

# Prevalencia de infección rectal por *Chlamydia trachomatis* (CT) y *Neisseria gonorrhoeae* (NG) en una consulta monográfica de infecciones de transmisión sexual (ITS) y oportunidades perdidas respecto a profilaxis preexposición a VIH (PreP)

**Gil Alonso L; Querol García E; Vignau Arsuaga R; Beloki González I; Kortajarena Urkola X; Iburguren Pinilla M; Azkune Galparsoro H; Bustinduy Odriozola MJ; Goenaga Sánchez MA**

Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Donostia, Donostia.

## Introducción

Las infecciones de transmisión sexual a nivel rectal son un factor de riesgo independiente para la adquisición y transmisión del VIH.

## Objetivo

Conocer si consideramos la inclusión en programas de PrEP de los pacientes portadores de ITS bacterianas diagnosticadas a nivel rectal.

## Material y Métodos

Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de la historia clínica electrónica. Se han recogido las nuevas infecciones rectales por CT y NG en la consulta monográfica de ITS del Servicio de Infecciosas del Hospital Universitario Donostia durante el año 2023. Se recogieron características epidemiológicas de los pacientes, su seroestatus a VIH, si estaban incluidos o no en el programa de PrEP en el momento del diagnóstico y si una vez diagnosticados de la ITS, cumplían criterios de PrEP y se les ofrecía participar en la estrategia.

## Resultados

Se detectaron 145 nuevas infecciones rectales en 127 pacientes, 74 infecciones por CT (16 por cepas compatibles con linfogranuloma venéreo) y 71 por NG.

Hubo 14 pacientes que tuvieron infecciones rectales por ambos microorganismos durante el periodo estudiado y 4 que tuvieron infecciones repetidas por gonococo.

Las características de los pacientes según microorganismo implicado se recogen en la tabla 1.

Del total de los pacientes, 32 (25.2%) eran seronegativos a VIH no incluidos en el programa de PrEP.

De estos, 9 (28.1%) no cumplían criterios para la inclusión en PrEP el momento del diagnóstico (no tenían relaciones sexuales de riesgo) y de los 23 pacientes restantes, 15 pacientes (65.2%) no fueron partidarios de ser incluidos en el programa preventivo, en 5 casos (21.8%) no se informó al paciente de la estrategia y únicamente 3 fueron partidarios de iniciar PrEP (13%).

	CT n=60	NG n= 53	Infecciones por ambos microorganismos n =14
<b>Identidad de género (Hombre CIS, Mujer CIS, TSX Mujer)</b>	57 (95%) ; 2 (3.3%); 1 (1.6%)	52 (98.1%); 0 (0%); 1 (1.9%)	14 (100%); 0 (0%); 0 (0%)
<b>Conducta sexual (HSH, HTSX)</b>	58 (96.6%), 2 (3.4%)	53 (100%); 0 (0%)	100% ; 0 (0%)
<b>Personas que viven con el VIH</b>	17 (28.4%)	16 (30.1%)	3 (21.4%)
<b>PreP</b>	25 (41.6%)	27 (50.9%)	7 (50%)
<b>Seronegativos no en PreP</b>	18 (30%)	10 (19%)	4 (28.6%)

Tabla 1.- Características de los pacientes con infecciones rectales según microorganismo.

## CONCLUSIONES

El diagnóstico de ITS a nivel rectal permite identificar a pacientes de alto riesgo que se pueden beneficiar de programas preventivos del VIH. En nuestra serie, en el 21.8 % de los casos tributarios no se informó al paciente de la existencia de PrEP como estrategia preventiva en el momento diagnóstico de la infección, lo que puede suponer una oportunidad perdida en el ámbito de la prevención del VIH. La evaluación de la inclusión de los pacientes en programas de PrEP debe hacerse de forma dinámica a lo largo de la historia asistencial del paciente, aprovechando la atención integral que se ofrece en consultas de ITS.



## EVALUAR ESTADO INMUNOLÓGICO DE PACIENTES HIV POSITIVOS EN LA PRIMERA VISITA AL LABORATORIO PRIVADO DEL INSTITUTO DE INFECTOLOGÍA

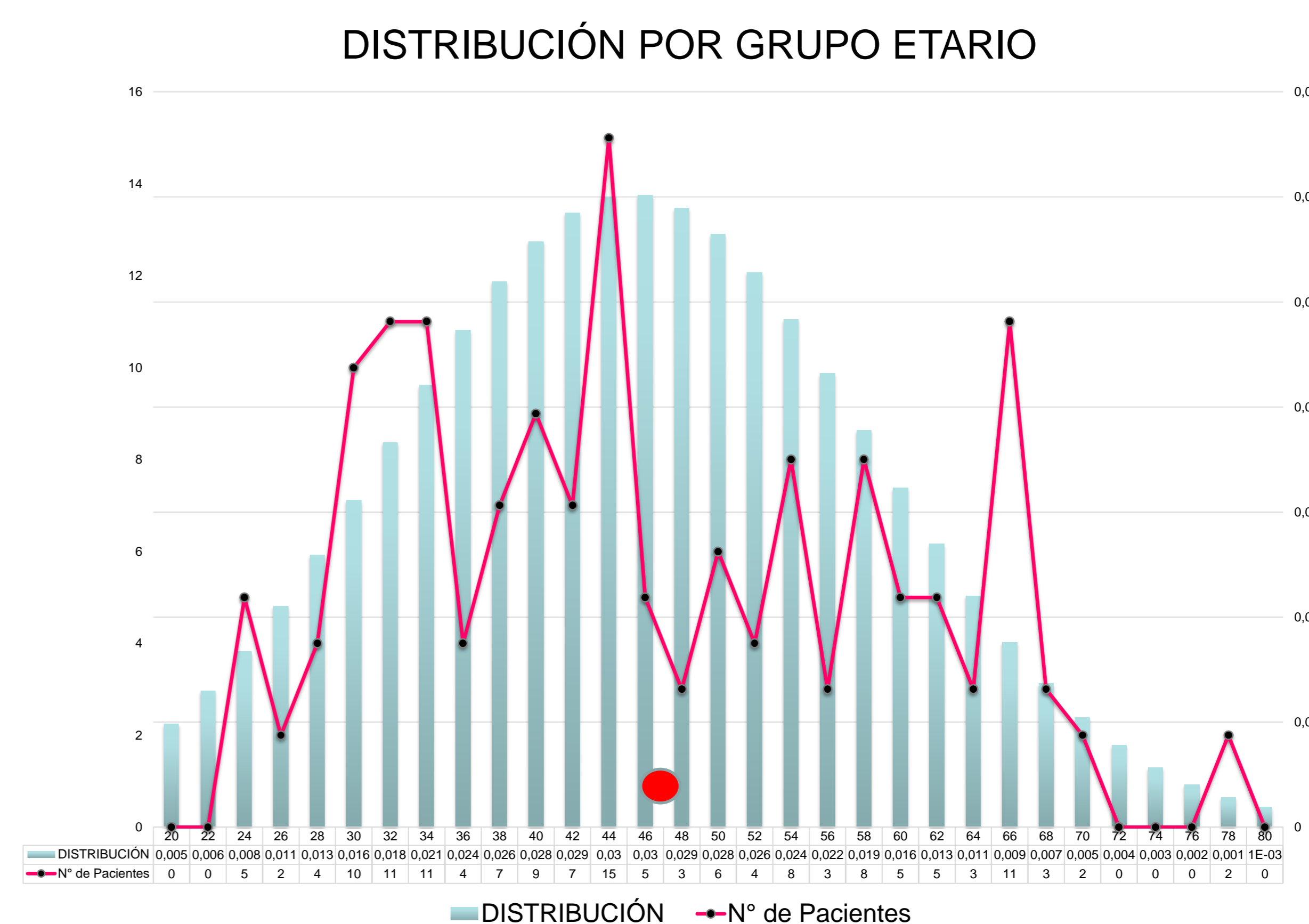
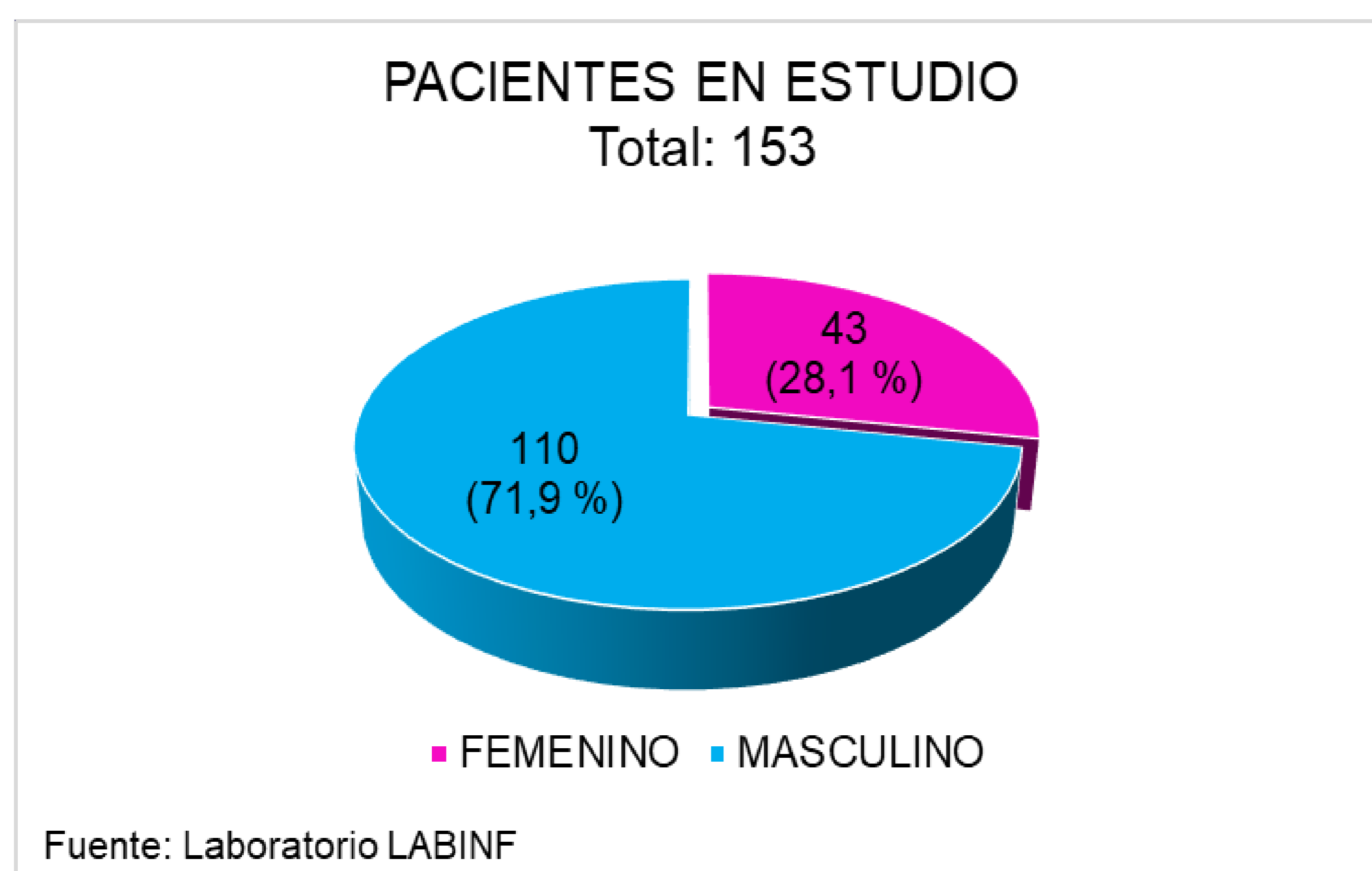
Autores: Cabral, Maria Jose<sup>1</sup>, Strasorier Claudio Gabriel<sup>2</sup>  
1-Laboratorio Labinf, 2- Instituto Privado de Infectología Strasorier-Allende  
LA RIOJA - ARGENTINA

**Introducción:** El VIH genera deterioro progresivo del sistema inmune, el trabajo tiene como objetivo evaluar el estado inmunológico de pacientes HIV positivos en su primera visita al Laboratorio Privado del Instituto de Infectología de La Rioja. Periodo 2019 a 2023

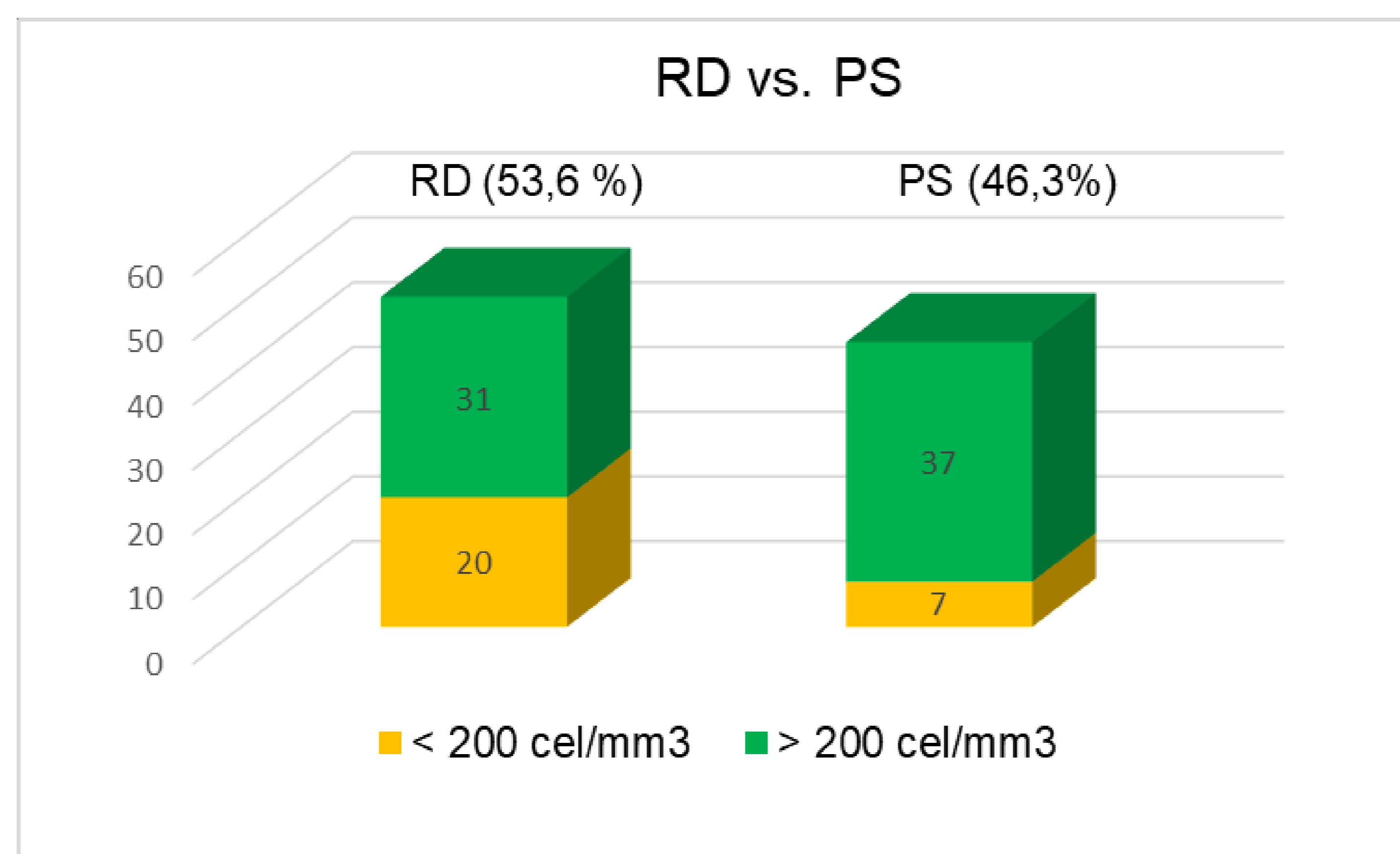
**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, transversal. Se recolectaron datos de edad, sexo, y recuentos de Linfocitos TCD4 (LTCD4) de pacientes adultos. Se evaluó estado inmunológico con el nivel de LTCD4, considerando deterioro, un recuento por debajo de 200 cel/mm<sup>3</sup>.

Se realizó un muestreo aleatorio de la población y se dividió en 2 grupos: grupo de reciente diagnóstico (RD) y pacientes en seguimiento (PS). Se analizó recuento de LTCD4 en el grupo RD y PS, y test de Chi cuadrado para ver asociación con ambos grupos.

**Resultados:** Pacientes: 153 adultos, 43 Mujeres (28,1%) y 110 Varones (71,9 %). Rango etario: 23 a 78 años, edad promedio 45 años. Grupo RD: 53,6 %, grupo PS: 46,3%. Asociación de niveles de LTCD4 inferiores a 200/mm<sup>3</sup> en el grupo RD (OD: 3.41, IC: 1.27-9.12, p: 0.02).



### Niveles de CD4 en Pacientes RD vs PS



	LT CD4 < 200/mm <sup>3</sup>	LT CD4 > 200/mm <sup>3</sup>
RD	20	31
PS	7	37

OD: 3.41, IC: (1.27-9.12), (p: 0.02)

**Conclusiones:** El sexo masculino fue el mas prevalente. Existe asociación significativa de LTCD4 inferiores a 200/mm<sup>3</sup> con el grupo RD que evidencian diagnóstico tardío, con mayor riesgo de infecciones oportunistas en detrimento de la salud del paciente. Por tal motivo, es fundamental establecer estrategias para el diagnóstico temprano y oportuno del VIH.



# IMPACTO DEL CONSUMO DE DROGAS EN LA CALIDAD DE VIDA Y LA ESFERA PSICOSOCIAL EN UNA CONSULTA EN PVIH. ESTUDIO GESIDA 12321 P04



Joanna Cano-Smith<sup>1</sup>, Javier González Cepeda<sup>1</sup>, Ana Delgado-Hierro<sup>1</sup>, Luis Ramos<sup>1</sup>, Rafael Mican<sup>1</sup>, Carmen Busca<sup>1</sup>, Eulalia Valencia<sup>1</sup>, María Luisa Montes<sup>1</sup>, Rosa De Miguel<sup>1</sup>, María Del Mar Arcos<sup>1</sup>, Rocío Montejaño<sup>1</sup>, Juan González-García<sup>1</sup>, José I Bernardino<sup>1</sup>, Luz Martín-Carbonero<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Unidad de VIH. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz-Carlos III

joanna.cano.smith@idipaz.es

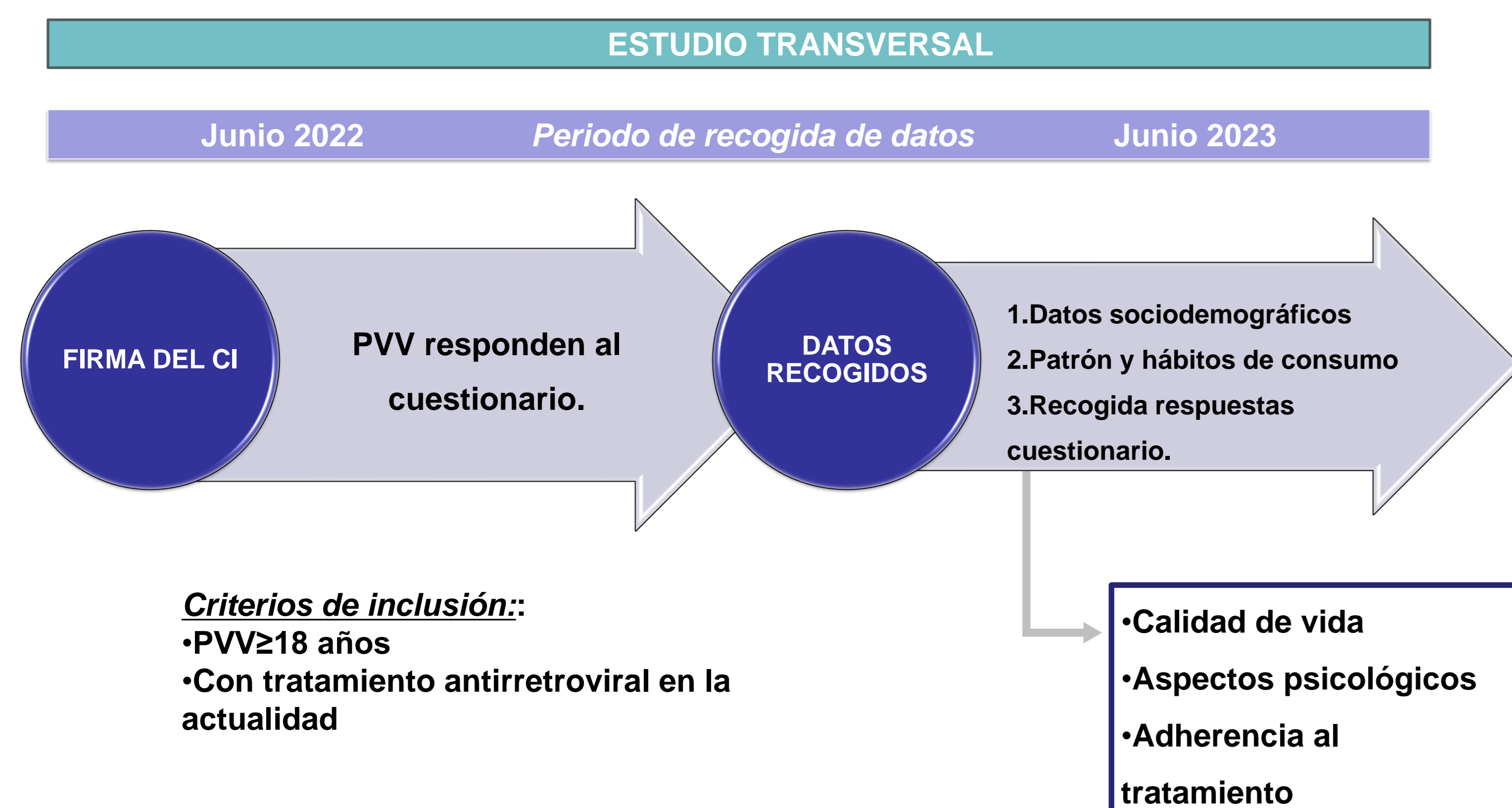
## INTRODUCCIÓN

El consumo de CHEMSEX es una práctica cada vez más frecuente en nuestras consultas.

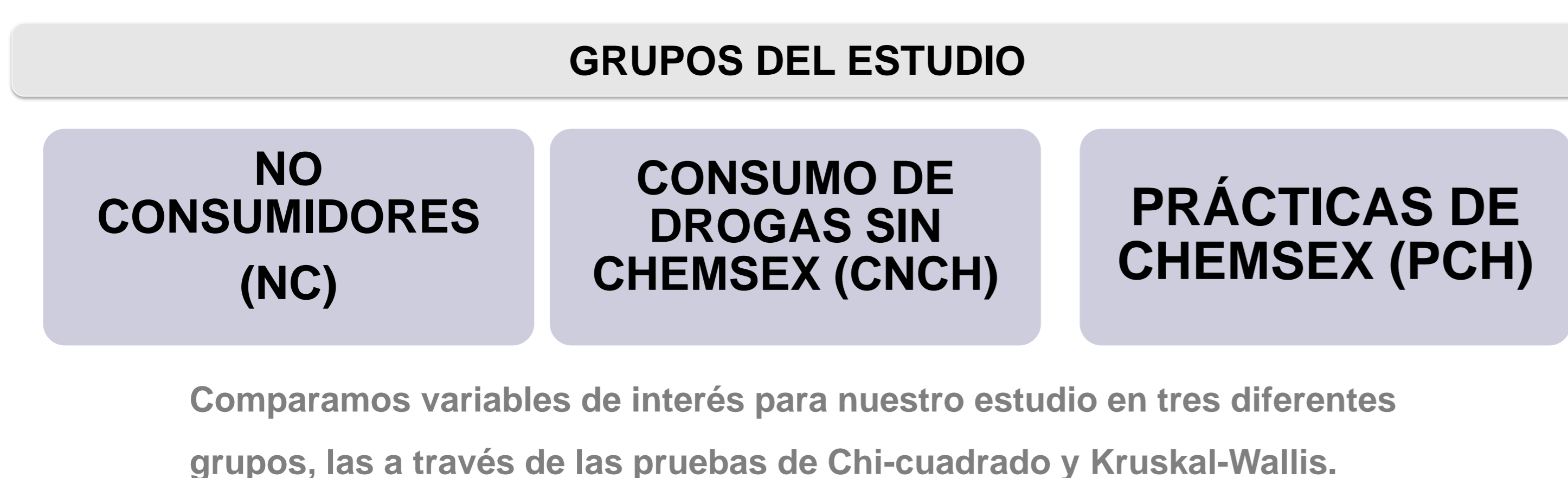
### OBJETIVO:

> Explorar las características sociodemográficas, clínicas y psicológicas que nos pueden ayudar a prestar una mejor atención clínica, usando un cuestionario que recopila respuestas reportadas por los pacientes (PROs) sobre su salud, bienestar, calidad de vida y adherencia al tratamiento.

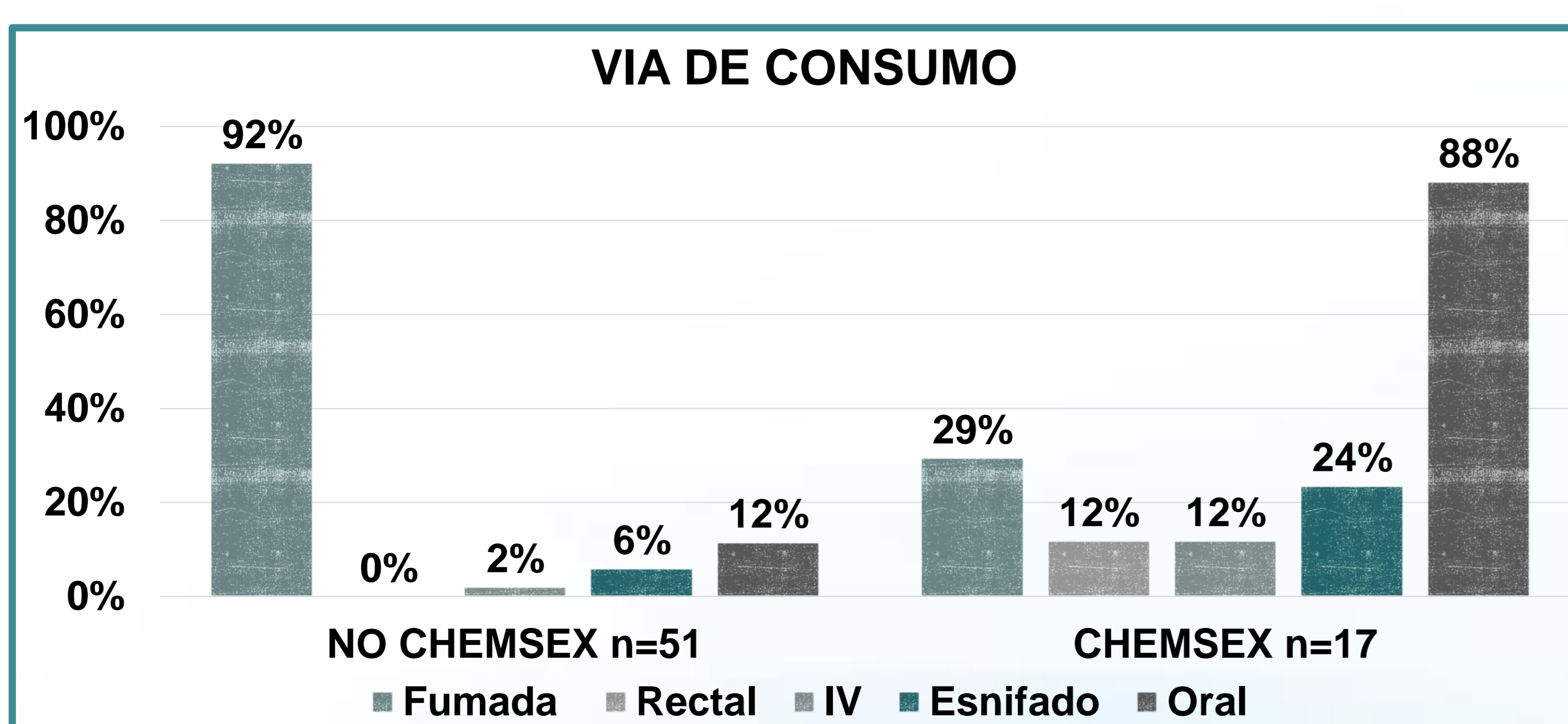
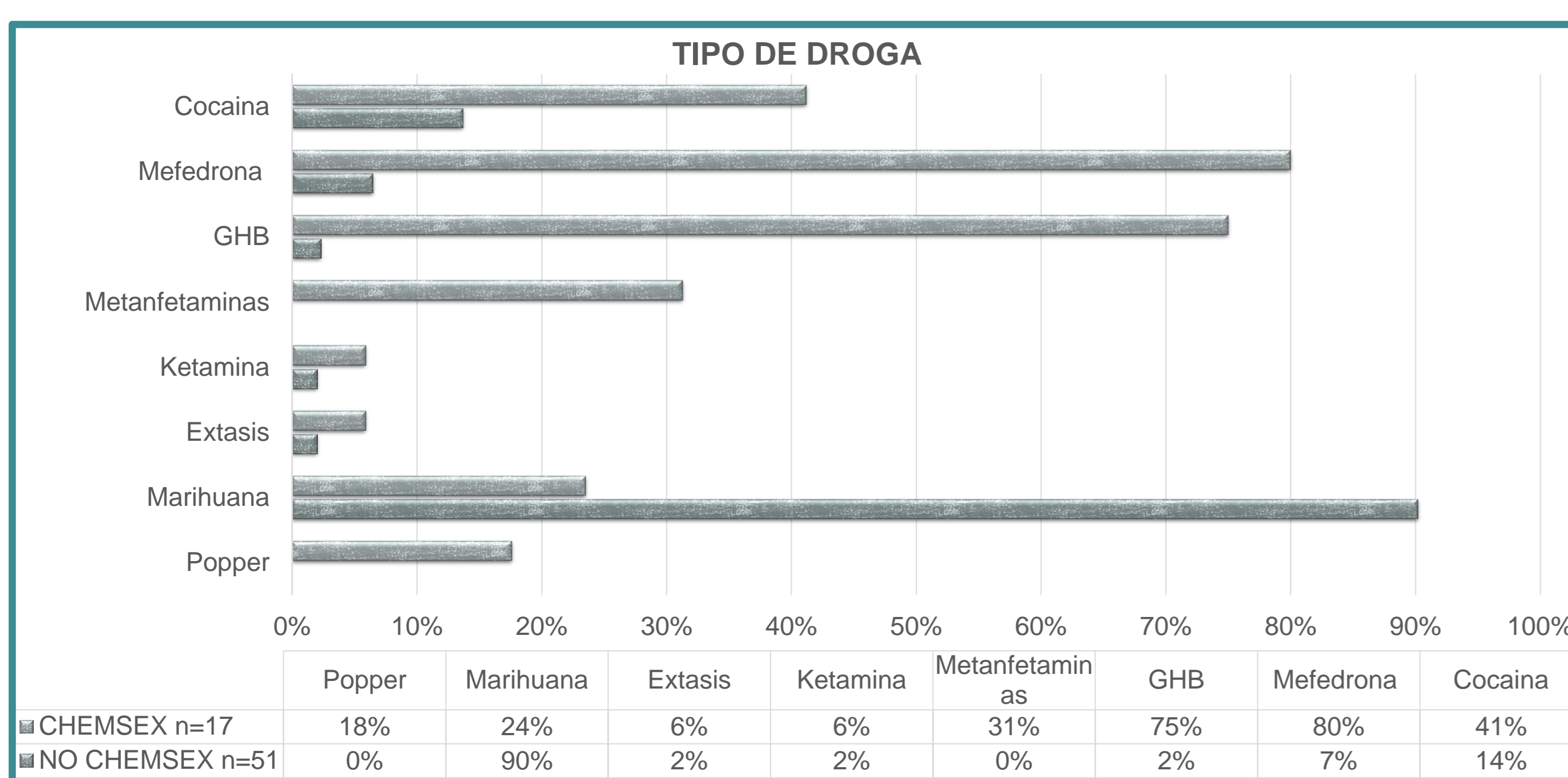
## MÉTODOS



## ANÁLISIS



## RESULTADOS



## RESULTADOS

VARIABLE (N=393)	NO CONSUMO (N=317)	CONSUMO NO CHEMSEX (N=52)	PRACTICA CHEMSEX (N=25)	P valor
VARON	239 (75,6%)	43 (82,7%)	24 (100%)	0,464
EDAD*	55,55(45,0-61,3)	53,58(44,6-58,8)	43,75(36,5-50,2)	<b>0,001</b>
ESTUDIOS UNIVERSITARIOS	113(44,5%)	15(35,7%)	12 (70,6%)	<b>0,05</b>
AÑOS DX*	19,01(11,9-30,4)	12,42(9,8-15,4)	18,01(12,6-26,7)	<b>0,002</b>
CD4*	699(488-917)	677(539-1069,2)	761(553-1080,2)	0,44
CV<50copias/ml	302(95,3%)	48(92,3%)	23(95,8%)	0,652
BUENA ADHERENCIA AL TAR**	313(98,7%)	52(100%)	24(100%)	0,616
CALIDAD DE VIDA (BUENA)**	229(72,2%)	37(71,2%)	18(75%)	0,45
APOYO SOCIAL**	213(67,2%)	29(55,8%)	17(70,8%)	0,364
VIDA SEXUAL**	158(50%)	25(48,1%)	15(62,5%)	0,364
SINTOMAS DE ANSIEDAD	164(51,7%)	31(59,6%)	15(62,5%)	0,375
ANHEDONIA	163(51,4%)	32(61,5%)	15(62,5%)	0,262
SINTOMAS DE DEPRESION	172(54,3%)	18(34,6%)	12(50%)	0,28
DISCRIMINACION**	22(6,9%)	7(13,5%)	3(12,5%)	0,203
VIOLENCIA**	31(9,8%)	6(11,5%)	4(16,7%)	0,546

\*mediana(p25-p75). \*\*Percibido por el participante

**RESULTADOS**  
393 PVV (6,1% PCH, 13,2% CNCH Y 80,7% NC).

### Características clínicas y sociodemográficas

Los tres grupos reportan buena adherencia al TAR y un porcentaje alto de CV<50copias/ml.

Los PCH eran hombres, más jóvenes, con mayor índice de estudios universitarios y con un diagnóstico más reciente.

### Resultados PROs

Los CNCH refirieron un menor apoyo social percibido y síntomas de depresión comparado los PCH y NC.

Los PCH reportaron más experiencias de violencia percibida y mayor grado de satisfacción con su vida sexual.

Los PCH y CNCH tenían mayor tendencia a experimentar discriminación percibida, anhedonia y síntomas de ansiedad.

## CONCLUSIONES

El 20% de los participantes de nuestro estudio son consumidores de drogas (6,1% practican Chemsex). Encontramos porcentajes elevados de sintomatología ansiosa, anhedonia y sintomatología depresiva en todos los PVIH, independientemente del consumo de drogas. A pesar de no encontrar diferencias significativas entre grupos, se identifica una tendencia a la variación en ciertas variables. En consecuencia, resulta importante explorar enfoques que optimicen la atención y el manejo ajustado en cada perfil.

**"Todos los participantes, independientemente del consumo de drogas, muestran síntomas de ansiedad, anhedonia y depresión."**

**"Se destaca la necesidad de enfoques personalizados en la atención y el manejo para abordar las complejidades individuales dentro de esta población."**

# Estadíos de casos de sífilis diagnosticadas en el Servicio de Infecciosas (SEI) del Hospital Universitario Donostia (HUD) en el año 2023: ¿Existe el “diagnóstico tardío” de LUES en nuestras consultas externas?

**Gil Alonso L; Querol García E; Vignau Arsuaga R; Beloki González I; Bayona Carlos A; Carmona de la Torre P; Álvarez Rodríguez F; Camino Ortiz de Barrón X; Iribarren Loyarte JA; Goenaga Sánchez MA**

Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Donostia.

## Introducción

La sífilis es una infección de transmisión sexual (ITS) frecuente, siendo el colectivo más afectado, los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) de forma no protegida. Su curso, en muchas ocasiones asintomático, implica que haya que solicitar una serología para su diagnóstico.

## Objetivo

Conocer el estadio de las LUES diagnosticadas en SEI de nuestro hospital y si en nuestras consultas realizamos cribados periódicos frecuentes a pacientes de alto riesgo que permitan un diagnóstico temprano de la sífilis.

## Material y Métodos

Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de la historia clínica electrónica. Se han recogido los nuevos casos de sífilis en el año 2023 en el Servicio de Infecciosas del Hospital Universitario Donostia, discriminando entre consultas externas de VIH y planta de hospitalización vs. consulta monográfica de ITS.

## Resultados

Se detectaron 98 casos de nuevas sífilis en la cohorte, 79 (80,6%) casos en consulta de ITS y 19 casos (19,4%) en consultas y planta de hospitalización SEI. Del global de los pacientes, 92 fueron hombres CIS (93,9%), 5 fueron mujeres CIS (5,1%) y hubo una transexual mujer (1%).

Respecto a la conducta sexual, 84 pacientes (85,7%) fueron HSH, 11 pacientes heterosexuales (11,2%) y 3 bisexuales (3,1%).

La distribución de las LUES por estadio al diagnóstico y según seropositividad del paciente o inclusión en el programa de PrEP se refleja en la tabla 1.

En 2023 36 pacientes seropositivos a VIH se diagnosticaron de LUES en nuestras consultas, 22 de ellos (61,1%) en estadios precoces de la infección (LUES primaria, secundaria o latente precoz, incluyendo dos pacientes diagnosticados de neurosífilis) y en 14 casos (38,9%) las sífilis se diagnosticaron en un estadio tardío o indeterminado.

En 5 de estos casos, se trató de pacientes trasladados de otros servicios en los que no se disponía de serología o conocimiento de diagnóstico previo, otros 3, fueron pacientes con mala adherencia a consultas.

Por último, en 6 casos, el diagnóstico de la sífilis latente tardía o indeterminada se realizó a partir del año de la última serología solicitada, lo que supone un 16,7% del total de las LUES diagnosticadas en VIH +.

	SEI n= 19 (19.4%)	Consulta ITS n= 79 (80.6%)
<b>Primaria</b>	<b>0 (0%)</b>	<b>22 (22.4%)</b>
VIH +	0	6
PrEP	0	8
VIH negativos no PrEP	0	6
<b>Secundaria</b>	<b>2 (2%)</b>	<b>15 (15.3%)</b>
VIH +	2	4
PrEP	0	1
VIH negativos no PrEP	0	10
<b>Latente precoz</b>	<b>3 (3.1%)</b>	<b>21 (21.4%)</b>
VIH +	3	5
PrEP	0	8
VIH negativos no PrEP	0	8
<b>Latente tardía /indeterminada</b>	<b>10 (10.2%)</b>	<b>19 (19.4%)</b>
VIH +	9	5
PrEP	0	2
VIH negativos no PrEP	1	11
<b>Neurosífilis</b>	<b>4 (4.1%)</b>	<b>2 (2%)</b>
VIH +	2	0
PrEP	0	0
VIH negativos no PrEP	2	2

**Tabla 1.-** Estadíos de LUES según consulta de diagnóstico y seropositividad a VIH o inclusión en PrEP.

## CONCLUSIONES

Habría que normalizar estrategias de cribado periódico de LUES en pacientes VIH positivos con prácticas de riesgo que permitieran un diagnóstico más precoz de la infección con el fin de romper la cadena de transmisibilidad de la misma y disminuir la morbilidad relacionada.



# PAPEL DE LA FISIOTERAPIA COMO HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA EL ABORDAJE DE COMORBILIDADES RELACIONADAS CON LA VEJEZ Y APORTAR CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON VIH DE EDAD AVANZADA

J.J. LOZANO RUIZ, J.F. VIDAL MANZANERA.

## INTRODUCCIÓN

Gracias a los avances en terapia antiretroviral de las últimas décadas se ha mejorado considerablemente la esperanza de vida de las personas con VIH, por este motivo, la edad promedio de la población VIH positiva aumenta año tras año en la mayoría de países de Europa occidental. Además, el impacto de comorbilidades asociadas a la edad es mayor que en la población general, habiéndose observado un aumento en la prevalencia de fracturas de hueso, osteoporosis, enfermedades pulmonares y patologías cardíacas.

Por otro lado, la fisioterapia y la actividad física han demostrado tener efectos beneficiosos en el estado físico, la salud general, el funcionamiento cognitivo, la capacidad funcional y el bienestar psicológico de los adultos mayores, siendo la terapia antienvjecimiento más efectiva, que mantiene la óptima actividad funcional. Destacando el papel del fisioterapeuta como profesional capacitado para llevar a cabo un programa de ejercicio.

## MÉTODO

Participaron 23 pacientes, de los cuales 20 eran hombres y 3 mujeres. Estos pacientes tenían edades comprendidas entre los 50 y los 67 años, presentaban una discapacidad igual o superior al 33%, y tenían un diagnóstico de VIH junto a otras comorbilidades.

Los participantes fueron evaluados antes, durante (bajo criterio del profesional) y post tratamiento, por determinadas circunstancias no se pudo establecer un grupo control.

El tratamiento ha sido individualizado dependiendo de las necesidades de cada paciente, habiendo aplicado las siguientes técnicas principalmente: ejercicio terapéutico, terapia manual, neurodinamia y electroterapia. Se han tenido en cuenta los resultados relativos a los tratamientos efectuados en el año 2023, habiendo utilizado los siguientes instrumentos de medición: escala EVA (escala visual analógica) –percepción subjetiva del dolor-, escala de Kendall –fuerza y contracción muscular-, IMC (índice de masa corporal) y la escala subjetiva de movilidad –rangos articulares-. Para obtener más información, escanea el QR adjunto.

Además, para evaluar la percepción subjetiva de mejoría que les ha aportado la fisioterapia se ha elaborado un cuestionario que consta de las siguientes preguntas: "¿Crees que la fisioterapia te ha ayudado a mejorar los síntomas de alguna patología o dolor?" Pudiendo responder sí o no, y la siguiente cuestión "En caso de haber respondido "Sí" en la cuestión anterior, evalúa en esta escala cómo ha sido el impacto de la fisioterapia en tu calidad de vida. Siendo 0 nada satisfecho y 10 muy satisfecho." Pudiendo poner su valoración en el CSAT (customer satisfaction score).



## RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el año 2023, se han tratado un total de 23 personas con VIH. Los 23 participantes han manifestado que la fisioterapia les ha ayudado a mejorar los síntomas de alguna patología, respecto al valor obtenido en el CSAT, habiendo obtenido una media de valoración de 7,71/10.

Además, se han podido evaluar los signos y síntomas de 16 participantes, donde 15 (93,75%) han mejorado y 14 (87,5%) se han recuperado totalmente.

La media de edad de personas con VIH en Europa occidental está aumentando y las comorbilidades asociadas al VIH se suman a las asociadas con el envejecimiento. La fisioterapia demuestra ser una excelente herramienta en el manejo de estas comorbilidades, mejorando la sintomatología general de los participantes en diferentes patologías. Además, a nivel subjetivo, 21 de los 23 (91,3%) pacientes han referido que la fisioterapia les ha ayudado en el manejo de sus comorbilidades, obteniendo una puntuación media de 7,71 en el CSAT, mostrando una amplia satisfacción con el beneficio aportado.



