

72,2% (13 personas) en emigrantes versus 27,8% (5 personas) en españoles. La utilización de TARGA en 1997 supuso un descenso importante tanto de los fallecimientos como de las patologías oportunistas. La mediana en meses desde el diagnóstico al desarrollo del SIDA fue mayor en UDVP que en homosexuales y heterosexuales (84, 8 y 16 meses respectivamente; $p < 0,0001$).

Conclusiones: Es muy útil establecer una cohorte en los pacientes con infección VIH para objetivar los cambios en el perfil clínico-epidemiológico de la infección de manera precoz.

023

CARACTERÍSTICAS Y SITUACIONES DE RIESGO DE LAS MUJERES QUE TIENEN UNA PAREJA SEXUAL INFECTADAS POR EL VIH

V. Hernando Sebastián, J. del Romero Guerrero, B. Marinovich Lizama, S. García Pérez, C. Rodríguez Martín y J. Castilla Catalán

Objetivo: Las parejas serodiscordantes al VIH deben ser objeto especial de las actividades de prevención. Se han estudiado las situaciones de riesgo y la prevalencia del VIH en un grupo de mujeres que tenían pareja heterosexual infectada por el VIH.

Métodos: Se analizaron 229 mujeres atendidas por primera vez entre 1993 y 2002, por tener una pareja heterosexual estable diagnosticada de infección por el VIH, no teniendo otras exposiciones de riesgo. Se recogió información sobre la situación sociodemográfica, historial reproductivo, conducta sexual, datos clínicos y analíticos de ambos miembros de la pareja.

Resultados: El 66% de las parejas mantenían relaciones sexuales desde hacía más de un año. Las mujeres tenían menor edad media (29,6 años) que los hombres. El 29% de las mujeres tenían hijos y el 5,2% estaban embarazadas en el momento de la consulta. Entre los hombres, el 82% tenían antecedentes de consumo de drogas inyectadas, pero sólo el 13% mantenían esta práctica. El 73% habían sido diagnosticados de VIH hacía más de 6 meses, el 16% tenían menos de 200 CD4+, el 16% presentaban criterios de sida y el 45% habían recibido tratamiento antirretroviral. Entre los hombres que conocían previamente su infección, el 60% habían evitado sistemáticamente las relaciones con penetración sin preservativo, frente al 33% en los que desconocían su estado serológico ($p < 0,001$). El 19% habían tenido accidentes en el uso del preservativo. La prevalencia de VIH en las mujeres fue del 6%. Esta se asoció a haber tenido coitos sin preservativo en los seis meses previos a la visita (OR: 3,9; IC 95%: 1,0-14,9) y a que el hombre tuviese menos de 200 linfocitos CD4+ (OR: 6,5; IC 95%: 1,9-21,8).

Conclusión: La atención a las personas con VIH debe incluir la asistencia a la pareja sexual, ofreciendo información, apoyo psicológico, consejo preventivo y, en su caso, reproductivo, además del diagnóstico del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual.

Fuente de financiación: FIPSE (Fundación formada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, Abbott Laboratories, Boehringer Ingelheim, Bristol Myers Squibb, GlaxoSmithKline, Merck Sharp and Dohme y Roche), exp. 24324/02.

024

PREVALENCIA DE VIH EN PERSONAS QUE SE REALIZAN LA PRUEBA POR EXPOSICIONES HETEROSEXUALES, 1991-2002

J. del Romero Guerrero, A. Barrasa Blanco y Grupo EPI-VIH

Objetivo: Describir la evolución en la seroprevalencia del VIH entre personas que se realizaron la prueba de forma voluntaria entre 1991-2002 por haber tenido exposiciones heterosexuales de riesgo.

Sesión 2 Infección por VIH. Epidemiología y clínica

022

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y NUEVAS TENDENCIAS DE LA INFECCIÓN POR VIH EN EL ÁREA SANITARIA 9 DE LA COMUNIDAD DE MADRID

M. Cervero Jiménez, R. Torres Perea, J.J. Jusdado Ruiz-Capillas, M. del Alamo Rodríguez*, P. del Valle Loarte, C. Vicente Martín y J. Solís Villa

*Servicio de Medicina Interna / Unidad VIH. *Servicio de Microbiología. Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid.*

Justificación: El objetivo de formar parte de una cohorte amplia de pacientes con seguimiento prospectivo nos permite estudiar la efectividad de las medidas terapéuticas y preventivas. Por otra parte nos va permitir conocer la historia natural de la infección VIH con datos propios, dadas las diferencias que presentan nuestros pacientes respecto a otros países desarrollados.

Métodos: Realizamos una descripción de los nuevos diagnósticos de infección VIH por año cronológico de la epidemia, características demográficas, vía de transmisión, patologías indicadoras de SIDA y mortalidad con las nuevas tendencias en relación con la administración de tratamientos antirretrovirales de gran actividad (TARGA).

Resultados: Desde el comienzo de la epidemia en 1982 hasta Septiembre del 2003 hemos atendido 1.458 casos nuevos de infección VIH (72,4% eran varones y 24,6% mujeres). De entre todos ellos, 73 (5%) procedían de países distintos a España. El 72% fueron UDVP, el 8,4% homosexuales, y el 18,5% por transmisión heterosexual. Sin embargo, esto ha cambiado desde el año 2000, siendo la transmisión heterosexual la vía de transmisión más frecuente (54,1%). La disminución de los nuevos diagnósticos es especialmente acusada en UDVP. Entre las personas de origen no español la transmisión heterosexual fue del 75%. Existe una tendencia creciente a lo largo de los años de un aumento de la edad cronológica en el momento del diagnóstico (edad media en 1984 de 23 años a edad media en el año 2002 de 32 años). Destaca la tendencia creciente de pacientes no nacidos en España (10,3% en 1998 a 72,2% en 2003). En el último año se ha invertido la frecuencia de infección VIH entre españoles y emigrantes: 72,2% (13 personas) en emigrantes versus 27,8% (5 personas) en españoles. Las patologías oportunistas más frecuentes como primera patología indicadora de SIDA fueron: micobacterias (28,4%), *P. carinii* (21,7%), candidiasis esofágica (15,5%) y toxoplasmosis cerebral (5,2%). Destaca la tendencia creciente de pacientes no nacidos en España (10,3% en 1998 a 72,2% en 2003). En el último año se ha invertido la frecuencia de infección VIH entre españoles y emigrantes:

Métodos: Estudio transversal realizado en 10 centros de diagnóstico del VIH y de enfermedades de transmisión sexual de Sevilla, Granada, Málaga, Gijón, Tenerife, Madrid, Murcia, Cartagena y Vitoria. Se incluyeron los mayores de 12 años que se realizaron por primera vez la prueba del VIH entre 1991 y 2002 por haber tenido relaciones heterosexuales de riesgo para el VIH (excluido el ejercicio de la prostitución).

Resultados: El número anual de personas analizadas aumentó de 1.462 en 1991 a 3.625 en 2002. Hubo un ligero predominio de hombres (55%), y su edad media fue mayor (31,1 años) que la de las mujeres (28,1 años; $p < 0,001$), manteniéndose ambas sin cambios. El 3,3% consultaron por tener una pareja heterosexual diagnosticada de infección por el VIH, el 4,7% tenían una pareja usuaria de drogas parenterales que desconocía su estado respecto al VIH, el número de solicitantes de la prueba de ambos grupos disminuyó durante el periodo analizado. El 12,1% eran hombres usuarios de prostitución, cuyo número se mantuvo sin cambios en el tiempo. La gran mayoría de solicitantes de la prueba habían tenido exposiciones heterosexuales con personas de las que desconocían su riesgo. La prevalencia de VIH en los primeros años (1991-1994) era mayor en mujeres (3,5%) que en los hombres (1,7%, $p < 0,001$). No obstante, en las primeras la prevalencia ha disminuido más marcadamente, de forma que en el trienio 1999-2002 las diferencias habían desaparecido (1,1% y 1,2%, respectivamente). La prevalencia de VIH en personas con pareja diagnosticada de VIH se mantuvo en torno al 10% y en las personas con pareja usuaria de drogas parenterales que desconocía su estado respecto al VIH, en torno al 8%. En los hombres usuarios de prostitución la prevalencia descendió del 1,9% al 1% ($P < 0,03$). En las personas con otras exposiciones heterosexuales la prevalencia se situó en torno al 1%, con una tendencia descendente en mujeres ($p < 0,001$), pero no en hombres.

Conclusión: Ha aumentado la frecuentación de la prueba del VIH por exposiciones heterosexuales de riesgo. La prevalencia de infección VIH en las personas analizadas ha disminuido, principalmente en mujeres.

