

VIH-SIDA

Sábado 8 de octubre de 2011. 9:00 a 10:30 h

Aula 2 – Escuela Nacional de Medicina del Trabajo

Comunicaciones orales (3 minutos)

Modera: Jesús Castilla

176. RECOMENDACIONES SOBRE CONSEJO Y PRUEBA VIH EN INMIGRANTES Y MINORÍAS ÉTNICAS EN LA UE/EEE/AELC

D. Álvarez-del Arco^a, A. Azcoaga^b, B. Alejos^a, S. Monge^a, C. González^a, V. Hernando^a, A.M. Caro^a, S. Pérez-Cachafeiro^a, O. Ramírez-Rubio^a, I. del Río^c, M.J. Belza^d, F. Bolumar^c, T. Noori^d, J. del Amo^a

^aCNE, ISCIII; ^bUniversidad Rey Juan Carlos; ^cUniversidad de Alcalá de Henares; ^dENS, ISCIII; ^eECDC.

Antecedentes/Objetivos: En el contexto de un proyecto para el European Centre of Disease Prevention and Control (ECDC) se realizó un estudio cuyo objetivo fue describir las recomendaciones actuales sobre el consejo y la prueba de VIH dirigidas a inmigrantes y minorías étnicas (I/ME), en los países de la UE/ EEE/AELC y elaboradas por organismos internacionales.

Métodos: Se envió un breve cuestionario a los representantes de los 31 países en el ECDC para preguntarles acerca de la existencia en su contexto de recomendaciones sobre el consejo o la prueba de VIH específicas para población inmigrante/minorías, solicitándoles, además, los documentos oficiales relevantes. Paralelamente, se realizó una búsqueda en Internet de las guías, políticas y literatura gris sobre prueba y consejo de VIH en I/ME en los países de la UE/EEA/EFTA y de organizaciones/agencias/sociedades internacionales. Se diseñó y pilotó un formulario estructurado de recogida de la información.

Resultados: Se revisaron los documentos de 25 países y las guías desarrolladas por la OMS, UNAIDS, OIM, ILO y IUSTI. Las guías nacionales difieren en gran medida, en concordancia con la heterogeneidad de la realidad epidemiológica de cada país. 19 países y la mayoría de los documentos de los organismos internacionales identifican a los I/ME como colectivo en situación de especial vulnerabilidad al VIH. Además, subrayan los beneficios del diagnóstico temprano. 15 países e IUSTI, OMS y UNAIDS recomiendan explícitamente ofrecer la prueba a I/ME, especialmente a personas provenientes de países con alta prevalencia de VIH. Los documentos señalan la importancia de identificar las es-

tructuras más apropiadas para la realización de las pruebas VIH, subrayando la necesidad de ampliar el alcance de dichas estructuras. Los documentos de los organismos internacionales insisten en la necesidad de vincular la prueba de VIH con el tratamiento antirretroviral, independientemente del estatus legal del inmigrante en el país de acogida.

Conclusiones: Cada país debe evaluar su contexto epidemiológico y la situación de vulnerabilidad de los inmigrantes y de las minorías étnicas que residen en él. De acuerdo a cada realidad, se deben proponer estrategias y estructuras orientadas a promover la prueba de VIH con el objeto de asegurar los beneficios del diagnóstico precoz y el acceso al tratamiento.

Financiación: ECDC.

188. EVIDENCIA CIENTÍFICA SOBRE EL CONSEJO Y LA PRUEBA VIH EN POBLACIÓN INMIGRANTE Y MINORÍAS ÉTNICAS

D. Álvarez-del Arco^a, S. Monge^a, A. Azcoaga^b, B. Alejos^a, C. González^a, V. Hernando^a, A.M. Caro^a, S. Pérez-Cachafeiro^a, O. Ramírez-Rubio^a, I. del Río^c, F. Bolumar^c, T. Noori^d, J. del Amo^a

^aCNE, ISCIII; ^bUniversidad Rey Juan Carlos; ^cUniversidad de Alcalá de Henares; ^dECDC.

Antecedentes/Objetivos: En el contexto de un proyecto del European Centre of Disease Prevention and Control (ECDC) sobre estrategias para incrementar el acceso a la prueba VIH y al consejo sobre VIH dirigidas específicamente a inmigrantes y minorías étnicas (I/ME) en los países occidentales, se recogió y analizó la evidencia científica disponible sobre las distintas dimensiones de esta cuestión.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática utilizando las bases de datos Pubmed, Embase, Cochrane Library, CRD York database, Cochrane y Web of Knowledge. Los criterios de inclusión fueron que los artículos estuvieran escritos en inglés, publicados en Europa, Norteamérica o Australia entre 2005-2009 y que contuvieran alguna palabra clave relacionada con: minorías étnicas/inmigrantes, sida/VIH y prueba VIH o cuestiones relacionadas. Dos revisores examinaron los resúmenes de los artículos para valorar su inclusión en el estudio. La inclusión de los artículos en los que existieron discrepancias fueron resueltas por un tercer revisor.