BIBLIOGRAFÍA DE INTERÉS

# PAPEL DE LA FISIOTERAPIA COMO HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA EL ABORDAJE DE COMORBILIDADES RELACIONADAS CON LA VEJEZ Y APORTAR CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON VIH DE EDAD AVANZADA

J.J. LOZANO RUIZ, J.F. VIDAL MANZANERA.

## INTRODUCCIÓN

Gracias a los avances en terapia antiretroviral de las últimas décadas se ha mejorado considerablemente la esperanza de vida de las personas con VIH, por este motivo, la edad promedio de la población VIH positiva aumenta año tras año en la mayoría de países de Europa occidental. Además, el impacto de comorbilidades asociadas a la edad es mayor que en la población general, habiéndose observado un aumento en la prevalencia de fracturas de hueso, osteoporosis, enfermedades pulmonares y patologías cardíacas.

Por otro lado, la fisioterapia y la actividad física han demostrado tener efectos beneficiosos en el estado físico, la salud general, el funcionamiento cognitivo, la capacidad funcional y el bienestar psicológico de los adultos mayores, siendo la terapia antienvjecimiento más efectiva, que mantiene la óptima actividad funcional. Destacando el papel del fisioterapeuta como profesional capacitado para llevar a cabo un programa de ejercicio.

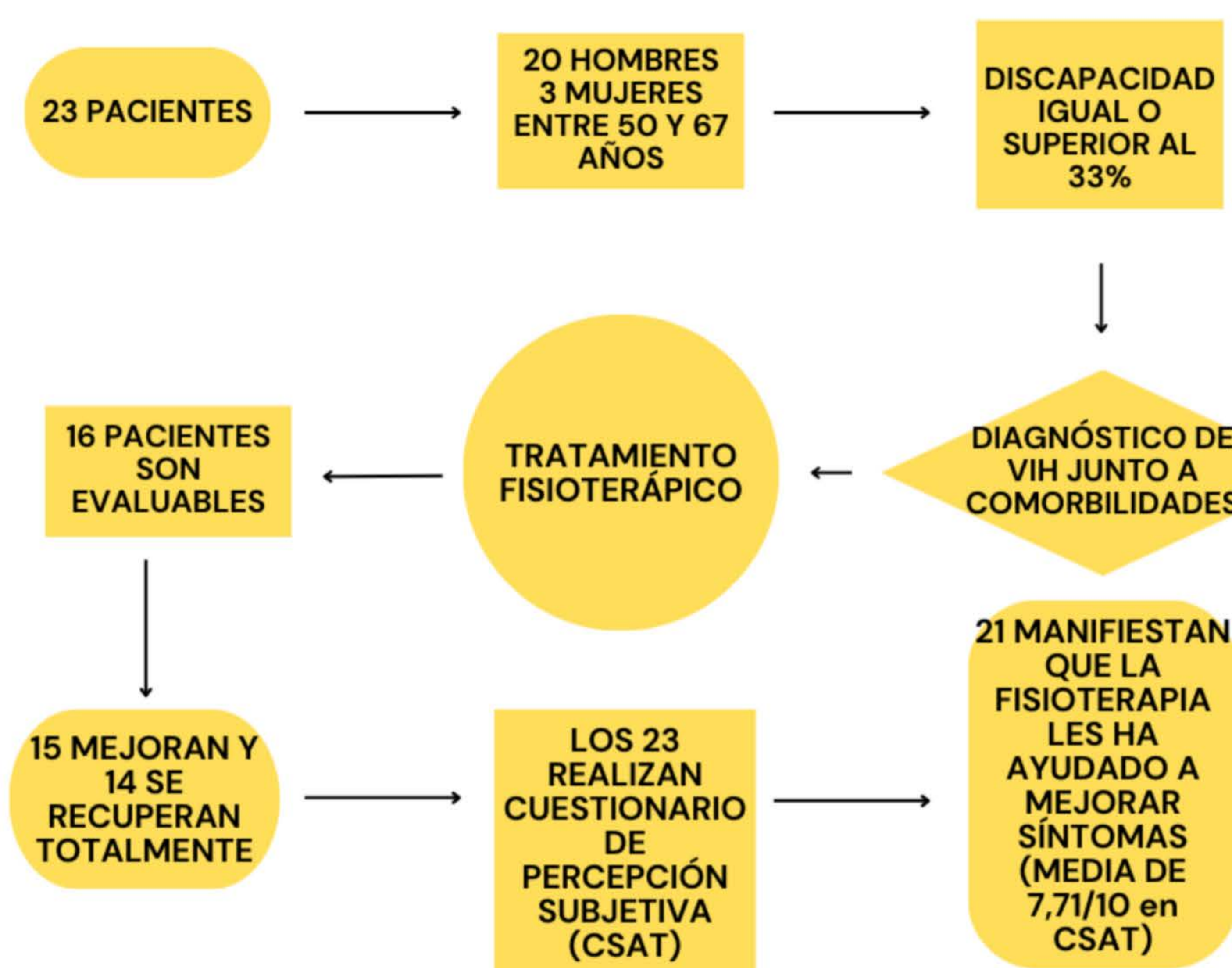
## MÉTODO

Participaron 23 pacientes, de los cuales 20 eran hombres y 3 mujeres. Estos pacientes tenían edades comprendidas entre los 50 y los 67 años, presentaban una discapacidad igual o superior al 33%, y tenían un diagnóstico de VIH junto a otras comorbilidades.

Los participantes fueron evaluados antes, durante (bajo criterio del profesional) y post tratamiento, por determinadas circunstancias no se pudo establecer un grupo control.

El tratamiento ha sido individualizado dependiendo de las necesidades de cada paciente, habiendo aplicado las siguientes técnicas principalmente: ejercicio terapéutico, terapia manual, neurodinamia y electroterapia. Se han tenido en cuenta los resultados relativos a los tratamientos efectuados en el año 2023, habiendo utilizado los siguientes instrumentos de medición: escala EVA (escala visual analógica) –percepción subjetiva del dolor-, escala de Kendall –fuerza y contracción muscular-, IMC (índice de masa corporal) y la escala subjetiva de movilidad –rangos articulares-. Para obtener más información, escanea el QR adjunto.

Además, para evaluar la percepción subjetiva de mejoría que les ha aportado la fisioterapia se ha elaborado un cuestionario que consta de las siguientes preguntas: "¿Crees que la fisioterapia te ha ayudado a mejorar los síntomas de alguna patología o dolor?" Pudiendo responder sí o no, y la siguiente cuestión "En caso de haber respondido "Sí" en la cuestión anterior, evalúa en esta escala cómo ha sido el impacto de la fisioterapia en tu calidad de vida. Siendo 0 nada satisfecho y 10 muy satisfecho." Pudiendo poner su valoración en el CSAT (customer satisfaction score).



## RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el año 2023, se han tratado un total de 23 personas con VIH. Los 23 participantes han manifestado que la fisioterapia les ha ayudado a mejorar los síntomas de alguna patología, respecto al valor obtenido en el CSAT, habiendo obtenido una media de valoración de 7,71/10.

Además, se han podido evaluar los signos y síntomas de 16 participantes, donde 15 (93,75%) han mejorado y 14 (87,5%) se han recuperado totalmente.

La media de edad de personas con VIH en Europa occidental está aumentando y las comorbilidades asociadas al VIH se suman a las asociadas con el envejecimiento. La fisioterapia demuestra ser una excelente herramienta en el manejo de estas comorbilidades, mejorando la sintomatología general de los participantes en diferentes patologías. Además, a nivel subjetivo, 21 de los 23 (91,3%) pacientes han referido que la fisioterapia les ha ayudado en el manejo de sus comorbilidades, obteniendo una puntuación media de 7,71 en el CSAT, mostrando una amplia satisfacción con el beneficio aportado.



BIBLIOGRAFÍA DE INTERÉS

## EXAMINANDO LA CAPACIDAD Y FACTIBILIDAD PARA MONITOREAR EL BIENESTAR A LARGO PLAZO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH EN ESPAÑA

Trenton M. White<sup>1,2\*</sup>, María José Fuster-Ruiz de Apodaca<sup>3,4</sup>, Carlos Iniesta<sup>3,5</sup>, Carlos Prats-Silvestre<sup>3</sup>, Asun Díaz<sup>5,6</sup>, Aurora Barberá<sup>1</sup>, Jeffrey V. Lazarus<sup>1,2</sup>

1. Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal), Barcelona, España
2. The City University of New York Graduate School of Public Health and Policy (CUNY SPH), Nueva York, Estados Unidos
3. Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA), Madrid, España
4. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), Madrid, España
5. CIBER de Enfermedades Infecciosas (CIBERINFEC), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España
6. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

\* Autor de correspondencia: [trenton.white@isglobal.org](mailto:trenton.white@isglobal.org), ISGlobal Campus Clínic, C/ Rosselló, 132, 7º 08036 Barcelona, España.

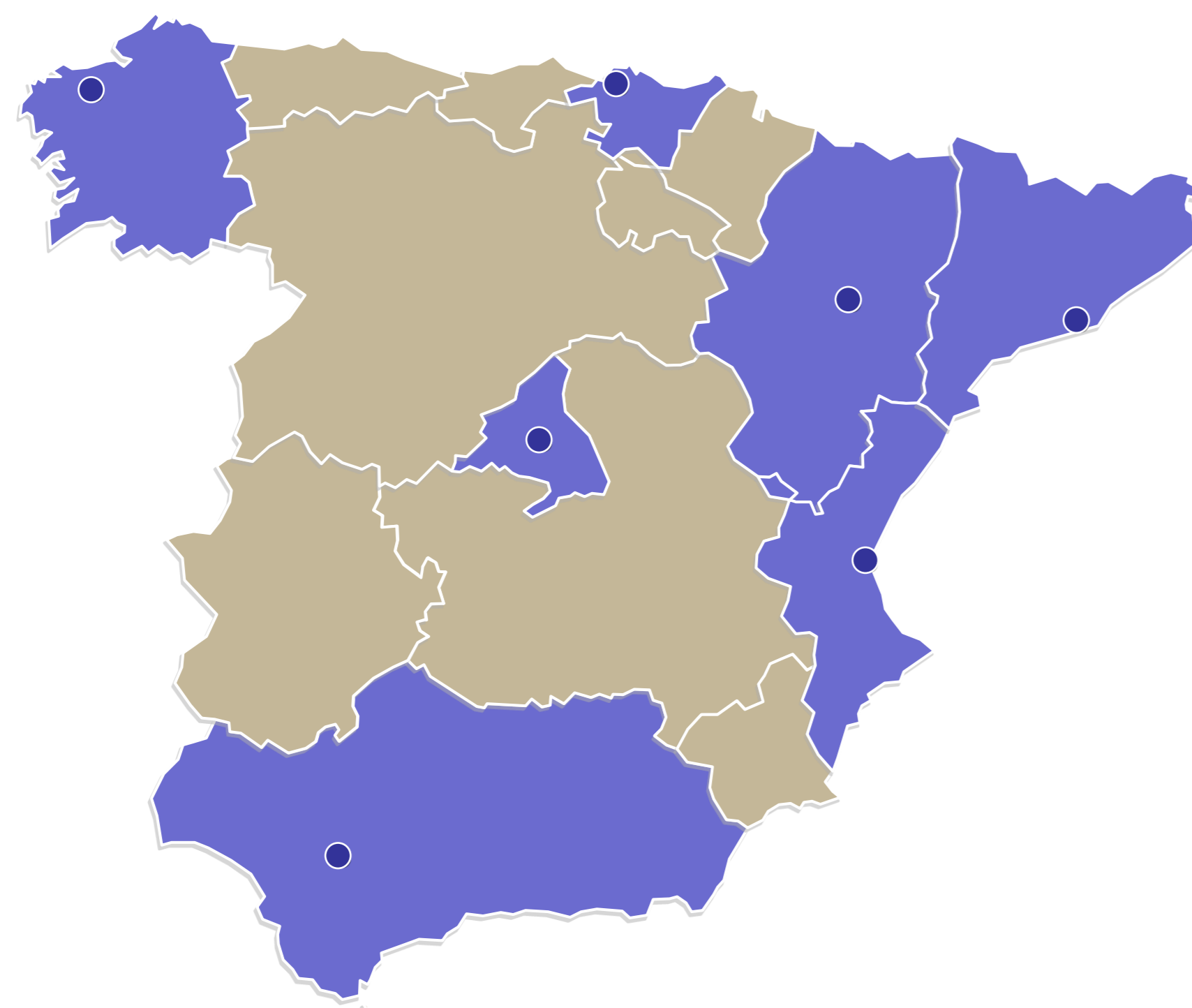
### Objetivo

A pesar de los significativos avances en el tratamiento del VIH y de que España alcanzó los objetivos 90-90-90 de ONUSIDA en 2021, las personas que viven con el VIH (PVVIH) todavía enfrentan una calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) más baja y mayor multimorbilidad, con sistemas de salud que a menudo se centran más en la supresión viral que en los problemas relacionados con el envejecimiento, incluida la multimorbilidad, y el bienestar general. Este estudio tiene como objetivo examinar las capacidades de monitoreo de los sistemas de información sanitaria descentralizados de España para abordar el bienestar a largo plazo de las PVVIH, incluidas las necesidades de multimorbilidad y la calidad de vida relacionada con la salud.

### Método

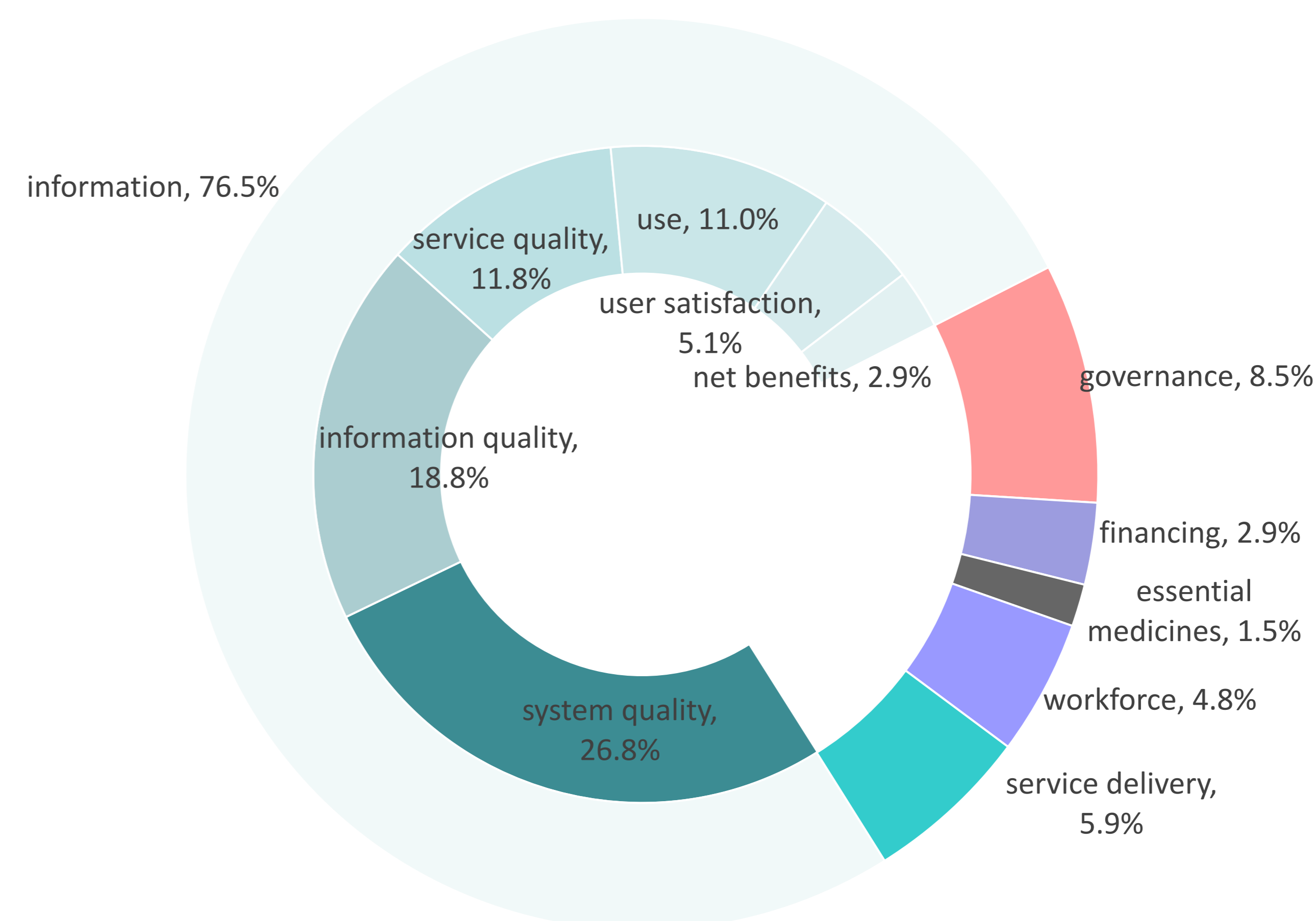
La investigación empleó un diseño de estudio cualitativo con muestreo intencional, realizando siete grupos focales semi-estructurados entre 20 participantes de diferentes antecedentes profesionales relacionados con la atención del VIH y la gestión de la información sanitaria (Figura 1). Estos participantes fueron reclutados a través de la Sociedad Interdisciplinaria Española de Sida (SEISIDA) para asegurar una comprensión holística del proceso de monitoreo de la multimorbilidad. Las discusiones se analizaron temáticamente utilizando los bloques de construcción de sistemas de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS HSS) y el Modelo de Éxito de Sistemas de Información de DeLone y McLean, validados a través del seguimiento de los participantes y la triangulación de datos.

Figura 1. Regiones participantes (n=7) de España



Nota: Andalucía (n=4 participantes), Aragón (n=4 participantes), País Vasco (n=2 participantes), Cataluña (n=3 participantes), Galicia (n=3 participantes), Madrid (n=2 participantes), Valencia (n=2 participantes).

Figura 2. Resumen temático de los segmentos del grupo focal (n=138) codificados por dominios del marco teórico



### Resultados

El análisis temático utilizando el marco de la OMS HSS reveló un sistema de salud que reconoce la importancia de manejar las comorbilidades en el cuidado del VIH pero enfrenta desafíos en el monitoreo sistemático, la estandarización y la integración en la práctica (Figura 2). Se están realizando esfuerzos de gobernanza de la salud para mejorar el monitoreo de la calidad de vida, sin embargo, existe una falta de herramientas estandarizadas y recolección sistemática de datos. Los desafíos en la entrega de servicios y la fuerza laboral de salud enfatizan la necesidad de mejores herramientas, capacitación y protocolos para manejar la recolección y reporte de datos fragmentados. Las limitaciones de financiamiento resaltan la necesidad de recursos adicionales y la posible dependencia de fuentes de datos externas, como cohortes de VIH e investigación primaria para el monitoreo de la multimorbilidad. El Modelo de DeLone y McLean destacó desafíos significativos y áreas potenciales para la mejora a través de la calidad del sistema, la calidad de la información, la calidad del servicio, el uso y la satisfacción del usuario. Los problemas clave incluyen la falta de integración y métodos estandarizados de recolección de datos, desafíos técnicos en la interoperabilidad de datos, y la ausencia de políticas estructuradas para la recolección de datos de multimorbilidad y calidad de vida (Figura 2). A pesar de estos desafíos, hay una fuerte motivación entre los profesionales de la salud para mejorar la calidad del sistema hacia la integración de fuentes de datos para un monitoreo mejorado de problemas de bienestar a largo plazo con el fin de mejorar la gestión de la atención crónica y la entrega de servicios de salud.

### Conclusión

Este estudio subraya la necesidad de enfoques integrales para el monitoreo de la salud que incluyan la gestión del cuidado crónico, la salud mental y la integración de datos de multimorbilidad en la atención al paciente y las estrategias de salud pública. Destaca la importancia de la estandarización de datos, la sistematización y la mejora de las estrategias de coordinación dentro de los sistemas de información de salud de España para mejorar tanto la calidad de la atención como la calidad de vida de las PVVIH. Los hallazgos sugieren que abordar estas brechas puede contribuir significativamente al bienestar a largo plazo y la calidad de vida de las PVVIH, alineándose con los objetivos de salud globales y mejorando la capacidad de respuesta del sistema de información de salud de España a las necesidades de multimorbilidad.

### Acknowledgements

TMW acknowledges support from the grant CEX2018-000806-S funded by MCIN/AEI/ 10.13039/501100011033, and support from the Generalitat de Catalunya through the CERCA Program, under the Severo Ochoa doctoral program. TMW and JVL acknowledge institutional support to ISGlobal from the grant CEX2018-000806-S funded by MCIN/AEI/ 10.13039/501100011033, and support from the Generalitat de Catalunya through the CERCA Program. HIV Outcomes Spain provided funding to SEISIDA to support MJF and CIM. Competing interests statement: JVL, MJF, and CIM have received speaker fees from Gilead Sciences, ViiV and MSD, and JVL has received grants from Gilead Sciences, outside of the submitted work. All other authors have no competing interests to declare that are relevant to the content of this article.



# RELACIÓN ENTRE ESTIGMA POR VIH, ESTRÉS PERCIBIDO Y VULNERABILIDAD PSICOLÓGICA: UN MODELO DE ECUACIONES ESTRUCTURALES CON MEDIACIONES PARCIALES

Mar JF. Ollero<sup>1</sup>, Pablo Ryan<sup>2</sup>, Neda Deihim-Rahampour<sup>3</sup>, Guillermo Cuevas<sup>3</sup>, Laura Martin-Gonzalez<sup>4</sup>, Pedro Torres<sup>5</sup>, Jeffrey V. Lazarus<sup>6,7</sup>, Jorge Valencia<sup>5</sup>, Matilde Sanchez-Conde<sup>8</sup>, Alicia Gonzalez-Baeza<sup>1</sup>

1) Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Madrid; 2) Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid; 3) Fundación Estatal, Salud, Infancia y Bienestar Social, F.S.P (FSCAI), Madrid; 4) Hospital General Universitario Gregorio Marañón (IISGM), Madrid, Spai 5) Fundación para la Investigación e Innovación Biomédica H.U. Infanta Leonor y H.U. Sureste; 6) Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal), Hospital Clínic, Universidad de Barcelona, Barcelona; 7) CUNY Graduate School of Public Health and Health Policy (CUNY SPH), New York; 8) Hospital Universitario Ramon y Cajal, Madrid, Spain

## INTRODUCCIÓN

- Las personas migrantes con VIH pueden experimentar múltiples potenciales estresores que influyen en cómo afrontan el hecho de vivir con VIH y cómo manejan las situaciones estresantes del presente.
- Haber vivido eventos altamente estresantes en etapas tempranas, estresores asociados al proceso migratorio y a encontrarse en situación irregular, así como un mayor estigma por VIH podrían relacionarse con mayores niveles de estrés percibido y peor salud mental actual.

## OBJETIVOS

- Determinar los niveles y las relaciones existentes entre estigma por VIH, estrés percibido, ansiedad y depresión en una muestra de migrantes en situación irregular con VIH recién llegados a España.
- ✓ Probar un modelo de ecuaciones estructurales con dos mediaciones parciales que especifica cómo se relacionan variables que pueden influir en el desarrollo de mayor estigma por VIH en la muestra, y la relación entre estigma, estrés percibido, ansiedad y depresión.

## MATERIAL Y MÉTODOS

- Estudio Eurolatin HIV Cohort (ELHC): 425 migrantes recién llegados a España con VIH en situación irregular atendidas en la Unidad de VIH del Hospital Infanta Leonor (Madrid).
  - ✓ Rellenaron una encuesta online
  - ✓ 326 con encuestas válidas y fueron incluidos en el presente análisis

### CUESTIONARIOS VALIDADOS INCLUIDOS EN LA ENCUESTA

- PSS-14: Perceived Stress Scale-14 ítems
- HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale
- HSS: HIV-Stigma Scale
- EARLY-G: Eventos vitales estresantes infancia/adolescencia

## ANÁLISIS DE DATOS

- Análisis descriptivo de la muestra
- Modelo de Ecuaciones Estructurales:
  - ✓ Estimación mediante mínimos cuadrados ponderados (DWLS)
  - ✓ Software R en su versión 2023.03.0 y paquete *lavaan*

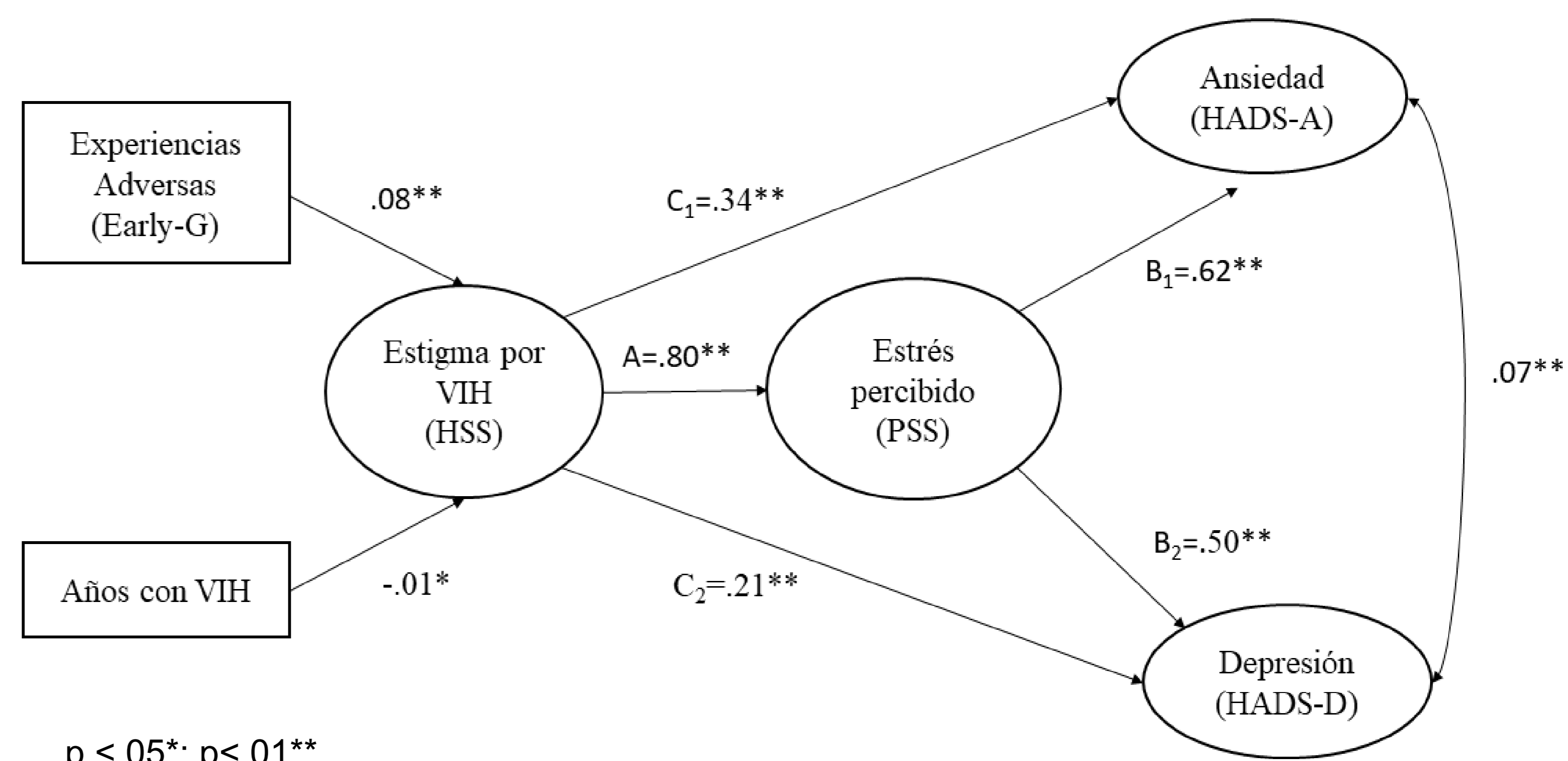
## RESULTADOS

TABLA 1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS PARTICIPANTES

Variable	Total (N=326)
<b>Sexo</b>	
Hombre cis (N, %)	296, 90.80
Mujer cis (N, %)	17, 5.21
Mujer trans (N, %)	13, 3.99
<b>Edad (M, DT)</b>	33.41, 8.00
<b>Alto nivel educativo (N,%)</b>	183, 56.13
<b>Empleado antes de migrar (N,%)</b>	278, 85.28
<b>Orientación sexual</b>	
Homosexual (N, %)	289, 88.65
Heterosexual (N, %)	26, 7.98
Bisexual (N, %)	10, 3.07
Otro (N,%)	1, 0.31
<b>Pareja (N,%)</b>	223, 68.40
<b>Red de apoyo (N,%)</b>	164, 50.31
<b>Solicitante de protección internacional (N,%)</b>	231, 70.86
<b>Acceso al Sistema sanitario (N,%)</b>	133, 34.98
<b>TAR alguna vez (N,%)</b>	277, 84.97
<b>Interrupción el TAR (N,%)</b>	75, 27.08
<b>Semanas sin TAR (M,DT)</b>	9.22, 17.23
<b>Indetectable (N,%)</b>	229, 72.24
<b>Años con VIH (M, DT)</b>	6.12, 4.96

## RESULTADOS

FIGURA 1 . MODELO DE ECUACIONES ESTRUCTURALES ESTIMADO: MEDIACIÓN PARCIAL ENTRE EL ESTIGMA, LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN POR EL ESTRÉS PERCIBIDO



### AJUSTE DEL MODELO

- $\chi^2(1704) = 2619.59, p < .01$
- CFI = .98
- TLI = .98
- RMSEA = .04
- SRMR = .07

TABLA 2 . PARÁMETROS Y SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA DE LOS EFECTOS DIRECTOS, INDIRECTOS Y EFECTOS TOTALES DE LAS MEDIACIONES PARCIALES ESTIMADAS ( $p < .01^{**}$ )

Efecto	Parámetro
Directo (A)	.80 **
Directo (C1)	.34 **
Directo (C2)	.21**
Indirecto (A*B1)	.50**
Indirecto (A*B2)	.40**
Total (C1+A*B1)	.84**
Total (C2+A*B2)	.60**

- ✓ Mayor número de experiencias tempranas adversas se relacionó con mayor estigma por VIH.
- ✓ Más años viviendo con VIH se asoció a con un menor estigma por VIH.
- ✓ Mayor estigma sentido se asoció con puntuaciones más altas en ansiedad y depresión (efecto directo)
  - Mayor estigma se asoció con mayor estrés percibido y a su vez, el estrés percibido con puntuaciones más altas de ansiedad y depresión (efecto indirecto)

## CONCLUSIONES

- Las personas migrantes con VIH con mayor número de eventos adversos tempranos y con menor tiempo desde el diagnóstico de VIH presentan mayores niveles de estigma por VIH.
- El estrés percibido definido como la sensación de falta de control sobre su vida actualmente, media la relación entre el estigma por VIH y los síntomas de ansiedad y depresión.
- Este modelo puede ayudar a identificar a las personas más vulnerables psicológicamente dentro de este colectivo, siendo éstas las que presentan mayores niveles de estigma por VIH y estrés percibido.





# PROGRAMA DE INTERVENCIÓN CON MUSICOTERAPIA PARA PERSONAS CON VIH DE LARGA EVOLUCIÓN GRAVEMENTE AFECTADAS

García-Torres, Amalia<sup>1</sup>, Vergara-Moragues, Antonio<sup>1</sup>; Peralta-Alba, Ana<sup>2</sup>, Merino-Orozco, Trinidad<sup>1</sup>; Troya-Ruiz, María del Carmen<sup>1</sup>, Moreno-Urbano, Rosario<sup>1</sup>, Vergara-Moragues, Esperanza<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hogar Gerasa, Chiclana de la frontera (Cádiz)

<sup>2</sup>UNED. Facultad de Psicología

<sup>3</sup>Facultad de Ciencias de la Educación. Departamento de Psicología

e-mail: amalia.garcia.torres@gmail.com

N.º Póster: P10



## Objetivo

La Musicoterapia consiste en la utilización de la música y de diferentes experiencias musicales para mejorar la salud física y/o psíquica de las personas. Los programas de intervención con Musicoterapia han sido estudiados en diferentes poblaciones con resultados positivos (demencias, esquizofrenia, autismo, etc.). Nuestro objetivo es analizar los efectos de un programa de intervención con Musicoterapia en pacientes con VIH de larga evolución gravemente afectados, ingresados en una casa de acogida.

## Método

Se llevó a cabo un programa de intervención en Musicoterapia con personas con VIH de larga evolución ingresados en el Hogar Gerasa, un recurso para personas con marginación social gravemente afectados, situado en Chiclana de la frontera (Cádiz). El programa de intervención se llevó a cabo durante 6 semanas, siendo en total 12 sesiones de una hora de duración (dos por semana). Antes del programa de intervención y tras su finalización, los pacientes fueron evaluados con la Escala Hospitalaria de ansiedad y depresión (*Hospital Anxiety and Depression Scale*, HADS) y la Escala de valoración de trastornos de conducta (Cohen-Mansfield). Antes del comienzo del programa se les pasó un Cuestionario de gustos musicales, que se tuvo en cuenta para elaborar las sesiones. Al finalizar se les pidió a los pacientes que hicieran una valoración del programa.

## Resultados

Los participantes en el programa de intervención con Musicoterapia fueron 18 pacientes con VIH de larga evolución (con una media de 25 años desde el diagnóstico de VIH). El 89% eran hombres. Todos tenían SIDA y estaban en tratamiento con TARGA. El 73% tenía prescrita medicación psiquiátrica. Los resultados mostraron que la puntuación media total de la Escala hospitalaria de ansiedad y depresión había sido: HADS total pre (15), HADS total post (6), disminuyendo principalmente los síntomas relacionados con la ansiedad. Los resultados obtenidos en la Escala de valoración de trastornos de conducta, mostraron que la frecuencia de algunas conductas disruptivas había disminuido tras el programa de intervención, siendo las más significativas gritar, estar quejándose e inquietud general.

### Características clínicas y demográficas

Edad <sup>a</sup>	56
Meses estancia en Gerasa <sup>a</sup>	46
CD4 <sup>a</sup>	870
Años con VIH <sup>a</sup>	25

<sup>a</sup>Valores expresados como media

### Escala hospitalaria ansiedad y depresión (HAD)

Puntuación total pre	15
Puntuación total post	6

## Conclusiones

Tras los resultados obtenidos en nuestro estudio, podemos apuntar que los programas de intervención con Musicoterapia podrían ser efectivos en personas con VIH de larga evolución gravemente afectadas para mejorar su sintomatología ansiosa y depresiva, así como los trastornos de conducta. Además, de forma cualitativa, se ha observado cómo tras la aplicación del programa han mejorado las relaciones entre los pacientes y con los profesionales, y por tanto el clima de convivencia del centro. Del mismo modo se percibe un aumento de la autoestima y motivación de la mayoría de los pacientes. Por tanto, llevar a cabo este tipo de programas de intervención, puede tener un impacto importante en la calidad de vida de estas personas, y podría ser una interesante línea de investigación en esta población.



# Una práctica ya en uso: "Doxy-PEP" y "DoxyPrEP" como estrategias preventivas en población GBSHS en España

Villanueva Baselga, Sergio<sup>1,2</sup>; Mora, Ruben<sup>1</sup>; Villegas, Luis<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ONGStop, Barcelona (investigacion@stopsidea.org)

<sup>2</sup>Facultad d'Informació i Mitjans Audiovisuals, Universitat de Barcelona.

Descarta este y otros pósters de ONGStop aquí:



## Introducción

- Varios estudios clínicos realizados en los últimos años (como IPERGAY en Francia en 2015 [1], Doxy-PEP en EE.UU. [2] y DOXYVAC [3] en Francia, ambos en 2022) han evaluado la estrategia "Doxy-PEP" como estrategia preventiva post-exposición a contra infecciones de transmisión sexual (ITS) bacterianas: sífilis (*Treponema pallidum*), clamidia (*Chlamydia trachomatis*) y, con menor eficacia, gonorrea (*Neisseria gonorrhoea*).

- La estrategia "Doxy-PEP" supone la toma de una dosis de 200 mg en un máximo de 72 horas después de la relación sexual sin protección. La estrategia "Doxy-PrEP" (pre-exposición) cuenta con menor evidencia [4]

- A pesar de esta evidencia, muy pocas asociaciones médicas y científicas se muestran a favor su uso comunitario debido al temor a las posibles resistencias a los antibióticos. Por ejemplo, la *European AIDS Clinical Society* indica en su actualización de directrices de 2023 que la "Doxy-PEP" solo se puede proponer a personas con ITS repetidas que viven con el VIH o que toman PrEP para el VIH y evaluando caso por caso de manera individual [5][6].

- Estas reticencias por parte de la comunidad médica y científica no han impedido, sin embargo, que la comunidad de hombres gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH) incluya la "Doxy-PEP" y la "Doxy-PrEP" como parte de sus estrategias de prevención. Este fenómeno ya sido estudiado en varios países europeos [7], pero todavía no ha sido abordado en España.

-El presente estudio, que está elaborado y lanzado desde dentro y para la comunidad GBMSM por la ONG de salud sexual "Stop Sida", tiene por objetivo estudiar el uso de las estrategias "Doxy-PEP" y la "Doxy-PrEP" por la comunidad GBHSH en España. Para ello, busca responder tres preguntas de investigación:

-PI1: ¿Qué perfil y en qué pautas está la comunidad GBHSH en España tomando "Doxy-PEP" o "Doxy-PrEP"?

-PI2: ¿Qué eficiencia está teniendo la toma salvaje de "Doxy-PEP" y la "Doxy-PrEP" en la comunidad GBHSH en la disminución de las ITS bacterianas?

-PI3: ¿Qué estrategias sigue la comunidad GBHSH para adquirir la "Doxy-PEP" y la "Doxy-PrEP"?

## Materiales y métodos

-El presente estudio replicó, utilizando Microsoft Forms, el cuestionario del estudio realizado por Hornuss et al [7]. De hecho, el título del presente estudio se inspira en este último, destacando que se trata de un estudio replicado.

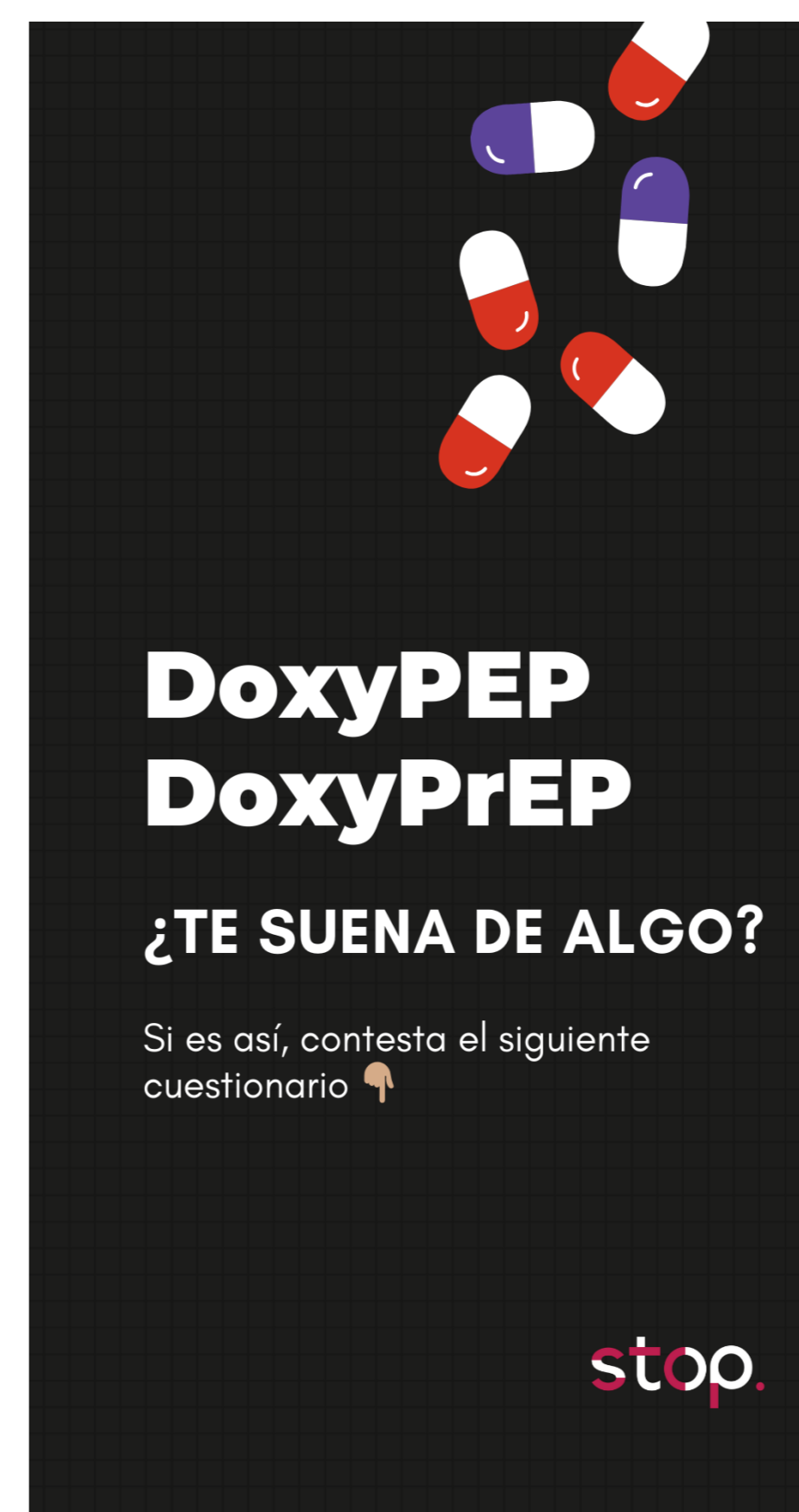


Figura 1. Póster empleado en la campaña de reclutamiento de respuestas.

-El cuestionario se distribuyó a modo de encuesta instantánea en forma de muestreo en bola de nieve a través de las redes sociales de la ONG (principalmente Instagram) y varios grupos de Telegram (como *Chemsex Support*) a lo largo de febrero y marzo de 2024., utilizando para ello el póster que se muestra en la figura 1.

-El cuestionario se dividió en 4 bloques: datos sociodemográficos (rango de edad, ubicación -por código postal-, origen, identidad de género y orientación sexual); antecedentes de ITS (diagnóstico en el último año de sífilis, clamidia, gonorrea y otras ITS); antecedentes de uso de "doxiciclina"; y uso de "Doxy-PEP" o "Doxy-PrEP".

-Para el análisis, utilizamos estadística descriptiva utilizando SPSS.

-Se obtuvo un breve consentimiento informado al comienzo de cada cuestionario.

- Se recogieron un total de **150 respuestas** válidas. El 94% de los encuestados se identificaron como hombres mientras que el 6% como no binarios; El 95% eran cisgénero mientras que el 5% eran transgénero; El 87% se definió como homosexual, el 9,6% como bisexual y el resto el 3,7% como otra orientación sexual. 29% era VIH+.

## Resultados

### PI1: Perfiles y pautas

-El 90% de los VIH- toman PrEP para el VIH.

-82 encuestados (54,6% del total) habían tomado alguna vez "doxiciclina", de los cuales **29 (35,4%) indicaron el uso como "Doxy-PEP" y 7 (8,5%) como "Doxy-PrEP"**.

-De los que tomaron Doxy-PEP, **5 (17,2%) lo tomaron sin seguir las pautas evaluadas en los ensayos clínicos** (es decir, 200 mg 72 h después de la relación sexual sin protección).