Fuente de financiación: FIPSE (Fundación formada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, Abbott Laboratories, Boehringer Ingelheim, Bristol Myers Squibb, GlaxoSmithKline, Merck Sharp and Dohme y Roche), exp. 3076/99 y 36303/02.

025

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LA INFECCIÓN POR VIH-2 EN ESPAÑA

C. Toro, B. Rodés, A. Aguilera, E. Caballero, C. Rodríguez, E. Calderón, E. Poveda, C. Tuset, A.M. Martín, J. García, R. Ortiz de Lejarazu, J. Eirós, R. Benito, S. Bassani, V. Soriano y el Grupo Español para el Estudio de la Infección por VIH-2

Antecedentes: El Grupo Español para el estudio de la infección por VIH-2 se fundó en 1990 que engloba a diversos centros distribuidos a todo lo largo de la geografía nacional. Uno de sus logros ha sido la creación de un registro nacional de casos, del que a continuación exponemos los datos recogidos hasta diciembre de 2003.

Material y métodos: El diagnóstico de la infección por VIH-2 se realizó mediante métodos serológicos y/o genéticos. El subtipo genético se realizó mediante RFLP. La carga viral se determinó utilizando una técnica modificada de amplificación a tiempo real por NASBA (límite de detección: 250 cop/ml).

Resultados: Hasta diciembre de 2003 se han identificado un total de 117 sujetos infectados por VIH-2. 82 (70,1%) eran varones. Todos fueron adultos salvo un recién nacido que adquirió la infección verticalmente. La mayoría de los individuos eran inmigrantes, principalmente africanos ($n = 86$), y 2 casos portugueses. Los españoles diagnosticados a menudo tenían una historia de viaje o relaciones sexuales con sujetos

de áreas endémicas. La principal vía de transmisión fue la heterosexual, aunque 10 sujetos eran homo/bisexuales y 3 consumidores de drogas por vía parenteral. Sólo 21 pacientes (17,9%) han desarrollado sida, 8 han muerto y el resto permanece asintomáticos. 13 pacientes estaban coinfectados por el VIH-1. El subtipo genético fue examinado en 30 pacientes: 25 eran subtipo A y 5 subtipo B. Pacientes con cifras de CD4 bajas tenían viremia detectable, mientras que sujetos con CD4 por encima de 350 cels/ul mostraban carga viral indetectable. Los pacientes que iniciaron tratamiento antirretroviral mostraron un perfil de resistencias que difería sustancialmente del descrito para VIH-1 y el incremento en la cifra de CD4 fue menos evidente que para los sujetos VIH-1 positivos. No se ha observado un incremento en la detección de casos por VIH-2 a lo largo del tiempo. La infección por VIH-2 se ha descrito principalmente en las grandes ciudades: y Madrid ($n = 36$) y Barcelona ($n = 35$).

Conclusiones: La infección por VIH-2 está presente en nuestro país, aunque con una baja prevalencia y sin evidencia de un incremento a lo largo del tiempo. Los principales subtipos, A y B, han sido reconocidos tanto en españoles como en africanos. La supresión viral completa en pacientes bajo tratamiento antirretroviral en VIH-2 parece ocurrir con menos frecuencia que en sujetos VIH-1.

026

EVOLUCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH EN GIPUZKOA: LA EXPERIENCIA DE 20 AÑOS

M. Apiláñez, J.A. Iribarren, J. Echeverría, J. Landa, J. Arrizabalaga, J. Larraz, F. Rodríguez-Arondo, M.A. von Wichmann y X. Camino

Objetivos: Describir la evolución histórica de la transmisión vertical (TV) del VIH en Gipuzkoa.

Métodos: Estudio ambispectivo (retrospectivo hasta 1996, prospectivo desde 1997). Se analiza la TV de la infección VIH en diferentes períodos marcados por pautas de actuación diagnósticas y terapéuticas diferentes: Periodo 1 (antes de 1994): TV previa al uso de tratamiento antirretroviral (TAR); Periodo 2 (1994-1997): aplicación del protocolo de TAR con ZDV (ACTG076); Periodo 3 (1998-1999): realización del despistaje universal de VIH en el embarazo y TAR combinado; Periodo 4 (2000-2003): divulgación informativa a los profesionales (ginecólogos y matronas) que ejercen en el ámbito privado, a través de los Colegios Profesionales correspondientes, de las pautas de despistaje y tratamiento de la infección VIH.

Resultados: En la tabla se recogen los datos fundamentales

	Número de partos	Mujeres en TAR	Niños infectados	Incidencia de TV
Previo a 1994	118	0	27	23%
1994-1997*	42	14 (33%)	5	14,2%
1998-1999**	24	19 (79%)	1	4%
2000-2003***	40	37 (92,5%)	0	0%

*2/3 de las mujeres no reciben ZDV, la mayoría por no conocer su infección. **Las mujeres no tratadas con TAR lo son por no conocer su infección, por distinción social o por embarazo controlado en el ámbito privado que se escapa al screening. ***Destacamos una TV del 0% a pesar de no lograr el 100% de mujeres tratadas. Hay que reseñar que de los 40 niños nacidos, sólo 28 tienen más de 18 meses. Las 3 mujeres sin TAR proceden de entornos sociales problemáticos.

Conclusiones: Para alcanzar el objetivo de eliminar la TV del VIH, no es suficiente con aplicar los nuevos conocimientos al colectivo ya conocido de mujeres VIH (+), sino que debemos aunar esfuerzos para que el screening y tratamiento de la infección alcance a toda la población gestante. La mayor dificultad, hoy día, la encontramos en conseguir que algunas pacientes de entornos sociales muy deteriorados tomen TAR durante el embarazo.

027

TRANSMISIÓN VERTICAL EN GESTANTES VIH POSITIVAS

A. Ocampo, A. López, C. Couceiro, J. de la Fuente, J. Díz, C. Miralles y C. Martínez

Introducción: La administración del tratamiento antirretroviral en la gestante VIH positiva, ha reducido significativamente la tasa de transmisión. El Complexo Hospitalario Universitario Xeral-Cíes de Vigo, aplica desde 1996 un protocolo multidisciplinar dirigido a evitar la transmisión vertical.

Objetivos: 1) Cuantificar la tasa de transmisión vertical tras pauta de tratamiento antirretroviral. 2) Investigar la repercusión de la terapia sobre el recién nacido y la gestante. 3) Porcentaje de cesáreas realizadas. 4) Analizar la tasa de transmisión vertical de VHC en coinfecadas con tratamiento de alta eficacia.

Material y método: Se analizaron 138 nacimientos de 121 mujeres VIH positivas controladas en la consulta de seguimiento de VIH, categorizadas en dos grupos: uno, histórico, anterior a 1996 que no recibieron terapia alguna durante su gestación compuesto por 59 casos. El otro prospectivo desde 1996, constituido por 79 nacimientos que recibieron terapia antirretroviral. Durante el primer año de vida, los recién nacidos fueron controlados por el servicio de pediatría y se determinó la tasa de transmisión del VIH y del VHC.

Resultados: La tasa de transmisión vertical descendió del 26,4% en el grupo sin terapia al 1,2% en las tratadas, solo un caso de una gestante controlada en 1997, en monoterapia con AZT y parto vaginal. El número de gestaciones a término aumenta de forma significativa durante el período de tiempo 1995-2003, por el contrario desciende las interrupciones voluntarias del embarazo. Se observó una relación inversa entre la potencia farmacológica y la carga viral próxima al parto. Las cesáreas electivas aumentaron en los últimos años alcanzando el 100% y el 95% en 2002 y 2003 respectivamente. No se observaron efectos adversos relevantes en las gestantes, que precisaron cambio de medicación, excepto dos cólicos nefríticos, dos anemias grado III-IV y una elevación de transaminasas grado IV. En relación a los recién nacidos, incluyendo las de tres gestantes que recibieron efavirenz durante las primeras semanas de gestación, no se apreciaron malformaciones relevantes salvo un caso de pie zambón en una tratada con saquinavir, lamivudina y estavudina. Se diagnosticó un sólo caso de transmisión vertical del VHC en un recién nacido de parto vaginal entre todas las coinfecadas que recibieron terapia de alta eficacia.

Conclusión: La aplicación de protocolos de asistencia integral a las gestantes VIH, se traduce en una disminución de la tasa de transmisión vertical.

028

EVOLUCIÓN INMUNOLÓGICA Y VIROLÓGICA EN UNA COHORTE DE NIÑOS CON INFECCIÓN VIH

J.T. Ramos, M.I. González-Tome, M.I. de José, M.L. Navarro, M.L. Mellado, P. Martín-Fontelos, L. Ciria, M.A. Roa, B. Rubio, C. Calvo, J.M. Bellón, R. Resino, M.A. Muñoz-Fernández. Cohorte de Madrid de Niños con Infección VIH.

