

## VACUNAS Y VIH-SIDA

Jueves 6 de octubre de 2011. 15:30 a 17:30 h

Hall – Facultad de Medicina

Carteles electrónicos

*Modera: Isabel Pachón*

---

### 172. SEGURIDAD DE LA VACUNA ANTIGRIPIAL CON EL ADYUVANTE MF59. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

J. Ruiz-Aragón<sup>a</sup>, S. Márquez-Peláez<sup>a</sup>, R. Yang<sup>a</sup>, R. Rodríguez López<sup>a</sup>, J.M. Molina Linde<sup>a</sup>, F. García<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía;

<sup>b</sup>Consejería de Salud, Junta de Andalucía, Sevilla.

**Antecedentes/Objetivos:** La gripe es un problema de salud pública relevante a nivel mundial. Las nuevas vacunas con adyuvantes ofrecen interesantes perspectivas en la prevención de la enfermedad. El objetivo de esta revisión sistemática ha sido evaluar la seguridad del adyuvante MF59 en la vacuna de la gripe estacional.

**Métodos:** Se realizó una revisión sistemática, comprendida en el periodo 2000-2011. Las bases de datos utilizadas fueron MedLine, Embase, Centre for Reviews and Dissemination y la Cochrane Library. Los términos MESH usados fueron: “influenza vaccines”, “safety”, “adjuvant”, y como términos libres “vaccine” y “MF59”. Como criterios de inclusión se seleccionaron ensayos clínicos con pacientes adultos vacunados frente a la gripe estacional con vacunas adyuvadas (MF59) frente a otras vacunas antigripales o placebo y que presentaran resultados de seguridad. La calidad fue evaluada con la lista de comprobación CASPe.

**Resultados:** Se localizaron 125 referencias, seleccionándose 13 ensayos clínicos que cumplían los criterios de inclusión. Estos ensayos analizaban la seguridad de la vacunación con el adyuvante MF59 en 5.633 personas; 2.797 pacientes recibían la vacuna adyuvada y 2.836 recibían otra vacuna o eran tratados como grupo control. El rango de reacciones locales varió entre 10-60% en el grupo de intervención frente a un rango de 8-31% en el grupo control. Las reacciones más frecuentes fueron dolor (6,6-90% en el grupo intervención frente a 2,02-64% en el grupo control), induración (0,5-22% en el grupo intervención frente a 2-17% en el control) y eritema (1,5-30% en el grupo intervención frente a 1,5-2% en el grupo control). Las reacciones sistémicas variaron en-

tre 0-33% en el grupo intervención frente a 2-24% en el control. Las reacciones más frecuentes encontradas fueron escalofríos (3-28% en el grupo intervención frente a 2-10,2% en el control), malestar general (2,4-33,3% en el grupo intervención frente a 0-18,4% en el control) y cefalea (3-42% en el grupo intervención frente a 2-41% en el grupo control). La calidad de los ensayos clínicos fue moderada-alta.

**Conclusiones:** Los estudios analizados mostraron un buen perfil de seguridad y tolerabilidad. No existieron diferencias estadísticamente significativas en las reacciones, locales o sistémicas, entre el grupo de intervención y el grupo control. No se describieron efectos adversos serios con la vacuna.

### 173. LA VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL EN PERSONAL SANITARIO. CANARIAS, TEMPORADAS 2007-2008 A 2010-2011

A. García Rojas<sup>a</sup>, P. Matute Cruz<sup>a</sup>, N. Abadía Benítez<sup>a</sup>, P. García Castellano<sup>a</sup>, J. Solís Romero<sup>a</sup>, M.D. Trujillo Herrera<sup>a</sup>, D. Núñez Gallo<sup>a</sup>, M.C. Pérez González<sup>a</sup>, F. Artiles Campelo<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Epidemiología y Prevención; <sup>b</sup>Servicio de Microbiología.

**Antecedentes/Objetivos:** El colectivo sanitario ocupa un lugar fundamental dentro de los grupos diana a los que va dirigida la vacunación antigripal. A pesar de ello, las coberturas que históricamente se han conseguido en Canarias en este grupo han sido muy bajas. Se presentan los resultados obtenidos en los profesionales de los centros sanitarios públicos de Canarias, desde la temporada 2007-2008 a 2010-2011

**Métodos:** Se entendió como sanitario a cualquier persona que desarrollara su actividad laboral en un centro sanitario asistencial. Se estudiaron las coberturas de las vacunas estacionales en las temporadas señaladas y de la estacional y pandémica en la temporada 2009-2010. Como numerador se empleó el número de ambas vacunas administradas al grupo estudiado, y como denominador el personal adscrito al sector público

**Resultados:** Mientras que las coberturas logradas con la vacuna estacional habían ido verificando un crecimiento constante hasta la última temporada estudiada, crecimiento especialmente llamativo en la temporada 2009-2010 (2007-2008: 24%; 2008-2009: 25,3%, y 2009-2010: 50,8%), en la que se verificó una vacunación estacional y otra pandémica, la obtenida frente a la vacuna pandémica fue muy baja (18,76%). Por otro lado, la cobertura lograda en la temporada 2010-2011 (17,74%) fue incluso más baja que la obtenida con la vacuna pandémica

**Conclusiones:** La diferencia en los resultados obtenidos puede estar indicando la diferente percepción de riesgo que los sanitarios tenían frente a la gripe estacional y la pandémica, así como hacia las características de las 2 vacunas. Al mismo tiempo, la bajada de cobertura en la última temporada estudiada hace necesario incrementar los esfuerzos dirigidos a aumentar los resultados en este grupo poblacional.

