

COMUNICACIONES ORALES

Sábado, 14 de septiembre (9:00 h)

O.3.2. Epidemiología del VIH-SIDA

Moderadora:
Teresa Brugal

EVOLUCIÓN DEL NIVEL DE CD4 TRAS EL INICIO DEL TRATAMIENTO HAART EN LA COHORTE DE SEROCONVERTORES DE GEMES

325

S. Pérez-Hoyos, I. Ferreros, A. Sanvicenç, P. García de Olalla, J. del Romero, R. Guerrero, M. García de la Hera, Grupo Estudio Múlticéntrico Español de Seroconvertidores

Unitat d'Epidemiologia i Estadística, Escola Valenciana d'Estudis per a la Salut, València. Departament Medicina Interna, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. Epidemiologia, Institut Municipal Salut Pública, Barcelona. Centro Sanitario Sandoval, Madrid. Red Penitenciaria de Cataluña, Barcelona. Departament de Salut Pública, Universitat Miguel Hernández, Alicante.

Antecedentes y objetivos: El incremento que se produce en los niveles de los linfocitos CD4 tras el inicio del tratamiento con terapias antiretrovirales de alta eficacia (HAART) en infectados por el VIH está bien documentado. El objetivo del presente trabajo es describir la evolución del número de linfocitos CD4 tras el inicio de HAART en la cohorte de seroconvertidores de GEMES.

Métodos: Se han utilizado datos provenientes de cinco cohortes de seroconvertidores al VIH del proyecto GEMES. De los 1091 individuos de las cohortes, 187 fueron tratados con HAART y disponían de al menos dos mediciones de linfocitos CD4 tras el inicio de la terapia. Para modelizar la evolución de los niveles de CD4 se utilizó un modelo de efectos aleatorios. La variable respuesta se transformó tomando la raíz cuadrada del nivel de CD4. Como covariables se consideró la edad en la seroconversión y en el momento del HAART, el género, el tiempo desde la seroconversión al inicio del HAART, haber iniciado el HAART con diagnóstico de SIDA, y el haber tenido un tratamiento antiretroviral previo a HAART. Para analizar la evolución se utilizó un modelo que contempla la recuperación y estabilización de los niveles de CD4 con el tiempo. De este modo para un sujeto i en un instante t la raíz de $CD4 = a + b_1 t + covariables + efecto\ sujeto$ si $t < 1,5$ años y la raíz de $CD4 = a + b_1 t + b_2 (t - 1,5) + covariables + efecto\ sujeto$ si $t > 1,5$ años, asumiendo que la estabilización se produce a partir de los 18 meses.

Resultados: La mediana de mediciones de CD4 fue de 5 con un máximo de 21 tras el inicio del HAART. La mediana del CD4 al inicio del HAART se sitúa en 409 células/mm³. La mediana de tiempo desde la seroconversión al inicio del HAART fue de 5,2 años. El 51,3% habían recibido un tratamiento antiretroviral previo y el 14,9% habían desarrollado un SIDA previamente. Se ajustó un modelo con una función suavizada tipo "spline" que no asume forma en la evolución del CD4 con el tiempo. Se observa un incremento del nivel de CD4 hasta aproximadamente los 18 meses del inicio del HAART, con una estabilización y suave descenso posterior, indicando la adecuación del modelo propuesto. El modelo de efectos aleatorios ajusta mejor que uno sin este tipo de efectos. El incremento anual en la variable respuesta (raíz de recuento de CD4) es de 1,45 en los primeros 18 meses con un decremento posterior de 0,85. Tras controlar por el resto de covariables se observa que, el tiempo desde la seroconversión y tener un antecedente de SIDA antes del HAART disminuyen el nivel inicial de respuesta de los linfocitos CD4 (-1,487 y -2,852 respectivamente) mientras no ocurre lo mismo si se ha estado previamente expuesto a un tratamiento antiretroviral antes de HAART (1,757).

Conclusión: Tras el inicio de la terapia HAART se encuentra un aumento de los niveles de CD4 en los primeros 18 meses de tratamiento. La posterior estabilización o disminución de células CD4 merece futuros análisis de las cohortes participantes en GEMES.