-La Tabla 1 muestra la ingesta de doxiciclina por rango de edad y el número de tomas de "Doxy-PEP" por año. Más de la mitad de los que toman Doxy-PEP están entre los 31 y los 45. **Más de la mitad de los usuarios de "Doxy-PEP" realizan 6 o menos tomas al año.**

-Existe una relación significativa entre el rango de edad y las probabilidades de realizar Doxy-PEP (chi-cuadrado =149,00; valor p<0,0001).

Tabla 1. Perfil y pautas de toma de "Doxy-PEP" y "Doxy-PrEP".

Edad	Ha tomado alguna vez doxiciclina, n (%)	Doxy-PEP, n (%)	Número de tomas de Doxy-PEP, n (% of Doxy-PEP)					Doxy-PrEP, n (%)
			1-2/año	2-6/año	1/mes	2-3/mes	Cada semana	
18-25	2 (2,4)	-	-	-	-	-	-	1 (14,3)
26-30	7 (8,5)	1 (3,4)	-	1 (3,4)	-	-	-	1 (14,3)
31-35	14 (17,1)	5 (17,2)	1 (3,4)	4 (13,8)	-	-	-	-
36-40	22 (26,8)	9 (31,0)	-	6 (20,7)	2 (6,9)	1 (3,4)	-	2 (28,6)
41-45	15 (18,3)	4 (13,8)	-	-	1 (3,4)	1 (3,4)	2 (6,9)	2 (28,6)
46-50	9 (11,0)	4 (13,8)	-	2 (6,9)	-	1 (3,4)	1 (3,4)	1 (14,3)
50-55	10 (12,2)	5 (17,2)	2 (6,9)	-	3 (10,3)	-	-	-
55-60	1 (1,2)	-	-	-	-	-	-	-
60+	2 (2,4)	1 (3,4)	-	-	-	1 (3,4)	-	-
Total, n (%)	82 (100)	29 (35,4)	3 (3,7)	13 (15,8)	6 (7,3)	4 (4,9)	3 (3,7)	7 (8,5)

### PI2: Eficiencia

-La tabla 2 muestra que los usuarios de "Doxy-PEP" muestran una **mayor frecuencia de NO haber sido diagnosticados de ninguna de las 3 ITS bacterianas.**

-La **reducción de infección es significativa para la sífilis y la clamidia, pero no para la gonorrea.**

-Precaución: no se verificó tiempo en "Doxy-PEP, ni adherencia ni se verificó el historial de ITS.

Tabla 2. Diagnóstico de ITS según uso de "Doxy-PEP".

Diagnósticos de ITS en el último año	Uso Doxy-PEP	Uso Doxy-PEP		Chi-cuadrado (p-valor)
		Sí, n (% de 29 casos)	No, n (% de 53 casos)	
Sífilis	Nunca	25 (86,2)	35 (66,0)	3.88409
	1 o +	4 (13,8)	18 (34,0)	<0,05
Clamidia	Nunca	13 (44,8)	15 (28,3)	2.27644
	1 o +	16 (55,2)	38 (71,7)	<0,05
Gonorrea	Nunca	12 (41,4)	18 (34,0)	0.444452
	1 o +	17 (58,6)	35 (66,0)	=0,505

### PI3: Vías de acceso

-La figura 2 muestra las vías de acceso de "Doxy-PEP" o "Doxy-PrEP".

-Las **vías más comunes fueron decirle a un especialista que se ha tenido un contacto de riesgo y usar pastillas sobrantes de un tratamiento anterior.**

-72,2% utilizaron vías que implican una prescripción, mientras que el 28,2 restante usan vías sin prescripción.

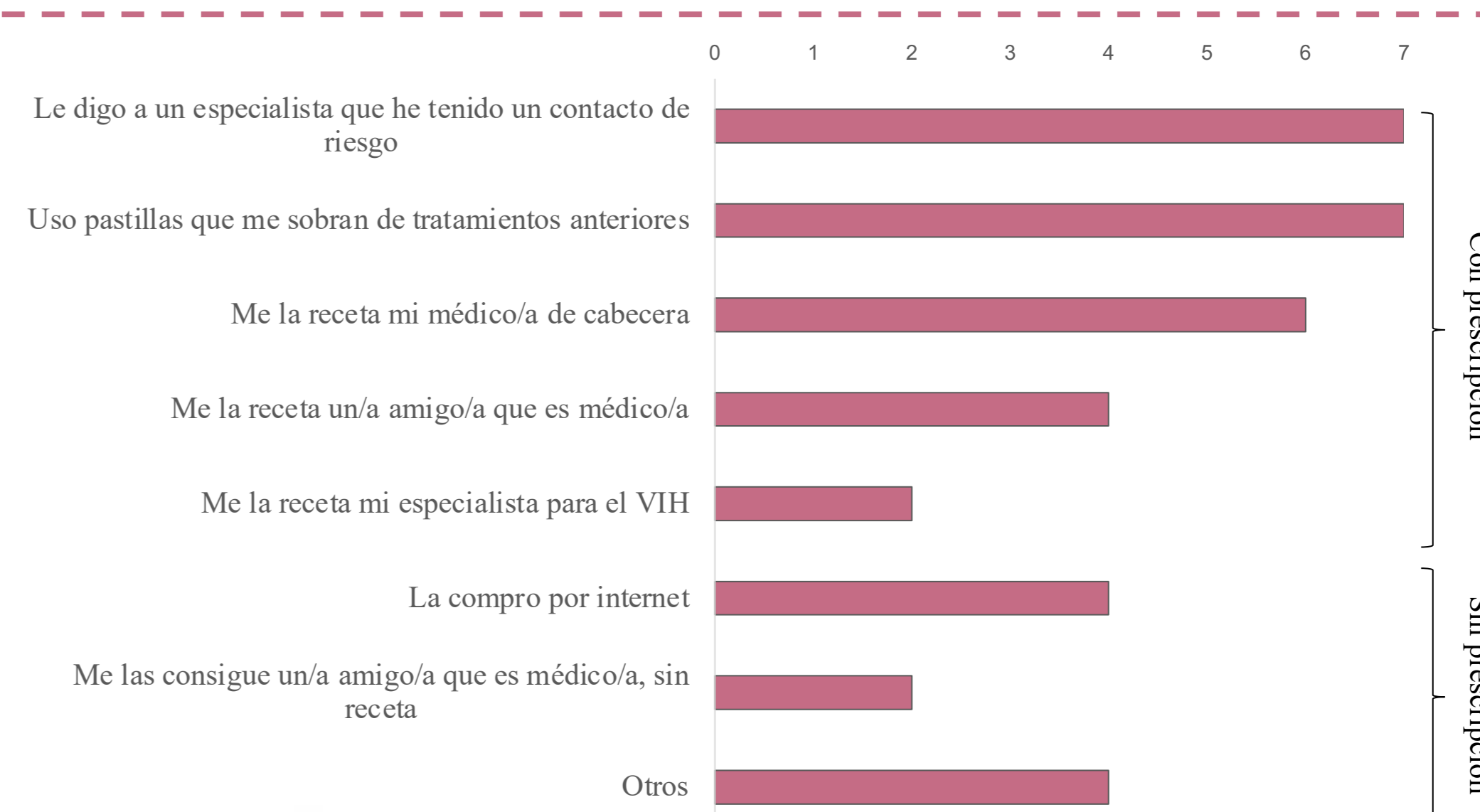


Figura 2. Vías de acceso a "Doxy-PEP" o "Doxy-PrEP".

## Conclusiones

-Los resultados obtenidos están bastante alineados con los resultados obtenidos en Alemania [7]: una proporción similar de la comunidad GBMSM ha tomado "doxiciclina" en el último año (54,6% vs 55%), la usa como "Doxy-PEP" (35, 4% vs. 23%) o como "Doxy-PrEP" (8,5% vs. 6%). Las vías de acceso también son similares en ambos países.

-Los resultados muestran que "Doxy-PEP" es una estrategia eficaz para la disminución de ITS, pero debe aplicarse precauciones tanto en los resultados como en los efectos secundarios, todavía no bien estudiados.

-Este estudio muestra la urgente necesidad de abrir un debate médico y científico que, junto con las entidades de la sociedad civil involucradas en la salud sexual, aborde la regulación de esta herramienta, y garantice la calidad de los tratamientos y la formación de los profesionales que tienen que recomendarlo.

## Referencias

- [1] Molina JM, Charreau I, Chidiac C, Pialoux G, Cua E, Delaunay C, et al. Post-exposure prophylaxis with doxycycline to prevent sexually transmitted infections in men who have sex with men: an open-label randomised substudy of the ANRS IPERGAY trial. *Lancet Infect Dis.* 2018;18:308-17.
- [2] Luetkemeyer AF, Donnell D, Dombrowski JC, Cohen S, Grabow C, Brown CE, et al. Postexposure Doxycycline to Prevent Bacterial Sexually Transmitted Infections. *N Engl J Med.* 2023;388(14):1296-306. doi:10.1056/NEJMoa2211934
- [3] Molina JM, Bercot B, Assoumou L, Algarte-Genin M, Rubenstein E, Pialoux G, et al. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI). ANRS 174 DOXYVAC: An open-label randomized trial to prevent STIs in MSM on PrEP. *Seattle: CROI.* 19-22 Feb 2023
- [4] Bolan RK, Beymer MR, Weiss RE, Flynn RP, Leibowitz AA, Klausner JD. Doxycycline prophylaxis to reduce incident syphilis among HIV-infected men who have sex with men who continue to engage in high-risk sex: a randomized, controlled pilot study. *Sex Transm Dis.* 2015;42(2):98-103. doi:10.1097/OLQ.0000000000000216
- [5] European AIDS Clinical Society (EACS). Guidelines version 12.0. Brussels: EACS. Oct 2023. Available from: <https://www.eacsociety.org/media/guidelines-12.0.pdf>
- [6] Márdh O, Plachouras D. Using doxycycline for prophylaxis of bacterial sexually transmitted infections: considerations for the European Union and European Economic Area. *Euro Surveill.* 2023 Nov;28(46):2300621. doi:10.2807/1560-7917.ES.2023.28.46.2300621.
- [7] Hornuss D., Mathé, P., Usadel, S. et al. Already current practice? A snapshot survey on doxycycline use for prevention of sexually transmitted infections in parts of the German MSM community. *Infection* 51, 1831-1834 (2023). <https://doi.org/10.1007/s15010-023-02086-9>



# PASEOS CON CIENCIA HACERSE MAYOR CON VIH

Un documental que analiza el envejecimiento de las personas con el VIH

Débora Álvarez-del Arco D (1), Carlos Martínez (2), Luis Sordo (3), Daniel Pascual D (1), Jorge De Juan (1), Hurtado V (1), Pepe Alcamí (4)  
(1) La Doctora Álvarez, Madrid (2) Anchoa Films, Cantabria (3) Universidad Complutense de Madrid (4) Instituto de Salud Carlos III, Madrid

Nº Póster: P12



La serie de **documentales científicos** "PASEOS CON CIENCIA" aborda temas relevantes de salud pública con el objetivo de generar impacto social y contribuir al desarrollo de políticas públicas.

"PASEOS CON CIENCIA HACERSE MAYOR CON VIH" es el cuarto episodio de esta serie y está dedicado a analizar los retos clínicos y sociales que se pone sobre la mesa el envejecimiento de las personas con el VIH y fue **estrenado en el Palacio de la Prensa (Madrid)** el 12 de diciembre de 2023.

## OBJETIVOS

Analizar la **utilidad** de este **documental científico** y del **evento de estreno** en el que se realiza un coloquio en el que participaron sociedades científicas (Asociación Red de Investigación en Sida, Seisida, Gesida) y entidades de base comunitaria (Cesida, gTt, ACCAS, Fundación 26 de Diciembre).

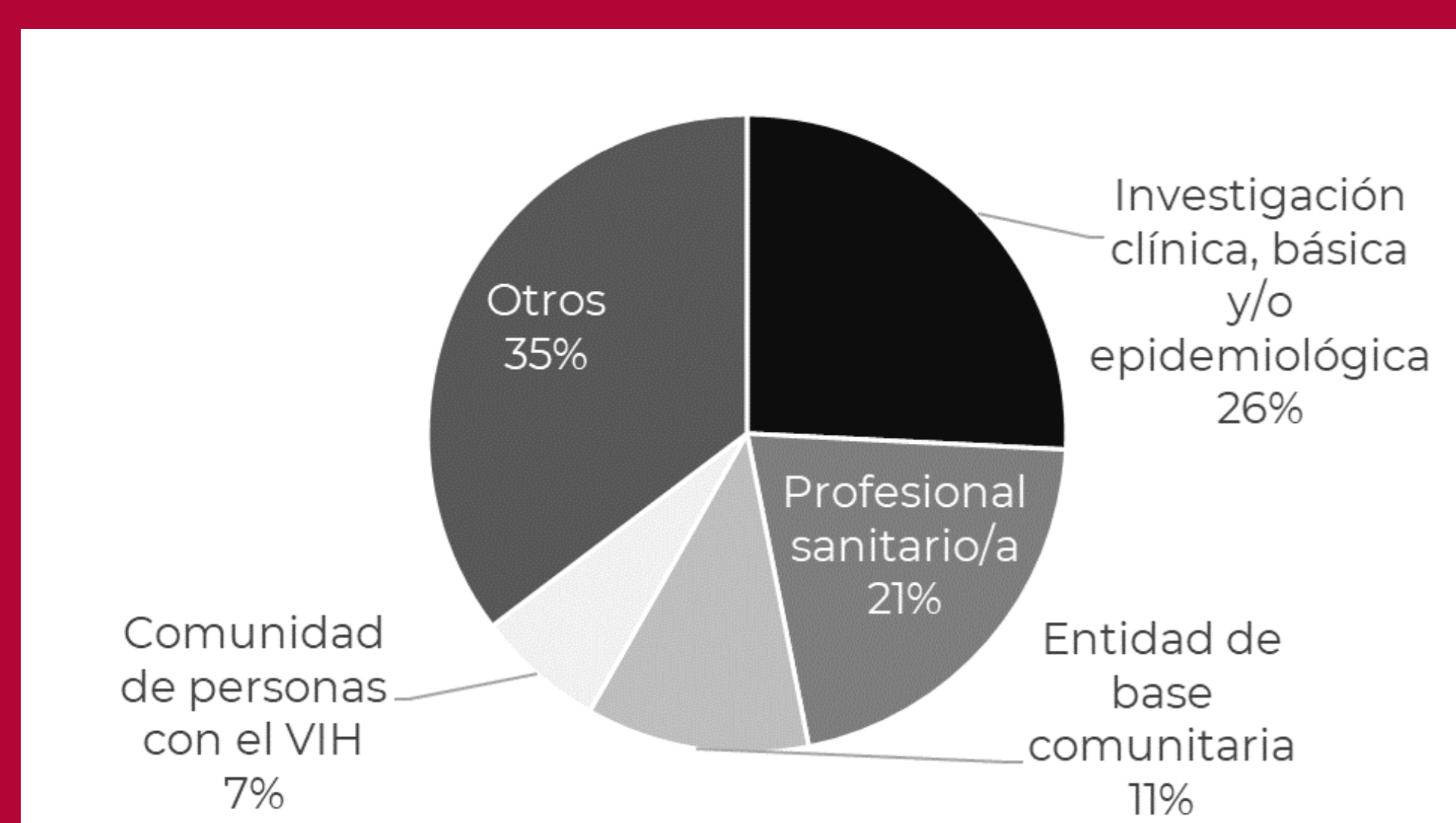
**MÉTODOS.** Se realizó una **encuesta online transversal** a las personas asistentes al estreno (N=142) y se utilizaron escalas de Likert de 5 puntos para evaluar aspectos relacionados con el documental y el evento de estreno. Además, se realizó un **análisis cualitativo** de las opiniones escritas emitidas a través de la plataforma de adquisición de entradas (N=18).



## RESULTADOS.

Se obtuvieron 62 respuestas al cuestionario (tasa de respuesta=44%). Las personas asistentes provenían en su mayoría del ámbito científico, sanitario y comunitario:

### Perfil de las personas asistentes



Con respecto al análisis de las valoraciones cualitativas, todas ellas fueron muy positivas y destacaron que el documental es una pieza muy interesante, realizada de forma rigurosa y emotiva. Uno de los comentarios recalcó la necesidad de incorporar figuras del ámbito de la enfermería en el coloquio posterior.

### Valoración de la iniciativa

El documental fue muy bien valorado por las personas asistentes (4,74 de media en una escala 0-5). De forma global, la iniciativa "PASEOS CON CIENCIA HACERSE MAYOR CON VIH" obtuvo una puntuación muy alta: 4,76 puntos, lo que muestra la satisfacción de las personas asistentes con este formato audiovisual y el evento científico y comunitario que lo enmarca.

Promueve el desarrollo de políticas públicas	4,65
Mejora la formación de profesionales sanitarios/as	4,67
Valoración global del documental	4,74
Valoración del coloquio	4,63
Valoración global de la iniciativa	4,76

Susana



OPINIÓN VERIFICADA Asistió el 12/12/2023

Documental super interesante y que hacer pensar

Me siento afortunada por haber podido estar en el preestreno de este documental y haber podido compartir unas horas con personas maravillosas

13/12/2023



OPINIÓN VERIFICADA Asistió el 12/12/2023

Emocionante

Me gustó mucho el documental, riguroso en sus contenidos y emocionante con sus protagonistas. Me hubiera gustado que hubiera habido alguna enfermera entre los participantes, pero aún así ¡Enhorabuena por el trabajo bien hecho!

Paula



OPINIÓN VERIFICADA Asistió el 12/12/2023

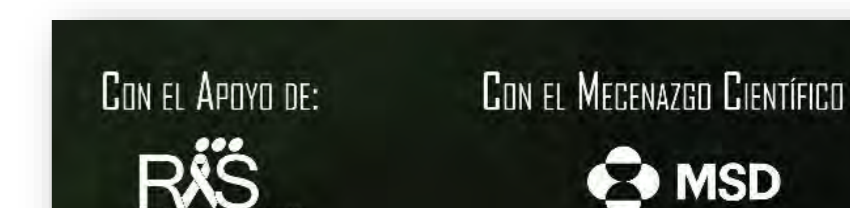
Estupendo encuentro y muy interesante

Era la primera vez que venía y me ha parecido un encuentro muy interesante, en el que hemos aprendido mucho. El documental estuvo impecable.

**CONCLUSIONES.** El cuarto episodio de "PASEOS CON CIENCIA" ha sido muy bien valorado por las personas que lo han visto. Además, este formato audiovisual y el encuentro científico y comunitario en el que se enmarca su estreno se están constituyendo como herramientas útiles para generar reflexión sobre temas relevantes en el **ámbito de la salud pública**. En esta misma línea, los episodios de "Paseos Con Ciencia" pueden servir de base para **diseñar intervenciones y políticas públicas** destinadas a mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por determinadas condiciones de salud.

### AGRADECIMIENTOS

"Paseos Con Ciencia" es una idea original de la Doctora Álvarez, producida en colaboración con Anchoa Films y realizada con el apoyo de la Red de Investigación en Sida y el mecenazgo científico de MSD



## SEGUIMIENTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA DE CRIBADO DE VHC



## EN LAS CCAA DURANTE 2021 Y 2022

**Autores:** Martínez Colom, Alberto<sup>1</sup>; Cuesta Rodríguez, Mar<sup>2</sup>; Jimeno Aranda, Ángel<sup>3</sup>; Gómez Amorín, Ángel<sup>4</sup>; Castilla Catalán, Jesús<sup>5</sup>; Belmonte Gómez, María Antonia<sup>6</sup>; Vilella, Angels<sup>7</sup>; Labrador, María Vicenta<sup>8</sup>; García García, Federico<sup>9</sup>; López Corrales, Irene<sup>10</sup>; Major, Xavier<sup>11</sup>; Gutiérrez Ávila, Gonzalo<sup>12</sup>; Castrillejo Pérez, Daniel<sup>13</sup>; Martínez Ochoa, Eva<sup>14</sup>; Arrillaga Arrizabalaga, Arantxa<sup>15</sup>; Del Amo Valero, Julia<sup>1</sup>; Hoyos Miller, Juan<sup>1</sup>.

1: División de Control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Ministerio de Sanidad; 2: Consejería de Salud Principado de Asturias; 3: Servicio Aragonés de Salud; 4: Servicio Gallego de Salud; 5: Instituto Navarro de Salud Pública; 6: Consejería de Salud Región de Murcia; 7: Hospital Universitario Son Llatzer, Baleares; 8: Consejería de Salud Madrid; 9: Hospital Universitario Clínico San Cecilio Granada; 10: Plan sobre Sida Ceuta; 11: Agencia de Salud Pública de Cataluña; 12: Consejería de Sanidad de Castilla y La Mancha; 13: Dirección General de Salud Pública y Consumo Melilla; 14: Consejería Salud Rioja; 15: Plan del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual Osakidetza.

## INTRODUCCIÓN

Las actuales características de la situación epidemiológica de la infección por el VHC en España hacen que siga siendo un problema de salud pública. Desde 2015 a finales de 2021 más de 150.000 personas han accedido a los tratamientos con antivirales de acción directa (AAD), con un porcentaje de respuesta viral sostenida cercano al 95%. El diagnóstico y el tratamiento de la infección por el VHC suponen un beneficio tanto desde el punto de vista individual, como de salud pública, contribuyendo al control de la transmisión. En el marco de la estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis víricas 2016-2021, se han propuesto como metas globales y europeas el diagnóstico del 50% de personas con infección crónica por VHC para 2020 y del 90% para 2030, y el tratamiento del 75% de las personas diagnosticadas para 2020 y 80% para 2030. Como resultado de este compromiso global, diferentes gobiernos han puesto en marcha estrategias específicas sobre diagnóstico y tratamiento contra la hepatitis C. En 2020 se aprobó la Guía (actualizada en 2022) que recoge las indicaciones del Ministerio de Sanidad sobre el cribado de la infección por VHC y la vinculación de las personas diagnosticadas al seguimiento y tratamiento en España. En esta Guía se recomienda la realización de la prueba en personas con criterios clínicos compatibles con infección por el VHC, en los centros de transfusión para la donación de sangre, células y tejidos y de trasplante de órganos, y personas con exposiciones o situaciones de riesgo para la transmisión del VHC, como pueden ser: consumo de drogas por vía inyectada, relación sexual de riesgo, pareja sexual con infección activa, entre otras. Se acordó, además, la monitorización anual de la implementación de esta Guía por las CCAA.

## OBJETIVO

El objetivo de este trabajo consistió en obtener información acerca de la implementación de la Guía de Cribado de VHC a nivel nacional, por las diferentes CCAA, mediante la cumplimentación de una encuesta y análisis de datos, conteniendo los puntos importantes de la Guía.

## METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo se elaboró un cuestionario *ad hoc* recogiendo 11 puntos sobre las recomendaciones de la Guía sobre determinadas poblaciones de riesgo de adquisición del VHC, implementándose en formato on-line (*KoboToolbox*) para 2022. Se han incluido opciones para aportar información sobre el alcance de alguna acción en forma de cobertura real o estimada, bien en porcentaje o cuartiles. Con objeto de recabar información de la implementación de la Guía a lo largo de 2021 y 2022, se envió la encuesta a los responsables del ámbito del VHC en las CCAA a comienzos de 2022 y 2023.

## RESULTADOS

En ambos periodos, se obtuvo información de un total de 12 CCAA.

- ✓ Un total de 5 CCAA en 2021 y 8 en 2022 indicaron que disponían de un plan de eliminación de VHC.
- ✓ Un total 10 CCAA en 2022 realizaron cribado a población de riesgo, aportando 7 de ellas datos sobre la cobertura (figura 1).

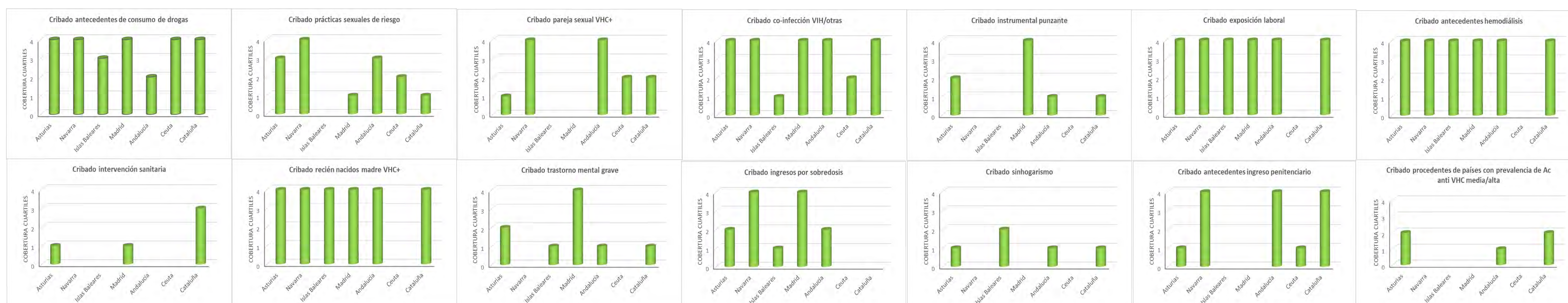


Figura 1: coberturas en cuartiles de las acciones de cribado sobre las diferentes poblaciones de riesgo por CCAA.

- ✓ El diagnóstico en un sólo paso se encontraba implementado casi en la totalidad del territorio (11 de 12 CCAA en 2022 y 9 en 2021).
- ✓ La búsqueda activa de personas que presentaban una prueba de anticuerpos sobre VHC se llevó a cabo, en 2022, en 8 de 12 CCAA, con coberturas no superiores al 50%, con resultados similares en 2021 en cuanto a territorios pero con mayor heterogeneidad en cuanto a las coberturas.
- ✓ En 2022 menos de la mitad de las CCAA (5 de 12 totales) implementaron alertas en las historias clínicas para pertinencia de cribado de VHC en pacientes a riesgo, un número inferior, tan sólo 2 en 2021.
- ✓ Se integraron actividades de prevención de VHC, VHB, VIH y otras ITS en la mayoría de las CCAA (8 de 12) en cualquiera de los años analizados.
- ✓ En 2022, se llevaron a cabo acciones encaminadas a la simplificación de los modelos de atención, evitando múltiples derivaciones, en 9 las CCAA, en un total de 5 en 2021. En su mayoría en centros de atención a adicciones y centros comunitarios de ITS.
- ✓ En un total de 8 CCA se han implementado acciones, a lo largo de 2022, encaminadas a la coordinación y atención multiprofesional en los centros de atención a personas con drogodependencias, una más de las CCAA que respondieron afirmativamente en 2021.
- ✓ Según los resultados obtenidos, en 2022 un total de 6 CCAA (en 2021 fueron 4 CCAA) realizaron mejoras de los sistemas de coordinación de los servicios de salud de las CCAA e Instituciones Penitenciarias, que permitieran la continuidad asistencial de los pacientes que estando en situación de prisión provisional eran puestos en libertad de forma inmediata; a través de circuitos directos, equipos de atención primaria integrados en la red de atención primaria, etc.
- ✓ En 7 y 8 CCAA en 2021 y 2022 respectivamente, se implementaron actividades de promoción del cribado dirigidas a población general (con exposiciones de riesgo) y/o poblaciones específicas. Se llevaron a cabo, entre otras, campañas de sensibilización, formación de profesionales o creación de contenidos audiovisuales.
- ✓ A lo largo de 2022 se realizaron actividades formativas y de apoyo a profesionales sanitarios respecto al cribado de VHC en un total de 10 CCAA (el 50% en 2021), en su mayoría en atención primaria o personal de enfermería.

## CONCLUSIONES

- Los resultados del segundo periodo de seguimiento (2022), indican una mejoría en cuanto al número de CCAA que han implementado las acciones relacionadas con el contenido de la Guía de cribado de VHC, así como la cobertura.
- El diagnóstico en un solo paso se encuentra consolidado en la mayor parte de las CCAA.
- Resultado de interés poder contar con la información de la totalidad de las CCAA y Ciudades Autónomas para que la caracterización de la implementación de la Guía sea lo más objetiva posible.
- Se concluye que este tipo de análisis de seguimiento es necesario para tener información de cómo se implementan las acciones y sobre los puntos sobre los que hay margen de mejora.



# CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CONDUCTUALES DE USUARIOS EN PREP EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA

David Téllez-Velasco<sup>1</sup>, Mateo Cerro Lillo<sup>1</sup>, Jordi Arcarons Martí<sup>1</sup>, Antonio Carrillo Cano<sup>1</sup>, Victoria López López<sup>1</sup>, Luís López Pérez<sup>1</sup>, Mainer Arando Lasagabaster<sup>1</sup>, Jorge Néstor García Pérez<sup>1</sup>, Patricia Álvarez-López<sup>1</sup>, Montserrat Llinás Vidal<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. Unidad de ITS/VIH Drassanes. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona

## INTRODUCCIÓN

En la Unidad de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) Drassanes-Vall d'Hebrón el seguimiento de las personas en profilaxis pre exposición (PrEP) frente al VIH se hace inicialmente por profesionales médicos y de enfermería. En el plazo máximo de 9-12 meses desde su inicio, el seguimiento de estas personas se hace de manera autónoma por enfermería, derivando a medicina solo aquellas situaciones clínicas competencialmente ajenas a la profesión enfermera.

## OBJETIVOS

El objetivo principal es describir las características sociodemográficas y conductuales de las personas que hacen el seguimiento de PrEP en la consulta de enfermería. El objetivo secundario es identificar áreas de mejora en los registros de enfermería.

## MÉTODOS

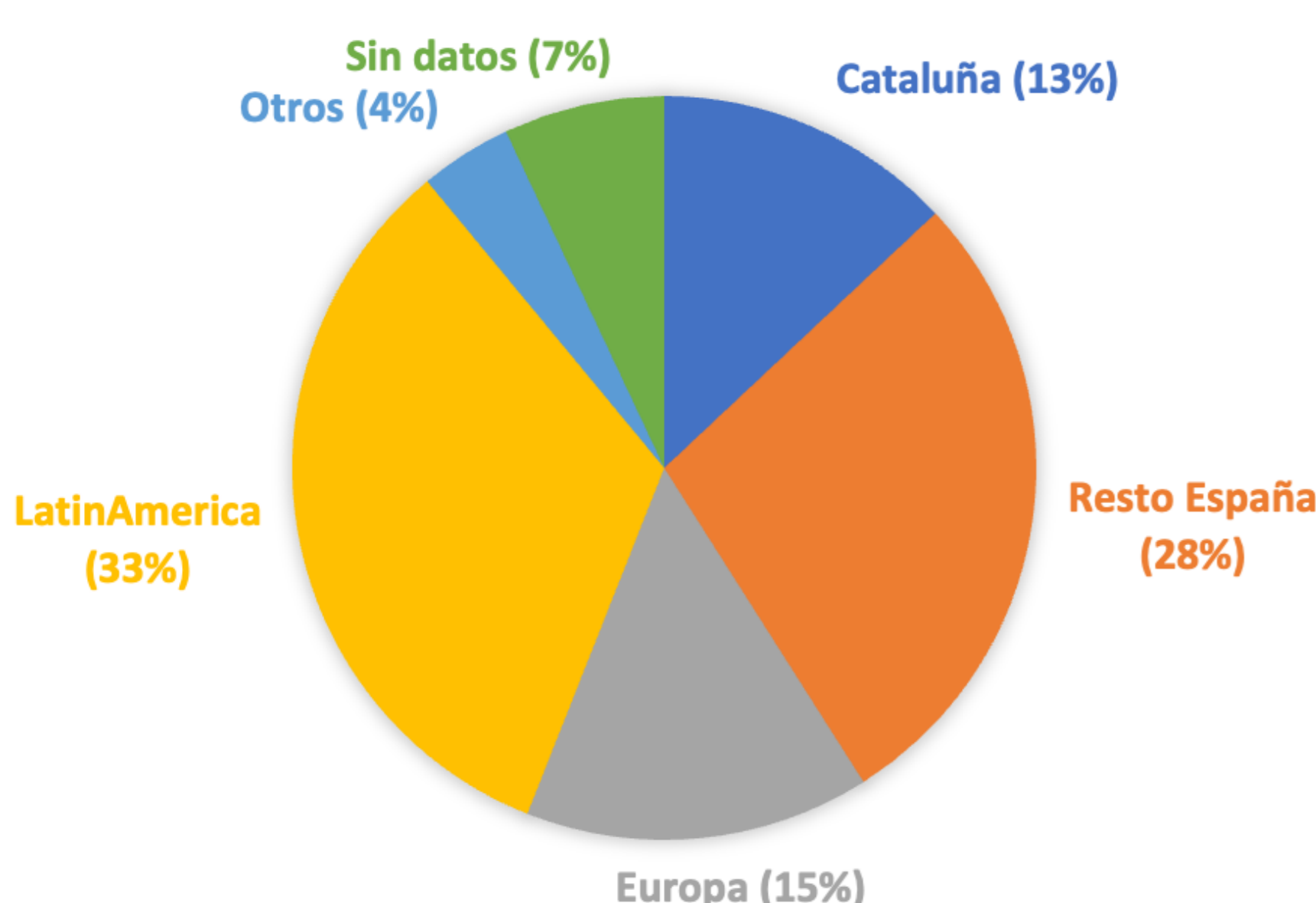
Estudio observacional retrospectivo de la actividad asistencial de la consulta de enfermería de PrEP entre junio y diciembre de 2023. Se recogieron variables demográficas, conductuales y clínicas, y se creó una base de datos que fue analizada con SPSS.

## RESULTADOS

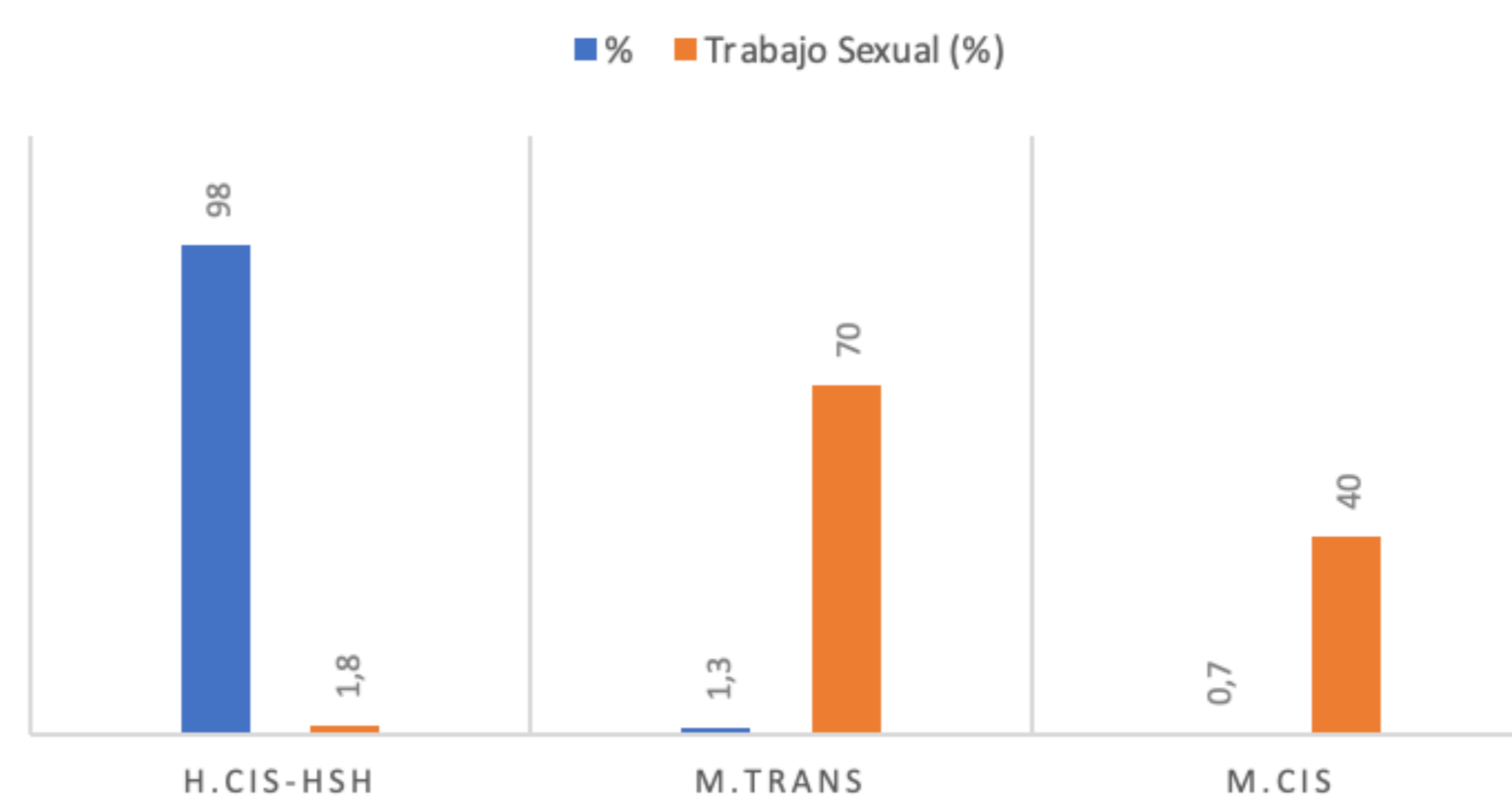
Durante el período mencionado se visitaron 1370 personas en la consulta de enfermería, 1063 de ellas en PrEP. De éstas, se revisaron de manera aleatoria el 73% de las historias clínicas (n=756). Se obtuvieron los siguientes resultados:

### CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

- Alrededor del 40% de las personas en seguimiento PrEP son nacidas en España.
- El 98% de las personas son hombres cis (todo hombres que tienen sexo con hombres - HSH).
- La media de edad es de 38,7 años (DS±8,7).
- La mediana de tiempo en seguimiento de PrEP es de 2,67 años (RI 1.8-3.3).
- El 2,9% realiza o ha realizado trabajo sexual (59% HSH, 31% MT y 10% MC). Aunque predomina el número de HSH, se objetivaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al género: HSH 1,8%, MT 70% y MC 40% (p=0.000).



### RELACIÓN GÉNERO-TRABAJO SEXUAL



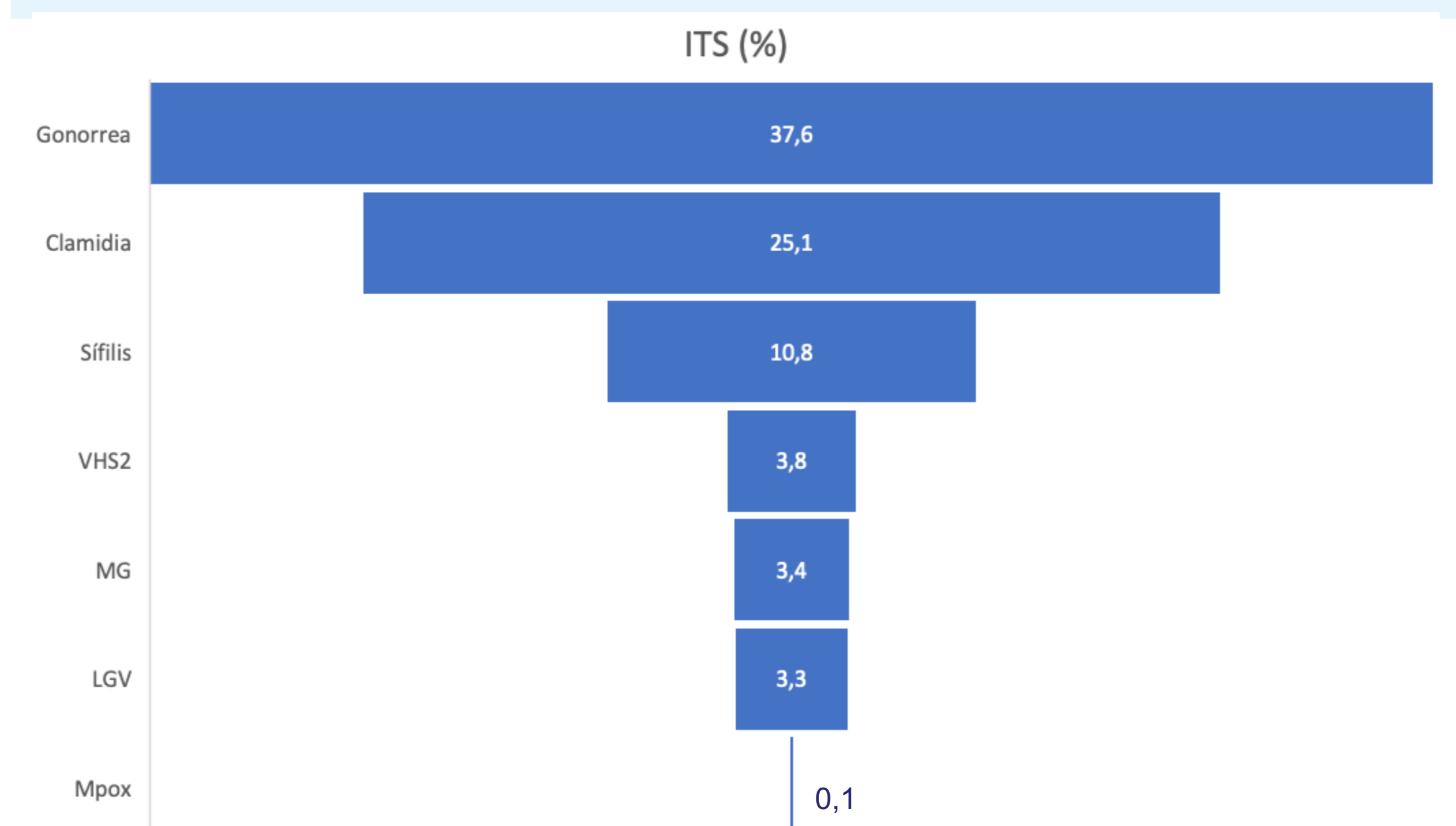
### CARACTERÍSTICAS CONDUCTUALES

- El 83,7% toman PrEP de manera diaria, y de éstas el 85,3% de éstas tiene una buena adherencia al tratamiento (ninguna dosis omitida). De las personas que la realizan a demanda (16,3%), el 92% la toma de manera correcta.
- Solo el 0,5% refirió algún problema de tolerancia, en forma de sintomatología gastrointestinal.
- El 59% está vacunado de MPOX con pauta completa, mientras que el 18% no ha recibido ninguna dosis. El 8,5% de la muestra pasó MPOX, principalmente el verano del 2022.
- En referencia al uso de preservativo en sexo anal o vaginal, el 6,1% refiere usarlo siempre mientras que el 35,6% no lo usa nunca. El 45,2% refiere usarlo la mitad o menos de la mitad de las veces.
- El 27,4% de las personas refiere utilizar suplementos proteicos y/o creatina, aunque la mayoría de los registros no permiten cuantificar ese consumo (veces por semana o gramos semanales).
- Se monitorizaron parámetros relacionados con la función renal (filtrado glomerular, creatinina sérica y cociente proteína/creatinina en orina). El 70-80% de las personas han tenido los 3 parámetros dentro de la normalidad en el último año. El 20% de las personas que tomaron suplementos proteicos y/o creatina presentaron proteinuria durante el último año. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en proteinuria asociada a consumo de proteínas (15,9% vs 18,9% p=0.587).
- El 65% de las personas en seguimiento seguían algún tratamiento farmacológico concomitante a la PrEP, siendo los fármacos/productos farmacéuticos relacionados con la prevención de la caída del cabello los más habituales.
- El 40,7% refieren consumir algún tipo de sustancias. Un 10% de éstos refiere un uso sexualizado de las mismas (chemsex). El 6,1% manifestó un uso problemático de sustancias.
- Se encontró una relación estadísticamente significativa entre consumo y presencia de ITS (62,1% vs 37,9% p 0.009).