### 182. RECOMENDACIONES SOBRE PRUEBA VIH EN POBLACIÓN INMIGRANTE Y MINORÍAS ÉTNICAS: IMPLEMENTACIÓN EN LA UE

D. Álvarez-del Arco<sup>a,b</sup>, S. Monge<sup>a</sup>, A.M. Caro<sup>a</sup>, N. Teymur<sup>a</sup>, J. del Amo<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII; <sup>b</sup>Universidad Rey Juan Carlos; <sup>c</sup>European Centre of Disease Prevention and Control.

**Antecedentes/Objetivos:** En el contexto de un proyecto de investigación para el European Centre of Disease Prevention and Control (ECDC) se realizó un estudio cualitativo para identificar buenas prácticas orientadas a incrementar la realización de la prueba VIH en inmigrantes y minorías étnicas (I/ME) y asegurar servicios de calidad en los países de la UE/EEE/AELC.

**Métodos:** Se realizaron 2 entrevistas grupales de 15 personas cada una y entrevistas en profundidad a 13 informantes clave. Los participantes fueron informantes clave (IC) de instituciones gubernamentales y no gubernamentales. El número de entrevistas (11) fue determinado en base a razones logísticas y criterios de saturación de la información. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas. Se realizó un análisis descriptivo de la información recavada.

**Resultados:** Los entrevistados manifestaron que la implementación real de las estrategias nacionales supone un reto, especialmente en el caso de países con políticas de cribado universal. En los contextos de estrategias opt-out o de ofrecimiento rutinario de la prueba a I/ME, las opiniones fueron divergentes, señalándose los beneficios del diagnóstico temprano pero también los problemas relacionados con la estigmatización de estos colectivos. Por otro lado, los IC consideraron que las estrategias de rutinización de la prueba dirigidas al conjunto de la población pueden contribuir a la normalización de la prueba de VIH y a la reducción del estigma, pero pueden resultar fallidas a la hora de llegar a poblaciones con limitado acceso a los servicios sanitarios. Mientras las mujeres inmigrantes se realizan la prueba durante el embarazo, con elevadas tasas de aceptación, hay pocas iniciativas que promuevan la prueba de VIH en hombres heterosexuales. Iniciativas como la realización de la prueba VIH en entornos comunitarios son excelentes para llegar a los individuos más difíciles de alcanzar.

**Conclusiones:** Desarrollar estrategias para promover la realización de la prueba de VIH específicamente dirigidas a población inmigrante/minorías es una cuestión que genera controversias. Además de las estrategias para la población general, es necesario implementar iniciativas para la promoción de las pruebas de VIH en entornos comunitarios. Llegar a los hombres inmigrantes heterosexuales continúa siendo un reto.

Financiación: European Centre of Disease Prevention and Control.

### 252. PATOLOGÍA ASOCIADA A VIH EN PACIENTES INMIGRANTES HOSPITALIZADOS EN VALENCIA, 2006-2010

E. Navarro-Calderón<sup>a</sup>, I. Abad<sup>b</sup>, R. Borràs<sup>c</sup>, F.J. Roig<sup>a</sup>, R. Romero<sup>d</sup>, F. Taberner<sup>e</sup>, A. Salazar<sup>a</sup>

<sup>a</sup>C. Sal. Pública, Valencia; <sup>b</sup>Departamento de Historia de la Ciencia y Documentación, Facultad de Medicina; <sup>c</sup>Departamento de Microbiología, Facultad de Medicina; <sup>d</sup>UDCA, Hospital Universitario Dr. Peset; <sup>e</sup>UDCA, Hospital Clínico Universitario.

**Antecedentes/Objetivos:** El principio del milenio ha supuesto grandes cambios sociodemográficos en la población española debidos, fundamentalmente, al impacto del fenómeno migratorio iniciado en la última década del siglo XX. Aunque la incidencia de casos de sida en la Comunidad Valenciana tiende a disminuir, la proporción de inmigrantes aumenta cada año. Es objeto de nuestra investigación determinar qué patologías se asocian en pacientes inmigrantes hospitalizados con VIH y en qué colectivos se da mayoritariamente.