326

OPTIMISMO ANTE LOS TRATAMIENTOS ANTIRETROVIRALES PARA EL HIV Y PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN Y, EL COMPORTAMIENTO SEXUAL EN HOMBRES HOMOSEXUALES EN BARCELONA

C. Pérez, A. Rodés, K. Zaragoza, R. Muñoz y J. Casabona
CEESCAT, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. Secretaria Plan Nacional sobre Sida, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid. Stop Sida, Barcelona.

Antecedentes: A partir de 1998 diferentes estudios en la literatura han señalado un aumento de la incidencia de HIV y de los comportamientos de riesgo en hombres homosexuales (HSH) que, en parte, se ha atribuido al cambio de percepción de la gravedad de la enfermedad tras la introducción de los tratamientos antirretrovirales (TAR). Esta comunicación tiene como objetivo estudiar la asociación entre la percepción de menor riesgo debido a la existencia de TAR y el comportamiento sexual de riesgo en HSH.

Métodos: Como parte de la monitorización de prevalencia de HIV y de comportamientos en HSH, en Barcelona se llevan a cabo encuestas trasversales de forma bialde desde 1993. Los sujetos de estudio son contactados personalmente y se les entrega un cuestionario autoadministrado y a retornar por correo en saunas, sex-shops, un parque y por correo, a través del listado de socios de la Coordinadora Gay-Lesbiana. En las encuestas de 1998 (tasa de retorno 28%, n = 713) y del 2000 (tasa de retorno 23%, n = 828) se introdujeron preguntas sobre información y percepción de los comportamientos ante la existencia de los tratamientos antirretrovirales. Se han calculado odds ratios ajustados (ORA) por edad y año de estudio a través de un análisis de regresión logística. Se ha utilizado como variable independiente la práctica de penetración anal no protegida (PNP) con parejas ocasionales en los 12 meses anteriores a la encuesta, y como variables dependientes las afirmaciones que hacían referencia a información y percepción ante los TAR y la PEP.

Resultados: Aquellas personas que refirieron que "Con los TAR es posible que los seropositivos no transmitan la infección por HIV" y que "Es posible evitar la infección después de una relación sexual potencialmente de riesgo" practican más la PNP (ORA 1,9[1,1-3,4], y 1,7[1,0-2,8] respectivamente) También se ha observado una asociación estadísticamente significativa entre la percepción del propio comportamiento debido a la existencia de TAR y la práctica de PNP. Con los TAR: "Tengo menos miedo de verme positivo" (ORA = 1,9[1,3-2,8]); "Presto menos atención a la prevención" (ORA = 6,2[3,8-10,1]); "Me preocupo menos si he corrido algún riesgo de infectarme" (ORA = 5,5[3,5-8,9]). También se presentaron los resultados en función de la percepción que tienen del comportamiento en general (no el personal) de los HSM ante los TAR y en función del estatus serológico conocido.

Conclusiones: Estos datos, aunque no permiten establecer una relación causal, sugieren que la percepción de la existencia de tratamientos farmacológicos para el HIV que pueden evitar la infección o disminuir su impacto, pueden tener un efecto de relación en los comportamientos de protección en HSH, y debería tenerse en cuenta a la hora de diseñar las intervenciones preventivas.

328

TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH EN UNA POBLACIÓN DE MUJERES RECLUSAS. CENTROS PENITENCIARIOS DE CATALUÑA 1997-2001

V. Humet, P. García de Olalla, T. Quiroga, J. Gual, R. Guerrero, J.A. Caylà y A. Laliga

Sanitat Penitenciaria, Direcció General de Serveis Penitenciaris i Rehabilitació, Barcelona. Epidemiologia, Institut Municipal de Salut Pública, Barcelona. Centre Penitenciari de Dones, Serveis Penitenciaris, Barcelona. Hospital de Terrassa, Serveis Penitenciaris, Terrassa.

Antecedentes y objetivo: En los centros penitenciarios de Cataluña aproximadamente un 7% de los reclusos corresponden a mujeres. Durante los años 1997-2001, la población media anual de mujeres fue 446, siendo la prevalencia de infección del VIH del 20%. La cesárea, el tratamiento con AZT y la lactancia artificial se encontraban entre las recomendaciones de las políticas de prevención de la transmisión vertical del VIH en dicho período. El objetivo de este estudio es determinar la tasa de transmisión vertical en un colectivo de mujeres con embarazos a término en condiciones de reclusión.