Sustancia	%
GHB	17,3
Mefedrona	13,6
MDMA/éxtasis	12,2
Poppers	8,7
Cocaína	8,2
Metanfetamina	7,8
Ketamina	5,8
Speed	3,3

## INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

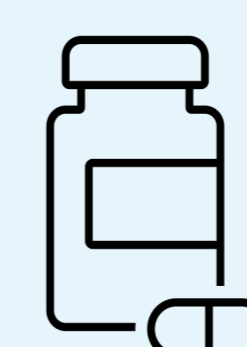
- El 56% de las personas fueron diagnosticadas de alguna ITS durante el último año. Las ITS monitorizadas en las visitas de seguimiento son Gonorrea, Clamidia, Linfogramuloma Venéreo (LGV) y Sífilis.
- En la muestra seleccionada también se identificaron casos de Virus Herpes Simple tipo 2 (VHS2), Mycoplasma genitalium (MG) y Monkeypox (mpox), todos ellos sintomáticos en la visita de seguimiento de PrEP.
- No se encontró una relación estadísticamente significativa entre el uso/frecuencia de uso de preservativo para la penetración y la presencia de ITS.



### DATOS DESTACADOS



**1063 personas en PrEP**  
(n=756 revisiones de HC)



**83,7% PrEP diaria**  
**16,3% PrEP a demanda**



**Consumo de sustancias 40,7%**  
**Chemsex 10%**



**Trabajo Sexual 2,9%**



**Vacuna MPOX 59%**

## CONCLUSIONES

- La población mayoritaria que hace seguimiento de PrEP en la ITS por parte de enfermería son hombres cis (todos HSH), con un porcentaje elevado procedente de Latinoamérica.
- Existe relación estadísticamente significativa entre el género (MT y MC) y el trabajo sexual, y entre el consumo de sustancias recreativas y la presencia de ITS en la muestra estudiada.
- No existe relación estadísticamente significativa entre el consumo de proteínas suplementarias y la proteinuria, y entre el uso de preservativo y la presencia de ITS en la muestra estudiada.
- Una proporción considerable de personas no ha recibido ninguna dosis de vacuna Mpx, y se desconoce si se les ha ofrecido la posibilidad o no.
- El fenómeno del consumo sexualizado de drogas está infrarrepresentado en la muestra. No en todas las personas que utilizan sustancias se registró específicamente si el consumo era sexualizado.
- Como áreas de mejora, es necesario estandarizar la recogida de datos de algunas variables para poder conocer mejor a la población a la que prestamos cuidados y poder así elaborar intervenciones educativas o terapéuticas que se adecuen a sus necesidades reales.



# Estigma percibido por las personas que viven con VIH

## En las consultas de Enfermedades Infecciosas del Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Fredes González, Camila A; Corral Carretero, Saray; Gutiérrez Cuellar, Isabel; Ramírez Schacke, Margarita.

**Objetivo: conocer el nivel de estigma percibido por las personas que viven con VIH tras haber recibido testimonios personales de pacientes que han sufrido discriminación**

**Metodología:** estudio descriptivo transversal

**Población:** personas que viven con VIH diagnosticadas hace más de un año y en seguimiento regular en las consultas de EEII del HGUGM

**Escala de estigma de Berger**

**Reclutamiento:** muestreo no probabilístico por conveniencia, entre el 1 de diciembre del 2022 y el 31 de marzo del 2023

**Recogida de datos:** cuestionario auto administrado mediante plataforma online

**Instrumentos:** recogida de datos sociodemográficos y escala de estigma de Berger

Respuestas en formato Likert

**41 ítems** (preguntas) propios o compartidos entre **4 dominios:**

Preocupación por el rechazo social

Autoimagen negativa

Estigma percibido

Divulgación del diagnóstico

1: muy en desacuerdo

3: de acuerdo

2: en desacuerdo

4: muy de acuerdo

A mayor puntuación, mayor estigma

- 99 hombres  
- 20 mujeres  
- 2 prefieren no contestar

- 53 casados / con pareja  
- 55 solteros  
- 6 divorciados  
- 7 viudos

n: 121

Edad media 48,74 años

- 54 con estudios universitarios  
- 44 con estudios medios  
- 23 con estudios primarios

**La puntuación media global fue de 93,97 sobre 160 puntos**

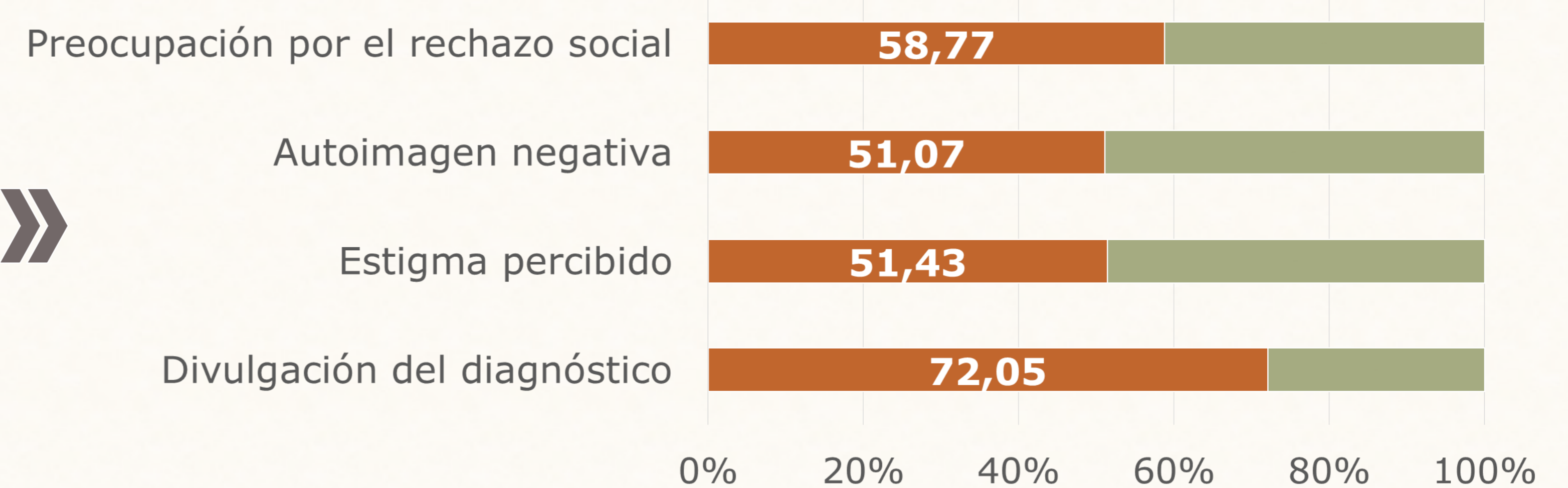
Expresado sobre un máximo de 100 puntos:

58,73

**Tras recopilar los cuestionarios situamos cada ítem dentro de su/sus dominios, de esta forma obtenemos la media de cada dominio, y por tanto podemos obtener aquellos que más preocupaban a los participantes de nuestro estudio**

Preocupación por el rechazo social (20 ítems)	Autoimagen negativa (13 ítems)	Estigma percibido (18 ítems)	Divulgación del diagnóstico (10 ítems)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Puntuación máx. del dominio: <b>80</b></li> <li>Media de la muestra: <b>47,02</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Puntuación máx. del dominio: <b>52</b></li> <li>Media de la muestra: <b>26,56</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Puntuación máx. del dominio: <b>72</b></li> <li>Media de la muestra: <b>37,03</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Puntuación máx. del dominio: <b>40</b></li> <li>Media de la muestra: <b>28,82</b></li> </ul>

**Puntuación media expresada en porcentaje**



**A continuación algunos ejemplos de ítems del cuestionario, su pertenencia a los dominios y el porcentaje de participantes que respondieron "3: de acuerdo" o "4: muy de acuerdo"**

Ítem	Dominios	Porcentaje de participantes que respondieron "3: de acuerdo" o "4: muy de acuerdo"
<b>1: En muchas áreas de mi vida, nadie sabe que tengo VIH</b>	Dominio: Divulgación del diagnóstico	Un <b>83%</b> de los participantes se mostró de acuerdo / muy de acuerdo
<b>19: Me preocupa que la gente me discrimine</b>	Dominios: Preocupación por el rechazo social y Divulgación del diagnóstico	Un <b>67%</b> de los participantes se mostraron de acuerdo / muy de acuerdo
<b>6: Yo trabajo fuertemente para mantener mi estado de VIH en secreto</b>	Dominios: Autoimagen negativa y Divulgación del diagnóstico	Un <b>62%</b> de los participantes se mostró de acuerdo / muy de acuerdo
<b>16: La mayoría de las personas con VIH son rechazadas cuando otros se enteran sobre su estado de VIH</b>	Dominios: Preocupación por el rechazo social y Estigma percibido	Un <b>56%</b> de los participantes se mostró de acuerdo / muy de acuerdo

### Conclusiones

**El estigma percibido por las personas que viven con VIH sigue demostrando cifras altas, sobre todo en áreas como el temor a la divulgación del diagnóstico**

**Incorporar herramientas como la escala del estigma de Berger, a la práctica habitual, nos ayuda no solo a identificar a estas personas, sino también aquellos aspectos que más les preocupan**

**Idear e implementar estrategias centrándonos en las áreas que demuestran mayor importancia podría impactar de forma más efectiva en la disminución del nivel de estigma percibido por las personas afectadas por el VIH**

Berger, B. E., Ferrans, C. E., & Lashley, F. R. (2001). Measuring stigma in people with HIV: psychometric assessment of the HIV stigma scale. *Research in nursing & health*, 24(6), 518-529.

Fuster, M. J., Molero, F., de Montes, L. G., Agirrezabal, A., & Vitoria, A. (2013). HIV- and AIDS-related stigma: psychosocial aspects in a representative Spanish sample. *The Spanish journal of psychology*, 16, E30

Fuster, M. J., Molero, F., Holgado-Tello, F. P. y Sansinenea, E. (2013). Development of a New Questionnaire to Measure Coping Strategies to Stigma and Discrimination in People with HIV. *Acción Psicológica*, 10(2).

Lazarus, J.V., Safreed-Harmon, K., Barton, S.E., Costagliola, D., Dedes, N., Del Amo, J., et al. (2016). Beyond viral suppression of HIV-the new quality of life frontier. *BMC Medicine*, 14(1), article 94.

Fuster-Ruizdeapodaca, M.J., de Benito E., Poveda, A., Rohlf, I., Sampedro, E. (2018). Social dimension of HIV and state response. Elsevier, Vol. 36. Núm. S1.

## P.18- EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS ESALUD PARA PERSONAS CON VIH EN BARCELONA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

Juan M. Leyva<sup>1</sup>; Kevin Santander<sup>1,2</sup>; Caterina Checa<sup>1,3</sup>; Juanse Hernández<sup>4</sup>; Laura Navarrete<sup>1,5</sup>; Mariela Aguayo<sup>1</sup>; M. Dolors Bernabeu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitat Autònoma de Barcelona. Grup de Recerca Infermera en Vulnerabilitat i Salut. Departament de Enfermeria. Facultat de Medicina; <sup>2</sup>Hospital Vall d'Hebron, Barcelona; <sup>3</sup>EAP Dreta Eixample, Barcelona; <sup>4</sup>Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH, Barcelona; <sup>5</sup>Consorci Sanitari Parc Taulí, Sabadell

### INTRODUCCIÓN:

La pandemia por COVID-19 afectó el acceso a servicios de salud sexual y tratamientos para personas con VIH, debido a la cancelación de visitas de seguimiento, priorizando la atención a personas con COVID-19. Ante este desafío, la eSalud apareció como una solución innovadora para mantener la continuidad de la atención sanitaria (Barberá, 2021; Soto Silva, 2022).

### OBJETIVO:

Evaluar la satisfacción de las personas que viven con el VIH en Barcelona en cuanto a su acceso y uso de los servicios de eSalud durante la pandemia COVID-19.

### MÉTODO:

Estudio mixto secuencial QT-ql realizado entre mayo de 2021 y octubre de 2022 en Barcelona. Se invitó a participar a personas con VIH a través de redes sociales y la ONG gTt-VIH. La fase cuantitativa empleó un cuestionario digital, mientras que la fase cualitativa consistió en entrevistas para explorar experiencias sobre eSalud. Los datos se analizaron con estadística descriptiva y bivariada, y mediante análisis temático de Braun y Clarke. Estudio aprobado por el comité ético de la Universidad Autónoma de Barcelona.

### RESULTADOS:

De 82 cuestionarios válidos recogidos (12,4% mujeres; edad media 48,8±12,5), la app 'La meva salut' fue el servicio de eSalud más utilizado durante la pandemia COVID-19 (82%). Entre quienes no la usaron (n=29), la falta de información fue la razón principal (60%), mientras que, entre los usuarios, fue la falta de conocimientos (36,7%). Al 51,9% nunca les ofrecieron servicios de eSalud. Las narrativas reflejaron frustración por la sustitución de visitas presenciales por telemáticas y miedo a que los profesionales no identifiquen síntomas. La atención de enfermería y farmacia recibieron altos índices de satisfacción (50% y 30% muy satisfecho, respectivamente). El 37% indicó que la eSalud no mejoró su salud. Sin embargo, el acceso directo a resultados de laboratorio y la autogestión de citas proporcionaron sensación de control y empoderamiento en el autocuidado.

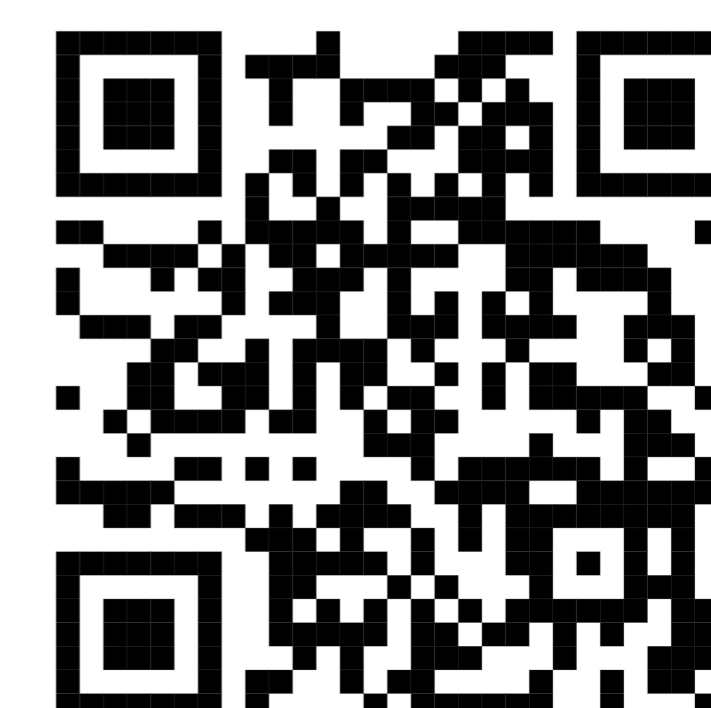
### CONCLUSIONES:

- Durante la pandemia de COVID-19, la satisfacción con los servicios de eSalud fue moderada-alta, aunque persisten percepciones de menor calidad y desafíos para personas con barreras lingüísticas.
- La implementación de servicios de eSalud personalizados, basados en las preferencias y necesidades individuales de las personas con VIH, junto con la reducción de la brecha digital, son cruciales para mejorar la accesibilidad y continuidad de la atención médica en tiempos de adversidad.

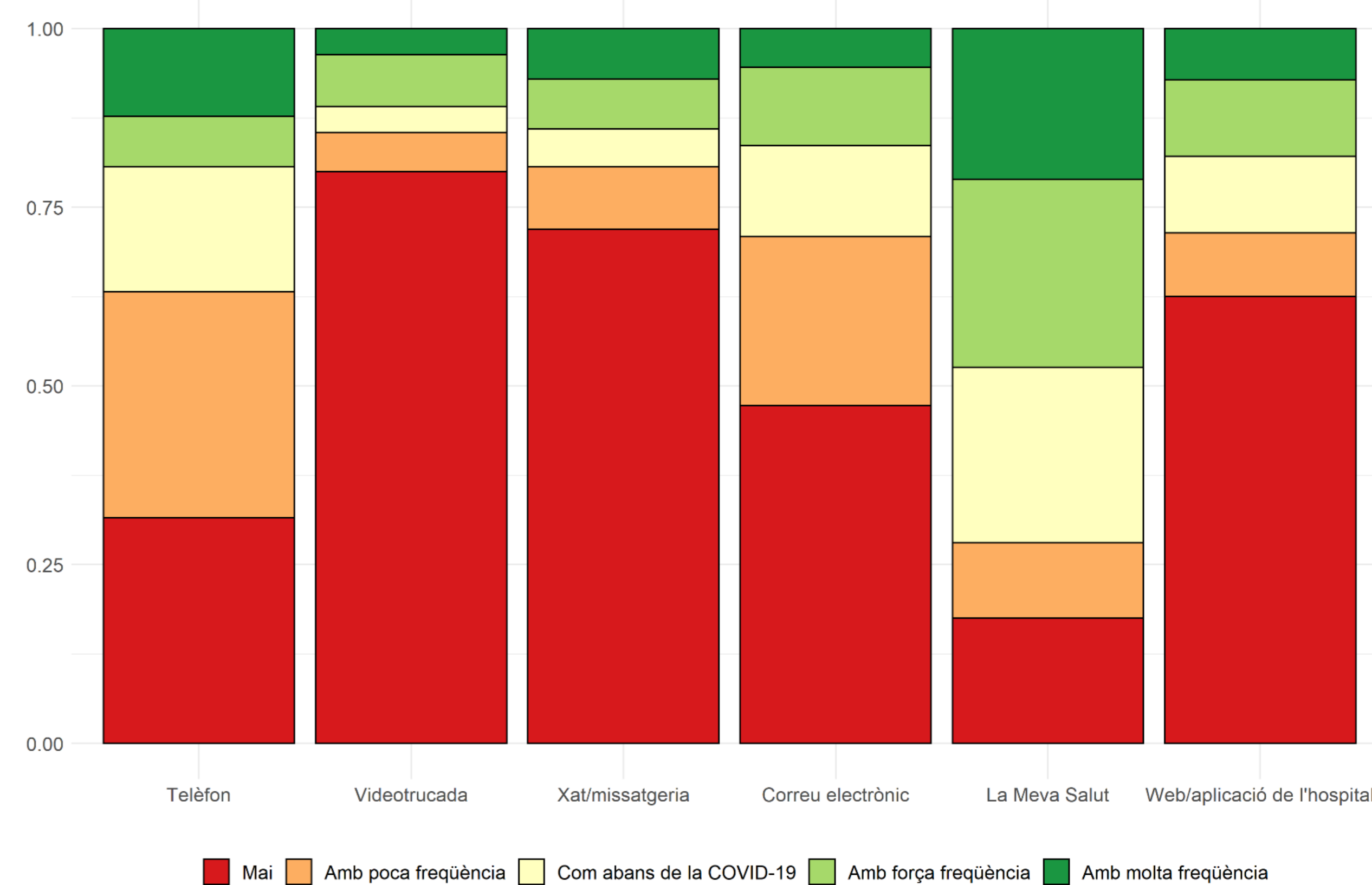
### REFERENCIAS:

- Barberá, M. J. (2021). Impacto de la COVID-19 en la atención clínica de las ITS. Revista Enfermedades Emergentes, 19(2), 104-113
- Soto Silva, A. (2022). La infección por VIH en tiempos de pandemia: muchos retrocesos, innumerables desafíos. Revista Chilena de Infectología, 39(3), 287-293. <https://doi.org/10.4067/s0716-10182022000200287>

Escanea para consultar resultados completos



Frecuencia de uso de los distintos servicios de telemedicina

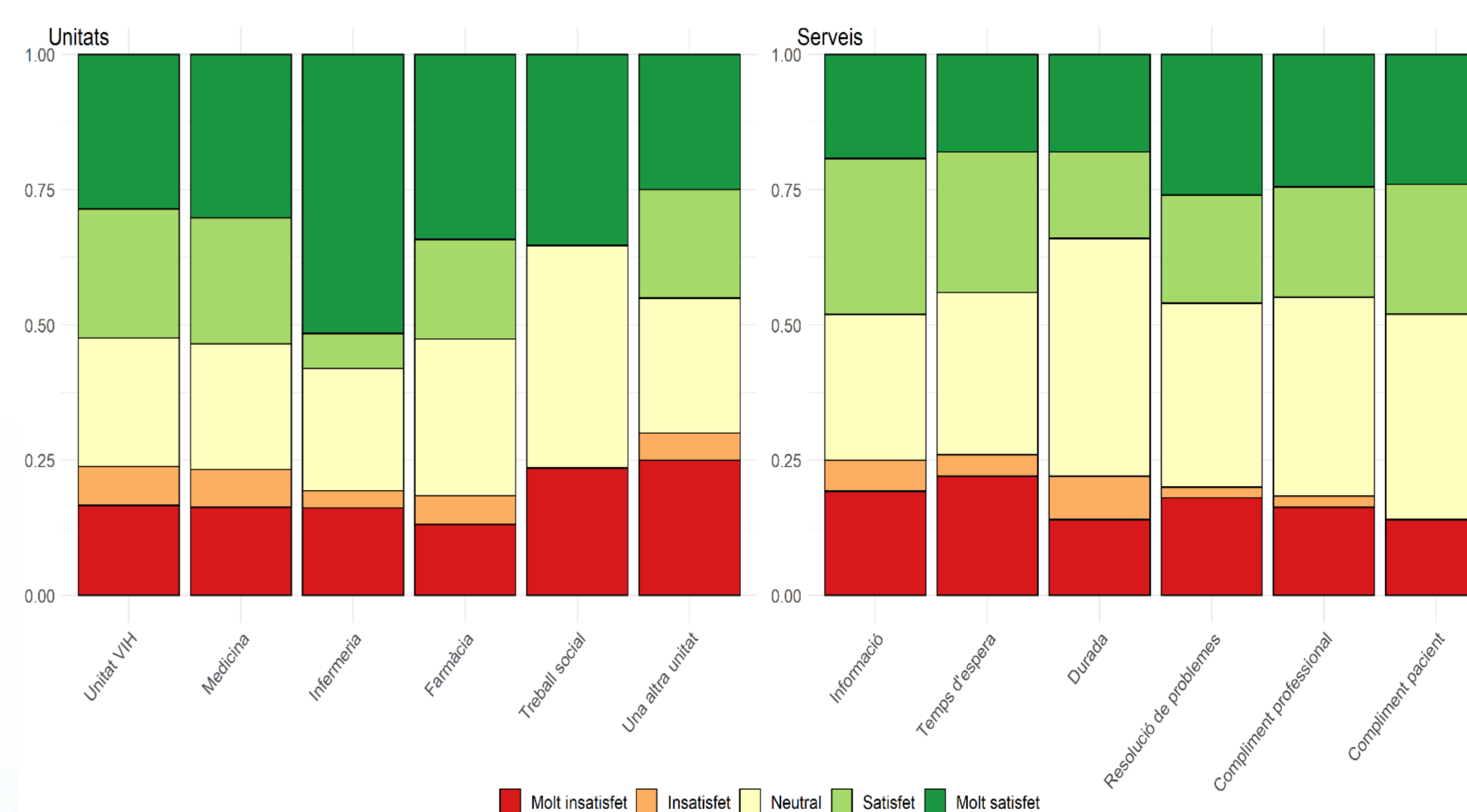


Propondría un modelo mixto, donde todas las vías administrativas estén prioritariamente con sistemas de eSalud y donde toda la atención propiamente sanitaria esté en un sistema presencial. (P9)

Es un punto difícil de medir... Todo lo que me agiliza la vía administrativa, claro, me sirve, me sirve en mi vida y por lo tanto me sirve en mi salud y está bien. No creo que sea prudente intentar reemplazar el contacto presencial entre personal sanitario y paciente. No considero que me aporte a mí para mejorar mi salud. (P10)



Grado de satisfacción con los servicios de telemedicina promovidos por unidades y sus características



UAB  
Universitat Autònoma  
de Barcelona

FAS  
Fundació  
Autònoma  
Solidària UAB

Con el apoyo del Fondo de Solidaridad de la Universidad Autónoma de Barcelona



# LA COMPLICADA TAREA DE CONSERVAR LA MEMORIA

## OBJETIVO:

**RECOGER Y DIFUNDIR LA MEMORIA DEL MOVIMIENTO ASOCIATIVO EN VIH QUE HAN EXISTIDO EN EL ESTADO ESPAÑOL DESDE LOS INICIOS DE LA PANDEMIA HASTA LA ACTUALIDAD.**

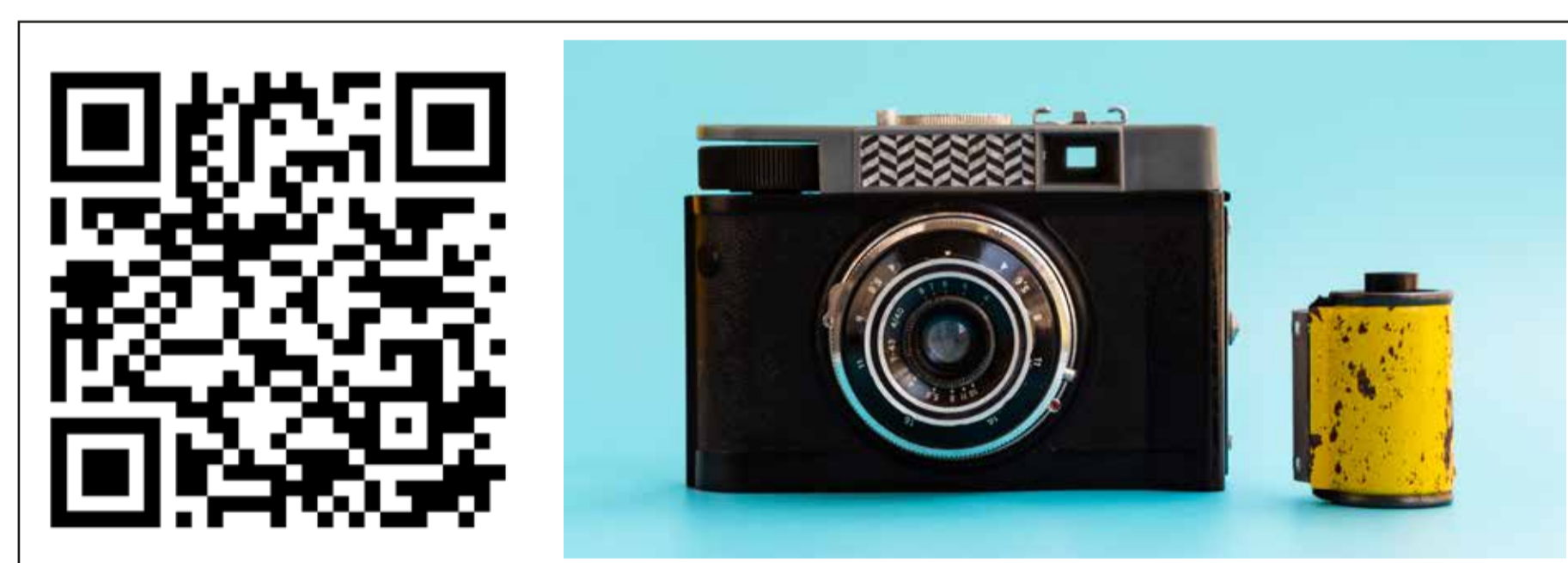
## LOS CONTENIDOS SE ESTRUCTURARÁN TRAVÉS DE:

- Documentos propios de las entidades.
- Documentos ajenos sobre las entidades.
- Fotografías de los primeros años de actividad de las entidades.
- Documentos generalistas sobre la historia del movimiento asociativo estatal en VIH.

## METODOLOGÍA: RECOPIACIÓN DE DOCUMENTACIÓN A TRAVÉS DE LA BÚSQUEDA EN:

- Fondo del centro de documentación de SIDA STUDI
- Fuentes de información diversas: webs corporativas; hemerotecas, radio y televisión; canales de video, bases de datos bibliográficas, bibliotecas y centros de documentación...
- Solicitud a las entidades actualmente activas, previa campaña de difusión del proyecto a través de los canales de comunicación de nuestra entidad. Se contacta con 75 entidades, de las cuales un tercio (veinticinco) contesta y envía algún tipo de material.

## RESULTADOS: SE ELABORA UNA PÁGINA WEB QUE RECOGE, ORGANIZADOS ALFABÉTICAMENTE Y POR ÁREA GEOGRÁFICA DE INTERVENCIÓN (AUTONÓMICA O ESTATAL):



- 189 entidades
- Más de 8.000 documentos
- Más de 500 fotografías

[HTTPS://MEMORIAVIH.SIDASTUDI.ORG/CA/](https://memoriavih.sidastudi.org/ca/)

## CONCLUSIÓN: LAS DIFICULTADES A LA HORA DE REALIZAR EL PROYECTO PERMITEN CONSTATAR LOS OBSTÁCULOS PARA GARANTIZAR LA CONSERVACIÓN Y DIFUSIÓN FUTURA DE LA MEMORIA ASOCIATIVA:

- Ausencia de archivos institucionales organizados.
- Ausencia generalizada de archivos fotográficos y elementos descriptivos de los contenidos de éstos.
- Reticencia a compartir materiales
- Inexistencia o falta de localización de archivos de entidades desaparecidas.
- Existencia de formatos obsoletos (audiovisuales y gráficos) y materiales no digitalizados.
- Ausencia de recolección de materiales en archivos, bibliotecas y centros de documentación.





# USABILIDAD DE UNA APLICACIÓN MÓVIL DIRIGIDA A PERSONAS CON VIH PARA PREPARARSE LA PRÓXIMA CONSULTA MÉDICA. ESTUDIO GESIDA 12321 P20



Joanna Cano-Smith<sup>1</sup>, Ana Delgado-Hierro<sup>1</sup>, Eulalia Valencia<sup>1</sup>, Luis Ramos<sup>1</sup>, Carmen Busca<sup>1</sup>, Rafael Mican<sup>1</sup>, María Luisa Montes<sup>1</sup>, Luz Martín-Carbonero<sup>1</sup>, María Del Mar Arcos<sup>1</sup>, Rosa De Miguel<sup>1</sup>, Rocío Montejano<sup>1</sup>, FJ Pérez-Sábada<sup>2</sup>, Clara Pérez-Rambla<sup>2</sup>, Juan González-García<sup>1</sup>, José I Bernardino<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Unidad de VIH. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz-Carlos III, <sup>2</sup> Outcomes<sup>10</sup>, Castellón de la Plana

joanna.cano.smith@idipaz.es

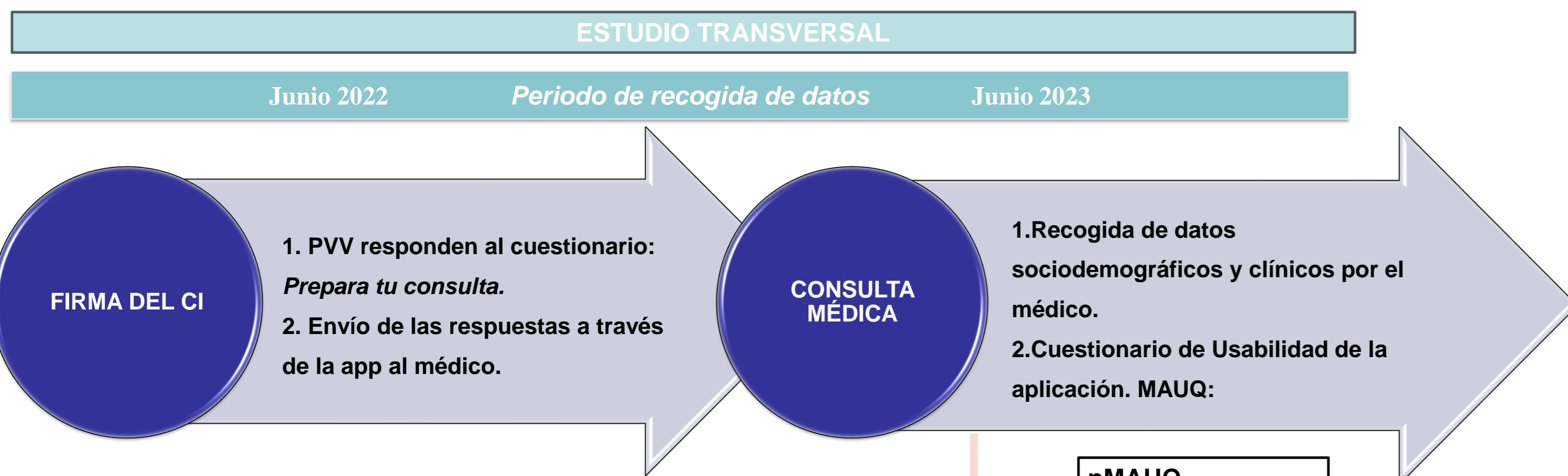
## INTRODUCCIÓN

Las nuevas tecnologías desempeñan un papel crucial en la optimización del tiempo de consulta médica para las personas que viven con el VIH (PVV) y los profesionales de la salud (PS).

"Prepara tu consulta" es una aplicación de salud móvil (mHealth) diseñada para recopilar algunos resultados informados por el paciente (PROs) previo a su consulta médica, incluyendo preguntas sobre su percepción de su salud global, calidad de vida, bienestar general, medicamentos y satisfacción con el tratamiento antirretroviral, de una forma sencilla a través de 28 ítems, contestados en aproximadamente 10 minutos.

**OBJETIVO:** Evaluar la usabilidad, utilidad y satisfacción de las PVV y los PS con la aplicación.

## MÉTODOS



### Críterios de inclusión:

- PVV ≥ 18 años
- Con tratamiento antirretroviral en la actualidad
- Firmar el Consentimiento Informado

## ANÁLISIS

pMAUQ	% PVV						
USABILIDAD	1	2	3	4	5	6	7
1. La aplicación fue fácil de usar easy to use	4,6	0,8	1,9	1,5	4,2	24,2	62,9
2. Fue fácil para mí aprender a usar la aplicación	4,6	1,1	1,5	2,7	6,1	20,5	63,6
3. La navegación (desplazamiento a través de las ventanas/pestañas de la aplicación) era consistente (efectiva) al ir de una pantalla a otra	4,9	1,9	2,3	4,2	7,2	22,0	57,6
4. La interfaz (conjunto de elementos que permiten al usuario comunicarse e interaccionar con la aplicación) de la aplicación me permitió usar todas las funciones que ofrece (como introducir información y visualizar resultados)	3,8	2,3	1,9	4,9	11,0	24,2	51,9
5. Cuando cometí un error en el uso de la aplicación, lo corregí de manera fácil y rápida	4,9	3,4	0,8	7,6	11,4	22,7	49,2
6. Me gusta la interfaz de la aplicación	4,6	1,5	3,0	6,8	13,6	21,2	49,2
7. La información en la aplicación estaba bien organizada, por lo que pude encontrar la información que necesitaba con facilidad	5,3	0,8	1,9	4,9	11,4	26,5	49,2
8. La aplicación reconoció y proporcionó información adecuadamente para informarme sobre el progreso de mis acciones	4,6	1,5	1,5	6,4	11,7	27,7	46,6
9. Me siento cómodo/a usando esta aplicación en entornos sociales	5,3	2,3	3,0	7,2	12,1	23,5	46,6
10. El tiempo dedicado a usar la aplicación ha sido adecuado para mí	4,6	0,8	1,9	1,5	4,2	24,2	62,9
<b>86.7%</b>							
PVV ≥ 5 → PUNTAJE 6.4							
SATISFACCIÓN	1	2	3	4	5	6	7
11. Usaría esta aplicación de nuevo	5,3	1,5	2,7	4,9	9,9	21,2	54,6
12. En general, estoy satisfecho/a con esta aplicación	5,3	1,9	2,3	3,8	11,7	18,9	56,1
13. Recomendaría el uso de esta aplicación a otros pacientes con VIH	4,9	1,9	2,3	5,7	9,9	20,5	54,9
<b>84.8% PVV ≥ 5 → PUNTAJE 6.7</b>							
UTILIDAD	1	2	3	4	5	6	7
14. La aplicación sería útil para mi salud y bienestar	5,7	1,9	1,9	6,1	13,6	20,5	50,4
15. La aplicación mejoró mi acceso a los servicios sanitarios	6,1	2,3	4,6	9,9	15,9	23,9	37,5
16. La aplicación me ayudó a gestionar mi salud de forma precoz	6,8	1,9	4,2	11,0	16,3	23,5	36,4
17. La aplicación tiene todas las funciones y capacidades que esperaba	3,8	3,4	1,9	15,9	17,4	23,1	34,5
18. Podía utilizar la aplicación incluso cuando no disponía de conexión a internet o no era adecuada	8,3	4,2	7,2	24,2	15,9	15,2	25,0
19. Esta aplicación es una opción aceptable para la autoevaluación de mi salud	4,9	3,8	4,2	10,2	16,3	21,6	39,0
20. La aplicación me permite recoger la información sobre mi salud que considero más relevante	4,2	2,7	6,1	7,6	17,8	23,1	38,6
21. Gracias a la aplicación, he podido hablar con mi médico de los aspectos de mi salud que más me preocupan	6,8	1,9	2,7	11,7	12,5	19,7	44,7
22. La aplicación me ha facilitado la comunicación con mi médico	6,4	2,3	2,3	9,9	15,2	16,7	47,4
23. Gracias a la aplicación, la consulta con mi médico me ha resultado más útil/productiva	7,2	1,5	2,3	8,7	13,6	20,8	45,8
<b>74.2% PVV ≥ 5 → PUNTAJE 5.8</b>							
hMAUQ	% PS						
UTILIDAD	1	2	3	4	5	6	7
1. La aplicación sería útil para mi práctica clínica	0	0	12,5	25	0	12,5	50
2. La aplicación me hizo más fácil proporcionar atención sanitaria	0	12,5	12,5	12,5	0	25	37,5
3. La aplicación me ayudó a manejar la salud de mis pacientes de manera efectiva	0	0	25	12,5	37,5	0	25
4. La aplicación me facilitó la comunicación con mis pacientes	0	12,5	25	0	25	12,5	25
5. Mediante el uso de esta aplicación, tuve más oportunidades de interactuar con mis pacientes	0	12,5	12,5	12,5	25	25	12,5
6. La aplicación me proporcionó previamente a la consulta información sobre la salud de mis pacientes que considero relevante en mi práctica	0	0	12,5	12,5	25	37,5	12,5
7. La aplicación me ayudó a poner el foco durante la consulta en aquellos temas más relevantes para mi práctica	0	0	0	12,5	12,5	25	25
8. La aplicación me permitió preparar y agilizar la consulta con mis pacientes	0	12,5	12,5	12,5	37,5	12,5	12,5
<b>62.5% PS ≥ 5 → PUNTAJE 5.75</b>							
SATISFACCIÓN	1	2	3	4	5	6	7
9. Recomendaría integrar el uso de esta aplicación en mi práctica clínica	0	12,5	0	25	0	25	37,5
10. En general, estoy satisfecho/a con el uso de esta aplicación en mi práctica clínica	0	12,5	0	12,5	12,5	37,5	25
<b>62.5% PS ≥ 5 → PUNTAJE 6.0</b>							

Escala de Likert de 7 puntos: Totalmente de acuerdo (1)- Totalmente de acuerdo (7)

\* Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables utilizando STATA v.14. Se calcularon las puntuaciones medianas del Cuestionario de Usabilidad de la Aplicación de Salud Móvil (MAUQ) y se determinó el porcentaje de personas que viven con el VIH (PVV) y profesionales de la salud (PS) con puntuaciones ≥ 70% (5-7 puntos, indicando adecuación) para cada dimensión evaluada.

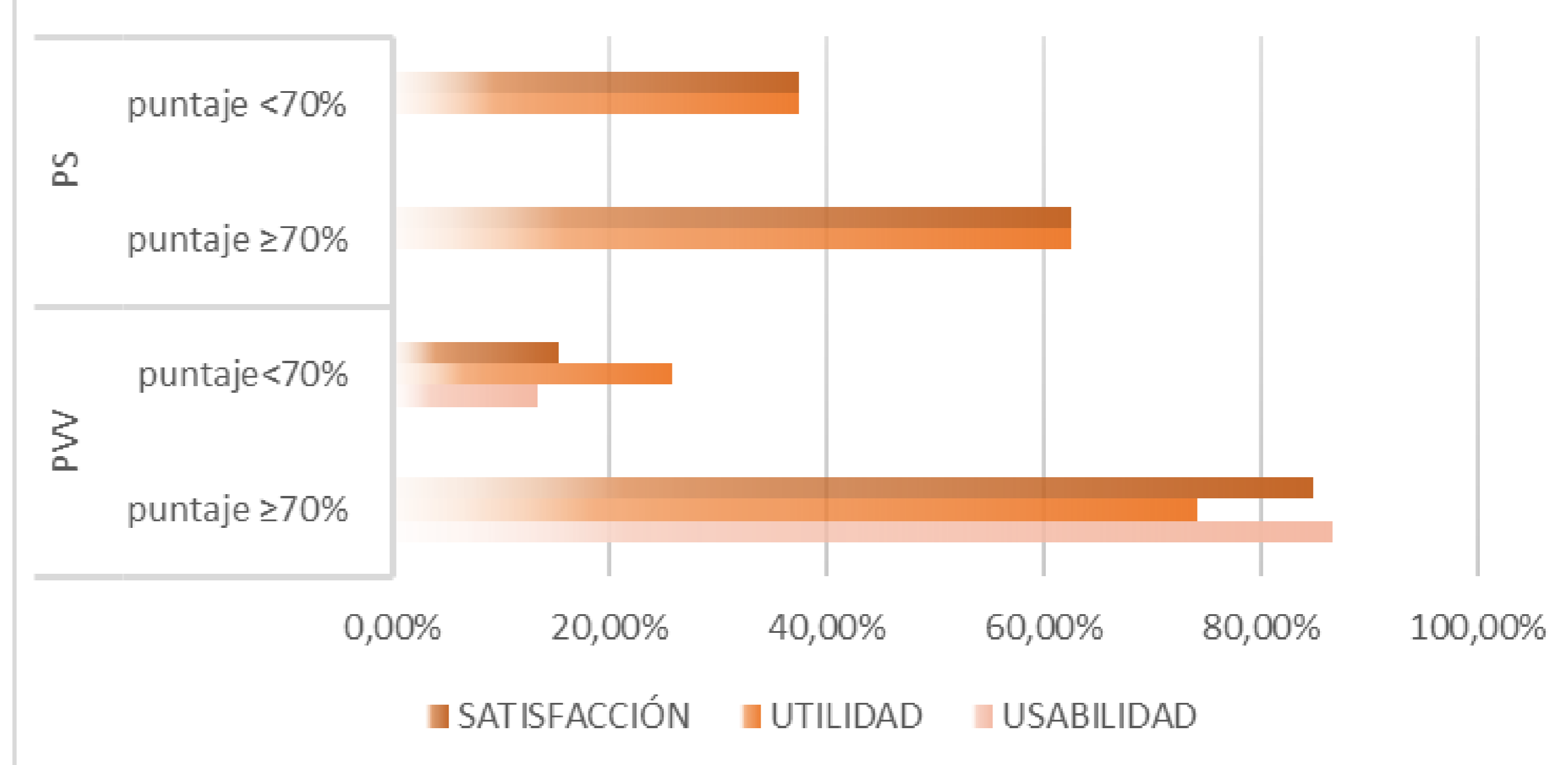
## RESULTADOS

Incluimos a 308 personas que viven con el VIH, con una edad promedio de 51.6 años (DE: 11.7). El 80.5% de los participantes eran de sexo masculino, con una mediana de 17.5 años desde el diagnóstico, y el 52.9% adquirió la infección de manera sexual. Todos los participantes respondieron a la aplicación de salud móvil, y un 85.7% completaron el cuestionario pMAUQ.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS N=308	
EDAD (años), MEDIA (DE)	51.56 (11.7)
Años de diagnóstico (Mediana)	17.5
Sexo, n (%)	Mujer 59 (19.2) Varon 248 (80.5) Desconocido 1 (0.3)
Nivel Educativo, n (%)	Primaria 48 (15.6) Secundaria 39 (12.7) Bachillerato 32 (10.4) Universidad y estudios superiores 108 (35.1)
Grupo de riesgo, n (%)	Drogas intravenosas 76 (24.9) Sexual 163 (52.9) Transmisión vertical 4 (1.3) Otros 8 (2.6)
CD4 cells/mm <sup>3</sup>	< 200 cells/mm <sup>3</sup> 11 (3.6) 201-400 cells/mm <sup>3</sup> 38 (12.3) > 400 cells/mm <sup>3</sup> 259 (84.1)
Carga viral, n(%)	CV no detectada (TND) 192 (62.3) CV < 50 copias/ml 96 (31.2) CV ≥ 50 copias/ml 20 (6.5)

\*DE Desviación estandar

## CUESTIONARIO DE USABILIDAD PERCIBIDA DE LA APLICACIÓN. MAUQ (PVV Y PS)



MAUQ	PVV (n=264)		PS (n=8)	
	Media	N (%)	Mediana	N (%)
USABILIDAD	6.4	229 (86.7)		
UTILIDAD	5.8	196 (74.2)	5.7	5 (62.5)
SATISFACCION	6.7	224 (84.8)	6.0	5 (62.5)

La aplicación de salud fue bien recibida, con un alto porcentaje de respuestas completas al cuestionario. Las puntuaciones medias en el MAUQ para usabilidad, utilidad y satisfacción indican que la aplicación fue valorada positivamente por las PVV y PS.

