

Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

Volumen 43, Suplemento 2, Noviembre 2025

Publicación mensual



PUBLICACIÓN OFICIAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
Y MICROBIOLOGÍA CLÍNICA

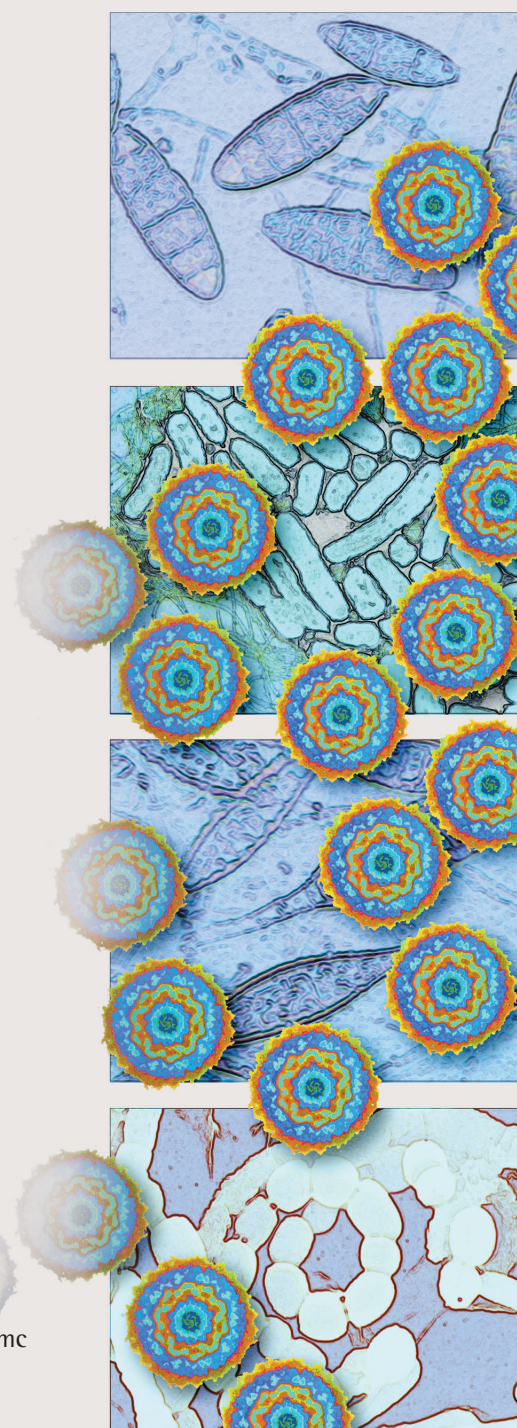
XVI Congreso Nacional GeSIDA-SEIMC

Granada, 23-26 de noviembre de 2025



Incluida en: Index Medicus/MEDLINE
Excerpta Medica/EMBASE
Current Contents/Clinical Medicine
ISI Alerting Services
Science Citation Index-Expanded
Journal Citation Reports
Scopus/MEDES

www.elsevier.es/eimc



XVI Congreso Nacional GeSIDA-SEIMC

Granada, 23-26 de noviembre de 2025

Comité de Honor

Sra. Dña. Mónica García Gómez
Ministra de Sanidad
Gobierno de España

Sr. D. Juan Manuel Moreno Bonilla
Presidente de la Junta de Andalucía

Sra. Dña. Rocío Hernández Soto
Consejera de Salud y Consumo
Junta de Andalucía

Sr. D. Pablo Gullón Tosio
Director General de Salud Pública
Ministerio de Sanidad
Gobierno de España

Sra. Dña. Marifrán Carazo Villalonga
Alcaldesa de Granada

Sra. Dña. Julia del Amo Valero
Directora de la División para el control del VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis
Dirección General de Salud Pública
Ministerio de Sanidad
Gobierno de España

Comité Organizador

José Alcamí Pertejo
José Ramón Arribas López
Juan Berenguer Berenguer
Enrique Bernal Morell
José Ignacio Bernardino de la Serna
María José Buzón Gómez
María Teresa Coiras López
Julia García Prado
Carmen María González Domenech
Arkaitz Imaz Vacas
Luz Martín Carbonero
Esteban Martínez Chamorro
Javier Martínez-Picado

Marta Massanella Luna
Marta Montero Alonso
Beatriz Mothe Pujadas
María Luisa Navarro Gómez
Rosario Palacios Muñoz
María Jesús Pérez Elías
José Antonio Pérez Molina
Salvador Resino García
Antonio Rivero Román
Ezequiel Ruiz Mateos
María Salgado Bernal
María Velasco Arribas

Comité Científico

Teresa Aldamiz-Echevarría
Hortensia Álvarez Díaz
Juan Ambrosioni Czyrko
Lucía Bailón Álvarez
Azucena Bautista Hernández
Enrique Bernal Morell
Julià Blanco Arbués
M.^a José Galindo Puerto
Roberto Güerri-Fernández
Carmen Hidalgo Tenorio
Inma Jarrín Vera
Jara Llenas García
Josep M.^a Llibre Codina

Enrique Martín Gayo
Javier Martínez Sanz
Rocío Montejano Sánchez
Sara Morón López
M.^a Jesús Pérez Elías
M.^a Carmen Puertas Castro
Federico Pulido Ortega
Anna Rull Aixà
Pablo Ryan Múrua
Jesús Santos González
Miguel Torralba González de Suso
Jesús Troya García

Responsables de TRACK

Federico Pulido Ortega
TRACK 01: TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Luz Martín Carbonero
TRACK 02: COMPLICACIONES INFECCIOSAS (incluyendo COVID-19, oportunistas y hepatitis virales)

Enrique Bernal Morell
TRACK 03: COMORBILIDADES

Jesús Santos González
TRACK 04: PREVENCIÓN (PreP, PeP, otras) + ITS

M.^a Luisa Navarro Gómez
TRACK 05: INFECCIÓN MATERNO-FETAL/PEDIATRÍA/ ADOLESCENTES/MUJERES

Inmaculada Jarrín Vera
TRACK 06: EPIDEMIOLOGIA CLÍNICA Y DIAGNOSTICO DE LA INFECCIÓN POR VIH

Julia García Prado
TRACK 07: RESPUESTA INMUNE ANTIVIRAL, VACUNAS PREVENTIVAS

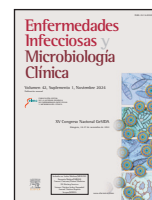
Enrique Martín Gayo
TRACK 08: LATENCIA VIRAL Y ESTRATEGIAS DE CURACIÓN

Anna Rull Aixà
TRACK 09: VIROLOGÍA, EPIDEMIOLOGÍA MOLECULAR Y MECANISMOS DE PATOGÉNESIS



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Comunicaciones Orales

XVI Congreso Nacional GeSIDA-SEIMC

Granada, 23-26 de noviembre de 2025

Comunicaciones Orales 1

24 de noviembre - 10:45-12:45 h

CO-01. RESULTADOS A LARGO PLAZO DEL ESTUDIO PASO-DOBLE (GESIDA 11720): NO INFERIORIDAD VIROLÓGICA Y MENOR GANANCIA DE PESO CON DTG/3TC FRENTE A BIC/FTC/TAF A 96 SEMANAS

Mar Masiá¹, María José Crussells², Pere Domingo³, Adrià Curran⁴, Roberto Guerri-Fernández⁵, Enrique Bernal⁶, Joaquín Bravo⁷, Boris Revollo⁸, Juan Macias⁹, Juan M. Tiraboschi¹⁰, Rocío Montejano¹¹, Concepción Amador¹², Lucio García-Fraile¹³, José L. Blanco¹⁴, Pablo Ryan¹⁵, Miguel Torralba¹⁶, Miguel Raffo¹⁷, Vicens Diaz-Brito¹⁸, María J. Galindo¹⁹, Sergio Ferra²⁰, Aroa Villoslada²¹, Juan E. Losa²², Francisco J. Fanjul²³, Xavier Pérez-Stachowski²⁴, Joaquim Peraire²⁵, Joaquín Portilla²⁶, Sara de la Fuente²⁷, Carlos Dueñas²⁸, María J. Vázquez²⁹, Silvana Di Gregorio³⁰, Pedro Gil³¹, Marta de Miguel³¹, Belén Alejos³² y Esteban Martínez³³

¹Hospital General Universitario de Elche, CIBERINFEC, Instituto de Salud Carlos III, Madrid. ²Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. ³Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ⁴Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. ⁵Hospital del Mar, Barcelona. ⁶Hospital Reina Sofía, Murcia. ⁷Hospital Morales Meseguer, Murcia. ⁸Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. ⁹Hospital Universitario de Valme, Sevilla. ¹⁰CIBERINFEC, Instituto de Salud Carlos III, Madrid. ¹¹Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona. ¹²Hospital Universitario La Paz, Madrid, CIBERINFEC, Instituto de Salud Carlos III, Madrid. ¹³Hospital Marina Baixa, Villajoyosa. ¹⁴Hospital Universitario de la Princesa, Madrid. ¹⁵Hospital Clínico, Barcelona, CIBERINFEC, Instituto de Salud Carlos III, Madrid. ¹⁶Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. ¹⁷Hospital Universitario, Guadalajara. ¹⁸Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva. ¹⁹Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat. ²⁰Hospital Clínico Universitario, Valencia. ²¹Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería. ²²Hospital Universitario Son Llàtzer, Palma de Mallorca. ²³Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid. ²⁴Hospital Costa del Sol, Marbella. ²⁵Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona, CIBERINFEC, Instituto de Salud Carlos III, Madrid. ²⁶Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante. ²⁷Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Madrid. ²⁸Hospital Clínico Universitario, Valladolid. ²⁹ViiV Healthcare, Tres Cantos, Madrid. ³⁰CP Endocrinología i Nutrició S.L, Barcelona. ³¹Fundación SEIMC-GeSIDA, Madrid. ³²Investigador independiente, Madrid. ³³En representación del grupo de

estudio PASO-DOBLE (GeSIDA 11720), Hospital Clínic, Barcelona, CIBERINFEC, Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

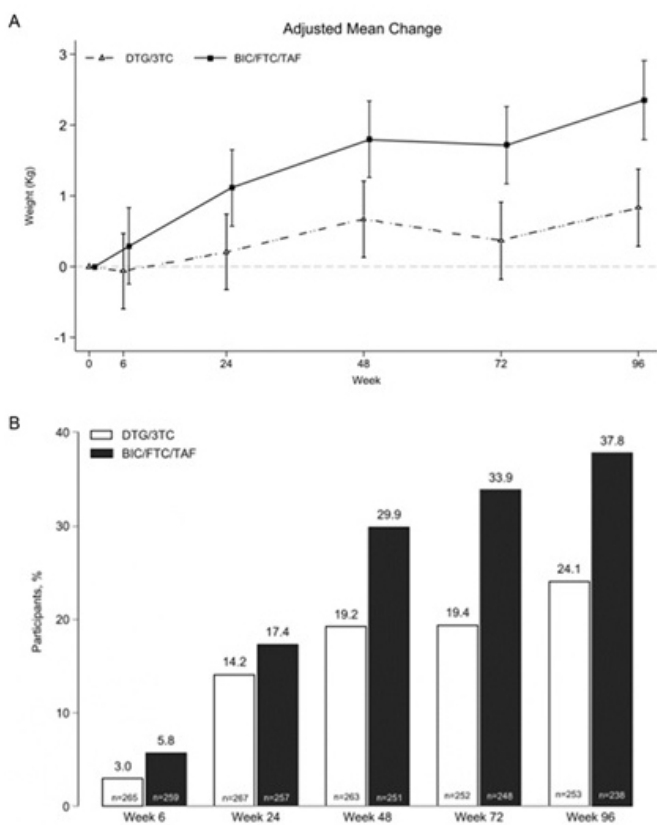
Introducción y objetivos: El estudio PASO-DOBLE (GeSIDA 11720, NCT04884139) compara la eficacia virológica y el impacto metabólico de simplificar el tratamiento antirretroviral a dolutegravir/lamivudina (DTG/3TC) o a bicitegravir/emtricitabina/tenofovir alafenamida (BIC/FTC/TAF) en adultos con VIH. Los resultados a 48 semanas se publicaron en *Lancet HIV* (2025); aquí presentamos los finales a 96 semanas.

Métodos: Ensayo clínico aleatorizado, multicéntrico, abierto y de no inferioridad. Se incluyeron adultos con VIH con RNA-VIH-1 < 50 copias/mL, en tratamiento oral estable con ≥ 1 comprimido/día, potenciadores o fármacos con toxicidad acumulativa, y sin exposición previa a DTG o BIC. Los participantes fueron asignados 1:1 a cambiar su terapia a DTG/3TC o BIC/FTC/TAF. El criterio principal fue la proporción con RNA-VIH-1 ≥ 50 copias/mL (FDA Snapshot; margen de no inferioridad 4%). El fracaso virológico según protocolo se definió como RNA-VIH-1 ≥ 50 copias/mL seguido de ≥ 200 copias/mL. Entre los criterios secundarios se incluyeron el cambio de peso y los factores asociados a una ganancia > 5% en la semana 96.

Resultados: Entre el 14 de julio de 2021 y el 24 de marzo de 2023 se aleatorizaron 553 participantes (DTG/3TC n = 277; BIC/FTC/TAF n = 276). En la semana 96, DTG/3TC fue no inferior a BIC/FTC/TAF [diferencia de riesgo: DTG/3TC (n = 1, 0,4%) menos BIC/FTC/TAF (n = 3, 1,1%) = -0,7%; IC95% -2,1-0,7]. Tres participantes (todos del grupo BIC/FTC/TAF) cumplieron criterios de fracaso virológico. Los eventos adversos relacionados con el tratamiento fueron menos frecuentes con DTG/3TC (7,6%) que con BIC/FTC/TAF (13,4%) (p = 0,025). Los eventos adversos que motivaron retirada ocurrieron en 2 participantes (0,7%) con DTG/3TC y en 4 (1,4%) con BIC/FTC/TAF (p = 0,409), principalmente neuropsiquiátricos. El incremento medio de peso fue mayor con BIC/FTC/TAF (2,4 kg; IC95% 1,6-3,1) que con DTG/3TC (0,8 kg; IC95% 0,1-1,6), con una diferencia de 1,5 kg (IC95% 0,7-2,3); más participantes experimentaron un aumento > 5% del peso con BIC/FTC/TAF (n = 96, 34,8%) que con DTG/3TC (n = 55, 20,1%) (OR ajustada 1,9; IC95% 1,3-2,9) (fig.). Además de BIC/FTC/TAF (OR 1,9; IC95% 1,3-2,9), la ganancia de peso > 5% se asoció independientemente con la exposición basal a TDF sin EFV (aOR 1,9; IC95% 1,04-3,4) o con EFV (OR 1,8; IC95% 1,1-2,9), mientras que seguir una dieta saludable resultó protector (OR 0,4; IC95% 0,2-0,9). El aumento de peso > 5% se asoció a un peor perfil lipídico.

Conclusiones: DTG/3TC demuestra a semana 96 no inferioridad virológica y un perfil metabólico más favorable que BIC/FTC/TAF, lo que respalda su uso como opción de simplificación terapéutica.

Figura. Cambio medio de peso desde el inicio (ajustado por sexo, TAF, edad, raza, dieta e interacción EFV*TDF) (A) y proporción de participantes que experimentaron una ganancia de peso >5% durante el seguimiento (B).



CO-02. COMPARABLE INFLAMMATORY AND METABOLIC OUTCOMES AFTER SWITCHING TO BICTEGRAVIR/EMTRICITABINE/TENOFOVIR ALAFENAMIDE VERSUS CONTINUING DOLUTEGRAVIR/LAMIVUDINE IN VIROLOGICALLY SUPPRESSED ADULTS WITH HIV

Laura Martín-Pedraza¹, Juan Tiraboschi², María Novella³, Alfonso Cabello-Úbeda⁴, Luis López-Cortés⁵, Carmen Busca⁶, Miguel Torralba⁷, María José Crussells⁸, Carmen Hidalgo-Tenorio⁹, Vicente Estrada¹⁰, Ana del Amo de Palacios¹¹, Alberto Díaz de Santiago¹², María Fons-Contreras¹¹, Jesús Santos¹³, Enrique Bernal¹⁴, Marta Montero-Alonso¹⁵, Jesús Troya¹⁶, José Ramón Blanco¹⁷, Joaquín Burgos¹⁸, Marta de Miguel¹⁹, Santiago Moreno¹¹ and Sergio Serrano-Villar¹¹

¹Infectious Diseases department, Hospital Ramón y Cajal, IRYCIS, and Universidad de Alcalá, CIBERINFEC, Madrid. ²Hospital Universitario de Bellvitge, CIBERINFEC, Barcelona. ³Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid. ⁴Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Instituto de Investigación Sanitaria Fundación Jiménez Díaz (IIS-FJD, UAM), Madrid. ⁵Hospital Universitario Virgen del Rocío, CIBERINFEC, Sevilla. ⁶Hospital Universitario La Paz, CIBERINFEC, Madrid. ⁷Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara. ⁸Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. ⁹Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Instituto de Investigación Biosanitario de Granada (IBS) Granada, Spain, Granada. ¹⁰Hospital Universitario Clínico San Carlos, IdiSSC and Universidad Complutense de Madrid, CIBERINFEC, Madrid. ¹¹Infectious Diseases department, Hospital Ramón y Cajal, IRYCIS, and Universidad de Alcalá, CIBERINFEC, Madrid. ¹²Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid. ¹³Hospital Universitario Virgen de la Victoria, IBIMA-Plataforma BIONAND, Málaga. ¹⁴Hospital Universitario Reina Sofía, Murcia. ¹⁵Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. ¹⁶Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. ¹⁷Hospital Universitario San

Pedro-CIBIR, La Rioja. ¹⁸Hospital Vall d'Hebron, Barcelona. ¹⁹Fundación SEIMC-GESIDA, Madrid.

Introduction and objectives: Dual antiretroviral therapy (ART) with dolutegravir/lamivudine (DTG/3TC) is widely used in virologically suppressed individuals. However, data remain limited on potential differential effects of ART regimens on mid-term systemic inflammation and metabolic health. We evaluated whether switching from DTG/3TC to bicitegravir/emtricitabine/tenofovir alafenamide (BIC/FTC/TAF) modifies systemic inflammation or metabolic parameters. **Methods:** INSTINCT was a phase IV, multicenter, open-label, randomized trial enrolling adults with HIV-1 on stable DTG/3TC and sustained viral suppression. Participants were randomized (1:1) to continue DTG/3TC or switch to BIC/FTC/TAF and followed for 96 weeks. Plasma biomarkers (sCD14, IL-6, sCD163, hsCRP, D-dimer, and kynurenine/tryptophan ratio) were measured at baseline, week 48, and week 96. Secondary outcomes included CD4⁺ and CD4/CD8 ratio, virological suppression, weight, lipid profile, and renal function. Longitudinal changes were analyzed using linear mixed-effects models. **Results:** A total of 141 participants were randomized. Over 96 weeks, no significant between-group differences were observed in inflammatory biomarkers (fig.). CD4⁺ T-cell counts and CD4/CD8 ratio remained stable and comparable across arms. Weight changes were modest and similar; the proportion with ≥ 5% weight gain did not differ. No relevant differences were found in lipids, glucose, or eGFR. Virological suppression was maintained in > 95% of participants. Adverse events were mild and balanced between groups.

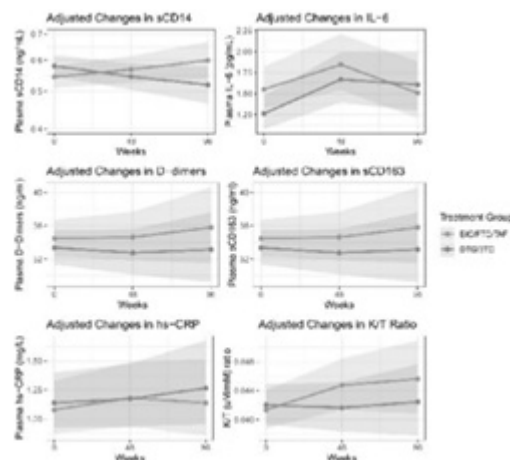


Figure 1: Adjusted trajectories of plasma inflammatory biomarkers over 96 weeks in participants receiving DTG/3TC or switched to BIC/FTC/TAF. Linear mixed-effects models with random intercepts and slopes were used to estimate longitudinal changes in sCD14, IL-6, D-dimer, sCD163, hsCRP, and the kynurenine/tryptophan ratio. Models included fixed effects for treatment group, time (weeks 0, 48, and 96), and their interaction, adjusted for baseline biomarker levels, batch, age, and sex. Marginal predictions are displayed with 95% confidence bands to reflect estimation uncertainty.

Conclusions: Switching from dolutegravir/lamivudine to bicitegravir/emtricitabine/tenofovir alafenamide in virologically suppressed adults with HIV did not reduce systemic inflammation or alter metabolic parameters over 96 weeks. Both regimens showed comparable effects on inflammatory biomarkers, immunological markers, and virological efficacy.

CO-03. CAR-T CELLS TARGETING CD4 EFFICIENTLY ELIMINATE HIV-1 INFECTED T CELLS

Gerard Campos-González¹, Néstor Tirado², Itziar Erkizia¹, Patricia Resa-Infante¹, Narcís Fernández-Fuentes², Pablo Menendez², Javier Martínez-Picado¹, Talía Velasco-Hernández³ and Maria Salgado¹

¹IrsiCaixa, Badalona. ²Josep Carreras Leukaemia Research Institute, Barcelona. ³Biomedical Sciences Department, University of Barcelona (UB), Barcelona.

Introduction: Chimeric Antigen Receptor (CAR) technology shows significant potential in the pursuit of an HIV-1 cure. However, success in eliminating all latently infected cells by targeting gp120 on the cell surface depends on 100% effective latency reversal, which remains a challenge. In a new approach to bypass this limitation, we have engineered CAR-T cells targeting CD4, the primary HIV receptor, with the aim of eliminating any cells harbouring an HIV-1 viral reservoir.

Methods: We designed two second-generation CAR constructs containing different single-chain variable fragments (scFv) sequences against CD4. The first scFv (CAR-4) was produced *de novo* by hybridoma technology, while the second scFv (CAR-Hu5a8) was derived from the α CD4 antibody ibalizumab. We also produced a mock construct containing the CAR backbone without scFv. CD8⁺ T-cells were transduced with these constructs and co-cultured with healthy or HIV-1 infected autologous CD4⁺ T-cells at different effector:target (E:T) ratios. We evaluated cytotoxicity produced by CAR-T cells at 24/48/72h of co-culture by flow cytometry and measured cytokine production using MesoScaleDiscovery.

Results: Both α CD4 CAR-T cells produced a significant cytotoxic effect towards uninfected CD4⁺ T-cells compared to mock-transduced CAR-T cells. At 24h, CAR-4 T cells killed CD4⁺ T-cells more efficiently than CAR-Hu5a8 T cells ($83.3 \pm 11.7\%$ vs. $57.5 \pm 21.7\%$ respectively, at 1:1 E:T ratio). At 48h CAR-4 T cells reached complete elimination of CD4⁺ T-cells, while CAR-Hu5a8 T cells reached a maximum of 95% of CD4⁺ T-cells elimination at a 4:1 ratio and 72h of co-culture. In HIV-1 infected co-cultures, CAR-4 T cells produced a more potent cytotoxic effect against CD4⁺ T-cells than CAR-Hu5a8 T cells ($85.9 \pm 6.3\%$ vs. $54.4 \pm 0.8\%$ respectively at 1:1 E:T and 24h). Moreover, while CAR-4 T cells completely eliminated CD4⁺ T-cells from HIV-1 infected cultures at 48h and 2:1 and higher E:T ratios, Hu5a8-CAR T cells reached a maximum killing of only $73 \pm 5.3\%$ in HIV-1 infected co-cultures, which didn't increase regardless of time and ratio. Finally, we observed higher production of IFN γ , GM-CSF and Granzyme-B in supernatants from CAR-4 T cells co-cultures compared to CAR-Hu5a8 T cells, suggesting greater cytotoxic potential.

Conclusions: CAR-4 T cells efficiently eliminate both healthy and HIV-1 infected autologous CD4⁺ T-cells *in vitro*. CAR-4 T cells, produced with our newly generated scFv, are more efficient in killing target cells than CAR-Hu5a8 T cells, produced with ibalizumab's scFv.

CO-04. ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO DE NO-INFERIORIDAD COMPARANDO SEGUIMIENTO SEMESTRAL VS. ANUAL EN PERSONAS CON VIH CON BAJA COMPLEJIDAD CONFORME EL MODELO DE ATENCIÓN ESTRATIFICADO POR RIESGO

Iván Chivite, M.J. Merino, Elisa de Lazzari, Ana González-Cordón, María Martínez-Rebollar, Berta Torres, Lorena de la Mora, Alberto Foncillas, Julia Calvo, Abiu Sempere, Leire Berrocal, Alexy Inciarte, Juan Ambrosioni, José Luis Blanco, Esteban Martínez, J.M. Miró, Roger Llobet, Josep Mallolas y Montserrat Laguno

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Introducción: La implementación en la asistencia de los modelos de atención estratificados por riesgo basados en la complejidad clínica y la vulnerabilidad social son necesarios para personalizar el seguimiento en las personas con VIH y reducir costes. El presente estudio se centra en la optimización del seguimiento de los pacientes estables menos complejos.

Métodos: Ensayo clínico prospectivo, aleatorizado, de no inferioridad, entre mayo'22 y febrero'25, comparando dos estrategias de seguimiento en la atención durante 24 meses. De las 6,250 personas seguidas en la Unidad de VIH del Hospital Clínic de Barcelona, se ofreció participar en el estudio a aquellas que cumplieron el criterio de baja complejidad tras utilizar el "Sistema de Estratificación de Pa-

cientes con VIH de GESIDA". Las personas finalmente incluidas se aleatorizaron a seguimiento semestral (SoC) o visitas anuales (intervención). El objetivo primario evaluó la no inferioridad en el control virológico (carga viral- (CV) < 50 cp/mL, *snapshot*-FDA) en población ITT y OT; los secundarios, la calidad de vida/satisfacción del paciente y los costes sanitarios.

Resultados: De 394 personas candidatas, 321 fueron incluidas en el ensayo: 162 en el brazo de SoC y 159 en el de Intervención (71 rechazaron participar, 48% prefirieron mantener el SoC). El 89% hombres, 78% HSH; 63% nacidos en España, 45 años de mediana de edad (RIC 38-54) y 13 años de seguimiento del VIH (RIC 7-20), sin diferencias entre los grupos. Doscientas setenta y siete (86%) personas completaron el seguimiento, sin diferencias entre brazos ($p = 0,560$). El cambio a terapia *long-acting* en 25 personas (57%) y la pérdida de seguimiento/transferencia en 14 (32%) fueron los motivos de discontinuación más frecuentes. A los 24 meses el control viral fue de 83 vs. 84% (ITT) y 97 vs. 96% (OT) de la rama SoC vs. intervención, cumpliéndose la no inferioridad. La satisfacción de los pacientes, según el porcentaje de promotores en el Net Promoter Score al final del estudio, fue significativamente mayor en la rama de intervención ($p = 0,022$). La intervención redujo significativamente el coste asociado a visitas farmacéuticas, médicas y analíticas ($p < 0,001$); no obstante, los costes sanitarios directos fueron comparables entre grupos ($p = 0,277$).

Conclusiones: La estratificación basada en el riesgo es un modelo factible y eficaz para optimizar la atención a las personas con VIH, con beneficios en eficiencia, asignación de recursos y satisfacción de los pacientes; sin comprometer el control virológico.

CO-05. RANDOMIZED PLACEBO-CONTROLLED TRIAL EVALUATING THE IMPACT OF LAURIC ACID SUPPLEMENTATION ON IMMUNE MODULATION AND HIV RESERVOIR MARKERS IN ART-TREATED INDIVIDUALS

Joaquín Burgos Cibrián, Judith Grau-Expósito, David Company, Arnau Monforte, Irene Mota, Jordi Navarro, Jorge García, Adrià Curran, Patricia Álvarez, Paula Suanzez, Bibiana Planas, Marta Sanchiz, Vicenç Falcó, Meritxell Genescà and Maria J. Buzón

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Introduction: Persistent immune activation and inflammation are common in people living with HIV (PLWH) despite suppressive antiretroviral therapy (ART). Lauric acid (LA), a medium-chain fatty acid, has emerged as a potential immunomodulatory agent capable of enhancing immune recovery and reducing inflammation.

Methods: In a randomized, placebo-controlled clinical trial, 45 PLWH on stable ART received daily oral 3 g LA ($n = 15$), 1.5 g LA ($n = 15$) or placebo ($n = 15$) for 24 weeks, followed by 24 weeks of follow-up. Primary endpoints included tolerance, quantification of the HIV reservoir (intact HIV DNA and intracellular HIV RNA), lymphocyte counts and subsets, innate immune activation, systemic inflammation indices (NLR, PLR, SII), and plasma cytokine profiling at 4, 12, 24, 36 and 48 weeks.

Results: 45 patients were included, with 42 completing the study. Of these, 34 were male, with a median age of 49 years, and a median CD4⁺ T cells count of 815. There were 5 cases of adverse events not related to the medication, and 7 cases related (mild gastrointestinal effects, which did not require discontinuation: 3 in the 1.5 g group, 3 in the 3 g group, and 1 in the control group). The treatment was safe, with no severe adverse effects or laboratory abnormalities. At week 24, LA led to a significant expansion of CD4⁺ (median 110 cells, $p = 0.0004$) and CD8⁺ T cells (median 100 cells, $p = 0.00002$), a reduction in neutrophils (median -0.46 cells, $p = 0.02$), granulocytes (median -0.01 cells, $p = 0.07$), and significant decreases in systemic inflammation indices (SII $p = 0.03$; PLR $p = 0.04$; NLR $p = 0.03$). Cytokine profil-

ing demonstrated a shift from pro-inflammatory (CXCL9 ↓ $p = 0.09$; OSM ↓ $p = 0.05$) to regenerative (EGF ↑ $p = 0.03$) signaling, with pro-regenerative changes persisting after treatment cessation. At week 48, increases in TGFA ($p = 0.03$), CXCL10 ($p = 0.01$), IL-18 ($p = 0.05$), and CCL19 ($p = 0.01$) indicated a mixed response, with sustained signals of tissue repair and immune regulation alongside partial rebound of inflammatory activity. In the 3g LA group, trends toward transient reductions in intact HIV DNA ($p = 0.06$) and intracellular HIV RNA ($p = 0.1$) at week 12 suggested a potential impact on viral persistence.

Conclusiones: LA supplementation was safe, without severe adverse effects, and enhanced T cell recovery, reduced innate immune activation, and promoted regenerative immune signaling. These immunologic effects may foster HIV reservoir reduction and support further investigation of LA as an adjunctive strategy to target persistent inflammation and HIV persistence.

CO-06. RESISTENCIA TRANSMITIDA EN NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE VIH EN ESPAÑA: EVIDENCIAS DE 17 AÑOS DE MONITORIZACIÓN EN CORIS (2007-2024)

Paloma Muñoz Báez¹, Marta Illescas López¹, Iker Falces Romero², Adriana Pinto³, Irene Portilla⁴, Mar Masiá⁵, Joaquim Peraire⁶, María Remedios Alemán Valls⁷, Marta Sanchiz⁸, Asunción Iborra⁹, Begoña Baza¹⁰, Antonio Aguilera¹¹, Julián Olalla¹², Nuria Espinosa¹³, Jose Antonio Iribarren¹⁴, Laura Gisbert¹⁵, Arkaitz Imaz¹⁶, Marta Montero¹⁷, María Navarro Marcotegui¹⁸, Inés Suárez¹⁹, Melchor Riera²⁰, María Jesús Pérez Elias²¹, Juan Carlos Galán²¹, Lucio Jesús García Fraile²², Jose Sanz²³, Sofía Ibarra Ugarte²⁴, Enrique Bernal²⁵, Jose Ramón Blanco²⁶, Gemma Navarro²⁷, Onofre Martínez²⁸, María Isabel Viciano Ramos²⁹, Mohamed Omar Mohamen-Balghata³⁰, Elena Delgado³¹, Michael M. Thompson³¹, Cristina Moreno³² y Federico García¹

¹Hospital Universitario de San Cecilio, Granada. ²Hospital Universitario La Paz, Madrid. ³Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ⁴Hospital Universitario de Alicante, Alicante. ⁵Hospital General Universitario, Elche. ⁶Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona. ⁷Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna. ⁸Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. ⁹Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. ¹⁰Centro Sandoval, Madrid. ¹¹Complejo Hospitalario de Santiago, Santiago de Compostela. ¹²Hospital de Costa del Sol, Marbella. ¹³Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ¹⁴Hospital Universitario de Donostia, Donostia. ¹⁵Hospital Universitari Mutua Terrassa, Barcelona. ¹⁶Hospital Universitario de San Cecilio de Granada, Barcelona. ¹⁷Hospital Universitario La Fe, Valencia. ¹⁸Hospital Universitario de Navarra, Pamplona. ¹⁹Hospital Infanta Sofía, Madrid. ²⁰Hospital de Son Espases, Islas Baleares. ²¹Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ²²Hospital La Princesa, Madrid. ²³Hospital Universitario de Asturias, Asturias. ²⁴Hospital de Basurto, Bilbao. ²⁵Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia. ²⁶Hospital La Rioja, La Rioja. ²⁷Hospital Parc Taulí, Sabadell. ²⁸Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena. ²⁹Hospital Virgen de la Victoria, Málaga. ³⁰Hospital Universitario de Jaén, Jaén. ³¹Centro Nacional de Microbiología, Madrid. ³²Centro Coordinador CoRIS, Madrid.

Introducción: La evaluación de la resistencia en los nuevos diagnósticos de VIH en España se realiza en CoRIS desde 2007, con actualizaciones anuales hasta 2023. En este estudio, presentamos la actualización de 2024 así como la tendencia interanual 2007-2024 de la transmisión de mutaciones de resistencia en nuevos diagnósticos de VIH y las resistencias a los fármacos de primera línea.

Métodos: Se incluyeron nuevos diagnósticos de los centros CoRIS que accedieron a participar. Tras el control de calidad de las secuencias, se investigaron las mutaciones en RT/Pro/INI asociadas a resistencia (TDR). Además, evaluamos las resistencias clínicamente relevantes a

los fármacos de primera línea en las guías de GESIDA en los diferentes periodos analizados. Para el subtipado, se utilizó la herramienta de Stanford y análisis filogenético con Mega.

Resultados: En el periodo 2007-2024, se analizaron 9.636 nuevos diagnósticos de VIH. La TDR mostró una tendencia estable en este periodo, con máximos niveles para los NNRTI. La resistencia a los ARV de primera línea presenta un notable descenso en 2014, cuando los NNRTI dejan de ser recomendados como pautas preferentes de inicio. En 2024, se analizaron 609 nuevos diagnósticos, con datos disponibles en RT, Pro e INI de 602, 597 y 456, respectivamente. La prevalencia de TDR por clases fue del 5% para NRTI (M184V, 1,3%), 11,1% para NNRTI (K103N 7,1%), 2,2% para IP y 0% para INI. Se encontraron RAMS a rilpivirina en el 10,8% de los pacientes, además solo 1 de las 8 personas con la mutación M184V hacía o había tomado PrEP. Para los fármacos de primera línea, las resistencias fueron: 0,2% tenofovir, 0,5% abacavir, 1,7% lamivudina/emtricitabina, 10,5% efavirenz, 2,5% rilpivirina, 1,5% doravirina. La mayoría de las PVIH presentaron subtipos B (75,9%); entre los subtipos no-B, los CRF fueron los más prevalentes (5,6%), con una representación del 1,5% de A6 y 0,5% de A1.

Conclusiones: Nuestros resultados reflejan la situación epidemiológica actual de las TDR y el perfil de resistencias primarias a los antirretrovirales de primera línea en España. No se ha detectado ninguna resistencia completa frente a los inhibidores de la integrasa de segunda generación, y la resistencia a 3TC/FTC y TDF/TAF se mantiene en niveles bajos. Se confirma que los NNRTI continúan siendo la familia con mayor prevalencia de resistencias transmitidas, observándose un incremento de los casos asociados a la mutación K103N.

CO-07. SAFETY, IMMUNOGENICITY, AND EFFECT ON VIRAL REBOUND COMBINING T- AND B-CELL THERAPEUTIC VACCINES IN ART-SUPPRESSED INDIVIDUALS TREATED IN CHRONIC HIV INFECTION: THE BCN03 TRIAL

Lucía Bailón¹, Igor Moraes-Cardoso², Sofia Sabato³, Susana Benet¹, Yovaninna Alarcon-Soto³, Tuixent Escribà², Emma Reis⁴, Francesc Català², María Luisa Rodríguez², Amaya Blanco², Francesc Cunyat², Rogier W. Sanders⁴, Roger Paredes², Julià Blanco², Jorge Carrillo², Álex Olvera², Jose Moltó¹, Beatriz Mothe² and Christian Brander²

¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. ²IrsiCaixa, Badalona. ³Fundació Lluita Contra les Infeccions, Badalona. ⁴Amsterdam UMC, Amsterdam.

Introduction: In two independent, randomized, placebo-controlled clinical trials -AELIX-002 and AELIX-003-, combinations of DNA, Ch-AdOx1, and MVA vectors expressing the HTI immunogen, with or without the TLR7 agonist vesatolimod, demonstrated that HTI vaccines were safe and highly immunogenic, and that higher levels of vaccine-induced HTI-specific T-cell responses were associated with extended time off ART. However, in both studies, viral rebound occurred universally within 3-4 weeks of analytical treatment interruption (ATI), and all participants remained viremic at ATI completion, highlighting the need for improved intervention strategies. We hypothesized that efficacy of T-cell therapeutic vaccines could be improved with the support of a robust antibody response to synergize with the T cell immunity.

Methods: BCN03 (NCT05208125) was a single-center, randomized, placebo-controlled clinical trial testing as primary objective the safety of a combined regimen of ChAdOx1.HTI (C) and MVA.HTI (M), with the B-cell ConM.SOSIP.v7 (S) vaccine in 30 cis-gender men treated during chronic phase of HIV at HUGTIP, Badalona. Secondary objectives included immunogenicity, and viral rebound kinetics during a 24-week ATI. HTI- and S-specific T cells were evaluated by IFN γ -ELISPOT, S-specific IgG was quantified by ELISA, and neutralization of 7 Tier1/2 pseudoviruses (one expressing S) was tested by TZM-bl assay.

ART was resumed if pVL > 100,000 copies/mL, > 10,000 for 8 weeks, and/or < 350 CD4/μL.

Results: Related adverse events were mostly mild and transient. Vaccinees significantly increased HTI-specific T cell magnitude (range) from 113 (50-1,080) to 355 SFC/10⁶ PMBC (50-2,265) between baseline to ATI start ($p = 0.0082$). At ATI start, all 20 vaccinees vs. 3 placebos had detectable anti-S IgG ($p < 0.0001$), with levels correlating to neutralization (ID₅₀) of the S-matched strain ($r = 0.69$, $p = 0.0010$). The magnitude of S-specific T cells positively correlated with levels of anti-S IgG. Neither positive nor negative correlations were observed between S- and HTI-specific T cell responses. Viral rebound kinetics were similar between groups.

Conclusions: In BCN03, the CSSMS sequential vaccination translated into a lower magnitude of induced HTI T-cell responses compared to previous studies in eTPWH receiving more complex T-cell vaccine regimens, and did not provide improved ATI outcomes. CSSMS was able to induce anti-ConM.SOSIP.v7 IgG antibodies in all vaccinees, with levels correlating to the magnitude of S-specific T cell responses and to neutralization of the vaccine-matched strain. We did not observe any signature of competition between T-/B-cell vaccine immunogens. The combined regimen was safe and provided important insights into T-/B-cell collaboration on which further refined vaccine regimens can be built.

CO-08. HIV INFECTION IN PREP USERS: INCIDENCE, EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL AND VIROLOGICAL CHARACTERISTICS. A MULTICENTER AMBISPECTIVE COHORT IN SPAIN (SCOPE STUDY)

María del Mar Vera¹, Patricia Álvarez-López², Haridian Tato³, David Rial⁴, Naya Faro⁵, María del Mar Arcos⁶, Marta Rosas Cancio-Suárez⁷, Alexandre Pérez⁸, Hadrián Pernas⁹, Santiago Fernández¹, Claudia Broto², Eva Ariza-Vioque³, Nicolás de Loredo¹⁰, Ana González-Cordón¹¹, Elisa de Lazzari¹², Ángel Rivero¹³, Josep M Llibre¹⁴, Juan Ambrosioni¹¹ and Scope Study Group¹⁰

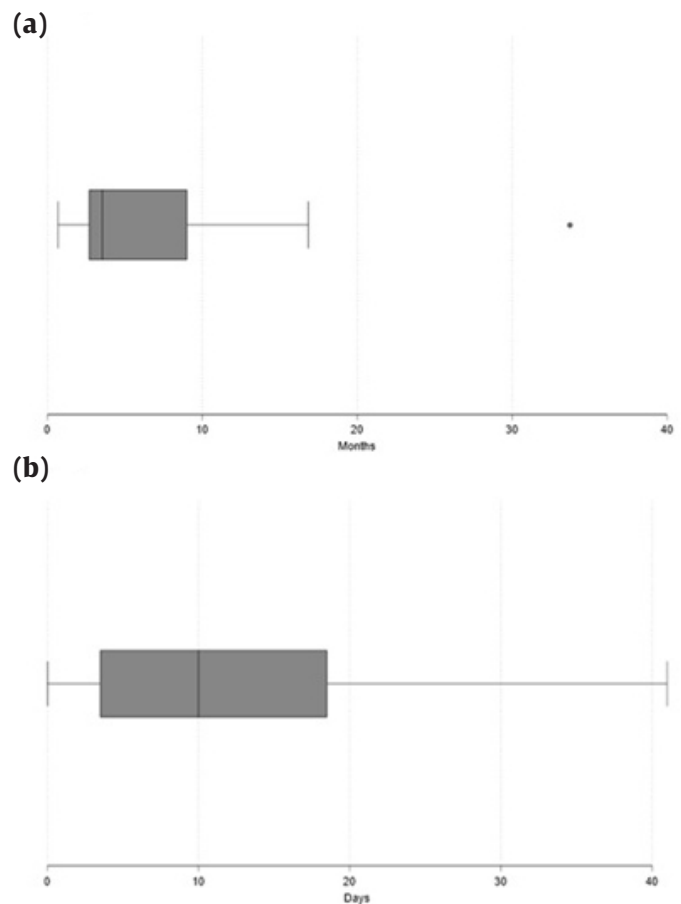
¹Infectious Diseases Department, Centro Sanitario Sandoval, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ²HIV/AIDS Unit Drassanes-Vall d'Hebron, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona. ³HIV/AIDS Research Group, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona. ⁴HIV Unit, Hospital 12 de Octubre, // CIBER de Enfermedades Infecciosas (CIBERINFEC), Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Madrid. ⁵Infectious Diseases Department, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada. ⁶Infectious Diseases Department, Hospital La Paz, Madrid. ⁷Infectious Diseases Department, Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ⁸Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo. ⁹Hospital Universitario Montecelo, Pontevedra. ¹⁰HIV Unit, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona. ¹¹HIV Unit, Hospital Clínic de Barcelona, HIV/AIDS Research Group, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), CIBER de Enfermedades Infecciosas (CIBERINFEC), Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Barcelona. ¹²HIV/AIDS Research Group, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), CIBER de Enfermedades Infecciosas (CIBERINFEC), Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Barcelona. ¹³BCN Checkpoint, Infectious Diseases Department, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona. ¹⁴Infectious Diseases Department, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona.

Objectives: PrEP is a highly effective HIV-1 prevention strategy implemented in Spain in 2019. According to official sources, there were an estimated 28800 users in 2024. We aim to address the incidence, clinical characteristics, resistance development, and ART outcomes of HIV infection in this setting in Spain.

Methods: Ambispective observational cohort study reporting cumulative HIV incidence among PrEP users (receiving oral PrEP within six months prior to seroconversion) across 11 Spanish centers, until 26

March 2025. Baseline epidemiological, clinical and laboratory data were analyzed for all cases; follow-up data were available for individuals reaching 48 weeks after HIV diagnosis (retrospective cases).

Results: Out of 18361 PrEP users, 54 seroconversions (Retrospective = 41; Ambispective = 2; Prospective = 11) were identified (cumulative incidence 0.2%, 95%CI: 0.1-0.3). Median age was 32.5 years [IQR: 27-38]; 93% were cisgender men and 94% reported sex with men. Thirty-two (60%) were Latin-American and 17 (32%) Spanish; half (23/46) had completed university education. *Chemsex* use was reported by 44% (24/54), and 48% had a concomitant STI. Daily FTC/TDF was the most frequent regimen (37/51; 73%), while 27% used on-demand. PrEP interruptions were reported by 33 (72%) and 15 (45%) had suboptimal adherence. Time from last PrEP dose to first HIV positive test was 2 days [IQR:0-90]. Baseline median CD4 count was 616.5 cells/mm³ [IQR: 438-760] and VL 19,608.5 copies/mL [IQR:825-221000]. Five (10%) were already undetectable at diagnosis and 19 (37%) at Fiebig Stage VI. Time from last negative to first positive HIV test was 3.5 months [IQR: 2.7-9.0] (fig. 1a). A baseline genotypic resistance test was available in 93% (50/54) and successfully amplified in 90% (45/50). Substitutions to NRTIs were detected in 51% (M184V/I, K65R), NNRTIs 20% (K103N, E138A, V106A/M), protease 16% (M36I, L63P), and integrase 2% (G163K). ART was started 10 days [IQR:4-18] after HIV diagnosis (fig. 1b). Initial ART regimens included BIC/FTC/TAF (57%), BIC or DTG+DRV/c+TAF/FTC (15%), DTG/3TC (7%), BIC/FTC/TAF+RPV or DOR (4%), and others (17%). Among retrospective cases, 5 (12%) reported ART-simplifications during follow-up and 4 (10%) ART-discontinuation; 36 (88%) individuals completed a 52 weeks follow-up [IQR:48-55], with undetectability rates at M1 = 46%, M3 = 80%, M6 = 88%, and M12 = 88%. No serious adverse events were reported to either PrEP or ART.



Conclusions: Cumulative HIV incidence among oral PrEP users was very low. A significant proportion of seroconverters reported PrEP interruptions and/or poor adherence. Relevant seroconversion delays

were not observed. A significant proportion of PrEP-related and non-PrEP-related resistance substitutions were detected, but ART-suppression rates were high.

Comunicaciones Orales 2

25 de noviembre - 10:45-12:45 h

CO-09. SPECIFIC SPATIAL IMMUNE LANDSCAPES OF LYMPH NODES WITH UNDETECTABLE VERSUS ACTIVE HIV REPLICATION

Candace Liu¹, Marta Calvet Mirabent², Magdalena Agrados de Llano³, Michael Angelo⁴ and Enrique Martín Gayo⁵

¹Department of Pathology, Stanford University School of Medicine, San Francisco, CA; ²Immunology Unit from Hospital Universitario de La Princesa and Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IISP); Gladstone Institute of Virology, University of California San Francisco, Madrid; ³Department of anatomic pathology, Hospital de la Princesa, Madrid; ⁴Department of Pathology, Stanford University School of Medicine, Stanford, San Francisco; ⁵Centro de Biología Molecular Severo Ochoa, Hospital de la Princesa, Madrid.

Introduction: Despite efficiently suppressing HIV replication, antiretroviral therapy (ART) does not eliminate persistent HIV-1 infected reservoir cells. One of the key anatomical sites where infected CD4⁺ T cells persist even in the presence of ART are lymphoid tissues, but the complex interplay between immune cells in these organs and how these tissue cell networks reshape in the presence of viral replication remain incompletely understood. Advances in tissue imaging offer a unique opportunity to characterize the specific cell circuits in tissue. Here, we used a spatial proteomic method to map immune microenvironments in HIV infected tissue.

Methods: Lymph node (LN) tissue from 6 people with HIV (PWH; n = 3 undetectable, n = 3 viremic) were obtained from the Pathology Anatomy Unit from Hospital Universitario La Princesa. LNs from people without HIV (PWOH) were included as negative controls (n = 5). We applied MIBI-TOF (Multiplexed Ion Beam Imaging by Time of Flight), to simultaneously image 42 proteins in these tissues. We profiled over 1.8 million cells and characterized the spatial relationships between 20 cell types in their native tissue context. The inclusion of the viral protein p24 allowed us to identify microenvironments with differential active viral replication and their functional signatures.

Results: As expected, LNs from PWH contained fewer CD4⁺ T cells compared to PWOH (p = 0.0006), while there were higher numbers of CD8⁺ T cells in both the whole tissue (p = 0.024) and specifically within follicle areas (p = 0.021). These CD8⁺ T cells expressed more Granzyme B and were enriched in p24⁺ LN (p = 0.011). Further characterization of p24⁺ regions revealed higher levels of markers associated with activation and exhaustion of memory and effector CD8⁺ T cells (CD45RO, ICOS, TIGIT, Galectin9, TIM3), as well as Caspase1 (p = 0.03) and NLRP3 (p = 0.03, FC = 1.90) inflammasome markers. Using a spatial niche detection method, we found that LN from PWH were enriched for CD8⁺ T cells near antigen-presenting cells SMA⁺ fibroblasts, and CD31⁺ endothelial cells. Notably, viremic donors, regardless of presence of p24⁺ cells, selectively shaped the microenvironment increasing the presence and induction of inflammasome on monocytes within the myeloid compartment.

Conclusions: Using spatial proteomics, we identified novel markers in tissue PWH with different levels of viremia, implying that active viral replication confers long-term changes on the immune landscape in LNs. Collectively, these data provide new insights into complex cell networks associated with viral replication at an important tissue reservoir site, which could be relevant for future HIV cure strategies.

CO-10. ENFERMEDADES DEFINITORIAS DE SIDA E IMPACTO DIFERENCIAL EN LA MORTALIDAD EN LA CORIS

Enrique Bernal Morell¹, Carlos Báguena¹, Jose Miguel Gómez Verdú¹, Eva García Villalba¹, Cristina Tomás Jiménez¹, Salvador Valero Cifuentes¹, Antonia Alcaraz García¹, Ángeles Muñoz Pérez¹, Santiago Moreno², Teresa Gómez García³, Jose Luis Blanco Arevalo⁴, Helena Albendín-Iglesias⁵, Pepa Galindo⁶, Nuria Espinosa-Aguilera⁷ y Jose Ramón Blanco⁸

¹Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia. ²Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ³Instituto de Salud Carlos III, Madrid. ⁴Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona. ⁵Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. ⁶Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia. ⁷Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ⁸Hospital San Pedro de la Rioja, Logroño.

Introducción: Las enfermedades defensorias de sida (EDS) se asocian a mayor mortalidad en personas con VIH, aunque su impacto no es uniforme. El objetivo de este estudio fue evaluar la influencia relativa de las distintas EDS en la mortalidad por cualquier causa.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo en la cohorte multicéntrica española CoRIS. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de al menos una EDS, seguidos desde la entrada hasta muerte o fin de seguimiento. El desenlace principal fue la mortalidad global. Se aplicaron modelos de Cox multivariable ajustados por edad, sexo, vía de transmisión, tipo y año de inicio de TAR, país de origen, nivel educativo, coinfecciones por VHB/VHC, carga viral y CD4 al ingreso. Las infecciones bacterianas se usaron como referencia y se compararon el resto de subgrupos de EDS (neoplasias, *Pneumocystis*, infecciones fúngicas, micobacterias, virales, encefalopatía, sarcoma de Kaposi, *wasting syndrome* y otras).

Resultados: Se analizaron 2.913 pacientes (17,5% mujeres), con edad media de 41,3 años y seguimiento medio de 7,9 años. El 72,2% presentó una EDS infecciosa, el 19,4% una neoplasia y el 8,5% otras. El 33,2% inició TAR con un inhibidor de la integrasa, el 31,1% con un inhibidor de la proteasa y el 28,4% con un NNRTI. Durante el seguimiento se registraron 450 muertes. En el análisis ajustado, las neoplasias presentaron mayor riesgo de mortalidad (HR 1,91; IC95% 1,5-2,44; p < 0,001), destacando linfoma no Hodgkin (HR 2,66; IC95% 1,6-4,4; p < 0,001) y cáncer de cuello uterino (HR 2,7; IC95% 0,91-8,2; p = 0,07). Entre las infecciones, *Pneumocystis* mostró menor riesgo frente a infecciones bacterianas (HR 0,53; IC95% 0,32-0,88; p = 0,014). El resto de subgrupos no alcanzaron significación estadística. Otros factores asociados a mayor mortalidad fueron: no recibir TAR (HR 7,14), edad ≥ 50 años (HR 1,84), coinfección por VHC (HR 1,45) y VHB (HR 1,52). Un recuento de CD4 ≥ 200 células/μL se asoció con menor riesgo (HR 0,69).

Conclusiones: El impacto de las EDS sobre la mortalidad no es homogéneo. Las neoplasias, en especial linfoma no Hodgkin y cáncer de cuello uterino, se asociaron a un riesgo marcadamente superior al de las infecciones oportunistas. Por el contrario, la infección por *Pneumocystis jirovecii* mostró un riesgo relativo menor que las infecciones bacterianas. Estos hallazgos sugieren que la categoría de "sida" no debería considerarse de forma uniforme, sino estratificada según la EDS presentada.

CO-11. HIV INFECTION IS STRONGLY ASSOCIATED WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION, INDEPENDENTLY OF AGE, GENDER, AND COMORBIDITIES: A SPANISH POPULATION-BASED COHORT STUDY

Sergi Rodríguez-Mercader¹, Juan Du¹, Esperanza Cañas¹, Itziar Arrieta¹, Jade Soldado¹, Irene Carbonell¹, Cecilia Canepa¹, Maria Jose Fernández¹, Marta Trenchs-Rodríguez², Alicia González-Mena¹, Natalia García-Giralt¹ and Roberto Güerri-Fernández¹

¹Hospital del Mar, Barcelona. ²CAP, Passeig Sant Joan, ICS, Barcelona.

Introduction: HIV infection and antiretroviral therapy (ART) are linked to negative impacts on the metabolic profile, potentially elevating cardiovascular risk. Nonetheless, the evidence regarding the specific influence of HIV on acute myocardial infarction (AMI) remains controversial. This study aims to assess the correlation between clinical HIV diagnosis and the risk of AMI in a population-based study.

Methods: We performed a retrospective cohort analysis utilizing the SIDIAP database, including clinical data from more than 8 million persons in Catalonia, Spain. For every HIV-positive case identified (PWH) from 2007 to 2019, three HIV-negative controls were selected, matched by age and gender. AMI diagnoses were identified in both cohorts using predefined clinical criteria. Inverse probability of treatment weighting (IPTW) based on propensity scores was subsequently employed to balance baseline variables across the groups. Adjustment variables were chosen based on clinical significance and data integrity, encompassing both exposure- and outcome-related aspects. The variables analyzed before to the event included: Age, sex, nationality, LDL cholesterol, HDL cholesterol, triglycerides, body mass index, smoking status, renal clearance, alcohol intake, statin use, diabetes, hypertension, and chronic kidney disease. Cox proportional hazards models were employed to assess the association between HIV and the risk of AMI.

Results: A total of 10,326 PWH were identified and matched by sex and age with 30,978 controls. The average age of participants was 43 years, with 74.1% being male. Notable baseline disparities between HIV-positive patients and controls were detected. Individuals with HIV had increased rates of active smoking (71.7% compared to 50.6%), a greater incidence of low HDL cholesterol (< 40 mg/dL: 44.2% versus 17.4%), and raised triglycerides (≥ 150 mg/dL: 37.6% versus 31.6%). PWH had a reduced mean body mass index (24.4 vs. 27.9 kg/m²) and exhibited moderate to high Charlson comorbidity scores in comparison to the control group. The incidence of AMI was 34.4 per 1,000 person-years in PLWH and 17.6 per 1,000 person-years in controls. Unadjusted analysis revealed a significantly higher AMI risk in PLWH (HR: 1.897; 95%CI 1.615-2.228). After IPTW adjustment, the increased risk persisted (HR: 1.838; 95%CI: 1.480-2.282). The unadjusted analysis indicated a markedly elevated risk of acute myocardial infarction in HIV-positive persons (Hazard Ratio [HR]: 1.897; 95% Confidence Interval [CI]: 1.615-2.228). Upon controlling for specific covariates, the risk persisted at an increased level (HR: 1.838; 95%CI: 1.480-2.282).

Conclusions: HIV infection correlates with a heightened risk of acute myocardial infarction, even when controlling for clinically relevant risk variables. The identified disparities in the metabolic profile and comorbidities underscore the necessity of tailored cardiovascular risk management for patients with HIV.

CO-12. SELECTIVE MODULATION OF NKP44 AND NKP30 LIGANDS ON GASTROINTESTINAL CD4⁺ T CELLS DURING HIV INFECTION

Alba González Robles¹, Irene Mota Gómez¹, Judith Grau Expósito¹, Eloy Espín Basany², Stefania Landolfi², Meritxell Genescà Ferrer¹ and María José Buzón Gómez¹

¹Vall d'Hebron Instituto de Recerca (VHIR), Barcelona. ²Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Introduction: Despite the success of antiretroviral therapy, HIV persists in tissue reservoirs that remain resistant to immune elimination. Tissue-resident NK (NKTR) cells play a pivotal role in local viral control. The gastrointestinal track, a major site of HIV persistence, represents a critical compartment where NKTR-CD4⁺ T-cell interactions could influence the balance between viral suppression and immune evasion. Identifying novel ligands for NK natural cytotoxicity receptors within this tissue is key to defining therapeutic targets for the elimination of HIV reservoirs.

Methods: Gastrointestinal resections obtained from routine surgeries were infected ex vivo with HIV and cultured for 7 days using a gelatin-sponge model. NK-ligand detection on intestinal CD4⁺ T cells (n = 7) was performed with chimeric Fc-fused receptors (NKp30, NKp44, NKp46, CD161, DNAM, NKG2D) and analyzed by flow cytometry. For single-cell RNA sequencing (scRNA-seq) analyses (n = 2), tissue resections were enzymatically digested, and CD45+CD3-CD56+ NK cells together with CD45+CD3+CD8-CD4⁺ T cells were isolated by cell sorting and processed for scRNA-seq. Populations were subsequently profiled with a focus on tissue-resident NK cell receptors (NCRs: NKp30, NKp44, NKp46) and other activating receptors (CD161, DNAM, NKG2D), as well as their corresponding ligands on CD4⁺ T cells.

Results: HIV infection induced a significant upregulation of ligands for NKp30 and NKp44 on intestinal CD4⁺ T cells (p = 0.031 and p = 0.015, respectively). NKp44 ligands were significantly enriched in p24⁺ CD4⁺ T cells (p = 0.022), while NKp30 ligands showed a similar trend. No significant induction of other ligands was detected. Single-cell transcriptomics revealed increased expression of Bag3, an activating NKp30 ligand, and the proliferating cell nuclear antigen (PCNA), a known inhibitory ligand of NKp44, in CD4^{low} T cells from infected tissue. Strikingly, these CD4^{low} cells also harbored the highest levels of HIV transcripts.

Conclusions: Our data suggest that HIV infection might modulate the expression of NCR ligands on CD4⁺ T cells in gut tissue, with evidence of increased NKp44 and NKp30 interactions. The observed upregulation of PCNA in transcriptionally active CD4^{low} T cells points to a potential inhibitory mechanism that could contribute to NKTR evasion. These results highlight candidate mechanisms of NKTR dysfunction and warrant further investigation to inform strategies for the elimination of persistent tissue HIV reservoirs.

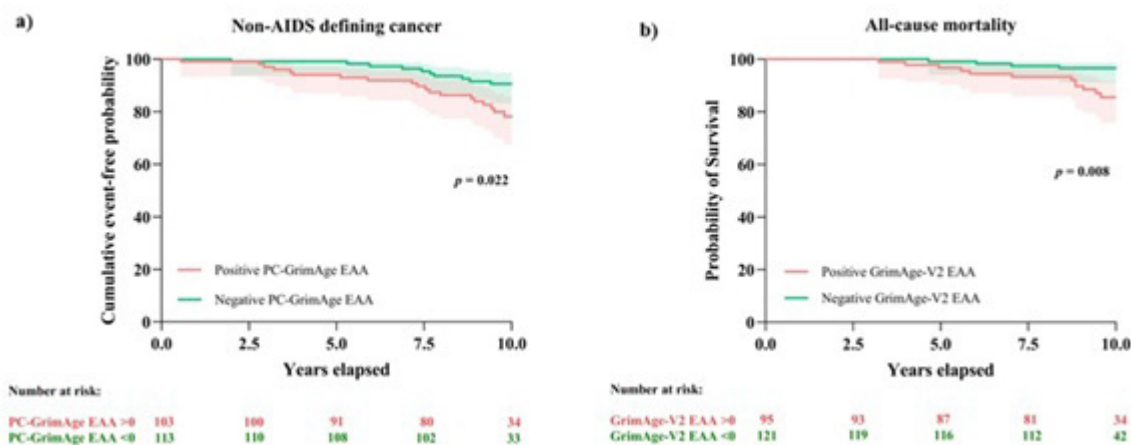
CO-13. PROGNOSTIC VALUE OF BLOOD EPIGENETIC BIOMARKERS OF AGING IN PERSONS WITH WELL CONTROLLED HIV INFECTION

Patricia Martínez-Martín¹, Andrés Esteban-Cantos¹, Francisco Jurado¹, Rocío Montejano¹, Lucía Gutiérrez-García¹, Alejandro de Gea Grela¹, Juan Carlos González¹, Cristina Marcelo¹, Alejandro Díez-Vidal¹, María del Mar Arcos-Rueda¹, Rosa de Miguel Buckley¹, Jose I. Bernardino¹, María de Lagarde², José Sanz Moreno³, Pablo Ryan⁴, Vicente Estrada Pérez⁵, Leire Pérez-Latorre⁶, Juan Emilio Losa-García⁷, Berta Rodés¹ and José R. Arribas¹

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid. ²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ³Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares. ⁴Hospital Infanta Leonor, Madrid. ⁵Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ⁶Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ⁷Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón.

Introduction: Epigenetic age acceleration (EAA) predicts morbidity and mortality in the general population, but its prognostic utility in people with HIV (PWH) on suppressive antiretroviral therapy remains unclear.

Methods: Longitudinal observational cohort study of 216 PWH with sustained virological suppression (median 6.5 years), recruited from the DUAL-GESIDA trial and the La Paz Aging Cohort (Spain). Baseline blood DNA methylation was assessed to evaluate eight epigenetic clocks (Horvath's, Hannum's, Skin&Blood, PhenoAge, GrimAge V1 and V2, DNAmFitAge, and DunedinPACE), their principal-component (PC) derivatives, and the DNA methylation-based estimator of telomere length (DNAmTL). For each biomarker, EAA was calculated as the residual of epigenetic age regressed on chronological age. Over 10 years, we recorded AIDS, serious non-AIDS (SNAEs), and aging-related events. To evaluate the prognostic value of epigenetic aging biomarkers, we stratified participants according to whether they had



positive (EAA > 0) or negative (EAA < 0) epigenetic age acceleration for first and second-generation clocks and their PC-derived counterparts. For DunedinPACE, participants were classified as having a faster (DunedinPACE > 1) or slower (DunedinPACE < 1) pace of biological aging. Associations between EAA measures and outcomes were evaluated by multivariate Cox proportional hazards models adjusted for demographic and HIV-related covariates.

Results: A total of 162 clinical events were observed in 105 participants (1 AIDS event, 65 SNAEs and 96 aging-related conditions). Positive EAA as measured by Horvath's clock predicted aging-related events (HR 1.55, 95%CI 1.02-2.36; $p = 0.040$), whereas positive EAA according to PC-GrimAge, GrimAge V1 and V2, and Hannum's clock was associated with more than a twofold increased risk of SNAEs (HR 2.50, 95%CI 1.16-5.39; $p = 0.019$ for PC-GrimAge). Specifically, PC-GrimAge and PhenoAge predicted non-AIDS cancers with HRs of 3.52 (95%CI 1.30-9.54; $p = 0.013$) and 2.81 (95%CI 1.32-5.96; $p = 0.007$), respectively (fig. 1A). GrimAge V1 and V2 were strongly associated with all-cause mortality (HR 4.32, 95%CI 1.04-17.90; $p = 0.044$ and HR 4.69, 95%CI 1.15-19.13; $p = 0.031$, respectively) (fig. 1B). All deaths ($n = 17$) occurred among participants with DunedinPACE > 1, whose median baseline pace of aging was significantly higher than survivors (1.19 vs. 1.11; $p = 0.002$). No associations were found for cardiovascular events or the composite endpoint.

Conclusions: In this preliminary study, GrimAge and PC-GrimAge were associated with an increased risk of adverse outcomes in people with well-controlled HIV infection. These findings suggest their potential relevance as long-term health-risk biomarkers, warranting validation in larger cohorts.

CO-14. IMMUNOLOGIC AND VIROLOGIC PARAMETERS IN A COHORT OF PWH DIAGNOSED WITH CANCER: THE VNEO STUDY

Alejandro Sánchez-Molina, Sònia Vicens-Artés, Leire Berrocal, Elisa Moraga, Montse Laguno, Núria Climent, Tània González, María José Maleno, Cristina Rovira, Raquel Aguiló, Pilar Callau, Eulalia Valencia, Josep Mallolas, Elisa de Lazzari, José Alcamí and Sonsoles Sánchez-Palomino

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Introduction: Since the introduction of antiretroviral therapy, the number of non-AIDS defining cancers (NADCs) have increased in people with HIV (PWH). Incidence of tumour development and cancer mortality is higher in PWH compared to general population probably related with impaired immune system functions due to accelerated aging process, leading to diminished tumour surveillance. To have a better insight of the characteristics of PWH diagnosed with cancer in this work we compare viral reservoirs, the degree of chron-

ic-inflammation and immune checkpoint levels (ICPs) between PWH with and without tumour diagnosis.

Methods: We conducted a multicentric case-control study among PWH who received follow-up care between 2017 and 2023 at HIV Unit of Clinic Hospital (Barcelona, Spain) and Hospital La Paz (Madrid, Spain): 55 PWH with cancer diagnoses (VNEO) were identified and matched by age, sex and characteristics of HIV infection with 55 controls. Samples 12-months before cancer diagnose were available in 15 VNEO participants. Levels of 6 ICPs and 21 chronic-inflammation markers (IMs) were analysed from serum samples using Luminex technology. Total and proviral HIV-1 DNA was quantified from CD4⁺Tcell lysates by qPCR. Mixed linear regression models were conducted for each parameter comparing cases and controls at baseline, and within cases comparing baseline and samples obtained 12-months prior to diagnosis, with random-effects at match and patient level, respectively. For all analyses, only matched pairs with complete data on the parameter of interest for both case and control were included. All parameters were log-10 transformed for analyses.