Métodos: Se analizan los datos, recogidos de manera sistemática por el Servicio de Sanidad Penitenciaria de la Dirección General de Servicios Penitenciarios y Rehabilitación de Cataluña, de las mujeres con embarazo a término en las instituciones penitenciarias de Cataluña (IIPP) entre los años 1997-2001. Se estudian las siguientes variables: referentes a la madre -edad, país de origen, lugar de residencia habitual, nivel de estudios, número de hijos anteriores, uso de drogas, Programa de mantenimiento con metadona (PMM), propuesta de interrupción voluntaria del embarazo (IVE), situación penitenciaria, tipo de parto, infección por VIH (VIH), tratamiento antirretroviral (ARV), y resultados de serologías del virus de la hepatitis B y C (VHB, VHC) - Variables referentes al recién nacido - diagnóstico de infección del VIH mediante el PCR (Polymerase Chain reaction), serologías (VHB, VHC), síndrome de abstinencia en el niño, y tipo de lactancia -.

Análisis: Estudio descriptivo

Resultados: De un total de 2232 mujeres internadas en los centros penitenciarios durante el período del estudio, 51 (2,28%) tuvieron un embarazo a término. La edad media en el momento del parto fue de 29 años (desviación típica: 6 años), el 78% había nacido en España (63% en Cataluña, 15% en otras comunidades autónomas) y el 22% en el extranjero. El 88% de ellas residía en Cataluña. El 28% eran analfabetas y el 63% habían realizado estudios primarios. El 39% eran primíparas, 21 (41%) eran usuarias activas de drogas por vía parenteral (UDI), y de estas sólo 14 (67%) se encontraban en un PMM. El 27,5% (14/51) fueron VIH positivas. De éstas 86% eran españolas. La interrupción voluntaria del embarazo se propuso a 10 (71%) mujeres entre las VIH positivas, ninguna aceptó. En todos los partos de mujeres VIH positivas se practicó la cesárea y todas recibieron tratamiento ARV. El total de recién nacidos fue de 52 (51 vivos y uno muerto). El PCR fue en todos los niños negativo (intervalo de confianza del 95%: 0%-23%). Todos recibieron lactancia artificial.

Conclusión: La prevalencia de infección VIH en estas mujeres es muy alta, y aunque, la muestra es pequeña, estos datos sugieren que las medidas de prevención de la transmisión vertical en estas poblaciones deben ser extremas.

327

EXPOSICIÓN ACCIDENTAL NO OCUPACIONAL AL VIH. RESULTADOS DEL REGISTRO EUROPEO DE PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN NO OCUPACIONAL (NONOPEP) AL VIH.

J. Almeda, B. Germaine Simon, J. Casabona, F. García Alcaide, F. Pujol, C. Tural, J. del Romero, D. Rey, por el Grupo Euro-NONOPEP
CEESCAT, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. Dto. Enfermedades Infecciosas, Hospital Clínic, Barcelona. Unidad VIH, Hospital Doce de Octubre, Madrid. Unidad HIV, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. Unidad VIH y ETS, Centro Sandoval, Madrid. Observatoire Regionale de la Santé, Marseille, France. European Commission, DGHC - G4, 2000CVG4-022.

Antecedentes: Aunque sólo existen datos indirectos de la eficacia sobre la profilaxis de post-exposición no ocupacional (NONOPEP), su uso está ampliamente extendido. En abril de 2001 se puso en marcha un registro europeo (Comisión Europea, DGHC) en 14 países, para evaluar la viabilidad de las recomendaciones, y eventualmente la efectividad de NONOPEP. Nuestros objetivos son describir las características de los individuos expuestos, los tipos de exposiciones, evaluación de riesgo y tipo de tratamientos antirretrovirales (ART) prescritos, su tolerancia y adherencia.

Métodos: Se recogen prospectivamente datos epidemiológicos, clínicos y biológicos con visita de seguimiento al mes y 6 meses de los individuos que consultan después de una exposición no ocupacional al VIH, reciben finalmente o no ART.