## CONCLUSIONES

La aplicación "Prepara tu consulta" se consideró adecuada en términos de usabilidad, utilidad y satisfacción tanto para las PVV como para los PS. Su implementación práctica podría mejorar la eficiencia de las visitas clínicas y la atención médica.

## BIBLIOGRAFÍA

- Pearce FJ, et al. The role of patient-reported outcome measures in trials of artificial intelligence health technologies: a systematic evaluation of ClinicalTrials.gov records (1997-2022). *Lancet Digit Health*. 2023.
- Anne Sofie Høgh Kølbaek Kjær et al. Patient-reported outcomes in daily clinical practise in HIV outpatient care. *International Journal of Infectious Diseases* 69 (2018) 108-114
- Zhou L et al. The mHealth App Usability Questionnaire (MAUQ): Development and Validation Study. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2019 Apr; 7(4): e11500.

FINANCIACIÓN:  
CO-ES-985-6360  
GILEAD SCIENCES



COORDINACIÓN:



OUTCOMES<sup>10</sup>

IdiPAZ

Instituto de Investigación Hospital Universitario La Paz



# ABORDAJE INTEGRAL DE LA ATENCIÓN A LA SALUD EN PERSONAS QUE REALIZAN TRABAJO SEXUAL COMERCIAL DESDE LA CONSULTA DE PREP

Patricia Álvarez-López<sup>1</sup>, Mateo Cerro<sup>1</sup>, Jorge García Pérez<sup>1</sup>, Marta Villar Salgueiro<sup>2</sup>, Héctor Adell Lorente<sup>2</sup>, Hernán Perea<sup>2</sup>, Mainer Arando<sup>1</sup>, Vicente Descalzo<sup>1</sup>, David Téllez<sup>1</sup>, Jordi Arcarons<sup>1</sup>, Luis López<sup>1</sup>, Antonio Carrillo<sup>1</sup>, José Pilarte<sup>1</sup>, Àngels Álvarez<sup>1</sup>, Sixto Navarro<sup>1</sup>, Vicenç Falcó<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. Unidad de ITS/VIH Drassanes. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona

<sup>2</sup>ONG STOP. Barcelona



## INTRODUCCIÓN

Las personas que ejercen trabajo sexual comercial (TSC) presentan mayor vulnerabilidad frente a la infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) que otros grupos poblacionales, siendo ésta aún mayor en hombres cis y mujeres trans que tienen sexo con hombres. Las dificultades de acceso a la salud y otros factores sociodemográficos y conductuales potencian dicha vulnerabilidad, justificando la implementación de circuitos prioritarios para su inclusión en los programas de prevención combinada.

## OBJETIVOS

El objetivo principal fue analizar las características sociodemográficas de un grupo de personas que ejercen TSC derivadas a la consulta de profilaxis pre-exposición (PrEP) frente al VIH para su inicio prioritario. Como objetivos secundarios se evaluó el porcentaje de ITS después del inicio de la PrEP, y la necesidad de otras estrategias de prevención combinada de ITS y de cuidados generales para la salud.

## MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo en el cual se incluyeron todas las personas derivadas a nuestro centro desde la sede de Barcelona de la ONG STOP para inicio prioritario de PrEP entre octubre de 2022 y diciembre de 2023. Se analizaron las características sociodemográficas ITS previas, uso previo de PrEP y profilaxis post exposición (PPE) frente al VIH, consumo de sustancias recreativas y necesidad de vacunación. Durante el seguimiento se analizaron las ITS, la valoración por la unidad de Salud Internacional para cribado de patología importada y por el servicio de Psiquiatría (en caso de necesidad detectada).

## RESULTADOS

Se derivaron a nuestro centro 91 personas entre octubre de 2022 y diciembre de 2023. El 71.4% (65/91) acudieron a la primera visita de PrEP.

### CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

La mediana de edad fue de 29 años (DS ±6). El 92.3% procedían de Latinoamérica, siendo el país de origen más habitual Colombia (44%), seguido de Venezuela (17.9%). El 4.4% eran de origen nacional y el 3.3% de otros países de Europa. El 97.8% eran asignados hombre al nacimiento. El 69.2% se definieron como hombres cis y el 27.5% como mujeres trans, dos personas como no binarias y una como hombre trans. El 71.4% (65/91) acudieron a la primera visita de PrEP. De éstas, el 50.8% eran hombres cis que tienen sexo con hombres, el 29.2% refirieron relaciones sexuales con personas del sexo opuesto (94.7% mujeres trans y 5.3% hombres cis) y el 20% con ambos sexos (84.6% hombres cis, un hombre trans y una persona no binaria).

### CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Edad (mediana ± DS, años)	29 ± 6	
Origen, n (%)	Latinoamérica, 84 (92.3)	Colombia, 37 (40.7)
		Venezuela, 15 (16.5)
		Perú, 9 (9.9)
		Brasil, 9 (9.9)
		Cuba, 4 (4.4)
		Argentina, 3 (3.3)
		Otros, 7 (7.6)
	España, 4 (4.4)	
	Resto de Europa, 3 (3.3)	Italia, 2 (2.2) Rusia, 1 (1.1)
Sexo al nacimiento, n (%)	Hombre, 89 (97.8) Mujer, 2 (2.2)	
Identidad sexual, n (%)	Hombre cis, 63 (69.2)	
	Mujer trans, 25 (27.5)	
	Hombre trans, 1 (1)	
	Persona no binaria, 2 (2.2)	
Orientación sexual, n (%)*	Personas del mismo sexo, 33 (50.8)	
	Personas del sexo opuesto, 19 (29.2)	
	Personas bisexuales, 12 (18.5)	
	Otras, 1 (1.5)	
PrEP previa, n (%)*	14 (21.5)	
PPE previa, n (%)*	58 (89.2)	

\*Datos no disponibles de 26 personas que no acudieron a 1ª visita de PrEP  
DS, desviación estándar; PrEP, profilaxis pre exposición; PPE, profilaxis post exposición

### INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

El 75.4% (49/65) había tenido alguna ITS previa o en el cribado de la primera visita, registrando 36 infecciones por sífilis, 26 por gonorrea y 12 por clamidia. Una persona fue diagnosticada de VIH en la primera visita. De las personas que acudieron a dos o más visitas (84%, 54/65), el 50% presentaron alguna ITS, siendo la más frecuente la gonorrea (21 infecciones frente a 12 de sífilis precoz y 11 de clamidia).

ITS*	Previa o en primera visita (n)	Visitas de seguimiento (n)
Sífilis	36	12
Gonorrea	26	21
Clamidia	12	11
VIH	1	0

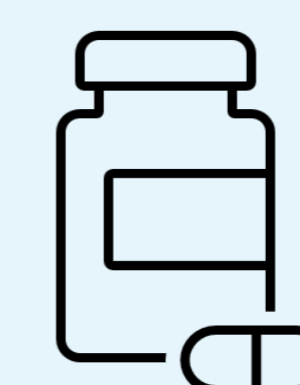
\*Número total de infecciones de transmisión sexual, antes y después del inicio de PrEP en nuestro centro.

### CHEMSEX

El 61.5% (40/65) refirió consumo de sustancias en relación al sexo.

Sustancia	n (%)
Cocaína	20 (20.4)
Mefedrona	15 (15.3)
GHB	15 (15.3)
Metanfetamina	11 (11.2)

### INTERVENCIÓN



**PrEP diaria 93.8%**  
**PrEP a demanda 6.2%**  
**Seguimiento actual 56.9%**



**Vacunación (83%)**



**Cribado Patología Importada (23%)**



**Psiquiatría (6%)**

### CONCLUSIONES

- Existe una dificultad de acceso a la PrEP en personas que ejercen TSC, por lo que son necesarios los circuitos de derivación prioritaria a centros proveedores, en colaboración con las entidades comunitarias.
- La vinculación a la consulta de PrEP en este grupo de población es baja, por lo que se precisan nuevas estrategias adaptadas a sus necesidades.
- El porcentaje de personas que ejercen TSC y consumen sustancias es elevado, por lo que la consulta de PrEP permite plantear estrategias individualizadas sobre el consumo y abordar la reducción de daños asociada a éstas.
- Los programas de prevención combinada como la PrEP representan una oportunidad para la detección de otras necesidades en salud, como la vacunación o la vinculación a otros servicios especializados (salud internacional o salud mental).



Autor: Martínez González, David.  
E-mail: davidmartinezgonzalez99@gmail.com  
Filiación: Federación Española de Asociaciones de Estudiantes de Medicina para la Cooperación Internacional (IFMSA-Spain).

## SALUD MENTAL, VIH Y ADULTOS MAYORES: ESTUDIANDO LAS INTERSECCIONES.



### INTRODUCCIÓN

La **salud mental** es un componente esencial del bienestar humano, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un “estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, aprender y trabajar adecuadamente e integrarse en su entorno”. Sin embargo, diversos factores individuales, familiares, ambientales y estructurales pueden proteger o socavar este estado de bienestar.

En este contexto, tanto las personas con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) como los adultos mayores enfrentan una considerable carga de trastornos mentales. La infección por VIH puede llevar a una serie de **desafíos emocionales y cognitivos**, mientras que el envejecimiento conlleva sus propios riesgos en términos de salud mental. Además, ambos grupos comparten **factores de riesgo como el estigma, la discriminación y la falta de acceso a servicios de salud adecuados**.

### OBJETIVOS

- Estudiar la compleja **intersección entre el envejecimiento y la infección por VIH**, centrándose específicamente en sus repercusiones en la salud mental en la población afectada.
- Analizar cómo el proceso de envejecimiento y la gestión de la infección por VIH interactúan en la salud mental e identificar factores clave que contribuyen a la misma.
- Comprender los factores de riesgo asociados con la salud mental en personas mayores que conviven con la infección por VIH
- Proponer estrategias de abordaje interdisciplinario abordando aspectos médicos, psicológicos y sociales.
- **Desarrollar intervenciones efectivas y culturalmente competentes** que mejoren la calidad de vida y el bienestar psicosocial de la población.

### METODOLOGÍA

Revisión exhaustiva de la literatura existentes utilizando diversas bases de datos académicas a través de términos clave y criterios de inclusión específicos. Se estructuró en secciones temáticas, abordando la infección por VIH, la salud mental y el envejecimiento. Se abarcaron investigaciones publicadas en los últimos 6 años (l que proporciona una comprensión integral de la evolución del conocimiento así como las áreas que requieren una mayor investigación).

Para la propuesta de estrategias e intervenciones se han seguido las recomendaciones de organizaciones nacionales e internacionales así como entidades de las Naciones Unidas, y, los proyectos desarrollados por la Federación Española de Asociaciones de Estudiantes de Medicina para la Cooperación Internacional (IFMSA-Spain) en el área del VIH y la salud mental.

### RESULTADOS

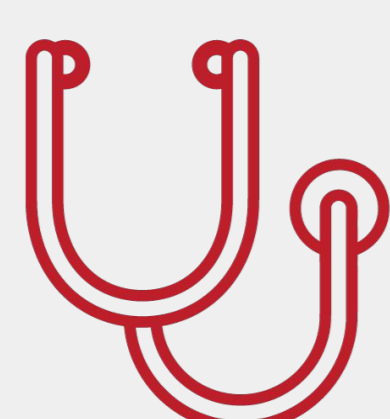
- Las personas con infección por VIH enfrentan una carga significativa de alteraciones del sueño (60-70%), trastornos emocionales (30-40%), y trastornos cognitivos (25-35%).
- **Las personas con infección por VIH tienen el doble de probabilidades de sufrir depresión o ansiedad**, y los jóvenes con VIH presentan un riesgo diez veces mayor de enfermedad mental grave.
- Los adultos mayores, especialmente aquellos de 60 años o más, enfrentan un panorama considerable de trastornos mentales, con alrededor del 14% experimentando estas condiciones, contribuyendo al 10,6% de la discapacidad total según estimaciones de salud mundial de 2019.
- La depresión y la ansiedad son prevalentes, y aproximadamente el 27,2% de las muertes por suicidio globalmente ocurren en este grupo demográfico.
- Ambos grupos poblacionales enfrentan **factores estresantes asociados, como el duelo, la reducción de ingresos y la discriminación y el estigma**, que impactan negativamente la salud mental.
- El **aislamiento social, la soledad y el maltrato** contribuyen a la vulnerabilidad de la salud mental en estos grupos. Además, se identifican otros factores de riesgo como son las condiciones de vida deficientes y la falta de acceso a los servicios de salud.

### CONCLUSIONES

Existe una **convergencia crítica de desafíos en la intersección del envejecimiento de la población y la prevalencia creciente del VIH, particularmente en el contexto de la salud mental**.

- **Carga significativa de problemas de salud mental:** las personas con infección por VIH enfrentan una carga considerable de problemas de salud mental. Esta carga se ve agravada entre los adultos mayores con VIH, quienes experimentan un riesgo diez veces mayor de enfermedad mental grave.
- **Impacto diferenciado en grupos demográficos:** la convergencia afecta de manera diferenciada a diferentes grupos demográficos. Mientras que las personas con VIH experimentan desafíos específicos relacionados con la infección, los adultos mayores enfrentan estresores adicionales asociados con el envejecimiento.
- **Amplificación de la vulnerabilidad en la salud mental:** la combinación de factores de riesgo, contribuye a la amplificación de la vulnerabilidad en la salud mental, tanto en personas con VIH como en adultos mayores.

Como **estrategias de intervención**, con el fin de abordar estas intersecciones, se proponen:



Enfoques integrados en una atención médica holística y biopsicosocial



Consideraciones en las políticas públicas de la convergencia entre los determinantes



Mayor inversión económica en el trabajo comunitario y asociativo que fomenten las redes de apoyo



Formación continuada de los profesionales sanitarios y demás áreas en el ámbito de la salud mental



Empoderamiento de los pacientes, respetando su autonomía

### REFERENCIAS





## CONSUMO DE DROGAS EN CONTEXTO SEXUAL Y CONDUCTAS DE SALUD DE USUARIOS DE ENTIDADES SOCIALES ADHERIDAS AL PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO PRECOZ DE VIH DE LA REGIÓN DE MURCIA

Autores: Sánchez Morales María Ángeles; Belmonte Gómez MA; Monteagudo Piqueras O.; Soriano López, Jesús; Moreno Díaz, MI; Rueda Nieto, S. Servicio de Promoción y Educación para la Salud. Consejería de Salud de la Región de Murcia



Nº Póster: P24

### Introducción

El chemsex ha sido definido como un “uso intencionado de drogas para tener relaciones sexuales por un período largo de tiempo, que puede durar varias horas hasta varios días”, siendo más frecuente entre hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH) y personas trans.

Aunque el tipo de prácticas y el patrón de consumo son muy variables, su intensificación o mantenimiento en el tiempo puede dar lugar a situaciones problemáticas como sobredosis, adicciones, otros problemas de salud mental, y puede además tener un fuerte impacto en la salud sexual y en las relaciones sociales y afectivas.

Ante la preocupación creciente por el aumento de estas nuevas formas de adicción y en línea con el Plan de Prevención y Control de las Infección por el VIH y otras ITS (2021-2030) del Ministerio de Sanidad, se hace necesario explorar y conocer la magnitud en nuestro entorno, y así poder implementar intervenciones preventivas y asistenciales, con estrecha colaboración institucional y coordinación entre los diferentes profesionales y servicios implicados, tanto públicos como comunitarios.

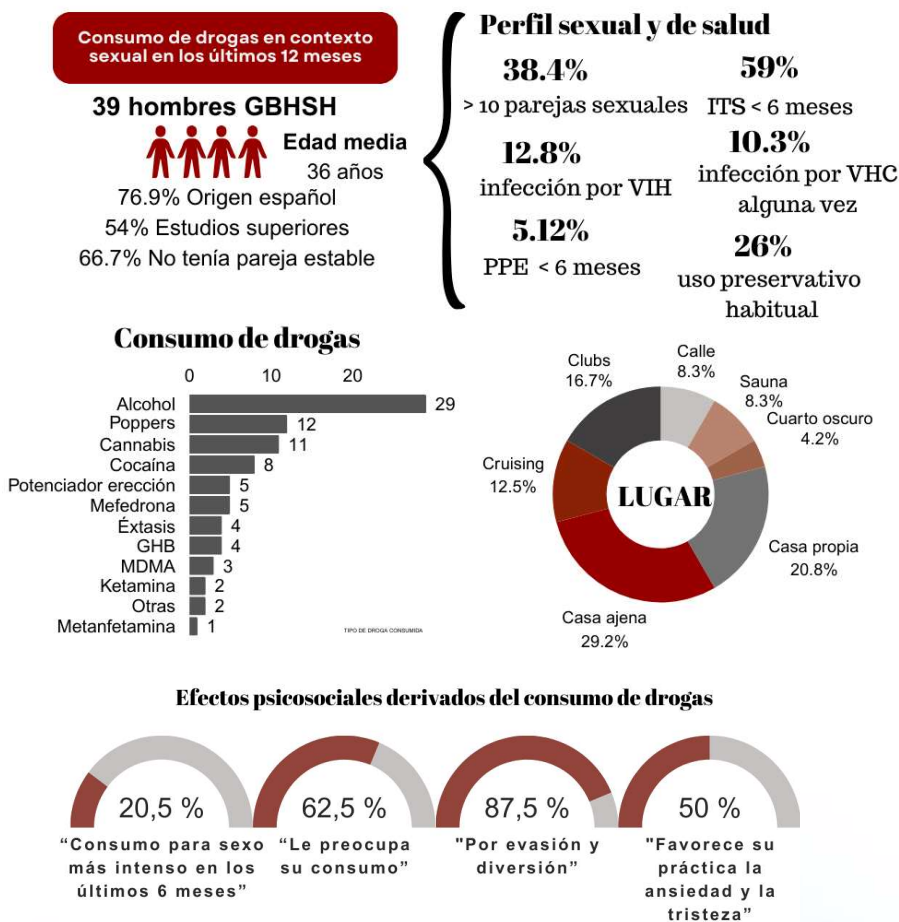
### Objetivo

- Conocer las prácticas de consumo de sustancias en contexto sexual de hombres GBHSH en la Región de Murcia, con el fin de establecer intervenciones preventivas dirigidas a este colectivo.

### Método

- Estudio descriptivo.
- Recogida de datos entre agosto de 2022 y marzo de 2023 mediante entrevista con cuestionario anónimo estructurado de 62 preguntas sobre datos sociodemográficos, perfil sexual y de salud, patrón de consumo de drogas y sus efectos a nivel psicosocial.
- Muestreo de personas GBHSH que acuden a entidades sociales (No te privas y Apoyo Activo), adheridas al Programa de Diagnóstico Precoz de VIH de la Consejería de Salud de Murcia, y refieren uso de drogas en contexto sexual en los últimos 12 meses.
- Para el análisis se utilizó el software estadístico IBM SPSS 25,0.

### Resultados



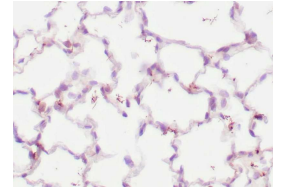
### Conclusión

El uso sexualizado de drogas en hombres GBHSH es una práctica presente en la Región de Murcia. Dadas las conductas sexuales de riesgo, los diagnósticos de ITS y los riesgos para la salud mental asociadas a esta práctica, es necesario reforzar los esfuerzos preventivos en este grupo de población, mediante la elaboración e implementación de un programa que identifique y aborde de manera multidisciplinar las necesidades de este colectivo, a través del trabajo conjunto y coordinado entre las administraciones públicas y las entidades sociales LGTBI que trabajan en el ámbito de la prevención del VIH/ITS en nuestra Región.



## TÉCNICA DE RPR CUANTITATIVA RÁPIDA EN TIRA INMUNOCROMATOGRAFICA EN SANGRE CAPILAR CON DILUCIÓN SERIADA PREVIA: COMPARATIVA CON RPR CUANTITATIVA EN TUBO CLÁSICA

Daniel Fernández Rodríguez. Hospital Universitario de Salamanca. Asociación Chiguitxs LGTB+ Palencia.



### INTRODUCCIÓN:

La determinación de Reaginas Plasmáticas Rápidas (RPR) frente a *Treponema pallidum* constituyen el principal marcador actual de infección por lues activo o infección pasada. Sin embargo típicamente se demora más de una o dos semanas desde su petición por atención primaria, lo que unido al tiempo de espera a cita del paciente supone un plazo intolerable en caso de sífilis primaria o secundaria activa. Poder dar un diagnóstico rápido desde el entorno sociocomunitario (ej.: asociaciones) quedaba típicamente limitado al test de TPHA, que no permite discriminar entre lues activo o tratado.

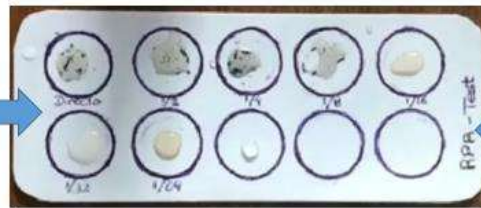
### OBJETIVOS:

Demostrar la viabilidad de la técnica de RPR cuantitativa en su variante rápida mediante tira inmunocromatográfica, realizable en pocos minutos y en sangre capilar en el punto de atención al paciente (POCT), mediante diluciones seriadas previa con pipeta de la sangre capilar, partiendo de la ya existente prueba de RPR cualitativa en tira (con resultado + ó -). Identificar su correlación con el método tradicional de RPR cuantitativa en tubo a partir del espécimen de sangre venosa.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

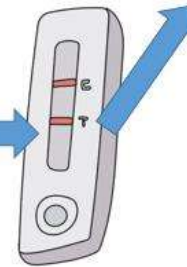
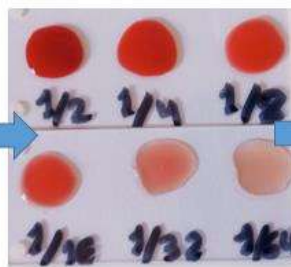
A partir de las personas usuarias de servicios de salud de varias entidades o asociaciones del ámbito sociocomunitario, con elevado número de prácticas de riesgo para infección por sífilis, se identificaron siete personas con TPHA reactivo (anticuerpos heterófilos de *Treponema pallidum*), no pudiéndose discriminar si se trataba de lues activo o pasado (solo se disponía información de si habían sido tratadas). Se realizó a todas RPR por ambas técnicas, requiriéndose en concreto para la técnica a estudio de RPR cuantitativa con tira en sangre capilar: solución desinfectante, gasa estéril, lanceta estéril, pipeta y puntas estériles de 50 microlitros, solución salina 0,9% estéril, portaobjetos o placa de diluciones seriadas, y tantas tiras reactivas para RPR como número de diluciones se precisen. La lectura es óptica y manual en ambas técnicas a comparación. La observación se realizó mediante simple ciego a fin de evitar sesgos. Al realizarse con la persona usuaria presente, se les informó del resultado y se les dio una hoja de resultados como la que ya se viene dando en el caso del test de VIH, pero ampliada a otras ITS como ya hemos descrito en otras publicaciones.

### MÉTODO CLÁSICO EN TUBO:



Resultado:  
RPR = 1/8

### MÉTODO EN SANGRE CAPILAR:



### RESULTADOS:

De las siete personas usuarias TPHA (+) identificadas, cinco resultaron tener valores de RPR positivos y elevados (>1/4) por lo que según las guías terapéuticas europeas y americanas actuales requerirían tratamiento y seguimiento por servicio de Enfermedades Infecciosas. En los cinco casos, hubo correlación entre los dos métodos: cuatro tuvieron 1/16, y uno tuvo 1/8. La lectura fue considerada clara tanto en las tiras previa dilución de sangre capilar como en las floculaciones previa dilución con sangre venosa o técnica tradicional. Las cinco personas usuarias refirieron en el seguimiento posterior haber sido tratadas en Atención Primaria, aunque con pautas antibióticas no siempre consecuentes con las guías terapéuticas.

### CONCLUSIONES:

La técnica nueva correlaciona correctamente con la técnica ya tradicional en tubo, no obstante, dado el escaso volumen muestral, sería interesante poder proseguir la investigación ampliando el número de datos, especialmente en valores muy bajos o muy elevados de RPR, así como en pacientes con posibles interferentes de la técnica. La atención desde entornos sociosanitarios demuestra una buena capacidad de captación o detección de personas con riesgo elevado que no acuden por diferentes motivos a los sistemas públicos de salud. Se objetiva la necesidad de formar al personal sobre ITS.



# REDISEÑANDO LA ATENCIÓN DEL VIH: UN GIRO SIGNIFICATIVO EN EL PERFIL DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO RECIENTE DE VIH

**Autores:** Cristina Miranda<sup>1</sup>, Cristina Segundo<sup>1</sup>, Sandra Gonzalez<sup>1</sup>, Meritxell Cucurell<sup>1</sup>, Ainhoa Yoldi<sup>1</sup>, Patricia Cobarsi<sup>1</sup>, Aroa Nieto<sup>1</sup>, Angel Rivero<sup>1,2</sup>, Eugènia Negrodo<sup>1,3</sup>, Jordi Puig<sup>1,4</sup>

**Filiaciones:**

1: Fundació Lluita contra les Infeccions, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona); 2: Bcn Checkpoint-Projecte Noms Hispanosida 3: Universitat de VIC; 4: Universitat Autònoma de Barcelona

## INTRODUCCIÓN

Entre los años 2001 y 2020, en el Hospital Germans Trias i Pujol, el 80% de las primeras visitas con un diagnóstico reciente de VIH provenían de un centro comunitario. Esto resalta la importancia de los centros comunitarios como puntos de acceso cruciales para la detección temprana y la prestación de servicios relacionados con el VIH. Sin embargo, a partir del año 2021, con la implementación de la PrEP, vimos un descenso significativo de estos, y se establecieron paralelamente circuitos de cribado en Atención Primaria (AP) del área y en urgencias hospitalarias, diseñados específicamente para abordar el diagnóstico y tratamiento precoz en la población.

## OBJETIVO

Estos circuitos buscan: Identificar casos de VIH de manera más eficiente Agilizar el acceso a servicios de atención y apoyo, y así reducir las barreras que previamente contribuyeron al diagnóstico tardío. Abordar las desigualdades en el diagnóstico del VIH y garantizar una atención rápida y efectiva para todas las poblaciones, independientemente de su orientación sexual, edad o cualquier otro factor que pueda haber contribuido al infradiagnóstico en el pasado. Nuestro actual objetivo es definir los perfiles de personas con diagnóstico reciente de VIH a lo largo de los últimos años, así como su procedencia.

## RESULTADOS

Este enfoque ha permitido aumentar la prontitud en el tratamiento de un número cada vez mayor de diagnósticos recientes, contribuyendo significativamente a mejorar los resultados. Es relevante destacar que algunos de estos diagnósticos se presentan en una situación clínica cada vez más delicada, con recuentos de CD4 inferiores a 200, subrayando la importancia crítica de estas intervenciones. Desde el 2020 hasta el 2023, hemos observado una disminución hasta el 39.8% en el número de primeras visitas procedentes de centros comunitarios. En contraste, se ha registrado un aumento del 25% en las procedentes de AP durante el mismo periodo. En la Tabla 1 se describe la evolución en el número de primeras visitas, la procedencia y las características de la población en nuestro hospital.

TABLA 1

Año	2020	2021	2022	2023
<b>Primeras Visitas Total</b>	99	109	167	175
<b>Primeras Visitas Naive</b>				
<b>Diagnóstico por año</b>	82	79	91	98
<b>Procedencia</b>				
<b>Centros Comunitarios</b>	68 (83%)	52 (65.9%)	44 (48.3%)	39 (39.8%)
<b>Primaria</b>	3 (3.6%)	12 (15.2%)	15 (16.4%)	28 (28.6%)
<b>Circuito Hospital</b>	2 (2.4%)	7 (8.8%)	14 (15.4%)	19 (19.4%)
<b>Otros</b>	9 (11%)	8 (10.1%)	18 (19.8%)	12 (12.3%)
<b>Características</b>				
<b>CD4 &lt;200</b>	21 (25.6%)	14 (17.7%)	21 (23%)	21 (21.5%)
<b>SIDA</b>	1 (1.2%)	3 (3.8%)	6 (6.6%)	7 (7.1%)
<b>Inmigrante</b>	61 (74.4%)	44 (55.7%)	73 (80.2%)	61 (62.2%)
<b>Mujeres</b>	4 (4.8%)	7 (8.8%)	9 (9.9%)	16 (16.3%)

## MÉTODO

Desde el Hospital Germans Trias i Pujol y junto a los centros de salud de la Región Metropolitana Nord, se han implementado circuitos destinados a reducir las oportunidades de diagnóstico perdidas, estableciendo cribados, en individuos con condiciones indicativas de VIH (incluyendo AP y los servicios de Urgencias). Se han desarrollado circuitos de atención rápida para las personas diagnosticadas en AP, asegurando su llegada a la atención hospitalaria en las siguientes 24-48 horas tras el diagnóstico inicial. Se describe la procedencia (AP, urgencias del hospital, centro comunitario) y las características (edad, sexo, CD4, país de origen, diagnóstico de sida) de las personas derivadas de AP o centros comunitarios a nuestra unidad con diagnóstico reciente de VIH, por año desde el 2020.

### Circuito Rápido de Atención al Paciente recién diagnosticado de VIH en la Región Metropolitana Norte

Centro Salud (Primaria, Urgencias) o Centro Comunitario

Visita Médica y Analítica de Control

Laboratorio: procesamiento muestra y Diagnóstico de VIH+ (24H)

Aviso del Laboratorio al Médico de Familia

Información a la persona sobre el diagnóstico VIH+

Programación de Visita Servicio Enfermedades Infecciosas Hospital (24H)

Visita paciente Servicio Infecciosas: Medicina, Enfermería y Psicología

Atención e Intervención Enfermera (Bienvenida, información y seguimiento)

## CONCLUSIONES

En los últimos años, con la implantación de la PrEP, y las nuevas estrategias para el diagnóstico precoz en nuestra área, hemos observado un cambio significativo en el perfil de las personas recién diagnosticadas de VIH en nuestra unidad.

Se observa un aumento significativo en los casos de VIH diagnosticados en AP. Esta situación sugiere la posibilidad de una mayor carencia de información sobre esta infección, una mayor diversidad de grupos poblacionales afectados, un incremento en la detección entre mujeres y un aumento en los diagnósticos de sida.

Se ha evidenciado la necesidad de adoptar un enfoque diferenciado para aquellas personas que llegan ya diagnosticadas a nuestra atención.



## APLICACIÓN DEL MODELO SOCIO-ECOLÓGICO PARA EL ABORDAJE DE LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS DE EDAD AVANZADA QUE VIVEN CON EL VIH: UN ESTUDIO CUALITATIVO CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Lola Prieto<sup>1</sup>, Néstor Nuño<sup>2</sup>, Alberto Martínez<sup>2</sup>, Susana Martínez<sup>2</sup>, Marta Cobos<sup>2</sup>, Rosa Polo<sup>2</sup>, Juan-Sebastián Hernández<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Unidad de Apoyo a la Investigación. Facultad de Medicina. Universidad Francisco de Vitoria

<sup>2</sup> División de Control de VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis. Ministerio de Sanidad

<sup>3</sup> Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH



### INTRODUCCIÓN

El aumento del número de personas de edad avanzada que viven con el VIH (PVIHEA) ha propiciado el interés por su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Actualmente, la mayoría de los estudios utilizan métodos cuantitativos, siendo muy limitado el abordaje de la CVRS desde una perspectiva cualitativa.

### OBJETIVO

Identificar barreras y facilitadores asociados con la CVRS desde una perspectiva de género aplicando métodos cualitativos. Este abordaje permite profundizar en las experiencias personales y analizar en qué medida la CVRS se encuentra interrelacionada con dimensiones individuales, sociales o institucionales.

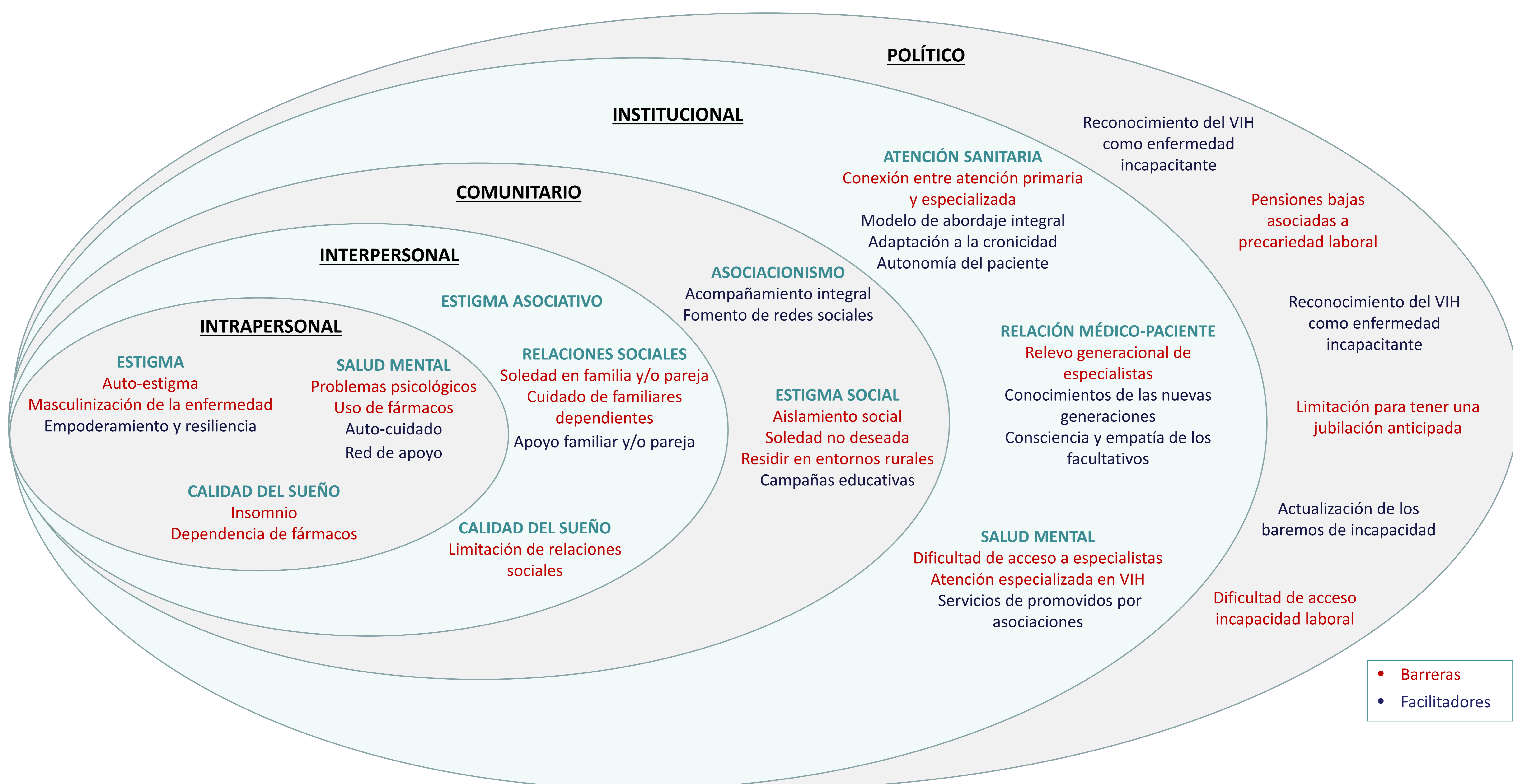
### METODOLOGÍA

Se realizaron cuatro grupos focales de discusión con PVIHEA ≥50 años. Los grupos fueron divididos en función del género. Para el análisis de los resultados se aplicó el Modelo Socio-Ecológico (MSE) y se interpretaron los resultados en base a diferencias entre hombres y mujeres.

### RESULTADOS

Un total de 22 PVIHEA (11 hombres y 11 mujeres) residentes en 9 comunidades autónomas participaron en los GFD. La media de edad y de tiempo desde el diagnóstico de VIH de los participantes fue de 59 (DE=4) años y de 30 (DE=7) años respectivamente.

### DIMENSIONES DE LA CVRS EN PVIHEA APLICANDO EL MODELO SOCIO-ECOLÓGICO



### CVRS EN PVIHEA: PERSPECTIVA DE GÉNERO

#### MUJERES ♀

- Dificultad para visibilizar el VIH
- Miedo y preocupación hacia el rechazo
- Miedo al daño familiar tras la visibilizar el VIH
- Agotamiento por su rol de cuidadoras de personas dependientes

#### HOMBRES ♂

- Soledad y tristeza ligadas a su experiencia vital
- Miedo al deterioro físico y cognitivo
- Inseguridad e incertidumbre con el futuro

### MODELO SOCIO-ECOLÓGICO: INTERCONEXIÓN ENTRE FACTORES ASOCIADOS EN CADA DOMINIO



### CONCLUSIÓN

La aplicación del MSE como marco teórico permite describir cómo factores identificados en distintos niveles sociales tienen un impacto recíproco en las creencias y comportamientos individuales. Abordar desde una perspectiva estructural la CVRS puede servir para diseñar estrategias que busquen entender la atención de las PVIHEA desde una perspectiva integral, facilitando la coordinación entre agentes sociales e instituciones. Las intervenciones asociadas a mejorar la CVRS deben de incluir un enfoque de género en la CVRS.





apoyopositivo.org



# Actividad de cribado "point of care" de VIH y otras ITS en centro comunitario en Madrid y Torremolinos – año 2023



P.30

Lucio Jesus García Fraile Fraile<sup>1\*</sup>, García Carrillo de Albornoz, Almudena<sup>1</sup>; Garrido, Gema<sup>2</sup>; Pastor, Fuensanta<sup>1</sup>; Cabrera, Juan Francisco<sup>2</sup>; Azqueta, Iosu<sup>1</sup>; Garrido, Jorge<sup>1,2</sup>; Velayos, Reyes<sup>1,2</sup>.  
1: Apoyo Positivo – Casa Lavapiés, Madrid; 2: Apoyo Positivo – Casa Torremolinos 2  
(\* Contacto: lucio.garciafraile@gmail.com -- https://apoyopositivo.org)

## OBJETIVO

La estrategia de ONUSIDA para el 2030 (95-95-95) requiere de la colaboración en red asistencial-comunitaria, para mejorar el diagnóstico de la infección oculta por VIH. En Apoyo Positivo acercamos el cribado de VIH y otras ITS mediante técnicas "point-of-care" (POC) en diferentes sedes en Andalucía y Madrid, implementando el cribado y diagnóstico fuera del sistema sanitario convencional. Queremos describir nuestra actividad multicéntrica de cribado durante el 2023 en nuestras sedes.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Descripción de actividad de cribado de VIH e ITS en personas solicitantes de cribado centros comunitarios (Madrid / Torremolinos, España), año 2023. Registro mediante cuestionario cerrado: datos demográficos, síntomas, historia y salud sexual y consumo de drogas. Resultado de cribado de VIH, sífilis, VHC y VHB por serología POC, así como de PCR VIH /VHC por Genexpert/cepheid – ® POC.

## RESULTADOS

Se realizan cribados a 2420 usuaries durante el año 2023, 1784 (73,7%) en Madrid y 635 (26,2%) en Torremolinos.

TABLA 1: Datos socioepidemiológicos de usuaries solicitantes de pruebas.		TABLA 2: Datos referidos a la salud sexual pre-consulta y otros antecedentes biomédicos		TABLA 3: Datos referidos al cribado de VIH y otras ITS, así como de las derivaciones efectuadas		
				TABLA 3		
				Valor (%)		
<b>Total cribados N</b>		<b>TOTAL (%)</b>		<b>VIH cribado serológico</b>	No se realiza la prueba	165 (6,8)
					Nulo/indeterminado	1 (0)
<b>Edad mediana – años (RIC)</b>					No reactivo	2224 (92)
					Reactivo	26 (1,1)
<b>Identidad sexual</b>		<b>PEP previa</b>			Perdidos	3 (0,1)
	Hombre cis	Sí	284 (11,7)	<b>Sífilis cribado serológico</b>	No se realiza la prueba	379 (15,7)
	Hombre trans	Sí	175 (7,2)		Nulo/indeterminado	-
	Mujer cis	Test de VIH previo realizado	2075 (85,7)		No reactivo	1991 (82,3)
	Mujer trans	No	334 (13,8)		Reactivo	47 (1,9)
	No binaria	<b>Resultado previo VIH</b>	99 (4,1)		Perdidos	2 (0,1)
	Otras	Reactivo	99 (4,1)	<b>VHC Cribado serológico</b>	No se realiza la prueba	384 (15,9)
<b>Orientación sexual *</b>	Homosexual				Nulo/indeterminado	-
	Heterosexual	<b>Cliente de trabajo sexual en 12 m previos</b>	80 (3,3)		No reactivo	2030 (83,9)
	Bisexual	<b>Trabajador sexual en 12 m previos</b>	184 (7,6)		Reactivo	3 (0,1)
	Pansexual	<b>Uso de geoapps</b>	1568 (64,8)		Perdidos	2 (0,1)
	Otras	<b>Uso de locales de sexo</b>	680 (28,1)	<b>AgHBs cribado serológico</b>	No se realiza la prueba	1749 (72,3)
	NS/NC	<b>Número parejas sexuales: mediana (RIC)</b>	8 (17)		Nulo/indeterminado	3 (0,1)
<b>Región de origen*</b>	España	<b>Consumo de tóxicos en el sexo</b>			No reactivo	663 (27,4)
		Alcohol	1231 (50,8)		Reactivo	2 (0,1)
<b>Situación administrativa</b>	Español/a	Chemsex (no slam)	735 (30,3)	<b>VIH PCR</b>	Perdidos	2 (0,1)
	Permiso de residencia	Slam	2 (0,1)		No se realiza la prueba	2370 (98)
	Residente - estudiante	No	1148 (47,5)		Nulo/indeterminado	-
	Irregular	*no excluyentes	3 (0,1)		No reactivo	21 (0,9)
	Solicitante de asilo	<b>Pauta vacunal complete</b>			Reactivo	27 (1,1)
	Turista	VHB	1557 (64,4)		Perdidos	1 (0)
	Otros	VHA	1236 (51,1)	<b>VHC PCR</b>	No se realiza la prueba	2408 (99,5)
	NS/NC	VPH	518 (21,4)		Nulo/indeterminado	-
					No reactivo	10 (0,4)
					Reactivo	-
					Perdidos	1 (0)

## CONCLUSIONES

- El cribado de VIH y otras ITS a nivel comunitario mediante técnicas serológicas POC en entornos comunitarios e inclusivos permite acercar estas herramientas a poblaciones no adheridas al sistema sanitario oficial.
- Esta actividad es efectiva en diagnosticar infección oculta de VIH y VHC con tasas de reactividad significativas. Su implementación y continuación son necesarias para la consecución del "primer 95" de los objetivos 2030 de ONUSIDA.