Antecedentes: Aún con el impacto del tratamiento antirretroviral (TAR) en la supervivencia, los frecuentes efectos adversos y la dificultad de adherencia suponen grandes obstáculos en el éxito terapéutico en el niño-adolescente con infección VIH. Existe un cambio de tendencia a pautas más simples y mejor toleradas. Son necesarias cohortes amplias que permitan dar respuesta a las numerosos interrogantes existentes. El objetivo del estudio es evaluar cuál es la situación inmunológica y virológica actual en los niños infectados.

Métodos: Estudio transversal hasta enero 03 y prospectivo desde entonces, con recogida de información semestral, en 10 hospitales de la Comunidad de Madrid (CAM).

Resultados: Hasta dic. 03, 259 niños con infección VIH están en seguimiento en 10 hospitales de la CAM, 78% en 3 centros. La transmisión fue vertical en el 97%. La mediana de edad actual es de 11,6 años (0,5-19). 27% y 35% están clasificados en categoría C y 3 respectivamente. La mediana del nadir de CD4 es de 376 (1-3127) y del porcentaje del 17% (2-45%). Un 5% de los niños no reciben TAR, 11% permanecen en doble terapia y 84% reciben TARGA (13% más de 3 fármacos). Entre los niños en TARGA, 43% están con la primera pauta, 29% con la segunda y 28% han recibido > 3 regímenes. La mediana de CD4 es de 784 (48-3529) y del porcentaje del 29% (2-73%). El 56% de los niños tienen < de 400 cp/ml de ARN plasmático. Los ITIAN más utilizados son d4T y 3TC. Nelfinavir y lopinavir/r son los IP más frecuentes. Un 36% reciben pautas con ITINN (sobre todo EFV). Se observa una tendencia a un descenso en el uso de d4T y un aumento de abacavir y lopinavir/r desde el inicio del estudio. También se aprecia una tendencia a una mayor proporción de niños sin TAR.

Conclusiones: En nuestro estudio, la mayoría de los niños reciben TARGA y alcanzan una adecuada respuesta inmunológica y virológica. Los problemas de adherencia, resistencias y toxicidad están modificando las pautas terapéuticas empleadas. Son necesarios estudios de cohortes amplias para abordar los numerosos retos actuales del TAR y su tendencia en el tiempo.

029

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS INFECTADOS POR VIH. ESTUDIO DE UNA COHORTE EN LA ÉPOCA HAART

M.M. Nogueras, G. Navarro, E. Antón, M. Sala, M. Cervantes, M.J. Amengual y F. Segura

Introducción: Múltiples estudios previos demuestran una peor evolución en los pacientes con infección por VIH diagnosticados después de los 50 años. Un análisis previo efectuado por nosotros confirmaba la rápida progresión de este grupo de enfermos. Estudios recientes efectuados tras la introducción del HAART no parecen confirmar este hecho.

Objetivo: Conocer las características epidemiológicas y la evolución, en la época HAART, de pacientes VIH mayores de 50 años (grupo 1) comparándolos con las de pacientes VIH de 13 a 40 años (grupo 2).

Pacientes y métodos: Cohorte formada por 512 pacientes VIH atendidos en un hospital general docente a partir de Enero de 1998. Se recogen variables demográficas, epidemiológicas, clínicas, terapéuticas y de seguimiento. Se excluyeron de este estudio aquellos pacientes sin analítica. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el programa SPSS. **RESULTADOS:** 36 pacientes pertenecían al grupo 1 (8%) y 419 al grupo 2 (92%). El 91,7% del grupo 1 eran varones respecto al 71,8% del grupo 2 ($p < 0,01$). El mecanismo de transmisión fue la vía heterosexual en el 44,4% del grupo 1 vs 25,5% del grupo 2 ($p < 0,02$). El 16,7% (grupo 1) vs 0,5% (grupo 2) eran bisexuales ($p < 0,01$). El 67,5% del grupo 2 eran UDVP vs 5,6% del grupo 1 ($p < 0,01$). El 13,9% del grupo 1 fueron exitus con respecto al 3,8% del grupo 2 ($p < 0,01$). El grupo 1 presentó unos CD4 basales inferiores (180,8 vs 366,9 cel/mm³, $p < 0,01$) y una carga viral basal superior (4,5 vs 4,04 log10, $p < 0,05$). Ambos grupos mostraron buena respuesta inmunológica y virológica al HAART. Los CD4 incrementaron 211,8 y 58,6 cel/mm³ en el grupo 1 y 2 respectivamente (1º año: 334,1 y 445,9 cel/mm³ en grupos 1 y 2; 2º año: 392,6 y 425,5 cel/mm³ en grupos 1 y 2). La carga viral disminuyó 2,3 y 1,14 en el grupo 1 y 2 respectivamente (1º año: 2,4 y 2,7 log10 en grupos 1 y 2; 2º año: 2,2 y 2,9 log10 en grupos 1 y 2, $p < 0,05$).

Conclusiones: En los pacientes infectados por el VIH mayores de 50 años se observa un mayor predominio del género masculino y de la vía de transmisión sexual. La probabilidad de muerte es mayor y su estado inmunológico y virológico previo es peor, sin embargo, responden bien a la terapia HAART

030

IMPACTO DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN LA ESPERANZA DE VIDA EN GALICIA

M. González Pérez, I. Santiago Pérez, B. Álvarez Gómez y M. Castro Bernardez

Dirección Xeral de Saúde Pública de Galicia.

Introducción: En las dos décadas finales del siglo XX se produjeron importantes novedades en prácticamente todos los campos relacionados con las enfermedades infecciosas, y mientras unas repercutían favorablemente en la salud de las personas, otras lo hacían negativamente. Parece oportuno, pues, evaluar el efecto conjunto de todas estas novedades, y un modo de hacerlo es estimando el impacto de la mortalidad por enfermedades infecciosas (MEI) en la esperanza de vida (EV).

Objetivos: Analizar la contribución de la MEI en el cambio en la EV en Galicia comparando el trienio 1990-92 con 1980-82; y el trienio 1999-01 con 1990-1992.

Material y métodos: Los datos de mortalidad en Galicia se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadística para el período 1980-82 (CIE9) y del Registro de Mortalidad de Galicia para 1990-92 (CIE9) y 1999-2001 (CIE10). Como denominadores se utilizaron las estimaciones intercensales de los años 1980 a 1982 y 1990 a 1992; para los años 1999 a 2001 se utilizaron los datos de las respectivas Renovaciones Padronales. Para estimar el impacto, que se expresa en años de esperanza de vida ganados, se utiliza el método de Arriaga. El impacto se describe como positivo cuando la reducción relativa, entre períodos, de la mortalidad por la enfermedad aumenta la EV.

Resultados: Al comparar el trienio 1990-92 con el 1980-82, la EV aumentó 1,3 en los hombres y 2,22 años en las mujeres. A ello colaboró la MEI negativamente en los hombres (-0,07 años) y positivamente en las mujeres (0,01 años). La contribución del SIDA en hombres fue de -0,24 años, y en mujeres de -0,07 años. En ambos sexos este efecto fue contrarrestado por las enfermedades meningocócica y tuberculosa. Al comparar el trienio 1999-01 con el 1990-92, la EV aumentó 2,43 en los hombres y 2,53 años en las mujeres, a lo que contribuyó positivamente la MEI (0,10 años en hombres y 0,19 años en mujeres), debido fundamentalmente al descenso de la mortalidad por SIDA (0,12 y 0,03 años, respectivamente). El único impacto negativo, aunque muy ligero en ambos sexos, lo tuvieron las hepatitis víricas.

Conclusiones: El SIDA es el determinante fundamental del impacto de la MEI en la EV en los hombres en Galicia, contribuyendo en la comparación del trienio 1990-92 con el 1980-82 negativamente, y del trienio 1999-01 con el 1990-92 positivamente. En las mujeres el comportamiento es similar pero en menor medida. Al comparar el trienio 1999-01 con el 1990-92, la única contribución negativa por parte de las enfermedades infecciosas en las EV, tanto en hombres como en mujeres fueron las hepatitis víricas.

031

ERA TARGA: CAMBIOS EN LAS CAUSAS DE MUERTE EN ENFERMOS VIH POSITIVOS

R.E. Rovira, B. Roca, J.M. Marco, X. Lapuebla, N. Tornador, A. Blasco y J. Usó

Introducción: Desde el inicio de la epidemia de sida hasta la actualidad se ha objetivado una disminución en la morbi-mortalidad secundaria a la infección por el VIH, atribuida al

uso de la combinación de fármacos antiretrovirales. En este estudio describimos las principales características de los enfermos infectados fallecidos en la era TARGA.