Resultados: De un total de 540 artículos, fueron seleccionados 35. La información obtenida sobre el consejo y la prueba de VIH dirigidas a I/ME fue heterogénea y se organizó en las siguientes áreas: prevalencia y factores de riesgo para el VIH, barreras de acceso a la prueba VIH, diagnóstico tardío e intervenciones para incrementar la realización de la prueba VIH. Tanto las cuestiones de género como las implicaciones en términos de criminalización de la prueba fueron recogidas como temas transversales. Muchos artículos señalaron a los I/ME como grupos de riesgo, basándose en la elevada prevalencia y en el diagnóstico tardío en el colectivo, y reconociendo las barreras a la prueba que derivan en tasas diferenciales de realización de la prueba de VIH en los subgrupos de esta heterogénea comunidad. Los artículos identificaron algunos factores relevantes para la realización de la prueba de VIH, principalmente: país de origen, sexo y situación socioeconómica. Las recomendaciones sobre cómo desarrollar estrategias e iniciativas dirigidas a I/ME fueron también heterogéneas.

Conclusiones: Con el objeto de prevenir el diagnóstico tardío y ofrecer los beneficios de un acceso temprano al tratamiento antirretroviral, se deben desarrollar recomendaciones e iniciativas específicamente dirigidas a los I/ME, teniendo en cuenta las distintas realidades de cada subgrupo.

*Esta comunicación ha sido aceptada como póster electrónico en el Congreso del Internacional AIDS Society de Roma (Julio 2011).

Financiación: ECDC.

196. CUANTIFICACIÓN DE LA AMENAZA ECONÓMICA CAUSADA POR EL VIH/SIDA A LA SALUD PÚBLICA EN UN CONTEXTO EUROPEO

M. Trapero-Bertrán^a, J. Oliva^b

^aHERG-Brunel University; ^bUniversidad de Castilla-La Mancha.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo general de este estudio es realizar una cuantificación de los costes directos y no sanitarios asociados al tratamiento del VIH/sida en un contexto europeo. Ello supone alcanzar una valoración de los recursos sanitarios empleados e identificar el peso de las partidas sanitarias que lo componen.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática de la literatura y selección para análisis de estudios de costes del VIH/sida. Los países de referencia fueron: España, Alemania, Francia, Italia y Reino Unido. Para la identificación de las publicaciones relevantes se realizó una revisión sistemática en las bases de datos de evaluación de tecnologías sanitarias (HTA), de evaluaciones económicas del NHS (NHS EED) y de evaluaciones económicas de la OHE (HEED).

Resultados: Se revisaron en profundidad 26 artículos, de los cuales se desprenden 76 estimaciones de costes. El 27% de los artículos analizados toma un marco de referencia español. El 77% de los artículos no especificaba explícitamente el enfoque de los estudios de costes. Todos los artículos que especificaron la técnica de aproximación de costes (19%) utilizaron la técnica *bottom-up*. Los costes sanitarios descritos en los estudios fueron: medicamentos antirretrovirales, hospitalización, consultas de atención primaria o ambulatoria, pruebas diagnósticas y utilización de los servicios de urgencia. Los costes no sanitarios calcularon las pérdidas laborales de los pacientes del VIH/sida y cuidados formales e informales. Para España se estima un coste anual de tratamiento en torno a 11.638 € por persona, mientras que para Alemania la estimación es de 32.110 €. Los resultados ponen de manifiesto que la variabilidad inter país es muy elevada, presentando España, Francia e Italia unos costes sanitarios anuales por paciente muy inferiores a los señalados en Alemania y Reino Unido.

Conclusiones: La presente revisión calcula el impacto económico del tratamiento del VIH/sida en los países analizados. Según nuestras estimaciones, el coste del VIH en España supone un 1,25% de la carga económica para el sistema sanitario y un 0,48% en Alemania. Asimismo, se identifican importantes ámbitos de mejora metodológica en los estudios de coste de esta enfermedad. El número de estudios que estiman los costes no sanitarios y costes relacionados con los efectos externos causados por la enfermedad está lejos de ser satisfactorio. Ignorar los costes y beneficios relacionados con los efectos externos puede sesgar la carga económica de la enfermedad.

Financiación: Esteve.

307. CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE VIH/ITS ENTRE MÉDICOS DE FAMILIA DE ESPAÑA

C. Agustí^{a,b}, L. Fernández^{a,b}, J. Mascort^{c,d}, R. Carrillo^c, C. Aguado^d, A. Montoliu^{a,b}, X. Puigdangolas^c, M. de la Poza^c, B. Rifà^e, J. Casabona^{a,b}

^aCEEISCAT; ^bCIBERESP; ^cCAMFiC; ^dsemFYC; ^eDepartament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: Describir la información recogida en la anamnesis sobre VIH/ITS que realizan los médicos de familia a sus pacientes, el nivel de formación sobre el VIH/ITS de este colectivo y los recursos y necesidades que tienen para realizar el diagnóstico diferencial de las ITS en sus consultas.

Métodos: En colaboración con la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria (CAMFiC) y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), sociedades que reúnen el mayor número de médicos de familia de España, se elaboró un cuestionario *online* que contaba con 4 secciones: Datos sociodemográficos, Anam-

nesis realizada al paciente, Formación sobre VIH/ITS y Recursos y limitaciones. El cuestionario era anónimo y de autocumplimentación y se accedía a él desde un *link* colocado en las páginas web de ambas sociedades. El periodo de estudio fue del 15 de junio al 31 de octubre de 2010.

Resultados: Se cumplimentaron 1.308 cuestionarios. La mediana de edad de los participantes fue de 39 años. El 90,8% eran especialistas en medicina familiar y comunitaria. El 37,6% ejercía en Cataluña, el 14,2% en la Comunidad de Madrid, el 10,9% en Andalucía y el resto (48,2%) en otras CC.AA. El 48,0% de los encuestados afirmaban sentirse incómodos cuando trataban temas relacionados con la sexualidad del paciente. Frente a un caso de ITS, más de la mitad de los médicos encuestados (58,3%) respondieron que realizaban siempre cribado para otras ITS incluyendo el VIH. El 33,6% realizaba siempre seguimiento del paciente y solamente el 16,3% llevaba a cabo estudio de contactos. El 39,3% de los encuestados declaró haber recibido formación sobre VIH/ITS en los últimos 3 años. El 21,9% de los médicos participantes respondió que disponían de un protocolo estandarizado para el VIH/ITS. Casi la mitad de los participantes (46,6%) disponían en su consulta de una camilla adecuada para realizar inspección ginecológica y recogida de muestras. Contaba con material para recogida de muestras y para hacer observaciones en fresco el 13,1% de los participantes. Se observó un descontento generalizado acerca de los circuitos de derivación existentes.

Conclusiones: El colectivo de médicos de familia puede jugar un papel relevante en el diagnóstico precoz del VIH/ITS. Para ello, es necesario potenciar la formación sobre VIH/ITS en este colectivo, así como dotarles de los instrumentos necesarios para el diagnóstico diferencial de las ITS, incluyendo el VIH, y agilizar los circuitos existentes.

436. SEROCONVERSIÓN PARA EL VIH EN PERSONAS QUE ACUDEN A CENTROS DE DIAGNÓSTICO DE VIH/ITS, 2000-2009

A. Díaz^a, S. Galindo^a, F.J. Bru^b, J.A. Varela^b, J.R. Ordoñana^b, M.A. Azpiri^b, M.J. Barberá^b, I. Alastrue^b, L.J. Vilorio^b, C. de Armas^b, J.M. Ureña^b, J. Trullén^b, I. Pueyo^b, B. Martínez^b, J. del Romero^b, I. Sanz^b, M.L. Junquera^b, M.C. Landa^b, E. Martínez^b, M.M. Cámara^b, J. Belda^b, M. Díez^a, Grupo EPIVIH

^aCNE; ^bCentros del EPIVIH.

Antecedentes/Objetivos: Describir la incidencia de seroconversión para el VIH en personas que se repitieron la prueba en una red de centros específicos de diagnóstico de VIH/ITS.

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 19 centros que componen la red del EPIVIH en el periodo 2000-2009. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: a) tener un resultado negativo en la primera prueba de VIH; b) realizarse la prueba de VIH al menos una vez más en el mismo centro durante 2000-2009; c) tiempo entre las dos últimas pruebas de VIH 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 y su intervalo de confianza al 95% (IC 95%), global y estratificadas según otras variables, asumiendo una distribución de Poisson.