Results: Integrated HIV-1 DNA was significantly higher (1.93-fold, $p = 0.034$) at baseline in VNEO compared to controls (median of 555.10 and 281.96 Cp/10⁶CD4⁺Tcells, respectively). We observed an increase in most ICPs when comparing baseline samples of VNEO versus controls: 1.41-fold in LAG-3 ($p < 0.001$), 1.37-fold in PD-1 ($p = 0.003$), 1.35-fold in TIM-3 ($p = 0.003$), and 1.29-fold in CTLA-4 ($p = 0.038$) in VNEO compared to Controls. Regarding the IMs, we found an increase of 1.79-fold in CD30 ($p < 0.001$), 1.28-fold in CD30L ($p = 0.024$), 1.33-fold in GRO alpha ($p < 0.001$), and 1.25-fold in TNF-RII ($p = 0.018$) in VNEO compared to controls. In $n = 15$ VNEO patients ICPs and IMs were already increased 12-months prior to cancer diagnosis.

Conclusions: Integrated reservoir, ICPs and IMs were higher in PWH developing cancer at time of diagnosis in comparison with non-cancer PWH. Our results suggest that ICPs and IMs are already altered one year before cancer diagnosis and could be considered in the follow-up of PWH for early diagnosis of NADCs.

CO-15. A FOCUS ON TRANSGENDER WOMEN WITH HIV: CLINICAL OUTCOMES AND QUALITY OF CARE IN THE CORIS COHORT

Cristina Diez¹, Teresa Aldámiz-Echevarría¹, Francisco Tejerina¹, Leire Pérez-Latorre¹, Chiara Fanciulli¹, Mireia Santacreu Guerrero², Rebeca Izquierdo³, Jorge Sánchez Villegas⁴, Antonio Antela⁵, Víctor Asensi⁶, Antonio Ocampo Hermida⁷, Rafael Rodríguez-Rosado⁸, José M.^a Bellón⁹, CoRIS Group³ and Juan Berenguer¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ³Instituto de Salud Carlos III,

Baseline characteristics and clinical outcomes in TWH and other groups (CoRIS 2004-2023)				
	TWH (N 196)	CWH (N 2,515)	MSM (N 10,748)	CHM (N 3,954)
Baseline characteristics				
Age-Median (IQR)-yr.	32.4 (26.2-38.3)	35.2 (28.3-44.2)	32.6 (27.1-39.8)	38.6 (30.5-46.8)
Born in Spain-N (%)	25 (12.8)	1,244 (49.5)	6,823 (63.5)	2,695 (68.2)
HIV acquired by sex-N (%)	98.9 (96.9)	2,153 (85.6)	10,748 (100)	2,523 (63.8)
AIDS at diagnosis-N (%)	2 (13.8)	371 (14.8)	784 (7.3)	826 (20.9)
CD4+ count at diagnosis-Median (IQR)	368 (213-589)	335 (155-543)	435 (273-618)	283 (111-495)
IRR of events (95%CI)				
LTFU	1.55 (1.16-2.08)	0.64 (0.57-0.71)	Ref	0.55 (0.50-0.61)
VF	2.32 (1.68-3.22)	1.57 (1.42-1.73)	Ref	1.57 (1.44-1.71)
New-ADE	2.22 (1.28-3.86)	1.16 (0.97-1.40)	Ref	1.82 (1.58-2.09)
Mortality	1.20 (0.45-3.22)	2.18 (1.78-2.66)	Ref	4.27 (3.66-4.99)

Madrid. ⁴Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ⁵Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela. ⁶Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ⁷Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo. ⁸Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés. ⁹Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Madrid.

Introduction and objectives: This study assesses transgender women with HIV(TWH) included in the Spanish CoRIS cohort, comparing their clinical outcomes and quality of care (QoC) with other people with HIV(PWH), including cisgender women (CWH), men who have sex with men (MSM), and cisgender heterosexual men (CHM).

Methods: A longitudinal analysis was conducted using CoRIS data from 2004 to 2023. Gender identity was self-reported. Incidence rates (per 1,000 person-years) were estimated for loss to follow-up (LTFU), virological failure (VF), AIDS-defining events (ADE), and mortality. Poisson regression was used to calculate incidence rate ratios (IRRs), with MSM as the reference. From 2014 to 2023, two QoC metrics were also assessed: linkage to care within one month of diagnosis and viral suppression (< 50 copies/mL) within three months. Adjusted odds ratios (aORs) were estimated using logistic regression, adjusting for sociodemographic and clinical factors.

Results: Of 20,336 individuals enrolled, 17,413 were included: 10,748 MSM, 3,954 CHM, 2,515 CWH, and 196 TWH. Baseline characteristics and IRRs (95%CI) for clinical events over the full study period (2004-2023), with MSM as the reference group, are presented in the Table. Compared to MSM, TWH consistently exhibited worse clinical outcomes, with higher rates of VF, LTFU, and ADE, while no significant

differences were observed in mortality. Notably, TWH had the highest IRRs for both VF and LTFU. Regarding QoC indicators, both TWH and CWH had significantly higher odds of linkage to care within one month of diagnosis compared to MSM (aORs: 0.67 and 0.82, respectively), while no significant difference was observed for CHM. Viral suppression within three months of diagnosis did not differ significantly across groups.

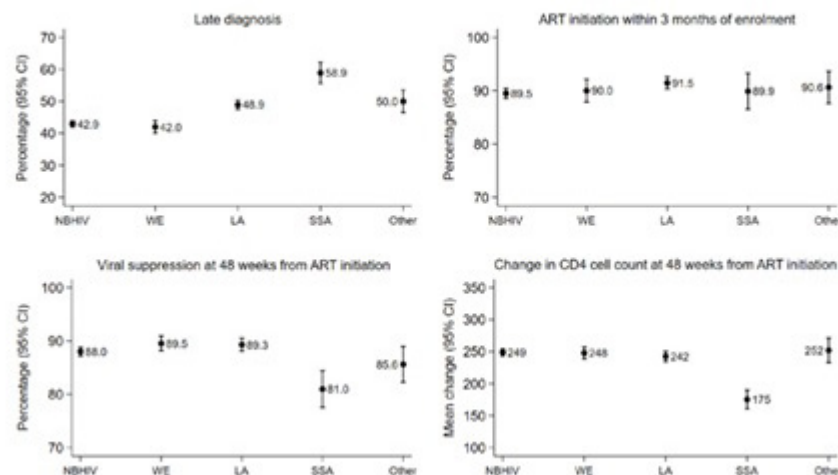
Conclusions: This study comprehensively assessed the clinical trajectories of TWH in the CoRIS cohort. TWH in CoRIS face substantially worse outcomes in terms of VF, LTFU, and ADE, despite demonstrating similar or better performance in early care engagement. These findings highlight the need for focused strategies to improve long-term treatment outcomes in TWH.

CO-16. PERSISTENCE OF LATE HIV DIAGNOSIS AND POORER RESPONSE TO ANTIRETROVIRAL THERAPY AMONG MIGRANTS WITH HIV COMPARED WITH THE NATIVE-BORN POPULATION IN SPAIN

Jose Antonio Pérez-Molina¹, Miguel Suárez-Robles¹, Beatriz Mothe², Esther Calonge³, Carmen Elena Gómez⁴, Francisco Arnaiz⁵, María Pilar Ruiz-Seco⁶, David Dalmau⁷, María de la Villa López⁸, Sofía Ibarra⁹, Marta Montero-Alonso¹⁰, Desiré Pérez¹¹, Santiago Moreno¹, Inma Jarrin¹² and Cohorte CoRIS

¹Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ²Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona. ³Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud

Figure. Late diagnosis, ART initiation within 3 months of enrolment, viral suppression and change in CD4 cell counts at 48 weeks from ART initiation, in NBHIV and MHIV



NBHIV: Native-born people with HIV; WE: Western Europeans; LA: Latin Americans; SSA: Sub-Saharan Africans

Carlos III, MADRID. ⁴Centro Nacional de Biotecnología, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, MADRID. ⁵Hospital Universitario Marqués de Valdecilla-IDIVAL, Santander. ⁶Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes. ⁷Hospital Universitari Mutua Terrassa, Terrassa. ⁸Hospital Universitario de Jaén, Jaén. ⁹Hospital Universitario Basurto, Bilbao. ¹⁰Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. ¹¹Hospital Universitario San Agustín, Avilés. ¹²Centro Nacional de Epidemiología, ¹³Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

Objectives: Migrants with HIV (MHIV) often face multiple barriers to healthcare access and retention, which may lead to poorer health outcomes. We aimed to compare key outcomes between MHIV and native-born people with HIV (NBHIV), overall and by sex, and to assess whether these differences have changed over time concerning legislative changes affecting migrants' healthcare access (2004-2012, 2013-2018, 2019-2023).

Methods: We included 20,215 adults with HIV enrolled in the CoRIS cohort between 2004 and 2023 (10,928 NBHIV and 9,287 MHIV). Outcomes included late diagnosis (LD; CD4 < 350 cells/ μ L or AIDS at enrolment), ART initiation within 3 months of enrolment, viral suppression (VS; viral load < 50 copies/ml), and change in CD4 cell counts at 48 weeks after ART initiation.

Results: From 2004 to 2023, the proportion of migrants increased from 37.1% to 59.3%, mainly due to Latin Americans (LA), who rose from 14.8% to 47.8%. Figure shows key outcomes for NBHIV and MHIV. In multivariable analyses, LD was more frequent in LA (adjusted OR

[aOR]: 1.58, 95%CI: 1.44;1.73) and Sub-Saharan Africans (SSA) (1.43, 1.24;1.64) compared to NBHIV. This pattern was consistent in men, whereas among women, SSA showed a similar LD prevalence to Spanish women (1.18, 0.96;1.46). Differences in LD between MHIV and NBHIV persisted across all periods. ART was initiated within 3 months of enrolment in 90.2% of participants with no significant differences between MHIV and NBHIV, except for a lower probability observed among LA after 2019 (0.59, 0.38;0.94). VS at 48 weeks was lower in SSA compared to NBHIV (0.66, 0.52;0.86), a difference observed only among men (0.55, 0.41;0.75). CD4 cell count increases were also lower in SSA (adjusted mean difference: -77.0; 95%CI: -94.9;-59.1) and LA (-21.3, -30.6;-11.9). Disparities in viral suppression and immunological recovery between MHIV and NBHIV persisted over time. Loss to follow-up before week 48 after ART initiation was higher among LA (5.6%) and SSA (8.0%) compared to 2.7% in NBHIV.

Conclusions: MHIV of LA origin and men from SSA show higher LD prevalence and poorer immunological recovery, with disparities mainly affecting men. Lower VS is observed specifically in men from SSA. The similar LD prevalence in Spanish women and higher-parity SSA women may partly reflect their regular use of maternal-child health services, which have never been restricted for migrants in Spain. Although ART initiation within 3 months of enrolment was high overall, LA have been less likely than NBHIV to start early since 2019.



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Comunicaciones Orales Breves

XVI Congreso Nacional GeSIDA-SEIMC

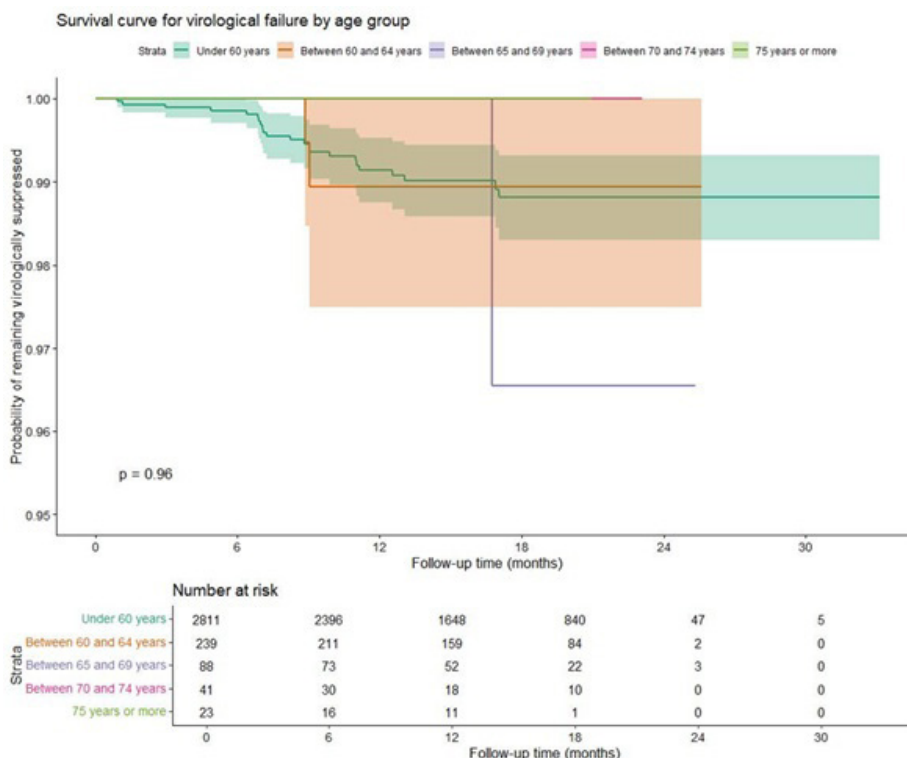
Granada, 23-26 de noviembre de 2025

Comunicaciones Orales Breves 1
25 de noviembre - 16:15-17:45 h

COB-01. LONG-ACTING INJECTABLE CABOTEGRAVIR AND RILPIVIRINE IN THE AGING HIV POPULATION: INSIGHTS FROM THE RELATIVITY COHORT

Jose Sanz¹, Jesús Troya², Carmen Busca³, María José Galindo⁴, María Lagarde⁵, Daniel Rodríguez⁶, Miguel Torralba⁷, Alberto Díaz De Santiago⁸, Francisco Fanjul⁹, Adrián Rodríguez¹⁰, Alfonso Cabello¹¹, María José Crussells¹², Sonia Calzado¹³, María Aguilera¹⁴, Carmen Hidalgo¹⁵, Luis Enrique Morano¹⁶, David Vinuesa¹⁷, Karenina Antelo¹⁸, Enrique Bernal¹⁹, Rosa María Martínez²⁰, Noemí Cabello²¹, Juan Tiraboshi²², María del Carmen Montero²³, María Jesus Vivancos²⁴, Cristina Díez²⁵, Guillermo Soria²⁶, Desiré Pérez²⁷, Laura Gisbert²⁸, Alberto Romero²⁹ and Luis Buzón³⁰.

¹Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, ²Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, ³Hospital Universitario La Paz, Madrid, ⁴Hospital Clínico Universitario, Valencia, ⁵Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, ⁶Hospital Universitario de Canarias, Las Palmas, ⁷Hospital Universitario, Guadalajara, ⁸Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda, ⁹Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, ¹⁰Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca, ¹¹Fundación Jimenez Díaz, Madrid, ¹²Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza, ¹³Hospital Parc Taulí, Barcelona, ¹⁴Hospital Universitario La Princesa, Madrid, ¹⁵Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, ¹⁶Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo, ¹⁷Hospital Clínico San Cecilio, Granada, ¹⁸Hospital de Denia, Denia, ¹⁹Hospital Universitario de Murcia, Murcia, ²⁰Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, ²¹Hospital Universitario Clínico, Madrid, ²²Hospital Universitario de Bellvitge, Bellvitge, ²³Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón, ²⁴Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, ²⁵Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, ²⁶Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, ²⁷Hospital Universitario San Agustín, Avilés,



²⁸Hospital Universitario Mutua de Terrassa, Terrassa, ²⁹Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz, ³⁰Hospital Universitario de Burgos, Burgos.

Introduction: Long-acting injectable cabotegravir and rilpivirine (LAI CAB+RPV) is an established maintenance strategy for virologically suppressed people with HIV (PWH), providing both high efficacy and convenience. However, evidence in older adults (≥ 60 years) – a growing and complex population – remains limited.

Methods: We conducted an ambispective real-world subanalysis of the Spanish RELATIVITY cohort, including PWH aged ≥ 60 years initiating LAI CAB+RPV across 58 centers. Outcomes (virological suppression, safety, discontinuations, adherence) were compared with those < 60 years using Kaplan-Meier and Cox models.

Results: Among 3,146 participants, 370 (11.8%) were aged ≥ 60 years (median age 63.0 [61.0, 67.0]; 78.3% male). Older adults had longer ART exposure (median 18.0 [11.0, 25.0] years), more comorbidities (79.5%), and lower historical CD4 nadirs than younger counterparts. After 15 months of follow-up, rates of virological suppression remained high and comparable between groups (97.3% in those ≥ 60 years vs. 96.8% in those < 60), with very low protocol-defined virological failure (0.3 vs. 0.7%). Discontinuations (7.8 vs. 6.1%) and adverse events (1.6 vs. 0.8%) were infrequent and showed no significant differences between age groups. Adherence to injection visits was excellent, with $> 89\%$ of participants aged ≥ 60 years demonstrating perfect adherence.

Conclusions: In this large multicenter real-world substudy, LAI CAB+RPV maintained virological control and showed good tolerability in older PWH, despite high multimorbidity and long ART exposure. These findings extend prior trial evidence and support LAI CAB+RPV as a feasible option in geriatric HIV care. Longer follow-up will provide further insights into durability and quality-of-life benefits.

COB-02. EFFICACY AND SAFETY OF LONG-ACTING INTRAMUSCULAR CABOTEGRAVIR AND RILPIVIRINE IN WOMEN: A SUBSTUDY OF THE RELATIVITY COHORT

María José Galindo Puerto¹, Rosa de Miguel², Jesús Troya Martínez³, Ana Ferrer Ribera⁴, María Remedios Alemán Valls⁵, Miguel Torralba González de Suso⁶, Luis Buzón⁷, Sara de la Fuente Moral⁸, María Peñaranda⁹, Adrián Rodríguez¹⁰, Alfonso Cabello Úbeda¹¹, María José Crusells Canales¹², Sonia Calzado Isbert¹³, María Aguilera García¹⁴, Carmen Hidalgo Tenorio¹⁵, Luis Enrique Morano Amado¹⁶, Clara Martínez Montes¹⁷, María Amparo Exojo Morales¹⁸, Enrique Bernal Morell¹⁹, Rosa María Martínez Álvarez²⁰, Roberto Pedrero Tomé²¹, Noemí Cabello Clotet²², Juan Tiraboschi²³, Carmen Montero Hernández²⁴, Ana Moreno²⁵, Teresa Aldamiz Echevarría²⁶, Ruth Calderón Hernaiz²⁷, Desirée Pérez Martínez²⁸, Laura Gisbert Pérez²⁹, Alberto Romero Palacio³⁰, Rebeca Cabo Magadan³¹, Josefa Francisca Soler González³², María Antonia Sepúlveda³³, Antonio Jesús Sánchez Guirao³⁴, Cristina Escrich³⁵, Claudia González Rico³⁶, Eva María Ferreira Pasos³⁷, Ana Lérida Urteaga³⁸, Miriam Estébanez³⁹, María del Mar García Navarro⁴⁰, Patricia Noemí Barragán Gallo⁴¹, Noemí Ramos Vicente⁴², Marta Clavero Olmos⁴³, Marta Milian Sanz⁴⁴, Mikel del Álamo⁴⁵, Miguel Vicente Egidio Murciano⁴⁶, Beatriz de la Calle⁴⁷, Oscar Luis Ferrero Beneitez⁴⁸, Jara Llenas-García⁴⁹ and The Relativity Group

¹Hospital Clínico Universitario, Valencia. ²Hospital Universitario La Paz, Madrid. ³Hospital Infanta Leonor, Madrid. ⁴Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia. ⁵Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife. ⁶Hospital Universitario, Guadalajara. ⁷Hospital de Burgos, Burgos. ⁸Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda. ⁹Hospital

Universitario Son Espases, Palma de Mallorca. ¹⁰Hospital Universitario Son Llätzer, Palma de Mallorca. ¹¹Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid. ¹²Hospital Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. ¹³Parc Taulí Hospital Universitari, Sabadell. ¹⁴Hospital Universitario de la Princesa, Madrid. ¹⁵Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. ¹⁶Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo. ¹⁷Hospital Clínico San Cecilio, Granada. ¹⁸Hospital Denia Marina Salud, Denia. ¹⁹Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia. ²⁰Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ²¹Fundación para la Investigación e Innovación Biomédica (FIIB) de los hospitales universitarios Infanta Leonor (Vallecas) y Sureste (Arganda del Rey), Madrid. ²²Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ²³Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona. ²⁴Hospital Universitario de Torrejón, Madrid. ²⁵Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ²⁶Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ²⁷Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid. ²⁸Hospital Universitario San Agustín, Avilés. ²⁹Hospital Universitari Mutua de Terrassa, Barcelona. ³⁰Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz. ³¹Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ³²Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón. ³³Hospital Universitario de Toledo, Toledo. ³⁴Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia. ³⁵Hospital Venge de la Cinta, Tortosa. ³⁶Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla-IDIVAL, CIBERINFEC, ISCIII, Santander. ³⁷Complejo Asistencial de Segovia, Segovia. ³⁸Hospital de Viladecans, Viladecans. ³⁹Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid. ⁴⁰Hospital Universitario del Vinalopó, Alicante. ⁴¹Hospital Residencia Sant Camil, Sant Pere de Ribes. ⁴²Hospital Bispo Polanco, Teruel. ⁴³Hospital Universitario Infanta Elena, Madrid. ⁴⁴Hospital de Valls, Tarragona. ⁴⁵Hospital Universitario Cruces, Baracaldo. ⁴⁶Hospital Universitario San Jorge, Huesca. ⁴⁷Hospital General Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina. ⁴⁸Hospital Universitario de Basurto, Bilbao. ⁴⁹Hospital Comarcal de la Vega Baja, Orihuela.

Objectives: Women are usually underrepresented in clinical trials. Real-life data regarding efficacy and safety in this population are scarce. The aim of this substudy is to determine efficacy, tolerability and safety of long-acting intramuscular cabotegravir and rilpivirine (CAB+RPV LAI) when used to treat women who live with HIV (WLWH) out of a clinical trial context.

Methods: The RELATIVITY cohort is a multicentre, non-controlled, ambispective study including people with HIV over 18 years virologically suppressed who switched to CAB+RPV LAI before Dec 31st, 2024, non-previously included in clinical trials. This subanalysis focused on gender-based comparisons. Virological failure risk by gender was assessed using Kaplan-Meier curves, log-rank test, and Cox regression. Clinical outcomes were compared using Wilcoxon, chi-square, or Fisher's exact tests as appropriate.

	Female	Male	p
n	477	2,698	
Age (years)*	50.0 [42.0, 57.0]	44.0 [37.0, 53.0]	< 0.001
Country of origin**			
Spain	297/474 (62.7)	1916/2,690 (71.2)	< 0.001
Africa	33/176 (18.8)	31/796 (3.9)	< 0.001
America	112/176 (63.6)	665/796 (83.5)	< 0.001
AIDS**	83/477 (17.4)	312/2,698 (11.6)	< 0.001
HIV Transmission Route**			
Heterosexual	329/477 (69)	271/2,698 (10)	< 0.001
IDU	47/477 (9.9)	156/2,698 (5.8)	0,002
MSM	10/477 (2.1)	1,967/2,698 (72.9)	< 0.001
Comorbidities**			
DM	79/477 (16.6)	276/2,698 (10.2)	< 0.001
IHD	145/477 (30.4)	574/2,698 (21.3)	< 0.001
CKD	7/477 (1.5)	10/2,698 (0.4)	0,008
Follow-up time (months)*	13.1 [7.5, 18.5]	14.1 [9.0, 19.1]	0,019

*(median [IQR]); **n (%).

Results: Of 3,203 PWH included, 477 (14.89%) were women. Baseline characteristics compared to men are depicted in the table. Time on ART [14.0 vs. 9.0 years; $p < 0.001$], and length of undetectability before switching [99.0 vs. 81.0] months; $p < 0.001$ were longer in women. Rate of virological failure (VF) prior to switching was higher (7.3 vs. 3.1%; $p < 0.001$). The follow-up period was shorter for women (13.1 [7.5-18.5] vs. 14.1 [9.0-19.1] months; $p = 0.051$) and permanent discontinuation rate was higher compared to men (8.2 vs. 4.7%; OR: 1.8 [1.21-2.64]; $p < 0.003$). Discontinuations due to side effects were more frequent in women (1.9 vs. 0.7%; OR: 2.86 [1.13-6.76]; $p = 0.014$). VF was similar 1.3 vs. 0.7% ($p = 0.266$), without significant differences in the KM.

Conclusions: Although WLWH who switched to CAB+RPV had a worse profile regarding comorbidities and prevalence of AIDS, they do not seem to have a higher risk of VF compared to men, but discontinuation rate might be higher. A longer follow up is necessary to understand outcomes in this subpopulation of PLHIV.

COB-03. FACTORES ASOCIADOS AL RETRASO EN EL INICIO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL UNA VEZ REALIZADO EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIH

Cristina Hernández Gutiérrez¹, Alberto Delgado Fernández², David Rial Crestelo³, Mireia Santacreu³, Rafael Torres⁴, María Isabel García del Valle⁵, María Novella Mena¹, Fernando Mateos González⁶, José Barberá⁷, Sara Nistal⁸, Andrea Silva Asiain⁸, Javier Pascual Vinagre⁸, Ana Gil Ibizanda⁸, Almudena Gutiérrez⁶ y Miguel Torralba²

¹Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.

²Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara. ³Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ⁴Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés. ⁵Hospital General de Almansa, Almansa. ⁶Hospital Universitario General de Albacete, Albacete. ⁷Hospital Universitario Mancha Centro, Alcázar de San Juan. ⁸Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles.

Objetivos: Analizar el tiempo de demora entre el diagnóstico de infección por VIH y el inicio del tratamiento antirretroviral e identificar los factores asociados en su reducción.

Métodos: Diseño: estudio de cohortes retrospectivo multicéntrico (8 hospitales de Madrid y Castilla la Mancha) Se analizaron todos los nuevos diagnósticos de infección por VIH realizados en los últimos 9 años (2015-2024). Se estudió el tiempo de demora (desde el diagnóstico hasta el inicio de TAR) y los factores asociados al mismo.

Resultados: Se estudiaron 746 sujetos. El 77% fueron hombres con una mediana de edad de 36 años. El 17,6% habían presentado SIDA. Se inició tratamiento con Inhibidores de la integrasa (I.int), NNRTI o IP/p en un 88,3, 4,3% o 7,5% respectivamente. La mediana de tiempo entre el diagnóstico y la primera consulta fue de 14 días (IIC 5-30) y entre la consulta y el inicio de tratamiento de 1 día (RIC 0-15). La mediana del tiempo de demora fue de 20 días (RIC 7-45). El 49,7% de los pacientes iniciaron el tratamiento el mismo día de la consulta y el 74,8% en los primeros 14 días. La mediana de tiempo hasta lograr una CV indetectable fue de 42 días (IIC 31-67). En un análisis multivariante mediante regresión lineal ajustado por sexo y mecanismo de transmisión, los factores asociados en la demora de inicio del TAR fueron: presentar < 200 linfocitos CD4, (diferencia de medias de 10 días (IC95% 3-17 días; $p < 0,002$), presentar SIDA al diagnóstico (-12 días IC95%:-4 a -20 días; $p < 0,002$), el uso de IP e I.int frente a NNRTI (-27 y -24 días; $p < 0,001$) un mayor log de CV basal (por cada incremento de un log disminuye 3,9 días (IC95% 1,3-6,6)) y el año de inicio del TAR (2015-2024) reduciéndose un promedio de 4,7 días (IC95% 3,7-5,7; $p < 0,001$) por cada año hasta el 2024. El

tiempo promedio desde que el paciente fue visto en consulta hasta el inicio del TAR con BIC/FTC/TAF vs. DTG/3TC fue de 3,4 días vs. 5,1 días ($p = 0,234$).

Conclusiones: Las variables asociadas de forma independiente a una disminución en el tiempo de demora fueron presentar SIDA, una reducción en los linfocitos CD4, iniciar el TAR en años más recientes, un log CV VIH más elevado y utilizar I.int o bien IP frente a NNRTI. El uso de DTG/3TC no demora más el inicio del tratamiento que BIC/FTC/TAF.

COB-04. HACIA LA ELIMINACIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN PERSONAS CON VIH EN TAR: DOS DÉCADAS DE EVIDENCIA EN LA COHORTE CORIS

Roser Navarro-Soler¹, Ana del Amo-de Palacios², Antonio Rivero³, Juan Macías⁴, Roberto Carlos Güerri Fernández⁵, Noemi Cabello-Clotet⁶, Jose Miro⁷, Cristina Hernández Gutiérrez⁸, David Dalmau Juanola⁹, Pepa Galindo¹⁰, Cristina Gómez Ayerbe¹¹, Santiago Moreno¹ y Sergio Serrano-Villar¹

¹Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ²Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria-IRYCIS, Madrid. ³Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ⁴Hospital Universitario de Valme, Sevilla. ⁵Hospital del Mar, Barcelona. ⁶Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ⁷Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona. ⁸Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares. ⁹Hospital Universitari Mútua Terrassa, Barcelona. ¹⁰Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia. ¹¹Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

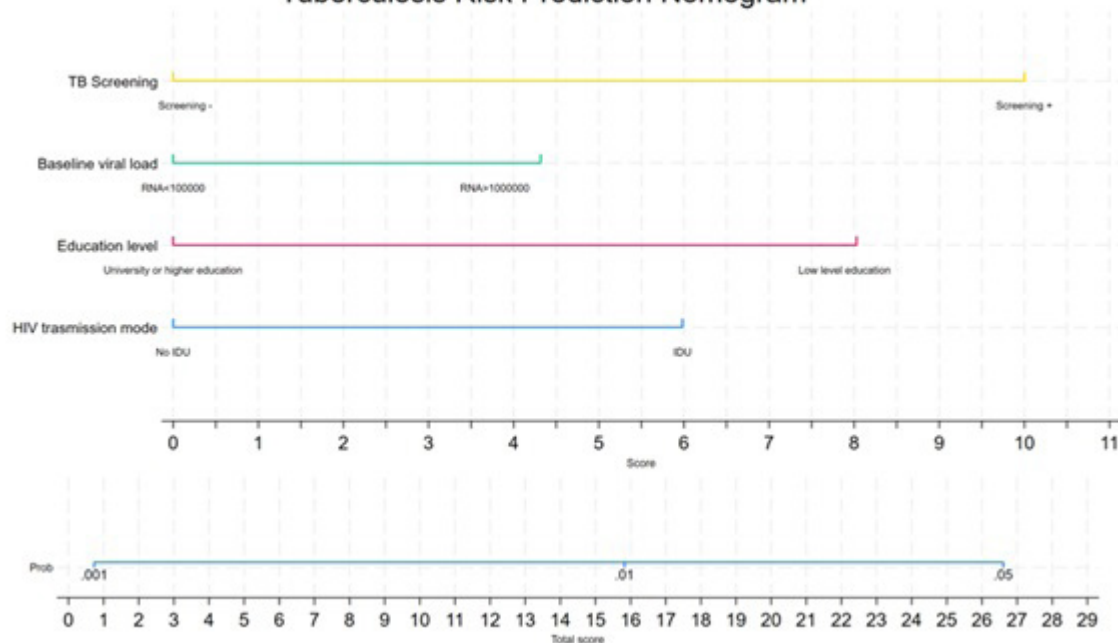
Introducción: La incidencia de tuberculosis (TB) entre personas con VIH (PWH) ha disminuido en entornos con sistemas sanitarios avanzados; sin embargo, persiste un riesgo residual y los instrumentos para identificar a aquellos que continúan siendo vulnerables son limitados.

Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo de ámbito nacional utilizando la Cohorte de la Red Española de Investigación en SIDA (CoRIS). Los adultos que iniciaron tratamiento antirretroviral (TAR) entre 2004 y 2023 fueron seguidos desde el inicio del TAR hasta el desarrollo de TB incidente, muerte o censura. Las tasas de incidencia se expresaron por 1.000 personas-año; las tendencias temporales se evaluaron en cuatro periodos. Se identificaron factores de riesgo independientes mediante modelos de Cox multivariados, y se validó internamente una puntuación predictiva mediante bootstrapping y análisis de curvas ROC.

Resultados: De 16.476 PWH, 61 desarrollaron TB, resultando en una incidencia global de 1,21 casos/1.000 personas-año (IC95%: 0,94-1,56) y una incidencia acumulada del 0,37% (IC95%: 0,28-0,48%). Las tasas disminuyeron un 97% entre 2004-2008 y 2019-2023 (razón de tasas de incidencia: 0,026; IC95%: 0,004-0,19). El uso de drogas por vía parenteral (HR: 2,6; IC95%: 1,21-5,66), el bajo nivel educativo (HR: 2,8; IC95%: 1,05-7,51), el ARN-VIH basal > 1 millón copias/mL (HR: 1,7; IC95%: 1,00-2,82) y el cribado positivo para TB latente (HR: 3,5; IC95%: 1,79-7,01) predijeron de forma independiente la TB incidente, mientras que el recuento basal de CD4 no mostró asociación significativa. Un modelo de cuatro variables que incorpora estos factores demostró buena capacidad discriminativa (AUC: 0,71; IC95%: 0,65-0,77) (fig.).

Conclusiones: El acceso universal al TAR y el manejo integral de la infección tuberculosa latente (ITL) han reducido la incidencia de TB en PWH españolas hasta niveles próximos a la eliminación; no obstante, persiste un subgrupo de riesgo elevado caracterizado por vulnerabilidad social, viremia elevada y pruebas positivas para ITL. La herramienta predictiva validada facilita la identificación temprana de personas en riesgo, permitiendo estrategias preventivas dirigidas en un contexto de baja incidencia.

Tuberculosis Risk Prediction Nomogram



Nomograma para la predicción de la probabilidad de incidencia de tuberculosis basado en el modelo de regresión de Cox. Cada factor de riesgo aporta puntos según la escala superior. La puntuación total corresponde a la probabilidad de TB indicada en la escala inferior. Las puntuaciones más elevadas indican mayor riesgo de tuberculosis.

COB-05. IDENTIFICATION OF CLINICAL PHENOTYPES IN MSM WITH HIV FROM A PROSPECTIVE STUDY ON ACUTE HCV AND STIS (GESIDA_12121-RIS EPICLIN 08_2021)

Juan Berenguer¹, Pablo Ryan², Luis Ramos-Ruperto³, Luz Martín-Carbonero³, Leire Pérez-Latorre¹, Ignacio de los Santos⁴, Adriana Pinto⁵, María J. Vivancos⁶, Eva Orviz⁷, Beatriz Álvarez⁸, José Sanz⁹, Pilar Ruiz-Seco¹⁰, Rafael Torres¹¹, Juan C López¹, Beatriz Brazal¹², Marta de Miguel¹², Inmaculada Jarrín¹³, Salvador Resino¹⁴, José M Bellón¹ and Juan González-García³

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ²Hospital Infanta Leonor, Madrid. ³Hospital Universitario La Paz, Madrid. ⁴Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. ⁵Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ⁶Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ⁷Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ⁸Fundación Jiménez Díaz, Madrid. ⁹Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares. ¹⁰Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes. ¹¹Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés. ¹²Fundación SEIMC-GeSIDA, Madrid. ¹³Centro Nacional de Epidemiología (ISCIII), Madrid. ¹⁴Centro Nacional de Microbiología (ISCIII), Majadahonda.

Introduction and objectives: This study aimed to identify clinical phenotypes (CPs) among Men who have Sex with Men (MSM) with HIV enrolled in a prospective study on acute/recent HCV infections (ARHCV) and bacterial sexually transmitted infections (STIs), and to assess their correlation with different risk profiles.

Methods: Between 2021 and 2023, MSM with HIV were recruited from 12 centers across the Madrid region. Participants were assessed at baseline, 6 months, and 12 months. At each visit (or when indicated), screening for HCV and STIs was conducted alongside questionnaires on sexual behavior, substance use, and mental health (using HADS and adult ADHD scales). A total of 38 variables spanning four domains –sociodemographic/clinical, mental health, sexual behavior, and substance use– were analyzed. Principal component analysis (PCA) was used for dimensionality reduction, followed by participant clustering via Hierarchical Clustering (HC) as the primary method and K-means clustering (KMC) for sensitivity analysis. The adequacy of the

PCA model was evaluated using the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) measure and Bartlett's test. Statistical analyses were performed in R version 4.4.1 (packages: Tidyverse, Cluster, Factoextra, NbClust, tidy).

Results: 529 MSM were enrolled (median age 41 years, 88% Caucasian, 62% native Spaniards). During follow-up, 332 STIs (114 syphilis, 121 gonorrhea, 97 chlamydia) were diagnosed in 212 participants, and ARHCV was detected in 24 participants. PCA revealed 6 factors explaining 59% of the observed variability (KMO score: 0.794), and HC identified 3 optimal CPs: CP1: 328 participants (62.0%) with a lower frequency of high-risk sexual practice (receptive condomless anal sex) and minimal drug use. CP2: 133 participants (25.1%) engaging in frequent high-risk sexual practices and moderate drug use. CP3: 68 participants (12.9%) with a history of very high-risk sexual practices (e.g., fisting) and significant drug use, including injection and intrarectal administration. ARHCV was identified in 4 participants (1.2%) in CP1, 4 (3.0%) in CP2, and 16 (23.5%) in CP3 ($P < 0.001$). One or more STIs were diagnosed in 114 participants (34.8%) in CP1, 61 (45.9%) in CP2, and 37 (54.4%) in CP3 ($P = 0.003$). Sensitivity analysis using KMC confirmed these findings.

Conclusions: MSM with HIV can be categorized into distinct CPs with varying risk levels for ARHCV and STIs. These findings can inform more targeted prevention, screening, and intervention strategies for HCV and STIs in this population.

COB-06. EPIDEMIOLOGÍA DE LA INFECCIÓN POR VIH Y LA COINFECCIÓN VIH/VHC EN POBLACIONES MARGINADAS DE MADRID (2019-2023)

Jorge Valencia¹, Pablo Ryan¹, Marta Quero-Delgado², Helena Codina², Rafael Amigot-Sánchez², Ana Virseda-Berdices², Guillermo Cuevas¹, Samuel Manzano¹, Samuel Estévez¹, Isidoro Martínez², Daniel Sepúlveda-Crespo² y Salvador Resino²

¹Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. ²Unidad de Infección Viral e Inmunidad, Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda, Madrid.

Introducción y objetivos: Las poblaciones marginadas soportan una carga desproporcionada de infección por el VIH y el VHC, lo que hace fundamentales las estrategias de cribado y vinculación a cuidados. Los objetivos de este estudio fueron: 1) determinar la prevalencia de VIH y VHC activo; 2) identificar factores de riesgo asociados a ambas infecciones; y 3) caracterizar las cascadas asistenciales del VIH y del VHC en una amplia cohorte de personas en situación de vulnerabilidad en Madrid.

Métodos: Estudio transversal realizado entre febrero de 2019 y abril de 2023. Se reclutaron 4.582 personas mediante una unidad móvil que operaba en puntos de alta exposición (*hotspots*), como centros de reducción de daños y refugios. Se ofreció cribado integrado con pruebas rápidas de anticuerpos frente a VIH y VHC en sangre capilar. Los casos con anticuerpos anti-VHC positivos fueron sometidos a una prueba confirmatoria de ARN-VHC en el punto de atención (*point-of-care*). Se utilizó regresión logística multivariable para identificar los factores de riesgo independientes asociados a VIH.

Resultados: La prevalencia de VIH fue del 6,3% (287/4582). Entre las personas con VIH, el 5,9% correspondía a nuevos diagnósticos y el 17% de quienes conocían su estado no recibían tratamiento antirretroviral. El antecedente de uso de drogas inyectadas fue el principal factor asociado a VIH (OR ajustada = 6,6), junto con mayor edad, origen español y consumo problemático de alcohol/benzodiazepinas (todos, $p < 0,05$). La prevalencia de infección activa por VHC fue del 5,5% (252/4582), más de tres veces superior en personas con VIH que en aquellas sin VIH (15,7 vs. 4,8%, respectivamente; $p < 0,001$). El análisis acumulado de la cascada de VHC reveló una drástica pérdida de pacientes: solo el 13,6% de la cohorte con VIH y el 4,3% de la cohorte sin VIH iniciaron tratamiento antiviral.

Conclusiones: Nuestros hallazgos demuestran la persistencia de prevalencias elevadas de VIH y VHC en poblaciones marginadas de Madrid, con brechas críticas en ambas cascadas asistenciales, especialmente en la retención. El principal desafío no es el diagnóstico, sino asegurar la vinculación y permanencia en cuidados. Es urgente implementar modelos integrados y de baja exigencia (*low-threshold*) que combinen la reducción de daños con estrategias sólidas de apoyo para abordar eficazmente esta doble epidemia en comunidades vulnerables.

COB-07. HEPATITIS D VIRUS INFECTION PREVALENCE IN HIV/HBV CO-INFECTED INDIVIDUALS FROM THE CORIS COHORT, FROM 2008 TO 2021: A RETROSPECTIVE STUDY

Felipe Pérez García¹, Ana Virseda Berdices², María Roperó Martínez¹, Lorena Martín Soto¹, Alexia Patricia Gómez Herrera¹, Juan Cuadros González¹, Otilia Bisbal Pardo³, Luz Martín Carbonero⁴, María Jesús Pérez Elías⁵, Jorge del Romero Guerrero⁶, Arkaitz Imaz⁷, Sergio Reus Bañuls⁸, Isidoro Martínez², María Ángeles Jiménez Sousa², Rubén Martín Escolano², Marta Rava⁹, Salvador Resino² and CoRIS Cohort⁹

¹Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid. ²Instituto de Salud Carlos III, Madrid. ³Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

⁴Hospital Universitario La Paz, Madrid. ⁵Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ⁶Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ⁷Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat. ⁸Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante. ⁹Unidad de la Cohorte de la Red de Investigación en Sida (CoRIS), Madrid.

Introduction: Hepatitis D virus (HDV) infection is frequently underdiagnosed in patients co-infected with HIV and HBV. This study aimed to assess the prevalence and trends of active chronic hepatitis D in HIV/HBV co-infected individuals within the CoRIS cohort.

Methods: A retrospective cohort study was conducted between 2008 and 2021, including HIV-positive individuals in CoRIS with serological markers of active hepatitis B infection [HBsAg(+), HBeAg(+), or HBV-DNA(+)] and available plasma samples. HBsAg and anti-HDV

were assessed by chemiluminescence (CLIA), and HDV-RNA by quantitative real-time PCR (RT-qPCR). Annual prevalence and temporal trends were calculated, using the number of individuals with available samples in the HIV Biobank as a reference.

Results: 1,418 plasma samples from 470 individuals were included. Of these, 625 samples (44.1%) were positive for HBsAg, of which 52 (8.3%) were positive for anti-HDV and 29 (4.6%) for HDV-RNA. Within the study population, 282 individuals (60.0%) had at least one HBsAg-positive plasma sample. Regarding HDV infection, 27 individuals (5.7%) had antibodies against HDV, of whom 14 (3.0%) had a positive HDV-RNA test. Concerning temporal trends, significant decreasing trends were observed for HBsAg prevalence (2.88% in 2008 to 1.24% in 2021, $p < 0.001$) and anti-HDV prevalence (0.44% in 2008 to 0.08% in 2021, $p = 0.023$). The decreasing trend for HDV-RNA was not statistically significant (0.26% in 2008 to 0.08% in 2021, $p = 0.325$).

Conclusions: Our study underscores the need for continued surveillance of HDV in HIV/HBV co-infected populations. Despite the observed decrease in HBsAg and anti-HDV prevalence, the persistence of active HDV infection, albeit at a lower proportion, highlights the importance of implementing appropriate detection and management strategies to prevent progression to severe liver disease and improve health outcomes in this vulnerable population. These findings reinforce the necessity of integrating HDV testing into care protocols for people with HIV/HBV.

COB-08. IMPACTO DE DOS ESTRATEGIAS DE CRIBADO DEL VIH EN ATENCIÓN PRIMARIA: RESULTADOS DEL ESTUDIO ATENEA

Marta Rosas Cancio-Suárez¹, Javier Martínez-Sanz¹, María Jesús Vivancos¹, Alejandro G. García-Ruiz de Morales¹, Beatriz Romero¹, Silvia López Muñoz², Marisol Morgado³, Yolanda de la Fuente⁴, Leticia Fernández⁵, María Luisa Gordo Parrilla⁶, Juan Álvarez Cerrato⁷, M.ª Isabel Careaga González⁸, Claudia Herrero⁹, Flor Pérez⁹, Santiago Moreno¹ y María Jesús Pérez-Elías¹

¹Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ²Centro de Salud García-Noblejas, Madrid. ³Centro de Salud Mar Báltico, Madrid. ⁴Centro de Salud Aquitania, Madrid. ⁵Centro de Salud Panamá, Madrid. ⁶Centro de Salud Alpes, Madrid. ⁷Centro de Salud Canillejas, Madrid. ⁸Centro de Salud Cirajas, Madrid. ⁹Centro de Salud Benita de Ávila, Madrid.

Introducción: La detección precoz del VIH sigue siendo un reto en Atención Primaria, donde persisten oportunidades perdidas de diagnóstico. El estudio ATENEA comparó el impacto de 2 intervenciones, pruebas rápidas (PR) y PR con un cuestionario digital de riesgo de VIH (Q), con la práctica habitual.

Métodos: Estudio aleatorizado por grupos y diseño escalonado en ocho centros de salud (CS) (julio 2023-febrero 2025, periodos de 4 meses). Todos los CS participaron previamente en una fase de observación (julio-octubre 2022). Posteriormente, cada centro se aleatorizó secuencialmente en 3 ramas: control, PR y PR+Q. Se calculó la cobertura de cribado (pruebas VIH realizadas/pacientes atendidos) y diagnósticos de VIH totales/nuevos. El efecto de las intervenciones se evaluó mediante modelos de regresión de Poisson, expresando razones de tasas de incidencia (IRR) con intervalos de confianza del 95%.

Resultados: Se atendieron 237.670 personas, con 12.240 pruebas de VIH realizadas (0,51%). En el periodo de observación se hicieron 1.893 pruebas, con 7 positivas (0,37%), de las cuales 4 fueron nuevos diagnósticos (0,21%). Al comparar este periodo de observación con cada una de las ramas de aleatorización (fig.) en los CS en la rama de PR se incrementó la tasa de cribado en un 72% (IRR = 1,72; IC95%: 1,14-2,59; $p = 0,010$) y en los CS en PR+Q en un 69% (IRR = 1,69; IC95%: 1,49-1,93; $p < 0,001$) mientras que en la rama control no observamos cambios significativos. En las ramas PR+Q y control se observaron aumentos significativos de los diagnósticos de VIH, y un aumento, con tendencia a la significación, en la rama de PR (fig.).

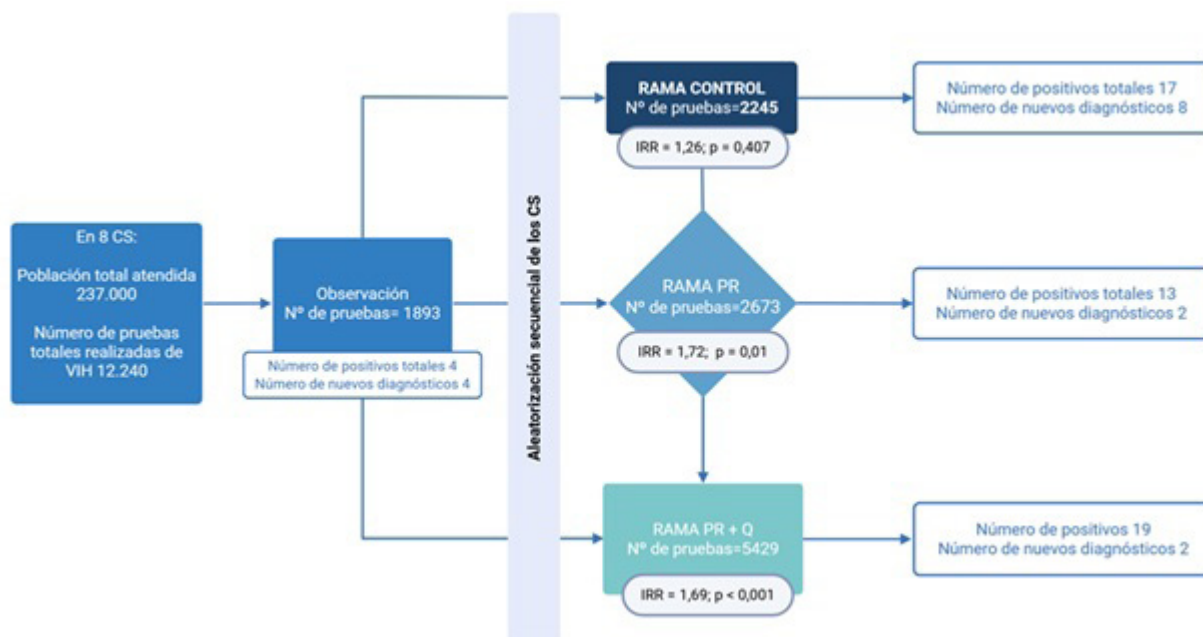


Diagrama del número de pruebas y diagnósticos de VIH en cada fase del estudio.

Conclusiones: Sin necesidad de usar recursos adicionales, las ramas de intervención tanto PR como PR+Q demostraron un aumento significativo del cribado de VIH.

COB-09. IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA AUTOMATIZADO DE ALERTAS EN HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA PARA CRIBADO DE VIH EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Francisco Fanjul, Adriá Ferre, Antoni Campins, María Dolores Maciá, Alexandra Guiu, Nuria Perelló, Sophia Pinecki y Melchor Riera

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

Introducción y objetivos: El diagnóstico tardío de la infección por VIH continúa siendo un reto de salud pública en España. Los Servicios de Urgencias son escenarios clave para la detección precoz, con una prevalencia superior de casos no diagnosticados respecto a otros dispositivos asistenciales. Experiencias internacionales han mostrado resultados variables: sistemas de alerta electrónica universales en urgencias en EE. UU. lograron un rendimiento diagnóstico cercano al 0,5%; en Francia, proyectos con alertas dirigidas alcanzaron tasas de aceptación en torno al 20%; mientras que programas de oferta directa por personal sanitario superaron el 70% de aceptación, con rendimientos próximos al 0,7%. En España se ha insistido en la necesidad de potenciar el cribado en este ámbito para reducir los diagnósticos tardíos. El objetivo del presente estudio fue evaluar la implementación de un sistema automatizado de alertas en la historia clínica electrónica en un servicio de urgencias, analizando su aceptación, rendimiento diagnóstico, vinculación a cuidados y efecto sobre el volumen global de serologías.

Métodos: Estudio prospectivo en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Son Espases (Palma, 2023-2025). Se implantó un sistema de alertas que recomendaba serología VIH en adultos (18-65 años, sin prueba reciente ni infección conocida) ante criterios predefinidos: solicitud de pruebas microbiológicas (ITS, hepatitis), prescripción de antibióticos específicos (ITS, PEP) o diagnósticos urgentes compatibles (neumonía, herpes zóster, ITS, síndrome mononucleósico, intoxicación por *chemsex*). Se analizaron activaciones, aceptación,

pruebas realizadas, diagnósticos y evolución global del cribado hospitalario.

Resultados: Durante el periodo de estudio se activaron 3.240 alertas en pacientes únicos; 523 fueron aceptadas (16,1%). Se realizaron 398 serologías, con 8 positivos (2,0%); 2 nuevos diagnósticos (0,5%; 1 por cada 199 pruebas), 2 pacientes previamente diagnosticados sin seguimiento local y 4 ya conocidos. Dos pacientes con alerta no aceptada fueron diagnosticados tardíamente. La aceptación fue mayor en pacientes de mayor edad y en ciertas especialidades (Digestivo 52%). El número total de serologías hospitalarias aumentó un 26% respecto a los años previos.

Conclusiones: El sistema de alertas en HCE permitió identificar nuevos casos de VIH y mejorar la vinculación a cuidados. Aunque la aceptación por parte de los clínicos fue modesta, la intervención se asoció a un incremento significativo de serologías y a un mayor peso del diagnóstico precoz en Urgencias. Se requieren estrategias adicionales para optimizar su integración y aumentar la aceptación de las alertas.

COB-10. POSTPARTUM LOSS OF VIRAL SUPPRESSION AMONG WOMEN WITH HIV IN SPAIN, 2004-2024

Rebeca Izquierdo¹, Marta Rava¹, Victoria Hernando¹, Inés Suárez-García², Claudia Ferreira Tatá³, Montserrat Torres⁴, Carmen Elena Gómez⁵, Claudia González-Rico⁶, María José Ríos-Villegas⁷, Lucía Romero⁸, Julián Olalla⁹, Onofre Juan Martínez¹⁰, Sergio Reus¹¹, Inma Jarrín¹ and Cohorte CoRIS¹

¹Centro Nacional de Epidemiología (ISCIII), CIBERINFEC (ISCIII), Madrid.

²Hospital Universitario Infanta Sofía, FIIB HUIS HHEN, Universidad Europea, CIBERINFEC (ISCIII), Madrid.

³Hospital Universitario Reina Sofía, IMIBIC, Universidad de Córdoba, Córdoba.

⁴Centro Nacional de Microbiología (ISCIII), CIBERINFEC (ISCIII), Madrid.

⁵Centro Nacional de Biotecnología (CSIC), CIBERINFEC (ISCIII), Madrid.

⁶Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL, CIBERINFEC (ISCIII), Santander.

⁷Hospital Universitario Virgen Macarena, Universidad de Sevilla, IBiS (CSIC), Sevilla.

⁸Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife.

⁹Hospital Universitario Costa del Sol, Marbella.

¹⁰Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

General Universitario Dr. Balmis, ISABIAL, Universidad Miguel Hernández, Alicante.

Objectives: To estimate the proportion of women with HIV who lost viral suppression one year after delivery among those virally suppressed at delivery and identify associated risk factors.

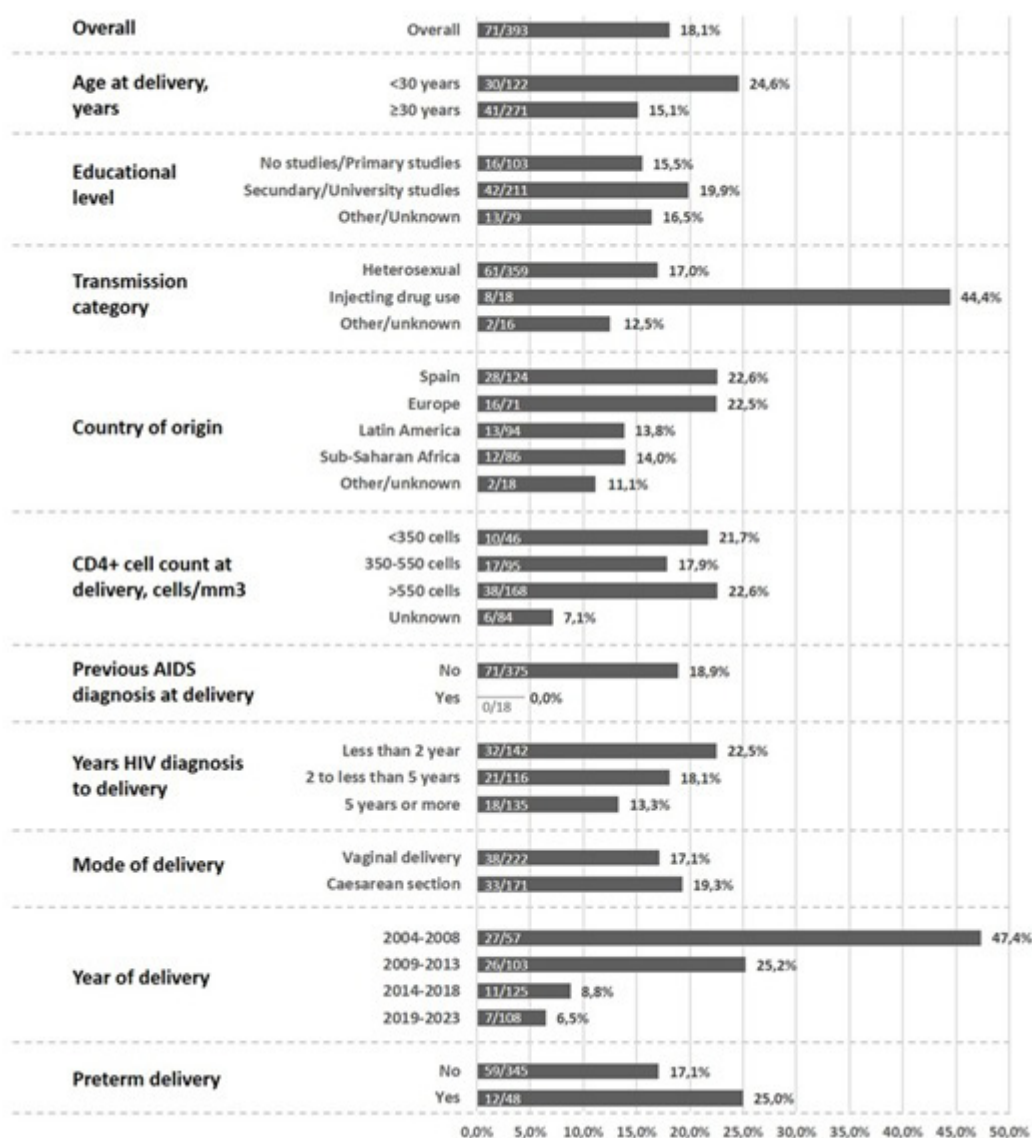
Methods: We included women with HIV aged 18-50 years, recruited in the CoRIS cohort between January 2004 and November 2024, who gave birth during this period and were virologically suppressed at delivery (viral load [VL] ≤ 50 copies/mL). Women also had to have VL data at one year postpartum (± 6 months). We calculated the proportion and 95% confidence interval (CI) of women who experienced loss of viral suppression (VL > 50 copies/mL) at one year postpartum, both overall and according to sociodemographic and clinical characteristics at delivery. To identify associated risk factors, we used generalized estimating equation binary logistic regression models, accounting for potential clustering of multiple deliveries per woman.

Results: During the study period, 465 women had 627 live births. We excluded 61 births due to missing maternal VL at delivery, 74 because women were not virologically suppressed at delivery, and 99 due to missing VL at one year postpartum. The final analysis included 393

live births from 316 women. Median maternal age at delivery was 33 years (IQR: 29-37). Most women acquired HIV through heterosexual transmission (91%), and 54% had completed secondary or university education. Twenty-four percent were born in Latin America and 22% in Sub-Saharan Africa. Over half of deliveries were vaginal (56%) and 12% were preterm. At one year postpartum, 18.1% (95%CI: 14.6-22.2%) of women experienced loss of viral suppression. The figure shows this proportion according to sociodemographic and clinical characteristics at delivery. In multivariable analysis, both calendar period and maternal age were independently associated with loss of viral suppression. Deliveries in more recent periods were associated with significantly lower odds of loss of viral suppression compared to 2004-2008 (adjusted OR: 0.38 [95%CI: 0.19-0.77] for 2009-2013; 0.11 [0.05-0.27] for 2014-2018; 0.11 [0.04-0.27] for 2019-2023). Women aged ≥ 30 years showed a lower likelihood of loss of viral suppression compared to those aged < 30 years (aOR: 0.54 [95%CI: 0.29-1.00]).

Conclusions: These findings show a decline over time in the proportion of women experiencing loss of viral suppression one year after delivery, which may reflect improvements in clinical management during the postpartum period. However, targeted interventions are

Figure 1. Proportion of loss of viral suppression, stratified by sociodemographic and clinical characteristics at delivery.



needed to further reduce loss of suppression and promote sustained maternal health.

Comunicaciones Orales Breves 2 25 de noviembre - 16:15-17:45 h

COB-11. EL SEXO IMPORTA: APROXIMACIÓN BAYESIANA PARA EL ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS DE SEXO EN UNA COHORTE PEDIÁTRICA AFRICANA

Irati Gastesi Orbegozo¹, Álvaro Ballesteros¹, Shaun Barnabas², Osee Behuhuma³, Maria Grazia Lain⁴, Tacilta Nhampossa⁵, Kennedy Otwombe⁶, Avy Violari⁶, Almoustapha Issiaka Maiga⁷, Paolo Rossi⁸, Carlo Giaquinto⁹, Louise Kuhn¹⁰, Pablo Rojo¹¹, Alfredo Tagarro¹² y Sara Domínguez-Rodríguez¹²

¹Instituto de Investigación Sanitaria Hospital 12 de Octubre (imas12), Madrid. ²Family Centre For Research With Ubuntu (FAMCRU), Stellenbosch University, Cape Town. ³Africa Health Research Institute (AHRI), Durban. ⁴Fundação Ariel Glaser contra o SIDA Pediátrico, Maputo. ⁵Barcelona Institute for Global Health (ISGLOBAL), Barcelona. ⁶Perinatal HIV Research Unit, Faculty of Health Sciences, University of the Witwatersrand, Johannesburg. ⁷Gabriel Toure University Hospital, Bamako. ⁸Division of Immune and Infectious Diseases, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma. ⁹Department of Surgery, Oncology and Gastroenterology, Section of Oncology and Immunology, University of Padova, Padova. ¹⁰Gertrude H. Sergievsky Center, Vagelos College of Physicians and Surgeons, Columbia University Irving Medical Center, New York. ¹¹Instituto de Investigación Sanitaria Hospital 12 de Octubre (imas12), Universidad Complutense de Madrid, Madrid. ¹²Instituto de Investigación Sanitaria Hospital 12 de Octubre (imas12), Universidad Europea de Madrid, Madrid.

Introducción y objetivos: De los 38 millones de personas que viven con VIH-1 en el mundo, aproximadamente el 53% son mujeres. En población adulta se ha descrito que las mujeres presentan cargas virales plasmáticas (CV) más bajas y recuentos de linfocitos CD4 más elevados que los hombres. Sin embargo, los datos disponibles en niños y niñas son limitados y, en ocasiones, contradictorios. Esta falta de evidencia dificulta comprender el papel del dimorfismo sexual en etapas tempranas de la infección y su influencia en la respuesta al tratamiento.

Métodos: Se analizaron datos de la cohorte pediátrica africana EARTH-EPIICAL, seleccionando 159 de los 215 participantes precozmente tratados con ≥ 5 determinaciones longitudinales de CV. Se recopiló variables sociodemográficas, clínicas e inmunoviroológicas. Para la comparación entre sexos se aplicaron modelos bayesianos, estimando diferencias de medianas y proporciones mediante probabilidades posteriores. El efecto del sexo sobre la evolución virológica se evaluó con un modelo multivariable gaussiano bayesiano (8.000 iteraciones, 2.000 *warmup*, 4 cadenas) con *priors* informativos derivados de estudios previos (normal -0,01, 0,005). De forma complementaria, la adherencia se analizó mediante un modelo multivariable de supervivencia Weibull bayesiano.

Resultados: La mediana de seguimiento fue de 39,7 meses [29,3-44,1]. El 46,5% eran niñas (n = 74). La edad al inicio del tratamiento antirretroviral (TAR) fue similar entre sexos (34,0 meses [26,0-63,0] en niñas vs. 32,5 [18,0-82,5] en niños). Sin embargo, un mayor porcentaje de niñas presentaba CV $> 5 \log_{10}$ copias/mL al inicio (51,4 vs. 38,8%), con una probabilidad del 94,2% de que esta proporción fuera mayor en niñas ($P(\Delta > 0) = 0,942$). En contraste, las niñas mostraron menor riesgo de inmunosupresión moderada o grave (1,4 vs. 10,6%),

con una probabilidad del 96,9% de tener mejor estado inmunológico ($P(\Delta < 0) = 0,969$). Durante el seguimiento, las niñas presentaron una probabilidad mayor de presentar adherencia subóptima (HR: 1,14 (95% CrI: 0,81-1,62, $P(\Delta < 0) = 0,781$). Por cada año de seguimiento, las niñas experimentaban un descenso más pronunciado de la CV (-0,01 [-0,01; -0,001]), con probabilidad del 99,4% ($P(\Delta < 0) = 0,994$).

Conclusiones: Las niñas presentaron un patrón diferenciado de respuesta virológica al TAR, caracterizado por un descenso más acusado de la CV en comparación con los niños. Además, se observó una tendencia a mayor adherencia subóptima en niñas pese a tener mejor CV. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de incorporar la perspectiva de sexo en la investigación pediátrica del VIH y apoyan el desarrollo de estrategias de medicina personalizada que consideren el dimorfismo sexual como determinante clínico relevante.

COB-12. TWO OR THREE? CLINICAL AND PROTEOMIC PERSPECTIVES ON DUAL VERSUS TRIPLE ANTIRETROVIRAL THERAPY AS INITIAL HIV TREATMENT

Claudio Díaz-García¹, Sergio Serrano-Villar², Alejandro G. García-Ruiz de Morales², Belén Sánchez-López³, Carmen Elena Gómez Rodríguez⁴, Noelia Ruiz-Alonso⁵, Jorge Sánchez-Villegas⁶, Laura Dans-Vilán⁷, Luis Morano Amado⁸, Rafael Rodríguez-Rosado⁹, Álvaro Mena de Cea¹⁰, Santiago Moreno¹, Elena Moreno² and Javier Martínez-Sanz²

¹Department of Infectious Diseases, Hospital Universitario Ramón y Cajal, IRYCIS, CIBERINFEC, Universidad de Alcalá, Madrid. ²Department of Infectious Diseases, Hospital Universitario Ramón y Cajal, IRYCIS, CIBERINFEC, Madrid. ³Unidad VIH, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario 12 de Octubre, Centro de investigación Hospital Universitario 12 de Octubre (imas12), Madrid. ⁴Department of Molecular and Cellular Biology, Centro Nacional de Biotecnología, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, CIBERINFEC, Carlos III Health Institute, Madrid. ⁵Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla - IDIVAL, Santander. ⁶Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas y Microbiología, Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Departamento de Medicina, Universidad de Sevilla, Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS)/CSIC, Sevilla. ⁷Centro Sanitario Sandoval, Fundación Investigación Biomédica del Hospital Clínico San Carlos, IdISSC, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ⁸Infectious Disease Unit, Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo. ⁹Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid. ¹⁰Unidad de Enfermedades Infecciosas, Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario Universitario a Coruña (CHUAC), A Coruña.

Introduction: While triple-drug regimens (3DR) have long been the standard of care for HIV infection, two-drug regimens (2DR), particularly dolutegravir/lamivudine (DTG/3TC), have emerged as viable first-line options. However, there is limited understanding of how baseline clinical profiles associated with regimen choice relate to underlying inflammatory states and long-term immune trajectories.