Material y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo, que incluye a enfermos infectados por el VIH fallecidos desde enero de 1997 hasta diciembre de 2003. Son pacientes controlados en la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital General de Castellón. Se han recogido los datos epidemiológicos básicos, el estado inmunológico y virológico, el tratamiento recibido, y las causas de muerte de cada enfermo, mediante la revisión de la historia clínica de cada paciente.

Resultados: De 1.041 pacientes de nuestra cohorte, un total de 72 (7%) han muerto durante el período de tiempo estudiado. La media \pm SD de edad en el momento de la muerte es 36 ± 7 años, 60 (83%) eran hombres, 56 (78%) eran adictos a drogas por vía parenteral, 53 (74%) estaban coinfectados por el VHC, la media de recuento de linfocitos CD4 fue $58/\text{mm}^3$, y la media del nivel de carga viral de $5.1 \log_{10}$; 24 pacientes (33%) recibieron tratamiento subóptimo o no recibieron ningún tratamiento antirretroviral en el momento de la muerte. La cirrosis hepática fue causa de muerte en 22 enfermos (30,5%), la leucoencefalopatía multifocal progresiva en 9 (13%), complejo demencia-sida en 6 (9%), TBC en 4 (6%) y neumonía por *P. Carinii* en 4 (6%).

Conclusiones: En la serie revisada, la causa más prevalente de muerte es la cirrosis hepática. Pero también siguen siendo frecuentes las causadas por infecciones oportunistas. Como vía de transmisión es el uso de drogas por vía parenteral el mecanismo más frecuente.

032

SUPERVIVENCIA EN COINFECTADOS CON LOS VIRUS HTLV-I Y VIH EN LA ÉPOCA DEL TARGA

M.J. Alcaraz, J. Alberola, A. Morales, J.J. Camarena, C. Ricart, J. Carmena y J.M. Nogueira

Introducción: Se ha descrito interacción entre VIH y HTLV-I, no siendo esta del todo clara en la supervivencia del VIH, presentando la coinfección mayor progresión a SIDA, pero no incremento de mortalidad. Se estudia así la posible influencia de la coinfección en la supervivencia del VIH.

Método: Estudio de cohortes ambispectivo de 455 pacientes VIH+, en los que se determina HTLV-I, tiempo de supervivencia desde que posiblemente se infectaron, en UDVP desde el primer año que comparten agujas y en el resto desde que se conoce su VIH+. El VIH fue detectado por ELISA, Western-blot y PCR cuantitativa (Roche-La Hoffman) y el HTLV-I por ELISA (BioRad; HTLV I+II, Murex). El evento SIDA se define con los criterios del CDC de enero de 1993. Los pacientes fueron tratados del VIH con TARGA según los criterios del NIH. Las variables categóricas se analizan por χ^2 o test exacto de Fisher. Las variables cuantitativas se analizan por test de Kolmogorov-Smirnov, t de Student, U de Mann-Whitney. La supervivencia se analiza por los test de Kaplan-Maier, considerando estadísticamente significativos una $p < 0,005$ bilateral.

Resultados: En la cohorte de 455 pacientes VIH+, 76% tratados con TARGA, 48 pacientes están coinfectados (10,5%). Un 65% son hombres con 34 ± 8.4 años. El 55% se contagió por el uso de drogas parenteral, el 24% por contagio heterosexual y el 20% por relaciones homosexuales, sin diferencias significativas entre los coinfectados y solo infectados por VIH en la edad, carga viral del VIH, CD4 y tiempo de seguimiento. En el grupo de pacientes HTLV-I negativos (grupo A) progresan a SIDA 25 pacientes (6%) y en el grupo HTLV-I positivos (grupo B) progresan a SIDA 7 pacientes (15%), $p = 0,029$, OR = 2,64 (IC 95%: 1,07-6,48). En grupo A mueren de SIDA 10 pacientes (2,5%) y en el grupo B mueren 4 pacientes (8,5%), $p = 0,024$, OR = 3,65 (IC 95%: 1,09-

12,15). La supervivencia a SIDA en el grupo A presenta una mediana de supervivencia de 240 meses (IC 95%: 105-375) y el grupo B de 180 meses (IC 95%: 52-308), $p = 0,05$. En la supervivencia de muertes por SIDA el grupo A tiene una mediana de 240 meses (IC95%: 143-327) y el grupo B de 180 meses (IC95%: 40-320), $p = 0,08$. Conclusiones. Los pacientes VIH+ en la época del TARGA, coinfecados por el virus HTLV-I presentan una mayor progresión a SIDA y mayor mortalidad por SIDA.

033

INMIGRANTES CON INFECCIÓN VIH EN UNA UNIDAD VIH DE MADRID

A. Hernando, C. García-Cerrada, F. Pulido, R. Rubio, R. Hervás, C. Cepeda y J. Ramón Costa

Objetivo: Describir la prevalencia y las características de los pacientes inmigrantes atendidos en una unidad VIH en Madrid.

Métodos: Estudio de corte transversal en el que se incluye a todos los pacientes atendidos por primera vez en una unidad VIH entre agosto de 2001 y agosto de 2003.

Resultados: De un total de 232 pacientes nuevos, 43 (18,5%) eran inmigrantes (25 latinoamericanos, 10 subsaharianos, 2 magrebíes, 4 europeos y 2 asiáticos). La población inmigrante respecto a la local se caracterizaba por una mayor proporción de mujeres (47 vs 31%; $p = 0,047$) y mayor nivel de estudios (30 vs 12% de pacientes con estudios medios o superiores; $p = 0,008$), sin diferencias en la edad (37 vs 38 años) ni en la situación laboral (44 vs 31% de desempleados; $p = 0,17$). El mecanismo de transmisión sexual es más frecuente en inmigrantes (90% vs 41%; $p < 0,0001$). En ambos grupos la vía de transmisión sexual predominante fue la heterosexual (70 y 72%). No se encontraron diferencias en la situación, clínica, inmunológica o virológica basal en función del origen local o foráneo de los pacientes: proporción con sida previo o concomitante en la primera visita: 32,6% vs 31,7% ($p = 1$, Fisher); mediana de CD4 basal 224 vs 299($p = 0,49$, U Mann-Whitney); mediana de carga viral 32.000 vs 34.500 ($p = 0,67$, U Mann-Whitney).

Conclusiones: Existe un importante número de inmigrantes entre los nuevos pacientes en seguimiento por VIH. Aunque presentan diferencias en las características demográficas y en el mecanismo de transmisión, la situación clínica, inmunológica y virológica no difiere de la encontrada en los pacientes no inmigrantes.

034

DIFERENTE UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS SANITARIOS POR LOS SUJETOS INFECTADOS POR EL VIH PERTENECIENTES A LA MINORÍA ÉTNICA GITANA, EN COMPARACIÓN CON LOS PAYOS, EN BILBAO

R. Teira, E. Lizarralde, P. Muñoz, Z. Zubero, J. Baraiaetxaburu y J.M. Santamaría

Objetivos y métodos: Entre noviembre de 2000 y marzo de 2001 realizamos un estudio transversal sobre las características epidemiológicas y clínicas de los sujetos infectados por el VIH pertenecientes a minorías étnicas, residentes en Bilbao. Un objetivo secundario de dicho estudio fue definir una cohorte para estudiar prospectivamente su "comportamiento" sanitario y su evolución clinicobiológica. Aquí presentamos los datos correspondientes a la asistencia a las consultas, episodios asistenciales y evolución virológica e inmunológica al cabo de 2 años de los pacientes de etnia gitana que constituyeron dicha cohorte, en compara-

ción con los de un grupo control escogido entre los payos de la misma cohorte mediante la utilización de una lista de números aleatorios.

