestro médico. Sin embargo, aunque muchos pacientes asumamos que participando en un ensayo ayudamos al avance del conocimiento científico, eso no significa que todas las investigaciones contribuyan a ello o que sean éticamente intachables.

Hoy en día se llevan a cabo en los hospitales españoles y europeos un sinfín de estudios. La mayoría de ellos plenamente justificados, pero algunos de dudosa contribución al curso científico y, en definitiva, a la mejora de vida de las personas con VIH. Los intereses comerciales y la competencia entre investigadores han enturbiado en ocasiones la buenas prácticas en la investigación. Si no se conoce el objetivo del estudio, si no se explican los resultados que se han obtenido y, por tanto, que contribución se ha logrado con nuestra participación, es lógico que los pacientes en ocasiones no tengamos argumentos de peso para prestarnos a la investigación, excepto cuando es por nuestro bien propio.

Implicar a los pacientes como parte activa en el avance del conocimiento científico

va más allá de nuestra participación en los ensayos como meros objetos de investigación. Incluir a los propios pacientes con VIH en los comités científicos y de dirección de los ensayos clínicos o contar con la opinión de los Comités Asesores Comunitarios (CAC) son mecanismos de buenas prácticas y retroalimentación que permiten por un lado recabar la perspectiva de las personas con VIH y, por otro, acercar el conocimiento científico a las mismas favoreciendo así su democratización.

Esta intervención versará sobre cómo desde el principio de la pandemia y a través de la participación en los primeros ensayos de fármacos antirretrovirales, una comunidad de personas infectadas y afectadas por el VIH se implicaron en el debate científico; cómo se ha ido articulado esta respuesta en el tiempo hasta la aparición de los Comités Asesores Comunitarios; y analizará cuáles son los retos actuales que obstaculizan la participación de las personas con VIH en la investigación y cómo podrían solventarse.

MESA REDONDA MR12.3.1

Al habla con los pacientes: la perspectiva de las personas que viven con VIH sobre los estudios de investigación

"Si tú me hablas, yo te escucho. La experiencia de una paciente que participa en investigaciones sobre VIH"

D Álvarez del Arco
Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid

Conseguir la participación de los pacientes en las investigaciones sobre VIH es esencial para poder avanzar en el conocimiento sobre el tema. Sin embargo, en muchos casos los pacientes se sienten alejados de los investigadores y de las investigaciones, y esta desvinculación se materializa en una fuerte desmotivación para participar en este tipo de estudios.

El objetivo de esta exposición es ahondar en las razones por las que los pacientes deciden participar en este tipo de investigaciones y conocer la perspectiva de las personas con VIH sobre algunas cuestiones específicas, por ejemplo, el papel de los médicos clínicos como "canales de transmisión" de los beneficios a nivel comunitario de la participación individual, o los temores de los pacientes a que su anonimato se vea comprometido, que pueden estar actuando como barrera a la participación de otras personas.

Para ello, se presentará el testimonio de una paciente que participa en la Cohorte de Investigación en SIDA, reflexionando sobre su vivencia en cuanto a paciente con VIH, no sólo en los aspectos derivados de la propia enfermedad si no, también, en las cuestiones relacionadas con su participación en este tipo de investigaciones.

Conocer a fondo las motivaciones y los obstáculos a participar de los pacientes es una tarea clave para poder establecer lazos de cooperación y colaboración entre los investigadores y los pacientes, que sirvan de referente para saber cómo sensibilizar sobre la importancia de participar en investigaciones pero, también, que sirvan de marco para escuchar las razones y los temores que frenan dicha participación.

Financiación: Este trabajo ha sido financiado por el Instituto de Salud Carlos III a través de la Red Temática de Investigación Cooperativa en Sida (ISCIII-RETIC RD06/006).

Foros de Debate

FORO DE DEBATE FD1.1

Recomendaciones al viajero internacional con infección por el virus por el virus de la inmunodeficiencia humana.

M de Górgolas
Fundacion Jimenez Diaz

En nuestro medio occidental y desarrollado, la población portadora de infección por VIH tiene una edad media entorno a los 40 años, con una actividad laboral y de ocio significativa que, en muchas ocasiones, hace que se desplacen con frecuencia a países tropicales y subtropicales, donde hay transmisión de enfermedades infecciosas a las que pueden ser más susceptibles. Por ello, el médico de familia o el especialista en el tratamiento de la infección retroviral, debe conocer y estar al día sobre las indicaciones de las vacunas y la medicación profiláctica necesaria para estos viajes.

El destino del viajero, la duración del viaje, las actividades que vaya a desarrollar durante el mismo, así como su situación inmunitaria y el tratamiento antirretroviral que reciba, condicionan las recomendaciones para cada uno de los viajeros. Otras consideraciones importantes son las restricciones que algunos países aún tienen para recibir viajeros con la infección, los problemas para contratar seguros de viaje o las dificultades que puedan tener en el caso de perder su medicación. Todos estos aspectos se revisarán con casos prácticos, durante la sesión de trabajo.

FORO DE DEBATE FD1.2

Quiero viajar fuera de España, ¿Qué problemas legales puedo tener?

M C Barranco Avilés
Instituto de Derechos Humanos "Bartolomé de las Casas", Universidad Carlos III de Madrid

Antes de que cualquier persona se decida a viajar fuera del país del que es nacional o en el que tiene establecida su residencia, se requiere de un trabajo previo de información sobre ciertos aspectos legales que afectan a cuestiones tales como la documentación requerida, las condiciones para obtener un permiso de entrada o de residencia y los derechos que de estos se derivan, o la cobertura sanitaria en el lugar de destino. Esta información es más necesaria aún en el caso de las personas que viven con VIH.

Efectivamente, en perspectiva histórica, la primera reacción de los Estados frente a la infección por VIH se basó, en términos generales, en actitudes de carácter discriminatorio, a veces impulsadas y otras consentidas por las instituciones. En el ámbito de la Unión Europea, en cuyo territorio los ciudadanos tienen el derecho a circular libremente, el principio general es que la discriminación es contraria a Derecho; por ello existen normas –todavía no suficientemente efectivas- que protegen frente a la discriminación también cuando esta encuentra su fundamento en el VIH. Sin embargo, en algunos lugares del mundo, no sólo estas normas no han sido aprobadas, sino que el punto de partida es que se justifican diferencias de trato que perjudican a las personas que viven con VIH y que desde los estándares internacionales contemporáneos pueden considerarse discriminatorias sin ningún género de dudas.

Son varios los Estados en los que existen restricciones para la entrada de las personas con VIH; en algunos está prohibida, en ocasiones aun cuando sea por un período muy corto de tiempo; otras veces la seropositividad con respecto al VIH condiciona la posibilidad de obtener un permiso de residencia. En varios lugares, una persona extranjera puede ser deportada si se le detecta la infección.

Además de los problemas legales para entrar y permanecer en el territorio de otro Estado, existe normativa que las personas que deseen viajar y que deban tomar una medicación deben tener en cuenta. En este sentido, además de considerar las condiciones para poder viajar con medicamentos, cuando se prevé una estancia larga en el lugar de destino hay que tener en cuenta que son numerosos los Estados que no garantizan que las personas con VIH tengan un tratamiento médico adecuado. Aun cuando el viaje tenga lugar en el territorio de la Unión Europea, los sistemas sanitarios son diferentes, por lo que el modo y las condiciones de acceso pueden variar en los distintos Estados miembros.

Por último, conviene no olvidar que en algunos lugares, pueden ser legales los comportamientos que discriminan a las personas con VIH en el acceso a bienes y servicios o en el ejercicio de derechos; e incluso pueden existir normas que criminalicen la transmisión del VIH.

No obstante lo anterior, es importante subrayar que el establecimiento de restricciones a la entrada y a la permanencia de las personas que viven con VIH en el territorio de un Estado, constituye una vulneración de los derechos humanos, por lo que es preciso reaccionar frente a ella. La solución, especialmente en las situaciones en las que estas personas deciden salir de su país para encontrar trabajo, no puede consistir simplemente en recomendarles que se queden en casa.

FORO DE DEBATE FD2.1

Eficacia de la profilaxis pre-exposición

A Antela López
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

La profilaxis pre-exposición (PrEP) se basa en la administración de un fármaco antirretrovírico inmediatamente antes de una práctica de riesgo para prevenir la transmisión del VIH. Los ensayos clínicos de profilaxis pre-exposición realizados hasta la fecha en la población más en riesgo (UDVP, homosexuales, parejas serodiscordantes, mujeres con alto riesgo) se resumen en la tabla 1.

Estudio	Población	N	Resultados
CAPRISA 004	Mujeres	889	39% eficacia
iPrEx	Homosexuales	2499	44% eficacia
TDF 2	Hombres y mujeres jóvenes	1200	62% eficacia
Partners PrEP	Parejas heterosex.	4758	67-75% eficacia
FEM-PrEP	Mujeres	1950	No eficacia significativa
VOICE	Mujeres	5029	No eficacia significativa
Bangkok TFV	UDVP	2400	Aún en marcha
FACTS001	Mujeres	2200	Incluyendo pacientes.

Tabla 1.Eficacia de ensayos de PrEP realizados hasta la actualidad.

Cuatro ensayos clínicos demuestran eficacia de la PrEP con distinto grado de protección (39-75%), pero otros dos no la demuestran.

La explicación de que en algunos estudios no se observe la eficacia de la PrEP que sí se objetiva en otros tendría un origen múltiple: baja adherencia, factores biológicos facilitadores (inflamación o infección genital, carga vírica elevada de la pareja, disrupción del epitelio vaginal,...) y dilución del poder estadístico del estudio. De todos estos factores, el más importante es la adherencia al régimen profiláctico.

Encuentro con el Experto

ENCUENTRO CON EL EXPERTO EE.1
Profilaxis Post-Exposición no-ocupacional en la infección VIH

K Aguirrebengoa Ibarguren
Hospital Universitario de Cruces. Baracaldo (Vizcaya)

A pesar de la reducción de la morbimortalidad relacionada con la infección VIH, tras la extensión de la terapia antirretroviral de gran eficacia (TARGA) en los últimos 15 años. La incidencia de la infección VIH no ha disminuido en los últimos años, con una cifra superior a los 2 millones de nuevas infecciones cada año, a nivel mundial. La vía sexual es el mecanismo más importante de la transmisión de la infección . La prevención basada en los cambios de conducta han tenido una respuesta limitada en la disminución de la incidencia del VIH.

El riesgo de adquirir una infección VIH tras una exposición sexual, depende del riesgo que el paciente fuente estuviera infectado por VIH y el riesgo de transmisión a través del mecanismo de transmisión. La prevalencia en la población de los varones que realizan sexo con varones es muy superior a la prevalencia del VIH en la población general, sobre todo en las grandes ciudades. La probabilidad de transmisión del VIH por una relación anal receptiva con eyaculación es el doble que sin eyaculación y 10 veces a la observada en la relación anal insertiva con un varón circuncidado, en las relaciones heterosexuales o en la exposición ocupacional. Existen una serie de factores que incrementan el riesgo transmisión como: una carga viral elevada tanto a nivel plasmático, como genital, la presencia de ITS, y las violaciones.

Los estudios de patogénesis del VIH muestran que existe una oportunidad para interrumpir una nueva infección por VIH, logrando una inhibición de la replicación viral mediante una pauta de PPE. Dado que hay periodo de 48-72 horas que precisa el VIH para alcanzar los ganglios linfáticos, una vez atravesada la mucosa genital. Esto ha podido demostrarse en la investigación animal.

No han podido realizarse estudios aleatorizados que demuestren la eficacia de una pauta de PPE, pero existe una experiencia acumulada en la transmisión vertical y en la PPE ocupacional en la que se ha objetivado una disminución significativa de la transmisión. Una revisión sistematizada de la PPE tras una exposición sexual concluye que no es posible determinar la eficacia de la PPE, debido a una ausencia de evidencia, pero se ha objetivado que ocurren menos seroconversiones tras PPE y que en algunos casos la PPE puede ser coste-eficaz, sobre todo las relaciones de alto riesgo con pacientes infectados por VIH. Por otra parte no se ha demostrado que la puesta en marcha de la PEE, pudiera contribuir a la reducción de la prevención primaria, sino que se ha observado que una intervención educativa acompañando a la PEE puede disminuir las prácticas de riesgo.

Los problemas de la PPE no-ocupacional son que a menudo no se conoce la situación de infección del paciente fuente, el inicio es más tardío y el abandono de la medicación es superior, en comparación con la PPE ocupacional. La indicación de PPE debe realizarse de forma individualizada, basándose fundamentalmente en el riesgo de transmisión. Se recomienda PPE cuando el riesgo es igual o superior al 1/1000. En los casos de riesgo inferior puede recomendarse PPE, en caso de existir algún factor adicional que incrementara el riesgo, como una violación o la presencia de una ITS. El uso de nuevos fármacos con una menor incidencia de efectos adversos. Contribuye a una mejor tolerancia de la pauta de PPE y a que un mayor porcentaje pueda finalizar la pauta de PPE que tiene una duración de 28 días. Recientemente se han comunicado experiencias de PPE no-ocupacional en diversos países occidentales con cumplimentaciones de hasta 80-90%.

Se recomienda un plan de seguimiento de 24 semanas, en las que se valorará inicialmente la tolerancia de PPE y el apoyo psicológico, y posteriormente se realizarán los controles serológicos para VIH y VHC.

ENCUENTRO CON EL EXPERTO EE.2
Trastornos neurocognitivos asociados al VIH: Luces y sombras

I Pérez-Valero
Hospital Universitario La Paz – IDIPAZ, Madrid.

Los trastornos neurocognitivos asociados a la infección por VIH son una entidad prevalente entre los individuos infectados por VIH, a pesar del control de la infección que se ha alcanzado tras la implantación del tratamiento antiretroviral de gran actividad. Aunque en los últimos años se ha producido un avance muy relevante en el conocimiento de esta entidad, todavía son muchas las preguntas que permanecen sin respuesta.

Aunque todavía desconocemos la razón por la que solo algunos individuos infectados por VIH van a desarrollar un trastorno neurocognitivo, sabemos que hay varios factores implicados: Factores asociados con el propio VIH, como el subtipo viral o la afinidad de la estirpe viral por los monocitos y la microglia; Factores asociados con la respuesta inmune del huésped frente a la infección; Y factores no asociados directamente con el VIH o con el huésped, como los factores de riesgo cardiovascular o la coinfección por otros agentes virales (VHC o CMV).

Sabemos que la expresividad clínica de los trastornos neurocognitivos asociados a la infección por VIH es, en muchos casos, limitada, afectando fundamentalmente al funcionamiento cognitivo. Se estima que un 50% de los casos se presentan de forma subclínica, mientras que el otro 50% se presentan como dificultades para realizar actividades de la vida diaria (déficits de atención, perdida de memoria, perdida de capacidad psicomotriz...). Este hecho, conjuntamente con la ausencia de pruebas sencillas que nos permitan identificar de forma efectiva a aquellos sujetos con una alta probabilidad de presentar uno de estos trastornos, hace que el diagnóstico de esta entidad sea difícil. Probablemente a consecuencia de esta dificultad diagnóstica, algunos especialistas ponen en duda la rentabilidad de diagnosticar estas entidades, especialmente cuando no tienen expresividad clínica, llegando incluso a plantear si las formas de deterioro neurocognitivo asintomático no pueden ser meros artificios diagnósticos.

Otro aspecto polémico y hasta el momento insuficientemente estudiado, es cual va a ser la evolución de estos trastornos neurocognitivos, especialmente durante el envejecimiento, en aquellos individuos que presentan un control efectivo de la infección por VIH y en aquellos con un control errático de la misma. Algunos grupos, han presentado datos que sugieren que el VIH puede potenciar el desarrollo de otros tipos de demencias, especialmente de la enfermedad de Alzheimer, a edades avanzadas de la vida, mientras otros postulan que el envejecimiento y el VIH son dos factores asociados con el desarrollo de deterioro neurocognitivo independientes.

Por último, aunque nadie duda de que el tratamiento antirretroviral ha demostrado su efectividad previniendo el desarrollo de los casos más graves de deterioro cognitivo asociado al VIH, su papel en los casos más leves de deterioro cognitivo no está tan claro. Algunos trabajos recientes han sugerido que algunos antirretrovirales podrían ser neuro-tóxicos y por ello favorecer "per se" el desarrollo de manifestaciones neurocognitivas leves. De confirmarse esto hallazgos, en el futuro no solo deberemos de preocuparnos de que el tratamiento antirretroviral alcance altas concentraciones en el sistema nervioso central capaces de suprimir la replicación viral, sino también de que estas concentraciones no alcancen niveles que puedan resultar neuro-tóxicos.

Talleres

TALLERES T.1
Desarrollo del entorno 2.0 en ONL: Prevención e Intervención 2.0

J Garrido Fuentes
Coordinador Apoyo Positivo, Madrid

A) BLOQUE I. Intervención 2.0: Eurosupport; proyecto y metodología
O Borrego Hernando
Psiquiatra, Centro Madrid Salud Joven, Madrid

B) BLOQUE II. Prevención 2.0:
B.1. Web 2.0 y tercer sector
B.2. Marketing social a través de la web 2.0: captación de fondos, creación de la marca
B.3. Recursos 2.0 para ONL

TALLERES T.2
Mindfulness: cuidar y cuidarse

J Locutura Ruperez[1]. F A. de Torrijos[2]
1: Hospital General Yagüe- Burgos. 2: University of Massachussets Medical School. Worcester- Massachussets

El número de estudios y publicaciones sobre las aplicaciones de mindfulness/atención plena ("atender aspectos relevantes de la experiencia de una determinada manera, sin juicio") en el campo de la medicina viene creciendo de forma notable en los últimos años. No obstante, uno de los problemas para su difusión es que los escritos difícilmente pueden transmitir mediante conceptos algo que tiene sobre todo componentes vivenciales que precisan ser experimentados para ser comprendidos en niveles no mentales. Por ello en el taller, junto al repaso de las bases que subyacen en mindfulness, así como de las actitudes e implicaciones adecuadas para su desarrollo y la revisión de las cualidades de la atención plena (no juzgar, paciencia, mente de principiante, confianza, no afanarse, aceptación, ceder, compromiso), revisaremos y compartiremos algunas de las prácticas que se llevan a cabo en el programa probablemente más difundido, el de Jon Kabat Zinn, Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR), haciendo hincapié en el desarrollo de la plena conciencia mediante aplicaciones prácticas de la meditación basada en la atención plena, técnicas de relajación, ejercicios de auto-observación con especial atención al cuerpo, y formas de meditación "activas" como las prácticas de mindfulness en la vida diaria.
Con ello los asistentes podrán iniciarse en el concepto y la práctica de mindfulness como elemento de desarrollo de bienestar personal y de mejora de la presencia en la relación interpersonal, en particular la terapéutica.

Comunicaciones Orales

Cuidados y Ciencias Básicas

CO1.01

Primer Encuentro Andaluz de menores infectados/as por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana: Análisis de los conocimientos, aspectos emocionales de la vivencia de la enfermedad y satisfacción del encuentro

F Ruiz Moreno (1), M Rivera Cuello (2), I Avilés (3), S Arias (3), E Nuñez (4), D Moreno (5), M.D Lanzarote (6), A Cueto Granados (7)

(1) ASIMA Y FACULTAD PSICOLOGIA MALAGA, (2) UGC de Pediatría. AGS Éste-Málaga, (3) Universidad de Sevilla; Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Rocio UGC de Pediatría; , (4) Hospital Materno Infantil Carlos Haya. , (5) Hospital Materno Infantil Carlos Haya. Hospital Materno Infantil Carlos Haya. , (6) UGC de Pediatría. AGS Éste-Málaga; Facultad de Psicología. Universidad de Se, (7) Asociación AntiSida de Málaga (ASIMA)

Introducción:
La infección por VIH provoca rechazo y estigmatización condicionando el ocultismo en las familias afectadas, desconocimiento de la enfermedad y grandes problemas emocionales en el paciente VIH pediátrico. Por ello es fundamental el abordaje biopsicosocial de la enfermedad. Nos proponemos valorar el nivel de conocimientos de partida y adquiridos, los aspectos socioemocionales de la vivencia de la enfermedad y el grado de satisfacción de los participantes

Material y Métodos:
Dentro del proyecto de intervención psicológica que ASIMA viene realizando con el HMI Carlos Haya, desde 2009, se organizó el Primer Encuentro Andaluz de Pacientes Pediátricos VIH, con menores de Málaga y de Sevilla que trabajan con el grupo de investigación "Pediatría integral y psicología pediátrica". Se realizó una encuesta pre y post encuentro, en las que se valoró, además de datos sociodemográficos y aspectos sociemocionales, el grado de conocimiento de: epidemiología, transmisión, autocuidado y tratamiento de la enfermedad. Se analizaron los datos con el SPSS 15. Finalmente se realizó una encuesta de satisfacción

Resultados:
Participaron 16 menores (12-18 a). El 12.5% conocía su condición de VIH hacía menos de 1 año. El 100% de los menores manejaba bien su tratamiento. La media de conocimientos inicial fue de 9.8/15. Se constató un incremento en la puntuación del test final en 2 puntos (11.8/15) con una t:-2.3,p:0.06.Respecto a la vivencia de la enfermedad: el 93,7% cree que no se debe revelar su condición de seropositivo (el 60% de los casos por miedo al rechazo), el 46% NS/NC ante la pregunta de qué es lo que menos le gusta de la enfermedad (26,6% dice que tomar medicación); el 73% no tiene ninguna duda y el 93,7% piensa que es buena idea conocer a gente con VIH. El 68% ven cumplidas sus expectativas. El 100% respondió que el encuentro había aportado algo a su vida, que volverían y lo recomendarían.

Conclusiones:
Existe un conocimiento adecuado del tratamiento antirretroviral prescrito en nuestra serie. El conocimiento de otros aspectos es insuficiente o erróneo, contrastando con la autopercepción de no tener dudas sobre la enfermedad. La adopción de medidas educativas específicas resulta beneficiosa para la asunción de dichos conocimientos. Sigue manteniéndose el no comunicar la seropositividad por miedo al rechazo. Destacamos la producción de situaciones de identificación con otros iguales que ha mejorado sus expectativas sobre la enfermedad.

Cuidados y Ciencias Básicas

CO1.02

Metodología de la toma de muestras biológicas para el diagnóstico microbiológico de infecciones ano-rectales de transmisión sexual, desde una consulta de enfermería.

JC Carrió Montiel, C Martín Alegre, B Menéndez Prieto, I Mozo Mamolar, T Puerta López, M Vera García, E Tello Romero, S Guerras Guerras, C Rodríguez Martín, J Del Romero Guerrero

CENTRO SANITARIO SANDOVAL

Introducción:
La patología infecciosa ano-rectal es frecuente entre personas que tienen prácticas de sexo anal. En el Centro Sandoval, se realizan más de 5.000 exudados anualmente, por profesionales de enfermería. Objetivo: describir la metodología de toma de muestras para el diagnóstico microbiológico de infecciones ano-rectales de transmisión sexual [gonococo (NG), clamidia (CT) y virus del papiloma humano (VPH)] y citología anal.

Material y Métodos:
MATERIAL COMÚN: Guantes. Mascarilla. Papel secante y gasas.
1.PARA CITOLOGÍA ANAL LIQUIDA: Hisopo cilíndrico de Dacrón de 2 cm y tubo con medio liquido para transporte de la muestra.
2.PARA DETECCIÓN del ADN del VPH en canal anal: - Hisopo cónico de Dacrón de 1'5 cm y tubo con medio liquido para transporte de la muestra.
3.PARA EXUDADO RECTAL: - Lubricante de solución acuosa. - Espéculo rectal desechable. - Proctoscopio con lámpara de luz fría. - Torunda estéril que provee el fabricante para la toma de CT. - Tubo que provee el fabricante para transporte de la muestra. - Hisopo de algodón para la toma de muestra de NG. Placa de Petri para cultivo de NG (Martin Lewis Agar).
4.PREPARACIÓN ANTES DE LA PRUEBA: No lavados rectales, no aplicar lubricantes ni tratamientos tópicos y no mantener relaciones anales las 24 horas previas. La ampolla rectal debe estar libre de heces. Explicar al paciente en qué consiste y cuál es el objetivo de la prueba. Mantener un adecuado clima de privacidad.

Resultados:
TOMA DE MUESTRAS: - Colocar al paciente en posición genupectoral. - En primer lugar realizar la toma de la citología anal. Se introduce el cepillo en el canal anal (4cm) y se gira 360º hacia la derecha y 360º hacia la izquierda. Introducimos el cepillo en el medio líquido de

transporte, batiéndolo con energía y desechándolo. - En segundo lugar efectuar la toma para la detección del ADN del VPH en canal anal, introduciendo el cepillo 2,5 cm. y girándolo 360º a derecha o izquierda. Introducimos el cepillo en el tubo con el medio líquido de transporte y lo dejamos dentro. - En tercer lugar hacer la toma del exudado rectal. Impregnamos el fiador del especulo rectal con lubricante, y lo introducimos por el ano. Sacamos el fiador y conectamos la lámpara de luz fría en el especulo rectal para visualizar la mucosa rectal que esté libre de materia fecal y realizar una toma para CT y otra para NG. En la presentación se incluirá un video.

Conclusiones:
La toma de muestras para el diagnóstico de ITS en tracto ano-rectal es sencilla, pero precisa de conocimientos básicos y habilidades asumibles por profesionales de enfermería.

Cuidados y Ciencias Básicas
CO1.03
Percepción de la atención y cuidado de los servicios sanitarios en hombres jóvenes VIH-positivos que tienen sexo con hombres en Barcelona

P Fernández Dávila

Stop Sida

Introducción:
Este estudio buscó describir cómo un grupo de hombres jóvenes VIH-positivos que tienen sexo con hombres (HJSH VIH-positivos) percibe la atención y el cuidado de los servicios sanitarios en Barcelona.

Material y Métodos:
Se realizó un estudio cualitativo, entrevistando individualmente a 11 HJSH VIH-positivos residentes en Barcelona (22-28 años). Dada la dificultad de contactar con HJSH VIH-positivos, los participantes fueron captados a través de diferentes fuentes: hospitales, ONGs, terceras personas e Internet (páginas de contacto gay). El enfoque de la Teoría Fundamentada fue utilizado para analizar los datos.

Resultados:
El tiempo del diagnóstico del VIH de los entrevistados varió entre los 7 meses y los 6 años (25 meses como promedio). En general, la atención y el trato en los servicios sanitarios cuando los HJSH VIH-positivos fueron a su visita de control médico fueron valorados como "correctos". Sin embargo, algunos participantes relataron malas experiencias al momento de recibir el diagnóstico del VIH así como mencionaron prejuicios por parte de los médicos de familia con respecto al colectivo homosexual y al inmigrante. Por ello una mejor preparación ética y humana, por parte de los médicos, es exigida por algunos entrevistados. Asimismo, muchos se quejaron o reclamaron un cambio en el tipo de relación que mantienen con el facultativo: desean tener una mayor comunicación, recibir mayor información sobre su infección y un trato más cercano y acogedor. Asimismo, les gustaría que el médico les dedicara mayor tiempo en la visita que les permita hacer preguntas y resolver sus dudas.

Conclusiones:
En general, una mejor relación médico-paciente fue un aspecto que formó parte importante de las necesidades sanitarias de los HJSH VIH-positivos. La mejora en la calidad de esta relación puede implicar una buena oportunidad para realizar una intervención de prevención secundaria con este colectivo. Es importante que el personal sanitario observe o tome conciencia de sus dificultades personales al tratar temas relacionados, por ejemplo, al VIH y la diversidad sexual. Sensibilizar a este personal puede ser útil para entrenarlos y dotarlos de habilidades para enfrentar situaciones difíciles, como la entrega de un diagnóstico del VIH, ya que su actuación puede resultar iatrogénica.

Cuidados y Ciencias Básicas
CO2.01
Estudio comparativo entre la prueba de la Tuberculina, el QUANTIFERON® – TB GOLD I EL T SPOT-TB ® en el diagnóstico de la infección tuberculosa latente en pacientes infectados por el VIH.

X Martinez Lacasa (1), R Font (2), J Domingez (3), I Latorre (3), A Jaen (3), S Benet (3), D Dalmau (3), M Cairó (3), J Lite (4), A de la Sierra (4)

(1) Hospital Universitari Mutua Terrassa, (2) Hospital Universitari Mutua Terrassa, (3) Institut d investigació germans Trias i Pujol, (4) Catlab

Introducción:
La técnicas IGRA han demostrado su utilidad en el diagnóstico de la infección latente tuberculosa (ILT) en pacientes inmunocompetentes, donde mejoran la sensibilidad y la especificidad de la prueba de la tuberculina (PT). El objetivo de este estudio es comparar la concordancia y la utilidad de dichas técnicas en el diagnóstico de la ILT, comparando los resultados con la PT en pacientes infectados por el VIH.

Material y Métodos:
El estudio se realizó en dos hospitales del área de Barcelona entre los años 2010 y 2011. A todos los pacientes se les realizó la PT, QF y T SPOT-TB , de forma paralela. El análisis de la concordancia entre pruebas se realizó mediante el coeficiente kappa.

Resultados:
Se estudiaron un total de 217 pacientes, edad media de 44,0 (DE 9,13); 157 (72,3%) hombres. 16/217 (7,4%) estaban vacunados con BCG. La cifra media nadir de Cd4 fue de 304,6 cel/ml (DE 211,5 cel/ml) y un 15,7% tenían Cd4 <200 en el momento de la inclusión. Un 10,5% (22/217) presentaron una PT positiva frente a un 7,9% (17/217) QF positivo y un 8,4% (18/215) T-SPOT-TB positivo. Analizando los casos de QF positivo en 5/17 (29%) pacientes la PT fue negativa; con una concordancia del 93,0% (K=0,58), mientras que al analizar los casos de T SPOT-TB positivos en 7/18 (31%) la PT fue negativa, con una concordancia del 91,3% (K=0,50). La concordancia entre el QF y el T SPOT-TB fue del 92,7% (K=0,53). Mediante la combinación de QF y TSPOT TB se encontraron un 5,3% (12/215) posibles infectados respecto a la PT. Se registró un 36% (8/22) casos PT positiva con las dos técnicas IGRA negativas, si bien 4/22 eran pacientes vacunados. Por tanto se encontraron sólo

1,9% (4/215) casos de posibles infectados mediante la PT respecto de los IGRAS. En el grupo de vacunados, la PT fue positiva en 5/16 (31,2%), mientras que el QF y el T SPOT-TB fueron positivos en 1/16 (6,2%). En pacientes con Cd4 < 200 las tres técnicas fueron poco sensibles con un 2,9% de positivos para la PT y 5,9% para QF y T SPOT-TB.

Conclusiones:
Tanto el QF como el T SPOT-TB han demostrado su utilidad en el diagnóstico de la ILT con una buena concordancia con la PT, mejorando la sensibilidad y especificidad respecto a la PT cuando se utilizan ambas . Los IGRAS fueron muy útiles para discriminar los falsos positivos de la vacuna con BCG, existiendo muy buena concordancia entre el QF i el T SPOT-TB. Las tres técnicas parecen verse afectadas por la inmunodepresión severa. En pacientes no vacunados se deberían hacer las tres pruebas y considerar infectado cualquier resultado positivo.

Cuidados y Ciencias Básicas
CO2.02

Vigilancia epidemiológica de resistencias transmitidas en pacientes VIH-1 de nuevo diagnóstico en Galicia (2008-2011): Papel de los clusters de transmisión.

Y Vega Rocha (1), E Delgado (1), M Thomson (1), V Montero (1), M Pinilla (1), M Sanchez (1), AM Sanchez (1), L Pérez-Álvarez (1), G Nuevos Diagnósticos (2)

(1) Instituto de Salud Carlos III, (2) Conselleria de Sanidade Xunta de Galicia

Introducción:
Estudiar la frecuencia de mutaciones de resistencia a antirretrovirales en pacientes de nuevo diagnóstico de VIH-1 en Galicia y el papel de los cluster de transmisión en la propagación de las cepas resistentes.

Material y Métodos:
Se incluyen 322 nuevos casos de infección por VIH-1 de Galicia (2008-2011). Se analizaron las mutaciones de resistencia a ITI y a IP siguiendo la relación de mutaciones definidas con fines de vigilancia de cepas resistentes (SDRM), mediante la aplicación Calibrated Population resistance (CPR) del HIV db Program, Base de Datos de la Universidad de Stanford (http://sierra2.stanford.edu/sierra/servlet/JSierra?action=sequenceInput.
El análisis filogenético se realizó con el método de máxima verosimilitud implementado en RAxML.

Resultados:
Veintisiete secuencias (8,4%) presentaron al menos una de las SDRM, incluyendo 5 infecciones recientes y una primoinfección. Veinte casos resultaron de subtipo B y 7 no-B: 2 CRF12_BF, 2 CRF14_BG, 1 A1, 1 F1 y 1 G.
La frecuencia de mutaciones de resistencia asociadas a INTI resultó del 3,4%, a INNTI del 5,3%, a INTI+INNTI del 1,2% y a IP del 1,8%. Se detectaron dos secuencias de la CRF12_BF y una de subtipo B con resistencia a IP+ITI. No hubo ningún caso con SDRM frente a los tres grupos de fármacos. Se observa una tendencia a la disminución en la frecuencia de SDRM a lo largo de los 4 años del estudio.

La mutación más frecuente en TI fue la K103N/S, asociada a resistencia a INNTI y detectada en 10 pacientes (3,1%) (en 3 casos asociada a Y188L), seguida de cambios en la posición 215, asociada a resistencias a INTI y detectada en 8 pacientes (2,4%). En PR la mutación mas frecuente fue la V82A.

El 48% de las 27 muestras con mutaciones de resistencia formaba parte de algún cluster de transmisión, detectándose 6 clusters con cepas resistentes formados por 4 o más individuos (2 de ellos con 8 y uno con 9 individuos). En los 2 clusters de 8 muestras se demostró la transmisión de cepas resistentes con las mutaciones K103N/S e Y188L asociadas a alta resistencia a INNTI.

Conclusiones:
La vigilancia epidemiológica de los clusters de transmisión en los nuevos casos de infección por VIH es especialmente relevante para el conocimiento de la propagación de cepas resistentes, siendo de mayor repercusión en casos de resistencias a múltiples fármacos. La propagación de una variante resistente en una población de conductas de alto riesgo puede conllevar su rápida difusión en la población correspondiente.

Cuidados y Ciencias Básicas
CO2.03

Rápida propagación de un VIH-1 de subtipo F1 entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en Galicia durante los últimos tres años, constituyendo un gran cluster de transmisión

E Delgado Blanco, M Thomson , Y Vega , V Montero , M Pinilla , M Sánchez , A Sánchez A Mariño , MA Castro , L Pérez-Álvarez

Instituto de Salud Carlos III

Introducción:
La transmisión de VIH-1 entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) es actualmente la categoría mayoritaria en España y ha ido creciendo desde el año 2004. Este incremento se asocia a la expansión de virus que se propagan en grandes clusters de transmisión. El mayor cluster de transmisión que hemos identificado se debe a un VIH-1 de subtipo F1 que, según análisis de reloj molecular, se propaga por España, principalmente en Galicia, desde el año 2008, y está relacionado con otros virus de Europa occidental que derivan de virus circulantes en Brasil (JAIDS, 2012; 59:e49-e51).

Material y Métodos:
Secuenciación de PR-RT de 282 nuevos diagnósticos de VIH-1 de Galicia, desde el año 2009. Análisis filogenético de las secuencias con el método de máxima verosimilitud implementado en RAxML.

Resultados:
Hemos identificado 58 infecciones con virus del cluster de transmisión de subtipo F1 en España, todos ellos varones, de nuevo diagnóstico, incluyendo 9 infecciones recientes, de

edades comprendidas entre los 17 y los 55 años (media ± SD: 35 ± 8 años), y transmisión sexual (38 homosexual, 2 bisexual, 9 sexual sin especificar, 6 refieren transmisión heterosexual, y en 3 no hay dato de vía de transmisión). Aunque la mayoría (66%) corresponden a la provincia de A Coruña, también detectamos nuevos diagnósticos con virus de este cluster en Vigo, Pontevedra, Lugo, Ourense, Valladolid y Bilbao.
El 58% de los 19 varones infectados por vía sexual diagnosticados desde 2009 en el Hospital Arquitecto Marcide de Ferrol y el 42% de los 65 diagnosticados en el Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, se infectaron con virus del cluster F1.
En 2 pacientes de este cluster F1 se detectan infecciones dobles con virus de subtipo B, uno de ellos circulante en otro cluster de subtipo B.

Conclusiones:
La rápida expansión de este cluster sugiere la confluencia de 2 factores principales: por una parte, la relajación en las conductas sexuales entre HSH, reflejada en el alto número de infecciones que se han producido en un corto periodo de tiempo y en las infecciones dobles que se detectan, y, por otra, una posible ventaja genética intrínseca del virus, que aumente su capacidad para establecer nuevas infecciones.
Los estudios de epidemiología molecular y filodinámica aplicados al análisis de secuencias de VIH-1 implicadas en nuevos diagnósticos pueden resultar de gran utilidad en salud pública al permitir estimar la dinámica de propagación epidémica de las variantes virales.

Aspectos epidemiológicos de la infección VIH

CO3.01

Incidencia de VIH en personas que acuden a centros de diagnóstico de VIH/ITS: diferencias según mecanismo de transmisión (Estudio EPI-VIH)

F Sánchez Alonso (1), S Galindo (1), J Trullén (2), I Pueyo (3), B Martínez (4), C Rodríguez (5), I Sanz (6), ML Junquera (7), MC Landa (8)

(1) CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA, (2) CENTRO DE INFORMACIÓN Y PREVENCIÓN DEL SIDA DE CASTELLÓN, (3) CENTRO DE DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN DE ETS DE SEVILLA, (4) UNIDAD DE PROMOCIÓN Y APOYO A LA SALUD (UPAS) MÁLAGA, (5) CENTRO SANITARIO SANDOVAL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD (SMS), (6) PLAN DEL SIDA DEL PAÍS VASCO. SAN SEBASTIÁN, (7) UNIDAD DE ETS, HOSPITAL MONTE NARANCO DE OVIEDO, (8) COFES ITURRAMA. PAMPLONA (NAVARRA)

Introducción:
Describir los factores asociados a la seroconversión del VIH, según mecanismo de transmisión, en personas que se repitieron la prueba en una red de centros específicos de diagnóstico de VIH/ITS.
Material y Métodos:
Estudio prospectivo. Se identificó una cohorte dinámica de personas que acudieron a realizarse la prueba del VIH más de una vez en uno de los 20 centros que componen la red del EPI-VIH entre 2000-2009. Los criterios de inclusión fueron: tener un resultado negativo en la primera prueba de VIH, realizarse la prueba de VIH al menos una vez más en el mismo centro durante el período y que el tiempo entre las dos últimas pruebas de VIH fuera inferior a 3 años.
La seroconversión se estimó como el punto medio entre la fecha de la última prueba negativa y la primera positiva. Se calcularon tasas de incidencia de VIH (TI) y su intervalo confianza al 95% (IC95%), global y estratificadas según las distintas subpoblaciones utilizando el método de Poisson. Se ajustaron modelos de regresión de Poisson estratificados para hombres que tuvieron relaciones sexuales con hombres (HSH), usuarios de drogas (UDI) y heterosexuales por haberse observado una interacción entre vía de transmisión y otras variables.

Resultados:
En total 30.679 pacientes cumplieron los criterios de inclusión (9.041 HSH, 884 UDI y 20.308 heterosexuales), de los que 642 (2,1%) seroconvirtieron. La tasa de incidencia global fue de 10 por 1000 personas-año (pa) (IC95%:9,3-10,8). La incidencia fue mayor en los HSH (25,3/1000 pa) y UDI (15,9/1000 pa) que en los heterosexuales (1,0/1000 pa).

Los factores asociados con una mayor incidencia fueron: entre los HSH, ser de Latinoamérica (OR: 1,7; IC95%:1,4-2,1); entre los UDI, ser transexual (OR: 80,7;IC95%:6,1-1061,1); entre los heterosexuales ser de origen africano (OR:6,4;IC95%:2,3-18,2).
Los factores asociados con una menor incidencia fueron: entre los HSH, ser transexual (OR:0,2;IC95%:0,1-0,7) y mayor de 49 años; entre los heterosexuales, ejercer la prostitución (OR:0,4;IC95%:0,2-1,0).

Solo se observó una tendencia al alza en la incidencia durante el periodo 2003-2009 en los HSH.

Conclusiones:
La incidencia de seroconversión al VIH es muy diferente según las subpoblaciones a riesgo. La incidencia del VIH en HSH mostró una tendencia creciente en el periodo por lo que resulta necesario reforzar medidas preventivas en esta población, en particular entre los latinos y los menores de 50 años.

Financiación: FIPSE: Exp 36303/02, 36537/05 y 36794/08

Aspectos epidemiológicos de la infección VIH

CO3.02

Características inmunovirológicas y patrones de mutaciones de resistencia en pacientes inmigrantes VIH+ con fracaso virológico en España

A Jaen Manzanera (1), M Alvarez (2), L Anta (3), F Garcia (3), A Aguilera (4), JL Blanco (5), C Mendoza (5), D Dalmau (1)

(1) Fundaciò Docència i Recerca Mútua Terrassa. Hospital Universitari Mutua Terrassa, (2) Hospital Sant Cecilio de Granada, (3) Hospital Carlos III. Madrid, (4) Hospital Conxo-CHUS, (5) Hospital Universitario Clìnic de Barcelona

Introducción:
El objetivo de este estudio es determinar si existen diferencias según el país de origen en las características inmunovirológicas, exposición a tratamiento antirretroviral (TARV) y en los patrones de mutaciones asociadas a Resistencias (MAR), en pacientes VIH+ con fracaso virológico (FV>1000 copias/ml)

Material y Métodos:
Los genotipos de resistencia e información clínica de los pacientes VIH+ seguidos en 22 hospitales de España, se recogen periódicamente en la base de datos de resistencias de la Red de Investigación en SIDA (ResRIS). Se incluyeron los genotipos disponibles hasta enero de 2011 de todos aquellos pacientes con FV e información de país de origen. Las MAR a los ARV se definieron según las recomendaciones del algoritmo RIS (www.retic-ris.net). El análisis estadístico para determinar diferencias por lugar de origen se realizó mediante la prueba exacta de Fisher, o Mann-Whitney

Resultados:
De un total de 1.225 pacientes, 211 (17,2%) eran inmigrantes. En esta población se observó: una mayor proporción de jóvenes (<36 años: 30.3 vs 25,9%; p<0.05) y una mediana de cd4 menor (258 vs 300). No se encontraron diferencias significativas en la distribución por sexos o mediana de CV. La proporción de subtipos no B fue mayor entre inmigrantes (26,1 vs 3,6%; p<0.001). Entre los subtipos no B, la forma recombinante 02_AG fue la más frecuente tanto en inmigrantes (20,4%) como en españoles (30,6%). Hubo diferencias en la prevalencia de MAR a los análogos de nucleosidos (ITIAN) con menor frecuencia en inmigrantes tanto de las TAM (19,0 vs 36,4%; p<0,0001) como de la M184V (25,1 vs 33,9%; p<0.05) y L74V (3,8 vs7,7%;p<0.05). Asimismo, se encontró una menor exposición a 3TC y ddI (32,7 vs 12,9 y 17.1 vs 26.4%, respectivamente; p<0.01) y una mayor exposición a FTC (45,0 vs 27,5%; p<0.001). No se observaron diferencias en la frecuencia de MAR en relación con los no análogos de nucleosidos (ITINAN). Las MAR de los Inhibidores de Proteasa L90M (4,7% vs 13,0%) y I84V (0.95 vs 5,5%) se observaron con una significativa (p<0.01) menor frecuencia entre la población inmigrante, así como una menor exposición a indinavir y una mayor exposición a darunavir (0,47 vs 3,3, y 8,5 vs 4,1, respectivamente; p<0.05)

Conclusiones:
Existen diferencias inmunológicas y de subtipo entre los pacientes VIH+ con fracaso virológico según el país de origen. En la población inmigrante se encontró una menor prevalencia de mutaciones de resistencias asociadas a los ITIAN e IP que se explican por una diferente exposición a determinados ARV

Aspectos epidemiológicos de la infección VIH

CO3.03

Factores asociados a diagnóstico de sífilis o gonococia en personas que ejercen la prostitución en una red de centros de ITS

A Diaz Franco (1), C Garriga (1), JA Varela (2), T Zafra (3), I Sanz (4), J Boronat (5), P Gómez-Pintado (6), F Gual (7), C Colomo (8), por Grupo de Trabajo sob (1)
(1) Centro Nacional de Epidemiología, (2) Centro ETS. Gijón, (3) CIPS. Alicante, (4) Plan del sida País Vasco. San Sebastián, (5) CAP Tarragonés. Tarragona, (6) Instituciones Penitenciarias, (7) CATS.Murcia, (8) Centro ETS. Ayto Madrid

Introducción:
El objetivo de este trabajo es caracterizar a las personas que ejercen la prostitución (PEP) diagnosticadas de sífilis o gonococia en una red de centros de infecciones de transmisión sexual (ITS) y determinar sus factores asociados.

Material y Métodos:
Estudio descriptivo. Ámbito: 15 centros de ITS e Instituciones Penitenciarias (julio 2005-diciembre 2009). Se recogió información clínico-epidemiológica en un cuestionario estandarizado. Se realizó un análisis descriptivo,bivariante y multivariante utilizando la Odds Ratio (OR) y su intervalo de confianza al 95% (IC95%) como medida de asociación.

Resultados:
Se identificaron 3.934 casos de sífilis o gonococia: 330 eran PEP y 3.604 atribuyeron la ITS a relaciones sexuales no comerciales. También se diagnosticaron 323 clientes de prostitución (excluidos en este análisis).

La mayoría de las PEP eran mujeres (72%) y un 7% transexuales. El 75% tenía menos de 35 años, y el 43% bajo nivel de estudios. El 63% procedía de Latinoamérica,18% de Europa del Este y 12% de España. Casi la mitad (45%) se diagnosticó por cribaje, mientras que el 27% presentaba clínica. El 50% de las PEP presentaba sífilis. El 32% refería antecedentes de ITS. Uno de cada cuatro casos tenía otra ITS concurrente,y un 9% estaba infectado por VIH.

Los casos que atribuyeron su ITS a relaciones no comerciales fueron generalmente hombres (92%), menores de 35 años (61%), españoles (72%) o latinoamericanos (15%), con alto nivel de estudios (52%), y en su mayoría HSH (69%). El 65% refirió síntomas/signos y el 48% fue diagnosticado de sífilis. La prevalencia de VIH fue del 16%.

Los factores asociados a ser PEP fueron: ser mujer (OR: 36,8; IC95%:20,0-67,6) o transexual (OR:2705,8; IC95%:275,5-26574,8); menor de 25 años (OR:2,1; IC95%:1,1-3,8)y entre 25-34 años (OR:2,2; IC95%:1,3-3,9); con bajo nivel de estudios (OR:2,0; IC95%:1,3-3,2); proceder de Europa del Este (OR: 10,6; IC95%:5,6-20,0), Latinoamérica (OR:11,1; IC95%:7,0-17,3), África Subsahariana (OR: 5,8; IC95%:1,9-17,3) o Norte de África (OR:10,6; IC95%:4,1-27,5); tener ITS previas (OR:2,5; IC95%:1,6-3,9); y presentar gonococia (OR:1,9; IC95%: 1,3-2,8). Comparado con el año 2006, las PEP van disminuyendo en los años siguientes

Conclusiones:
Una proporción significativa de casos de sífilis o gonococia se produjeron en PEP, donde se encuentran sobrerrepresentadas las mujeres jóvenes, extranjeras y con bajo nivel de estudios. Estos resultados contribuyen a delimitar las características de una de las poblaciones "core" más importantes para las ITS.

Financiación FIPSE (Exp 36646/07)

Aspectos epidemiológicos de la infección VIH

CO3.04

Estimación de la prevalencia de diagnóstico tardío entre los Pacientes que inician tratamiento Antirretroviral

I Cañamares Orbis (1), H Navarro Aznarez (1), P Arazo Garces (2), R Abad Sazatornil (1), C Gomez Baraza (1), I Larrode Leciñena (1), Y Alonso Triana (1), MJ Rabanaque Hernandez (3)

(1) Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Miguel Servet, (2) Unidad de Infecciosos, H.U. Miguel Servet, (3) Departamento de Microbiología, Salud Pública y Medicina Preventiva, Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza

Introducción:
En marzo de 2009 el European Late Presenter Working Group estableció una definición consenso de diagnóstico tardío (DT) como aquella infección por VIH no diagnosticada y recuento inferior a 350 CD4/µl, o evento definitorio de SIDA a pesar del recuento de CD4. El objetivo es determinar la prevalencia de DT partiendo de los pacientes que iniciaron tratamiento antirretroviral (TAR) en un hospital universitario español, y comparar los resultados según la definición clásica de DT como recuento < 200 CD4/µl.

Material y Métodos:
Estudio observacional retrospectivo que ha incluido a los pacientes VIH a los que se les dispensó TAR por primera vez desde el Servicio de Farmacia desde el 01/01/2008 hasta el 31/12/2009. Se excluyeron niños, embarazadas y profilaxis postexposición. Variables analizadas: edad, sexo, procedencia, conducta de riesgo de transmisión, recuento de CD4 en el momento diagnóstico y tiempo desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento.

Resultados:
De los 105 pacientes que iniciaron TAR, el recuento de CD4 estuvo disponible en el 82,9% (87/105) de los pacientes. De ellos, el 35,6% presentaron un recuento <200 CD4/µl y el 60,9% presentaron un recuento <350 CD4/µl. La comparativa de las características demográficas según el criterio clásico frente al actual fue respectivamente: 77,4%-73,6% fueron hombres, con una edad media al diagnóstico de 40,7 años (IC95% 37,1-43,6) frente a 38,5 años (IC95% 36,0-41,1), de procedencia española en el 51,6%-50,9% de los pacientes. La conducta de riesgo de transmisión más frecuente fue heterosexual (45,2%-49,1%), seguida de homosexual (19,4%-22,7%), sexual sin especificar (19,4%-15,1%) y usuarios de drogas por vía parenteral (16,1%-13,1%). La mediana de tiempo desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento fue de 1,70 meses (RQ 2,72) según el criterio de DT clásico frente a 2,40 meses (RQ 2,77) según el criterio actual.

Conclusiones:
El 60% de los pacientes que iniciaron tratamiento fueron DT, a pesar de contar con una prueba diagnóstica universal y gratuita en España. El cambio de criterio ha supuesto un aumento de la prevalencia de DT del 35,6% al 60,9%. Según el criterio de DT actual, el perfil del paciente con DT de infección por VIH es hombre, de 38 años de edad al diagnóstico y conducta de riesgo de transmisión heterosexual. La mediana de tiempo desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento fue de 2,4 meses.

Aspectos epidemiológicos de la infección VIH

CO3.05

Preocupante situación de la infección por el VIH en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en Madrid (2005-2010)

C Rodríguez Martín, P Clavo Escribano, J Ballesteros Martín, T Puerta López, M Vera García, S Del Corral Del Campo, N Jerez Zamora, MA Neila Paredes, M Raposo Utrilla, J Del Romero Guerrero

CENTRO SANITARIO SANDOVAL

Introducción:
Desde el inicio de la epidemia, el colectivo de HSH ha mostrado una mayor vulnerabilidad a la infección por el VIH. Nuestro objetivo es conocer la tendencia de la infección por el VIH en los HSH.

Material y Métodos:
El estudio se realizó en una clínica de infecciones de transmisión sexual (ITS) de Madrid. Se incluyeron todos los HSH que se realizaron la prueba del VIH entre 2005 y 2010, en primera consulta. La prevalencia y el número de diagnósticos del VIH a lo largo de los años se analizaron en función del país de origen, edad, categoría de transmisión. A los pacientes se les pasó un cuestionario estructurado con objeto de identificar conductas de riesgo frente al VIH y establecer consejo preventivo individualizado.
La serología del VIH se realizó por MEIA (Architect , Abbott y Western blot (New Lab blot, Bio rad) para la confirmación

Resultados:
Entre 2005-2010 se realizaron 34.304 serologías del VIH, de las cuales 14.934 correspondieron a HSH (6.982 en 1ª consulta y 7.952 en revisión). Centrándonos en los 6.982 HSH que acudieron en 1ª consulta, la edad media fue de 31±9 años, la seroprevalencia (SPV) del VIH fue del 13,4%, el número de HSH anualmente osciló entre 922 en 2005 y 1.271 en 2010. El número de diagnósticos de VIH pasó de 103 en 2005 a 191 en 2010 y la SPV del VIH del 11,2% en 2005 y 15% en 2010 (p=0,008). Según región de origen la SPV del VIH fue del 9,5% en españoles y del 18% en inmigrantes (p<0,001). La evolución de la SPV experimentó un incremento desde el 6,8% en 2007 al 12,2% en 2010 en los españoles (p<0,001); y entre los inmigrantes desde el 17,2% en 2007 al 23,7% en 2010 (p<0,05).
La prevalencia del VIH según la edad fue del 5,5% para los pacientes de 13 a 20 años, 11,2% para los de 21-30 años, 13,7% en los de 31-40 años y 12% para los mayores de 40 años. La evolución de la SPV del VIH entre los 473 HSH más jóvenes (13 a 20 años), indica un preocupante incremento que va desde el 0% en 2005 al 10.3% en 2010.

Conclusiones:
Se ha producido un notable aumento tanto en el número de diagnósticos como en la prevalencia del VIH en HSH. Estos datos alertan sobre la preocupante situación respecto al VIH de los HSH en la Comunidad de Madrid, especialmente entre los más jóvenes, y refuerzan la urgente necesidad de establecer programas de educación sexual más enérgicos y específicos dirigidos a este colectivo.

Aspectos epidemiológicos de la infección VIH

CO3.06

Riesgo sexual en HSH latinos en Espaæa. Resultados de la Encuesta EMIS

R Soriano Ocon (1), P Fernandez Dávila (2), C Folch Toda (3), L Ferrer Serret (3), J Casabona Barbara (3), M Díez Ruiz-Navarro (4)

(1) SPNS del MSSSI, (2) CEEISCAT - STOP SIDA, (3) CEEISCAT, (4) SPNS del MSSSI

Introducción:
Los objetivos de esta comunicación son: (1) comparar las prácticas sexuales y las variables asociadas al riesgo de infección por el VIH entre HSH de origen latinoamericano y HSH españoles; y (2) determinar los factores asociados a la penetración anal no protegida (PANP) con parejas sexuales ocasionales.

Material y Métodos:
De junio a agosto del 2010, la European MSM Internet Survey (EMIS) movilizó a más de 180.000 encuestados de 38 países europeos reclutados a través de páginas de contactos gais. El cuestionario abarcó, entre otros temas: conductas sexuales de riesgo, historia de ITS, prueba y prevalencia del VIH, conocimiento sobre el VIH/ITS/PPE y necesidades de prevención. El análisis estadístico incluyó prueba de chi-cuadrado (&t#967;_) y regresión logística.