## DESARROLLO DE ACCIONES PARA LA ELIMINACIÓN DEL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN ASOCIADA AL VIH EN EL MARCO DE LA PRESIDENCIA ESPAÑOLA DEL CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA



Ana Koerting de Castro. Técnica superior externa TRAGSATEC. División de Control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Ministerio de Sanidad.  
Néstor Nuño Martínez. Técnico superior externo TRAGSATEC. División de Control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Ministerio de Sanidad.  
Javier Gómez Castellá. Jefe de Área de la División de Control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Ministerio de Sanidad.  
Julia del Amo Valero. Directora de la División de Control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Ministerio de Sanidad.

### OBJETIVO

Acabar con la epidemia del Sida en 2030 forma parte de la **Agenda para Desarrollo Sostenible** que requiere de la eliminación del estigma y la discriminación asociados al VIH. Los objetivos de desarrollo sostenible 10.2 y 10.3 ponen de manifiesto la importancia de fomentar la eliminación de leyes discriminatorias, políticas y prácticas orientadas a la inclusión social, económica y política de grupos sociales vulnerables.

Abordar la **discriminación y estigma asociados al VIH** sigue siendo una asignatura pendiente dentro de los países que conforman la Unión Europea. De ahí que haya sido una **prioridad política de la Presidencia española del Consejo de la Unión Europea** en el segundo semestre de 2023.



### MÉTODO

Reunión de alto nivel  
High level meeting  
Sevilla 15/09/2023



El compromiso del gobierno frente al estigma y la discriminación asociados al VIH en el marco de la Presidencia española de la UE se reflejó en la **Reunión de Alto Nivel (RAN) "VIH y derechos humanos. Acción política para alcanzar CERO estigma"**, celebrada en Sevilla el 15 de septiembre de 2023.

En ella se abordaron diferentes estrategias y acuerdos para promover la eliminación del estigma y la discriminación asociada al VIH en diferentes ámbitos y dimensiones sociales, políticas e institucionales.

Por un lado, se enfatizó la importancia de que los países de la UE se comprometieran políticamente a desarrollar acciones y revisar políticas asociadas con el estigma y la discriminación asociadas al VIH. En este sentido, el papel de España ha sido clave desde 2018 a través del **Pacto Social por la No Discriminación y la Igualdad de Trato asociadas al VIH**. Dicha iniciativa ha buscado activamente favorecer la igualdad de trato y la aceptación social y reducir el estigma asociado al VIH en España.



En el marco de la RAN, el Ministerio de Sanidad se sumó a la **Alianza Mundial de Acciones para Eliminar todas las formas de Estigma y Discriminación relacionadas con el VIH**. Al hacerlo, España mostró su compromiso para alcanzar los objetivos establecidos en la Estrategia mundial contra el sida 2021-2026: Acabar con las desigualdades, Acabar con el sida de ONUSIDA y se convierte en el segundo miembro de la UE después de Luxemburgo y el país número 36 en unirse a esta iniciativa global.



### RESULTADOS



Los puntos clave y resultados de la RAN fueron reflejados en el **documento técnico "Estigma y discriminación asociados al VIH: el reto"**, elaborado conjuntamente desde el Ministerio de Sanidad con el ECDC, OMS/Euro, ONUSIDA y SEISIDA y revisado por más de 20 instituciones nacionales e internacionales líderes en el campo.

En dicho documento se perfila la hoja de ruta a abordar por los diferentes países de la Unión Europea para trabajar el estigma y la discriminación del VIH desde dimensiones tan complejas como las reformas legales, el acceso a la atención sanitaria de las poblaciones más vulnerables, el abordaje de la discriminación en los entornos sanitarios y otros servicios públicos, la promoción de estrategias educativas o la coordinación entre y autoridades políticas y comunidades.

Este documento fue presentado por la delegación española, liderada por la Ministra de Sanidad, **el 1 de diciembre de 2023, Día Mundial del Sida, en el Parlamento Europeo en Bruselas.**

### CONCLUSIÓN

Quedan siete años para cumplir el ODS de poner fin a la epidemia del Sida. Este Objetivo será inalcanzable si no se abordan y eliminan adecuadamente el estigma y la discriminación relacionados con el VIH.

Para seguir avanzando en derechos y lograr cero estigma y discriminación por el VIH como parte de la Agenda 2030, son necesarias políticas y prácticas coherentes basadas en los derechos humanos. Eliminar las barreras para la prestación de servicios de prevención y tratamiento del VIH, generar marcos jurídicos, sociales y normativos para la eliminación del estigma y la discriminación y preservar y construir entornos que favorezcan la igualdad de trato y de oportunidades para las personas con el VIH.



## PERFIL DEL VIAJERO INTERNACIONAL CON VIH EN EL SAVI DURANTE EL 2019

Paula Arreba RN<sup>1</sup>, Natalia Rodríguez-Valero MD PhD<sup>2</sup>, Angeline M. Cruz Vazquez<sup>3</sup>, Berta Torres MD PhD<sup>1</sup>, Maite León RN<sup>1</sup>, Ivana Muñoz RN<sup>1</sup>, Isabel Vera RN<sup>2</sup>, Roger Llobet RN<sup>1</sup>, Jose Muñoz MD PhD<sup>2</sup>, Josep Mallolas MD PhD<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas; <sup>2</sup>Servicio de Salud Internacional; <sup>3</sup>ISGlobal.

Hospital Clínic, Universidad de Barcelona, Barcelona, España.

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:

El número de migrantes y viajeros ha crecido progresivamente en las últimas décadas, incluyéndose las personas que viven con VIH (PVVIH), gracias a una reducción tendencial de la morbilidad y una mejora en la esperanza y calidad de vida. Existe cantidad de evidencia sobre las recomendaciones preventivas de viaje en las PVVIH, pero poca sobre las características de perfil de viajero internacional con VIH.

Identificar las diferencias en las características de perfil de viajero internacional con VIH entre grupos de edad en el "Servei d'Atenció al Viatger Internacional" (SAVI) del Hospital Clínic de Barcelona durante el 2019 y el viajero en general.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional descriptivo transversal de base poblacional con una muestra de 73 PVVIH que acudieron a consulta previaje en el SAVI del Hospital Clínic en 2019.

### RESULTADOS:

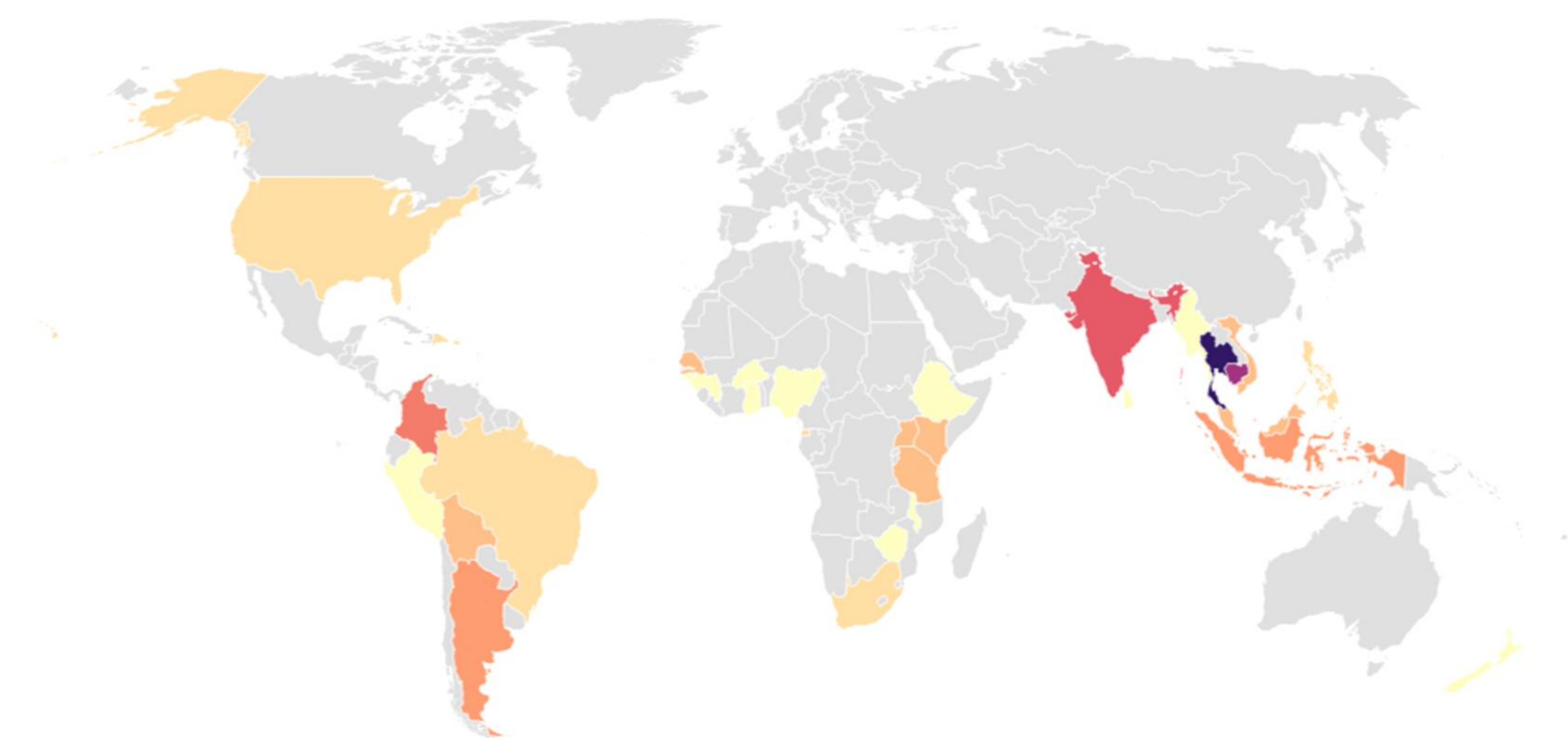
Tabla 1. Características de perfil de viajero internacional con VIH entre grupos de edad en el SAVI durante el 2019.

	de 20 a 39 años	de 40 a 59 años	de 60 a 79 años	Total
Sexo masculino (nº)	28 (38,4%)	35 (47,9%)	2 (2,7%)	65 (89%)
Sexo femenino (nº)	0	6 (8,2%)	2 (2,7%)	8 (11%)
Total, viajeros (nº)	28 (38,4%)	41 (56,1%)	4 (5,5%)	73 (100%)
Promedio edad (años)	33,25	47,49	65,75	43,03
Promedio duración de viaje (días)	50,96	42,85	39	45,75
<b>Destino de viaje internacional</b>				
África	10 (11,6%)	15 (17,4%)	1 (1,2%)	26 (30,2%)
América	9 (10,5%)	9 (10,5%)	1 (1,2%)	19 (22,1%)
Asia	18 (21%)	20 (23,3%)	2 (2,3%)	40 (46,5%)
Europa	0	0	0	0
Oceanía	1 (1,2%)	0	0	1 (1,2%)
Total, destinos de viaje (nº)	38 (44,2%)	44 (51,2%)	4 (4,6%)	86 (100%)
<b>Recuento sanguíneo</b>				
Promedio CD4 (cél/mm <sup>3</sup> )	702,37	699,07	690	700
Promedio CV (copias/ml)	48,15	45,68	50	47
Promedio comprimidos (nº)	1,18	1,44	1,5	1,34
Total consumo de TAR (nº)	27 (37,5%)	41 (56,9%)	4 (5,6%)	72 (100%)
<b>Vacunas administradas</b>				
Total vacunas administradas (nº)	59 (34,1%)	98 (56,6%)	16 (9,3%)	173 (100%)
<b>Quimioprofilaxis antimalárica recetada</b>				
Atovaquona + Proguanil (Malarone® o genérico)	6 (8,2%)	12 (16,4%)	0	18 (24,7%)
Doxiciclina (Vibracina® o Proderma®)	2 (2,7%)	1 (1,4%)	0	3 (4,1%)
Autotratamiento	4 (5,5%)	3 (4,1%)	0	7 (9,6%)
Total QP recetada respecto viajeros VIH (nº)	12 (16,4%)	16 (21,9%)	0	28 (38,4%)

Ilustración 1. Mapa mundial con destinos de los viajeros internacionales con VIH registrados en el SAVI en 2019.

### Destinos de los viajeros internacionales con VIH registrados en el SAVI en 2019

Número de viajeros en destino



Mapa: Paula Arreba • Fuente: Plataforma virtual "Medicina Tropical" • Creado con Datawrapper

### CONCLUSIONES:

Los viajeros internacionales con VIH que acudieron al SAVI en 2019 fueron, respecto al viajero convencional, predominantemente hombres, de mayor edad, realizaron viajes más largos, pero similar en cuanto a destino. En la consulta previaje, la tasa de vacunación fue parecida, aunque la prescripción de profilaxis antipalúdica fue superior.

Finalmente, los resultados positivos en cuanto al promedio de linfocitos CD4 junto con la carga viral indetectable reflejan la excelente conciencia y responsabilidad que poseen las PVVIH sobre su estado de salud antes de tomar destinos con potenciales condiciones adversas. Asimismo, el buen estado inmunológico actual de las PVVIH sostiene la razón de aplicar las mismas recomendaciones profilácticas como el viajero en general.



## ALCANZAR LOS OBJETIVOS DE ONUSIDA 95-95-95. UN ESTUDIO OBSERVACIONAL Y RETROSPECTIVO EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN (HGUGM).

### INTRODUCCIÓN

El diagnóstico tardío (DT) se define como la presencia de una cifra de CD4 inferior a 350 células/μl en la primera determinación tras el diagnóstico de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana adquirida (VIH) y enfermedad avanzada (EA) la presencia de una cifra inferior a 200 células/μl.<sup>1</sup>

El estándar actual es iniciar el TAR lo antes posible independientemente del recuento de células CD4. Esto se asocia con una reducción del riesgo de morbilidad y mortalidad.<sup>2</sup>

### OBJETIVOS

- Conocer las características de los pacientes de reciente diagnóstico de infección por VIH que acuden a la consulta del HGUGM en los periodos de 2015-2016 y 2022-2023.
- Observar el tiempo transcurrido entre el diagnóstico de VIH y la derivación a consulta de Enfermedades Infecciosas (EEII) e inicio del tratamiento antirretroviral (TAR) tras el diagnóstico.

Estudio observacional descriptivo

### METODOLOGÍA

Criterios de inclusión: pacientes mayores de edad que acudieron a consulta en el HGUGM con nuevo diagnóstico de infección por VIH en dos periodos de tiempo, desde enero de 2015 a diciembre del 2016 y desde enero de 2022 a junio de 2023.

Variables:

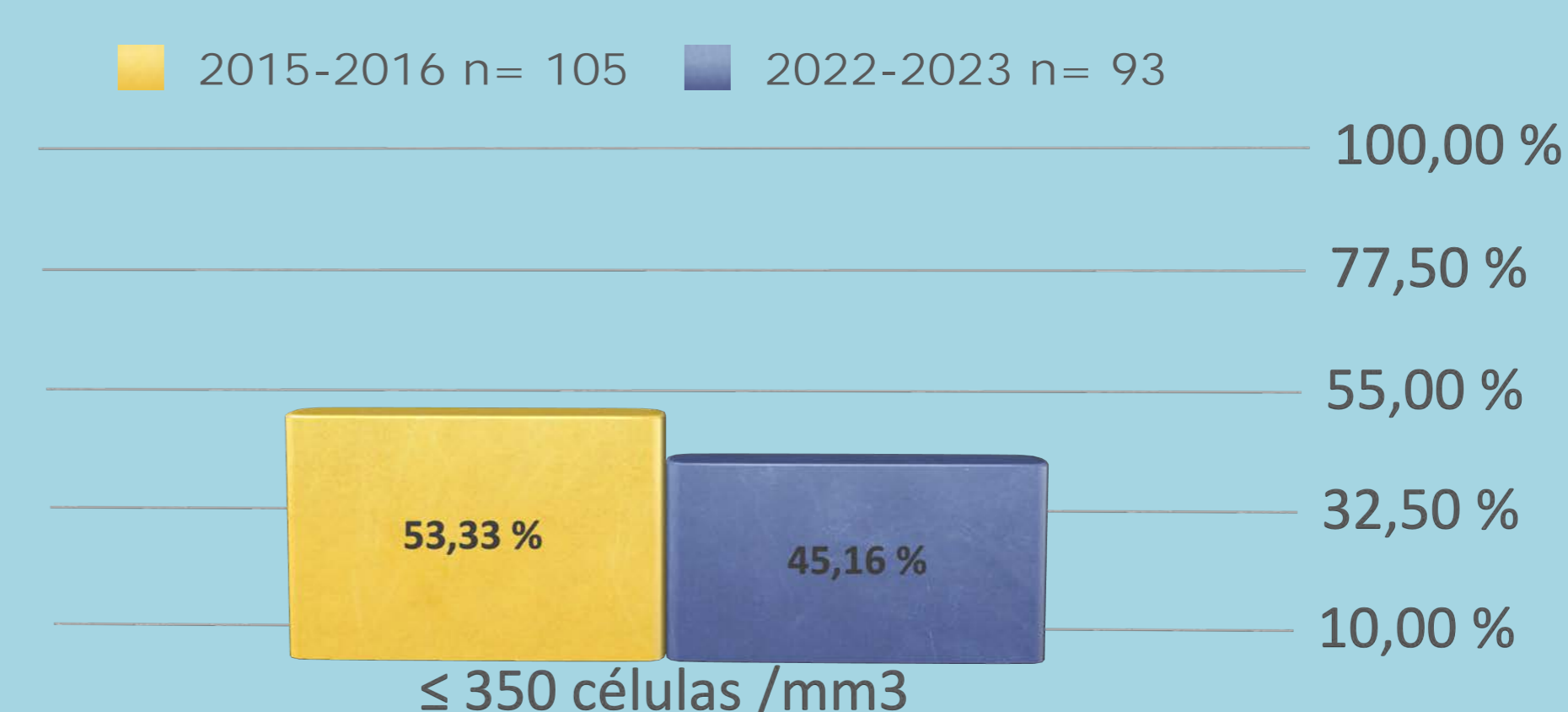
- ❖ **Sociodemográficas:** edad, sexo y nacionalidad.
- ❖ **Epidemiológicas:** vía de adquisición de la infección.
- ❖ **Inmunológicas:** recuento de linfocitos T CD4 y carga viral.
- ❖ **Tiempos de vinculación a los cuidados:** tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta la derivación a consulta de EEII (T' a EEII) y el tiempo transcurrido hasta el inicio de TAR desde el diagnóstico de la infección por VIH (T' a TAR).



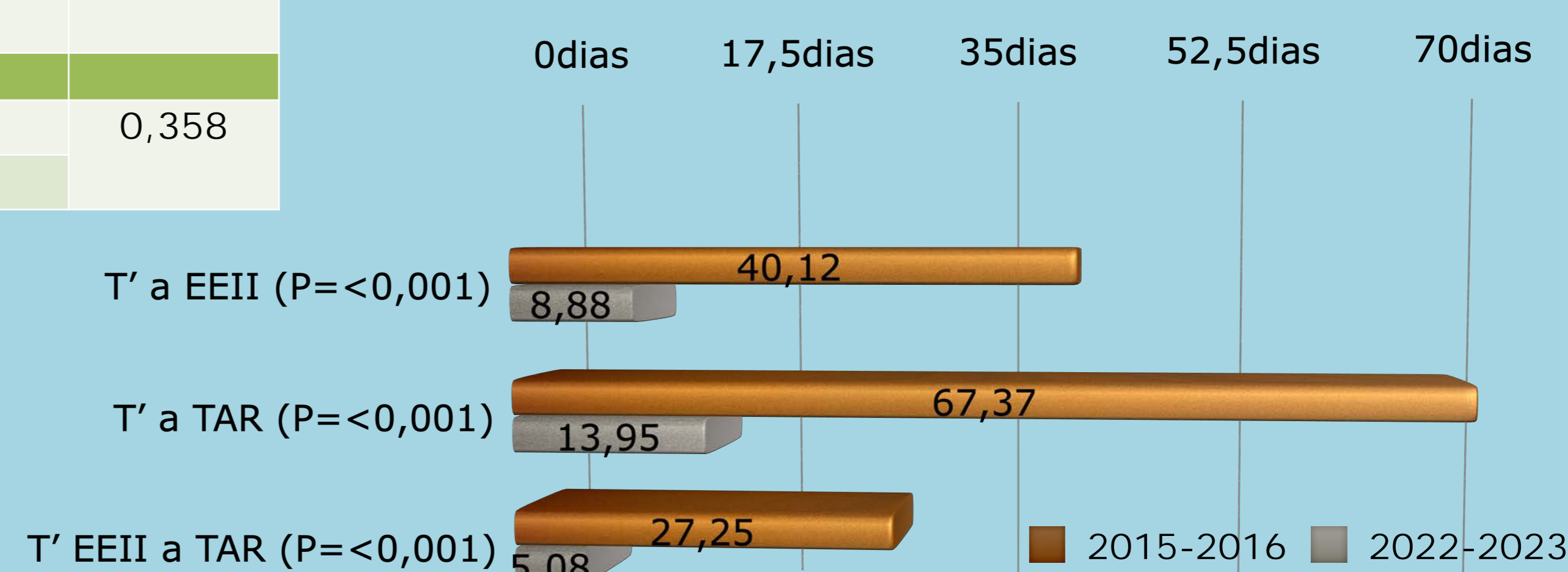
### RESULTADOS

	MUESTRA GLOBAL n= 198	COHORTE 2015-2016 n= 105	COHORTE 2022-2023 n= 93	P
Edad (media/DE)	36,72 (11,7)	36,72 (12)	36,72 (11,4)	0,998
Género				
-Hombre	169 (85,4%)	83 (79%)	86 (92,5%)	0,008
-Mujer	26 (13,1%)	21 (20%)	5 (5,4%)	
-Mujer Trans	3 (1,5%)	1 (1%)	2 (2,2%)	
Vía de Adquisición				
-HSH	142 (71,1%)	62 (59%)	80 (86%)	<0,001
-HTX	53 (26,8%)	40 (38,1%)	13 (14%)	
-ADVP	3 (1,5%)	3 (2,9%)	0	
Nacimiento en España				
-Si	96 (48,5%)	61 (58,1%)	35 (37,6%)	0,004
-No	102 (51,5%)	44 (41,9%)	58 (62,4%)	
CD4				
<200 células/mm <sup>3</sup>	57 (28,8%)	35 (33,3%)	22 (23,7%)	0,131
201-350 células/mm <sup>3</sup>	41 (20,7%)	21 (20%)	20 (21,5%)	
>350 células/mm <sup>3</sup>	100 (50,5%)	49 (46,7%)	51 (54,8%)	
Carga Viral				
<100000 copias/ml	113 (57,1%)	60 (57%)	53 (57%)	0,358
>100000 copias/ml	85 (42,9%)	45 (42,9%)	40 (43%)	

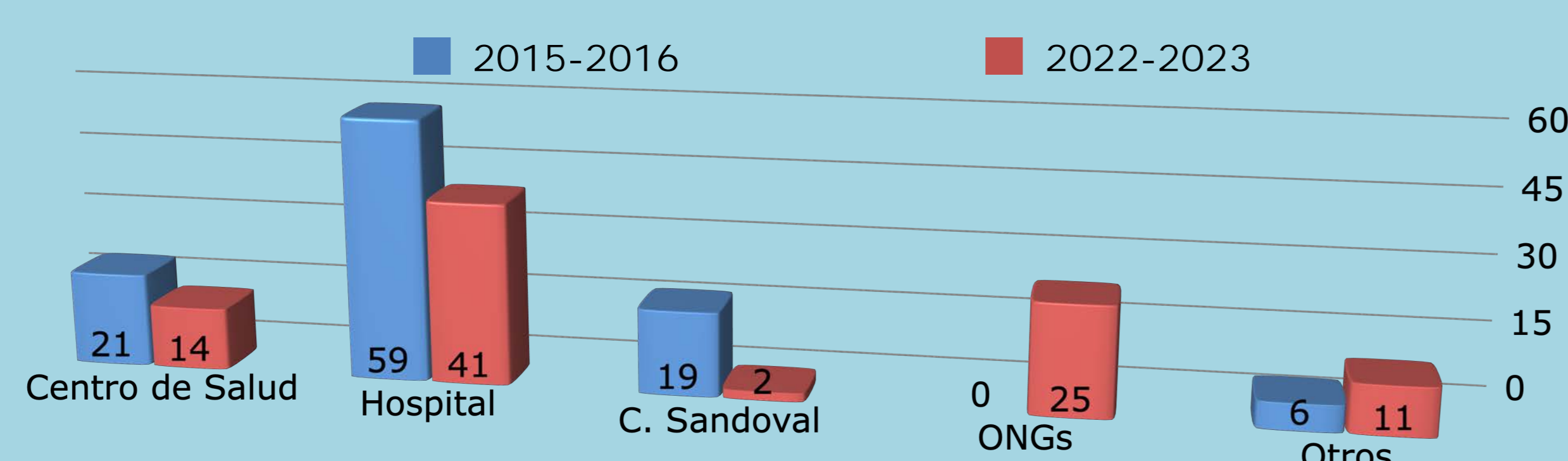
#### Diagnóstico Tardío (P=251)



#### Linkage to care



#### Lugar de Diagnóstico VIH



### CONCLUSIONES

- ✓ El DT sigue siendo inaceptablemente elevado en nuestro medio.
- ✓ La disminución de los tiempos de derivación a consulta de EEII e inicio de TAR en los periodos estudiados muestra la mejoría en la comunicación entre los diferentes niveles asistenciales.
- ✓ Aún estamos lejos de alcanzar el objetivo fijado por ONUSIDA 95-95-95<sup>3</sup> haciéndose evidente la necesidad de nuevas estrategias enfocadas en el diagnóstico de la infección por VIH en etapas tempranas.

#### BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2022: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III/ División de control de VIH, ITS, Hepatitis virales y tuberculosis. Ministerio de Sanidad. Madrid; noviembre 2023.
- 2.- Alejos B, Díez C, Galindo MJ, López JC, Moreno-García E, Estrada V, Poveda E, Omar M, Jarrín I, Berenguer J; For CoRIS. Progress in the quality of care for newly diagnosed people with HIV in Spain (2004-2019). Antivir Ther. 2022 Aug;27(4):13596535221112729.
- 3.- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. The path that ends AIDS: UNAIDS Global AIDS; 2023; Geneva, Switzerland. 2023. UNAIDS Global AIDS Update 2023.



## INTRODUCCIÓN

En España, en los últimos años, se observa entre las personas que ejercen la prostitución (PEP) un aumento de población migrante y una mayor difusión de la prostitución masculina. Las PEP constituyen un colectivo heterogéneo con una elevada vulnerabilidad tanto social como sanitaria y, la infección por VIH ha puesto de manifiesto los ejes de desigualdad que afectan desproporcionadamente a este colectivo con mayor exposición de riesgo.

En esta línea, entre los objetivos del Plan Estratégico nacional para la Prevención y Control de la Infección por el VIH y las ITS 2021-2030, se encuentra la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento de las infecciones, la atención a la cronicidad y la mejora de la calidad de vida, así como el abordaje del estigma y la discriminación asociada al VIH y a otras ITS en España, haciendo especial hincapié en los grupos de población clave que presentan una mayor vulnerabilidad, como son las PEP.

## OBJETIVO

Analizar la prevalencia de VIH y otras ITS en personas que ejercen la prostitución (PEP) en la Región de Murcia y describir su perfil sociodemográfico, con el fin de establecer medidas preventivas dirigidas a ese colectivo

## MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal de 57 personas que ejercían la prostitución en la Región de Murcia en 2023 y que accedieron al Programa de Información y Prevención del VIH y otras ITS de la Consejería de Salud gracias a la colaboración con las entidades comunitarias APRAMP y OBLATAS. Se analizaron variables sociodemográficas mediante un cuestionario epidemiológico (país de procedencia, edad, sexo, género) y la prevalencia de ITS diagnosticadas mediante serología (VIH, Sífilis Hepatitis B y Hepatitis C)

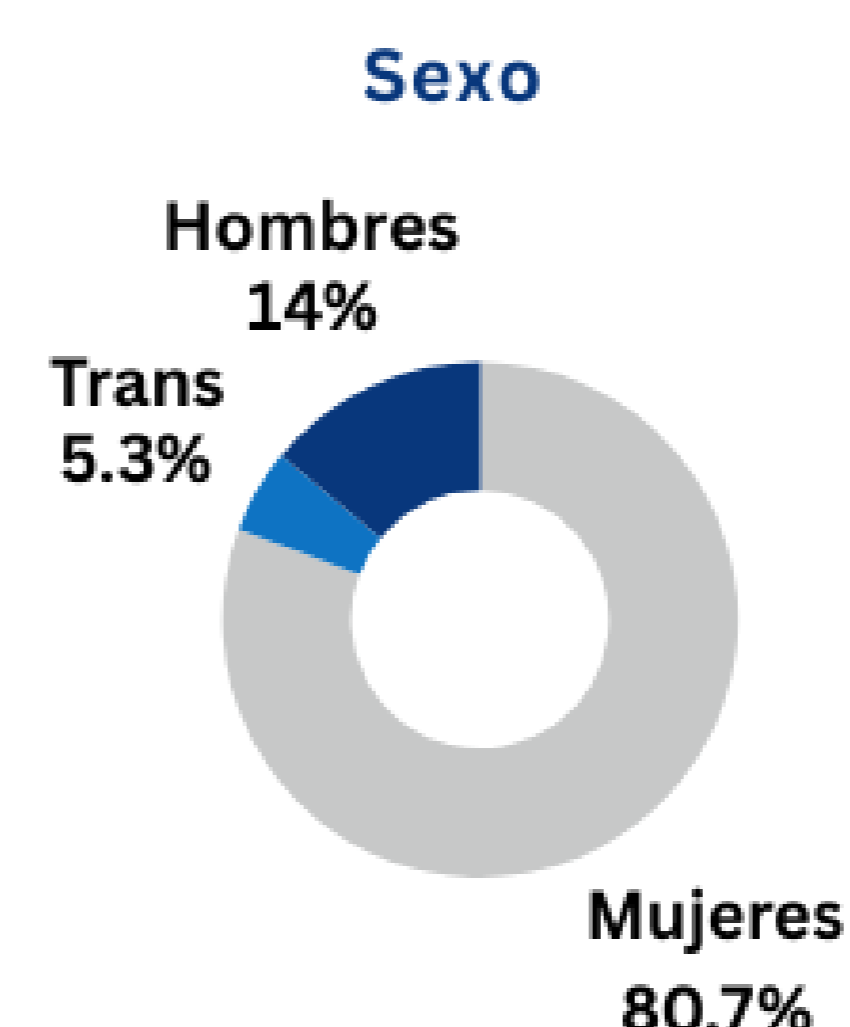
## RESULTADOS

Del conjunto de serologías correspondientes a 2023 realizadas en la consulta anónima de información y prevención del VIH y otras ITS de la Consejería de Salud de Murcia (n=159), el 35.8% (n=57) fueron PEP.

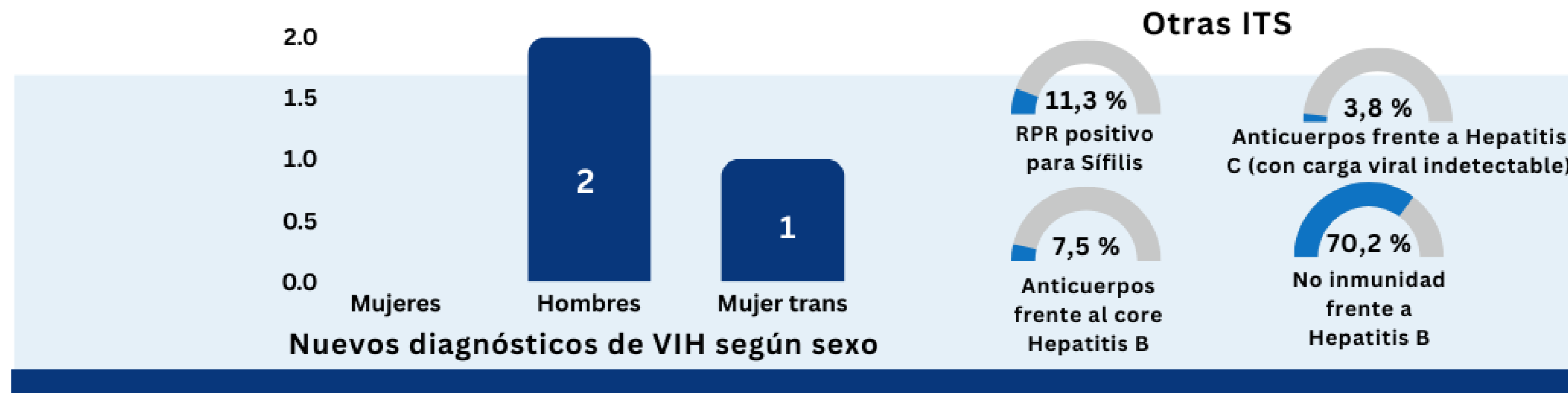
## DE LAS 57 PEP

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Procedencia	Edad	Situación administrativa
98% Latinoamérica	Media: 33.2 Mediana: 31 Rango: 20-53	100% situación irregular y sin tarjeta sanitaria



### DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE VIH Y OTRAS ITS



Todas las personas diagnosticadas de VIH fueron inmediatamente derivadas a las unidades de infecciosas para iniciar tratamiento antirretroviral.

## CONCLUSIÓN

Los resultados del estudio ponen de manifiesto que la prevalencia de VIH y otras ITS es elevada entre las personas que ejercen la prostitución, especialmente en hombres y transexuales, la mayoría extranjeros en situación irregular y deberían ser diana para la creación de programas de prevención combinada, destacando la vacunación contra el VHB, el acceso a material preventivo gratuito (preservativos internos, externos, lubricantes y barreras bucales) y el acceso a la pre-exposición y post-exposición frente al VIH.

En este contexto de salud pública, la consulta anónima de información y prevención del VIH y otras ITS muestra ser una herramienta eficaz de salud pública para la detección y control de estas infecciones en colectivos vulnerables



## CARACTERÍSTICAS BASALES Y ASOCIACIÓN A CHEMSEX EN USUARIOS DE PrEP DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN PRIMER SEMESTRE DE DISPENSACIÓN

C. Rodríguez Franco, L.J. García Fraile-Fraile, M. Sanz Alba, I. de los Santos Gil  
Hospital Universitario de La Princesa, Madrid (España)

### OBJETIVO

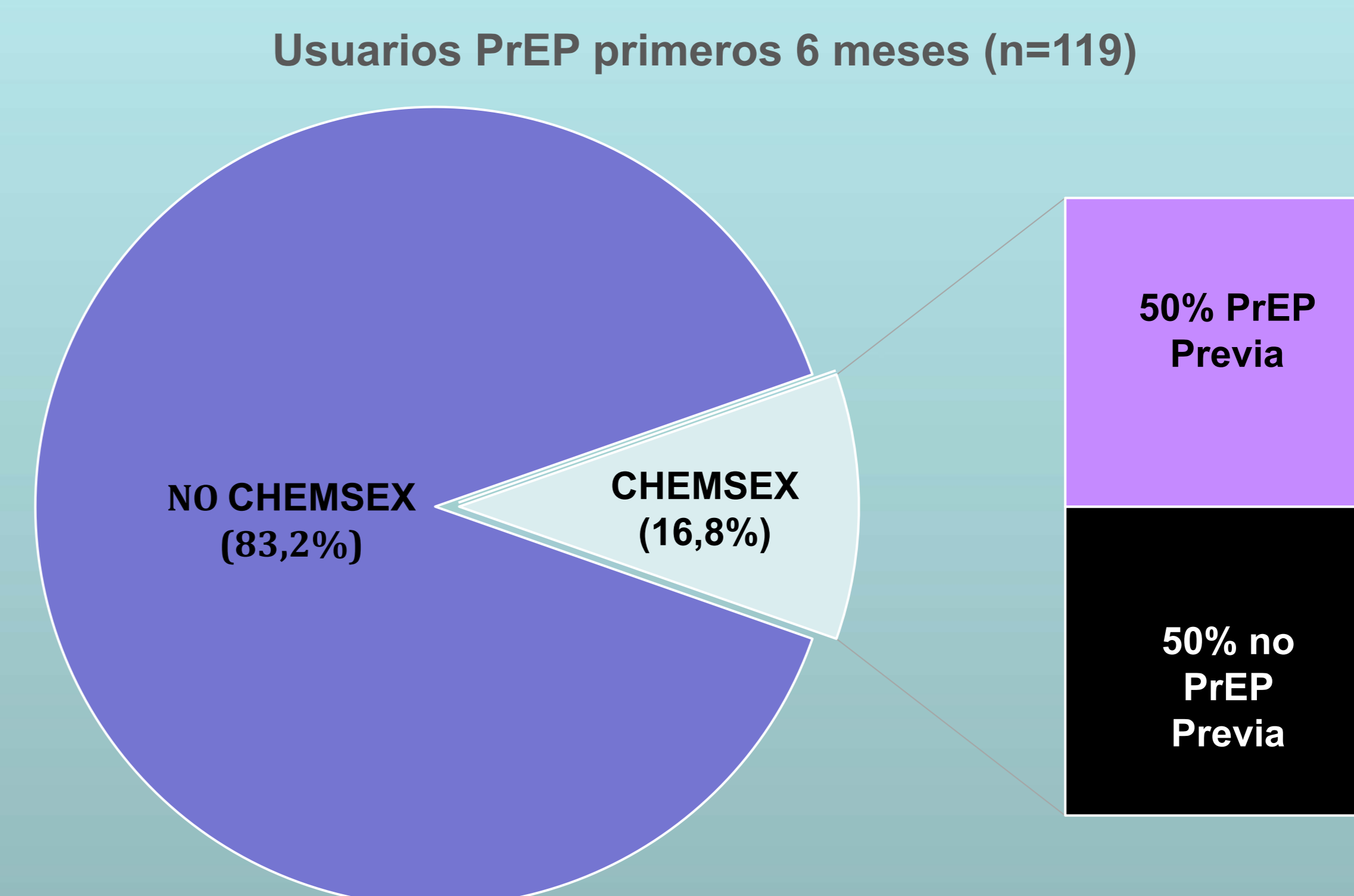
Identificar qué factores diferencian a los usuarios demandantes de asistencia en la Unidad de PrEP con consumo tipo chemsex

### MÉTODOS

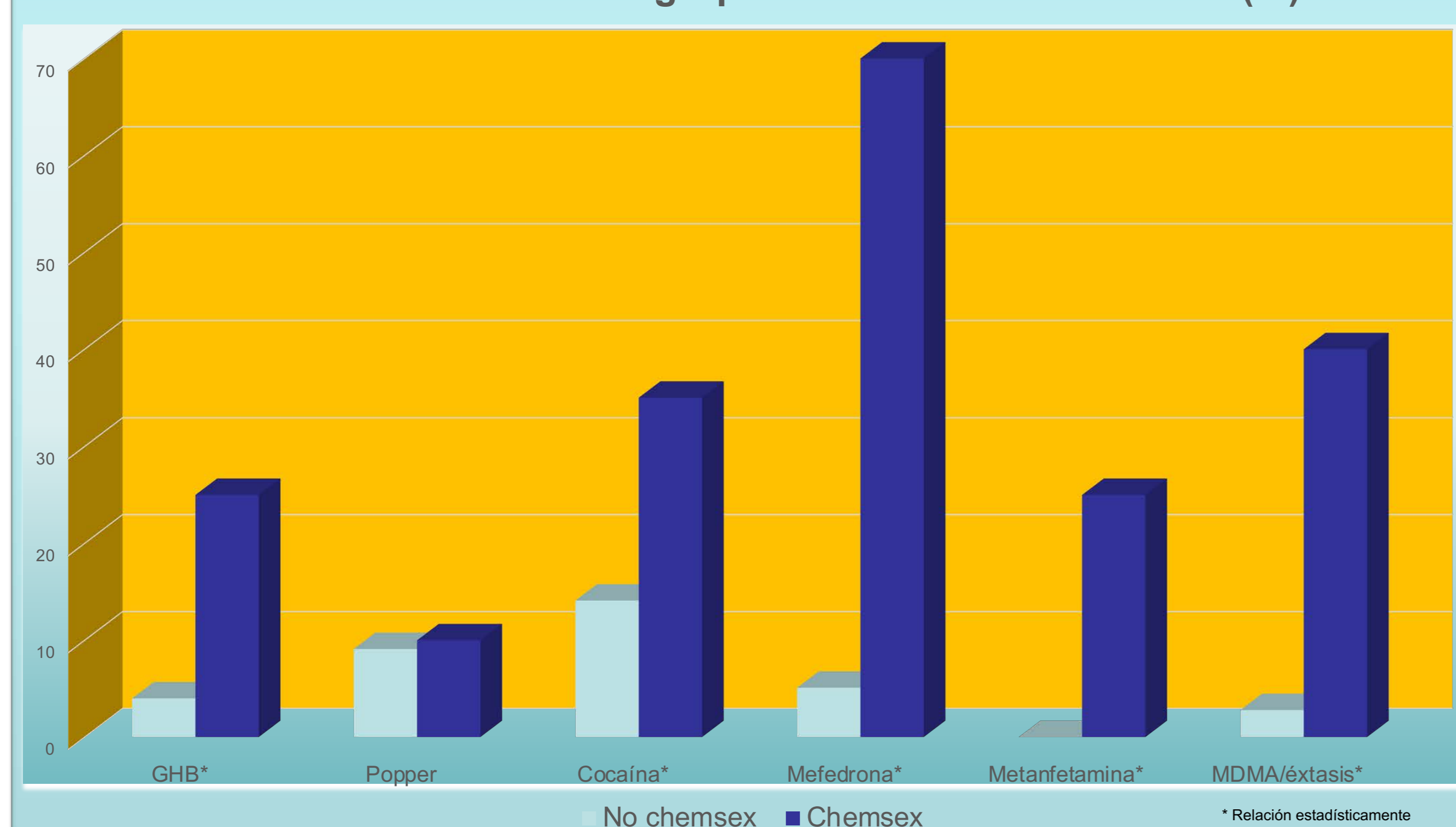
- Estudio de carácter observacional, transversal y retrospectivo.
- Usuarios que han solicitado entrar en el programa de PrEP en los primeros 6 meses de su implementación (mayo-octubre del 2022) en nuestro centro.
- Variables epidemiológicas (salud y conducta sexual, infecciones de transmisión sexual (ITS) y medidas preventivas previas, consumo de tóxicos, antecedentes personales médicos, función renal y situación serológica en la visita basal)
- Se analiza la asociación entre usuarios y no usuarios de chemsex. SPSS 22.0

### RESULTADOS

- Del total de 119 usuarios, un 16,8% referían prácticas tipo chemsex. De estos, solamente el 50% habían participado en programa PrEP con anterioridad.