Resultados: En el estudio transversal registramos los casos de 31 gitanos y de 620 payos, de los cuales hemos actualizado respectivamente 30 (por error en un número de historia clínica) y 100. La distribución por sexos y la mediana de edad no difirió entre los 2 grupos. Dos años después de la consulta inicial, 15 gitanos (50%) y 75 payos (incluyendo 3 que fallecieron durante esos 2 años) (75%) ($p = 0,009$) continuaban en seguimiento (razón de ventajas -OR- de haber sido perdidos: 3, intervalo de confianza del 95% 1,19 a 7,62). La media de hospitalizaciones por individuo fue de 2,0 (DE: 2,4) para los gitanos y de 0,9 (DE: 1,5) para los payos ($p = 0,004$), y la media de días hospitalizados, 15,2 (DE: 18,1) y 6,7 (DE: 14,1) respectivamente ($p = 0,023$). Las medias de consultas atendidas fueron de 4,0 (DE: 3,8) y de 6,3 (DE: 3,5) respectivamente para gitanos y payos ($p = 0,004$) mientras que la de citas falladas fueron de 3,4 (DE: 2,6) y 2,0 (DE: 2,0) ($p = 0,008$). De los pacientes de quienes se dispuso el dato correspondiente al 24º mes desde el inicio, no se observaron diferencias en los cambios medianos de los recuentos de linfocitos CD4 (30 y 30 células/ μ l) y de las cargas víricas plasmáticas de VIH-RNA (0,1 y 0 log10) entre gitanos y payos, ni en la proporción de casos cuya carga vírica era indetectable. Conclusiones: Los resultados de este estudio de seguimiento a 2 años de una cohorte clasificada según la procedencia étnica, confirman la observación del estudio transversal inicial, de que los sujetos de etnia gitana muestran menor regularidad en la asistencia a consultas programadas, mientras que utilizan con más frecuencia los servicios de hospitalización. Dentro del subgrupo de quienes acuden, aún con menos regularidad, el cumplimiento del tratamiento y sus resultados son similares a los producidos en el grupo de la mayoría paya

035

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN INFECTADA POR EL VIH CON ANTECEDENTES DE ESTANCIAS EN CENTROS PENITENCIARIOS: ESTUDIO TRANSVERSAL EN LA COHORTE VACH

R. Teira, I. Suárez-Lozano, A. Muñoz, J.M. Santamaría, J. Cosín, B. Roca, M.L. García-Alcalde, J. González, F. Lozano, E. Ribera Trinitario Sánchez, A. Terrón, P. Geijo, P. Domingo, P. Viciana, A. Vergara, P. Galindo y M. Garrido

Objetivos: Estudiar las características demográficas y epidemiológicas diferenciales de los pacientes con infección por VIH con antecedentes de estancias en centros penitenciarios.

Métodos: Estudio transversal sobre los datos de la cohorte VACH, constituida por 15 hospitales de 9 comunidades autónomas que utilizan para el seguimiento de los pacientes VIH+ en sus clínicas la aplicación estadística ACH®. Revisamos los datos de los pacientes incluidos en la cohorte que hubiesen sido diagnosticados de infección por VIH después del 1 de enero de 1997. Clasificamos a los pacientes en 2 grupos según tuviesen (grupo 1) o no (grupo 2) registro de antecedentes de estancias en centros penitenciarios. Analizamos variables sociodemográficas, epidemiológicas y clinicobiológicas recogidas prospectivamente en la aplicación mediante el programa estadístico Epiinfo 6.0.

Resultados: 2.704 pacientes cumplían las condiciones básicas, de quienes 367 (13,6%) tenían registrados antecedentes penitenciarios. 316 (86,1%) de éstos eran varones, mientras que en el resto de la Cohorte la proporción se reducía a 71,5% ($p < 0,000$). 286 (77,9%) tenían antecedentes de consumo de drogas (CDVP) frente a 30,7% del resto de los pacientes ($p < 0,000$). Otras variables sociodemográficas mostraron diferentes distribuciones entre los 2 grupos: menor proporción de sujetos con niveles de educación me-

dio y superior, predominio de desempleados y mayor proporción dependiente del domicilio familiar en el grupo 1. La proporción de diagnósticos tardíos y de diagnósticos simultáneos de la infección por VIH y alguna complicación definitiva de sida fueron menores en dicho grupo (29% y 9%) que en los restantes pacientes (41% y 19%). Las hospitalizaciones y pérdidas de seguimiento fueron similares en los 2 grupos (77 = 21% y 135 = 37% para el primer grupo, respectivamente y 405 = 17% y 855 = 37% respectivamente en el resto de la Cohorte). El recuento de linfocitos CD4 en la primera visita fue significativamente mayor en el grupo 1 (340, RIQ: 151-542) que el grupo 2 (258, 91-494). 901 sujetos, 89 (24%) del grupo 1 y 712 (305) del grupo 2 progresaron a sida durante el seguimiento, y 14 (3,8%) y 139 (5,9%) respectivamente fallecieron tras una mediana de 80 y 490 días.

Conclusiones: Una proporción importante de los pacientes con infección por VIH incluidos en una cohorte multicéntrica tienen antecedentes de estancias en centros penitenciarios, asociados con el CDVP. A pesar de constituir un grupo vulnerable, el diagnóstico de su infección se realiza en fases más tempranas que en la mayoría de los pacientes, lo cual parece repercutir favorablemente en el pronóstico.

036

SITUACIÓN CLÍNICA, VIROLÓGICA E INMUNOLÓGICA DE LA POBLACIÓN RECLUSA CON INFECCIÓN VIH EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS ESPAÑOLES

J. Portilla, P. Saiz de la Hoya, J. García-Guerrero, J. Sánchez-Payá, A. Marco, S. Moreno, por el Grupo EREP

Objetivo: Conocer las características clínicas, virológicas e inmunológicas de la población reclusa con infección VIH en centros penitenciarios (CP) españoles.

Métodos: En junio de 2002 se efectuó un muestreo por conglomerado en dos etapas para realizar un estudio transversal de prevalencia de resistencias genotípicas del VIH en los CP españoles. En la primera etapa se seleccionaron 15 centros con probabilidades proporcionales a los tamaños y números de internos con infección VIH. Durante la segunda etapa, se seleccionaron por muestreo aleatorio simple, 38 internos con infección VIH conocida, 30 con experiencia a TARV (TARV) y 8 naïve. Se presentan las características clínicas, inmunológicas virológicas de la población estudiada. Los resultados se presentan en porcentajes y medianas (P25-75).

Resultados: De los 15 CP seleccionados sólo participaron 12, con un total de 419 internos con infección VIH, edad 35,5años (31,7-38,7), el 93,3% eran varones y un 94% (394/419) UDVP. El 44% de los UDVP habían iniciado el consumo de drogas antes de 1985 y la mediana de años desde el inicio en el consumo de drogas fue de 17 años (13-21), el 39% de los UDVP encuestados (154/394) reconocían algún consumo de drogas en el CP. El 23% (96/419) habían sido diagnosticados de sida. La mediana de CD4+ nadir de la población estudiada fue de 253/mm³ (137-410) y en el momento del estudio: 418/mm³ (255-612), p < 0,001. La CVP-VIH -cop/RNA/mL- en los internos naïve (n = 85): 5.202 (1.238-27.913), en aquellos sin TARV actual (n = 86): 31.561 (2.947-98.250) y en los internos que recibían TARV en el momento del estudio (N = 248): 196 (15-7.172), p < 0,001.

Conclusiones: La estancia en prisión facilita un mejor control de la infección VIH definida por un incremento significativo en los niveles de linfocitos CD4+. Los internos que reciben TARV presentan una respuesta adecuada, con niveles bajos o indetectables de CVP-VIH. Sin embargo, un número significativo de internos refieren consumo de drogas intravenosas en el CP.

037

DAR A CONOCER EL PERFIL DE PACIENTE SEROPOSITIVOS DE VIH DE UN HOSPITAL GRAL DE 90 CAMAS EN CANCÚN, Q.ROO, MÉXICO

M.C. Bracho Azamar

Objetivo: Describir el perfil epidemiológico de pacientes seropositivos de vih en el Hospital Gral de Cancún, Q.Roo, México. Enero2001- Octubre03.

Introducción: Según la ONU, México ocupa el 3^{er} lugar en las Américas los casos reportados de vih en el 2000, y por tasa de incidencia el 14^o lugar. Hasta dic. 2002 se acumularon 68 145 casos de VIH, de ellos el 15% son mujeres y el 85 hombres. El país tiene una epidemia concentrada en los HSH, la prevalencia en ellos es del 15% y del 0,28% para la población en general. En el 2002 Q.Roo tuvo en el 2002 la mayor tasa de incidencia con 20 casos por 100.000 hab. y el grupo de edad más afectado fue el de 20-24 años con tasa de 48. Los servicios de salud en Q.Roo están segmentados el 49% lo presta la seguridad social y el 51% la no asegurada dándola los servicios gubernamentales Este Hospital Gral es parte de estos últimos.

Metodología: La Unidad de Vigilancia Epidemiológica del hospital implementó un formato de estudio en función del tiempo, lugar y persona en todo paciente VIH positivo para agrupar, analizar y evaluar resultados.