Resultados:
13.311 hombres respondieron el cuestionario en España, de los que 9.928 (75,7%) eran nativos y 2.900 (22,1%) personas de origen extranjero. De estos últimos, 1.536 eran de origen latinoamericano (11,7% del total de encuestados). Los países de origen más frecuentes de los HSH latinos fueron Venezuela (14,9%), Argentina (14,3%), Colombia (13,7%), México (12,9%) y Brasil (11,7%). En comparación a los HSH españoles, los latinos refirieron de forma significativamente más frecuente tener mayor nivel de estudios (67,1% vs. 57,3%). Así mismo, respecto al último año, refirieron haber recibido dinero a cambio de sexo (13,5 % vs. 3,9%), haber tenido más de 10 parejas sexuales (35,7% vs. 29,2%), haber tenido más episodios de PANP con una pareja ocasional (51,6% vs. 45,1%) y haber consumido drogas (58,1% vs. 48,9%). Asimismo, reportaron de forma estadísticamente significativa mayor probabilidad de haberse realizado alguna vez el test del VIH (83% vs. 71%), y mayor prevalencia de ITS (17,7% vs. 10,2%) e infección VIH (13,1% vs. 7,7%). En el análisis multivariado, la PANP con parejas sexuales ocasionales estuvo asociada con: ser menor de 40 años, tener menor conocimiento sobre el VIH/ITS/PPE, sentirse solo, tener un mayor número de parejas sexuales, consumir drogas para sexo (poppers y viagra), haber tenido una ITS en el último año y haber visitado un local de sexo.

Conclusiones:
Los HSH latinos que residen en España presentan mayor frecuencia de algunas conductas de riesgo frente al VIH que los HSH locales, así como una mayor prevalencia del VIH y otras ITS. Aspectos emocionales vinculados con la inmigración pueden estar asociados a conductas de riesgo. Deben por lo tanto proponerse intervenciones preventivas específicas y más estudios que exploren esa mayor vulnerabilidad.

Prevención

CO4.01

El rol de la preocupación por la salud en la prevención del VIH

R BALLESTER ARNAL (1), E RUIZ PALOMINO (1), MD GIL LLARIO (2), C GIMENEZ GARCIA (1), B GIL JULIA (1)

(1) UNIVERSITAT JAUME I , (2) UNIVERSITAT DE VALENCIA.ESTUDI GENERAL

Introducción:
Desde una perspectiva clínica se entiende la preocupación como una tendencia general o un rasgo que cumple un importante papel en los procesos emocionales (Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990). El polo no patológico del continuo desempeñaría funciones tales como la previsión de amenazas potenciales y la preparación para su afrontamiento, mientras que su expresión patológica se encontraría en pacientes como los hipocondríacos. Nuestro objetivo es analizar la relación entre este constructo y variables relevantes en la prevención del VIH.

Material y Métodos:
La muestra está compuesta por 467 estudiantes de la Universitat Jaume I de Castellón (España) con edades comprendidas entre los 18 y 26 años (x=20,62; DT=2,14). Los instrumentos de evaluación utilizados fueron el Cuestionario de Prevención del Sida (Ballester, Gil y Giménez, 2007) y la adaptación española de Castañeiras, Belloch y Botella (1997) del Cuestionario de Preocupaciones sobre la Salud (Davey y Tallis, 1994).

Resultados:
La muestra obtiene puntuaciones medias en preocupación por la salud (x=40,73; DT=9,86). En el análisis de correlaciones entre este constructo y otras variables implicadas en la prevención del VIH-Sida se obtienen correlaciones significativas con signo positivo sólo con temor a la infección por VIH (p=.001). Sin embargo, no se encuentran correlaciones significativas con: nivel de información autoinformado sobre VIH (p=.337), probabilidad percibida de infección (p=.351), gravedad percibida de la enfermedad (p=.836), confianza en la fiabilidad del preservativo (p=702), autoeficacia en el uso del preservativo (p=.248), uso del preservativo en coito vaginal (p=.061), coito anal (p=.891), sexo oral (p=.962), con pareja estable (p=.076), con pareja esporádica (p=.992) y bajo los efectos de alcohol o drogas (p=.718).

Conclusiones:
La preocupación sobre la salud como proceso cognitivo adaptativo está implicado en la actitud hacia el cuidado general de la salud, por lo que cabría esperar que se relacionara con diferentes variables preventivas. Sin embargo, únicamente se han obtenido correlaciones significativas con otra variable emocional (temor a la infección por VIH) y no con información sobre VIH, actitudes hacia el uso del preservativo, creencias o comportamientos preventivos. Sería necesario seguir investigando si este constructo actúa de forma indirecta, a través de su influencia en otras variables relevantes en el ámbito de la prevención del VIH.

Prevención

CO4.02

Evaluando la prevención del VIH entre jóvenes escolarizados: resultados que legitiman el trabajo realizado

N Bertran de Bes, F Costa Guillén, P Gutiérrez Lucero, D Paricio Salas, E Soto Rubio

SIDA STUDI

Introducción:
El programa creado por SIDA STUDI promueve la prevención del VIH mediante la promoción de una sexualidad saludable. Contempla dos tipologías de intervención complementarias, las dos evaluadas, que se adaptan a distintos perfiles de edad y toman como punto de partida la responsabilidad individual de los/las jóvenes. Se pretende evaluar las intervenciones realizadas para conocer la muestra, la satisfacción (proceso), conocer su utilidad y resultados.

Material y Métodos:
Durante el curso escolar 2010 -2011, SIDA STUDI realizó un estudio pre-post sin grupo control. El estudio incluye 7 centros educativos donde se realizaron intervenciones en provincia de Barcelona. Consistían entre 4 y 6h evaluadas por un cuestionario autoadministrado al inicio, uno al final y otro un mes después de finalizar la intervención. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS versión 17 para Windows.

Resultados:
La muestra está compuesta por 620 jóvenes (50,8% Chicos y 49.2% chicas) de 14 a 20 años concentrándose principalmente entre los 15 y 17 años.
En los datos del perfil respecto a su experiencia sexual, se observa que un 37% de los/las jóvenes participantes ya han realizado el coito.
Antes de iniciar la intervención alrededor del 20% de los/las jóvenes había mantenido prácticas sexuales sin protección, mientras que un mes después de finalizar la intervención se observa que estos datos disminuyen a un 12% (T<.005).
Según los datos pre-post, se destacan aquellos resultados con diferencias estadísticamente significativas: existen cambios relevantes en las situaciones de negociación del preservativo en la pareja. Así, ante la falta de preservativo, se observa una tendencia a realizar otras prácticas sexuales que no incluyan la penetración vaginal/anal (T<.05); aumentan sus conocimientos respecto al VIH y vías de infección (T<.001), sobre la correcta colocación del preservativo (T<.001) y sobre los riesgos derivados del coito interrumpido (T<.001).

Conclusiones:
Finalizadas las intervenciones, los datos revelan que éstos son recursos útiles para los/las jóvenes, como se puede observar en el descenso del número de las prácticas sexuales desprotegidas. Después de impartir el programa, se detecta un cambio de opinión o percepción de la salud sexual; son más conscientes de los riesgos a la hora de gestionar sus relaciones sexuales y negociar el uso de un método preventivo. Todo ello, pone de manifiesto la necesidad de continuar desarrollando actividades de educación sexual en medio escolar, contribuyendo a aumentar los recursos de los que disponen sobre su salud.

Prevención

CO4.03

¿Qué piensan los adolescentes españoles sobre el Sida?: Conocimientos, actitudes y creencias sobre la infección por VIH

MD GIL LLARIO (1), E RUIZ PALOMINO (2), R BALLESTER ARNAL (3), C GIMENEZ GARCIA (3), J CASTRO CALVO (3)

(1) UNIVERSITAT JAUME I , (2) UNIVERSITAT JAUME I , (3) UNIVERSITAT JAUME I

Introducción:
La adolescencia es una etapa de exploración en la que muchas personas inician la actividad sexual. La falta de información, las falsas creencias y las actitudes negativas frente al VIH aumentan el riesgo y la vulnerabilidad a la infección por VIH así como el estigma hacia los afectados. Según un informe de UNICEF (2005) realizado con 17 países, más de la mitad de los adolescentes no sabía citar ni un solo método para protegerse contra el VIH. Concretamente eran las chicas las que presentaban más desconocimiento.

Material y Métodos:
Se analizan las respuestas de 224 adolescentes entre 13-16 años (x=14,54; DT=0,84) de diferentes centros educativos de Castellón (España), al Cuestionario de Información, Actitudes y Comportamientos de Salud de Ballester y Gil (2007). Concretamente se seleccionaron los ítems incluidos en el componente de prevención del VIH-Sida.

Resultados:
Los adolescentes obtienen la información acerca de temas sexuales mayoritariamente por amigos/as (73,5%), seguido de padres/madres (50,3%), revistas (18,5%), profesores/as (16,6%) y hermanos/as (15,6%). Otro porcentaje informa que la consigue a través de otros medios (23,6%). Más de la mitad de la muestra dice estar entre algo y muy "harto/a" de oír hablar de Sida (61,2%) aunque les preocupa entre algo y mucho, poder contraer la enfermedad (77,7%). Un 87,3% no está nada de acuerdo en que sólo los homosexuales y drogodependientes pueden contraer el Sida y un 63% tampoco lo está en que se reconoce a los enfermos de Sida por su aspecto físico. Sin embargo, existe más duda con la existencia de una vacuna para prevenir el Sida (44,5%). Por último, la mayoría de los adolescentes afirma que ayudaría a un amigo en el caso que tuviera Sida (96%). No obstante, alarma comprobar cómo un 19,4% está entre bastante y muy de acuerdo con la idea de que a los enfermos con Sida se les debería aislar para que no "contagiaran" a nadie. En función del género, las chicas muestran comportamientos más empáticos y solidarios, así como más preocupación por la enfermedad, mientras que los chicos presentan más conocimientos erróneos.

Conclusiones:
La atribución de la enfermedad a ciertos colectivos o la creencia en la posible curación del Sida pueden disminuir la percepción de riesgo y aumentar la realización de prácticas desprotegidas. Asimismo ciertas creencias pueden favorecer el estigma hacia las personas con VIH. Resulta necesario evaluar el nivel de conocimientos que los adolescentes disponen para adecuar las intervenciones preventivas a sus necesidades.

Prevención

CO4.04

Uso del preservativo en adolescentes españoles: motivaciones y barreras

E RUIZ PALOMINO, C GIMENEZ GARCÍA, R BALLESTER ARNAL, A ENRIQUE ROIG, J CASTRO CALVO

UNIVERSITAT JAUME I

Introducción:
Según el último informe del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2011), el 24,3% de los nuevos casos de infección por VIH diagnosticados en España se dan en jóvenes entre 20 y 29 años. La adolescencia es un periodo crítico en el cual el impulso hacia la experiencia puede conllevar la práctica de conductas de riesgo para la salud.

Material y Métodos:
Se administró el Cuestionario de Información, Actitudes y Comportamientos de Salud de Ballester y Gil (2007), concretamente los ítems incluidos en el componente de conducta sexual, a 221 adolescentes entre 13-16 años (x=14,55; DT=0,85) de diferentes centros educativos de Castellón (España).

Resultados:
Un 25,1% de los adolescentes confirma haber tenido relaciones sexuales (por género, un 34,1% de los chicos y un 18,3% de las chicas). El tipo de prácticas realizadas fue coito vaginal (21,3%), masturbaciones mutuas (17,3%), sexo oral (13,9%) y coito anal (2%). El porcentaje aumenta a 43,6% cuando se les pregunta por masturbaciones propias. La edad media de la primera relación sexual en la muestra total es de 14,14 años (DT=1,18). Según el género, la edad de los chicos es inferior (x=13,83; DT=1,39) a la de las chicas (x=14,56; DT=0,59) siendo las diferencias estadísticamente significativas (t=-2.584; p=.013). Del total de la muestra que ha informado haber tenido relaciones sexuales, un 92,45% ha contestado que suele utilizar el preservativo por evitar embarazos (100%), evitar el Sida (66%), evitar ITS (54%) o por otros motivos no especificados (9,8%). Sin embargo, cuando los adolescentes no utilizan el preservativo es porque no los llevan encima (58,6%), corta el rollo (34,5%), es caro (20%) o les da vergüenza comprarlo (3,4%).

Conclusiones:
En la etapa preadolescente se empiezan a observar las primeras experiencias sexuales que pueden implicar algún riesgo respecto al VIH y otras ITS. De hecho, más de la mitad de la muestra evaluada en nuestro estudio que utiliza el preservativo lo hace para prevenir el VIH y otras ITS. Sin embargo el principal motivo para usarlo en esta muestra es la prevención del embarazo. Entre las razones para no usarlo destacan no disponer de ellos en el momento en que surge la relación sexual y una actitud negativa hacia el preservativo, ya que piensan que éste interfiere en el contexto o ambiente creado para la relación sexual. Conocer las ventajas e inconvenientes que supone para los adolescentes el uso del preservativo nos ayudará a mejorar las intervenciones dirigidas a la promoción de la conducta sexual segura.

Prevención

CO4.05

Estudio preliminar de contactos de riesgo de personas con diagnóstico reciente de VIH en la consulta de enfermería de un hospital de tercer nivel

E Fernández González, C Ligero Martínez, A Tricas Martínez, M Robau Gassiot, L Leal Alexander, F García Alcaide, JM Gatell Artigas, A León Garcia

Hospital Clinic de Barcelona

Introducción:
El estudio de personas con contacto íntimo de tuberculosis ha demostrado ser gran utilidad sanitaria. Para su desarrollo se han establecido distintas fases de estudio. El estudio de contactos en la infección por VIH es anecdótico y sin circuitos sanitarios establecidos. Objetivo: Realizar la primera fase del cronograma de estudio de contactos en los nuevos diagnosticados de VIH, conocer sus características y de sus contactos.

Material y Métodos:
Estudio observacional,transversal desde 2009 a 2011 en un hospital de tercer nivel. En la primera visita de enfermería se registra consecutivamente los contactos de los recién diagnosticados de VIH. Se definieron contactos de riesgo los individuos que han tenido relaciones sexuales o han compartido material contaminado con la persona recién diagnosticada en los tres meses previos al diagnóstico. Se recogieron las variables: edad, sexo, orientación sexual, numero de parejas sexuales, serologías de los contactos, situación inmunológica y carga viral al diagnóstico.

Resultados:
534 personas recién diagnosticadas de VIH fueron remitidas a la consulta de enfermería, 47% (250) presentaron serología negativa a VIH en los 12 meses previos. 483 (90%) fueron hombres de los cuales 406 (84%) reportaron haber tenido relaciones sexuales con hombres. 23% (120) nunca se había realizado una serología a VIH, 19% por ausencia de percepción de riesgo y 4% por miedo a conocer el resultado. 235 pacientes (44%) tenían <350 CD4 y 296 (55%) una viremia plasmática >20000 en la primera visita.
En el estudio de contactos, se determinó el estado serológico de las parejas sexuales de 116 (22%) pacientes, siendo VIH positivos 12% (68/116) los cuales realizan seguimiento en nuestro hospital. 272 pacientes (51%) no aportaron información relevante sobre sus contactos, el 47% (127/272) debido a relaciones casuales con personas no localizables

Conclusiones:
La población recién diagnosticada de VIH en este estudio es mayoritariamente HSH, con un tiempo de infección inferior a 1 año y susceptibles de recibir TARGA. Un número importante de ellos nunca se habían realizado pruebas de VIH por falta de percepción de riesgo o por miedo. En ésta primera aproximación al estudio de contactos se evidencia que un considerable número de nuevos infectados tiene relaciones casuales no localizables por lo tanto el estudio de contactos es dificultoso. La consulta de enfermería hospitalaria podría ser un espacio propicio para realizar la búsqueda y seguimiento de éstos.
Esta información permitirá avanzar en el desarrollo futuro del estudio de contactos

Prevención

CO4.06

Análisis de la evolución de conocimientos, actitudes y conductas preventivas ante la infección por VIH (2004-2011).

C GIMÉNEZ GARCÍA (1), MD GIL LLARIO (2), R BALLESTER ARNAL (1), S GÓMEZ MARTÍNEZ (1), B GIL JULIA (1)

(1) UNIVERSITAT JAUME I , (2) UNIVERSITAT DE VALENCIA.ESTUDI GENERAL

Introducción:
El cambio en el comportamiento del VIH-Sida durante la última década viene determinado, en buena medida, por los cambios comportamentales de la propia población. Por ejemplo, en la actualidad, los hábitos sexuales de los jóvenes y su comportamiento ante el VIH-Sida son determinantes en su prevalencia.

Material y Métodos:
En consecuencia, el presente estudio examina la evolución de las conductas de riesgo para la infección por VIH entre jóvenes de la Comunidad Valenciana, entre 2004 (n=238) y 2011 (n=265), en concreto, conocimientos y actitudes sobre el VIH, así como la intención de uso y el uso real del preservativo en distintas conductas, mediante el Cuestionario de Prevención del Sida (Ballester et al. 2004).

Resultados:
En los resultados, se encuentran diversas diferencias significativas. Por ejemplo, en 2011 los jóvenes perciben tener más información (t=-2.33, p=.020) aunque no se han observado diferencias en cuanto al conocimiento objetivo sobre las vías de infección del VIH respecto a 2004. Asimismo, variables como la probabilidad percibida de infección, el temor ante el VIH o la confianza en el preservativo no mejoran desde 2004 y otras como la percepción de gravedad del VIH (t=2.13, p=.034) y la intención de utilizar preservativo (t=3.69, p=.000) empeoran significativamente en 2011. Además, los jóvenes de 2004 informan un mayor uso del preservativo en prácticas como el coito vaginal o las relaciones con pareja estable, aunque en 2011 su uso es más frecuente para el coito anal y el sexo oral.

Conclusiones:
De estos datos se deriva que podemos estar asistiendo a una cierta relajación en los comportamientos preventivos de los jóvenes y por lo tanto urge la reactivación de campañas de prevención en este colectivo.

Aspectos Sociales

CO5.01

Reduciendo el estigma y la discriminación hacia las personas con VIH en el mundo laboral

C Figna García (1), M J Fuster Ruiz de Apodaca (2)

(1) CALCSICOVA, (2) SEISIDA

Introducción:
Objetivo: Reducir el estigma y la discriminación hacia las personas con VIH en el mundo laboral.

Material y Métodos:
Método: Intervención de carácter grupal con metodología de educación participativa dirigida representantes sindicales. Se han realizado cinco talleres en el periodo de 2009 a 2011 en la Comunidad Valenciana. Cada taller tiene una duración de ocho horas y se divide en dos módulos. El primer módulo va dirigido aumentar el nivel de información y corregir creencias erróneas sobre la transmisión por contacto casual del VIH. El segundo, persigue incrementar la empatía hacia las personas con VIH y analizar las causas, formas y consecuencias del estigma. Se realiza una evaluación pre-experimental con medidas pre y post test. La variable dependiente es el nivel de prejuicio y se mide a través de la escala de Visser et al. (2008). Esta escala consta de 17 ítems y mide dos aspectos del prejuicio hacia las personas con VIH: las atribuciones de culpa de las personas con VIH y la distancia interpersonal deseada con ellas. Para el análisis de datos se realizó comparación de medias para muestras relacionadas a través del estadístico no paramétrico de Wilcoxcon.

Resultados:
Los resultados han mostrado una reducción de las atribuciones de culpa y una reducción de la distancia interpersonal deseada con personas con VIH (Z = - 3.4, p = .001 y Z = -2.4, p = .015, respectivamente). Asimismo, los/as representantes sindicales han realizado diversas acciones en sus ámbitos laborales a partir de la intervención para aumentar el nivel de información sobre el VIH y reducir el estigma.

Conclusiones:
Se desprende que la intervención efectuada ha sido eficaz consiguiendo una reducción en los niveles de prejuicio. Se consigue una implicación posterior de las personas participantes que trasladan los contenidos de la intervención en diferentes formas a sus particulares contextos laborales.

Aspectos Sociales

CO5.2

Multiculturalidad y VIH: variables psicosociales relacionadas con la emisión de conductas sexuales de riesgo

A Castro Vázquez (1), MP Bermúdez (2), J Madrid (3), G Buela-Casal (3)

(1) Universidad de Zaragoza, (2) Universidad de Granada, (3) Centro Madrid Salud Joven

Introducción:
El creciente fenómeno de la inmigración en España ha enfrentado y enfrenta a la sociedad española a numerosos retos y, entre ellos, a uno esencial: la salud de la población inmigrante. Uno de los principales focos de interés es la prevención de las ITS, con especial atención al VIH, sobre todo en algunos colectivos más vulnerables, como son los adolescentes. Por eso, el objetivo de esta investigación es analizar una serie de variables psicosociales relacionadas con la emisión de conductas sexuales de riesgo para las ITS/VIH en una muestra de adolescentes autóctonos e inmigrantes latinoamericanos residentes en España, para comparar qué grupo se encuentra en una situación de mayor vulnerabilidad ante las ITS/VIH y qué variables pueden influir en esa vulnerabilidad.

Material y Métodos:
En esta investigación participaron 3.499 adolescentes de entre 14 y 19 años residentes en España, de los que el 69,1% fueron autóctonos españoles y el 30,9% restante fueron inmigrantes de origen latinoamericano. La edad media de los participantes fue de 15,64 años (DT = 1,48). Los adolescentes tuvieron que rellenar una serie de cuestionarios que evalúan las variables analizadas en el estudio (aspectos sociodemográficos, conducta sexual, conocimientos y susceptibilidad ante el VIH, doble moral sexual, preocupación hacia ITS/VIH, relaciones de poder en la pareja, adaptación conductual, actitudes hacia el preservativo, autoeficacia en el uso del preservativo y discriminación percibida). Estos cuestionarios fueron rellenados por los participantes en centros educativos y centros de salud especializados en ITS en adolescentes.

Resultados:
Los análisis realizados muestran que los adolescentes latinoamericanos mostraron un menor uso del preservativo, un mayor número de parejas sexuales distintas y un mayor consumo de drogas en las relaciones sexuales que los autóctonos. Además, poseen menos conocimientos sobre el VIH, más doble moral sexual, una menor adaptación y más actitudes negativas hacia el preservativo que los autóctonos, lo que influye en una mayor vulnerabilidad ante las ITS/VIH.

Conclusiones:
Se plantea la necesidad de implantar nuevos programas de prevención destinados a la población adolescente, pero que contemplen la realidad multicultural de España, que ofrezcan una formación sobre qué son las ITS y el VIH y cómo se previenen y que tengan en cuenta también la existencia de variables psicosociales, como las analizadas en esta investigación, que pueden relacionarse de forma directa e indirecta con la emisión de conductas sexuales de riesgo.

Aspectos Sociales

CO5.03

Integración del enfoque de determinantes sociales y equidad en la orden de subvenciones a entidades sin ánimo de lucro para la prevención del VIH

AM Tapia Raya (1), A Martín-Pérez Rodríguez (1), M Neira León (1), A Gil Luciano (2), E Acín García (3), A koerting de Castro (1), R Soriano Ocón (1), O Castillo Soria (1)

(1) Secretaria del Plan Nacional sobre el Sida, (2) Área de Promoción de la Salud, (3) Dirección General de Instituciones Penitenciarias

Introducción:
En el marco de la Estrategia Nacional de Equidad en Salud, actualmente en desarrollo, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad coordinó en 2010-11 un proceso formativo para la "Integración del enfoque de determinantes sociales y equidad en las estrategias, programas y actividades (EPA) relacionadas con la salud". La SPNS participó en esta formación, y como EPA a analizar seleccionó la convocatoria de subvenciones a entidades sin ánimo de lucro para la realización de proyectos de prevención del VIH; ya que en 2010 se incorporó en la misma la reducción de las desigualdades sociales en salud (DSS) como un criterio de evaluación.

Material y Métodos:
El proceso formativo se basó en la experiencia del Ministerio de Salud de Chile para la revisión de programas de salud, desarrollado en 2008-09. Se estudiaron los marcos conceptuales de las DSS, y se revisó y reformuló la EPA seleccionada siguiendo 3 fases: estudio preliminar de la equidad en la EPA, revisión de ésta desde la perspectiva de equidad y DSS, y rediseño para la integración de la equidad.

Resultados:
Se identificaron 3 etapas clave en el desarrollo de la EPA: 1.publicación y difusión, 2.evaluación de solicitudes y 3.seguimiento y evaluación de memorias.
Se identificó a las personas de origen subsahariano como las que, a pesar de su vulnerabilidad al VIH y ser reconocido como prioritario en la EPA, menos financiación reciben.

Se identificaron barreras en términos de DSS para esta población en la etapa de publicación y difusión: desconocimiento de la orden de subvenciones, difusión no adaptada a la cultura o valores de la población, la no prioridad de la prevención del VIH. En la etapa de evaluación de solicitudes, se detectaron dificultades en la elaboración de proyectos de prevención de VIH porque estas entidades no disponen de la capacitación necesaria y las entidades de VIH tienen dificultades para contactar con esta población y ejecutar proyectos.

Conclusiones:
Establecer como prioritarias las intervenciones dirigidas a las poblaciones más vulnerables no garantiza la reducción de las DSS. Para esta población, sería necesario reestructurar el proceso de difusión actual de la Orden de subvenciones y apoyar a estas entidades para mejorar la calidad en la presentación y ejecución de los proyectos de prevención del VIH dirigidos a esta población. Sería recomendable realizar este análisis con otros subgrupos de población para continuar avanzando hacia la equidad en la convocatoria.

Aspectos Sociales

CO5.04

La transmisión del VIH en la jurisprudencia española: ¿criminalización del VIH?

J Alventosa Del Río

Facultad de Derecho. Departamento de Derecho civil

Introducción:
Hace ya algún tiempo que en los organismos internacionales, en el medio social y en el ámbito jurídico, dado que existen algunas legislaciones y pronunciamientos judiciales que castigan la transmisión del Sida, se ha planteando la cuestión de si se está produciendo una criminalización del VIH/Sida. En nuestro país, desde 1996 han habido sentencias que han dictaminado sobre dicha transmisión. Por ello, conviene examinar si en nuestro país existe una criminalización del VIH/Sida

Material y Métodos:
Análisis de la legislación estatal y autonómica de nuestro país, de la jurisprudencia de nuestros Tribunales, de la doctrina científica penal y civil.

Resultados:
Legislación. En nuestro país, parece que no existen normas que criminalicen de manera expresa y directa la transmisión del VIH/Sida, ni el padecimiento de la infección. La legislación específica relativa al VIH está integrada por normas emanadas del Estado y de las distintas Comunidades Autónomas que regulan tan sólo cuestiones muy puntuales relativas a la prevención y control de la enfermedad.
Jurisprudencia. En nuestros Tribunales se han planteado diversos casos de transmisión del VIH. En el ámbito penal, las SS de AP de Santa Cruz de Tenerife de 20/1/1996, ratificada en todo por la del TS de 28/1/1997 (Sala de lo penal), de AP de Madrid de 2/1/2004, del Juzgado de lo Penal, de Barcelona, de 29/5/2006, y del TS de 6/6/2011, en todos los que una persona seropositiva había transmitido el VIH a la pareja sentimental sin haber comunicado su estado de seropositividad ni haber tomado las correspondientes medidas de prevención, sancionándose con penas de privación de libertad y correspondiente indemnización pecuniaria, en base al art. 147 del Cp por delito de lesiones (y concordantes). De otro lado, en el ámbito civil, las SS de AP de Palma de Mallorca, de 14/9/2001, y AP de Madrid de 10/7/2007, en similares supuestos estimaron culpa extracontractual, imponiendo indemnizaciones pecuniarias en base al art. 1902 del C.c.
Doctrina científica. Participa de la misma opinión de nuestros Tribunales. Excepto en los casos de consentimiento de la víctima y autopuesta en peligro.

Conclusiones:
En España no existen leyes que criminalicen la transmisión del VIH/Sida, pero sí normas que protegen los derechos de las personas ante la realización de un daño deliberado. Las conductas sancionadas por los Tribunales siempre han sido casos en que tal transmisión se ha producido de manera deliberada, sin utilizar medidas de prevención ni comunicar el estado serológico a la pareja.

Aspectos Sociales

CO5.05

Alto impacto en la eficacia del tratamiento antirretroviral de un Programa piloto Interdisciplinar de apoyo social a pacientes infectados por el VIH (Proyecto SISIFO).

L Hermoso Hermoso (1), J Garcia Moreno (2), C Martinez Hidalgo (2), E Vazquez Tomás (3), A Aparicio (4), A Segador (5), A Rivero Juarez (5), A Camacho Espejo (5), R Jurado (5), A Rivero Román (5)

(1) Unidad de Enfermedades infecciosas. Hospital Universitario Reina Sofia de Cordoba., (2) ONG Caritas Córdoba, (3) ONG Cruz Roja Córdoba, (4) Centro Provincial Drogodependencia Cordoba, (5) Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Reina Sofia de Córdoba

Introducción:
Mantener una correcta adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) es esencial para conseguir sus beneficios en términos de supervivencia y calidad de vida.La exclusión social es una de las barreras más importantes para conseguir este objetivo.

Material y Métodos:
Estudio prospectivo llevado a cabo en el ámbito de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Reina Sofía entre los años 2007-2011. Descripción del programa: 1.- Equipo de trabajo interdisciplinar: trabajadores sociales del centro y de ONG, enfermeros, facultativos especialistas en enfermedades infecciosas y en drogodependencias. 2.- Reunión semanal del equipo para identificación de pacientes con barreras sociales. 3.- Apoyo y supervisión en asistencia a todos los actos médicos de cada uno de los pacientes (consultas, exploraciones complementarias y recogida de medicación). 4.- Sistema de alerta para identificación precoz (24h) de los incumplimientos 5.- Rescate precoz mediante acción personalizada de incumplimientos. Se recogieron variables demográficas y propias del VIH en el momento de inclusión del paciente en el programa (incluyendo carga viral del VIH, nivel de CD4+, adherencia al seguimiento y al TAR) y doce meses después de la puesta en marcha de este. Se compararon las variables recogidas antes y después de la intervención. Se utilizó un paquete estadistico SSPS version 18, para el análisis de los resultados.

Resultados:
Se incluyeron en el programa 26 pacientes. Caracteristicas basales: sexo masculino: 53.8%; viven solos: 42.3%, situación laboral pasiva: 100%; prestación económico de algún tipo: 76.9%, Consumo de tóxicos previos: 91.6%, consumo de tóxicos activos 45.5%. Coinfección por VHC: 57.7%), criterios de caso de SIDA: 50%. Doce meses después de la intervención los pacientes presentaron un significativo incremento del recuento de linfocitos CD4+ (341.9±230 versus 248.7±204 cels/mL, p<0.001), de la adherencia a los actos médicos programados (4.73 ± 1.7 versus 2.5 ± 2.26, p<0.001), de la adherencia al TAR (85% versus 40%, p<0.001), mayor proporción de carga viral indetectable del VIH (88.4% versus 26.9%, p<0.001) y menor consumo de tóxicos (7.7% versus 45,5%, p=0.001).

Conclusiones:
Un programa interdisciplinar de apoyo social a pacientes infectados por el VIH con barreras sociales consigue mejorar de forma significativa la eficacia del TAR. En nuestro programa se observó un incremento significativo de los parámetros inmunológicos y virológicos de los pacientes. Ello puede proporcionar un alto un impacto en la supervivencia y calidad de vida de los pacientes.

Aspectos Sociales
CO5.06
Factores de incidencia en la adherencia a tratamiento en población VIH/Sida sin techo

A Rivas Barberán (1), LL Polo Sang¸esa (1), V González Hernández (1), M Capellas Morera (1), J Gómez (2), J Gutiérrez (3), X Vidal (3), A Segovia (3), A Ezquerra (3), N Morentin (4)

(1) Ámbit Prevenció, (2) Comité Ciudadano Antisida Comunidad Valenciana, (3) Madrid Positivo, (4) Comisión Ciudadana Antisida Bizkaia

Introducción:
El programa Intervención preventiva, asistencial y de seguimiento en la adherencia al tratamiento antirretroviral en población VIH/SIDA sin techo, que tiene un recorrido de 5 años de intervención, se ha llevado a cabo este año en las ciudades de Barcelona, Bilbao, Madrid, y Valencia, con el objetivo de incrementar el nivel de adherencia a los tratamientos antirretrovirales y otros tratamiento coadyuvantes en una población con un alto nivel de vulnerabilidad y exclusión social y así mejorar su situación sanitaria y de salud y sus niveles de CD4 y carga viral, debido a las dificultades que presenta esta población a la hora de realizar un correcto seguimiento de la infección por VIH.
Durante este periodo se ha atendido a un total de 81 personas. Hemos realizado un estudio a fin de analizar qué factores intrínsecos inciden más en la obtención de buenos resultados en el programa.

Material y Métodos:
Para la obtención de resultados hemos explotado los datos obtenidos durante las entrevistas de seguimiento realizadas cada tres meses a los usuarios/as participantes durante el periodo de intervención, entrevistas que han sido introducidas en una base de datos que nos ha permitido analizar los resultados obtenidos según las siguientes variables: género, situación administrativa, consumo de drogas en los últimos tres meses, la pertenencia a programa de mantenimiento en metadona y los meses de intervención.

Resultados:
Al comparar los resultados de los distintos grupos según perfil, se puede establecer que los grupos con mejores resultados en cuanto a mejora de su situación social (consecución de documentación, abandono de actividades marginales, resolución de problemas legales) y sanitaria (CD4 y carga viral, así como adherencia a tratamiento antirretroviral) son los siguientes: pacientes en situación administrativa irregular, pacientes en programa de mantenimiento en metadona, personas que no han tenido consumo de drogas en los últimos tres meses, y aquéllos con los que se ha realizado un período de intervención más prolongada.

Conclusiones:
Se puede observar que los grupos de pacientes con mayores dificultades sociales suelen responder mejor a una intervención individual integral y al seguimiento una vez se ha conseguido establecer un vínculo profesional continuado.

Clínica
CO6.01
Estudio descriptivo de los 102 primeros casos de un brote de linfogranuloma venéreo detectado en la Comunidad de Madrid

T Puerta López (1), M Rodríguez Domínguez (2), B Menéndez Prieto (1), M Vera García (1), P Clavo Escribano (1), M Villa Escamilla (1), T Hellín Sanz (2), C Rodríguez Martín (1), JC Galán Montemayor (2), J Del Romero Guerrero (1)

(1) CENTRO SANITARIO SANDOVAL, (2) Servicio Microbiología.- Hospital Ramón y Cajal. Madrid

Introducción:
El Linfogranuloma Venéreo (LGV) es una infección de transmisión sexual (ITS) emergente causada por los genotipos L1, L2 y L3 de Chlamydia trachomatis (CT). Este estudio describe los casos clínicos y epidemiológicos de un brote de LGV detectado en Madrid.
Material y Métodos:
En una clínica de ITS de Madrid, entre marzo de 2009 y diciembre de 2011, se procesaron 13.975 muestras biológicas para el diagnóstico de CT, mediante PCR a tiempo real (ABBOTT m2000rt). La detección de genotipos asociados a LGV (L1, L2 y L3) se realizó por PCR a tiempo real basada en la deleción en pmpH y los resultados positivos se confirmaron por PCR y secuenciación del gen ompA. Se efectuó cribado de otras ITS y a los pacientes VIH+ se les realizó recuento de linfocitos T CD4 y carga viral.

Resultados:
De las 13.975 muestras analizadas, procedentes de exudados rectales, uretrales, cervicales y orofaringeos, 1.288 (9.2%) resultaron positivas para CT y éstas se analizaron para los genotipos L1, L2 y L3, confirmándose en 102 muestras (7,9%) el genotipo L2b (10 en 2009, 30 en 2010 y 62 en 2011). De estos 102 casos, 96 eran hombres, 5 mujeres y 1 transexual (TSX). La media de edad fue de 34 años. El 56 % eran españoles y el 60% consumidores de drogas recreacionales.
El 91,2% correspondia a hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y el 8,8 % a heterosexuales (HTX). Según la localización de la infección, 88 procedían de muestras rectales (86 hombres, una mujer y 1 TSX), 10 uretrales (6 HSH y 4 HTX) y 4 de cérvix uterino. El 89% de los casos referían síntomas clínicos y el 91% presentaban signos exploratorios de infección aguda. La prevalencia del VIH entre los HSH fue del 82% y del 0% en los HTX. En 5 casos el diagnóstico del VIH fue concomitante al diagnóstico del LGV. De los 75 pacientes infectados por el VIH el 63% no recibía tratamiento antirretroviral. El 12% presentaba serologia VHC positiva. El 83% refería antecedentes de ITS y el 49% presentaba otras ITS concomitantes. La media de parejas sexuales en el último año fue de 57. El 96% de los que acudieron a control post-tratamiento, presentaron curación clínica y microbiológica.

Conclusiones:
El LGV es una ITS emergente en Madrid, especialmente en HSH, pero no exclusivamente.
Es necesario el estudio sistemático de los genotipos causantes de LGV especialmente en pacientes sintomáticos e instaurar un tratamiento empírico en los casos que no sea posible genotipar. Es recomendable realizar el cribado del VIH,VHC y otras ITS, en los pacientes con LGV.

Clínica
CO6.02
La cooperación entre el sistema sanitario y las ONG logra reducir el diagnóstico tardío de la infección por el VIH en Madrid

M Vera García (1), A Iriarte (1), I González (1), C Rodríguez Martín (1), J Del Romero Guerrero (1)

(1) CENTRO SANITARIO SANDOVAL, (2) MADRID POSITIVO, (3) FUNDACION TRI¡NGULO, (4) COGAM, (5) APOYO POSITIVO, (6) SERVICIO PRUEBA RAPIDA. ATENCION PRIMARIA. COMUNIDAD DE MADRID

Introducción:
El diagnóstico tardío de la infección por el VIH, se asocia con mayores tasas de morbimortalidad, mayor riesgo de transmisión y peor respuesta al tratamiento antirretroviral.
Material y Métodos:
A los pacientes diagnosticados de infección por el VIH en una clínica de ITS (Centro Sanitario Sandoval) y algunos procedentes de ONG de Madrid entre 2007 y 2010, se les realizó en el momento del diagnóstico un recuento de linfocitos T CD4+. A todos los pacientes se les pasó un cuestionario epidemiológico para establecer un consejo preventivo personalizado. Se calcularon tasas de diagnóstico precoz (CD4&t#8805;350), tardío (CD4<350) y enfermedad avanzada (<200 CD4/µL) según sexo, edad y serología negativa previa (autorreferida y/o documentada).

Resultados:
Entre 2007 y 2010, se diagnosticaron de infección por el VIH un total de 1.124 pacientes: 1.052 hombres, 52 mujeres y 20 transexuales. El 53,6% eran españoles. La edad media fue de 28 años. El 90.5% eran hombres que mantenían relaciones sexuales con hombres. El 79% de los pacientes refería tener serología negativa previa. A 962 de los nuevos diagnosticados, se les pudo efectuar, de modo inmediato, una determinación del recuento de CD4.

En 2010, la tasa de diagnóstico precoz fue del 79.7% y la tasa de enfermedad avanzada del 5,8%. Entre los hombres, el 18,7% fueron diagnósticos tardíos frente al 25% en las mujeres. Entre los mayores de 50 años, un 40% presentaban diagnóstico tardío. Entre los pacientes con serología del VIH negativa previa un 3,5 % presentaron enfermedad avanzada, frente al 16,3% entre los que no tenían serologías anteriores (p<0,01).

Según el registro nacional de nuevos diagnósticos (SINIVIH), durante el año 2010, un 27,7% de los casos presentaban enfermedad avanzada, en el registro de la Comunidad de Madrid (2007-2010) un 29,3% y en el C.S. Sandoval (2007-2010) un 5,8% (p<0.001).

Conclusiones:
Las tasas de diagnóstico tardío y de enfermedad avanzada encontradas en nuestros pacientes son mucho más bajas que las observadas en España (SINIVIH) o en la propia Comunidad de Madrid.
Las clínicas de ITS en colaboración con las ONG, son dispositivos que facilitan el diagnóstico precoz del VIH, especialmente en poblaciones más vulnerables.

Clínica
CO6.03
Despistaje de displasia anal en pacientes VIH positivos

A Ocampo Hermida (1), M Iribarren Díaz (1), M Alonso Parada (1), J González-Carreró Fojón (1), M Rodríguez Girando (2), M Seijo Villar (1), S Rodríguez Rivero (1), A Rodríguez Da Silva (1), C Miralles Álvarez (1), C Martínez Vázquez (1)

(1) HOSPITAL XERAL CÕES VIGO (CHUVI), (2) Universidad de Vigo

Introducción:
En los últimos años la incidencia de neoplasia anal asociada a infección por VPH en pacientes VIH positivos ha aumentado, en particular en aquellos hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH). Hemos aprendido que el cribado y abordaje de la displasia cervical en mujeres ha provocado una drástica disminución de neoplasia de cérvix. Creemos necesario la realización y aplicación de protocolos de actuación similares, encaminados a identificar aquellos pacientes VIH con riesgo de displasia anal.

Material y Métodos:
Se realiza citología anal y determinación de la presencia del VPH en medio líquido. La anuscopia de alta resolución (AAR) se efectúa mediante anuscopio plástico transparente y colposcopio, el cual aporta fuente de luz y visión binocular de gran aumento. La exploración se realiza con visión secuencial tras impregnación con ácido acético al 3% y lugol. Las lesiones sospechosas se biopsian con pinza Baby-Tischler. Realizamos coagulación con infrarrojos de las lesiones AIN II y III.

Resultados:
Se obtuvieron 104 muestras válidas de 107 HSH, 84% de nacionalidad española. Edad media: 42 años. Fecha del media diagnóstico de VIH 2004. El 34% referían haber tenido menos de 26 parejas sexuales en toda su vida, el 46% entre 26-200, el 16% entre 201-1000 y el 4% más de 1000; la distribución por parejas en el último año fue de 10% sin pareja, 26% una pareja, el 35% entre 2-5 y más de seis parejas el 29%. El 53% presentaban antecedentes de otras ETS. El 59% estaban en el estadio A de CDC y el 17% en el C. El 77% de los pacientes recibían ART (33% ITINAN y 44% IP), recuento medio actual de CD4 de 764 cel/&t#956;L y Nadir medio de 369 cel/&t#956;L. El 66% presentaban una CV indetectable y el 20% >1.000 copias/ml. El 39% presentaban alteraciones en la citología anal (LSIL 15%, ASCUS 22%, HSIL 2%). Un 78% presentó infección por VPH de alto riesgo oncogénico, el 77% infectados por más de 1 genotipo de alto riesgo. Analizados de forma independiente, se objetivó que los pacientes con alteraciones citológicas eran más jóvenes (p=0.013) y pre-

sentaban un nivel más bajo de CD4 (p=0.005). Se realizó anuscopia a 62 pacientes. Al 65% se le hizo biopsia, los resultados fueron: normales 22%, AIN I 45%, AIN II 25%, AIN III 8%.

Conclusiones:
Elevada prevalencia de infección por VPH anal y alteraciones citológicas en pacientes VIH positivos y HSH. Alta prevalencia de alteraciones histológicas en biopsias de lesiones aceto-blancas, lugol-negativas. Necesidad de desarrollo y aplicación de protocolos de despistaje de neoplasia anal y actuación precoz sobre dicho colectivo.

Clínica
CO6.04
Factores Asociados con Supervivencia en Pacientes Incluidos en el Estudio SEAD

MJ Perez Elias, L Elias Casado, M Pumares Alvarez, A Moreno Zamora, MD Lopez Perez, A Muriel , F Dronda , JL Casado Osorio, I Hornero Cruz, S Moreno Guillen

Hospital Ramón y Cajal

Introducción:
La pérdida se seguimiento y la falta de adherencia se asocian con un aumento de la mortalidad y los costes sanitarios, por el mayor número de ingresos. SEAD es un proyecto de intervención, que se diseña desde la perspectiva del paciente, para mejorar el seguimiento y la adherencia(SEG/Adh).

Material y Métodos:
En el programa SEAD se realiza una evaluación personalizada por un colaborador de adherencia, enfermera o psicólogo, que investigan las barreras del paciente para tener un adecuado SEG/Adh, y se planifica la realización de las diferentes intervenciones disponibles. Se incluyen pacientes del 01/2006 a 05/2010,y se siguen hasta 11/2011. Se investiga el tiempo hasta muerte (Kaplan-Meier)y se compara la influencia de los diferentes factores mediante el log-Rank test y un modelo de regresión de Cox.

Resultados:
Se analizan 215 pacientes con una mediana de 45años [41-49], 76 % varones, 75.3 % adquirieron la infección por el UDI, un 52% tenían sida, al inicio presentaban control virológico un 43%, ADH basal >90% en 23,3%, y una mediana de CD4 326 [164-529] cell/mL. Los pacientes entraron en el programa por falta de SEG un 23,3 %, de Adh un 17.2 %, de ambos 59.5 %. Un 28.4% presentaban problemas biopsicosociales severos, adición a tóxicos 25.6, enolismo severo 16%, uso de cocaína 32% y alteraciones cognitivas el 18%.Tras una mediana de seguimiento de 3.7 [3.31-4.4] años, se realizaron un media de 8 [2.5-12] intervenciones/año en 193 pacientes y sólo en un 54% una intervención >50% de la planificada, además recibieron atención psicológica un 31.2% (mediana de 3 sesiones año [2-5]). Un 64,2% tenían control virológico al final del seguimiento. La mediana de supervivencia estimada por K-M fue de 5,4 años IC 95% (5.1-5.6),tras la entrada en el programa. El modelo de Cox identificó como único factor independiente asociado a una mayor mortalidad el enolismo severo HR 3.63 [IC 95% (1.58-8.32);p=0.002], en los pacientes IDU también se observó una tendencia en el mismo sentido HR 5,92 [IC 95% (0.79-44.35);p=0.083]. El único factor que tendió a asociarse con una menor mortalidad fue haber podido recibir >50% de la intervención planificada HR 0.45 [IC 95% (0.192-44.35);p=0.060.

Conclusiones:
En pacientes con problemas de SEG/Adh, el consumo de tóxicos sigue constituyendo el principal predictor de mortalidad, mientras que adaptarse al programa de intervención y recibir >50% de la intervención planificada parece reducir la mortalidad.

Clínica
CO6.05
Segundos tumores primarios en pacientes VIH

I Vaqueiro Rodríguez, A Ocampo Hermida, C Miralles Álvarez, A Rodríguez Da Silva, I Villaverde Álvarez, M Alonso Parada, C Martínez Vázquez

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Introducción:
Los segundos tumores primarios (STP) representan la aparición de una neoplasia de distinto origen en personas con antecedentes de cáncer. Su prevalencia es del 5-16%. La mayor supervivencia de los pacientes VIH conlleva un aumento de las enfermedades neoplásicas, sin embargo la información sobre STP en esta población es mínima.

Material y Métodos:
Revisión retrospectiva del historial de los 2726 pacientes de la consulta de VIH del Hospital Xeral-Cíes, desde 1989 hasta la actualidad. Se seleccionaron los pacientes con neoplasias confirmadas y se analizaron las características clínicas de aquellos que presentaron un STP.

Resultados:
Desde 1989 se han diagnosticado 207 tumores en 198 pacientes. Los 9 pacientes con STP eran varones, con fecha de diagnostico de infección por VIH entre 1990 y 1997. La conducta de riesgo asociada fue adicción a drogas por vía parenteral en 4 casos, homosexual en 3 casos, heterosexual un caso y desconocida en el caso restante. Todos recibieron tratamiento antirretroviral: 88,9% inhibidores de la proteasa, 55,6% ITINAN, 11,1% raltegravir pero ninguno enfuvirtida o maraviroc. El recuento medio de linfocitos CD4 al diagnóstico del cáncer fue 405 (59-765) con el primer tumor primario (PTP) y 390 (7-1001) con el STP. Se observó una tendencia al descenso de la cifra de CD4 y estabilidad de la carga viral en el año previo al diagnóstico del tumor.

La edad al diagnóstico del PTP fue 41,9±10,1 años, con una media de 8,4 años (2-17) de infección por VIH. El 44,4% de los PTP eran sarcomas de Kaposi; de las neoplasias no definitorias de SIDA: dos carcinomas basocelulares, un carcinoma epidermoide de labio, un hepatocarcinoma (HCC) y un linfoma de Hodgkin. Todos recibieron algún tratamiento específico para el PTP; la mediana de supervivencia fue de 47 meses (2-175).

El STP se diagnosticó entre 0 y 12 años tras el PTP (mediana 2 años), con una edad media de 45,4 ± 9,93 años. Se diagnosticaron dos linfomas no Hodgkin, dos HCC, dos neoplasias pulmonares, un cáncer de próstata, un seminoma y un carcinoma epidermoide de amígdala. No se halló relación entre la estirpe del PTP y la del STP. Siete pacientes recibieron tratamiento para su SPT. El 77,8% de los pacientes fallecieron, todos ellos en relación a su STP; la mediana de supervivencia fue de 5 meses (1-26).

Conclusiones:
En nuestra área, uno de cada 22 pacientes VIH con cáncer desarrolla un STP. Predominan en varones y las neoplasias no definitorias de SIDA, sin clara asociación con la estirpe del PTP. Su pronóstico es desfavorable a corto plazo a pesar de recibir tratamiento específico.

Clínica
CO6.06
Factores Asociados con Supresión Virológica, en Pacientes Incluidos en el Estudio SEAD

L Elías Casado, M J Pérez Elías, D López Pérez, M Pumares Álvarez, M Martinez Colubi, A Moreno Zamora, A Muriel, P Marti-Belda, I Hornero Cruz

Hospital Ramón y Cajal

Introducción:
la pérdida se seguimiento y la falta de adherencia se asocian con fracaso virológico. SEAD es un proyecto de intervención, que se diseña desde la perspectiva del paciente, para mejorar el seguimiento y la adherencia (SEG/Adh).

Material y Métodos:
En el programa SEAD se realiza una evaluación personalizada por un colaborador de adherencia, enfermera o psicólogo, que investigan las barreras del paciente para tener un adecuado SEG/Adh, y se planifican diferentes intervenciones disponibles, con recursos propios y ajenos, enfocados a cada uno de los problemas identificados. Se incluyen pacientes del 01/2006 a 05/2010, y se siguen hasta 11/2011. Se realizan modelos univariables y multivariables para evaluar los factores asociados a tener supresión virológica (ARN-VIH<1.7 log copies/mL), al final del seguimiento.

Resultados:
Se analizan 242 pacientes con una mediana de 46 años [41-49], 78 % varones, 69 % UDI, un 51% tenían sida, al inicio presentaban control virológico un 45%, ADH basal >90% en 29,3%, y una mediana de CD4 333 [164-536] cell/mL. Los pacientes entraron en el programa por falta de SEG un 21 %, de Adh un 15 %, de ambos 53 % y para prevenir la falta de SEG/Adh un 11%. Un 30% presentaban problemas biopsicosociales severos, enolismo 16%, uso de cocaína 32% y alteraciones cognitivas el 18%.Tras una mediana de seguimiento de 3.9 [3.27-4.43] años, se realizaron un media de 8 [3-12] intervenciones/año en 218 pacientes y sólo en un 57% una intervención >50% de la planificada. Además recibieron atención psicológica un 30% (mediana de 3 sesiones año [2-5]). Un 67% tenían control virológico al final del seguimiento. Se incluyeron en el análisis multivariable todos los factores basales y relativos a la intervención que fueron significativos en el análisis univariable

		IC 95%		P
	Exp(B)	LI	LS	
Supresión virológica inicial	,446	,224	,887	,021
Consumo severo de alcohol	3,110	1,240	7,801	,016
Problemas Biopsicosociales severos	2,391	1,134	5,040	,022
Recibir >50% intervención SEAD	,220	,112	,431	,000
Recibir atención psicológica	,449	,206	,976	,043

Conclusiones:
Además de la supresión virológica inicial, ajustarse a recibir la intervención del programa y recibir apoyo psicológico se asociaron con mayor supresión virológica al final del seguimiento, y tuvieron una asociación inversa el consumo severo de alcohol y los problemas biopsicosociales severos.

Tratamiento
CO7.01
Polifarmacia en pacientes VIH

MP Pacheco Ramos, A Arenaza Peña, V Puebla García, R Manzano Lorenzo, MD Zamora Barrios, V Estrada Pérez

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS

Introducción:
La mayor supervivencia de los pacientes en relación con la eficacia del tratamiento antirretroviral (TAR) ha hecho más frecuentes las comorbilidades y el mayor uso de fármacos. El objetivo del estudio es describir las características de la polifarmacia (PF) en pacientes VIH en TAR.

Material y Métodos:
Estudio observacional, llevado a cabo en pacientes en TAR que acuden periódicamente a Farmacia. Se consideró PF al consumo regular diario de algún fármaco más aparte de los ARV. Se analizaron datos demográficos, clínicos, farmacoterapéuticos y adherencia al TAR por recogida de farmacia y cuestionario SMAQ. Se analizó en cada paciente con PF si existía interacción potencial con el TAR, clasificándose dichas interacciones según relevancia clínica.

Resultados:
Se incluyeron 477 pacientes entre los que se registraron 150 casos de PF (31,45%). De estos pacientes, 22% eran mujeres, la edad media era 50,4±9,4 años. 13,3% presentaban confección VIH/VHC. 94,67% presentaban carga viral de VIH indetectable <50cop/ml. Las combinaciones de TAR usadas más frecuentemente fueron TDF/FTC/EFV (26%), TDF/FTC + NVP (8%), ABC-3TC + EFV (6,6%), TDF-FTC + LPV/r (6,6%). La adherencia al TAR estimada por

SMAQ fue del 94% y del 73,3% según periodicidad de recogida de medicación. Entre los pacientes con PF, 30,7% consumen ≤4 fármacos y 69,3% ≥5 fármacos. La mediana de fármacos consumidos fue de 6, rango IQ=4. Los grupos terapéuticos más usados fueron las estatinas (42,6% de los pacientes), IBP (28,6%), analgésicos (24%), IECAS (19,3%) y antiagregantes (18%). Se detectaron interacciones potenciales de relevancia clínica elevada en 17 pacientes (la mayoría entre ansiolíticos e IPs), moderada en 108 pacientes (la mayoría entre estatinas y NNRTI) y baja en 101 pacientes (la mayoría entre IBP y NNRTI).

Conclusiones:
La frecuencia de PF en los pacientes VIH en tratamiento es elevada y la posibilidad de interacciones potenciales con el TAR es considerable. Parece prudente considerar este problema en el manejo de los pacientes y realizar de forma multidisciplinar seguimiento farmacoterapéutico y monitorización clínica de los pacientes polimedicados.

Tratamiento
CO7.02
Persistencia y motivos de cambio de la primera línea de tratamiento antirretroviral

I Cañamares Orbis (1), H Navarro Aznarez (1), P Arazo Garces (2), C Gomez Baraza (1), N de la Llama Celis (1), JM Real Camapaña (1), MJ Perrino García (1), R Abad Sazatornil (1)

(1) Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Miguel Servet, (2) Unidad de Infecciosos, H.U. Miguel Servet

Introducción:
La persistencia del tratamiento antirretroviral (TAR) es un concepto relativamente nuevo que hace referencia a la duración desde el inicio hasta la primera discontinuación del TAR. El objetivo fue valorar las causas de discontinuación en los pacientes naive que iniciaron la primera línea de TAR en un hospital universitario.

Material y Métodos:
Estudio observacional que incluyó los pacientes VIH a los que se les dispensó TAR por primera vez desde el Servicio de Farmacia desde el 01/01/2008 al 31/12/2009. Se recogieron las variables: causa de discontinuación de TAR, momento de discontinuación, reacciones adversas (RA) que supusieron discontinuación, momento de aparición y fármaco relacionado. Se estimó la persistencia de la primera línea de TAR.