Methods: We performed a retrospective observational study using data from the Spanish CoRIS cohort, including ART-naïve individuals who initiated either DTG/3TC or bicitegravir/emtricitabine/tenofovir alafenamide (BIC/F/TAF) between 2016 and 2023. We applied propensity score modeling to identify predictors of regimen choice. In a matched subset of participants with plasma samples at baseline and 24 months post-ART, we carried out longitudinal inflammatory profiling using the Olink Target 96 Inflammation panel. We then conducted differential expression and enrichment analyses, and explored associations between clinical variables and proteomic changes over time.

Results: Among 3,145 participants (69.5% on BIC/F/TAF and 20.5% on DTG/3TC), those with higher baseline HIV-1 RNA and lower CD4+

T-cell counts were more likely to initiate BIC/F/TAF. In a matched subset (n = 174), 11 proteins were significantly overexpressed at baseline in the BIC/F/TAF group, suggesting a heightened inflammatory state. Both regimens led to significant downregulation of inflammatory markers over two years, though each displayed distinct proteins and functional pathways. Baseline viral load and CD4⁺ counts correlated with specific proteomic profiles and predicted longitudinal changes, particularly in the BIC/F/TAF group.

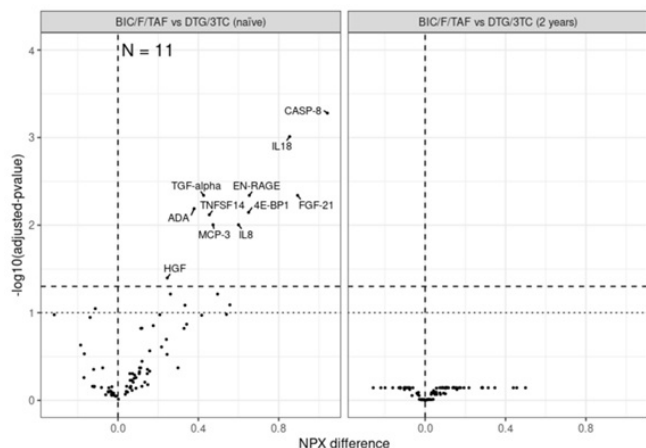


Figure 1. Differential expression analysis of proteins. Differentially expressed proteins comparing treatment groups at baseline (month 0, left-hand side) and 2 years after ART initiation (month 24, right-hand side).

Conclusions: Regimen selection was associated with baseline disease severity and inflammatory burden. Despite being used in patients with more advanced profiles, BIC/F/TAF effectively reduced systemic inflammation over two years. Both regimens attenuated inflammatory activity, though with distinct trajectories that may carry implications for immune recovery and long-term outcomes.

COB-13. PROTEOMIC AND TRANSCRIPTOMIC PROFILING REVEALS GALECTIN-9 AND TYPE I INTERFERON SIGNALING AS KEY PREDICTORS OF NON-AIDS COMORBIDITIES

Claudio Díaz-García¹, Laura Martín-Pedraza², Javier Martínez-Sanz², Ana del Amo², Patricia Resa-Infante³, Laura Luna², Mercedes Bermejo Herrero⁴, Sara Saiz-Baggetto², María Fons², Víctor Asensi⁵, Marta Montero-Alonso⁶, Santiago Moreno¹, Elena Moreno² and Sergio Serrano-Villar²

¹Department of Infectious Diseases, Hospital Universitario Ramón y Cajal, IRYCIS, CIBERINFEC, Universidad de Alcalá, Madrid. ²Department of Infectious Diseases, Hospital Universitario Ramón y Cajal, IRYCIS, CIBERINFEC, Madrid. ³IrsiCaixa, University of Vic-Central University of Catalonia (UVic-UCC), Hospital Germans Trias i Pujol, Germans Trias i Pujol Research Institute (IGTP), CIBERINFEC, Carlos III Health Institute, Badalona. ⁴Laboratorio de Inmunopatología del SIDA, CNM-ISCI, CIBERINFEC, Carlos III Health Institute, Madrid. ⁵Infectious Diseases Unit, Hospital Universitario Central de Asturias and Group of Translational Research in Infectious Diseases, Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA), Cantabria. ⁶Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Introduction: Despite suppressive antiretroviral therapy (ART), people with HIV (PWH) remain at increased risk for serious non-AIDS events (SNAEs). Robust prognostic biomarkers could improve risk stratification and inform prevention strategies. We aimed to validate inflammatory biomarkers most predictive of SNAEs after screening a large panel of inflammatory proteins.

Methods: We conducted a nested case-control study within the Spanish CoRIS cohort, including virologically suppressed PWH at year two of ART with no prior SNAEs. The median follow-up was 63 months for cases and 94 for controls. Participants were 46.5 years old on average, 76.5% male, with mean CD4 count of 265 cells/μL. Using the Olink Explore 384 Inflammation panel, we profiled 370 plasma proteins at year two of ART in 92 participants who developed SNAEs (cardiovascular events, non-AIDS malignancies, or non-accidental death) and 95 matched controls. RNA-seq was performed on paired PBMCs. Matching factors included demographics, HIV history, ART regimen, and lipid levels. Proteins were prioritized by significance, recurrence across outcomes, effect size, biological plausibility, and novelty, and validated by ELISA in 138 participants. Associations with time to event were tested using Cox models.

Results: Of 92 cases, 64 (69.5%) developed malignancies, 28 (30.4%) cardiovascular events, and 23 (25%) died. Olink screening identified 33 proteins associated with SNAEs, 58 with non-AIDS cancers, and 7 with mortality after multiple-testing correction. None were significant for cardiovascular events. Four proteins [galectin-9 (LGALS9), CCL13/CMP4, DAPP1, and SKAP2] were selected for validation. ELISA confirmed higher LGALS9 in cases (87 vs. 76 pg/mL; p = 0.019) and a trend for CCL13. Survival analyses showed increased event risk for higher LGALS9 (HR 2.23 in Q4, p = 0.026) (fig.) and intermediate DAPP1 (HR 3.03 in Q3, p = 0.002); CCL13 showed a weaker, non-linear association. RNA-seq revealed shared upregulation of type I interferon-stimulated genes (USP18, ISG15, SIGLEC1, IFI27) in SNAEs and mortality, and outcome-specific signatures involving extracellular matrix remodeling, angiogenesis, and lipid metabolism. Proteomic profiles did not differ by ART class, though transcriptomes showed reduced expression of 24 genes (NNRTI) and 21 genes (PI) compared with INSTI; XIST was the most down-regulated (FC -27 and -28).

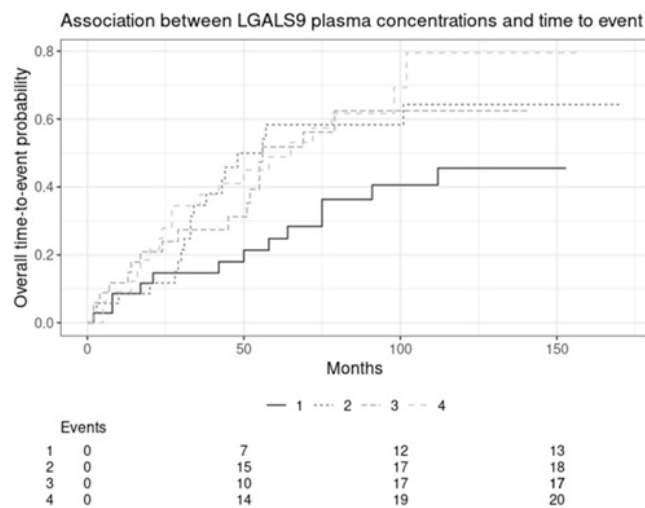


Figure 1. Association between LGALS9 plasma concentrations and overall time to event. Kaplan-Meier survival curves by quartiles of LGALS9 plasma concentration measured by ELISA, with Cox proportional hazards regression results shown below each plot. Quartile cut-off points (28.66, 55.85, 76.13, and 112.06 pg/mL) were derived from the distribution of LGALS9 concentrations in the study population. Higher concentrations in the fourth quartile were associated with increased mortality risk (HR 2.23, p = 0.026). Using the quartile 1 threshold (55.85 pg/mL) as a diagnostic cutoff yielded a sensitivity of 0.145, specificity of 0.671, positive predictive value (PPV) of 0.229, and negative predictive value (NPV) of 0.539 for identifying mortality cases.

Conclusions: LGALS9 emerged as a strong candidate prognostic biomarker for SNAEs in ART-suppressed PWH. Its role in immune checkpoint signaling, induction during acute infection, and association with interferon-driven activation provide biological plausibility and support further evaluation as a therapeutic target to mitigate inflammation-driven comorbidities.

COB-14. METFORMIN FOR REVERSAL OF BIOLOGICAL AGING AND PREVENTION OF WEIGHT GAIN IN NON-DIABETIC ADULTS WITH HIV: A RANDOMIZED PILOT TRIAL

Andrés Esteban Cantos¹, Cristina Marcelo Calvo², Francisco Jurado³, Javier Rodríguez Centeno¹, Rocío Montejano Sánchez², Lucía Gutiérrez García¹, Alejandro de Gea Grela², Alejandro Díez Vidal², Patricia Martínez Martín², Juan Carlos González¹, Luz Martín Carbonero², Jose Ignacio Bernardino², Rosa de Miguel Buckley², Berta Rodés¹ and José Ramón Arribas²

¹Hospital Universitario La Paz-IdiPAZ, Madrid. ²Hospital Universitario La Paz, Madrid. ³Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas, Madrid.

Introduction: There is interest in metformin as a drug to delay aging. This is the first trial to evaluate the impact of metformin on biological aging measured by epigenetic clocks, and on weight loss in non-diabetic PWH.

Methods: Phase II randomized, double-blind, pilot clinical trial comparing metformin 850 mg BID vs. placebo. Main inclusion criteria included age ≥ 50 , HIV viral load < 50 for ≥ 1 year, CD4 > 500 , HOMA-IR ≤ 2.6 , BMI < 30 , and normal B12 vitamin levels. Key exclusion criteria included diabetes, comorbidities (stroke, heart failure, dementia, cancer or renal impairment) and pregnancy. Objectives were to assess metformin safety, changes in Epigenetic Age Acceleration (EAA) measured by epigenetic clocks (both original and principal component-derived versions), and changes in weight and other metabolic parameters after 96 weeks of follow-up, including serum GDF-15 levels measured by ELISA. Intra-group and inter-group comparisons were performed using paired and unpaired Wilcoxon tests.

Results: We included 40 participants, of whom 35 (17 metformin and 18 placebo) maintained their randomized treatment until week 96. Discontinuations were not attributed to adverse events related to the study medication. At baseline, groups were balanced, with a mean chronological age of 57 years, 30% female, BMI of 24.1, HOMA IR of 1.39, CD4 counts (current/nadir) of 855/291 cells/ μ L, CD4/CD8 of 1.3, and with no differences in EAA measures and DNAmTL. Participants receiving metformin demonstrated a significant increase in serum GDF15, confirming metformin adherence. At week 96, there were no significant differences between groups in CD4 counts, and renal function, and all participants remained virologically suppressed. Decreases in EAA were numerically larger in the metformin group for most epigenetic clocks, without statistically significant differences. A trend towards a potential effect on DNAmTL was observed ($p = 0.083$). Participants in the metformin group experienced a greater weight loss compared to those receiving placebo (median [IQR]: -1.0 kg [-3.6, 0.5] vs. 1.4 kg [-0.9, 2.9]; $p = 0.026$). Similarly, BMI decreased in the metformin group. Weight change was inversely correlated with GDF-15 increase (Spearman $\rho = -0.41$, $p = 0.01$). No significant differences were observed in waist/hip circumference, glucose, HbA_{1c}, HOMA-IR, or lipid parameters.

Conclusions: In this pilot trial, metformin treatment for 96 weeks was safe and well-tolerated in non-diabetic PWH. A trend favoring metformin was observed across the epigenetic clocks analyzed, and metformin prevented weight gain over 96 weeks, warranting further investigation in larger studies.

COB-15. EFFECT OF TWO-YEAR METFORMIN TREATMENT ON THE IMMUNE PROFILE IN ART-TREATED PWH ≥ 50 YEARS: A RANDOMIZED, PLACEBO-CONTROLLED TRIAL

Lucía Gutiérrez García, Andrés Esteban Cantos, Cristina Marcelo Calvo, Rocío Montejano, Javier Rodríguez Centeno, Rosa de Miguel, Juan Carlos González Rodríguez, Irene Casado Juárez, Sara Rodríguez Díez, Patricia Martínez Martín,

Alejandro de Gea Grela, Jose Ignacio Bernardino, Berta Rodés and José Ramón Arribas

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introduction: Metformin, a widely used drug for diabetes, has potential anti-aging and anti-inflammatory effects via modulation of cellular metabolism. However, its immunomodulatory effect in non-diabetic people with HIV (PWH) is not well understood.

Methods: We conducted a 96-week, randomized, double-blind, placebo-controlled trial in non-diabetic, virologically suppressed PWH aged ≥ 50 years, CD4 > 500 cells/ μ L, HOMA-IR ≤ 2.6 , viral load < 50 copies/ml for a year prior to study entry and stable ART for ≥ 3 months. Participants were randomized (1:1) to receive Metformin (850 mg BID or 850 mg QD dolutegravir treated participants) or Placebo for 96 weeks. Blood was collected at baseline and at week 96. Flow cytometry was used to determine the proportions of peripheral blood mononuclear cell subsets including: CD4⁺ and CD8⁺ naïve (CD27⁺, CD45RA⁺), central memory (CD27⁺, CD45RA⁻), effector memory (EM; CD27⁻, CD45RA⁻), terminally differentiated EM (TEM-RA; CD27⁻, CD45RA⁺) and senescent (CD28⁻, CD57⁺) T cells; CD4⁺ regulatory (FoxP3⁺, CD25⁺) and recent thymic emigrants (CD31⁺, CD45RA⁺) T cells; monocytes (CD14⁺, CD16^{+/-}) and natural killers cell subsets (CD56 bright/dim, CD16^{+/-}). Inflammatory biomarkers IL-6, TNF- α and TNF-RII were quantified by ELISA. Within-group changes were assessed using paired t-tests, and between-group differences were evaluated using ANCOVA adjusted for baseline values.

Results: Of the 40 participants enrolled, 35 (17 metformin, 18 placebo) maintained the treatment until 96 weeks. Baseline characteristics were balanced between groups. After 96 weeks, CD8⁺ TEMRA T cells significantly increased in the placebo group (mean change: 6.4%, $p < 0.001$) but remained stable in the Metformin group (mean change: 1.2%, $p = 0.056$). Between-group comparison showed a statistically significant difference ($p = 0.003$). For CD8⁺ EM T cells, within-group changes were not statistically significant (mean change Metformin 1.3%, $p = 0.306$; Placebo -1.4%, $p = 0.111$), but between-group comparison showed a significantly greater change in the Metformin arm ($p = 0.044$). For CD4⁺ regulatory T cells no significant changes were observed within-groups (mean change Metformin 0.47%, $p = 0.137$; Placebo -0.39%, $p = 0.229$) though between-group analysis showed a trend toward a greater change in the Metformin group ($p = 0.057$). No statistically significant between-group differences were observed in other CD4⁺ or CD8⁺ T cell subsets, NK cells, monocytes or inflammatory biomarkers.

Conclusions: These findings suggest that two-year metformin treatment in non-diabetic ART-treated PWH ≥ 50 years may modulate T cell differentiation, contributing to the stabilization of terminally differentiated CD8⁺ T cells and to a trend toward an enhanced regulatory CD4⁺ T cell profile.

COB-16. ENHANCEMENT OF IMMUNOTHERAPY AGAINST HIV-1 BY TARGETING IFI16/AIM2 IN MDDC FROM PWH

Ilya Tsukalov¹, Marta Calvet-Mirabent¹, Jesús Pino-Platas¹, María Agudo-Lera¹, Ildefonso Sánchez-Cerrillo², Paul Nicholas Holmes-Anton³, Raquel González-García³, Ignacio de los Santos², Lucio García-Fraile², Sergio Serrano-Villar³, Santiago Moreno⁴, Francisco Sánchez-Madrid³, Arantazu Alfranca³ and Enrique Martín-Gayo⁵

¹Universidad Autónoma de Madrid, Madrid. ²CIBERINFECC, Madrid.

³Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. ⁴Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ⁵Centro de Biología Molecular Severo Ochoa, Madrid.

Introduction: Monocyte-derived dendritic-cells (MDDC) are useful to stimulate HIV-1 specific CD8⁺ T cells. However, CD8⁺ T cells from People with HIV (PWH) become exhausted and resistant to stimula-

tion as a result of chronic inflammation. We previously observed that induction of ligands for the checkpoint receptors TIGIT and TIM3 in response to PAMP stimulation depends on the inflammasome in monocytes from PWH. Nevertheless, the mechanisms driving expression of these molecules and their modulation to optimize immunotherapy against HIV-1 have been less explored in MDDC.

Methods: Monocytes from a cohort of $n = 41$ PWH on ART for at least 1 year recruited at Hospital de la Princesa and characterized by undetectable to low viral loads (median 20 copies/mL), and median 1,025 CD4/CD8 T cell ratios were obtained by adhesion. MDDC were generated from these after 6 days of culture in the presence of IL-4 and GM-CSF. Expression of CD40, CD155, PDL1, and Galectin-9 was assessed by FACS in response to Poly I:C (PIC) or other TLR ligands in the absence or the presence of AIM2 and IFI16 specific siRNAs or control scramble siRNA. Activation of IFI16, AIM2 and Caspase-1 inflammasome complexes was evaluated by confocal microscopy. Caspase (Z-VAD-FMK) and AIM2/IFI16 (ODN-TTAGGG) inhibitors were used to address modulation of checkpoint ligands, together with their ability to activate polyfunctional HIV-1 Gag-specific CD8⁺ T cells and to eliminate HIV-1 infected CD4⁺ T cells from PWH in presence of Romidepsin and Raltegravir.

Results: Stimulation with PIC significantly induced the expression of high levels of CD40 with high levels of TIGIT (PVR; $p < 0.0125$) and TIM3 (Gal-9; $p < 0.032$) in MDDC from PWH. In these cells, IFI16 was translocated from the nucleus to the cytoplasm ($p = 0.0379$) and formed polarized aggregates. Moreover, AIM2 was characterized by a cytoplasmic pattern and significantly colocalized with caspase -1 in MDDC from PWH after PIC stimulation ($p = 0.0045$). Silencing of both IFI16 and AIM2 in MDDC from PWH prevented the induction of PVR and Gal-9 after PIC stimulation. Inhibition of caspases ($p = 0.0195$ PVR; $p = 0.0039$ Gal-9) and AIM2/IFI16 ($p = 0.0039$ for both PVR and Gal-9) prevented the induction of these ligands on activated MDDC. Finally, the inhibition of caspases increased the proportions of TNF α + IFN γ + CD107a+ ($p = 0.0078$) HIV-1-specific CD8⁺ T cell responses and promoted their capacity to eliminate p24-expressing CD4⁺ T cells ($p = 0.0195$).

Conclusions: IFI16/AIM2 inflammasomes regulate the expression of TIGIT/TIM3 ligands in MDDC from PWH and targeting of this pathway may improve immunotherapies against HIV-1.

COB-17. DASATINIB POTENCIA LA CITOTOXICIDAD DE CÉLULAS NATURAL KILLER FRENTE A CÉLULAS INFECTADAS POR VIH-1 EN PERSONAS CON TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

María José Muñoz-Gómez¹, Jorge Martínez-Laso¹, Mario Manzanares¹, Clara Sánchez-Menéndez¹, Elena Mateos¹, Sofía Sábato², Adam Spivak³, Beatriz Mothe², José Moltó² y Mayte Coiras¹

¹Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda. ²Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona. ³Facultad de Medicina de la Universidad de Utah, Utah.

Introducción y objetivos: A pesar de la terapia antirretroviral (TAR), la persistencia del VIH-1 constituye una de las principales barreras para la erradicación viral. Las células *natural killer* (NK) son elementos clave en la inmunidad antiviral; sin embargo, su función se ve frecuentemente deteriorada en el contexto de la infección crónica por VIH, con expansión de subpoblaciones disfuncionales y pérdida de capacidad citotóxica. Dasatinib, un inhibidor de tirosina quinasas con efectos inmunomoduladores, potencia la actividad de las células NK en algunos contextos patológicos como cáncer y coinfección con citomegalovirus. Nuestro objetivo ha sido evaluar si dasatinib puede potenciar la citotoxicidad de las NK frente a células infectadas por VIH-1 para favorecer la eliminación inmune del reservorio viral en el contexto de la estrategia "shock & kill".

Métodos: Se aislaron células NK a partir de sangre periférica de personas con VIH-1 (PVIH) tratadas con TAR y dasatinib (70 mg/día) (Cohorte 1, $n = 6$) o placebo (Cohorte 2, $n = 4$). La citotoxicidad mediada por células NK frente a células infectadas por VIH-1 se analizó mediante microscopía confocal. Las subpoblaciones celulares se caracterizaron mediante citometría de flujo. Adicionalmente, células NK de donantes sanos fueron tratadas *in vitro* 5 días con IL-2/IL-15 o dasatinib y la expresión relativa de STAT1, STAT3 y STAT5AB, esenciales para su función y supervivencia, se cuantificó mediante RT-qPCR.

Resultados: 1) Las células NK de la cohorte 1 presentaron 70 veces más capacidad para reducir el número de células diana infectadas por VIH-1 ($p = 0,0312$), en comparación con células de la cohorte 2; 2) Esta mayor citotoxicidad se asoció a una reducción de 1.5 veces en la subpoblación CD56⁺CD16⁺KLRG1⁺ en individuos de la cohorte 1 ($p = 0,0381$), lo que sugiere un cambio hacia un fenotipo menos agotado y más funcional; 3) En células NK de donantes sanos, dasatinib indujo el aumento de la expresión relativa de STAT1 (2 veces; $p = 0.050$), STAT3 (14 veces, $p < 0.0001$) y STAT5AB (9 veces, $p = 0.0002$), en comparación con el control sin tratar.

Conclusiones: Nuestros resultados muestran que dasatinib *in vivo* potencia la citotoxicidad de células NK frente a células infectadas por VIH-1 y promueve un fenotipo más funcional, posiblemente asociado a la activación de la vía JAK/STAT, esencial para la proliferación, supervivencia y función citotóxica. En la estrategia de *shock & kill*, dasatinib podría inducir una reprogramación de células NK para contrarrestar el agotamiento funcional de la infección crónica y facilitar la eliminación de células reactivadas.

COB-18. NON-NEUTRALIZING BISPECIFIC ANTIBODY DRIVES NK-MEDIATED MEMORY-LIKE RESPONSES LINKED TO HIV RESERVOIR REDUCTION

Oriol Ruiz Isant¹, Judith Grau Expósito¹, Irene Mota Gómez¹, Alba González Robles¹, Meritxell Genescà Ferrer¹, Jorge Carrillo Molina² and María José Buzón Gómez¹

¹Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR), Barcelona. ²IrsiCaixa, Badalona.

Introduction: The latent reservoir remains the primary barrier to an HIV cure. NK cell-based immunotherapy represents a promising strategy to eliminate HIV infected cells and reduce reservoir size. We previously reported that the tetravalent bispecific antibody Bi-Ab32/16, targeting the gp120 on infected cells and CD16a on NK cells (PMID:39953264), induced potent *in vitro* ADCC activity against HIV-infected cells. However, in humanized NSG-hIL15 mice, Bi-Ab32/16 caused NK cell depletion via fratricide, limiting antiviral efficacy. To overcome this limitation, we developed and characterized two novel Bi-Ab32/16 formats: Mutant 1 (M1) with a non-functional Fc domain, and Mutant 2 (M2) additionally engineered with a single anti-CD16a arm.

Methods: Thirty humanized NSG-IL15 mice ($n = 6$ per group) were infected intravenously with 5,000 TCID₅₀ of HIV-1_{Bal}. Infection was allowed to establish for 3 weeks before initiating oral antiretroviral therapy administered until week 7. At week 6, animals were randomly distributed in 5 groups and treated intraperitoneally for two weeks with: 1) the parent A32 antibody, 2) the Bi-Ab32/16, 3) M1, 4) M2, and 5) an isotype control. At week 10, mice were sacrificed, and blood and spleen samples were harvested for analysis. Total HIV DNA was measured by qPCR and PBMC subsets were characterized by spectral flow cytometry.

Results: Consistent with PMID 39953264, Bi-Ab32/16 treatment induced an *in vivo* depletion of NK cells, whereas this effect was absent in the M1- and M2-treated groups, which instead showed increased frequencies of NK cells (M1, $p = 0.039$; M2, $p = 0.052$). Analysis of total HIV DNA revealed reduced levels in the M2-treated group in both

blood (FC = 6.6) and spleen (FC = 12.5) versus parent A32 antibody. Moreover, the M2-treated group showed an expansion of NK cell subsets expressing memory-like markers (NKG2C, KIR) together with the blood activation and homing markers CD69 and CXCR3. These subsets negatively correlated with the size of the viral reservoir: CD16⁺/CXCR3⁺/KIR⁺/NKG2C⁺/CD69⁺ ($r = -0.70$; $p = 0.006$), CD16⁺/KIR⁺/NKG2C⁺/CD69⁺ ($r = -0.57$; $p = 0.037$), and CD16⁺/NKG2C⁺/CD69⁺ ($r = -0.60$; $p = 0.027$).

Conclusions: NK-targeted, non-neutralizing anti-HIV bispecific antibodies reduced HIV reservoir levels and selectively promoted the expansion of memory-like NK cell subsets in humanized NSG-hIL15 mice. These findings support the potential of NK cell-directed immunotherapy as a promising strategy toward HIV cure efforts.

COB-19. HIGH-RESOLUTION PROFILING OF HIV-1 RESERVOIR AND IMMUNE RESPONSE IN PERSISTENT ELITE CONTROLLERS: INSIGHTS INTO HIV CURE AFTER 30 YEARS OF SPONTANEOUS CONTROL

Cristina Moral Turón¹, Carmen Gasca Capote¹, María Pernas², Agustín Valenzuela³, Concepción Casado², Julià Blanco⁴, Joana Vitallé⁵, Virginia Sandonis², Silvia Chafino⁶, María Antequera¹, Iria Lorenzo Sánchez³, Romina Cabrera Rodríguez³, Consuelo Vilades⁶, Francisco Vidal⁶, Luis Fernando López Cortes¹, Joaquín Peraire⁶, Anna Rull⁶, Julián Olalla⁷ and Ezequiel Ruiz-Mateos Carmona¹

¹Institute of Biomedicine of Seville (IBiS), Virgen del Rocío University Hospital, Spanish National Research Council (CSIC), University of Seville, Clinical Unit of Infectious Diseases, Microbiology and Parasitology, Sevilla. ²Molecular Virology Unit, Retrovirus Reference and Research Laboratory, National Centre of Microbiology, Carlos III Health Institute, Majadahonda. ³Cellular and Viral Immunology Laboratory, Pharmacology Unit, Department of Medicine, Faculty of Health Sciences of the University of La Laguna, Ofra Campus, Tenerife. ⁴IrsiCaixa, Can Ruti Campus, UAB, Badalona. ⁵Institute of Biomedicine of Seville (IBiS), Virgen del Rocío University Hospital, Spanish National Research Council (CSIC), University of Seville, Clinical Unit of Infectious Diseases, Microbiology and Parasitology, Sevilla. ⁶Joan XXIII University Hospital of Tarragona, IISPV, University of Rovira i Virgili, Tarragona. ⁷Internal Medicine Department, Costa del Sol Hospital, Marbella.

Introduction: Persistent elite controllers (PCs) maintain spontaneous viral suppression for more than 20 years. These exceptional cases provide invaluable insights into the mechanisms leading to permanent HIV remission. We present the remarkable cases of two female PCs (fig.): one who has maintained suppression for 30 years and another who lost control after 38 years, representing the longest documented case of spontaneous control before progression.

Methods: In 450 mL of blood we assessed high-resolution HIV reservoir profile by near full length individual proviral sequencing (FLIP-seq) and cell-associated RNA (cARN) by digital droplet PCR. An *in silico* analysis of sequences from intact proviruses was performed for predicting Nef function. Gag-specific T cell response was evaluated by intracellular cytokine staining, together with markers of T-cell activation and proliferation.

Results: PC1 (HLA: B14/B57), 54 years old, diagnosed in 1995, had no blips with undetectable viral load for at least three decades with 1,140 CD4⁺ T-cell counts in March 2024. In 8.5×10^7 cells, we only detected four defective proviruses with large deletions in 1.5×10^6 cells in 2018. After scaling up to 7×10^7 million cells in 2024, we detected just two additional defective proviruses (hypermutation and large deletion) and a single intact genome. This intact provirus carried disruptive mutations in Nef incompatible with *in silico* virus replication. cARN was undetectable. Gag-specific T-cell response remained consistently stable across the last 13 years of follow up

(2012-2024, six time-points) with no T-cell escape mutations. This HIV-reservoir profile is compatible with a permanent HIV remission. PC2 (HLA: B50/B51), 63 years old, diagnosed in 1986, maintained undetectable viral load for 38 years until January 2024. In 2018, after analyzing 1.25×10^7 cells we only detected one defective provirus with large deletions and no detectable cRNA. Five months before viral rebound, September 2023, sequencing 1.7×10^7 cells revealed a clear increase in reservoir size, with 17 defective and 7 non-clonal intact proviruses. Immune profiling revealed stronger Gag-specific responses, alongside heightened activation, proliferation and senescent markers compared to PC1 and historical cohorts of PC and other transient controllers. Phylogenetic dating definitively ruled out reinfection by confirming that all intact sequences at 2024 traced back to the diagnosis date.

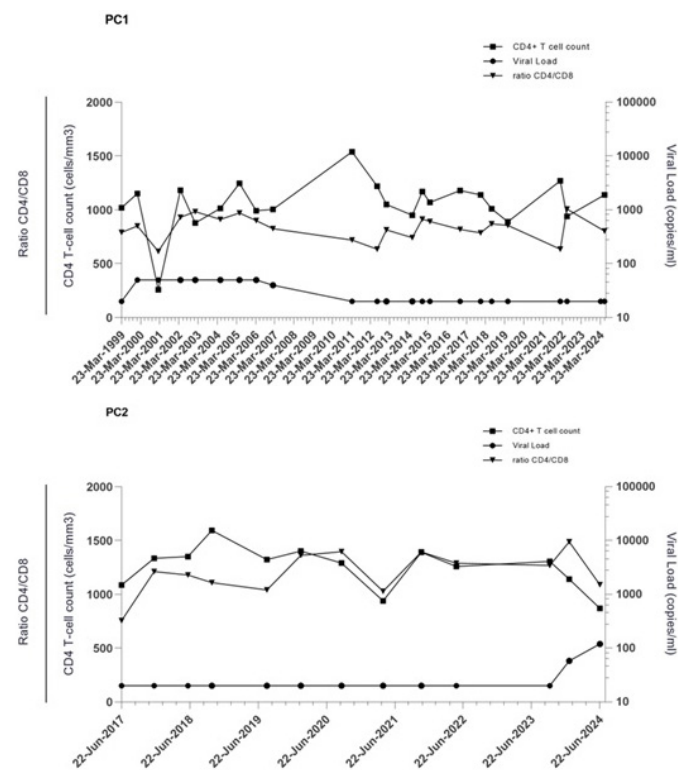


Figure 1. CD4⁺ T cell counts, viral load levels, and the CD4/CD8 ratio in PC1 and PC2. CD4⁺ T cell counts and the CD4/CD8 ratio were represented in the left axis and viral load levels in the right axes.

Conclusions: These two cases highlight the remarkable heterogeneity observed among PCs, suggesting that persistent virological control may be a highly dynamic process. The study of such extreme and divergent profiles provides valuable insights into the virological and immunological factors that may underlie HIV cure or permanent HIV remission.

COB-20. RESCUING THERAPEUTIC SIV VACCINATION WITH METFORMIN IMMUNOMODULATION AND MRNA/LNPS

Alvin Lam¹, William Chang¹, Hung Kiu², Denise Andal², Dennis J. Hartigan-O'Connor¹ and Gema Méndez Lagares¹

¹Department of Medical Microbiology and Immunology, School of Medicine, UC Davis, CA, Davis, California. ²California National Primate Research Center, UC Davis, CA, Davis, California.

A fraction of people with HIV infection who stop antiretroviral therapy (ART) achieve post-treatment control (PTC), which is sometimes dependent on a sufficient high-quality T-cell response. T cells that can contribute to PTC are thought to be targeted to certain viral peptides

and to have high proliferative capacity, allowing for a rapid response as virus reactivates from latency after treatment cessation. The number of T cells with these qualities in comparison to the amount of rebounding virus is also likely important, because the number of T cells must suffice to control distributed foci of rebounding virus. Although therapeutic vaccination against HIV has achieved variable success, we do not know how to reliably elicit sufficient high-quality T cells to consistently achieve PTC. Here we show that SIV-infected macaques that have failed to control viremia after a first therapeutic vaccination can develop high-quality T-cell responses after “rescue” therapeutic vaccination using mRNA/LNPs in the presence of metformin (500 mg of Glucophage XR given daily to animals, administered orally). We found that cytokine-producing T cells elicited in the presence of metformin were highly proliferative and more often expressed the transcription factor, TCF-1, that is associated with stem-like features. Macaques exposed to rapamycin during therapeutic vaccination, in contrast, produced few proliferating SIV-specific T cells and did not achieve improved control over viremia. We did not observe any immunostimulatory or memory-promoting effects of rapamycin at the dose given (0.12 mg/kg twice a day, maintaining a blood concentration of 8-15 ng/mL). Our results illustrate the potential of metabolic regulators such as metformin to support higher-quality immune responses to therapeutic HIV vaccines. In addition, these results provide a starting point for understanding the metabolic environment that can best support generation of durable and high-quality T cells that might contribute to HIV remission.

Comunicaciones Orales Breves 3

26 de noviembre - 09:15-10:45 h

COB-21. POTENTIAL BENEFITS OF MULTICOMPONENT EXERCISE ON THE PROTEIN PROFILE IN OLDER ADULTS WITH HIV (OAWH)

Fátima Brañas¹, Laura Martín-Pedraza², Pablo Ryan³, Sara Martín⁴, Fernando Drona², Carmen Cano⁴, Santiago Moreno², María Fons-Contreras⁴, Marta Martínez¹ and Matilde Sánchez-Conde²

¹Servicio de Geriatria, Hospital Universitario Infanta Leonor, FIIB del Hospital Universitario Infanta Leonor y Hospital del Sureste, Universidad Complutense, Madrid. ²Department of Infectious Diseases, Hospital Ramón y Cajal, Universidad de Alcalá, IRYCIS, CIBERINFEC, Madrid. ³Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Infanta Leonor, FIIB del Hospital Universitario Infanta Leonor y Hospital del Sureste, Universidad Complutense, Madrid. ⁴Department of Infectious Diseases, Hospital Ramón y Cajal, Universidad de Alcalá, IRYCIS, Madrid.

Introduction and objectives: Multicomponent exercise promotes healthy aging. Our objective was to investigate the impact of a Multicomponent Exercise Program (MEP) on the proteome in older adults with HIV (OAWH) over a one-year follow-up.

Methods: Sedentary adults aged 50+ with and without HIV were enrolled in a longitudinal study involving an MEP intervention. Clinical follow-up and plasma samples were collected at baseline, 12, 24, and 48 weeks. We assessed clinical variables, including frailty, aerobic endurance, gait speed, and lower limb strength. Adherence to MPE was classified as good (> 50%) or poor (< 50%). Protein levels were measured using Olink's NPX system (log2 scale). Generalized linear models (GLM) evaluated the association between protein expression, strength, and adherence. Multivariate PERMANOVA models identified patterns across the full protein panel. Analyses were conducted using R version 4.3.1.

Results: 60 participants (40 OAWH and 20 without HIV) were included, with a median age of 56.5 years; 23.3% were women. At baseline, OAWH showed upregulation of proteins CD8A, TRANCE, TNFRSF9, and CDCP1, linked to inflammatory response and age-related comorbidities. These differences were not maintained during follow-up once MEP started. At 48 weeks, the robust participants with high adherence level showed a clearly differentiated protein profile (fig. 1A). Multivariate PERMANOVA models identified “visit” and “HIV status” as significant factors associated with global changes in the protein profile. Further analysis revealed that six proteins (SLAMF1, FGF-23, CSF-1, CXCL9, FGF-5, Flt3L) were commonly expressed in participants who completing 48 weeks of MEP and showed clinical improvement in terms of enhanced physical function (frailty, gait speed, strength and aerobic endurance) (fig. 1B). These proteins play crucial roles in regulating the immune system, mineral metabolism, cell proliferation, and inflammatory response, potentially constituting a proteomic signature indicative of healthy aging.

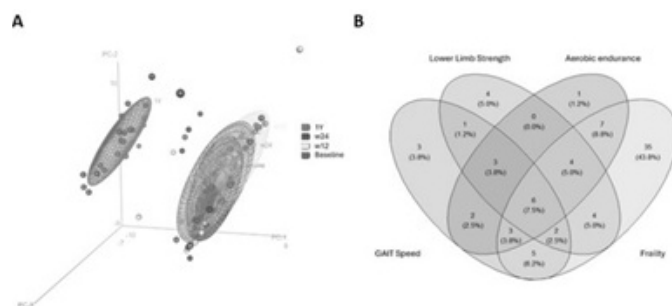


Figure 1: A) Principal component analysis (PCA) of protein profiles, showing distinct groupings based on clinical visits: Baseline, w12, w24, and 1Y of MEP. B) Venn diagram displaying overexpressed proteins related to lower limb strength, aerobic endurance, gait speed, and frailty, highlighting shared and unique proteins across each domain.

Conclusions: Our data suggest that 48-week maintenance of MEP offers measurable benefits at the molecular level. The expression of six specific proteins in participants with improved physical function may provide a proteomic signature of healthier aging in OAWH. Future strategies should focus on personalizing exercise regimens to maximize effectiveness for all participants.

COB-22. EVOLUTION OF PROVIRAL DNA M184V/I OVER 96 WEEKS DOES NOT PREDICT VIROLOGIC FAILURE OF DOLUTEGRAVIR/LAMIVUDINE IN THE VOLVER TRIAL

María de Lagarde Sebastian¹, Rosa de Miguel Buckley², Jose Luis Blanco Arévalo³, Julen Cadiñanos², Angela Gutiérrez Liarte⁴, Esperanza Cañas-Ruano⁵, Juan Martín-Torres¹, Félix Gutiérrez Rodero⁶, Alfonso Cabello Úbeda⁷, Rafael Torres⁸, Leire Pérez Latorre⁹, Jesús Troya García¹⁰, Jesús Santos González¹¹, Ignacio Álvarez Rodríguez¹², Pedro Gil¹³, Rafael Delgado¹, Jose Ramón Arribas², Federico Pulido¹ and volver-Gesida 11820 Study Group

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ²Hospital Universitario La Paz, Madrid. ³Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona. ⁴Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. ⁵Hospital del Mar, Barcelona. ⁶Hospital General Universitario, Elche. ⁷Fundación Jiménez Díaz, Madrid. ⁸Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés. ⁹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ¹⁰Hospital Infanta Leonor, Madrid. ¹¹Hospital Virgen de la Victoria, Málaga. ¹²Hospital Donostia, San Sebastian. ¹³Fundación SEIMC-GeSIDA, Madrid. ¹⁴-, -.

Objectives: In the VOLVER clinical trial of virologically suppressed PWH with a history of M184V/I we evaluated the evolution of proviral-DNA M184V/I and the impact of its detection by next generation sequencing (NGS) at baseline and/or week 96 on the risk of virological rebound.

Methods: In this open-label, single-arm, multicenter phase IIa trial (NCT04880785), virologically suppressed adults with documented or suspected 3TC resistance were switched to DTG/3TC after Sanger genotyping of proviral DNA excluded detectable M184V/I. NGS was used to quantify the proportion of M184V/I in proviral DNA from PBMC at baseline and week 96.

Results: Among 121 participants (table), 37 (30.6%) had M184V/I (88% M184V) detected at baseline and/or week 96 by NGS (> 5%): 12 only at baseline, 13 only at week 96, and 12 at both time points. At week 96, HIV-1 RNA was < 50 copies/mL (FDA Snapshot, ITT) in 85.7% (72/84) of participants with no M184V/I detected, 66.7% (8/12) with detection only at baseline, 100% (13/13) with detection only at week 96, and 100% (12/12) with detection at both time points. Two participants discontinued due to virological withdrawal criteria, with no M184V/I detected in proviral DNA at baseline. No participants discontinued due to virologic failure, and no treatment-emergent resistance was observed. The frequency of M184V/I among positives increased over time, with the median rising from 30% to 45% (fig.), which showed a trend toward significance in unpaired analysis ($p = 0.059$) and was significant in paired samples ($p = 0.0037$).

Baseline characteristics	
	Total (n = 121)
	N(%) / Median (IQR)
Sex, Male	86 (71.1%)
Age	56.3 [51.9-59.8]
Years since HIV diagnosis	26.2 [20.8-30.6]
ART duration (years)	23.6 [18.7-27.1]
Suppressed plasma HIV RNA (years)	9.2 [3.7-14.6]
Historical M184V	107 (88.4%)
Historical M184I/undefined	7 (5.8%)
Historical K65R	6 (5.0%)
Time since genotype with 3TC resistance (years)	15.2 (14.9-15.3)
Baseline M184V/I in NGS \geq 5% threshold	M184V: 21 (17.3%); M184I: 3 (2.5%); Any: 24 (19.8%)
Baseline M184V/I in NGS \geq 20% threshold	M184V: 16 (13.2%); M184I: 1 (0.8%); Any: 17 (14.0%)

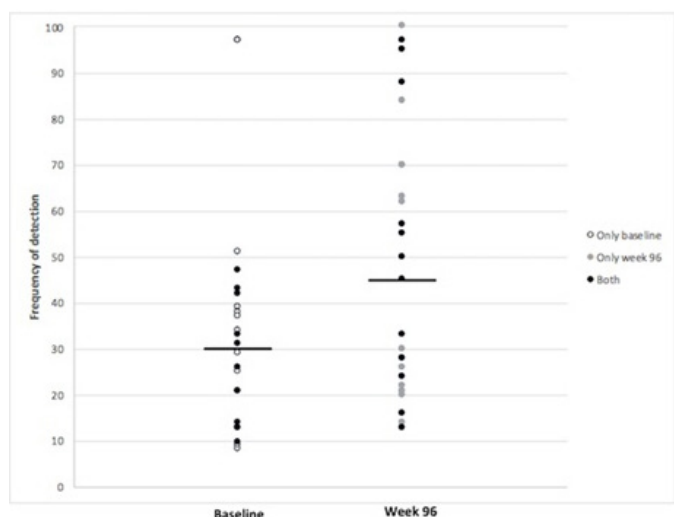


Figure 1. Frequency of proviral-DNA M184V/I detection at baseline and/or week 96 by next-generation sequencing (NGS, \geq 5% threshold).

Conclusions: Proviral-DNA genotyping showed limited reproducibility, with consistent M184V/I detection across time points in only one-third of positive cases. Detection at baseline and/or week 96 did not predict virological outcomes. The observed increase in M184V/I frequency over time appears to have no clinical consequence. These

findings reinforce the lack of clinical utility of proviral-DNA resistance testing to guide treatment decisions in virologically suppressed PWH with prior M184V/I.

COB-23. IMPACTO DEL LA MUTACIÓN K103N PRE-EXISTENTE EN LA EFECTIVIDAD DE CABOTEGRAVIR-RILPIVIRINA DE ACCIÓN PROLONGADA (COHORTE RELATIVITY)

Luz Martín Carbonero¹, David Rial², Jara Llenas¹, Carmen Hidalgo³, David Vinuesa⁴, Jesús Troya⁵, María José Galindo⁶, Remedios Alemán⁷, Miguel Torralba⁸, Luis Buzón⁹, Sara de la Fuente¹⁰, Francisco Fanjul¹¹, Adrián Rodríguez¹², Álvaro Cecilio Irazola¹³, María Aguilera García¹⁴, Luis Enrique Morano¹⁵, Silvia Lope Bonumar¹⁶, María del Carmen Navarro Sáez¹⁷, Cohorte Relativity¹⁸ y Alfonso Cabello¹⁹

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid. ²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ³Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. ⁴Hospital Universitario de San Cecilio de Granada, Granada. ⁵Hospital Infanta Leonor, Madrid. ⁶Hospital Clínico de Valencia, Valencia. ⁷Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna. ⁸Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara. ⁹Hospital Universitario de Burgos, Burgos. ¹⁰Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid. ¹¹Hospital Son Espases, Palma de Mallorca. ¹²Hospital Universitario Son Llàtzer, Palma de Mallorca. ¹³Hospital Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. ¹⁴Hospital Universitario de la Princesa, Madrid. ¹⁵Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo. ¹⁶Hospital de Denia Marina Salud, Denia. ¹⁷Hospital Parc Taulí, Sabadell. ¹⁸Cohorte Relativity, Multicéntrico. ¹⁹Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Objetivos: La mutación K103N se asocia a resistencia a los inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (INNTI) de primera generación y se selecciona en personas con VIH (PVIH) que fracasan a regímenes con nevirapina o efavirenz. Aunque no afecta a la susceptibilidad frente a rilpivirina (RPV), su presencia desaconseja el uso de cabotegravir (CAB)+RPV de acción prolongada (LA) según ficha técnica. Evaluamos el impacto de K103N sobre la eficacia de CAB+RPV LA en la cohorte RELATIVITY.

Métodos: Se incluyeron los participantes de la cohorte española RELATIVITY (cambio a CAB+RPV-LA en vida real) con genotipado de mutaciones de resistencia (n = 1.890). Fracaso virológico (FV) se definió como dos cargas virales consecutivas > 200 copias/mL o una > 500 copias/mL seguida de discontinuación del tratamiento. Se comparó el FV entre participantes con y sin antecedente de K103N mediante las pruebas de chi-cuadrado y exacta de Fisher.

Variable	Sin K03N (n = 1.450)	Con K103N (n = 44]	p
Edad (años) (mediana-RIQ)	44 (37-52,6)	47 (38,5-56)	0,23
Género			0,37
Mujer	198 (13,7%)	8 (18,2%)	
Mujer trans	10 (0,7%)	0	
Nacido en España	1069 (73,9%)	31 (70,5%)	0,6
Años con TAR	8,7 (5-12)	12 (5-25,5)	< 0,01
Tiempo indetectable previo al cambio (meses)	72 (28-120)	72,5 (16,2-115,2)	0,55
FV previo	65 (4,5%)	13 (29,5%)	< 0,01
Subtipo B	658 (45,4%)	23 (52,3%)	0,44
RAM a ITIN	97 (6,7%)	19 (43,2%)	< 0,01
M184V	19 (1,3%)	13 (29,5%)	< 0,01
TAR antes del cambio			
Basado en inhibidores de la integrasa	1.133 (78,1%)	39 (88,6%)	0,13
Basado en ITINN	134 (9,2%)	0	0,02
Basados en inhibidores de la proteasa	103 (7,1%)	3 (6,8%)	1

Resultados: La mutación K103N se detectó en 44/1.890 participantes. Este grupo presentó mayor duración de tratamiento antirretroviral, más episodios previos de FV y mayor frecuencia de mutaciones asociadas a análogos de nucleósidos (ITIN), incluida M184V [tabla]. Tras una mediana de seguimiento de 11,9 meses (RIQ 8,3-19,0) en el grupo con K103N y de 14,9 meses (RIQ 9,0-19,2) en el grupo sin K103N, la discontinuación del tratamiento ocurrió en 4/44 (9,1%) frente a 76/1.250 (5,2%) ($p = 0,29$). El FV se produjo en 1/44 (2,3%) frente a 14/1.450 (1,0%), respectivamente ($p = 0,36$; OR 2,38 [IC95%: 0,05-16,66]).

Conclusiones: La mutación K103N no se asoció con un mayor riesgo de FV en PVIH tratados con CAB+RPV-LA. Estos hallazgos sugieren que el antecedente de K103N no debería constituir una limitación para el uso de este esquema terapéutico.

COB-24. EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE GUÍAS DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN LA COHORTE NACIONAL PEDIÁTRICA CORISPE

Beatriz Lazaro-Martín¹, Laura Tarancón-Diez¹, Clàudia Fortuny², Jose Soler-Simón³, Talía Sainz⁴, Elena Colino⁵, Manuel Oltra⁶, Beatriz Álvarez Vallejo⁷, Arantxa Berzosa⁸, Álvaro Vázquez Pérez⁹, María Dolores Falcón¹⁰, Jorge Gómez Sirvent¹¹, César Gavilán Martín¹², Beatriz Jiménez Montero¹³, Nuria López Segura¹⁴, Romina Conti Degiorgis¹⁵, Eider Oñate Vergara¹⁶, Begoña Losada Pinedo¹⁷, Ana Gloria Andrés Andrés¹⁸, Sara Guillén¹⁹ y María Luisa Navarro Gómez¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ²Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat. ³Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ⁴Hospital Universitario La Paz, Madrid. ⁵Hospital Universitario Materno-Infantil de Las Palmas de Gran Canaria, Gran Canaria. ⁶Hospital Universitario La Fe, Valencia. ⁷Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. ⁸Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ⁹Hospital Materno-Infantil Universitario Virgen de las Nieves, Granada. ¹⁰Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ¹¹Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife. ¹²Hospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante. ¹³Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. ¹⁴Hospital del Mar, Barcelona. ¹⁵Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell. ¹⁶Hospital Universitario Donostia, Donostia. ¹⁷Hospital Universitario de Toledo, Toledo. ¹⁸Hospital Universitario de León, León. ¹⁹Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

La elección del tratamiento antirretroviral (TAR) de inicio en población pediátrica con infección por VIH es clave para optimizar la supresión viral y la recuperación inmunológica. Aunque las guías nacionales recomiendan regímenes según la eficacia, seguridad y facilidad de uso, su aplicación depende de la disponibilidad de fármacos, resistencias y características del paciente. El objetivo del estudio fue evaluar la adecuación del TAR inicial en la cohorte pediátrica española CoRISpe respecto a las guías nacionales. Se realizó un estudio observacional retrospectivo que incluyó pacientes menores de 18 años con seguimiento activo a 1 de junio de 2025, clasificados como niños (≥ 2 y < 12 años) y adolescentes (≥ 12 y ≤ 18 años). No había pacientes menores de 2 años. El TAR se categorizó como primera elección, alternativo y no recomendado. Se incluyeron 135 pacientes (46,7% hombres), 40% de origen español y 83,7% con transmisión vertical; 47,4% estadio A y 4,4% con diagnóstico de SIDA. En conjunto, el 94,1% recibía TAR conforme a guías, mientras que un 5,9% estaba bajo esquemas no recomendados, algunos considerados innovadores (DTG/3TC; LEN/BIC; CAB/RPV) que aún no están indicados en las guías. La distribución por edad y tipo de esquema se muestra en la tabla. Respecto a la experiencia terapéutica, en el grupo de ≥ 2 y < 12 años ($n = 57$) el 22,8% mantenía su esquema inicial y el 55% había

recibido ≥ 2 esquemas. En adolescentes ($n = 78$), un 17,9% continuaba en primera línea, un 64,1% había recibido ≥ 2 esquemas y un 13% acumulaba ≥ 5 líneas. En conclusión, la mayoría de los pacientes pediátricos de la cohorte española reciben TAR de primera elección o alternativo, aunque algunos utilizan terapias emergentes. Esto refleja la complejidad de la atención pediátrica en VIH, un área sometida a innovación y mejora que requiere la actualización continua de los profesionales y de las guías, así como la posibilidad de disponer de nuevas formulaciones mediante estudios y ensayos clínicos que aseguren el éxito del tratamiento y la equidad terapéutica.

Grupo	Primera línea	Alternativo	No recomendado
≥ 2 y < 12 años ($n = 57$)	$n = 51$ (89,4%) BIC/FTC/TAF ($n = 9$) DTG/3TC/ABC ($n = 39$) DTG+ABC+FTC ($n = 3$)*	$n = 3$ (5,3%) RAL+ABC/3TC ($n = 2$) DRVc+FTC/TAF ($n = 1$)	$n = 3$ (5,3%) DTG/3TC ($n = 2$) LPVr+ABC+TAF ($n = 1$)
≥ 12 y ≤ 18 años ($n = 78$)	$n = 63$ (80,8%) BIC/FTC/TAF ($n = 17$) DTG/3TC/ABC ($n = 43$) DTG+TAF/FTC ($n = 3$)	$n = 10$ (12,8%) EFV/FTC/TDF ($n = 1$) EVGc/FTC/TAF ($n = 7$) DRVc+FTC/TAF ($n = 1$) DRVr+ABC+3TC ($n = 1$)	$n = 5$ (6,4%) DTG/3TC ($n = 2$) BIC/LEN ($n = 2$) CAB/RPV ($n = 1$)

*No comprimido coformulado.

COB-25. CONCORDANCIA ENTRE LAS ESCALAS DE RCV (SCORE2 Y ASCVD) EN EL GRADO DE RECOMENDACIÓN Y LA PRESCRIPCIÓN DE ESTATINAS EN PVIH

Javier López Motos, Antonia María Castillo Navarro, Helena Albendín Iglesias, María Ángeles Fernández López y Carlos Enrique Galera Peñaranda

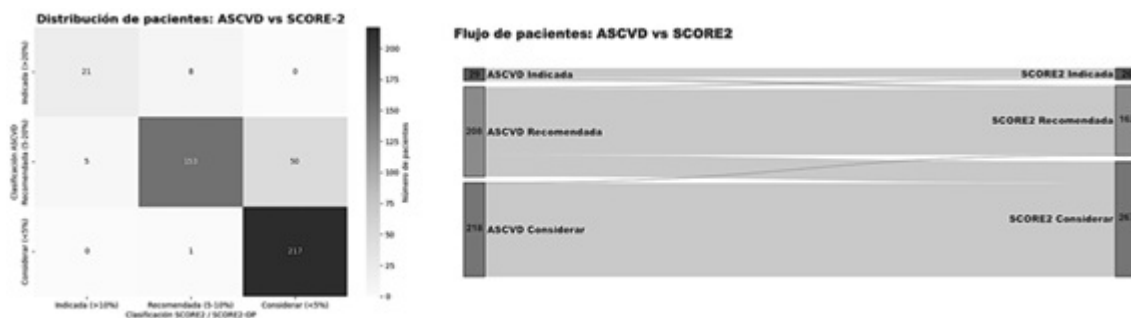
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: Las personas que viven con VIH (PVIH) presentan un riesgo cardiovascular (RCV) superior a la población general, por lo que su abordaje resulta crucial. Tras la publicación del estudio REPRIEVE, las principales sociedades han publicado nuevas recomendaciones para la prevención primaria de enfermedad cardiovascular en PVIH. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la concordancia en la recomendación y prescripción de estatinas según la escala de RCV utilizada (SCORE2/SCORE2-OP versus ASCVD).

Métodos: Se diseñó un estudio de cohorte, descriptivo, retrospectivo y unicéntrico. Se incluyeron todas las PVIH entre 40 y 80 años que acudieron a consulta durante el año 2022, en un hospital de tercer nivel. Se excluyeron aquellas que habían tenido un evento cardiovascular. Se estratificó el RCV mediante la escala SCORE2/SCORE2OP (bajo/moderado $< 5\%$, alto 5-10%, muy alto $> 10\%$) y ASCVD (bajo $< 5\%$, *borderline* 5-7,5% intermedio 7,5-20% y alto $> 20\%$). Se clasificaron los pacientes según el grado de recomendación de estatinas (indicada, recomendada o considerar) y en función de la escala, de acuerdo con lo publicado por la EACS y GESIDA. Se comparó el grado de concordancia de ambas escalas en el nivel de recomendación y la prescripción de estatinas.

Resultados: 518 PVIH cumplieron los criterios de inclusión. Se clasificaron en RCV según ASCVD: bajo (228, 44%), *borderline* (72, 13,9%), intermedio (165, 31,9%) y alto (53, 10,2%); y según SCORE2/SCORE2-OP: bajo/moderado (267, 51,5%), alto (162, 31,3%), muy alto (26,5%). En 455 pacientes se pudo calcular ambas escalas, la figura muestra la concordancia en grado de recomendación según la escala utilizada, Índice de correlación kappa (0,75). La proporción de pacientes con prescripción de estatinas según la escala aparece en la tabla.

Conclusiones: Se objetivó una buena correlación entre SCORE2/SCORE2-OP y ASCVD respecto al grado de indicación de estatinas, sugiriendo que ambas escalas se pueden utilizar. El porcentaje de uso de estatinas en nuestra cohorte fue bajo ($< 50\%$) tras aplicar las nuevas



Distribución de la cohorte y concordancia según la recomendación del uso de estatinas en función de la escala de RCV.

Proporción de pacientes con estatinas prescritas según el grado de recomendación y escala RCV SCORE2/SCORE-OP y ASCVD

	Terapia con estatinas		
	Indicada	Recomendada	Considerada
SCORE2/SCORE2-OP (N = 455)	42,3% (n = 11)	30,2% (n = 49)	19,5% (n = 50)
ASCVD (N = 518)	41,5% (n = 22)	35,0% (n = 83)	18,4% (n = 42)

recomendaciones, incluso en el nivel más alto de recomendación, lo que plantea un amplio margen de mejora.

COB-26. LA VIREMIA DE BAJO GRADO DEL VIH: UN POSIBLE FACTOR DE RIESGO DE DESARROLLO DE CÁNCER

Violeta Lara-Aguilar¹, Óscar Brochado-Kith¹, Manuel Llamas-Adán¹, Sergio Grande-García¹, Sonia Arca-Lafuente¹, Amanda Fernández-Rodríguez¹, Ignacio de los Santos², Mario Alía¹, Carmen Prado¹, Coral Sainz-Pinós¹, Ricardo Madrid³, Luz Martín-Carbonero⁴ y Verónica Briz¹

¹Instituto de Salud Carlos III, Madrid. ²Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. ³Universidad Complutense de Madrid, Madrid. ⁴Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Objetivos: Los puntos de control inmunitarios (PCIs) y las células T reguladoras (Treg) modulan la respuesta inmune. Su disfunción durante el VIH contribuye al agotamiento inmunológico, incrementando el riesgo de desarrollo de eventos graves no relacionados con SIDA (ENOS), como el cáncer. Aunque la terapia antirretroviral (TAR) basada en inhibidores de integrasa (II) ha mejorado el control viral, algunas personas que viven con VIH (PVV) presentan una viremia de bajo grado (VBG), cuyo impacto clínico todavía se desconoce. Nuestro objetivo fue evaluar el efecto de la VBG sobre biomarcadores solubles y celulares vinculados al desarrollo tumoral.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo con 81 participantes pareados: 27 PVV con VBG (50-200 copias/mL), 27 con viremia suprimida (VS) (<50 copias/mL) y 27 controles no VIH (nVIH). Se analizaron 28 PCIs solubles y la actividad de IDO (relación quinurenina/triptófano) mediante inmunoensayos, así como distintas subpoblaciones Treg por citometría de flujo espectral. Se compararon los grupos mediante modelos GAMLSS ajustados por edad, sexo y TAR, realizando

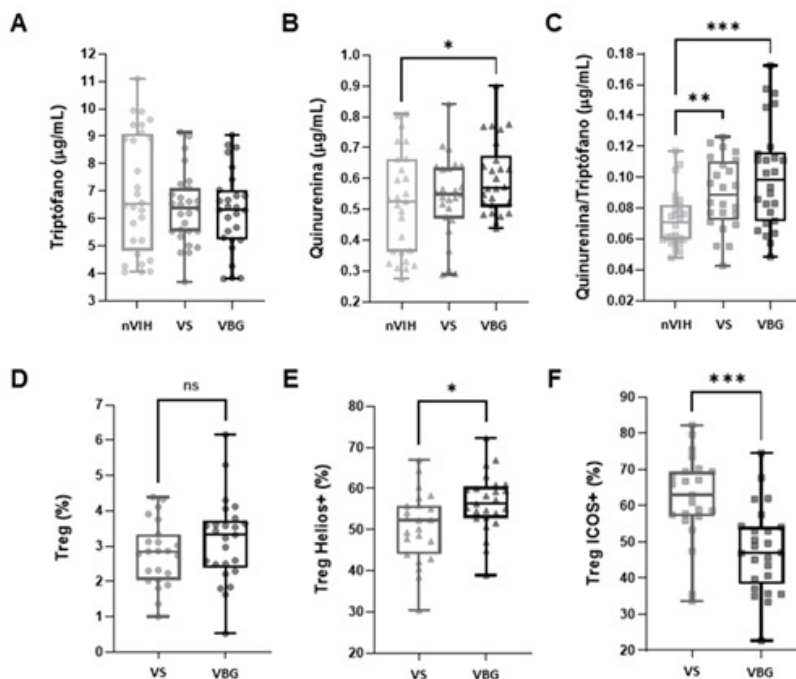


Figura 1. Comparación de biomarcadores inmunes asociados al desarrollo de cáncer entre participantes con VBG, VS y nVIH. **Metabolitos de la ruta del triptófano:** concentración plasmática de triptófano (A), quinurenina (B) y el ratio quinurenina/triptófano como indicador de la actividad de la enzima IDO (C). **Subpoblaciones de células Treg:** frecuencia total de Treg CD4+CD25+FoxP3+ (D), Treg Helios+ (E) y Treg ICOS+ (F). **Estadística:** Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante modelos GAMLSS ajustados por edad, sexo y TAR. Las diferencias estadísticamente significativas se indican con * (p<0,05), ** (p<0,01) y *** (p<0,001). **Abreviaturas:** VBG, viremia de bajo grado (50-200 copias/mL); VS, viremia suprimida (<50 copias/mL); nVIH, no-VIH. Treg, células T reguladoras.

una corrección por la tasa de falsos descubrimientos ($p < 0,05$; $q < 0,15$).

Resultados: La mediana de edad fue de 53 años, siendo un 78% varones. El 74% de las PVV con VBG recibían II frente al 48% en el grupo VS ($p < 0,001$). Ambos grupos PVV mostraron una regulación al alza de la mayoría de los PCs, destacando la enzima IDO en el grupo VBG (20,08 [12,41-32,50], $p < 0,001$, $q < 0,001$, VBG vs. nVIH; 2,32 [1,36-3,98], $p = 0,003$, $q = 0,097$, VBG vs. VS). La actividad de IDO fue significativamente mayor en PVV, pero solo el grupo VBG mostró un aumento significativo en los niveles de quinurenina (fig. 1A-C). Aunque la frecuencia total de Treg fue similar entre PVV (fig. 1D), el grupo VBG presentó un perfil inmunorregulador alterado, con mayor frecuencia de Treg Helios+ (fig. 1E) y menor de Treg ICOS+ (fig. 1F).

Conclusiones: La presencia de VBG se asocia con un microambiente inmunológico más supresor, caracterizado por una mayor actividad de IDO. La redistribución de las subpoblaciones de células Treg (aumento de FoxP3+Helios+ y disminución de FoxP3+ICOS+) podría reflejar un intento por controlar la activación e inflamación descontrolada producida por la VBG, pero que resulta insuficiente para restaurar la homeostasis. Por tanto, estos desequilibrios inmunológicos podrían favorecer la progresión de la infección y elevar el riesgo de ENOS en individuos con VBG, como el cáncer. Esto pone de manifiesto la necesidad de intensificar la vigilancia en estos individuos para una detección precoz de posibles complicaciones futuras.

COB-27. RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA PREP ORAL EN ESPAÑA: PERSISTENCIA, ADHERENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA NO RETENCIÓN EN EL PROGRAMA

Anaïs Corma-Gómez¹, Nuria Fernández Piñeiro², Mar Vera², Inés Armenteros Yeguas², Eva Orviz García², Lucio Jesús García Fraile³, Violeta Sampérez Rubio³, Azucena Bautista Hernández³, Naya Faro⁴, Jorge Valencia⁵, María López Jódar⁶, Juan Macías⁷, Salvador López Cárdenas⁸, Barbara Hernández Sierra⁹, Ángela Camacho¹⁰, Jesús Sojo Dorado¹¹, Sergio Guillén Martínez¹², Carmen Hidalgo¹³, Carmen Herrero¹⁴, Inés Pérez Camacho¹⁵, Blanca Anaya¹⁶, Miguel Raffo¹⁷, Javier García¹⁸, Eliseo Val¹⁹, Antonia María Castillo Navarro²⁰, Pablo Tellería²¹, Juan Blas²², Marta Montero²³ y María José Galindo²⁴

¹Hospital Clínico Universitario, Valencia. ²Centro Sanitario Sandoval, Hospital Clínico San Carlos IdISCC, Madrid. ³Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. ⁴Hospital Universitario de San Cecilio de Granada, Granada. ⁵Hospital Infanta Leonor, Madrid. ⁶Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ⁷Hospital Universitario de Valme, Sevilla. ⁸Hospital del S.A.S. de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera. ⁹Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería. ¹⁰Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ¹¹Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ¹²Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena. ¹³Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. ¹⁴Hospital Universitario de Jaén, Jaén. ¹⁵Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga. ¹⁶Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real. ¹⁷Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ¹⁸Hospital Universitario de Elche, Elche. ¹⁹Hospital Virgen de la Luz, Cuenca. ²⁰Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. ²¹Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid. ²²Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ²³Hospital Universitario Politécnico La Fe, Valencia. ²⁴Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia.

Introducción: La profilaxis preexposición (PrEP) oral con TDF/FTC es una estrategia eficaz en la prevención del VIH, cuya efectividad depende de una adecuada adherencia y persistencia. En España, existe un conocimiento limitado sobre los patrones de retención y adherencia en la práctica clínica real, lo que dificulta la identificación de subgrupos con mayor riesgo de abandono. El objetivo fue evaluar la persistencia y la adherencia a PrEP oral tras cinco años de imple-

mentación en España, así como los factores asociados a la discontinuación.

Métodos: Estudio retrospectivo en una cohorte (STI-PrEPare, ClinicalTrials.gov ID: NCT06860945) en la que se incluyeron a todas las personas con inicio documentado de PrEP diaria oral con TDF/FTC, en 23 centros españoles. La discontinuación se definió como la interrupción ≥ 120 días consecutivos, tomando como fecha de referencia la última visita clínica o dispensación registrada. La adherencia subóptima se definió como < 4 dosis semanales. La variable desenlace principal fue el tiempo hasta la discontinuación. Se realizó un análisis multivariante de tiempo al evento mediante regresión de Cox para estimar los factores asociados a la discontinuación.