Resultados: En total, 30.678 pacientes cumplieron los criterios de inclusión, de los que 642 (2,1%) seroconvirtieron. El tiempo total de seguimiento fue de 64.103,1 personas-año (pa). La tasa de incidencia global fue de 10 por 1.000 pa (IC 95%, 9,3-10,8). La incidencia de VIH fue más alta en hombres y transexuales que en mujeres (17,6/1.000 pa, 11,6/1.000 pa y 1,2/1.000 pa, respectivamente); con respecto a la edad, la incidencia aumentó hasta los 35-39 años (12,2/1.000 pa), descendiendo después. Los españoles (12,7/1.000

pa) y europeos (9,0/1.000 pa) tuvieron tasas más elevadas que los pacientes de otras procedencias. Según mecanismos de transmisión, la incidencia fue superior en los hombres que tuvieron relaciones sexuales con hombres (HSH) y usuarios de drogas (UDI) que en los heterosexuales (25,3/1.000 pa, 15,9/1.000 pa y 1,3/1.000 pa, respectivamente). En mujeres que ejercen la prostitución (MEP) la tasa de incidencia fue de 0,8/1.000 pa. A lo largo del periodo se observa un incremento en las tasas, desde 9,3/1.000 pa en 2000 a 17,1/1.000 pa en 2009. La incidencia en HSH muestra una tendencia ascendente en estos 10 años.

Conclusiones: La incidencia de seroconversión al VIH entre las personas que se realizan la prueba más de una vez en centros específicos de diagnóstico de VIH/ITS es elevada y muy diferente según subpoblaciones de riesgo. La incidencia más baja se encontró en MEP y la más elevada en HSH y UDI, lo que indica la necesidad de un reforzamiento de las medidas preventivas en estos últimos dos subgrupos.

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

478. DIAGNÓSTICO TARDÍO DE LA INFECCIÓN POR VIH EN LA COMUNIDAD DE MADRID

C. Cevallos, J. Verdejo, C. Izarra

Servicio de Epidemiología, SG de Promoción de la Salud y Prevención, Servicio Madrileño de Salud.

Antecedentes/Objetivos: Analizar la prevalencia del retraso en el diagnóstico de infección por VIH y factores relacionados basándose en una nueva definición de "diagnóstico tardío".

Métodos: Análisis de diagnósticos de VIH en la CM desde el 01/01/2007 al 31/03/2011. Por los cambios en las recomendaciones de tratamiento antirretroviral, la estrategia "Test & Treat" y la estimación del tiempo transcurrido desde la seroconversión hasta el descenso por debajo de 500 linfocitos CD4/ μ l, hemos definido "retraso diagnóstico" cuando se realiza con cifras < 500/ μ l. La trascendencia epidemiológica, clínica, terapéutica y económica es especialmente relevante cuando el diagnóstico se realiza con un recuento < 200 linfocitos CD4/ μ l. Este subgrupo se ha definido como "diagnóstico tardío" (DT). Se presentan los datos sobre DT. Análisis estadístico: descriptivo y multivariante mediante regresión logística.

Resultados: Se notificaron 2.716 diagnósticos de infección por VIH. La población incluida está constituida por los 2.339 pacientes en los que se conocía el número de linfocitos CD4. El 30,5% (714 casos) cumplieron la definición de DT (CD4 < 200/ μ l), afectando al 29% de hombres y al 38,8% de mujeres. En relación con la edad, afectó al 19,2% de los pacientes entre 13-19 años de edad, al 20% entre 20-29, al 27% entre 30-39, al 42% entre 40-49 y al 50,6% > 49 años. En lo que respecta a los mecanismos de transmisión, afectó al 22,3% de HSH, al 44,5% de HTX y al 40,2% de UDI. Respecto a la zona de origen, el DT afectó al 27,3% de españoles y al 33,8% de foráneos. Las regiones más afectadas fueron África del Norte y Oriente Medio (ANOM) 47,4%, África subsahariana (ASS) 43,6%, Europa Oriental (EOR) 39,2% y América Latina y Caribe (ALC) 32,1%. La probabilidad de DT en españoles ($p < 0,05$) fue mayor en los grupos de edad de 30-39 años (OR 1,77), 40-49 años (OR 4,15) y mayores de 49 años (OR 6,66); y en HTX (OR 2,72) y UDI (OR 2,26). La probabilidad de DT en foráneos ($p < 0,05$) fue mayor en los grupos de edad 30-39 años (OR 1,43), 40-49 años (OR 2,22) y > 49 años (OR 2,21); y en HTX (OR 2,27). Con respecto a áreas, la probabilidad fue mayor ($p < 0,05$) en los procedentes de ALC (OR 2,78), ASS (OR 2,95) y EOR (OR 3,44) y ANOM (OR 3,9) en relación con Europa Occidental.

Conclusiones: 1) Un tercio de los pacientes son diagnosticados con cifras de linfocitos CD4 inferiores a 200/ μ l. 2) La probabilidad de presentar DT en españoles y extranjeros se relacionó con la edad y mecanismo de transmisión. 3) Entre los inmigrantes, la probabilidad de presentar DT se relaciona con las áreas de origen.