Resultados:
105 pacientes iniciaron TAR: 61,0% con combinaciones basadas en inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos, 38,1% inhibidores de la proteasa potenciados y un 0,9% basados en tres inhibidores de la transcriptasa análogos de nucleósido. El 24,8% (26/105) de los pacientes discontinuaron la primera línea. La distribución del momento de discontinuación fue:13 casos en la semana 12; 21 en la semana 24; 22 en la semana 48 y 26 en la semana 96. En el 76,9% (20/26) de los casos la causa fue la aparición de RA: 41,1% reacciones de hipersensibilidad; 31,8% alteraciones neuropsiquiátricas; 13,6% hepatotoxicidad; 4,5% nefrotoxicidad, ictericia e intolerancia intestinal respectivamente. En dos pacientes se dio hipersensibilidad acompañada de neurotoxicidad o hepatotoxicidad. En 7,7% la causa fue embarazo o abandono voluntario, en 3,8% ineficacia o mala adherencia al TAR. La mediana de persistencia fue de 2,97 meses (RQ 4,0). El 78% (7/9) de las reacciones de hipersensibilidad y el 42,9% (3/7) de las alteraciones neuropsiquiátricas tuvieron lugar en los 2 primeros meses. Otros eventos como nefrotoxicidad, intolerancia intestinal se dieron en el mes 3-5. Los episodios de hepatotoxicidad se dieron a lo largo del seguimiento y el caso de ictericia apareció después del mes 10 del tratamiento. NVP y EFV fueron los fármacos que se asociaron con mayor frecuencia de RA. Sin embargo, de los pacientes en tratamiento con EFV solo el 14,3% (8/56) discontinuaron la terapia inicial por alteraciones neuropsiquiátricas, frente al 62,5% (5/8) de los pacientes con NVP que discontinuó por hipersensibilidad principalmente.

Conclusiones:
Las discontinuaciones de la primera línea de TAR son frecuentes. La causa principal sigue siendo la aparición de reacciones adversas en uno de cada 5 pacientes que inician TAR.

Tratamiento
CO7.03
VIH: vinculación al tratamiento a través de las salas de consumo para usuarios de drogas

M Coromina Gimferrer, E Henar Pérez

ABD -Asociación Bienestar y Desarrollo

Introducción:
El CAS Baluard, ubicado en el barrio del Raval de Barcelona, tiene como objetivo reducir el consumo de drogas y sus repercusiones en la salud del individuo y el entorno. Ofrece tratamiento de baja exigencia a personas que presentan una situación de dependencia crónica a drogas ilegales y que no pueden beneficiarse de los servicios existentes.
El consumo de drogas por vía parenteral está relacionado con la infección del VIH. Asimismo, el consumo de ciertas drogas puede hacer aumentar un comportamiento sexual de riesgo que puede favorecer la transmisión del virus.

Material y Métodos:
El CAS dispone de una sala para el consumo supervisado por vía parenteral y de otra para el fumado/ inhalado.
El objetivo general es la prevención de la salud y el consumo higiénico y supervisado. Los objetivos específicos son: disminuir los riesgos de salud vinculados al consumo, paliar el impacto social y ambiental en la vía pública, vincular al usuario al recurso, facilitar una atención personalizada y ofrecer tratamiento.
El modelo contempla la intervención atendiendo los diferentes sistemas y dimensiones: atención, prevención y promoción de la salud, trabajo psicoeducativo individual y grupal y trabajo social, teniendo presentes las características especiales y las diferentes problemáticas de la población a la que se atiende (inmigración, vulnerabilidad social, problemáticas y

patologías de salud mental y adicciones...) la coordinación con la red de servicios y recursos de la comunidad, la participación comunitaria...
El modelo contempla la intervención atendiendo a la atención, prevención y promoción de la salud, trabajo psicoeducativo y social, teniendo presentes las características especiales y las diferentes problemáticas de la población atendida (inmigración, vulnerabilidad social, patologías de salud mental...), coordinación con la red de servicios y recursos, participación comunitaria...
Resultados:
En el 2011 el se han realizado 435 valoraciones orgánicas. El 13% ha resultado VIH positivas, siendo el 5% nuevos diagnósticos. El 46% ha resultado ser positivas al VHC. El 6% ha dado positivo al VHB.
El 30% de les persones VIH positivas atendidas en el CAS Baluard ha iniciado TARGA y mantiene la adherencia con su hospital de referencia.

Conclusiones:
A través de las salas de consumo supervisado se logra contactar y crear vínculos terapéuticos con personas que viven una situación de extrema marginalidad. Es destacable la importancia de que existan servicios que atiendan a estas personas, ya que de otro modo no llegarían a los centros especializados.

Tratamiento

CO7.04

Descripción de los efectos adversos asociados al TARGA en una cohorte pacientes VIH

C L R, F G R, M M C, S P U

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO ELCHE

Introducción:
El tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) ha supuesto una disminución de la morbimortalidad de los pacientes con infección por el VIH, pero se ha ensombrecido por la aparición de efectos adversos a largo plazo: trastornos morfológicos y metabólicos, toxicidad mitocondrial,daño hepático y reacciones de hipersensibilidad, así como otros efectos adversos más leves.

Material y Métodos:
Describir los efectos adversos asociados al TARGA desde el inicio del tratamiento, en 357 pacientes de una cohorte de 1070 pacientes infectados por el VIH del Hospital General Universitario Elche mediante el análisis retrospectivo de historias clínicas.

Resultados:
Se han producido 607 efectos adversos en 357 pacientes en relación con el TARGA.Los efectos adversos más frecuentemente observados son:los trastornos gastrointestinales 154(26%),los neuropsíquicos 117(20%)y las manifestaciones cutáneas 79(13%).Otros efectos menos frecuentes son: hepatotoxicidad(8%);lipoatrofia(6%);alteraciones hematológicas(5%),renales(4%);toxicidad mitocondrial(2%),alteraciones metabólicas(2%).Con respecto a los trastornos gastrointestinales: 55(9%)episodios de diarrea;12(1.9%)episodios de dolor abdominal;22(3.6%)episodios de vómitos y náuseas en 64 ocasiones(10.2%).Con respecto a los neuropsíquicos:18(3%)sueños vividos,29 episodios de insomnio(4.8%),20(3.3%)episodios de cefalea,2(0.3%)episodios de trastornos de ansiedad y 25(4.2%)episodios de Síndrome ansioso-depresivo:12(2%)grado 1 con síntomas leves,12(2%)grado 2(síntomas moderados que requieren tratamiento)y 1(0.2%)episodio grado 4(psicosis aguda,incapacitación o requiere hospitalización).Además,se han observado 79(13%) episodios de manifestaciones cutáneas:9(1.5%)reacciones de hipersensibilidad,16(2.6%) episodios de prurito,49(8.1%)episodios de erupción mucocutánea:14(2.3%) grado 1,22 (3.6%) grado 2,1(0.2%)grado 3 y 2 (0.3%)grado 4. Se han producido 74(12.2%) episodios en la categoría de miscelánea:destacan 29 (4.8%)episodios de astenia:11(1.8%)astenia grado 1,15(2.5%)grado 2(reduce la actividad normal 25-49%),y 3(0.5%)astenia grado 3(reduce la actividad en un 50%).

Conclusiones:
Los efectos adversos secundarios al TARGA son frecuentes, suponen una mayor dificultad en el manejo de los paciente VIH
Los efectos adversos más frecuentemente observados son los gastrointestinales, neuropsíquicos y manifestaciones cutáneas.
Otros efectos adversos leves son frecuentes y aunque no potencialmente graves suponen una fuente de molestias para los pacientes y pueden favorecer el incumplimento terapeutico.

Cooperación Internacional

CO8.01

Seguridad y eficacia de la lactancia artificial para prevenir la transmisión vertical del VIH en una zona con pocos recursos en Kenia.

V Torres Feced (1), M Njoki (2), G Muthee (3), J Kimani (3), S Wanjiru (3), A Jaen (4), J Mwangi (4), R Ngaruro (4), D Dalmau (4)

(1) Asociación Vihda, (2) Ministerio de Salud de Kenia, (3) Asociación Vihda, (4) Hospital Mutua Terrasa-SEISIDA

Introducción:
La lactancia materna (LM) es responsable de un 20% de las infecciones pediátricas por el VIH y está contraindicada para madres seropositivas en países de renta alta y media.Sin embargo en países de renta baja todavía se recomienda a las madres seropositivas amamantar a sus bebés pues se considera que el riesgo de diarrea y muerte asociados a la lactancia artificial (LA) es superior al del contagio por el VIH.Se describe la supervivencia libre de VIH en el Hospital Provincial de Thika (Kenia) en un programa de apoyo integral a madres seropositivas independientemente de su opción alimentaria.Prevalencia del VIH en embarazadas: 6,7%.

Material y Métodos:
Integración de los servicios clínicos para la mujer embarazada seropositiva en la consulta antenatal incluyendo profilaxis con AZT si CD4>350 o TARGA con AZT-3TC-NVP si CD4<350, tratamiento de infecciones oportunistas y profilaxis postexposición para los bebés con NVP.

Apoyo individualizado por nutricionistas en una consulta separada del área de salud materno-infantil para no interferir con la protección y promoción de la lactancia materna en la población general. Suministro gratuito de leche artificial y filtro de agua limpia. Terapias de grupo para cada 20 mujeres y sus parejas. DNA-PCR a las 6 semanas a los bebés expuestos y tests rápido de anticuerpos a los 9 y 18 meses de edad.

Resultados:

Se realizaron un total de 8.588 consultas a 832 mujeres gestantes seropositivas y 7.100 consultas realizadas a 799 lactantes nacidos se madres seropositivas en el período Agosto 2008-Febrero 2012. Los bebés se siguen en la consulta durante 9 meses.

Análisis de la supervivencia libre de VIH según la opción alimentaria

	LM	LA	LM to LA	LA to LM	Mixta	Total
VIH positivo	10	13	3	0	4	30
VIH negativo	40	421	193	9	12	675
TOTAL Test	50	434	196	9	16	705
Fallecidos	3	13	4	3	2	25
Altas	18	301	119	5	13	456
Pérdidas	16	7	2	0	4	29
Traslados	2	16	8	0	1	27
Menores de 9 m	23	164	67	6	2	262
TOTAL Superviv.	62	501	200	14	22	799

Conclusiones:

La lactancia artificial como parte del apoyo integral a la mujer seropositiva reduce significativamente la transmisión madre hijo sin aumentar la mortalidad. El destete precoz seguido de leche artificial con kit de agua limpia y asesoramiento profesional tiene una supervivencia libre de VIH óptima. Es necesario revisar la recomendación de la OMS en prevención postnatal del VIH para países de renta baja.

Cooperación Internacional

CO8.02

Eliminación virtual de la transmisión vertical del VIH en una zona con recursos limitados. La experiencia del Hospital de Distrito de Gatundu en Kenia.

M Njoki Wachira (1), V Torres (2), G Muthee (2), A Jaen (3), J Mwangi (4), R Ngaruro (4), D Dalmau (4)

(1) Plan Nacional de SIDA de Kenia, (2) Asociacion Vihda, (3) Hospital Mutua Terrasa-SEISIDA, (4) Ministerio Salud de Kenia

Introducción:

La transmisión madre hijo del VIH en países de renta alta y media está prácticamente erradicada. Sin embargo, ONUSIDA estima que el año pasado en África Subsahariana se infectaron 330.000 niños. Se describe la experiencia de un programa de apoyo integral en un hospital de Distrito a mujeres embarazadas seropositivas mediante la colaboración del Ministerio de Salud de Kenia y la Asociación Vihda y con el apoyo de SEISIDA y la AECID.

Material y Métodos:

Evaluación previa a la intervención, periodo 2007-2009.Puesta en marcha del programa en Septiembre de 2010, incluyendo la realización de la prueba del VIH (opt-out) a todas las mujeres embarazadas en la consulta antenatal. Contratación de 4 trabajadores sanitarios.Servicios clínicos integrados en la consulta antenatal: apertura de historia clínica,estadiaje de la OMS,contaje de CD4,profilaxis y tratamiento de infecciones oportunistas, planificación familiar, profilaxis antirretroviral con AZT (desde semana 14) y dosis única de NVP en el parto con 3TC y AZT durante una semana post-parto para mujeres con CD4>350 o TARGA para mujeres con CD4<350 y parto gratuito.Profilaxis con NVP diaria para todos los bebés (6 semanas si leche artificial o toda la lactancia).Terapias de grupo para cada 20 madres y sus parejas. Asesoramiento individualizado sobre alimentación del bebé y suministro de leche artificial y un kit de agua limpia para madres que cumplen los criterios AFASS (affordable, feasible, aceptable, safe and sustainable). Realización del test DNA-PCR a las 6 semanas y test rápido de anticuerpos a los 9 y 18 meses de edad del bebé.Sistema de registro electrónico de datos utilizado: FUCHIA 1.6 (MSF-Epicentre).

Resultados:

Periodo previo a la intervención (años 2007-2009): lactantes de madres seropositivas: 113, y con resultados de PCR: 92, de los cuales VIH positivos 12 (13%) y VIH negativos 80 (87%), fallecimientos 5 (4,4%). Periodo analizado tras la puesta en marcha del programa de asistencia integral (Septiembre 2010 a Febrero de 2012). Se analizan 1,366 consultas a 158 mujeres seropositivas y 1.072 consultas a 127 lactantes. PCR disponibles: 113: VIH positivos: 2 (1,8%), VIH negativos: 111 (98,2%), 3 muertes (2.3%).

Conclusiones:

Es posible la eliminación virtual del VIH infantil en áreas con recursos limitados con cifras de supervivencia infantil en los bebés expuestos al VIH similares a las de la población general. La prueba del VIH debe ser generalizada si bien es necesario centralizar la asistencia para mujeres embarazadas y post-parto a nivel hospitalario para garantizar un apoyo multidisciplinar.

Cooperación Internacional

CO8.03

Red ESTHER de Formadores/as en VIH en América Latina

I Gisbert Civera, R Polo Rodríguez, L Capa Muñoz

Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida

Introducción:

El Programa ESTHER España está enmarcado en la Alianza europea ESTHER formada por 11 países europeos. ESTHER España trabaja con 7 países de América Latina y tiene como objetivo generar una red de profesionales de salud que trabajan en la atención a pacientes con infección VIH en hospitales de 2º y 3º nivel para promover el intercambio de formación e información actualizada basada en la evidencia científica y la realización de estudios de investigación.

Material y Métodos:
El Programa desarrolla diferentes acciones formativas dirigidas a profesionales médicos que trabajan en el ámbito clínico con pacientes con infección por el VIH. Concretamente, se realizan talleres de actualización en terreno, un master online anualmente de 60 ECTS y rotaciones de 5 semanas de duración en hospitales españoles. Se ha promovido también la realización de estudios de investigación en este ámbito.Los y las profesionales formados conforman una Red de formadores/as para formar a profesionales de 1º nivel de atención y reciben el apoyo constante de profesionales españoles implicados en el programa.Con el fin de dar seguimiento a esta red se recoge información de las actividades de manera anual.

Resultados:
Se está realizando la recogida y el análisis de la información de la Red desagregada por temas de formación, horas y perfil de participantes. Hasta el momento contamos con información de 6 países en 2010 con excepción de Costa Rica que entró en el Programa en 2011 con un total de 461 profesionales formados.

Conclusiones:
La formación de una Red de Formadores/as de los 7 países socios promueve el liderazgo y la motivación de los/as profesionales del país junto con los Programas Nacionales y permite llegar a profesionales que no acceden a formación tan especializada. Realizar el seguimiento continuo de esta información permite conocer el número de profesionales que se están formando y continuar acompañando e intercambiando experiencias entre los miembros de la Red.

Cooperación Internacional
CO8.04
Una vacuna del sida es posible. Asociación Itxarobide.

C Rivera Franco

Asociación Itxarobide

Introducción:
En el mundo se estima que más de 33 millones de personas viven con VIH y cada año mueren millones de ellos y ellas. Los esfuerzos de prevención aunque eficaces están siendo insuficientes, cada día miles de personas adquieren el VIH.

Itxarobide desde el 2004 está apoyando junto con IAVI (International AIDS Vaccine Initiative) la investigación y desarrollo de las mismas, mediante la sensibilización y concienciación de la población vasca y del parlamento vasco.

Material y Métodos:
- Sensibilizar a la sociedad vasca en su conjunto, al Gobierno Vasco y sus parlamentarios/as sobre la necesidad de conseguir una vacuna preventiva contra el sida (de alta eficacia y segura).
- Conseguir mediante el trabajo político y reuniones con todos/as los/as parlamentarios/as vascos/as la consecución de una PNL (Proposición no de Ley); este trabajo se ha realizado con diferentes actividades desde el 2005.

Resultados:
El 22 de Febrero del año 2011 se firma la PNL (Proposición no de Ley), en la cual el Parlamento Vasco insta al Gobierno a que: se tomen, en la actual legislatura, las medidas adecuadas para dar apoyo e impulsar los esfuerzos de investigación a favor de una vacuna preventiva contra el VIH/Sida y el desarrollo de los mecanismos necesarios para que esta, una vez desarrollada, llegue a las personas que más lo necesitan en el menor tiempo posible, garantizadas su producción y distribución a un precio asequible, por los canales adecuados y para que colabore con las iniciativas internacionales en marcha para descubrirla .
Se afianza asimismo el compromiso económico del Gobierno Vasco con la organización IAVI por la consecución de una vacuna.

Conclusiones:
Palabras clave:
Sensibilización y concienciación.
Incidencia política.
Trabajo con el Gobierno (Área de Cooperación al Desarrollo).

Cooperación Internacional
CO8.05
Pilotaje del Programa Test de Diagnóstico Precoz de Infección de VIH en Fortaleza (Brasil)

C Zamora Fuentes, C Torró García-Morato, JM Espinosa Almendro, F Carrasco Garzón

Consejería de Salud de Andalucía

Introducción:
Fortalecer la capacidad de las ONGs y de las Administraciones Públicas para el desarrollo de intervenciones relacionadas con el Diagnostico precoz del VIH/sida en países en con una importante prevalencia de VIH/sida.

Material y Métodos:
Para la consecución del Objetivo propuesto se han establecido diferentes métodos de trabajo:
*Formación: En materia de Counselling y manejo de test rápido.
*Presentación del programa a la Administración Pública Brasileña: local, comarcal y Nacional
*Donación de Material
* Coordinación del pilotaje (año 2011)

Resultados:
*El municipio de Fortaleza notificó 8.768 casos de sida en 2010. Se estiman 26.304 casos de VIH de los que 7.891 desconocen su situación. Se prevé una detección, a través de esta estrategia, del 3% , unos 236 casos en un año.

*Traspaso del Programa a la Prefeitura (Ayuntamiento) de Fortaleza para Enero 2012.
*Formación de 22 profesionales de 4 ONGs locales
* Donación de 1.200 test OraQuick

Conclusiones:
Teniendo en cuenta que las personas diagnosticadas de infección habrían desarrollado un sida con toda probabilidad, su detección precoz ha evitado mucho sufrimiento a ellas mismas y a sus allegados; además aunque el coste de tratarlas sea mayor que el que habrían tenido en caso de retrasarse el diagnostico, se han ahorrado los costes de tratamiento de enfermedades propias del sida, el tratamiento de las personas a las que habrían seguido infectando en sus practicas sexuales al desconocer su condición de vectores de la infección y los costes sociales derivados de la incapacidad provocada por el sida.
Además, entendemos como responsabilidad de la Administración Pública andaluza, poner a disposición de las ONGs vinculadas al VIH/sida y que desarrollan su trabajo en países con una importante prevalencia de VIH, todos los recursos materiales, formativos e informativos adquiridos por esta Consejería de Salud.

Posters

Cuidados y Ciencias Básicas
P1.01
Programa de abordaje bio-psico-social de niños y niñas infectados-as y/o afectados-as por VIH: PROGRAMA AYUDA

M Casas Luna, N Curell Aguilà, P Garriga Mayugo, M Moreno Meregalli

fundación Lucia para el sida pediátrico (FLUSIP)

Introducción:
La infección por VIH/SIDA apareció a principios de los años 80. Al poco tiempo de descubrirse la infección, se empezaron a describir casos en niños/as y recién nacidos hijos de madres seropositivas; y se considera como SIDA pediátrico, todos los casos detectados en menores de trece años en el momento del diagnóstico. La mayor tasa de infecciones vía vertical en nuestro país se produjo durante la década de los 90, uno de los mayores avances en el control de la transmisión se ha producido en la vía vertical a través del control durante la gestación, el parto y la evitación de la lactancia materna. La introducción de la terapia HAART ha permitido reducir la TV del 21 % al 1 8-2% en nuestro pais.Los-as menores nacidos infectados durante esta decada de los 90 hoy son jóvenes entre 20-25 años, que han perdido en su mayoria a alguno progenitor o a ambos.
Fundación lucia para el sida pediátrico se crea en 1995 con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los menores infectados y/o afectados por VIH y sus familias, y diseña el PROGRAMA AYUDA para realizar un abordaje holístico bio-psico-social de esta población diana.

Material y Métodos:
EIP.AYUDA consta de:a)Programa para menores de 0 a 12 años que no conocen el diagnóstico. b)Programa para adolescentes y jóvenes que si conocen el diagnóstico. c)Programa para padres y/o educadores. d)Programa de soporte y coordinación de profesionales que atienden al menor y familia que vive con VIH.
Atención personalizada de menores/jóvenes y familias.
Grupos de iguales diferenciados para: menores, jóvenes, padres. Coordinaciones con los niveles adminstrativos de profesionales de soporte (salud, social, psicologia, educación)

Resultados:
ATENCIÓN DIRECTA año 2011=192 casos
Asistencia a menores (0 a14 años) que no conoce el diagnóstico 55
Programa jóvenes (15 a 25 años) que si conoce el diagnóstico 84
Apoyo a familias y tutores 53
Coordinaciones pediatras y internistas 72
Coordinaciones otros profesionales :
psicólogos 33/ atención social 17 /becas estudios 4/introducción laboral 4

Conclusiones:
La coordinación de atenciones del programa AYUDA: at.individual, at.domiciliaria, actividades grupales y las coordinaciones con los profesionales de las redes administrativas, permiten :1.- analisis de necesidades más amplio y detección de indicadores de vulnerabilidad en el medio familiar de los menores, jóvenes y sus adultos cuidadores,2.- acciones de abordaje asistencial coordinadas entre la atención domiciliaria y las redes administrativas,4.-aumenta el soporte bio-psico-social

Cuidados y Ciencias Básicas
P2.01
Identificación in silico de las regiones del gen env implicadas en la utilización de correceptores del VIH-1 mediante corrección filogenética y aprendizaje automático

F Díez Fuertes, E Delgado , Y Vega , L Pérez Álvarez, M Thomson

Centro Nacional de Microbiología, ISCIII

Introducción:
La aparición de fármacos antirretrovirales antagonistas del correceptor CCR5 ha provocado un creciente interés en la predicción del tipo de correceptor que utiliza el virus para infectar la célula diana. Por esta razón, resulta de vital importancia conocer las regiones del virus que están actuando en dicho proceso. El papel del bucle V3 de la proteína gp120 ha sido ampliamente estudiado, sin embargo, existen evidencias sobre la implicación de otras regiones de las proteínas del virus. Para la identificación de estas posiciones se ha seguido una aproximación computacional, introduciendo una corrección filogenética en el análisis, para optimizar el posterior proceso de selección de los nucleótidos con mayor valor predictivo.

Material y Métodos:
Se han incluido un total de 1719 secuencias del gen env con información acerca de la utilización de correceptores (Los Alamos database). Para el análisis filogenético se utilizó el modelo de evolución GTR + CAT mediante máxima verosimilitud para la determinación de clusters filogenéticos (bootstrap >90%). Únicamente las secuencias con menor número de sustituciones de nucleótidos por sitio de cada cluster fueron utilizadas para la identificación de las mejores posiciones clasificadoras de la utilización de correceptores. Este análisis se realizó mediante la técnica wrapper incluyendo al algoritmo de clasificación supervisada naïve Bayes y utilizando una estrategia de 10 iteraciones independientes de 10-fold cross validation.

Resultados:
De entre las 15 posiciones del gen env con mayor valor predictivo, 11 se encuentran en la secuencia codificante de la proteína gp120, de las cuales 5 pertenecen al bucle V3 (posiciones 7142, 7140, 7151, 7152 y 7161 del genoma de referencia HXB2), una al V2 (6753), otra al V4 (7474) y otra al V5 (7610). También se han seleccionado una posición en la región del péptido señal (6271) y otras dos en regiones conservadas de la gp120 (6505 y 6513). Las otras 4 posiciones seleccionadas se encuentran en la secuencia codificante de la proteína gp41 (8031 y 8698), incluyendo la posición 8395 que es solapante en la secuencia que codifica las proteínas gp41, Rev y Tat; y la posición 8166 que se encuentra en la región HR2 de la gp41 en la que está basado el péptido enfuvirtide (Fuzeon). Con estas 15 posiciones se clasificaron correctamente el 93% de las secuencias incluidas.

Conclusiones:
La técnica wrapper de minería de datos combinada con una corrección filogenética constituye una potente herramienta para la búsqueda de posiciones relacionadas con la utilización de correceptores del VIH-1.

Cuidados y Ciencias Básicas
P2.02
Comparacion de dos tecnicas de PCR a tiempo real para determinar RNA viral en plasma de pacientes VIH-1+

C Vegas Dominguez, R Tellez Perez, P Llorente Jimenez, O Calabia Gonzalez, M Gorgolas Hernandez de Mora, M Fernandez Guerrero, R Garcia Delgado

Fundación Jimenez Diaz- Capio

Introducción:
La carga viral es una herramienta fundamental en el manejo clínico del paciente VIH, representa el marcador de respuesta al tratamiento antirretroviral más sensible, rápido y fiable. Se correlaciona directamente con el pronóstico clínico, el riesgo de transmisión viral y el recuento de linfocitos CD4+. Para este fin se necesitan técnicas de gran sensibilidad y especificidad para esta determinación.En este estudio se comparan los resultados obtenidos con dos técnicas de PCR a tiempo real, Abbott Realtime ™ (Abbott Molecular) y Artus HIV QS-RGQ Qiagen en la determinación de carga viral en pacientes VIH-1.

Material y Métodos:
Se analizaron 66 muestras de plasma de pacientes VIH positivos, tanto naive como en tratamiento antirretroviral, procedentes del departamento de Medicina Interna servicio de Infecciosas de Capio – Fundación Jiménez Díaz. El RNA VIH-1 se extrajo en la técnica de Abbott con el M2000sp y posterior Real Time PCR en el m2000rt (límite de detección <40 cp/ml) y en la técnica de Qiagen se utilizó el extractor de DNA/RNA QiaSymphony y posterior Real Time PCR en el dispositivo RotorGene- Q (límite de detección <35 cp/ml).

Resultados:
Las 66 muestras fueron clasificadas en 4 grupos en función de su carga viral.

	Nº muestras	Rango de carga viral	Correlación Abbott -Qiagen
Grupo 1	22	No detectable- 100 copias/ml	R2=0.2
Grupo 2	9	100-1000 copias/ml	R2=0.35
Grupo 3	9	1000-10000 copias/ml	R2=0.03
Grupo 4	26	>10000 copias/ml	R2=0.87

Se observó una mayor correlación entre las 2 técnicas en el grupo 4. Los otros 3 grupos lanzaron resultados discordantes respecto al índice de correlación. Se observa que el método de Qiagen revela resultados superiores respecto a la media a los del método de Abbott.

Conclusiones:
Para valores superiores 10000 copias/ml los 2 métodos son igualmente fiables, mientras que para valores más bajos la sensibilidad y la especificidad de ambos métodos es muy variable.

Epidemiología
P3.01
Evolución de la prevalencia de VIH y lúes en los hombres homo/bisexuales que acudieron al Centro de Información y Prevención del Sida de Valencia en los últimos doce años (2000-2011)

I Alastrué Loscos, A Juan Corrons, C Santos Rubio, T Tasa Zapater, E Fernández Alonso, E Domenech Alonso

Centro de Información y Prevención del Sida de Valencia

Introducción:
La epidemia de VIH en nuestro país se ha modificado en los últimos años de forma evidente a medida que la vía de transmisión predominante de la infección ha pasado de ser el consumo de drogas inyectadas a las relaciones sexuales, con especial incidencia en los hombres homo/bisexuales (HSH).
El objetivo de este trabajo es describir los cambios temporales en la prevalencia del VIH y de lúes entre los HSH que acudieron al Centro de Información y Prevención del Sida de Valencia (CIPS-V) entre los años 2000 y 2011.

Material y Métodos:
Se ha analizado el resultado de las pruebas del VIH, y de la lúes, así como la edad y el país de origen de los HSH que han acudido voluntariamente a realizarse la determinación de anticuerpos frente al VIH al CIPS-V desde el año 2000 hasta el 2011.

Resultados:
Se han realizado 9062 determinaciones a HSH (1,15% transexuales), de las que 481 (5,3%) resultaron positivas a lo largo de todo el periodo.
El número de visitas ha pasado de 316 en 2000 a 1.172 en 2011, incrementándose progresivamente el número de pacientes procedentes de otros países desde el 8,4% del año 2001 al 17,5% del 2011.
La prevalencia de VIH parte del 3,5% en 2000 para descender hasta el 2,8% en 2002. A partir del 2003 se observa un incremento que llega al 7,6% en 2011. La prevalencia global entre las transexuales fue del 22,1%.
La edad media para los pacientes con VIH fue de 33,8 años y para los VIH negativos, de 34,3 años.
El 27% de los pacientes con VIH tenían entre 25 y 29 años y el 31,4% procedían de fuera de España.
La prevalencia de lúes parte del 0,6% en 2000 (sólo dos diagnósticos) para ir aumentando

progresivamente hasta alcanzar el 5,7% en 2011 (65 diagnósticos). La prevalencia global entre las transexuales fue del 4,8%.

Conclusiones:
La prevalencia de VIH ha aumentado significativamente entre nuestros pacientes, desde el 3,5% en el año 2000, hasta el 7,6% en el 2011, al igual que el número de diagnósticos de lúes, que han pasado de 2 a 65 en el mismo periodo.
Es indispensable realizar nuevas investigaciones dirigidas a conocer las causas de este incremento de infecciones en HSH que permitan realizar intervenciones preventivas específicas para evitar volver a situaciones epidemiológicas que parecían ya superadas.

Epidemiología
P3.02
Prevalencia de VIH en personas que se hicieron la prueba en centros específicos de diagnóstico según mecanismos de transmisión, 2000-2009 (Estudio EPIVIH)

S Galindo Carretero (1), F Sánchez (1), JR Ordoñana (2), MA Azpiri (3), MJ Barberó (4), C Santos (5), LJ Viloria (6), C De Armas (7), JM Ureña (8)

(1) CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA, (2) UNIDAD DE PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN SANITARIA SOBRE SIDA DE MURCIA, (3) CENTRO ETS VITORIA, (4) UNIDAD ITS, CAP DRASSANES DE BARCELONA, (5) CENTRO DE INFORMACIÓN Y PREVENCIÓN DEL SIDA DE VALENCIA, (6) SERVICIO SALUD PÚBLICA Y C.O.F. LA CAGIGA , (7) CENTRO DERMATOLÓGICO DE TENERIFE, (8) CENTRO DE ETS Y ORIENTACIÓN SEXUAL DE GRANADA

Introducción:
Describir la prevalencia de infección por VIH y sus factores asociados en personas que acuden a realizarse la prueba de VIH en centros específicos de diagnóstico según mecanismo de transmisión.

Material y Métodos:
Estudio descriptivo en personas que se realizaron la prueba del VIH por primera vez en alguno de los 20 centros de VIH/ITS participantes (13 centros de VIH/ITS y 7 de VIH) en 2000-2009. Variables: sexo, edad, origen, vía de transmisión, tipo de centro, centro y año de diagnóstico. Se ha realizado un análisis descriptivo, bivariante y multivariante de regresión logística para evaluar los factores asociados a la infección por el VIH según las distintas subpoblaciones (hombres que tuvieron relaciones sexuales con hombres (HSH), usuarios de drogas (UDI) y heterosexuales) por existir una interacción entre vía de transmisión y otras variables. Se calcularon, la odds ratio (OR) y su intervalo de confianza al 95% (IC95%) como medida de asociación.

Resultados:
En el periodo, un total de 145.337 personas se realizaron la prueba del VIH por primera vez (25.429 HSH, 3.168 UDI y 111.659 heterosexuales). De ellas, 3.599 (2,5%) estaban infectadas. Las prevalencias durante el periodo fueron, por orden de magnitud, 17,1% en UDI, 8,1% en HSH y 0,9% en heterosexuales.

En el análisis multivariado, los factores asociados a la infección por VIH variaron según subpoblación. Entre los HSH: ser transexual (OR:1,9; IC95%:1,4-2,5) y latinoamericano (OR:2,8; IC95%:2,5-3,1), y el riesgo se incrementaba con la edad. Entre los UDI, ser mayor de 29 años y haber sido atendido en centros específicos de VIH (OR:2,2;IC95%:1,7-2,9). Entre los heterosexuales: ser hombre (OR:0,8;IC95%:0,7-0,9), subsahariano (OR:11,3;IC95%:9,4-13,5), magrebí (OR:4,5;IC95%:3,2-6,4), de Europa del Este (OR:2,3;IC95%:1,7-3,1) o latinoamericano (OR:1,6;IC95%:1,3-1,9), acudir a clínicas específicas de VIH (OR:1,3;IC95%:1,1-1,6); el riego de infección se incrementaba con la edad y las personas que ejercían la prostitución tenían menor prevalencia (OR:0,5;IC95%:0,4-0,7).

Durante el periodo se observó una tendencia creciente en los HSH y decreciente en los heterosexuales.

Conclusiones:
La prevalencia de infección por el VIH sigue siendo muy elevada en UDI y HSH. El incremento en la prevalencia observado en el periodo entre los HSH subraya la necesidad de reforzar las medidas preventivas en esta población.

Financiación: FIPSE: Exp 36303/02, 36537/05 y 36794/08.

Epidemiología
P3.03
Caracterización de los Nuevos Diagnósticos de VIH en Menores de 25 Años Notificados al SINIVIH.

J Oliva Domínguez (1), F Sánchez (2), H Marcos (3), L Viloria (4), N Vives (5), A Nicolau (6), J Castilla (7), A Izquierdo (8), A Arrillaga (9), M Díez (9)

(1) Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII, (2) CNE, (3) Castilla León, (4) Cantabria, (5) Cataluña, (6) Baleares, (7) Navarra, (8) Canarias, (9) País Vasco

Introducción:
La mediana de edad de los casos notificados al Sistema de Nuevos Diagnósticos de VIH en España (SINIVIH) se ha mantenido constante en los últimos años. Sin embargo, los distintos grupos de edad al diagnóstico pueden tener características distintas. El objetivo de este estudio es caracterizar los distintos grupos de edad, y analizar los factores asociados al grupo de nuevos diagnósticos de VIH menores de 25 años

Material y Métodos:
Estudio descriptivo sobre las personas diagnosticadas de VIH por primera vez en el periodo 2007-2010 en las CCAA de Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla León, Castilla La Mancha, Cataluña, Ceuta, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Melilla, Murcia, Navarra y País Vasco. Se realizaron distribuciones por variables de persona, lugar y tiempo asociados a los grupos de edad: <25 años; 25-49 años; y &t#8805;50 años. Diagnóstico tardío (DT) se definió como <350 CD4 al diagnóstico. Se realizó un análisis multivariado mediante regresión logística para ver los factores asociados a los diagnósticos en <25 años. Como medida de asociación se utilizó la Odds ratio y su IC al 95% (OR; IC95%)

Resultados:
Durante el período de estudio se notificaron 11.090 nuevos diagnósticos de VIH, de los que 1.203 (10,8%) eran <25 años, 8.532 tenían 25-49 años (76,8%), y 1.355 (12,2%) tenían &t#8805;50 años. El porcentaje de mujeres es mayor en el grupo más joven (26%) y menor en el de &t#8805;50 (18%). Las relaciones sexuales entre hombres (HSH), son el grupo de transmisión mayoritario en los grupos de <25 años y 25-49 años (53% y 44% respectivamente), mientras que en &t#8805;50 años predomina la transmisión heterosexual (49%). Respecto al origen, los españoles suponen un 54% en <25 años, un 59% en los de 25-49 y un 78% en los mayores. El DT fue menor en los jóvenes (33%) y máximo en &t#8805;50 años (68%). Ajustando por CCAA de notificación y año de diagnóstico, los factores asociados a tener <25 años comparado con tener 25-49 años fueron: ser mujer (OR:2,2;1,7-2,7) o HSH (OR:1,2;1,1-1,4) y origen en Eur. del Este (OR:2,9;2,1-4,0), Latinoamérica (OR:1,2;1,1-1,5) o Áfr. Sub (OR:1,4; 1,1-1,8) frente a España; en cambio ser usuario de drogas inyectadas (UDI) se asoció inversamente (OR:0,5;0,3-0,7) y la probabilidad de DT es menor (OR:0,6;0,5-0,7)

Conclusiones:
Los nuevos diagnósticos de VIH menores de 25 años difieren del grupo mayoritario de 25 a 49 años. Entre los jóvenes la presencia de mujeres, HSH e inmigrantes es mayor, mientras que la probabilidad de ser UDI y presentar DT es menor. Las medidas preventivas en este grupo deben ajustarse a estas circunstancias

Epidemiología
P3.04
Prevalencia de consumo de drogas y adherencia a tratamiento antirretroviral (TAR), en la cohorte hospitalaria CoRIS

L Gutiérrez Trujillo (1), MA Rodríguez Arenas (1), S Cuéllar Tovar (2), P Rodríguez Fortunez (3), L Pérez Martínez (4), J Del Romero (5), C Robledano (6), JM Rodríguez Fernández (7), . CoRIS (8)

(1) Instituto de Salud Carlos III, Escuela Nacional de Sanidad, (2) Hospital Universitario La Fe, (3) Hospital Universitario de Canarias, (4) Hospital San Pedro-CIBIR Logroño, (5) Centro Sanitario Sandoval, (6) Hospital General Universitario Elche, (7) Hospital Ramón y Cajal, (8) CIBERESP

Introducción:
Estimamos las prevalencias de consumo de drogas y su asociación a la adherencia a tratamiento antirretroviral en pacientes de la cohorte CoRIS

Material y Métodos:
Entre septiembre de 2010 y enero de 2012, se ha recabado información sobre consumo de drogas y adherencia a tratamiento antirretroviral (TAR), en pacientes de la cohorte hospitalaria CoRIS. Mediante un análisis descriptivo se ha estimado los patrones de consumo de sustancias psicoactivas y de la adherencia a TAR. Para la comparación entre grupos, se ha utilizado Ji al cuadrado para las variables categóricas y T-test o U de Mann-Whitney para las variables numéricas, según su distribución

Resultados:
De los 408 pacientes entrevistados, 22% son mujeres. La edad media del grupo es de 40 años. Un 75% de los hombres y un 51% de las mujeres han tomado alguna droga (p< 0.000).

El Alcohol es la sustancia de mayor consumo(79% de hombres versus 47% de mujeres), seguido del tabaco(43% de hombres y 52% de mujeres), diferencias no estadísticamente significativas. Los psicofármacos son consumidos por el 39% de los hombres y el 44% de las mujeres, sin diferencias significativas.

El cannabis es consumido por un 15% de los hombres y un 7% de las mujeres (p=0.03). Otra de las sustancias más consumidas es la cocaína, un 7% de los hombres y un 2% de las mujeres la utilizan, con tendencia a la significación. En cuanto al resto de drogas solo son consumidas por hombres (2% drogas de diseño, 5%Popper y 4% viagra).

El 65% de los hombres y el 79% de las mujeres, están en tratamiento antirretroviral sin que se observen diferencias por consumo de alcohol, tabaco, ni psicofármacos. Sin embargo entre hombres consumidores de cocaína si encontramos diferencias, siendo los que consumen los que están en menor proporción en tratamiento (4% versus 13%). Lo mismo sucede con el consumo de cannabis, popper y drogas de diseño, los hombres que los consumen están en tratamiento en menor proporción que los no consumidores.

Respecto a la adherencia al tratamiento, el 68% de los hombres y el 61% de las mujeres son adherentes al mismo. El consumo de cocaína se ha mostrado mayor en hombres no adherentes (2% versus 9%) y otro tanto ocurre con el consumo de alcohol (70% versus 91%).

Conclusiones:
Entre las personas de la cohorte CoRIS, el consumo de drogas es elevado. En general, los hombres consumen significativamente más sustancias psicoactivas que las mujeres. Nuestros resultados muestran que el consumo de cocaína está relacionado con menor acceso a tratamiento antirretroviral y peor adherencia al mismo.

Epidemiología
P3.05
Prevalencia del VIH en hombres y transexuales que ejercen prostitución en Madrid.

C Rodríguez Martín (1), J Ballesteros Martín (1), P Clavo Escribano (1), T Puerta López (1), M Vera García (1), I Zaro (2), M Raposo Utrilla (1), M González Polo (1), A Lillo Martínez (1), J Del Romero Guerrero (1)

(1) CENTRO SANITARIO SANDOVAL, (2) Fundación Triángulo.- Madrid

Introducción:
Los hombres y transexuales que ejercen prostitución son particularmente vulnerables a la infección por el VIH. Son colectivos puente entre población homosexual y heterosexual, altamente estigmatizados, de difícil identificación y captación por el Sistema Sanitario normalizado.

El objeto del estudio es describir la prevalencia del VIH y las características sociodemográficas de los hombres que ejercen prostitución (HEP) y de los transexuales que ejercen prostitución (TEP) en Madrid.

Material y Métodos:
Se recogió la información de todos los hombres y transexuales que referían ejercer la prostitución y acudieron voluntariamente en primera visita, a realizarse una prueba del VIH en una Clínica de infecciones de transmisión sexual (ITS) en Madrid, entre 2005 y 2010. Se analizó la prevalencia del VIH en función del país de origen y la edad. A todos los pacientes se les pasó un cuestionario estructurado con objeto de identificar conductas de riesgo para el VIH/ITS y establecer consejo preventivo adaptado a las caracteristicas socioculturales de cada individuo.
La serología del VIH se realizó mediante MEIA (Architect, Abbott) y confirmación por Western blot (New Lab blot, Bio-rad).

Resultados:
Se analizaron un total de 302 trabajadores del sexo, 219 HEP y 83 TEP. La edad media fue de 28±6 años. El 86,4% (261) eran inmigrantes, la mayoría de Latinoamérica (87,2%). La prevalencia del VIH entre los TEP fue del 30,1% y en los HEP del 21,9%. Entre los inmigrantes, tanto en hombres como en transexuales, la prevalencia del VIH era mayor, respecto a los españoles (25,7% y 14,6%). En los españoles no se observó diferencia de la prevalencia del VIH entre los HEP y TEP (14,7% y 14,3%), mientras que en los inmigrantes era más elevada en los TEP (31,6%) que en los HEP (23,2%).
La prevalencia del VIH en HEP es superior entre los de más edad, (32,3% en ≥30 años vs 17,8% en <30) (p=0,02), y no se identificaron diferencias significativas en TEP (31,7% vs 28,6%).
La evolución de la prevalencia en los inmigrantes ha experimentado un descenso desde el 36 % en 2005 al 25% en 2010.
Conclusiones:
Se observa una elevada prevalencia del VIH en los trabajadores del sexo, masculinos y transexuales, especialmente entre los transexuales latinoamericanos. Estos datos alertan sobre la prioridad de establecer programas preventivos específicos dirigidos a este colectivo y la necesidad de colaboración de las Clínicas de ITS con las ONG que trabajan en el ámbito de la prostitución masculina y transexual.

Epidemiología
P3.06
Ni el estigma ni la discriminaciún son obstáculos importantes para no haberse realizado antes la prueba del VIH en población española y latinoamericana especialmente vulnerable

S Fernández Balbuena (1), M Ruiz Garcáa (1), R Sánchez Pérez (1), S Gutiérrez (1), J Gutiérrez (2), MJ Belza Egozcue (1)

(1) Centro Nacional de Epidemiologóa. Instituto de salud Carlos III, (2) Asociaciún Madrid Positivo

Introducción:
En España apenas existen estudios que evalúen los motivos por los cuales los inmigrantes latinoamericanos no se realizan la prueba de VIH, a pesar de que es el lugar de origen más frecuente de los nuevos diagnósticos de VIH tras el español y de que presenta una tendencia ascendente. Nuestro estudio evalúa estas razones comparándolas con las de los españoles en un grupo que acude a realizarse su primera prueba de VIH en un dispositivo móvil de una ONG.

Material y Métodos:
Se analizan a 2455 personas que acuden entre mayo de 2008 y marzo de 2011 y que no tenían hecha ninguna prueba anterior de VIH. Previo consentimiento informado, se toma una muestra de sangre capilar y mientras esperan el resultado rellenan un cuestionario con preguntas sociodemográficas, comportamentales y sobre motivos para no haberse hecho nunca antes la prueba. Se excluyen del análisis los extranjeros no latinoamericanos. Las razones se estratifican por lugar de nacimiento y género/comportamiento sexual como: mujeres y hombres exclusivamente heterosexuales (HTX) y hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH)

Resultados:
El 46% eran mujeres y de los hombres el 19% HSH. El 40% tenía menos de 25 años, el 82% eran españoles, 45% con estudios universitarios y sólo el 2% se había inyectado drogas.
La principal razón mencionada fue una baja percepción de riesgo, más acusada entre los españoles (54% vs. 47%).
Entre los HSH, los latinoamericanos se muestran más preocupados por las consecuencias para la salud de un resultado positivo (20% vs.11%) mientras que los españoles dan importancia a la pérdida de la confidencialidad (19% vs. 14%).
En los heterosexuales, la falta de percepción de riesgo es mucho más importante en los españoles (56% vs. 48%) mientras que los latinoamericanos se muestran mucho más preocupados por la falta de dinero para hacerse la prueba en un centro privado que los españoles (5% vs.1%). El 45% de todos los que tenían una baja percepción de riesgo presentaron comportamientos de alto riesgo para el VIH. El miedo al rechazo o la discriminación es una razón muy minoritaria (1.4% en españoles vs. 1.6% en latinoamericanos).

Conclusiones:
La principal razón para no hacerse la prueba es en todos los casos una baja percepción del riesgo de VIH, más acusada en españoles. El miedo al rechazo, la discriminación y/o problemas legales resulta anecdótico.
Financiado por: FIPSE 36634/07 y FIS PI09/1706

Epidemiología
P3.07
Prevalencia de mutaciones de resistencia primaria en los nuevos diagnósticos de VIH en la Fundación Jiménez Díaz-Capio, Madrid

R Téllez Pérez, C Vegas Domínguez, O Calabia González, P Llorente Jiménez, M Górgolas Hernández de Mora, M Fernández Guerrero, R García Delgado

Fundación Jiménez Díaz- Capio

Introducción:
El tratamiento antiretroviral de gran actividad (TARGA) ha permitido disminuir la progresión a síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y aumentar la supervivencia de los pacientes infectados por VIH.
Uno de los principales problemas del TAR es la aparición de cepas con mutaciones que confieren resistencia a los fármacos antiretrovirales. La resistencia primaria ocurre en pacientes Naïve como consecuencia de la transmisión de virus resistentes.
El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia actual de la resistencia a los fármacos antiretrovirales en la cohorte de nuevos pacientes diagnosticados de VIH en la Fundación Jiménez Díaz-Capio, Madrid, durante el año 2011.

Material y Métodos:
Durante el año 2011, se realizaron 25.500 pruebas de anticuerpos VIH totales en la Fundación Jiménez Díaz- Capio. La incidencia de nuevos casos VIH en el 2011 fue 1.2%. Se realizaron 102 test de resistencias a los nuevos pacientes, aislando el ARN viral por el sistema Abbott ®M2000 y QiaSymphony de Qiagen®. La amplificación del ARN extraído y posterior secuenciación, se realizó por el método de TRUGENE® (Siemens®)

Resultados:
En el 2011, se diagnosticaron 324 nuevos pacientes VIH en la Fundación Jiménez Díaz-Capio. De ellos, el 91.66% eran hombres y el 8.33% mujeres. La edad media en el momento del diagnóstico fue de 39±10 años.
Se realizó test de resistencia a 102 pacientes en el momento del diagnóstico. La prevalencia de resistencias al tratamiento antiretroviral fue de 5.88 %.De ellas el 4,90% corresponden a mutaciones en la RT y 0.98% a la Proteasa.
Conclusiones:
Comparando con los datos recogidos a nivel europeo entre 2006 -2007 (SPREAD data), se confirma que, las resistencias a fármacos antiretrovirales en pacientes Naïve permanecen en un nivel de prevalencia por debajo de 10%.

Epidemiología
P3.08
Gestaciones naturales en una cohorte de parejas serodiscordantes al VIH-1 con deseo reproductivo

J Del Romero Guerrero (1), B Baza Caraciolo (1), C Rodríguez Martín (1), I Río Sánchez (2), M Vera García (1), D Carrió Montiel (1), V Hernando Sebastián (2), J Castilla Catalán (3)

(1) Centro Sanitario Sandoval, (2) Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII, (3) Instituto de Salud Pública de Navarra

Introducción:
El objetivo del estudio fue evaluar la efectividad de un Programa específico de Minimización del Riesgo de Transmisión Sexual (PMRTS) del VIH-1 en una cohorte de parejas heterosexuales (HTX) serodiscordantes (SDC) al VIH con deseo reproductivo.

Material y Métodos:
Se analizaron 102 parejas SDC con deseo reproductivo por métodos naturales incorporadas entre 2008 y 2011 a un PMRTS que incluía: tratamiento antirretroviral combinado (TARc) del caso índice (CI) durante al menos los 6 meses previos (AD6MP), adherencia al TARc superior al 95%, carga viral plasmática del VIH-1 persistentemente indetectable AD6MP, estatus inmunológico preservado, ausencia de infecciones genitourinarias en ambos miembros de la pareja, identificación de la ovulación, espermiograma normal y carga viral (ARN) y proviral (ADN) del VIH-1 en semen indetectables. En 91 parejas el CI era varón y en 11, mujer. Nueve parejas abandonaron el PMRTS antes de finalizar el estudio y 93 parejas, después de su total cumplimiento, decidieron intentar la gestación natural, manteniendo relaciones sexuales no protegidas (RSNP). A estas parejas se les recomendó limitar las RSNP al periodo ovulatorio. Se definió como intento reproductivo completo (IRC) al período transcurrido entre el inicio de las RSNP y la gestación o la decisión de abandonar el IRC. Se analizaron datos sociodemográficos y clínicos: edad, duración de la relación de pareja, categoría de transmisión (CT) del CI y recuento de CD4. Se calcularon: el número de IRC, de RSNP, de gestaciones y su resultado, la media de RSNP por gestación y el número de casos de transmisión sexual o vertical del VIH.

Resultados:
Duración media de la relación de pareja: 8±5 años. Perfil del CI varón: edad media 39±5 años, 44 ex¬ usuarios de drogas inyectadas, 7 bisexuales, 25 HTX, 6 receptores de sangre o hemoderivados (RSH), 3 CT desconocida; media CD4: 564±247 cels/µL. Perfil del CI mujer: edad media 36±6 años, 7 HTX, 1 RSH; media CD4: 511±288 cels/µL. De las 93 parejas, 17 realizaron más de un IRC. En total se contabilizaron 110 IRC, 2.940 RSNP y 65 gestaciones: 63 en mujeres VIH (-): 42 nacimientos, 14 abortos espontáneos, 6 gestaciones en curso, 1 desconocido; y 2 gestaciones en mujeres VIH+: 1 nacimiento y 1 aborto espontáneo. Media de RSNP por embarazo: 21±27 (rango 1-145). No se produjo ningún caso de transmisión sexual o vertical del VIH.

Conclusiones:
El TARc permite a numerosas parejas serodiscordantes concebir por métodos naturales con un riesgo mínimo de transmisión del VIH.

Epidemiología
P3.09
Prevalencia de consumo de drogas y salud mental y su relación con el tratamiento antirretroviral (TAR) en mujeres de la cohorte CoRIS

L Gutiérrez Trujillo (1), MA Rodriguez Arenas (1), C Robledano (2), P Rodríguez Fortunez (3), J Del Romero (4), JM Rodriguez Fernández (5), JR Blanco Ramos (6), A Peña Monje (7), . CoRIS (8).

(1) Instituto de Salud Carlos III, Escuela Nacional de Sanidad, (2) Hospital General Universitario de Elche, (3) Hospital Universitario de Canarias, (4) Centro Sanitario Sandoval, (5) Hospital Ramón y Cajal, (6) Hospital San Pedro-CIBIR de Logroño, (7) Hospital Universitario San Cecilio, (8) CIBERESP

Introducción:
Se estudia el consumo de drogas, la posibilidad de ser posible caso psiquiátrico (PCP) y su asociación al inicio de tratamiento y a la adherencia a TAR, en mujeres de la cohorte CoRIS

Material y Métodos:
Se ha recabado información sobre consumo de drogas, adherencia a TAR y salud mental, en mujeres de la cohorte hospitalaria de personas con infección por VIH CoRIS (2010-2012). Se ha realizado un análisis descriptivo de los patrones de consumo de drogas y de la adherencia a TAR. Utilizando el cuestionario de salud mental GHQ12 se ha calculado la prevalencia de PCP, realizándose un análisis descriptivo de las características de los pacientes según su situación de salud mental y se ha valorado su relación con la adherencia a TAR. Para realizar el análisis de datos se ha utilizado Ji al cuadrado para las variables categóricas y T-test o U de Mann-Whitney para las variables numéricas, según su distribución

Resultados:
Fueron entrevistadas 91 mujeres. La edad media de las mismas es 40 años. La sustancia más consumida por estas mujeres es el tabaco. Algo más de la mitad de la muestra, 52%, son fumadoras en activo. La segunda sustancia más consumida es el alcohol. En los últimos 12 meses, un 48% lo ha consumido. Los tranquilizantes representan otras de las sustancias más consumidas, habiendo sido utilizados por el 55% de las mujeres alguna vez en la vida, y por un 44% en la actualidad.
Un 51% ha probado en alguna ocasión alguna sustancia ilegal. Actualmente los consumos más prevalentes son de cannabis (7%) y cocaína (2%). El consumo del resto de sustancias es mínimo.
El 79% está recibiendo tratamiento antirretroviral, sin que se observen diferencias según su consumo de drogas.
De las mujeres en tratamiento, el 61% son adherentes al mismo sin que haya diferencias por consumo de drogas.
Un 48% de las mujeres puntúan como posible caso psiquiátrico (PCP). Estas mujeres presentan un mayor consumo de tabaco y de tranquilizantes. Las mujeres que puntúan como PCP están en tratamiento antirretroviral en menor proporción que las que no PCP; y presentan menor adherencia al mismo ($p < 0.05$)

Conclusiones:
De nuestros resultados se desprende que, en estas mujeres, el consumo de drogas no supone un obstáculo para su acceso a tratamiento antirretroviral, ni para su adherencia al mismo. Por otra parte, puntuar cómo PCP si se muestra relacionado con menor acceso a TAR y menor adherencia

Epidemiología
P3.10
Infecciún por VIH en mujeres españolas y foráneas en la Comunidad de Madrid: características y diferencias

C Cevallos García, J Verdejo Ortes, C Izarra Pérez, S Martínez Rodríguez, M Ordobás Gavín

Servicio de Epidemiología. Sub. Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad

Introducción:
La infección VIH es menos visible en mujeres, además presentan mayor vulnerabilidad, destacando esta última en foráneas. Objetivo: estudiar las características epidemiológicas de la infección VIH en mujeres y sus diferencias entre nacidas en España y foráneas en la Comunidad de Madrid (CM)

Material y Métodos:
Análisis de infecciones VIH diagnosticadas en mujeres, notificadas al Registro VIH/sida en la CM, entre 2007 y febrero 2012. Estudio descriptivo: incidencia, país de nacimiento, edad, vía de transmisión, desarrollo de sida, cifra de linfocitos CD4+, diagnóstico tardío. Se utilizó la prueba chi-cuadrado para comparar variables cualitativas y t de Student para cuantitativas

Resultados:
Notificados 3832 diagnósticos de infección VIH. El 16% (614) son mujeres. Incidencia 4,2 diagnósticos/100.000 mujeres (4,3 en 2007; 3,4 en 2010). El 70,4% nacieron fuera de España, relación españolas/foráneas:2,4. En foráneas, 45,4% nacidas en África Subsahariana (AFS), 40,7% en América Latina (AML). Incidencia mayor en foráneas que españolas (16,5 vs 1,5 /100.000 mujeres $p<0,01$). Edad media al diagnóstico, $37,5\pm11,8$ españolas, $33,5\pm10,3$ foráneas $p=0,02$. En autóctonas, 73,1% transmisión heterosexual (HTX), 16,5% uso de drogas inyectadas (UDI); en foráneas, 96,1% HTX y 0,5% UDI ($p<0,01$). Cifra disponible de CD4 en 82,8% de españolas y 86,1% de foráneas. Mediana de CD4 en españolas, 288,5; en foráneas 264,5. El 36,7% de españolas y 41,9% de foráneas tuvieron presentación con enfermedad avanzada (PEA) al diagnóstico (<200CD4+/microlitro), 55,7% de españolas y 62% de foráneas tenían retraso diagnóstico (RD) (<350CD4/l), 73,4% de españolas y 79,1% de foráneas tenían <500CD4/l. El 38,4% de diagnósticos de AFS y el 43,6% de AML tuvieron PEA. Por edad, 31,3% de foráneas 20-29 años y 23,5% de españolas 20-29; y 49,4% de foráneas >39 años y 46,7% de españolas >39 tuvieron PEA. Por vía de transmisión, el 41,7% de foráneas HTX, 38,5% de españolas HTX y el 37,5% de UDI españolas tuvieron PEA. Han desarrollado sida, el 25,5% de foráneas y 27,5% de españolas; tuberculosis, en el 34,9% de foráneas con sida, 19,6% de autóctonas, ($p=0,05$); neumonía P. jirovecii (en el 18,6% de foráneas con sida, 26,8% de españolas)

Conclusiones:
Mayor número de infecciones en foráneas, la mayoría adquirida por relaciones HTX. Mayor PEA, RD y prevalencia con <500CD4+ en foráneas. La PEA es mayor en foráneas principalmente de América Latina; y aumenta con la edad de diagnóstico en foráneas y autóctonas. Un cuarto de foráneas y españolas desarrollan sida, pero es diferente la enfermedad de presentación.