**Métodos:** Se diseñó un estudio longitudinal retrospectivo recuperando diagnósticos al alta de población inmigrante hospitalizada en nuestra área metropolitana. Definición de sujeto a estudio: "Aquel cuyo país de nacimiento fue desconocido o diferente a España, que causó una estancia igual o mayor a 24 horas en alguno de los 5 hospitales públicos del área, entre 01/01/06 y 31/12/10". El perfil de recuperación fue común a todos los servicios de admisión e incluye el diagnóstico principal así como el segundo y tercer diagnóstico. Los datos de filiación fueron contrastados con el SIP (Sistema de Información Poblacional) a fin de disminuir pérdidas. Se presentan los datos más relevantes en forma de frecuencias relativas y tasas de ingresos de población afectada y patologías asociadas a VIH.

**Resultados:** 318 fueron las altas relacionadas con VIH, suponiendo el 10,62% del total de las enfermedades transmisibles. Éstas se produjeron fundamentalmente en varones (n = 175; 55%). La proporción

aumenta hasta el 70,7% en pacientes que tenían VIH y tuberculosis (58 altas). Las patologías más frecuentemente ligadas a VIH fueron las relacionadas con enfermedades transmisibles (n = 167; 26,3%), del aparato respiratorio (n = 56, 8,81%), fundamentalmente por procesos infecciosos, y del aparato digestivo (n = 43; 6,76%). La tuberculosis fue la enfermedad transmisible principalmente relacionada, siendo su localización generalmente pulmonar y miliar (38,03 y 30,99%, respectivamente). El 8,18% de los casos se asociaba a procesos micóticos, recogidos mayoritariamente en 2.º y 3er diagnóstico. Las tasas x 103 ingresos se muestran mayores en africanos (t = 18,91) y europeos (t = 5,76), mientras que la asociación de VIH con tuberculosis se da principalmente en africanos (t = 4,81) e inmigrantes provenientes del Mediterráneo Oriental (t = 1,07).

**Conclusiones:** Los varones son el grupo poblacional que mayoritariamente ingresa por VIH, siendo el colectivo africano el que presenta mayores tasas. Esta infección se asocia fundamentalmente con otros procesos infecciosos y especialmente con tuberculosis y micosis.

### 257. TEST RÁPIDOS DE VIH EN FARMACIAS DE CASTILLA Y LEÓN. PRUEBA PILOTO 2011

H. Marcos Rodríguez, C. Ruiz Sopeña, S. Fernández Arribas, A. Pérez Rubio

*Dirección General de Salud Pública e Investigación, Desarrollo e Innovación, Consejería de Sanidad, Junta de Castilla y León, Valladolid.*

**Antecedentes/Objetivos:** La Consejería de Sanidad y el Consejo de Colegios Profesionales de Farmacéuticos de Castilla y León firmaron un convenio de colaboración a finales de 2010 para la detección precoz del VIH en las farmacias de la comunidad, que comenzó el 1 de diciembre. Inicialmente la prueba piloto está planteada para la realización de 1.000 test. Participan 16 oficinas de farmacia repartidas en todas las provincias de la comunidad. La realización del test es anónima, se atiende de forma inmediata respetando la privacidad y confidencialidad. Objetivo: Describir las características epidemiológicas de los usuarios de los test rápidos de VIH, sus prácticas de riesgo y el funcionamiento del estudio piloto a la mitad de su desarrollo.

**Métodos:** Análisis descriptivo de los primeros 4 meses de funcionamiento de la prueba piloto. Los datos sobre edad, sexo, residencia, prácticas de riesgo y motivos de realización de la prueba se recogen en un cuestionario que el usuario cumplimenta de forma anónima. La técnica utilizada es Determine VIH ½ Ag/AB Combo.

**Resultados:** Se han realizado 530 tests, más del 50% de las pruebas contempladas en la prueba piloto. En diciembre de 2010 se realizaron 224, en enero 103, 101 en febrero y 102 en marzo. Se solicitan de forma homogénea a lo largo de todos los días del mes y la media es de 17 test diarios en la Comunidad. El 70,9% son hombres, el 27,7% mujeres. La edad media es de 34,7 años (rango 16-75). El 80,8% son residentes en Castilla y León y un 2,8% proviene de otras CC.AA. España es el país de origen en el 88,9%. Ya había realizado una o varias veces el test el 39,9% de los usuarios. Las relaciones sexuales de penetración vaginal sin preservativo son el principal motivo, 50,5%, seguido por otros (22,5%). El tercer motivo, las relaciones sexuales de penetración anal sin preservativo, con un 10,2%. El tiempo transcurrido entre la práctica de riesgo y la realización de la prueba es superior a los 3 meses en el 71,3%. La rapidez y la comodidad es el motivo principal para la elección de las oficinas de farmacia como centro para la realización del test VIH (45,3%).

**Conclusiones:** Durante los 4 primeros meses de funcionamiento ya se ha realizado más del 50% de pruebas del estudio piloto. Podemos considerar normalizada la prueba. El test es solicitado por varones, de 36 años de edad, residentes en Castilla y León y españoles. No conocían su estado serológico y la penetración vaginal sin preservativo es el primer motivo para realizarse el test. La rapidez y comodidad junto con la campaña publicitaria realizada han sido los motivos de elección de la oficina de farmacia.