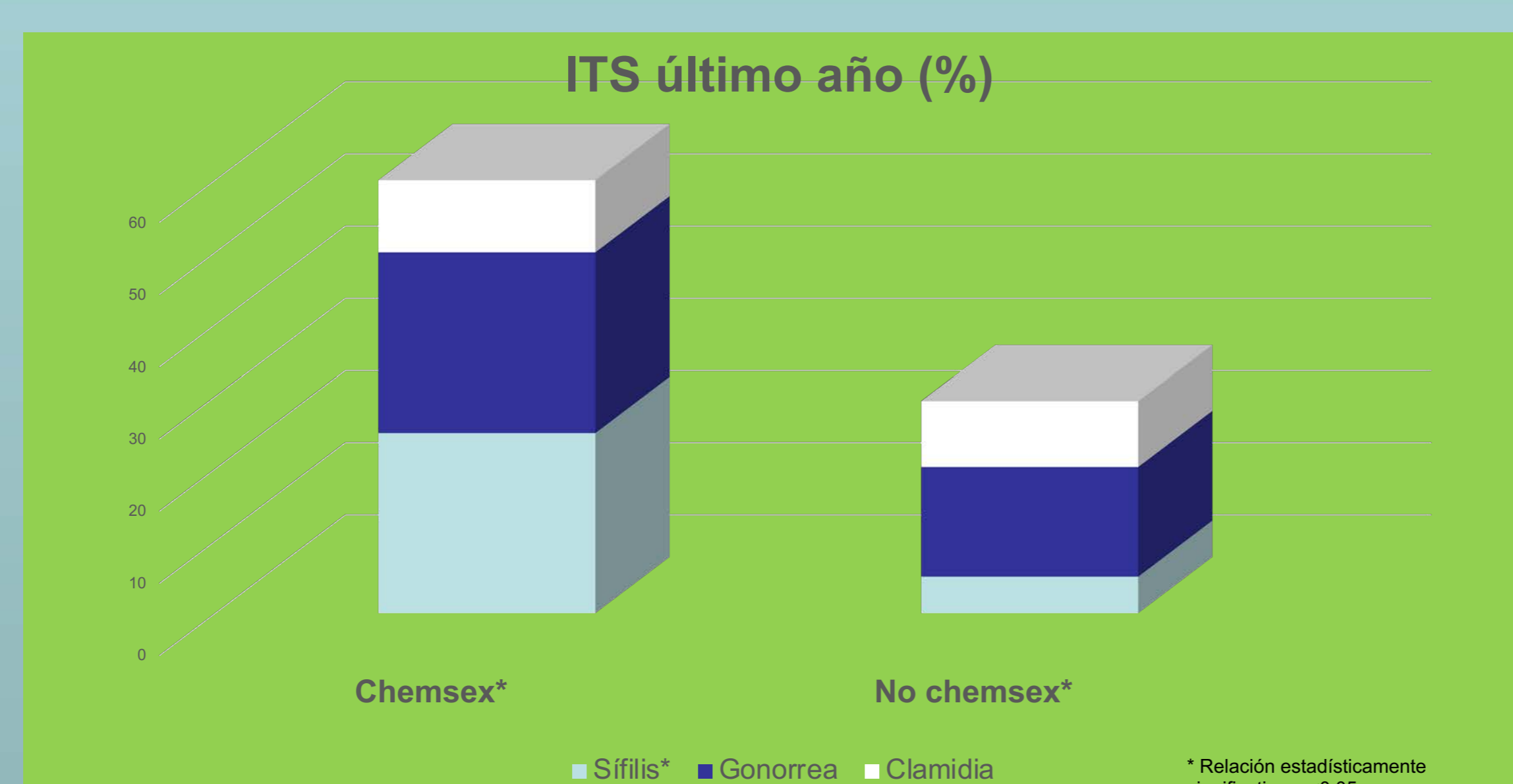
### Consumo de sustancias grupo chemsex vs no chemsex (%)



### RESULTADOS

- El uso de todas las sustancias fue porcentualmente mayor en el grupo chemsex, estableciéndose las mayores diferencias en el consumo de mefedrona, éxtasis, y sobre todo, metanfetamina (esta última solo consumida para práctica de chemsex)

- Los usuarios de chemsex referían un uso menor de preservativo con un número similar de parejas sexuales



### Uso de preservativo y parejas sexuales referidas

	CHEMSEX	NO CHEMSEX	RAZÓN DE PROPORCIONES
% USO PRESERVATIVO mediana (RIC)	70 (40)	50 (68,5)	P 0,003*
PAREJAS/MES Mediana (RIC)	5(6)	6 (11)	NS

- El número de ITS exudativas el último año fue mayor en el grupo de usuarios que practicaban chemsex respecto al grupo que no lo practicaba

### CONCLUSIONES

Las personas que practican chemsex suponen un grupo clave al que garantizar el acceso a la PrEP: refieren más frecuentemente prácticas sexuales no protegidas e ITS ulcerativas, más allá de los factores asociados al chemsex y al ocasional consumo inyectado. En una primera valoración, se debe garantizar la continuidad de la PrEP en caso de traslado, y el acceso equitativo sin demora. Se debe valorar la priorización de estos usuarios, entre otros, para garantizar la equidad en el acceso a la prevención combinada de la que la PrEP forma parte.



## CAMINO AL CUARTO 95

### OBJETIVOS:

- .Procurar** la inclusión Social mediante la cobertura de las necesidades básicas, urgentes y puntuales generadas en las personas con VIH y unidades de convivencia ante situaciones extraordinarias de dificultad social o desventajas socio-económicas.
- .Cubrir** las situaciones de necesidad evitando las consecuencias físicas, psiquiátricas y sociales que afecten al normal desenvolvimiento de las personas con VIH en su vida familiar y/o social.
- .Ofrecer** atención individual / familiar complementaria que incida en aspectos preventivos, de capacitación o adquisición de habilidades e integración
- .Orientar** y derivar hacia otros programas y recursos sociales complementarios

### MÉTODO:

La metodología aplicada en este programa se centra en el abordaje de las necesidades de personas con VIH y quienes conviven con ellas que se encuentren en situación o riesgo de vulnerabilidad, con el propósito de fomentar su autonomía y prevenir posibles obstáculos o exclusión social. Este proyecto brinda apoyo económico, psicológico, social y presta asesoramiento ante una variedad de aspectos que van desde el acceso a ayudas sociales hasta orientación en cualquier aspecto que puedan necesitar. Además, también se ofrecen actividades de ocio y tiempo libre con el fin de fomentar la creación o fortalecimiento de las redes sociales que en muchas ocasiones son prácticamente inexistentes y son una parte fundamental en la vida social de las personas evitando la soledad no deseada. La puerta de entrada a este proyecto es la derivación desde otros recursos externos o programas que ofrecemos de manera interna en Acavih y los criterios de selección se han basado en las situaciones de necesidad detectadas por el Equipo técnico de la Entidad y justificado por los informes realizados. Desde este proyecto también se han realizado derivaciones a diferentes recursos que se han visto necesarios para las personas usuarias como atención psicológica, diversas ong's, asesoramiento legal e inserción laboral. Además, también se les deriva a otros proyectos internos si procede.



### RESULTADOS:

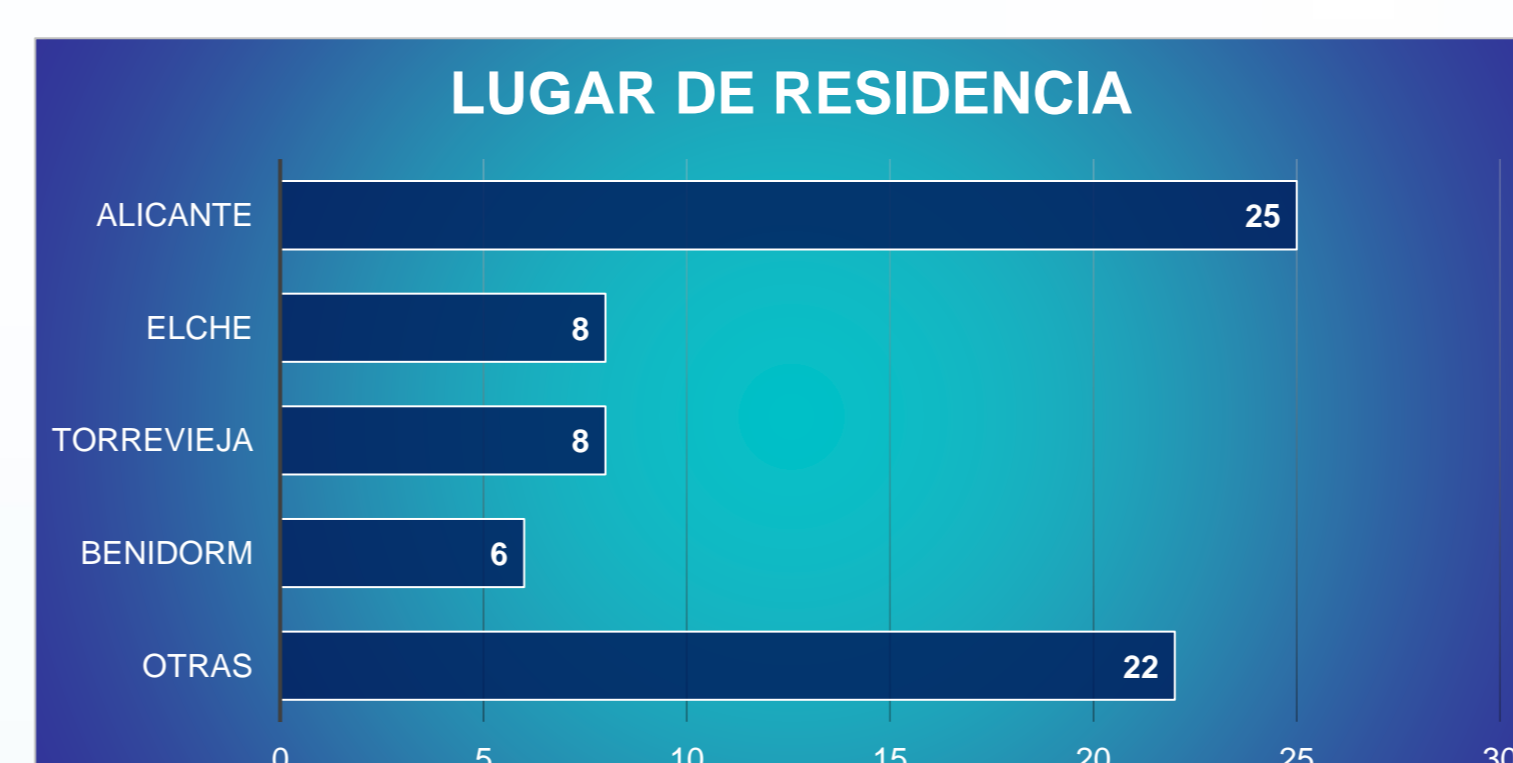
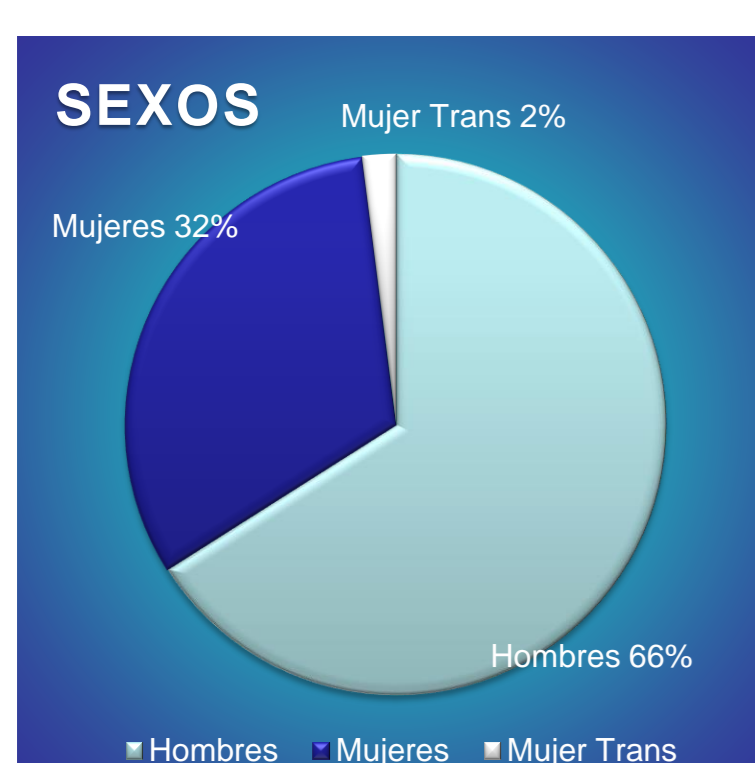
Durante el año 2023 han participado un total de 69 personas, 44 hombres y 25 mujeres, incluyendo una mujer trans. De ellos, el 36% son de nacionalidad española y el resto de diferentes nacionalidades como por ejemplo colombiana, argentina o venezolana. Dentro de esta población se identifican dos perfiles principales: aquellas personas con escasos recursos económicos, a quienes se asistió principalmente con la distribución de bonos de compra en supermercados o el pago de recibos de gastos derivados de la vivienda; y aquellas personas con estabilidad económica pero que requerían apoyo social, a quienes se les proporcionó nuestro espacio y diferentes actividades de ocio y tiempo libre.

Tras analizar los cuestionarios de calidad realizado por las personas usuarias del programa destaca la gran satisfacción mostrada y la demanda de continuidad del mismo. Así mismo, basándonos en los comentarios que nos han dejado, se repite mucho el agradecimiento por la atención recibida, así como la implicación del Equipo.

### CONCLUSIÓNES:

En conclusión, los resultados obtenidos con la implementación del proyecto demuestran el impacto positivo y la efectividad de las acciones llevadas a cabo por Acavih en la atención a personas con VIH y sus familias en situación de vulnerabilidad. La alta satisfacción expresada por los usuarios, junto con la percepción de utilidad y la necesidad de continuidad del proyecto, reflejan el compromiso y la calidad del trabajo realizado por la asociación. Los indicadores cuantitativos y cualitativos respaldan el éxito del programa en proporcionar apoyo integral, promover la autonomía y mejorar la calidad de vida de los beneficiarios. En este sentido, los resultados destacan la importancia de seguir fortaleciendo y ampliando las intervenciones de Acavih para abordar las necesidades emergentes y continuar contribuyendo al bienestar de las personas con VIH, y trabajar para alcanzar el objetivo de llegar al "Cuarto 95".

En el año 2023 este programa fue subvencionado por Vicepresidencia Segunda y Consellería de Servicios Sociales, Igualdad y Vivienda de la Generalitat Valenciana en las convocatorias de Acción Comunitaria y del 0,7% IRPF.



# FALSAS CREENCIAS SOBRE EL VIH EN PACIENTES DE LARGA EVOLUCIÓN INGRESADOS EN UNA CASA DE ACOGIDA

N.º Póster: P42

García-Torres, Amalia<sup>1</sup>, Peralta-Alba, Ana<sup>2</sup>, Vergara-Moragues, Antonio<sup>1</sup>; Merino-Orozco, Trinidad<sup>1</sup>; Troya-Ruiz, María del Carmen<sup>1</sup>, Moreno-Urbano, Rosario<sup>1</sup><sup>1</sup>Hogar Gerasa, Chiclana de la Frontera (Cádiz)  
<sup>2</sup>UNED, Facultad de psicologíae-mail: [asocgerasa@gerasa.es](mailto:asocgerasa@gerasa.es)

## Objetivo:

Hace más de 40 años que el VIH apareció en España. Al principio de la epidemia había mucho desconocimiento sobre la enfermedad y se difundieron muchos mitos e información errónea sobre la misma. A lo largo de este tiempo se ha avanzado mucho en todos los aspectos relacionados con el VIH. Nuestro objetivo, es conocer si aún persisten algunos mitos o falsas creencias sobre la enfermedad, en un grupo de personas con VIH de larga evolución gravemente afectados ingresados en una casa de acogida.

## Método:

Se elaboró un cuestionario con 15 afirmaciones sobre diferentes aspectos del VIH (formas de contagio, tratamiento, etc.), a las que los participantes debían responder verdadero o falso. Los participantes fueron personas dependientes con VIH de larga evolución ingresados en el Hogar Gerasa, una casa de acogida situada en Chiclana de la Frontera (Cádiz).

Cuestionario elaborado sobre distintos aspectos del VIH

	Verdadero	Falso
El VIH se cura		
Es lo mismo VIH y SIDA		
Podemos saber que una persona tiene VIH por su apariencia física		
Podemos contraer el VIH por besar a una persona con la enfermedad		
Si la madre tiene el VIH puede transmitir la enfermedad al hijo durante la lactancia		
El VIH se puede transmitir por picaduras de mosquitos		
Lavarse después de tener relaciones sexuales protege de la transmisión del VIH		
Si he tenido una conducta de riesgo y al día siguiente me hago la prueba de detección del VIH, sabré si me he contagiado		
Si tengo relaciones sexuales puedo contagiarme del VIH, pero no de otras enfermedades de transmisión sexual como gonorrea o sífilis		
La penetración anal no conlleva riesgo de contagiarse de VIH		
Actualmente con los tratamientos que hay el VIH es una enfermedad crónica y no mortal		
Actualmente la gran mayoría de contagios del VIH se producen por uso de jeringuillas en el consumo de drogas		
Me puedo contagiar de VIH al hacerme un piercing		
Me puedo contagiar de VIH practicando sexo oral		
Si tomo tratamiento y tengo carga viral indetectable no puedo transmitir el virus al tener relaciones sexuales		

## Resultados:

Los participantes fueron 14 pacientes (13 hombres y una mujer) con VIH de larga evolución (media de años desde el diagnóstico: 27), con grado de dependencia 2 o 3, ingresados en el Hogar Gerasa. La media de edad fue de 58 años. Ninguna de las personas a las que se pasó el cuestionario contestó correctamente a todas las preguntas, siendo la media de fallos de 3,8 de las 15 preguntas. La persona que obtuvo el mínimo número de fallos fue de un error, y el que más errores obtuvo fueron 7. La mayoría de los errores se cometieron en preguntas relacionadas con las vías de contagio.

Características clínicas y demográficas

Edad <sup>a</sup>	58
Meses estancia en Gerasa <sup>a</sup>	48
CD4 <sup>a</sup>	737
Años con VIH <sup>a</sup>	27

<sup>a</sup>Valores expresados como mediaMedia de errores Cuestionario VIH: **3,8**

## Conclusión:

A pesar de los grandes avances que se han producido desde que apareció la epidemia del VIH, continúan existiendo creencias falsas o mitos acerca de algunos aspectos de la enfermedad. Además, esto es especialmente relevante en este perfil de pacientes, por el hecho de que las personas entrevistadas en este estudio padecen la enfermedad desde hace muchos años, y han acudido con frecuencia a talleres de educación para la salud en el Hogar Gerasa, donde se han abordado estos temas. Esto puede estar influido por el hecho de que muchos de ellos tienen deterioro cognitivo. Por tanto, creemos que es importante continuar realizando talleres con estas personas, donde se siga incidiendo en distintos aspectos relacionados con la enfermedad, como vías de contagio, tratamientos, conductas de riesgo y autocuidado.



# Lo que esperas mientras esperas

## Imaginarios que se activan durante el periodo ventana.



Centro de estudios interseccionales

Bennasar Borrás, Joan  
Sexólogo y biólogo  
investigacion@espaciofigdis.org

## INTRODUCCIÓN

Se estima que actualmente viven en España cerca de 150.000 personas con la infección por el VIH. De las que, casi una de cada diez (7,5%) no están diagnosticadas.

El diagnóstico tardío de la infección es uno de los principales obstáculos de la respuesta a esta epidemia, ya que aumenta la morbimortalidad asociada y disminuye la respuesta al tratamiento. (Plan Nacional sobre el sida - Ministerio de Sanidad).

Aunque en España el estigma ha disminuido en los últimos diez años, según el estudio «Creencias y actitudes de la población española hacia las personas con VIH 2021», todavía hay un 17% que asegura que evitaría el contacto con alguien con VIH, un 10% que dice que no tendría ningún tipo de relación y solo un 9% que querría ser su vecino.

## OBJETIVO Y MÉTODO

Conocer los imaginarios que aún siguen presentes en relación al VIH y que se activan durante el periodo ventana

Cuestionario online autoadministrado

Participación: 185 personas de entre 17 y 69 años.

Representación territorial: 35 provincias.

Identidad de género: 55,14% mujeres, 43,78% hombres y 1,08% personas no binarias.

Orientación del deseo: 51,89% heterosexual, 28,11% gay, 16,22% bisexual/pansexual y 3,24% lesbiana.

## MUESTRA

## RESULTADOS

Los principales imaginarios están relacionados con:



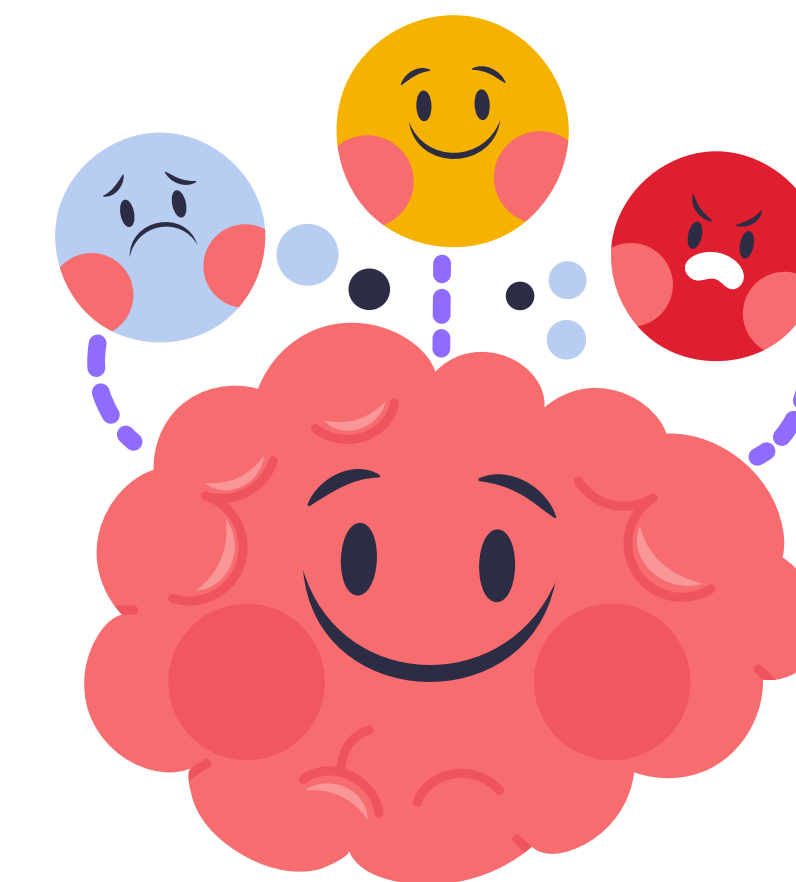
Sexualidad y pareja  
76,76%



Tratamiento y salud  
66,49%



Estigma social  
64,86%



Salud mental  
33,51%



Relaciones sociales  
30,27%

## CONCLUSIONES

Los principales imaginarios están relacionados con la sexualidad y la pareja (miedo a transmitir el VIH, abandono de la pareja, dificultad para establecer una relación, etc.).

Las preocupaciones por los efectos del tratamiento sobre la salud, así como el impacto de la infección en la calidad de vida, son una parte importante de los imaginarios que se activan.

El estigma social es un activador destacable de los imaginarios analizados.

El impacto a nivel emocional y la dificultad en su gestión está presente en un tercio de las respuestas.

La posible pérdida o dificultad en las relaciones sociales también tienen una representación considerable.

“Barreras hacia la prueba de detección del VIH en adolescentes en España” Alexandra Morales, José P. Espada y Mireia Orgilés. Psychosocial Intervention 25 (2016) 135–141.

“Barreras para el diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual y virus de la inmunodeficiencia humana en Atención Primaria en España” Cristina Agustí, Laura, Fernández, Juanjo Mascort, Ricard Carrillo, Jordi Casabona. Enferm. Infecc. Microbiol. Clin. 2013;31(7):451–454.

“Evolución de las Creencias y Actitudes de la Población Española hacia las Personas con el VIH desde 2008 hasta 2021”. Fuster-RuizdeApodaca MJ., Prats, C. Ministerio de Sanidad, Coordinadora Estatal de VIH y Sida y Universidad de Alcalá. Madrid 2022.

“UNAIDS Statement on HIV testing services: New opportunities and ongoing challenges” UNAIDS. 2017.





# EL TARGA CONTROLA LA REPLICACIÓN DEL VIH Y POSIBILITA LA RECONSTITUCIÓN INMUNE. NUESTRA EXPERIENCIA EN UNA CASA DE ACOGIDA

N.º Póster: P51

Vergara de Campos, Antonio<sup>1</sup>, García-Torres, Amalia<sup>1</sup>, Vergara-Moragues, Antonio<sup>1</sup>; Merino-Orozco, Trinidad<sup>1</sup>; Troya-Ruiz, María del Carmen<sup>1</sup>, Moreno-Urbano, Rosario<sup>1</sup><sup>1</sup>Hogar Gerasa, Chiclana de la frontera (Cádiz)

e-mail: asocgerasa@gerasa.es



## Objetivo:

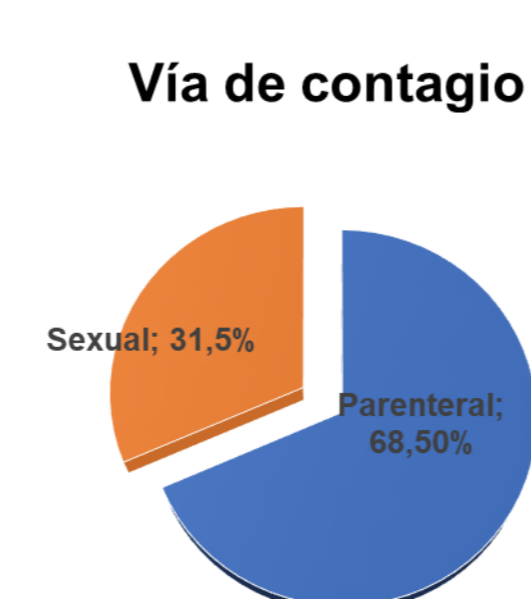
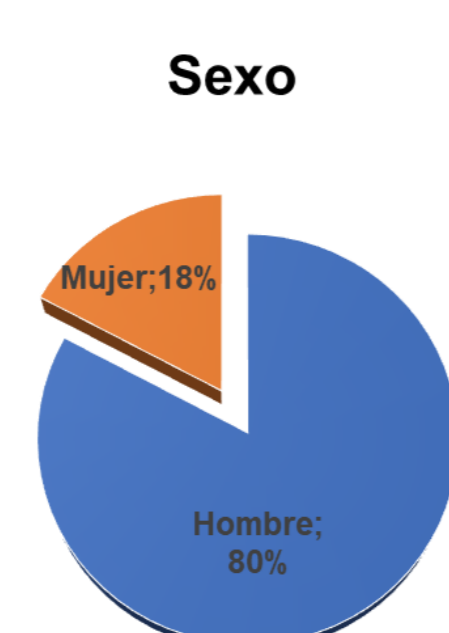
Desde la introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), el VIH se ha transformado en una enfermedad crónica, pudiendo las personas con VIH llegar a tener una buena calidad de vida. Uno de los aspectos cruciales en el tratamiento antirretroviral es la adherencia al mismo. El TARGA exige una alta adherencia (>90%) para cumplir con su cometido de conseguir cargas virales indetectables. Se ha observado que en aquellos pacientes que toman mal el TARGA, pueden aparecer resistencias a los antirretrovirales. Nuestro objetivo, es estudiar si la adherencia al tratamiento asegurado (directamente observado) en un grupo de personas con VIH de larga evolución ingresados en una casa de acogida, supone la eliminación del VIH y además, la reconstitución inmune.

## Método:

Examinamos las analíticas de un grupo de 28 personas con VIH de larga evolución ingresados en el Hogar Gerasa para personas con marginación social, situada en Chiclana de la frontera (Cádiz). La mayoría de ellos eran gravemente afectados (grado de dependencia 2 o 3) y todos llevaban más de un año en el recurso. También recogimos los datos relacionados con el número de ingresos hospitalarios relacionados con enfermedades oportunistas desde que son acogidos en Gerasa.

## Resultados:

De los 28 pacientes que componen la muestra, el 82% eran hombres y el 18% mujeres, con una media de edad de 54 años. La media de tiempo desde que se diagnosticó VIH fue de 25 años. Todos tenían SIDA y tomaban tratamiento antirretroviral. Los resultados de las analíticas mostraron que la media del recuento de linfocitos CD3+CD4 fue de 735, y con respecto a la carga viral todos estaban indetectables, incluso los que habían presentado mutaciones a resistencias. Ninguno de los pacientes tuvo ningún ingreso hospitalario relacionado con enfermedades oportunistas desde la fecha de alta en nuestro recurso.



### Características clínicas y demográficas

Edad <sup>a</sup>	54
Meses estancia en Gerasa <sup>a</sup>	48
CD4 <sup>a</sup>	735
Años con VIH <sup>a</sup>	25

<sup>a</sup>Valores expresados como media

## Conclusiones:

La adherencia al tratamiento antirretroviral directamente observado es fundamental para tener el VIH controlado, especialmente en este perfil de pacientes gravemente afectados, debido a sus alteraciones cognitivas y en funcionalidad (actividades básicas e instrumentales de la vida diaria), por lo que la medicación es administrada por los profesionales. Esto está relacionado con dos factores. Por un lado, que la carga viral sea indetectable (con lo cual no se puede transmitir el virus). Y por otro lado, con el hecho de tener un buen estado inmunológico (recuento de linfocitos T CD4 por encima de 200/mm<sup>3</sup>), lo cual implica la ausencia de enfermedades oportunistas.



## P52. TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL INYECTABLE INTRAMUSCULAR ADMINISTRADO CADA DOS MESES EN VIDA REAL: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

Amparo Honrubia Gil, Ana Ferrer Ribera, Paloma Mahiques Santos, Carolina Pinto Pla, Rosa Oltra Sempere, Andreu Belmonte Domingo, Sandra Pérez Gómez y M José Galindo Puerto  
Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Clínico Universitario de Valencia

### INTRODUCCIÓN

- Desde diciembre de 2022 disponemos en España de la primera opción terapéutica completa por vía intramuscular para el tratamiento del VIH, que puede sustituir a la pauta oral diaria en muchos pacientes
- El disponer de una alternativa al tratamiento oral supone un gran avance pero también un reto.
- Su puesta en marcha exige por un lado la organización de un circuito propio para cada hospital y por otro la implicación de los pacientes en la toma de decisiones y su compromiso.
- Una vez aprobado cualquier fármaco es importante saber qué pasa en el día a día, dada la diferencia que existe entre los pacientes que participan en los ensayos y su seguimiento y lo que sucede en las consultas.
- Los datos en vida real son importantes y complementan los de los ensayos clínicos

### OBJETIVOS

- El objetivo de nuestro estudio es describir nuestra cohorte de pacientes que inician tratamiento con el tratamiento antirretroviral inyectable y valorar su eficacia y seguridad.
- Además, queríamos conocer la opinión de los pacientes sobre este tratamiento: por qué habían querido iniciarlo y su impacto en su calidad de vida.

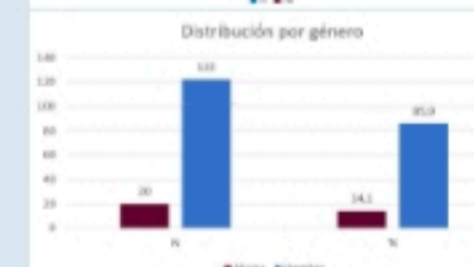
### MÉTODOS

- Estudio retrospectivo observacional en el que se incluyeron los pacientes que iniciaron tratamiento con el tratamiento antirretroviral intramuscular entre el 14 de enero y el 5 de diciembre de 2023 en la Unidad de Infecciosas del Hospital Clínico Universitario de Valencia
- Se revisaron las historias clínicas y se valoró adherencia a la inyección, eficacia y seguridad.
- Además, se preguntó a los pacientes por sus motivos de cambio a esta pauta y por el impacto en su calidad de vida.

### RESULTADOS

- Entre el 14 de enero y el 5 de diciembre de 2023 han iniciado tratamiento con la forma comercial 142 pacientes, 13 de los cuales procedían de ensayos clínicos.
- Las características basales están resumidas en la tabla 1
- Solo cuatro pacientes recibieron lead-in oral (todos en ensayo clínico).
- Hemos administrado ya la quinta dosis a 59 pacientes (41,54%), su mediana de CV <20 cp/ml (19-296), no se ha producido ningún fallo virológico

Pacientes	N=142
edad (años)*	46 (21 - 70)
<50, 50 to 65, >65	89 (62,67), 49 (34,5), 4 (2,8)
Género (mujer), n(%)	20 (14,1)
Pais de origen, n(%)	
España	101 (71,1)
Latinoamérica	30 (21,1)
Este de Europa	5 (3,5)
Vía de transmisión, n(%)	
HSH	91 (64,1)
HTX	27 (20,2)
SIDA	13 (9,1)
CDA4 <sup>+</sup> basal*	785 (130 - 2142)
RMG30 Ig/m <sup>3</sup>	18 (12,7)
Test de resistencias, n(%)	
Subtipo B	80 (56,3)
Resistencias a NNRTIs n(%)	15 (12,1)
101E, 227L, 230I, 103N, 108I, 158 G/K, 181 C/Y, 179D, 190R, 236L)	
Comorbidades, n (%)	



### TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

	N=142
Nº de líneas previas de tratamiento (mediana, rango)	3 (1 - 18)
Tratamientos previos n (%)	
Basados en inhibidores de integrasa	99 (69,7)
Basados en inhibidores de proteasa	14 (9,8)
Basado en no análogos de nucleósidos	5 (3,5)



- 12 pacientes (8,3%) pararon el tratamiento:
  - 5, tras la primera dosis: 1 por insomnio y ansiedad, 2 por dolor de espalda, 1 por rash y 1 porque no podía acudir a la administración
  - 5, tras la segunda: 1 por recuperación lenta de una depresión, 2 por decisión del paciente y 2 por dolor de espalda
  - 2, tras la tercera dosis, uno por decisión del paciente y otro por dolor de espalda
- No suspensiones por problemas en el lugar de inyección
- Ningún paciente ha experimentado fallo virológico

### EVOLUCIÓN

	Basal	Mes 1	Mes 3	Mes 5	Mes 7	Mes 9
Pacientes, n	142	127	114	97	59	18

- Los 59 pacientes que han llegado al mes 7, tienen una mediana de CV <20 cp/ml (19-296). Tres pacientes presentan blips, que no se confirman tras repetir la carga viral.
- Sólo 8 han cambiado la fecha de administración, pero ninguno recibió el tratamiento fuera de ventana terapéutica

### OPINIÓN BASAL DE LOS PACIENTES (N= 111)

- Razón para el cambio:
  - 65% interesados en nuevos tratamientos,
  - 64% querían parar de preocuparse por olvidar tomar el tratamiento diariamente,
  - 59% porque su doctor se lo recomendó,
  - 50 % estaban cansados de tomar el tratamiento diariamente,
  - 46% lo consideraban como más adecuado
  - 38% miedo de visibilización de su condición de VIH
- Cuando se les preguntaba por su grado de satisfacción con su tratamiento previo, 92 (83,6%) estaban muy satisfechos (score ≥5).

### OPINIÓN TRAS 4 DOSIS DE TRATAMIENTO (N=61)

- Satisfacción de los 61 pacientes:
  - Con el tratamiento: 9 satisfechos; 41 muy satisfechos
  - Con los efectos secundarios: 11 satisfechos y 38 muy satisfechos
  - En cuanto a lo que supone el tratamiento (demandas relacionadas): 11 satisfechos y 36 muy satisfechos
  - Grado de adaptación al estilo de vida: 19 satisfechos y 28 muy satisfechos
  - Lo recomendaría a otro paciente: 12 de acuerdo y 38 muy de acuerdo
  - El 84% estaban muy satisfechos con este tratamiento
- Termómetro de calidad de vida n=59 ; mediana 80 (20,100)  
n=43 ≥80

### CONCLUSIONES

En nuestra cohorte de vida real, el cambio de tratamiento a la pauta intramuscular es una opción eficaz, segura y bien aceptada por los pacientes, con un buen cumplimiento y bajas tasas de discontinuación.



## EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN Y LA TOLERABILIDAD DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL INYECTABLE DE ACCIÓN PROLONGADA TRAS 12 SEMANAS

Claudia Vázquez Estévez<sup>1</sup>, Elisa Solla Gil<sup>2</sup>, Laura Labajo Leal<sup>1,2</sup>, Silvia Rodríguez Riveiro<sup>2</sup>, Alejandro Araújo Ameijeiras<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Grupo de Enfermedades Infecciosas, Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur.

<sup>2</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas, Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

### Introducción y objetivos

En la actualidad, la administración de los tratamientos antirretrovirales (TAR) en formulaciones de acción prolongada (AP) por vía intramuscular (IM) ofrece beneficios potenciales para la calidad de vida de las personas que viven con VIH (PVVIH). Con el presente estudio se busca obtener información relacionada con la implementación del fármaco en la práctica clínica diaria y su repercusión en la calidad de vida y la satisfacción del paciente. Esto nos permitirá contrastar la información generada en los estudios que posibilitaron su comercialización, analizando estos datos en una población más diversa al no encontrarnos bajo los estrictos criterios de participación de los ensayos clínicos.

### Metodología

Estudio analítico, longitudinal, observacional y prospectivo. Se incluyeron aquellos sujetos que completaron 12 semanas de tratamiento con TAR AP entre el 15 de diciembre del 2023 y el 15 de febrero del 2024 en la consulta de patología infecciosa del Hospital Álvaro Cunqueiro. Se recogió información relativa al grado de satisfacción y a la tolerabilidad de los participantes con el TAR que recibían previamente y con el TAR AP.

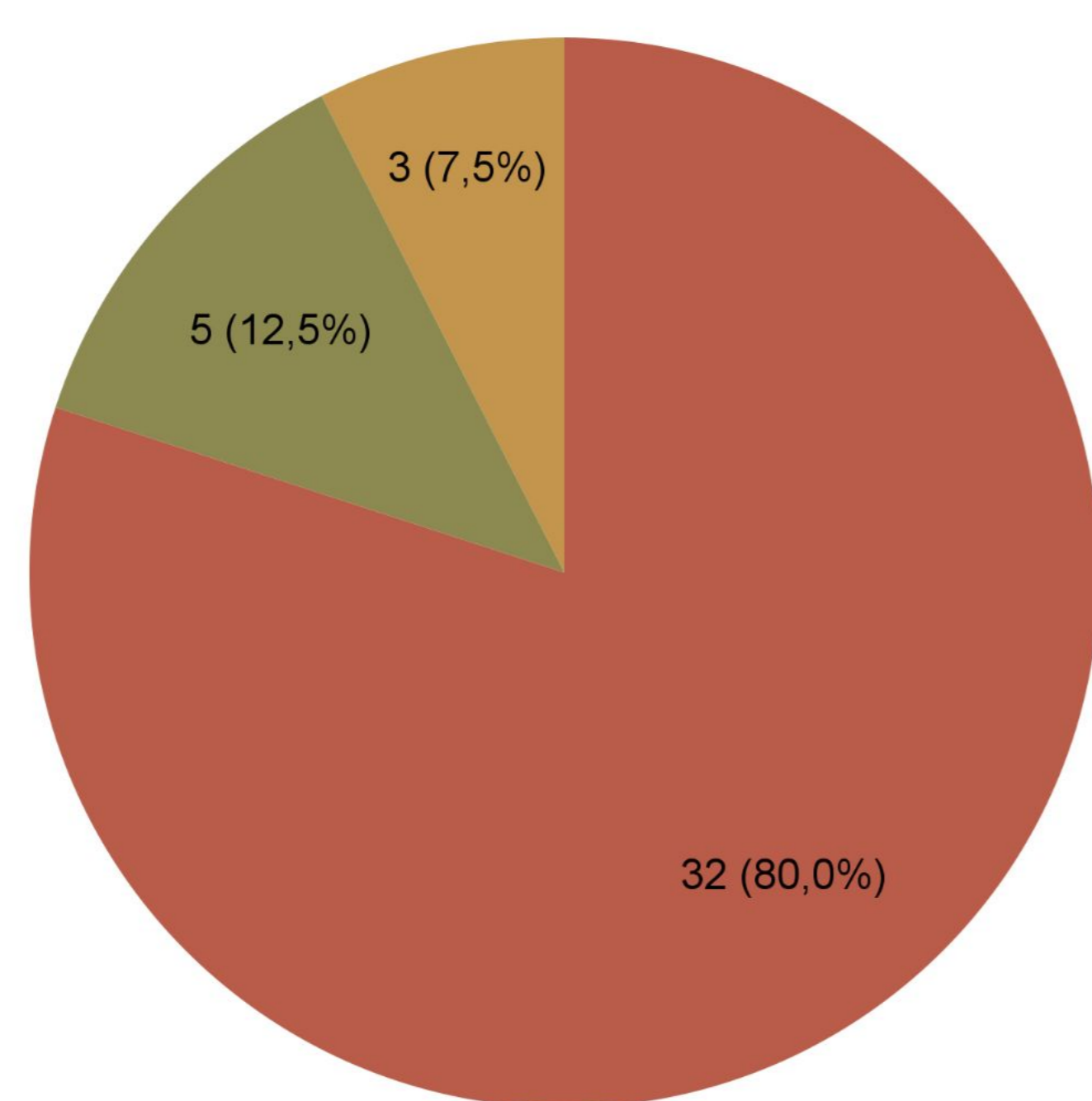
Como instrumentos de medición, se utilizaron la escala ESTAR “Escala de Evaluación de la Satisfacción de los pacientes con el Tratamiento Antirretroviral” y un cuestionario *ad-hoc* que denominamos “Reacciones en el Lugar de Inyección” (RLI). La ESTAR se completó durante las visitas de los pacientes al centro para la administración del fármaco, mientras que el RLI se aplicó de forma telefónica una semana después de cada inyección. Se analizaron los datos obtenidos en la visita basal (previo a la inyección), en la semana 4 y en la semana 12 del estudio. Para la determinación del grado de significación en la relación entre variables, se utilizó la prueba de Friedman y la prueba de Wilcoxon.

### Resultados

Se incluyeron 40 sujetos, de los cuales 2 decidieron volver al TAR oral. Los motivos reportados fueron el dolor en el lugar de la inyección y la sensación de cansancio tras el cambio de medicación. Otro de los participantes abandonó el estudio tras la primera visita a pesar de continuar con el tratamiento inyectable. El 78% (n=31) eran hombres y la mediana de edad fue de 44 años (35, 53).