Resultados: A fecha 30/03/2002, se han reclutado 598 casos: 327 (54,7%) por vía sexual, 200 (33,4%) por vía parenteral, y 71 (11,9%) por otros tipos de exposiciones. El 65,1% eran hombres, y la mediana de edad de 30 años (3-76) en el conjunto. El tiempo medio entre la exposición y la primera consulta fue de 19 horas. En el 66,6% de los casos, el estatus respecto al VIH de la persona fuente era desconocido. En 438 (73,2%) casos, los médicos que atendieron el caso notificaron un cálculo del riesgo con 69 (15,8%) de los casos considerados como exposiciones de alto, 148 (33,7%) medio y 221 (50,4%) bajo riesgo. Globalmente el 57% de individuos expuestos recibieron ART, y 28,7% en las exposiciones evaluadas de bajo riesgo. Las pautas de ART incluyeron: 3 (77,6%), 2 (13,9%) y 4 fármacos (8,5%). El seguimiento a 1 mes se cumplió en un 55,7% de casos, y en un 26,5% a 6 meses. 99 de 205 casos tratados y vistos al mes siguiente (47,7%) aquejaron algún efecto secundario. 5 de estos casos interrumpieron su tratamiento por estos efectos y otros 5 por otras razones. Observamos algunas diferencias significativas entre los países con recomendaciones oficiales para NONOPEP y los que no poseen, como: un índice más alto de las prescripciones (71,4% contra 45,4%, p < 0,001) y un índice más bajo de la mala adherencia a los tratamientos (5,9% contra 17,8%, p = 0,01). Finalmente, sólo se ha producido una seroconversión en un caso tras una relación homosexual, habiendo recibido tratamiento a las 2,5 horas de la exposición durante 4 semanas y con buena adherencia al tratamiento.

Conclusiones: Los accidentes con exposición al VIH por vía sexual son la razón principal de la consulta para NONOPEP, siendo en la mayoría de los casos de bajo riesgo. Un porcentaje importante de éstos casos, considerados de bajo riesgo de infección reciben tratamiento. Los datos confirman la necesidad de estandarizar las recomendaciones de NONOPEP que contribuyan a mejorar la prescripción en función del riesgo, y de aumentar el conocimiento de sus efectos secundarios potenciales. Los registros de NONOPEP son una buena herramienta para monitorizar esta práctica, aunque el seguimiento a los 6 meses es difícil de completar. Y por otra parte constituyen la única forma de evaluar su eficacia, pues un ensayo clínico está descartado por razones éticas y logísticas.

329

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS NIÑOS INFECTADOS POR EL VIH POR TRANSMISIÓN VERTICAL, NACIDOS EN CATALUÑA ENTRE 1997 Y 2001

F. Ramos, M.T. García Fructuoso, J. Almeda, J. Casabona y Grupo NENEXP

Centre d'Estudis Epidemiològics de la Sida a Catalunya, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. FIPSE, N° proyecto, 3081/99.

Antecedentes: Las medidas de prevención de la transmisión vertical (TV) del VIH incluyen desde 1996 el uso de zidovudina en la gestación, parto y neonato (ACTG 076), o tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), cesárea electiva, y supresión de la lactancia materna. En Cataluña, donde estas medidas son aplicables en los últimos 5 años, han seguido reportándose casos de SIDA pediátrico según el Registro de SIDA, desconociéndose el número de infectados. Los objetivos son: Conocer el número de niños infectados verticalmente por el VIH nacidos en Cataluña desde 1997 al 2001 y los factores relacionados con la transmisión. Y estimar las tasas de TV anual en este período en Cataluña.

Métodos: Para conocer los niños infectados y nacidos en este período se ha efectuado un revisión sistemática de historias clínicas en los servicios de Pediatría de todos los hospitales de Cataluña. Para conocer el número total de niños hijos de madre HIV+ se han utilizado dos fuentes: a) un estudio de seroprevalencia mediante cribado anónimo no relacionado para VIH en todos los recién nacidos de Cataluña, de 1997 a 1999; y b) un registro de casos prospectivo de hijos nacidos vivos de madres HIV+ en Cataluña (NENEXP-FIPSE 3081/99).

Resultados: Se identificaron 28 casos, que por año de nacimiento de 1997 a 2000 fueron 9, 9, 8 y 2 respectivamente, no habiéndose identificado ningún caso nacido en el año 2001. De 16 gestantes conocidas VIH positiva antes o durante el embarazo, 7 no realizaron profilaxis durante el embarazo (6 rechazos de la madre), 5 realizaron el protocolo ACTG 076 o terapias combinadas con buena adherencia y el resto mostró mala adherencia. De 12 diagnosticadas después del parto, 4 fueron embarazos no controlados y en el resto (3 controlados y 3 poco controlados) no se practicó ninguna serología para VIH. Sólo se practicó 1 cesárea electiva a una mujer con mala adherencia a la profilaxis antirretroviral. Los porcentajes estimados de TV desde 1997 al 2000 serían respectivamente: 6,4%, (IC 95% = 2,98-11,8), 9%, (IC 95% = 4,19-16,4), 6,9%, (IC 95% = 3,0-13,1) y 1,7%, (IC 95% = 0,2 - 5,8).