### 390. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y EFECTIVIDAD DEL TARGA EN UNA COHORTE DE SEROCONVERTORES (1986-2009)

S. Monge<sup>ab</sup>, J. del Romero<sup>bc</sup>, C. Rodríguez<sup>bc</sup>, C. de Mendoza<sup>b</sup>, M. de Górgolas<sup>b</sup>, J. Cosín<sup>b</sup>, F. Drona<sup>b</sup>, E. Pérez-Cecilia<sup>b</sup>, J.M. Peña<sup>b</sup>, I. Santos<sup>b</sup>, R. Rubio<sup>b</sup>, J. del Amo<sup>ab</sup>

<sup>a</sup>CNE-ISCIII; <sup>b</sup>Grupo Seroconvertores Comunidad de Madrid; FIPSE; <sup>c</sup>CS Sandoval.

**Antecedentes/Objetivos:** La monitorización de la efectividad poblacional del TARGA y la identificación de factores sociodemográficos asociados resulta fundamental para orientar las intervenciones. Los datos de estudios epidemiológicos como las cohortes de seroconvertores complementan los de ensayos clínicos y sistemas de vigilancia.

**Métodos:** Cohorte abierta y prospectiva de seroconvertores al VIH reclutados en el Centro Sanitario Sandoval (1986-2009) y seguidos en colaboración con hospitales de la Comunidad de Madrid. Se realizaron cruces con los registros de sida y mortalidad para recuperar eventos no detectados en el seguimiento clínico. El periodo calendario (< 1997; = 1997), proxy de la disponibilidad de TARGA, se introdujo como variable cambiante en el tiempo. Como variables sociodemográficas se incluyeron nivel de estudios al reclutamiento, categoría de transmisión, país de origen, sexo y edad en el momento de la seroconversión. Se realizó un análisis de supervivencia. Se calculó la incidencia acumulada de sida y muerte mediante decrementos múltiples y se identificaron los factores asociados mediante modelos predictivos de Fine & Gray.

**Resultados:** Se identificaron 479 seroconvertores con mediana de seguimiento en consulta de 3,7 años (RIC: 1,2-9,2). El riesgo global de progresión a sida a los 10 años fue del 20% y a muerte del 7%. El riesgo de sida disminuyó un 78,5% (IC: 48,1-89,0; p < 0,01) en el periodo = 1997. En la era preTARGA, la edad mostró aumentar el riesgo un 7% (IC: 3,8-10,5; p < 0,01) por cada año más, efecto que desaparece a partir de 1997. Por el contrario, el nivel educativo, que no tenía efecto antes de 1997, tras la aparición del TARGA se observa que el mayor nivel educativo se asocia a un 55,5% menos de riesgo (IC: 80,8 menos-3,1 más; p = 0,06). Respecto al riesgo de fallecer, fue un 86,6% menor (IC: 65,4-94,8; p < 0,01) después de 1997. Las personas de estudios altos tuvieron un 61,7% menos de riesgo (IC: 12,5-83,2; p = 0,02) y por cada año más de edad el riesgo aumentó un 4,8% (IC: 1,4-8,4; p < 0,01), siendo estos efectos homogéneos en ambos periodos. No se observó efecto de la categoría de transmisión.

**Conclusiones:** El riesgo de progresión a sida y muerte desde la seroconversión al VIH ha disminuido en gran medida a partir de 1997, lo que confirma la efectividad del TARGA en esta cohorte de Madrid. Sin embargo, ésta se ve influida por la edad en el momento de la infección y por el nivel educativo, lo que señala la importancia de un abordaje global del paciente y de implementar políticas que disminuyan las desigualdades sociales en salud.

### 450. INFECCIÓN POR VIH NO CONOCIDA EN DIAGNÓSTICOS DE SÍFILIS Y GONOCOCIA EN UNA RED DE CENTROS DE ITS

A. Díaz<sup>a</sup>, C. Garriga<sup>a</sup>, J. Suárez<sup>b</sup>, J.M. Ureña<sup>b</sup>, J.A. Varela<sup>b</sup>, E. Fernández<sup>b</sup>, I. Sanz<sup>b</sup>, J. Boronat<sup>b</sup>, P. Gómez<sup>b</sup>, F. Gual<sup>b</sup>, C. Colomo<sup>b</sup>, J. López de Munain<sup>b</sup>, V. Esteban<sup>b</sup>, M.L. Junquera<sup>b</sup>, B. Martínez<sup>b</sup>, I. Pueyo<sup>b</sup>, M. Díez<sup>a</sup>, por el Grupo de Trabajo sobre ITS

<sup>a</sup>CNE; <sup>b</sup>Centros del Grupo de Trabajo sobre ITS.

**Antecedentes/Objetivos:** Analizar las características de pacientes diagnosticados de sífilis y/o gonococia coinfectados por el VIH que desconocían su situación frente al VIH antes del diagnóstico de esas enfermedades.