La mayoría de los sujetos (32, 80%) conocieron el régimen *long-acting* a través del equipo de profesionales de la consulta de patología infecciosa, como se representa en la Figura 1.

Fuente Informativa Inicial sobre Régimen Long-Acting



● Equipo de la consulta ● Amigos y/o familiares ● Medios de comunicación (redes sociales, televisión, radio...)

Figura 1. Fuente informativa sobre el TAR AP.

Los principales factores que propiciaron el cambio al régimen inyectable fueron: la propuesta por parte de los profesionales de la consulta (34, 85%), el hecho de no tener que recordar diariamente la toma del TAR oral (33, 83%), el rechazo a la toma de pastillas (17, 43%) y la incomodidad asociada a mostrar el TAR oral en público (11, 28%).

La mitad (20, 50%) de los pacientes declararon no haber tomado alguna dosis del TAR previo de forma ocasional, y un 10% (n=4) habían olvidado la toma de 1 o 2 dosis en la semana anterior a su inclusión en el estudio.

En la tabla 1 se recogen los ítems de la escala ESTAR para los que se obtuvieron diferencias significativas entre la vista basal y las visitas semana 4 y 12.

### Conclusiones

- La satisfacción global con el *long-acting* fue superior a la obtenida con el TAR tradicional, a pesar de que los síntomas reportados fueron mayores en este régimen.
- El síntoma más frecuentemente asociado al TAR AP fue el dolor, el cual disminuyó progresivamente tras cada administración de acuerdo con lo descrito en la bibliografía.

	Basal (n=39)	Semana 4 (n=38)	Semana 12 (n=37)	Sig.
Satisfacción con los efectos secundarios derivados del TAR	5,23	4,31	4,47	0,013
Satisfacción con la comodidad del TAR	4,46	5,10	5,21	0,004
Satisfacción por cómo se adapta el TAR a su forma de vida	4,82	5,18	5,46	0,029
Satisfacción con continuar con el TAR	4,54	5,41	5,70	0,000

Tabla 1. Ítems de la escala ESTAR con significación estadística.

Los pacientes reportaron más eventos adversos secundarios al *long-acting* (semana 4 = 19, 50% y semana 12 = 14, 38%) que al TAR tradicional (9, 23%). Los síntomas que se asociaron con mayor frecuencia al TAR AP se recogen en la tabla 2.

	Semana 4 (n=38)	Semana 12 (n=37)
- Dolores musculares	15 (39%)	5 (14%)
- Cansancio	12 (32%)	11 (30%)
- Dificultad para dormir	12 (32%)	10 (27%)

Tabla 2. Síntomas más comunes asociados al TAR AP.

El síntoma en el lugar de la inyección más frecuente fue el dolor, notificado por el 90% (n=35) de los participantes tras la primera administración, el 80% (n=27) en la semana 4 y el 75% (n=23) en la semana 12.



# SCREENING DE ITS (TREPONEMA PALLIDUM, CHLAMYDIA TRACHOMATIS Y NEISSERIA GONORRHOEA) MEDIANTE TEST RÁPIDOS DE INMUNOCROMATOGRAFÍA DESDE ENTORNOS SOCIO-COMUNITARIOS

DANIEL FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ (HOSPITAL DE SALAMANCA, ASOCIACIÓN CHIGUITXS LGTB+ PALENCIA)

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo pretende poner sobre la mesa la posibilidad de realización de test de resultado rápido de aquellas Infecciones de Transmisión Sexual o ITS más frecuentemente infradiagnosticadas debido a una serie de factores asistenciales y biopsicosociales limitantes. Las técnicas empleadas para el diagnóstico de las tres ITS mencionadas pueden realizarse de forma paralela a los test de VIH en fluido oral que ya de forma habitual se realizan en entornos sociosanitarios, funcionando mediante inmunodifusión lateral (test tipo "jabonera") con tiempos de reacción de entre 10 y 20 minutos.

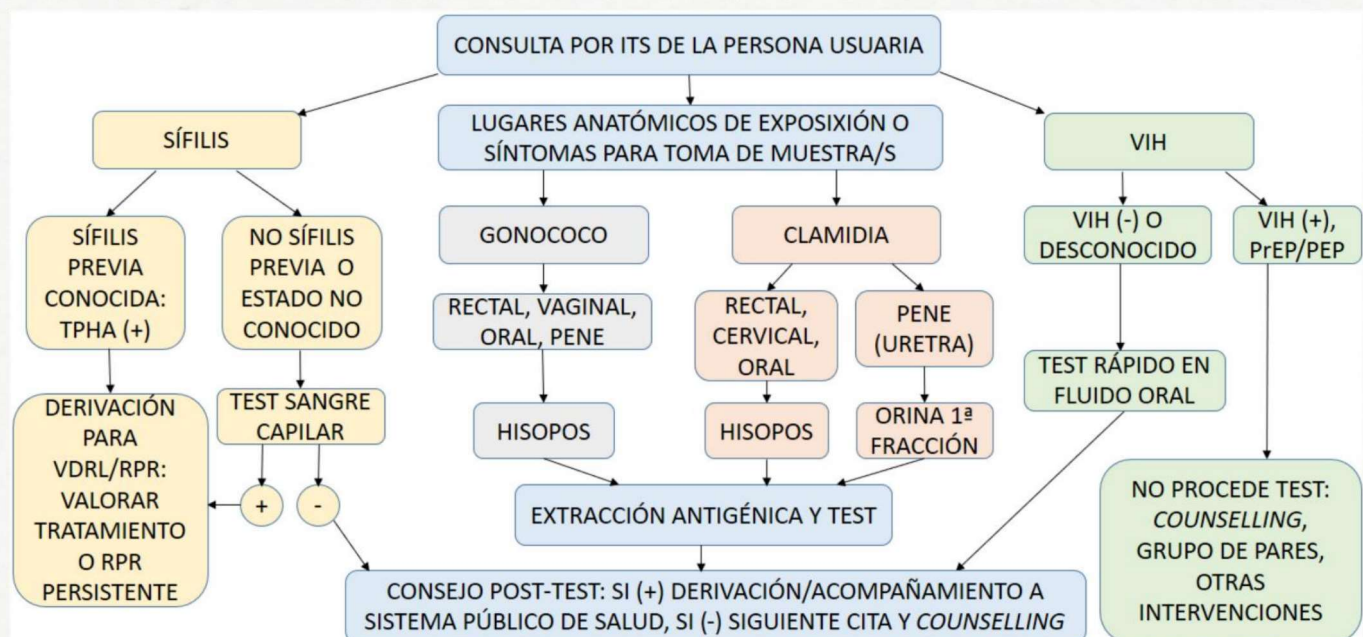


## OBJETIVO

Demostrar la elevada costoefectividad del cribado de ITS en colectivos vulnerables o con prácticas de riesgo desde el entorno sociocomunitario mediante el empleo de test rápidos inmunocromatográficos de sífilis, gonococo y clamidia. Favorecer las estrategias de prevención combinada de ITS mediante testeo y tratamiento rápidos.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó outreach o búsqueda activa de personas con elevado número de prácticas de riesgo desde varias asociaciones LGTB+ de Castilla y León coordinadas entre sí, para ofrecerles la prueba rápida de VIH que ya venía realizándose y la derivación a servicio de PrEP (profilaxis pre-exposición frente al VIH), oferta a la que se añadieron los test rápidos de sífilis, gonococo y clamidia en sangre capilar, orina de primer chorro y exudados obtenidos de la localización anatómica relacionada con las prácticas de riesgo (faringea, rectal, vaginal, uretral). Se emplearon test de estos tres patógenos. Los casos reactivos se derivaron para tratamiento a atención primaria o a servicio de enfermedades infecciosas, en virtud del acuerdo que cada asociación o entidad tuviera formalizado con el servicio de salud pública de su zona, a lo que se unió el habitual seguimiento y apoyo psicosocial que las entidades venimos realizando. Se detectaron abundantes incidencias en su atención por parte del servicio público de salud.



## RESULTADOS

Se encontraron porcentajes de positividad de 16,6% para clamidia, 12,5% para gonococo, y un 38,8% para la sífilis activas (fases primaria, secundaria o latente) y un 21,7% de sífilis pasadas o ya tratadas. El porcentaje de infecciones pasadas ya es alto, pero el de las detectadas es aún mayor, por lo que también es otro dato que refuerza la idea del infradiagnóstico. Aparecieron además varias co-infecciones, incluyendo una por VIH. En el curso de la atención a las personas usuarias, se detectaron además otras infecciones, conductas de riesgo, riesgos psicosociales o necesidades específicas que fueron atendidas por los equipos de voluntariado de cada entidad, así como por los equipos de atención primaria en caso de derivación.

## CONCLUSIONES

Se evidencia una elevada detección de infecciones de transmisión sexual entre las personas con elevado número de prácticas de riesgo estudiadas, que no habían sido testeadas por el sistema de salud público, no habiendo sido detectadas. Las barreras psicosociales y asistenciales que estos sistemas sanitarios imponen resultan en un infradiagnóstico y aumento de la transmisión comunitaria. Se detectaron asimismo incidencias en su posterior atención. Se demuestra la elevada costoefectividad de los test rápidos inmunocromatográficos específicos de ITS. Además, el proyecto sirvió para identificar y tratar varias vulnerabilidades asociadas.



# "Más Allá de las Comorbilidades: Cohorte Over50 de PVIH ≥ 50 Años de Edad en Comparación con un Grupo Control"

P-56

Ana Martínez<sup>1</sup>, Sandra González<sup>1</sup>, Lucía Rubio<sup>1</sup>, Alba San José<sup>1</sup>, Jose A. Muñoz-Moreno<sup>1 3</sup>, Carla Estany<sup>1</sup>, Carmina R. Fumaz<sup>1</sup>, Anna García<sup>1</sup>, Eugènia Negro<sup>1 4</sup>, Jordi Puig<sup>1 2</sup>

<sup>1</sup>Fundació Lluita Contra les Infeccions, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona; <sup>2</sup>Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona; <sup>3</sup>Universitat Oberta de Catalunya, Badalona; <sup>4</sup> Universitat de Vic, Barcelona.

## Introducción

La evaluación de personas con VIH ≥ de 50 años (PVIH) va más allá de la evaluación de las comorbilidades. La cohorte presentada, llamada Cohorte Over50, está compuesta por PVIH ≥ 50 años, a quienes se les aplica una evaluación geriátrica integral que aborda las esferas clínica, funcional, social y mental de manera holística.

Se compara una evaluación geriátrica integral entre las PVIH de la cohorte con un grupo control formado por individuos sin infección por el VIH.

## Métodos

Se describe el resultado de los cuestionarios que fueron administrados a un total de 394 PVIH ≥ 50 años y a 147 participantes del grupo control de la Cohorte Over50. Éstas fueron emparejadas por sexo y edad ( $\pm 2$  años) con las PVIH. Se seleccionaron 17 cuestionarios validados, los cuales fueron administrados por profesionales de enfermería especializados.

## Resultados

**Tabla 2.** Sdmes. Geriátricos. Porcentajes de pacientes alterados (%)

	CONTROL N=147	PVIH N=394
Deficiencia Auditiva. Escala HHDDA (%)	37,4	49,5
Calidad de sueño. Escala Pittsburgh (%)	0,7	6,3
Uso de medicación para dormir, 3 o más a la semana (%)	5,0	13,6
Dolor crónico o agudo (%)	5,8	24,8
Riesgo desnutrición. Escala MNA (%)	10,88	28,17
Disfunción sexual (%)	33,6	51,5

**Tabla 3.** Esfera Funcional. Porcentajes de pacientes alterados (%)

	CONTROL N=147	PVIH N= 394
Fuerza muscular, dinamómetro (kg)	3,40	8,9
Fragilidad SPPB (%)	35,4	18,5
1 o más caídas en el último año (%)	3,8	13,8

**Tabla 1.** Características demográficas y clínicas

	CONTROL N=147	PVIH N=394
Edad (años)	71	66
Hombres (%)	66,9	75,9
Raza caucásica (%)	65,9	96,3
Educación primaria completa (%)	13	33,7
Viviendo en pareja (%)	70,7	43,9
IMC	27,2	25,1
Fumador (%)	23	34
Alcohol (>3 unidades/día) (%)	4,8	13,5
Consumidor drogas ocasional (%)	0	10,5
CD4 nadir (media)	NA	189
Comorbilidad: dislipemia (%)	24,1	45
Comorbilidad: neoplasia (%)	8,5	15,2
Comorbilidad: patología psiquiátrica (%)	15,6	29,2
Polifarmacia (>5 fármacos) (%)	21,7	42,4

**Tabla 4.** Esfera Psico-Cognitiva. Porcentajes de pacientes alterados (%)

	CONTROL N=147	PVIH N=394
Síntomas Depresivos. Escala GDS (%)	1,4	13,5
Queja cognitiva. Escala EACS (%)	6,1	20
Cribado Positivo de Deterioro Cognitivo. Escala NEU Screen* (%)	18,5	25,6
Reserva cognitiva. Escala CRC. Rango superior* (%)	64	39,1

\*Evaluación de 192 personas (146 PVIH y 27 personas del grupo control).

**Tabla 5.** Determinantes Sociales (%)

	CONTROL N=147	PVIH N=394
Calidad de vida (%)	9,5	12,4
Bastante a menudo se siente solo* (%)	3,8	13,9
Viven en vivienda solo (%)	14,2	32,9

\*Evaluación de 177 personas (151 PVIH y 26 personas del grupo control)

## Conclusiones

- Se evidencia una prevalencia en PVIH de trastornos del sueño, dolor crónico, disfunción sexual, caídas, depresión y sentimientos de soledad respecto al grupo control.
- Es esencial la creación de un equipo interdisciplinar como respuesta a proporcionar un enfoque integral que vaya más allá de las comorbilidades médicas.
- La capacitación y empoderamiento de los/las profesionales de enfermería son cruciales en la realización de las valoraciones geriátricas integrales con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las PVIH ≥ 50 años.



## EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA PREEXPOSICIÓN POSTEXPOSICIÓN FRENTE A LAS ITS

Alejandro Vila Pérez<sup>1</sup>; Asunción Díaz<sup>2</sup>; Victoria Hernando<sup>2</sup>

1.Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz 2.Centro Nacional de Epidemiología. CIBERINFEC. Instituto de Salud Carlos III, Madrid

## INTRODUCCIÓN

- Las **Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)** ejercen un impacto negativo en la salud sexual y reproductiva.
- Cada día se producen más de **un millón de nuevos casos** en el mundo.
- En el **abordaje de la Salud Pública** es necesaria la adopción de nuevas estrategias que logren **interrumpir las cadenas de transmisión**.
- Un enfoque biomédico que ha suscitado interés en la prevención de ITS bacterianas (sífilis, clamidiasis y gonococia) es el uso de la **profilaxis antibiótica preexposición (PrEP) y postexposición (PPE)**, en concreto con un antibiótico bacteriostático inhibidor de la síntesis proteica.
- Sin embargo, antes de recomendar su implementación generalizada es necesario **evaluar su eficacia, seguridad y efectos en la resistencia antibiótica**.

## OBJETIVO

Revisar la evidencia disponible en la literatura sobre la eficacia, seguridad y efecto en la resistencia del empleo de un antibiótico bacteriostático inhibidor de la síntesis proteica como PrEP y PPE frente a las ITS bacterianas (sífilis, clamidiasis y gonococia).

## MÉTODO

Búsqueda en la literatura en **PubMed, Scopus y Tripdatabase** de:

- Estudios primarios: **Ensayos clínicos aleatorizados (ECAs)**.
- Estudios secundarios: **Informes de evaluación, guías de práctica clínica, etc.**

**Palabras clave:** Prophylaxis, Post-Exposure Prophylaxis (PEP), Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP), Sexual Transmitted Infections (STIs), Sexual Transmitted Diseases (STDs).

## RESULTADOS

## profilaxis antibiótica postexposición (PPE)

(Tabla 1)

## profilaxis antibiótica preexposición (PrEP)

- Se encontraron **tres ECAs** en países de altos ingresos en **Hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y mujeres trans** con alto riesgo de VIH/ITS.
- En ellos, se respalda la eficacia y seguridad con una **reducción de ITS** (47-66%), especialmente **clamidiasis y sífilis** (>70-80%).
- NO** hay resultados concluyentes frente a **infección gonocócica** (0-57%).
- NO** se detectaron **eventos adversos** graves ni **interrupciones** en el tratamiento.
- Se observó un **incremento de aislamientos de gonococo resistentes** en un estudio (sin significación estadística), pero **NO** se detectaron **resistencia en *C. trachomatis***.
- Se notificó un **aumento** significativo de aislamientos de ***S. aureus* resistentes** en un estudio (8%), otro estudio, un **aumento de *S. aureus* y *E. coli* productora de BLEE** (betalactamasa de espectro extendido).
- Un ECA en **mujeres cis NO** encontró un **reducción** del riesgo de ITS y hubo un **baja adherencia** al tratamiento.
- Solo se encontró un ECA que evaluó un número limitado de HSH (n=30), con una **reducción** del 73% en la incidencia de **gonococia y clamidiasis**.

TABLA 1. RESUMEN DE LOS ESTUDIOS REVISADOS SOBRE LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA POSTEXPOSICIÓN FRENTE A LAS ITS

ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS		EVENTOS ADVERSOS	CONCLUSIONES
			Reducción	HR (IC 95%)		
Francia, 2015-16	HSH y mujeres trans (≥18 años) con PrEP frente al VIH y con alto riesgo de adquisición de ITS (n=232)	200 mg a demanda 24-72 horas tras sexo anal u oral sin preservativo (máximo 3 dosis por semana)	<b>ITS general</b> 47% <b>Sífilis</b> 73% <b>Clamidia</b> 70% <b>Gonococia</b> -- Efectos en la resistencia: • Resistencia en 7/9 aislamientos de <i>N. gonorrhoeae</i> (grupo que no recibió la PPE) • No resistencias en los aislamientos de <i>C. trachomatis</i>	0,53 (0,33-0,85) 0,27 (0,07-0,98) 0,30 (0,13-0,70) 0,83 (0,47-1,47)	Eventos <b>gastrointestinales</b> : 47 (41%) grupo sin PPE 62 (53%) grupo PPE	Reducción de la aparición de un primer episodio de ITS bacteriana (excepto para gonorrea) en HSH que toman PrEP frente al VIH y con alto riesgo de adquisición de ITS/VIH
EE. UU., 2020-2022	HSH y mujeres trans que recibían PrEP o vivían con VIH (n=501)	200 mg <72 horas tras relación sexual sin preservativo (máximo 1 dosis por día)	Cohorte PrEP Reducción RR (IC 95%) <b>ITS general</b> 66% 0,34 (0,24-0,46) <b>Sífilis</b> 87% 0,13 (0,03-0,59) <b>Clamidia</b> 88% 0,26 (0,05-0,25) <b>Gonococia</b> 55% 0,45 (0,32-0,65) Personas que viven con VIH Reducción RR (IC 95%) <b>ITS general</b> 62% 0,38 (0,24-0,60) <b>Sífilis</b> 76% 0,23 (0,04-1,29) <b>Clamidia</b> 73% 0,26 (0,12-0,57) <b>Gonococia</b> 57% 0,43 (0,26-0,71) Efectos en la resistencia: • Incremento de <i>N. gonorrhoeae</i> resistentes en el grupo con PPE (5/13; 30% VS 2/16; 10.5%) aunque sin significancia estadística • Incremento de <i>S. aureus</i> resistentes, con significancia estadística (5% VS 13%). • Incremento de <i>Neisseria spp.</i> resistentes en el grupo con PPE, aunque sin significancia estadística		5 eventos adversos de grado 3. No eventos adversos graves	Eficacia en la reducción de la incidencia de ITS, incluyendo infecciones gonocócicas. Potencial selección de cepas resistentes. Es necesario considerar riesgos y beneficios en su uso
Francia, 2021-2022	HSH que recibían PrEP frente al VIH y con diagnóstico reciente de ITS en el último año (n=556)	200 mg <72 horas tras relación sexual sin preservativo (máximo 3 dosis por semana)	Reducción 83% para clamidia y sífilis (aHR: 0.17; IC 95%: [0.12-0.26]) Reducción 33% para gonorrea (aHR: 0.67; 95%CI: [0.52-0.87]) Efectos en la resistencia: • Todos los aislamientos de <i>N. gonorrhoeae</i> eran resistentes al inicio del estudio • No se detectó resistencia de <i>C. trachomatis</i> • Incremento de <i>S. aureus</i> resistente en el grupo con PPE a los 12 meses (+8.1% VS +3.9%) • Incremento de <i>E. coli BLEE</i> en el grupo con PPE a los 12 meses (+8.6% VS +3.5%)		1 caso de eritema relacionado con la toma del antibiótico	Reducción significativa de la incidencia de clamidia y sífilis, y en menor medida de infecciones gonocócicas
Kenia, 2020-2022	Mujeres cis que tomaban PrEP frente al VIH (n=449)	200 mg 24-72 horas tras relación sexual sin preservativo (máximo 1 dosis por día)	Nº de ITS en grupo con PPE: 50 (25.1 casos por 100 personas-año) Nº de ITS en grupo sin PPE: 59 (29.0 casos por 100 personas-año) RR ITS en general: 0.88 (IC 95%: [0.60 – 1.29]; p= 0.51)		Ningún evento adverso grave	No evidencia de menor incidencia de ITS. Baja adherencia al uso de la PPE (29.0%) (análisis muestras de cabello)

## CONCLUSIONES

- La **PPE** con un **antibiótico bacteriostático inhibidor de la síntesis proteica** sería una **estrategia** efectiva en la **reducción de la incidencia de ITS en HSH y mujeres trans con alto riesgo de adquisición de VIH/ITS**.
- Sin embargo, su implementación **requiere de una vigilancia** continua y exhaustiva de la aparición de **resistencias**, tanto en microorganismo causantes de ITS como en otros microorganismos patógenos y no patógenos.
- Además, es recomendable considerar esta estrategia como una herramienta más dentro de un **enfoque integral para la prevención de las ITS**.
- En el caso de la **PrEP**, la **evidencia** es todavía muy **limitada y escasa**.



# IMPACTO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL INYECTABLE DE ACCIÓN PROLONGADA EN EL ESTIGMA DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH (PVVIH)

Andoni Casen Gil<sup>1\*</sup>, Irene López Valdivia<sup>1</sup>, María Aguilera García<sup>1</sup>, Ana Gutiérrez<sup>1</sup>, Cristina Arévalo Román<sup>1</sup>, Lucio J García Fraile Fraile<sup>1,2</sup>, Ignacio de los Santos Gil<sup>1,2</sup>.  
1: Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario de La Princesa, 2: CIBERINFEC (\*Contacto: casen.andoni99@gmail.com)

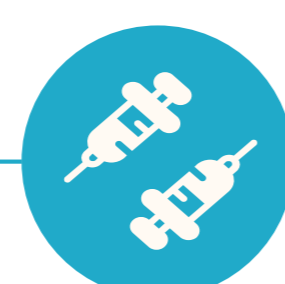
## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El **estigma** vinculado al VIH persiste como un desafío para la salud y el bienestar de quienes viven con esta infección. El **tratamiento antirretroviral (TAR)** ha evolucionado y las opciones inyectables han surgido como una alternativa. Queremos evaluar qué impacto ha tenido el tratamiento inyectable en la **percepción del estigma en las personas que viven con VIH (PVVIH)** que han iniciado TAR inyectable en nuestro centro.

## METODOLOGÍA Y RESULTADOS

Estudio **descriptivo** unicéntrico prospectivo en cohorte clínica abierta realizado en un Hospital Universitario en Madrid

Realizan **cuestionario de Estigma** en la consulta de infecciosas de forma autónoma supervisados por personal sanitario



Pacientes **VIH+** mayores de 18 años que recibieron tratamiento inyectable de acción prolongada

Realizan cuestionarios en la **visita basal** (59 pacientes), **S12** (50 pacientes) y **S28** (42 pacientes)

**Tabla 1.** Mediana de los datos cuantitativos referidos. Análisis estadístico: IBM SPSS Statistics 22.0.

CUESTIONARIO DE ESTIGMA	Basal	S12	S28	Diferencia
<b>P1.</b> Decirle a alguien que tienes el VIH es muy arriesgado	3	3	2	-1
<b>P2.</b> Las actitudes de la gente hacia el VIH me hacen sentir mal conmigo mismo	1	1	1	0
<b>P3.</b> Me siento culpable por tener el VIH	1	2	1	0
<b>P4.</b> Las personas seropositivas pierden su trabajo cuando sus jefes se enteran que tienen el VIH	2	2	1	-1
<b>P5.</b> Me esfuerzo por mantener en secreto que tengo el VIH.	4	3	3	-1
<b>P6.</b> Siento que no soy tan bueno/a como el resto de la gente porque tengo el VIH.	1	1	1	0
<b>P7.</b> Me da vergüenza contarle a otras personas que tengo el VIH.	3	2	1	-2
<b>P8.</b> Las personas con VIH son tratadas como marginadas.	3	2	2	-1
<b>P9.</b> En muchos ámbitos de mi vida nadie sabe que tengo el VIH.	4	4	4	0
<b>P10.</b> Mucha gente cree que una persona con VIH es despreciable.	3	2	3	0
<b>P11.</b> Me angustia transmitir a otras personas el VIH.	3	2	1	-1
<b>P12.</b> Siento como si mi cuerpo estuviera sucio por tener el VIH.	1	1	1	0
<b>P13.</b> Entendería que alguien rechazara mi amistad porque tengo el VIH.	1	1	2	+1
<b>P14.</b> Tener el VIH es un castigo por algunos de mis comportamientos.	1	1	1	0
<b>P15.</b> Muchas personas son rechazadas cuando los demás se enteran que tiene el VIH.	3	3	2	-1
<b>P16.</b> Tengo mucho cuidado a quien le digo que tengo el VIH.	4	4	4	0
<b>P17.</b> Tengo mucho cuidado a quien le digo que tengo el VIH.	1	1	1	0
<b>P18.</b> Prefiero evitar tener relaciones sexuales porque temo transmitir el VIH a la otra persona.	1	1	1	0
<b>P19.</b> La mayoría de la gente está incómoda si tiene cerca a alguien con VIH.	2	2	2	0
<b>P20.</b> Nunca he sentido la necesidad de esconder que tengo el VIH.	1	1	2	+1
<b>P21.</b> Me preocupa que la gente me juzgue si se enteran de que tengo el VIH.	3	2	3	0
<b>P22.</b> Me siento herido/a por la manera en que la gente reacciona cuando sabe que tengo el VIH.	2	1	1	-1
<b>P23.</b> Me preocupa que la gente que sabe que tengo el VIH se lo cuente a otros.	3	2	2	-1
<b>P24.</b> Me arrepiento de haberle dicho a algunas personas que tengo el VIH.	1	1	1	0
<b>P25.</b> Personas cercanas a mí han dejado de llamarme después de saber que tengo el VIH.	1	1	1	0
<b>P26.</b> Hay gente que no me deja estar cerca de sus hijos después de saber que tengo VIH.	1	1	1	0
<b>P27.</b> La gente se aparta físicamente de mí porque tengo el VIH.	1	1	1	0
<b>P28.</b> He dejado de relacionarme con algunas personas debido a sus reacciones.	1	1	1	0
<b>P29.</b> He perdido buenos amigos/as por decirles que tengo el VIH.	1	1	1	0
<b>P30.</b> Le he pedido a gente cercana a mí que guarde el secreto de que tengo el VIH.	2	1	3	+1

## CONCLUSIONES

- Los cambios entre la visita basal y la semana 28 son mínimos. Esto puede deberse a que en el presente cuestionario no se abordan preguntas específicas sobre el tratamiento inyectable ni sobre su impacto directo en el estigma.
- Sería de importancia conocer la prevalencia de preocupaciones de nuestros pacientes en relación a la percepción del estigma, y comprobar si esta nueva posología de tratamiento las reduce.
- En el futuro, sería necesario realizar una nueva evaluación para obtener nuevos datos y observar los potenciales cambios.

## REFERENCIAS

1. Fuster-Ruiz de Apodaca, M.J. *et al.* (2015) 'Adaptation of the HIV stigma scale in Spaniards with HIV', *The Spanish Journal of Psychology*, 18. doi:10.1017/s1138741615000694.



# IMPACTO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL INYECTABLE DE ACCIÓN PROLONGADA EN LA CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH (PVVIH)

Andoni Casen Gil<sup>1\*</sup>, Irene López Valdivia<sup>1</sup>, María Aguilera García<sup>1</sup>, Ana Gutiérrez<sup>1</sup>, Cristina Arévalo Román<sup>1</sup>, Lucio J García Fraile Fraile<sup>1,2</sup>, Ignacio de los Santos Gil<sup>1,2</sup>.  
1: Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario de La Princesa, 2: CIBERINFEC (\*Contacto: casen.andoni99@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

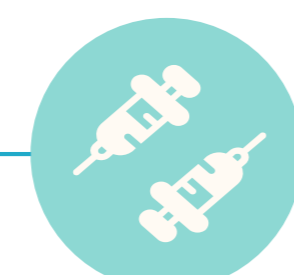
La **calidad de vida (CdV)** de las personas con VIH (PVVIH) es inferior a la de la población general, y la mejoría de esta debe ser uno de los objetivos asistenciales en las unidades clínicas que atienden a PVVIH. Dada su complejidad, la evaluación de la CdV se lleva a cabo mediante **PROs validados**. El impacto en la CdV de las PVVIH **del tratamiento antirretroviral (TAR) inyectable** aún no ha sido evaluado en vida real. Queremos evaluar este impacto en las PVVIH atendidas en nuestro centro tras iniciar TAR inyectable.

## METODOLOGÍA Y RESULTADOS

Estudio unicéntrico **analítico prospectivo** en cohorte clínica abierta realizado en un **Hospital Universitario en Madrid**



Pacientes **VIH+** >de 18 años que recibieron **tratamiento inyectable** de acción prolongada



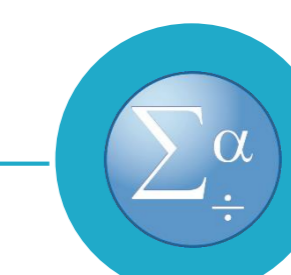
Realizan **cuestionario de CdV "WHOQOL-HIV-BREF"** en la consulta de infecciosas de forma autónoma supervisados por personal sanitario



Realizan cuestionarios en la **visita basal** (68 pacientes), **S12** (49 pacientes) y **S28** (35 pacientes) de tratamiento



Análisis estadístico con **IBM SPSS Statistics 22.0**



**Tabla 1.** Mediana de los resultados cuantitativos referidos y la diferencia entre el sondeo basal, en la S12 y en la S28. Las respuestas a las 31 preguntas se miden en una escala de 1 a 5 puntos, indicando 1 la peor calidad de vida y 5 una calidad de vida muy buena, exceptuando cuando se cuantifican percepciones negativas, donde la puntuación se mide a la inversa\*.

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA	Basal	S12	S28	Diferencia
<b>P1.</b> ¿Cómo calificarías tu calidad de vida?	4	4	4	0
<b>P2.</b> ¿Cómo estás de satisfecho con tu salud?	4	4	4	0
<b>Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que las dos últimas semanas has experimentado ciertos hechos o fuiste capaz de hacer ciertas cosas, y en qué medida.</b>				
<b>P3*</b> . ¿Hasta qué punto piensas que el dolor (físico) te impide hacer lo que necesitas?	2	1	1	-1
<b>P4*</b> . ¿En qué grado te molestan los problemas físicos relacionados con tu infección por VIH?	1	1	1	0
<b>P5*</b> . ¿En qué grado necesitas tratamiento médico para funcionar en tu vida diaria?	2	2	2	0
<b>P6.</b> ¿Cuánto disfrutas de la vida?	4	4	4	0
<b>P7.</b> ¿Hasta qué punto sientes que tu vida tiene sentido?	5	5	4	-1
<b>P8*</b> . ¿Hasta qué punto te molesta que otras personas te culpen por tu estado VIH?	2	3	3	+1
<b>P9*</b> . ¿Cuánto temes al futuro?	3	3	3	0
<b>P10*</b> . ¿Cuánto te preocupas por la muerte?	2	3	3	+1
<b>P11.</b> ¿Cuál es tu capacidad de concentración?	4	4	4	0
<b>P12.</b> ¿Cuánta seguridad sientes en tu vida diaria?	4	4	4	0
<b>P13.</b> ¿Cómo de saludable es el ambiente físico a tu alrededor?	4	4	4	0
<b>P14.</b> ¿Tienes energía suficiente para la vida diaria?	4	4	4	0
<b>P15.</b> ¿Eres capaz de aceptar tu apariencia física?	4	4	4	0
<b>P16.</b> ¿Tienes suficiente dinero para cubrir tus necesidades?	3	4	4	+1
<b>Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas te has sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de tu vida.</b>				
<b>P17.</b> ¿Hasta qué punto te sientes aceptado/a por las personas que conoces?	5	4	4	-1
<b>P18.</b> ¿Dispones de la información que necesitas para tu vida diaria?	4	4	4	0
<b>P19.</b> ¿Hasta qué punto tienes oportunidad de realizar actividades de ocio?	4	4	3	-1
<b>P20.</b> ¿Eres capaz de desplazarte de un lugar a otro?	5	5	5	0
<b>La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que tú has sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas</b>				
<b>P21.</b> ¿Cómo de satisfecho/a estás con tu sueño?	3	4	4	+1
<b>P22.</b> ¿Cómo de satisfecho/a estás con tu habilidad para realizar tus actividades de la vida diaria?	4	4	4	0
<b>P23.</b> ¿Cómo de satisfecho/a estás con tu capacidad de trabajo?	4	4	4	0
<b>P24.</b> ¿Cómo de satisfecho/a estás de ti mismo/a?	4	4	4	0
<b>P25.</b> ¿Cómo de satisfecho/a estás con tus relaciones personales?	4	4	4	0
<b>P26.</b> ¿Cómo de satisfecho/a estás con tu vida sexual?	3	4	4	+1
<b>P27.</b> ¿Cómo de satisfecho/a estás con el apoyo que obtienes de tus amigos/as?	4	4	4	0
<b>P28.</b> ¿Cómo de satisfecho/a estás de las condiciones del lugar donde vives?	4	4	4	0
<b>P29.</b> ¿Cómo de satisfecho/a estás con el acceso que tienes a los servicios sanitarios?	4	4	4	0
<b>P30.</b> ¿Cómo de satisfecho/a estás con los servicios de transporte?	4	4	4	0
<b>P31*</b> . ¿Con qué frecuencia tienes sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	2	3	3	+1

## CONCLUSIONES

- Existe una escasa **mejoría** en 4 preguntas (**sueño, vida sexual, aspectos económicos y dolor físico**) de la escala con una dudosa relación con la medicación dado el limitado seguimiento en el tiempo de los pacientes.
- Existen **preguntas cuyo resultado ha empeorado**, como una ligera disminución de las actividades de ocio y un ligero aumento de los sentimientos y pensamientos negativos.
- La variación del resultado de los ítems es mínima.** A rasgos generales, tras realizar el análisis descriptivo puede observarse que la calidad de vida de los pacientes es adecuada al inicio del tratamiento.

## REFERENCIAS

- WHO - World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Dependence. (2002). WHOQOL-HIV instrument: users manual. Geneva: WHO.
- Fuster-Ruiz de Apodaca, M.J. et al. (2019) 'Assessing quality of life in people with HIV in Spain: Psychometric testing of the Spanish version of WHOQOL-HIV-BREF', Health and Quality of Life Outcomes, 17(1). doi:10.1186/s12955-019-1208-8.





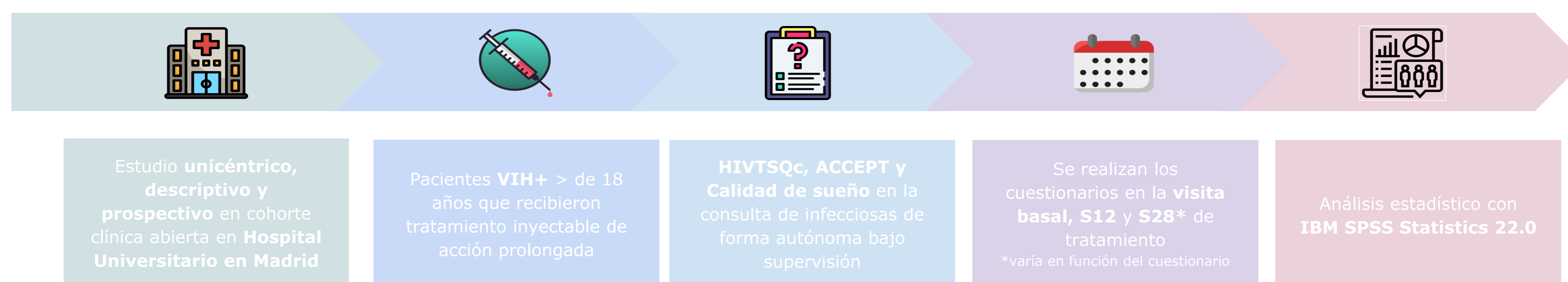
# ACEPTACIÓN E IMPACTO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL INYECTABLE PARA PERSONAS QUE VIVEN CON VIH (PVVIH) EN LA CALIDAD DE SUEÑO, SATISFACCIÓN Y PERCEPCIÓN DEL DOLOR

Andoni Casen Gil<sup>1\*</sup>, Irene López Valdivia<sup>1</sup>, María Aguilera García<sup>1</sup>, Ana Gutiérrez<sup>1</sup>, Cristina Arévalo Román<sup>1</sup>, Lucio J García Fraile Fraile<sup>1,2</sup>, Ignacio de los Santos Gil<sup>1,2</sup>.  
1: Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario de La Princesa, 2: CIBERINFEC (\*Contacto: casen.andoni99@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Comprender los factores y hábitos de vida que afectan la salud de PVVIH es esencial para personalizar la atención médica, mejorar la adherencia al tratamiento y optimizar la calidad de vida. En nuestro centro se administran **fármacos inyectables** para el VIH como una alternativa a los fármacos orales. El **objetivo** de este estudio se basa en analizar la aceptación del tratamiento, la satisfacción con el mismo, la percepción del dolor durante la administración de los fármacos, así como la evolución en la calidad del sueño a lo largo del tratamiento.

## METODOLOGÍA Y RESULTADOS



**Tabla 1.** Mediana de los resultados cuantitativos referidos al cuestionario HIVTSQc en la S12 y la S28. Los pacientes evalúan su satisfacción en una escala del 3 (mucho más satisfecho ahora) al -3 (mucho menos satisfecho ahora).

CUESTIONARIO HIVTSQc (satisfacción)	S12 (N=84)	S28 (N=58)
<b>P1.</b> ¿Cómo de satisfecho/a está con su tratamiento actual respecto al anterior?	3	3
<b>P2.</b> ¿Cómo de controlada cree que está la infección con su tratamiento actual respecto al previo?	3	3
<b>P3.</b> ¿Cómo de satisfecho/a está con los efectos secundarios?	3	3
<b>P4.</b> ¿Cómo de satisfecho/a está con las exigencias que le supone la administración?	3	3
<b>P5.</b> ¿Cómo de práctico y cómodo considera que es el tratamiento?	3	3
<b>P6.</b> ¿Cómo de flexible considera la administración del tratamiento?	3	3
<b>P7.</b> ¿Cómo de satisfecho/a se encuentra con los conocimientos que tiene acerca del VIH?	3	3
<b>P8.</b> ¿Cómo de satisfecho/a está con cómo se ajusta la administración del tratamiento a su estilo de vida?	3	3
<b>P9.</b> ¿Recomendaría su tratamiento a otra persona que vive con el VIH?	3	3
<b>P10.</b> ¿Cómo de satisfecho/a estaría de continuar con su actual tratamiento?	3	3
<b>P11.</b> ¿Cómo de cómodo le parece su actual tratamiento inyectable?	3	3
<b>P12.</b> ¿Cómo de satisfecho/a está con el grado de dolor/molestias que le ocasionan las inyecciones?	2	2

**Tabla 2.** Mediana de los resultados cuantitativos referidos al cuestionario ACCEPT en la visita basal, S12 y S28. Se contemplan valores del 1 al 5, teniendo en cuenta que 1 expresa un total desacuerdo, 4 un total acuerdo y 5 desconocimiento.

CUESTIONARIO ACCEPT (aceptación y adaptación)	Basal (N=115)	S12 (N=91)	S28 (N=57)
<b>P1.</b> ¿Está de acuerdo con la siguiente afirmación?: "Mi tratamiento tiene más ventajas que desventajas."	4	4	4
<b>P2.</b> Dadas las ventajas y desventajas de su tratamiento, ¿considera que es una buena terapia para la infección?	4	4	4
<b>P3.</b> ¿Cree que, a largo plazo, vale la pena recibir sus medicamentos?	4	4	4

**Tabla 3.** Mediana de los resultados cuantitativos referidos al cuestionario PIN y la diferencia entre el sondeo en la S12 y en la S28. El cuestionario evalúa las molestias tras la inyección mediante una escala del 1 al 5 donde 1 es un valor totalmente aceptable y 5 es un valor nada aceptable.

CUESTIONARIO PIN (Percepción de la inyección)	S12 (N=78)	S28 (N=52)	Diferencia
<b>1. En caso de molestias en el lugar de inyección ¿cómo de intensas han sido?</b>			
Dolor	2	1	-1
Enrojecimiento	1	1	0
Hinchazón	1	1	0
Picor	1	1	0
Endurecimiento	1	1	0
Hematoma	1	1	0
<b>2. Dificultad para mover la pierna debido a:</b>			
Reacción local	2	1	-1
Dolor	1	1	0
<b>3. Molestias en el lugar de la inyección:</b>			
Reacción local	1	1	0
Dolor	2	1	-1
<b>4. Alteraciones del sueño:</b>			
Dificultad para dormir por molestias	1	1	0
Cambios de postura por molestias	1	1	0
Dificultad para dormir por dolor	1	1	0
Cambios de postura por dolor	1	1	0
<b>5. ¿Ha presentado ansiedad antes o después?</b>	1	1	0
<b>6. ¿Ha notado dolor o molestias durante la administración de la inyección?</b>	1	2	+1
<b>7. ¿Está satisfecho/a con el lugar de administración de la inyección (glúteos)?</b>	1	1	0
<b>8. ¿Está satisfecho/a con la aguja que se ha utilizado para la inyección?</b>	1	1	0
<b>9. ¿Está dispuesto/a a recibir un tratamiento inyectable en la siguiente visita?</b>	1	1	0

**Tabla 4.** Mediana de los resultados cuantitativos referidos al cuestionario sobre Calidad del sueño en la visita basal, S12 y S28, siendo 21 la puntuación máxima e indicando una peor calidad de sueño a mayor puntuación.

CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DEL SUEÑO	Basal (N=60)	S12 (N=47)	S28 (N=34)
	6	6	5

## CONCLUSIONES

**Cuestionario HIVTSQc** → Existe una satisfacción casi completa con el TAR inyectable, demostrándose como única incidencia una ligera inconformidad con el grado de dolor.

**Cuestionario ACCEPT** → En relación a la aceptación del TAR inyectable, se demuestra un alto grado de aceptación y adaptación, con una aceptación casi completa.

**Cuestionario PIN** → En relación a las inyecciones, como única incidencia por parte de los pacientes, se ha registrado un ligero dolor en el lugar de la inyección, el cual, según la escala, ha sido muy leve y aceptable.

**Calidad de sueño** → Existe una ligera mejoría entre la S12 y la S28 de tratamiento, lo cual podría estar relacionado con la medicación. Aún así, el poco tiempo de estudio no permite establecer una relación directa entre la medicación y la calidad de sueño.

## REFERENCIAS