Resultados: Se incluyeron 3.203 personas, 2.750 (86%) varones cisgénero GBHSH. 2.628 (82%) personas iniciaron PrEP antes de 2024. Del total, 444 (14%) individuos practicaron *chemsex* en los 3 meses previos a la visita basal y 156 (8%) personas intercambiaban sexo por dinero. El tiempo mediano (Q1-Q3) de seguimiento fue de 14 (6-16) meses. Durante este periodo se diagnosticaron 15 infecciones por VIH (0,5%). Se registraron 631 (20%) pérdidas de seguimiento, con un tiempo mediano (Q1-Q3) hasta la discontinuación de 8 (3-14) meses. La adherencia subóptima global fue del 2% ($n = 51$). La retención en el programa fue del 78% a los 12 meses y del 51% a los 24 meses. En el análisis multivariante, una edad inferior a 39 años (HR = 1,64; IC95% 1,30-2,04; $p < 0,001$), la adherencia subóptima (HR = 4,53; IC95% 2,87-7,16; $p < 0,001$) y ser mujer en situación de prostitución (HR = 3,19; IC95% 1,92-5,31; $< 0,001$) se asociaron a una mayor probabilidad de discontinuación.

Conclusión: La PrEP oral mantiene una persistencia adecuada en parte de la población usuaria, pero existen perfiles específicos, como las personas más jóvenes, con adherencia subóptima o las mujeres que intercambian sexo por dinero, que presentan un riesgo elevado de discontinuación. Estos hallazgos identifican subgrupos prioritarios para intervenciones dirigidas a mejorar la continuidad y la efectividad de la PrEP en la práctica clínica.

COB-28. RESULTADOS TEMPRANOS DE LA TRANSICIÓN A DOLUTEGRAVIR PEDIÁTRICO EN AMÉRICA LATINA: COHORTE MULTICÉNTRICA EN NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS

Santiago Alonso Yáñez¹, Dora Estripeaut², Tatiana Jeanette Drummond Suinaga³, Noris Marlene del Socorro Pavía Ruz⁴, Victor Eduardo López Moreno⁴, Dulce María Morales Pérez⁴, María del Rocío Muñoz Hernández⁵, Judith Soffe Pazmiño⁶, Greta Miño León⁶, Araceli González Sánchez⁶, Julio Werner Juárez Lorenzana⁷, Nancy Judith Gálvez Rafael⁷, Karen Sobeida Erazo Martínez⁸, Silvia Alejandra Montes⁸, Cintia Álvarez Smith⁹, Elisa Cristina Salazar Alarcón¹, María Luisa Navarro Gómez¹⁰, Luis Manuel Prieto Tato¹¹, Sara Guillén Martín¹, José Tomás Ramos Amador¹¹ y Luis Guillermo Castaneda Villatoro¹²

¹Hospital Universitario de Getafe, Getafe. ²Hospital del Niño Doctor José Renán Esquivel, Ciudad de Panamá. ³Hospital Universitario de Caracas, Caracas. ⁴Hospital Infantil de México Federico Gómez, Ciudad de México. ⁵Clínica para niños con VIH/SIDA, UNAM-Hospital General de México, Ciudad de México. ⁶Hospital del Niño Dr. Francisco Icaza Bustamante, Guayaquil. ⁷Hospital Roosevelt, Ciudad de Guatemala. ⁸Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula. ⁹Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela. ¹⁰Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ¹¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ¹²Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, San Salvador.

Introducción y objetivos: En 2021 comienzan los programas nacionales de transición a pDTG en América Latina, siendo una prioridad

para implementar las guías de OMS. El objetivo de este estudio es determinar la respuesta clínica e inmunoviroológica de los pacientes < 6 años que viven con VIH e inician o cambian a esquemas antirretrovirales que incluye dolutegravir pediátrico (pDTG).

Métodos: Se incluyeron < 6 años que iniciaron o cambiaron a pDTG obteniéndose datos al inicio de la terapia (basal) y a los 6 y 12 meses. Participaron 9 hospitales de la red PLANTAIDS, de 7 países de América Latina.

Resultados: Se incluyeron 167 pacientes de: Ecuador (25,7%), El Salvador (10,2%), Guatemala (21%), Honduras (7,8%), México (18%), Panamá (5,4%) y Venezuela (12%). La vía de transmisión en 84,4% fue vertical. La mediana de edad de inicio fue 2 años (1-4) Un 44,8% eran *naïve*. La proporción basal de pacientes indetectables (carga viral < 50 cp) fue del 24%. A los 6 meses, aumenta a 61,2% ($p < 0,001$). A los 12 meses es de 69,6% ($p < 0,001$). En el subgrupo edad < 1 año, la mediana de linfocitos T CD4⁺ (CD4) basales fue 1.304,2 cel/mm³ (IQR 658,2-1.975,2), los pacientes con < 15% de CD4 fueron 11,1%. A los 6 meses, la mediana de CD4 aumentó (1.631 cel/mm³; IQR 1.033-2.291,5; $p = 0,05$), con ganancia de 266 (IC 6,7-525,7) y ningún paciente con < 15% de CD4. A los 12 meses, la mediana fue mayor que la basal (1877 cel/mm³; IQR 1.192-2.466; $p = 0,026$), con una ganancia 245 (IC -125,3-615,3) CD4 y ninguno con < 15% CD4. En el subgrupo de 1-5 años, la mediana de CD4 basales fue 1.009 cel/mm³ (IQR 594-1.548), con 19,5% con CD4 < 15%. A los 6 meses aumentó (1.276 cel/mm³; IQR 943,5-1.511,5; $p = 0,01$) con una ganancia media de 154 (IC 45,6-262,3) CD4 y 8,1% pacientes con < 15% CD4. A los 12 meses, la mediana fue mayor que la basal (1.149 cel/mm³; IQR 939-1.621; $p = 0,02$) con una ganancia media de 110,4 (IC -27,6-248,4) CD4 y 4,4% con < 15% CD4. La distribución de pacientes según el estadio clínico OMS fue: 41,7% en estadio 1, 8,7% en estadio 2, 22,6% en estadio 3 y 27% en estadio 4. Empeoraron su estadio el 6,2% de los pacientes a los 6 meses y el 4,3% a los 12 meses.

Conclusiones: La transición a pDTG demostró un perfil clínico favorable con rápida supresión viral y mejoras inmunológicas.

COB-29. CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN PERSONAS CON VIH: UN ANÁLISIS DE GÉNERO

Elia Ramírez Vicente¹, Joanna Cano Smith¹, María Velasco Arribas², Marta Montero Alonso³, Cristina Gómez Ayerbe⁴, Rosario Palacios Muñoz⁴, María José Núñez Orantos⁵, Noemí Cabello⁵, Elisa Medrano Buendía¹, Vega Rey Mauleon¹, Gloria Samperiz Abad⁶ y Luz Martín Carbonero¹

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid. ²Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón. ³Hospital Universitario La Fe, Valencia. ⁴Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ⁵Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ⁶Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción y objetivos: A nivel mundial el VIH afecta mayoritariamente a mujeres, aunque en España la mayoría de casos se dan en hombres. La transmisión sexual sigue siendo la principal vía de transmisión. Gracias al tratamiento antirretroviral (TAR) la transmisión vertical ha disminuido permitiendo embarazos más seguros. Sin embargo, las mujeres con VIH (MVIH) siguen afrontando limitaciones en salud sexual y reproductiva, derivadas de brechas de conocimiento, estigma y falta de información adaptada. Nuestro objetivo fue determinar si existen diferencias en conocimiento sobre VIH (transmisión, concepción, embarazo y lactancia) según género entre las personas que viven con VIH (PVIH).

Métodos: Estudio transversal multicéntrico en cinco hospitales españoles. Se ofreció participar a todas las MVIH > 18 años valoradas en consulta programada entre febrero y abril de 2025. Por cada mujer se eligió un hombre pareado por región de origen y edad. Se recogieron datos sociodemográficos, clínicos y de conocimiento sobre VIH y salud sexual/reproductiva mediante encuestas auto-completadas ano-

nimizadas. La comparación entre mujeres y hombres se hizo por chi-cuadrado y pruebas no paramétricas.

Resultados: Se incluyeron 81 mujeres y 70 hombres con una mediana (RIQ) de edad de 54 años (45-60), 58,6% nacidos en España, 98,7% recibían TAR. El tiempo mediano (IQR) de infección fue de 15 años (9-22). Las mujeres se habían infectado por vía sexual con más frecuencia (98,3 vs. 85,2%; $p < 0,001$), entre los hombres había un 60,9% de HSH. El nivel educativo era menor en mujeres (23% universitarias vs. 40%; $p = 0,005$). La tabla expone las principales diferencias.

	Mujeres	Hombres	p
	N (%)	N (%)	
Conoce indetectable = intransmisible	62 (80,5)	59 (85,5)	0,563
Cree que las MVIH pueden tener hijos sin VIH	68 (86,1)	48 (70,6)	0,059
Cree que pueden tener un embarazo saludable	74 (96,1)	59 (90,8)	0,340
Cree que la lactancia aumenta el riesgo de transmisión al bebé	30 (40,5)	10 (16,7)	0,011
Ha hablado con su médico sobre deseo reproductivo	34 (43,6)	17 (25)	0,030
Se siente cómodo hablando de sexualidad con su médico	68 (87,2)	65 (94,2)	0,217
Madres que habrían deseado lactar	25 (73,5)	NA	NA
Si el riesgo de transmisión es < 1%, darían lactancia	15 (21,7)	17 (40,5)	0,058

Conclusiones: A pesar de que la mayoría de PVIH conocen el concepto indetectable = intransmisible, se observan brechas relevantes. Las mujeres presentan mayor conocimiento en relación con embarazo y lactancia, así como una comunicación más activa con los médicos sobre maternidad. El deseo no satisfecho de amamantar resalta la necesidad de reforzar información y acompañamiento en salud sexual y reproductiva con enfoque de género y reducción del estigma.

COB-30. DETERMINANTES SOCIALES ASOCIADOS CON LA ASISTENCIA IRREGULAR A CONSULTAS MÉDICAS Y A FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PERSONAS CON VIH EN ESPAÑA, 2011-2024

Victoria Hernando¹, Lorena Simón², Asunción Díaz¹, por el Grupo de Trabajo de Encuesta Hospitalaria de Pacientes con VIH

¹Instituto de Salud Carlos III-CIBERINFEC, Madrid. ²Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

Objetivo: Analizar los factores asociados a la asistencia irregular a consultas médicas y a la adherencia no óptima al tratamiento antirretroviral (TAR) en personas que viven con VIH (PVIH) participantes en la Encuesta Hospitalaria (EH), 2011-2024.

Métodos: Se definió "asistencia irregular", si el paciente no acudía regularmente a consulta y "adherencia no óptima", si tenía adherencia subóptima o muy mala según juicio clínico. Se excluyeron los pacientes sin información sobre estas variables, de aquellos que acudían por primera vez a consulta y que no recibían TAR en el momento del estudio.

Resultados: En total se analizaron 9.346 PVIH para evaluar la asistencia irregular y 9.055 para la adherencia no óptima. Los factores asociados con la asistencia irregular fueron: No tener estudios o primarios (ORa: 1,86; IC95% 1,56-2,24) en comparación con secundarios/superiores; tener ≤ 34 años [3,22; 2,41-4,30] o; 35-49 años [2,04; 1,70-2,45] en comparación con ≥ 50 años; proceder de Latinoamérica [1,30; 0,98-1,72] o África subsahariana [1,99 1,13-3,52]; vivir solo [1,21; 0,99-1,48], estar en prisión [2,18; 1,26-3,76] o no tener domicilio [9,06; 5,40-15,22] en comparación con vivir con familiares/amigos; estar desempleado [2,29; 1,88-2,80] o, ser pensionista [1,26; 1,00-1,57] frente ser trabajador activo; haber adquirido el VIH por uso de drogas inyectadas (UDI) [2,65; 2,04-3,45] o relaciones heterosexuales [1,35; 1,02-1,78] comparado con relaciones homosexuales entre hombres; estadio sintomático [1,53; 1,22-1,925] o sida [2,32;

1,92-2,79]) en comparación con estadio asintomático y consumir drogas inyectadas en los últimos 30 días [4,27; 2,96-6,17]. Los factores asociados con una adherencia no óptima fueron: No tener estudios o primarios [1,69; 1,45-1,97]; tener ≤ 34 años [2,10; 1,61-2,72] o 35-49 años [1,71; 1,46-2,00]; proceder de África subsahariana [1,97; 1,42-2,74]; vivir solo [1,40; 1,19-1,66], vivir en piso compartido [1,37; 1,00-1,88], estar en prisión [4,41; 2,60-7,47] o estar sin domicilio [1,54; 1,19-1,99]; estar desempleado [1,91; 1,59-2,29] o ser pensionista [1,75; 1,14-1,66]; modo de transmisión a través de UDI [3,24; 2,58-4,87] o relaciones heterosexuales [2,19; 1,73-2,77]; estadio sintomático [1,43; 1,17-1,74] o sida [2,06; 1,76-2,41] y consumir actualmente drogas inyectadas [4,72; 3,26-6,83]. Por el contrario, la adherencia mejoró en 2021-2024 comparando con 2011-2019 [0,86; 0,75-0,99].

Conclusiones: Determinantes sociales como el nivel educativo, una complicada situación social y laboral, ser migrante, o la edad, se asocian en el mismo sentido con la asistencia irregular a consultas y la adherencia no óptima al TAR, mostrando un perfil de vulnerabilidad en PVIH que puede dificultar el control de la infección.

Comunicaciones Orales Breves 4

26 de noviembre - 09:15-10:45 h

COB-31. ACUTE BACTERIAL STIS ENHANCE HIV-1 REACTIVATION AND INCREASE CD4⁺ T CELL SUSCEPTIBILITY TO HIV-1 INFECTION IN ART-SUPPRESSED PLWH

Luis Fernando Lemus Aguilar¹, Yolanda Campanero², Olivia de la Calle-Jiménez¹, Guiomar Casado-Fernández¹, Alicia Simón-Rueda¹, Elena Mateos¹, Laura Pérez-Blázquez¹, María José Núñez-Orantos², Noemí Cabello², Javier Rodríguez Añover², Sergio Sabogal², Inés Armenteros³, Vicente Estrada², Maria Teresa Coiras¹ and Montserrat Torres Hortal¹

¹Instituto de Salud Carlos III, Madrid; ²Hospital Clínico San Carlos, Madrid; ³Centro Sanitario Sandoval, Madrid.

Introduction and objectives: The persistent HIV-1 reservoir in CD4⁺ T cells remains the principal barrier to cure, yet factors modulating reservoir reactivation and cytotoxic immune surveillance remain incompletely characterised. Sexually transmitted infections (STIs) induce mucosal inflammation and systemic immune activation that may alter reservoir dynamics and compromise HIV-specific immune responses. We therefore analysed how acute bacterial STIs influence HIV-1 reservoir reactivation and immune cell dysfunction in ART-suppressed PLWH.

Methods: We enrolled 55 people living with HIV (PLWH) on suppressive ART: 29 with acute bacterial STI (*Chlamydia trachomatis* or *Neisseria gonorrhoeae*) and 26 uninfected controls. HIV-1 reservoir size was quantified in PBMCs by ddPCR. Proviral reactivation was assessed in purified CD4⁺ T cells by measuring p24-gag expression. CD4⁺ memory subsets and SAMHD1 phosphorylation were evaluated by flow cytometry.

Results: 1) All participants were men who have sex with men (MSM). 2) Participants with STIs had a median age of 39 years (IQR 30.3-42) versus 42 years (IQR 33.5-49) in controls. 3) There were no differences in time since HIV diagnosis (8 years; IQR 6-13 vs. 9 years; IQR 6-14; $p = 0.85$). 4) STI-positive individuals exhibited levels of CD4⁺ T-cells 1.43-fold higher ($p < 0.001$) compared to those individuals without infection. 5) No significant differences were observed in HIV-1 proviral reservoir size between groups, but central memory CD4⁺ T cells (TCM) in the STI-positive group exhibited significantly higher proviral reactivation capacity (2.5-fold, $p = 0.025$). 6) Naïve CD4⁺ T cells and effector memory CD4⁺ T cells (TEM) from STI-positive partici-

pants showed 2.5- and 3.5-fold increased SAMHD1 phosphorylation compared to controls ($p < 0.001$).

Conclusions: Acute bacterial STIs in ART-suppressed PLWH did not expand the HIV-1 reservoir but enhanced its reactivation capacity in central memory CD4⁺ T cells, which are essential for long-term HIV-1 persistence. In addition, the innate antiviral effect of SAMHD1 was disrupted in naïve and effector memory CD4⁺ T cells, likely reducing restriction activity, rendering these cells more permissive to new infections and favouring potential reservoir reseeding. The absence of measurable reservoir expansion may reflect the short timeframe of analysis, suggesting that chronic or recurrent STIs could have cumulative effects. Future studies should assess whether persistent immune activation due to recurrent STIs contributes to immune exhaustion, impaired HIV-specific surveillance, and reservoir enhancement. Rigorous STI management in PLWH is therefore critical not only for transmission prevention but also to limit reservoir reactivation and support curative approaches.

COB-32. DESIGN AND CHARACTERISATION OF HIGH-AFFINITY APTAMERS FOR DETECTING HIV INTEGRASE

Ana Valadés Alcaraz, Carlos Medina Sánchez, Roberto Reinos, Judit Ventosa Cubillo, Verónica Ventosa Cubillo and África Holguín Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introduction and objectives: Currently, 40 million people are infected with the human immunodeficiency virus (HIV), and 1.3 million new infections occur annually, with over 170 circulating variants. Early HIV detection is essential for timely antiretroviral therapy and preventing transmission, but no existing serological or molecular diagnostic tests can detect the virus within the first 10 days postinfection. Aptamers, single-stranded oligonucleotides, can recognise proteins with high affinity and specificity, presenting advantages compared to antibodies. We aim to identify anti-HIV aptamers targeting a highly conserved and exposed integrase (IN) peptide to incorporate them onto the surfaces of ultrasensitive nanobiosensors, enabling early HIV diagnostics on a global scale.

Methods: We downloaded all HIV IN sequences available from each HIV variant (types/groups/subtypes/recombinants) and used the in-house bioinformatics program EpiMolBio (<https://epimolbio.com/>) to identify highly conserved and exposed IN peptides. Systematic Evolution of Ligands by Exponential Enrichment (SELEX) method was performed to select the aptamers, which were sequenced and characterised using three bioinformatics programs (EpiMolBio/DNA-Folding/QGRS-Mapper) to predict their secondary structures. We also visualized their 3D structure and aptamer-peptide binding interaction with PyMOL and pyDockDNA. Their affinity, sensitivity, and optimal combinations for detecting recombinant HIV-1-IN were tested by Enzyme-Linked Oligonucleotide Assays (ELONA). Finally, we tested their detection capability on 22 HIV-infected samples (12 viral culture supernatants, 5 sera, 5 plasma) carrying different HIV-1 variants and 7 HIV-uninfected samples (3-HCV,2-HBV,1-RSV+Influenza-A,1-SARS-CoV-2), also testing cross-reactivity.

Results: We selected three aptamers targeting an exposed and highly conserved HIV IN peptide across HIV variants, after analysing 13,606 HIV-1 and 6,436 HIV-2 IN sequences by EpiMolBio, covering nearly 150 HIV variants (including types, groups, subtypes, sub-subtypes, and circulating recombinants). The selected aptamers were further characterised through bioinformatics analysis to assess their secondary and 3D structure, in addition to visualising the aptamer-peptide binding site. We also studied their affinity (K_D : 31-196 nM), sensitivity, and optimal combinations for recombinant HIV IN detection using Enzyme-Linked Oligonucleotide Assays (ELONA). The most effective aptamer combination (C5:Apt2-HCINp1/Apt2-HCINp1) could detect at least 25 ng/well of recombinant HIV-1 IN and demonstrated

the ability to detect HIV in 21/22 infected samples with at least 3.65 log HIV cp/mL, not recognizing negative controls or other viruses.

Conclusions: Our anti-HIV IN aptamers show promise for use when integrating them in ultrasensitive nanotechnologies, enabling early detection of HIV across all variants. The future aptamer-based ultrasensitive biosensor could allow HIV diagnosis from the first day of infection, regardless of the HIV variant, patient's age, infection stage, or location.

COB-33. CONSERVED ANTI HIV P24/P26 DNA APTAMERS AS A NOVEL TOOL FOR EARLY HIV DIAGNOSIS

Carlos Medina Sánchez, Ana Valadés Alcaraz, Judit Ventosa Cubillo, Roberto Reinosa, Pedro Herrador and África Holguín

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introduction and objectives: Current HIV detection methods are limited by a diagnostic window (shorter for molecular vs. serological assays) and by the viral genetic variability which complicates PCR-based molecular approaches. DNA aptamers –single-stranded oligonucleotides with high protein affinity– offer a promising alternative for HIV molecular diagnosis vs. PCR. We develop the first DNA aptamers specifically designed to target highly conserved p24/p26 regions present across HIV-1/HIV-2 variants, evaluating their ability to detect recombinant p24 protein and HIV in infected samples.

Methods: HIV sequences from Los Alamos Database (LANL) were analyzed using EpiMolBio in-house software (<https://epimolbio.com/>; PMID:40687996) to identify conserved and surface-exposed p24 regions across multiple HIV-1/HIV-2 variants. These served as targets for aptamer selection by SELEX (Systematic-Evolution-of-Ligands-by-Exponential-enrichment). The resulting aptamers were sequenced and analyzed with bioinformatic tools (EpiMolApt/DNA-Folding/QGRS-Mapper) to predict secondary structures, stability, and G-quadruplex motifs. Aptamer performance was evaluated in m96 plates by indirect ELONA (affinity/sensitivity). We identified by sandwich ELONA the capture/detection aptamer pair with the highest sensitivity, which was further assessed for specificity against unrelated proteins (CathepsinD/NAPSA/BACE1-human protease/NS3-HCVprotease/SARS-CoV2-spike/BSA) and non-HIV viruses (3HCV/2InfluenzaA/2RSV/3SARS-CoV-2). Tolerance to plasma matrix effects (fibrinogen/EDTA/sero albumine) and its ability to detect HIV in 3infected sera and 6viral culture supernatants was also tested.

Results: Analysis of ~19,000 p24/p26 sequences identified two conserved peptides: CAP3 (present in HIV-1/HIV-2) and Cap4 (HIV-1 specific). Four DNA aptamers (Apt1-Cap3/Apt2-Cap3/Apt3-Cap4/Apt4-Cap4) were developed, with Apt4-Cap4 showing the highest sensitivity, detecting 1.56 ng of p24/well. In sandwich ELONA, 10/16 aptamer combinations recognized p24. The 3 best (Apt1/Apt3, Apt2/Apt3, and Apt3/Apt1) successfully detected HIV in all six high-viraemia viral cultures (subtypes A/B/C/D, recombinants CRF01_AE/CRF02_AG) and 3subtype B sera, including one with 3.6 log cp/mL. The best-performing combination (Apt2/Apt3) also recognized HIV Protease and Integrase, but not the tested unrelated proteins or non-HIV viruses, except background interference from fibrinogen physiological levels present in plasma, and minimum cross-reaction in SARS-CoV-2+ sera (addressable by positive cut-off adjustment).

Conclusions: This work reports the first ssDNA aptamers targeting conserved capsid regions across HIV-1/HIV-2 variants, validated by ELONA for viral detection of the six major pandemic HIV-1 variants causing 88.7% of 40 million global infections. In the tested sample panel, they achieved higher sensitivity (3.6 log cp/mL, equivalent to 0.179 pg p24/mL) than several 4th-generation-immunoassays, including Abcam (1.1 pg p24/mL) and Bio-Rad Bioplex 2200 (5.2 pg p24/mL). Ongoing studies are assessing non-plasma samples with lower viremia, including additional HIV-variants. Ultrasensitive ap-

tamer-based biosensors are being developed for point-of-care applications to enhance early HIV diagnosis for global epidemic control.

COB-34. EPIGENETIC AGE ACCELERATION AND CD4/CD8 RATIO IN PEOPLE WITH WELL-CONTROLLED HIV INFECTION

Alejandro de Gea Grela, Andrés Esteban Cantos, Francisco Jurado, Lucía Gutiérrez, Patricia Martínez Martín, Cristina Marcelo, Juan Carlos González, María Jiménez González, Alejandro Díez Vidal, María del Mar Arcos Rueda, Luis Ramos Ruperto, Juan Miguel Castro, Berta Rodés, José Ramón Arribas and Rocío Montejano

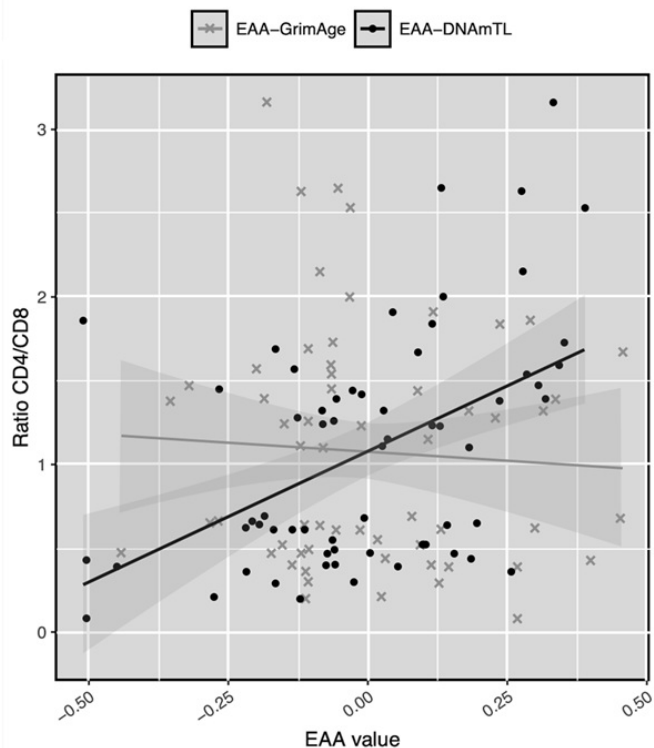
Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introduction: In people with HIV infection (PWH), epigenetic age acceleration (EAA) markers are associated with physiologic frailty and mortality. However, the relationship between these epigenetic biomarkers and the CD4/CD8 ratio, another key prognostic marker in people with well controlled HIV infection, remains unexplored.

Methods: Cross-sectional study of long term aviremic PWH. Whole blood DNA methylation was assessed using the Illumina Infinium Methylation EPIC BeadChip microarray. We evaluated 5 epigenetic clocks (Horvath and Hannum's clocks, PhenoAge, GrimAge and Skin-Blood clock) and the DNA methylation-based estimator of telomere length (DNAmTL). EAA was calculated as the residuals from the regression of epigenetic age on chronological age. We defined a low CD4/CD8 ratio as ≤ 0.5 and compared EAA with ratios below or above this cutoff. Multivariate linear and logistic regression models were employed to assess the association between CD4/CD8 ratio and EAA.

Results: 62 participants with a median CD4/CD8 ratio of 0.39 (n = 45; IQR: 0.3-0.44) in the CD4/CD8 ≤ 0.5 group and 1.32 (IQR: 0.68-1.67) in the CD4/CD8 > 0.5 group were included. They were predominantly male (79%), with a median age of 57.9 years (IQR: 51.8-63), time since HIV diagnosis of 24.5 years (IQR: 15.8-30.2) and duration of viral suppression of 17 years (IQR: 10-21). Both groups were balanced in terms of age, body mass index, alcohol and tobacco intake, HIV transmis-

Correlation Ratio-EAA



sion route, antiretroviral regimen and viral suppression time. However, those with a CD4/CD8 ratio ≤ 0.5 showed a significantly lower CD4⁺ cells nadir and shorter delay until ART initiation. Participants with a CD4/CD8 ratio ≤ 0.5 have significantly lower EAA-DNA^mTL ($p = 0.036$), indicating telomere shortening, and a trend to higher EAA in the Hannum clock ($p = 0.088$). No significant differences were observed in EAA measured by other epigenetic clocks, such as Horvath, PhenoAge, SkinBlood or GrimAge. In an adjusted linear regression model, EAA-DNA^mTL was positively associated with the CD4/CD8 ratio ($p < 0.01$) (fig.), while AIDS diagnosis showed a marginal negative trend ($p = 0.079$). Other covariates were not significant.

Conclusions: A lower CD4/CD8 ratio was associated with accelerated epigenetic aging measured by DNA^mTL, indicating telomere shortening, but not with other epigenetic clocks. This suggests that DNA^mTL may capture specific aspects of immune aging not reflected by other clocks.

COB-35. REPROGRAMMING CD8⁺T CELLS WITH SEQUENTIAL IL-15 AND TGF- β 1 AS AN IMMUNOTHERAPY FOR HIV CONTROL

Cristina Mancebo Pérez¹, Aleix Benítez Martínez¹, Ilya Tsukalov², Judith Grau Expósito¹, Josep Castellví³, Laura Mañalich Barrachina³, Paula Suanzes³, Jordi Navarro³, Joaquín Burgos³, Adrià Curran³, Cristina Centeno Mediavilla³, Vicenç Falcó³, Enrique Martín Gayo², María José Buzón Gómez¹ and Meritxell Genescà Ferrer¹

¹Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR), Barcelona. ²Hospital Universitario La Princesa, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid. ³Hospital Universitari Vall d' Hebron, Barcelona.

Introduction and objectives: The major hurdle to HIV-1 eradication in people with HIV (PWH) is the establishment of viral reservoirs. Enhancing effective antiviral responses within tissue compartments, where most of the HIV-1 burden persists, will be necessary to limit viral rebound at the time of analytical treatment interruption (ATI). Hypothesizing that CD8⁺ tissue resident memory T cell (T_{RM}) phenotypes might be more competent at controlling tissue viral recrudescence, we tested the benefit of exposing CD8⁺T cell from blood to signals instructing tissue residency programs.

Methods: PBMC obtained from PWH ART-suppressed were sequentially IL-15/TGF- β 1-stimulated to promote CD8⁺T cell phenotypes, and in some cases, cell were subsequently exposed to Gag to determine cell phenotypes, expression of immune checkpoints and their HIV-1-specificity by flow cytometry ($n = 7$). A functional assay was established to evaluate the capacity of PBMC-stimulated cells to eliminate the autologous *ex vivo* reactivated HIV-1 reservoir by p24 expression ($n = 6$) and to determine intact viruses after *ex vivo* reinfection ($n = 10$). Single cell RNA sequencing was performed from cervical and blood-stimulated samples of an ART-suppressed woman to determine the modulation of effector CD8⁺ T cell populations after IL-15/TGF- β 1-stimulation. Finally, spectral flow cytometry ($n = 6$) and mitochondrial function ($n = 3$) evaluation was performed to validate our transcriptional data.

Results: Sequential IL-15/TGF- β 1-stimulation recovered polyfunctional HIV-1-specific CD8⁺T cells ($p = 0.018$), unrestricted by high expression of PD1 or CD39. Compared to IL-15 only treatment, sequential IL-15/TGF- β 1-stimulation proportionally increased effector phenotypes, expression of tissue homing molecules and showed enhanced control of the HIV reservoir compared to controls ($p = 0.031$). Single cell RNA-sequencing revealed that IL-15/TGF- β 1 stimulation enhanced residency features, clonotypic diversity and mitochondrial function while modulated inhibitory immune checkpoints of effector CD8⁺T cells. Indeed, sequentially-treated CD8⁺T cells showed less mitochondrial stress than cells treated only with IL-15 ($p = 0.042$). Of interest, the only phenotypes capable of eliminating intact HIV-1 viruses in PWH after this sequential cytokine stimulation were charac-

terized by the expression of tissue residency markers CD103 or CD39 together with CD69 ($p = 0.03$ and $p = 0.016$, respectively).

Conclusions: Altogether, IL-15/TGF- β 1-mediated CD8⁺T cell reprogramming represents a promising immunotherapy to induce viral control upon ATI.

COB-36. PERSISTENT IMMUNE DYSREGULATION AND FEATURES OF IMMUNOSENESCENCE IN HIV AND PREP: INSIGHTS FROM T-CELL SUBSET ANALYSIS

Juan Du¹, Lluís Recasens¹, Itziar Arrieta¹, Esperanza Cañas¹, Jade Soldado¹, Irene Carbonell¹, Cecilia Canepa¹, María José Fernández-Quiroga¹, Marta Trenchs-Rodríguez², Alicia González-Mena¹, David Asmuth³, Natalia García-Giral¹ and Roberto Güerri-Fernández¹

¹Hospital del Mar, Barcelona. ²CAP Passeig Sant Joan, ICS, Barcelona. ³University of California, Davis, Sacramento.

Introduction: HIV infection induces chronic immune activation, exhaustion, and accelerated immunosenescence, only partially reversed by ART. Much less is known about individuals on PrEP, who remain HIV-negative but share similar risk exposures. We aimed to characterize T-cell subsets, activation, and exhaustion in HIV+, PrEP, and healthy controls (HC).

Methods: Peripheral blood mononuclear cells were obtained from HC ($n = 11$), PrEP users receiving Truvada[®] ($n = 10$), and ART-naïve HIV-positive individuals ($n = 14$; studied at baseline and week 48 [W48] of ART). Multicolor spectral flow cytometry assessed T-cell subsets (naïve, central memory [T_{cm}], effector memory [T_{em}], and terminal effector memory [T_{emra}]), activation markers (CD38, HLA-DR), and exhaustion markers (PD-1, TIM-3). Naïve/memory ratios were used as indicators of immune aging.

Results: As previously reported, HIV infection was associated with persistent immune activation, exhaustion, and skewed differentiation despite ART. Strikingly, PrEP users displayed profiles closer to HIV+ than to HC. CD4 T_{cm} were reduced in HIV+ (11.8% baseline, 13.2% W48) and PrEP (15.1%) vs. HC (25.4%, all $p < 0.01$). CD4 T_{emra} expanded in HIV+ (8.4% baseline, 10.1% W48 vs. 4.2% HC, $p = 0.03$) and in PrEP (7.6%, $p = 0.04$ vs. HC), while T_{em} proportions remained stable. The CD4 naïve/memory ratio was lower in HIV+ (0.9 baseline, 1.1 W48) and PrEP (1.2) vs. HC (1.8, $p = 0.02-0.04$). Activation (CD4⁺CD38+HLA-DR+) was a hallmark of HIV (0.8% HC vs. 6.2% baseline, $p < 0.001$; 2.9% W48, $p = 0.01$), but not elevated in PrEP (1.1%, ns). Exhaustion followed a gradient: PD-1 expression was 7.5% in HC, 12.8% in PrEP ($p = 0.03$), 29.6% in HIV+ baseline ($p < 0.001$), and 18.7% at W48 ($p = 0.01$ vs. HC). Similar patterns were observed in the CD8 compartment.

Conclusions: Our study confirms persistent CD4 activation, exhaustion, and aging in HIV despite ART. Notably, PrEP users also exhibited immune alterations, with reduced central memory, expanded T_{emra}, lower naïve/memory ratios, and increased PD-1 expression. These findings suggest that factors beyond HIV itself may contribute to immune aging, warranting further investigation.

COB-37. CARACTERIZACIÓN DE FIRMAS METABÓLICAS QUE DEFINEN FENOTIPOS DE PROGRESIÓN DEL VIH Y REVELAN NUEVAS DIANAS MÁS ALLÁ DE LA SUPRESIÓN VIRAL

Jacobo Alonso Domínguez¹, Inés Martínez Barros¹, Aida López López¹, Alexandre Pérez González¹, Ezequiel Ruiz Mateos², Luis López Cortés², Iris Samarra Mestre³, Salvador Fernández Arroyo³ y Eva Poveda¹

¹Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur, Vigo. ²Instituto de Biomedicina de Sevilla, Sevilla. ³Eurecat-Centro Tecnológico de Cataluña, Barcelona.

Introducción: A pesar del control virológico alcanzado con la terapia antirretroviral (TAR), la disfunción metabólica es característica de la infección por VIH, contribuyendo a la aparición de comorbilidades y a la desregulación inmunitaria en personas que viven con VIH (PVV). Sin embargo, el perfil metabólico de los distintos fenotipos –pacientes *naïve*, respondedores inmunológicos al TAR, no respondedores inmunológicos (INR) y controladores de élite (transitorios o persistentes)– no está suficientemente caracterizado.

Métodos: Se seleccionaron 140 personas correspondientes a los siguientes grupos: controles sin VIH (n = 30), *naïve* (sin tratamiento previo, n = 30), en TAR (mediana de 11,4 [8,7-15,7] años) con recuperación inmunológica (n = 30), INR (< 350 CD4⁺ tras dos años de TAR, n = 20) y controladores de élite (transitorios [TC] n = 15; persistentes [PC] n = 15). El perfil metabólico se realizó en muestras de plasma mediante dos plataformas: LC-MS para cuantificar la fracción lipídica (familias de lípidos, acilcarnitinas) y GC-MS para el análisis de metabolitos polares (ácidos orgánicos, aminoácidos, intermediarios de la generación energética). El análisis estadístico uni- y multivariante y de enriquecimiento de vías se llevó a cabo con MetaboAnalyst, identificándose los metabolitos estadísticamente significativos y las vías desreguladas con un umbral de FDR < 0,05.

Resultados: Se identificaron un total de 351 metabolitos. La comparación global de PVV y controles sin VIH mostró alteraciones significativas en el metabolismo del ácido araquidónico. En los subanálisis por grupos respecto a los controles, los *naïve* mostraron una disminución de esfingolípidos (la fosfatidilcolina PC[15:0/18:2] y la esfingomielina SM[d18:1/18:0]) y disfunción mitocondrial. Los INR, desregulaciones en el ciclo de la urea (reducción de urea, ornitina; aumento de glutamato). El grupo en TAR, aun con respuesta inmunológica, mostró una normalización en la mayoría de rutas metabólicas, pero conservaron inflamación residual (aumento de ácido 5-hidroxiico-satetraenoico). Los TC mostraron una hiperactivación del ciclo de la urea (aspartato y ornitina elevados), mientras que los PC sufrieron un incremento del metabolismo energético (lactato y piruvato elevados).

Conclusiones: Se identificaron firmas metabólicas específicas para cada estado viroinmunológico: disminución de los esfingolípidos en personas *naïve*, alteraciones en el metabolismo del nitrógeno en los INR, persistencia inflamatoria a pesar del TAR y modificaciones en los metabolismos de la urea o piruvato en los controladores de élite. Estas firmas ofrecen información clave sobre los mecanismos que podrían estar relacionados con la insuficiencia inmunitaria y la persistencia viral, a la vez que identifican potenciales biomarcadores que puedan mitigar complicaciones a largo plazo más allá de la supresión virológica.

COB-38. LEVELS OF CELLULAR SENESCENCE BIOMARKERS ARE INCREASED IN PWH AND CAN BE REDUCED BY EX VIVO TREATMENT WITH DASATINIB AND QUERCETIN SENOLYTIC DRUGS

Núria Climent¹, Rubén Ayala-Suárez², Víctor Casanova², Andrea Rodríguez-Agustín², María José Maleno², Josep Mallolas³, Juan Ambrosioni³, Sonsoles Sánchez-Palomino², José María Miró³ and José Alcamí²

¹CIBERINFEC/FRCB-IDIBAPS, Barcelona. ²FRCB-IDIBAPS, Barcelona. ³Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Introduction and objectives: Despite antiretroviral therapy (ART), people with HIV (PWH) exhibit chronic inflammation and increased risk of age-related comorbidities. Cellular senescence identified by biomarkers such as SA-βGal, p16^{INK4a}, Bcl-2, γ-H2AX, and Senescence Associated Secretory Phenotype (SASP) factors may contribute to this phenomenon. This study investigates whether HIV infection increases SC biomarkers, and whether the senolytic combination of Dasati-

nib plus Quercetin (D+Q) can reduce these markers in advanced HIV infection.

Methods: Participants included PWH from acute, chronic, and advanced infection cohorts (CD4 < 100/μl at diagnosis), prior and after ART, and HIV-negative controls matched by age and sex (n = 12-14/group). PBMCs were cultured with D+Q for 3 days (n = 7/cohort). A total of 67 parameters including cellular senescence, soluble Immune checkpoints (sIC), immunological, virological and clinical parameters were analyzed. In “ex vivo” experiments D+Q were added during 3 days to PBMC and their impact on SC/SASP markers in cells and culture supernatants determined. Global correlation matrixes were generated and analysed using Spearman’s test. SC phenotype was assessed by flow cytometry. SASP and sIC in plasma and culture supernatants were analyzed using Luminex.

Results: HIV infection significantly increased SC biomarkers (SA-βGal, p16^{INK4a}, SASP factors), especially in chronic and advanced stages (p < 0.05). SA-βGal in CD4⁺ T cells correlated positively with p24 expression and other senescence/exhaustion markers (γ-H2AX, TNF-α, IL-1α, GDF-15, sCD14, CTLA-4, PD-1, TIM-3, CD28-CD57⁺ phenotype) and negatively with CD4 count and CD4/CD8 ratio (p < 0.05). *Ex vivo* D+Q treatment significantly reduced SC biomarkers (SA-βGal, p16^{INK4a}, γ-H2AX and Bcl-2^{high}) (p < 0.05). It also decreased 24 SASP proteins in culture supernatants, including IL-6, IL-8, MCP-1, IL-10, MIP-1α, suPAR, and TNF-RI. SA-βGal levels correlated positively with SASP factors and negatively with senolytic activity and CD4/CD8 ratio (p < 0.05).

Conclusions: HIV infection associates with cellular senescence biomarkers. D+Q senolytic treatment *ex vivo* reduces SC biomarkers and SASP factors in PWH. These findings support the potential of senolytics to mitigate HIV-associated cellular senescence and inflammation.

COB-39. LA VENTAJA INMUNOLÓGICA DE LOS ACLARADORES ESPONTÁNEOS DE VHC EN PVIH: ¿SON LOS MONOCITOS LOS RESPONSABLES?

Manuel Llamas Adán¹, Juan Delgado Adrada¹, Violeta Lara Aguilar¹, Sergio Grande García¹, Sonia Arca Lafuente¹, Luz Martín Carbonero², Pablo Ryan³, Ignacio de los Santos⁴, María de Lagarde⁵, Juan Miguel Castro², Mario Mayoral Muñoz², Pedro Alfonso Torres Gómez³, Laura Laguna García³, Amanda Fernández Rodríguez¹ y Verónica Briz¹

¹Instituto de Salud Carlos III, Madrid. ²Hospital Universitario La Paz, Madrid. ³Hospital Infanta Leonor, Madrid. ⁴Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. ⁵Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción y objetivos: Los monocitos son una de las células del sistema inmune con mayor implicación en la infección por VIH, no solo por ser reservorio del virus, sino también por su capacidad secretora de numerosas moléculas mediadoras, tanto inflamatorias como antiinflamatorias. El objetivo del estudio ha sido caracterizar cómo afecta el estatus de infección frente al Virus de la Hepatitis C (VHC) a la evolución del perfil de monocitos en personas con VIH (PVIH).

Métodos: Estudio longitudinal multicéntrico en 85 PVIH con distinto estatus frente al VHC: 1) Grupo Aclaradores Espontáneos (AE), PVIH que aclararon de manera espontánea la infección por VHC antes del inicio del estudio; 2) Grupo Hepatitis C Crónica (HCC) al inicio del estudio y 6 años después de alcanzar respuesta virológica sostenida mediante Antivirales de Acción Directa (AAD); 3) Grupo VIH (VIH+), PVIH que nunca han estado infectadas por VHC. Los 3 grupos tuvieron el mismo tiempo de seguimiento. Se tomaron muestras de sangre en el momento de la inclusión (t0) y tras 6 años (t6), a partir de las cuales se analizó el perfil de monocitos mediante una citometría de flujo espectral en sangre periférica.

Resultados: En t0, el grupo AE mostró menor porcentaje de monocitos intermedios en reposo (CD45RA-CD38-) que los grupos VIH+ y

HCC. Por otro lado, los grupos AE y HCC mostraron porcentajes superiores de monocitos clásicos con perfil antiinflamatorio (CD24+) que el grupo VIH+. En t6, el grupo AE mantuvo un porcentaje superior de monocitos CD24+ y monocitos positivos para el marcador de activación CD10 que el grupo VIH+ y HCC, además de mayores porcentajes de monocitos clásicos activados (CD45RA+CD56+) que el grupo HCC. Tras la eliminación del VHC en el grupo HCC, no se observaron diferencias significativas con respecto al VIH+. Tras el seguimiento de 6 años, los 3 grupos presentaron un descenso de monocitos clásicos CD4+, así como un descenso de monocitos totales. Sin embargo, se observó un aumento de monocitos CD24 en los grupos VIH+ y AE, y un descenso de monocitos clásicos CD24 en el grupo HCC.

Conclusiones: El grupo AE presenta una mayor capacidad de activación de monocitos que los grupos VIH+ y HCC, junto con un mayor número de monocitos antiinflamatorios. La eliminación del VHC via AADs reduce los niveles de activación en monocitos y los niveles de monocitos antiinflamatorios. Tras 6 años, todos los grupos experimentan un descenso general en los niveles de monocitos.

COB-40. SAFETY AND EFFICACY OF A BIC/FTC/TAF SIMPLIFICATION: IMPACT ON PROVIRAL AND TRANSCRIPTIONALLY ACTIVE HIV-1 RESERVOIR

Elisa Moraga¹, Sònia Vicens-Artés¹, Iván Chivite¹, Elisa de Lazzari¹, Alejandro Sánchez-Molina¹, Abiu Sempere¹, Berta Torres¹, Amedeo de Nicolò², Mar Mosquera¹, Pilar Callau¹, Cristina Rovira¹, Antonio d'Avolio², José Luis Blanco¹, José Alcamí¹, Sonsoles Sánchez-Palomino¹ and Esteban Martínez¹

¹Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona. ²Università di Torino, Barcelona.

Introduction: The potency, long half-lives, and high resistance barrier of bicitgravir/emtricitabine/tenofovir alafenamide (BIC/FTC/TAF) provide a rationale for exploring short-cycle therapy as a simplified maintenance strategy for people with HIV (PWH) with sustained viral suppression. The BETAF-RED randomized pilot trial (NCT05602506) aim is to assess the feasibility of BIC/FTC/TAF simplification to thrice-weekly (3W), twice-weekly (2W) or once-weekly (1W).

Methods: Virologically suppressed PWH with CD4⁺Tcells > 350/ μ L, without active hepatitis B and C and without resistance mutations on once-daily (OD) BIC/FTC/TAF were randomized to continue OD or to switch to 3W, 2W, or 1W dosing for 48-weeks. Participants with viral failure (confirmed viral load \geq 50 cp/mL) underwent genotypic resistance testing and returned to OD up to 48-weeks. Drug levels were determined in plasma and intracellularly. CD4 and CD8 cells were quantified by flow cytometry and hsCRP and IL-6 by ELISA. Ultrasensitive viral load was monitored. HIV reservoir was measured by Intact Proviral DNA Assay (IPDA) HIV intracellular RNAs (icRNAs): 5'elongated (LongLTR), unspliced (Pol), polyadenylated (PolyA) and multiply-spliced (TatRev) were quantified by ddPCR.

Results: Two patients from the 1W arm experienced virological failure at 4-week (617/29,800 cp/mL and 180/780 cp/mL), and one patient from the 3W arm at 12-week (55/60 cp/mL). There were no significant differences in ultrasensitive viral load, CD4 and CD8 cells, hsCRP and IL-6 among arms. IPDA showed that intact and defective

HIV DNA (fig. 1A) remained stable in the four groups through 48-weeks, indicating reservoir control. Likewise, all the quantified HIV icRNA levels did not present variations (fig. 1B) between 0-week and 48-weeks in any of the randomized groups. Although plasma and intracellular drug levels significantly decreased in 3W, 2W, and 1W compared with OD at 12-weeks and 48-week, generally remained above known inhibitory concentrations.

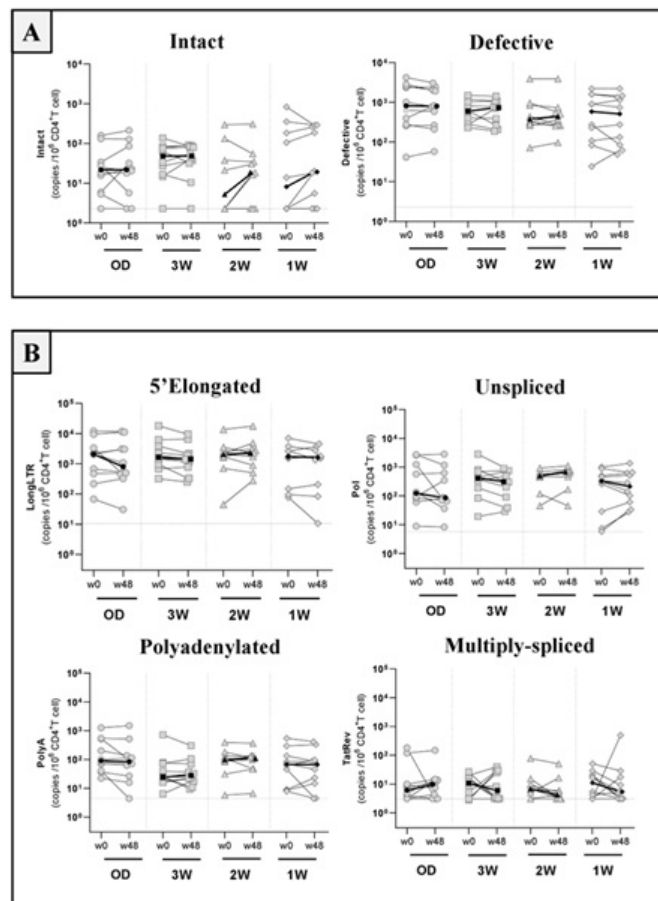


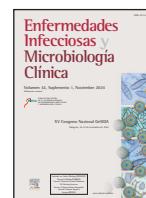
Figure 1. HIV-1 proviral and transcriptionally active reservoir at 0-week (w0) and 48-week (w48) in CD4⁺Tcells from the four study groups: once-daily (OD), thrice-weekly (3W), twice-weekly (2W) and once-weekly (1W). **A**) Proviral intact and defective HIV-1 DNA quantification by IPDA in DNA copies/ 10^6 CD4⁺Tcells. **B**) 5'elongated (LongLTR), unspliced (Pol), polyadenylated (PolyA) and multiply-spliced (TatRev) intracellular HIV RNA quantified in copies/ 10^6 CD4⁺Tcells by ddPCR. Limits of detection from each technique are represented by discontinuous gray lines. Each gray dot represents the samples from each study participant and black dots are medians.

Conclusions: Reducing BIC/FTC/TAF to twice- or thrice-weekly maintained both proviral and transcriptionally active HIV-1 reservoir stability over 48-weeks, without evidence of increased intracellular viral activity or loss of suppression. Moreover, ART simplification was safe, well tolerated, and effective as compared with continuing OD. These findings provide new insight into reservoir dynamics under reduced-frequency ART and support further exploration of short-cycle regimens as safe long-term maintenance strategies.



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Exhibición de pósteres

XVI Congreso Nacional GeSIDA-SEIMC

Granada, 23-26 de noviembre de 2025

TRACK 01: Tratamiento antirretroviral

P-001. FACTORES ASOCIADOS A LA TASA DE FRACASO TERAPÉUTICO DE PACIENTES CON CAB+RPV LA

Miguel Torralba González de Suso, Ana Codonal, Alicia Lázaro y Alberto Delgado Fernández

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Introducción y objetivos: “Cabotegravir y Rilpivirina long acting” (CAB+RPV LA) es un tratamiento novedoso como switch en personas que viven con VIH (PVVIH). Nuestro objetivo fue conocer los factores asociados a la tasa de fracaso terapéutico (FT) y fracaso virológico (FV).

Métodos: Estudio de cohorte prospectivo unicéntrico. Se estudian las causas de abandono por cualquier causa (fracaso virológico, toxicidad, falta de adherencia, exitus, embarazo, traslado a otro centro o puente oral) así como específicamente el fracaso virológico y la aparición de mutaciones de resistencias (MR). Se analiza el sexo, edad, IMC, TAR previo, n.º de fármacos, subtipo viral, resistencias basales y la conformidad o no de iniciar CA+RPV LA por el farmacéutico hospitalario. Se analiza también la durabilidad global de la pauta. Se analiza por intención de tratamiento (IT) y tratamiento observado (TO) la proporción de pacientes con CV < 50 copias en el mes 1, 7 y 13.

Resultados: Se administró CAB+RPV a un 35% de la cohorte global del hospital (151/429). De los 151 sujetos el 80% fueron varones con una mediana de edad de 40 años. 116 alcanzaron 13 meses de tratamiento. Tras una mediana de seguimiento de 18,8 meses (IIC: 11-23,7), 28 pacientes interrumpieron el tratamiento y 3 de ellos por fracaso virológico (uno de ellos con MR a rilpivirina y cabotegravir). La proporción de pacientes con CV < 50 copias/ml al mes, 7.º mes y mes 13 fue de 96,91 y 84% (IT) y del 96,95 y 93% (TO) respectivamente. Las razones de discontinuación de los pacientes fueron: fracaso virológico: 3, efectos adversos: 6, mala adherencia: 4, traslado a otro hospital: 7, puente oral: 6, dificultad para asistir a las citas: 2. La tasa de FT modificado (excluyendo los puentes orales y los traslados a otros hospitales) fue de 7,42 (IC95% 4,3 a 12,0) por 100 personas-año. Ser mujer (HR: 4,3; IC95%: 1,6-11,9; p = 0,005) y la disconformidad del farmacéutico hospitalario (HR: 3,2; IC95%: 1,4-7,6; p = 0,008) se asociaron de forma independiente en un análisis multivariante (regresión de Cox) al fracaso terapéutico ajustado por edad, IMC y n.º de fármacos.

Conclusiones: CAB+RPV LA se muestra como una estrategia efectiva, segura y duradera en el cambio del TAR en pacientes con CV < 50 copias/mL. Las mujeres y un dictamen desfavorable en el uso de CAB+RPV LA por parte del farmacéutico hospitalario se muestran como factores independientes de fracaso terapéutico.

P-002. CIRCULATING BIOMARKERS IN TREATMENT-NAÏVE PEOPLE LIVING WITH HIV INITIATING INTEGRASE INHIBITOR-BASED ANTIRETROVIRAL THERAPY

Jose Ramón Blanco¹, Miguel Torralba², María Saumoy³, Antonia Alcaraz⁴, Mariano Matarranz del Amo⁵, Julian Olalla⁶, Fernando Dronda⁷, Nisa Boukichou-Abdelkader⁸, Enrique Bernal⁴, Sergio Padilla⁹, Joaquim Peraire¹⁰, Francisca Artigues¹¹, María-Jesús Bustinduy-Odrizola¹², Helena Albenin Iglesias¹³, Alberto Delgado², Arkaitz Imaz³, Lourdes Romero⁸ and Laura Pérez⁸

¹Hospital San Pedro de La Rioja, Logroño. ²Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara. ³Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona. ⁴Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

⁵Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. ⁶Hospital Costa del Sol, Marbella. ⁷Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ⁸CIBIR, Logroño. ⁹Hospital General Universitario and Universidad Miguel Hernández, Elche.

¹⁰Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona. ¹¹Hospital Universitario Son Espases, Mallorca. ¹²Hospital Universitario Donostia, San Sebastián.

¹³Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introduction: Currently, integrase strand-transfer inhibitors (INSTIs) are the cornerstone of antiretroviral therapy (ART), providing potent viral suppression and good tolerability. Emerging evidence suggests that INSTI-based regimens may exert different effects on immune and metabolic pathways, potentially influencing inflammation and comorbidity risk. This study aimed to evaluate the impact of various first-line INSTI-based regimens on a panel of circulating biomarkers in treatment-naïve individuals with HIV.

Methods: We included ART-naïve adults (≥ 18 years) with confirmed HIV-1 infection initiating a non-boosted INSTI according to the treating physicians' decisions. The regimen included were bictegravir/emtricitabine/tenofovir alafenamide (BIC/TAF/FTC or Group 1 [G1]), dolutegravir/lamivudine (DTG/3TC or Group 2 [G2]), and dolutegravir/abacavir/lamivudine (DTG/ABC/3TC or Group 3 [G3]). Participants receiving DTG/ABC/3TC were enrolled via the Spanish CoRIS cohort, with samples from the HIV BioBank. Blood samples were collected at baseline and after 48 weeks. Biomarkers were grouped into six categories: pro- and anti-inflammatory cytokines, immune activation, endothelial dysfunction, metabolic markers, and tryptophan catabolism. Changes from baseline were analyzed using Kruskal-Wallis and Dunn's tests; linear mixed-effects models assessed longitudinal trends.

Results: We included 62 participants. All regimens achieved viral suppression and increased CD4⁺ counts, with the greatest CD4⁺ gain in G3. At baseline, G3 had higher TNF, CD40, ICAM-1, and lower IL-10 and leptin levels. After 48 weeks, G3 showed a significant increase in IL-10 and greater declines in CD163 and ICAM-1. Mixed models con-

firmed distinct longitudinal patterns in CD4⁺ counts, CD163, and IL-10 in G3.

Conclusions: All INSTI-based regimens led to immune restoration, but modest differences in biomarker trajectories suggest distinct immunomodulatory effects. The clinical relevance of these differences remains unclear and warrants further study to assess their role in long-term comorbidity risk.

Funding: This study was supported by Project PI20/00735 (ISCIII), Acción Estratégica en Salud, cofinanciado a través del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) & CIBER -Consorcio Centro de Investigación Biomédica en Red-(CB21/13/00091), Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Ciencia e Innovación and Unión Europea - NextGenerationEU & ISCIII (PT20/00138) and Networking Research Center on Bioengineering, Biomaterials and Nanomedicine, CIBER-BBN (CB22/01/00041).

P-003. MOTIVACIÓN AL CAMBIO Y PERCEPCIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL TRATAMIENTO CON CABOTEGRAVIR/RILPIVIRINA DE ACCIÓN PROLONGADA EN MUJERES CON VIH EN UN HOSPITAL TERCIARIO DE BARCELONA

Maite León Fabo, Ana González Cordon, Leire Berrocal, Roger Llobet, Berta Torres y Montserrat Laguno

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Introducción: Existe poca información diferenciada por sexo sobre la experiencia con el tratamiento antirretroviral (TAR) y la calidad de vida asociada. El objetivo de este estudio fue analizar los motivos de cambio al tratamiento inyectable con cabotegravir/rilpivirina de acción prolongada (CAB/RPV- AP) y evaluar la percepción vivida en un grupo de mujeres cisgénero.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo, unicéntrico, realizado en el Hospital Clínic de Barcelona, entre febrero/2023 y febrero/2025. Se recogió información demográfica y clínica desde la base de datos asistencial y datos sobre motivación al cambio, tolerancia, estigma y satisfacción, mediante una encuesta dirigida por una enfermera experta en VIH.

Resultados: Se incluyeron 54 mujeres cisgénero con 53 años de mediana, 23 desde el diagnóstico de VIH y 67% de origen español. El 81% inició CAB/RPV-AP a propuesta de su equipo sanitario y el 85% motivadas a probar nuevas terapias. El 39% refería preocupación por los posibles efectos adversos (EA) del TAR oral a largo plazo y el 31% intolerancia, predominantemente digestiva y/o neurológica. Tras el cambio a CAB/RPV-AP, la preocupación por los EA disminuyó al 30% y al 21% los problemas de tolerancia, mayoritariamente asociados a la inyección. El 78% manifestó mejora en la percepción del estigma y el 87% en la calidad de vida. El 93% consideró el CAB/RPV-AP más ventajoso que el TAR oral y en el 85% este tratamiento cumplió sus expectativas.

Conclusiones: En esta cohorte, el tratamiento con CAB/RPV-AP fue bien tolerado y supuso una mejora significativa en la percepción del estigma y la calidad de vida de las mujeres incluidas respecto al tratamiento oral.

P-004. LONG-TERM EFFECTIVENESS AND TOLERABILITY OF DOLUTEGRAVIR/LAMIVUDINE IN VIROLOGICALLY SUPPRESSED PERSONS WITH HIV: AN ANALYSIS OF THE CORIS MULTICENTRE COHORT AT 96 WEEKS

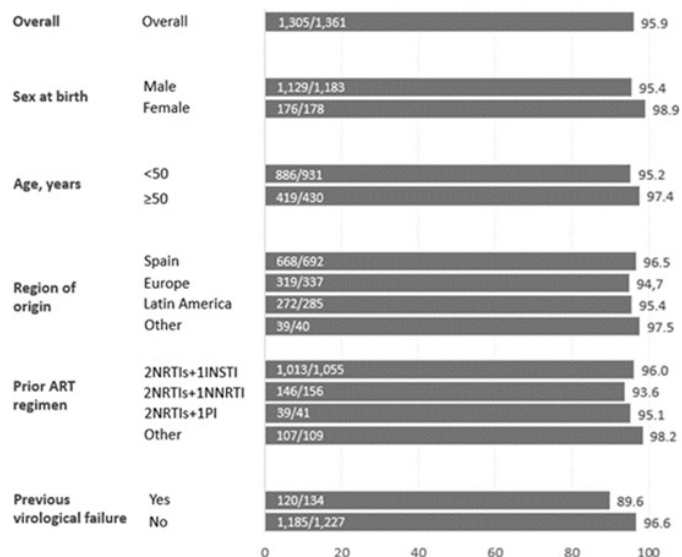
Inés Suárez-García¹, Belén Alejos², Cristina Moreno³, Andrés Luis Ruiz Sancho⁴, Juan Macías⁵, Claudia Ferreira-Tata⁶, Esteban Martínez Chamorro⁷, Marta Navarro⁸, María Novella Mena⁹, Alfonso Cabello-Úbeda¹⁰, José Ramón Blanco¹¹, Jesús Santos¹², Santiago Moreno¹³ and Inma Jarrín³

¹Hospital Universitario Infanta Sofía, FIIB HUIS HHEN, CIBERINFEC, San Sebastián de los Reyes. ²Investigadora independiente, Madrid. ³Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, CIBERINFEC, Madrid. ⁴Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada. ⁵Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla. ⁶Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ⁷Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona. ⁸Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell. ⁹Hospital Infanta Sofía, Alcalá de Henares. ¹⁰Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid. ¹¹Hospital Universitario San Pedro, Logroño. ¹²Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ¹³Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objectives: To evaluate the effectiveness and tolerability of dolutegravir/lamivudine (DTG/3TC) at 96 weeks in virologically suppressed persons with HIV, both overall and across specific subgroups, in the CoRIS multicentre cohort during the years 2018-2023.

Methods: We included virologically suppressed (viral load < 50 copies/mL) treatment-experienced adults who switched to DTG/3TC. We calculated the proportion of individuals who maintained viral suppression (VS) and the change in CD4 cell counts, at 96 (± 24) weeks after switching to DTG/3TC. Additionally, we calculated the proportion of virologic failures (VF) (two consecutive VL ≥ 50 copies/mL or one ≥ 1,000 copies/mL after VS) and of discontinuations due to adverse events (AEs) during the first 96 weeks after the switch. We analyzed these outcomes across subgroups according to sex, age, region of origin, ART regimen at switch, and previous VF.

Results: A total of 2,058 virologically suppressed individuals who switched to DTG/3TC were included (22.5% women). At 96 weeks, 95.9% of participants (1,305/1,361) maintained vs. 2.2% (45/2008) had experienced VF, their mean increase in CD4 cell count was 21.4 cells/mm³ (95%CI: 7.9; 35.0) and 2.2% (46/2,058) had discontinued DTG/3TC due to AEs. Figure 1 shows the proportion of participants, overall and across subgroups, who maintained viral suppression at 96 weeks. In multivariable analysis, no significant differences were observed in VS, VF or changes in CD4 cell count across subgroups, except for participants aged ≥ 50 years, who had a higher likelihood of maintaining VS (adjusted OR [aOR]: 2.33, 95%CI: 1.04;5.23), lower risk of VF (aOR: 0.47, 95%CI: 0.22;1.01), and a smaller increase in CD4 cell count (adjusted mean difference: -36.0 cells/μl, 95%CI: -62.3;-9.7) compared with those < 50 years. Also, participants with a history of previous VF had a lower likelihood of maintaining VS (aOR: 0.29, 95%CI: 0.15;0.55) and higher risk of VF (aOR: 4.14, 95%CI: 1.77;9.68). Participants who switched from a regimen consisting of 2NRTIs+PI (aOR: 3.93, 95%CI: 1.27;12.21) or 2NRTIs+INSTI (aOR: 3.15, 95%CI: 1.45;6.85) had a higher likelihood of VF compared with those on 2 NRTIs+NNRTI, and those from European origin had higher risk of VF than those for Spanish origin (aOR: 2.08, 95%CI: 1.05-4.11).



Conclusions: DTG/3TC showed high effectiveness and tolerability as a switch strategy in virologically suppressed persons at 96 weeks. These results were maintained across several subgroups such as women, aged over 50 years, or people from Latin America. Participants with previous VF were less likely to experience VS after the switch.

P-005. NEUROINFLAMMATION AND NEURONAL INJURY MARKERS FOLLOWING SIMPLIFICATION TO DORAVIRINE + RALTEGRAVIR: 48-WEEK RESULTS FROM THE DORAL NEURO-SUBSTUDY

Analuz Fernández¹, Sara Bachiller², Jordi Niubó¹, Alicia Sedó¹, Farah Real Oualit², Ezequiel Ruiz Mateos² and Juan Manuel Tiraboschi¹

¹Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat. ²Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objectives: Novel antiretroviral combinations tend to omit nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NRTIs) from the standard three-drug HIV-1 treatment. A key concern of dual therapy is the potential lower efficacy in viral reservoirs, such as central nervous system (CNS). This substudy aimed to evaluate virological control and biomarkers of neuronal injury and inflammation in cerebrospinal fluid (CSF) following switch from triple to dual therapy with Doravirine (DOR) and Raltegravir (RAL) in virologically suppressed People with HIV-1 (PWH).

Methods: Substudy of DORAL trial (EUDRA CT 2019-004195-19); prospective, single arm study. Virologically suppressed PWH on triple therapy were randomized to either immediate or delayed switch to DOR100mg plus RAL400mg twice daily. A subset of participants consented to lumbar punctures and blood sampling at baseline and 48 weeks post-switch. HIV-1 RNA was quantified in plasma and CSF. Neurofilament light chain (NFL) and Chitinase-3-like protein 1 (YKL-40) levels were measured in plasma and CSF and Galectin-3 (GAL-3) levels were quantified in CSF, all by ELISA.

Results: Four male participants provided CSF samples. Median age was 59 years; median CD4 count was 786 cells/ μ L. All had prior NNRTI-based regimens and maintained plasma and CSF viral suppression through week 48. Median changes in plasma NFL and YKL-40 were +38.4 pg/mL and -18.9 ng/mL, respectively. In CSF, median changes in NFL, YKL-40, and GAL-3 were +5.2 pg/mL, -61.2 ng/mL, and +203.2 pg/mL, respectively. No significant changes in CSF inflammatory markers were observed. Values of biomarkers in plasma and CSF are shown in tables.