602. PUESTA EN MARCHA DE SERVICIOS DE PRUEBAS RÁPIDAS DE VIH EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MADRID

M. Morán^a, J. Rico^a, J. Ultra^b, A. Martín- Pérez^a, M. Navarro^c, J.A. Quevedo^b, M.T. Sanclemente^d, J. Herrero^d, E. Romera^d, I. Barahona^b, P. Iglesias^b, R. Aguirre^a

^aSubdirección de Promoción de la Salud y Prevención; ^bCS Justicia; ^cHospital Ramón y Cajal; ^dCS Lavapiés, Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Un 82,9% de hombres en nuevos diagnósticos de VIH en Madrid. Transmisión sexual principalmente, el 53% entre hombres que mantienen sexo con hombres (HSH). El 47,4% han nacido fuera de España. Retraso diagnóstico (CD4 < 350 células/ μ l) en el 49,9% y más frecuente en nacidos fuera de España. Objetivos: Potenciar la prevención y diagnóstico precoz del VIH y otras ITS en atención primaria (AP) mediante servicios de prevención y diagnóstico precoz de VIH (SPDP) con pruebas rápidas (PRV), adaptados culturalmente a poblaciones más vulnerables al VIH.

Métodos: Se prioriza a HSH, personas que ejercen prostitución, transexuales e inmigrantes. Actividades: diseño y puesta en marcha de SPDP en 5 centros de salud de Madrid (CS Justicia, CS Lavapiés, CS Alameda, CS Cortes, CS Segovia), elegidos por su ubicación, accesibilidad y elevada presencia de inmigrantes y otras poblaciones vulnerables. Consulta de 45-60', anónima, sin TSI, mañana y tarde, con mediadores interculturales que atienden en 10 idiomas. PRV de VIH y sífilis, en 30 minutos. Positivos requieren confirmación. Diseño y organización: grupos de discusión con usuarios para adaptar el SPDP. Formación a profesionales del CS. Adaptación a la realidad del centro, con el CS y gerencia. Diseño de herramientas: sistema de citación, registros, OMI, diagramas de flujo. Materiales de promoción del SPDP: carteles y flyers en diferentes idiomas. Puesta en marcha (01-12-2009 y 29-04-2010): difusión a medios, ONG y otros recursos para llegar a población diana. Consulta de mediación: PRV y *counseling* pre y post-prueba. Enfermería realiza el test y medicina comunica los reactivos positivos. Coordinación. Evaluación anual. Recursos: programa de prevención de VIH (diseño, financiación y evaluación del proyecto). Gerencia de AP. Cinco CS. Seis mediadores. Hospital Ramón y Cajal. C. Sandoval. ONG. S. Sociales.

Resultados: Difusión en centros sociosanitarios, espacios de socialización HSH, lugares de encuentro de inmigrantes, webs de salud y contactos. Total: 1.373 consultas, 1.250 PRV VIH: 32 (2,56%) reactivos y 382 de sífilis: 10 (2,62%) reactivos. 75,5% hombres, entre 12-88 años, 69,6% españoles. Otras 46 nacionalidades. En CS Justicia: 65,3% son HSH y todos los reactivos a VIH y sífilis son HSH. Idiomas: español, seguido del árabe, inglés, francés, bengalí, wolof, etc.

Conclusiones: El uso de PRV en AP es factible, pero SPDP sujeto a la permanencia del mediador. Es fundamental estrechar lazos con ONG para captar poblaciones vulnerables. SPDP promueve el diagnóstico precoz en estas poblaciones, contribuye a su acceso a AP y fomenta la salud comunitaria como parte fundamental de la cartera de servicios.

631. EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN DE PREVENCIÓN DEL VIH EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES

M. García, E. Díez, O. Juárez, P. García de Olalla, S. Martín

Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Estimar el efecto de una intervención preventiva para la infección por el VIH en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) seronegativos de una cohorte relacionada con el uso de locales de encuentro sexual de Barcelona entre 2007 y 2009.

Métodos: Estudio cuasi-experimental pre-post sin grupo control. En la visita basal, se realizó un intervención de *counseling* junto con la prue-

ba y se recogieron datos sociodemográficos y sexuales. Se compararon las prácticas sexuales de riesgo referidas en la primera visita con las de la visita de seguimiento mediante el test de McNemar. Se determinó la incidencia de seroconversión e identificaron factores asociados a ésta.

Resultados: Participaron 142 HSH que acudieron a la visita de seguimiento. Aumentó el porcentaje de individuos que se realizó la prueba antes del año (69,8 vs 86%; $p = 0,002$) y disminuyó el que usaba medicación para la disfunción eréctil (33,6 vs 18%; $p = 0,001$). La incidencia de seroconversión fue de 6,66 por 100 personas-año (IC 95%, 6,65-6,66). Los factores relacionados con la seroconversión fueron la realización de la prueba menos de una vez al año (OR: 30,476; IC 95%, 2,51-369,4) y haber tenido 5 o más parejas sexuales ocasionales en las últimas 3 semanas (OR: 12,32; IC 95%, 1,32-115,24).