Epidemiología
P3.11
¿Quién se hace su primera prueba de VIH en un programa móvil que oferta la prueba rápida en la calle?

S Fernández Balbuena (1), R Sánchez Pérez (1), M Ruiz García (1), J Álvarez Rodríguez (2), L de la Fuente de Hoz (1), MJ Belza Egozcue (3)

(1) Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de salud Carlos III, (2) Asociación Madrid Positivo, (3) Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III

Introducción:
Aunque la prueba del VIH se oferta desde todos los niveles asistenciales de la sanidad pública, un tercio de los infectados permanecen sin diagnosticar. Por ello se siguen desarrollando diversos programas con la intención de facilitar el acceso a la prueba de distintas poblaciones para aumentar la cobertura y disminuir el infradiagnóstico. Nuestro objetivo es caracterizar a las personas que se hacen la prueba del VIH por primera vez en su vida en un programa móvil que oferta la prueba rápida en la calle.

Material y Métodos:
Mediante un cuestionario auto-cumplimentado mientras esperan los resultados de una prueba rápida, se recoge información de 5920 españoles y latinoamericanos entre mayo de 2008 y marzo de 2011. Tras una exploración inicial se construyen dos modelos de regresión logística para estudiar los factores asociados a no haberse hecho nunca antes una prueba de VIH, uno para mujeres y hombres exclusivamente heterosexuales (HTX) y otro para hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH).

Resultados:
Un tercio eran mujeres, y de los hombres el 56% HSH. El 54% tenía menos de 30 años, el 76% eran españoles y la mitad tenía estudios universitarios. Sólo el 2.5% se había inyectado drogas y el 68% no había sido nunca diagnosticado con una ITS. El 41.5% nunca antes se había hecho una prueba de VIH (21% HSH, 51% HTX y 55% mujeres)
Los factores asociados a no tener ninguna prueba previa de VIH fueron, en ambos modelos, tener menos de 30 años (Mujeres y HTX: ORa =2.2 HSH: ORa =3.1), ser español (ORa =2.0 vs. ORa =1.6), no haber sido nunca diagnosticado con una ITS (ORa =1.8 vs. ORa =2.7), haber tenido pocas parejas sexuales durante los últimos 12 meses (ORa =2.5 vs. ORa =2.3) y haber mantenido relaciones sexuales sin utilizar el preservativo con parejas ocasionales en ese tiempo (ORa =1.7 vs ORa =1.9). En los heterosexuales, también con tener estudios universitarios (ORa =1.3) y no haberse inyectado drogas nunca (ORa =2.1). En HSH, los que no tenían relación con el ambiente gay tuvieron el doble de probabilidad de no haberse hecho nunca una prueba de VIH que quienes eran socios de una ONG de temática gay (ORa =2, 95%CI).

Conclusiones:
Los españoles jóvenes con poca formación y con comportamientos sexuales de riesgo son quienes tienen más probabilidad de no haberse hecho nunca una prueba de VIH, así como los HSH poco integrados en el ambiente gay. Los programas en la calle que ofertan la prueba de forma anónima y gratuita cubren un espectro poblacional al que tienen dificultades en alcanzar otros sistemas.
Financiado por: FIPSE-240961/10

Epidemiología
P3.12
Caracterización de los Nuevos Diagnósticos de VIH en Mayores de 50 Años Notificados al SINIVIH

J Oliva Domínguez (1), C Cevallos (2), E Martínez (3), M Alvarez (4), J Cereijo (5), C Malo (6), A Fernández (7), R García (8), G Gutierrez (9), M Díez (10)

(1) Centro Nacional de Epidemiología, (2) Madrid, (3) La Rioja, (4) Extremadura, (5) Galicia, (6) Aragón, (7) Asturias, (8) Murcia, (9) Castilla La Mancha, (10) CNE

Introducción:
Los casos notificados al Sistema de Nuevos Diagnósticos de VIH en España (SINIVIH) en personas mayores de 50 años pueden tener características distintas al de otros grupos más jóvenes. El objetivo de este estudio es analizar los factores asociados al grupo de nuevos diagnósticos de VIH mayores de 50 años
Material y Métodos:
Estudio descriptivo sobre las personas diagnosticadas de VIH por primera vez en el periodo 2007-2010 en las CCAA de Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla León, Castilla La Mancha, Cataluña, Ceuta, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Melilla, Murcia, Navarra y País Vasco. Se realizaron distribuciones por variables de persona, lugar y tiempo. Diagnóstico tardío (DT) se definió como menos de 350 CD4 en el momento del diagnóstico. Se realizó un análisis multivariado mediante regresión logística para ver los factores asociados a los diagnósticos en &t#8805;50 años. Como medida de asociación se utilizó la odds ratio y su intervalo de confianza al 95% (OR; IC95%)

Resultados:
Durante el período de estudio se notificaron 11.090 nuevos diagnósticos de VIH, de los que 1.355 (12,2%) tenían &t#8805;50 años. El porcentaje de mujeres en este grupo fue del 18%, y el modo de transmisión mayoritario las relaciones heterosexuales (49%), seguidas de las relaciones sexuales entre hombres ((HSH), 29%). Los usuarios de drogas inyectadas (UDI) supusieron sólo un 4%. Respecto al origen, el porcentaje de españoles fue del 78%, seguido por el origen latinoamericano (9%). El DT sumó un 68%. Ajustando por CCAA de notificación y año de diagnóstico, los factores asociados positivamente a tener &t#8805;50 años comparados con tener 25-49 años fueron: ser hombre (OR:1,6;1,4-2,0), presentar DT (OR:2,3;2,0-2,6); y origen español (OR:3,1;2,7-3,7); en cambio se asociaron de forma inversa ser UDI (OR:0,2; 0,1-0,3) o HSH (OR:0,4; 0,3-0,4) comparados con ser heterosexual

Conclusiones:
El grupo de nuevos diagnósticos con 50 años o más presenta características distintas a los del grupo mayoritario de 25 a 49 años. En el grupo de más edad hay mayor probabilidad de

DT y más presencia de hombres, españoles y heterosexuales. Por el contrario HSH y UDI están menos representados. Estos resultados han de tenerse en cuenta al implantar medidas preventivas

Epidemiología
P3.13
Casos de tuberculosis diagnosticados en Instituciones Penitenciarias 2001-2011: diferencias según la infección por el VIH

P Gómez-Pintado Pintado (1), A Diaz (2), E Acín (3), M Diez (3)

(1) Instituciones Penitenciarias. SGC Sanidad Penitenciaria, (2) CNE, (3) SGC Sanidad Penitenciaria

Introducción:
Describir las características de los casos de tuberculosis (TB) diagnosticados en prisión según su situación frente a la infección por VIH

Material y Métodos:
Estudio descriptivo de los casos de TB diagnosticados y notificados entre 2001 y 2011, en centros penitenciarios españoles (excepto Cataluña cuyas competencias penitenciarias están transferidas), notificados a la Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas y factores de riesgo para la TB por los médicos de prisiones que diagnosticaron los casos. Se calcularon distribuciones de frecuencia para las variables cualitativas y la mediana y rango intercuartílico (RIC) para la edad. Para evaluar la asociación entre variables cualitativas se han empleado el test de ji-cuadrado, y la comparación de medianas para variables cualitativas y cuantitativas

Resultados:
Un total de 1.363 casos de TB se diagnosticaron y notificaron en el periodo, de los que 1.285 (94,3%) disponían de información sobre VIH. De estos, 705 estaban infectados por el VIH (54,9%). La prevalencia de infección por VIH descendió de forma significativa en el periodo, desde 58,1% en 2001 hasta 43,8% en 2011.
La mayoría de los casos fueron hombres (96%) sin diferencias según estado VIH. La edad mediana de los casos con coinfección VIH/TB fue superior a los no coinfectados (37 años, RIC: 32,5-40 frente a 34 años, RIC: 29-42). El 94% de los casos de TB con infección VIH fueron españoles frente al 66,2% de los VIH negativos.
El 15,7% de los pacientes con infección VIH era usuarios de drogas intravenosas (UDI) actuales y el 61,7% eran ex-UDI, frente al 4,3% y 14,7%, respectivamente, de los casos sin infección VIH. El 81,4% de los pacientes con VIH eran casos iniciales de TB, cifra inferior al 86% de los casos sin coinfección TB/VIH. La localización extrapulmonar y mixta fueron más frecuentes en los casos con infección VIH (23,0% y 18,7%) que en los no infectados (11,2% y 1,9%). El 74% de los casos coinfectados con VIH y el 77,3% de los VIH negativos tuvieron un resultado satisfactorio del tratamiento antiTB (tratamiento completado o curación bacteriológica), aunque estas diferencias no fueron significativas

Conclusiones:
La prevalencia de VIH en casos de TB diagnosticados en prisiones sigue siendo elevada aunque ha ido descendiendo a lo largo del periodo. Se constatan diferencias entre casos con y sin coinfección VIH/TB tanto demográficas como clínicas, aunque no se han observado diferencias en cuanto al resultado satisfactorio del tratamiento

Epidemiología
P3.14
Pacientes con VIH/sida atendidos en hospitales públicos (Encuesta Hospitalaria): diferencias entre hombres y mujeres, y análisis de la evolución 2000-2011 según sexo

C Garriga Fuentes, A Díaz , M Díez

Centro Nacional de Epidemiología

Introducción:
Describir las diferencias entre hombres y mujeres, y la evolución temporal de los pacientes con VIH que son atendidos en hospitales públicos según sexo

Material y Métodos:
Estudio descriptivo de pacientes VIH atendidos en hospitales públicos de 17 comunidades y ciudades autónomas (2000-2011). Se recogió, en cuestionario anónimo, variables sociodemográficas, conductuales, clínicas y de tratamiento. Se examinaron las diferencias entre hombres y mujeres y se analizaron las tendencias para el periodo según sexo

Resultados:
De 2000 a 2011 han participado 8758 personas: 2446 (27,9%) mujeres y 6312 (72,1%) hombres. La razón hombre/mujer fue 2,6

Mujeres frente a Hombres: las mujeres eran más jóvenes [39 años (Desviación Estándar (DE): 9 años) frente a 41 años (DE: 9 años)], y la proporción de inmigrantes entre ellas fue superior (10,9% frente a 7,6%), al igual que la de desempleo (28,9% frente a 22,6%). Fueron más las mujeres que no emplearon preservativo en su última relación sexual en los 12 meses previos (31,2% frente a 23,6%). La adquisición de VIH por transmisión heterosexual fue mayor en mujeres que en hombres (48,9% frente a 16,4%). De otro lado fueron menos las mujeres con sida (40,9% frente a 46,8%) y con cifras de CD4 inferiores a 200 en la última determinación (21,2% frente a 25,6%)

Evolución 2000-2011: la edad media aumenta de 35 a 43 años en mujeres y de 38 a 41 años en hombres. Se ha incrementado significativamente la proporción de inmigrantes en ambos sexos (5,2% a 20,1% en mujeres; 3,8% a 13,8% en hombres), y la de hombres con estudios secundarios o superiores (42,8% a 51,3%). Ha descendido significativamente el porcentaje de desempleados (46,4% a 27,6% en mujeres; 29,8% a 19,7% en hombres). Aumentan los pacientes que adquirieron el VIH por prácticas heterosexuales (43,9% a 50,2% en mujeres; 11,8% a 18,7% en hombres). Se observan menos pacientes con sida (57,7% a 37,9% en muje-

res, 65,2% a 36,6% en hombres) y con cifras de CD4 <200 (29,3% a 16,0% en mujeres; 34,9% a 14,9% en hombres). Se incrementan los pacientes en tratamiento con antirretrovirales (75,7% a 79,0% en mujeres; 78,6% a 81,5% en hombres). En los hombres hay un descenso en los que tienen el virus de la hepatitis C (36,7% a 28,6%), en mujeres está estabilizado.

Conclusiones:
Los pacientes VIH presentan mejores parámetros clínicos al final del periodo. Aunque las tendencias en mujeres y hombres son similares existen diferencias en algunas de las variables analizadas

Epidemiología
P3.15
Evolución en las causas de mortalidad en una cohorte de pacientes con infección por VIH

C L R, F G R, M M C, S P U

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO ELCHE

Introducción:
En la era del HAART, la mortalidad ha disminuido en los pacientes infectados por el VIH con acceso a tratamiento. Este estudio examina las causas de muerte en adultos infectados por el VIH en la cohorte del Hospital General Universitario Elche.

Material y Métodos:
Se han examinado las causas de mortalidad, y factores asociados con la misma desde 1998 hasta 2011 en 158 pacientes VIH.Se han comparado las características de los mismos y las causas de muerte entre dos períodos:1º periodo:(1998-2004) y 2º(2005-2011). Las causas de muerte se obtuvieron de la revisión de las historias clínicas, los informes médicos y la información obtenida del médico responsable.

Resultados:
Durante 1998-2011, fallecieron 158 pacientes (14.5%) de 1070 que han sido seguidos en la cohorte en ese periodo. En 135 pacientes (85%) se pudo determinar la causa de la muerte. En este grupo, la edad media fue 42 (SD 10.4) años y el 83.7% eran varones. Las causas de muerte fueron eventos SIDA en 35.6% y eventos no SIDA (ENOS) en 64.4%. Los ENOs más frecuentes: abuso drogas/suicidio,16.3%;infecciones bacterianas,14%;enfermedad hepática terminal(EHT,15.6%;neoplasias,6.7%;y enfermedades cardiovasculares,5.2%.La mediana de linfocitos CD4 al éxitus fue 177 (rango intercuartílico,[RI]47-284) y carga viral 230(49-100.000copias/ml.

En el 1º periodo hubo 83(61.5%)m uertes y en el segundo 52(38.5%).Los pacientes que fallecieron en el primer periodo eran mayores que los del 2º (45.15 vs. 40. 28 p=0.008).No hubo diferencias en la distribución por sexos(p=0.80),ni en las categorías de transmisión, con predominio de UDVP en ambos(75.4% en el primero y 70.2% en el segundo,p=0.80).En el primer periodo había un menor número de pacientes virológicamente suprimidos en el momento del éxitus(40.9% vs 62.7%, P=0.034) y tendencia a un menor recuento de CD4(142,5/mm3[RI 22,7-240,25] vs 210/mm3[RI120-356],P= 0.054). La frecuencia de mortalidad por eventos SIDA constituyó el 45.8% y por ENOs 54.2% de las muertes del primer periodo, mientras que en el segundo fue del 19.2% vs 80.8% respectivamente,p=0.002).Entre los ENOs, se observó en 2º periodo una mayor frecuencia de causas neoplásicas(13.5% vs 2.4%),EHT(19.2% vs 13.3%) y cardiovasculares (9.6% vs 2.4%) y disminución de muerte por infecciones(9.6% vs 16.9%)y SIDA(19.2% vs 45.8%).

Conclusiones:
El espectro de mortalidad se ha modificado en los últimos años en los pacientes VIH,con disminución de las muertes por SIDA y predominio de ENOs como causa de muerte.Esto se ha acompañado de una mejoría desde el punto de vista inmunológico y virológico.

Epidemiología
P3.16
Factores asociados a la infección por el VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en España

P Fernández Dávila (1), C Folch (2), L Ferrer (2), R Soriano (3), M Díez (3), J Casabona (3)

(1) Stop Sida, (2) CEEISCAT, (3) Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida

Introducción:
El objetivo fue identificar los factores asociados a la infección por el VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) en España.

Material y Métodos:
La European MSM Internet Survey (EMIS) fue un cuestionario online diseñado para recoger información en HSH sobre sexualidad, conductas sexuales de riesgo, consumo de drogas, historia de ITS, conocimientos sobre el VIH/ITS, entre otros temas. El reclutamiento se realizó principalmente a través de páginas de contacto gay. Se realizó un análisis de regresión logística multivariante para identificar los factores asociados al VIH.

Resultados:
Un total de 13.111 participantes residentes en España completaron el cuestionario. La prevalencia del VIH fue del 8,9%. Los factores asociados al VIH fueron: ser inmigrante (OR: 1,35, IC95%: 1,15-1,58), vivir en una ciudad de más de 500,000 habitantes (OR: 1,29, IC95%: 1,06-1,57), tener 25 años o más (OR: 3,04, IC95%: 2,25-4,11 para 25-39 años, y OR: 5,73, IC95%: 4,17-7,86 para más de 40 años), tener un nivel educativo medio (OR: 1,24, IC95%: 1,06-1,46) y bajo (OR: 1,53, IC95%: 1,19-1,98), estar jubilado o con baja médica (OR: 1,24, IC95%: 1,00-1,54), tener una pareja estable (OR: 1,31; IC95%: 1,09-1,57), haber practicado la penetración anal receptiva en el último año (OR: 1,29; IC95%: 1,01-1,65), haber tenido penetración anal protegida con la pareja estable en el último año (OR: 1,91; IC95%: 1,55-2,35), tener un alto grado de conocimientos sobre el VIH/ITS (OR: 2,82, IC95%: 2,03-3,40), haber consumido drogas para sexo (OR: 1,83, IC95%: 1,56-2,15) y drogas para fiesta (OR: 1,86, IC95%: 1,56-2,18)

al menos una vez en los últimos 12 meses, haber sido diagnosticado de alguna ITS bacteriana o viral cutánea en los últimos 12 meses (OR: 1,93, IC95%: 1,61-2,31), haber sido diagnosticado alguna vez de hepatitis C (OR: 1,88, IC95%: 1,29-2,73), haber frecuentado un local de sexo en el último mes (OR: 1,57, IC95%: 1,35-1,83) y haber tenido penetración anal no protegida con una pareja sexual (estable u ocasional) de desconocido o discordante seroestatus en los últimos 12 meses (OR: 1,79, IC95%: 1,52-2,10).

Conclusiones:
Algunos factores resultantes indican conductas de riesgo de los HSH que tienen el VIH y deberían de ser considerados en los programas de prevención secundaria, no sólo para atender sus necesidades, sino también para disminuir las prácticas que los exponen a riesgo de reinfección/coinfección y de transmisión del VIH/ITS a sus parejas sexuales. Asimismo, estos programas deberían de adaptarse a la realidad socio-cultural de los HSH inmigrantes.

Epidemiología
P3.17
Cambios en el perfil sociodemográfico y clínico de las parejas serodiscordantes al VIH-1 que solicitan consejo reproductivo por métodos naturales.

B Baza Caraciolo (1), J Del Romero Guerrero (1), I Río Sánchez (2), M Vera García (1), C Rodriguez Martín (1), D Carrió Montiel (1), V Hernando Sebastián (2), J Castilla Catalán (3)

(1) Centro Sanitario Sandoval, (2) Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII, (3) Instituto de Salud Pública de Navarra

Introducción:
En la actualidad es creciente el número de parejas serodiscordantes (SDC) al VIH-1 que demandan asesoramiento para la gestación por métodos naturales. Aunque el perfil más prevalente de las parejas es aquel en el que el miembro seropositivo de la pareja, caso índice (CI), es un varón ex usuario de drogas inyectadas (UDI), es creciente el número de CI infectados por vía sexual (VSX). El objetivo del presente estudio fue caracterizar y comparar según categoría de transmisión del VIH-1 del CI (UDI vs. VSX), el perfil sociodemográfico y clínico de las parejas SDC que solicitaron consejo reproductivo durante el período 2008-2011 en una Clínica de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) de Madrid.

Material y Métodos:
Se incluyeron en el estudio 106 parejas SDC (96 con CI varón, 10 con CI mujer). La categoría de transmisión del CI fue: UDI (55 varones), VSX (41 varones: 8 bisexuales y 33 heterosexuales; y 10 mujeres heterosexuales). Se compararon ambas categorías de transmisión según características sociodemográficas (edad, origen, nivel de estudios, situación laboral, hábitos tóxicos, gestación previa de la mujer, duración de la relación de pareja) y clínicas (tiempo de infección, estadío clínico según CDC, recuento de CD4, seminograma y tiempo desde inicio terapia antirretroviral). Se utilizaron pruebas t -student y Chi2 para la comparación de medias y proporciones.

Resultados:
En comparación con las parejas UDI, las parejas VSX solicitaron consejo reproductivo tras un menor tiempo de relación de pareja (8±5 años vs. 10±6, p=0.05), menor tiempo desde el diagnóstico de la infección VIH-1 en el CI (7±5 años vs. 14±7; p<0.001) y menor tiempo de tratamiento antirretroviral (5±5 años vs. 10±5; p<0.001). Estuvieron constituidas por varones más jóvenes (39±6 años vs. 41±4; p<0.05), con menos hábitos tóxicos (43% vs. 66%; p<0.05) y con un seminograma con mayor número de espermatozoides/mL (66±52 millones vs. 44±34; p<0.05). La frecuencia de estudios medios y superiores en cualquiera de los miembros de la pareja fue mayor (57% vs. 13% ; p<0.001 para los varones y 78% vs. 53 %; p<0.05 para las mujeres), al igual que la proporción de parejas con algún miembro extranjero (29% vs.9%; p<0.05 para los varones y 37% vs. 14%; p<0.05 para las mujeres).

Conclusiones:
De acuerdo con la evolución natural de la epidemia del VIH-1 en nuestro ámbito, los datos obtenidos pronostican un perfil sociodemográfico y clínico más favorable para la gestación natural en parejas SDC .

Epidemiología
P3.18
Recursos de información contextual sobre VIH/sida en ámbito autonómico, una necesidad para la intervención en prevención

D Paricio Salas, V. León Gámiz, MJ Román García, E Soto Rubio

SIDA STUDI

Introducción:
Para mejorar las intervenciones de prevención del VIH entre diferentes colectivos es necesario conocer la situación real sobre el VIH/sida a partir de la recopilación de datos epidemiológicos, de comportamiento sexual y riesgos asociados.

Material y Métodos:
Establecer los datos a localizar: prevalencia VIH y casos sida; epidemiología de otras ITS; encuestas y datos de comportamiento sexual; estadísticas de uso de métodos anticonceptivos y dispensación de la píldora postcoital; datos de utilización de profilaxis postexposición, número de IVEs realizados.
Establecer los perfiles poblacionales: población general, mujeres, jóvenes, HSH, UDIs, profesionales del sexo, población reclusa, población migrante.
Establecer los recursos a consultar: boletines e informes epidemiológicos nacionales y autonómicos; servicios de estadística autonómicos; encuestas de salud y hábitos sexuales; ponencias y pósters presentados en congresos del ámbito VIH/sida, sexología y contracepción; trabajos presentados en publicaciones académicas; noticias aparecidas en prensa generalista e informes sanitarios.
El límite cronológico se circunscribe a los últimos cinco años.
El ámbito geográfico son las autonomías del Estado.

Resultados:
Diseño y creación de una base de datos online donde quedan recogidos más de 600 documentos que cumplen con los criterios definidos.
El proceso de recogida de documentación ha permitido arrojar las siguientes conclusiones:
Existe una escasa sistematización en la recogida o difusión de los datos objeto de estudio.
En contraste con algún notable vacío de datos a nivel autonómico, resulta significativo el número de estudios de ámbito local o provincial fruto del trabajo de profesionales del ámbito sanitario, universitario o asociativo.
Noticias aparecidas en prensa generalista son una fuente de acceso a información de fuentes primarias de difícil o nulo acceso (ej. uso de píldora postcoital, estudios conductuales...).
Trabajos presentados en congresos y jornadas, obtienen una difusión muy limitada.
Sólo en aquellos datos de declaración obligatoria (IVEs, EDO..) es posible establecer comparativas entre áreas geográficas.
Las variables de grupo poblacional no son tenidas en cuenta en muchas ocasiones,con lo que no es posible obtener datos de grupos concretos para determinados conceptos.
Conclusiones:
El primer paso para intervenir en prevención valorando el coste-efectividad y la validez empírica pasa por el conocimiento del contexto. El estudio realizado revela las limitaciones en el acceso a la información que pueden incidir en este aspecto.

Epidemiología
P3.19
Prevalencia de enfermedades y trastornos mentales en los acogidos del Hogar Gerasa (Vivienda de acogida para enfermos de SIDA)

JBT Borrallo Torrejón (1), A Vergara Moragués (2), C Gomez Díaz (2), T Merino Orozco (2), C Troya (2), T González González (2), F González Sáez (2), A Vergara de Campos (1)

(1) H. U. Puerto Real, (2) Hogar Gerasa

Introducción:
Los trastornos mentales en los pacientes VIH son un importante problema de salud en la actualidad. Suponen un abordaje más complejo en el manejo del paciente VIH, derivado de las dificultades de adherencia al tratamiento, mayor rechazo y problemas de exclusión social.

Material y Métodos:
Estudio descriptivo en el que se incluyeron 105 pacientes acogidos en el Hogar Gerasa durante 2007-2011.Analizamos variables como edad, sexo, enfermedad y/o trastorno mental, tiempo de estancia media, procedencia, hábitos tóxicos, vía de contagio, nivel cultural y nivel socioeconómico. El análisis de los resultados se ha realizado mediante el programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados:
La muestra seleccionada estaba formada por pacientes VIH infectados por uso de drogas por vía parenteral. El 60%(63)eran varones y el 40%(42) mujeres con edad media de 36 y 32 años respectivamente. El 55.6% de los varones presentaban un nivel cultural bajo y 44,4 % con nivel cultural medio; en mujeres fue bajo en 71,4% y medio en el 28,6%. El nivel socioeconómico el 63.5% de los varones procedían de un nivel bajo y 36.5% medio. En mujeres el 78.6% presentaban un nivel socioeconómico bajo y el 21.4% medio. El 40% procedían de la vivienda familiar, el 22.9% de la calle, el 17.1% de Hospitales, 5.7% otros centros y el 3.8% de la prisión. La estancia media en el Hogar fue de 25 semanas para los varones y 27 semanas para las mujeres. La prevalencia de trastornos mentales en nuestra muestra fue del 95.2% (100).El 48,5% presentaban Trastornos de la Personalidad, el 19% Demencia, 7.6% Esquizofrenia,14.3% Depresión, 4,8% Trastornos psicóticos.En los varones el trastorno mental más prevalente fue el Trastorno de la Personalidad 47.6%, seguido por la Demencia 22.2%, Depresión 11.1% y Esquizofrenia 9.5%. En mujeres el 50% presentaban Trastornos de la Personalidad, 19% Depresión y 14.3% Demencia.

Conclusiones:
El perfil del paciente que ingresa en el Hogar Gerasa es un enfermo VIH politoxicómano infectado por vía parenteral, con una edad media de 34 años y un nivel socioeconómico-cultural bajo.En su mayoría provienen del hogar familiar, la calle o centros Hospitalarios y casi el total de los individuos padecen un Trastorno mental.Los más prevalentes son Trastornos de Personalidad,la Demencia y la Depresión.Los datos obtenidos reflejan que los Trastornos Mentales son una realidad en el paciente VIH que dificultan el manejo clínico y su reinserción social. Una atención adecuada de la patología mental hace más fácil su aceptación en el ambiente familiar y una mejora en la adherencia al TARGA.

Epidemiología
P3.20
Diferencias en el perfil de los nuevos diagnósticos de un programa móvil que oferta la prueba rápida en la calle con los de una red de centros específicos de VIH/ITS

J Hoyos Miller (1), M Ruiz García (2), C Figueroa (3), J Gutiérrez (4), J del Romero (5), MJ Belza Egozcue (6)

(1) Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III y Ciber de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España, (2) Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid., (3) Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid., (4) Asociación Madrid Positivo, Madrid., (5) Centro Sanitario Sandoval, Madrid., (6) Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid. Ciber de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España.

Introducción:
Analizar la capacidad de un programa que oferta la prueba rápida en la calle para identificar nuevas infecciones en grupos poblacionales con características diferenciales a las presentadas por aquellos que se diagnostican en los centros específicos de diagnóstico, tradicionalmente orientados a promover el diagnóstico en poblaciones especialmente vulnerables

Material y Métodos:
7860 personas se realizaron la prueba entre 2008 y 2011 en un programa que ofertó la prueba rápida en una unidad móvil emplazada en varias ciudades españolas. Tras la firma

de un consentimiento informado y en los 15-20 minutos necesarios para la obtención del resultado del test,los participantes completaron un cuestionario auto-administrado. El análisis se centra en los 117 nuevos diagnósticos: de 103 tenemos constancia del resultado de la confirmación y los 14 restantes serán considerados como positivos a todos los efectos en el análisis. Se comparó el perfil de las infecciones detectadas por el programa y los diagnósticos realizados en una red de centros específicos de VIH/ITS (grupo EPIVIH) durante los años 2008 y 2009

Resultados:
De los 117 nuevos diagnósticos detectados en el programa,el 44,3% era inmigrante frente al 35,9% de los diagnosticados en los centros del grupo EPIVIH; el 28,7% mayor de 35 (vs. 36,1%) y el 43.4% había finalizado sus estudios universitarios(vs. 34,8%). El 90,7% de los nuevos diagnósticos pertenecían al grupo de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH)(vs. 82,7%) habiéndose realizado el test con anterioridad un 82.2% de los mismos (vs. 73.5%). Prácticamente la mitad (48,6%),se había realizado la última prueba dentro de los últimos doce meses. Entre aquellos sin prueba previa las razones más referidas estaban relacionadas con la falta de percepción de riesgo (61%). Se tuvo constancia del recuento de CD4 del 71,2% de las personas confirmadas como positivas, de las cuales,un 80.3% tenían >350 frente al 71,4% en el grupo EPIVIH

Conclusiones:
El programa fue capaz de detectar un número importante de nuevos diagnósticos en poblaciones especialmente vulnerables a la infección(HSH e inmigrantes)aunque tuvo muy poco impacto en grupos menos afectados por la infección pero con una mayor presencia de diagnósticos tardíos (hombres heterosexuales).El perfil sociodemográfico de los diagnosticados en el programaes muy similar al presentado en el grupo EPIVIH y dado su elevado nivel de estudios y el historial de pruebas previas,es de esperar que hubiesen sido diagnosticados servicios normalizados más pronto que tarde.Financiación: FIS PI09/1706; FIPSE 36634/07

Epidemiología
P3.21
Caracterización Clínica y Epidemiológica de Adolescentes con VIH y/o Sida del Centro de Atención Integral del Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas en el período comprendido de Enero 2010 a Junio 2011.

KEM Erazo Martinez, M Turcios

Hospital Dr. Mario Catarino Rivas

Introducción:
Documentar una caracterización clínico epidemiológica de adolescentes con VIH y/o Sida atendidos en el Hospital Dr.Mario Rivas de Enero 2010 a Junio del 2011 y abrir la brecha de investigaciones futuras en otros centros con población adolescente en control.

Material y Métodos:
Estudio descriptivo transversal, prospectivo, con recolección de datos mediante interrogatorio directo al paciente y sus cuidadores, complementando con el expediente clínico, aplicándose un instrumento de trabajo de tipo formulación.

Resultados:
El 85 % de los adolescentes están entre 11 y 18 años, el 18% de los mayores de 18 años han pasado a consulta de adultos. En su mayoría son huérfanos de padre, madre o ambos (66%), 22% viven en hogares y un 2% viven en parejas.
El 62% están estudiando la primaria y solo el 5% tienen educación superior, cabe mencionar que el 6% no estudia.
C3 fue la categoría clínica más frecuente al momento del diagnóstico , sin embargo el 66% tenía inmunosupresión severa al momento del diagnostico.
Un 3% de abandono al tratamiento se confirmo. Se registra un 13% con fracaso virológico mayor 2,000 copias. Un 19% de los adolescentes utiliza terapia de rescate.
El 32% ha presentado algún efecto adverso con la terapia antirretroviral siendo el más frecuente la dislipidemias en un 31%.
El 3% de la mujeres se ha embarazado, con bebes seronegativos.
No se registra uso de drogas y alcohol en este estudio
El 95% de los adolescentes conoce su estado serológico y el 35% han ameritado apoyo psicológico en algún momento. En esta cohorte el 0.5% han fallecido.

Conclusiones:
Se recomienda la formación de grupos de auto apoyo juveniles que fomenten la adherencia y su participación social así como también incluir de forma real el apoyo nutricional en el concepto de atención integral , fortalecer y coordinar con la clínica de adultos el paso de los adolescentes y continuar la educación sexual en los adolescentes con VIH.Se discuten otros aspectos clínicos y epidemiológicos.

Epidemiología
P3.22
Tuberculosis y VIH nuevos diagnósticos Campo de Gibraltar.

JM Suárez Farfante (1), JP Novalvos Ruíz (2), J Davila Guerrero (3)

(1) Unidad ITS Campo Gibraltar, (2) Departamento medicina preventiva Universidad Cádiz, (3) Medicina Preventiva Hospital Punta Europa

Introducción:
Las cifras corroboran la estrecha relación entre SIDA y tuberculosis (TB), el estudio PMIT en 1997 detecto un 17,7% de coinfecciones. En España, de acuerdo con datos del Registro Nacional de SIDA, en el período 2003-2007 se registraron 8.786 casos, de los cuales, el 29,2% corresponden a tuberculosis. Objetivo.
Conocer las características clínico-epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de nuevas infecciones VIH por un proceso de tuberculosis en nuestra área de salud, Campo de Gibraltar.

Material y Métodos:
Estudio descriptivo de los casos de TB con diagnósticos simultáneos de VIH acaecidos entre 1997-2008 y detectados por tres fuentes de información: a) Registros CMBD, b) Registros EDO c) Microbiología. Se procede a revisión de historiales y análisis de distintas variables clínicas y epidemiológicas.

Resultados:
De un total de 628 casos de TB con tasa ajustada para el área de 22,9 por cien mil habitantes , se detectan 230 casos asociados a VIH/SIDA (36,6%) ,de los cuales 21 presentaron diagnóstico simultaneo de VIH por primera vez(9,1%).La edad media fue 37,8 años(28-60),por sexo 17 varones(80,9%) y 4 mujeres(19%) de nacionalidad española 20 pacientes y uno extranjero. Todos los pacientes ingresaron en los hospitales del área fundamentalmente en servicios de enfermedades infecciosas (80%).
La practica de riesgo para adquirir la infección fueron Ex UDVP (61,9%), heterosexual (19%) y homosexual (14,2%), otros factores de riesgo asociados fueron consumo de tabaco (71%), alcohol (47,6%), drogas ilícitas (28,5%) y embarazo 1 caso. Las formas de presentación de la enfermedad correspondieron a iniciales en 20casos (95%) y su localización fue pulmonar 10, diseminadas 8 y pleural 3. Se llego al diagnostico por baciloscopia y/o cultivo en 15 casos, tres por elevación de ADA en liquido pleural y en tres de forma clínica. El promedio de CD4 129,5 células/ µl. La radiología resulto anormal no cavitada en 11 casos (52%), cavitada en 3(14%) y normal 4 (19%), un solo paciente presento patrón miliar. En tres casos se produjo exitus durante el año siguiente al diagnostico (14,2%). El tratamiento empleado en nuestra serie fue cuatro fármacos (7HR+2HRZE) durante 9 meses en 18 casos (85,7%) y en tres casos (14,2%) se empleo cuatro fármacos (4HR+2HRZE), 6 meses.

Conclusiones:
Detectamos un porcentaje de pacientes con coinfección tuberculosis-VIH del (36,6%) superior al estudio PMIT para Andalucía (27,2%) de los que (9,1%) se diagnosticaron por primera vez de infección VIH/SIDA a través del proceso de tuberculosis.

Epidemiología
P3.23
Seroconversión al VIH. ¿Quién?

J Belda Ibáñez, E Fernández García, T Zafra Espinosa, E Galán Rubio, S Colomina Monzó

CIPS (Centro de Información y Prevención del SIDA)

Introducción:
Conocer las características sociodemográficas de la seroconversión al VIH y su tendencia temporal.

Material y Métodos:
Estudio descriptivo y temporal con componentes analíticos de todos los usuarios del CIPS de Alicante que presentaron criterios de seroconversión al VIH, valorando como seroconversión poseer un VIH negativo previo en el centro o suficientemente documentado. Las variables a estudio han sido el año de diagnostico positivo, la edad, sexo, nacionalidad, titulo de estudios alcanzado y práctica de riesgo principal por la que acuden a realizarse la prueba

Resultados:
Del total de VH positivos diagnosticados en el CIPS, cumplen criterios de seroconversión al VIH en los años de estudio (1997-2011), 166. Son varones el 86.7%, españoles el 84,9 y con una media de edad de 38.95 años, 39 en varones y 37 para mujeres; 39 años en españoles y 34 para no españoles; Respecto al riesgo: el 62,7% son HSH, 28,3% UDVP y 8,5% heterosexuales. El 58,4% refirió mantener relaciones sexuales con varias parejas en el último año y el 28,3% conocía que su pareja sexual era VIH.
Analizadas las variables por años, tomados estos de tres en tres, no encontramos diferencias respecto al sexo (para todos los años más varones)ni a la nacionalidad, para todos los años más españoles, Tabla 1, si bien la tendencia era creciente hasta los últimos años. Sí encontramos asociaciones significativas respecto a la práctica de riesgo (tabla 2)con un incremento importante en los últimos años de los HSH y un descenso de los UDVP (p<0.000), con el titulo académico (p=0.0004), incremento en estudios superiores en los últimos años que corresponde con el incremento de los HSH, y finalmente con la edad, tabla 3, (p=0.045), con incremento en los últimos tres años del grupo de edad de 25 a 34 años.

TABLA 1	Españoles	No españoles
1997-1999	100.	0
2000-2002	89.5	10.5
2003-2005	83.8	16.2
2006-2008	77.3	22.3
2009-2011	83.7	16.3

TABLA 2	HSH	UDVP	Heterosexuales
1997-1999	34.8	60.9	14.3
2000-2002	31.6	57.9	14.3
2003-2005	54.1	40.5	14.3
2006-2008	70.5	9.1	57.1
2009-2011	93.0	4.7	-

TABLA 3	<25	25-34	35-44	>44
1997-1999	-	-	54.5	45.5
2000-2002	-	-	-	100
2003-2005	-	21.7	43.5	34.8
2006-2008	2.5	35	45	17.5
2009-2011	4.8	52.4	26.2	16.7

Conclusiones:
Dada las tasas de seroconversión que presentan los HSH, necesitamos realizar estudios que nos informen cómo conocer y porqué no "comprender" el riesgo que este colectivo está aceptando, así como conocer la permeabilidad de la información para buscar formas de intervención más eficaces.

Epidemiología
P3.24
Perfil clínico de las pacientes seropositivas para VIH en seguimiento en una Unidad Hospitalaria de Patología Cervical.

MP Garcia Anaya (1), J De León Luis (2), M Izquierdo Martín (3), P Miralles Martín (3), C Lacruz Pelea (3), L Ortiz Quintana (3)

(1) HCD Gomez Ulla , (2) HGU Gregorio Marañón, (3) Cátedra de Salud Pública y Gestión Sanitaria. UEM

Introducción:
Describir las variables clínico-epidemiológicas de pacientes VIH positivas en seguimiento en la Unidad de Patología Cervical del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM).

Material y Métodos:
Estudio transversal realizado durante el periodo enero 2005 y diciembre 2007. Se reclutan 225 pacientes y se consideran validas para análisis 220 (97,7%), describiéndose las variables clínicas y epidemiológicas presentes en el momento del reclutamiento.

Resultados:
La edad media de las pacientes es de 41 años.
La primera citología es patológica en una quinta parte de los casos y la colposcopia es patológica en casi la mitad de las pacientes.

Se recoge la existencia de práctica de riesgo en tres cuartas partes del conjunto. En casi la mitad de los casos (47,7%), el mecanismo de transmisión predominante es la vía sexual.

Un tercio de las pacientes presenta antecedente de infecciones de transmisión sexual (ITS) y de patología del tracto genital inferior (TGI).

El estadio predominante (agrupado por categorías) es el A, y siguen tratamiento con TARGA cerca de tres cuartas parte, refiriendo -en esa misma proporción- un buen cumplimiento del mismo. La carga viral resulta indetectable en dos tercios de los casos y la mitad de las pacientes presentan niveles de CD4 entre 201 y 500/mm3. Prácticamente la mitad de las pacientes presenta coinfección con VHC, mientras que esta coinfección se restringe a algo más de un cuarto de las pacientes por lo que respecta al VHB.

En la primera citología sin hallazgos con colposcopia patológica, (18 casos), en los que se practicó biopsia, ésta resultó negativa en casi el 90% de los casos (p=0,000). En cuanto a la primera citología con resultado de alteraciones inespecíficas y colposcopia patológica (46 casos) en los que se realizó biopsia, menos del 20% resultó patológica (p=0,000), acercándose este porcentaje a la mitad en las pacientes (23 casos) en que tanto la citología como la colposcopia fueron patológicas. (p= 0,000).

La tabla 1 describe las variables clínicas.

La tabla 2 describe las variables relacionadas con los factores de riesgo de VIH.

Conclusiones:
En nuestro grupo de pacientes, el mecanismo de transmisión predominante es la vía sexual. El estadio predominante en el momento del diagnóstico (agrupado por categorías) es el A. Un grupo importante de pacientes presentan antecedentes de patología del tracto genital inferior (TGI).

Epidemiología
P3.25
Análisis comparativo del perfil clínico-epidemiológico de las pacientes seropositivas VIH en relación al status hormonal en una Unidad Hospitalaria de Patología Cervical.

MP Garcia Anaya (1), JA De León Luis (2), M Izquierdo Martínez (3), P Miralles Martín (3), C Lacruz Pelea (3), L Ortiz Quintana (3)

(1) HCD Gómez Ulla , (2) HGU Gregorio Marañón , (3) Cátedra de Salud Pública y Gestión Sanitaria. UEM.

Introducción:
Describir en un grupo de pacientes seropositivas VIH en seguimiento en la Unidad de Patología Cervical del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM) las variables clínico-epidemiológicas en relación a su status hormonal al acudir a la consulta.

Material y Métodos:
Estudio transversal realizado entre enero 2005 y diciembre 2007. Se reclutan 225 pacientes y se consideran válidas para análisis 220 (97,7%). Se describen las variables clínicas y epidemiológicas, en relación al status hormonal, presentes en el momento del reclutamiento, .

Resultados:
De un total de 225 pacientes, (76,4%) son premenopáusicas y (23,6%) son postmenopáusicas. Se describe diferencia significativa en cuanto a la edad de diagnóstico del VIH, (p=0,000). Así como en los niveles de CD4 (p=0,000).
La primera colposcopia realizada fue patológica en el grupo de pacientes premenopáusicas (p=0,021). La primera biopsia resultó patológica en un tercio de las pacientes premenopáusicas frente al 20% de las postmenopáusicas (p= 0,033. El antecedente de patología del TGI está presente con más frecuencia en el grupo de postmenopáusicas (casi 40% de las pacientes, p=0,030).
La tabla 1 describe las variables clínicas en cada uno de los grupos.
La tabla 2 describe las variables relacionadas con los factores de riesgo de VIH.

Conclusiones:
No hay diferencias significativas en cuanto al lugar de procedencia, antecedentes obstétricos ni hallazgos en la primera citología. La primera colposcopia realizada fue patológica con más frecuencia en el grupo de pacientes premenopáusicas. La primera biopsia resultó patológica con más frecuencia entre el grupo de pacientes premenopáusicas y la necesidad de

tratamiento tras primera visita también fue mayor en este grupo.
Existen diferencias significativas en la edad media al diagnóstico de VIH.
Hay que constatar la existencia de diferencias significativas en cuanto al nivel de CD4/mm3 a favor del grupo de pacientes premenopáusicas.
El antecedente de patología del TGI está presente con más frecuencia en el grupo de postmenopáusicas.
No hay diferencias significativas en cuanto a la coinfección con VHC/VHB entre ambos grupos.

Epidemiología
P3.26
Análisis comparativo del perfil clínico-epidemiológico de las pacientes seropositivas VIH en relación a la coinfección con VHC en una Unidad Hospitalaria de Patología Cervical.

MP Garcia Anaya (1), JA De León Luis (2), M Izquierdo Martínez (3), P Miralles Martín (3), C Lacruz Pelea (3), L Ortiz Quintana (3)

(1) HCD Gómez Ulla , (2) HGU Gregorio Marañón , (3) Cátedra de Salud Pública y Gestión Sanitaria. UEM

Introducción:
Describir en un grupo de pacientes seropositivas VIH que presentan coinfección con VHC, en seguimiento en la Unidad de Patología Cervical del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM) las variables clínico-epidemiológicas recogidas al reclutamiento.

Material y Métodos:
Estudio transversal realizado entre enero 2005 y diciembre 2007. Se reclutan 225 pacientes y se registran las variables presentes en la inclusión al estudio, en relación a la coinfección con VHC (edad media, procedencia, status hormonal, antecedentes obstétricos, hallazgos cito-colposcopico-histologicos, tratamiento, edad al diagnostico, mecanismo de transmisión, prácticas de riesgo, hábitos, patologia concomitante, estadio, TARGA, carga viral, niveles de CD4 y coinfección con VHC). Se consideran validas para análisis 220 (97,7%).

Resultados:
Del total de las pacientes, 107 (49,1%) presentan coinfección con VHC frente a 111 (50,9%) sin coinfección.
Se observa diferencia significativa (p=0,002)en cuanto a la procedencia en el grupo VIH/VHC+.
Se observan diferencias significativas (p=0,000) en el intervalo transcurrido desde el diagnóstico de VIH hasta el primer control, en la presencia de práctica de riesgo(p=0,000),en el mecanismo de transmisión (p=0,000)en el que predomina el de UDVP para VIH/VHC+ . También resulta significativa la diferencia en el grupo VIH/VHC+ con respecto el hábito tabáquico,(p=0,001), el uso de otras sustancias tóxicas(p=0,001), la presencia de ITS (p=0,003).
Se observa diferencia aunque no significativa (p=0,019)en la edad media al diagnóstico de VIH;cercana también a la significación estadística la presencia de patología en la primera citología a favor del grupo coinfectado con VHC (p=0,043), los antecedentes de patología del TGI,(p=0,043).
La tabla 1 describe las variables clínicas en cada uno de los grupos.
La tabla 2 describe las variables relacionadas con los factores de riesgo de VIH en cada uno de los grupos.

Conclusiones:
No existen diferencias significativas entre grupos en lo que respecta a edad media, status hormonal, motivo de derivación, primera citología y hallazgos colpo-histologicos.
Se observan diferencias inter-grupos en la edad media al diagnóstico VIH, en la presencia de práctica de riesgo,en el mecanismo de transmisión. Es más frecuente en el grupo VIH/VHC+ el hábito tabáquico, el uso de otras sustancias tóxicas y la presencia de ITS, así como los antecedentes de patología del TGI.
La presencia de coinfección simultánea con VHB resulta significativa en el grupo de VIH/VHC+ frente al grupo VIH/VHC- .

Epidemiología
P3.27
Forma de Presentación de Pacientes HIV-SIDA al momento del diagnostico. Análisis retrospectivo

C Strasorier Diaz (1), T Pedraza (2), D Belmont (3), S Mercado (4)

(1) Instituto Privado de Infectologia- Hospital de Clínicas Unlar La Rioja, (2) Hospital de Clínicas UNLaR, (3) Hospital Clínicas La Rioja UNLaR, (4) Hospital Clínicas La Rioja UNLaR-Instituto Privado de Infectología

Introducción:
Este trabajo se realizo con el objeto de analizar retrospectivamente la forma de presentación de los pacientes HIV-SIDA al momento del diagnostico durante los años 2009 al 2011.
Necesitábamos observar el numero de intervenciones que tuvo el sistema de salud con los pacientes, como interpreto el motivo de consulta y el tiempo que se llevo hasta el diagnostico.

Material y Métodos:
Se revisaron 35 historias clínicas de pacientes que fueron diagnosticados HIV-SIDA en el Instituto Privado de Infectologia La Rioja y el Hospital de Clínicas de UNLaR (Universidad Nacional de La Rioja).
Se analizó:
Edad, sexo, nivel de instrucción, ocupación, antecedentes tóxicos, nivel de CD4,carga viral y presentación clínica todo al momento del diagnostico.

Resultados:
Edad: 34,2% entre 20 y 29 años
25,7% entre 30 y 39 años
22,8% entre 40 y 49 años
11,4% entre 50 y 59 años
5,7% mas de 80 años.

Sexo: 54% masculino y 46% femenino

Nivel de instrucción: 31,4% estudios primarios
60,9% estudios secundarios
5.7% estudios terciarios o universitarios.
Ocupación: 71,4% empleados.
8,5% jubilados y pensionados
11% desocupados
2,8% independientes

Antecedentes tóxicos: el 27% presentaba antecedentes tóxicos.
73% no presentaba.

Nivel de CD4: 51% nivel mayor de 200 CD4
49% nivel menoror de 200 CD4.

Carga Viral plasmática: 31,4% entre 40 y 10.000 copias por Mm sangre.
31,4% entre 10.000 y 100.000 copias por mm.
25,7% entre 100.000 y 1.000.000 copias por mm.
5,7% mayor de 1.000.000 copias por mm.

Según la presentación Clínica: 29% asintomáticos y 71% sintomáticos.
Formas de presentación Clínica:

72% síndrome consuntivo o de desgaste
10% Candidiasis oral
28% Diarrea crónica
24% Neumonía
24% micosis profunda
12% infección en SNC.
4% Tuberculosis.
24% otras.

Conclusiones:
Los pacientes analizados la mayoría fueron jóvenes, el 60% entre 20 y 40 años, Se diagnosticaron en forma tardía con enfermedad avanzada,el 49% tenia un nivel de CD4 menor a 200 células,el 27% tiene hábitos tóxicos de consumo de alcohol y drogas y el 70% presento síntomas de enfermedad.

Prevención
P4.01
Efectos de un programa de prevención del VIH en los conocimientos y actitudes en adolescentes con alto nivel de búsqueda de sensaciones sexuales

JP Espada Sánchez (1), A Morales Sabuco (1), M Orgilés Amorós (1), R Ballester Arnal (2), FX Méndez Carrillo (3), R Secades Villa (4)

(1) Universidad Miguel Hernández, (2) Universidad Jaume I de Castellón, (3) Universidad de Murcia, (4) Universidad de Oviedo

Introducción:
La búsqueda de sensaciones sexuales se relaciona con una mayor frecuencia de comportamientos sexuales de riesgo. Se dispone de poca información sobre el efecto de las intervenciones escolares para la prevención del VIH en perfiles específicos de adolescentes.

Material y Métodos:
En este estudio se evalúa la eficacia de un programa escolar protocolizado para la prevención del VIH (COMPÁS) con adolescentes que presentan alta búsqueda de sensaciones sexuales (ABSS). Se seleccionaron los adolescentes que puntuaron por encima del percentil 75 en búsqueda de sensaciones sexuales (n = 222). La edad media fue 15.7 años, el 66% eran chicos y el 65% informaron ser sexualmente activos. Los centros participantes fueron asignados aleatoriamente al grupo experimental que recibió el programa y grupo control sin intervención. Los estudiantes fueron evaluados antes e inmediatamente después de la intervención mediante autoinformes. Se midió el nivel de búsqueda de sensaciones sexuales, los conocimientos sobre el VIH, vías de transmisión y efectos del virus, la actitud hacia el VIH, el uso del preservativo, la prueba de detección del VIH y las personas infectadas. Se analizaron los resultados mediante pruebas de comparación de medias a nivel intragrupo e intergrupo.

Resultados:
Tras la intervención, los adolescentes que recibieron el programa incrementaron significativamente sus conocimientos sobre el VIH, las vías de transmisión y los efectos del virus, mostraron una actitud más favorable hacia el VIH, el uso del preservativo, incluso cuando existen obstáculos para su uso y las personas infectadas. No se observaron diferencias en el grupo control entre ambas mediciones. A nivel intergrupo, el grupo experimental incrementó significativamente sus puntuaciones en todas las medidas de conocimientos y mejoró su actitud hacia las personas infectadas por el virus, respecto al grupo control.

Conclusiones:
Los hallazgos sugieren que el programa COMPÁS ofrece excelentes resultados para incrementar los conocimientos y contribuye a formar actitudes más favorables hacia el VIH en los adolescentes con ABSS.

Prevención

P4.02

Estudio prospectivo comparativo de las escalas de riesgo cardiovascular recalibrada de Framingham vs escala del estudio D.A.D.para el c·lculo de RCV en pacientes VIH positivos en terapia antirretroviral entre mayo y septiembre de 2011

J Cevallos Espinel (1), N Cevallos Salas (2)

(1) Hospital Dr. enrique Garcés, (2) Hospital Dr. Enrique Garcés

Introducción:
Los pacientes VIH positivos tienen un RCV mayor que el de la población general.Varias escalas calculan el RCV, siendo la escala de Framingham la más utilizada, esta escala fue elaborada para la población general y no cuenta con marcadores específicos del VIH como la TAR. El estudio D:A:D elaboró una escala específica para pacientes VIH positivos que cuenta con parámetros propios de la enfermedad.Este estudio se basa en la comparación y concordancia de las escalas mencionadas,ya que la estratificación del RCV es un pilar central para tomar decisiones terapéuticas en prevención y pronóstico de los pacientes VIH positivos.