Resultados: En total se notificaron 185 casos en tres años con una media de 61 anual. El 96% de ellos solo expresaron como factor de riesgo el componente sexual. Del total el 25% fueron mujeres y el 75% hombres, de estos últimos el 67% refirió ser homosexual, el 20% bisexual y el resto heterosexual. El grupo etáreo más afectado osciló entre 20 y 40 años con 63% del total, y los mayores de 50 y menores de 10 años representan juntos el 8%. Del lugar de origen el 7% refirió ser de Q.Roo, el 63% del sur del país, solo el 1% extranjero. El 45% de casos tiene menos de 10 años en Q.Roo de residencia. En nivel educativo 50% completaron la primaria y 5% profesional. La actividad laboral en un 90% se registró como No Calificada y muy diversa, el hogar, auxiliar y albañilería ocupó el 40%. Del total de casos el 50% expuso la soltería, el 36% unión de pareja, resto separación.

Conclusiones: El perfil identificado sugiere un nivel socioeconómico bajo, con diversidad cultural importante. La educación sexual no ha tenido impacto en la población joven que es la más afectada y se debe incidir en ello, desde la niñez, la pubertad, adolescencia y fortalecer la reeducación de los adultos en sus hogares y centros de trabajo. Se concentra en los homosexuales la problemática por lo que se establecerán lazos de comunicación para la educación en pares. Sin embargo en las mujeres el problema es importante al estar afectada una por cada 3 hombres, por lo que se debe reforzar la educación en los hogares. Es decir es importante en el hospital gral y a nivel comunitario inicialmente en áreas de escasos recursos, promover actividades de Educación y Promoción de la Salud con enfoque en la sexualidad, promoviendo estilos de vida saludable y de protección específica para así reducir la incidencia y mejorar la calidad de vida de la población marginada.

038

DIAGNÓSTICO DEL VIH COINCIDENTE CON UNA INFECCIÓN OPORTUNISTA Y SIDA. ESTUDIO DESCRIPTIVO

X. Camino Ortiz de Barrón, J.A. Iribarren Loyarte, J. Arrizabalaga Aguirreazaldegui, F. Rodríguez Arrondo, M.A. Von Wichmann de Miguel, T. Cano Rodríguez, K. Yousef Ali Suwais

Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Donostia.

Introducción: Un número importante de pacientes son diagnosticados de su infección por VIH a consecuencia de un

ingreso por una infección oportunista, estando severamente inmunodeprimidos.

Objetivo: Estudiar las características clínico-epidemiológicas de los pacientes que coinciden en su diagnóstico de VIH y SIDA.

Material y métodos: Estudio retrospectivo durante el trienio 2001-2003 de todos los pacientes ingresados a consecuencia de una infección oportunista y que son diagnosticados del VIH durante dicho ingreso.

Resultados: En dicho período se diagnostican en nuestra Unidad 120 pacientes con infección por VIH, de los cuales 46 (38,3%) debutan con una infección oportunista (SIDA). De estos 46 pacientes estudiados 37 (80,4%) son hombres y 9 (19,6%) mujeres. La edad media es 43,1 años. 12 pacientes (26%) tienen más de 50 años. Práctica de riesgo: ExADVP: 17 (37%); heterosexual: 17 (37%); homosexual: 10 (22%); desconocido: 2 (4%). Situación inmunológica: CD4 < 50: 21 (45,6%); 50-200: 18 (39,1%); 200-350: 5 (11%); desconocidos: 2 (4,3). 6 pacientes (13%) fallecen en su primer ingreso. 38 (82,6%) pacientes comienzan TARGA durante su ingreso: 2ITIAN+1 IP: 31 (81,5%); 2 ITIAN+1 ITINAN: 6 (15,8%); 3 ITIAN: 1 (2,6%). Las infecciones oportunistas más frecuentes son: *P. carinii*: 15 (32,6%); *M. tuberculosis*: 11 (23,9%); candidiasis esofágica: 4 (8,6%); encefalopatía: 4 (8,6%); toxoplasmosis: 4 (8,6%); sarcoma de Kaposi: 3 (6,5%); otros (linfoma, criptococo, MAI, CMV, histoplasma): 8 (17,4%). 5 (10,8%) pacientes debutan con dos infecciones a la vez. Realizado un seguimiento hasta Diciembre-2003 de 40 pacientes: 6 (15%) pacientes se han perdido; 5 (12,5%) han fallecido y 29 permanecen vivos (72,5%) con una mediana de supervivencia de 17 meses. 21/29 (72,4%) pacientes con control en Dic-03 están con CV < 50.

Conclusiones: Un elevado porcentaje de pacientes debutan en su infección por VIH con una infección oportunista. La edad media de estos pacientes es elevada. El 84,7% de ellos están en una situación de severa inmunodepresión. El 32% fallecen durante su ingreso o en un período cercano. A pesar de ello, en los pacientes en que da tiempo a comenzar TARGA la evolución es buena.

039

CALIDAD DE VIDA Y VARIABLES PSICOLÓGICAS RELACIONADAS EN PACIENTES VIH CON LIPODISTROFIA

A. Marín, J.L. Casado, J. Moya, L. Aranzabal, A. Antela, A. Moreno, M.J. Pérez Elías y S. Moreno

Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: El síndrome de lipodistrofia (LD) se ha convertido en uno de los principales problemas en la era del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA). Distintas publicaciones encuentran alteraciones psicológicas en pacientes VIH que desarrollan lipodistrofia, pero los datos en calidad de vida o ansiedad son aún escasos e incluso contradictorios.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 58 pacientes con lipodistrofia que completaron una escala de 46 ítems diseñada específicamente con subescalas para medir ansiedad, depresión, repercusiones sociales, apoyo social percibido, calidad de vida, alteración de la imagen corporal, adherencia al tratamiento y cambios en la actitud hacia la medicación. Se incluyeron 3 grupos de pacientes sin LD como grupos control (VIH negativos, VIH positivos sin tratamiento, VIH positivos en tratamiento sin datos de LD). La adherencia se cuantificó como el porcentaje de dosis tomadas durante la última semana, y la LD se transformó en variable numérica en una escala de 0 (ausencia de LD) a 4 (cambios máximos) que el paciente puntuaba en distintas zonas del cuerpo y, de forma independiente, era repetida por el médico responsable.

Resultados: La edad media era de 43 años, 78% eran varones, y 48% habían sido ADVP como práctica de riesgo para la infección por VIH. Existió una alta correlación entre la puntuación del paciente y el médico para todas las zonas del cuerpo y para la existencia de lipoatrofia o lipoadematos (r = 0,61 a 0,78, p < 0,001). Los pacientes con lipoatrofia severa mostraron una disminución en la subescala de calidad de vida en comparación con pacientes con lipoatrofia leve o con lipoadematos. En estos pacientes, la menor puntuación en calidad de vida se correlacionó con altas puntuaciones en las subescalas de depresión (r = -0,71, p < 0,001), ansiedad (r = -0,55; p < 0,001), alteración de la imagen corporal (r = -0,35; p = 0,006), y repercusiones sociales (r = -0,4; p = 0,002). Mayores puntuaciones en calidad de vida se asociaron a mayor apoyo social (r = 0,28; p = 0,03) y mejor actitud hacia la medicación antirretroviral (r = 0,29; p = 0,02). Llamativamente, el descenso de calidad de vida no se relacionó con diagnóstico previo de SIDA, cifra nadir de CD4+, tiempo en TARGA, situación familiar o laboral, creencias sobre el tratamiento o la infección, práctica de riesgo, o mayor apoyo social recibido. Por otra parte, una menor puntuación en calidad de vida, en pacientes control sin LD, fue relacionada a la situación VIH y presencia de síntomas depresivos. En esta muestra de pacientes con LD, no se observaron cambios en la adherencia.

Conclusiones: La lipoatrofia severa puede producir un descenso significativo en la calidad de vida de los pacientes, asociándose a síntomas depresivos y ansiedad. Este descenso no se modifica por una mejor situación de la infección VIH, o por las creencias del paciente, aunque sí por un mayor soporte social.

040

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES QUE MODIFICAN LAS REPERCUSIONES SOCIALES DE LA LIPODISTROFIA EN PACIENTES VIH POSITIVOS

A. Marín, J.L. Casado, L. Aranzabal, J. Moya, A. Antela, A. Moreno, F. Dronda y S. Moreno

Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: En pacientes VIH positivos con lipodistrofia (LD), es esperable una alta incidencia de alteraciones y ansiedad social en relación con los cambios en la imagen corporal, pero ningún estudio se ha diseñado específicamente para determinar este punto. Además, no hay datos sobre las variables que podrían modificar la aparición de repercusiones sociales, o el impacto de estas en la adherencia y la actitud hacia la medicación.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 58 pacientes con lipodistrofia que completaron una escala de 46 ítems diseñada específicamente con subescalas para medir ansiedad, depresión, repercusiones sociales, apoyo social percibido, calidad de vida, alteración de la imagen corporal, adherencia al tratamiento y cambios en la actitud hacia la medicación. Se incluyeron 3 grupos de pacientes sin LD como grupos control (VIH negativos, VIH positivos sin tratamiento, VIH positivos en tratamiento sin datos de LD). La adherencia se cuantificó como el porcentaje de dosis tomadas durante la última semana, y la LD se transformó en variable numérica en una escala de 0 (ausencia de LD) a 4 (cambios máximos) que el paciente puntuaba en distintas zonas del cuerpo y, de forma independiente, era repetida por el médico responsable.

