

VIH-SIDA

Sábado 8 de octubre de 2011. 11:00 a 12:00 h

Aula Profesor Laín Entralgo – Facultad de Medicina

Comunicaciones orales (10 minutos)

Modera: Julia del Amo

242. MAGNITUD Y FACTORES ASOCIADOS AL DIAGNÓSTICO TARDÍO DE LA INFECCIÓN POR VIH EN LA COHORTE CORIS

P. Sobrino^a, J. del Amo^a, I. Santos^b, M. Riera^b, J. del Romero^b, S. Fiorante^b, J. Sola^b, A. Antela^b, S. Moreno^b, CoRIS

^aInstituto de Salud Carlos III; ^bCohorte de la Red de Investigación en Sida (CoRIS).

Antecedentes/Objetivos: Analizar la magnitud y los factores de riesgo de los diagnósticos tardíos de VIH (DT) en la cohorte de la Red de Investigación en Sida (CoRIS), utilizando la nueva definición del consenso del Grupo de Trabajo Europeo.

Métodos: CoRIS es una cohorte prospectiva y multicéntrica, de adultos naïve VIH+, reclutados en 28 centros españoles (27 hospitales y 1 clínica de diagnóstico de VIH) desde 2004. Se definió a un sujeto como DT si presentó un nivel de CD4 < 350 células/mm³ o una enfermedad definitoria de sida en el primer año del diagnóstico de VIH. Se utilizó regresión logística multivariada para evaluar los factores asociados al DT.

Resultados: Se analizó a 5.310 sujetos incluidos en CoRIS hasta octubre de 2010, que eran nuevos diagnósticos y pudieron ser evaluados por disponer de sus cd4 al diagnóstico. La mayoría son hombres (80,9%), infectados por transmisión sexual (52,1% hombres que tienen sexo con hombres [HSH] y el 35,7% personas heterosexuales [HTX]) y españoles (68,1%). El 37,3% fueron diagnosticados con 31-40 años y el 28,9% con más de 40. Un 39,6% tenía a lo sumo estudios primarios (EP), 36,7% secundarios (ES) y un 23,7% universitarios (EU). El 49,8%, IC 95%, 48,4-51,1, fueron diagnósticos tardíos. El % de DT fue 48,8% en hombres y 54,1% en mujeres; 37,5% en < 30 años, 49,6% en los de 31-40 y 64,6% en los mayores de 40; en usuarios de drogas inyectadas (UDI) 66,4%, en HSH 38,8% y en HTX 59,8%; en españoles 48% y 54% en extranjeros; 58,9% en EP, 43,3% en ES y 39,2% en EU. Los factores asociados en el análisis multivariado a presentar un diagnóstico tardío fueron ser UDI OR = 2,5 (1,8-3,3), y HTX, OR = 2,1 (1,5-2,8) comparando con los HSH y ser de otro país OR = 1,4 (1,2-1,7). Se encontraron interacciones del sexo con la edad al diagnóstico y los estudios. En los hombres el DT aumenta con la edad OR 31-40 vs < 30 = 1,5 (1,3-1,7), OR > 40 vs < 30 = 2,8 (2,3-3,4); en las mujeres se estabiliza después de los 30 OR 31-40 vs < 30 = 1,8 (1,3-2,5), OR > 40 vs < 30 = 2,0 (1,5-2,7). El DT aumenta en los hombres al disminuir los estudios RES vs EU = 1,1 (0,9-1,2), OREP vs EU = 1,7 (1,4-2,1); mientras, las mujeres universitarias son las que mayor DT presentan (62,7%). Si bien el porcentaje de DT aumentó al analizar sólo los centros hospitalarios, DT = 52,9%, IC 95%, 51,5-54,3, los factores asociados al DT fueron los mismos.

Conclusiones: El porcentaje de personas que se diagnostican tarde de su infección por VIH es actualmente muy elevado y se concentra en algunos grupos de población. Son necesarias estrategias para fomentar los diagnósticos tempranos en estos grupos y se deben de tener en cuenta las diferencias por género.

Financiación: ISCIII-RETIC RD06/006.

516. RETRASO DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR VIH EN LA COMUNIDAD DE MADRID

J. Verdejo, C. Cevallos, C. Izarra, S. Martínez-Rodríguez

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 "retraso diagnóstico".