Table 1. Plasma biomarkers

NEFL (pg/mL)			YKL-40 (ng/mL)		
ID	Basal	W-48	ID	Basal	W-48
3	600.2	466.6	3	392.7	327.4
5	472.7	431.5	5	0.2	21.3
6	884.0	761.3	6	373.2	480.4
7	550.8	878.9	7	32.2	40.2

Table 2. CSF biomarkers

NEFL (pg/mL)		YKL-40 (ng/mL)		GAL-3 (pg/mL)	
ID	Baseline	W-48	ID	Baseline	W-48
3	198	232.5	3	76.1	63.9
5	238.7	224.2	5	0.5	11.9
6	230	260.4	6	319.2	389
7	232.8	240.7	7	212	101.8

Conclusions: Switching from triple therapy to dual therapy with DOR+RAL over 48 weeks showed no evidence of statistically significant neuronal injury or increased CNS inflammation in this small sample. However, a trend towards increased levels of neuronal degeneration and microglial activation biomarkers was observed. Larger studies are warranted to confirm these findings.

P-006. DETERMINANTS OF DISCONTINUATION OF LONG-ACTING CABOTEGRAVIR/RILPIVIRINE: A CAUSE-SPECIFIC ANALYSIS FROM REAL-WORLD DATA

Jesús Troya¹, María Luisa Montes², María José Galindo³, María Belén Sánchez⁴, Ricardo Pelazas⁵, Miguel Torralba⁶, Alberto Díaz de Santiago⁷, Francisco Fanjul⁸, Adrián Rodríguez⁹, Alfonso Cabello¹⁰, María José Crussells¹¹, María del Carmen Navarro¹², María Aguilera¹³, Carmen Hidalgo¹⁴, Luis Enrique Morano¹⁵, David Vinuesa¹⁶, Carlos de Andrés¹⁷, Enrique Bernal¹⁸, Rosa María Martínez¹⁹, Noemí Cabello²⁰, Juan Tiraboschi²¹, Alejandra Gimeno²², María Jesús Vivancos²³, Cristina Díez²⁴, Ruth Calderón²⁵, Miguel Alberto de Zárraga²⁶, Laura Gisbert²⁷, Alberto Romero²⁸, Rebeca Cabo²⁹ and Luis Buzón³⁰

¹Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. ²Hospital Universitario La Paz, Madrid. ³Hospital Clínico Universitario, Valencia. ⁴Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ⁵Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna. ⁶Hospital Universitario, Guadalajara. ⁷Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda. ⁸Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca. ⁹Hospital Universitario Son Llàtzer, Palma de Mallorca. ¹⁰Fundación Jiménez Díaz, Madrid. ¹¹Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. ¹²Parc Taulí Hospital Universitari, Sabadell. ¹³Hospital Universitario La Princesa, Madrid. ¹⁴Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. ¹⁵Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo. ¹⁶Hospital Clínico San Cecilio, Granada. ¹⁷Hospital de Denia Marina Salud, Alicante. ¹⁸Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia. ¹⁹Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ²⁰Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ²¹Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona. ²²Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón. ²³Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ²⁴Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ²⁵Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada. ²⁶Hospital Universitario San Agustín, Avilés. ²⁷Hospital Universitario Mutua de Terrasa, Barcelona. ²⁸Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz. ²⁹Hospital Universitario Central de Asturias, Gijón. ³⁰Hospital Universitario de Burgos, Burgos.

Objectives: Long-acting injectable cabotegravir/rilpivirine (LA CAB+RPV) is an effective and well-tolerated antiretroviral therapy for people living with HIV. Despite its advantages, a proportion of individuals discontinue treatment due to clinical, psychosocial, or virological factors. This study aimed to identify characteristics associated with LA CAB+RPV discontinuation and to explore cause-specific differences.

Methods: A multicenter ambispective observational study was conducted in Spain (RELATIVITY cohort), including individuals over 18 years of age, excluding pregnancy and those previously included in clinical trials, with suppressed HIV viral load who switched to LA CAB+RPV. Sociodemographic and clinical characteristics were compared between those who discontinued and those who remained on treatment. Virological failure was defined as two consecutive viral loads > 200 copies/mL or a single measurement > 500 copies/mL leading to discontinuation.

Results: Among 3,203 participants, 204 (6.4%) discontinued LACA-B+RPV. Percentually, individuals who discontinued treatment were more likely to be women (44/204, 21.6%) compared to those women who continued (429/2,958, 14.5%; $p < 0.05$), and more likely to be of foreign origin (86/204, 42.2%) compared to those who continued (864/2,958, 29.2%; $p < 0.01$). They also had shorter durations of prior

viral suppression ($p < 0.01$), a higher number of previous virological failures ($p < 0.01$), and more frequent prior use of INSTI-based regimens ($p < 0.05$). Reasons for discontinuation included systemic adverse events in 21 cases (10.3%), more common among older individuals ($p < 0.05$); virological failure in 26 cases (12.7%), with resistance mutations detected in 13 cases (6 to INSTIs, 4 to NNRTIs, and 3 to both); local injection site reactions in 37 cases (18.1%); and other or unspecified reasons in 110 cases (53.9%). Both systemic and local adverse events were associated with shorter follow-up after treatment initiation ($p < 0.01$).

Conclusions: Discontinuation of LA CAB+RPV is linked to distinct individual profiles, highlighting the need for personalized selection to optimize long-term outcomes.

P-007. LONG-ACTING CABOTEGRAVIR AND RILPIVIRINE IN PEOPLE LIVING WITH HIV AND OBESITY: REAL-WORLD INSIGHTS FROM THE RELATIVITY COHORT

Jesús Troya¹, Rafael Mican², María José Galinfo³, Otilia Bisbal⁴, Lucía Romero⁵, Miguel Torralba⁶, Sara de la Fuente⁷, Francisco Fanjul⁸, Adrián Rodríguez⁹, Alfonso Cabello¹⁰, Isabel San Joaquín¹¹, María del Carmen Navarro¹², María Aguilera¹³, Carmen Hidalgo¹⁴, Luis Enrique Morano¹⁵, Clara Martínez¹⁶, Inmaculada Poquet¹⁷, Enrique Bernal¹⁸, Ruth Caballero¹⁹, Noemí Cabello²⁰, Juan Tiraboschi²¹, María del Carmen Montero²², María Jesús Vivancos²³, Francisco Tejerina²⁴, Guillermo Soria²⁵, Miguel Alberto de Zárraga²⁶, Mireia Cairó²⁷, Alberto Romero²⁸, Rebeca Cabo²⁹ and Luis Buzón³⁰

¹Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. ²Hospital Universitario La Paz, Madrid. ³Hospital Clínico Universitario, Valencia. ⁴Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ⁵Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna. ⁶Hospital Universitario, Guadalajara. ⁷Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda. ⁸Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca. ⁹Hospital Universitario Son Llàtzer, Palma de Mallorca. ¹⁰Fundación Jiménez Díaz, Madrid. ¹¹Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. ¹²Hospital Universitario Parc Taulí, Sabadell. ¹³Hospital Universitario La Princesa, Madrid. ¹⁴Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. ¹⁵Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo. ¹⁶Hospital Clínico San Cecilio, Granada. ¹⁷Hospital de Denia Marina Salud, Alicante. ¹⁸Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia. ¹⁹Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ²⁰Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid. ²¹Hospital Universitario de Bellvitge, Bellvitge. ²²Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón. ²³Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ²⁴Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ²⁵Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada. ²⁶Hospital Universitario San Agustín, Avilés. ²⁷Hospital Universitario Mutua de Terrassa, Barcelona. ²⁸Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz. ²⁹Hospital Universitario Central de Asturias, Gijón. ³⁰Hospital Universitario de Burgos, Burgos.

Introduction: Long-acting injectable cabotegravir and rilpivirine (LAI CAB+RPV) is a well-established regimen for people living with HIV (PLWH), offering high efficacy and tolerability. However, data are limited for individuals with a body mass index (BMI) > 30 kg/m², which may represent a potential risk factor for virological failure.

Methods: We conducted a multicenter, retro-prospective study (RELATIVITY cohort in Spain) of virologically suppressed PLWH switching to LAI CAB+RPV, with a BMI > 30 . We described this population and evaluated factors associated with virological outcomes using Kaplan-Meier analysis.

Results: A total of 3,203 patients were included in the study: 37 (1.2%) were underweight, 879 (27.5%) had normal weight, 807 (25.2%) were overweight, and 279 (8.7%) were obese (BMI > 30). The obese group was significantly older (47 vs. 44 years; $p < 0.001$) and had a

higher proportion of women compared to the normal-weight group (22.3 vs. 14.5%; $p < 0.001$). Foreign nationality was also more frequent among obese individuals (33.6 vs. 27%; $p = 0.028$). Comorbidities increased significantly with higher BMI: hypertension (8.3% to 21.5%), diabetes (3.8% to 10.4%), dyslipidemia (17.6% to 36.2%), and non-alcoholic fatty liver disease (1.4% to 6.1%) ($p < 0.001$ for all comparisons). The most frequent reasons for switching were treatment simplification (25.4%) and improvement inequality of life (55.6%). Standard needles were used in 68.7% of individuals with a BMI > 30 . Kaplan-Meier analysis revealed no statistically significant differences in time to virological failure across BMI groups, although individuals with obesity showed a non-significant trend toward higher failure rates after 12 months. Cox regression analysis also confirmed the absence of an association. Four individuals (1.4%) in the obese group experienced virological failure, with emergent resistance mutations detected in only one case (L100I, K103N, L74M, T97A, G140S, Q148K, Q148R, E157Q). Discontinuation rates were similar across groups, including those related to local (1.8%) and systemic (1.1%) adverse events.

Conclusions: In real-world settings, LAI CAB+RPV appears to be a viable option for individuals with a BMI > 30 kg/m², demonstrating efficacy and safety rates comparable to those observed in other real-world cohorts.

P-008. EFFECTIVENESS AND PERSISTENCE OF LONG-ACTING INJECTABLE CABOTEGRAVIR AND RILPIVIRINE IN MIGRANT INDIVIDUALS WITH HIV IN SPAIN SWITCHING UNDER ON-LABEL CONDITIONS: SUBSTUDY OF RELATIVITY COHORT

Jara Llenas-García¹, María del Mar Arcos-Rueda², Ruth Calderón Hernaiz³, Roberto Pedrero Tomé⁴, Mariano Matarranz⁵, María José Galindo Puerto⁶, María Remedios Alemán Valls⁷, Miguel Torralba González de Suso⁸, Carolina Navarro San Francisco⁹, Sara de la Fuente Moral¹⁰, María Peñaranda¹¹, Adrián Rodríguez¹², Alfonso Cabello-Úbeda¹³, Isabel Sanjoaquin Conde¹⁴, Marc Pedrosa Aragón¹⁵, María Aguilera García¹⁶, Carmen Hidalgo Tenorio¹⁷, Luis Enrique Morano Amado¹⁸, Clara Martínez Montes¹⁹, Karenina Antelo Cuéllar²⁰, Enrique Bernal Morell²¹, Rosa María Martínez Álvarez²², Noemí Cabello Clotet²³, Juan Tiraboschi²⁴, Carmen Montero Hernández²⁵, María Jesús Vivancos²⁶, Chiara Fanciulli²⁷, María Elisa Pino Díaz²⁸, Laura Gisbert Pérez²⁹, Alberto Romero Palacios³⁰, Rebeca Cabo Magadán³¹, Víctor Arenas García³², María Antonia Sepúlveda³³, Antonio Jesús Sánchez Guirao³⁴, Cristina Escrich³⁵, Francisco Arnaiz de las Revillas³⁶, Eva María Ferreira Pasos³⁷, Ana Lucas Dato¹, Sara García Torras³⁸, Juan Emilio Losa García³⁹, Ana Cereales Calviño⁴⁰, José Sanz⁴¹, Sergio Padilla⁴², María del Mar García Navarro⁴³, Patricia Noemí Barragán Gallo⁴⁴, Marta Clavero Olmos⁴⁵, Marta Milián Sanz⁴⁶, Beatriz de la Calle⁴⁷, Óscar Luis Ferrero Benítez⁴⁸, Otilia Bisbal Pardo⁴⁹ on behalf of Relativity Study Group

¹Hospital Vega Baja, Orihuela. ²Hospital Universitario La Paz, Madrid. ³Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada. ⁴Fundación para la Investigación e Innovación Biomédica (FIIB) de los hospitales universitarios Infanta Leonor (Vallecas) y Sureste (Arganda del Rey, Madrid). ⁵Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. ⁶Hospital Clínico Universitario, Valencia. ⁷Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna. ⁸Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara. ⁹Hospital Universitario de Burgos, Burgos. ¹⁰Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid. ¹¹Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca. ¹²Hospital Universitario Son Llàtzer, Palma de Mallorca. ¹³Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid. ¹⁴Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. ¹⁵Parc Taulí

Hospital Universitari, Sabadell. ¹⁶Hospital Universitario La Princesa, Madrid. ¹⁷Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. ¹⁸Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo. ¹⁹Hospital Clínico San Cecilio, Granada. ²⁰Hospital de Denia, Denia. ²¹Hospital Universitario Reina Sofía, Murcia. ²²Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ²³Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ²⁴Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona. ²⁵Hospital Universitario de Torrejón, Madrid. ²⁶Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ²⁷Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ²⁸Hospital Universitario San Agustín, Avilés. ²⁹Hospital Universitario Mutua de Terrasa, Terrassa. ³⁰Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz. ³¹Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ³²Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón. ³³Hospital Universitario de Toledo, Toledo. ³⁴Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia. ³⁵Hospital Verge de la Cinta, Tortosa. ³⁶Hospital Universitario Marqués de Valdecilla-IDIVAL, CIBERINFEC, ISCIII, Valladolid. ³⁷Complejo Asistencial de Segovia, Segovia. ³⁸Hospital de Santa Caterina, Salt. ³⁹Hospital Universitario de Alcorcón, Alcorcón. ⁴⁰Hospital Universitario Doctor José Molina Orosa, Las Palmas. ⁴¹Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares. ⁴²Hospital General Universitario de Elche, Elche. ⁴³Hospital Universitario del Vinalopó, Elche. ⁴⁴Hospital Residencia Sant Camil, Sant Pere de Ribes. ⁴⁵Hospital Universitario Infanta Elena, Valdemoro. ⁴⁶Hospital de Valls, Valls. ⁴⁷Hospital General Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina. ⁴⁸Hospital de Basurto, Bilbao. ⁴⁹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

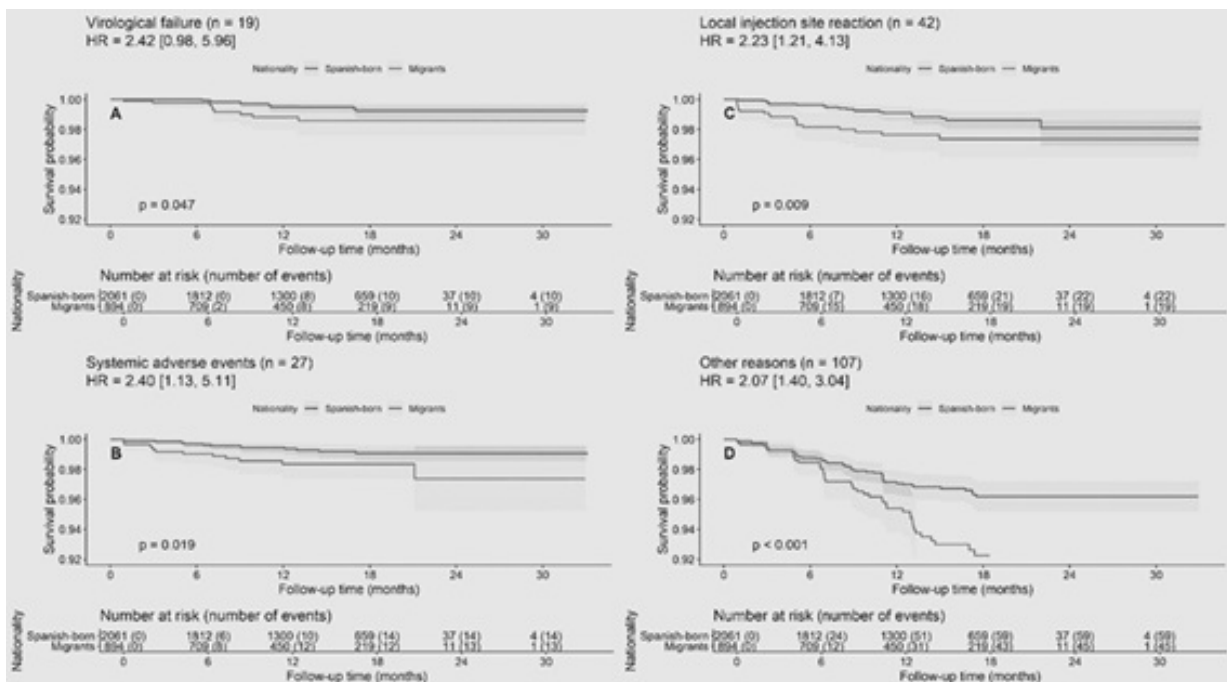
Objectives: This study evaluated the effectiveness and treatment persistence of long-acting injectable cabotegravir plus rilpivirine (CAB+RPV LAI) in migrant and Spanish-born individuals with HIV who switched under on-label prescription conditions.

Methods: We conducted a multicentre, observational study across 58 Spanish hospitals including HIV-1-positive, virologically suppressed individuals who initiated CAB+RPV LAI before January 1st, 2025. Eligibility followed product labelling: undetectable viral load, absence of resistance-associated mutations (RAMs) to integrase strand transfer inhibitors (INSTIs) or non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NNRTIs), and no history of virological failure (VF) to these classes. Adherence was measured by proportion of days covered (PDC). Multivariate Cox regression adjusted for confounders.

Results: Among 2,955 participants, 894 (30.2%) were migrants, mainly from Latin America. Compared with Spanish-born individuals, migrants were younger (median 39.9 vs. 47.6 years, $p < 0.001$), more frequently female (18.4 vs. 12.9%, $p < 0.001$), had shorter durations of viral suppression prior to switch (median 7 vs. 10 years, $p < 0.001$), and less often had documented VF (0.8 vs. 1.9%, $p = 0.024$). Median follow-up was 13.8 months. Outcomes are shown in the table. Survival analysis (fig.) confirmed increased hazards among migrants for VF (HR 2.42; 95%CI: 0.98-5.96; $p = 0.047$), local injection reactions (HR 2.23; 95%CI: 1.21-4.13; $p = 0.009$), systemic adverse events (HR 2.40; 95%CI: 1.13-5.11; $p = 0.019$), and discontinuation for other reasons (HR 2.07; 95%CI: 1.40-3.04; $p < 0.001$).

	Migrants (n = 894)	Spanish-born (n = 2061)	OR (95%CI)	p
PDC < 90% with LA CAB+RPV	1.5%	1.8%	0.85 (0.41-1.66)	0.752
LAI CAB+RPV persistence at 6 months	93.1%	96.2%	0.48 (0.33-0.70)	< 0.001
LAI CAB+RPV persistence at 12 months	96.0%	98.3%	0.43 (0.22-0.83)	0.01
LAI CAB+RPV temporary discontinuation	1.5%	0.6%	2.32 (0.99-5.47)	0.033
LAI CAB+RPV definitive discontinuation	9.3%	5.0%	1.95 (1.42-2.65)	< 0.001
LAI CAB+RPV discontinuation due to side effects	3.6%	1.8%	2.04 (1.26-3.32)	0.004
LAI CAB+RPV discontinuation due to local side effects	2.1%	1.1%	2.01 (1.02-3.92)	0.038
LAI CAB+RPV discontinuation due to systemic side effects	1.5%	0.7%	2.16 (0.93-4.97)	0.056
LAI CAB+RPV discontinuation due to virological failure	1%	0.5%	2.09 (0.75-5.73)	0.131

Conclusions: Nearly one-third of individuals switching to CAB+RPV LAI in Spain were migrants. While VF was rare, migrants had a significantly higher risk of treatment discontinuation, partly driven by adverse events. These findings highlight the need for closer monitoring and tailored strategies to optimize persistence with LAI regimens in migrant populations.



P-009. DTG/3TC AS INITIAL THERAPY IN PEOPLE LIVING WITH HIV AND VIRAL LOAD > 500,000 COPIES/ML AND CD4 CELL COUNT ≥ 200/MM³

Juan Martín-Torres¹, Judit Iglesias-Franco², Roser Navarro-Soler¹, Adriana Pinto-Martínez¹, María Lagarde-Sebastián¹, David Rial-Crestelo¹, Otilia Bisbal-Pardo¹, Belén Sánchez-López¹, Mireia Santacreu¹, Laura Bermejo¹, Asunción Hernando¹, Rafael Rubio¹ and Federico Pulido¹

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ²Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

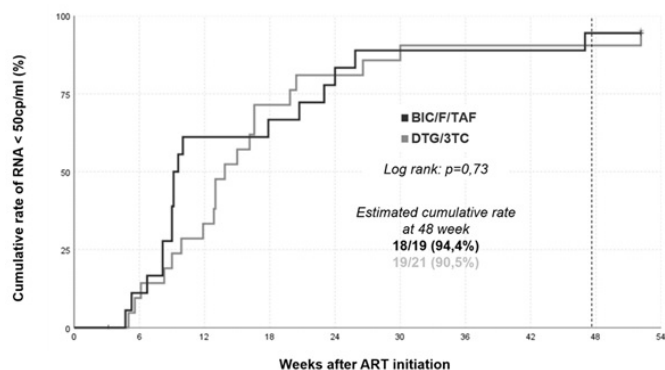
Objectives: DTG/3TC prescribing information does not contraindicate its use in people living with HIV (PLWH) with HIV-1 viral load (HIV-VL) ≥ 500,000 copies/ml(cp/ml). However, several international guidelines discourage DTG/3TC use in these settings due to insufficient evidence. This study aims to compare the effectiveness of DTG/3TC versus BIC/F/TAF at 48 weeks (48w) in Antiretroviral Therapy (ART) naïve PLWH with HIV-VL ≥ 500,000 cp/ml and CD4 cell count ≥ 200/mm. Additionally, the study assesses immune recovery, safety profiles and effectiveness in Primary HIV Infection (PHI) subgroup.

Methods: This single-center retrospective cohort study included all PLWH with HIV-VL ≥ 500,000 cp/ml and CD4 cell count ≥ 200/mm initiating ART with DTG/3TC or BIC/F/TAF from 1/2019 to 1/2024 in a HIV unit. We conducted descriptive and bivariate comparative analyses to evaluate treatment effectiveness (HIV-VL < 50 cp/ml 48w, ITT M = F), immune recovery (CD4 cell count), and safety profiles (weight, lipid profile, and creatinine levels). A time-toevent analysis was performed using Kaplan-Meier curves and log-rank test. Safety profile and immune recovery were conducted using Mann-Whitney-U test.

Results: A total of 40 PLWH (52.5% on DTG/3TC, 47.5% on BIC/F/TAF) were included. No baseline differences were observed between groups, except for time to ART initiation (table). No significant differences in effectiveness were observed at 48w (Figure 1). Nor in the PHI subgroup. All three patients with detectable HIV-VL at 48w remained on the same ART regimen and achieved again HIV-VL < 50 cp/ml during follow-up. Immune recovery was independent of the ART regimen, median (IQR) increase of CD4 were 385 cells/mm (199-543) for DTG/3TC and 243 cells/mm (119-441) for BIC/F/TAF, (p = 0.3). No significant differences in weight gain, lipid profile, or creatinine levels were observed.

		BIC/F/TAF (n = 19)	BIC/F/TAF (n = 19)	DTG/3TC (n = 21)	DTG/3TC (N = 21)	
		n (%)	95%CI	n (%)	95%CI	p
Immunovirological status						
HIV- VL baseline (cp/ml)	Median (IQR)	2,706,482	1,090,096-10,000,000	1,156,084	812,707-7,687,241	1
HIV-VL (log)	Median (IQR)	6.4	6-7	6	5.9-6.9	1
HIV-VL baseline ≥ 1,000,000 cp/ml		15 (78.9%)	57-91	14 (66.7%)	45-83	0.5
CD4 baseline (cel/mm)	Median (IQR)	345	278-435	320	273-424	1
Primary HIV Infection		16 (84.2%)	62-94	16 (76.2%)	55-89	0.7
Timer to ART initiation (days)	Median (IQR)	6	3-18	10	4.5-16.5	< 0.0001

Conclusions: In ART-naïve PLWH with HIV-VL ≥ 500,000 cp/ml and CD4 ≥ 200/mm³, DTG/3TC and BIC/F/TAF showed comparable effectiveness and safety profiles at 48w, with similar results in the PHI subgroup.



P-010. EFICACIA DE DOLUTEGRAVIR Y LAMIVUDINA COMO PAUTA DE INICIO EN PRIMAINFECCIÓN POR VIH: EXPERIENCIA EN VIDA REAL

Olaya Huergo Fernández, Juan Carlos Donarie Castaños, Blanca Lodeiros Armental, Teresa Aldámiz-Echevarría Lois, Chiara Fanciulli, Leire Pérez Latorre, Francisco Tejerina Picado, Roberto Alonso Fernández y Cristina Díez Romero

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

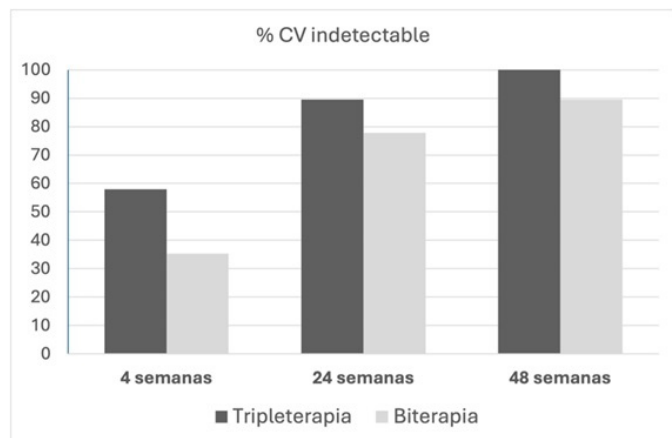
Introducción y objetivos: La biterapia (BT) con dolutegravir (DTG) y lamivudina (3TC) se ha consolidado como una estrategia de inicio preferente en el tratamiento antirretroviral (TAR) de las personas que viven con VIH. El ensayo clínico DOLCE demostró la no inferioridad de este régimen frente a la triple terapia (TT), incluso en pacientes con cargas virales (CV) elevadas. La guía de tratamiento antirretroviral de GESIDA avala su utilización en el contexto de primoinfección, incluyendo aquellos casos con CV superiores a 500.000 copias/mL; no obstante, otras guías internacionales aún no contemplan esta estrategia en dicho escenario. El presente estudio tiene como objetivo evaluar la eficacia de DTG/3TC como pauta de inicio en condiciones de práctica clínica real en pacientes con primoinfección por VIH.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo observacional en un hospital terciario, de pacientes que han sido diagnosticados de primoinfección VIH, y ≥ 18 años que inicien TAR entre el 1 de enero del 2019 hasta el 31 de diciembre del 2024. Las variables continuas se expresan como medianas (RIQ) y las categóricas como frecuencias (%).

Características basales y evolución de la cohorte	TT (N20)		BT (N20)	p
Edad-años-mediana (RIC)	44,2	(35,1-46,3)	35,7 (31,1-37,9)	0,014
Varón (n, %)	16	(80%)	19 (95%)	0,342
Lugar procedencia (n, %)				
España	10	(50%)	9 (45%)	
Latinoamérica	9	(45%)	9 (45%)	
Otros	1	(5%)	2 (10%)	
Transmisión sexual (n, %)	80%			95%
CVcp/mL al diagnóstico mediana (RIC)	2.300.000	(356.028-11.000.000)	497.169 (273.955-738.385)	0,037
CV < 50 cp/mL s24-mediana (RIC)	17	(89,5%)	14 (77,8%)	0,405
CV < 50 cp/mL s48-mediana (RIC)	14	(100,0%)	17 (80,5%)	0,119
Fracaso virológico (n, %)	0		2 (10,5%)	0,486
SIDA seguimiento (n, %)	0		0	
Abandono TAR (n, %)	0		0	
Pérdida seguimiento (n, %)	6	(30%)	2 (10%)	0,369

Resultados: Incluimos 40 paciente (20 BT, 20 TT). Las características basales y evolución se muestran en la tabla. La CV al diagnóstico fue significativamente mayor en los pacientes con TT. Sin embargo, a las semanas 24 y 48, no se observaron diferencias estadísticamente sig-

nificativas en la reducción de la CV entre ambos grupos (fig.). 8 pacientes perdieron seguimiento, 5 de ellos por migración. Ningún paciente de los que mantuvo seguimiento desarrolló SIDA. 2 pacientes con BT presentaron CV > 50 cp/mL tras las 48s. Uno de ellos perdió seguimiento y el otro presenta una última determinación de CV 31 cp/mL, por lo que en ninguno se realizó estudio de resistencias.



Conclusiones: DTG/3TC es una opción eficaz en primoinfección por VIH, con resultados comparables a la TT y sin eventos clínicos adversos relevantes. Estos hallazgos respaldan su uso como una opción válida de inicio en primoinfección, aunque se requieren estudios prospectivos y con mayor tamaño muestral para confirmar su eficacia a largo plazo.

P-011. HBV IMMUNITY IN THE TENOFOVIR-SPARING ERA: INSIGHTS FROM A LARGE COHORT

Alberto Foncillas, Júlia Calvo, Abiu Sempere, Iván Chivite, Leire Berrocal, Berta Torres, Maria Martínez-Rebollar, Ana González-Cordón, Montserrat Laguno, Elisa de Lazzari, José Luis Blanco, Jose M. Miró, Esteban Martínez, Josep Mallolas, Lorena de la Mora and Juan Ambrosioni

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Introduction: Hepatitis B virus (HBV) remains a major comorbidity among people with HIV (PWH), with risks of chronic infection, reactivation, and incident acquisition despite advances in antiretroviral therapy (ART). While tenofovir (TDF/TAF)-containing regimens provide effective HBV coverage, the growing use of tenofovir-sparing strategies –including dual therapies and long-acting injectable ART– has raised concerns regarding HBV protection. Data on the real-world prevalence of HBV serologic profiles in this context are scarce.

Methods: Cross-sectional study including all PWH on active follow-up at Hospital Clínic, Barcelona, as of December 2024. HBV serologic status (HBsAg, anti-HBs, anti-HBc) was assessed and correlated with ART regimens, stratified by TDF/TAF-containing vs. TDF/TAF-sparing strategies. Clinical and immunovirological characteristics were retrieved from electronic health records.

Results: Among 6,346 PWH, 56% were on TDF/TAF-containing ART and 44% on TDF/TAF-sparing regimens. Overall, 141 (2%) had chronic HBV infection (HBsAg+), 1,658 (26%) showed serologically resolved HBV infection (anti-HBc+ / anti-HBs+), 293 (5%) had isolated anti-HBc, 3,269 (52%) were immunized (anti-HBs+ only), and 972 (15%) were triple negative. Notably, in the TDF/TAF-sparing group, 135/2,820 (4.8%) had isolated anti-HBc, and 394/2,820 (14%) had no HBV immunity, both considered at-risk profiles, representing 8.3% of the total cohort (529/6,346). HBV serological profiles across TDF/TAF-containing and sparing regimens are summarised in the table.

HBV serological profiles across TDF/TAF-containing and sparing regimens			
HBV Serological Profiles	TDF/TAF-containing ART		
	Yes	No	Global Cohort
Chronic HBV infection (HBsAg+, anti-HBc+, anti-HBs-)	139 (4%)	2 (0%)	141 (2%)
Serologically resolved HBV infection (HBsAg-, anti-HBc+, anti-HBs+)	921 (26%)	737 (26%)	1,658 (26%)
Isolated anti-HBc (HBsAg-, anti-HBc+, anti-HBs-)	158 (4%)	135 (5%)*	293 (5%)
HBV vaccinated (HBsAg-, anti-HBc-, anti-HBs+)	1,717 (49%)	1,552 (55%)	3,269 (52%)
Triple negative (HBsAg-, anti-HBc-, anti-HBs-)	578 (16%)	394 (14%)*	972 (15%)
HBV serology not available	12 (0%)	1 (0%)	13 (0%)
Total	3,513 (56%)	2,820 (44%)	6,346 (100%)

TDF: Tenofovir disoproxil fumarate; TAF: Tenofovir alafenamide; HBV: Hepatitis B virus; HBsAg: Hepatitis B surface antigen; anti-HBc: anti-Hepatitis B core antibody; anti-HBs: anti-Hepatitis B surface antibody. *At-risk profiles for HBV reactivation or incident infection.

Conclusions: In a large HIV cohort, a substantial proportion of individuals on TDF/TAF-sparing regimens lacked effective HBV protection, due either to isolated anti-HBc or absent immunity. These findings underscore the importance of systematic HBV screening, vaccination strategies, and tailored ART selection in the era of dual and long-acting therapies. Prospective studies are warranted to quantify HBV reactivation and acquisition risks in this setting.

P-012. THREE-YEAR EFFECTIVENESS, PERSISTENCE, AND TOLERABILITY OF BICTEGRAVIR/EMTRICITABINE/TENOFOVIR ALAFENAMIDE IN TREATMENT-NAÏVE AND TREATMENT-EXPERIENCED INDIVIDUALS: RESULTS FROM THE SPANISH CORIS COHORT

Inma Jarrin¹, Ines Suárez-García², Teresa Gómez-García¹, Alejandro de Gea Grela³, Leire Pérez-Latorre⁴, María Aguilera García⁵, Noemi Cabello-Clotet⁶, Felix Gutiérrez⁷, Pablo Telleria-Gómez⁸, Concha Amador Prous⁹, Daniel Fuster¹⁰, Desiré Gil¹¹, Ávaro Mena de Cea¹², Santiago Moreno¹³ and Cohorte CoRIS¹⁴

¹Centro Nacional de Epidemiología, Instituto Salud Carlos III, Madrid.

²Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes.

³Hospital Universitario La Paz, Madrid. ⁴Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ⁵Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

⁶Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ⁷Hospital General Universitario, Elche. ⁸Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid. ⁹Hospital Marina Baixa, Villajoyosa. ¹⁰Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona.

¹¹Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ¹²Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña. ¹³Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

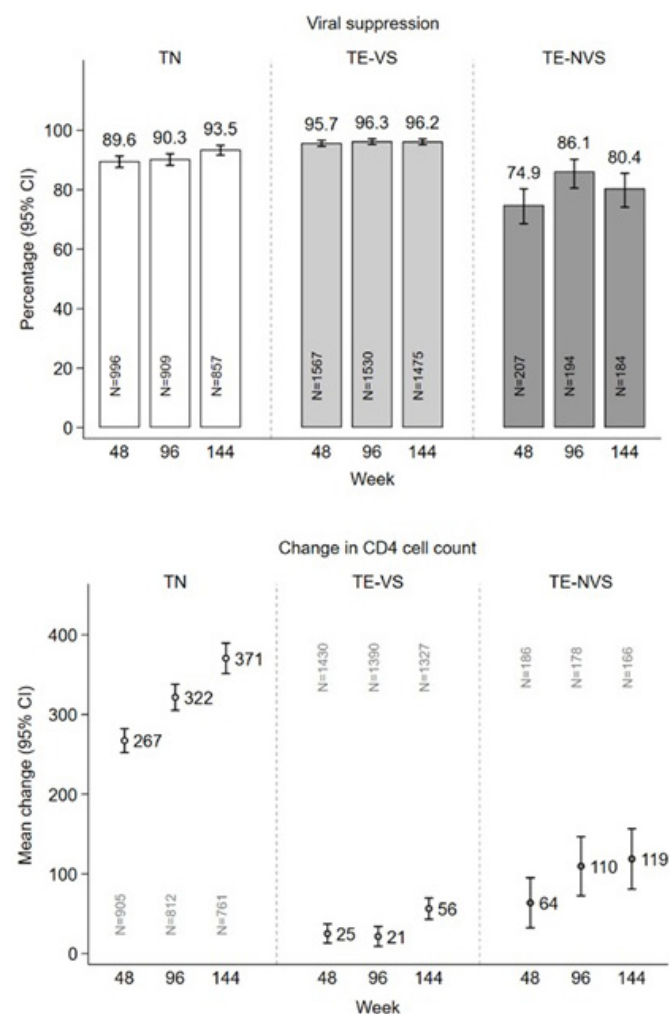
Objectives: To evaluate the long-term effectiveness, persistence, and tolerability of bicitegravir/emtricitabine/tenofovir alafenamide (B/F/TAF) in routine clinical practice among treatment-naïve (TN), treatment-experienced virologically suppressed (TE-VS), and treatment-experienced not virologically suppressed (TE-NVS) individuals over a 3-year follow-up.

Methods: We included adults from the Spanish CoRIS cohort who initiated (TN) or switched (TE-VS, TE-NVS) to B/F/TAF between January 1, 2019, and November 30, 2021, and were followed through November 30, 2024. Outcomes were: viral suppression (VS; HIV-RNA viral load (VL) < 50 copies/mL) and change in CD4 cell count at 48, 96 and 144 (± 24) weeks; overall and adverse events (AEs)-related discontinuations within the first 144 weeks; and, in TE-VS individuals,

virological failure (VF; two consecutive VL > 50 copies/mL or one ≥ 1,000 copies/mL) before 144 weeks.

Results: We analyzed 1,141 TN, 1,764 TE-VS, and 239 TE-NVS individuals. Median CD4 count at initiation in TN individuals was 346 cells/μL (IQR: 188; 518), with 44% having a VL ≥ 100,000 copies/mL. TE-VS individuals had maintained VS for a median of 3.2 years (IQR: 1.2; 6.2) before switching; in TE-NVS, 70.3% had VL 50-999 copies/mL, 21.8% 1,000-99,999 copies/mL, and 7.9% ≥ 100,000 copies/mL. The most common prior regimen in TE-VS and TE-NVS was elvitegravir/cobicistat/emtricitabine/tenofovir alafenamide (59.1% and 27.2% of individuals, respectively). Results on VS and CD4 changes at 48, 96 and 144 weeks are shown in the figure. At week 144, VS was 93.5% (95%CI: 91.6; 94.9) in TN, 96.2% (95.1; 97.1) in TE-VS, and 80.4% (74.1; 85.5) in TE-NSV, with mean CD4⁺ cell count changes of 371 (95%CI: 352; 390), 56 (43; 70), and 119 (81; 157) cells/μL, respectively. Treatment discontinuation within the first 144 weeks occurred in 15.4%, 13.4%, and 17.6% of TN, TE-VS, and TE-NVS individuals, respectively. In TN and TE-VS, the most frequent reason for discontinuation was switching to a regimen with fewer drugs or to long-acting injectables (4.3% and 4.4% of participants, respectively), whereas in TE-NVS it was treatment failure (4.6%). Across all groups, the most substitution regimen was dolutegravir/lamivudine (29.0%, 36.7%, and 30.9% of switches). Discontinuations due to AEs occurred in 2.9%, 3.1%, and 2.5% of TN, TE-VS, and TE-NVS participants, respectively. VF occurred in 4.8% of TE-VS by week 144.

Figure. Viral suppression and change in CD4+ cell count at 48, 96 and 144 (±24) weeks in TN, TE-VS and TE-NVS individuals



Conclusions: B/F/TAF showed high long-term effectiveness and good tolerability across TN, TE-VS, and TE-NVS individuals, with low percentages of virological failures and discontinuations due to AEs over 3 years.

P-013. RESULTADOS A 12 MESES DEL ESTUDIO CABO-CHANCE SOBRE EL IMPACTO DEL TRATAMIENTO CON CABOTEGRAVIR+RILPIVIRINA-AP EN PVIH PRETRATADAS EN LA COMPOSICIÓN CORPORAL, MARCADORES INFLAMATORIOS Y PROS

Carmen Hidalgo Tenorio¹, Mari Ángeles Aguilera², Ignacio de los Santos², Antonio Rivero³, Ana López Lirola⁴, Teresa López⁵, Andrés Ruiz⁶, Alberto Romero⁷, Enrique Bernal⁸, Patricia Sorni⁹, Santiago Moreno¹⁰, Mohamed Omar¹¹, Isabel Sanjoaquín¹², Onofre Martínez¹³ y Coral García¹

¹Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. ²Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. ³Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ⁴Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna. ⁵Hospital Santa Ana, Motril, Granada. ⁶Hospital Universitario de San Cecilio de Granada, Granada. ⁷Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz. ⁸Hospital Universitario Reina Sofía, Murcia. ⁹Fundación Hospital Son Llàtzer, Son Ferriol. ¹⁰Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ¹¹Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén. ¹²Hospital Lozano Blesa, Zaragoza. ¹³Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Introducción: El objetivo del estudio fue analizar en PVIH pretratadas que cambiaban de cualquier TAR oral a CAB+RPV-AP la efectividad, seguridad e impacto del tratamiento a los 12 meses sobre marcadores inflamatorios, distribución de grasa corporal, calidad de vida, sueño, satisfacción con la salud y estigma.

Métodos: Estudio prospectivo, longitudinal y multicéntrico español (13 hospitales), periodo de inclusión de junio/2023-enero/2024. En la visita basal (VB) y 12 meses (12m) se evaluaron: CD4 y CD8, carga viral, parámetros antropométricos, aclaramiento de creatinina, perfil lipídico, marcadores inflamatorios (PCR, dímero D, fibrinógenos e IL-6), PRO (WHOQOL-HIV-BREF, HSSS, PSQI) y cuestionarios específicos

Tabla 1. Características sociodemográficas, clínicas y del TAR basal

	n = 259
Edad (años), media (± DE)	45,4 (11,2)
Sexo masculino al nacimiento, n (%)	233 (86,6)
Factores de riesgo de transmisión del VIH, n (%)	
Heterosexual	38 (14,1)
HSH	202 (75,1)
Ex-ADVP	14 (5,2)
Otro	15 (5,6)
Historia de SIDA (A3, B3, C), n (%)	72 (26,8)
CD4 nadir, cél/μL, media (± DE)	356,2 (220,2)
Zenit carga viral del VIH, log10, media (± DE)	5,5 (6,2)
Líneas de TAR previas, mediana (RIC)	3 (2-5)
Años de diagnóstico del VIH, mediana (RIC)	12 (7-17)
Oral lead con cabotegravir 30 mg y rilpivirina 25 mg, n (%)	0
Quién propuso el cambio de TAR, n (%)	
Médico	213 (79)
PVIH	45 (16,7)
Otros	11 (4,1)
Test de resistencia genotípico reciente disponible (TRG), n (%)	0
TRG previo, n (%)	250 (96,5)
Tiempo (años) desde la realización del TRG, mediana (RIC)	11 (6-15,2)
Subtipo VIH disponible, n (%)	252 (93,7)
Subtipo A6/A1, n (%)	0

sobre satisfacción y efectos adversos. Se realizó DEXA graso a los participantes de dos hospitales que disponían del software. Clinical Trial.gov-ID:NCT06518408. Financiado por ViiV-Healthcare (GRANT)CRE-ATE-W2 CAB/RPV-LA Request for Proposal, ISS#222487).

Resultados: 259 PVIH fueron incluidas (tabla 1); 209 completaron 12m, 4,8% tuvieron blips (52-225 copias/mL), ningún fracaso virológico, ni interrupciones del tratamiento, o uso de terapia oral puente. Los resultados de parámetros analíticos, inflamatorios, antropométricos y efectos adversos en tabla 2. Se realizó DEXA-graso a 56 participantes, y no se observaron diferencias en la distribución de la grasa total, ni en la masa grasa, ni magra de brazos o piernas, ni depósitos anómalos en vísceras. Las PVIH comunicaron una mejoría en el estigma percibido ($p = 0,012$), y efectos adversos (tabla 2).

Tabla 2. Parámetros analíticos, antropométricos y efectos adversos

	VB (n = 259)	12m (n = 209)	p
Aclaramiento de creatinina, mL/min, mediana (RIC)	89,8 (77,2-100,6)	95,7 (83,1-107,9)	0,0001
CD4, células/μl, media (± DE)	792,4 (321,2)	805,9 (310,5)	0,0001
CD4/CD8 ratio, mediana (RIC)	1 (0,7-1,3)	1,1 (0,7-1,4)	0,0001
Interleuquina-6, pg/mL, mediana (RIC)	2,2 (1,4-4,9)	2,1 (1,4-4,1)	0,035
IMC (Kg/m ²), mediana (RIC)	25,8 (23,3-28)	26,1 (23,3-28,6)	0,032
CT/HDL, mediana (RIC)	3,85 (3,1-4,6)	3,9 (3,1-4,6)	0,103
Efectos adversos:			
Reducción de la intensidad del dolor, mediana (RIC)	3 (3-4)	2 (2-2)	0,0001
Sensación distérmica/malestar, n (%)	104 (40,2)	0	0,0001

Conclusiones: Realizar el cambio desde cualquier TAR oral a CAB+RPV-AP en PVIH pretratadas con múltiples líneas de tratamientos demostró a los 12m ser eficaz, y seguro, mejorar los niveles de Interleuquina-6 y ejercer un efecto positivo sobre el estigma y la percepción de los eventos adversos.

P-014. INCIDENCE OF MUTATIONAL PATTERNS AFFECTING DORAVIRINE OR/AND RILPIVIRINE IN PEOPLE LIVING WITH HIV AND PREVIOUS FAILURE WITH NNRTIS EFAVIRENZ OR NEVIRAPINE

Raquel Carrillo Gómez¹, Ana Moreno², Miguel Amez², María J Vivancos², Cristina Fernández-Chica², Alejandro Vallejo² and José L. Casado²

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ²Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Objectives: The growing use of new non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NNRTIs) such as doravirine (DOR) or long acting rilpivirine (RPV) makes necessary to evaluate the impact of previous failure to NNRTIs. This study investigated the prevalence and significance of DOR and RPV resistance mutations in people living with HIV (PLWH)-experienced patients with confirmed virological failure to previously used NNRTIs.

Methods: Prospective cohort of 192 failing PLWH, NNRTI-naïve, who received a rescue therapy including nevirapine (58%) or efavirenz (42%) before 2015. Samples from NNRTI-failed PLWH underwent genotypic testing, and cumulative genotypic susceptibility score (cGSS) was calculated according to different mutational pattern.

Results: Median age was 37 years, 78% were male, and 55% were former IVDU. Of note, 50% had an AIDS previous diagnosis and baseline CD4⁺ count was 237 cells/mm³. Of the 192 PLWH, 27% reached undetectable HIV RNA level. At 6th month, 119 (62%) had a HIV RNA level above 400 copies/ml, and resistance gene was amplifiable. The only factor correlated with the number of mutations against NNRTIs was HIV RNA level at baseline and at the time of failure ($r = 0.352$ and $r =$

0.264; $p = 0.01$). Of note, sequences with the mutation E138A/G/K/Q/R/S against RPV was rare (3 cases, 3%). Mutations Y188L (3, 3%), H221Y (3 cases, 3%), F227C/L (2 cases, 2%), M230L (1 case, 1%), or Y318Y/F (1 case, 1%) associated with DOR, were scarce, with no cases of mutations P225H, L234I, or P236L, although V106 was observed in 10 cases (8%, but 8 cases excluding 2 isolated V106I). Also, isolated mutations A98G (4%), K103N/S (9%), Y181C/I/V (5%) were observed, with 1 case of V108I. However, sequences with concomitant presence of two main mutations (mainly K103N/S+ Y181C/I/V) were observed in 27 cases (23%), whereas a mutational pattern including 3 or more main mutations was observed in 20 cases (17%). By considering cGSS, only 44% and 61% of the failing PLWH were considered susceptible to RPV and DOR, respectively.

Conclusions: Our results confirm that doravirine resistance in NNR-TI-failing PLWH is lower than resistance to other NNRTIs currently used. However, these data suggest considering carefully genotypic resistance test results before the use of RPV or DOR in the clinical setting in those PLWH with previous failure to NNRTIs.

P-015. VARIABILITY IN LABORATORY MONITORING AFTER SWITCHING TO LONG-ACTING CAB/RPV: PATTERNS AND ASSOCIATIONS WITH VIROLOGICAL OUTCOMES

Maria de Lagarde Sebastián¹, Jose Ignacio Bernardino², Jesús Troya García³, María José Galindo Puerto⁴, Mireia Santacreu¹, María Remedios Aleman Valls⁵, Miguel Torralba González de Suso⁶, Luis Buzón⁷, Alberto Díaz de Santiago⁸, Francisco Fanjul⁹, Adrian Rodríguez¹⁰, Alfonso Cabello¹¹, María José Crusells Canales¹², Maria del Carmen Navarro Sáez¹³, María Aguilera García¹⁴, Carmen Hidalgo Tenorio¹⁵, Luis Enrique Morano Amado¹⁶, David Vinuesa García¹⁷, Carlos de Andrés David¹⁸, Enrique Bernal Morell¹⁹, Rosa María Martínez Álvarez²⁰, Roberto Pedrero Tomé²¹, Noemí Cabello Clotet²², Juan Tiraboschi²³, Carmen Montero Hernández²⁴, María Jesús Vivancos²⁵, Cristina Díez Romero²⁶, Ruth Calderón Hernaiz²⁷, María Elisa Pino Díaz²⁸, Laura Gisbert Pérez²⁹, Alberto Romero Palacios³⁰, Rebeca Cabo Magadan³¹, Josefa Soler González³², Maria Antonia Sepúlveda³³, Antonio Jesús Sánchez Guirao³⁴, Cristina Escrich³⁵, María Carmen Fariñas Álvarez³⁶, Eva María Ferreira Pasos³⁷, Ana Vegas Serrano³⁸, José Sanz³⁹, Javier García-Abellán⁴⁰, Hadrián Pernas Pardavila⁴¹, Juan José Corte García⁴², María Ángeles Garcinuño Jiménez⁴³, Marta Clavero Olmos⁴⁴, Mikel del Álamo⁴⁵, Miguel Vicente Egido Murciano⁴⁶, Miguel de la Calle⁴⁷, Óscar Luis Ferrero Beneitez⁴⁸, Juan Emilio Losa García⁴⁹ and The Relativity Group

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ²Hospital Universitario La Paz, Madrid. ³Hospital Infanta Leonor, Madrid. ⁴Hospital Clínico Universitario, Valencia. ⁵Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna. ⁶Hospital Universitario, Guadalajara. ⁷Hospital Universitario, Burgos. ⁸Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda. ⁹Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca. ¹⁰Fundación Hospital Son Llätzer, Son Ferriol. ¹¹Hospital Universitario Fundación Jimenez Diaz, Madrid. ¹²Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. ¹³Parc Taulí Hospital Universitari, Sabadell. ¹⁴Hospital Universitario La Princesa, Madrid. ¹⁵Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. ¹⁶Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo. ¹⁷Hospital Clínico San Cecilio, Granada. ¹⁸Hospital de Denia Marina Salud, Alicante. ¹⁹Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia. ²⁰Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ²¹Fundación para la Investigación e Innovación Biomédica (FIB) de los hospitales universitarios Infanta Leonor (Vallecas) y Sureste (Arganda del Rey), Madrid. ²²Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ²³Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona. ²⁴Hospital Universitario de Torrejón, Madrid. ²⁵Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ²⁶Hospital General

Baseline characteristics and outcomes by monitoring pattern on the first year post-switch to CAB/RPV

Monitoring pattern (n, %) ¹	T1-T2-T3	T1-T2	T1-T3	T2-T3	Single-assessment ²	p
Virological failure	6/722 (0.8%)	0/542 (0%)	0/472 (0%)	2/102 (2%)	0/239 (0%)	0.004
Historical virological failure	31/722 (4.3%)	14/542 (2.6%)	22/472 (4.7%)	0/102 (0%)	5/239 (2.1%)	0.029
Baseline genotype	345/705 (48.9%)	278/525 (53%)	240/451 (53.2%)	47/99 (47.5%)	81/227 (35.7%)	0.001
Oral lead-in	56/722 (7.8%)	50/542 (9.2%)	86/472 (18.2%)	16/102 (15.7%)	31/239 (13%)	< 0.001
Recreational drug-use	242/692 (35%)	133/468 (28.4%)	128/453 (28.3%)	25/95 (26.3%)	84/226 (37.2%)	0.016

¹At least one HIV-VL test per period-of-time: T1 = Months 1-4; T2 = Months 5-8; T3 = Months 9-12. ²Single-assessment: T1 (n = 83); T2 (n = 113); T3 (n = 43).

Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ²⁷Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid. ²⁸Hospital Universitario San Agustín, Asturias. ²⁹Hospital Universitario Mutua de Terrassa, Badalona. ³⁰Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz. ³¹Hospital Universitario Central de Asturias, Asturias. ³²Hospital Universitario de Cabueñes, Asturias. ³³Hospital Universitario de Toledo, Toledo. ³⁴Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia. ³⁵Hospital Verge de la Cinta, Tarragona. ³⁶Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. ³⁷Complejo Asistencial de Segovia, Segovia. ³⁸Hospital Universitario de Alorcón, Madrid. ³⁹Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid. ⁴⁰Hospital General Universitario de Elche, Alicante. ⁴¹Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, Pontevedra. ⁴²Hospital de Jove, Asturias. ⁴³Complejo Asistencial de Ávila, Ávila. ⁴⁴Hospital Universitario Infanta Elena, Madrid. ⁴⁵Hospital Universitario Cruces, Vizcaya. ⁴⁶Hospital Universitario San Jorge, Huesca. ⁴⁷Hospital General Nuestra Señora del Prado, Talavera. ⁴⁸Hospital Universitario de Basurto, Bilbao. ⁴⁹Hospital Universitario de Alorcón, Madrid.

Objectives: Injectable long-acting cabotegravir/rilpivirine (CAB/RPV) has been successfully implemented across diverse healthcare settings, although follow-up strategies vary. No standardized recommendations exist regarding optimal timing for laboratory monitoring. We conducted a sub-study within RELATIVITY cohort to describe the frequency and patterns of HIV viral load (HIV-VL) monitoring in PWHIV receiving CAB/RPV in Spain, and to explore associations with virological outcomes.

Methods: The whole cohort (n = 3,203; 26 with virological failure) was included to analyze testing frequency (i.e., number of tests performed per follow-up time). A subgroup with ≥ 12 months of follow-up (n = 2,077) was used to explore monitoring patterns during the first year post-switch. Outcomes were compared using Kruskal-Wallis and chi-square or Fisher's exact tests.

Results: The median number of HIV-VL tests (MNHT) per year was 2.49 (IQR 2.00-3.27) on the first year of follow-up after switch. We identified high variability in monitoring patterns (fig.). The 5 most frequent covered 40% of participants. Monitoring patterns were associated with prior virological failure, baseline genotype, use of oral lead-in, and recreational drug use including *chemsex* (table). No dif-

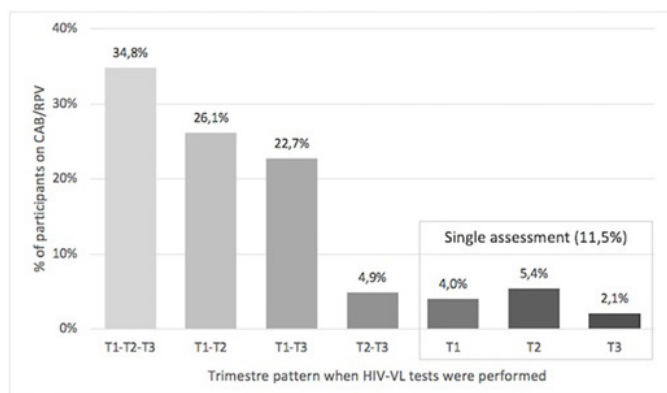


Figure 1. Follow-up patterns by trimester (first year after switch, n=2077)

ferences were found by BMI, AIDS history, baseline CD4 count, NNRTI resistance (mainly K103N), or blips before switch. MNHT was lower in participants with sustained suppression than in those with virological failure (2.66 [IQR 2.07-3.97] vs. 4.94 [3.58-5.74] per year; p < 0.001). Among delayed failures (> 1 year), 75% had at least one HIV-VL per trimester before failure confirmation. These data suggest failures were not due to insufficient monitoring, with additional testing used to confirm outcomes. We found no differences in time to first HIV-VL (1.0 month [1.0-3.0] in both groups).

Conclusions: In this real-world cohort, laboratory monitoring after switching to CAB/RPV was highly variable. Virological failures were not associated with insufficient testing, highlighting the need for consensus on monitoring strategies.

P-016. CLINICAL OUTCOMES OF SWITCHING TO BICTEGRAVIR/EMTRICITABINE/TENOFOVIR ALAFENAMIDE IN PEOPLE LIVING WITH HIV AND LOW-LEVEL VIRAEMIA

Ignacio de los Santos Gil¹, Carlos Galera Peñaranda², Carlos Dueñas³, Luis Buzón⁴, José Sanz⁵, Cristina Martín⁶, María Ángeles Garcinuño⁷, Roberto Pedrero-Tomé⁸, María José Galindo⁹, Lucio García-Fraile¹ and Jesús Troya⁸

¹Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. ²Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. ³Hospital Clínico Universitario, Valladolid. ⁴Hospital Universitario, Burgos. ⁵Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares. ⁶Complejo Asistencial de Zamora, Zamora. ⁷Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila. ⁸Hospital Infanta Leonor, Madrid. ⁹Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Introduction: Low-level viraemia (LLV) in people living with HIV (PLWH) remains a clinical challenge, associated with increased risk of virological failure, immune dysregulation, and chronic inflammation. Bictegravir/emtricitabine/tenofovir-alafenamide is a single-tablet regimen with a high genetic barrier to resistance, but its efficacy in PLWH with LLV requires further investigation.

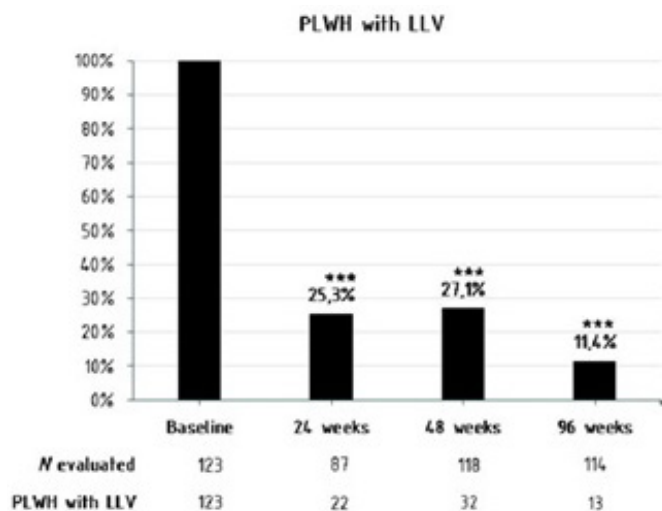
Objectives: This study aimed to assess the virological, immunological, and metabolic outcomes of switching to bictegravir/emtricitabine/tenofovir-alafenamide in PLWH with LLV over a 96-week period.

Methods: A retrospective, multicentre study was conducted across 12 Spanish healthcare centres. PLWH aged ≥ 18 years with LLV (two consecutive HIV RNA measurements between 50-400 copies/mL) who switched to bictegravir/emtricitabine/tenofovir-alafenamide were included (N = 123). Primary outcomes included virological suppression (< 50 copies/mL), CD4⁺/CD8⁺ dynamics, metabolic changes, and safety assessments. Statistical analyses compared outcomes at 24, 48, and 96 weeks.

Results: Among the participants (median age: 52 years, 80.5% male), the number of patients with LLV was reduced to 11.4% (13/114 patients) 96 weeks after switching to bictegravir/emtricitabine/tenofovir-alafenamide (p < 0.001). CD4⁺/CD8⁺ ratios remained stable, with a significant reduction in CD8⁺ T cell counts in patients ≥ 50 years. No major metabolic alterations were observed, although a moderate increase in body weight was noted. Renal and hepatic function markers

Category, median [IQR]	Baseline	24 weeks	24 weeks -Baseline	48 weeks	48 weeks -Baseline	96 weeks	96 weeks-Baseline
CD4 ⁺ T-cell (cells/mm ³)	675.0 [410.5, 998.1]	692.5 [550.5, 897.2]	2.8 [-105.0, 102.9]	714.0 [535.0, 963.0]	39.0 [-93.3, 164.0]	729.5 [530.1, 1,000.5]	37.0 [-124.0, 187.0]
CD8 ⁺ T-cell (cells/mm ³)	890.0 [631.0, 1,254.0]	1,039.0 [712.0, 1,284.0]	-13.0 [-180.2, 150.6]	865.0 [647.0, 1,242.5]	-69.0 [-306.0, 95.0]	862.0 [686.5, 1,208.2]	-9.0 [-296.0, 132.6]
CD4 ⁺ /CD8 ⁺ ratio	0.8 [0.4, 1.1]	0.7 [0.5, 1.0]	0.0 [-0.1, 0.1]	0.9 [0.5, 1.2]	0.1 [0.0, 0.2]	0.9 [0.6, 1.2]	0.1 [-0.1, 0.2]

remained stable. Bictegravir/emtricitabine/tenofovir-alafenamide was well tolerated, with no treatment discontinuations due to adverse events.



Conclusions: Switching to bictegravir/emtricitabine/tenofovir-alafenamide in PLWH with LLV resulted in high virological suppression rates, immune stability, and a favourable safety profile over 96 weeks. These findings support bictegravir/emtricitabine/tenofovir-alafenamide as an effective option for LLV management.

P-017. DOES ADHERENCE TO CAB + RPV DECREASE OVER TIME IN REAL WORLD? A SUBSTUDY FROM THE RELATIVITY COHORT

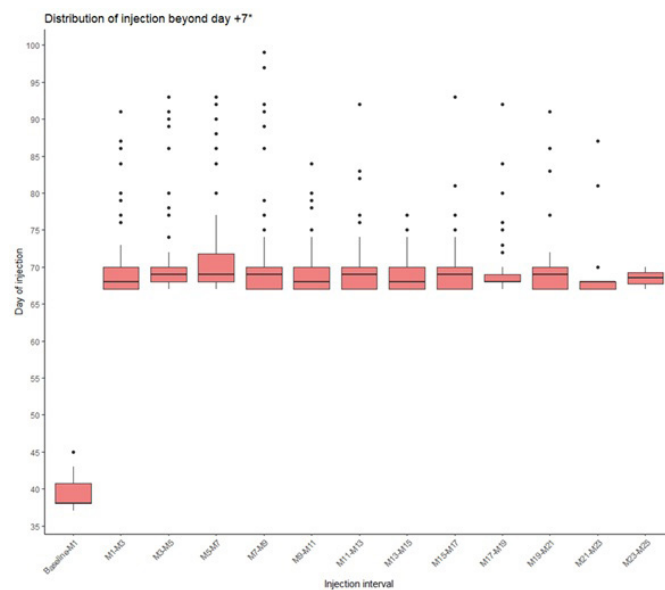
L. Buzón-Martín¹, J. Troya², J.I. Bernardino³, M.J. Galindo⁴, D. Rial Crestelo⁵, M.R. Alemán Valls⁶, M. Torralba⁷, A. Fernández-Cruz⁸, F. Fanjul⁹, A. Rodríguez¹⁰, A. Cabello-Úbeda¹¹, A. Cecilio¹², M. Pedrosa Aragón¹³, M. Aguilera García¹⁴, C. Hidalgo Tenorio¹⁵, L. Morano¹⁶, D. Vinuesa García¹⁷, C. de Andrés David¹⁸, E. Bernal Morell¹⁹, A. Caudevilla²⁰, Noemí Cabello Clotet²¹, J. Tiraboschi²², R. Font González²³, M.J. Vivancos²⁴, L. Pérez Latorre²⁵, R. Calderón Hernáiz²⁶, M.E. Pino Díaz²⁷, L. Gisbert Pérez²⁸, A. Romero Palacios²⁹, R. Cabo Magdán³⁰, V. Arenas García³¹, M.A. Sepúlveda³², A.J. Sánchez Guirao³³, C. Escrich³⁴, N. Ruiz Alonso³⁵, E.M. Ferreira Pasos³⁶, P. Bachiller Luque³⁷, A. Lérida Urteaga³⁸, B. Martínez López³⁹, S. García Torras⁴⁰, J.E. Losa García⁴¹, A. Cerezales⁴², M. Masiá⁴³, H. Pernás Pardavila⁴⁴, J.J. Corte García⁴⁵, M.A. Garcinuño Jiménez⁴⁶, J.C. Gainzarain⁴⁷, N. Ramos Vicente⁴⁸, R. Pedrero Tomé⁴⁹ and M. Montes³

¹Hospital de Burgos, Burgos. ²Hospital Infanta Leonor, Madrid. ³Hospital Universitario La Paz, Madrid. ⁴Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia. ⁵Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ⁶Hospital Universitario de Canarias, Tenerife. ⁷Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara. ⁸Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda. ⁹Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca. ¹⁰Hospital

Universitario Son Llätzer, Palma de Mallorca. ¹¹Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid. ¹²Hospital Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. ¹³Hospital Universitario Parc Taulí, Sabadell. ¹⁴Hospital Universitario de la Princesa, Madrid. ¹⁵Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. ¹⁶Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo. ¹⁷Hospital Clínico San Cecilio, Granada. ¹⁸Hospital de Denia Marina Salud, Alicante. ¹⁹Hospital Universitario Reina Sofía, Murcia. ²⁰Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ²¹Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid. ²²Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona. ²³Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón. ²⁴Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ²⁵Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ²⁶Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada. ²⁷Hospital Universitario San Agustín, Avilés. ²⁸Hospital Universitario Mutua de Terrassa, Terrassa. ²⁹Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz. ³⁰Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ³¹Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón. ³²Hospital Universitario de Toledo, Toledo. ³³Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia. ³⁴Hospital Verge de la Cinta, Tortosa. ³⁵Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. ³⁶Complejo Asistencial de Segovia, Segovia. ³⁷Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. ³⁸Hospital de Viladecans, Viladecans. ³⁹Hospital de la Vega Baja, Alicante. ⁴⁰Hospital de Santa Caterina de Salt, Gerona. ⁴¹Hospital Universitario de Alcorcón, Alcorcón. ⁴²Hospital Universitario Dr. Jose Molina Orosa, Las Palmas. ⁴³Hospital Universitario de Elche, Elche. ⁴⁴Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, Pontevedra. ⁴⁵Hospital de Jove, Gijón. ⁴⁶Complejo Asistencial de Ávila, Ávila. ⁴⁷Hospital Universitario de Álava, Vitoria. ⁴⁸Hospital Obispo Polanco, Teruel. ⁴⁹Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid.

Objectives: Some clinical trials and observational real world studies suggest that adherence measured as proportion of days covered (PDC) with long acting CAB +RPV are higher than those with oral ART. We aim to evaluate these hypothesis in our cohort.