**Métodos:** Estudio descriptivo. Ámbito: 13 centros de diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS) e instituciones penitenciarias. Periodo: julio 2005-diciembre 2009. Se recogió información clínico-epidemiológica en un cuestionario estandarizado. Se realizó un análisis descriptivo, bivalente y multivalente utilizando la *odds ratio* (OR) y su intervalo de confianza al 95% (IC 95%) como medida de asociación.

**Resultados:** En total se identificaron 3.109 casos de sífilis y/o gonococia, de los que 383 (12,3%) estaban coinfectados con el VIH. De ellos, 133 (34,7%) desconocían su seroestatus frente al VIH. La mayor parte fueron hombres (94,0%), con una media de edad de 33 años (DE: 10,3), un 72,9% eran españoles y el 52,6% tenían estudios secundarios o superiores. El 79,7% eran hombres que habían adquirido la sífilis y/o gonococia a través de relaciones homosexuales, el 13,5% eran hombres y mujeres heterosexuales y el 6,8% eran hombres bisexuales. La prevalencia de personas que desconocían su seroestatus fue mayor en los jóvenes (50,0% en menores de 29 años frente a 21,7% en mayores de 40), menor en hombres homosexuales que en hombres/mujeres heterosexuales y hombres bisexuales (32,4, 50,0 y 75,0, respectivamente) y menor en aquellos con antecedentes de ITS (23,6 frente a 68,4%). Tras ajustar por sexo, nivel de estudios y lugar de origen, se encontró que el desconocimiento de su situación frente al VIH era más común en los menores de 29 años (OR: 2,6, IC 95%, 1,3-5,3) y de 29-35 años (OR: 2,0, IC 95%, 1,0-3,9) comparados con los mayores de 40; en los que referían una relación bisexual como mecanismo de transmisión más probable de la ITS comparados con hombres homosexuales (OR: 6,3; IC 95%, 1,4-27,8). Por el contrario, aquellos con antecedentes de ITS tenían mayor probabilidad de haber sido diagnosticados de VIH antes del episodio de sífilis y/o gonococia actual (OR: 0,2; IC 95%, 0,1-0,3).

**Conclusiones:** Más de un tercio de los pacientes con sífilis y/o gonococia e infección por el VIH diagnosticados en estos centros desconocía su situación frente al VIH, lo que subraya la importancia de ofertar la prueba de VIH a toda persona que consulte por cualquier ITS. Es necesario promover el diagnóstico precoz de la infección por el VIH en las poblaciones más vulnerables.

Financiación: FIPSE 36646/07.

## 700. ATENCIÓN SANITARIA FRENTE AL VIH-SIDA EN BAJA VERAPAZ (GUATEMALA): UNA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

M.C. Olmedo<sup>a</sup>, T. Blasco<sup>b</sup>, L. Otero<sup>c</sup>, B. Sanz<sup>c</sup>, P. Aparicio<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón; <sup>b</sup>Centro Nacional de Medicina Tropical, Instituto de Salud Carlos III; <sup>c</sup>Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III.

**Antecedentes/Objetivos:** Guatemala, con una tasa de prevalencia de VIH del 0,8% entre la población en edad reproductiva, presenta una de las tasas más altas de VIH de Centroamérica. Uno de sus departamentos, el de Baja Verapaz, se caracteriza por tener una población multicultural, plurilingüe y con importantes desigualdades socioeconómicas. Los recursos del sistema sanitario guatemalteco son escasos y la cobertura apenas alcanza a la población más vulnerable. El objetivo del estudio fue conocer las percepciones de los profesionales sanitarios en relación a la atención que presta el sistema sanitario frente al VIH/sida.

**Métodos:** Se realizó un estudio cualitativo utilizando como técnica la entrevista semiestructurada. Se llevó a cabo un muestreo intencional, en bola de nieve, a partir de informantes clave. Fueron realizadas 15 entrevistas a profesionales sanitarios: 9 trabajadores/as del sanitario público y 6 de una ONG local con responsabilidades en salud. Las entrevistas fueron grabadas previo consentimiento de los informantes. El análisis de los datos discursivos se realizó siguiendo las propuestas

de la teoría fundamentada, utilizando como *software* informático el programa Atlas.ti 6.0.

**Resultados:** Los profesionales perciben que a nivel gubernamental e institucional el VIH-sida es un problema invisibilizado. Asimismo, perciben que el sistema sanitario público guatemalteco no cuenta con suficientes recursos para abordar este problema. Los profesionales han detectado importantes barreras de acceso y utilización del sistema sanitario institucional, relacionadas con desigualdades socioeconómicas, étnicas y de género. Las necesidades de los profesionales sanitarios con respecto al abordaje del VIH/sida son formativas. También se detectaron necesidades en relación al trabajo preventivo en escuelas y comunidades con contenidos y materiales adecuados, la disponibilidad de recursos para realizar un correcto diagnóstico, tratamiento y seguimiento, y la coordinación inter e intrainstitucional.