Material y Métodos:
El análisis incluyó a 162 pacientes VIH con TARGA, atendidos en la clínica de VIH/SIDA del Servicio de Medicina Interna del Hospital Enrique Garcés entre mayo y septiembre de 2011, en los cuales se aplicó la escala recalibrada de Framingham y la ecuación DAD. Adicionalmente se realizó estudio de concordancia mediante Spearman, Gamma y la U de Mann Whitney para variables no paramétricas.

Resultados:
Mediante la ecuación recalibrada de Framingham se estratificó a un 96.3% de la población de estudio con riesgo cardiovascular leve; 3.1% con moderado y un 0,6% con severo. Mientras que la estratificación con la ecuación DAD fue un 75.9% con un riesgo cardiovascular leve; 21,6% con moderado y un 2.5% con severo. Entre las dos se aplicó el coeficiente de concordancia de Spearman con el que se demostró una fuerte correlación estadísticamente significativamente (P<00,5). El factor de riesgo más prevalente en la población VIH positiva estudiada fue el HDL-bajo con un 39.8%, seguido de hipercolesterolemia 35,18%. El consumo de abacavir y lopinavir no se correlaciona con el riesgo cardiovascular (p<0.05).

Conclusiones:
Los datos obtenidos muestran una fuerte correlación y estadísticamente significativa entre la escala de Framingham y la ecuación del DAD. El factor de riesgo más prevalente es la dislipidemia el cual coincide como factor de riesgo más prevalente en la población general. La mayoría de la población VIH positiva presentó un riesgo cardiovascular leve tanto para la escala de Framingham como la del DAD

Prevención

P4.03

Aspectos relevantes del dispositivo de prueba rápida de VIH para TTS Y TMS en FTM.

B Mainieri Perez (1), T Navazo Fernández (2)

(1) Fundación Triangulo, (2) Fundación Triangulo

Introducción:
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 en FTM entre Abril y Diciembre de 2011.

Material y Métodos:
Se realizó una prueba rápida, en fluido oral, de detección de anticuerpos del VIH (OraQuick Advance HIV 1/2 (R)) a una muestra representativa de 15 TTS y 13 TMS a la que se pasó un cuestionario estructurado.

Resultados:
De las 28 personas analizadas el 45% eran TMS y el 55 % TTS. La edad media de la población es de 31 años. Según su país de procedencia, el 22% era de origen español, y resto de procedencia latinoamericana, en su mayoría de Brasil y Perú. De la muestra de TMS el 38% manifestó no tener pareja. El 23% tenia pareja de género masculino y desconocían su estado serológico, frente a un 15% que conocía su serología, siendo ésta negativa. El resto de TMS que manifestaron tener pareja, era de género femenino, mostrando el mismo porcentaje tanto para negatividad o positividad de la serología de la misma. Respecto a las TTS, el 80% no tenía pareja estable, mientras un 13% tenía pareja de género masculino y desconocían su serología, frente a un 7% que conocían la negatividad de su pareja.
En cuanto al uso del preservativo con la pareja estable, en el caso de los TMS,el 100% afirmaron tener sexo oral sin protección, el 50% en el CAI, y el 25% en el CAR. Respecto al uso del preservativo con clientes o con parejas ocasionales, el 45% afirmaba practicar sexo oral sin preservativo, el 8% CAI de forma esporádica sin preservativo, y el 6% el CAR sin preservativo de forma ocasional. En el caso de las TTS, en relación al uso del preservativo con la pareja, el 100% manifestó realizar sexo oral sin protección, así como el CAR, y no practicar CAI. Respecto al uso del preservativo con clientes o con parejas ocasionales, afirmaron practicar sexo oral sin preservativo en el 73%, un 20% en cuanto al CAI, frente a un 7% respecto al CAR.
Respecto a las ITS el 15% ha manifestado haber padecido condilomas así como sífilis, frente al 7% que afirmó haber padecido infecciones previas de gonorrea, VHB, VHA, VPH, herpes y ladillas.
De las 28 pruebas rápidas, sólo una dio un resultado positivo en TTS, confirmado en el centro sanitario Sandoval.

Conclusiones:
Es necesario facilitar el acceso a la pruebas diagnósticas de VIH y otro tipo de ITS en contextos no clínicos, para un diagnostico precoz en coordinación con los servicios socio-sanitarios públicos.

Prevención
P4.04
Estudio sobre la Utilización del Preservativo en Jóvenes del País Vasco

M Tapia San Juan (1), M Imbert Escobar (1), N Asla Alzibar (2)

(1) Asociacion T4 de Lucha Contra el Sida, (2) Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea

Introducción:
A lo largo de la historia de la infección por vih/sida se están produciendo de forma continua importantes cambios. Uno de ellos se ha producido en relación a las características epidemiológicas de las personas que se diagnostican, concretamente, en lo relativo a la juventud. Es por ello, que en la Asociación T4 de Lucha Contra el Sida se realizan campañas de prevención del vih,

Material y Métodos:
En la campaña del 2011 se ha desarrollado un estudio sobre la utilización del preservativo entre 523 jóvenes (368 mujeres y 155 hombres) de entre 14 y 35 años. En el mismo se recoge información sobre el tipo de relaciones sexuales que mantienen, la utilización del preservativo y la percepción del riesgo de infección por vih.

Resultados:
Se ha podido observar que el 26% de los/as jóvenes afirman no haber tenido relaciones sexuales el último año, el 45,3% dice haber mantenido relaciones sexuales con una persona y el 25% dice haber mantenido relaciones sexuales con más de una persona. Además, el 72,1% ha mantenido relaciones heterosexuales, el 9,2% homosexuales y el 4,2% bisexuales. En general, el 18,7% menciona que no utiliza preservativo en sus relaciones sexuales. Estas son las razones que dan para no utilizar preservativo; 30% por no disponer, 13,6% por haber consumido drogas, 7% por falta de costumbre. Además, el 36,7% no percibe riesgo de poder infectarse con el vih si no utiliza preservativo y solo el 8% se ha realizado alguna vez la prueba del vih.

Conclusiones:
Sigue quedando de manifiesto la importancia de las campañas de prevención.

Prevención
P4.05
Cursos de formación de Agentes de Salud en Prevención, Detección y Asesoramiento frente a la Infección por VIH de Mujeres Transexuales en Situación de Prostitución

F. Noia Alvarez (1), R. Esteso Mesas (2), L. Martínez Miller (3), S. Zamorano Cubero (4), B. Espinosa de los Mont Álvarez (5), J.M Atienza Borge (6)

(1) Médicos del Mundo España, (2) Médicos del Mundo España - Sece Central, (3) Metges del Mon Catalunya, (4) Médicos del Mundo Madrid, (5) Médicos del Mundo Andalucía, (6) Médicos del Mundo España - Sede Central

Introducción:
El objetivo general de los cursos de formación de Agentes de Salud es mejorar las condiciones sociosanitarias de las mujeres transexuales en situación de prostitución

Los objetivos específicos logrados han sido disminuir las conductas de riesgo para la infección por VIH/sida y otras ETS y aumentar el conocimiento en materia de prevención y promoción de la salud en el colectivo de mujeres transexuales en situación de prostitución

Material y Métodos:
Periodo de implementación de las actividades:01/01/11-31/03/12

Se han realizado 3 cursos en Barcelona, Madrid y Málaga

FASES DE CADA CURSO:

- IDENTIFICACIÓN: Difusión de los cursos; Contacto con otras entidades/organizaciones; Localización de potenciales participantes (se priorizan mujeres inmigrantes con especial relevancia en su comunidad); Entrevistas de selección; Evaluación de las candidaturas y selección

- IMPLEMENTACIÓN DE LA FORMACIÓN TEORICA Y PRÁCTICA:
Duración: 100 horas (Teoría: 80 h y prácticas en dispositivos de la organización: 20 h). Examen final y evaluación del curso por las participantes

- DESARROLLO PROFESIONAL: Contratación de agentes de salud mejor cualificadas

- SISTEMATIZACIÓN Y EVALUACIÓN INTERNA

Resultados:
- 46 mujeres transexuales en situación de prostitución han sido formadas como Agentes de Salud tras finalizar exitosamente los cursos (17 en Madrid, 17 en Barcelona, 12 en Málaga)

- El 95,8% de las candidatas seleccionadas que iniciaron los cursos los finalizaron exitosamente

- Durante las practicas, las participantes realizaron 419 intervenciones educativas y 307 intervenciones sociosanitarias con 370 mujeres transexuales en Barcelona, Madrid, y Málaga

- Una vez finalizados los cursos, 4 participantes han sido contratadas como Educadoras de Pares por un periodo inicial de 3 meses

Conclusiones:

• El proyecto evidencia que cuando la información sobre prevención de VIH (y otras ETS) es transmitida por Educadoras/es de Pares, alcanza de manera más efectiva la población diana e incrementa la calidad de la intervención

• La formación de agentes de salud tiene un efecto multiplicador en la transmisión de mensajes de salud. En el caso particular de este proyecto 46 mujeres formadas han transmitido mensajes de salud a 370 mujeres transexuales (media de 8 mujeres por cada Agente de Salud)

• La mejora en la calidad de la intervención tiene un efecto directo en la reducción de las prácticas de riesgo entre las mujeres transexuales en situación de prostitución, aunque no garantiza el uso del preservativo masculino en todas las relaciones sexuales

Prevención

P4.06
EDUCACIÓN PARA LA SALUD: UNA PROPUESTA PARA LA PREVENCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO EN LA SEXUALIDAD Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

V Villanueva Blasco (1), A Castro (2)

(1) Universidad de Zaragoza, (2) Universidad de Zaragoza

Introducción:
La implementación de medidas preventivas de Educación para la Salud permite desarrollar conocimientos y habilidades que aumentan la autonomía y la capacidad para la toma de decisiones de carácter preventivo, reduciendo sus posibles consecuencias sobre la salud.

Material y Métodos:
Población destinataria: jóvenes entre 14 y 25 años de Teruel y UNIZAR
Instrumentos: Encuesta estructurada, autoadministrada y anónima que explora consumo de drogas, consecuencias negativas debidas al consumo, conductas de riesgo relacionadas, en especial en sexualidad y aspectos sociodemográficos. El cuestionario ha sido validado en estudios anteriores (Calafat, Fernández, Juan, Anttila, Arias, Bellis et al., 2003).
Procedimiento: 1) Evaluación previa de los conocimientos, actitudes y conductas de riesgo relacionadas con la sexualidad y consumo de drogas, mediante el método de muestreo Respondent Driven Sampling, que mejoran la aleatoriedad de la muestra, la validez y fiabilidad de los resultados (Heckathorn, 2002). 2)
Conferencias impartidas por especialistas en las materias. 3) Talleres interactivos orientados a la satisfacción de las necesidades detectadas en la evaluación previa. 4) Mesa informativa y paneles con los últimos avances.

Resultados:
Obtención de información sobre conocimientos, actitudes y conducta sexual, prevalencia del consumo de drogas y exposición a riesgos asociados al consumo y a la sexualidad entre la población destinataria, considerando grupos poblacionales diferenciados (Centro educativo, Facultad).
Sensibilización de los asistentes hacia la toma de decisiones y medidas preventivas en sexualidad y consumo de drogas.
Orientación de necesidades para el diseño de futuras intervenciones preventivas específicas en cada uno de los grupos poblacionales.

Conclusiones:
Unas jornadas de Educación para la Salud deben fomentar el debate y la preocupación por las problemáticas abordadas: sexualidad y consumo de drogas. El objetivo es iniciar un proceso de sensibilización en el ámbito educativo para la consideración de la necesidad de implementar talleres interactivos con el alumnado que faciliten la transferencia de un mayor nivel de conocimientos a una mayor competencia en la toma de decisiones y comportamientos preventivos.
El método de muestreo Respondent Driven Sampling puede ser útil para la selección de futuros agentes de salud entre la población diana, que tras una adecuada formación puedan ampliar las acciones de Educación para la Salud.

Prevención

P4.07
ACEPTABILIDAD E INTENCIONALIDAD DE USO DEL AUTOTEST DEL VIH ENTRE POTENCIALES USUARIOS: personas que acuden a un programa de prueba rápida

C Figueroa Guerrero (1), J Hoyos Miller (2), L de la Fuente (3), R Sánchez Pérez (3), J Álvarez (4), J Aguilera Mellado (5)

(1) Escuela Nacional de Sanidad, (2) Ciber de Epidemiología y salud pública, (3) Centro Nacional de Epidemiología, (4) Asociación Madrid Positivo, (5) Hospital General Yagüe

Introducción:
Para fomentar el diagnóstico precoz del VIH se está intentando diseñar nuevas e innovadoras estrategias diagnósticas, entre las que se encuentra el autotest. Nuestro objetivo es conocer la aceptabilidad y el uso de esta prueba, así como algunas circunstancias que podrían favorecer su implementación en las personas que acuden a un programa de prueba rápida

Material y Métodos:
Se estudia a las personas que en 2010-2011 se realizaron la prueba rápida en el programa de Madrid Positivo en los 15-20 min. necesarios para tener el resultado, cumplimentaban un cuestionario de opiniones sobre el autotest, razones para estar a favor o en contra de su venta libre en farmacias y uso de Internet como herramienta de apoyo, además de información sociodemográfica, prácticas sexuales de riesgo y antecedentes de prueba de VIH. Se realiza un análisis bivariado y de regresión logística

Resultados:
De las 2319 personas estudiadas, 66% eran hombres (48,7% habían tenido relaciones con otros hombres). Un 5,5%(IC95%;4,5-6,5) tenía conocimiento sobre la disponibilidad en Internet de la prueba, siendo superior en los varones (p<0.001), pero sólo 15

(0,6%;IC95%0,3-1,0) se lo habían realizado comprándolo por este medio. El 89% era favorable a su venta libre, fundamentalmente por la autonomía para decidir el momento de realización. Los que no estaban a favor (un 8,3% por no tenerlo claro y un 2,9% por estar en contra) fue fundamentalmente porque opinaban que era necesario un profesional para informar/apoyar. En la regresión, no posicionarse a favor se asoció con ser extranjero (OR=2,08;IC95%1,55-2,80),mayor de 35 (OR=1,58;IC95%1,15-2,17) y no tener estudios universitarios (OR=1.39;IC95%;1,05-1,84). El 42,4% ya hubieran utilizado el autotest si hubiera estado disponible. No existió diferencia significativa sobre preferencias entre sangre o saliva, pero cuando se indicaba que con sangre podía ser más fiable, el 88.7% señaló que "usaría sangre sin problema", el 10% "aunque le diera cierta cosa" y sólo un 1.2% siguió prefiriendo la saliva.

Conclusiones:

9 de cada 10 participantes están a favor de su venta libre en las farmacias por la autonomía de decisión que comporta, pero el porcentaje que conoce la disponibilidad de test rápidos en Internet es muy bajo y su uso prácticamente inexistente. De estar disponible 4 de cada 10 ya hubieran utilizado el autotest y casi la mitad lo hubiera hecho hace más de dos años. Esta nueva tecnología diagnóstica podría promover la demanda y mejorar el acceso al diagnóstico del VIH. Financiación: EC11-279/PI09/90748

Prevención
P4.08
Comparación de resultados obtenidos en Programa con usuarios de drogas por vía parenteral en Castellón, 1999-2011

MJ Calero Martínez (1), M de Gregorio Cortés (2), A Caballer Miedes (3), A Alarcón Aguilar (3), A Rangel Gascó (3)

(1) UJI, UNIVERSIDAD JAIME I y CASDA, ASOCIACIÓN CIUDADANA CONTRA EL SIDA, (2) CASDA, (3) UJI

Introducción:

Históricamente, en España, las epidemias del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Virus de la Hepatitis C (VHC) pueden atribuirse en gran medida a la transmisión entre usuarios de drogas intravenosas (UDI). Los estudios de prevalencia del VIH en los útimos años en nuestro país, muestran un descenso de la prevalencia, aunque ésta sigue siendo elevada si se compara con otros países de nuestro entorno. En cambio la prevalencia del VHC es elevada y no parece disminuir con el paso del tiempo. Consideramos clave para mejorar las intervenciones con este grupo conocer los determinantes de la infección por VIH y por VHC en UDI. El objetivo es conocer la situación del VIH y del VHC, y ver los factores sociodemográficos y de conducta asociados a ambas infecciones en 2012, para ello comparamos los resultados obtenidos en estudio realizado en 1999.

Material y Métodos:

Estudio transversal en una muestra de UDI de Castellón en colaboración con la asociación CASDA. Se capta a los UDI en el progama de intercambio de jeringuillas (PIJ) mediante la técnica de captación directa por informantes clave , y los criterios de inclusión fueron ser inyector de drogas en los últimos seis meses, contestar el cuestionario y firmar el consentimiento informado. Se identifican las variables asociadas a la infección por VIH y VHC mediante modelos de regresión logística. Se calcula la OR y sus respectivos intervalos de confianza (IC) al 95%. Comparamos con los datos obtenidos al año de poner en marcha el programa de intercambio de jeringuillas (PIJ).

Resultados:

Se muestran las principales variables sociodemográficas y del uso de drogas. Los datos obtenidos en 1999 sobre 68 UDVP reflejaban un 82% de hombres frente a un 12% de mujeres, la media de edad fue de 31 +/- 1.3 años. El 31% era VIH+, el 56% VIH- y el 13% desconocía su serostatus. El 60% de los encuestados contestó sobre los años que eran consumidores, con una media de 11.4 +/- 1.75 años. De los usuarios en el PIJ el 95% se inyectaban cocaína y el 76% también heroína. Respecto a compartir material de inyección el 60% informó de haberlo hecho y si había limpiado la misma de algún modo o no. El 59% había estado en la cárcel y de ellos el 35% eran VIH+. De quienes inidcarosn haber compartido jeringas en la cárcel, el 62% eran VIH+. Respecto a las parejas sexuales el 59% dijo tenerla en aquel momento.

Conclusiones:

Muchos de los UDI limpiaban las jeringas con métodos no seguros y las mujeres tenían un riesgo sexual alto de transmisión del VIH de sus parejas. Algunas cuestiones han cambiado tras doce años de programa.

Prevención
P4.09
Dance4life

N Elgarrista Ibáñez

ACCAS

Material y Métodos:

El programa escolar consta de 4 fases:

1. ¡Conéctate!

Se trata de un taller de 2 horas de duración en el que se aborda la información básica sobre VIH/Sida y se motiva a los jóvenes a participar en el programa.

2. ¡Entrénate!

A través de la herramienta informática de dance4life, se incrementa la información recibida en la primera fase (¡Conéctate.

3. ¡Actúa!

En esta fase los jóvenes desarrollan las acciones que ellos/as eligen para aumentar la concienciación y la prevención en torno a este tema. Los jóvenes que llevan a cabo estas acciones se convierten en agentes de cambio.

4. ¡Celebra!

En 2011 no hubo evento, ya que este solamente se celebra en los años pares. Este año 2012 los Agentes de Cambio celebrarán que han completado las fases del programa en Marbella.
Resultados:
En los Talleres ¡Conéctate! han participado un total de 95 centros (32 en Barcelona, 24 en Baleares, 16 en Marbella y 23 en Cantabria), en los que un total de 11.131 jóvenes han trabajado los aspectos básicos del VIH/Sida, así como aprendido el baile.

Tras los talleres, se ha realizado una sesión de tutoría en la que se presenta esta atractiva herramienta informática. Se han cumplido los objetivos, aunque la ejecución de esta fase se demorado según el calendario previsto, ya que el número de tutorías a realizar es muy elevado.

Se ha conseguido involucrar a 763 agentes de cambio durante 2011, quienes han realizado una acción en favor de la prevención del VIH/Sida o contra el estigma y la discriminación asociados.

Conclusiones:
Dance4life es un programa innovador que empieza a consolidarse en España. Se consigue comunicar el mensaje sobre VIH/Sida encaminado a la prevención del virus, así como trabajar contra el estigma y la discriminación.

El segundo año de ejecución de este proyecto nos muestra que la metodología funciona y acerca a los/as jóvenes la problemática sanitaria y social asociada al VIH/Sida.

Prevención
P4.10
Vulnerabilidad a la infección por VIH en la población atendida en un Servicio de Prevención y Diagnóstico Precoz de VIH en centros de salud de Madrid

C GARCÍA RIOLOBOS (1), M Morón Arribas (1), M Esteban Vasallo (1), J Rico Bermejo (1), A Guionnet (2), A Condoul (2), A Kouakou (2), R El Kertat (2), B Pizarro (2), J del Romero Guerrero (3)

(1) SUBDIRECCIÓN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN. DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. COMUNIDAD DE MADRID, (2) Unidad de Medicina Tropical. Hospital Ramón y Cajal, (3) Centro Sanitario Sandoval. Comunidad de Madrid.

Introducción:
En el contexto de la ampliación de la oferta de servicios de pruebas rápidas de VIH en la Comunidad de Madrid el Servicio se extiende a cuatro centros de salud.Cuenta con mediadores para captación y asesoramiento pre y post-test, con adaptación cultural a colectivos vulnerables:inmigrantes, hombres que mantienen sexo con otros hombres(HSH,personas que ejercen la prostitución, clientes y transexuales.Objetivos: valorar el grado de alcance de la población diana y analizar factores relacionados con detección de resultado positivo. Estudio del perfil sociodemográfico y prácticas sexuales de la población atendida en primera consulta.

Material y Métodos:
Estudio descriptivo transversal.Población estudiada: personas que han demandado los servicios por primera vez durante el primer año de funcionamiento(29/04/2010-30/04/2011.Se analizó sexo, edad, origen,índice de vulnerabilidad, motivo por el que solicita el test, prácticas sexuales, consumo de alcohol y drogas en relaciones sexuales y resultados del test de VIH y confirmación. Se realizó análisis bi y multivariado mediante regresión logística con cálculo de odds ratio(OR)e intervalos de confianza del 95%(IC95%)

Resultados:
Personas atendidas:760(70,5% hombres).El 35,8% era población alóctona, siendo Latinoamérica la región de origen más frecuente (18,4%).El 58,4% de la población atendida presenta, al menos, un factor de vulnerabilidad al VIH y a lo sumo, tres (uno en el 45,4%, dos en el 12,0%y tres en el 1,0%). El factor más frecuente es haber nacido fuera de España (31,3%),le sigue ser HSH (25,6%),ser cliente de prostitución (13,1%), ejercer prostitución (2,3%)y ser transexual(0,3%).El 72,3% refirió prácticas sexuales de riesgo el año previo (48,0% en los últimos tres meses).El test rápido se realizó a 733 personas, siendo reactivos 22(2,8%)e indeterminados 4(0,5%).Se confirmó positividad en 22 casos.Factores asociados a positividad ser HSH (OR:20,32;IC95%:4,10-100,75),no utilizar preservativo (OR:0,10; IC95%:0,03-0,33),haber solicitado el test a petición de la pareja (OR:8,66;IC95%:1,69-46,96), consumo de alcohol y drogas en las relaciones sexuales [alcohol (OR:4,17;IC95%:1,34-13,01), poppers (OR:10,51;IC95%:1,69-65,15) y heroína (OR:105,55;IC95%:5,03-2215,69)].

Conclusiones:
La presencia y distribución de los factores de vulnerabilidad en la población atendida sugiere que se está alcanzando a la población diana, aunque es necesario incidir en las estrategias de captación para mejorarla. Ser HSH y algunos consumos tóxicos en las relaciones sexuales aparecen asociados a caso confirmado.

Prevención
P4.11
Factores asociados al uso consistente del preservativo en adolescentes heterosexuales

A Morales Sabuco (1), JP Espada Sánchez (1), M Orgilés Amorós (1), JC Serra Freire (2), R Ballester Arnal (3)

(1) Universidad Miguel Hernández, (2) Universidad de Granada, (3) Universidad Jaume I de Castellón

Introducción:
Aunque el preservativo es el método de protección más empleado entre los jóvenes, sólo su uso consistente previene las infecciones sexuales. Se analizan las diferencias en variables precursoras del sexo seguro(conocimientos, actitudes y norma subjetiva) entre adolescentes heterosexuales que hacen uso consistente del preservativo y los que no.

Material y Métodos:
Se seleccionaron los adolescentes sexualmente activos (n = 325), de una muestra de 804 escolares de cuatro Comunidades Autónomas de España. La edad media fue de 15.71 años (DT = .73, rango: 14-18) y el 60% eran chicas. Se evaluó los conocimientos sobre el VIH, la actitud hacia la infección y el uso del preservativo, la norma subjetiva y el uso del preservativo. Se establecieron dos grupos tomando como variable de comparación el uso del preservativo: uso consistente (100%) y uso no consistente.

Resultados:
Los resultados indican que no hay diferencias estadísticamente significativas en conocimientos sobre el VIH entre ambos grupos. Sin embargo, los adolescentes que hacen uso consistente del preservativo informan de una actitud más favorable hacia el VIH/SIDA y el uso del preservativo, incluso cuando hay obstáculos para emplearlo. Respecto a los participantes que hacen uso no consistente del preservativo, quienes lo emplean siempre perciben en mayor proporción que sus pares hacen uso de este método de protección y con mayor frecuencia. Se concluye que los adolescentes que presentan una actitud más favorable hacia el preservativo y perciben que sus pares lo utilizan, hacen uso de este método de protección consistentemente en sus relaciones sexuales.

Conclusiones:
Por lo tanto para promover el uso consistente del preservativo entre los jóvenes españoles las acciones preventivas deberían incidir en estos dos factores.

Prevención
P4.12
Búsqueda de satisfacción sexual como variable de riesgo para el VIH en adolescentes peruanos

MT Ramiro Sánchez (1), I Teva (2), JC Sierra (2), G Buela-Casal (2), F Monge (3), A Castro (4), MP Bermúdez (4)

(1) Universidad de Zaragoza, (2) Universidad de Granada, (3) Universidad Andina del Cuzco, (4) Universidad de Zaragoza

Introducción:
El objetivo del presente estudio es determinar si la insatisfacción sexual origina mayor riesgo para ETS/VIH, en una muestra de adolescentes peruanos.

Material y Métodos:
Se seleccionó un total de 1.436 adolescentes peruanos, de edades comprendidas entre los 13 y los 18 años (M=14,99; DT=1,18). El 58,5% eran mujeres (M=14,95; DT=1,11) y el 41,5% varones (M=15,01; DT=1,28). Se aplico un cuestionario para recabar los datos sociodemográficos y prácticas sexuales y Cuestionario de Satisfacción Sexual (DiClemente, 2006), a todos los adolescentes bajo las
mismas condiciones, tras haber obtenido el consentimiento informado.

Resultados:
En primer lugar se determinó un grupo que mostró menor satisfacción sexual y otro grupo que mostró mayor satisfacción sexual, en tres subescalas: satisfacción personal, de pareja y de sintonía entre ambos.
Posteriormente, se procedió a analizar la conducta sexual en función de la satisfacción sexual.

Los resultados indicaron que aquellos que sienten una menor satisfacción sexual personal y de su pareja tuvieron más parejas sexuales en los últimos 90 días, tanto en sexo vaginal, como en sexo anal y sexo oral. Sin embargo, aquellos que indicaron menor satisfacción sexual a través de la sintonía con su pareja tuvieron menor número de parejas sexuales en el sexo vaginal y el sexo anal, pero más parejas en el sexo oral.

Con respecto a la edad del primer contacto sexual, los que mostraron menor satisfacción sexual tuvieron su primer contacto sexual, tanto anal como oral, a una edad más temprana. Por último, tras analizar el uso del preservativo en la relaciones sexuales, se ha puesto de manifiesto que aquellos adolescentes que presentaron menores puntuaciones de satisfacción sexual hicieron un mayor uso del preservativo en las relaciones coitales. Por el contrario, estos adolescentes utilizaron en menor medida el preservativo en las relaciones sexuales anales y orales.

Conclusiones:
Por todo lo expuesto, se debe destacar la relevancia de variables como la satisfacción sexual, y su relación con la conducta sexual de riesgo y la transmisión de ETS/VIH. Debido a esta problemática, se plantea la necesidad de adaptar los programas de prevención existentes o de implementar nuevos programas que no sólo se centren en ofrecer información sobre cómo se transmiten y cómo
se previenen las enfermedades de transmisión sexual, sino que dichos programas deben incluir nuevas líneas de intervención.

Prevención
P4.13
"SobreVIHviendo": el VIH en mujeres transexuales trabajadoras del sexo de Barcelona

A Morales Carmona, P Fernández Dávila, K Zaragoza Lorca

Stop Sida

Introducción:
El objetivo es entender lo que significa vivir con el VIH en mujeres transexuales trabajadoras del sexo (MTTS).

Material y Métodos:
Este estudio fue una triangulación de métodos (combinación de metodologías cuantitativas y cualitativas) y de datos (utilización de varias y variadas fuentes de información). Participaron 118 MTTS para el estudio cuantitativo y 45 MTTS para el estudio cualitativo, de las cuales 25 participaron en entrevistas individuales y 20 en tres grupos de discusión.

Resultados:
En el estudio cuantitativo, la prevalencia del VIH, según autoreporte, fue del 16,2% y fueron las MTTS con VIH un subgrupo que presentó más conductas de riesgo (59% tuvo sexo no protegido con clientes en el último mes). En el estudio cualitativo se entrevistaron a 7 MTTS con VIH (2 españolas y 5 latinoamericanas) y varias de ellas se infectaron por tener sexo no protegido con clientes o parejas sexuales ocasionales. Entre las latinoamericanas, la mayoría indicó que se infectó en España. La reacción del diagnostico fue vivido como una "sentencia de muerte", con miedo al deterioro físico, tener diversas enfermedades y morirse tempranamente. Otras se deprimieron o se refugiaron en el consumo de drogas para sobrellevar la "catástrofe". La no aceptación de la infección llevó a algunas a negarlo y la negación implicó no acercarse a los servicios sanitarios para recibir tratamiento. Las necesidades que mayormente demandaron después del diagnóstico fueron: búsqueda de contención y apoyo, información respecto a la evolución de la infección, cuidados para mantenerse en buen estado o centros de referencia para PVVIH. Las latinoamericanas son percibidas como quienes más viven mal la infección en comparación con las españolas. Muchas tienen que convivir con el prejuicio y el estigma proveniente incluso de su propio colectivo. El tratamiento antirretroviral es un aspecto que no está incorporado en su real importancia, muchas piensan que sólo tienen que tomar pastillas y en otras encontramos dificultades para entender las analíticas de sus controles médicos. Tener el VIH es un motivo entre algunas para no usar el condón, y cuando se encuentran con alguien que busca sexo no protegido las lleva a pensar que es VIH positivo.

Conclusiones:
Los resultados revelan necesidades que no se están atendiendo en este colectivo principalmente por desconocimiento de los servicios existentes y por barreras propias del colectivo. Es indispensable plantear estrategias de prevención que atiendan sus diferentes necesidades, así como brindarles soporte en el proceso de aceptar vivir con el VIH.

Prevención
P4.14
Evalua+: Baluarte de la evaluación para la mejora de las intervenciones preventivas

E Soto Rubio, V Leon Gamiz, D Paricio Salas

Sida Studi

Introducción:
El proyecto Evalúa+ viene desarrollándose desde el 2008 con la financiación de la Secretaria del Plan Nacional del Sida y tiene como objetivo principal facilitar e incentivar a las entidades VIH/sida del Estado la implementación de la evaluación de sus intervenciones, revertiendo así en la mejora de la calidad de los servicios prestados

Material y Métodos:
El proyecto dispone de 4 líneas de acción:

1.Análisis de contexto
Servicio de recopilación de datos epidemiológicos extraídos de diferentes fuentes de información (artículos, bases de datos epidemiológicos, informe, estadísticas, etc.) para facilitar a las entidades la comprensión de los datos y su acceso.

A partir de estas fuentes se crearon documentos de contexto (por colectivo y por CC.AA) para la divulgación de esta información y así facilitar su acceso y comprensión.

2. Herramientas de evaluación
Búsqueda y selección de cuestionarios validados empíricamente para facilitar a las entidades la elección de materiales útiles para la evaluación.

3. Asesoramiento y Asesoramiento personalizado
Complementar los dos recursos anteriores, facilitando su correcta utilización y resolviendo las posibles dudas o demandas que surjan sobre el proceso evaluativo de las intervenciones preventivas.

4. Formación online
Surge con la finalidad de poder ampliar los conocimientos de las entidades respecto al proceso de evaluación. Se realizó un curso virtual a con la participación de más de 25 entidades. Con una duración de 25 horas divididas en 10 sesiones.

Resultados:
Se crearon un total de 71 documentos de contexto también se incorporaron a los monográficos 596 documentos. Además se seleccionaron 60 cuestionarios.

El impacto de estos documentos durante diciembre del 2012 fue de 131 consultas a los docu-

mentos de contexto, 1.061 consultas a los monográficos y 761 cuestionarios solicitados. La formación online la completaron 27 asociaciones de 12 CC.AA. Además se ha creado y difundido una guía de buenas practicas.

Conclusiones:
Desde el 2008 se observa un creciente interés en la evaluación por parte de las entidades puesto que se ha ido incrementando la participación y el interés por este proyecto. Los resultados obtenidos nos permiten confirmar la utilidad para las asociaciones participantes en este proyecto. La evaluación de la Formación Online por ejemplo, nos muestra gran interés por parte de las asociaciones en realizar una formación presencial.

Dada la consolidación del proyecto en todos sus apartados seria muy recomendable poder continuar ofreciendo este servicio a las entidades VIH/sida del Estado español.

Prevención
P4.15
Servicio de detección precoz destinado a población renuente a acudir a la red de salud en la C.A. de Aragón

S.E MAZZIOTTI GORDILLO, P. PAUL ZAPATER

FUNDACION CRUZ BLANCA

Introducción:
Cruz Blanca trabaja en prevención de VIH desde 1996.
Los colectivos de atención del programa son: personas que ejercen prostitución, transexuales y hombres que practican sexo con hombres.
El ámbito de actuación es la C.A. de Aragón y el acercamiento a las personas usuarias se realiza mediante unidades móviles (UM): 4 UM en la provincia de Huesca, 1 UM en la provincia de Zaragoza y 2 UM en la provincia de Teruel.
En 2010 se inicia la oferta de test rápidos con el fin de realizar un diagnóstico precoz de VIH con las personas atendidas por el programa.

Material y Métodos:
El programa ha formado en couselling al personal de las UM responsables de la realización de las pruebas rápidas. En 2011 se e realizan pruebas rápidas de detección de VIH en los siguientes espacios: sedes de entidad en Huesca y Teruel, 21 clubes, 29 pisos, 3 casas de citas y 2 puntos de carretera. Las unidades móviles realizaron formación en counselling. Previo al test el programa realiza con la persona acciones de consejo breve en VIH y posteriormente el counselling. El programa innova un protocolo de acompañamiento al sistema público de salud e incorpora un convenio de atención con la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Aragón para la atención de personas sin tarjeta sanitaria.

Resultados:
Periodo 01/01/11 a 07/03/12.
Personas contactadas que reciben consejo breve: 613
Test de detección rápida realizados (oralquick advance): 393.
Test de detección rápida con resultado positivo en prueba: 4.
Resultados confirmados en sistema público de salud: 4.
Personas que acceden a la confirmación del resultado positivo mediante el convenio firmado con la Dirección General de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón: 1.
Datos recogidos sobre el perfil de personas que realizan test de detección rápida de VIH:
Desagregados por sexo: mujer 91%, hombres 9%
Por práctica: Heterosexual 97%, HSH 2,5%, Transexual 0.5%
Desagregados por tramos de edad destacamos los siguientes: menor 18 años
1%, 18 a 25 un 39%, de 26 a 30 un 24%, de 31 a 35 un 22%, de 41 a 45 un 10%.
Por situaciones de riesgo: Ejercicio de prostitución con prácticas de riesgo 92%, parejas de personas que ejercen prostitución y con prácticas de riesgo 2%, clientes 6%.
Perfil de personas con resultado positivo en pruebas de detección precoz:
HSH que ejercen prostitución de larga duración de origen latinoamericano, fundamentalmente Brasil, que afirman mantener prácticas sexuales de riesgo con sus parejas no comerciales y que acceden a un acompañamiento en la confirmación del resultado y adhesión al tratamiento.

Conclusiones:
Un 64% de las personas que reciben consejo breve sobre VIH acceden a realizar el test de diagnóstico precoz.
El porcentaje de diagnósticos positivos con prueba de diagnóstico precoz por fluido oral oralquick advance es del 1.01%
El porcentaje de diagnósticos confirmado en sistema público de salud es del 100%.
Prioridad: Aumentar el impacto entre los clientes de prostitución de HSH.

Prevención
P4.16
Rentabilidad de los programas de cribado. Criterios de priorización institucional en Andalucía

C Zamora Fuentes, JM Espinosa Almendro, C Torró García-Morato

Consejería de Salud de Andalucia

Introducción:
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 conviven con VIH y lo desconocen.

Material y Métodos:
Desde el año 2.009, se realiza una actividad conjunta entre la Consejería de Salud y 44 ONGs

que desarrollan su trabajo en el ámbito del VIH/sida,
La estrategia elegida es la de acercar el test de diagnostico precoz a aquellas personas que según el actual análisis de situación, poseen un mayor riesgo de ser infectadas de VIH (HSH, UDIs, PEPS, personas privadas de libertad, jóvenes...). 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 mas 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 4879 test realizados en escenarios de acercamiento (outreach) se han detectado 112 personas infectadas que ignoraban su infección. La prevalencia de infección encontrada (23%0) coincide con la esperada esta población con mayor exposición a prácticas sexuales de riesgo. A 91 de ellas (81,2%) se les ha acompañado al Sistema Sanitario Público Andaluz para confirmación diagnóstica y seguimiento. La realización de este test ha tenido un coste directo de 167 € por caso detectado.

Conclusiones:
La detección precoz evita sufrimiento a las personas afectadas y sus allegados; además, 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 ello, puede concluirse que la realización de test de diagnóstico rápido en las condiciones en las que se está aplicando en Andalucía es claramente coste efectiva.

Prevención
P4.17
Estrategias de prevención del VIH/Sida con jóvenes en el ámbito extraescolar (2010 -2011)

I Anegas Gonzalez, L Nebot Soler, A Gonzalez Jareño, R Rico Gallardo

Asociación CEPS Salut. Asociación para la prevención y la promoción de la salud

Introducción:
El objectivo del programa es fomentar la implementación de intervenciones en prevención del VIH/Sida y otras enfermedades de transmisión sexual con jóvenes en el ámbito extraescolar.

Material y Métodos:
El proyecto de 'Prevención del VIH/Sida, otras enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados entre los jóvenes del ámbito extraescolar' tiene como objetivo incrementar la capacitad de los mediadores (profesionales, monitores, educadores, etc.) en contacto habitual con jóvenes del ámbito extraescolar, para desarrollar intervenciones preventivas que reduzcan el riesgo de los jóvenes a infectarse por el VIH, otras enfermedades de transmisión sexual y que eviten el embarazo no deseado. Se prioriza la realización de talleres repartidos en diferentes sesiones, en los que se trabajen conocimientos, actitudes, creencias y habilidades (Modelo ASE), que favorecen la adopción de conductas de prevención. Además de los talleres, se promueve la realización de actividades de sensibilización comunitaria y de detección precoz, a través de la realización de recordatorios vía correo electrónico en el Día Mundial de la Sida y el Día Mundial de la prueba, facilitando material informativo y preventivo, promoviendo mesas informativas y consultas individuales en los centros de jóvenes y también con la difusión de actividades de entidades y instituciones de Cataluña.

Resultados:
En el 2010 los mediadores formados realizaron un total de 159 intervenciones, llegando a 1.571 jóvenes, y en el 2011, 120 intervenciones
que llegaron a 2.978 jóvenes. Con estas 279 intervenciones, talleres, mesas, consultas y dispensación de material, se han llegado a un total de 4.549 jóvenes de toda Cataluña. En el desarrollo del proyecto, se han realizado 843 recordatorios del Día Mundial del Sida y del Dia Mundial de la Prueba (558 en el 2010 y 285 en el 2011). También en este periodo, se han dispensado un total de 1.732 preservativos masculinos, 293 preservativos femeninos y 2.144 ejemplares de material informativo y preventivo

Conclusiones:
En el desarrollo del programa, se promueve la realización de diferentes intervenciones por parte de los profesionales formados. La estrategia más utilizada son los talleres y la dispensación de materiales. El programa fomenta la realización de los talleres a través de la formación y el asesoramiento técnico implícito en el proyecto, y las campañas de sensibilización, a través de los recordatorios y de la dispensación de material para los jóvenes.

Prevención
P4.18
Perfil de las personas con resultado reactivo en el servicio de prueba rápida del Colectivo Lambda Valencia. 2009-2011.

J Talavera Serra, M Valiente Fernandez, D Albiach Epila

COLECTIVO LAMBDA

Introducción:
El presente trabajo analiza el perfil sociodemográfico, antecedentes de realización de la prueba y motivación para realizarla, de las personas que obtienen un resultado reactivo en el servicio de prueba rápida ofrecido por Colectivo Lambda, con el fin de aproximarse al perfil de las personas afectadas por VIH que utilizan nuestro servicio. De este modo, obtendremos más

información que nos permita adaptar las actividades dirigidas a la prevención primaria y secundaria destinadas a la población LGTB.

Material y Métodos:
El servicio de prueba rápida del Colectivo Lambda se realiza de manera anónima, confidencial y gratuita y, dirigido a población LGTB. Bajo consentimiento informado se toma una muestra de fluido oral, analizada mediante el test Ora Quick ADVANCE Rapid HIV-1/2. Se analizan los datos procedentes de 35 personas que utilizaron este servicio entre Enero de 2009 y Diciembre de 2011 y obtuvieron resultado reactivo a la presencia de anticuerpos contra el VIH. Los datos han sido recogidos durante la intervención mediante un cuestionario anónimo.

Resultados:
El 94,2% de las personas son hombres, el 5,7% son mujeres transexuales. La edad mínima ha sido 20 años y la máxima 56 años. La media de edad para las mujeres fue 41 años y para los hombres 33 años, siendo la media general 33,5 años y la mediana 31. El 74,2% de las personas se definen como homosexuales, el 14,2% bisexuales y el 11,4% heterosexuales. El 77,1% de las personas son españolas, el resto pertenecen a países mayoritariamente extracomunitarios. El 14,2% ejercen trabajo sexual. El 28,5% era la primera vez que se realizaban la prueba, el 17% la segunda vez, y el 54% la habían realizado tres o más veces. El 32% tienen estudios universitarios, 52% estudios medios, y 16% personas estudios básicos. El 40% de las personas se realizaron las pruebas por haber mantenido relaciones sin protección, el 20% realizarse un chequeo rutinario, el 12% pensó que su pareja podría estar afectada por VIH, el 8% porque a su pareja le habían diagnosticado VIH recientemente, el resto por problemas de salud, empezar relación estable, por rotura de preservativo,mantener relaciones sexuales con una persona afectada por VIH o por ser pareja serodiscordante.

Conclusiones:
El perfil medio de la persona con resultado reactivo en este servicio es de un hombre español, de 31 años y que se define como homosexual, con estudios medios o universitarios y que se ha realizado la prueba en otra ocasión. Las razones mayoritarias por los que se realiza la prueba son, o las relaciones sexuales sin protección o el chequeo rutinario.

Prevención
P4.19
Estrategias participativas con mujeres con VIH en prisión. Ejemplo de buena práctica

G Moreno Vicente, I Ventín Bernárdez, A palacios Orueta

Fundación Atenea

Introducción:
Las mujeres en prisión son frecuentemente olvidadas por las Institución Penitenciaria. No sólo por su número (8%), sino porque la prisión no está pensada para atender a sus necesidades en la reinserción.
Si analizamos las necesidades de las mujeres con VIH, las dificultades de reinserción se acentúan:

- Son frecuentes las relaciones de bidependencia
- Frecuentes los casos que han sufrido violencia doméstica o sexual (por miembro de la familia o externo a la misma)
- Reciben menor apoyo de la familia: provoca problemas de autoestima y sentimientos de culpa (rol-mujer-madre)
- No seguridad económica antes de entrar en prisión
- Deterioro físico mayor, menor acceso a los recursos de tratamiento
- Más vulnerable a la infección de ITS por causas biológicas, psicosociales y culturales

Las necesidades específicas de las mujeres con VIH, hacen que sea necesario desarrollar estrategias de intervención eficaces.

Material y Métodos:
Intervención con mujeres con VIH y consumo de drogas basadas en la metodología de educación entre iguales, desde una visión integral de salud y desde la perspectiva de género.
Fases de intervención:
1.Taller de formación y trabajo en actitudes para prevención de la transmisión del VIH y reducción de riesgos con mujeres en prisión. Es un taller participativo y dinámico en el que se abordan aspectos informativos, a la vez que se trabaja sobre las actitudes mediante una reflexión crítica, y se les entrena en herramientas de comunicación y negociación
2.Acciones creadas por las internas para sus iguales: una vez formas las internas se hacen con el mensaje y elaboran acciones para sus iguales de información, sensibilización y de Educación para la Salud
3.Evaluación (del diseño, proceso e impacto)

Resultados:
En 2011 en el Centro Penitenciario de Madrid I se han capacitado a 30 internas. Han elaborado diferentes estrategias participativas de educación entre iguales: obra de teatro "SOLEDADES" y mesa "Testimonios del VIH", encuestar a compañeras y materiales preventivos. En todas las participantes se ha observado un incremento de la autoestima y sentimientos de autoeficacia, una mejora en la adherencia a tratamiento, así como prácticas de autocuidados.

Conclusiones:
En el medio penitenciario es necesario desarrollar estrategias de discriminación positiva para las mujeres para reducir sus mayores dificultades de reinserción.
La estrategia participativa de educación entre iguales con mujeres en prisión es eficaz especialmente al permitir que las participantes autoevaluen los condicionantes de género y modifiquen sus conductas de riesgo.

Prevención
P4.20
Prevención del VIH/Sida y discapacidad intelectual: educación afectivo sexual

I Anegas Gonzalez, L Nebot Soler, M Villalón Fernandez-Camps, N Elvira

Asociación CEPS Salut. Asociación para la prevención y la promoción de la salud

Introducción:
Tradicionalmente, las personas con discapacidad intelectual han quedado al margen de los programas educativos en materia de salud y, más específicamente, en lo relativo a la educación sexual. Un objetivo de este programa es facilitar una formación en educación sexual y reproductiva a personas afectadas de discapacidad intelectual leve o moderada.

Material y Métodos:
Dentro del proyecto se contemplan dos tipos de intervenciones con personas afectadas de discapacidad intelectual leve o moderada, la realizada dentro del proyecto por las técnicas de la entidad, que son talleres de dos horas de duración, y las intervenciones que implementan los profesionales formados en el proyecto. En los talleres del programa, se realizan actividades muy dinámicas con soportes específicamente visuales y manipulativos. Los contenidos se adaptan en función de la valoración conjunta de los profesionales que participan en el proyecto, en relación a las necesidades y las características de cada grupo concreto. Se trabaja información básica sobre el VIH/Sida, otras enfermedades de transmisión sexual, así como métodos anticonceptivos, cambios puberales, respuesta sexual masculina i femenina, y afectividad y expresión de emociones. En las intervenciones de los profesionales, se realizan actividades y dinámicas adaptadas a los grupos de trabajo y que cuentan con el asesoramiento y el apoyo técnico del equipo de la entidad. Dentro del proyecto, se recogen los datos relativos a los asistentes y a las intervenciones llevadas a cabo.

Resultados:
Entre el año 2009 y el 2011, se han realizado 27 talleres con personas afectadas por discapacidad intelectual leve o moderada dentro del proyecto de formación. A estos talleres han asistido un total de 304 usuarios. En este mismo periodo, los profesionales formados han implementado 128 intervenciones, en sus centros de trabajo, de las que se han beneficiado un total de 836 usuarios.

Conclusiones:
Con la implementación del programa se promueve la realización de intervenciones de educación afectiva sexual con personas afectadas de discapacidad intelectual leve o moderada, a través de la propia implementación del programa formativo, pero sobre todo a través de la realización de intervenciones por los profesionales que han sido formados.

Prevención
P4.21
Programa LUA: Atención sociosanitaria a personas que ejercen prostitución

R Pinedo González (1), E Enjuto Arranz (2), JM Martín Monge (3)

(1) ACLAD, (2) Comité Ciudadano Antisida, (3) ACLAD

Introducción:
El objetivo general del Proyecto LUA de ACLAD Valladolid es "mejorar las condiciones de salud biopsicosocial de las/os trabajadoras/es del sexo".
Sus objetivos específicos son: (1) contactar con el mayor número de personas que realizan algún tipo de trabajo sexual, (2) proporcionar
educación, (3) promover pautas higiénico-sanitarias, (4) facilitar material preventivo y educar en su correcta utilización y (5) formar mediadoras.
Trabajamos en diferentes áreas: (1) Área preventiva: Talleres sobre sexo seguro y educación para la salud impartidos en la asociación, en pisos y en clubes; (2) Área sociosanitaria: llevada a cabo por personal especializado (médico, enfermera, trabajadores sociales, psicólogas, abogada y voluntarias); y (3) Área de investigación social: investigación permanente de las diferentes necesidades de las/os usuarias/os de nuestros servicios.

Material y Métodos:
Seguimos una metodología participativa donde las propias personas implicadas son protagonistas de su aprendizaje, para ello usamos técnicas de modelado y aprendizaje participante en los talleres que impartimos.

Resultados:
Atendemos una media de 50 mujeres al mes en talleres de sexo seguro y educación sexual, tanto en pisos como en clubes, dando una media de 15 talleres al mes y 5.000 preservativos y lubrificante. En la sede de ACLAD atendemos a nivel sociosanitario de 50 a 100 mujeres mensualmente. El 100% de las personas usuarias de nuestros servicios los valoran como muy positivos y acuden asiduamente a solicitar material preventivo. En un 95% de los casos detectamos errores en el uso del preservativo y un 98% reconoce necesitar más información sobre prevención de riesgos sexuales y enfermedades de transmisión sexual.

Conclusiones:
Podemos concluir que el Programa LUA ha sido un éxito en su implantación en las provincias de Valladolid y Palencia. Actualmente estamos implantando el Programa en el resto de provincias de la Comunidad de Castilla y León.
Consideramos que las personas que realizan trabajos sexuales necesitan más información sobre prevención y un entrenamiento adecuado en el uso de la mejor herramienta de protección en su trabajo, el preservativo (tanto masculino como femenino).

Prevención
P4.22
Manual Práctico para realizar talleres de prevención del VIH con personas inmigrantes

C Klein (1), A Guionnet (2), B Navaza (2), L Estévez (2), M Navarro (2), F Ferrere (2), R López-Vélez (2)

(1) AEEI Hospital Ramón y Cajal, (2) Hospital Ramón y Cajal

Introducción:
Desde el 2006 la Asociación para el Estudio de las Enfermedades Infecciosas realiza talleres de prevención para la población inmigrante en toda España. En el último año esta población constituyó el 38% de los nuevos casos de VIH en España

Material y Métodos:
Con el fin de ofrecer una herramienta de ayuda a profesionales se redactó una guía que recoge nuestras experiencias y algunas claves para llegar de manera eficaz a la población inmigrante.

Resultados:
Formación de equipo y trabajo en red: Un equipo multidisciplinar permite abordar el fenómeno del VIH en la población inmigrante desde una perspectiva biopsicosocial. Los mediadores interculturales, agentes claves en la actuación, deben poseer unas aptitudes específicas.
Fase de investigación: Se realizaron grupos de discusión con población procedente del África subsahariana, Magreb, Europa del Este y América Latina. Los resultados permitieron crear una encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas hacia el VIH y el guión del taller así como material educativo culturalmente adaptado.
Organización y logística del taller: El taller consiste en dos encuentros. El primero se realiza a través de las ONG, nuestros principales informadores para la creación del grupo (lugar, horario idiomas).
Primer encuentro: Se entrega a los participantes la encuesta CAP y un sanitario les da información sobre el VIH. El trato directo y las técnicas grupales facilitan la transmisión de información. Según su zona de procedencia, los participantes tienen preocupaciones diferentes sobre el VIH. Por ej., la población africana subsahariana plantea dudas sobre la existencia del sida o sobre si se puede transmitir por medio de un mosquito y se preocupa por la posibilidad de que alguien seropositivo tenga hijos y por cómo comunicar, o no, la noticia a su entorno.
Segundo encuentro: Tiene lugar un mes después del primero y permite repasar los conocimientos adquiridos y trabajar sobre conductas de prevención y el estigma. Para esto disponemos de role plays, juegos culturalmente adaptados y de soporte multimedia. Al inicio del encuentro se entrega de nuevo la encuesta CAP.
Evaluación del programa: Un programa estadístico SPSS permite evaluar el impacto del primer encuentro comparando las encuestas CAP previas y posteriores al taller.

Conclusiones:
La guía, aprobada por el Plan Nacional sobre el Sida del MSSSI, es útil para los profesionales interesados en realizar talleres de prevención del VIH con población inmigrante y se puede acceder libremente a ella a través de la página web: www.saludentreculturas.es

Prevención
P4.23
Miedos y mitos respecto al VIH/sida de los usuarios y usuarias de un servicio prevención y diagnóstico precoz (SPDP). Un análisis cualitativo

J Ultra Berzosa, JL Cruz Maceín, J Rico Bermejo, S Collado González, C García Riolobos, M Morán Arribas, R Aguirre Martín- Gil

Subdirección de Promociónd de la Salud y Prevención de la Comunidad de Madrid

Introducción:
La Comunidad de Madrid (CM) ha puesto en marcha diversas líneas de actuación para luchar contra el retraso diagnóstico del VIH. Una de esas iniciativas son los SPDP en centros de salud. En el transcurso de las intervenciones del profesional que atiende dicho servicio afloran mitos y miedos de los usuarios y usuarias que evidencian retos actuales para la prevención de la infección.

Material y Métodos:
Metodología cualitativa basada en los diarios de campo redactados por el profesional que atiende el SPDP en un centro de salud, situado en la capital. Se han revisado y sistematizado los discursos de los usuarios correspondientes a los 696 análisis realizados entre octubre de 2010 y octubre de 2011.

Resultados:
El trabajo comienza haciendo un breve perfil de los usuarios del SPDP y de los motivos que les han llevado a recurrir a ese servicio para realizarse una prueba de lectura rápida de VIH. Básicamente, se pueden agrupar en dos tipos de motivaciones, por una parte, vinculadas a la ansiedad por diferentes razones que se detallan en la comunicación y, por otra parte, motivaciones relacionadas con la interiorización de una cultura de la prevención frente a esta infección y otras ITS.
A lo largo de la intervención del mediador afloran prácticas de riesgo que no siempre son percibidas como tales por los usuarios/as y que se asocian con diferentes mitos existentes entorno al VIH/ sida. Todos ellos relacionados con el desconocimiento de la infección (entre dos personas con VIH no es necesario el uso de preservativo, las lesbianas, los jóvenes o personas con aspecto saludable no tienen VIH...). También tiene una presencia muy importante el mito del amor romántico.
Por su parte, los miedos asociados con el VIH que afloran continúan teniendo un marcado componente social (miedo a la discriminación, al estigma, a infectar a un ser querido...) y, en mucha menor medida, preocupación por la propia salud de los usuarios.

Conclusiones:
El VIH/sida sigue siendo una enfermedad con un marcado componente social que en buena medida hace que los SPDP sean espacios muy adecuados para hacer prevención. El grado de especialización, la permeabilidad de los usuarios y usuarias ante las sugerencias de prevención del profesional que les atiende y el "anonimato" de estos espacios son sus puntos fuertes.
Aunque se aprecian los efectos del trabajo realizado en la CM en cultura de prevención todavía existen mitos perjudiciales lo que obliga a mantener y reforzar el trabajo que se viene realizando.