Methods: The RELATIVITY cohort is a nationwide Spanish cohort of PWH older than 18 years old treated with CAB+RPV who received the



OW injections	N (%)	Median age [IQR]	Female (%)	Foreign-born (%)	CD4 nadir [IQR]	Years on ART [IQR]	Follow-up (months) [IQR]	Median PDC [IQR]	PDC < 90% (%)	Confirmed VF (%)	Discontinuations (%)
0 OW	2609 (81.5)	45 [37-55]	15.6	30.2	336 [190-500]	9 [5-15]	13.0 [8.0-18.9]	100 [100-100]	0.0	1.0	5.7
1 OW	438 (13.7)	43 [37-53]	12.8	29.7	354 [200-496]	10 [6-14]	15.3 [11.4-20.0]	99.3 [96.5-99.7]	3.0	0.2	6.0
≥ 2 OW	155 (4.8)	43 [37-51]	9.7	34.2	339 [189-475]	10 [5-15]	19.3 [15.5-21.5]	98.9 [94.7-99.5]	55.0 [49-58]	0.0	5.8

first dose before Dec 31st, 2024. Pregnancy and previous inclusion in CAB+RPV clinical trials were exclusion criteria. 3,202 patients from 58 institutions were analysed. Injections administered beyond day 67 with respect to the previous one were considered out of window (OW). Groups were made according to the number of OW received and PDC for each group was calculated as previously described. Association with virological failure was evaluated by Kaplan-Meier curves, log-rank test and Cox regression. Factors associated with a lower PDC (< 90%) were evaluated by binary logistic regression.

Results: There were slight differences among the 3 groups made according to the number of OW received (81.5% none, 13.7% one, 4.8% two or more) and PDC (see table). There were no statistically significant increases either in the percentage of OW over time or the number of days late throughout the entire follow up period (fig.). Kaplan-Meier curves and adjusted Cox models revealed no association between number of OW, PDC and confirmed virological failure (CVF). Logistic regression models showed a potential relation between ages below 40 and over 70 as predictors of lower PDC/ lower adherence.

Conclusions: Our results suggest that adherence to long acting CAB + RPV in real world is very high and remains stable over time. Longer follow up data are required to confirm these findings.

P-018. RILPIVIRINA DE LARGA DURACIÓN: ¿ATEMPERAR REDUCE EL DOLOR DE LA INYECCIÓN?

Teresa Martínez Burgoa, Sergio Sabogal Alvis, Adrián Vals Carbó, María José Núñez Orantos, Noemí Cabello Clotet, Juncal Pérez Somarriba, Carolina Olmos Mata, Javier Rodríguez Añover y Vicente Estrada Pérez

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Evaluar si el tiempo de atemperamiento de la rilpivirina de larga duración (RPV-LA) se asocia con el dolor reportado por el paciente inmediatamente después de la inyección intramuscular, así como en los días 3 y 5 posteriores a la inyección.

Métodos: Se evaluó la intensidad del dolor mediante una escala visual analógica (EVA) de 0 a 10 (10 indica el dolor máximo). El tiempo de atemperamiento se definió como el tiempo transcurrido entre la extracción de la RPV de la nevera (temperatura de almacenamiento: 4 °C) y su administración a temperatura ambiente (aproximadamente 22 °C).

Resultados: Se incluyeron 195 pacientes (86,1% varones, mediana de edad de 44,5 años [RIC 36-51]), que recibían su primera (24,7%), segunda (46%) o dosis posteriores (29,3%) de RPV. La mediana del IMC fue de 25,3 kg/m² (RIC: 23,9-27,4). La mediana del tiempo de atemperamiento fue 85 minutos (RIC: 50-150). En el análisis univariante, se observó una correlación negativa entre el dolor y el tiempo de templado ($r = -0,41 [-0,8, -0,03]$, $p = 0,03$), así como entre el dolor y la edad ($r = -0,05 [-0,09, -0,01]$, $p = 0,02$), en el momento de la inyección intramuscular. No se encontraron asociaciones significativas en los días 3 y 5. Sin embargo, tras ajustar por edad, la asociación entre el tiempo de atemperamiento y el dolor dejó de ser estadísticamente significativa ($r = -0,27 [-0,59, 0,06]$, $p = 0,11$).

Conclusiones: El atemperamiento del RPV-LA tras retirarlo de la refrigeración no se asocia con una reducción del dolor en el momento de la inyección intramuscular. El único factor vinculado a una menor intensidad del dolor fue la mayor edad.

P-019. IMPLEMENTATION OF A NOVEL, SEMI-AUTOMATED PATHWAY FOR PEOPLE WITH HIV TO ACCESS OUTPATIENT HOSPITAL MEDICATION THROUGH AUTOMATED DISPENSING LOCKERS

Diana Hernández Sánchez¹, Jorge Saz², Ignacio García Gimenez³, Jordi Puig¹, Angel Rivero², Patricia Valero³, Maria Isabel Martínez³, Rafael Muñoz³, Carles Quinones⁴, Meritxell Davins Riu³ and Eugenia Negrodo¹

¹Fundació Lluita contra les Infeccions, Badalona. ²Projecte dels NOMS Hispanosida (BCN Checkpoint), Barcelona. ³Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. ⁴Hospital Universitari Dr. Josep Trueta i Hospital Santa Caterina, Girona.

Introduction: Maintaining adherence to antiretroviral treatment is basic for good management of people with HIV (PWH) and risk prevention. For that reason, optimizing patient access to medication is crucial for enhancing patient satisfaction and improving adherence. With the aim of shifting from drug-centered into patient-centered care while integrating care interventions into community settings, here we share an outpatient hospital pharmaceutical care implementation model for PWH. This model involves the delivery of medication through a community center, BCN-Checkpoint, using a proprietary app (eSalut MetroNord) and coordinated with automated locker systems.

Methods: Our project unfolded in two stages: pre-implementation and pilot implementation. During the pre-implementation phase the circuit was defined and 7 steps were considered critical for successful implementation: 1) assignation of teams and roles among clinical pharmacists, nursing staff, HIV and IT specialists, and digital transformation experts, as well as members from the community; 2) adaptation mediated by Doole Health of the self-developed app for users to accommodate the intervention; 3) development of a patient journey map; 4) locker Installation at BCN Checkpoint and system integration with selected dispensation data from the electronic records; 5) staff training; 6) review of data protection regulations; 7) simulation tests with fictional users. The implementation phase included an initial pilot study, in which 45 patients were included in the project.

Main factors to consider for implementation		
Barrier Type	Main Issues	Solutions
Technical	SMS failures, app download restrictions, barcode errors, duplicate entries	Update phone numbers, improve app access, allow manual locker opening
User-related	Low digital skills, trouble signing consent forms	Add clear instructions, offer in-person help, email support, staff training
Operational	Registration expired after 7 days, manual follow-up for missed pickups	Improve communication, streamline delivery and tracking
Coordination	Different holidays and schedules between centers	Align calendars and improve coordination

Results: During the pilot phases, several barriers to successful implementation emerged, primarily categorized into technical issues, process and operational challenges, coordination, and user-related difficulties, which are described in the table. However, the intervention taking place in a communitarian setting, flexible attention times and protocols, and strong intersectoral collaboration between specialists

are believed by participating staff to increase patient retention and overall satisfaction.

Conclusions: The successful implementation of an outpatient dispensation hospital medication model using a proprietary app and coordinated with automated locker systems is feasible, however careful detail to procedures, timely adaptations, and staff training, is required.

P-020. HEPATITIS B OUTCOMES AFTER SWITCHING TO LONG-ACTING CABOTEGRAVIR/RILPIVIRINE IN PEOPLE WITH HIV: REACTIVATION, INCIDENT INFECTION, AND LIVER SAFETY ACROSS DIVERSE SEROLOGIC PROFILES

Alberto Foncillas, Júlia Calvo, Abiu Sempere, Iván Chivite, Leire Berrocal, Lorena de la Mora, Berta Torres, María Marínez-Rebollar, Juan Ambrosioni, Elisa de Lazzari, José Luis Blanco, Jose M. Miró, Esteban Martínez, Josep Mallolas, Ana González-Cordón and Montserrat Laguno

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

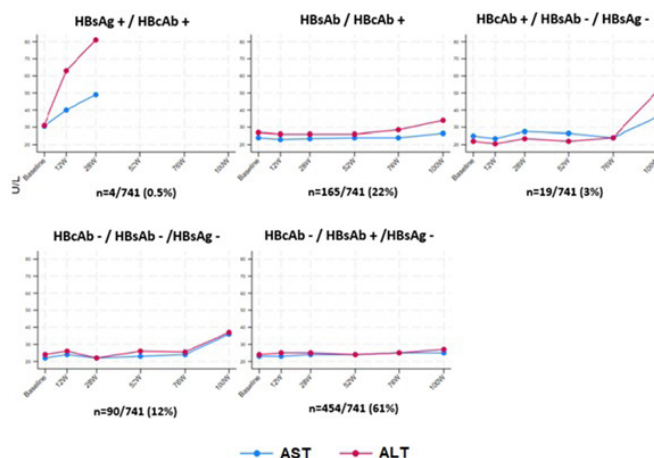
Objectives: To evaluate hepatitis B virus (HBV) serological profiles and risk of HBV reactivation (HBVr) or incident infection in people with HIV (PWH) switching to long-acting cabotegravir/rilpivirine (LA-CAB/RPV).

Methods: Prospective cohort study of PWH initiating LA-CAB/RPV at Hospital Clínic Barcelona between Feb2023 and Feb2025. HBV serology, vaccination status, and liver function tests (LFTs) were assessed at baseline and during follow-up (weeks 12, 28, and every 6 months). HBV DNA was measured in individuals with abnormal LFTs, acute hepatitis or clinical suspicion of reactivation. HBVr was defined as HBsAg seroreversion or detectable HBV DNA in anti-HBc-positive/HBsAg-negative individuals, or as HBV DNA ≥ 1 log increase or ≥ 100 IU/mL in chronic HBV (HbsAg-positive) participants. HBV incident infection was defined as HBsAg seroconversion in HBV-unexposed individuals.

Results: Among 741 participants –91% male, median age 43 (IQR 32–55)– 25% had prior HBV exposure (anti-HBc-positive), with 3% showing isolated anti-HBc. Median follow-up was 54 weeks (IQR 28–77). No HBVr occurred in individuals with past resolved infection or isolated anti-HBc, and no incident infections were observed in previously unexposed individuals. Four individuals (0.5%) with unnoticed chronic HBV infection (HBsAg-positive) were switched to LA-CAB/RPV; two developed clinical HBVr requiring tenofovir-based therapy, and two remained stable after regimen switch (table). Ninety participants (12%) had negative HBV serology (any marker); of them, 53% had prior vaccine failure, and 45% were vaccinated after LA-CAB/RPV initiation. Transaminase elevations occurred in 23% of the cohort, regardless of HBV serostatus (Fisher's exact test, $p = 0.771$) (fig.).

Conclusions: LA-CAB/RPV appears safe in individuals with prior HBV exposure, including isolated anti-HBc. HBVr is a rare but clinically significant risk in unnoticed chronic HBV. Comprehensive HBV screening, vaccination, and liver monitoring are essential.

Figure 1. AST/ALT Evolution by Baseline HBV Groups



Evolution of AST and ALT (U/L) over follow-up according to baseline HBV serologic group. Fisher's exact test, $p = 0.771$.

P-021. BARRIERS AND FACILITATORS OF IMPLEMENTATION OF THE OUT-OF-HOSPITAL ADMINISTRATION OF LONG-ACTING CABOTEGRAVIR PLUS RILPIVIRINE IN PEOPLE WITH HIV: QUALITATIVE DATA FROM THE HOLA STUDY

Diana Hernández Sánchez¹, Juan Leyva Moral², Julián Olalla³ and Eugenia Negrodo¹

¹Fundació Lluita contra les Infeccions, Badalona. ²Grup de Recerca Infermera en Vulnerabilitat i Salut, Departament d'Infermeria, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona. ³Hospital Costa del Sol, Marbella.

Introduction: Long-acting (LA) antiretroviral therapies for the human immunodeficiency virus (HIV), such as injectable formulations of cabotegravir and rilpivirine (CAB+RPV LA), are now available. Considering the limited data on out-of-hospital administration of this combination, evaluating the implementation strategies needed is essential to support future clinical efforts.

Methods: To gather data on barriers and facilitators of implementation for CAB+RPV LA in alternative outpatient facilities, this study (NCT06643897) used qualitative interviews informed by the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR), with 13 staff participating in the HOLA study (NCT06185452). Data analysis followed qualitative descriptive methods assisted by Atlas.ti software. The study adhered to the COREQ guidelines.

Results: Findings reveal the five main factors to consider for implementation and their respective subcategories (table).

Conclusions: This study emphasizes the comprehensive operational and infrastructure adaptations, adequate staff training, and supportive professional environment required for the successful implementation of CAB+RPV LA, while considering patients' needs throughout the externalization process.

P-020. HBV Chronic Infection Individuals Switching to LA-CAB/RPV Characteristics

Participant number	Age/Gender	HIV Dx	HBV DNA Pre-ART	HBV DNA Pre-Switch	Pre-Switch ART (Time of Initiation)	LA-CAB/RPV Initiation	Weeks on LA-CAB/RPV	AST/ALT Post-Switch	HBV DNA Post-Switch	Oral ART Re-Initiation
#1	53/M	1996	> 10 × 10 ⁷ IU/mL	Pos < 10 IU/mL (2022)	BIC/FTC/TAF (7-2019)	7-2023	1	24/29	Pos < 10 IU/mL	BIC/FTC/TAF (7-2023)
#2	52/M	1992	NA	UD (2022)	BIC/FTC/TAF (11-2020)	7-2023	20	24/31	UD	BIC/FTC/TAF (1-2024)
#3	44/M	2000	NA	UD (2017)	DTG/RPV (11-2021)	3-2023	28	49/107	3.47 × 10 ⁷ IU/mL	BIC/FTC/TAF (10-2023)
#4	61/M	2005	NA	UD (2009)	RPV/TAF/FTC (7-2018)	1-2024	20	48/63	7.63 × 10 ⁷ IU/mL	BIC/FTC/TAF (8-2024)

P-021. Categories and subcategories of the interview	
Category	Subcategory
Operational and infrastructure adaptations	Adaptation of physical spaces and equipment Cold Chain Management and Drug Logistics
Integrated Management of Human and Organizational Resources	Strategic Resource Planning Human Capital Development
Need for coordination and follow-up	Information systems and agenda management Reminder and alert systems Appointment management and consideration of administration window Monitoring of adherence and adverse effects
Professional attitudes and work environment	Willingness to change and motivation of staff and group Leadership and institutional support
Patient experience and patients' needs perceived by professionals	Accessibility and patient preferences Adapting to the new model of care and treatment Psychosocial aspects (confidentiality, stigma vs. anonymity, normalization)

P-022. EXPERIENCIA EN VIDA REAL CON DOLUTEGRAVIR (DTG)/LAMIVUDINA (3TC) (DOVATO) EFICACIA Y TOLERABILIDAD EN PACIENTES NAÏVE Y TRAS SWITCH

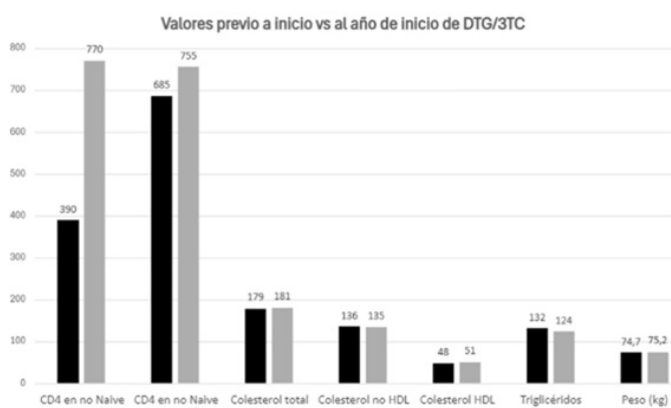
Iñaki Luis Saludes, Yolanda Mateos Llorente, Paula Cabestre Pinilla, Elisa Romero Velasco, Ángela Fernández García, Montserrat Laserna Martínez, Irene Martín Rubio, Ana Maraver Villar y Sergio Julio Rodríguez Álvarez

Hospital Universitario de Getafe, Getafe.

Introducción y objetivos: Describir la eficacia inmunoviroológica de DTG/3TC en vida real, analizando la respuesta virológica tanto en pacientes *naïve* como pretratados y los cambios metabólicos durante el seguimiento.

Métodos: Estudio observacional, longitudinal y retrospectivo de pacientes con VIH tratados con DTG/3TC en el H.U. de Getafe. La información se obtuvo de historias clínicas electrónicas. El análisis estadístico se realizó con SPSS mediante pruebas paramétricas y no paramétricas para muestras apareadas según la distribución de datos.

Resultados: Se incluyeron 358 pacientes. Se analizaron los 337 (11,6% *naïve*) con ≥ 1 año de seguimiento. Las características basales de la cohorte se muestran en la tabla. El seguimiento máximo fue de 5 años; el 8,3% presentó un *blip* (CV:50-200 copias/ml), el 2,4% un valor puntual CV > 200 copias/ml. El tratamiento se suspendió en dos casos, uno por preferencia de terapia inyectable y otro por resistencias asociadas a mala adherencia. En pretratados, el 95,3% presentaban CV < 50 al iniciar DTG/3TC, se mantuvieron con CV < 50 el 96,7% al año (p = 0,5) persistiendo durante el seguimiento a 2,3 y 5 años > 96% (p = 1). El recuento de CD4 aumentó de 685 $\text{cél}/\text{mm}^3$ a 730, 755 y 770 a



6/12/24 meses (p < 0,001). En *naïve*, el 96,9% y 97% alcanzaron CV < 50 a los 6/12 meses respectivamente (p < 0,01). Se mantuvieron en CV < 50 el 100% de los pacientes durante el seguimiento (2 años: n = 22; 3 años: n = 12 pacientes, p < 0,01). Presentaron una mediana inicial de 390 CD4 con rápido ascenso (6 m: 700; 1 año: 770; 2 años: 770 p < 0,001). Respecto al perfil metabólico, se observaron incrementos discretos de colesterol total (+2,8 mg/dl; p = 0,037) y peso (+0,8 kg; p = 0,094), sin aumento de triglicéridos ni colesterol no-HDL (fig.).

Conclusiones: DTG/3TC mostró elevada eficacia inmunoviroológica con buena tolerancia, tanto en *naïve* como tras *switch*. El perfil metabólico permaneció estable, con variaciones leves, sin impacto clínico.

Edad, media (mediana)	45,7 (46)
Sexo, n (%)	
Varón	271 (80,4)
Mujer	66 (19,6)
Ascendencia, n (%)	
Caucásica	206 (61,1)
Latinoamericana	114 (33,8)
Africana	10 (3)
Coinfección, n (%)	
VHB con curación inmunológica	102 (30,5)
VHC con RVS	75 (22,3)
Modo transmisión, n (%)	
HSH	132 (39,2)
HTX	31 (9,2)
UDVP	52 (15,4)
Vertical	3 (0,9)
Transfusional	2 (0,6)
Desconocido	96 (28,5)
Pacientes <i>naïve</i> , n (%)	39 (11,6%)
CV (copias/ml) previa a inicio DTG/3TC, n (%)	
Naïve	
< 50	3 (8,1)
50-999	2 (5,4)
1.000-9.999	5 (13,5)
10.000-99.999	16 (43,2)
≥ 100.000	11 (29,7)
No <i>naïve</i>	
< 50	284 (95,3)
50-999	8 (2,7)
1.000-9.999	6 (2)
> 10.000	0
CV (copias/ml) tras 6 meses/1 año, n (%)	
Naïve	
< 50	32 (97)/31 (96,9)
50-999	1 (3)/1 (3,1)
No <i>naïve</i>	
< 50	252 (96,9)/262 (96,7)
50-999	7 (2,7)/9 (3,3)
> 1.000	0/0
> 10.000	1 (0,4)/0
TAR previos más habituales, n (%)	
ABC/DTG/3TC	116 (38,9)
TDF/FTC+DTG	28 (9,4)
TDF/FTC + efavirenz	46 (15,4)
TDF-TAF/FTC + rilpivirina	22 (7,4)
TAF/FTC + bictegravir	16 (5,4)

P-023. IMPACTO DEL CAMBIO A CABOTEGRAVIR/RILPIVIRINA INTRAMUSCULAR EN EL PESO CORPORAL Y COCIENTE CD4/CD8 EN PERSONAS CON VIH VIROLÓGICAMENTE SUPRIMIDAS

Maria Caballero Sánchez, Beatriz Tajadura Larrea, Maria Antonia Crespi Cifre, Neus Mas Bauza y Joaquin Ignacio Serrano López de las Hazas

Fundación Hospital Son Llàtzer, Son Ferriol.

Introducción y objetivos: La terapia antirretroviral (TAR) de acción prolongada con cabotegravir y rilpivirina intramuscular (CABO/RPV-

IM) constituye una alternativa eficaz y segura frente a los regímenes orales diarios en personas con VIH (PVVIH). Aunque su eficacia virológica está sólidamente documentada, la evidencia sobre su impacto en parámetros inmunológicos y metabólicos, como el cociente CD4/CD8 y el peso corporal, sigue siendo en parte limitada. El objetivo de este estudio fue evaluar la evolución de dichos parámetros tras el cambio de TAR oral a CABO/RPV-IM en una cohorte de pacientes virológicamente suprimidos.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo unicéntrico en un hospital universitario. Se incluyeron adultos con infección por VIH que cambiaron de TAR oral a CABO/RPV-IM desde el momento de su comercialización hasta el 31 de julio de 2025, con al menos una visita médica posterior de seguimiento. Se recopilaron variables demográficas, clínicas, inmunológicas (cociente CD4/CD8) y antropométricas (peso) en el momento basal, a los 3 meses y posteriormente cada 6 meses. Se emplearon modelos lineales mixtos de medidas repetidas para el análisis del peso, y pruebas paramétricas o no paramétricas según la distribución para el cociente CD4/CD8. Se calcularon intervalos de confianza (IC95%) y se ajustaron los valores de p por comparaciones múltiples.

Resultados: Se identificaron 120 PVVIH, con mediana de edad de 52 años (28-72), 81% hombres, la mayoría de Europa occidental. La mediana de tiempo desde el diagnóstico de 16 años y el seguimiento desde el cambio superó los 19 meses. Todos presentaban supresión virológica (< 50 copias/mL) en el momento de iniciar CABO/RPV-IM. Aproximadamente la mitad procedía de un régimen triple con bicitegravir. Ningún paciente presentaba antecedentes de fracaso virológico ni mutaciones en la transcriptasa inversa para no nucleósidos o integrasa. Durante el seguimiento, no se detectaron ni fracasos virológicos ni efectos adversos graves; seis pacientes (5%) volvieron a su tratamiento previo por reacciones locales o sistémicas. No se observaron cambios estadísticamente significativos ni en el peso corporal ni en el cociente CD4/CD8 a lo largo del seguimiento.

Conclusiones: En nuestra cohorte de PVVIH virológicamente suprimidos, el cambio de TAR oral a CABO/RPV-IM durante un seguimiento de más de 18 meses mostró un perfil estable, sin impacto significativo sobre el peso corporal ni sobre el cociente CD4/CD8. Estos hallazgos apoyan la seguridad inmunológica y metabólica del régimen inyectable a medio plazo, reforzando su papel como alternativa terapéutica al TAR oral en la práctica clínica.

P-024. CABOTEGRAVIR-RILPIVIRINA DE ACCIÓN PROLONGADA EN VIDA REAL: EFECTIVIDAD, DIFERENCIAS SEGÚN SEXO Y RESULTADOS PERCIBIDOS POR LOS PACIENTES (PRO)

Ana González-Cordón, Berta Torres, Leire Berrocal, María Martínez-Rebollar, Maite León, Iván Chivite, Alexy Inciarte, Paula Arriba, Juan Ambrosioni, Alberto Foncillas, Lorena de la Mora, José Luis Blanco, Júlia Calvo, Esteban Martínez, Abiu Sempere, Josep M. Miró, Roger Llobet, Elisa de Lazzari, Josep Mallolas y Montserrat Laguno

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Objetivos: Analizar las características, efectividad, tolerancia y experiencia de las personas con VIH en tratamiento con cabotegravir y rilpivirina de acción prolongada (CAB/RPV-AP) en vida real según sexo.

Métodos: Estudio observacional prospectivo unicéntrico realizado en el Hospital Clínic de Barcelona y aprobado por el Comité de Ética. Se recogió información clínica y cuestionarios electrónicos autoadministrados (ACCEPT, HAT-QoLc, PIN, EVA) basal y evolutivamente. Se evaluó la efectividad definida como RNA-VIH < 50 copias/mL [analysis on treatment (OT), modified intention-to-treat (mITT) y intention to-treat (ITT)], tolerancia y seguridad a Semana-52 (S52).

Resultados: Entre 2-Feb-2023 y 13-Feb-2025, se incluyeron 741 personas que iniciaron CAB/RPV-AP; 57 mujeres (8%) y 684 hombres

(92%) al nacimiento y 461 (29 mujeres y 432 hombres) alcanzaron S52. La efectividad en Semana52 fue del 96%, 83% y 83% en mujeres y 99%, 92 y 89% en hombres, según los análisis por OT, ITTm y ITT respectivamente, sin diferencias por sexo. Ocho personas (1,7%) presentaron fracaso virológico (dos CV \geq 50 cp/mL consecutivas o una CV > 200 cp/mL + cambio de tratamiento), todos hombres, 5 con viremias de bajo nivel (CV < 200 cp/mL); 3 cambiaron a TAR oral basado en IP y 5 resuprimieron sin cambios de tratamiento. Cuarenta (9%) personas suspendieron el tratamiento con CAB/RPV-AP: Motivos: 3 (8%) fracaso virológico, 15 (38%) efectos adversos, 7 (18%) preferencia del participante, 7 (18%) decisión médica y 8 (20%) por otros motivos. Sin diferencias significativas según el sexo. La aceptabilidad del tratamiento (ACCEPT) aumentó durante el seguimiento tanto en mujeres (66 a 83%) como en hombres (80 a 91%), sin diferencias significativas por sexo. La percepción del dolor (PIN, EVA) y las reacciones en el lugar de inyección mejoraron evolutivamente, sin diferencias por sexo. Basalmente, más mujeres que hombres (48 vs. 31%, p 0,061) reportaron sentir la medicación como una carga, pero mostraron una mayor mejoría durante el seguimiento, disminuyendo de 48% al 10% en mujeres y del 31 al 10% en hombres. Además, basalmente más mujeres respondieron tener miedo a contar que tienen VIH (79 vs. 62% de los hombres, p = 0,040) y esta respuesta mejoró durante el seguimiento en ambos grupos sin diferencias significativas.

Conclusiones: El tratamiento con CAB/RPV-AP mostró una alta efectividad y tolerancia en vida real. Se observaron mejorías en la aceptabilidad y tolerancia, así como disminución de la carga asociada al tratamiento y al VIH a lo largo del tiempo, sin diferencias significativas entre sexos, aunque las mujeres mostraron más carga y estigma que los hombres.

P-025. EFICACIA EN VIDA REAL DE CABOTEGRAVIR + RILPIVIRINA LONG-ACTING: FACTORES DE RIESGO PARA SUPRESIÓN VIRAL NO SOSTENIDA

Sofía de la Torre Puelles, Azucena Bautista Hernández, Silvia Sánchez González, María Aguilera García, Eva López-Urrutia Baquero, Marta Fernández Toral, Edgar Padrón Sánchez e Ignacio de los Santos Gil

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Objetivos: La terapia inyectable de acción prolongada con cabotegravir y rilpivirina (CAB + RPV) administrada cada ocho semanas, ha demostrado no inferioridad frente a pautas preferentes orales en el mantenimiento de la supresión virológica en ensayos clínicos. Sin embargo, la evidencia en práctica clínica es aún limitada, especialmente en relación con los factores asociados a supresión virológica no sostenida, con potencial impacto en la eficacia a largo plazo. El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia, seguridad y factores predictores de respuesta en personas que viven con VIH tratadas con CAB + RPV en un entorno clínico real.

Métodos: Se diseñó un estudio observacional, prospectivo y unicéntrico que incluyó a 122 personas que viven con VIH e iniciaron CAB + RPV intramuscular cada 8 semanas entre enero de 2023 y enero de 2024. Se recogieron datos basales y en las semanas 12, 48, 52 y 96. Se analizaron parámetros virológicos e inmunológicos, adherencia y eventos adversos. La significación estadística se estableció en p < 0,05.

Resultados: La cohorte estuvo compuesta mayoritariamente por varones (97,5%), con una mediana de edad de 43 años, de origen español en el 65,6%, y un 7% presentaba IMC > 30 kg/m². Durante el seguimiento, el 100% mantuvo la supresión virológica sin fracasos confirmados. Se registraron blips en el 17%, viremia de bajo nivel en el 5,8% y fracaso virológico sospechado aislado en el 10,8%. Un cociente basal CD4⁺/CD8⁺ bajo se asoció de forma independiente con la aparición de blips (p = 0,049), mientras que un recuento basal elevado de CD8⁺ se relacionó con cualquier forma de supresión virológica no sostenida

(p = 0,03). A nivel inmunológico, se observó una mejoría significativa del cociente CD4⁺/CD8⁺ en la semana 52 (p = 0,02). El tratamiento mostró un perfil de seguridad favorable, con una tasa global de discontinuación del 9,8%, principalmente por eventos adversos (3,3%) o reubicación (2,5%).

Tabla . Factores de riesgo para aparición de eventos virológicos.

Variables	Blips		SVNS	
	OR multivariable (IC 95%)	p	OR multivariable (IC 95%)	p
IMC > 30 kg/m ² en la visita basal	0,27 (0,01- 7,73)	0,442	0,53 (0,03 - 8,77)	0,655
Estadio CDC	0,85 (0,54- 1,33)	0,466	0,75 (0,52 - 1,07)	0,116
CD4 nadir	1,01 (0,99- 1,02)	0,271	0,99 (0,99 - 1,01)	0,734
CD4 al diagnóstico	1,00 (0,99- 1,02)	0,622	1,00 (0,99 - 1,01)	0,213
CD8 al diagnóstico	0,99 (0,99 - 1,00)	0,237	1,00 (0,99 - 1,01)	0,825
CD4/CD8 al diagnóstico	0,01 (0,00- 0,97)	0,049	0,05 (0,01 - 4,34)	0,192
CVP VIH al diagnóstico > 100.000 copias/mL	0,497 (0,09- 2,79)	0,427	0,54 (0,14 - 2,14)	0,382
CD4 en la visita basal	0,99 (0,99- 1,00)	0,348	0,99 (0,99 - 1,00)	0,660
CD8 en la visita basal	1,00 (0,99- 1,01)	0,154	1,00 (1,001 - 1,005)	0,031
CD4/CD8 en la visita basal	1,89 (0,78-4,60)	0,161	1,75 (0,73 - 4,19)	0,212

Conclusiones: CAB + RPV administrado cada ocho semanas resultó eficaz y seguro en condiciones de práctica clínica real. Un cociente CD4⁺/CD8⁺ < 1 se asoció de manera independiente con la aparición de blips, mientras que los estadios clínicos más avanzados se vincularon a fracaso virológico sospechado aislado, lo que subraya el papel de la inmunodepresión avanzada en el control virológico subóptimo. La terapia presentó un perfil de tolerabilidad globalmente favorable y efectos adversos manejables.

P-026. VIVIR MEJOR: ACEPTABILIDAD Y CALIDAD DE VIDA CON CABOTEGRAVIR + RILPIVIRINA LONG-ACTING

Sofía de la Torre Puelles, Azucena Bautista Hernández, Silvia Sánchez González, María Aguilera García, Eva López-Urrutia Baquero, Marta Fernández Toral, Edgar Padrón Sánchez e Ignacio de los Santos Gil

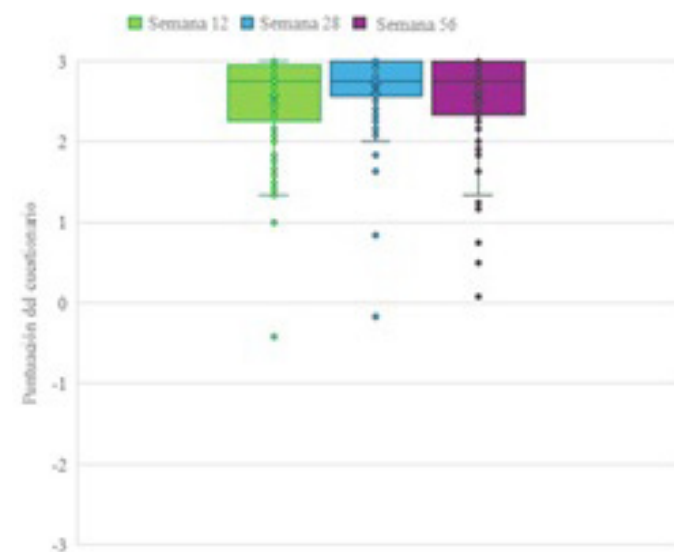
Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Objetivos: La transición de una terapia antirretroviral oral a la combinación inyectable de acción prolongada con cabotegravir y rilpivirina (CAB + RPV), administrada cada ocho semanas, puede influir de forma significativa en la calidad de vida de las personas que viven con VIH. El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de dicho cambio en la calidad de vida y la aceptabilidad de CAB + RPV en un entorno clínico real.

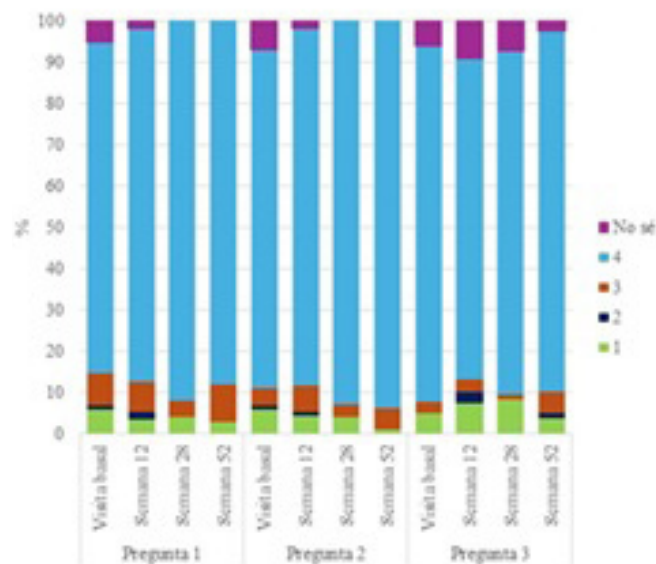
Métodos: Se diseñó un estudio observacional, prospectivo y unicéntrico que incluyó a 122 personas que viven con VIH e iniciaron CAB + RPV long acting entre enero de 2023 y enero de 2024. Todas ellas mantuvieron la supresión virológica sin fallos confirmados durante el seguimiento. Los datos se recogieron al inicio y en las semanas 12, 48 y 52 mediante tres cuestionarios validados: Perception of Injection (PIN), para evaluar efectos locales de la inyección; HIV Treatment Satisfaction Questionnaire change version (HIVTSQc), para medir satisfacción y calidad de vida; y ACCEPT, para valorar aceptabilidad. Se calcularon los promedios de respuesta en cada categoría de cuestionario y se documentaron los motivos de cambio de tratamiento. La significación estadística se estableció en p < 0,05.

Resultados: La cohorte estuvo compuesta mayoritariamente por hombres (97,5%), con mediana de edad de 43 años y de origen español en el 65,6%. La terapia demostró ser segura, bien tolerada y ampliamente aceptada, con una tasa de discontinuación del 9,8%. El 99% expresó preferencia por el régimen inyectable frente a la pauta oral previa. Los principales motivos de cambio fueron la eliminación de la

toma diaria de comprimidos (34,4%) y la mayor conveniencia del esquema (22%). En el cuestionario PIN, todos los participantes calificaron la inyección como muy o totalmente aceptable. En el HIVTSQc mostró una mejora significativa en la satisfacción respecto al tratamiento previo (p < 0,01). En el ACCEPT, alrededor del 80% manifestó un alto grado de acuerdo con las afirmaciones sobre conveniencia y aceptabilidad. Los efectos adversos relacionados con la inyección fueron en su mayoría leves y aceptables.



Resultados del cuestionario HIVTSQc: (ver Anexo 2). Consta de 12 preguntas y las opciones de respuesta van desde 3 (mucho más satisfecho/a ahora) a -3 (mucho menos satisfecho/a ahora). El número de respuestas son n = 109 en la semana 12, n = 98 en la 28 y n = 78 en la 52.



Resultados del cuestionario ACCEPT, expresados en % (ver Anexo 3). Consta de 3 preguntas y las opciones de respuesta van de menos a más de acuerdo: 1, 2, 3, 4 y No sé. El número de respuestas son n = 115 en la visita basal, n = 110 en la semana 12, n = 98 en la 28 y n = 78 en la 52.

Conclusiones: La terapia inyectable de acción prolongada CAB + RPV se asocia con una mayor satisfacción, calidad de vida y elevada aceptabilidad. La principal motivación para el cambio fue la comodidad y la supresión de carga diaria de medicación oral. Estos resultados re-

fuerzan el valor de CAB + RPV como una alternativa especialmente beneficiosa para personas con dificultades de adherencia que prefieren esquemas no diarios.

P-027. EFICACIA VIROLÓGICA DE CABOTEGRAVIR Y RILPIVIRINA EN PACIENTES CON MUTACIONES DE RESISTENCIA A RILPIRINA DOCUMENTADAS EN GENOTIPOS HISTÓRICOS

Marta Fernández-González¹, Christian Ledesma¹, Javier García-Abellán¹, Leandro López¹, Melissa Belló-Pérez¹, Sergio Padilla¹, Federico García², Mar Masiá¹ y Félix Gutiérrez¹

¹Hospital General Universitario, Elche. ²Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción y objetivos: La combinación de cabotegravir y rilpivirina de acción prolongada (CAB/RPV LA) está indicada en personas con VIH (PCVIH) con supresión virológica sin evidencia de resistencia a ninguno de los dos fármacos. Las guías actuales desaconsejan su uso en pacientes con resistencia actual o pasada a la rilpivirina debido al posible riesgo de fracaso virológico. Estudiamos el desenlace virológico de las PCVIH con mutaciones asociadas a resistencia (RAMs) a RPV documentadas en genotipos históricos que cambiaron a CAB/RPV LA en nuestro centro.

Métodos: Analizamos retrospectivamente el desenlace virológico de 13 PCVIH con RAMs a RPV documentadas en genotipos plasmáticos históricos, entre 124 pacientes consecutivos que cambiaron a CAB/RPV LA entre enero 2023 y abril 2024 con estudios previos de resistencias disponibles. No se realizó prueba de resistencia en ADN proviral antes del cambio. Los pacientes fueron seguidos durante una mediana de 24 (IQR: 18-25) meses.

Resultados: La mediana de edad de los 13 participantes fue de 49 (33-51) años y 84,6 % eran hombres. Ningún paciente tenía subtipo A6/A1 de VIH-1 (subtipo disponible en 12/13 casos) y cuatro (30,8%) tenían un IMC ≥ 30 kg/m². La mediana de tiempo desde la detección de las RAMs a RPV fue de 6,5 (5-14) años. La mutación más común encontrada fue la E138A. De acuerdo a la Stanford HIV Drug Resistance Database (HIVDB, versión 9.8), tres pacientes tenían resistencia de alto nivel a RPV, tres tenían de nivel intermedio, y siete tenían resistencia de bajo nivel. Todos excepto un participante estaban virológicamente suprimidos en el momento del cambio de tratamiento, con una mediana de supresión de 6,8 (4,4-13,5) años. No se produjeron casos confirmados de fracaso virológico (un valor de ARN VIH-1 ≥ 1.000 copias/mL o ≥ 2 consecutivos de ≥ 200 copias/mL) durante el seguimiento. Siete participantes permanecieron completamente suprimidos. Cinco presentaron viremia intermitente (un valor de ARN VIH-1 de 20-999 copias/mL con valores adyacentes < 20 copias/mL), y uno tuvo viremia persistente de bajo nivel (≥ 2 valores consecutivos de 20-199 copias/mL). Todos los participantes tenían en la última visita un valor de ARN VIH-1 < 20 copias/mL.

Conclusiones: Esta serie de casos en vida real demuestra que CAB/RPV LA puede mantener la supresión virológica en algunas PCVIH con RAMs históricas a RPV, particularmente en ausencia de otros factores de riesgo de fracaso virológico.

P-028. EVALUACIÓN DEL IMPACTO PRESUPUESTARIO DEL CAMBIO DE TAR ORAL A CABOTEGRAVIR-RILPIVIRINA INTRAMUSCULAR EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Beatriz Tajadura Larrea, María Caballero Sánchez, María Antonia Crespi Cifre, Neus Mas Bauza y Joaquín Ignacio Serrano López de las Hazas

Fundación Hospital Son Llàtzer, Son Ferriol.

Introducción y objetivos: Las terapias antirretrovirales de acción prolongada administradas por vía intramuscular, como cabotegravir/

rilpivirina (CAB/RPV-IM), suponen un cambio de paradigma en el manejo del VIH al ofrecer una alternativa a la pauta oral diaria. No obstante, su implementación puede tener implicaciones relevantes en el presupuesto farmacéutico y en la organización asistencial. El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto presupuestario del cambio de TAR oral a CAB/RPV IM en una cohorte real, simulando diferentes escenarios de administración y los costes derivados de enfermería.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo en una cohorte de personas con supresión virológica en tratamiento oral que cambiaron a CAB/RPV-IM (n = 114). Se incluyeron pacientes que habían recibido al menos una dosis de mantenimiento intramuscular, con una mediana de seguimiento de 18 meses. Se compararon los costes de CAB/RPV-IM (incluida inducción) frente a la continuación hipotética con la terapia oral previa, utilizando precios de adquisición hospitalaria vigentes en nuestra comunidad autónoma. Se realizaron análisis de sensibilidad variando la frecuencia de administración (cada 56, 60 y 63 días) y se imputaron los costes de enfermería aplicando tarifas estandarizadas. El impacto se contextualizó en relación con el gasto anual global en personas con VIH (PVVIH) y con el presupuesto total de farmacia hospitalaria del hospital.

Resultados: En el escenario real (administración cada 56 días en consulta de enfermería), la sustitución de TAR oral por CAB/RPV-IM generó un incremento neto de costes del +13,8% en este subgrupo de PVVIH, atribuible fundamentalmente al mayor precio del inyectable y, en menor medida, al coste de administración. Sin embargo, la magnitud del impacto se redujo al simular el intervalo de administración a 60 días (+7,12%) y 63 días (+2,6%). Los costes de administración intramuscular resultaron marginales en comparación con el fármaco en todos los escenarios. El incremento presupuestario global representó únicamente el +1,5%, +0,79% y +0,29% sobre el gasto anual en PVVIH y el +0,17%, +0,08% y +0,03% del presupuesto anual de farmacia hospitalaria del centro, respectivamente.

Conclusiones: El cambio de TAR oral a CAB/RPV-IM en práctica clínica real supone un incremento presupuestario directo limitado, mitigable mediante la extensión del intervalo de administración dentro del periodo ventana. Los costes de enfermería son poco relevantes frente al precio del fármaco. Aunque el impacto absoluto en el presupuesto es muy moderado, la introducción de CAB/RPV IM requiere planificación para garantizar la sostenibilidad económica y la eficiencia organizativa.

P-029. EFICACIA DE LA SIMPLIFICACIÓN DE TAR A DOLUTEGRAVIR Y LAMIVUDINA EN PVVIH CON RESISTENCIA PREVIA A LAMIVUDINA (M184V/I PROBADA O SOSPECHADA): EXPERIENCIA EN VIDA REAL

Ana María Aldea Gamarra, Víctor Manuel Martínez Castilla, Aurora Gómez Tórtola, Almudena Bartolomé Muñoz, María Teresa Aldamiz-Echevarría Lois, Francisco Tejerina Picado, Leire Pérez Latorre, Cristina Díez Romero, Ana Álvarez Uria y Chiara Fanciulli

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: Evaluar la eficacia del régimen antirretroviral de simplificación basado en dolutegravir + lamivudina (DTG/3TC) en personas que viven con VIH (PVVIH) con antecedente de resistencia a lamivudina (mutación M184V/I confirmada o sospechada) a las 24, 48 y 96 semanas del cambio de tratamiento.

Métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo incluyendo PVVIH virológicamente suprimidos, que realizan cambio de TAR con DTG/3TC, con resistencia previa a 3TC (presencia de M184V/I probada o sospechada por historia de TAR previa), en un hospital de tercer nivel entre 2020 hasta 2024. El éxito virológico se definió como carga viral < 50 copias/mL, mientras que el fracaso virológico como

dos cargas virales consecutivas > 50 copias/mL y/o una carga viral > 200 copias/mL seguida de abandono del seguimiento, a las semanas 24, 48 y 96. Las variables continuas se expresaron como media y desviación estándar (DE) en distribuciones normales, o mediana y rango intercuartílico (IQR) en caso contrario. Las variables categóricas se presentaron en frecuencias absolutas y porcentajes.

Resultados: Analizamos 60 pacientes que cumplían criterios de cambio a DTG/3TC con antecedente de resistencia a lamivudina. Las características basales de los mismos se detallan en la tabla. El tiempo medio desde la supresión virológica hasta el cambio a DTG/3TC fue de 206 meses (RIQ 170,5-227,5). Se documentó un único fracaso virológico, que ocurrió a los 27 meses desde el cambio a DTG/3TC; mientras que los demás pacientes permanecieron indetectables una mediana de 43,7 meses (RIQ 21,4-47,7 meses). Durante el seguimiento, 3 pacientes suspendieron el tratamiento con DTG/3TC y 5 abandonaron el seguimiento clínico.

Características basales	
Variable	Resultado
Edad (media ± DE)	58,45 ± 7,74
Edad (mediana [IQR])	59,5 (55,75-62,0)
Sexo (Hombres, n (%))	46 (76,66%)
SIDA previo (n (%))	13 (21,66%)
Número TAR previos (media ± DE)	7,3 ± 2,44
Nadir CD4 (mediana [IQR])	246 (42-501)
M184 confirmada (n)	14
M184 sospechada (n)	46

DE: desviación estándar; IQR: rango intercuartílico.

Conclusiones: La proporción de pacientes que mantuvo carga viral indetectable tras el cambio a DTG/3TC fue muy elevada, lo que confirma su eficacia y durabilidad en PVVIH con supresión virológica, aun en el contexto de resistencia histórica a lamivudina (M184V/I confirmada o sospechada).

P-030. CABOTEGRAVIR/RILPIVIRINA DE ACCIÓN PROLONGADA EN PERSONAS CON VIH ≥ 50 VS. < 50 AÑOS: EFECTIVIDAD, TOLERANCIA Y SATISFACCIÓN

Montserrat Laguno, María Martínez-Rebollar, Lorena de la Mora, Leire Berrocal, Berta Torres, Paula Arreba, Ivan Chivite, Alexy Inciarte, Juan Ambrosioni, José Luís Blanco, Julia Calvo, Alberto Foncillas, Abiu Sempere, Roger Llobet, Josep M Miró, Esteban Martínez, Elisa de Lazzari, Josep Mallolas y Ana González-Cordón

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Introducción y objetivos: A pesar de la elevada eficacia y seguridad demostrada en ensayos clínicos y vida real de la terapia de acción prolongada con cabotegravir/rilpivirina (CAB/RPV-AP); existe poca información centrada en personas ≥ 50 años, colectivo que representa el 55% de las personas seguidas en España.

Métodos: Análisis de la efectividad, seguridad, tolerancia y satisfacción de la terapia con CAB/RPV-AP en personas ≥ 50 años incluidas en un estudio observacional, prospectivo aprobado por el CEIm del Hospital Clínic de Barcelona. Los datos clínicos y PRO se recopilaron a través de cuestionarios electrónicos. La efectividad del tratamiento se definió como el ARN del VH < 50 copias/ml en el análisis por tratamiento (OT), intención de tratar modificada (mITT) e intención de tratar (ITT).

Resultados: Entre el 2-Feb-23 y el 13-Feb-2025, se incluyeron en el estudio 741 participantes, de los cuales 226 (30%) personas ≥ 50 años. Significativamente, en este grupo había más mujeres (14 vs. 5%), personas nacidas en España (63 vs. 33%) con uso previo de drogas intra-

venosas (13 vs. 2%), más tratamientos concomitantes (8 vs. 4%) y antecedentes de SIDA (19 vs. 4%), mayor tiempo en terapia (mediana 15 vs. 5 años), más fracasos virológicos documentados (6 vs. 1%) y menor nivel nadir de CD4. La mitad de los pacientes en ambos grupos tenían un genotipado basal del VIH, pero las personas ≥ 50 años más mutaciones (58 vs. 36%). Los motivos de cambio a CAB/RPV-AP difirieron entre los dos grupos (p = 0,001), siendo la propuesta médica y el interés por nuevas pautas más frecuentes en la población ≥ 50 años. Completaron 52 semanas potenciales de seguimiento 157 personas ≥ 50 años y 304 personas < 50 años. La efectividad de CAB/RPV-AP fue similar: 99% OT, 89% mITT, 89% ITT en el grupo de ≥ 50 años versus 99%, 93%, 88% en el resto. Se detectó fracaso virológico (dos CV ≥ 50 cop/ml consecutivas) en 3 y 5 pacientes respectivamente, 2% de los participantes por grupo. Los efectos adversos (10% de los pacientes) y las interrupciones relacionadas con la medicación (3 vs. 1%), no mostraron diferencias entre los grupos. La tolerancia y la percepción del dolor tras los primeros pinchazos fue mejor en el grupo de personas ≥ 50 años (p = 0,007) pero menor satisfacción global al CAB/RPV-AP a las 52 semanas (p = 0,041).

Conclusiones: El CAB/RPV-AP en personas ≥ 50 años, con larga infección por el VIH y polifarmacia mostró una alta efectividad, similar a la población joven, y una mejor tolerancia.

P-031. INTENSIFICACION WITH MARAVIROC AT ANTIRETROVIRAL THERAPY INITIATION MODULATES IL-18 AND INFLAMMATION-DRIVEN IMMUNE PATHWAYS IN PEOPLE WITH HIV

Erick de la Torre Tarazona¹, Sergio Calderón-Vicente¹, María Fons-Contreras¹, Marta Rava², Francisco Tejerina³, Ignacio de los Santos Gil⁴, Cristina Moreno², José Miguel Gómez Verdú⁵, Harkaitza Azkune Galparsoro⁶, Carlos Galera Peñaranda⁷, José Alcamí⁸, Alfonso Muriel¹, Sergio Serrano-Villar¹ and Santiago Moreno¹

¹Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ²Instituto de Salud Carlos III, Madrid. ³Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ⁴Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. ⁵Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia. ⁶Hospital Donostia, San Sebastián. ⁷Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. ⁸Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Introduction: Elevated levels of inflammatory markers in people with HIV (PWH) despite antiretroviral therapy (ART) have been associated to comorbidities and disease progression. Since CCR5 signaling plays a role not only in HIV entry but also in immune activation, it has been proposed that maraviroc (MVC) administration could further attenuate inflammation, although studies have reported inconsistent results. This study aimed to evaluate a broad panel of inflammatory markers to better characterize the potential immunomodulatory impact of MVC intensification at ART initiation.

Methods: We conducted a longitudinal observational study involving: PWH who included MVC (MVC-group, n = 14) or not included MVC (non-MVC-group, n = 28) in the initial ART regimen. Participants from both groups were matched by sex, age and ART regimen (excluding MVC). Inflammatory markers in plasma were measured using Proximity Extension Assay (PEA) and enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA). The dynamics of inflammation markers were analyzed by mixed multivariate models. Functional analyses were performed to identify enriched biological pathways in the study groups.

Results: First, the evaluation with PEA showed that up to fifteen inflammatory markers, such as CXCL9, CXCL10, CXCL11, IFN-gamma, CD8A, CCL19, among others, varied significantly over ART initiation in both study groups (q-value < 0.1). Comparing the trajectories of the inflammatory markers among the groups, we observed that interleukin-18 (IL-18) levels significantly declined in the MVC-group over treatment (18% per year) but not in the non-MVC-group (p-value =

0.028). To validate these results, we measured IL-18 levels by ELISA, showing a decline of 35% per year in the MVC-group (p -value = 0.035). Finally, functional enrichment analyses showed a stronger downregulation of inflammation-mediated immune response pathways, mainly the chemokine signaling pathway, in the MVC-group (q -value < 0.05).

Conclusions: The addition of MVC to the initial ART regimen may contribute with a greater reduction of IL-18 levels and a stronger downregulation of inflammatory pathways, which have been previously associated with HIV pathogenesis, offering insights into strategies to mitigate persistent inflammation in PWH.

P-032. LONG-TERM CHANGES IN WEIGHT AND BODY MASS INDEX (BMI) IN PATIENTS ON BIC/TAF/FTC

Ana María Moreno Zamora, María Jesús Vivancos Gallego, José Luis Casado Osorio, Manuel Vélez Díaz-Pallarés, Raquel Ron González, Carmen Cano de Luque, Marta Rosas Cancio-Suárez, Roser Navarro, Santos del Campo Terrón, Alfonso Muriel, Fernando Dronza Núñez, Santiago Moreno Guillén and María Jesús Pérez Elías

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Objectives: Assessment of weight and BMI changes, and discontinuation for this reason in 1219 PLHIV starting BIC/TAF/FTC between May 2019 (first availability) and February 2021 at a tertiary center in Madrid, Spain. Only subjects with baseline and last follow-up (FU) -due to discontinuation or data censoring on January 31, 2025- weight and BMI data were selected ($N = 930$).

Methods: Retrospective/prospective cohort study.

Results: overall median time on BIC/TAF/FTC 269w (1-299). Baseline BMI distribution: under normal 3% ($n = 31$), normal 51% ($n = 471$), overweight 37% ($n = 345$), obesity 9% ($n = 83$). PLHIV on prior TDF showed lower weight (72 ± 14 vs. 75 ± 13 kg, $p = 0.039$) and BMI (24 ± 4 vs. 25 ± 4 , $p = 0.003$). Pretreated PLHIV on prior TDF showed higher weight gain (3.77 ± 6 vs. 1.88 ± 6 kg, $p = 0.005$). 25 subjects (3%) discontinued BIC/TAF/FTC due to weight gain (mean +11 kg), after a median of 161w (28-259); 84% ($n = 21$) changed to a NNRTI-based regimen: RPV/TAF/FTC ($n = 12$), Doravirine/3TC ($n = 8$), EFV/TDF/FTC ($n = 1$), but after a median FU time of 90w (6-248), there were no significant changes in weight or BMI. By univariate analysis, African origin (14 vs. 3%, $P = 0.022$), age below 50y (3.6 vs. 1.5%, $p = 0.049$), and baseline obesity (6 vs. 0 vs. BMI below normal, 1.3% if normal, 4.1% if overweight, $p = 0.015$) were significantly associated to discontinuation due to weight gain, whereas in naive subjects the risk was lower (0 vs. 3%, $p = 0.06$). Of note, obese subjects showed less weight gain (0.71 ± 8 vs. 2.54 ± 6 , $p = 0.047$). Previous TAF or TDF were not significantly associated to discontinuations due to weight gain. 654 PLHIV remain on BIC/TAF/FTC (median 5y), mean weight gain 2,4 kg ($p = 0.0001$).

Conclusions: long-term FU on BIC/TAF/FTC showed a 3% rate of weight-gain related discontinuation. African origin, age below 50y, and baseline obesity led to higher discontinuation rates. A change of ART regimen did not lead to improvements in weight or BMI.

P-033. IN REAL LIFE, DOES LONG-ACTING CABOTEGRAVIR/RILPIVIRINE AFFECT WEIGHT OR BMI?

Santos del Campo Terrón, Ana María Moreno Zamora, María Jesús Vivancos Gallego, Miguel A. Amez Segovia, Cristina Fernández Chica, Sara Martín Colmenarejo, Carmen Cano de Luque, Manuel Vélez Díaz-Pallarés, Raquel Ron González, Roser Navarro, Marta Rosas Cancio-Suárez, José Luis Casado Osorio, María Jesús Pérez Elías and Santiago Moreno Guillén

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Objectives: Assessment of changes in weight and body mass index (BMI) in a cohort of 259 PLHIV attended at a tertiary center in Madrid, Spain, and at least one year on long-acting (LA) cabotegravir and rilpivirine (C/R), started between Jan 2023 (first availability) and April 2024.

Methods: Ongoing, retrospective/prospective cohort study. Follow-up (FU) data were censored on May 01, 2025.

Results: Male 88%, median age 44y (22-76, > 50y 37%), MSM 77%. Median time on ART was 111 months (1-385). Therapy prior to C/R was INSTI-based in 79% (64% BIC/TAF/FTC). At baseline median CD4 count was 733 cells/ml (31-2089), and 2% had detectable HIV RNA. The median FU was 22 months (12-32). There were no differences between baseline vs. end of FU BMI: underweight 2 vs. 1.5%, normal 44 vs. 42%, overweight 42 vs. 45%, obesity 12 vs. 12%. The mean weight gains an increase in BMI were $+0.3 \pm 4$ kg ($p = 0.3$) and $+0.1 \pm 1.4$ ($p = 0.1$), respectively. By univariate analysis, only sex at birth affected changes in body weight (-1.1 ± 4 in female vs. $+0.4 \pm 4$ in male, $p = 0.042$) or BMI (-0.3 ± 1.5 in female vs. 0.2 ± 1.4 in male, $p = 0.04$). Age (< 50 vs. > 50, $p = 0.2$), AIDS ($p = 0.8$), TAF in prior therapy ($p = 0.3$), or baseline obesity ($p = 0.8$) showed no association with changes in weight or BMI.

Conclusions: in PLHIV on C/R and a median FU of 22m, there were no significant changes in body weight or BMI. However, female gender was associated to weight loss and decreased BMI in comparison to male sex.

P-034. ENFERMERÍA Y VIH: IMPORTANCIA DE LA CONSULTA MONOGRÁFICA PARA LA CORRECTA ADHERENCIA Y SEGUIMIENTO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH EN TRATAMIENTO CON LA

Andrea Salom Vallespir, Araceli Serrano Bujalance, Adrián Rodríguez Rodríguez, Patricia Sorní Moreno, Aroa Villoslada Gelabert y Antoni Payeras Cifre

Hospital Universitari Son Llàtzer, Palma.

Introduction: El tratamiento antirretroviral (TAR) de acción prolongada con cabotegravir y rilpivirina intramuscular (CAB/RPV LA) representa una alternativa eficaz para personas que viven con VIH (pVIH). En este estudio se analiza la experiencia nuestro centro con CAB/RPV LA, con especial énfasis en la adherencia, en el contexto de una consulta monográfica de enfermería de VIH.

Métodos: Estudio longitudinal de los pacientes del Hospital Universitari Son Llàtzer incluidos en la cohorte eVIHa, que iniciaron tratamiento con CAB/RPV LA antes del 1 de enero de 2025. Se recogen las variables basales, los motivos de discontinuación del LA, los puentes orales realizados, y el número de inyecciones dentro del periodo ventana (entre 49 y 63 días de la anterior inyección). Se recogen datos de los pacientes con cargas virales (CV) superiores a 50 copias/mL en el seguimiento.

Resultados: De los 1.120 pVIH de nuestro centro, 115 habían iniciado tratamiento LA antes del 1 de enero de 2025. Se excluyeron a 11 pVIH que iniciaron el tratamiento durante un ensayo clínico. La media de edad fue 49 años (DE: 10), el 20,2% eran mujeres y el 60.6% eran españoles. La media del IMC fue de 26 kg/m^2 (DE: 4), y 13 (12,5%) tuvieron IMC mayor a 30 kg/m^2 . La media de CD_4 en el momento del cambio fue de 887 cel/uL (DE: 387), y todos los participantes tenían viremias indetectables (< 50 copias/mL) al inicio del tratamiento LA. De 1.104 dosis administradas, todas ellas estuvieron dentro del periodo de ventana. 6 pacientes realizaron puente oral con reinicio posterior de LA sin incidencias. 10 participantes (9.7%) suspendieron el tratamiento LA por los siguientes motivos: 5 por solicitud de medicación oral, 1 por reacción alérgica, 1 por gestación, 3 traslados a otros centros. Las características de los pacientes con viremias detectables se resumen en la tabla.

Características de los pacientes con cargas virales superiores a 50 copias/mL			
Paciente	Carga viral	Tiempo desde inicio LA (meses)	Cargas virales posteriores (copias/mL)
1	85	8	< 50
2	54	22	< 50
3	163	5	< 50
4	52	6	< 50; 83; 65
5	56	5	< 50
6	1620	3	< 50

Conclusiones: La adherencia al tratamiento LA en nuestro centro es muy elevada, administrándose el 100% de las dosis dentro del periodo de ventana. Todas las dosis se administran en una consulta monográfica de enfermería de VIH, lo cual favorece esta mayor adherencia, sin ningún fracaso virológico en este periodo.

P-035. REPROGRAMACIONES Y COSTE ASISTENCIAL DEL TAR INTRAMUSCULAR DE ACCIÓN PROLONGADA EN VIDA REAL, DATOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES

Francisco Fanjul¹, María Coll², Ana Gómez Lobón¹, Adrià Ferre¹, Antoni Campins¹, María Gómez¹, Begoña Chaves¹, Antoni Vanrell³, Freya Gargoulas³, Mari Àngels Ribas¹ y Melchor Riera¹

¹Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca. ²Universidad de Barcelona, Palma de Mallorca. ³Instituto de Investigación Sanitaria de las Islas Baleares, Palma de Mallorca.

Objetivos: Cuantificar la carga de reprogramaciones de cita en un programa real de terapia antirretroviral de acción prolongada intramuscular (cabotegravir/rilpivirina, IM-LA), estimar su impacto económico y describir la proporción de pacientes con $\geq 20\%$ y $\geq 40\%$ de reprogramaciones; además, documentar suspensiones y otras incidencias logísticas.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes que iniciaron IM-LA. Del registro asistencial se extrajeron, por paciente, número de dosis administradas, número de reprogramaciones y situación final (activo, suspensión [SX], traslado, exitus, paciente de difícil localización [PDL]). Se definió reprogramación como cualquier cambio de cita o no asistencia que requiriera contactar con el paciente mediante llamada telefónica y nueva cita. Se resumieron frecuencias y porcentajes con denominador en pacientes con datos completos. Para la estimación económica se tasó cada reprogramación en 27 € (llamada telefónica) + 63 € (nueva cita enfermería), y el exceso estructural anual de IM-LA frente a TAR oral en 7 visitas de enfermería/primer año y 6 visitas/año los siguientes (63 € cada una) + 1 visita médica/primer año (90 €), es decir, 531 € por paciente-año. Los datos económicos se basan en el listado de precios oficial de Islas Baleares (BOIB 180, 264, pág. 52753).

Resultados: Se analizaron 112 pacientes consecutivos a los que se había prescrito IM-LA (activos 91 [81,3%]; SX 18 [16,1%]; PDL 2 [1,8%]; traslados 2 [1,8%]; exitus 1 [0,9%]). En 108 pacientes con datos completos (2 prescripciones no se llegaron a administrar, 2 pacientes con datos no recuperados para el análisis) se registraron 850 administraciones y 93 reprogramaciones (76 considerando solo los primeros 12 meses de cada paciente). 49/108 pacientes (45,4%) presentaron ≥ 1 reprogramación; entre estos, la mediana de reprogramaciones fue 1 (media 1,90). 29/108 (26,9%) tuvieron reprogramado $\geq 20\%$ de sus citas y 11/108 (10,2%) $\geq 40\%$. El porcentaje medio de reprogramación por paciente fue 12,9%. El coste incremental asociado al inicio de 110 tratamientos IM-LA durante los primeros 12 meses en nuestra cohorte fue de 58.887 €.

Conclusiones: En práctica real, la implementación de IM-LA se asocia a una frecuencia elevada de reprogramaciones, concentrada en un subgrupo sustancial (≈ 1 de cada 4 pacientes con $\geq 20\%$ de visitas re-

programadas), con un impacto económico directo no desdeñable además de un incremento de tareas organizativas. Parece necesario implementar y optimizar estrategias dirigidas a optimizar la adherencia a las citas así como un circuito eficaz de reprogramación para evitar dosis fuera de periodo ventana.

P-036. DISCOVERY OF NOVEL DRUGS ACTING IN HIV-1 REPLICATION THROUGH SCREENING OF AN FDA/EMA APPROVED CHEMICAL LIBRARY

Luis Miguel Bedoya del Olmo¹, Manuela Beltrán Vicente², Paloma Jiménez Santana², Mercedes Bermejo Herrero², Almudena Cascajero Díaz², Nuria González Fernández², Irene Díaz-Marín², Javier Poyatos-García³, Alicia Novella⁴, Ariadna Bargiela⁵, Rubén Artero³, Francisco Díez-Fuertes², Javier García-Pérez² and José Alcamí Pertejo⁶

¹Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III y Departamento de Farmacología, Farmacognosia y Botánica, Universidad Complutense de Madrid, Madrid. ²Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid. ³Instituto Biotecmed de la Universidad de Valencia/Instituto de investigación sanitaria INCLIVA/CIBERER, Valencia. ⁴Instituto Biotecmed de la Universidad de Valencia/Instituto de investigación sanitaria INCLIVA, Valencia. ⁵Instituto de investigación sanitaria INCLIVA/CIBERER, Valencia. ⁶Infectious Diseases Service, Hospital Clinic, IDIBAPS, AIDS and HIV Research Group,, Barcelona.

Introduction: Prestwick Chemical Library is a commercially available collection of 1760 FDA-and EMA approved drugs, most off-patent. While it has been used for biological screening its potential activity against HIV-1 replication has not yet been investigated. The main objective of this study was to evaluate this library using a cell-based HIV-1 infection model, in order to identify novel inhibitors of viral replication or latency-reversing agents (LRAs) that could be repurposed for HIV therapy.

Methods: Compounds were dissolved at 5 mM and tested in a recombinant HIV-1 (NL4.3-Ren) infection assay in MT-2 cells, in which Renilla-luciferase expression reflects viral replication. Each compound was tested in triplicates at 0,5 and 5 μ M. Statistical analysis were performed using GraphPadPrism 9.0.