Conclusiones: La intervención de *counseling* junto con la prueba reduce algunas prácticas de riesgo para la infección por el VIH. La elevada tasa de seroconversión hallada indica que la población estudiada es de mayor riesgo que otros colectivos HSH.

649. COHORTE ÍTACA: ALTA INCIDENCIA DEL VIH EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES

L. Ferrer^{a,b}, M. Meulbroek^c, E. Loureiro^{a,b}, F. Pujol^c, A. Esteve^{a,b}, E. Ditzel^c, C. Folch^{a,b}, J. Saz^c, H. Taboada^c, J. Casabona^{a,b,d}

^aCeeiscat; ^bICO/Departament de Salut; ^cCIBERESP; ^dProjecte dels Noms-Hispanosida; ^eUniversitat Autònoma de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La incidencia del VIH es la medida más útil para monitorizar la evolución de esta epidemia. Si bien en Cataluña se ha sistematizado la monitorización de la prevalencia y conductas de riesgo asociadas al VIH en poblaciones centinela, no se contaba hasta la fecha con ninguna cohorte susceptible de generar este parámetro. En España, la principal vía de transmisión del VIH es entre los hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Se presentan los resultados preliminares de la primera cohorte de HSH VIH- existente fuera del ámbito de servicios sanitarios en España. Los objetivos planteados en la comunicación son: 1) describir las características sociodemográficas de los usuarios de un centro de cribaje y consejo asistido comunitario (CC-CAC); 2) estimar la incidencia del VIH en esta población.

Métodos: Cohorte prospectiva abierta de HSH VIH- que acuden al CCCAC BCN-Checkpoint y que aceptan participar. Se ofrece al menos una visita cada 12 meses en la que se realiza consejo asistido, la prueba rápida del VIH (Determine R HIV 1/2) y una entrevista estructurada. Período de estudio: diciembre 2008-octubre de 2010. Para comparación de proporciones se utiliza la prueba del chi-cuadrado y para el cálculo de la tasa de incidencia se consideran las personas-año en seguimiento.

Resultados: Durante el periodo de estudio se han reclutado 3.227 HSH VIH-, el 80,8% tenía más de 25 años y el 64,4% eran de origen español. El 37,3% tuvo al menos una relación sexual con penetración desprotegida con una pareja ocasional en los últimos 6 meses. Se identificaron 27 seroconversiones siendo la tasa de incidencia de 3,0 por 100 personas-año y esta es más elevada entre los HSH latinoamericanos que entre los españoles (3,7 vs. 2,6 por 100 personas-año, respectivamente) (RR: 1,4; IC 95%, 0,6-3,4).

Conclusiones: La prevalencia de conductas de riesgo y la incidencia del VIH encontradas son consistentes con los datos provenientes de la vigilancia epidemiológica y de los estudios bioconductuales que se llevan a cabo en HSH en Catalunya. La incidencia del VIH en HSH es superior a otras cohortes europeas (Amsterdam: 2,01 por 100 personas-año en 2008), confirmando la alta vulnerabilidad de esta comunidad y en particular el de los HSH latinoamericanos en nuestro medio. Los datos presentados demuestran la relevancia y pertinencia de seguir con el estudio para identificar los determinantes asociados a la seroconversión, así como la urgencia de revisar las intervenciones preventivas en los HSH introduciendo técnicas de reducción de daño específicamente diseñadas.

774. ALTA PREVALENCIA DE CONDUCTAS DE RIESGO EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES VIH-POSITIVOS

P. Fernández-Dávila^{a,b}, Laia Ferrer^{a,c,d}, C. Folch^{a,c,d}, R. Soriano^e, M. Díez^e, J. Casabona^{a,d}

^aCEEISCAT; ^bICO/Departament de Salut; ^cStop Sida; ^dCIBERESP;

^eUniversitat Autònoma de Barcelona; ^fSecretaría del Plan Nacional sobre el Sida.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo es describir el perfil sociodemográfico, las conductas sexuales de riesgo y otras variables asociadas a ellas en HSH VIH-positivos comparándolos con otros grupos de HSH de diferente estado serológico.

Métodos: De junio a agosto de 2010, la European MSM Internet Survey (EMIS) movilizó a 13.111 participantes en España a completar un cuestionario *online*. El cuestionario abarcó temas como conductas sexuales de riesgo, consumo de drogas e historia de ITS, entre otros aspectos. El reclutamiento se realizó principalmente a través de páginas de contacto gay. La comparación entre variables se realizó mediante pruebas chi-cuadrado.