**Conclusiones:** Desde el punto de vista de los profesionales sanitarios que participaron en este estudio, el sistema sanitario de Baja Verapaz (Guatemala) presenta importantes carencias para abordar la atención a pacientes con VIH/sida. Es necesario que los sistemas sanitarios públicos se hagan cargo de esta problemática, desarrollando políticas de formación y de adecuación de los recursos que respondan a las necesidades percibidas por los profesionales sanitarios.

Financiación: AECID (convenio ACP y ASECSA).

## 937. PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR EL VIH EN TRABAJADORES MASCULINOS Y TRANSEXUALES DEL SEXO EN MADRID

J. del Romero<sup>a</sup>, M. Mengel<sup>b,c</sup>, C. Rodríguez<sup>a</sup>, J. Ballesteros<sup>a</sup>, P. Clavo<sup>a</sup>, T. Puerta<sup>a</sup>, J. Pérez<sup>a</sup>, M. Vera<sup>a</sup>, I. Zaro<sup>d</sup>, A. Barrasa<sup>b,c</sup>, J. Castilla<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Centro Sandoval, SERMAS, Madrid; <sup>b</sup>ECDC, Estocolmo; <sup>c</sup>EN Epidemiología, Madrid; <sup>d</sup>Fundación Triángulo, Madrid; <sup>e</sup>Instituto de Salud Pública de Navarra.

**Antecedentes/Objetivos:** Los trabajadores masculinos del sexo (TMS) y las trabajadoras transexuales del sexo (TTS) son particularmente vulnerables a la infección por el VIH y otras ITS. El objetivo del estudio era describir la prevalencia del VIH y las características socio-demográficas de los TMS y TTS atendidos en una clínica de infecciones de transmisión sexual en Madrid.

**Métodos:** Se recogió información sobre todos los TMS y TTS que acudieron por primera vez a una clínica de ITS en Madrid, entre 2000 y 2009, solicitando la serología del VIH (ELISA y Western Blot). A todos los sujetos se les pasó un cuestionario anónimo estructurado.

**Resultados:** Fue analizado un total de 329 trabajadores del sexo: 248 TMS y 81 TTS. Durante el período analizado se observó un incremento en la población atendida, que pasó de 19 en el año 2000 a 45 en 2009. La edad media de los TTS (28,9 años; desviación estándar: 6,57) era superior a la de los TMS (26,2 años; desviación estándar: 5,7;  $p < 0,001$ ). La mayoría de los TTS procedían de Latinoamérica (92,6%) y el resto eran españoles. Los TMS procedían de Latinoamérica (68,6%), Europa del Este (13,3%), España (8,9%) y África (1,6%). El test del VIH resultó positivo en 28 TTS (34,6%) y en 42 TMS (16,9%) (tasa de prevalencia: 2,05;  $p = 0,006$ ). La alta prevalencia de la infección por el VIH se mantuvo en los TTS en los períodos comprendidos entre 2000-2004 y 2005-2009 (36,4 vs 34,3%;  $p = 0,9$ ). Sin embargo, entre los TMS la seroprevalencia sufrió un incremento del 11,7 al 19,3% ( $p = 0,07$ ). Los hombres mayores o igual a 30 años tuvieron un mayor incremento de la seroprevalencia que aquellos con edad inferior a 30 años (27,6 frente a 13,7%;  $p = 0,02$ ).

**Conclusiones:** Los trabajadores masculinos y transexuales del sexo en Madrid tienen una alta prevalencia del VIH. Es necesario establecer energéticos programas de intervención preventiva adaptados a estos colectivos.

### 938. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE VIH EN UNA CLÍNICA DE ITS

M. Vera, C. Rodríguez, I.C. González, M.C. Villa, R. Gómez, M. Raposo, T. Puerta, J. Pérez, J. del Romero

*Centro Sanitario Sandoval, SERMAS, Comunidad de Madrid.*

**Antecedentes/Objetivos:** Es importante definir el perfil de los pacientes recién diagnosticados de la infección por el VIH para permitir una mejor comprensión de su epidemiología y poder establecer estrategias preventivas más ajustadas. Nuestro objetivo es evaluar las características sociodemográficas y clínicas en los nuevos diagnósticos de VIH en una clínica de ITS en Madrid (España).

**Métodos:** Durante el período de enero a diciembre de 2009 se realizó un total de 6.671 serologías del VIH (ELISA y confirmadas por Western Blot). El 47% de los pacientes analizados eran hombres que tenían relaciones sexuales con hombres (HSH) (2% trabajadores masculinos del sexo [TMS]); 53% heterosexuales (HTX), (16% trabajadoras femininas del sexo [TFS]).