Results: Screening identified 2.5% and 5.9% of compounds as active at 0.5 and 5 μ M, respectively. The therapeutic class with the highest number of hits was anti-infectives (antivirals, antibacterials, antiparasitics, antifungals and antiseptics). Nevertheless, most anti-infectives tested, excluding antivirals, were inactive, suggesting heterogeneous mechanisms of action among the active compounds. Known anti-HIV agents present in the library (zidovudine, lamivudine, efavirenz, stavudine, zalcitabine) inhibited viral replication by > 50%, validating the assay. Other antivirals not targeting HIV (e.g., vidarabine, ganciclovir, ribavirin, famciclovir) were inactive. Saquinavir, a protease inhibitor, was also inactive, consistent with its mechanism of action in late replication steps not detected by this assay. Few LRAs were identified in the library, as valproate, vorinostat or imiquimod. Only vorinostat reduced replication, while none increased the viral transcriptional activity, limiting the utility of this assay for latency-reversing studies. Antineoplastics accounted for a high proportion of active hits, reflecting either the sensitivity of MT-2 cells to their cytostatic/cytotoxic effects or the potential impact of such drugs on cellular factors involved in the HIV cycle. On the other hand, compounds acting on viral unrelated targets were found to inhibit HIV-1 replication. Analgesic and anti-inflammatory drugs, antidepressants, cholinesterase inhibitors, antihistaminics, contraceptives, antiacids or antispasmodics are some examples of these drugs.

Conclusions: Along with expected hits such as antivirals and antineoplastics, several widely used drugs showed previously unrecog-

nized anti-HIV activity. These findings require further validation and mechanistic studies, which could contribute to the development of repurposed antivirals or novel insights into HIV-1 biology. Study limitations include the use of a single X4-tropic virus, a fixed infection time point, and the inability of the assay to detect latency-reversing activity.

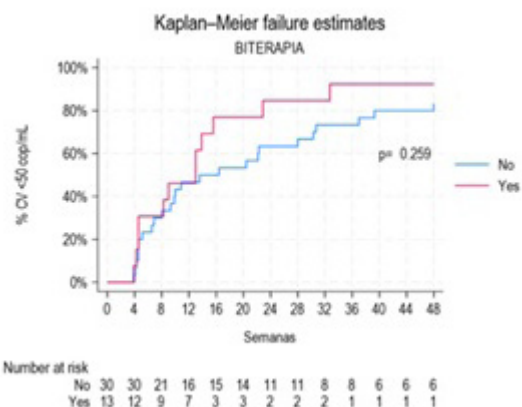
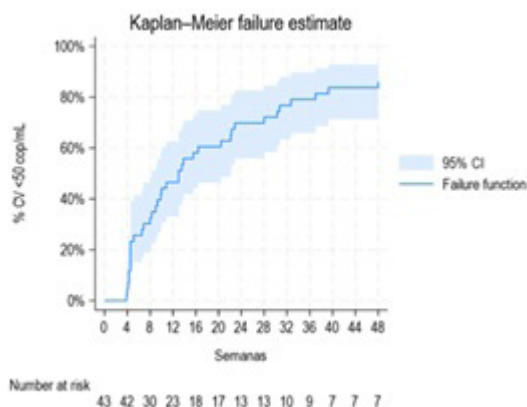
P-037. EFICACIA DE DOLUTEGRAVIR Y LAMIVUDINA COMO PAUTA DE INICIO EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH CON CD4 < 200/MM³: EXPERIENCIA EN VIDA REAL

Juan Carlos Donaire Castaños, Olaya Huergo Fernández, Blanca Lodeiros Armental, Irene Fernández López, Leire Pérez Latorre, Teresa Aldámiz-Echevarría Lois, Chiara Fanciulli, Francisco Tejerina Picado, Roberto Alonso Fernández y Cristina Díez Romero

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción y objetivos: Dolutegravir y lamivudina (DTG/3TC) en biterapia (BT) diaria han demostrado recientemente no inferioridad frente a la triple terapia (TT) en personas con VIH (PVVIH) con CD4 < 200 células/ml. Evaluamos la eficacia virológica y evolución clínica de DTG/3TC frente a TT en PVVIH con CD4 < 200/mm³ en la práctica clínica.

Métodos: Estudio retrospectivo realizado en el Hospital Gregorio Marañón (enero 2020-diciembre 2024), que incluyó PVVIH con CD4 < 200/mm³ al inicio de tratamiento antirretroviral (TAR). Variables continuas se expresaron como medianas (RIQ) y categóricas como frecuencias (%). La probabilidad acumulada de alcanzar carga viral < 50 copias/ml a lo largo del seguimiento se estimó mediante curvas de Kaplan-Meier. Se consideró significativo p ≤ 0,05.



Resultados: Se incluyeron 47 pacientes (BT n 14; TT n 33). Las características basales y de evolución clínica se describen en la tabla. El

recuento CD4 al diagnóstico fue más bajo en TT (64 vs. 123 células/mm³; p = 0,055), con mayor diagnóstico de SIDA (69,7 vs. 28,6%; p = 0,012). A la semana 48, la mediana de CD4 fue similar (BT 355 vs. TT 260 células/mm³; p = 0,355). La supresión virológica (< 50 copias/ml) se alcanzó en 72,7% (BT) y 76,9% (TT). No hubo diferencias en fracaso virológico (14,3 vs. 13,8%), abandonos, pérdidas de seguimiento ni hospitalizaciones. Se registraron tres muertes, todas en TT. La probabilidad acumulada de alcanzar la indetectabilidad en la semana 48 se representa en la figura.

	TT (N33)	BT (N14)	p
Edad , mediana (RIQ), años	44,2 (35,1-46,3)	35,7 (31,1-37,9)	0,014
Varón (n, %)	29 (87,9)	14 (100)	0,302
Lugar de procedencia (n, %)			0,471
España	9 (27,3)	4 (28,6)	
Latinoamérica	17 (51,5)	9 (64,3)	
Otros	7 (21,2)	1 (7,1)	
Mecanismo de transmisión sexual (n, %)	22 (66,7%)	14 (100,0%)	0,05
SIDA al diagnóstico (n, %)	23 (69,7)	4 (28,6)	0,012
CD4 al diagnóstico , mediana (RIQ)	64 (17-136)	123 (51-184)	0,055
Carga viral al diagnóstico , mediana (RIQ), copias/mL	347.769 (122.219-901.815)	230.200 (96.691-396.966)	0,264
CD4 semana 48 , mediana (RIQ)	260 (178-424)	355 (190-448)	0,355
Fracaso virológico (n, %)	4 (13,8)	2 (14,3)	1,000
Abandono de TAR (n, %)	2 (6,9)	2 (14,3)	0,585
Pérdida de seguimiento (n, %)	10 (30,3)	3 (21,4)	0,726
SIDA en seguimiento (n, %)	2 (7,1)	0 (0,0)	0,545
Hospitalización por SIDA en seguimiento (n, %)	2 (7,1)	1 (7,1)	1,000
Muerte (n, %)	3 (10,7)	0 (0,0)	0,539

Conclusiones: En PVVIH con inmunodeficiencia avanzada, DTG/3TC mostró eficacia virológica y recuperación inmunológica comparables a TT. No se observaron diferencias en desenlaces clínicos relevantes. Estos hallazgos respaldan la BT como opción inicial incluso en CD4 < 200 células/mm³, aunque limitados por el tamaño muestral y las pérdidas de seguimiento.

P-038. PERFILES DE RESISTENCIA A INHIBIDORES DE LA INTEGRASA EN PERSONAS CON VIH: EXPERIENCIA RECIENTE DE DOS CENTROS HOSPITALARIOS

Alejandro de Gea Grela¹, Sergio Julio Rodríguez Álvarez², María del Mar Arcos Rueda¹, Iker Falces Romero¹, Blanca Carrasco Fernández², Rosa de Miguel¹, Rafael Micán¹, Carmen Busca¹, Rocío Montejano¹, María Luisa Montes¹, José Ignacio Bernardino¹, José Ramón Arribas¹, Juan González García¹, Francisco Javier Esteban Fernández² y Luz Martín Carbonero²

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid. ²Hospital Universitario de Getafe, Getafe.

Introducción: Los inhibidores de la integrasa (INSTI) son el pilar del tratamiento antirretroviral (TAR). Aunque las mutaciones asociadas a resistencia (MAR) a esta familia son poco frecuentes, pueden limitar opciones terapéuticas. El objetivo fue describir casos de MAR a INSTI.

Métodos: Estudio retrospectivo (2021-2024). Se revisaron todos los estudios de resistencias (secuenciación masiva; 15% de umbral de detección) realizados en dos hospitales terciarios y se analizaron las características de los pacientes con MAR a INSTI.

Resultados: Identificamos MAR a INSTI en 34 pacientes: 8 pertenecían a PVVIH *naïve*, 8 eran *naïve* a TAR basado en INSTI y 18 habían recibido INSTI en algún momento. En los pacientes *naïve* para INSTI predominaron polimorfismos de bajo impacto sobre la sensibilidad, salvo un caso que presentó resistencia moderada/alta a raltegravir y

Tratamiento al fracaso	Patrón	Resistencia raltegravir	Resistencia dolutegravir	Resistencia bictegravir	Resistencia cabotegravir	Carga viral (copias)	Fracasos virológicos previos	TAR de rescate	Indetectable 24 semanas
RAL+TDF/FTC	T97A	Baja	Sensible	Sensible	Sensible	19.540	Sí	BIC/TAF/FTC	Sí
RAL+DRV/r	N155H	Alta	Baja	Baja	Intermedia	301	Sí	DTG+TAF/FTC+DOR	Sí
RAL+ABC/3TC	N155H-E157Q-S230R	Alta	Baja	Baja	Intermedia	10.100	Sí	DRV/c/TAF/FTC	Sí
RAL+DOR	G140A-Q148R	Alta	Intermedia	Intermedia	Alta	33.700	Sí	DRV/c/TAF/FTC+ETV	Sí
RAL+DRV/c	T97A	Baja	Sensible	Sensible	Sensible	264	Sí	DRV/c+DTG/3TC	Sí
DTG/3TC	E157Q	Baja	Sensible	Sensible	Sensible	7.930	No	BIC/TAF/FTC	Sí
DTG/3TC	R263K	Baja	Intermedia	Intermedia	Alta	3.800	No	DRV/c/TAF/FTC	Sí
DTG/3TC	G140S-Q148H-N155H	Alta	Alta	Alta	Alta	192.000	No	DRV/c/TAF/FTC	Sí
DTG/RPV	T97A-G140S-Q148H-E138A	Alta	Alta	Alta	Alta	88.400	No	DRV/c/TAF/FTC	No
DTG+DRV/c	E157Q	Baja	Sensible	Sensible	Sensible	240	Sí	DRV/c+DTG	Sí
LA-CAB+RPV	T97A-L74M-G140S-Q148K-Q148R-E157Q	Alta	Alta	Alta	Alta	128.000	No	DRV/c/TAF/FTC	Sí
LA-CAB+RPV	N155H-E138K	Alta	Baja	Baja	Baja	759	No	DRV/c+ABC/3TC	Sí
LA-CAB+RPV	E138K-Q148K	Alta	Intermedia	Intermedia	Alta	18.155	Sí	DRV/c/TAF/FTC	Sí
BIC/TAF/FTC	L74M-E138K-G140A-G140S-S147G-Q148R-G163K	Alta	Alta	Alta	Alta	2.120	Sí	DRV/c/TAF/FTC+DOR	Sí
BIC/TAF/FTC	R236K	Baja	Intermedia	Intermedia	Resistente	500	Sí	DRV/c/TAF/FTC	No
DTG+TDF/FTC	E157Q	Baja	Sensible	Sensible	Sensible	58.915	No	BIC/TAF/FTC	Sí

elvitegravir (G140C) sin detectar MAR en otras familias. Entre los expuestos a INSTI, 16 estudios se realizaron en fracaso virológico con INSTI (5 raltegravir, 6 dolutegravir, 2 bictegravir, 3 cabotegravir) (tabla). Los dos restantes fracasaron con triple terapia basada en IP: uno presentaba historia de fracaso previo a raltegravir y el otro se detectó el polimorfismo T97A.

Conclusiones: Las MAR a INSTI suelen presentar escasa relevancia para la elección inicial del TAR. En cambio, en fracasos con INSTI se identificaron perfiles de resistencia complejos que pueden limitar opciones terapéuticas y requerir esquemas avanzados.

P-039. MÁS ALLÁ DE LA CARGA VIRAL: PROS PARA MEDIR LA CALIDAD DE VIDA Y LA SATISFACCIÓN CLÍNICA DEL PRIMER TRATAMIENTO DE VIH DE ACCIÓN PROLONGADA

Marta Plaza de la Torre, Débora Martínez Pérez, Neus Gómez Muñoz, José Ignacio Mateo González, José Emilio Ballester Belda, Vicente Abril, Magdalena García Rodríguez, Carmen Ricart Olmos, Sofía Huete Brines, Ana Martínez-Carbonell Marín, Juan Miguel Guarino Gil, Miguel Ángel Serrano Moreno y Miguel García Deltoro

Consortio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Introducción y objetivos: A pesar de los avances terapéuticos que permiten el control virológico del VIH, persisten factores psicosociales que afectan significativamente a la vida de las personas que conviven con el VIH (PVIH). El estigma y la necesidad de un tratamiento antirretroviral (TAR) oral diario generan ansiedad, miedo y recuerdo constante del diagnóstico. Todo ello afecta al bienestar emocional y a la percepción global de salud de las PVIH. Este fenómeno, descrito como MAR (miedo-ansiedad-recuerdo), evidencia la importancia de considerar la calidad de vida en el manejo terapéutico de las PVIH. El primer régimen inyectable de acción prolongada comercializado en España representa un cambio de paradigma en el tratamiento del VIH. Su administración bimensual podría disminuir la carga psicológica del TAR y favorecer la adherencia terapéutica. El objetivo del estudio fue analizar el impacto del TAR inyectable de acción prolongada (TAR-LA) en la calidad de vida y satisfacción clínica de las PVIH tras un año de tratamiento.

Métodos: Se incluyeron 101 pacientes que iniciaron TAR-LA entre Feb-2023 y Feb-2024 en la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Consorci Hospital General Universitari de València. La calidad de vida y la satisfacción clínica se evaluaron mediante los cuestionarios SF-

36v2™ Health Survey y ESTAR validado en español (Ventura Cerdá *et al.*, 2007), aplicados al inicio del TAR-LA (*switch*) y tras 12 meses. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de los dominios físicos, emocionales, sociales y de la salud mental. Así como la mejora o no en la calidad de vida y la satisfacción clínica del TAR-LA tras 12 meses respecto al TAR oral previo al *switch*. El procesamiento estadístico se realizó con SPSS® 21.0.

Resultados: La cohorte incluyó un 84,2% de hombres, con una mediana de edad de 49 años (IQR 23-73). El SF-36 mostró puntuaciones elevadas en función física y rol físico tanto al *switch* como a los 12 meses, valoración positiva mantenida. El dolor corporal disminuyó de una mediana de 80% a 72%. El rol emocional basal mejoró en un 24,8% tras 12 meses. Un 26,7% de las PVIH reportó una calidad de salud mental baja al *switch*. De estos, el 22,2% y el 23,8% presentaron mejoría en la salud general y el rol emocional tras 12 meses, respectivamente. El cuestionario ESTAR evidenció una mejora en la satisfacción clínica y adecuación al estilo de vida. Alcanzó una puntuación global total de 98,33% (68-100) a los 12 meses del tratamiento.

Conclusiones: El TAR-LA mostró mejoras en la calidad de vida y en la satisfacción clínica de las PVIH. En nuestra cohorte las variables más destacadas fueron la adecuación al estilo de vida y la satisfacción clínica. Ambas reflejan un impacto positivo del TAR-LA tanto en la vida cotidiana como en la percepción global del bienestar de los pacientes.

P-040. PROFILE OF COMORBIDITIES IN INDIVIDUALS WHO ARE RECEIVING LONG-ACTING CABOTEGRAVIR AND RILPIVIRINE: REAL-WORLD INSIGHTS FROM THE RELATIVITY COHORT

María José Galindo Puerto¹, María Luisa Montes², Carmen Bucsa², Mariano Matarranz³, María Rosa Oltra Sempere¹, Laura Bermejo Plaza⁴, María Remedios Alemán Valls⁵, Miguel Torralba González de Suso⁶, María Fernández Regueras⁷, Alberto Díaz de Santiago⁸, Antoni Campins⁹, Adrián Rodríguez¹⁰, Alfonso Cabello Úbeda¹¹, Álvaro Cecilio Irazola¹², María del Carmen Navarro Sáez¹³, María Aguilera García¹⁴, Carmen Hidalgo Tenorio¹⁵, Luis Enrique Morano Amado¹⁶, David Vinuesa García¹⁷, María Josefa de la Asunción Villaverde¹⁸, Enrique Bernal Morell¹⁹, Rosa María Martínez Álvarez²⁰, Noemí Cabello Clotet²¹, Juan Tiraboschi²², Carmen Montero Hernández²³, María Jesús Vivancos²⁴, Cristina Díez Romero²⁵, Ruth Calderón Hernáiz²⁶, Desirée Pérez Martínez²⁷, Laura Gisbert Pérez²⁸, Alberto Romero Palacios²⁹, Rebeca Cabo Magadán³⁰, Josefa Francisca Soler González³¹, María Antonia Sepúlveda³², Antonio Jesús Sánchez Guirao³³,

Cristina Escrib³⁴, Raúl Parra Fariñas³⁵, Eva María Ferreira Pasos³⁶, Beatriz Valentín Casado³⁷, Ana Lérida Urteaga³⁸, Bárbara Alonso Moreno³⁹, María del Mar García Navarro⁴⁰, Patricia Noemí Barragán Gallo⁴¹, Noemí Ramos Vicente⁴², Marta Clavero Olmos⁴³, Marta Milian Sanz⁴⁴, Mikel del Alamo⁴⁵, Miguel Vicente Egido Murciano⁴⁶, Beatriz de la Calle⁴⁷, Óscar Luis Ferrero Beneitez⁴⁸, Roberto Pedrero Tomé⁴⁹, Jesús Troya García⁵⁰ and Relativity Group⁵¹

¹Hospital Clínico Universitario, Valencia. ²Hospital Universitario La Paz, Madrid. ³Hospital Infanta Leonor, Madrid. ⁴Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid. ⁵Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife. ⁶Hospital Universitario, Guadalajara. ⁷Hospital de Burgos, Burgos. ⁸Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda. ⁹Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca. ¹⁰Hospital Universitario Son Llàtzer, Palma de Mallorca. ¹¹Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid. ¹²Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. ¹³Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell. ¹⁴Hospital Universitario la Princesa, Madrid. ¹⁵Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. ¹⁶Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo. ¹⁷Hospital Clínico San Cecilio, Granada. ¹⁸Hospital de Denia Marina Salud, Denia. ¹⁹Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia. ²⁰Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ²¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ²²Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona. ²³Hospital Universitario de Torrejón, Madrid. ²⁴Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ²⁵Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ²⁶Hospital Universitario Fuenlabrada, Madrid. ²⁷Hospital Universitario San Agustín, Avilés. ²⁸Hospital Universitari Mutua de Terrassa, Terrassa. ²⁹Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz. ³⁰Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ³¹Hospital Universitario Cabueñes, Gijón. ³²Hospital Universitario de Toledo, Toledo. ³³Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia. ³⁴Hospital Verge de la Cinta, Tortosa. ³⁵Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla-IDIVAL, CIBERINFEC, ISCIII, Santander. ³⁶Complejo Asistencial de Segovia, Segovia. ³⁷Hospital Río Hortega, Valladolid. ³⁸Hospital de Viladecans, Viladecans. ³⁹Hospital Universitario Doctor José Molina Orosa, Las Palmas de Gran Canaria. ⁴⁰Hospital Universitari del Vinalopó, Alicante. ⁴¹Residencia Sant Camil de Sant Pere de Ribes, Barcelona. ⁴²Hospital Obispo Polanco, Teruel. ⁴³Hospital Universitario Infanta Elena, Madrid. ⁴⁴Hospital de Valls, Tarragona. ⁴⁵Hospital de Cruces, Baracaldo. ⁴⁶Hospital Universitario San Jorge, Huesca. ⁴⁷Hospital General Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina. ⁴⁸Hospital Universitario de Basurto, Basurto. ⁴⁹Fundación para la Investigación e Innovación Biomédica (FIIB) de los hospitales universitarios Infanta Leonor (Vallecas) y Sureste (Arganda del Rey), Madrid. ⁵⁰Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid.

Objectives: Cabotegravir and Rilpivirine long acting (CAB+RPV LAI) approved for people living with HIV (PLWH) offers high efficacy, safe-

ty, and convenience rates, and reduces the frequency of medication intake especially in individuals with comorbidities (IWC). The aim of this study is to characterize the comorbidities of PLWH who begin treatment with CAB+RPV LAI in real life and their impact on their effectiveness.

Methods: The RELATIVITY cohort is a multicentre, non-controlled, ambispective study including virologically suppressed PLWH who switched to CAB+RPV LAI and received the first dose before Dec 31st, 2024. In this subanalysis, were stratified into three groups based on comorbidity burden: none, one, or two or more comorbidities. Quantitative variables were compared using the Mann-Whitney U test, and categorical variables using Chi-square or Fisher's Exact tests.

Results: Of 3,203 individuals, 1286 (42.5%) had comorbidities. The IWC were older compared to those without comorbidities (median age: 53.0 [44.0, 59.0] vs. 41.0 [34.0, 48.0] p < 0.001) with higher BMI (25.5 [22.3, 28.5] vs. 24.3 [21.6, 26.9]; p < 0.001), Spanish (77.9 vs. 64.6%, p < 0.001). The number of comorbidities increases with the age (0, 1 and > 2: 41.0 [34.0, 48.0] 49.0 [41.0, 56.0] 57.2 [51.6, 63.0] p < 0.001). The most frequent were Dyslipidemia (56.6%), Hypertension (27.9%) and Psychiatric Disorders (29.9%). Virological failure was similar in both groups 0.9 vs. 0.7% (p = 0.55), without significant differences in the KM.

Conclusions: In real-life settings, switching to LAI CAB+RPV appears a safe and convenient treatment option for IWC and HIV. Further studies are needed to explore the long-term impact of CAB+RPV LAI on comorbidities and virological outcomes.

P-041. EFECTOS ADVERSOS INMEDIATOS TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE CABOTEGRAVIR Y RILPIVIRINA DE ACCIÓN PROLONGADA

Paula Arreba García-Abad, Ivana Muñoz Zaragoza, Nila Suárez Caramés, Leire Berrocal Garmendia, Elisa de Lazzari, Octavi Roman Salord, Rona Sagarra, Roger Llobet Sánchez, Josep Mallolas Masferrer, Montserrat Laguno Centeno y Ana González-Cordón

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Introducción: La implementación del tratamiento con cabotegravir y rilpivirina de acción prolongada (CAB/RPV-AP) ha demostrado ser eficaz, mejorando la adherencia y calidad de vida de muchas personas que viven con VIH. Se han descrito los efectos adversos más frecuentes, como el dolor en la zona de inyección, pero existe poca información sobre los efectos adversos inmediatos (EAI) asociados.

Objetivos: Describir los EAI que se presentan de forma inmediata y hasta quince minutos después de la administración de CAB/RPV-AP observados en las consultas de enfermería especializada.

P-041	With comorbidities (n = 1,286)	Without comorbidities p (N = 1,917)		0 comorbidities (N = 1,917)	1 comorbidity (N = 747)	2 or more comorbidities (N = 539)	p
Gender: Male n (%)	1,023/1,271 (80.5%)	1,675/1,904 (88%)	< 0.001	1,675/1,904 (88%)	608/737 (82.5%)	415/534 (77.7%)	< 0.001
Comorbidities							
Hypertension	355/1,271 (27.9%)			0	84/737 (11.4%)	271/534 (50.7%)	< 0.001
Diabetes mellitus	156/1,271 (12.3%)			0	23/737 (3.1%)	133/534 (24.9%)	< 0.001
Dyslipidemia	719/1,271 (56.6%)			0	329/737 (44.6%)	390/534 (73%)	< 0.001
Ischemic heart disease	47/1,271 (3.7%)			0	3/737 (0.4%)	44/534 (8.2%)	< 0.001
Cerebrovascular disease	31/1,271 (2.4%)			0	8/737 (1.1%)	23/534 (4.3%)	< 0.001
Peripheral vascular disease	17/1,271 (1.3%)			0	5/737 (0.7%)	12/534 (2.2%)	< 0.001
Chronic kidney disease	61/1,271 (4.8%)			0	10/737 (1.4%)	51/534 (9.6%)	< 0.001
Osteopenia/osteoporosis	149/1,271 (11.7%)			0	46/737 (6.2%)	103/534 (19.3%)	< 0.001
Chronic lung disease	93/1,271 (7.3%)			0	25/737 (3.4%)	68/534 (12.7%)	< 0.001
Psychiatric disorder	253/1,271 (19.9%)			0	132/737 (17.9%)	121/534 (22.7%)	< 0.001

Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional prospectivo en el Hospital Clínic de Barcelona, aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos (CEIM). Se invitó a participar a todas las personas que iniciaron CAB/RPV-AP. Para este estudio se evaluaron los EAI observados y registrados sistemáticamente por el personal de enfermería.

Resultados: Entre febrero de 2023 y julio de 2024, 587 usuarios recibieron 7,142 inyecciones de CAB/RVP-AP: 5.554 (78%) ventroglúteas y 1,588 (22%) dorsoglúteas, lo que equivale a 3.571 dosis CAB/RVP-AP. Se notificaron 46 EAI en 14 personas, 1 episodio/persona (0,4% de incidencia respecto a dosis administradas), con una mediana de 3 EAI por participante (IQR 2-4). El 93% eran hombres, 64% originarios de Latinoamérica y el 93% recibieron administración ventroglútea del fármaco. Los eventos con EAI se presentaron en la semana basal (en 4 participantes) y en las semanas 4 (1), 12 (2), 20 (3), 28 (3) y 52 (1), respectivamente, sin identificarse un patrón temporal definido. Los EAI observados más frecuentes fueron: eritema facial \pm tronco (17,4%), opresión torácica/disnea (15,2%), palpitations/taquicardia (15,2%) y sofoco/sudoración (13,1%). No hubo EAI de grados 3 o 4, la mayoría, 31 (67%), fueron leves, con una duración mediana de 5 minutos (IQR 3,5-10). Solo dos usuarios requirieron tratamiento sintomático: uno con diazepam y dexketoprofeno por taquicardia, hipertensión, disnea y dolor torácico, y otro con paracetamol, dexclorfeniramina y metilprednisolona por taquicardia, temblor y mareo. Tres participantes interrumpieron el tratamiento con CAB/RVP-AP y el resto continuó sin presentar nuevos EAI en las siguientes administraciones.

Conclusiones: Los EAI asociados a CAB/RPV-AP, aunque son poco frecuentes y generalmente de grado leve a moderado, se presentan de forma llamativa, generando inquietud. Esto subraya la necesidad de que el personal de enfermería disponga de los conocimientos y herramientas adecuadas para ofrecer consejo y acompañamiento al usuario.

P-042. EFICACIA Y SEGURIDAD DE BIC/FTC/TAF EN PERSONAS CON VIH SOMETIDAS A TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO (TOS)

Adrián Comincio González Ritonnale¹, Kamal Hammu Mohamed¹, Maria Tacias Pitarch¹, Rosa Blanes Hernández¹, Eva Calabuig Muñoz¹, Santiago de Cossío Tejido¹, Jennifer Sánchez Guevara², Juan Antonio Fernández Navarro¹, Miguel Salavert Lleti¹, y Marta Montero Alonso¹

¹Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. ²Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia.

Introducción y objetivos: La terapia antirretroviral (TAR) basada en bicitgravir (BIC) es una de las pautas preferentes en la actualidad por su alta eficacia, excelente tolerabilidad y mínimas interacciones farmacológicas. Sin embargo, la evidencia específica de bicitgravir/emtricitabina/tenofovir alafenamida (BIC/FTC/TAF) en el entorno de los pacientes con TOS sigue siendo limitada. EL objetivo de este estudio es evaluar la eficacia y seguridad de BIC/TAF/FTC en esta población.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, de un único centro. Se incluyeron todos los pacientes con VIH (PVVIH) receptores de TOS que recibieron BIC/FTC/TAF con al menos 48 semanas de seguimiento. Se recogieron variables demográficas, clínicas y analíticas.

Resultados: Se incluyeron 16 pacientes (de una cohorte de 83 PVVIH con TOS), el 75% (12/16) hombres, con una mediana de edad en el momento del trasplante de 53 años (rango 39-64). La distribución por órgano fue: hepático 11/16 (68,8%); renal 2/16 (12,5%); pulmón 2/16 (12,5%) y hepatorenal 1/16 (6,2%). En el momento del TOS la mediana de años con VIH fue de 24 (rango 12-39); todos con CV VIH indetectable y una media de linfocitos CD4⁺ de 342,7 \pm 226,1 céls/ μ L.

BIC/FTC/TAF se utilizó como tratamiento previo al TOS en 3 pacientes (18,8%) e iniciado tras el trasplante en 13 (81,2%). Un evento sida previo al TOS ocurrió en 7 (43,8%) pacientes. Durante el seguimiento, todos permanecieron con CV VIH indetectable y la variación mediana de CD4⁺ fue de +16 células/ μ L. No se documentaron efectos adversos graves ni interrupciones del TAR. Asimismo, no se registraron episodios de rechazo agudo del órgano trasplantado.

Conclusiones: Nuestra experiencia sugiere que los regímenes basados en BIC/TAF/FTC son eficaces, seguros y bien tolerados en pacientes con infección por VIH y TOS sin impacto negativo en la función del injerto ni en el control inmunoviroológico.

P-043. RESISTANCE IN DUAL THERAPY: IMMUNOVIROLOGICAL PROFILE OF NAÏVE PATIENTS ON DUAL THERAPY IN FOUR HOSPITALS OF THE COMMUNITY OF MADRID IN 2024

Alicia González Pozo, Raquel Téllez Pérez, Alfonso Cabello Úbeda, Beatriz Álvarez Álvarez, Miguel Górgolas Hernández-Mora, Mario Esteban Muñoz, Diana Casado Morán, Ana García Cabello and Ángel Luis Castaño Núñez

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Introduction and objectives: Dovato (DTG/3TC) is a dual therapy that has proven to be as effective and safe as conventional triple antiretroviral therapy. However, when resistance mutations affect either of the two components, they may have a greater impact. The objective is to study the profile of resistance-associated mutations (RAMs) and the immunovirological characteristics in naïve patients treated with Dovato compared with those starting other antiretroviral regimens.

Methods: A retrospective observational study was conducted including new HIV cases in four hospitals of the Community of Madrid (Fundación Jiménez Díaz, Rey Juan Carlos, Infanta Elena, and General de Villalba) during 2024. Demographic (sex, age), epidemiological, and immunovirological data (including HBV/HCV co-infection, CDC classification system, and baseline viral load) were collected. Genotypic resistance testing was performed using next-generation sequencing (NGS) to identify RAMs. Patients were divided into two groups according to initial treatment: Dual Therapy Group (DTG) and Non-Dual Therapy Group (NDTG).

Results: Among 93 new HIV diagnoses, most patients were men (91.4%), with a median age of 38 years, predominantly of non-Spanish origin (51.6%). The transmission route was sexual contact, mainly MSM (54.8%). Dual therapy (100% Dovato) was prescribed to 37 individuals (39.8%, only one woman), while 56 (60.2%, 12% women) received non-dual therapy. Significant differences were found between CDC categories: category A was more prevalent in DTG (89.2 vs. 64.3%; $p < 0.01$; OR 4.51, 1.46-16.8), with no patient in category C, whereas 21.4% of NDTG patients were in category C, specifically C3. Significant differences were also found in CD4 cell counts < 200 cells/ μ L, with 5.4% in DTG vs. 33.9% in NDTG ($p < 0.001$; OR 0.11, 0.02-0.46). Resistance testing was conducted in 87% of cases in both groups. In DTG, 37.5% of patients showed RAMs: Protease inhibitors (accessory) 1 (3.1%), Nucleoside/nucleotide reverse transcriptase inhibitors (NRTIs) 0, Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NNRTIs) 12 (37.5%), Integrase inhibitors (accessory) 1 (3.1%). In NDTG, 30.6% showed RAMs: Protease inhibitors (accessory) 3 (6.1%), NRTIs 3 (6.1%), NNRTIs 9 (18.4%), Integrase inhibitors (accessory) 1 (2%) and 1 major mutation (2%). In both groups, one patient experienced virological failure, in both cases attributable to poor adherence.

Conclusions: Dual therapy was more frequently prescribed in patients with better prognosis. Regarding RAMs, only a higher prevalence of NNRTI mutations was observed in the DTG, with no impact on treatment outcomes or the occurrence of virological failure.

P-044. ACEPTABILIDAD Y VIABILIDAD PERCIBIDAS POR LAS PVIH SOBRE LA ADMINISTRACIÓN DE CAB LA + RPV LA FUERA DE LAS UNIDADES VIH. RESULTADOS MES12 ESTUDIO IMADART

Alfonso Cabello Úbeda, Irene Carrillo Acosta, Aws Al-Hayani, Marta López de Las Heras, Cristina Algar, Inmaculada Burillo, Beatriz Álvarez Álvarez, Laura Prieto Pérez, Ignacio Mahílló Fernández, Macarena Bonilla, Laura García, José Manuel Caraballo, Mónica Esparis, Beatriz Gallego, Javier Bécares y Miguel Górgolas

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Introducción: El tratamiento con CAB LA + RPV LA ha demostrado una elevada preferencia por parte de las personas con VIH (PVIH). Sin embargo, su administración aún se restringe, mayoritariamente, a las unidades de VIH hospitalarias. Nuestro objetivo es evaluar la percepción de las PVIH sobre su administración fuera de las unidades de VIH, incluyendo centros cercanos a su domicilio, manteniendo la coordinación por parte de la unidad.

Métodos: Ensayo clínico de implementación, fase IV, aleatorizado (1:2), abierto, que evalúa la aceptabilidad y viabilidad por parte de los pacientes, sobre la administración de CAB LA + RPV LA en distintos entornos sanitarios: Hospital de Día general (HD) vs. Centros de Especialidades (CE), ambos gestionados por el centro. Los participantes completaron cuestionarios de aceptabilidad (AIM) y viabilidad (FIM) percibida, así como de satisfacción (HIVTSQ) y molestias (PIN) relacionados con el tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 90 PVIH. La aceptabilidad percibida mejoró un 19,6% (incremento AIM score +0,9 [IC95%: (-0,3) - 2,1]; $p = 0,084$) (de $5,6 \pm 4,9$ a $6,7 \pm 3,8$ [media \pm DE], [mín.: -8; máx.: +8]), siendo mayor en CE vs. HD ($p = 0,516$). La viabilidad percibida mejoró un 15,9% (incremento FIM score +0,9 [IC95%: (-0,5) - 2,4]; $p = 0,138$) (de $6,9 \pm 6,0$ a $8,0 \pm 4,9$ [media \pm DE], [mín.: -10; máx.: +10]), siendo mayor en CE vs. HD ($p = 0,658$). La proporción de participantes con un AIM score medio ≥ 6 y FIM ≥ 8 fue del 74,1% y 69,4% respectivamente. La satisfacción con el tratamiento (HIVTSQs score) mejoró un 13,0% a los 12 meses (+7 [IC95%: 4,4 - 9,1]; $p < 0,001$) (de $54 \pm 8,8$ a $61 \pm 7,0$ [media \pm DE], [mín.: 0; máx.: 66]), sin diferencias significativas entre centros. En relación con la inyección, los "nervios previos" a la misma descendieron un 87,7% (de un 29,3% a un 3,6%; $p < 0,001$), mientras que el dolor posterior disminuyó un 29,8% (del 32,9% al 23,1%; $p < 0,001$). Se mantuvo la efectividad observada en el análisis intermedio (ITT: pérdida = fracaso): la persistencia con el tratamiento fue del 92,2% (83/90) [IC95%: 84,6-96,8%] sin haber más discontinuaciones (una [1,1%] por reacciones en el lugar de inyección, cinco por retirada del consentimiento y otra por decisión del investigador). No se observaron cambios en el peso o el IMC.

Conclusiones: La administración de CAB LA + RPV LA fuera de las unidades de VIH, es percibida como una opción aceptable y factible por las PVIH, más aún tras un año de tratamiento. La satisfacción con la pauta mejora significativamente; todo ello, manteniendo una alta efectividad y tolerabilidad.

P-045. TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL CON DTG+3TC EN POBLACIÓN MIGRANTE SIN ESTUDIO DE RESISTENCIAS BASALES. EXPERIENCIA UNICÉNTRICA EN 6 AÑOS

Raquel Ron, Roser Navarro-Soler, Santos del Campo, Manuel Vélez-Díaz-Pallarés, Marta Rosas Cancio-Suárez, Javier Martínez-Sanz, M.^a Jesús Vivancos, Matilde Sánchez-Conde, Sergio Serrano-Villar, Ana M.^a Moreno-Zamora, José Luis Casado, José A. Pérez-Molina, M.^a Jesús Pérez-Elías y Santiago Moreno

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: Evaluar el uso de DTG+3TC en población migrante sin disponibilidad de estudio de mutaciones de resistencia basales.

Métodos: Estudio retrospectivo desde julio de 2018 a diciembre de 2024 de personas migrantes con VIH atendidas en el hospital Ramón y Cajal, que iniciaron TAR o simplificaron con DTG+3TC, con al menos un año de seguimiento. Se realizó análisis descriptivo de características demográficas y clínicas, análisis de supervivencia de Kaplan-Meier para evaluar durabilidad del tratamiento y regresión de Cox para identificar factores predictores de cambio terapéutico.

Resultados: Se identificaron 273 pacientes que habían recibido tratamiento con DTG+3TC, de los cuales se analizaron 243 y se excluyeron 30 por tiempo de seguimiento insuficiente. El 95,9% fueron simplificaciones del TAR y el 4,1% inicios de tratamiento. La mayoría fueron hombres (89,7%), con una mediana de edad de 37 años, procedentes de 40 países, siendo las regiones más frecuentes Latinoamérica (86,8%), África Subsahariana (3,7%) y Europa del Este (2,5%). El diagnóstico de VIH se realizó en el país de origen en un 70,8% de casos y en un 18,1% tras su llegada a España. El 8,6% tenían antecedente de SIDA. La mediana de CD4 al inicio o simplificación con DTG/3TC fue de 669 células/mm³ (364,4-973,6) con un cociente CD4/CD8 de 0,9 (0,4-1,4). La mediana de tiempo en tratamiento con DTG+3TC fue de 2,68 años (0,12-7,96), registrándose una adherencia $> 90\%$ en el 94,2% de pacientes. El tratamiento DTG+3TC demostró una alta durabilidad durante los primeros 3 años, manteniéndose por encima del 83% de retención. El 88,1% mantuvieron carga viral indetectable durante todo el seguimiento, detectándose 26 casos de blips, 2 casos de viremias de bajo nivel y un fracaso virológico confirmado. El tratamiento antirretroviral se modificó en 51 pacientes (20,9%). Las pautas de cambio más frecuentes fueron cabotegravir/rilpivirina (47%), en su mayoría por preferencia del paciente, y TAF/FTC/BIC (31,4%), DOR+3TC y TAF/FTC/RPV (9,8%) debido a efectos adversos (27,5%), adherencia reducida (13,7%) o repuntes virológicos (7,8%). En el análisis multivariante, el principal factor predictor del cambio fue la baja adherencia.

Conclusiones: La biterapia con DTG/3TC en personas migrantes sin estudio de resistencias basales fue mayoritariamente efectiva y segura, demostrando una alta eficacia virológica y durabilidad, sobre todo en simplificación. La adherencia constituyó el principal determinante de continuidad terapéutica, objetivándose cambios frecuentes posteriores a pautas long-acting principalmente por preferencia de los pacientes.

P-046. BITERAPIAS (2DR) EN PERSONAS VIH CON TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO (TOS): EFICACIA Y SEGURIDAD EN LA PRÁCTICA REAL

Kamal Hammu Mohamed¹, Adrián Comincio González Ritonnale¹, Maria Tasia Pitarch¹, Rosa Blanes Hernández¹, Eva Calabuig Muñoz¹, Santiago de Cossío Tejido¹, Jennifer Sánchez Guevara², Juan Antonio Fernández Navarro¹, Miguel Salavert Lleti¹ y Marta Montero Alonso¹

¹Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. ²Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia.

Introducción y objetivos: En personas con VIH receptoras de TOS, mantener la supresión virológica y preservar un estado inmunológico adecuado es esencial. Las biterapias (2DR) pueden reducir el riesgo de interacciones farmacológicas y la toxicidad frente a pautas triples, pero la evidencia en trasplante es limitada. El objetivo de este estudio es describir la experiencia del uso de 2DR en pacientes con VIH receptores de TOS en nuestro centro.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de la cohorte de pacientes con VIH sometidos a TOS de un centro que recibieron 2DR. Se analizaron datos demográficos, momento de inicio del 2DR (pre, post-TOS inmediato o seguimiento), seguridad, datos virológicos e inmunológicos en el momento del trasplante y a las 48 semanas.

Resultados: Se incluyeron 21 pacientes, todos varones, con edad media en el momento del trasplante de 51 años (rango 41-69). Respecto

al tipo de TOS: hepático 13 (61,9%), renal 5 (23,8%), hepatorenal 1 (4,8%) y pulmonar 2 (9,5%). En el momento del trasplante la mediana de años con infección VIH fue de 19,2 y habían presentado un evento sida 4 enfermos (19%). Encontramos el uso de 2DR en el pretrasplante en 5 pacientes (22,7%), en el postrasplante inmediato 5 (22,7%) y los 11 restantes en el seguimiento. Los regímenes utilizados fueron: DTG/3TC en 16 pacientes (76,2%), RAL/3TC en 3 (14,3%), ETR/RAL en 2 (9,5%), CAB/RPV intramuscular en 1 (4,8%) y DTG/RPV en 1 (4,8%). Dos pacientes recibieron dos esquemas de 2DR diferentes en el seguimiento. Solo 1 paciente interrumpió la terapia 2DR para pasar a triple terapia. Todos los pacientes presentaron carga viral (CV) VIH indetectable antes del trasplante; a la semana 48, 18 (94,7%) se mantuvieron así y solo 2 tuvieron CV detectable (26 y 156 copias/mL, respectivamente). La mediana de linfocitos CD4⁺ descendió de 432 céls/μL en el momento del trasplante a 308 céls/μL a las 48 semanas. No se documentaron efectos adversos graves asociados al TAR 2DR y no se registraron episodios de rechazo agudo del órgano trasplantado.

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con VIH y TOS, las biterapias, principalmente DTG/3TC, fueron eficaces con alta supresión virológica a las 48 semanas y sin descenso significativo de CD4⁺. Estos hallazgos sugieren que, con selección y monitorización adecuadas, las terapias 2DR son una alternativa válida en personas con VIH trasplantadas.

P-047. DOLUTEGRAVIR/LAMIVUDINA EN PACIENTES NAÏVE CON CARGA VIRAL > 1.000.000 COPIAS/ML: EFICACIA Y SEGURIDAD EN VIDA REAL

Edgar Padrón Sánchez, Azucena Bautista Hernández y Sofía de la Torre Puelles

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Introducción y objetivos: Dolutegravir/lamivudina (DTG/3TC) es una pauta consolidada de inicio en personas con VIH (PVVIH). No obstante, existen dudas sobre su eficacia en pacientes naïve con cargas virales de VIH (CV) extremadamente elevadas, habitualmente excluidos de ensayos pivotaes y considerados de mayor riesgo de fracaso virológico. La experiencia en vida real en este perfil es limitada, pese a que representa un escenario clínico de especial complejidad. El objetivo fue evaluar la eficacia y seguridad de DTG/3TC en PVVIH con CV basal > 1.000.000 copias/mL, en comparación con triple terapia basada en inhibidor de la integrasa (INI).

Métodos: Cohorte retrospectiva unicéntrica de PVVIH ≥ 18 años con CV al diagnóstico > 1.000.000 copias/mL, atendidas en un hospital terciario entre junio de 2017 y diciembre de 2024. Se incluyeron pacientes que iniciaron tratamiento con DTG/3TC o con triple terapia basada en INI, con seguimiento a 48 y 96 semanas. Se recogieron variables basales y evolutivas sobre características demográficas, control inmunoviroológico y seguridad.

Resultados: Se analizaron 43 pacientes (15 con DTG/3TC y 28 con triple terapia). No hubo diferencias basales significativas: CV log₁₀ 6,34 vs. 6,41 (RIC 0,6 vs. 0,5; p = 0,436), CD4⁺ media 361 vs. 440 (DE 172 vs. 324; p = 0,389), CD4⁺/CD8⁺ 0,45 vs. 0,42 (p = 0,839), estadio SIDA 3 pacientes vs. 8 (p = 0,719). Tampoco en tiempo hasta inicio del tratamiento (0 vs. 0,1 semana, p 0,312) ni hasta la supresión (36 vs. 42 semanas, p 0,581). A las 48 semanas, las tasas de supresión viral y recuperación inmunológica fueron similares en ambos grupos. En la semana 96, los pacientes en DTG/3TC presentaron menor CV media en log₁₀ (1,3 vs. 1,3 [RIC 0,02 vs. 0,6, p = 0,005] y mayor proporción de supresión < 50 copias/mL (RR 1,41; IC95%: 1,09-1,82). La triple terapia mostró más viremias de bajo nivel. En seguridad, se identifican muy pocos casos y no se observaron diferencias significativas en: efectos adversos, síndrome inflamatorio de reconstitución inmune, infecciones oportunistas, complicaciones médicas ni abandono del tratamiento.

Conclusiones: DTG/3TC mostró eficacia y seguridad comparables a triple terapia incluso en PVVIH naïve con CV > 1.000.000 copias/mL. La diferencia observada en las tasas de supresión a 96 semanas refuerza su potencial como opción simplificada en escenarios clínicos complejos. A pesar de las limitaciones inherentes al diseño observacional y al tamaño muestral reducido, nuestros hallazgos respaldan la seguridad de la pauta en este escenario y subrayan la necesidad de estudios prospectivos más amplios que permitan confirmar y generalizar estos resultados.

P-048. CAB LA+RPV LA ADMINISTRADO FUERA DE UNIDADES VIH. IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA, ESTIGMA Y LAS PREOCUPACIONES PSICOSOCIALES DE PVIH: RESULTADOS ESTUDIO IMADART- MES12

Alfonso Cabello Úbeda, Aws Al-Hayani, Irene Carrillo Acosta, Marta López de las Heras, Cristina Algar, Inmaculada Burillo, Beatriz Álvarez Álvarez, Laura Prieto Pérez, Ignacio Mahillo Fernández, Macarena Bonill, Laura García, Mónica Esparis, Beatriz Gallego, José Manuel Caraballo, Javier Bécares y Miguel Górgolas

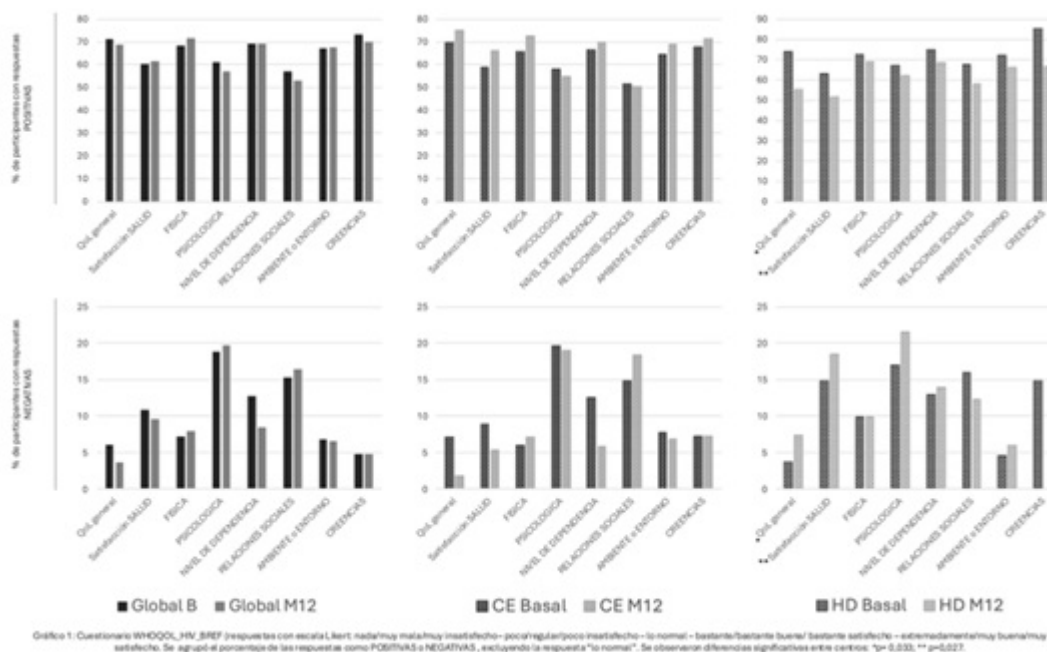
Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Introducción: Según nuestras guías de consenso, el tratamiento con CAB LA + RPV LA puede mejorar aspectos relacionados con la calidad de vida (QoL) de las personas con VIH (PVIH), habiendo demostrado ser opción terapéutica preferencial para éstas en diversos estudios. Nuestro objetivo es evaluar como impacta la administración fuera de las unidades de VIH, en aspectos como la QoL o el estigma.

Métodos: Ensayo clínico de implementación, fase IV, aleatorizado (1:2), abierto, que evalúa diferentes aspectos sobre la percepción de los participantes, acerca de la administración de CAB LA + RPV LA en distintos entornos sanitarios: Hospital de Día general (HD) vs. Centros de Especialidades (CE) cercanos al domicilio, ambos gestionados por el centro. Los participantes completaron cuestionarios de preferencia (oral vs. LA), estigma (Stigma 12-scale), QoL (WHOQOL_HIV_BREF) y retos psicosociales, relacionados con el tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 90 PVIH. En relación con la QoL, se observaron diferencias no significativas entre centros, documentándose un aumento de percepciones positivas y descenso de las negativas en aquellos del grupo CE (fig.). Se observaron niveles elevados de estigma en aspectos relacionados con la divulgación del estado serológico (basal: 64,7%; M12: 65,1%) y la opinión pública (basal: 42,5%; M12: 45,3%). Fueron menores la autopercepción negativa (basal: 26,5%; M12: 26,9%) y el estigma individualizado (basal y M12: 13,6%). Disminuyó significativamente el esfuerzo individual de los participantes para mantener en secreto su estado serológico (basal: 53 vs. M12: 42,2%; p = 0,043). No se observaron diferencias en el resto de los dominios, cuestiones específicas, ni entre centros. Se observó una disminución significativa de las preocupaciones psicosociales descritas: revelación del estado serológico (basal: 49,4 vs. M12: 15,6%; p < 0,001), recuerdo del estado serológico (56,7 vs. 12%; p < 0,001), olvido del tratamiento (63,9 vs. 24,1% p < 0,001) e interferencia con la actividad diarias (33,7 vs. 10,8% p < 0,001). Los participantes siguieron prefiriendo (94 vs. 94%) el tratamiento intramuscular al final del estudio; los motivos principales fueron: mayor comodidad (84,6%), preocupación diaria por el TAR (76,9%), llevarlo consigo (73,1%), que otros vean sus pastillas (59%) o el cansancio de tomar comprimidos (57,7%).

Conclusiones: La administración de CAB LA + RPV LA en centros más cercanos al domicilio, parece contribuir a mejorar significativamente algunos aspectos de la QoL de las PVIH, siendo necesarios estudios a mayor escala para profundizar en estos resultados. Este tratamiento de acción prolongada se relaciona de manera global con una reducción en preocupaciones psicosociales de las PVIH.



P-049. CABOTEGRAVIR/RILPIVIRINA DE ACCIÓN PROLONGADA EN PERSONAS QUE PRACTICAN CHEMSEX: EFECTIVIDAD, PERFIL DIFERENCIAL Y PERCEPCIÓN DEL TRATAMIENTO (PROS)

Maria Martínez Rebollar, Montserrat Laguno, Lorena de la Mora, Berta Torres, Leire Berrocal, Iván Chivite, Alexy Inciarte, Paula Arriba, Juan Ambrosioni, Alberto Foncillar, José Luís Blanco, Júlia Calvo, Esteban Martínez, Abiu Sempere, Josep Maria Miró, Roger Llobet, Elisa de Lazzari, Josep Mallolas y Ana González-Cordón
Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Introducción y objetivos: Existen datos limitados sobre el uso de cabotegravir/rilpivirina de acción prolongada (CAB/RPV-AP) en personas que practican *chemsex* (CSU). Este estudio analiza el perfil diferencial, efectividad, tolerabilidad y percepción del tratamiento en CSU frente a no usuarios (no-CSU) que iniciaron CAB/RPV-AP en el Hospital Clínic de Barcelona.

Métodos: Estudio observacional prospectivo unicéntrico aprobado por el Comité de Ética. Se recogió información clínica y cuestionarios electrónicos autoadministrados (ACCEPT, HAT-QoLc, y específicos de uso de sustancias y prácticas) basal y evolutivamente. Se evaluó la efectividad definida como RNA-VIH < 50 copias/mL [análisis on treatment (OT), modified intention-to-treat (mITT) y intention to-treat (ITT)], tolerancia y seguridad a Semana-52 (S52).

Resultados: Entre 2-Feb-2023 y el 13-Feb-2025, se incluyeron 741 pacientes que iniciaron CAB/RPV-AP, de los cuales 76 (10%) eran CSU; todos hombres (p = 0,008) y mayor proporción de participantes no españoles (62 frente a 54%, p = 0,049) sin otras diferencias significativas. El 49% reportó policonsumo, 30% prácticas de *slamming*, 86% sexo en grupo, 32% uso semanal, 38% mensual, y 15% no recuerda sexo sobrio. El 37% (24/67) reportó experiencias negativas previas. Los CSU que cambiaron a CAB/RPV-AP reportaban menor uso de metanfetamina (58 vs. 72%; p = 0,036), menos experiencias negativas (37 vs. 52%; p = 0,038) y menor percepción de necesidad de ayuda (27 vs. 49%; p = 0,001). La efectividad a S52 fue similar: CSU (n = 48): 100% OT, 95% mITT, 83% ITT; no-CSU (n = 413): 98%, 91%, 89%. Se administraron las inyecciones puntuales en el 93% de CSU vs. 96% en no-CSU. No hubo diferencias significativas en los fracasos virológicos (1 CSU vs. 7 no-CSU, p = 0,588) efectos adversos, ni discontinuaciones. Ambos grupos mejoraron en la percepción de recibir un tratamiento ventajoso (basal vs. S52: CSU: 74% a 97%/No CSU: 80% a 90%, p <

0,001) y una menor carga asociada (basal vs. S52: CSU: 59% a 100%/NO CSU: 69% a 89%) p < 0,001). Sin embargo, a la S52 los CSU mostraron menor satisfacción social (CSU vs. No CSU a las 52s: 54 vs. 80%, p < 0,001), menor preocupación por efectos físicos (CSU vs. No CSU a las 52s: 54 vs. 80%, p < 0,001), y menor miedo inicial a revelar el diagnóstico (CSU vs. No CSU al basal: 46 vs. 65%).

Conclusiones: CAB/RPV-AP es efectivo y bien tolerado en CSU, quienes muestran evolución positiva en aceptación del tratamiento. Persisten diferencias en bienestar emocional y social, sugiriendo necesidad de intervenciones complementarias.

P-050. CAB+RPV LONG-ACTING EN VIDA REAL: MÁS ALLÁ DEL GENOTIPO

Aws Al-Hayani, Alfonso Cabello Úbeda, Irene Carrillo Acosta, Beatriz Álvarez Álvarez, Laura Prieto Pérez, Marta López de las Heras, Gema Fuensalida Novo, Elia Asensi, Miguel Morante Ruiz, Ainara Durán, Paola Domingo Rodrigo, María Arrieta y Miguel Górgolas
Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Introducción: El tratamiento con cabotegravir más rilpivirina *long acting* (CAB LA+RPV LA) está limitada a aquellas personas con VIH (PVIH) sin resistencias a no análogos de nucleósidos (ITINAN). Sin embargo, en la práctica clínica en ocasiones no se dispone del test genotipo de resistencias (TGR) basales o previos.

Métodos: Estudio retrospectivo de PVIH que iniciaron CAB LA+RPV LA en un hospital terciario antes de julio de 2025.

Resultados: Se incluyeron 269 PVIH, mayoritariamente varones, cuyas características se describen en la tabla. El TRB estuvo disponible en el 53% de casos, previo al inicio de la pauta. La mediana de seguimiento de los pacientes fue de 12,73 meses (RIQ: 5,7-16,6), observándose una efectividad fue del 99,5% con un (0,4%) único fracaso virológico confirmado (FVC: 2 cargas virales de VIH-1 > 200 copias/mL), sin mutaciones de resistencias previas conocidas. La tasa de discontinuación global fue del 7,8% (21/269): dolor en el lugar de inyección (6/21; 2,2% de la cohorte global), cambio por preferencia de TAR oral (7/21; 2,6%), pérdida de seguimiento (4/21; 1,5%), cambio de centro (3/21; 1,1%), FVC (1/21; 0,4%) y otras causas (2/21; 0,7%). No se observaron diferencias relevantes según el origen (españoles vs. migrantes) en cuanto a efectividad, FVC o discontinuaciones (12 vs. 9).

Características basales	
Variable	Total (N = 269)
Género	
Hombre	256 (95,2)
Mujer	12 (4,5)
Mujer trans	1 (0,4)
Nacionalidad	
España	136 (54,6)
Europa	11 (4,4)
Latinoamérica	98 (39,4)
Otra	3 (1,2)
Edad (media ± DE)	44,1 ± 9,7
Comorbilidades	
HTA	24 (9,2)
DM	4 (1,6)
DL	51 (19,6)
Fumador	93 (35,6)
Coinfección VHC	27 (10,2)
AgHbs+ ¹	1 (0,4)
AcHbc+	59 (22,8)
AcHbs+ ²	198 (75,6)
Test de resistencias	
Disponible	142 (53)
No disponible/no realizado	126 (47)
Mutaciones basales	
K103N	5 (3,5)
E138K	2
E138A, V17E	1
TAR previo	
DTG/3TC	128 (47,8)
B/F/TAF	64 (23,9)
DTG/RPV	24 (9)
DRV/c/FTC/TAF	13 (4,9)
DTG/ABC/3TC	13 (4,9)
Otras pautas	26 (9,5)
Datos relativos a la infección VIH	
Tiempo desde diagnóstico de VIH (años) ± DE	11,7 ± 6,2
Estadio SIDA	33 (14,9)
CV < 50 cop/mL al inicio de CAB LA+RPV LA*	260 (97,7)
CD4 ⁺ al inicio de CAB LA+RPV LA	830 ± 323

¹Infección aguda por VHB que se autolimitó con seroconversión posterior. ²5 pacientes con AcHbs+ aislado. *6 pacientes que cambiaron a CAB+RPV LA im con CV VIH-1 < 200 cop/ml.

Conclusiones: En vida real, se pauta CAB LA+RPV LA sin genotipo de resistencias previo en cerca de la mitad de los casos, sin que ello impacte en la tasa de FVC ni en las discontinuaciones del tratamiento. En pacientes correctamente seleccionados, la ausencia de genotipo no compromete la efectividad ni la seguridad a medio plazo.

TRACK 02: Complicaciones infecciosas (incluyendo COVID-19, oportunistas y hepatitis virales)

P-051. LIPIDOMIC SIGNATURES OF METABOLIC DYSFUNCTION-ASSOCIATED STEATOTIC LIVER DISEASE (MASLD) AFTER HCV CURE IN PEOPLE WITH HIV: A LONGITUDINAL STUDY

Rubén Martín-Escolano¹, Ana Virseda-Berdeses¹, Belén Requena², Juan Berenguer³, Paula Muñoz-García¹, Juan González-García⁴, Carolina González-Riano³, Cristina Díez², Víctor Hontañón⁴, Teresa Aldámiz-Echevarría³, Amanda Fernández-Rodríguez¹, Coral Barbas², Salvador Resino¹ and María Ángeles Jiménez-Sousa¹

¹Instituto de Salud Carlos III, Madrid. ²Universidad San Pablo-CEU, Madrid. ³Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Madrid. ⁴Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introduction and objectives: Despite HCV clearance, some patients, particularly those co-infected with HIV, continue to experience persistent liver disease progression. Metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD) is a key contributor. The objective of this study was to characterize the lipidomic profiles linked to MASLD in HIV/HCV-coinfected patients with advanced fibrosis or cirrhosis at 1 and 6 years after DAA-induced SVR.

Methods: We included 52 HIV/HCV-coinfected patients with advanced fibrosis or cirrhosis who achieved SVR following HCV therapy. An untargeted lipidomic analysis was performed on plasma samples collected at year 1 (n = 52) and year 6 (n = 29) post-SVR using liquid chromatography-mass spectrometry in both positive and negative ionization modes. The primary outcome was MASLD, defined by a Hepatic Steatosis Index (HSI) ≥ 36 and the presence of at least one adult cardiometabolic risk factor. Statistical analyses included orthogonal partial least squares discriminant analysis (oPLS-DA) and generalized linear models (GLMs), with corrections for multiple testing.

Results: The prevalence of MASLD increased from 28.9% at year 1 to 44.8% at year 6 post-SVR. oPLS-DA models successfully differentiated patients based on MASLD status, identifying 225 and 167 discriminatory plasma lipids at year 1 and year 6, respectively (VIP score ≥ 1). Adjusted GLMs confirmed significant associations between MASLD and 116 lipids at year 1 and 49 lipids at year 6. At year 1, over 75% of significant lipids were glycerophospholipids (GPs), characterized by increased phosphatidylcholines (PCs) and phosphatidylethanolamines (PEs) and decreased lysophosphatidylcholines (LPCs) and lysophosphatidylethanolamines (LPEs) in patients with MASLD. At year 6, LPCs remained the most abundant differential lipid within the GP class. Additionally, LPEs, lysophosphatidylinositols, and fatty acids were decreased, while triglycerides were significantly increased at year 6.

Conclusions: MASLD was common during follow-up in this cohort, and lipid profiles indicated significant changes over time. Increases in PCs and triglycerides, alongside decreases in LPCs and LPEs, suggest ongoing metabolic alterations that may contribute to liver disease progression despite SVR. These findings highlight the potential role of lipid dysregulation in the pathogenesis of post-SVR liver disease, emphasizing the need for long-term metabolic and liver health monitoring in HIV/HCV-coinfected patients with advanced fibrosis or cirrhosis.

P-052. BASELINE LIPIDOMIC PROFILE AS A PREDICTOR OF POST-CURE METABOLIC DISORDERS IN HIV/HCV COINFECTED PATIENTS: A RETROSPECTIVE STUDY

Rubén Martín-Escolano¹, Juan Berenguer², Ana Virseda-Berdeses¹, Belén Requena³, Paula Muñoz-García¹, Juan González-García⁴, Carolina González-Riano³, Cristina Díez², Víctor Hontañón⁴, Teresa Aldámiz-Echevarría¹, Coral Barbas³, Salvador Resino¹ and María Ángeles Jiménez-Sousa¹

¹Instituto de Salud Carlos III, Madrid. ²Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Madrid. ³Universidad San Pablo-CEU, Madrid. ⁴Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introduction and objectives: People with HIV and hepatitis C virus (HCV) are at risk of developing metabolic complications after achieving a sustained virologic response (SVR), possibly due to persistent molecular alterations induced by HCV. We aimed to identify baseline (pre-treatment) lipid biomarkers associated with post-SVR metabolic events in patients with HIV/HCV coinfection and advanced fibrosis or cirrhosis receiving long-term suppressive antiretroviral therapy (ART). **Methods:** We conducted a retrospective study of 56 patients with HIV/HCV coinfection and advanced fibrosis or cirrhosis. Untargeted lipidomic profiling was performed on baseline plasma samples using

liquid-chromatography-mass spectrometry. The primary outcome was the development of metabolic events (diabetes mellitus and/or hyperlipidemia) during a follow-up period of up to seven years post-HCV treatment. Statistical analyses included orthogonal partial least squares discriminant analysis (OPLS-DA), Cox regression models, and Spearman correlations with inflammation-related biomarkers and immune checkpoint proteins, with multiple testing corrections using the false discovery rate (FDR).

Results: Metabolic events occurred in 25% of patients (14 out of 56) after achieving SVR. OPLS-DA identified 163 lipids (VIP [Variable Importance in Projection] scores ≥ 1) associated with these events, of which 24 were confirmed as significantly associated with metabolic risk by adjusted Cox regression models. Lysophosphatidylcholines (LPCs) were the most prevalent, with higher baseline levels linked to an increased metabolic risk. This high-risk profile also included higher levels of lysophosphatidylethanolamine (LPE), lysophosphatidylinositol (LPI), lysophosphatidic acid (LPA), phosphatidylcholine (PC), and diglyceride (DG) species, alongside lower levels of Cer 18:1;02/23:0. Furthermore, several lysophospholipids species were positively correlated with the pro-inflammatory cytokine IL-18, the anti-inflammatory suppressor IL-1RA, and the immune checkpoint proteins IDO and S100A8/A9.

Conclusions: Pre-treatment lipid dysregulation was associated with the development of post-SVR metabolic complications in HIV/HCV-coinfected patients. These findings suggest that HCV leaves a lasting metabolic imprint that contributes to adverse outcomes even after the virus is eradicated, highlighting a potential role for lipidomic profiling in risk stratification.

P-053. ¿EXISTEN DIFERENCIAS DE LA ENFERMEDAD TUBERCULOSA EN PACIENTES CON Y SIN INFECCIÓN POR VIH?

Miguel Torralba González de Suso, Covadonga López Virgós, Verónica Esteban Monge, Yolanda Escobar Navarro, María Rosa Lago Gómez, Simón Voger Conde, M.^a Elena Rodríguez Zurita, Alberto Delgado Fernández y Javier Martínez Sanz

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Introducción y objetivos: La infección por VIH (VIH) constituye el principal factor de riesgo para desarrollar tuberculosis (TB). Nuestro objetivo es analizar la enfermedad por TB en nuestra población y comparar las características de los pacientes con y sin infección por VIH.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo en el que se incluyeron pacientes diagnosticados de TB con y sin infección por VIH entre los años 2005-2025 en nuestra área sanitaria. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas, microbiológicas y terapéuticas.

Resultados: Se estudiaron 355 pacientes diagnosticados de TB. La coinfección por TB-VIH fue en 27 pacientes (10,8%). La tasa de incidencia de enfermedad tuberculosa es 41 veces mayor en personas que viven con VIH que sin VIH. Los pacientes con infección por VIH vs. no VIH tenían más posibilidad de ser varones (OR 2,8; $p = 0,034$), VHC (OR 8,9; $p < 0,001$), TBC extrapulmonar (OR 3,9; $p = 0,001$), TBC pulmonar no cavitada (OR 31,1; $p = 0,049$) y con mayor reacción paradójica (OR 11,6; $p < 0,001$) y fueron tratados con 9 meses o más ($p = 0,012$). Un porcentaje elevado de pacientes con TB valorados en neumología no tenían solicitada una serología de VIH (40%) frente a los servicios de Medicina Interna (5%) (OR 11,4; $p < 0,001$). No hubo diferencias estadísticamente significativas en la localización pleural, o meníngea. Tampoco en la proporción de PPD+ o IGRA +. Microbiológicamente aunque hubo algo más de resistencias en pacientes con infección por VIH a isoniácida o rifampicina esta no fue estadísticamente significativa.