Resultados: La edad media era de 43 años, 78% eran varones, y 48% habían sido ADVP como práctica de riesgo para la infección por VIH. Hubo una mayor percepción de alteración corporal en pacientes con lipoatrofia severa en comparación con pacientes control, o incluso en aquellos con acúmulos, y no se objetivó una relación con la edad, tiempo en

tratamiento, situación laboral o familiar, o creencias del paciente sobre la enfermedad o la infección. La severidad de la lipoatrofia se correlacionó con la incidencia de repercusiones sociales ($r = 0,66$; $p < 0,001$), especialmente con la evitación de situaciones donde los pacientes percibían con mayor intensidad los cambios en la imagen corporal, un hecho no corregido por el diagnóstico previo de SIDA o la cifra nadir de CD4+. Igualmente, una mayor puntuación en la subescala de distress social fue directamente relacionada con síntomas de depresión, ansiedad, y disminución de calidad de vida. Es de destacar que las mujeres tuvieron mayor preocupación corporal y repercusiones sociales para la misma severidad de la lipoatrofia. Existió una correlación inversa significativa entre la existencia de aislamiento social y la puntuación en la subescala de apoyo social que percibía el paciente ($r = -0,36$; $p = 0,005$).

Conclusiones: La lipoatrofia severa se asocia a cambios en la imagen corporal y altos índices de alteraciones y ansiedad social, con repercusiones psicológicas como la aparición de síntomas de ansiedad o depresión. No hemos identificado factores que eviten totalmente la existencia de repercusiones sociales en estos pacientes, pero su importancia se ve modificada por el apoyo social percibido y la situación familiar.

041

ADIPOCITOQUINAS EN LA LIPODISTROFIA ASOCIADA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL Y SU PAPEL EN LAS ALTERACIONES METABÓLICAS

V. Estrada, N.G.P. de Villar, M.T. Martínez Larrad, J.L. González Sánchez y M. Serrano Ríos

Fundamento: El tejido adiposo un órgano endocrino de primer orden capaz de secretar adipocitoquinas, entre las que destacan la leptina (LP) y la adiponectina (AD). Ambas juegan un papel relevante en el metabolismo lipídico y de los carbohidratos. La lipodistrofia (Lipo) es una complicación del tratamiento antirretroviral (TAR) caracterizada por cambios en la distribución de la grasa corporal y alteraciones metabólicas.

Objetivo: Determinar la relación entre los niveles plasmáticos de LP y AD, las alteraciones metabólicas, la resistencia a la insulina (RI) y el patrón de distribución grasa en pacientes VIH+ en TAR.

Métodos: Se estudiaron 117 pacientes varones VIH+ en TAR y se compararon con 75 sujetos sanos, de similares peso y edad. El diagnóstico de Lipo fue clínico (concordancia médico-paciente). LP y AD fueron medidos por RIA. RI determinada por HOMA-r.

Resultados: 62 pacientes (52,9%) presentaban Lipo (65,3% lipoatrofia y 34,7% Lipo mixta). Los pacientes con Lipo se diferencian de los que no presentan Lipo en: a) mayor tiempo en TAR ($52,3 \pm 28$ vs $36,4 \pm 23$ meses, $p = 0,009$), b) mayor tiempo con NRTI ($102,9 \pm 48,9$ vs $70,9 \pm 14,5$ meses, $p = 0,006$), y c) niveles de LP reducidos ($4,5 \pm 4$ vs $7,2 \pm 4,7$ mg/ml, $p = 0,005$). La lipoatrofia se asocia con hipoleptinemia vs forma mixta ($3,4 \pm 2,4$ vs $6,9 \pm 3,7$ mg/ml). En la forma mixta se observa acusada RI (HOMA $6,1 \pm 3$ vs $3,5 \pm 1,9$, $p = 0,018$). Los pacientes con Lipo presentan niveles reducidos de AD vs controles ($5,6 \pm 4,2$ vs $7,8 \pm 3,9$ mg/ml, $p = 0,005$) y la prevalencia de Sde. metabólico (criterios de ATP-III) es muy superior (16,9% vs 5,3%, $p = 0,04$). 65,8% de los pacientes en TAR presentaban criterios de RI (HOMA > 3), frente al 25,4% de los controles ($p < 0,001$).

Conclusión: Las adipocitoquinas juegan un papel relevante en las alteraciones metabólicas asociadas al tratamiento antirretroviral, entre las que destaca la resistencia a la insulina. La presencia de lipodistrofia se asocia con reducción de los niveles de adiponectina y una alta prevalencia de síndrome metabólico. La lipoatrofia cursa con niveles bajos de leptina.

042

PREVALENCIA DE OSTEOPENIA EN NIÑOS CON INFECCIÓN POR VIH

J.T. Ramos Amador, P. Rojo, M.I. González-Tome, C. Ruano, K. Vargas* y L. García-Piñar*

Unidad de Inmunodeficiencias. Departamento de Pediatría. Sección de Bioquímica. *Sección de Endocrinología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Antecedentes: En adultos con infección por VIH es frecuente una disminución de densidad mineral ósea (DMO) asociada al TARGA. En el niño adolescente infectado por VIH también parece ser un problema prevalente, si bien la información aún es escasa, desconociéndose su evolución en el tiempo. Existe gran preocupación por las consecuencias futuras de una deficiente mineralización.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de osteopenia/osteoporosis en la población pediátrica. Determinar la evolución de la misma, su relación con el metabolismo calcio/fósforo y con el tratamiento antirretroviral.

Métodos: Estudio prospectivo de niños con infección VIH seguidos en Unidad de referencia, a quienes se realiza DEXA (HOLOGIC QDR 4500/W) basal y secuencial. Se ha definido osteopenia como un score z menor de -1 en columna lumbar (L1- L4). Los marcadores de turnover óseo analizados incluyen 25-OH vitamina D, PTH y osteocalcina séricas; y deoxypyridinolina, telopeptido N-terminal de colágeno tipo I (NTx) y cociente calcio/creatinina en orina.

Resultados: En 68 pacientes (35 niñas) con infección VIH (todos menos uno de transmisión vertical) se ha realizado DEXA basal y en 40 repetido con una mediana de 13 meses (rango 10- 19). La mediana de edad basal fue de 126 meses (55-219). 41 niños eran prepuberales (Tanner 1). Recibieron TARGA 60 niños (3 con ITINN), dos terapia doble con 2 ITIAN y seis estaban sin tratamiento. La mediana de TARGA al primer DEXA fue de 62 meses (16-69). El 73% de los niños con TARGA tenían carga viral < 400 copias/ml. En conjunto 28 (41%) niños tuvieron disminución de DMO, de los cuales 23 osteopenia y 5 osteoporosis (< -2,5 score z). La media de score z basal fue $-0,6 \pm 1,27$. No se apreciaron diferencias en el score z ni en la proporción de niños con disminución de DMO en el 2º DEXA respecto al 1º. Se observó una tendencia a una mayor disminución de DMO en niños con régimen de IP en comparación a los que no recibían IP ($p = 0,06$). Los marcadores de reabsorción ósea (deoxypyridinolina, NTx, calcio/creatinina en orina) fueron significativamente mayores en niños con disminución de DMO.

Conclusiones: En nuestro estudio se observa una elevada prevalencia de osteopenia/osteoporosis en niños con infección VIH en tratamiento antirretroviral. No se ha apreciado una progresión de la osteopenia al año. Algunos marcadores de reabsorción ósea pueden estar aumentados en pacientes osteopénicos. Son necesarios estudios para determinar la patogenia, prevención y tratamiento del grave problema de disminución de DMO en esta población.

043

OSTEOPENIA Y OSTEOPOROSIS EN PACIENTES CON INFECCIÓN VIH NO EXPUESTOS A TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

H. Knobel, G. Vallejo, A. Guelar, A. Gonzalez, M. Montero, J.L. Gimeno, P. Saballs y J.L. López-Colomés

Servicio Medicina Interna-Infecciosas. Hospital del Mar. Barcelona.

Introducción: Estudios previos han descrito una alta prevalencia de osteopenia y osteoporosis en pacientes con infección VIH. Existe controversia si la pérdida de densidad ósea es una consecuencia de la infección VIH o del uso de agentes

antirretrovirales. El objetivo del presente estudio fue evaluar la prevalencia de osteopenia/osteoporosis y analizar los factores asociados a la misma.