Prevención
P4.24
Unidad Móvil para la Prevención y Diagnóstico Precoz de VIH y otras ITS en colectivos con mayor vulnerabilidad a la infección

N Martín-Buitrago López-Carpeño (1), C Díez Espinosa (1), M Aparicio Tejedor (1), M Sáinz García (1), M García-Inés Alcalde (1), C Urkía Mieres (1), S Collado González (2), J Rico Bermejo (2), C García Riolobos (2), R Aguirre Martín-Gil (2)

(1) Cruz Roja Española-Comunidad de Madrid, (2) Sº Promoción Salud-Consejería Sanidad Comunidad de Madrid

Introducción:
Antecedentes/ Objetivos:
En la Comunidad de Madrid uno de los principales problemas en relación con la epidemia de VIH/sida es "el retraso diagnóstico" que representa el 47% de los nuevos diagnósticos. Sus consecuencias son una mayor morbilidad y mortalidad de los pacientes, mayor probabilidad de transmisión del VIH al tener cargas virales altas y no mantener relaciones sexuales protegidas al desconocer el estado serológico.
Es por lo que Cruz Roja suscribe en Julio de 2011 un contrato con la Consejeria de Sanidad para poner en marcha el Proyecto de Unidad Móvil para la prevención y diagnóstico precoz de VIH y otras ITS en colectivos con mayor vulnerabilidad a la infección.
Población diana:
Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), personas transexuales, personas que ejercen la prostitución (PEP) y sus clientes, población inmigrante y minorías éticas, jóvenes y adolescentes en situación de conflicto social y jurídico, mujeres en situación de violencia de género.

Material y Métodos:
Se realiza a través de intervención individual con una unidad móvil en calle, ofertando la prueba rápida de VIH y sífilis, realizando el counseling pre y post prueba y grupal con talleres educativos.

Resultados:
A 29 de febrero de 2012, se han atendido un total de 728 usuarios, acuales se han realizado 356 pruebas rápidas de VIH y 283 de sífilis, resultando una reactividad 6 a VIH (2%) y 12 a sífilis (4%).
Población atendida: HSH 44 (12%), transexuales 3 (1%), PEP 43 (12%), clientes PEP 57 (16%), inmigrantes y minorías étnicas 204 (57%), jóvenes en situación de conflicto social y jurídico 28 (8%) y mujeres en situación de violencia de género 3 (1%).
Prácticas sexuales pareja estable: felación 177 de 238 (74%), cunnilingus 129 de 234 (55%), coito vaginal 210 de 234 (90%), coito anal insertivo 42 de 231 (18%) y coito anal receptivo 45 de 227 (20%).
Prácticas sexuales pareja ocasional/cliente: felación 213 de 263 (81%), cunnilingus 112 de 258 (43%), coito vaginal 225 de 259 (87%), coito anal insertivo 79 de 262 (30%) y coito anal receptivo 48 de 256 (19%).

Conclusiones:
El colectivo vulnerable que más se ha beneficiado del servicio es el de inmigrantes y minorías étnicas, posiblemente se deba a que la prueba es anónima. La mayoría de resultados reactivos se dan el población latinoamericana.
Si comparamos el número de reactivos respecto a las pruebas realizadas por colectivos, es en el grupo de HSH donde se da mayor porcentaje de reactivos, prácticamente el doble.

Prevención
P4.25
Evaluación del proyecto de promoción de la salud previniendo los riesgos asociados a la sexualidad con niños y jóvenes en riesgo de exclusión social.

I Anegas Gonzalez, A Gonzalez , N Elvira , G Torrescussa , B Simón , S Valmayor

Asociación CEPS Salut. Asociación para la prevención y la promoción de la salud

Introducción:
El programa Apoyo a niños y jóvenes en riesgo de exclusión social: promoviendo la salud previniendo los riesgos asociados a la sexualidad se inicia en el año 2008 y tiene como objetivo el promover estilos de vida saludables, en especial en educación sexual y la prevención del VIH/Sida, otras enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados. En esta comunicación, el objetivo es valorar el desarrollo de la implementación del programa y la consecución de los objetivos, mediante la evaluación de proceso y de resultados entre los años 2008 al 2011.

Material y Métodos:
Durante la implementación del programa se realiza una evaluación de proceso, evaluando la satisfacción de los profesionales formados a través de la aplicación de cuestionarios auto administrados, una evaluación cuantitativa con los indicadores de número de talleres de formación realizados, números de centros participantes, número de profesionales asistentes. La evaluación de resultados recoge los indicadores cuantitativos de número de seguimientos, numero de asesorías, número de intervenciones, numero de jóvenes beneficiarios y grado de satisfacción de profesionales y jóvenes con las intervenciones.

Resultados:
En el periodo contemplado entre los años 2008 y el 2011, periodo de implementación del programa se han obtenido los siguientes resultados: se han realizado 4 talleres de formación, en los que se han formado 63 profesionales procedentes de 19 centros ubicados en 5 municipios del Barcelonés. A los educadores formados se les ha realizado 97 seguimientos y 12 asesorías. Tras la formación, los educadores participantes, han realizado en sus centros de referencia 11 intervenciones, intervenciones grupales y consultas individuales, llegando a 30 jóvenes en riesgo de exclusión social.

Conclusiones:
Después de 4 años, el programa está consolidado a nivel de contenidos y gracias al recorrido realizado hasta ahora, año tras año el papel de la entidad como apoyo para los profesionales de los centros se va ampliando.

Los profesionales, muestran una alta implicación y motivación, además de una gran necesidad de trabajar estos temas con estos jóvenes. No obstante, hay que incidir en el apoyo y seguimiento en el diseño y la implementación de las intervenciones adaptadas a cada centro de referencia.

Prevención
P4.26
Intervenciones de educación afectiva y sexual con jóvenes (2010-2011)

I Anegas Gonzalez, A Gonzalez Jareño, L Nebot Soler, R Rico Gallardo

Asociación CEPS Salut. Asociación para la prevención y la promoción de la salud

Introducción:
La Asociación CEPS Salut, tiene como misión el promover la salud y contribuir a la prevención, favoreciendo hábitos y entornos saludables par mejorar la calidad de vida y así reducir las desigualdades en salud. Uno de los servicios de la entidad son la implementación de actividades de educación para la salud, especialmente con jóvenes y en educación afectiva y sexual. El objetivo de estas intervenciones es fomentar una actitud positiva hacia la prevención del VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual; promoviendo actitudes críticas en relación a las conductas de riesgo, facilitando conocimientos y trabajando creencias y habilidades de en prevención y protección, entre jóvenes de diferentes municipios de Barcelona.

Material y Métodos:
Intervenciones basadas en el Modelo ASE, donde se trabajan los determinantes de cambio de conducta relacionados con la promoción de conductas de prevención (conocimientos, creencias, actitudes y habilidades) a través de dinámicas participativas en talleres en el ámbito escolar y extraescolar. Los talleres son prácticos y dinámicos, fomentando la participación activa de los jóvenes para trabajar las creencias y los mitos relacionados con las conductas sexuales y las vías de transmisión del VIH/Sida y las enfermedades de transmisión sexual. Al finalizar los talleres los asistentes rellenan un cuestionario de evaluación.

Resultados:
Entre los años 2010 y 2011 se han realizado 145 talleres, llegando a 3.207 jóvenes con una media de edad de 13,6 años. En la valoración que realizan los asistentes a los talleres, la media de puntuación que obtiene el taller es de un 7,8 y el docente de un 8,5.

Conclusiones:
Con la realización de los talleres se ha conseguido llegar a un número importante de jóvenes, con los que se han trabajado determinantes de la conducta para promover la protección en conductas de riesgo de transmisión del VIH/Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. Las valoraciones de los asistentes son positivas tanto en relación a los contenidos del taller como de los técnicos que los implementan.

Prevención
P4.27
Dificultades en la prevención del VIH-SIDA: por qué la información no es suficiente

S G M

Fundació Catalana de l Hemofília

Introducción:
Una de las mayores dificultades con las que se encuentran las instituciones sanitarias es conseguir que la población adopte medidas de prevención y de mejora de su salud. En el campo específico del VIH esta dificultad se manifiesta especialmente en la adopción de medidas de prevención en la población en general, incluyendo la opción de realizar el diagnóstico para conocer si se ha contraído la infección –lo que permitiría tratarla y adoptar medidas para no trasmitirla– y el tratamiento –en lo que respecta a la adherencia terapéutica–.

Material y Métodos:
Se han revisado algunos artículos y textos sobre el efecto de la información y las estrategias de prevención en el campo del VIH, con la finalidad de recoger las dificultades que estos trabajos han localizado, para pensar nuevas vías de abordaje del problema.

Resultados:
véase conclusiones

Conclusiones:
Aunque la información es el pivote sobre el que se centran las campañas de prevención, los estudios sobre la eficacia de estas campañas revelan, a lo largo de los años, que la información en sí misma no es suficiente para conseguir que los sujetos cambien sus conductas (R. Bayés 1990, J. Mª Bretón López 2007, D. Patricio Salas 2010). En 2008, Gesida, tras analizar diversos estudios, concluía que "las actuaciones destinadas a lograr modificaciones de conducta no han logrado sus frutos, fundamentalmente por la diferente percepción del riesgo en la transmisión sexual".
Esta dificultad es mayor cuando el cambio propuesto implica una renuncia o una modificación de los hábitos de las personas, y en particular si las modificaciones implican una pérdida de placer.
Para dar un paso más allá de este límite, se sugiere que las aportaciones del psicoanalista Jacques Lacan sobre el concepto de goce pueden ayudar a entender mejor las dificultades, tanto de los sujetos en relación a sus modos de gozar, como de las campañas de prevención basadas en la información. Poder entender mejor estas dinámicas ayudaría a desarrollar estrategias de prevención más efectivas.
Una de las primeras conclusiones que se deriva, pues, es que la información, siendo fundamental, obtendrá mejores efectos preventivos en un trabajo uno por uno. Las necesarias campañas de prevención a nivel general, han de combinarse con dispositivos que acojan a cada persona en su singularidad.

Prevención
P4.28
Relación entre autoconcepto y debut sexual en población adolescente

A Morales Sabuco, JP Espada Sánchez, M Orgilés Amorós, JA Piqueras Rodríguez, JL Carballo Crespo

Universidad Miguel Hernández

Introducción:
La edad media del debut sexual en jóvenes españoles se sitúa en torno a los 15 años.
Aunque existen estudios sobre los riesgos asociados al debut sexual temprano, apenas se ha prestado atención a la relación entre el autoconcepto y el inicio de la actividad sexual. El objetivo de este estudio consiste en analizar la relación entre haber debutado sexualmente y el autoconcepto en adolescentes españoles.

Material y Métodos:
Se reclutó una muestra formada por 713 escolares (40% chicos), de los que 338 informaron ser sexualmente activos, con una edad media de 15.51 (DT = 0.5; rango: 15-16). Para la evaluación se empleó un cuestionario de comportamiento sexual y el Self Description Questionnaire – Short (Marsh, Ellis, Parada, Richards, & Heubeck, 2005).
Se establecieron dos grupos tomando como variable de comparación haber debutado sexualmente.

Resultados:
Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas en las áreas del autoconcepto verbal, académico, apariencia física, relación con los padres y relaciones con los pares del sexo opuesto. Los adolescentes que no habían debutado presentaron menor autoconcepto verbal, académico, en relaciones con los padres, y puntuaciones superiores en las relaciones con los pares del sexo opuesto y apariencia física. En los análisis por género se observó que los chicos y las chicas que habían practicado el coito puntuaban menos en autoconcepto académico y sus puntuaciones en las relaciones con el sexo opuesto fueron superiores respecto a los compañeros de su mismo sexo no activos. Los chicos que habían debutado mostraron mayores puntuaciones en autoconcepto de apariencia física y habilidades físicas. Respecto a las chicas, aquellas que habían debutado sexualmente presentaron puntuaciones inferiores en autoconcepto verbal y relación con los padres en comparación con sus compañeras no activas.

Conclusiones:
A la vista de los resultados se concluye que ser sexualmente activo se asocia con menor autoconcepto verbal, académico y en la relación con los padres, y puntuaciones superiores en relaciones con personas del sexo opuesto y apariencia física. Mientras que el debut sexual en los chicos está relacionado con la auto-percepción del cuerpo y habilidades físicas, en las chicas se vincula a las relaciones familiares y al área verbal. Estos resultados pueden tenerse en cuenta a la hora incluir el autoconcepto desde una perspectiva multidimensional en el diseño de acciones preventivas para posponer la edad de inicio sexual.

Prevención
P4.29
Reacciones agudas al consumo. Otro factor de morbilidad de las personas VIH+

I BACOVICH BACOVICH, D IANNELLO , J DELAS

SAPS CREU ROJA

Introducción:
En la infección por VIH son diferentes las cuestiones de salud que conviene vigilar. Infecciones vinculadas a situaciones de deficiencia inmune, indicación de tratamiento, efectos indeseables del tratamiento, así como cuestiones relacionadas con el estilo de vida de las personas. En los últimos años se ha reducido el número de contagios de VIH por vía parenteral. Sin embargo, sigue siendo un ámbito en el que conviene mantener la vigilancia sanitaria tanto para evitar contagios, como distintas complicaciones

Material y Métodos:
Hemos estudiado en nuestro centro, SAPS Creu Roja, las características sociodemográficas y sanitarias de las reacciones agudas al consumo desde 2004 hasta 2011.
Resultados:
De 2004 a 2011 han tenido lugar 367 reacciones agudas post consumo, de las cuales 291 causados por heroína y 76 por cocaína. Han acaecido en 229 personas diferentes y de ellas 57 reincidentes, que han protagonizados 195 (71,5% del total) reacciones.
De las 229 personas con reacciones agudas post consumo, 57 tienen AcVIH+, 76 AcHC+ y 35 tienen coinfección de ambas. De las 57 personas reincidentes 2 tienen AcHC+ y ninguna de ellas AcVIH+.

Conclusiones:
En la atención de las personas infectadas con VIH y hepatitis C intentamos realizar numerosas acciones destinadas a evitar complicaciones. Algunas de ellas vinculadas a la presencia de infecciones. En otras ocasiones la prevención pasa por un mejor conocimiento de su entrono y condiciones de vida. Como por ejemplo en este caso, que las reacciones adversas al consumo no impliquen una mayor morbilidad.

Prevención
P4.30
Estrategia global de Promoción y prevención del vih en un Centro Joven.

J Madrid Gutiérrez (1), L Álvarez Castel (2), S Carlavilla Sanz (3), M Caballero Jaúregui (3), I Santamaría Sánchez (3), E Villa Camarma (3)

(1) CMS Joven Madrid Salud, (2) CMS Joven Madrid Salud, (3) CMS Joven Madrid Salud

Introducción:
Comunicamos nuestro marco general de intervención integral de educación, prevención y atención al vih en el Centro Madrid Salud Joven del Ayuntamiento de Madrid. Somos un recurso público, gratuito que atiende población joven desde los 13 a los 24 años del municipio de Madrid.

Material y Métodos:
Presentamos un esquema en red en el que reflejamos las diversas áreas de actuación y las principales actividades en relación con el vih.
A través de un programa de mapas mentales se visualiza gráficamente el conjunto de acciones realizadas.
Resultados:
Tenemos establecido un programa de actividades que cubren los siguientes ámbitos de actuación:
• Atención en Consulta de Consejo de ITS y VIH y Test rápidos: Ofertamos consulta programada y a demanda de 9h a 20h. En el año 2011 hemos atendido a 603 personas (203 Test Rápido y 400 Serología). Realizamos test rápidos de vih, councelling y extracciones.

• Educación para la Salud: en los institutos de la zona a través del Proyecto Sabintre, Madrid Libro abierto, Intervenciones con Asociaciones y visitas al Centro Joven de los institutos.

• Programa Comunitario: Coordinación con asociaciones de Distrito;Mesas comunitarias: Salud, infancia, género; Colaboración en programas de mediación intercultural del Hospital Ramón y Cajal: celebración del Día de la Prueba, Día del SIDA; Colaboración con asociaciones para la atención a mujeres que trabajan en prostitución derivadas por otras organizaciones sociales; Proyecto Sabintre: programa sociocomunitario con intervención en medio educativo

• Difusión – Comunicación: Colaboración en DVD "Yo también soy positivo" de la Liga de Educación Popular; Colaboración con el Ministerio de Sanidad para la supervisión de guía género y vih dirigida a Asociaciones Sociales; Distribución de folletos; Participación en congresos y foros de comunicación; Web y consultas On-Line. Es la consulta más frecuente en la red;Termómetro SIDA en Web madridsalud. Autocuestionario para medir el riesgo de infeccion por vih;Distribución de preservativos: En Centro Joven, a asociaciones, difusión preservativo femenino, talleres del preservativos. Se distribuyen 100.000 al año

• Formación: Tutorías alumnado de enfermería de Universidad Complutense de Madrid; tutorías Máster de Mujer y Salud: Universidad Complutense de Madrid;Tutorías de prácticas de alumnos Master en Sexología. Universidad Camilo José Cela.

• Investigación: Proyecto Eurosupport6. Proyecto europeo para validar un modelo de counselling utilizando medios audiovisuales;Universidad Complutense: Departamento antropología. Estudio etnográfico sobre las entrevistas de counselling; Cualitativo sobre anticoncepción de urgencia; Universidad Granada. Percepción del VIH en adolescentes. Cerca de 3000 cuestionarios en Madrid y Andalucía. Numerosas publicaciones en revistas y congresos.

Conclusiones:
Presentamos un modelo de intervención en la promoción y prevención del vih que abarca un gran número de áreas de intervención y actividades que se complementan y contribuyen a una mayor eficiencia de la intervención con adolescentes y jóvenes

Prevención
P4.31
Prevención y promoción de la salud a través de la educación por pares en el contexto hospitalario

C G D (1), F R P (2)

(1) Cesida, (2) Cesida

Introducción:
El Objetivo principal es mejorar la calidad de vida de las personas con VIH que acuden a los centros hospitalarios colaboradores de este programa, a través de la prevención y promoción de la salud entre iguales. Los Objetivos específicos que se abordan, con aquellas personas con VIH/sida derivadas por el equipo médico, son:
• Fomentar la prestación de una atención integral y de calidad a las personas con VIH en los hospitales.
• Fomentar en la población diana la prevención positiva: educar en conductas de mejora de salud, autocuidados, adherencia al tratamiento y la reducción de comportamientos de riesgo; fortalecer la autoestima y la percepción de autoeficacia, a través de intervenciones de los/as pares en los hospitales de referencia.

Material y Métodos:
Tipología de consultas atendidas por los educadores en PARES:
1. Consultas para promoción de conductas de salud, auto cuidado y reducción de comportamientos de riesgo.
2. Consultas de problemas o mejoras de la adherencia al tratamiento antirretroviral.
3. Consultas para dar información objetiva sobre los aspectos relativos a la infección por VIH/SIDA.
4. Consultas para la mejora de la autoestima y percepción de auto eficacia

Resultados:
Nº de entidades sin ánimo de lucro que participan en el proyecto: 7 entidades participantes

Nº de hospitales donde se presta servicio por parte de los educadores: 7 hospitales involucrados.
Alcance territorial del proyecto: El proyecto se ha instaurado en 5 comunidades autónomas (Andalucía, Baleares, Castilla y León, Galicia y Murcia)
Nº total de personas atendidas durante el 2011: 1.681 personas atendidas
Nº de nuevas personas usuarias que han acudido al servicio de PARES: 318 personas que acuden por primera vez (21,70% mujeres y 78,30% Hombres)
Tipología y número de consultas que se han atendido durante el año 2011:
1. Consultas relacionadas con la promoción de conductas de salud, auto cuidado y reducción de comportamientos de riesgo. 837 consultas
2. Consultas relacionadas con problemas o mejoras de la adherencia al tratamiento antirretroviral.907 consultas
3. Consultas para dar información objetiva sobre los aspectos relativos a la infección por VIH/SIDA.888 consultas
4. Consultas para la mejora de la autoestima y percepción de auto eficacia.1.025 consultas

Conclusiones:
La Educación por Pares puede facilitar la comunicación entre el paciente y el Equipo Sanitario, además de favorecer el nivel de información del mismo y la participación activa en su proceso. Un referente positivo como el/la Educador/a de PARES puede fomentar cambios en el paciente que repercutan favorablemente en su salud, abordando las dudas que pudieran surgir relacionadas con la toma de medicamentos, los hábitos de vida saludables, el acceso a la información y el intercambio de experiencias. Tras analizar las valoraciones positivas del Equipo Sanitario, respecto al proyecto y la repercusión que está teniendo en las personas usuarias, se tiene previsto una ampliación del proyecto, mediante la incorporación de nuevos centros hospitalarios pertenecientes a la Comunidad Autónoma de Madrid y de la Comunidad Autónoma de Cataluña

Prevención
P4.32
Cuidar o curar: la construcción del riesgo en el circuito festivo gay

LG Gaissad Laurent (1), L. Gaissad (2)

(1) Université Libre de Bruxelles, (2) Université Libre de Bruxelles

Introducción:
Esta presentación describe las redes sexuales, el uso y el tráfico de drogas en el Party Circuit gay en Europa occidental, en particular en España. Está basada en un proyecto de investigación inicialmente titulado La construcción de la compulsividad sexual de las adicciones y de los riesgos múltiples de los homosexuales masculinos, que recibió una beca de Sidaction (fondo de lucha contra el sida) en Francia.

Material y Métodos:
Durante dos años, se llevaron a cabo observaciones y entrevistas a partir de una etnografía participativa y continua del ambiente festivo gay en los grandes centros urbanos europeos. Se trató también de interrogar la evidencia estadística de las encuestas extensivas que validan una amplia gama de conductas adictivas sin definir sus influencias mutuales, ni decir hasta que punto podrían correlacionar con la preponderancia del VIH todavía muy fuerte entre los hombres gay.

Resultados:
Los resultados de las encuestas en antropología social contradicen la fábrica contemporánea del riesgo en las subculturas gays, insistiendo sobre la movilidad interurbana y transnacional (Bruselas, Paris, Londres, Coloña, Madrid, Ámsterdam, Berlín, Barcelona), y sobre el desarrollo de una red territorial del sexo y del comercio de drogas como componente central de la identidad festiva, sexual y psicotrópica gay. Por otra parte, el estudio muestra como las prácticas farmacológicas profanas y las competencias en torno al tráfico de substancias tienen un papel importante en la maximización de las experiencias sexuales.

Conclusiones:
La etnografía reflexiva revela también formas colectivas de atención, de auto-apoyo, de cuidado y de reducción de los daños entre participantes, de las cuales las ONG de salud pública parecen desconectadas. La implicación informal de los organizadores de fiestas haciéndose cargo de los riesgos abre por su parte alternativas de acción comunitaria que desafían la tendencia general a la medicalización del sexo inherente a la emergencia epidemiológica. Se propondrá aquí en este sentido discutir esas contradicciones entre los enfoques terapéuticos y la pragmática social del placer (Race, 2009).

Prevención
P4.33
Los test rapidos de VIH : La experiencia en Ceuta

I Lopez Corrales (1), C R´kaina Liesfi (2)

(1) area de prevencion del VIH , (2) Centro de atencion a las Drogodependencias de Ceuta.

Introducción:
Este programa promociona y facilita a toda la población ceuti residente y no residente mayor de 16 años el acceso a la prueba de detección rápida del VIH de forma anonima, confidencial y gratuita.

Material y Métodos:
Para facilitar el acceso a la prueba del VIH a toda la población mayor de 16 años de Ceuta, nos planteamos iniciar un proyecto en 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,el Área de prevención del Plan sobre Sida y asociacion El RUMOR. 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 1de Enero de 2010 toda persona mayor de 16 años puede acudir gratuitamente y de forma anónima y confidencial a cualquiera de las once farmacias que colaboran desinteresadamente en este programa.
Destacar como iniciativa novedosa la puesta en marcha de test rápidos de VIH en el servicio medico del Centro de Estancia Temporal para inmigrantes en Ceuta

Resultados:
Desde el inicio del programa de pruebas rápidas de VIH en nuestra ciudad, se han realizado un total de 1.932 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 tranquilida(6,5%).El 98% relaciones heterosexuales y un 2% relaciones homosexuales.

Conclusiones:
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
P4.34
Vih-ve El Teatro

R S O, R M A, E A I, LL S C, O D G

Oliver

Introducción:
Proyecto de sensibilización sobre el VIH y sida en usuarios-as de drogas con alta vulnerabilidad social y sanitaria.
Se aborda la prevención del VIH-SIDA utilizando el "teatro social" como herramienta de formación, intervención y sensibilización con personas usuarias de drogas en activo. Se crea una vía innovadora para trabajar los objetivos del servicio: reducción del daño, prevención del VIH-sida y creación de hábitos saludables.

Material y Métodos:
Como metodología se ha utilizado el marco de talleres- sesiones de teatro, con la colaboración de un profesional para la formación de los mismos. Dentro de los objetivos generales se ha trabajado:
- Coordinación con diferentes entidades de la red de reducción de daños de Barcelona y entidades sociales y culturales
- Sensibilización de la población general.
- Responsabilizar sobre el consumo y concienciar sobre las prácticas de riesgo.
- Fomentar la autonomía personal, empoderamiento; actitudes positivas para el cambio; hábitos saludables y concienciación sobre la propia situación vital.
- Crear habilidades sociales, de interacción con el grupo, intercambiar opiniones y dar aforo a los usuarios-as para trabajar su propia problemática.
- Motivar en la búsqueda de cursos de formación y empleo.
- Ofrecer un espacio de escucha activa, empatía y de creatividad.

Resultados:
El trabajo final se ha materializado en la realización de una obra de teatro relacionada con VIH. La representación de la obra se ha dirigido tanto a otros usuarios-as de drogas que no ha han participado en el proceso de la obra, como también a profesionales de centros de reducción del daño, así como a profesionales del ámbito social, y a población general

Conclusiones:
Tras las evaluaciones de seguimiento del proceso del proyecto hemos observado que de las diez personas que habían empezado el taller, sólo cinco de ellas podían mantener el seguimiento y llegar a tener un impacto positivo en la realización de los talleres. Algunas de las bajas han sido por causas justificadas, y otras debido a su situación de consumo activo, dificultando su continuidad en el proyecto.
Los cinco actores, junto con el profesor de teatro y las dos profesionales de Cruz Roja, han valorado más que positivamente el resultado de la representación.

Prevención
P4.35
Formación recibida en el instituto sobre Salud Sexual, Salud Reproductiva y Sexualidad por Estudiantes de Enfermería y Educación en la Universidad de Alicante

MA Velandia Mora (1), M Rizo Baeza (2), E Cortés Castell (3)

(1) Universidad Cooperativa de Colombia, Escuela de Postgrados. Maestría en Educación, CIDU Centro de Investigación de la Docencia Universitaria, Bogotá, (2) Universidad de Alicante, Facultad de Enfermería, Doctorado en Enfermería y Cultura de los Cuidados, (3) Universidad Miguel Hernández, Facultad de Medicina, Elche, España

Introducción:
Estudio descriptivo transversal cuantitativa, encuesta. Busca conocer si las/os estudiantes de Diplomatura de Enfermería, curso materno infantil EMI, Univ de Alicante, han recibido formación sobre Salud Sexual SS, Salud reproductiva SR y Sexualidad S en instituto y si pudieran formarse cuáles temas preferirían. Objetivo: Comparar necesidades en formación sobre S, SS y SR de estudiantes de EMI y de Diplomado en Maestro, Especialidad en Educación Primaria EEP, con fines a su formación para la prevención.
Periodos académicos 2008/09 y 2009/10

Material y Métodos:
En 2008/09 se encuestan 100 estud de 2º EMI: 83% mujeres M y 17% hombres H. En 2009/10 a 127 EMI 96,06% M y 3,94% H y a 90 de 2º año de EEP, H 4,44% y M 95,56%. Encuesta de

10 preguntas. Variables exploradas: 1 Sociodemografía, 2 Formación; 3 Información requerida; y, 4 Hablar con.

Resultados:
Sobre Educ SS y SR hay cierto grado de formación, es mayor en ambos grupos el % de M que Sí participó en instituto en algún tipo de actividad educ sobre SS que el que No lo hizo. Sobre edad se observa que EMI mayores(P: 0,0005) son significativamente más que las jóvenes que en instituto participaron en actividades educ, igual sucede con las EEP, diferencias no significativas. Tanto en las EMI 62,5 como en EEP 65,1% es mayor grupo de M que No participó en instituto en actividades educat sobre SR, comportamiento en 2 grupos idéntico (ns). En relación a grupos de edad, se constata que entre las EMI del grupo más joven aumenta significativamente el número que refiere dicha participación. Requieren Mucha información sobre Métodos anticonceptivos, EEP 76,7% y EMI 68%, Diferencia NO
significativa. No significativa diferencia entre EMI y EEP que requieren mucha información sobre Embarazo adolescente. Información requerida por M sobre ETS no tiene diferencia significativa; requieren más las EEP 84,9% que las EMI 73,4%. Diferencias entre las EMI y las EEP que requieren información sobre Sexualidad No son significativas; 10% dice no necesitarla. El 53,8% de las EMI y 38,8% de EMI optan por necesitar Mucha información sobre Orientaciones sex. Información Tránsitos identitarios 50,7% de EMI Mucho. 91% EMI y 95,3% EEP se sienten a gusto hablando de S con Amigos/as. 50% de EMI y EEP habla de S con Compañeros/as de clase. Hablar de S con Profesores/as 17,1% EMI 8,1% EEP. No hablarían de S con Médico/a de cabecera 77,6% de EMI ni 81,4% de EEP

Conclusiones:
Más del 50% de EMI y EEP participaron en instituto en actividades sobre SS y 36% sobre SR. Menores de 25 recibieron significativamente más información que mayores.

Prevención
P4.36
Diversificación del Servicio de Prevención y Diagnóstico Precoz de VIH con Pruebas Rápidas

R. AGUIRRE MARTÍN-GIL (1), S. COLLADO GONZÁLEZ (1), J. RICO BERMEJO (1), M. MORÁN ARRIBAS (1), C. GARCÍA RIOLOBOS (1), J. ULTRA BERZOSA (1), A. GUIONNET (2), N. MARTÍN-BUITRAGO LÓPEZ-CARPEÑO (3)

(1) SUBDIRECCIÓN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN, (2) HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL, (3) CRUZ ROJA

Introducción:
De 2007 a 31/01/2012 se notificaron en la Comunidad de Madrid (CM) 3703 nuevas infecciones de VIH. El 48,4% en extranjeros y el 70% HSH. El 88,7% de las mujeres adquirió el VIH por vía heterosexual.
El retraso diagnóstico (RD) (47,5% CD4 <350 entre 2005-2010) supone un grave problema. Un diagnóstico precoz e inicio temprano del tratamiento reduce la morbilidad, la mortalidad, mejora la calidad de vida y limita la transmisión del virus. Disminuir el RD y revelar la infección oculta constituye un objetivo prioritario.

Material y Métodos:
En la CM se ha puesto en marcha una red de dispositivos de diagnóstico precoz de VIH con pruebas rápidas (PRV) desde el sistema sanitario, corporaciones locales y entidades ciudadanas para mejorar la oferta y accesibilidad a la prueba a la población sobre todo a los grupos más vulnerables.

Resultados:
Actualmente se dispone de los siguientes dispositivos:
-Centros de Salud: Implantado en 8 centros de salud (CS) de zonas con alta significación epidemiológica y social respecto al VIH. Hay un equipo de mediación intercultural multilingüe que realiza counseling y difusión comunitaria del servicio
-Unidad Móvil de Diagnóstico Precoz.Ubicado en plazas y espacios con significación social para la prevención del VIH
-Programas gestionados por ONGs: La CM distribuye PRV a COGAM, Fundación Triángulo, Apoyo Positivo, HRyC y CJAS, que alcanzan a muchos colectivos vulnerables (HSH, transexuales, PEP, inmigrantes, etc.)
-Dispositivos en Ayuntamientos: El Ayuntamiento de Madrid dispone de 3 servicios de PRV y de PRV para uso puntual en 15 CMS. San Fernando de Henares cuenta con otro servicio de PRV
Entre 1/12/2009 y 30/10/2011 en 5 de 8 CS hubo 55 reactivos en 2091 PRV (2,63%).El 56% de atendidos eran extranjeros
La Unidad Móvil (01/09/11 al 29/02/12) obtuvo 7 reactivos en 369 (1,9%)
Las ONGs en 2011 identificaron 33 reactivos en 1235 PRV
Su ubicación en CS promueve la prueba en el ámbito de la atención primaria y favorece el acceso al sistema sanitario, gracias a la figura del mediador, que realiza un importante trabajo preventivo y comunitario, muy valorado por usuarios ONGs y Unidad Móvil eliminan barreras al ofertar servicios anónimos, sin TSI, acercándolo allí donde se encuentra la población diana o prestándolo en asociaciones ciudadanas con implantación en colectivos vulnerables al VIH.

Conclusiones:
Esta estrategia de diversificación permite alcanzar a población vulnerable y detectar nuevas infecciones, por lo que constituye una exigencia para los sistemas sanitarios dada la heterogeneidad de los grupos más vulnerables al VIH

Prevención
P4.37
La prevención dirigida a población joven a través de las redes sociales

M Coromina Gimferrer, J Benéitez , E Henar Pérez

ABD -Asociación Bienestar y Desarrollo-

Introducción:
Dentro del Proyecto de prevención y promoción de la salud afectiva, sexual y reproductiva dirigido a jóvenes inmigrantes inmersos en procesos de vulnerabilidad social y con el fin de dar continuidad al mismo, nace la idea de utilizar las nuevas tecnologías como plataforma de

propagación de contenidos y como método de difusión y transmisión de la información.

Con el objetivo de lograr una intervención efectiva se considera prioritaria la aplicación de estrategias de educación para la salud que
faciliten la difusión de mensajes culturalmente adaptados a las necesidades de este grupo poblacional y que promuevan comportamientos saludables que disminuyan su vulnerabilidad.

Material y Métodos:
Para llegar a estos objetivos es necesario no sólo adaptar mensajes, sino también trabajar la proximidad y los canales propios de la cultura juvenil. Esto exige adaptar los métodos propios de talleres de prevención a la educación entre iguales y adaptar las estrategias de sensibilización a espacios virtuales asociados a las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (NTIC's).
Las NTIC's son una herramienta que genera un impacto elevado en los/as jóvenes. Por ello, se han generado espacios abiertos al diálogo y a la resolución de dudas en el campo de la salud sexual, poniendo especial énfasis en la prevención del VIH y otras ITS. Están pensados por y para los/as jóvenes, siendo ellos/as agentes activos en la creación de materiales que se pueden publicar en la red. Así, son los/as propios/as jóvenes los agentes multiplicadores de la información.

Resultados:
Se ha creado el blog "La Serpiente Condonera", donde se publican artículos de manera periódica relacionados con la sexualidad en un formato atractivo en lo que refiere a imágenes y a la utilización de vocabulario afín a los/as jóvenes con la finalidad de despertar el interés y la fácil comprensión. Asimismo, se publican fotografías, enlaces de interés, vídeos y noticias de actualidad entorno al eje de la sexualidad. También se ha creado un perfil en facebook y en twiter con el mismo nombre.
Todas estas publicaciones tienen relación directa e inmediata con las plataformas de redes sociales, donde la incidencia, difusión y
participación de los jóvenes se multiplica de manera eficaz y abierta.

Conclusiones:
La participación e interés por el blog y las redes sociales crece de manera notable. Desde que se inició el proyecto en el año 2010 hasta principios del 2012, se han recibido más de 2000 visitas.

Aspectos Sociales
P5.01
Religiosidad y actitudes hacia el uso del preservativo en adolescentes peruanos

I Teva Álvarez (1), MT Ramiro (2), JC Sierra (2), G Buela-Casal (2), A Castro (3), MP Bermúdez (3)

(1) Universidad de Zaragoza, (2) Universidad de Granada, (3) Universidad de Zaragoza

Introducción:
El objetivo del presente estudio es analizar las asociaciones entre las variables religiosas y la actitud hacia el uso del preservativo en adolescentes peruanos.

Material y Métodos:
Los participantes fueron 1.501 adolescentes peruanos que cursaban estudios de enseñanza secundaria en centros públicos y privados. La muestra es representativa con un nivel de confianza del 97% y con error de estimación del 3%. Los adolescentes cumplimentaron un cuestionario sociodemográfico, otro sobre aspectos religiosos y otro sobre actitudes hacia el uso del preservativo. Se trata de un estudio descriptivo de poblaciones mediante encuestas con muestras probabilísticas de tipo transversal. La recogida de datos tuvo lugar en las aulas durante las horas lectivas.

Resultados:
Se hallaron asociaciones significativas entre una alta actitud positiva hacia el uso del preservativo y una menor religiosidad. Concretamente, una alta actitud positiva se relaciona con: no tener ninguna religión; no hablar con otros sobre preocupaciones religiosas o espirituales; no leer material religioso; la religión no influye en la decisión de tener relaciones sexuales; incomodidad para discutir aspectos relacionados con el sexo en la iglesia y para discutir creencias religiosas con la pareja.

Conclusiones:
La religiosidad ha sido considerada como un factor protector de la infección por el VIH a través de las relaciones sexuales no protegidas, lo cual es lógico considerando que en casi todas las religiones se promueve la abstinencia, el retraso del inicio de las relaciones sexuales y la monogamia. Sin embargo, con estas ideas o creencias se está ignorando la realidad adolescente que es que la mayoría de ellos mantienen relaciones sexuales, que lo están haciendo cada vez a unas edades más tempranas y que suelen tener múltiples parejas sexuales (Smith, 2004). En este estudio se hace patente que la religiosidad no actúa como factor protector de las conductas sexuales de riesgo para la infección por el VIH y otras ITS. Así pues, los aspectos religiosos deben considerarse en futuras investigaciones así como su relación con las actitudes hacia el uso del preservativo y la conducta sexual.

Aspectos Sociales
P5.02

Aspectos sociales y sanitarios en población VIH/Sida sin techo de largo recorrido y la intervención en su adherencia a tratamiento

V González Hernández, M Capellas Morera, LL Polo Sangüesa, A Rivas Barberán

Àmbit Prevenció

Introducción:
Entre el año 2007 y 2012 se han llevado a cabo cinco fases del programa Intervención preventiva, asistencial y de seguimiento en la adherencia al tratamiento antirretroviral en población VIH/SIDA sin techo en las ciudades de Barcelona, Bilbao, Madrid, y Valencia, con un total de treinta i seis meses de intervención, con el objetivo de incrementar el nivel de adherencia a los tratamientos antirretrovirales en una población con un alto nivel de vulnerabilidad y exclusión social y así mejorar su situación sanitaria y de salud, y sus niveles de CD4 y carga viral, debido a las dificultades que presenta a la hora de realizar un correcto seguimiento de la infección por VIH.

Durante este periodo se ha atendido a un total de cien personas diferentes en la ciudad de Barcelona. Cada usuario ha podido participar en una o más fases, dependiendo de su situación social, sanitaria y de su nivel de adherencia al tratamiento antirretroviral.
El objetivo de este estudio es establecer el perfil de usuario que ha accedido al programa, diferenciándolos en dos grupos: los que han accedido entre una y dos veces (83 pacientes) y los que han sido incluidos en más de tres ocasiones (17 pacientes).
Material y Métodos:
Para la obtención de resultados hemos explotado los datos obtenidos durante las entrevistas de seguimiento realizadas cada tres meses a los usuarios incluidos.
Así, nos hemos fijado en factores como el historial de consumo de sustancias, la situación de vivienda, el nivel de ingresos económicos, la coinfección con otras enfermedades, el número de años pasados en la calle, y el grado de relación y conocimiento de los recursos de la red asistencial.

Resultados:
De los resultados observados se deduce que los usuarios pertenecientes al primer grupo comparativo, es decir, los que han participado en una o dos ocasiones, tienen un menor grado de exclusión, un menor uso de los recursos de la red asistencial y un menor recorrido en la situación "sin hogar". También se encuentran aquéllos que requirieron de una intervención de emergencia debido a su delicada situación sanitaria, por lo que sólo en este grupo encontramos bajas por defunción.
Por otro lado, en el grupo de tres o más participaciones, encontramos a aquellos usuarios que tienen una situación más cronificada y un largo recorrido en situación de exclusión social.

Conclusiones:
Con los datos obtenidos se podría valorar la efectividad de una intervención mantenida en el tiempo, así como establecer el perfil tipo de usuarios que acceden de forma asidua a los recursos sociales de baja exigencia.

Aspectos Sociales
P5.03

Mujer seronegativa, varón ex consumidor de drogas inyectadas: pareja serodiscordante, pareja estable.

B Baza Caraciolo (1), J Del Romero Guerrero (1), A Jerónimo Baza (2), J Martín Repollés (1), I Río Sánchez (3), D Carrió Montiel (1), M Vera García (1), C Rodriguez Martín (1)

(1) Centro Sanitario Sandoval, (2) Facultad de Medicina. UCM, (3) Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII

Introducción:
Existen diferencias en los valores transmitidos a hombres y mujeres a través de la educación, enfatizándose más la afectividad y el cuidado de los otros en el caso de las mujeres. El objetivo del presente estudio fue describir el nivel de estudios y su relación con el género en una muestra de parejas serodiscordantes (SDC) al VIH-1 con deseo reproductivo por métodos naturales (DRMN). Analizar género y categorías de transmisión (CT) para la adquisición de la infección VIH-1 de los casos índices (CI), y valorar las implicaciones de género en la estabilización de las parejas.

Material y Métodos:
Se incluyeron 102 parejas SDC con DRMN atendidas en una Clínica de Infecciones de Transmisión Sexual en Madrid entre 2008 y 2011. Se describieron: sexo del CI, CT, tiempo de relación, situación laboral y hábitos tóxicos. Se comparó la edad y el nivel de estudios en ambos miembros de la pareja. Se utilizaron pruebas t-student, Chi 2 , V de Cramer para comparar medias, proporciones y fuerza de asociación.

Resultados:
Las parejas mantenían una relación estable una media de 8±5años.En un 89% de las parejas el CI era el varón. Edad media varones:40±6 años y mujeres:35±5 años ($p<0,0001$). El 60% de los varones tenían estudios primarios frente al 64 % de las mujeres que tenían estudios medios o superiores, siendo significativas la asociación entre el sexo y el nivel de estudios ($p<0,001$) y la fuerza de dicha asociación, V de Cramer 0,279($p<0,001$). En un 94% de las parejas, ambos miembros tenían trabajo activo.Un 52% de los CI varones eran ex usurarios de drogas inyectadas (UDI), que habían abandonado hacía más de 5 años; de éstos, un 34% refería no mantener ningún hábito tóxico en el último año, un 21 % adicional, solo refería como tal, el tabaco y un 19 % solo el cannabis.

Conclusiones:
El perfil más prevalente de las parejas SDC con deseo reproductivo por métodos naturales es el de una mujer VIH(-), con estudios medios o superiores, emparejada de forma estable con un varón VIH(+) con estudios primarios, ex UDI y que ha abandonado cualquier hábito tóxico. Esto podría estar en concordancia con la idea de que en las mujeres, respecto de los varones, son mayores las necesidades de pertenencia que las de individuación, lo que les inclina a "sacrificar" aspectos personales de su propia vida a favor del mantenimiento de una relación de pareja, aun pudiendo ser socialmente estigmatizante. Existe un elevado índice de desintoxicación total entre los CI ex UDI que mantienen una relación estable de pareja con deseos reproductivos por métodos naturales.

Aspectos Sociales
P5.04

Proceso de consenso de elementos mínimos para un pacto social por la no discriminación asociada al VIH

A Martín-Pérez Rodríguez, P Bendito Guilarte, E Moreda Sánchez, O Castillo Soria, M Neira León, R Soriano Ocón, A Koerting de Castro, A Tapia Raya

Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida

Introducción:
La Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida ha elaborado una propuesta consensuada de un pacto social por la no discriminación asociada al VIH para contribuir a garantizar la igualdad de trato y de oportunidades, la no discriminación y el pleno disfrute de los derechos fundamentales de las personas afectadas.

Material y Métodos:
Se realizó una búsqueda de pactos sociales en países de nuestro entorno y se crearon dos grupos focales para decidir la metodología e identificar agentes clave
Se constituyó un grupo de trabajo de 19 personas expertas, incluyendo profesionales de la Administración central, la Administración Sanitaria autonómica y local, ONG, organizaciones sindicales y empresariales, sociedades científicas, universidades y medios de comunicación.

Se consensuó un primer borrador de contenido que fue revisado por otras 46 personas clave identificadas. Estas propusieron 177 modificaciones, debatidas y consensuadas por el grupo de trabajo. El documento final se tradujo al inglés y se remitió a representantes de ONUSIDA y de la Comisión Europea.

Resultados:
No se identificó ningún otro pacto social de similares características.

El pacto plantea tres niveles de respuesta, correspondientes a los ámbitos en los que se da la discriminación (institucional, societal/de las interacciones sociales, personal). Consta de 13 objetivos específicos y 51 medidas en las siguientes áreas:

Vigilancia de la discriminación
Certificados médicos
Acceso igualitario a prestaciones y servicios
Garantías de protección legal Inserción laboral y permanencia en el empleo
Salud reproductiva y adopción
Discriminación en el ámbito sanitario
Libre circulación
Reducción y prevención del estigma
Empoderamiento
Investigación

Se identificaron preliminarmente más de 130 instituciones consideradas de interés para su adhesión al pacto social.

Conclusiones:
La propuesta de pacto social se establece sobre unos mínimos a consensuar y ratificar para avanzar hacia una respuesta multisectorial e intersectorial a la discriminación desarrollada a través de planes de acción operativos.

Su ratificación constituirá una iniciativa pionera, reflejando los esfuerzos de España en alcanzar los acuerdos de la Declaración Política de 2011 en materia de Derechos Humanos y sida, así como su consolidación a la vanguardia de países con respuestas al VIH basadas en la defensa de los derechos humanos.

Aspectos Sociales
P5.05

La biomedicalización de la prevención y de la salud gay

LG Gaissad (1), L. Gaissad (2), M. Roca Escoda (3)

(1) Institute of Law and Technology / UAB, (2) Université Libre de Bruxelles, (3) Universitat Autonoma de Barcelona

Introducción:
Privilegiando la acción pública y los discursos públicos, esta comunicación analiza la evolución de las políticas de prevención del HIV de los hombres gays, y en particular las condiciones de creación de nuevos dispositivos comunitarios de salud sexual en fase tanto a las realidades de estas subculturas sexuales como con la actualidad científica de la epidemia.

Material y Métodos:
Siguiendo las recomendaciones internacionales, los expertos científicos del HIV y los militantes de lucha contra la epidemia (ONG) empezaron a proponer una transformación de la prevención y de la salud gay en España. Tal movilización, analizada a partir de observaciones, entrevistas, revistas de prensa, informes públicos y participación a los debates públicos, se apoya en el reciente descubrimiento de la limitación de la transmisión del virus por los tratamientos antiretrovirales, y en la evaluación de las estrategias de prevención dirigidas a los hombres gays que mantienen una fuerte preponderancia del HIV.

Resultados:
Esta comunicación insiste en primer lugar sobre los actores y los discursos públicos que facilitaron o limitaron la emergencia del paradigma de Reducción de los Riesgos Sexuales elaborado en otros países europeos (Francia y Suiza). Describe, en segundo lugar, cómo se implementaron al nivel local – es decir a partir de los debates y negociaciones entre activistas, médicos y políticos al cargo de la salud pública -, las decisiones de promover el acceso a la prueba del HIV y a los tratamientos ARV, junto con encuestas biomédicas.

Conclusiones:
Se propone aquí una breve genealogía de la construcción institucional los gays como población problemática en los tiempos del sida y algunos argumentos para comprender la formas actuales de su normalización biológica y social. El tema de la lucha contra las discriminaciones, también será discutido a partir de la nueva configuración de la responsabilidad individual y social que vehicula implícitamente la evolución biotecnológica de la prevención, y a partir de los desafíos éticos y políticos que conlleva.

Aspectos Sociales
P5.06
Una alternativa para favorecer el acceso al mercado laboral de las personas con VIH; Programa Construyendo el futuro de las personas en riesgo de exclusión social a través del empleo.

E G A, JC G C, C S S, E S C, E G P, L T , A FDA F, V F F, N P G, C G R

Federación Trabajando en Positivo

Introducción:
Las personas con VIH se encuentran en una situación de desventaja en el ámbito laboral, marcada por dos circunstancias: a) unas condiciones de baja empleabilidad en el colectivo y b) unas actitudes generales de discriminación en torno a éste en el ámbito laboral.
Este programa incide sobre la primera de estas circunstancias, apoyando a las personas con VIH en su proceso de inserción laboral.

Material y Métodos:
La labor de apoyo y orientación laboral comienza con la realización de una entrevista de acogida a la que le sigue una entrevista de diagnóstico de la ocupabilidad (a partir de la que se establece junto a la persona un itinerario personalizado que seguirá para conseguir su inserción laboral).
A partir de este momento,el apoyo se articula a través de las siguientes intervenciones: tutorías individuales de capacitación y seguimiento; cursos de formación reglada; sesiones grupales de competencia personal o laboral; realización de currículum y cartas de presentación; derivación a otros dispositivos de empleo; derivación a otros servicios o programas de la entidad; realización de auto-candidaturas; presentación a ofertas de trabajo; participación en entrevistas de selección; acompañamientos para participar en entrevistas de selección y entrevistas de seguimiento una vez finalizado el itinerario de inserción o tras la incorporación al mercado laboral.

Resultados:
- Diseño del itinerario de inserción con 145 personas diferentes (el 77% de las 187 personas que participan en la entrevista de acogida).
- Personas que se registran como demandante de empleo: 145
- Personas que realizan auto-candidaturas: 109.
- Personas que se presentan a ofertas de trabajo: 95 personas a 1.960 ofertas diferentes.
- Personas que participan en entrevistas de selección: 57 personas a 90 entrevistas diferentes.
- 26 personas obtienen un contrato de trabajo a partir de su contacto con el programa, habiendo accedido a un total de 33 contratos diferente (de ellas, 22 han conseguido cumplir siempre con el contrato firmado.

Conclusiones:
Disponer de un Servicio de Inserción Laboral estable, mantenido a lo largo de todo el año y con personal específico, ha permitido a las 6 entidades del programa reforzar su labor de apoyo y orientación laboral.
Los resultados de inserción obtenidos son muy positivos -puesto que acceden al mercado laboral el 28% de las personas que no abandonan el itinerario de inserción laboral-, especialmente si se tiene en cuenta el perfil y el grado de dificultad de las personas a las que se ha apoyado: personas en situación de grave exclusión social.

Aspectos Sociales
P5.07
Defensa de los derechos humanos de las personas con VIH y sida

J Bertran de Bes (1), H Fortuny (2), P Martínez (2), M Imbert (2), B Hernández (2)

(1) REDVIH, (2) REDVIH

Introducción:
El Observatorio de REDVIH es un programa con cobertura estatal que ofrece un acercamiento holístico (legal, formativo y divulgativo) a la cuestión de los derechos humanos y el VIH/sida. A su vez, publica el único informe anual sobre discriminación y vulneración de derechos en España, en base a los datos recopilados por su servicio gratuito de Asesoría Jurídica. Esperamos que este documento sea una herramienta útil para los distintos actores que trabajamos en la defensa de los derechos humanos de las personas con VIH/sida.

Material y Métodos:
Durante el año 2011 el Observatorio registró y documentó todas las consultas recibidas por su servicio de Asesoría Jurídica a nivel estatal. Los datos recopilados responden a las siguientes categorías: motivo de la consulta, datos demográficos (sexo, edad, lugar de origen y residencia), persona que realiza la consulta (afectada, pariente/amistad, ONG), forma de contacto y vía de conocimiento del servicio. El informe no refleja todo el trabajo del Observatorio, sino solamente los casos específicos a los que se ha dado orientación legal.

Resultados:
En el periodo de 12 meses, , del 1 de enero al 31 de diciembre de 2011, se ha dado respuesta a 161 consultas, lo que suma más de 1.000 desde 2003. El principal ámbito de consulta ha sido el empleo (28%), aumentando en porcentaje respecto a todos los informes anteriores. Le siguen la atención sanitaria (20%), el acceso a seguros (13%), situaciones vinculadas con la administración (11%), rechazo en la vida cotidiana (11%), disfrute de servicios de bienestar social (6%) y en menor medida la justicia (2%), la educación (2%) y la vida familiar(2%). Las

consultas relacionadas con el acceso a servicios de seguros han experimentado el mayor incremento, que atribuimos a la difusión que ha dado la jornada organizada sobre este tema por REDVIH.

Conclusiones:
El análisis de los casos atendidos constata que los derechos básicos de muchas personas con VIH se ven vulnerados en espacios como el mundo laboral, la atención sanitaria, el acceso a puestos de la administración, la contratación de seguros, el disfrute de servicios sociales o las relaciones personales y comunitarias. Todos estos datos nos permiten seguir trabajando en la respuesta al estigma y la discriminación, partiendo de la realidad detectada. Nuestras acciones y reivindicaciones, por lo tanto, surgen de la experiencia y la evidencia que nos proporcionan los casos atendidos.

Aspectos Sociales
P5.08
Una aproximación tipológica a la relación médico-paciente en las personas con VIH y su relación con la adherencia. Resultados de un estudio cualitativo

P Santoro Domingo, F Conde Gutiérrez del Álamo

CIMOP

Introducción:
Desde el comienzo de la epidemia, el colectivo de personas con VIH ha mostrado formas particulares de relación con el entorno sanitario y con los/as médicos/as, resultando pionero en algunas de las tendencias que hoy se reconocen como centrales en el rol contemporáneo de los pacientes (p.e. el "paciente experto", la reivindicación de los derechos del paciente o el papel de las asociaciones de pacientes). En el marco de un estudio cualitativo realizado con personas con VIH sobre la adherencia al tratamiento, se indagó en las diversas formas que estas tienen de relacionarse actualmente con sus médicos/as – dado el hecho ampliamente demostrado de que la relación médico-paciente constituye una de las principales variables que influyen sobre los procesos de adherencia.

Material y Métodos:
Estudio cualitativo realizado en diversas ciudades españolas (octubre 2010-marzo 2011). Se realizaron 9 grupos de discusión y 30 entrevistas personales con personas con VIH en seguimiento médico de diferentes edades y tiempos de tratamiento. Se realizó un análisis sociológico de los discursos recogidos.

Resultados:
El estudio realizado evidencia la importancia de la relación médico-paciente en el fomento de una buena adhesión a los tratamientos antrirretrovirales. Se analizaron los discursos emitidos por las personas entrevistadas sobre el sistema sanitario y sobre la relación con sus médicos de referencia, poniéndolos en relación con sus perfiles epidemiológicos y sociales específicos.

El análisis permite proponer cuatro modelos de paciente, que se diferencian en dos aspectos cruciales: su actitud más o menos autónoma respeto de la información médica y las decisiones de tratamiento; y el carácter de la relación con su médico (más "institucional" o más "afectiva", de acuerdo sobre todo con el tiempo que se lleva en tratamiento). Los cuatro modelos son: el paciente activo, el paciente agradecido, el paciente demandante y el paciente pasivo. Cada uno de estos modelos muestra, además, una posible deriva que llevaría a la aparición de problemas específicos en la relación terapéutica, problemas que pueden significar obstáculos en la construcción de una correcta adherencia al tratamiento.