**Resultados:** De los 288 nuevos diagnósticos, el 91% eran HSH y un 9% eran HTX. La edad media fue de 30 años (28-32), el 82% tenía un nivel superior o medio de estudios y casi la mitad eran extranjeros (45,8%). El 80,5% refería tener serología negativa previa. Casi la mitad (42,4%) tenían un estado inmunológico no comprometido (CD4 > 500 células/ml), mientras que sólo 14 pacientes tenían menos de 200 CD4/ml (4,9%). En el momento del diagnóstico el 62% de los pacientes tenía otra infección de transmisión sexual (ITS) concomitante, siendo la más frecuente la sífilis (39,6%). El 62% tenía antecedentes de otras ITS. Bajo los efectos del alcohol y otras drogas, 128 pacientes relataban haber mantenido relaciones sexuales desprotegidas (44,4%).

**Conclusiones:** Es fundamental la realización de un despistaje de otras infecciones de transmisión sexual dada la elevada tasa de presentación concomitante en el momento del diagnóstico del VIH. El consumo de alcohol y otras sustancias tóxicas incrementa el número de prácticas sexuales desprotegidas. La promoción del diagnóstico temprano o precoz de la infección por el VIH debe ser uno de los componentes prioritarios de los programas de prevención y control de esta infección. Parece necesario intensificar las estrategias preventivas de la infección por el VIH, dirigidas específicamente a los HSH.

### 943. VACUNACIÓN INTERNACIONAL EN CASTILLA Y LEÓN, 2008-2010

C. Rodríguez Gay, M.J. Rodríguez Recio, M.M. Hernán Lauría, A. Pérez Rubio, Personal de los Centros de Vacunación Internacional de Castilla y León

*Dirección General de Salud Pública, Investigación, Desarrollo e Innovación, Consejería de Sanidad de Castilla y León.*

**Antecedentes/Objetivos:** Analizar la actividad de los CVI de Castilla y León durante 2008-2010 y el perfil de los viajeros que acuden a estos CVI durante 2010.

**Métodos:** Se ha realizado una explotación de los datos de la aplicación informática VIVA (vacunas y antipalúdicos para viajes internacionales) que recoge información referente a la actividad de los CVI de Castilla y León: datos de los viajeros, características de sus viajes y medidas sanitarias que se les han recomendado y administrado.

**Resultados:** Durante 2008-2010 un total de 28.068 viajeros (10.068 en 2008, 10.488 en 2009 y 8.362 en 2010) acudieron a los CVI de Castilla y León para recibir consejo sanitario antes de viajar a algún país extranjero; junio, julio y agosto los meses con mayor volumen de

consultas. En el mismo periodo se administraron 39.808 dosis (10.468 en 2008, 13.212 en 2009 y 16.128 en 2010) y se recomendaron 13.925 quimioprofilaxis antipalúdicas (4.783 en 2008, 4.341 en 2009 y 4.801 en 2010). De las 8.362 consultas realizadas en 2010, se dispone de datos de 6.425 (76,84%), un 51,13% fueron mujeres y un 0,55% de ellas estaban embarazadas. La edad media de los viajeros fue 36 años y la mediana 34 (rango 0-81 años). Un 17,11% de los viajeros presentaba alguna alteración en su salud. De los casos en los que se conoce el estado vacunal (8,98%), un 99,44% refería tener administradas todas las vacunas del calendario vacunal, aunque de ellos sólo el 1,01% presentaba su cartilla de vacunación. Respecto a las características de los viajes realizados por las personas que acudieron a nuestros CVI, la duración media fue 52,07 días y la mediana 18 días (rango 1 día a 3 años). El motivo del viaje en un 59,88% fue turismo y en un 17,75% visitas a familiares y amigos. Los destinos más frecuentes fueron el centro y sur de América (36,02%), Asia (31,02%) y África (30,84%), siendo los países más visitados La India (10,32%), Perú (5,95%) y Kenia (5,85%). Sólo un 0,74% de los viajeros tenía como destino un país europeo.

**Conclusiones:** Se puede observar una disminución en el número de viajeros que acuden a nuestros CVI en 2010 respecto a 2008 y 2009 y, paradójicamente, observamos un aumento en el número de dosis de vacunas administradas y un mantenimiento de las quimioprofilaxis antipalúdicas recomendadas. Un 91,02% de los viajeros no conoce sus antecedentes de vacunación y de aquellos que refieren conocer las vacunas que les han sido administradas, sólo el 1,01% conserva su cartilla de vacunación. El número de viajeros con destino a un país europeo es muy inferior al número de viajeros con otros destinos.