Resultados: El 8,9% reportó ser VIH-positivo (a), el 64,9% VIH-negativo (b) y el 26,2% desconocía su estado serológico (c). El perfil sociodemográfico de los HSH VIH-positivos, respecto a los otros grupos, es el de un hombre mayor de 40 años (a:39,3% vs. b:24% y c:16%; $p < 0,001$), que vive en una gran ciudad (a:62,8% vs. b:54,7% y c:39,5%; $p < 0,001$), que ha nacido en el extranjero (a:33,3% vs. b:24,5% y c:15%; $p < 0,001$), está desempleado (a:13,3% vs. b:10,4% y c:10,8%; $p < 0,001$), se identifica como homosexual/gay (a:90,5% vs. b:82,2% y c:70,9%; $p < 0,001$) y tiene una relación estable con un hombre (a:38,3% vs. b:34,6% y c:23,9%; $p < 0,001$). A diferencia de los HSH VIH-negativos o de desconocido seroestatus, los VIH-positivos tuvieron el mayor número de parejas sexuales (más de 20) en el último año (a:29,9% vs. b:17,5% y c:6,2%; $p < 0,001$), se protegió menos en la penetración anal con las parejas ocasionales en el último año (a:55,8% vs. b:45,2% y c:45,0%; $p < 0,001$) y con la última pareja ocasional (a:29,2% vs. b:21,8% y c:25,8%; $p < 0,001$), mientras se protegió más con la pareja estable en el último año (a:61,7% vs. b:34,7% y c:34,2%; $p < 0,001$). Asimismo, los hombres VIH-positivos han consumido un mayor número de drogas que el resto de grupos (más de 3 drogas) (a:38,9% vs. b:17,8% y c:8,3%; $p < 0,001$) y han sido, en mayor proporción, diagnosticados de alguna ITS en los últimos 12 meses (a:13,8% vs. b:8,7% y c:2,7%; $p < 0,001$).

Conclusiones: Los HSH VIH-positivos tienen más conductas de riesgo que el resto de HSH, lo que supone un mayor riesgo de transmisión del VIH/ITS a sus parejas sexuales y de reinfección. Los motivos para tener estas conductas deberían ser explorados en profundidad así como el conocimiento o las creencias sobre la reinfección. Intervenciones que tomen en cuenta las necesidades de prevención específicas en los HSH VIH-positivos deben ser consideradas.

777. ESTIMACIÓN DE LA INCIDENCIA DE INFECCIÓN POR VIH EN CATALUÑA. PROYECTO AERI 2003-2008

A. Esteve^{a,b}, A. Romero^{b,c}, V. González^{a,b,d}, C. Tural^d, T. Pumarola^e, J.M. Miró^e, A. Casanova^f, E. Ferrer^f, E. Caballero^g, E. Rivera^g, J. Casabona^{a,b}, Grupo de Estudio AERI

^aCEEISCAT, Badalona; ^bCIBERESP; ^cIMIM-PSMar, Barcelona; ^dHospital Germans Trias i Pujol, Badalona; ^eHospital Clínic, Barcelona; ^fHospital de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat; ^gHospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: En Cataluña, en el contexto del Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica, desde 2003 se ha sistematizado el uso de la técnica STARHS (Serological Testing Algorithm for Recent HIV Seroconversions) para identificar y describir las infecciones recientes (IR). La definición de estimadores de incidencia de VIH con-

sistentes conlleva algunas dificultades metodológicas, como corregir la clasificación errónea de pacientes con infección crónica como recientes (falsos recientes [FR]). El objetivo del estudio es estimar la incidencia de infección por VIH en Cataluña en el período 2003-2008 aplicando diferentes estimadores.

Métodos: Se aplicó el STARHS a todas las muestras correspondientes a nuevos diagnósticos de VIH en 14 hospitales y 6 centros de cribado alternativo. Durante el período de estudio se utilizaron dos técnicas STARHS: Vironostika (2003-2006) y BED-CEIA (2007-2008). La estimación de la incidencia a partir de los resultados de Vironostika se calculó mediante la fórmula no ajustada (1): $IR/(IR+ \text{no infectados}) \times 365$ días/PV. Para los resultados del BED-CEIA se consideró la fórmula no ajustada (1) y diversas correcciones propuestas en la literatura (McDougal [2], Hargrove [3] y McWalter [4]) que incorporan el número de pruebas positivas corregidas por la tasa de FR.