Conclusiones:
Conocer las necesidades y posibles problemas de cada uno de los modelos de paciente propuestos permite a los facultativos mejorar la relación con sus pacientes y fomentar una adherencia más correcta. Adicionalmente, la propuesta de diversos modelos de paciente que se desprende del estudio realizado puede, en buena medida, ser extrapolado a otras enfermedades crónicas.

Aspectos Sociales
P5.09
Tipos de problemas de adherencia en personas con VIH en España y tendencias emergentes en la adhesión al tratamiento. Resultados de un estudio cualitativo

F Conde Gutiérrez del Álamo, P Santoro Domingo

CIMOP

Introducción:
Dada la importancia que en el tratamiento de la infección por VIH tiene la correcta adhesión a la medicación antirretroviral, en los últimos años se han realizado diversos estudios sobre las variables que definen una mejor o peor adherencia. Pero se ha hecho un menor esfuerzo en analizar las diversas formas que puede tomar esa mala adherencia, y tampoco en describir cómo los diversos perfiles de personas con VIH sufren diferencialmente unas u otras dificultades.

Material y Métodos:
Estudio cualitativo realizado en 8 ciudades españolas (octubre 2010-marzo 2011). Se realizaron 9 grupos de discusión y 30 entrevistas personales con personas con VIH en seguimiento médico de diferentes edades y tiempos de tratamiento. Se realizó un análisis sociológico de los discursos recogidos.

Resultados:
Existe una gran diversidad en los problemas que las diferentes clases de personas con VIH experimentan con la adherencia al tratamiento. De acuerdo con una propuesta tipológica de clasificación de las personas con VIH en 7 perfiles diferentes, según sus características epidemiológicas, estilos de vida y relación con el tratamiento, se pasa a describir las principales dificultades que sufre típicamente cada uno de ellos para el correcto mantenimiento del trata-

miento antirretroviral. Se analizan particularmente cuatro clases de problemas: los más graves, relacionados con crisis emocionales e identitarias; los más comunes, relacionados con estilos de vida y rutinas; los problemas vinculados al estigma y la ocultación del estado serológico; y los derivados de los efectos adversos de la medicación, tanto los realmente experimentados como el miedo a posibles efectos en el futuro. Se apunta igualmente la relación de algunas de estas dificultades de adherencia con diversas tendencias actuales en la vivencia de la infección por parte de las personas con VIH, señalando algunos cambios y líneas emergentes que estarían produciéndose en la problemática de la adherencia.

Conclusiones:
Conocer la variedad de problemáticas que las personas con VIH experimentan para mantener una correcta adherencia, así como las tendencias emergentes en la vivencia de la medicación y de la adhesión al tratamiento, es imprescindible para prever las dificultades que puedan surgir en el curso del tratamiento, así como para diseñar medicaciones, actuaciones personalizadas y/o estrategias de fomento de la adherencia dirigidas específicamente a cada uno de los diversos perfiles.

Aspectos Sociales
P5.10
APOYO SOCIAL, CALIDAD DE VIDA Y CONSUMO DE DROGAS: Un estudio sobre la eficacia de dos recursos residenciales de alta intensidad de apoyo y baja exigencia.

A AGIRREZABAL PRADO (1), N ASLA (1), I ETXEBARRIA (2), A ZUÑIGA (3), A ORTIZ DE ZARATE (3), I SANTOS (3)

(1) UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO, (2) ASOCIACIÓN T4 , (3) ASOCIACIÓN T4

Introducción:
Aukera y Atsedena son dos recursos sociosanitarios residenciales para personas con vih, con deterioro de salud y problemática asociada por consumo de drogas y/o exclusión social severa y prolongada. Estos recursos proveen alta intensidad de atención y apoyo y bajo umbral de acceso y exigencia a un total de 15 plazas.
El objetivo de esta investigación era de carácter evaluativo, pues se centraba en la evaluación de la eficacia de la intervención en ambos recursos, por medio de la evaluación de la calidad de vida, el apoyo social y el consumo de drogas (con medidas pre y post tratamiento).

Material y Métodos:
Se diseñó un cuestionario que incorporaba los siguientes apartados: i) características sociodemográficas, ii) diagnóstico y tratamiento, iii) calidad de vida (Mos-SF-30), iv) apoyo social (SSAS) y v) consumos (escala adaptada del MAP).
El cuestionario fue administrado al entrar en el recurso (medida pre, n=20) y a los cuatro meses de estar en el recurso (medida post, n=12).

Resultados:
Entre los resultados obtenidos observamos que tras una estancia de 4 meses: i) se produce una mejora significativa en parámetros de salud (reflejado en una disminución de enfermedades oportunistas y un aumento de CD4); ii) se produce una mejora en las calidad de vida relacionada con la salud, si bien no se encuentran diferencias en algunas escalas del MOS en medida post-programa; iii) a diferencia de lo esperado los resultados muestran una menor precepción de apoyo por parte de las amistades en medida post programa, si bien se manifiesta un aumento del apoyo por parte de la red familiar; iv) con respecto al consumo de drogas, los resultados muestran una menor frecuencia de consumo tras la estancia en los rescursos, más concretamente, en el consumo de alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, heroína y benzodiacepinas, no observándose diferencias destacables respecto a las vías de consumo.

Conclusiones:
La evaluación de la eficacia de estos recursos permite seguir trabajando para la mejora continua del trabajo realizado junto con la adecuación y re-adecuación de los programas a las nuevas necesidades detectadas.
Agradecimientos: Diputación Foral de Bizkaia y Gobierno Vasco (Asuntos Sociales).

Aspectos Sociales
P5.11
Herramientas eficaces para el afrontamiento de las seropositividad en HSH: Los talleres de fin de semana para HSH+ recién diagnósticados

J Roqueta Manen (1), GJ Martín Martín (2), JA Pazos Gómez (2), M Timón Herrero (2)

(1) Gais Positius, (2) Gais Positius

Introducción:
La adaptación a la convivencia con el VIH supone tener que adquirir una serie de conocimientos, estrategias, hábitos y habilidades que serán cruciales para esta finalidad. Gais positius ha desarrollado un recurso (los tallares de fin de semana para recién diagnosticados) mediante el cual el entrenamiento en las habilidades, la adquisición de conocimientos, el aprendizaje de estrategias y la adquisición de hábitos se trabaja de forma intensiva en grupos reducidos. Los resultados muestran diferencias significativas entre las medidas pre y post test en puntuaciones relacionadas con el estigma, el miedo al rechazo y el temor a iniciar nuevas relaciones.

Material y Métodos:
Encuentro grupal de fin de semana. Se realizan diversas dinámicas grupales y talleres participo/formativos mediante los cuales se trabajan la adquisición de conocimientos y hábitos, así como el aprendizaje de estrategias y entrenamiento de habilidades necesarias para una adecuada adaptación a la convivencia con el VIH.

Resultados:
Se logran cambios significativos en los ítems del cuestionario pre/post test relacionados con el miedo al rechazo, expectativas negativas sobre la pareja y distorsión en el autoconcepto.

Conclusiones:
Los talleres de fin de semana por su intensidad y contenidos se revelan como una gran herramienta para conseguir una adaptación rápida a la convivencia con el VIH.
El encuentro con iguales destaca como una de las características del taller más valoradas por los participantes.

Aspectos Sociales

P5.12

Revisión de los estudios utilizando el CEAT-VIH (Cuestionario para la evaluación de la adhesión al tratamiento antiretroviral)

E Remor

Universidad Autónoma de Madrid

Introducción:
CEAT-VIH es un instrumento de medida multidimensional tipo PRO, para la evaluación de la adhesión al tratamiento antiretroviral en personas con infección por VIH, y está disponible en diferentes idiomas.

Material y Métodos:
Este trabajo revisa 26 estudios completos (6 artículos, 11 resúmenes, 5 tesinas y 4 tesis doctorales) que han incluido el Cuestionario para la evaluación de la adhesión al tratamiento antiretroviral (CEAT-VIH) desarrollado por Remor (2002). La identificación de los estudios se hizo a través bases de datos bibliográficas. Se incluyeron aquellos estudios que utilizaron el CEAT-VIH, presentaban información de las puntuaciones del cuestionario, descripción de la muestra, y las asociaciones entre el CEAT-VIH y las variables del estudio. Todos los resultados de los estudios primarios se resumieron en tablas para la evaluación y comparación.

Resultados:
Los coeficientes alfa de Cronbach (fiabilidad) variaron entre .70 a .85 en los diferentes estudios. Las relaciones observadas entre el CEAT-VIH y las diferentes variables estudiadas (por ejemplo: estrés, depresión, apoyo social, cumplimiento valorado por el profesional, números de pastillas, células CD4+ y carga viral) amplían las evidencias de la validez de constructo del CEAT-VIH. Los diferentes estudios en conjunto han aportado una valiosa información sobre las evidencias de validez para el instrumento (es decir, la fiabilidad, los efectos suelo y techo, la validez convergente y de criterio externo, sensibilidad / especificidad). Además, en los estudios presentados en este trabajo, el CEAT-VIH se ha utilizado con una variedad de individuos de diferentes edades, género, niveles socioeconómico y educativo, y países.

Conclusiones:
El CEAT-VIH ha demostrado ser un instrumento útil, fiable y válido para medir la adhesión al tratamiento antiretroviral para el VIH y se ha utilizado con una amplia gama de poblaciones de estudio y de países (Brasil, Colombia, España, México, Panamá, Perú, Portugal y Rumania).

Aspectos Sociales

P5.13

Motivación de las personas usuarias de programas comunitarios para la elección de pruebas de detección del VIH en centros alternativos a la Sanidad Pública

C Varela Fernández, S Ríos Varela, L Rodríguez Fernández

Asociación Lazos Pro Solidariedade-Comité antisida de Ferrol

Introducción:
Desde el programa de detección precoz del VIH, que realizamos en nuestra organización, tuvimos constancia de que un número indeterminado de personas que habían mantenido alguna práctica de riesgo, no acudían a realizarse la prueba convencional a los Centros de Atención Primaria de la Sanidad Pública.
Objetivo: Identificar las causas por las cuales las personas que han mantenido prácticas de riesgo en relación al VIH, optan por la realización de las pruebas de detección en centros alternativos, en lugar de en los centros de la Sanidad Pública.

Material y Métodos:
En el protocolo establecido para la realización de las pruebas de detección rápida del VIH, que consiste en la Identificación de datos epidemiológicos, Counselling pre-test, realización de la prueba de detección del VIH, counselling post-test, incorporamos un ítem, en el que, mediante una pregunta abierta a usuarios elegidos de forma aleatoria, tratamos de identificar las causas por las cuales las personas usuarias del programa, optaban por los centros alternativos en lugar de aquellos que dependen de la Sanidad Pública.

Resultados:
Aleatoriamente se encuestaron a 164 personas (n164) de las cuales un 44 % (n73) optaron por la realización de las pruebas de detección del VIH en centros alternativos, al percibir mayor confidencialidad en estos centros, en comparación con la Sanidad Pública. Un 45 % (n74) de las personas encuestadas optan por los centros alternativos para la realización de la prueba de detección del VIH por la rapidez del resultado y un 9% (n15) opta por centros alternativos por la técnica utilizada (muestra en saliva) .

Conclusiones:
La mayor confidencialidad percibida y el tiempo de espera para los resultados de las pruebas, son los dos principales factores por los que, las personas que acuden a realizar las pruebas de detección del VIH a centros alternativos, optan por este tipo de centros en lugar de aquellos dependientes de la Sanidad Pública.
Conviene revisar los protocolos existentes de realización de pruebas de detección del VIH, en la Sanidad Pública, de forma que puedan mejorar la percepción de confidencialidad de los usuarios y que les permita obtener los resultados en el menor tiempo posible.

Aspectos Sociales
P5.14

Help, Juntos sumamos un apoyo positivo:Semana socio-cultural de apoyo y sensibilización frente a la discriminación por VIH

M González Terrero, J Garrido Fuentes, P Romero Nevado, L Ibarguchi Samper, I Azqueta Cacharro, R Rodríguez Carpintero, C Martín-Moreno Blasco, A Machado Estrada

Apoyo Positivo

Introducción:
Este trabajo investiga el apoyo social que recibió la asociación Apoyo Positivo tras el desarrollo de dos semanas socio-culturales de apoyo y sensibilización frente a la discriminación por VIH. Para ello toma como muestra a la población general.

Material y Métodos:
Dentro de las diferentes modalidades que nos ofrece el método científico hemos optado por la realización de un diseño cuasi experimental con un solo grupo pre-post, ya que no hay grupo de control o no hay asignación aleatoria de los sujetos a ambos grupos y nuestra muestra es la población general.

La hipótesis de partida de nuestra investigación es que tras desarrollar el proyecto Help, juntos sumamos un Apoyo Positivo(VI), aumentará el apoyo social a la asociación (VD). Para nuestros propósitos hemos medido el stake holder, o grupos de interés, valorando tres variables concretas como son el número de nuevas demandas de voluntariado, el número de nuevos acuerdos establecidos con entidades y el número de nuevos simpatizantes en diferentes redes sociales de la asociación.

Resultados:
Los hallazgos obtenidos corroboran nuestra hipótesis de trabajo: el apoyo social a nuestra asociación aumentó después de aplicar el programa.

Conclusiones:
Podemos concluir que nuestra hipótesis de trabajo es cierta ya que tras desarrollar el proyecto Help, juntos sumamos un Apoyo Positivo, aumentó el apoyo social a la asociación Apoyo Positivo.
Dado los resultados obtenidos consideramos que sería beneficioso la aplicación de más programas de esta índole para conseguir aumentar el apoyo social y económico a las asociaciones.

Aspectos Sociales
P5.15

Vínculos sexuales y estrategias preventivas en el campo de las relaciones homoeróticas: perspectivas antropológicas sobre la contaminación y el cuidado sexual

F Lores Masip

Facultad Ciencias Políticas y Sociología (UCM)

Introducción:
En esta caomunicación se presenta una visión alternativa a la psicologización del ámbito de estudio e intervención del "sexo seguro", en la medida en que propone situar metodológicamente la construcción socialmente determinada de los vínculos sexuales como un elemento principal en las representaciones del "riesgo" y en las prácticas de "prevención" de los actores en el marco de sus intercambios sexuales.

Material y Métodos:
Los datos derivan de un estudio realizado a partir de un diseño de investigación cualitativa; el trabajo de campo que da consistencia empírica a este estudio se ha realizado en diferentes etapas a lo largo de más de cinco años en la ciudad de Madrid. Durante los períodos sucesivos de trabajo de campo se realizaron un total de 58 entrevistas a 45 informantes (entre julio de 2003 y mayo de 2005 en una primera etapa, y posteriormente en el período de marzo de 2007 a abril de 2008). Este material fue transcrito, y posteriormente analizado a partir de fichas analíticas temáticas que acabaron constituyendo las categorías conceptuales principales de este estudio.

Resultados:
A partir de nuestra investigación de campo se pudieron identificar tres economías sexuales (trueques sexuales, dones sexuales y mercados sexuales con moneda) que implican otras tantas formas de reciprocidad y, en consecuencia, maneras de vincularse sexualmente distintas que, al incluir un grado mayor o menor de complicidad o distanciamiento sexual, implican visiones diferentes sobre la alteridad sexual con la que se interactúa y, de este modo, el sentido de la prevención y el riesgo varía en la misma medida.

Conclusiones:
La hipótesis fundamental que podemos avanzar a partir de los resultados de esta investigación parte de la idea de que, tanto o más que las atribuciones psicologicistas o los atributos naturalizados del "riesgo" y la "prevención", la generación socialmente determinada de los vínculos sexuales constituye la matriz de sentidos que da cuerpo a las representaciones de los actores sobre las alteridades potencialmente contaminantes con las que interactúan en los lugares de encuentro y, en consecuencia, a sus estrategias preventivas en el marco de sus intercambios sexuales.

Aspectos Sociales
P5.16
Jóvenes, solidaridad, estigma y VIH ¿hemos avanzado en la última década?

R BALLESTER ARNAL (1), C GIMÉNEZ GARCÍA (1), MD GIL LLARIO (2), S GOMEZ MARTÍNEZ (1), A ENRIQUE ROIG (1)

(1) UNIVERSITAT JAUME I , (2) UNIVERSITAT DE VALENCIA.ESTUDI GENERAL

Introducción:
Los avances farmacológicos de las últimas décadas no siempre se han acompañado de la mejora de la calidad de vida de las personas con VIH-Sida. En concreto, el estigma y la marginación social siguen dificultando el bienestar integral de quienes sufren esta enfermedad.

Material y Métodos:
Por este motivo resulta imprescindible profundizar en el análisis de las manifestaciones sociales del estigma y el rechazo, así como de su evolución en el tiempo. En este estudio 503 jóvenes de la Comunidad Valenciana, entre 2004 (n=238) y 2011 (n=265), cumplimentaron el Cuestionario de Prevención del Sida (Ballester et al. 2004) que incluye preguntas que exploran actitudes de solidaridad o estigmatizadoras hacia las personas con VIH-Sida.

Resultados:
Los resultados, arrojan ciertas diferencias significativas entre ambos momentos que marcan un empeoramiento en los últimos años. Por ejemplo, en 2011 un mayor porcentaje de jóvenes dudaría a la hora de cuidar o no a un amigo portador del VIH (Chi2=15.78, p=.000) en comparación con lo que contestaron en 2004. Además, si el 27% de chicos y chicas se enteraran de que una persona desconocida es seropositiva, en la actualidad, no tendría intención de conocerlo respecto al 15% de 2004 (Chi2=10.93, p=.001). Asimismo, durante 2011, los jóvenes atribuyen menor sufrimiento a las personas con VIH (t=2.44, p=.015) y solamente un 50% están convencidos de que la sociedad debería ser más comprensiva con los afectados, respecto al 60% de 2004 (t=1.81, p=.071). Sobre todo en el caso de los chicos (10% menos que en 2004), que manifiestan diferencias significativas respecto a 2004 (t=2.25, p=.026).

Conclusiones:
Así pues, parece evidente la necesidad de fortalecer las estrategias de intervención dirigidas a promocionar la solidaridad y prevenir el estigma social de los jóvenes ante las personas que viven con VIH-Sida.

Aspectos Sociales
P5.17
Evaluacion de una Unidad de Apoyo Psicosocial a Pacientes vih

R R G, B D C, A V L, C I C, M C M

Unidad de Apoyo. Hptal. Univ. Virgen de la Arrixaca.Unidad Vih

Introducción:
Desde 2004, la Asoc.Apoyo Activo desarrolla una labor de apoyo sicosocial en la unidad de vih del Hptal. Virgen de la Arrixaca (Murcia), mediante un servicio de atención psicoterapéutica profesional. Ante la necesidad de evaluar dicho servicio, comenzamos un estudio de calidad apoyado por el Área sociosanitaria de la Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitáis y Farmacéutica de la Consejería de Sanidad de la CARM.
Objetivos:1.Valorar el nivel de satisfacción de los usuarios con el trabajo que desarrolla Unidad de Apoyo 2.Conocimiento del servicio entre los pacientes vih+ 3.Identificar los servicios y recursos mas demandados 4.Conocer el perfil social de los usuarios 5.Evaluar el papel que la ayuda psicosocial juega en el manejo de la enfermedad.

Material y Métodos:
Metodología: De un universo de 153 usuarios, se pasaron 92 encuestas a pacientes y 13 entrevistas a pacientes y expertos para proceder a la triangulación metodológica.Tipo: encuesta telefónica. Ámbito: Reg.Murcia. Error muestras E=±6,6% para un nivel de confianza de 2k (P=Q=50%). Probabilidades del muestreo: probabilístico aleatorio simple Selección unidad muestral aleatorio simple. Cuestionario semiestructurado.
Fechas trabajo de Campo: mayo 2010 y mayo 2011. Tratamiento estadístico: Grabados en soporte informático con programa CATI-NET para gestión de sondeos y posteriormente tratados estadísticamente con el programa BARWIN, MINITAB y SPSS. Campo, tratamiento e informe: IMAES Fuente: Apoyo Activo

Resultados:
Los encuestados perciben: Una elevada accesibilidad de los profesionales de la unidad de Apoyo, Confidencialidad en el trato, han sido derivados en su mayoría por los facultativos que les atienden. Los recursos mas demandados son: soporte emocional, información sobre vih y asesoramiento sobre tratamientos. En la gran mayoría de los casos la atención recibida contribuyó a solucionar/mejorar el problema por el que acudieron (alta efectividad). Se desprende una elevada satisfacción con la atención recibida.La mayoría de los encuestados señala que cumplen mas fácilmente con el tratamiento, están mas motivados para cuidarse, se sienten mejor física y anímicamente , tienen mas información sobre vih y ha repercutido positivamente en su vida desde que son atendidos por el servicio de apoyo.

Conclusiones:
Sólo a través de una atención psicosocial de calidad, puede lograrse que los afectados por el virus se encuentren anímicamente capacitados ante una enfermedad especialmente dura, exigente terapéuticamente y con muy poco respaldo social y/o familiar.

Aspectos Sociales
P5.18
Presentación del informe: El Tratamiento del VIH/sida en los medios de comunicación escritos españoles

M Urrero Allona (1), JL Terrón (2), L Martinez (2)

(1) REDVIH, (2) Institut de la Comunicació UAB

Introducción:
El proyecto Mediosysida nace en el año 2008 con el objetivo de mejorar la imagen social del VIH a través de los medios de comunicación y trabaja con periodistas e integrantes de ONG del territorio español con el objetivo general de reducir el estigma y la discriminación que se pueden transmitir a través de los medios de comunicación. Uno de los proyectos que Mediosysida lleva a cabo es la investigación El tratamiento del VIH / sida en los medios de comunicación escritos españoles, que desarrolla en colaboración con el Instituto de Comunicación de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB).

Material y Métodos:
La investigación analizó, de octubre de 2009 a marzo de 2010, un total de 427 piezas publicadas por El País, el Mundo, ABC, El Periódico y La Vanguardia. Entre los aspectos que se analizaron, destacan las incorrecciones en el lenguaje, la diversidad en las fuentes de información, la perspectiva de género o los temas más recurrentes al hablar de VIH y sida.

Resultados:
La prueba rápida de detección de anticuerpos del VIH fue el asunto del que más informaron los medios analizados, donde además se registró un amento de la presencia de la mujer en las noticias sobre el sida y una disminución de los usos incorrectos del lenguaje, mientras que se mantiene la ausencia de la voz de la personas afectadas como fuente y la concentración informativa en fechas clave como el 1 de diciembre. Se dobla la presencia de noticias relacionadas HSH con respecto a 2008. Cada vez se hace una distinción mayor entre VIH y sida. Se ha hecho usual la expresión personas que viven con VIH en sustitución de seropositivo, portadores o de personas que sufren, padecen…sida. La sinécdoque sida por VIH ha disminuido respecto de las anteriores oleadas pasando del 48,31% al 36,53%.

Conclusiones:
Los informes realizados desde 2005 hasta la fecha, con periodicidad bianual, tienen como objetivo averiguar si en el tratamiento que hacen los medios impresos españoles del VIH/sida se da, de forma explícita o implícita, la estigmatización, entendiendo que ésta puede ser el resultado de un uso particular del lenguaje verbal, sin perder de vista que esa estigmatización también puede derivar de la selección de las informaciones o del tratamiento que se haga de ellas (punto de vista, empleo de fuentes…). Creemos que es importante continuar con este informe que sirve de indicador de la evolución de la información sobre el VIH y sida en nuestro país.

Aspectos Sociales
P5.19
INVIHSIBLE? Grupo de apoyo terapéutico y creación artística

S Justo López (1), MJ Vilches Rivero (2), LL Ramis Vives (3), E Cifre Moré (4), S Mascaró Cabrer (4), I Amengual Quevedo (4), C Gispert (5)

(1) ALAS BALEARES, (2) Trabajadora Social, (3) Técnico en Comunicación, (4) Museo ES BALUARD, (5) Artista

Introducción:
El proyecto INVIHSIBLE? se enmarca en el programa "Arte Contemporáneo en el Hospital" que lleva a cabo Es Baluard Museu d'Art Modern i Contemporani de Palma.El proyecto se lleva a cabo en coordinación con ALAS (Asociación de Lucha Anti-Sida de las Islas Baleares),con el artista Carles Gispert,y con la colaboración del Hospital Universitario de Son Espases de Palma. La finalidad del proyecto es dar visibilidad, a través del lenguaje artístico, a la realidad del VIH y las vivencias de las personas que viven con él.

Material y Métodos:
El proyecto se desarrolla fundamentalmente en tres fases:una primera fase denominada terapéutica,otra fase denominada creativa,concluyendo en una fase de difusión y exposición de la obra.En la fase terapéutica se abordaron y trabajaron de forma grupal aquellos aspectos emocionales que se querían visibilizar.En cuanto a la fase creativa,se facilitó a los integrantes del grupo diferentes materiales,acompañándolos en la definición de la propia obra,de forma que pudieran plasmar el resultado del trabajo introspectivo y terapéutico.
Finalmente,en la fase de difusión del proyecto,se prevén dos exposiciones de las obras:una primera en las instalaciones del Hospital Universitario Son Espases,y otra en Es Baluard,esta última en el marco de una jornada de arte y sida organizada por las partes integrantes.
Además para potenciar la visibilidad del proyecto,se ha puesto en marcha un blog y se han realizado distintas actividades de difusión tanto en prensa especializada como general.

Resultados:
De un total de 12 personas seropositivas preseleccionadas,7 personas siguen trabajando en el grupo,actualmente en la fase creativa.Dado que el proyecto se encuentra en desarrollo, no podemos ofrecer todavía resultados sobre el propio trabajo, que obtendremos en la fase de evaluación. No obstante,la propia difusión del proyecto es en sí un resultado a valorar, puesto que ha permitido visibilizar la experiencia de parte de los integrantes del grupo.

Conclusiones:
La interrelación entre Es Baluard,ALAS,Son Espases,y un profesional del mundo del arte,nos permite explorar diferentes vías para transmitir el mensaje de la realidad del VIH, por parte de los propios portadores.Además multiplica la lucha contra el sida social que llevamos a cabo las entidades,llegando a sectores de la sociedad que nos resultan de otro modo difícilmente accesibles,generando un proceso de empatía a través del arte.Desde la vertiente terapéutica, nos permite explorar otras herramientas vinculadas a los lenguajes artísticos,para facilitar la adaptación a la enfermedad.

Aspectos Sociales
P5.20
Prevención primaria y diagnóstico precoz para la cronicidad del VIH/SIDA: opinan los profesionales de la salud

A Ortega López (1), A M Mánjón Mariscal (1), E M Peñas Cárdenas (2), M J González Rodríguez (1), R Prado de la Sierra (1), C Rengel Díaz (1)

(1) Hospital Universitario Virgen de la Victoria, (2) Centro de Salud "La Luz" Málaga

Introducción:
La prevención del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, en lo sucesivo VIH, se ha situado desde el inicio de la enfermedad como una de las estrategias más importantes para la disminución de la pandemia.
Los avances en la terapia antirretroviral han permitido que actualmente podamos hablar de cronicidad y, por tanto, puedan plantearse nuevas formas de prevención que actúen sobre la transmisión. A lo largo de las últimas dos décadas esta evolución ha supuesto un reajuste en el abordaje y comprensión de la enfermedad por parte de los servicios de salud y de los profesionales, tanto en los aspectos preventivos, como terapéuticos.
En el curso de una investigación cualitativa sobre los efectos de la cronicidad del VIH en las representaciones sociales de afectados, cuidadores y profesionales de la salud (financiado por la Consejería de Salud de Andalucía, Exp. 0646/2010), los profesionales eran unos de los objetivos de estudio y ofrecía, por tanto, una oportunidad única de explorar algunos de estos aspectos. En concreto, se decidió abordar cuál era la opinión de los profesionales en relación al diagnóstico precoz y, secundariamente, qué estrategias emplean y proponen para llevarlo a la práctica.

Material y Métodos:
Estudio de investigación cualitativa descriptivo fenomenológico, centrado en la teoría de las representaciones sociales. Emplazado en la Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. A partir de la información procedente de veinticinco entrevistas en profundidad semi-estructuradas realizadas a profesionales, se ha indagado sobre su opinión sobre el diagnóstico precoz de VIH. Las entrevistas han sido transcritas y están siendo sometidas a análisis de contenido y discurso según las recomendaciones de Taylor y Bogdan. Los resultados que se proporcionan son provisionales.

Resultados:
Emerge destacadamente en el discurso de los profesionales,en su mayoría facultativos, la temática del diagnóstico precoz como estrategia prioritaria para disminuir la incidencia del VIH, en detrimento de las medidas de prevención primaria. Prevalece la visión biomédica de la enfermedad, manteniéndose en un segundo plano los aspectos sociales y sus consecuencias sobre el estigma, la discriminación y la vulnerabilidad.

Conclusiones:
Prevalece en la opinión de los profesionales las estrategias de diagnóstico precoz frente a las de promoción de la salud. La universalización del test durante el acceso a los servicios sanitarios es una de las principales medidas de elección.

Aspectos Sociales
P5.21
Eficacia percibida de las campañas preventivas dirigidas a hsh positivos

GJ Martín Martín (1), J Roqueta Manen (2), JA Pazos Gómez (2), M Timón Herrero (2)

(1) Gais Positius, (2) Gais Positius

Introducción:
Se realiza un estudio con HSH seropositivos para medir el grado de eficacia percibida, en este colectivo, de las campañas de prevención. Para ello se pasa un cuestionario a 53 hombres gais seropositivos con el objetivo de evaluar la información que tienen los HSH+ sobre transmisibilidad del VIH, reinfección y coinfección con otras ITS, la percepción que tienen los HSH+ sobre la eficacia de las campañas y evaluar la eficacia percibida de las propias campañas. Dos resultados son especialmente interesantes: 1) los HSH positivos tienen un alto nivel de conocimiento sobre la transmisión del VIH y 2) el conocimiento de que la indetectabilidad minimiza el riesgo de infectabilidad facilita las relaciones sexuales desprotegidas y, con ello, la vulnerabilidad a las ITS. Ello explicaría un repunte en las infecciones dentro de este colectivo.

Material y Métodos:
Estudio cualitativo/cuantitativo con encuesta estructurada. Análisis de datos con programa SPSS

Resultados:
HSH positivos tienen un alto nivel de información sobre la protección frente a las ITS.
Estar en TARGA y tener pareja sexual estable, son dos variables relacionadas inversamente con el uso del preservativo.
La Coinfección y la reinfección permanecen bastante desconocidas para este colectivo.

Conclusiones:
Se extiende como medida preventiva entre los HSH la indetectabilidad de la carga viral del VIH, lo cual incrementa la vulnerabilidad a otras ITS en los HSH positivos.
Se requieren campañas preventivas sobre ITS especificas para este grupo.

Aspectos Sociales
P5.22
Redes sociales de apoyo, conducta sexual y VIH en adolescentes: estudio piloto en la provincia de Teruel

A Castro Vázquez, A Barrasa , LM Pascual-Orts , L Gallardo , L Castillo

Universidad de Zaragoza

Introducción:
Una de las principales preocupaciones sanitarias y sociales en relación a la adolescencia y la juventud, se centra en la prevención de la emisión de conductas sexuales de riesgo. El grupo de amigos es uno de los principales agentes de influencia y socialización a lo largo de esta

etapa de la vida; diversas investigaciones demuestran que contar con una red social de apoyo influye en la emisión de conductas protectoras ante una posible ITS, mientras que la ausencia de esa red, o la influencia negativa de los amigos, aumenta la probabilidad de emitir conductas sexuales de riesgo. Así, el objetivo de esta investigación es analizar la relación entre la existencia de redes sociales de apoyo y la emisión de conductas sexuales de riesgo para las ITS/VIH en adolescentes y jóvenes de la provincia de Teruel.

Material y Métodos:
En esta investigación se contó con la participación de un porcentaje representativo de adolescentes y jóvenes (15-24 años) de la provincia de Teruel, quienes rellenaron una serie de cuestionarios destinados a evaluar la existencia de redes sociales de apoyo, la emisión de conductas sexuales de riesgo, así como otras variables psicosociales analizadas. Los datos fueron recabados en centros educativos y centros de salud de la provincia de Teruel.

Resultados:
En función de los resultados de estudios similares realizados en otros países, se espera que exista una relación directa entre la existencia de redes sociales de apoyo positivo y la emisión de conductas de protección en las relaciones sexuales. Además, se espera que aquellos adolescentes que perciban ese apoyo, tendrán más conocimientos sobre el VIH, actitudes más positivas hacia la sexualidad y hacia el uso del preservativo y una percepción más igualitaria de las relaciones entre hombres y mujeres, todas ellas variables que implican una mayor prevención. Por contra, la no existencia de esas redes de apoyo, o el apoyo negativo, se relacionarán con una mayor emisión de conductas sexuales de riesgo.

Conclusiones:
A través de los resultados que se espera obtener, se podrán elaborar programas y acciones de prevención más eficaces, que tengan en cuenta la relevancia del grupo de amigos para la prevención de la emisión de conductas sexuales de riesgo para las ITS/VIH, en centros escolares y centros de salud, así como en distintas iniciativas ciudadanas. Además, si se obtienen los resultados esperados, se contará con el respaldo necesario para poder realizar investigaciones similares en otros contextos geográficos más amplios.

Aspectos Sociales
P5.23
Los procesos de socialización y educación en adolescentes con VIH por transmisión vertical (TV)

JC González Faraco (1), JA León Leal (2), JR Jiménez Vicioso (3), HM Pérez Moreno (3), I Iglesias Villarán (3), D García Alonso (4)

(1) Universidad de Huelva, (2) Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, (3) Universidad de Huelva, (4) Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Introducción:
Desde 2010, se viene desarrollando el proyecto "La exclusión social y educativa de menores con SIDA" (Plan Nacional I+D), que tenía inicialmente una sola población diana, los adolescentes y jóvenes infectados por TV, a la que posteriormente se añadió la de jóvenes de reciente infección en el marco de la sexualización de esta enfermedad. Esta comunicación sólo se refiere al primer grupo.
A partir de la constatación de problemas de adherencia al tratamiento en estos sujetos, el proyecto pretende estudiar las repercusiones del VIH/SIDA en su desarrollo personal, social y escolar. Los objetivos son:
a) Construir un cuadro de la problemática de estos sujetos para identificar posibles situaciones de riesgo de exclusión social.
b) Proponer pautas de intervención para mejorar de su calidad de vida.
Esta comunicación, referida sólo al primero de ellos, presenta los resultados de un estudio con un grupo de unos veinte adolescentes, tratados en el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla.

Material y Métodos:
En nuestro medio los adolescentes infectados por TV y, por tanto, con una larga convivencia con el VIH/SIDA, representan un grupo pionero y único, cuyo conocimiento es aún insuficiente. En una primera fase se pretende reconstruir la microcultura de estos sujetos, para valorar su grado de integración social y educativa a partir de sus propios relatos. El proceso metodológico ha sido éste:
1. Tras un estudio exploratorio, recogida sistemática de datos mediante entrevistas y técnicas proyectivas (historias de vida)
2. Elaboración de categorías para proceder al análisis de contenido.

Resultados:
Muy sintéticamente puede decirse que el VIH/SIDA:
a) Trastorna procesos típicos de la adolescencia especialmente los de carácter afectivo-amoroso.
b) Refuerza y amplifica otras situaciones de privación cultural, inadaptación escolar y exclusión social.
c) Contribuye a limitar la participación del sujeto en los ámbitos de su vida de relación.
d) La conciencia de la enfermedad afecta a su percepción de sí y de los otros, a su forma de vida, con elaboración de ciertos ritos para eludir el rechazo y estigma.
e) Se generan estrategias familiares peculiares y variables, desde la sobreprotección al abandono.
Conclusiones:
Se pone de relieve:
a) La necesidad de desarrollar un modelo de atención personalizada.
c) Lo valioso de toda la información recabada para planear programas formativos dirigidos a la población adolescente en general.

Aspectos Sociales
P5.24
MENOS RIESGOS MÁS SALUD: Programa integral, de atención social y sanitaria, educativo y participativo, que tiene como objeto la mejora de la calidad de vida y la promoción de la salud de personas en situación o riesgo de grave exclusión social

Eva Gutierrez Herranz, Gua Ariza López de Ceballos, Mar López Tobar, Alm Cores Díaz

FUNDACIÓN ATENEA

Introducción:
MRMS es un programa integral, de atención social y sanitaria, educativo y participativo, que tiene como objeto la mejora de la calidad de vida y la promoción de la salud de personas en situación o riesgo de grave exclusión social por diversos factores: se dirige principalmente a personas con adicciones a drogas, personas que ejercen la prostitución, personas con VIH, en tratamiento con metadona... incidiendo especialmente en aquellos/as que presentan una mayor vulnerabilidad frente a los consumos de drogas, las prácticas sexuales de riesgo o la infección por VIH, así como en sus familias y parejas sexuales. Se trabaja sobre todo con personas que, al estar alejadas de los recursos socio-sanitarios existentes, no reciben atención ni asesoramiento. Trabajamos de manera integral, en distintos planos de actividad, para paliar las circunstancias que dificultan que las personas consigan integración y calidad de vida, facilitando la salida de la situación de vulnerabilidad y exclusión social en la que se encuentran.

Material y Métodos:
La intervención se desarrolla desde el enfoque social, sanitario y educativo de la reducción de daños y riesgos, a través de la educación de
calle, manteniendo un estrecho contacto con los/as usuarios/as en las zonas más deprimidas de las ciudades, puntos de venta y consumo de drogas, prostitución, desempleo...

Todas las actuaciones se realizan en coordinación con instituciones públicas y entidades sociales.

Resultados:
Durante el año 2011 se han realizado un total de 2.109 asesoramientos relacionados con el ámbito sanitario en Madrid capital y Alcalá de Henares, la gran mayoría relacionadas con el apoyo psicológico y el soporte emocional. Son también un punto fuerte los asesoramientos relativos al VIH y a otras enfermedades asociadas, a los tratamientos que existen y haciendo un especial hincapié en el seguimiento de estos. De este modo, se ha conseguido que algunas personas iniciaran tratamiento para el VIH, que mantuvieran una correcta adherencia al mismo, o que acudieran regularmente a las citas de seguimiento en su hospital de referencia, esto, también gracias a los acompañamientos que realizamos. Además de estas, se llevan a cabo otro tipo de actuaciones que también tienen que ver con la mejora de la salud y de la calidad de vida en general.

Conclusiones:
Aunque se desarrolla desde 1996, en el actual contexto de crisis económica ha aumentado considerablemente tanto el número de beneficiarios/as del programa como las necesidades más básicas que presentan y a las que hay que dar respuesta.

Aspectos Sociales
P5.25
Entrenamiento de counsellors para la atención telefónica a VIH+ recién diagnosticados

GJ Martin Martin (1), J Roqueta Manen (2), A Pazos Gómez (1)

(1) Coordinadora Gai-Lesbiana de Catalunya, (2) Gais Positius

Introducción:
El diagnóstico de VIH desencadena una reacción emocional de difícil gestión y que, además, suele vivirse en aislamiento dado el grado de estigma asociado al VIH por el cual muchos diagnosticados prefieren no comunicarlo a nadie cercano. La contención emocional y el apoyo social, sin embargo, son esenciales para una buena elaboración de los primeros momentos del proceso de adaptación así como para una evaluación objetiva de la situación que se está viviendo. El 900ROSA es un modelo de éxito en el entrenamiento de counsellors para la atención de VIH+ recién diagnosticados. En este póster se explica el proceso de selección, formación y entrenamiento de estos counsellors.

Material y Métodos:
Programa de formación teórico/práctica con metodología participativa consistente en 7 semanas teórico-prácticas más dos meses de desempeño supervisado

Resultados:
Se consigue la formación de 10 nuevos counsellors cada semestre

Conclusiones:
Un proceso formativo exigente es necesario para poder ofrecer una atención de calidad a los VIH+ recién diagnosticados

Aspectos Sociales
P5.26
Intervención Grupal para el Fomento de la Autorrealización Básica y Avanzada en Personas con VIH

N Asla Alzibar (1), C Vicioso Etxebarria (2), A Agirrezabal Prado (1), E Sansinenea Mendes (1), M Imbert Escobar (2)

(1) Alzibar, (2) Asociacion T4 de Lucha Contra el Sida
Introducción:
Un factor protector de la salud en el vih es la autorrelización. Por ello, en la Asociación T4 de Lucha Contra el Sida desde hace dos años se están llevando a cabo dos intervenciones grupales para fomentar la autorrealización en personas que viven con vih. El objetivo último de esta intervención es mejorar calidad de vida de las personas con vih.

Material y Métodos:
Se llevan a cabo dos grupos de intervención en autorrealización. Un grupo de intervención básica en autorrealización, donde se trabajan 3 de las 6 dimensiones de la autorrealización

de Ryff (1989, 1995); la autoaceptación, las relaciones positivas con los otros y propósitos en la vida. Esta intervención constaba de 8 sesiones semanales, con 2 horas de duración cada una.
El segundo grupo de intervención en autorrealización es el avanzado. En el participan personas que previamente han realizado el grupo básico introductorio. En esta intervención se trabajan las 6 dimensiones de autorrealización de Ryff (1989, 1995), es decir, la autoaceptación, las relaciones positivas con los otros, los propósitos en la vida, el dominio del entorno, el crecimiento personal y la autonomía. Esta intervención consta de 12 sesiones semanales.

Resultados:
En general se ha podido observar que ambas intervenciones en autorrealización (básica y avanzada) logran resultados positivos en el fomento de la autorrealización y afecto positivo y disminuyen los síntomas físicos y de este modo, consiguen mejorar la calidad de vida de las personas con vih.

Conclusiones:
Se observa la necesidad de continuar con estas intervenciones en autorrealización dado sus positivos resultados respecto a mejora en la calidad de vida de las personas con vih.

Aspectos Sociales
P5.27
Relevancia de la financiación con cargo al IRPF en los alojamientos de acogida e inserción social para personas con el VIH

A Martín-Pérez Rodríguez, M Neira León, A Tapia Raya, O Castillo Soria, A Koerting de Castro, R Soriano Ocón, E Moreda Sánchez, P Bendito Guilarte

Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida

Introducción:
La convocatoria de subvenciones con cargo al Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) incluye, entre otros programas, los de creación y mantenimiento de casas de acogida y/o inserción social para personas con VIH, que atienden necesidades básicas de personas en riesgo de exclusión social, con dificultades económicas graves y/o con procesos clínicos o inmunológicos severos. Se financian con recursos autonómicos, locales, estatales y privados.
Material y Métodos:
Se analizaron las solicitudes de subvención y la resolución de 2011 para determinar: nº de entidades, programas y alojamientos subvencionados, estimación de usuarios/as, porcentajes medios subvencionados sobre el coste total y cuantía solicitada y distribución por CCAA.

Resultados:
Con 1.910.004,81 € se subvencionaron 23 programas desarrollados por 21 entidades que comprendían 37 alojamientos. El grado de autonomía de residentes, carga asistencial y personal difiere ampliamente, así como la participación de otros financiadores públicos y privados. Se estimaron 631 usuarios/as. El porcentaje medio subvencionado sobre el importe solicitado es del 50,1%, y del 21,3% respecto al coste total. Por CCAA, Cataluña contó con el mayor número de recursos subvencionados (11), seguida de Andalucía (7) y Madrid (5). Andalucía (209), Cataluña (141) y la Comunidad Valenciana (63) tienen el mayor número de usuarios/as. Andalucía recibe el 22,9% del importe global subvencionado, seguida de Cataluña (20,2%) y Madrid (17,9%). El coste medio por usuario/a es de 14.188,77 € variando entre 8.569,23 € (Andalucía) y 28.067,46 € (Galicia). El porcentaje medio subvencionado por usuario/a a través de la convocatoria es del 21,3%, variando entre el 14,9% (Valencia) y el 35,5% (Madrid). Aunque la cantidad global subvencionada aumenta desde 2006, el aumento es inferior al de otros programas dentro de la orden. En 2011 se da un descenso del 2,57% que no afecta a la financiación por programa, por el menor número de alojamientos subvencionados.

Conclusiones:
La heterogeneidad en las características y cofinanciación determina las diferencias en el ratio financiación/beneficiario y dependencia de esta convocatoria. El aumento de la exclusión social a raíz de la crisis hace que esta ayuda pueda ser decisiva en la viabilidad de estos recursos pese a cubrir sólo un 21,3% del coste. Asimismo, existen evidencias de que las desigualdades sociales en salud se producen más dentro de las CCAA que entre ellas, por lo que es recomendable revisar e introducir la perspectiva de equidad en la asignación de estos recursos.

Aspectos Sociales
P5.28
La sensibilidad empresarial como herramienta para la promoción del empleo de las personas que viven con VIH: principales conclusiones de las III Jornadas sobre Sensibilidad Empresarial y VIH

A R C, R C G, E G A, C M G, C S S, E G P, M S C, L T , A FDA F, V F F

Federación Trabajando en Positivo

Introducción:
Desde el año 2010, la Federación Trabajando en Positivo organiza de forma anual las "Jornadas sobre Sensibilidad Empresarial y VIH", siendo éstas un espacio único de encuentro entre diferentes agentes implicados en el mundo laboral (representantes empresariales, de sindicatos, de administraciones públicas y de ONG y fundaciones), cuyas acciones pueden favorecer la inserción laboral de las personas con VIH.

Material y Métodos:
La principal novedad de las "III Jornadas sobre Sensibilidad Empresarial y el VIH" ha sido la inclusión de espacios de carácter más práctico y con mayor interacción entre el público y los/as ponentes, siendo ejemplos de ello los Talleres de Sensibilización en empresas y Sensibilización a través de los sindicatos y el Foro de Debate sobre VIH y Empleo .

Además de estos espacios más prácticos, se celebraron 1 ponencia y 3 Mesas Redondas diferenciadas, cuya temática fue la siguiente:

1. Presentación del Proceso de Diseño del Pacto Social por la no discriminación asociada al VIH y al sida ;

2. El papel de las empresas privadas en la normalización del VIH en el ámbito laboral;

3. La labor de los sindicatos en la normalización del VIH en el ámbito laboral;

4. Buenas prácticas relacionadas con el VIH por parte de las administraciones públicas

Resultados:
Las Jornadas contaron con la participación de 80 personas del estado español (10 personas más en total que en la edición anterior), de las que 40 entraban en contacto por primera vez con la Federación Trabajando en Positivo .

Estas 80 personas se repartieron entre personalidades (2), ponentes (18) y público en general (59), actuando en representación de 5 empresas privadas; 2 asociaciones de empresas; 10 confederaciones sindicales; 5 administraciones públicas y 40 ONG vinculadas a la normalización del VIH y del sida o a la promoción del empleo de colectivos desfavorecidos.

Conclusiones:
A nivel general, destacamos que el desarrollo de acciones dirigidas a aumentar la información sobre el VIH en el ámbito laboral permitiría una triple repercusión positiva: un cambio en la imagen social del VIH, a través de la mejora y la adecuación de la información y la formación que la sociedad tiene sobre el VIH; la contribución al diagnóstico precoz del VIH, motivando a los y las trabajadoras a realizarse la prueba de detección del VIH a través de los recursos socio-sanitarios comunitarios en los que ésta se realiza -nunca en el propio lugar de trabajo- y, finalmente, la reducción de las situaciones de estigma y discriminación de las personas con VIH en el ámbito laboral.

Aspectos Sociales
P5.29
Situaciones de vulnerabilidad y riesgo sexual en hombres jóvenes latinoamericanos que tienen sexo con hombres en Barcelona

P Fernández Dávila

Stop Sida

Introducción:
Este estudio buscó describir y comprender lo que significa ser un inmigrante latinoamericano y cómo esta vivencia se relaciona con su vulnerabilidad en un grupo de hombres jóvenes latinoamericanos que tienen sexo con hombres (HJLSH) en Barcelona.

Material y Métodos:
Se realizó un estudio cualitativo. Participaron 22 HJLSH residentes en Barcelona (18-28 años), de los cuales 15 participaron en entrevistas individuales y 7 en un grupo de discusión. El enfoque de la Teoría Fundamentada fue utilizado para analizar los datos.

Resultados:
Los participantes provinieron de 10 países latinoamericanos. Fueron muy diversos los motivos que los llevaron a inmigrar a España (reagrupación familiar, estudios, trabajo, vivir una experiencia, amor, vivir libre y abiertamente la homosexualidad, entre otros). La situación de residencia ilegal estuvo presente en algunos jóvenes, llegando a vivir abusos o explotación laboral, y con las expectativas de desarrollo personal truncadas. Según refirieron, una de las principales dificultades que un joven latinoamericano que recién llega a España encuentra es no contar con espacios de socialización juvenil, por lo que el ambiente gay (con sus espacios sexualizados) se convierte en la principal opción de ocio. Dos tipos de sentimientos estuvieron implicados en la adaptación como inmigrantes: por un lado, soledad y tristeza por estar lejos de la familia (el "duelo migratorio") y, por otro, un sentimiento de libertad personal por vivir abiertamente su homosexualidad que no sentían en sus países de origen. Por sentir diferencias culturales, varios preferían relacionarse sólo con pares del mismo origen. Las experiencias de rechazo y discriminación por ser inmigrantes fueron pocas y puntuales, y ocurrieron más durante el período escolar y fuera de las grandes ciudades. Desde la percepción de estos jóvenes, ellos advierten existir algún tipo de rechazo sexual contra los hombres latinoamericanos en el colectivo gay que los puede colocar en una situación de desventaja y que por miedo a estropear el momento, complacer a la pareja sexual o sentirse presionado por ella, los puede llevar a tener sexo no protegido.

Conclusiones:
Muchos HJLSH presentaron características psico-sociales relacionadas con la inmigración que los hacen vulnerables. En un afán por ubicarse socialmente, tener un sentido de pertenencia y ser aceptado por otros, ellos se pueden involucrar en conductas de riesgo (por ejemplo, sexo no protegido). Estrategias de prevención específicas deben ser adaptadas a las necesidades de los inmigrantes latinoamericanos.

Aspectos Sociales
P5.30
Ser mujer con vih: una aproximación cualitativa los discursos de las mujeres con vih en España

A. AGIRREZABAL PRADO (1), H. ETXEPETELEKU IDIAZABAL (1), N. ASLA ALTZIBAR (1), S. MAYORDOMO LÓPEZ (1), M.J FUSTER RUIZ DE APODACA (2), A. LÓPEZ ZUÑIGA (3), F. MOLERO ALONSO (3)

(1) UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO, (2) UNED, (3) ASOCIACIÓN T4 DE LUCHA CONTA EL SIDA

Introducción:
El género, es una herramienta epistemológica que nace del feminismo, para identificar, deconstruir y contribuir a desmontar las diferenciaciones sociales entre mujeres y hombres de distintos contextos, culturas, momentos históricos y condiciones sociales, transformadas por efectos del poder en desigualdades legitimadas por la dominación social (Castañeda, 2007); Desde la Teoría de las Representaciones Sociales en tanto herramienta teórica no positivista, dinámica y centrada fundamentalmente en la descripción y aproximación a los fenómenos sociales (Moscovici, 1989), nos centramos en: i) Conocer los discursos y la experiencia de las mujeres con vih en España, atendiendo especialmente a sus vivencias, procesos de vulnerabi-

lidad y acceso y atención sanitaria y comunitaria.

Material y Métodos:
Se han realizado 30 entrevistas en profundidad a mujeres con vih mayores de 18 residentes en España. El guión de la entrevista se ha centrado en las siguientes unidades temáticas: información básica, redes de apoyo, diagnóstico, eventos coyunturales, afrontamiento, vínculos, calidad de vida y sexualidad, entre otros (Ana Chapa, 2011).
Tras la transcripción de las entrevistas, se ha realizado un análisis de contenido de las mismas.

Resultados:
Los resultados de las entrevistas muestran, al igual que en investigaciones realizadas en otros contextos (A. Chapa, 2011), un discurso sobre el vih basado en dimensiones de riesgo, vulnerabilidad, ruptura y cambio: i) riesgo, relacionado con la dimensión más individual, ii) vulnerabilidad, más allá del riesgo a nivel individual y compuesto por el entramado de normal sociales y culturales que influyen en la vulnerabilidad individual y colectiva frente al vih, iii) afrontamiento activo, centrado en la reelaboración y la acción y iv) ruptura o cambio, que posibilita la re-significación como persona más allá de la feminidad y de la enfermedad (Chapa y cols., 2011).

Conclusiones:
Estos discursos de las mujeres con vih co-construyen la realidad social y nos sirven de herramienta para la investigación psicosocial futura, la intervención psicosocial y el cambio comunitario.
Agradecimientos: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Clínica
P6.01
Incidencia y Prevalencia de Neoplasias Malignas en pacientes VIH en un Hospital Terciario Madrileño (2006- 2011)

JA Valencia La Rosa (1), C Gómez Dávila (2), J Sanz Sanz (2)

(1) Hospital Universitario de La Princesa, (2) Hospital Universitario de la Princesa

Introducción:
Desde la introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), la incidencia de neoplasias definitorias de Sida (NDS) ha disminuido. Sin embargo, la de neoplasias no definitorias de Sida (NNDS) está aumentando.
El objetivo de este estudio es valorar la prevalencia e incidencia de neoplasias malignas, definitorias o no de Sida, en los pacientes con infección VIH en la era del TARGA

Material y Métodos:
Estudio de cohortes, retrospectivo, en 1000 pacientes diagnosticados de infección por VIH en seguimiento en el Hospital Universitario de la Princesa de Madrid, entre los años 2006 - 2011

Resultados:
Se diagnosticaron un total de 68 Neoplasias malignas, siendo la prevalencia global del 6,8%. La tasa media de incidencia anual fue de 11,3 neoplasias malignas por 1000 pacientes /año. El 88% eran varones y la edad media fue de 51 años (25-81). Mecanismo de transmisión del VIH : 60% UDVP, 28% HSH y 9% heterosexual. El 82 % estaban recibiendo TARGA en el momento del diagnostico, siendo la mediana de CD4 de 361 cel/mm3 (21- 1070) y el 65% tenían carga viral indetectable (< 50 copias/ml.). El 92% refería fumar o haber fumado más de 20 cigarrillos/día y el 60% estaban coinfectados por VHC.
El 28% (19/68) fueron NDS, 13% (9/68) S. Kaposi, 13% (9/68) LNH y 1.5% (1/68) Ca cervix. La prevalencia global de NDS en esta cohorte fue del 1.9% y la tasa media de incidencia anual fue de 3.2 por 1000 pacientes/año.
El 72% (49/68) fueron NNDS, de la cuales el 25% (17/68) eran cáncer de pulmón, 9% (6/68) hepatocarcinomas, 9%(6/68) cáncer anal, 6% (4/68) linfoma Hodgkin, 6% (4/68) cáncer de piel y el resto otras neoplasias malignas. La prevalencia global de NNDS fue del 4.9% y la tasa media de incidencia anual fue de 8.2 por 1000 pacientes /año.
El 55.% de los pacientes han fallecido durante el seguimiento.

Conclusiones:
En la era TARGA la incidencia de NNDS es marcadamente superior a la de las NDS. El tumor maligno mas frecuente en nuestra serie es el cáncer de pulmón. La mortalidad global de estos pacientes es elevada.

Clínica
P6.02
INCIDENCIA DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES CON VIH/SIDA. Comparando otras poblaciones clínicas.

L Garcia Pérez (1), B Romero Martín (2), B Acosta Comenge (3), A R Martín Caballero (4), A González (1), G Betancort Carrero (4), J J Ayud Weiskorn (1)

(1) UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA, (2) UNAPRO, (3) ERTE, (4) SAN MIGUEL

Introducción:
El conocimiento de la infección por VIH supone un gran impacto emocional para la persona. La aparición de síntomas de depresión es frecuente ante el conocimiento del diagnóstico. Estos síntomas pueden convertirse en patológicos si no desaparecen tras un proceso de ajuste ante la nueva situación (Church, 1998). El objetivo de este estudio es analizar la frecuencia de aparición de la depresión en una muestra de pacientes con infección de VIH, usuarios de una organización para la atención sociosanitaria de éstos (UNAPRO). Los resultados se comparon con los obtenidos en otras muestras clínicas.