### 967. LAS VACUNAS CONJUGADAS NEUMOCÓCICAS EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN VACUNAL DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

R. Martín Ivorra, A.M. Alguacil Ramos, J.A. Delgado de los Reyes, E. Pastor Villalba, A. Portero Alonso, J.A. Lluch Rodrigo

*Promoción de la Salud, Conselleria de Sanitat, Direcció General de Salut Pública, Valencia.*

**Antecedentes/Objetivos:** La vacuna conjugada heptavalente frente al neumococo se comercializó en 2001. Posteriormente se comercializó la vacuna decavalente y en 2010 la tridecavalente. La vacuna se incluyó en 2006 en el calendario de vacunación infantil de Madrid y en febrero de 2011 en Galicia. En el resto de comunidades, como la valenciana, únicamente se indica a los grupos de riesgo, sin embargo los pediatras la siguen recomendando. El objetivo es conocer las vacunas conjugadas frente al neumococo declaradas por grupos de riesgo en el Registro de Vacunas Nominal (RVN) de la Comunidad Valenciana durante los años 2009-2010 y estimar la cobertura de vacunación en menores de 1 año y entre 1-2 años.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de las dosis declaradas de las diferentes vacunas conjugadas disponibles frente al neumococo en la Comunidad Valenciana desde el 1 de enero de 2009 al 31 de diciembre de 2010. Fuentes de datos: el Registro de Vacunas Nominal, el Sistema de Información Gerencial de Salud Pública y el Sistema de Información Poblacional. Las variables incluidas han sido tipo de vacuna, grupos de edad, dosis y grupo de riesgo declarado en el RVN. Para el cálculo de las coberturas, se considera correctamente vacunados los menores de 1 año con 2 o más dosis y los niños de entre 1 y 2 años que tengan 1 o más dosis.

**Resultados:** Durante los años analizados se han declarado 269.999 dosis de vacunas conjugadas frente al neumococo en niños hasta 5 años. El 72,2% se ha administrado a menores de 1 año y el 26,1% entre 1 y 2 años. En 2010, el 40,3% de las vacunas declaradas

fueron heptavalentes, el 18,8% decaivalentes y el 40,9% tridecaivalentes. Por grupos de riesgo, en 2009 el 91,41% de las dosis declaradas fueron de no riesgo. El grupo de riesgo "niños inmunocompetentes con riesgo debido a enfermedades crónicas cardiovasculares o respiratorias, diabetes mellitus o pérdida de líquido cefalorraquídeo" en nuestra comunidad fueron el 8%. Las coberturas estimadas han sido en menores de 1 año en 2009 del 69,1 y el 71,5% en 2010, mientras que entre 1 y 2 años han sido del 59,6 y el 62,7%, respectivamente.

**Conclusiones:** Las coberturas estimadas son altas a pesar de no ser una vacuna sistemática de calendario. La mayoría de las dosis se administran en el primer año de vida y en niños de no riesgo.

#### **1049. GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS INDICACIONES DE REVACUNACIÓN CON LA VACUNA ANTINEUMOCÓCICA EN ADULTOS**

A. Vila Córcoles, O. Ochoa Gondar, M.A. Gutiérrez, C. de Diego, B. González

*Grupo de Estudio EPIVAC.*

**Antecedentes/Objetivos:** Analizar el grado de cumplimiento de las recomendaciones de las guías de práctica clínica acerca de las indicaciones de revacunación con la vacuna antineumocócica polisacárida (VNP) en adultos

**Métodos:** Estudio observacional transversal, de base poblacional, que incluyó a todas las personas con edades comprendidas entre 60-69 años asignadas a 9 áreas básicas de salud en un servicio de atención primaria de carácter urbano (N = 12.585). Mediante revisión de la historia clínica electrónica de atención primaria (la cual contiene campos específicos para el registro de diferentes vacunaciones con VNP y sus correspondientes fechas), se determinó el número de dosis recibidas de VNP, así como la fecha de su última administración. Los sujetos fueron clasificados como "no elegibles" para revacunación (primovacunación después de los 65 años) o "elegibles" para revacunación: indicación de revacunación puesto que habían recibido, por presencia o no de factores de riesgo, una primera dosis de VNP antes de los 65 años.

**Resultados:** Del total de 12.585 personas, 4.578 habían recibido alguna dosis de VNP, lo cual supone una cobertura vacunal global del 36,4% (IC 95%, 35,5-37,2). La cobertura fue del 25,8% (IC 95%, 24,8-26,8) en personas 60-64 años y del 51,1% (IC 95%, 49,7-52,4) en personas de 65-69 años. Se observó un total de 669 personas que eran "elegibles" para haber recibido una segunda dosis de VNP, pero sólo 56 (8,4%; IC 95%, 6,4-10,8) habían sido revacunados. La cobertura de revacunación, entre aquellos que presentaban indicación, fue significativamente menor en el subgrupo de 65-69 años que en el subgrupo de 60-64 años (6,5 vs 12,7%;  $p < 0,005$ ).

**Conclusiones:** La cobertura de revacunación con VNP es extremadamente baja, a pesar de las recomendaciones de expertos y guías de práctica clínica, que recomiendan la revacunación en todas aquellas personas que hubiesen sido primovacunados antes de los 65 años. Aunque la VNP ha demostrado claramente su eficacia para prevenir la enfermedad neumocócica invasiva, la persistencia de controversia acerca de su posible efecto protector frente a enfermedad no invasiva y, por tanto, sobre la eficiencia de la vacunación, podrían explicar las bajas tasas observadas.