Resultados: Entre las 2.642 muestras VIH+ analizadas, se identificaron 518 IR (19,6%). Anualmente este porcentaje aumentó de 17,4 a 26,0% ($p < 0,05$). La incidencia global (2003-2008) fue de 2,40 por 1.000 y la anual no ajustada (1) fue de 2,64 por 1.000 en el año 2003, osciló entre los años 2004 y 2006 entre 3,27 y 1,54, y volvió a aumentar de 2,58 a 3,29 en 2007 y 2008, respectivamente. Las incidencias en 2007 y 2008 se estimaron inferiores con las fórmulas ajustadas (2-4) respecto a la no ajustada (1), pero mantuvieron la tendencia al aumento. Con la fórmula (4) se obtuvo una incidencia anual de 2,13 y 2,78, respectivamente.

Conclusiones: La incidencia osciló durante el período de estudio, con un aumento de 2003 al 2008. Al corregir el error de clasificación del BED-CEIA mediante fórmulas ajustadas, las estimaciones de incidencia fueron ligeramente inferiores respecto la fórmula no ajustada, aunque las diferencias relativas anuales se mantuvieron. Estimar la incidencia es básico para monitorizar la epidemia de VIH y el efecto de las intervenciones preventivas. Dadas las dificultades metodológicas en la inferencia de los resultados, es recomendable usar varias metodologías para conseguir un mejor estimador.

920. CARACTERIZACIÓN DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE VIH SIN INFORMACIÓN INMUNOLÓGICA EN 15 COMUNIDADES AUTÓNOMAS

J. Oliva^a, F. Sánchez^a, C. Cevallos^b, H. Marcos^b, L. Viloria^b, N. Vives^b, A. Nicolau^b, J. Castilla^b, A. Izquierdo^b, A. Arrillaga^b, M. Álvarez^b, E. Martínez^b, I. López^b, J. Cereijo^b, C. Malo^b, A. Fernández^b, D. Castrillejo^b, M. Díez^a

^aCNE; ^bGrupo de Trabajo para la vigilancia de los nuevos diagnósticos de VIH en España.

Antecedentes/Objetivos: La definición de diagnóstico tardío de VIH se basa de forma muy importante en la cifra de linfocitos CD4 al diagnóstico de la infección. El objetivo de este estudio es estimar la frecuencia de no cumplimentación de esta información y los factores predictivos de este hecho.

Métodos: Se identificaron los nuevos diagnósticos de VIH declarados entre 2003 y 2009 al Sistema de Nuevos Diagnósticos de VIH (SINIVIH) en las comunidades autónomas (CC.AA.) donde está implantado, que son: Aragón, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla-León, Cataluña, Ceuta, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Melilla, Navarra y País Vasco. Se llevó a cabo un estudio descriptivo de aquellos sin información en la variable "CD4 al diagnóstico de VIH", para lo que se realizaron distribuciones por variables de persona, lugar y tiempo y análisis multivariado mediante regresión logística. Como medida de riesgo se utilizó la *odds ratio* y su intervalo de confianza al 95% (OR; IC 95%).

Resultados: Durante el periodo de estudio se notificaron 12.820 nuevos diagnósticos de VIH, de los que 1.683 (13,1%) no presentaban una cifra de CD4 al diagnóstico. La ausencia de información en esta

variable fue más común en mujeres (14,5%) que en hombres (12,7%); en los originarios de África Subsahariana (18,3%), Europa Occidental (12,8%) y Latinoamérica (12,6%) que en españoles (12,2%); en usuarios de drogas inyectadas (UDI) (17,7%) y heterosexuales (11,5%) que en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) (9,6%). El porcentaje disminuye con la edad: de 13,8% en el grupo de 20-29 años a 10,8% en > 49; y mejora con los años: de 18,3% en 2003 a 12,8% en 2009. En el análisis multivariado, la probabilidad de que no exista información sobre CD4 fue mayor en originarios de África Subsahariana (OR: 1,7; 1,4-2,0) y Latinoamérica (OR: 1,2; 1,1-1,4) comparados con españoles; en los UDI (OR: 2,0; 1,7-2,4) comparados con HSH; y en los diagnosticados en los años 2003 (1,7; 1,3-2,0) y 2004 (1,5; 1,2-1,8) frente a 2009. La probabilidad fue menor en los grupos de edad de 40-49 años (OR: 0,8; 0,7-0,9) y > 49 años (OR: 0,7; 0,6-0,9) comparados con el de 20-29 años.

Conclusiones: La cumplimentación de la variable "Linfocitos CD4 al diagnóstico de VIH" en el SINIVIH es muy buena, superando el 85% de registros. La falta de información no se distribuye aleatoriamente, sino que es más común entre inmigrantes latinoamericanos y subsaharianos y los infectados por compartir material de inyección; por el contrario, la proporción de casos sin información disminuye con la edad de estos y también entre los notificados en los últimos años.