Métodos: Análisis de diagnósticos de VIH notificados en la CM desde el 01/01/2007 al 31/03/2011. Se ha definido "retraso diagnóstico" (RD) cuando los pacientes presentan linfocitos CD4 < 500/μl. Esta definición se justifica por los cambios en las recomendaciones de tratamiento antirretroviral, por la estrategia "Test & Treat" y por la estimación del tiempo transcurrido desde la seroconversión hasta el descenso por debajo de 500 células/μl. La trascendencia es especialmente relevante cuando el diagnóstico se realiza con un recuento < 200 linfocitos CD4/μl. Este subgrupo se ha definido como "diagnóstico tardío". Se presentan los datos correspondientes al RD. Análisis estadístico: descriptivo y multivariante mediante regresión logística.

Resultados: Se notificaron 2.716 nuevos 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. La media de edad fue de 35,8 ± 10,6 años. El 83,8% fueron varones. El 68,6% (1.605 casos) cumplió la definición de RD (linfocitos CD4 < 500/μl), afectando al 67,3% de los hombres y al 75,7% de las mujeres. En relación con la edad, afectó al 50% de los pacientes entre 13-19 años de edad, al 62,3% entre 20-29 años, al 67,1% entre 30-39 años, al 75,7% entre 40-49 años y al 80,5% de los pacientes > 49 años. En lo que respecta al mecanismo de transmisión, afectó al 61,7% de HSH, al 80,5% de HTX y al 72% de los UDI. Respecto a la zona geográfica de origen, el 74,2% de los foráneos presentó RD. Las regiones más afectadas fueron África subsahariana 80,8%, África del Norte y Oriente Medio 78,9%, y América Latina y Caribe 74,7%. La probabilidad de RD en españoles ($p < 0,05$) fue mayor en los grupos de edad 40-49 años (OR 1,86) y > 49 años (OR 2,38); y en HTX (OR 2,26) y UDI (OR 1,99). La probabilidad de RD en foráneos ($p < 0,05$) fue mayor en los grupos de edad 30-39 años (OR 1,39), 40-49 años (OR 1,85) y > 49 años (OR 2,5); y en HTX (OR 2,71). Con respecto a áreas, la probabilidad fue mayor en los procedentes de América Latina (OR 1,71; $p < 0,05$).

Conclusiones: 1) Dos tercios de los pacientes son diagnosticados con cifras de linfocitos CD4 inferiores a 500/μl. 2) La probabilidad de presentar RD en españoles y extranjeros se relacionó con la edad y el mecanismo de transmisión. 3) Entre los inmigrantes, los procedentes de América Latina presentaron mayor riesgo de RD.

543. VIGILANCIA DE CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA INFECCIÓN POR VIH EN PAÍSES SIMILARES A ESPAÑA

F.M. Amort^a, M. Díez Ruiz-Navarro^b

^aPrograma de Epidemiología Aplicada de Campo, CNE, Instituto de Salud Carlos III; ^bUnidad de Epidemiología del VIH/Sida y Conductas de Riesgo, SPNS/CNE.

Antecedentes/Objetivos: Al objeto de desarrollar un futuro marco de referencia para la vigilancia de conductas (VC) de riesgo para el VIH en España, se identifican buenas prácticas de VC en países similares.

Métodos: Revisión sistemática, desde 2005, de documentos formales/informales sobre VC desarrollados en instancias internacionales y países de entorno socio-político similar a España: Alemania, Australia, Bélgica, Canadá, Estados Unidos, Francia, Reino Unido y Suiza. Se realizó una búsqueda en Medline, Scielo y Google. Se seleccionaron sólo los artículos con información estructural sobre la VC y se obtuvo información complementaria a través de los responsables de VC en los países analizados. Se sintetizó la documentación bajo los siguientes epígrafes:

población, indicador sugerido, compatibilidad con indicadores UN-GASS, periodicidad de recogida y variables de desagregación.