Material y Métodos:
La muestra la integran 41 pacientes con infección por VIH (35 hombres y 6 mujeres); 50 personas con problemas de ansiedad (43 mujeres y 17 hombres); 50 enfermos renales crónicos (31 hombres y 19 mujeres); 30 mujeres con cáncer de mama; 30 personas con infección del virus del papiloma humano (13 hombres y 18 mujeres) y 50 sujetos de población normalizada (n=251). El instrumento utilizado es el Beck Depression Inventory II (Beck, 1996).

Resultados:
Entre los resultados encontrados se observa que el 40 % de la muestra con infección por VIH manifiesta niveles medios de depresión. Los porcentajes más altos aparecen en la muestra con cáncer de mama y enfermedad renal crónica, con un 60 y 78 % respecticamente. Si realizamos el análisis diferencial de los ítems, se observa que la muestra con VIH presenta, significativamente, un menor desinteres por el sexo y pérdida de placer que las mujeres con cáncer y que las personas con enfermedad renal crónica. Además se observa, en la muestra con VIH, menor frecuencia de llanto y menor autocrítica que los pacientes con problemas de ansiedad. Los pacientes con VIH señalan estar más tristes, pesimistas, culpables y autocríticos que la poblacion normalizada y con infección por el virus del papiloma humano.

Conclusiones:
Tras el análisis de los resultados se concluye que existe una alta incidencia de depresión en la muestra con infección de VIH/SIDA estudiada. Aún así, se encuentra una frecuencia mayor del mencionado trastorno del ánimo, en otras poblaciones clínicas.

Clínica
P6.03
Prevenir más, diagnosticar más, tratar mejor el VIH a partir de salas de consumo de drogas no legales por vía intravenosa

I Bacovich Bacovich (1), P Díaz (2), C Nasarre (2), J Camí (3), L Andreo (3), M Aguas (4), J Delás (5)

(1) Ex AEquo, (2) Universitat de Barcelona, (3) SAPS. Creu Roja Barcelona, (4) Hospital Universitari Sagrat Cor, (5) Ex AEquo

Introducción:
Uno de los objetivos de la prevención de la infección por VIH es erradicar la vía de contagio por vía parenteral. Si bien paulatinamente ha disminuido el número de nuevos casos por esta vía de contagio aún se siguen produciendo como resultado de compartir jeringas o material de inyección.
Una de las alternativas al contagio es la educación sanitaria y el consumo en condiciones higiénicas. Ambas circunstancias se dan en las salas de venopunción que permiten prevenir el contagio y contactar con personas que no acuden a los servicios habituales.
Sin embargo, no todos los consumos se dan en las salas. Al respecto hemos realizado en nuestra sala de consumo un estudio sobre las circunstancias en que se dan el consumo cuando este se produce en otros lugares.

Material y Métodos:
Recogida de información a partir de encuestas en consumidores de drogas por vía inyectada de noviembre del 2011 a febrero del 2012

Resultados:
Los datos referentes a las 45 primeras personas, muestran mayor cantidad de hombres, edad media de 36,04 años. Sólo cumple la recomendación de consumir acompañado el 25'5%. El 42,2% de los encuestados afirma no compartir material. Del 57,8% restante son las cazuelitas y los filtros los materiales más se compartidos y sólo el 2,2% (1 usuario de 45 encuestados) comparte jeringuillas. En cuanto a la comparativa con las actitudes previas a la asistencia a nuestro servicio, que el 58% sigue compartiendo material a pesar de las medidas educacionales, mientras que el 25,8% antes lo hacía y actualmente ha abandonado la práctica y el 12,9% nunca ha llegado a compartir material. El grupo minoritario (3,1%) es el que previamente no compartía material y ahora sí lo hace. La propia persona se inyecta en todas las ocasiones (36 usuarios), 4 siempre son otros los que le inyectan, 5 puede consumir en las dos modalidades.

Conclusiones:
Aunque los datos informan de que se ha logrado educar a un 25,8%, todavía queda un 58% de consumidores que no aplican correctamente las medidas instruidas. Probablemente debería haber un más asequible acceso al material (cazuelitas y filtros) y también explicar adecuadamente que no sólo es potencialmente peligroso el compartir jeringuilla.

Clínica
P6.04
La salud sexual de mujeres y hombres con el VIH y su abordaje desde el ámbito hospitalario

A Koerting de Castro (1), E Castellanos Torres (2), I Gisbert Civera (1), A Martín Pérez (1), O Castillo Soria (1), M Neira León (1), R Soriano Ocón (1), A Tapia Raya (1)

(1) Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, (2) Femtopía Consulting

Introducción:
El estudio ha sido realizado desde un enfoque holístico e integral, incorporando la perspectiva de género. La base conceptual y teórica ha sido considerar la salud sexual como un derecho humano.
Objetivo general: conocer el abordaje profesional de la salud sexual de mujeres y hombres con el VIH, que se realiza en las Unidades Hospitalarias del VIH de la Comunidad de Madrid.
Objetivos específicos: conocer la percepción que tienen los y las profesionales de Unidades Hospitalarias del VIH sobre la salud sexual de hombres y mujeres con el VIH; explorar cómo abordan la salud sexual de los/as pacientes con VIH que atienden y conocer y describir si en el abordaje hay diferencias por sexos, analizando las desigualdades de género.

Material y Métodos:
Se ha utilizando como técnica de recogida de información la entrevista individual semiestructurada. Las dimensiones planteadas han sido:1)Percepción de la vivencia de la sexualidad de las personas con el VIH. 2)Abordaje de la salud sexual desde la práctica clínica. 3)Dificultades para el abordaje de la salud sexual y 4)Propuestas de mejora. Se han utilizado la categoría profesional y el sexo como variables de segmentación y han participado 8 profesionales de 7 hospitales y 5 categorías profesionales.

Resultados:
Entre los resultados destacan las dificultades en la esfera de la sexualidad de las personas con el VIH y la existencia de desigualdades de género en la vivencia de la sexualidad de los hombres y las mujeres. Una de las grandes dificultades está relacionada con la revelación del estado serológico a las parejas sexuales. En las mujeres, especialmente existe mucho sentimiento de culpa y miedo al rechazo y al abandono, así como un sentimiento de responsabilidad muy elevado y mucho miedo a transmitir el virus.
En general, en las consultas no se tratan aspectos relacionados con la salud sexual y si se abordan, es a demanda del o la paciente, utilizando espacios informales y siempre desde un modelo todavía biomédico, en el que se incluyen enfoques de comportamiento que reducen la sexualidad de las personas con el VIH a un problema de seguridad y responsabilidad de protección.

Conclusiones:
Estos temas siguen siendo cuestiones tabú. El conjunto de profesionales entrevistados/as, no sienten que tengan tiempo, recursos, ni formación para poder abordar estos temas adecuadamente.
Como recomendación, cabe destacar la necesidad de mejorar la calidad de la atención en la práctica clínica, con una atención basada en un modelo biopsicosocial y multidisciplinar, con una actitud igualitaria hacia los/as pacientes.

Clínica
P6.05
Estrés, ansiedad, apoyo social y autoestima en pacientes con infección de VIH/SIDA

B ROMERO MARTÍN, L GARCÍA PÉREZ

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Introducción:
En diferentes investigaciones se ha demostrado que variables como el estrés, la depresión, la impulsividad y la carencia de redes de apoyo social, entre otras, se relacionan con cambios significativos en el curso clínico de la infección por VIH/SIDA (Moreno y Allende, 2004). Siendo variables que inciden de manera directa sobre la progresión de la infección, su identificación es clave. Con ello se intenta reducir el impacto y garantizar así un mejor ajuste psicológico. En este estudio se pretende describir el estrés, la ansiedad, el apoyo social y la autoestima percibida, además de las relaciones estre éstas, en 41 usuarios con infección de VIH/SIDA del centro de atención sociosanitario (UNAPRO) de la isla de Tenerife.

Material y Métodos:
La muestra está compuesta por 35 hombres y 6 mujeres, con una edad media de 32 años (D.T. de 3.2). Los intrumentos utilizados en este estudio son:
1. STAIC (Seisdedos, 1990). Cuestionario de Autoevaluación para medir la ansiedad como estado o rasgo.
2. ESRE-12 (Piña López, Valencia Vidrio, Mungaray Padilla y Corrales Rascón, 2006). Escala breve para medir situaciones vinculadas con estrés en personas VIH positivas.
3. EA (Rosenberg, 1965). Escala para medir la autoestima
4. Escala multidimensional para medir el apoyo social

Resultados:
Los resultados más relevantes atendiendo a las frecuencias, en las situaciones de estrés en personas con VIH/SIDA, señalan que el 63 % de la población valora como "bastante amenazante" las situaciones que implican ambigüedad, frustración y toma de desiciones. Con respecto al apoyo social el 51 % de la población afirma que " a veces" puede contar con el apoyo de familia, amigos y pareja. El 67 % de la muestra presenta una autoestima baja. Atendiendo a la ansiedad, parece que el 81% de los pacientes experimentan ansiedad "en la mayoría de las ocasiones". Con respecto a las relaciones producidas entre las variables estudiadas en este trabajo y en la línea de lo esperado, existen relaciones positivas entre el estrés y la ansiedad. Además, éstas variables se relacionan de forma significatiba y negativa con la autoestima y el apoyo social percibido por los pacientes.

Conclusiones:
Estos resultados nos hacen conscientes de la necesidad de profundizar en el estudio estas variables, en la población con VIH/SIDA.

Clínica
P6.06
Factores relacionados con la fobia al sida en adolescentes españoles

A Morales Sabuco, JP Espada Sánchez, M Orgilés Amorós, JL Carballo Crespo, JA Piqueras Rodríguez

Universidad Miguel Hernández

Introducción:
El miedo irracional e intenso hacia el VIH se asocia a ideas erróneas sobre el VIH y puede tener implicaciones actitudinales y comportamentales. Existen pocos datos sobre la relación entre la fobia al sida y otras variables relevantes en las conductas de salud en población adolescente.

Material y Métodos:
En este estudio se analiza en una muestra extensa de escolares, la relación entre la fobia al sida y el nivel de conocimientos sobre el VIH, actitud hacia las personas afectadas por el VIH, la edad de debut sexual y el uso consistente del preservativo. Fueron reclutados 831 estudiantes procedentes de 5 provincias españolas, de los que el 60% eran chicas. La edad media fue de 15.72 años (DT= .73, rango: 14-18).

Resultados:
Mediante regresión lineal se observó que los conocimientos sobre el VIH (p &t#8804; .01), la actitud hacia los infectados por el VIH (p &t#8804; .001) y la edad de debut sexual (p

≤ .05) y el uso consistente del preservativo (p ≤ .05) tienen una relación significativa con la fobia al sida (F = 17.250, p < .001, R = .47). Hubo diferencias de género respecto a las variables que resultaron ser significativas en el modelo. Mientras el uso consistente del preservativo no resultó ser significativo en el modelo calculado para chicos, la edad de debut sexual no lo fue en las chicas.

Conclusiones:
Se concluye que los conocimientos sobre el VIH, la actitud hacia las personas infectadas, la edad de debut sexual y el uso consistente del preservativo son variables relacionadas con la fobia al sida en adolescentes, aunque se detectan particularidades en función del género.

Clínica
P6.07
Experiencia en la utilización de test rápidos para el diagnóstico de la infección por VIH en distintos escenarios

C Tornero Estebanez, MC Mafe Nogueroles, A Ventura Esteve, M Bourguet , I Poquet , J Diaz

HOSPITAL FRANCISCO DE BORJA GANDIA

Introducción:
Los test rápidos (TR) para el VIH facilitan el acceso al diagnóstico por lo que desde hace 2 años se han realizado en nuestro centro campañas de acercamiento de estos test a distintos colectivos. Se presentan los resultados obtenidos en los diferentes escenarios utilizados

Material y Métodos:
El personal médico colaborador realizaba los TR de forma anónima y gratuita al tiempo que ofrecía información y promoción de prácticas de riesgo seguro. Se utilizaron Test en punción digital (Determine® HIV-1/2) o en saliva (ORALQUICK HIV1/2 ®) subvencionadas por una beca de colaboración con GILEAD. Escenarios donde se ofrecieron:
- Población general: Unidad móvil localizada en la Universidad y en los festejos patronales.
- Homosexuales: Se cedieron las pruebas al local del colectivo de gays y lesbianas donde las realizaba un médico colaborador a demanda de los asociados
- Prostitución callejera: Unidad de la cruz roja con médico que se desplaza a las áreas de prostitución callejera
- Test rápidos ofrecidos en la consulta: Se ofrecen con carácter anónimo y gratuito a quien lo solicita por creerse expuesto o a parejas de pacientes que las circunstancias socioculturales no aseguran que acudan a un test convencional

Resultados:
Se recogen en la siguiente tabla:

	Test realizados	Positivos	% positivos
Población general	64	0	0%
Homosexuales	53	5	10%
Prostitución	68	1	0.8
Consultas	21	2	10%

Conclusiones:
En nuestra pequeña experiencia el rendimiento de los test es muy diferente de según la población estudiada. Los test han sido de mayor utilidad en el colectivo homosexual y entre los que se realizaron en consultar por conocerse prácticas de riesgo previas. La disponibilidad de estos test facilita el diagnóstico en entornos complejos.

Clínica
P6.08
Ingresos de los pacientes infectados por el VIH en una unidad de enfermedades infecciosas (uei). Estudio de 7 años

P Arazo Garces (1), D Gíl (1), MV Rubio (1), E Lambán (1), A Pascual (1), E Martínez-Pagan (1), M Moreno (2)

(1) Hospital Universitario Miguel Servet. Servicio de Medicina Interna, (2) Hospital Universitario Miguel Servet. Servicio de Documentación Clínica y Archivos

Introducción:
OBJETIVO. Valorar la evolución de los ingresos en los últimos 7 años de los pacientes infectados por el VIH en la UEI de un hospital de referencia.

Material y Métodos:
Se han analizado los datos de actividad de hospitalización en la UEI basados en GRDs (grupo relacionados de diagnóstico) durante el periodo 2005 a 2011. Se analiza la evolución de la proporción de ingresos de pacientes con diagnóstico VIH respecto al total de ingresos, el sexo, edad media, estancia media, proporción de estancias respecto a las totales de la UEI y mortalidad.

Resultados:
Se han producido en estos 7 años un total de 967 ingresos con descenso progresivo de la proporción respecto al total desde el año 2005 hasta el año 2011 (43,3% y 25.0% respectivamente). El sexo se ha mantenido estable siendo la relación hombre mujer de 3:1 al igual que la edad media (40.30 años). La proporción de estancias consumidas respecto al total ha sido descendente: 49,68% en el año 2005 y 28.33% en el 2011 y la mortalidad ha descendido del 5,95% en el año 2005 al 3.48 en el 2011 aunque ha sido oscilante a lo largo estos 7 años. La evolución de estos parámetros de muestra en la tabla siguiente.

Item	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
% ingresos VIH	43.3	42	33.75	37	32	29	25
% Varones 73.5	74.3	68.9	72.1	75.4	73.2	66.3	
Edad media	39.9	42.8	39.9	40.7	37.7	40.4	40.6
Estancia media	15.4	17.7	17.9	14.5	22.1	15.5	14.3
% Estancias	49.6	46.5	37.2	35.5	36.5	28.3	28.3
Mortalidad (%)	5.95	5.98	3.70	6.83	2.98	6.06	3.48

Conclusiones:
Se ha producido un claro descenso de los ingresos y consumo de estancias de los pacientes infectados por el VIH, esto es una oportunidad para que otros pacientes con patologías infecciosas diferentes a las relacionadas con el VIH sean atendidas en las UEI.

Clínica
P6.09
Evolucion de los ingresos de los principales GRDS relacionados con el VIH en una unidad de enfermedades infecciosas (UEI). estudio de 7 años.

P Arazo Garces (1), MV Rubio (1), D Gíl (1), C Ramos (1), J Moreno (1), C Martin (1), E Artajona (1), M Moreno (2)
(1) Hospital Universitario Miguel Servet. Servicio de Medicina Interna, (2) Hospital Universitario Miguel Servet. Servicio de Documentación Clínica y Archivos

Introducción:
OBJETIVO. Valorar la evolución de los GRDs (Grupo Relacionado de Diagnósticos) en los últimos 7 años de los pacientes infectados por el VIH hospitalizados en una UEI de un hospital de referencia.

Material y Métodos:
Se han analizado los datos de actividad de hospitalización en la UEI basados en GRDs (grupo relacionados de diagnóstico) durante el periodo 2005 a 2011. Se han elegido aquellos que en el año 2005 fueron los más frecuentes y se analiza la tendencia en los últimos 7 años. El GRD 714 (VIH con diagnóstico relacionado significativo), 715 (VIH con otros diagnósticos relacionados) y 710 (VIH con diagnóstico mayor o con diagnóstico mayores múltiples sin tuberculosis). Se analiza la evolución de la proporción de estos GRDs respecto al total de ingresos en la UEI, proporción de estancias respecto a las totales y mortalidad respecto al total de pacientes incluidos en cada uno de los GRDs analizados.

Resultados:
Se muestran en las tablas siguientes.
Se incluyen los GRDs 714, 715 y 710 con 433, 100 y 140 pacientes respectivamente observados entre los años 2005 al 2011.

Evolución de los GRDs 714, 715 y 710 respecto al total de ingresos en la UEI

GRD	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
714	15.08	19.29	15.75	18.20	16.99	10.98	8.90
715	5.63	3.05	3.50	3.23	3.35	3.56	2.97
710	5.40	5.84	4.00	4.84	4.55	5.64	5.64

Estancias respecto al total (%)

GRD	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
714	16.72	14.71	15.27	12.08	12.89	7.34	8.15
715	2.92	1.24	1.25	1.06	2.44	1.82	1.14
710	9.97	10.69	6.48	6.76	11.24	9.74	8.18

La mortalidad analizada ha sido de 15 casos del GRD 714 (3.46%), 18 en el 710 (12,85%) y 2 en el 715 (2%). Se constata el descenso de la mortalidad en el GRD 714, manteniéndose estable en el resto de los GRDs estudiados.
Conclusiones:
En el análisis de los GRDs más frecuentes asociados a la infección por el VIH se ha producido un claro descenso de pacientes incluidos en el 714 con disminución de las estancias hospitalarias así como de la mortalidad. Los GRDs 710 y 715 los ítems analizados se han mantenido estables en el tiempo.

Clínica
P6.10
Tácticas de retencion de la pareja en pacientes con infección de VIH/SIDA

B ROMERO MARTÍN, L GARCÍA PÉREZ

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Introducción
Actualmente existen muchas investigaciones que estudian el esfuerzo dedicado a los problemas de adaptación, como la selección (Buss, 1989; Buss y Schmitt, 1993) y atracción de una pareja (Buss, 1988). Es relativamente reciente la investigación en el problema de la retención del compañero (Buss, 1988). Se conoce que una vez que un compañero se ha seleccionado, se ha utilizado las técnicas de atracción con éxito y, la relación se establece, todavía las personas deben utilizar estrategias para la retención del compañero. Entonces, ¿por qué la retención del compañero es un profundo problema de adaptación? A nivel mundial, el divorcio está presente en todas las culturas conocidas, tradicionales y modernas. Aunque las frecuencias varían de cultura a cultura, la ubicuidad de divorcio sugieren un fallo en las tácticas de retención del compañero.

El divorcio es uno de los incidentes en la vida que más afecta la estabilidad emocional de las personas, repercutiendo en la salud física y psicológica de las personas aspecto. Todo apunta a señalar al estrés como uno de los principales factores que deterioran la salud de quienes se divorcian; pueden presentan estrés como consecuencia del deterioro del matrimonio, por la toma de decisión de disolverlo, la adaptación a las nuevas circunstancias a las que deben adaptarse las personas, que en muchos casos conllevan a una pérdida de las redes social, cambios en la forma de vivir la paternidad, etc.

Los estudios han demostrado que el estrés y una posible carencia de apoyo social, como puede ser el divorcio, se relacionan con cambios significativos en el curso clínico de la infección por VIH/SIDA (Otto y Salomon, 2002). El estrés afecta de manera directa sobre el curso de la infección, por tanto su identificación es clave para garantizar un mejor ajuste psicológico del paciente. La eficacia de los programas de prevención de los problemas psicosociales asociados a temas concretos como la infección por el VIH/SIDA, depende en gran medida, de que éstos se adapten a las singularidades del grupo poblacional al que van dirigidos. Lo que lleva a la necesidad de un análisis en profundidad de las características propias de los principales colectivos afectados.

En este estudio se plantean como objetivos estudiar, en adultos, las tácticas y estrategias de retención de la pareja propuestas por el modelo de Buss (1988), y analizar la existencia de diferencias existentes en dichas tácticas y estrategias con personas sin la mencionada infección.

Material y Métodos:
El instrumento utilizado es el Mate Retention Inventory (Buss, 1998). Un total de 91 personas cumplimentaron el Mate Retention Tactics (MRI) de Buss (1998). La muestra está compuesta por 41 usuarios con infección de VIH, usuarios del centro de tercer nivel (UNAPRO); y 50 personas sin infección, con una edad media de 32 años, en la muestra con VIH/ SIDA, y de 26.64 en la muestra sin infección (D.T. de 3.2 y 8.86 respectivamente). Se estudiaron las relaciones para las 19 tácticas, las cinco categorías y los dos dominios de retención para ambos tipos de muestras.

Resultados:
Se observó un patrón diferente en las relaciones entre los dos poblaciones. Entre los resultados encontrados, las comparaciones bivariadas indican que los usuarios con infección por VIH/SIDA utilizan con mayor frecuencia las tácticas de manipulación emocional, mejora de la apariencia y las señales públicas de posesión, que la población normalizada Por otra parte, la población sin infección puntúan más alto que los usuarios del centro, el desprecio por los competidores.

Conclusiones:
Los resultados de este estudio proporcionan apoyo para la hipótesis general de que las personas con infección de VIH/SIDA se diferencian, en las tácticas utilizadas para retener a sus compañeros, de la población sin infección. Las personas con VIH utilizan, en mayor ocasión que los individuos sin infección, la visualización de los recursos como táctica de retención del compañero. Además, las personas con VIH son más propensas a utilizar la mejora de la apariencia como una táctica de retención de pareja. Estos resultados pueden tener relación con las características propias del curso de la infección.
A pesar de que estudio fue transversal y existen limitaciones propias al tamaño muestral, sus resultados invitan a seguir provechosamente a las parejas en sentido longitudinal. Evaluando la retención del compañero y observando su relación con el curso de la infección y problemas asociados de los participantes. Así por tanto, se podría identificar las tácticas específicas que proporcionan señales de alerta temprana para prevenir futuros desajustes psicológicos y problemáticas asociadas a la salud física del paciente.

Clínica
P6.11

Trastornos de la personalidad en pacientes con VIH/SIDA: implicaciones en las tácticas de retención de pareja

B ROMERO MARTÍN, L GARCÍA PÉREZ

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Introducción:
Desde su inicio, la infección por VIH/SIDA ha estado relacionada con trastornos psicopatológicos, tanto por el conocimiento del diagnóstico, la acción del propio virus y/o la existencia de problemas colaterales (toxicomanías, marginalidad, problemas de pareja, etc.).El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de trastornos de la personalidad en los pacientes con infección por VIH/SIDA con la aplicación de una prueba de cribado, el IPDE-ICD 10 (Loranger, 1997). Se compararan estos resultados con los obtenidos en población normalizada. Además de estudiaran la relación entre los trastornos de la personalidad y la tácticas de retención de pareja.

Material y Métodos:
La muestra está compuesta por 91 personas (41 con infección, 35 hombres y 6 mujeres, y 50 de población normalizada), con una edad media de 32 años, en la muestra con VIH/SIDA, y de 26.64 en la muestra sin infección (D.T. de 3.2 y 8.86 respectivamente).

Resultados:
Los resultados obtenidos parecen indicar de forma significativa, que los pacientes con infección presentan mayor incidencia del tratorno depresivo, límite, ansioso e impulsivo que la muestra normalizada. Además, si atendemos a las relaciones entre los trastornos, se observa en la población con infección por VIH, una relación positiva entre el trastorno límite y el trastorno ansioso. Surge un patrón diferente en estas relaciones, en la población normalizada. En relación al uso de las tácticas de relación de pareja en los pacientes con infección se dan relaciones positivas entre el trastorno ansioso, la inducción a los celos y la exhibición de los recursos.

Conclusiones:
Estos resultados invitan a la profundización en estos trastornos a través de la entrevista ICD-10, con lo que se podría confirmar la existencia de dichos trastornos en la citada población.

Clínica
P6.12

Personalidad y caza furtiva en pacientes con infección de VIH/SIDA: Implicaciones psicopatológicas

L Garcia Pérez (1), B Romero Martín (2), V Pelechano Barberá (1)

(1) UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA, (2) UNAPRO

Introducción:
Con este trabajo se intenta arrojar cierta luz al estudio de los cazadores furtivos, o personas que tienen la intención de atraer a otras que están inmersas en una relación de pareja estable. Como características de personalidad parecen caracterizarse por ciertos rasgos: extraversión, apertura a la experiencia, inconciencia, etc. El objetivo de este trabajo es, por una parte, el estudio de los cinco grandes en población con infección por VIH/SIDA y, por otra, analizar la caza furtiva. El trabajo se realizó en un centro para la atención y el cuidado de las personas con infección de VIH/SIDA de la isla de Tenerife (UNAPRO).

Material y Métodos:
La muestra la integraron 91 participantes (41 con infección, 35 hombres y 6 mujeres, y 50 de población normalizada), con una edad media de 32 años, en la muestra con VIH/SIDA, y de 26.64 en la muestra sin infección (D.T. de 3.2 y 8.86 respectivamente. Los intrumentos utilizados fueron:
1. Poaching (Pelechano, sin publicar)
2. NEO FFI. Inventario NEO reducido de Cinco Factores. Copyright by P.T. Costa, Jr. & R.R. McCrae. Adaptación colombiana por J.C. Espinosa

Resultados:
Los resultados parecen indicar que, atendiendo a las dimensiones de personalidad y en comparación con la muestra sin infección, los pacientes con VIH puntúan, significativamente, más alto en impulsividad; además de estar más abiertos a nuevas experiencias. Estas dimensiones de personalidad las comparten con los cazadores furtivos. En relación a la caza furtiva, y en la línea de lo esperado, las personas con VIH presentan una mayor frecuencia en el mantenimiento de relaciones sexuales con personas que ya tienen una relación estable de pareja.

Conclusiones:
En la línea de lo esperado, los usuarios del centro al compartir determinadas características de personalidad con los cazadores furtivos, se encontró mayor frecuencia en este comportamiento.

Clínica
P6.13

Triquinosis en paciente VIH-Sida. Reporte de un caso

C Strasorier Diaz (1), D Simone (2), D Belmont (2), D Tello (2), T Cabrera (2)
(1) Hospital de Clinicas La Rioja Argentina, (2) Hospital Clínicas La Rioja

Introducción:
Resumen: La Triquinosis es una enfermedad endémica de La Republica Argentina, no registrando comunicaciones en pacientes VIH-SIDA, el nexo epidemiológico con el consumo de carne de cerdo está siempre presente.
Este caso muestra una presentación clínica donde se pueden hacer muchos diagnósticos diferenciales y donde la aparición de eosinofilos puede retardarse en forma considerable.
Debemos pensar en Triquinosis en el paciente VIH-SIDA con mialgias, adenopatías y lesiones prurigoides en piel.

Material y Métodos:
Caso:
Paciente de sexo masculino, de 41 años, residente de la provincia de La Rioja Argentina con antecedentes de HIV/SIDA diagnosticado en noviembre de 2010 medicado con Zidovudina (AZT), Lamivudina (3TC), Atazanavir y ritonavir, sin adhesión al tratamiento (TARV) que abandona hace 40 días. Refiere ingesta reciente de carne porcina de origen dudoso, presentando tumefacción, de 6 días de evolución en región lateral del cuello con signos de flogosis, que se acompañó de supuración y fiebre. Manifestó descenso de peso de 20 kg en 6 meses con astenia y mialgias proximales. Al ingreso: afebril, se observó disminución notable del tejido celular subcutaneo, Índice de masa corporal: 20,71 .Lesiones prurigiodes en miembros y tórax sin adenopatias.Biopsia de tumoración de cuello: En las fibras musculares se observa estructura quística, de paredes delgadas, de 1 mm de diámetro, dentro del cual se identifican estructuras filiformes eosinofilicas de aspecto larvario, sugestiva de Trichinella Sp.

Resultados:
Diagnostico: Triquinosis, eosinofilia

Discusión: Por las lesiones prurigoides, adenopatias, mialgias buscamos de enfocar en otros diagnosticos como tuberculois, otras Mycobacterias, Histoplamosis. El hallazgo de las Triquinellas en la biopsia fue una sorpresa que nos llevo a realizar un replanteo del caso.No presento eosinofilos elevados al ingreso ni al alta siendo esta una presentación muy frecuente en la triquinosis. Esta cifra se elevo al segundo control por consultorio cuando habían transcurrido mas de 70 días del contacto alimentario.

Conclusiones:
Conclusiones:

La Triquinosis Humana es una enfermedad endémica en Argentina, la mayoría de sus 23 provincias denuncian casos anualmente.
La Triquinosis Humana en nuestro medio debe ser tenida en cuenta en el paciente VIH-SIDA con mialgias, adenopatías y lesiones prurigoides en piel.
La aparición de Eosinofilos puede retardarse en forma considerable en estos pacientes.

Cooperación Internacional

P8.01

Títeres frente al estigma

R ARANDA ILLAS (1), T ALARI GIL (1), F CARRIÓN TALAVERA (1), A AGIRREZABAL PRADO (2)
(1) ABAY, (2) UPV

Introducción:
El VIH/sida afecta profundamente a la esperanza y calidad de vida de los países empobrecidos. En Etiopía, nos encontramos ante una tasa de prevalencia estimada de vih que crece rápidamente, junto con datos de vigilancia centinela que indican que, mientras que en las ciudades la epidemia parece estar estabilizada, en las zonas rurales, donde vive cerca del 85% de la población etíope, está aumentando el número de infecciones por vih.
Presentamos el proyecto Títeres frente al estigma, de la asociación Abay cuyo objetivo es la prevención del estigma y la discriminación de las personas con vih en Etiopía.

Material y Métodos:
Material: marionetas realizadas artesanalmente, las marionetas se realizan con materiales económicos y son construidas por los/as propios/as titiriteros.
Una vez realizadas, las marionetas pueden utilizarse una y otra vez.
Método: escenificación teatral por medio de títeres, con funciones adecuadas a distintas audiencias. Algunos/as de los/as personajes del espectáculo mostrarán a personas que viven con el vih y "hablarán" a la audiencia sobre sus sentimientos de soledad y exclusión social. Con el tiempo consiguen aceptar que la vida sigue, logran recuperar la esperanza de tener una vida normal y poco a poco vuelven a sentirse miembros de la comunidad.

Resultados:
En acuerdo entre Abay y Babalá titelles los espectáculos serán inicialmente en el colegio de Walmara y en el Hospital de Fitche y posteriormente se ofrecerá en otras localidades y centros.

Conclusiones:
Por medio de los títeres encontramos una manera de trabajar el estigma y la discriminación que se adapta no solo a diferentes generaciones sino a diferentes culturas, dándonos herramientas para seguir trabajando por un mundo más justo para las personas con vih.

índice de autores

A

A I, E: P4.34
Abad Sazatornil, R: CO3.04, CO7.02
Acín García, E: CO5.03, P3.13
Acosta Comenge, B: P6.02
Agirrezabal Prado, A: P5.10, P5.26, P5.30
Aguas, M: P6.03
Aguilera, A: CO3.02
Aguilera Mellado, J: P4.07
Aguirre Martín-Gil, R: P4.23, P4.24, P4.36
Alarcón Aguilar, A: P4.08
Alastrué Loscos, I: P3.01
Albiach Epila, D: P4.18
Alonso Parada, M: CO6.03, CO6.05
Alonso Triana, Y: CO3.04
Álvarez, J: P4.07
Álvarez, M: CO3.02, P3.12
Álvarez Castel, L: P4.30
Álvarez Rodríguez, J: P3.11
Alventosa Del Río, J: CO5.04
Amengual Quevedo, I: P5.19
Andreo, L: P6.03
Anegas González, I: P4.17, P4.20, P4.25, P4.26
Anta, L: CO3.02
Aparicio Tejedor, M: P4.24
Aparicio, A: CO5.05
Arazo Garces, P: CO3.04, CO7.02, P6.08, P6.09
Arenaza Peña, A: CO7.01
Arias, S: CO1.01
Ariza López de Ceballos, G: P5.24
Arrillaga, A: P3.03
Artajona, E: P6.09
Asla Alzibar, N: P4.04, P5.10, P5.26, P5.30
Atienza Borge, JM: P4.05
Avilés, I: CO1.01
Ayud Weiskorn, JJ: P6.02
Azpiri, MA: P3.02
Azqueta Cacharro, I: P5.14

B

Bacovich Bacovich, I: P4.29, P6.03
Ballester Arnal, R: CO4.01, CO4.03, CO4.04, CO4.06, P4.01, P4.11, P5.16
Ballesteros Martín, J: CO3.05, P3.05
Barberá, MJ: P3.02
Barrasa, A: P5.22
Baza Caraciolo, B: P3.08, P3.17, P5.03
Belda Ibáñez, J: P3.23
Belmont, D: P3.27, P6.13
Belza Egozcue, MJ: P3.06, P3.11, P3.20
Bendito Guilarte, P: P5.04, P5.27
Benéitez, J: P4.37
Benet, S: CO2.01
Bermúdez, MP: CO5.02, P4.12, P5.01
Bertran de Bes, J: P5.07
Bertran de Bes, N: CO4.02
Betancort Carrero, G: P6.02
Blanco, JL: CO3.02
Blanco Ramos, JR: P3.09
Boronat, J: CO3.03
Borrallo Torrejón, JBT: P3.19
Bourguet, M: P6.07
Buela-Casal, G: CO5.02, P4.12, P5.01

C

C G, R: P5.28
C M, M: P5.17
Caballer Miedes, A: P4.08
Caballero Jaúregui, M: P4.30
Cabrera, T: P6.13
Cairó, M: CO2.01
Calabia González, O: P2.02, P3.07
Calero Martínez, MJ: P4.08
Camacho Espejo, A: CO5.05
Camí, J: P6.03
Cañamares Orbis, I: CO3.04, CO7.02
Capa Muñoz, L: CO8.03
Capellas Morera, M: CO5.06, P5.02
Carballo Crespo, JL: P4.28, P6.06
Carlavilla Sanz, S: P4.30
Carrasco Garzón, F: CO8.05
Carrió Montiel, D: P3.17, P5.03, P3.08
Carrió Montiel, JC: CO1.02
Casabona Barbarà, J: CO3.06, P3.16
Casado Osorio, JL: CO6.04
Casas Luna, M: P1.01
Castellanos Torres, E: P6.04
Castilla Catalán, J: P3.03, P3.08, P3.17
Castillo, L: P5.22
Castillo Soria, O: CO5.03, P5.04, P5.27, P6.04
Castro, A: P4.06, P4.12, P5.01
Castro, MA: CO2.03
Castro Calvo, J: CO4.03, CO4.04
Castro Vázquez, A: CO5.02, P5.22
Cereijo, J: P3.12
Cevallos, C: P3.12
Cevallos Espinel, J: P4.02
Cevallos García, C: P3.10
Cevallos Salas, N: P4.02
Cifre Moré, E: P5.19
Clavo Escribano, P: CO3.05, CO6.01, P3.05
Collado González, S: P4.23, P4.24, P4.36
Colomina Monzó, S: P3.23
Colomo, C: CO3.03
Conde Gutiérrez del Álamo, F: P5.08, P5.09
Condoul, A: P4.10
Cores Díaz, A: P5.24
CoRIS: P3.04, P3.09
Coromina Gimferrer, M: CO7.03, P4.37
Cortés Castell, E: P4.35
Costa Guillén, F: CO4.02
Cruz Maceín, JL: P4.23
Cuéllar Tovar, S: P3.04
Cueto Granados, A: CO1.01
Curell Aguilà, N: P1.01

D

D C, B: P5.17
D G, O: P4.34
Dalmau, D: CO2.01, CO3.02, CO8.01, CO8.02
Dávila Guerrero, J: P3.22
De Armas, C: P3.02
De Gregorio Cortés, M: P4.08
De la Fuente, L: P4.07
De la Fuente de Hoz, L: P3.11
De la Llama Celis, N: CO7.02
De la Sierra, A: CO2.01
De León Luis, JA: P3.24, P3.25, P3.26
Del Corral Del Campo, S: CO3.05
Del Romero Guerrero, J: CO1.02, CO3.05, CO6.01, CO6.02, P3.04, P3.05, P3.08, P3.09, P3.17, P3.20, P4.10, P5.03
Delás, J: P4.29, P6.03
Delgado Blanco, E: CO2.02, CO2.03, P2.01
Díaz, A: P3.13, P3.14
Díaz, J: P6.07
Díaz, P: P6.03
Díaz Franco, A: CO3.03
Díez, M: P3.03, P3.12, P3.13, P3.14, P3.16
Díez Espinosa, C: P4.24
Díez Fuertes, F: P2.01
Díez Ruiz-Navarro, M: CO3.06
Domenech Alonso, E: P3.01
Dominguez, J: CO2.01
Dronda, F: CO6.04

E

El Kertat, R: P4.10
Elgarrista Ibáñez, N: P4.09
Elías Casado, L: CO6.04, CO6.06
Elvira, N: P4.20, P4.25
Enjuto Arranz, E: P4.21

Enrique Roig, A: CO4.04, P5.16
Erazo Martínez, K: P3.21
Espada Sánchez, JP: P4.01, P4.11, P4.28, P6.06
Espinosa Almendro, JM: CO8.05, P4.16
Espinosa de los Mont Álvarez, B: P4.05
Esteban Vasallo, M: P4.10
Esteso Mesas, R: P4.05
Estévez, L: P4.22
Estrada Pérez, V: CO7.01
Etxebarria, I: P5.10
Etxepeteleku Idiazabal, H: P5.30
Ezquerra, A: CO5.06

F

F F, V: P5.06, P5.28
FDA F, A: P5.06, P5.28
Fernández, A: P3.12
Fernández Alonso, E: P3.01
Fernández Balbuena, S: P3.06, P3.11
Fernández Dávila, P: CO1.03, CO3.06, P3.16, P4.13, P5.29
Fernández García, E: P3.23
Fernández González, E: CO4.05
Fernández Guerrero, M: P2.02, P3.07
Ferrer, L: P3.16
Ferrer Serret, L: CO3.06
Ferrere, F: P4.22
Figna García, C: CO5.01
Figueroa, C: P3.20
Figueroa Guerrero, C: P4.07
Folch Toda, C: CO3.06, P3.16
Font, R: CO2.01
Fortuny, H: P5.07
Fuster Ruiz de Apodaca, MJ: CO5.01, P5.30

G

G A, E: P5.06, P5.28
G C, JC: P5.06
G D, C: P4.31
G M, S: P4.27
G P, E: P5.06, P5.28
G R, C: P5.06
G R, F: CO7.04, P3.15
Gaissad Laurent, LG: P4.32, P5.05
Galán Rubio, E: P3.23
Galán Montemayor, JC: CO6.01
Galindo Carretero, S: CO3.01, P3.02
Gallardo, L: P5.22
Garcia Anaya, MP: P3.25
García Riolobos, C: P4.36
Garcia, F: CO3.02
García, R: P3.12
García Alcaide, F: CO4.05
García Alonso, D: P5.23
Garcia Anaya, MP: P3.24, P3.26
Garcia Delgado, R: P2.02, P3.07
Garcia Moreno, J: CO5.05
Garcia Pérez, L: P6.02, P6.05, P6.10, P6.11, P6.12
García Riolobos, C: P4.10, P4.23, P4.24
García-Inés Alcalde, M: P4.24
Garrido Fuentes, J: P5.14
Garriga, C: CO3.03
Garriga Fuentes, C: P3.14
Garriga Mayugo, P: P1.01
Gatell Artigas, JM: CO4.05
Gil, D: P6.08, P6.09
Gil Julia, B: CO4.01, CO4.06
Gil Llario, MD: CO4.01, CO4.03, CO4.06, P5.16
Gil Luciano, A: CO5.03
Gimenez Garcia, C: CO4.01, CO4.03, CO4.04, CO4.06, P5.16
Gisbert Civera, I: CO8.03, P6.04
Gispert, C: P5.19
Gómez, J: CO5.06
Gómez Baraza, C: CO3.04, CO7.02
Gómez Dávila, C: P6.01
Gómez Díaz, C: P3.19
Gómez Martínez, S: CO4.06, P5.16
Gómez-Pintado, P: CO3.03, P3.13
González, A: P4.25, P6.02
González, I: CO6.02
González Faraco, JC: P5.23
González González, T: P3.19
González Hernández, V: CO5.06, P5.02
Gonzalez Jareño, A: P4.17, P4.26
González Polo, M: P3.05
González Rodríguez, MJ: P5.20
González Saez, F: P3.19
González Terrero, M: P5.14
González-Carreró Fojón, J: CO6.03
Górgolas Hernández de Mora, M: P2.02, P3.07
Gual, F: CO3.03
Guerras Guerras, S: CO1.02
Guionnet, A: P4.10, P4.22, P4.36
Gutiérrez, G: P3.12
Gutiérrez, J: CO5.06, P3.06, P3.20
Gutiérrez, S: P3.06
Gutiérrez Herranz, E: P5.24
Gutiérrez Lucero, P: CO4.02
Gutiérrez Trujillo, L: P3.04, P3.09

H

Hellín Sanz, T: CO6.01
Henar Pérez, E: CO7.03, P4.37
Hermoso Hermoso, L: CO5.05
Hernández, B: P5.07
Hernando Sebastián, V: P3.08, P3.17
Hornero Cruz, I: CO6.04, CO6.06
Hoyos Miller, J: P3.20, P4.07

I

I C, C: P5.17
Iannello, D: P4.29
Ibarguchi Samper, L: P5.14
Iglesias Villarán, I: P5.23
Imbert Escobar, M: P4.04, P5.07, P5.26
Iriarte, A: CO6.02
Iribarren Díaz, M: CO6.03
Izarra Pérez, C: P3.10
Izquierdo Martín, M: P3.24
Izquierdo Martínez, M: P3.25, P3.26
Izquierdo, A: P3.03

J

Jaén Manzanera, A: CO2.01, CO3.02, CO8.01, CO8.02
Jerez Zamora, N: CO3.05
Jerónimo Baza, A: P5.03
Jiménez Vicioso, JR: P5.23
Juan Corrons, A: P3.01
Junquera, ML: CO3.01
Jurado, R: CO5.05
Justo López, S: P5.19

K

Kimani, J: CO8.01
Klein, C: P4.22
Koerting de Castro, A: CO5.03, P5.04, P5.27, P6.04
Kouakou, A: P4.10

L

L R, C: CO7.04, P3.15
Lacruz Pelea, C: P3.24, P3.25, P3.26
Lambán, E: P6.08
Landa, MC: CO3.01
Lanzarote, MD: CO1.01
Larrode Leciñena, I: CO3.04
Latorre, I: CO2.01
Leal Alexander, L: CO4.05
León Gámiz, V: P3.18, P4.14
León Garcia, A: CO4.05
León Leal, JA: P5.23
Ligero Martínez, C: CO4.05
Lillo Martínez, A: P3.05
Lite, J: CO2.01
Llorente Jiménez, P: P2.02, P3.07
Lopez Corrales, I: P4.33
Lopez Pérez, D: CO6.04, CO6.06
López Tobar, M: P5.24
López Zuñiga, A: P5.30
López-Vélez, R: P4.22
Lores Masip, F: P5.15

M

M A, R: P4.34
M C, M: CO7.04, P3.15
M G, C: P5.28
Machado Estrada, A: P5.14
Madrid Gutiérrez, J: CO5.02, P4.30
Mafe Nogueroles, MC: P6.07
Mainieri Perez, B: P4.03
Malo, C: P3.12
Mánjón Mariscal, AM: P5.20
Manzano Lorenzo, R: CO7.01
Marcos, H: P3.03
Mariño, A: CO2.03
Marti-Belda, P: CO6.06
Martín Monge, JM: P4.21
Martín Repollés, J: P5.03
Martin, C: P6.09
Martín Alegre, C: CO1.02
Martín Caballero, AR: P6.02
Martín Martín, GJ: P5.11, P5.21, P5.25
Martín Pérez, A: P6.04
Martín-Buitrago López-Carpeño, N: P4.36, P4.24
Martínez Miller, L: P4.05
Martínez, B: CO3.01
Martínez, E: P3.12
Martínez, L: P5.18
Martínez, P: P5.07
Martínez Colubi, M: CO6.06
Martínez Hidalgo, C: CO5.05
Martínez Lacasa, X: CO2.01
Martínez Rodríguez, S: P3.10
Martínez Vázquez, C: CO6.03, CO6.05
Martínez-Pagan, E: P6.08
Martín-Moreno Blasco, C: P5.14
Martín-Pérez Rodríguez, A: CO5.03, P5.04, P5.27
Mascaró Cabrer, S: P5.19
Mayordomo López, S: P5.30
Mazziotti Gordillo, SE: P4.15
Méndez Carrillo, FX: P4.01
Mendoza, C: CO3.02
Menéndez Prieto, B: CO1.02, CO6.01
Mercado, S: P3.27
Merino Orozco, T: P3.19
Miralles Álvarez, C: CO6.03, CO6.05
Miralles Martín, P: P3.24, P3.25, P3.26
Molero Alonso, F: P5.30
Monge, F: P4.12
Montero, V: CO2.02, CO2.03
Morales Carmona, A: P4.13
Morales Sabuco, A: P4.01, P4.11, P4.28, P6.06
Morán Arribas, M: P4.10, P4.23, P4.36
Moreda Sánchez, E: P5.04, P5.27
Moreno, D: CO1.01
Moreno, J: P6.09
Moreno, M: P6.08, P6.09
Moreno Guillen, S: CO6.04
Moreno Meregalli, M: P1.01
Moreno Vicente, G: P4.19
Moreno Zamora, A: CO6.04, CO6.06
Morentin, N: CO5.06
Mozo Mamolar, I: CO1.02
Muriel, A: CO6.04, CO6.06
Muthee, G: CO8.01, CO8.02
Mwangi, J: CO8.01, CO8.02

N

Nasarre, C: P6.03
Navarro, M: P4.22
Navarro Aznarez, H: CO3.04, CO7.02
Navaza, B: P4.22
Navazo Fernández, T: P4.03
Nebot Soler, L: P4.17, P4.20, P4.26
Neila Paredes, MA: CO3.05
Neira León, M: CO5.03, P5.04, P5.27, P6.04
Ngaruro, R: CO8.01, CO8.02
Nicolau, A: P3.03
Njoki Wachira, M: CO8.01, CO8.02
Noia Alvarez, F: P4.05
Novalvos Ruiz, JP: P3.22
Nuñez, E: CO1.01

O

Ocampo Hermida, A: CO6.03, CO6.05
Oliva Domínguez, J: P3.03, P3.12
Ordobás Gavín, M: P3.10
Ordoñana, JR: P3.02
Orgilés Amorós, M: P4.01, P4.11, P4.28, P6.06
Ortega López, A: P5.20
Ortiz Quintana, L: P3.24, P3.25, P3.26
Ortiz De Zarate, A: P5.10

P

P G, N: P5.06
P U, S: CO7.04, P3.15
Pacheco Ramos, MP: CO7.01
Palacios Orueta, A: P4.19
Paricio Salas, D: CO4.02, P3.18, P4.14
Pascual, A: P6.08
Pascual-Orts, LM: P5.22
Paul Zapater, P: P4.15
Pazos Gómez, A: P5.11, P5.21, P5.25
Pedraza, T: P3.27
Pelechano Barberá, V: P6.12
Peña Monje, A: P3.09
Peñas Cárdenas, EM: P5.20
Pérez Elías, MJ: CO6.04, CO6.06
Pérez Álvarez, L: CO2.02, CO2.03, P2.01
Pérez Martínez, L: P3.04
Pérez Moreno, HM: P5.23
Perrino García, MJ: CO7.02
Pinedo González, R: P4.21
Pinilla, M: CO2.02, CO2.03
Piqueras Rodríguez, JA: P4.28, P6.06
Pizarro, B: P4.10
Polo Rodríguez, R: CO8.03
Polo Sangüesa, LL: CO5.06, P5.02
Poquet, I: P6.07
Prado de la Sierra, R: P5.20
Puebla García, V: CO7.01
Puerta López, T: CO1.02, CO3.05, CO6.01, P3.05
Pueyo, I: CO3.01
Pumares Álvarez, M: CO6.04, CO6.06

R

R C, A: P5.28
R G, R: P5.17
R P, F: P4.31
R´kaina Liesfi, C: P4.33
Rabanaque Hernández, MJ: CO3.04
Ramiro, MT: P5.01
Ramiro Sánchez, MT: P4.12
Ramis Vives, LL: P5.19
Ramos, C: P6.09
Rangel Gascó, A: P4.08
Raposo Utrilla, M: CO3.05, P3.05
Real Camapaña, JM: CO7.02
Remor, E: P5.12
Rengel Díaz, C: P5.20
Rico Bermejo, J: P4.10, P4.23, P4.24, P4.36
Rico Gallardo, R: P4.17, P4.26
Río Sánchez, I: P3.08, P3.17, P5.03
Ríos Varela, S: P5.13
Rivas Barberán, A: CO5.06, P5.02
Rivera Cuello, M: CO1.01
Rivera Franco, C: CO8.04
Rivero Juárez, A: CO5.05
Rivero Román, A: CO5.05
Rizo Baeza, M: P4.35
Robau Gassiot, M: CO4.05
Robledano, C: P3.04, P3.09
Roca Escoda, M: P5.05
Rodríguez Da Silva, A: CO6.03, CO6.05
Rodríguez, C: CO3.01
Rodríguez Arenas, MA: P3.04, P3.09
Rodríguez Carpintero, R: P5.14
Rodríguez Domínguez, M: CO6.01
Rodríguez Fernández, JM: P3.04, P3.09
Rodríguez Fernández, L: P5.13
Rodríguez Fortunez, P: P3.04, P3.09
Rodríguez Girando, M: CO6.03
Rodríguez Martín, C: CO1.02, CO3.05, CO6.01, CO6.02,

	P3.05, P3.08, P3.17, P5.03
Rodríguez Rivero, S:	CO6.03
Román García, MJ:	P3.18
Romero Martín, B:	P6.02, P6.05, P6.10, P6.11, P6.12
Romero Nevado, P:	P5.14
Roqueta Manen, J:	P5.11, P5.21, P5.25
Rubio, MV:	P6.08, P6.09
Ruiz García, M:	P3.06, P3.11, P3.20
Ruiz Moreno, F:	CO1.01
Ruiz Palomino, E:	CO4.01, CO4.03, CO4.04

S

S C, E:	P5.06
S C, LL:	P4.34
S C, M:	P5.28
S O, R:	P4.34
S S, C:	P5.06, P5.28
Sáinz García, M:	P4.24
Sánchez, A:	CO2.03
Sanchez, AM:	CO2.02
Sánchez, F:	P3.02, P3.03
Sanchez, M:	CO2.02, CO2.03
Sánchez Alonso, F:	CO3.01
Sánchez Pérez, R:	P3.06, P3.11, P4.07
Sansinenea Mendes, E:	P5.26
Santamaría Sánchez, I:	P4.30
Santoro Domingo, P:	P5.08, P5.09
Santos, I:	P5.10
Santos Rubio, C:	P3.01, P3.02
Sanz, I:	CO3.01, CO3.03
Sanz Sanz, J:	P6.01
Secades Villa, R:	P4.01
Segador, A:	CO5.05
Segovia, A:	CO5.06
Seijo Villar, M:	CO6.03
Serra Freire, JC:	P4.11
Sierra, JC:	P4.12, P5.01
Simón, B:	P4.25
Simone, D:	P6.13
Soriano Ocón, R:	CO3.06, CO5.03, P3.16, P5.04, P5.27, P6.04
Soto Rubio, E:	CO4.02, P3.18, P4.14
Strasorier Diaz, C:	P3.27, P6.13
Suárez Farfante, JM:	P3.22

T

T, L:	P5.06, P5.28
Talavera Serra, J:	P4.18
Tapia Raya, A:	CO5.03, P5.04, P5.27, P6.04
Tapia San Juan, M:	P4.04
Tasa Zapater, T:	P3.01
Tellez Perez, R:	P2.02, P3.07
Tello, D:	P6.13
Tello Romero, E:	CO1.02
Terrón, JL:	P5.18
Teva, I:	P4.12
Teva Álvarez, I:	P5.01
Thomson, M:	CO2.02, CO2.03, P2.01
Timón Herrero, M:	P5.11, P5.21
Tornero Estebanez, C:	P6.07
Torres Feced, V:	CO8.01, CO8.02
Torrescussa, G:	P4.25
Torró García-Morato, C:	CO8.05, P4.16
Tricas Martínez, A:	CO4.05
Troya, C:	P3.19
Trullén, J:	CO3.01
Turcios, M:	P3.21

U

Ultra Berzosa, J:	P4.23, P4.36
Ureña, JM:	P3.02
Urkía Mieres, C:	P4.24
Urrero Allona, M:	P5.18

V

V L, A:	P5.17
Valencia La Rosa, JA:	P6.01
Valiente Fernández, M:	P4.18
Valmayor, S:	P4.25
Vaqueiro Rodríguez, I:	CO6.05
Varela, JA:	CO3.03
Varela Fernández, C:	P5.13
Vázquez Tomás, E:	CO5.05
Vega Rocha, Y:	CO2.02, CO2.03, P2.01
Vegas Domínguez, C:	P2.02, P3.07
Velandia Mora, MA:	P4.35
Ventín Bernárdez, I:	P4.19
Ventura Esteve, A:	P6.07
Vera García, M:	CO1.02, CO3.05, CO6.01, CO6.02, P3.05, P3.08, P3.17, P5.03
Verdejo Ortés, J:	P3.10
Vergara de Campos, A:	P3.19
Vergara Moragués, A:	P3.19
Vicioso Etxebarria, C:	P5.26
Vidal, X:	CO5.06
Vilches Rivero, MJ:	P5.19
Villa Escamilla, M:	CO6.01
Villa Camarma, E:	P4.30
Villalón Fernández-Camps, M:	P4.20
Villanueva Blasco, V:	P4.06
Villaverde Álvarez, I:	CO6.05
Viloria, LJ:	P3.02, P3.03
Vives, N:	P3.03

W

Wanjiru, S:	CO8.01

Z

Zafra, T:	CO3.03
Zafra Espinosa, T:	P3.23
Zamora Barrios, MD:	CO7.01
Zamora Fuentes, C:	CO8.05, P4.16
Zamorano Cubero, S:	P4.05
Zaragoza Lorca, K:	P4.13
Zaro, I:	P3.05
Zuñiga, A:	P5.10

Organizado por:

seisida

Patrocinadores:

Bristol-Myers Squibb
www.bms.es

GILEAD

janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson&Johnson

leti laboratorios

MSD

RECORDATI ESPAÑA
GROUP

Roche

ViiV Healthcare