Conclusiones: Las tasas de TV han disminuido a lo largo del período de estudio y son similares a las de nuestro entorno, con un incremento paulatino en la aplicación de las medidas de prevención. No obstante sigue habiendo casos corregibles de rechazo a la profilaxis y mala adherencia en la gestante HIV+, y falta de aplicación de cesárea electiva y/o zidovudina en el neonato, cuando la gestante no ha sido diagnosticada y/o el embarazo mal controlado. Para corregirlo, se sugiere ofrecer el test diagnóstico a toda gestante que desconozca su estado serológico respecto al VIH, no sólo en el primer trimestre sino también en el tercero si se sospecha exposición al VIH, y en caso de gestaciones mal controladas antes o durante el parto mediante técnicas de lectura rápida.

FORMULACIÓN DE POLÍTICAS DE SIDA: ANÁLISIS COMPARADO DE LOS PROGRAMAS ESTATALES DE SIDA DE ESPAÑA, FRANCIA, SUIZA, INGLATERRA, IRLANDA, CDC Y CANADA

C. Moya García, N. Ramón Bou, R. Peiró Pérez y M.I. Pasarín

Centro de Salud Pública de Alzira; Escuela Valenciana de Estudios para la Salud; Institut Municipal de la Salut de Barcelona. Parcialmente financiado por una beca de Merck & Co., Inc Whitehouse St. N.J., USA

Antecedentes y objetivos: Los Planes de Salud como políticas explícitas para abordar los problemas y necesidades de salud se han desarrollado especialmente en los últimos años. Los Planes de Salud serían el primer paso en el proceso de puesta en marcha de políticas, careciéndose de experiencia suficiente en su implantación y evaluación. Este trabajo forma parte de una investigación más amplia en el que se define un modelo general de análisis que es el que aplicamos aquí para el estudio de la infección por VIH y SIDA en los programas de SIDA de siete países con un nivel socioeconómico y sanitario semejante. El objetivo general es comparar la formulación de las políticas desarrolladas para el abordaje de la infección por VIH y SIDA en los programas específicos establecidos en España (2001-2005), Francia (2001-2004), Suiza (1999-2003), Inglaterra (2001), Irlanda (2000), CDC (2001-2005) y Canadá (2001-2005).

Métodos: Se ha realizado: 1) un estudio descriptivo de los planes identificando la información respecto a tres dimensiones: estructuración formal del documento, comparación de los indicadores que describen la situación en cada país y el tipo de estrategia utilizada para la elaboración del plan, de acuerdo con los criterios propuestos por la OMS para la formulación de políticas de salud (metas y objetivos, prioridades entre los objetivos propuestos y principales direcciones para conseguirlos); y 2) mediante una adaptación del modelo matricial descrito por Haddon, se analiza la orientación de las políticas, en función de dos dimensiones, tiempo y nivel de intervención (desde el plano individual hasta el social).

Resultados: La estructura que siguen los programas estudiados es muy similar a la propuesta por la OMS y sólo Irlanda se distancia de este modelo. El plan del CDC es el más completo en cuanto a número y tipo de indicadores que maneja y de elementos identificados por la OMS. El resto de programas tiene un desarrollo desigual de los mismos. En el análisis comparado de las intervenciones establecidas en los programas de SIDA de los siete países indicados, se observa un mayor número de celdas identificadas respecto al modelo en los programas de SIDA del CDC, Irlanda y Suiza, y el menor número en los programas de España y Canadá. En cuanto a la orientación de las políticas establecidas, se observa que los del CDC, Inglaterra e Irlanda son similares en su orientación, interviniendo sobre todo a nivel individual y social, y el de Canadá tiene un carácter más individual en la formulación de sus políticas de SIDA.

Conclusiones: Existe mucha heterogeneidad en la estructuración y los indicadores utilizados en los programas. Los conceptos de metas, objetivos y prioridades aparecen poco definidos. En todos los países se manifiesta un predominio de las intervenciones individuales sobre las sociales.