Métodos: Estudio transversal. Se empleó DEXA con T y Z-scores (el T-score representa la media y una DS de la densidad ósea respecto a una población de 30 años; el Z-score respecto a la misma edad y sexo). El estudio fue realizado en 88 pacientes consecutivos no expuestos a terapia antirretroviral y se midió la densidad ósea en columna lumbar (L1-L4) y en cuello femoral. Para la definición de osteopenia y osteoporosis se siguieron los criterios de la OMS. Se excluyeron pacientes con factores conocidos de osteopenia. Se analizó la relación entre osteopenia y el sexo, el recuento de CD4, la carga viral, el índice de masa corporal (IMC), el tabaquismo, el alcoholismo y la co-infección por el VHC.

Resultados: De los 88 pacientes incluidos, 68 (77,3%) fueron varones, edad media: 35,6 años, peso: 66,1 Kg, IMC: 23, carga viral: 4,26 log10/ml y recuento de CD4: 424/ml. Se encontró tabaquismo y enolismo en 50% y en 14% de los pacientes respectivamente. Existió co-infección por VHC en 31%. En columna lumbar el T-score medio fue: -0,64 y el Z-score: -0,53, osteopenia en 34,1% y osteoporosis en 3,4% de pacientes. En cuello femoral el T-score medio fue: -1,19 y el Z-score: -0,65, osteopenia en 50% y osteoporosis en 14,8% de pacientes. El único factor asociado con osteopenia en el análisis de regresión logística fue el IMC (OR: 0,84; IC 95%: 0,73-0,97, $p < 0,01$).

Conclusiones: La evaluación de 88 pacientes no evolucionados y no expuestos a tratamiento antirretroviral sugiere que la infección crónica por el VIH se asocia con una reducción significativa de la densidad mineral ósea, predominantemente en hueso femoral y que el único factor de riesgo encontrado fue un índice de masa corporal reducido.

044

PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO EN SUJETOS INFECTADOS POR EL VIH

C. Jericó, H. Knobel, M. Montero, A. Guelar, J.L. López-Colomés y J. Pedro-Botet

Servicio de Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas. Hospital del Mar. Universidad Autónoma de Barcelona.

Introducción: Los sujetos afectos de síndrome metabólico (SM) presentan un elevado riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular. En este sentido, el ATP III del National Cholesterol Educational Program (NCEP) incide en la importancia del SM y aporta unos criterios diagnósticos de fácil aplicación clínica.

Objetivo: Estimar la prevalencia del SM, definido por los criterios del ATP III, en una cohorte de sujetos infectados por el VIH y evaluar su posible relación con el tratamiento.

Pacientes y método: Estudio transversal que incluyó 554 pacientes (407 varones, 147 mujeres) con una edad media de $42,7 \pm 9,6$ años. Se definieron como afectos de SM a los sujetos que cumplían tres o más de los siguientes criterios: 1) glucemia en ayuno > 110 mg/dL o tratamiento hipoglucemante, 2) perímetro de cintura > 102 cm en varones y > 88 cm en mujeres, 3) presión arterial $> 130/85$ mmHg o tratamiento antihipertensivo, 4) trigliceridemia > 150 mg/dL y 5) colesterol HDL < 40 mg/dL en varones y < 50 mg/dL en mujeres. Se realizó un análisis de regresión logística para estimar el OR ajustado a la presencia de SM.

Resultados: De los 554 pacientes incluidos, presentaban estadio C del CDC el 34,3%, usuarios de drogas por vía parenteral el 42,1%. Recibía tratamiento antirretroviral 502 (90,6%) de los sujetos, siendo la distribución por clase de fármacos: 35% inhibidores de proteasa (IP), 44% inhibidores no nucleósidos y 15% inhibidores nucleósidos de forma exclusiva. La prevalencia global del SM fue del 16,8 %, siendo del 17,9% y del 5,8% entre los que recibían TAR y los naive, respectivamente ($p = 0,03$, OR 3,57, IC 95%: 1,09-11,7). Tras el análisis multiva-

riante los factores que presentaron relación independiente y significativa con el síndrome metabólico fueron (expresados como OR; IC 95%): edad (por cada 10 años de incremento): 1,4;1,1-1,8, índice de masa corporal:1,4;1,2-1,5, TAR: 4;1,1-14,8, lipodistrofia: 2,2;1,3-3,7, exposición a IP:2,1;1,1-3,9.

Conclusiones: La prevalencia de SM aumenta significativamente en sujetos infectados por el VIH que reciben TAR comparado con los sujetos naive, especialmente en los tratados con IP. Dado que el SM asocia a varios de los factores de riesgo cardiovascular modificables, los resultados obtenidos sugieren implicaciones en la atención del paciente VIH.

045

PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR (FRCV) EN UNA COHORTE DE PACIENTES VIH EN ESPAÑA (ESTUDIO CUORE)

P. Labarga¹, P. Domingo², T. Martín³, M. Guerrero⁴, E. Pujo⁵, A. Vergara⁶, J.A. Cartón⁷, J.J. Hernández⁸, F. Pulido⁹, J. González¹⁰, P. Viciana¹¹, E. Martínez¹² y el grupo de estudio CUORE

¹H. San Millán, Logroño, ²H. Sant Pau, Barcelona, ³H. Puerta de Hierro, Madrid, ⁴Fundación Jiménez Díaz, Madrid, ⁵H. J.R. Jiménez, Huelva, ⁶H.U. Puerto Real, Cádiz, ⁷H.C. Asturias, ⁸H. Ciudad de Jaén, ⁹H. 12 de Octubre, Madrid, ¹⁰H. La Paz, Madrid, ¹¹H. Virgen del Rocío, Sevilla, ¹²H. Clínico de Barcelona.

Fundamento: El tratamiento antirretroviral se ha señalado en algunos estudios como un factor de riesgo cardiovascular independiente, aunque su importancia vendrá matizada por la coexistencia de otros factores de riesgo. La prevalencia de los FRCV es muy variable en función de la población analizada. El estudio Cuore permite analizar la prevalencia de FRCV en una gran cohorte de pacientes con infección por VIH distribuidos por toda España.

Métodos: En este estudio se analiza de forma prospectiva la evolución de FRCV antes y después de la introducción de tratamiento antirretroviral que incluya Nelfinavir, así como el efecto de una intervención protocolizada de disminución de riesgo. Se presentan los datos de prevalencia de FRCV en 596 pacientes VIH+ (43% naive) en la visita basal. La cohorte corresponde a pacientes seguidos en 76 hospitales de 16 comunidades autónomas.

Resultados: El 75% son varones con una mediana de edad de 38 años, presentando en el momento de su inclusión una mediana de CD4 de 228 cel/mm³ y una carga viral de 37.000 cop/mL. El 73% son fumadores y de estos el 82% fuman más de 10 cigarrillos/día; el 8% sufren HTA o usan antihipertensivos; un 15% están en edad de mayor riesgo (> 45 años en varones o > 55 años en mujeres); un 10% tiene historia familiar de ECV prematura y un 5% tienen antecedentes de cardiopatía isquémica o equivalente (incluyendo diabetes mellitus). En cuanto al perfil lipídico, la mediana de colesterol total, LDL, HDL y TG es de 164, 96, 41 y 128 mg/dl respectivamente; el 49% tiene HDL-Colesterol < 40 mg/dl y sólo un 15% tiene HDL-colesterol ≥ 60 mg/dl. El 38% de los pacientes tiene 2 o más FRCV clásicos (según la definición de la ATP-III). Existen diferencias en la prevalencia de FRCV en los pacientes seguidos en las diferentes comunidades autónomas, así por ejemplo, el consumo de tabaco es superior en La Rioja ($n = 34$): 79%, y la Comunidad Valenciana ($n = 59$) 78%, y algo inferior en Cataluña ($n = 101$) 63%, Asturias ($n = 40$) 67% y Madrid ($n = 74$) 69%. La prevalencia de HDL-Colesterol < 40 mg/dl oscila entre un 58% en Cataluña ($n = 79$) y un 33% en Asturias ($n = 33$) y La Rioja ($n = 18$).

Conclusiones: Los pacientes infectados por VIH en nuestra cohorte presentan una elevada prevalencia de FRCV. Los factores con mayor impacto en el riesgo cardiovascular de estos pacientes son el consumo de tabaco y la hipocolesterolemia HDL (< 40 mg/dl). El carácter reversible de estos FRCV nos permite suponer que es posible reducir de forma efectiva el riesgo cardiovascular de los pacientes infectados por VIH.