Resultados: Se identificaron 1.678 artículos de los que finalmente se analizaron sólo 272; el resto se excluyó por faltar información estructural (85%), no proceder de los países analizados (9%) y no referirse a VC (6%). Estados Unidos es el país que aporta más documentos (37,5%), seguido de Suiza (8,5%). Un 10% es literatura metodológica general publicada por organismos internacionales y un 85% aborda prioritariamente la transmisión sexual. En cuanto a la población diana, el 43% se refiere a hombres homo/bisexuales, el 25% a jóvenes y población general, el 5% a usuarios de drogas intravenosas y el resto a otras poblaciones incluyendo inmigrantes (2%) como población menos tratada. Existe una notable similitud en cuanto a los indicadores preferidos pero una gran heterogeneidad en cuanto a las definiciones. Se han identificado 202 indicadores que pueden agruparse en 4 categorías: conductas propiamente dichas (73%), acceso a medidas de prevención (4,5%), conocimiento/estigmatización (4,5%) e información médica (18%). La periodicidad ha sido el tema menos tratado, siendo UNGASS el único marco de referencia complejo sobre este tema. Las variables de desagregación sugeridas más comúnmente son sexo, edad, orientación sexual, nacionalidad (o grupo étnico o lengua hablada), nivel de educación y nivel social construido en base a ingresos u ocupación.

Conclusiones: Los sistemas de VC de los países analizados reflejan el sistema sanitario y la vigilancia implantados en ellos. Por ello todavía existe una gran diversidad en cuanto a los métodos y las estructuras que se han puesto en marcha. Para la comparación internacional de los datos obtenidos por la VC es necesario homogeneizar los indicadores y usar sistemáticamente indicadores estándar a todos los niveles.

758. INFLUENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS SOBRE LA PROGRESIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH EN LA COHORTE CORIS

M.A. Rodríguez Arenas^a, L. Gutiérrez^a, C. Robledano^b, P. Rodríguez^c, J. del Romero^d, J.M. Rodríguez^e, L. Pérez^f, A. Peña^g, CoRIS

^aInstituto de Salud Carlos III; ^bHospital General de Elche; ^cHospital Universitario de Canarias; ^dCS Sandoval; ^eHospital Ramón y Cajal; ^fHospital San Pedro, Logroño; ^gHospital San Cecilio, Granada.

Antecedentes/Objetivos: En España apenas existen datos sobre el impacto del consumo de drogas sobre la progresión de la infección por VIH. Nos proponemos describir la relación de estos consumos con el tiempo desde la infección al inicio de tratamiento y desde este a sida.

Métodos: Mediante cuestionario asistido telefónicamente, se ha recabado información sobre consumo de sustancias psicoactivas en pacientes de 6 hospitales de 5 comunidades autónomas (septiembre de 2010 a abril de 2011), pertenecientes a la cohorte CoRIS. Se han elaborado curvas de supervivencia desde primera infección por VIH conocida y desde entrada en la cohorte a inicio de tratamiento, y desde inicio de tratamiento a primer evento sida. El efecto del consumo de cada droga se ha estimado utilizando el método de Cox univariado.

Resultados: De las 220 personas entrevistadas, el 20,9% son mujeres. La edad media del grupo es de 38,5 años, sin diferencias por sexo. El 55% de la muestra son hombres con exposición homosexual de riesgo, 17,7% son mujeres con exposición heterosexual de riesgo, 13% son hombres con exposición heterosexual de riesgo y 10,6% son consumidores de drogas por vía parenteral. El 19% de los hombres y el 31% de las mujeres son de origen extranjero. Las sustancias más usadas son el alcohol, el tabaco y los tranquilizantes y de las ilegales, el cannabis y la cocaína. El 64% de los hombres y el 72% de las mujeres están recibiendo tratamiento antirretroviral combinado. El tiempo desde la infección por VIH a inicio de tratamiento es mayor para las personas que consumen crack (HR 2,5), cocaína y heroína mezcladas (HR 1,9) y drogas de diseño (HR 1,7). También llegan más tarde a tratamiento, aunque solo con tendencia a la significación estadística, los consumidores de keta-

mina (HR 2,6), LSD (HR 1,6) y anfetaminas (HR 1,5). El tiempo desde la entrada en la cohorte hasta el inicio del tratamiento es menor en hombres con exposición homosexual de riesgo que en consumidores de drogas por vía parenteral (HR 1,8), también los consumidores de ketamina tienen un tiempo mayor hasta iniciar tratamiento que los no consumidores (HR 2,6). Por otra parte, el tiempo desde el inicio del tratamiento a evento sida es menor para los que han consumido cocaína en el último mes que para los no consumidores (HR 7,9).

Conclusiones: Los resultados preliminares de este estudio apuntan a un retraso en el inicio del tratamiento en las personas consumidoras de drogas, principalmente estimulantes, y a una mayor progresión a sida desde el inicio del tratamiento en consumidores de cocaína.

Financiación: FIS.