Conclusiones: Los pacientes con infecciones por TBC y VIH presentan diferencias epidemiológicas, clínicas, y terapéuticas frente a

aquellos sin infección por VIH. En un porcentaje elevado de pacientes con enfermedad tuberculosa no se realiza la serología de VIH.

P-054. HIV STATUS DEFINES DISTINCT IMMUNOLOGICAL DRIVERS OF PERSISTENT PORTAL HYPERTENSION AFTER HCV CURE IN PEOPLE WITH ADVANCED CIRRHOSIS

Rubén Martín-Escolano¹, Amanda Fernández-Rodríguez¹, Laura Tarancon-Díez², Juan Berenguer², Helena Codina¹, Rafael Amigot-Sánchez¹, Juan González-García³, Víctor Hontañón³, Leire Pérez-Latorre², Luis Ibáñez-Samaniego³, Elba Llop-Herrera⁴, Antonio Oliveira³, Laura Díaz⁵, Isidoro Martínez¹, María Ángeles Jiménez-Sousa¹ and Salvador Resino¹

¹Unidad de Infección Viral e Inmunidad, Centro Nacional de Microbiología (CNM), Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Majadahonda. ²Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ³Hospital Universitario La Paz, Madrid. ⁴Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda. ⁵Instituto de Investigación Sanitaria del Gregorio Marañón, Madrid.

Objectives: Persistent portal hypertension after hepatitis C virus (HCV) cure remains a major determinant of prognosis in advanced cirrhosis, yet its immunological drivers are poorly defined, particularly in people with HIV (PWH). The hepatic venous pressure gradient (HVPG) is the gold standard for assessing portal hypertension and a strong predictor of outcomes. Despite high rates of sustained virological response with direct-acting antivirals (DAAs), a substantial proportion of patients show incomplete HVPG regression. Understanding the baseline immune features that condition post-cure recovery is essential for risk stratification and the development of targeted therapies.

Methods: We conducted a prospective multicenter study including 41 individuals with advanced HCV-related cirrhosis (18 people without HIV [PWoH] and 23 PWH) who achieved HCV cure with DAAs. All participants had baseline HVPG measurements and a follow-up evaluation 48 weeks post-therapy. Plasma biomarkers were quantified using a customized multiplex immunoassay, while detailed CD4⁺ and CD8⁺ T-cell immunophenotyping was performed by multiparametric flow cytometry. Associations between baseline immune markers and longitudinal HVPG changes were analyzed using generalized linear mixed-effects models, with q-values controlling for multiple testing.

Results: Baseline characteristics differed between groups: PWH were younger, more frequently male, and had a history of intravenous drug use, but baseline HVPG was comparable. Distinct immunological signatures of impaired HVPG regression emerged by HIV status. In PWoH, incomplete HVPG regression was associated with a proinflammatory cytokine profile [TNF- α (AMR = 1.13; $q = 0.012$), IL-17A (AMR = 1.28; $q = 0.012$), and IL-10 (AMR = 1.20; $q = 0.028$)] and broad CD4⁺ T-cell activation [HLA-DR+ (AMR = 1.44; $q < 0.001$), CD38+HLA-DR+ (AMR = 1.30; $q = 0.007$)], particularly within central memory (CM) and effector memory (EM) T cell subsets. Conversely, in PWH, impaired regression was driven by endothelial dysfunction [sVCAM-1 (AMR = 1.58; $q = 0.096$)] and a more restricted CD4⁺ T-cell activation pattern confined to EM [HLA-DR+, $q = 0.030$] and TemRA [CD38+HLA-DR+, $q = 0.030$] subsets. CD8⁺ T-cell phenotypes were not significantly associated with HVPG dynamics. Notably, a larger baseline CM CD4⁺ T-cell pool was protective only in PWoH (AMR = 0.75; $q = 0.074$).

Conclusions: Our study demonstrates that HIV coinfection fundamentally reshapes the immunological determinants of post-cure portal hypertension recovery. In PWoH, systemic inflammation and widespread CD4⁺ activation dominate, whereas in PWH, endothelial injury and a more exhausted memory T-cell phenotype are key. The absence of the protective CM CD4⁺ compartment in PWH underscores profound immune exhaustion in this population. These findings challenge a "one-size-fits-all" model and highlight the need for

stratified approaches to manage residual portal hypertension after HCV cure.

P-055. DIFFERENTIAL ASSOCIATION OF BASELINE PLASMA AND T-CELL IMMUNE PROFILES WITH LIVER STIFFNESS REGRESSION AFTER HCV CURE IN PEOPLE WITH AND WITHOUT HIV

Carlos Pita-Martínez¹, Laura Tarancon-Díez², Raquel Behar-Lagares¹, Juan Berenguez², Ana Virseda-Berdesic¹, Juan González-García³, Víctor Hontañón³, Leire Pérez-Latorre², Luis Ibáñez-Samaniego², Elba Llop-Herrera⁴, Antonia Oliveira³, Isidoro Martínez¹ and Salvador Resino¹

¹Unidad de Infección Viral e Inmunidad, Centro Nacional de Microbiología (CNM), Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Majadahonda. ²Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ³Hospital Universitario La Paz, Madrid. ⁴Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Introduction: Liver fibrosis regression after hepatitis C virus (HCV) cure is variable, particularly in patients with advanced cirrhosis. Although direct-acting antivirals (DAAs) achieve a sustained virological response (SVR) in over 95% of cases, the long-term risk of decompensation and hepatocellular carcinoma remains, suggesting the persistence of an “immunological scar.” Immunological drivers of fibrosis regression remain poorly understood, and the impact of HIV coinfection is especially unclear. This study aimed to identify baseline plasma and T-cell immune biomarkers associated with liver stiffness regression following DAA therapy in people with HIV (PWH) and without HIV (PWoH) and advanced cirrhosis.

Methods: We conducted a prospective multicenter study including 77 participants with HCV-related advanced cirrhosis (54 PWH and 23 PWoH) who achieved SVR after DAA therapy. Liver stiffness measurement (LSM) was assessed by transient elastography at baseline and 48 weeks post-treatment. Plasma cytokine concentrations were quantified using multiplex immunoassays, and T-cell immunophenotyping was performed by multiparametric flow cytometry on fresh blood samples. Associations between baseline biomarkers and longitudinal changes in LSM were evaluated using generalized linear mixed models, adjusting p-values with the Benjamini-Hochberg false discovery rate; q-values < 0.20 were considered significant.

Results: Distinct immunological signatures of LSM regression were identified according to HIV status. In PWoH, impaired regression was associated with elevated baseline levels of systemic proinflammatory cytokines, including IFN- γ , IL-2, IL-4, IL-17A, IL-1 β , and TNF- α (all AMR > 1; q < 0.05), together with higher frequencies of terminally differentiated (TemRA) CD4⁺ T-cells and senescent (CD57⁺) CD8⁺ T-cells across multiple subsets. Conversely, higher proportions of protective CD127⁺ TemRA CD8⁺ T-cells were strongly associated with improved regression (AMR: 0.72, q = 0.002). In contrast, plasma inflammation was not predictive in PWH. Instead, impaired regression was linked to higher frequencies of dysfunctional Effector Memory (EM) CD4⁺ T-cells, particularly the CD57⁺ subset, and activated Central Memory (CM) CD8⁺ T-cells (all AMR > 1, q < 0.20). A protective trend was observed for CD127 expression on total CD8⁺ T-cells (AMR: 0.61, q = 0.132).

Conclusions: Immunological determinants of liver recovery after HCV cure differ fundamentally by HIV status. In PWoH, systemic inflammation and T-cell exhaustion shape regression, whereas in PWH, the baseline functional state of T-cell memory pools is the primary driver. Importantly, a protective CD127⁺ survival phenotype across CD8⁺ T-cell populations emerged as a universal marker of improved recovery. These findings support the role of immune monitoring as a prognostic tool and highlight CD127⁺ T-cell preservation as a potential therapeutic target to enhance hepatic outcomes after viral cure.

P-056. HEPATOCELLULAR (HCC) SURVEILLANCE PRACTICES AMONG PEOPLE WITH HIV (PWH) AND HCV-RELATED CIRRHOSIS IN SPAIN (GESIDA-8514)

Juan Berenguer¹, Chiara Fanciulli¹, María M. Arcos², María J. Vivancos³, Pere Domingo⁴, Asunción Hernando⁵, Leire Pérez-Latorre¹, Julia Barrado⁶, Pablo Ryan⁷, Jordi Navarro⁸, Rosario Palacios⁹, Luis E. Morano¹⁰, José A. Iribarren¹¹, Ruth Caballero¹², María J. Galindo¹³, Ignacio de los Santos¹⁴, Ian López-Cruz¹⁵, Antonio Rivero¹⁶, Livia Giner¹⁷, Carmen Fariñas¹⁸, Coral García¹⁹, Marta Montero-Alonso²⁰, Óscar L. Ferrero²¹, Aroa Villoslada²², Josefa F. Soler-González²³, José Sanz²⁴, Sergio Rodríguez²⁵, Juan E. Losa²⁶, Enrique Bernal²⁷, Sergio Veloso²⁸, Laura Pérez-Martínez²⁹, Fernando Mateos³⁰, Laia Arbonés³¹, Raquel Franch³², Diana Corps³³, Cristina Martín³⁴, Gerardo Alonso³⁵, Marta Clavero-Olmos³⁶, Rafael Silvariño³⁷, Ramón Teira³⁸, Olga Belinchón³⁹, Marta de Miguel⁴⁰, Inmaculada Jarrín⁴¹ and Juan González-García²

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ²Hospital Universitario La Paz, Madrid. ³Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ⁴Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ⁵Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ⁶Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ⁷Hospital Infanta Leonor, Madrid. ⁸Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. ⁹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ¹⁰Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo. ¹¹Hospital Donostia, San Sebastián. ¹²Hospital Miguel Servet, Zaragoza. ¹³Hospital Clínico de Valencia, Valencia. ¹⁴Hospital de la Princesa, Madrid. ¹⁵Hospital Doctor Peset, Valencia. ¹⁶Hospital Reina Sofía de Córdoba, Córdoba. ¹⁷Hospital General de Alicante, Alicante. ¹⁸Hospital Marqués de Valdecilla, Santander. ¹⁹Hospital Virgen de las Nieves, Granada. ²⁰Hospital Universitario La Fe, Valencia. ²¹Hospital de Basurto, Bilbao. ²²Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca. ²³Hospital de Cabueñes, Gijón. ²⁴Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares. ²⁵Hospital de Getafe, Getafe. ²⁶Hospital Fundación Alcorcón, Alcorcón. ²⁷Hospital Reina Sofía de Murcia, Murcia. ²⁸Hospital Joan XXIII, Tarragona. ²⁹Hospital Universitario San Pedro, Logroño. ³⁰Hospital General de Albacete, Albacete. ³¹Hospital de Mataró, Mataró. ³²Hospital Virgen de la Cinta, Tortosa. ³³Hospital de Torrejón, Torrejón de Ardoz. ³⁴Hospital Virgen de la Concha, Zamora. ³⁵Hospital Rafael Méndez, Lorca. ³⁶Hospital Infanta Elena, Valdemoro. ³⁷Hospital San Eloy, Baracaldo. ³⁸Hospital de Sierrallana, Torrelavega. ³⁹Hospital Virgen de la Luz, Cuenca. ⁴⁰Fundación SEIMC/GeSIDA, Madrid. ⁴¹Centro Nacional de Epidemiología-ISCIII, Madrid.

Introduction and objectives: The European AIDS Clinical Society (EACS) guidelines recommend semiannual HCC surveillance for PWH with HCV-related cirrhosis, regardless of sustained virological response (SVR) status. We assessed adherence to EACS-recommended HCC surveillance in this patient population in Spain.

Methods: We analyzed data from three nationwide HCV prevalence surveys in PWH performed by GeSIDA in 2019, 2021, and 2023 across 39–41 centers in 32 cities from 14 of Spain's 17 autonomous communities. Eligible participants were those with current or past cirrhosis and no history of HCC. Cirrhosis was defined by liver biopsy, liver stiffness > 12.5 kPa, or clinical/biological criteria. Information on abdominal imaging for HCC surveillance were collected. Adherence was categorized as imaging within the past 6 months, 6–12 months, or not in the past 12 months.

Results: In 2019, 1,325 PWH were evaluated; 65 met inclusion criteria (3 with active HCV, 62 with prior SVR). In 2021, 1,421 were assessed; 58 met criteria (all with prior SVR). In 2023, 1,431 were assessed; 54 met criteria (all with prior SVR). Surveillance within 6 months was documented in 42% (2019), 40% (2021), and 50% (2023). Surveillance within 12 months (either within 6 or 6–12 months) ranged from 48% in 2021 to 70% in 2023. Lack of surveillance in the past year occurred in 32% (2019), 43% (2021), and 22% (2023). Missing documentation ranged from 6% to 9% across years (table).

HCC surveillance among PWH meeting study inclusion criteria			
Surveillance	2019 (N = 65)	2021 (N = 58)	2023 (N = 54)
In the past 6 mo.	27 (42%; 30-54)	23 (40%; 28-53)	27 (50%; 37-63)
Between 6-12 mo.	13 (20%; 12-31)	5 (9%; 4-19)	11 (20%; 12-33)
In the past 12 mo.*	40 (62%; 49-72)	28 (48%; 36-61)	38 (70%; 57-81)
Not performed in the past 12 mo.	21 (32%; 22-44)	25 (43%; 31-56)	12 (22%; 13-35)
No information	4 (6%; 2-15)	5 (9%; 4-19)	4 (7%; 3-18)

*Surveillance in the past 6 or 6-12 months. Values are number (percentage; 95%CI).

Conclusions: Adherence to EACS-recommended HCC surveillance in PWH with HCV-related cirrhosis was suboptimal in all surveys. A considerable proportion lacked documented surveillance in the prior year, and missing information was frequent. Targeted interventions such as systematic recall systems, electronic alerts, and proactive follow-up are needed to improve timely surveillance in this high-risk population.

P-057. EPIDEMIOLOGY OF BACTERIAL SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS (STIS) IN MSM WITH OR AT RISK OF HIV IN THE REGION OF MADRID (GESIDA_12121-RIS EPICLIN 08_2021)

Luis Ramos-Ruperto¹, Juan Berenguer², Pablo Ryan³, Mar Vera⁴, Leire Pérez-Latorre², Ignacio de los Santos⁵, María de Lagarde⁶, María J Vivancos⁷, Eva Orviz⁸, Beatriz Álvarez⁹, José Sanz¹⁰, Pilar Ruiz-Seco¹¹, Rafael Torres¹², Beatriz López-Centeno¹³, Marta de Miguel¹⁴, Inmaculada Jarrín¹⁵, Salvador Resino¹⁶, José M. Bellón², Luz Martín-Carbonero¹ and Juan González-García¹

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid. ²Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ³Hospital Infanta Leonor, Madrid. ⁴Centro Sanitario Sandoval, Madrid. ⁵Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. ⁶Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ⁷Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ⁸Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ⁹Fundación Jiménez Díaz, Madrid. ¹⁰Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares. ¹¹Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes. ¹²Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés. ¹³Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios (SERMAS), Madrid. ¹⁴Fundación SEIMC/GeSIDA, Madrid. ¹⁵Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII, Madrid. ¹⁶Centro Nacional de Microbiología (ISCIII), Majadahonda.

Introduction and objectives: We analyzed the epidemiology of bacterial STIs among MSM with HIV (MSM-WH) and those at risk of HIV (MSM-RH) in the region of Madrid, evaluating risk factors.

Methods: This prospective study (2021-2023) included MSM-WH from CoRIS and the Madrid Coinfection Registry (Madrid-CoRE), and MSM-RH from PrEP users at a public STI clinic. Participants were evaluated at baseline and follow-up (6 and 12 months). Sexual and substance use behaviors were assessed at baseline. STI screening (PCR for gonorrhea and chlamydia in pharyngeal, urethral, and rectal swabs, and syphilis serology) at each visit or when indicated. Base-

line prevalence and follow-up incidence were stratified by HIV status. Poisson regression identified risk factors for STI counts, adjusted for cohort effects and observation time.

Results: A total of 1,372 MSM participated (733 MSM-WH, 639 MSM-RH). MSM-WH were older (41 vs. 37 years), and 60% were native Spaniards. Overall, 725 STIs were diagnosed in 535 participants. Baseline prevalence and incidence rates are provided in the table. The STI prevalence ratio for MSM-RH versus MSM-WH was 1.18 (95%CI: 0.94-1.47), and the STI incidence rate ratio (IRR) was 1.27 (95%CI: 1.06-1.51). Significant risk factors were *chemsex* (adjusted IRR [95%CI] 1.39 [1.17-1.65]), condomless anal sex (aIRR 1.37 [1.05-1.80]), prior syphilis (aIRR 1.32 [1.06-1.64]), and prior chlamydia (aIRR 1.31 [1.077-1.59]). Older age (aIRR 0.99 [0.98-1.00]) and being a native Spaniard (aIRR 0.79 [0.68-0.91]) were protective. Sensitivity analyses confirmed findings.

Conclusions: Both MSM-WH and MSM-RH exhibited high bacterial STI prevalence and incidence. *Chemsex*, condomless anal sex, previous syphilis, and previous chlamydia were key predictors. STI screening and prevention should focus on these factors.

P-058. IMPACTO DE LA INFECCIÓN POR VPH68 SUBTIPO A EN PERSONAS CON VIH: NUEVAS PERSPECTIVAS PARA LAS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE CÁNCER ANAL

Melissa Bello-Pérez¹, Ana Gutiérrez-Ortiz de la Tabla², Paula Mascarell¹, Jose Alberto García³, Antonio Galiana⁴, Marta Fernández González¹, Javier García-Abellan¹, Sergio Padilla¹, Leandro López⁴, Félix Gutiérrez¹ y Mar Masía¹

¹Hospital General Universitario de Elche, Elche. ²Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. ³Universidad Miguel Hernández de Elche, Elche. ⁴FISABIO, Elche.

Introducción: El virus del papiloma humano (VPH) es una coinfección frecuente y relevante en personas con VIH (PVV), que incrementa significativamente el riesgo de cáncer anal. Aunque el papel del VPH16 está bien establecido, la contribución de otros genotipos de alta prevalencia, como el VPH68, permanece poco estudiada. Este trabajo investiga la actividad oncogénica de los subtipos de VPH68 y su asociación con las lesiones anales intraepiteliales escamosas de alto grado (HSIL), precursoras obligadas del cáncer.

Métodos: Se analizaron los exudados rectales de 200 PVV con citología anal normal. El análisis incluyó la determinación de 28 genotipos de VPH y la cuantificación de los oncogenes E6/E7 de los genotipos VPH16 y VPH68. El diagnóstico histológico de HSIL constituyó el desenlace primario. Se evaluaron estadísticamente las asociaciones entre los genotipos de VPH, la expresión génica viral y la presencia de HSIL, ajustando por infecciones múltiples de VPH y VPH16.

Resultados: La edad media de la cohorte fue de 50 años, el 83% eran varones y el 94% presentó carga indetectable de VIH. Se diagnosticó HSIL en 50 (25%) de los casos. Los genotipos más frecuentes fueron VPH68 (28,5%) y VPH16 (24,5%). Entre los positivos para VPH68, el subtipo VPH68a supuso el 65,3% de los casos y el resto se clasificó como VPH68b. En participantes con HSIL, los genotipos VPH16 (42%)

P-057. STI prevalence at baseline and incidence during follow up in MSM

Group	STI Type	Baseline Cases	Prevalence % (95%CI)	PY	Incident STIs	Incidence/100 PY (95%CI)
MSM-WH (N = 733)	Any STI	123	16.8 (14.1-19.7)	789.8	255	32.29 (28.56-36.5)
	Syphilis	63	8.6 (6.7-10.9)	789.8	92	11.65 (9.5-14.29)
	Gonorrhea	42	5.7 (4.2-7.7)	789.8	118	14.94 (12.47-17.89)
	Chlamydia	41	5.6 (4.0-7.5)	789.8	86	10.89 (8.82-13.45)
MSM-RH (N = 639)	Any STI	126	19.7 (16.7-23.0)	541.0	221	40.85 (35.80-46.60)
	Syphilis	50	7.8 (5.9-10.2)	541.0	51	9.43 (7.16-12.40)
	Gonorrhea	55	8.6 (6.6-11.1)	541.0	116	21.44 (17.87-25.72)
	Chlamydia	53	8.3 (6.3-10.7)	541.0	86	15.90 (12.87-19.64)

y VPH68 (34%) fueron los más frecuentes. El subtipo VPH68a se asoció independientemente y de forma significativa con HSIL, incluso en la ausencia de VPH16. Esta asociación no se encontró con el subtipo VPH68b. Los niveles de expresión de los oncogenes E6 y E7 de VPH68a fueron significativamente superiores en casos con HSIL frente a los sin HSIL (E6: 142,0 vs. 12,9 unidades relativas [UR], $p = 0,007$; E7: 82,5 vs. 9,1 UR, $p = 0,014$). Estas diferencias permanecieron significativas tras ajustar por los factores de confusión.

Conclusiones: El VPH68a es un subtipo de alto riesgo asociado con HSIL anal en PVV, independientemente de la presencia de VPH16. Su elevada expresión oncogénica sugiere un potencial oncogénico activo. Dada su prevalencia y fuerte asociación con HSIL, los resultados apoyan la inclusión de VPH68a en las estrategias de cribado y vacunación en población con VIH.

P-059. CLINICAL PROFILE AND CARE GAPS OF HIV/HBV COINFECTED PEOPLE IN SPAIN (GESIDA-12524)

Juan Berenguer¹, Pablo Ryan², Luz Martín-Carbonero³, Leire Pérez-Latorre¹, María J. Vivancos⁴, Jordi Navarro⁵, Roser Navarro⁶, Óscar L. Ferrero⁷, Rosario Palacios⁸, Pere Domingo⁹, Xabier Camino¹⁰, Marta Montero¹¹, Ignacio de los Santos¹², Luis E. Morano¹³, Ian López¹⁴, Jorge Valencia², Antonio Rivero¹⁵, Carmen Hidalgo¹⁶, Juncal Pérez-Somarriba¹⁷, José Sanz¹⁸, Carmen Fariñas¹⁹, Sergio Reus²⁰, Marta de Miguel²¹, José M. Bellón¹ and Juan González-García³

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ²Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. ³Hospital Universitario La Paz, Madrid. ⁴Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ⁵Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona. ⁶Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ⁷Hospital de Basurto, Bilbao. ⁸Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ⁹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ¹⁰Hospital Donostia, San Sebastián. ¹¹Hospital La Fe, Valencia. ¹²Hospital Universitario de la Princesa, Madrid. ¹³Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo. ¹⁴Hospital Doctor Peset, Valencia. ¹⁵Hospital Reina Sofía, Córdoba. ¹⁶Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. ¹⁷Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ¹⁸Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares. ¹⁹Hospital Marqués de Valdecilla, Santander. ²⁰Hospital General de Alicante, Alicante. ²¹Fundación SEIMC/GeSIDA, Madrid.

Introduction: Hepatitis B virus (HBV) remains the leading cause of chronic viral hepatitis among people with HIV (PWH) in Spain, with an estimated prevalence of 3.8% (95%CI: 2.8-5.0) in the most recent nationwide survey conducted by GeSIDA in 2023. Despite effective antiviral therapy, HBV continues to contribute substantially to liver-related morbidity and mortality in this population. We aimed to describe the clinical characteristics and management of HIV/HBV coinfection in Spain.

Methods: We conducted a multicenter cross-sectional study (June 2024–November 2024) across 21 centers in Spain, including all PWH with chronic HBV infection (≥ 2 HBsAg-positive results ≥ 6 months apart) under active follow-up. Data were collected using a standardized REDCap-based form. Cirrhosis was defined by biopsy, non-invasive methods, or clinical criteria. Hepatocellular carcinoma (HCC) screening was evaluated according to the 2024 EACS guidelines: individuals with cirrhosis, or if non-cirrhotic, those with ≥ 1 of the following: age > 45 years, Asian or African origin, HDV coinfection, or PAGE-B ≥ 10 (Caucasians). Family history was not assessed. Adequate screening was defined as liver ultrasound every 6 months. Individuals with prior HCC, missing cirrhosis/HCC data, or no indication for screening were excluded.

Results: A total of 771 PWH with chronic HBV infection were included. Median age was 56 years (IQR 48–61), and 84% were male at birth. Most were Caucasian (68%), followed by Hispanic (15%) and Black

(11%). Reported HIV acquisition routes were sex between men (43%), injection drug use (23%), and heterosexual contact (20%). Overall, 29% had a prior AIDS diagnosis, median CD4 count was 616 cells/ μ L (IQR 421–845), and 91% had HIV-RNA < 50 copies/mL. HBeAg was positive in 37%. Ninety-five percent were receiving HBV-active therapy, 96% of which was tenofovir-based, and 84% had undetectable HBV-DNA. HDV serology had been performed in 83%; of these, 19% were anti-HDV positive. Among those tested for HDV-RNA (76% of anti-HDV positives), 36% had detectable viremia. HCV antibodies were present in 26%. Overall, 14% had a current or prior diagnosis of cirrhosis, 12 individuals had current or past HCC, and 3 had undergone liver transplantation. Among 692 patients with an indication for HCC screening, adherence to EACS guidelines was 23%.

Conclusions: These findings reveal important gaps in the management of HIV/HBV coinfection in Spain and emphasize the need to strengthen HBV virological monitoring, ensure systematic HDV testing, and improve adherence to HCC screening recommendations in clinical practice.

P-060. INCIDENCIA DE DISPLASIA DE ALTO GRADO Y CÁNCER ANAL DENTRO DE UN PROGRAMA DE CRIBADO EN PACIENTES HSH/VIH+ EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Cristina Mora Jaén, Sofía del Barrio Rey, Luis Miguel Jiménez, Chiara Fanciulli, Francisco Tejerina, Teresa Aldámiz, Cristina Diez, Elena Bermúdez y Leire Pérez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: El objetivo principal de este trabajo fue determinar la incidencia de displasia de alto grado y cáncer anal en Hombres que tenían sexo con otros Hombres (HSH) con infección por VIH incluidos en el programa de cribado de cáncer anal en un hospital de tercer nivel. Fue objetivo secundario describir sus características basales.

Métodos: Estudio descriptivo observacional, retrospectivo y unicéntrico. Se incluyeron participantes del programa de cribado de cáncer anal en pacientes HSH con infección por VIH desarrollado entre enero 2017-junio 2025. En cada visita se realizaba una exploración externa anal, tacto rectal, anoscopia simple y, si existía lesión, biopsia de la misma. En función de los hallazgos y grado de inmunosupresión se fijaron categorías de riesgo alto, intermedio y bajo que establecían las revisiones en 1, 2 o 3 años respectivamente. La descripción de las variables categóricas se realizó mediante frecuencias y las variables continuas mediante mediana y RIQ. La incidencia se expresó como tasa de incidencia por cada 1.000 personas/año con un IC al 95%.

Resultados: Se incluyeron 311 pacientes. En el momento de la primera visita la mediana de edad fue 47 (38–54) años, con una mediana de tiempo desde el diagnóstico de VIH de 14 (10–15) años, perteneciendo 49 (15,76%) al grupo C del CDC, y 79 (25,4%) a la categoría 3. El 96,14% recibía tratamiento antirretroviral, y el 97,75% presentaba carga viral indetectable. Los CD4 basales fueron 801 (598–1.004) células/mL. Veinticuatro pacientes (7,72%) tenían antecedente de AIN 3 o cáncer anal. Tras una mediana de tiempo de seguimiento de 43 (36–60) meses se detectaron 2 casos de cáncer anal y 3 casos de AIN 3. La tasa de incidencia para cáncer anal fue de 2,17 casos por cada 1.000 personas/año con un IC95% (0,54–8,68) y para AIN 3, de 3,26 casos por 1.000 personas/año con un IC95% (1,05–10,10). Los dos pacientes con diagnóstico de cáncer anal tenían antecedentes de AIN 3 o cáncer anal, y estaban clasificados en la categoría de riesgo alto. Recibían tratamiento antirretroviral y tenían carga viral indetectable, con CD4 al inicio del programa de 390 y 1.101. El diagnóstico se realizó en estadios precoces tras un tiempo de seguimiento de 40 y 42 meses, siendo tratados mediante resección local.

Conclusiones: Observamos una incidencia de cáncer anal superior a los datos publicados en HSH con infección por VIH. Los dos casos de cáncer anal detectados recibieron un tratamiento curativo.

P-061. PERFIL METABOLÓMICO ASOCIADO A UNA RIGIDEZ HEPÁTICA SIGNIFICATIVA TRAS LA CURACIÓN DEL VHC EN PERSONAS CON VIH

Ana Virseda-Berduces¹, Juan Berenguer², Belén Requena³, Juan González-García⁴, Carolina González-Riaño³, Cristina Díez², Raquel Behar-Lagares¹, Victor Hontañón⁴, Amanda Fernández-Rodríguez¹, Coral Barbas³, Rubén Martín-Escolano¹, Salvador Resino¹ y María Ángeles Jiménez-Sousa¹

¹Centro Nacional de Microbiología (Instituto de Salud Carlos III), Majadahonda. ²Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ³Centro de Metabolómica y Bioanálisis (CEMBIO), Boadilla del Monte. ⁴Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción: Las personas con VIH (PVIH) curadas del virus de la hepatitis C (VHC) pueden presentar alteraciones metabólicas persistentes, lo que contribuye a un riesgo continuo de enfermedad hepática. El objetivo de este estudio fue caracterizar el perfil metabólico asociado a una rigidez hepática clínicamente significativa en PVIH, al año y a los cinco años después de la curación del VHC.

Método: Se realizaron dos estudios transversales en PVIH: al año (n = 48) y a los cinco años (n = 30) tras la curación del VHC. La rigidez hepática se evaluó mediante elastografía de transición (FibroScan). Los participantes se clasificaron según sus mediciones de rigidez hepática (LSM), definiendo un valor LSM \geq 12,5 kPa como clínicamente significativo. Se realizó un análisis metabólico no dirigido en plasma mediante electroforesis capilar acoplada a espectrometría de masas (CE-MS) y cromatografía líquida acoplada a espectrometría de masas (LC-MS). Para el análisis de datos, se utilizaron modelos de análisis discriminante de mínimos cuadrados parciales ortogonales (OPLS-DA) y modelos lineales generalizados (GLM) ajustados por las variables clínicas y epidemiológicas más relevantes.

Resultados: Al año y a los cinco años de la curación, 32 (66,7%) y 10 (33%) de las PVIH, respectivamente, presentaban valores de LSM \geq 12,5. El OPLS-DA identificó 235 y 229 metabolitos, respectivamente, que permitieron distinguir a los pacientes según la presencia de rigidez hepática clínicamente significativa (LSM \geq 12,5). Al año de la curación, los GLM ajustados confirmaron, en las PVIH con LSM \geq 12,5, una mayor proporción de glicerofosfolípidos, esfingomielinas y aminoácidos, y niveles más bajos de triglicéridos. A los cinco años, estos individuos mostraron niveles más altos de glicerofosfolípidos y acilcarnitinas, mientras que los triglicéridos y aminoácidos disminuyeron.

Conclusiones: En PVIH curadas del VHC, la rigidez hepática clínicamente significativa (LSM \geq 12,5 kPa) se asocia con un perfil metabólico plasmático distintivo, con alteraciones específicas en lípidos y aminoácidos al año y a los cinco años tras el tratamiento. Estos cambios, previamente asociados a la progresión de la enfermedad hepática, subrayan el potencial de la metabolómica como marcador precoz para identificar a pacientes con riesgo de desarrollar eventos hepáticos adversos.

P-062. TRENDS IN ACUTE HEPATITIS B AMONG PEOPLE LIVING WITH HIV OVER 25 YEARS: INCIDENCE AND CLINICAL OUTCOMES

María del Mar Arcos Rueda, Alejandro de Gea Grela, Carmen Busca Arenzana, Rafael Mican, Rocio Montejano Sánchez, Rosa de Miguel Buckley, Maria Luisa Montes, Jose Ignacio Bernardino, Juan González García and Luz Martin Carbonero

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

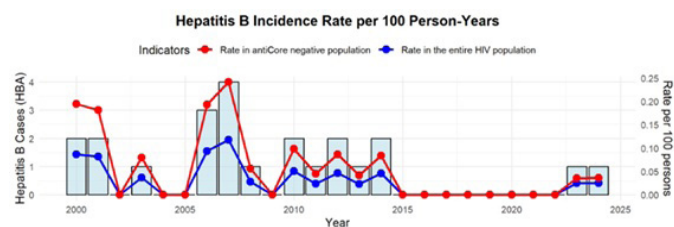
Introduction: Hepatitis B virus (HBV) infection remains a significant concern among people with HIV (PWH), who are at higher risk

of acquiring HBV. We aimed to update the incidence of acute hepatitis B (AHB) in a cohort of PWH, given recent epidemiological shifts including the increase in migrant populations and the wider use of antiretroviral therapy (ART) regimens lacking anti-HBV activity.

Methods: We conducted a retrospective single-center study including PWH under follow-up between 2000 and 2024. AHB cases were confirmed based on the recent positivity of HBsAg and anti-HBc IgM. Demographic, clinical, serological and ART-related data were collected. Incidence was calculated as cases per 100 person-years, and trends were analyzed in both the overall population and the susceptible subgroup (anti-HBc-negative).

Results: A total of 23 AHB cases were diagnosed among 5986 PWH, all men with mean age 35.7 years. The overall incidence rate was 0.02 (0.01-0.15) cases per 100 person-years, and 0.05 (0.01-0.3) in the susceptible subgroup. Incidence decreased over time, with no cases from 2015 to 2022, but two isolated cases re-emerged in 2023-2024. Of note, the most recent case occurred in an MSM *chemsex* user, with no serologic response despite a complete vaccination schedule, on CAB+RIL-LA. 21.7% had received full vaccination but failed to develop a serologic response. Only 26.1% of cases were on ART at AHB diagnosis, none were receiving tenofovir. The rate of progression to chronic hepatitis B was 17.4%, all cases in ART-naïve individuals.

Characteristic	Value
Sex	100% male
Mean age (years)	35.7
Risk group	91.3% MSM, 8.7% IDU
Country of origin	56.5% Spain, 39.1% Latin America, 4.4% other
Vaccination status	Unvaccinated 78.3%, Vaccinated non-responders 21.7%
ART at AHB diagnosis	17.4%
HBV transmission route	87% sexual, 13% parenteral
Chronicity	17.4%
HCV coinfection	26.1%
HIV-AHB simultaneous diagnosis	21.7%
CD4 count at AHB (cells/mm ³) mean	439



Conclusions: AHB incidence among PWH has declined over the past 25 years but remains higher than in the general population. The recent reappearance of isolated cases may reflect changes in HBV exposure risk, suboptimal vaccination coverage, or the increasing use of ART regimens without anti-HBV activity.

P-063. EVALUACIÓN DEL CRIBADO DE LA PATOLOGÍA IMPORTADA EN PERSONAS MIGRANTES CON VIH

Esther Expósito, Ana Visedo, Patricia González, Maria Eugenia Cavadas, Isabel Castilla, Nuria Miguel, Naomi Bermejo, Elena Echanove, Alberto Díaz-de Santiago, Ana Fernández-Cruz y Sara de la Fuente Moral

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Introducción y objetivos: Las personas migrantes que viven con VIH constituyen una población relevante en nuestras consultas. La co-

recta asistencia a este colectivo implica varios desafíos, entre los que se incluye el cribado oportuno de infecciones importadas en función del lugar de origen, especialmente en contextos de deterioro inmunológico avanzado en los que la patología importada puede presentarse como infección oportunista. El objetivo del presente trabajo es evaluar la eficacia del cribado oportuno de infecciones importadas, y describir la prevalencia de dichas infecciones en la Unidad de VIH de un hospital de tercer nivel.

Métodos: Se recogieron los datos epidemiológicos y clínicos de las personas migrantes con VIH vistas en nuestra consulta en el último año. En particular, se analizó la realización oportuna de cribado para diferentes patologías importadas.

Resultados: En los últimos 12 meses, 876 personas con VIH fueron atendidas en nuestras consultas, de las cuales 258 (29.45%) habían nacido fuera de España. La mayoría de los migrantes proceden de Latinoamérica (66%), principalmente Colombia y Venezuela, seguidos de Centroamérica (15%), y llevan viviendo en España casi 20 años. Un tercio de ellos hacen viajes frecuentes a su región de origen. De los pacientes procedentes de área endémica de esquistosomiasis, se realizó cribado serológico en el 82% de ellos. Respecto a la enfermedad de Chagas, solo fue cribada la mitad de la población procedente de área endémica, aunque en el caso de las mujeres y en los migrantes de origen boliviano el cribado supera el 90%. En cuanto a la esquistosomiasis, solo un tercio de las personas procedentes de área endémica han sido cribadas, aunque el porcentaje es claramente superior en los migrantes procedentes del África subsahariana. Más del 90% de los migrantes con VIH fueron cribados para infección tuberculosa latente cuando estuvo indicado.

Conclusiones: Las personas migrantes con VIH son una población muy relevante en nuestras consultas, y presentan algunas especificidades, entre las que destaca la necesidad del cribado oportuno de patología importada en función de su región de origen. Sería necesaria la implementación de protocolos de cribado sistemático para optimizar la asistencia a este subgrupo de pacientes.

eral population, partly due to chronic inflammation and immune dysregulation. This study aimed to identify plasma biomarkers associated with the risk of developing NADCs in a cohort of PWH on ART.

Methods: A case/cohort study was conducted within the Spanish CoRIS cohort, including 316 PWH on ART. Eligible adults had an undetectable HIV viral load and at least one plasma sample stored in the HIV Biobank 48 weeks after cART initiation (baseline). Incident NADC cases were defined as those diagnosed ≥ 3 months after the baseline; individuals with a prior history of the same cancer type were excluded. The study included 71 cases and a randomly selected subcohort of 245 participants. Plasma levels of 24 senescence-associated secretory phenotype (SASP) and immune exhaustion biomarkers were quantified using Luminex technology. Cox proportional hazards regression models with Borgan weighting were used to assess the association between marker levels and NADC incidence, with age as the time scale, and death as a competing event. Models were adjusted for demographic, clinical, and viro-immunological variables (all categorical); sex, geographic region, education, transmission route, smoking, prior AIDS, HIV-RNA, CD4 count, HCV, and HBV coinfection. Markers were analyzed as continuous (log₂-transformed) and categorical (quartiles) variables.

Results: At baseline, participants who developed NADCs were older (median 49.8 vs. 38.6 years), had lower nadir CD4 counts (median 203 vs. 317 cells/ μ L), and had a higher prevalence of smoking (33.8 vs. 26.9%), prior AIDS (28.2 vs. 12.7%), and HCV/HBV coinfection that those who did not. In the adjusted models, higher plasma levels of 12 markers were associated with increased NADC risk after controlling the false discovery rate at 20%. Strongest associations were found for PD-L2 (Adjusted Hazard Ratio [aHR] = 3.33; q-value < 0.001), PAI-1 (aHR = 2.27; p-value = 0.034), and MMP-1 (aHR = 2.32; p-value = 0.008). CD28, PD-L1, LAG-3, TIM-3, CD36, IL-1 α , GDF-15, HGF, and GFG-2 also showed a significant direct association.

Conclusions: Several plasma biomarkers related to SASP and immune exhaustion are associated with an increased risk of NADC in PWH on suppressive ART. These findings highlight the relevance of host immune and inflammatory profiles in cancer susceptibility in this population and may guide future approaches to early detection and preventive care.

TRACK 03: Comorbilidades

P-064. SENESENCE AND IMMUNE EXHAUSTION PLASMA BIOMARKERS ASSOCIATED WITH THE RISK OF NON-AIDS DEFINING CANCERS (NADCs) IN PEOPLE WITH HIV (PWH) ON ANTIRETROVIRAL THERAPY (ART)

Marta Rava¹, Carlos Pita Martínez¹, Paula Muñoz García¹, Félix Gutiérrez², Joaquim Peraire³, Antoni Abdon Campins Rossello⁴, Naya Faro Míguez⁵, Julián Olalla⁶, Patricia Carles⁷, Daniel Rodríguez Díaz⁸, Luz Balsalobre⁹, María Ángeles Jiménez-Sousa¹, Salvador Resino¹, Rubén Martín Escolano¹ and CoRIS Cohort¹⁰

¹Instituto de Salud Carlos III, Madrid. ²Hospital General Universitario de Elche y Universidad Miguel Hernández, Alicante. ³Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona. ⁴Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca. ⁵Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada. ⁶Hospital Universitario Costa del Sol, Málaga. ⁷Hospital General Universitario Santa Lucía, Murcia. ⁸Hospital Universitario de Canarias, Tenerife. ⁹Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid. ¹⁰CoRIS, Madrid.

Introduction and objectives: People with HIV (PWH) on effective antiretroviral therapy (ART) have an increased risk of developing Non-AIDS Defining Cancers (NADCs) compared to the gen-

P-065. DIFERENCIAS POR GÉNEROS Y LUGAR DE NACIMIENTO EN LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA Y ESTIGMA EN LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH

Melchor Riera Jaume¹, Paula Carretero Cuenca², Francisco Javier Fanjul¹, Adrián Rodríguez Rodríguez³, Joaquin Serrano³, Aroa Villoslada³, Gabriel Mercadal Orfila⁴, Tomás Mijares Boeckh-Behrens⁴, Luis Vidal⁴, María L. Martín¹ y Javier Murillas Angoiti¹

¹Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca. ²UIB, Palma de Mallorca. ³Fundación Hospital Son Llàtzer, Son Ferriol. ⁴Hospital Mateu Orfila, Maó.

Objetivos: La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y el estigma constituyen factores determinantes en el bienestar de las personas que viven con VIH (PVVIH). El objetivo fue analizar las diferencias en CVRS y estigma percibido según género y lugar de nacimiento mediante cuestionarios validados.

Métodos: Estudio transversal que incluyó pacientes de la cohorte eVIHa de PVVIH en seguimiento en hospitales públicos de las Islas Baleares (HUSE, HSL y Mateu Orfila). Los participantes completaron voluntariamente los cuestionarios WHOQoL-HIV Bref, PROMIS y NEURO-QoL Stigma a través de la aplicación móvil Phemium-NAVE-TA, garantizando la confidencialidad. Se realizó análisis de regresión

lineal múltiple para evaluar la influencia del género y lugar de nacimiento en los niveles de estigmatización y CVRS.

Resultados: Se incluyeron 1.334 participantes (1.065 hombres, 269 mujeres; 919 europeos, 311 latinoamericanos). Las mujeres presentaron mayor edad, peor situación laboral, más comorbilidades (Charlson ≥ 3 : 28 vs. 19,2%), mayor tiempo de infección VIH (26 vs. 14 años), estadios más avanzados y menor adherencia. En el WHOQoL-HIV, los hombres reportaron puntuaciones superiores en CVRS, especialmente en dominios físico, psicológico y nivel de independencia. Las mujeres obtuvieron puntuaciones más elevadas en la escala NEURO-QoL Stigma, indicando mayor estigma percibido. Respecto al lugar de nacimiento, las personas de Latinoamérica eran más jóvenes (44 vs. 52 años), con mayor proporción de mujeres (29 vs. 22%) y universitarios (22 vs. 13%), pero tasas de desempleo superiores. Presentaron menor tiempo de infección y menos comorbilidades. No se encontraron diferencias significativas en CVRS global, excepto en el dominio físico (puntuaciones superiores en latinoamericanos). Los europeos reportaron más dolor físico, mientras que los latinoamericanos manifestaron más tristeza, ansiedad y miedo a la muerte. No se observaron diferencias en estigma según origen. En el análisis multivariante, ni el género ni el lugar de nacimiento influyeron significativamente en la CVRS global, aunque sí impactaron en dominios específicos.

Conclusiones: Las diferencias observadas en CVRS por género y lugar de nacimiento se explican principalmente por diferencias en edad, comorbilidades y nivel educativo, destacando la importancia de abordar estos factores de forma integral en el manejo clínico de PV-VIH.

P-066. EFFECT OF DASATINIB ON FUNCTIONAL AND COGNITIVE STATUS IN PEOPLE WITH HIV: PRELIMINARY RESULTS FROM BCN04-DASA CLINICAL TRIAL FUNCTIONAL SUBSTUDY

Sofia Sábato¹, Josep Ferrer-Arbaizar¹, Yovaninna Alarcón-Soto², Ana Martínez Vicente², Lucía Bailón¹, Susana Benet¹, Aroa Nieto², Analía López Sánchez², Jordi Puig², Beatriz Mothe¹, José Moltó¹ and Eugènia Negredo¹

¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. ²Fundació Lluita contra les Infeccions, Badalona.

Introduction: People with HIV (PWH) exhibit an increased burden of senescent cells, contributing to accelerated aging and age-related comorbidities. Preclinical and early clinical data suggest that dasatinib and other senolytic agents may reduce senescent cell burden and systemic inflammation. However, data on their clinical impact are limited, especially in PWH.

Methods: We conducted a functional substudy within a phase II, single-center, randomized, double-blind, placebo-controlled trial evaluating the safety and impact of dasatinib on viral persistence and inflammation in PWH on suppressive ART (BCN04-DASA, NCT05780073). This substudy evaluated the effect of 24 weeks of dasatinib on physical and cognitive function. Participants were randomized 2:1 to receive dasatinib 70 mg once daily or placebo for 24 weeks, with follow-up through week 48. Functional changes were assessed at weeks 24 and 48 using the Fried frailty phenotype, Short Physical Performance Battery (SPPB), and cognitive changes by the NEU screen in participants with at least one altered test at baseline. Analyses included the mITT population, defined as those who received $\geq 50\%$ of the investigational product.

Results: Of 60 randomized participants, 54 (33 dasatinib, 21 placebo) were included in the mITT. Median age was 45 years (IQR 39-55), and 93% were cisgender men. Participants had a median of 10 years since HIV diagnosis (IQR 7-16) and were virologically suppressed (HIV RNA < 50 copies/mL) for a median of 9 years (IQR 7-14). Median nadir and baseline CD4 counts were 316 (IQR 207-445) and 715 cells/ μ L (IQR 589-901), respectively. At baseline, 18/54 (33%) had at least one al-

tered test: 9/33 (27%) in the dasatinib and 9/21 (43%) in the placebo groups. Altered SPPB, Fried, and NEU were found in 1 (3%), 0, and 8 (24%) of the dasatinib group, versus 2 (10%), 1 (5%), and 7 (33%) in the placebo group. In the dasatinib group, 6 (67%) of participants improved in at least one test at both weeks 24 and 48; in the placebo group, the improvement rate was observed in 5 (56%) and 4 (44%) participants, respectively. NEU, as the most altered test at baseline, showed improvement at week 24 in 5 (62%) in dasatinib and 4 participants (57%) in placebo. No significant differences were found between groups.

Conclusions: No significant improvement in physical or cognitive function was observed with 24 weeks of dasatinib. Small sample size, short follow-up, and uncertainty around duration of intervention, limit conclusions. Further analyses will explore effects on inflammation and senescence-related biomarkers.

P-067. BIOMARCADORES CLÍNICOS Y BIOQUÍMICOS PREDICTIVOS DE DIABETES TIPO 2 EN PERSONAS CON VIH: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES EN COHORTES ESPAÑOLAS

Raquel Moreno¹, Beatriz Lázaro-Martín¹, Francisca Artigues², Joaquim Peraire³, Esperanza Cañas-Ruano⁴, Naya Faro-Míguez⁵, Macías Juan⁶, Santiago Fernández-Castelao⁷, María Saumoy⁸, Adrián Curran⁹, Eva García-Villalba¹⁰, Estela Moreno-García¹¹, María del Mar Arcos Rueda¹², María de Lagarde Sebastián¹³, Marta Montero-Alonso¹⁴, María José Galindo¹⁵, José Sanz Moreno¹⁶, María Luisa Navarro-Gómez¹ y Laura Tarancon-Diez¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ²Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca. ³Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona. ⁴Hospital del Mar, Barcelona. ⁵Hospital Universitario de San Cecilio, Granada. ⁶Hospital Universitario de Valme, Sevilla. ⁷Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ⁸Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat. ⁹Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. ¹⁰Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia. ¹¹Hospital Universitario de Navarra, Pamplona. ¹²Hospital Universitario La Paz, Madrid. ¹³Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ¹⁴Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. ¹⁵Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia. ¹⁶Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.

Introducción y objetivos: Identificar biomarcadores clínicos y bioquímicos predictivos de diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) en personas con infección por VIH.

Métodos: Estudio de casos/controles con datos de las cohortes CoRIS y Cohorte Nacional de Pacientes Pediátricos con Infección por VIH transferidos a unidades de adultos (CoRISpe-FARO). Se incluyeron: 1) Adultos con VIH, supresión virológica ≥ 6 meses bajo tratamiento antirretroviral (TAR), antes del diagnóstico de DMT2 (n = 30); 2) Controles adultos con VIH, suprimidos virológicamente ≥ 6 meses, sin antecedentes de eventos no definitorios de sida (ENOS), enfermedad metabólica, inflamatoria o sida previo, y sin desarrollo de estas patologías en los 7-8 años posteriores; apareados por edad, sexo, linfocitos CD4 y CD8, y coinfección por VHC con el grupo DMT2 (n = 30); y 3) Personas con VIH de transmisión perinatal (PVIH), suprimidas virológicamente ≥ 6 meses, sin antecedentes de ENOS, enfermedad metabólica, inflamatoria o sida (n = 60). La fecha de diagnóstico de DMT2 se definió por registro clínico o inicio de tratamiento hipoglucemiante. Se analizaron variables clínicas, inmunológicas y bioquímicas asociadas al desarrollo de DMT2.

Resultados: El grupo DMT2 (mediana de edad 53,5 años [RIC 45,5-60,5], 90% hombres), llevaba 6 años bajo TAR [RIC: 4-9], mostró una mediana de 7 años entre los diagnósticos de VIH y diabetes [RIC: 5-11]. Al diagnóstico de diabetes, el 75,9% presentaba CD4 > 500 cels/ μ L (mediana CD4 de 727 cels/ μ L [RIC: 476-974]), el 61,5% ratio CD4/CD8 < 1 (mediana de 0,76 [RIC: 0,50-1,23]) y niveles más altos de

glucosa y triglicéridos y más bajos de HDL que controles y PVIH, diferencias detectables hasta 6 años antes ($p < 0,05$). Más del 50% presentaba glucosa > 100 mg/dL (prediabetes) 4 años antes del diagnóstico. En el análisis multivariante, niveles basales elevados de glucosa (OR 0,838; IC95% 0,734-0,956; $p = 0,009$) y triglicéridos (OR 0,974; IC95% 0,953-0,997; $p = 0,024$) en el momento del diagnóstico VIH se asociaron con un mayor riesgo de desarrollar diabetes. Por el contrario, iniciar TAR con inhibidores de la proteasa fue un factor protector (OR 0,013; IC95% 0,000-0,375; $p = 0,01$). Ningún sujeto del grupo PVIH (mediana de edad 24,5 años, 41,7% hombres, 22 años en TAR; mediana CD4 823 céls/ μ L, 85% en categoría 1, mediana de IMC en normopeso (22 kg/m²)), presentó glucosa ≥ 126 mg/dL y solo tres superaron el umbral de prediabetes en el momento del estudio.

Conclusiones: Ajustar la frecuencia de seguimiento y los criterios diagnósticos con monitorización de glucosa, triglicéridos y HDL podría facilitar la detección temprana de diabetes en personas con VIH.

P-068. EVENTOS NO DEFINITORIOS DE SIDA (ENOS) EN ADULTOS JÓVENES CON INFECCIÓN POR VIH: DATOS DE LAS COHORTES CORISPE Y CORISPE-FARO

Beatriz Lazaro-Martín¹, Laura Tarancon-Díez¹, Cristina Díez¹, Otilia Bisbal², Jose Antonio Iribarren³, Joaquín Portilla⁴, Antonio Medina⁵, Matilde Bustillo⁶, Joaquín Burgos⁷, María Carmen Fariñas⁸, Javier García-Abellán⁹, Sara Guillén¹⁰, Miguel Raffo Márquez¹¹, Mercedes Herranz¹², José Antonio Couceiro Gianzo¹³, Elisa Garrote¹⁴, Jorge Sánchez Villegas¹⁵, Pilar Collado¹⁶, Alejandra Gimeno García¹⁷, Ana Belén Jiménez Jiménez¹⁸ y Maria Luisa Navarro Gómez¹

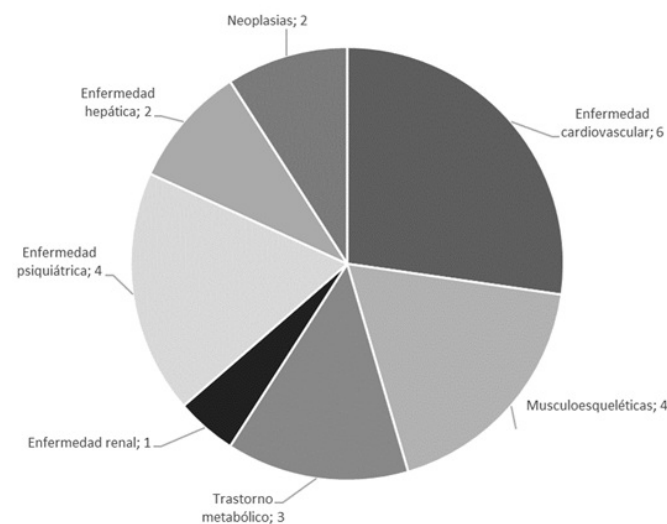
¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ³Hospital Donostia, San Sebastián. ⁴Hospital General Universitario DrO. Balmis, Alicante. ⁵Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga. ⁶Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ⁷Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. ⁸Hospital Universitario Marqués de Valdecilla-IDIVAL, Santander. ⁹Hospital General Universitario de Elche, Elche. ¹⁰Hospital Universitario de Getafe, Madrid. ¹¹Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ¹²Hospital Universitario de Navarra, Pamplona. ¹³Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra. ¹⁴Hospital Universitario de Basurto, Bilbao. ¹⁵Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ¹⁶Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. ¹⁷Hospital Universitario de Torrejón, Madrid. ¹⁸Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Introducción y objetivos: Los eventos no definitorios de sida (ENOs) son una causa emergente de morbilidad en personas con infección por VIH de larga evolución. El objetivo de este estudio fue describir la frecuencia, los tipos de ENOs y los factores asociados a su aparición en la Cohorte española de niños y adolescentes con infección VIH (CoRISpe) y de pacientes con infección VIH transferidos a unidades de adultos (CoRISpe-FARO).

Métodos: Estudio transversal de pacientes con infección por VIH incluidos en la cohorte CoRISpe y CoRISpe-FARO con seguimiento hasta junio de 2025. Se compararon características demográficas y clínicas entre quienes presentaron al menos un ENO y quienes no.

Resultados: Se incluyeron 131 pacientes, la mediana de edad fue de 29 años [18-33], 58,8% varones y 94,7% infectados por vía vertical. Veinte pacientes (15,3%) presentaron al menos un ENO, y dos de ellos dos episodios distintos. Las principales manifestaciones incluyeron enfermedad cardiovascular (2 infartos agudos de miocardio, 1 hipertensión pulmonar, 2 accidentes cerebrovasculares, 1 valvulopatía aórtica), musculoesqueléticas (1 necrosis avascular, 3 fracturas), metabólicas (3 diabetes mellitus tipo 2), renales (1 nefrolitiasis), psiquiátricas (2 depresiones, 2 intentos de suicidio), hepáticas (2 fibro-

sis) y 2 neoplasias malignas (fig.). En comparación con los 111 pacientes sin ENO, los afectados eran de mayor edad (34 vs. 28 años; $p < 0,001$), habían estado más tiempo en TAR (30 vs. 26 años; $p < 0,001$), mostraron un nadir de CD4 inferior (158,5 vs. 302 células/mm³; $p = 0,028$) e iniciaron TAR más tardíamente en la infancia (47 vs. 31 meses; $p = 0,111$). No hubo diferencias significativas en sexo, edad al diagnóstico, origen, vía de transmisión ni estadio clínico. La proporción de pacientes con SIDA fue mayor en el grupo con ENO (25 vs. 10,8%), sin alcanzar significación ($p = 0,082$).



Conclusiones: En esta cohorte de adultos jóvenes con infección por VIH, uno de cada seis presentó algún ENO, reflejando la carga de comorbilidad asociada al envejecimiento con VIH desde la infancia. Los ENOs se relacionaron con mayor edad, peor nadir de CD4 e inicio más tardío del TAR, destacando la relevancia del tratamiento precoz y continuado para reducir complicaciones a largo plazo. Aunque la mayor duración del TAR en quienes presentaron ENOs probablemente refleja un curso más prolongado y terapias antiguas menos seguras, los resultados refuerzan la necesidad de vigilancia activa, prevención y estrategias de manejo integral para abordar tanto complicaciones definitorias como no definitorias de SIDA en esta población.

P-069. PREVALENCIA DE COINFECCIÓN POR VIRUS DE LA HEPATITIS B, C Y D EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON INFECCIÓN VIH EN EL HOSPITAL SON ESPASES

Carles García¹, Adrià Ferre¹, Antoni Campins¹, Luisa Martín¹, Antoni Vanrell², Freya Gargoulas², Pablo Fraile¹, Maria Dolores Maciá¹, Melchor Riera¹ y Francisco Fanjul¹

¹Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca. ²Instituto de Investigación Sanitaria Illes Balears, IdISBa, Palma de Mallorca.

Objetivo/Introducción: Las coinfecciones por virus hepatotropos en PVVIH representan una importante causa de morbimortalidad. En cohortes europeas, la prevalencia de infección crónica por VHB en pacientes con VIH oscila entre el 3% en España y 5-8% en otros países, mientras que la exposición al VHC alcanza cifras del 20-30%. La coinfección por VHD, dependiente del VHB, se ha estimado en torno al 3-5% de los portadores de AgHBs en diferentes series. A pesar de esta carga, la solicitud de serología frente al VHD es aún limitada en la práctica clínica habitual, lo que conduce a infradiagnóstico. El objetivo del presente estudio es describir y caracterizar de forma más com-

pleta el estado de coinfección por VHB, VHC y VHD en una cohorte amplia de PVVIH.

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes con VIH en seguimiento activo en la cohorte asistencial eVIHa del Hospital Universitario Son Espases a finales de 2024 (n = 2265). Se recogieron resultados de serologías frente a VHB, VHC y VHD disponibles. Para el cribado de VHD se aplicó un abordaje en dos fases: recopilación de resultados previos y recuperación de pacientes AgHBs positivos mediante análisis de muestras de plasma almacenadas. En los casos con serología VHD positiva se determinó carga viral (CV-VHD).

Resultados: De los 2.265 pacientes, 2.242 tenían registrado en la base de datos resultado de AgHBs (98,9%), con 93 positivos (4,15%). Entre ellos, solo 17 disponían de serología VHD previa, con 1 positivo. Se recuperaron muestras almacenadas de 60 candidatos, de los que se analizaron 56: 3 positivos (2 CV-VHD negativas y 1 positiva) y 53 negativos. La prevalencia global de coinfección VHD en portadores de AgHBs fue del 4,3% (4/93). Respecto al VHC, 2.246 pacientes tenían serología inicial disponible (99,2%), con 498 positivos (22,2%). Entre ellos, 324 presentaban ARN-VHC detectable (14,4% del total). La mayoría (84,9%) había recibido al menos un tratamiento antiviral. Persistían 27 (1,2%) pacientes última carga viral positiva al cierre del análisis (13 tratados, pendientes de resultado de RVS).

Conclusiones: En esta cohorte de PVVIH, un 4,1% eran portadores de AgHBs, un 22% presentaron exposición a VHC y un 14% infección activa en cualquier momento, mientras que la coinfección por VHD se documentó en el 4,3% de los portadores de AgHBs. Estas cifras son consistentes con lo descrito en otras cohortes europeas y subrayan la necesidad de mantener estrategias sistemáticas de cribado y tratamiento integral de coinfecciones virales.

P-070. SOLEDAD Y RESILIENCIA EN PERSONAS CON VIH

Joanna Cano Smith¹, Ana Delgado Hierro¹, M.^a Mar Arcos Rueda¹, Alejandro de Gea Grela¹, María Jesús Roldán¹, Cristina Marcelo Calvo², M. Luisa Montes², Carmen Busca Arenzana², Jose I. Bernardino², Luz Martín-Carbonero², Rafael Micán², Rocío Montejano², Jesús Ramón Montes Granada¹, Odelayis León Triana³, Juan González², José R. Arribas² y Rosa de Miguel Buckley²

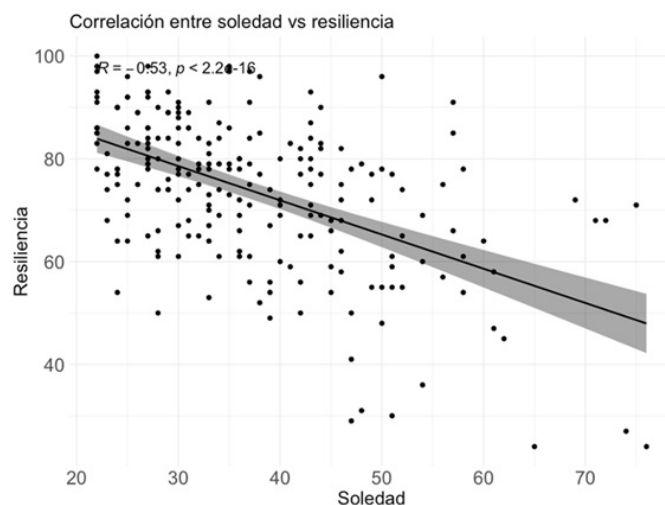
¹Unidad VIH, IdiPAZ, Hospital La Paz-Carlos III, Madrid. ²Unidad VIH, IdiPAZ, Hospital La Paz-Carlos III, CIBERINFEC, Madrid. ³Plataforma de Bioestadística, IdiPAZ, Madrid.

Introducción y objetivos: La soledad se reconoce cada vez más como un determinante clave de salud, vinculada con desenlaces clínicos, psicológicos y sociales desfavorables. La resiliencia aparece como un factor potencialmente protector. La soledad y la resiliencia no están suficientemente estudiadas en la población VIH. El objetivo de este estudio es identificar la prevalencia de soledad y grado de resiliencia en esta población, y analizar sus asociaciones con características clínico-demográficas.

Métodos: Adultos con capacidad para firmar consentimiento informado y auto rellenar las encuestas del estudio en seguimiento en la Paz-Carlos III, entre junio y julio 2025. La soledad se evaluó mediante la escala UCLA 20-items y la resiliencia con la escala de Connor-Davidson 25-items. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas. Se realizaron análisis descriptivos, univariantes y multivariantes para explorar asociaciones entre soledad, resiliencia y las variables recogidas.

Resultados: Se incluyeron 230 participantes, media de edad de 53 años, viviendo con VIH una media de 21 años con buen control virológico en la mayoría, 83% varones y 30% migrantes. El 30% mostró baja percepción de soledad en la escala UCLA, el 48% percepción moderada y el 22% mostró alta percepción de soledad. El 35% presentaba baja puntuación en resiliencia, el 16% alta resiliencia y el 48% obtuvo

puntuaciones intermedias en la escala de Connor-Davidson. Se observa una relación inversa moderada y estadísticamente significativa entre la puntuación total de soledad y resiliencia ($R = -0,53$, $p < 0,001$, fig.). Un menor nivel educativo (estudios primarios vs. universitarios) se asoció de manera significativa a mayor percepción de soledad y menor resiliencia. En los análisis multivariantes, ninguna variable demográfica o clínica (sexo, edad, estatus migratorio, nivel estudios, modo transmisión VIH, tiempo de infección VIH y tiempo de TAR, situación inmunoviológica) mantuvo asociación significativa con soledad o resiliencia tras el ajuste.



Conclusiones: La soledad y la resiliencia son fenómenos prevalentes, pero no universales, en adultos con VIH, sin diferencias detectables según edad, sexo, situación migratoria o variables clínicas en esta cohorte. El nivel educativo se perfila como factor clave: mayor formación parece proteger frente a la soledad y favorecer la resiliencia. Intervenciones orientadas a reducir la soledad y potenciar la resiliencia en personas con VIH deberían tener en cuenta el contexto educativo como clave para la estratificación y el diseño de estrategias individualizadas. Estos hallazgos subrayan la necesidad de integrar evaluaciones psicosociales y recursos de soporte adaptados al perfil educativo de las personas con VIH.

P-071. IMPACT OF PSYCHIATRIC ADMISSIONS ON ANTIRETROVIRAL THERAPY ADHERENCE AND HIV OUTCOMES: A RETROSPECTIVE COMPARATIVE STUDY

Júlia Calvo, Leire Berrocal, Elisa de Lazzari, Alberto Foncillas, Abiu Sempere, Lorena de la Mora, Alexy Inciarte, María Martínez, Ana González-Cordón, Iván Chivite, Juan Ambrosioni, Esteban Martínez, Jose Luis Blanco, Montserrat Laguno, Josep Mallolas and Berta Torres

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Introduction: Mental health disorders are prevalent in people living with HIV (PLWH). These can negatively impact virological control. However, the specific effect of psychiatric hospitalization on HIV outcomes has been poorly studied.

Objectives: To evaluate the effect of a psychiatric admission on virological control and retention in care among PLWH compared to hospitalization for other medical reasons.

Methods: We conducted a case-control retrospective study (1:1) comparing PLWH psychiatric and non-psychiatric admissions to Hospital Clínic in Barcelona between 2000 and 2021. Matching criteria included age, sex, and admission date into psychiatric (82 cases) and non-psychiatric (82 controls) groups. We collected data on viral load

(VL), antiretroviral treatment (ART) adherence, and retention in care at admission, discharge, and follow-up. The Log-rank test and Cox model assessed factors associated with virological failure and loss to follow-up.

Results: The most prevalent diagnoses at Psychiatry admission were schizophrenia spectrum disorder (38%) and substance use disorder (30%). 84% of cases presented a previous psychiatric condition. Among them, nearly 50% had more than one psychiatric condition. Sixteen percent of those admitted to a Psychiatry Unit were migrants with an irregular administrative status, 62% presented an active drug use, and 33% had unstable housing. In our study, 28% of the case patients were women, reflecting an especially vulnerable group. 69% of cases and 81% of controls achieved viral suppression at 6 months (OR 0.43; 95%CI 0.12-1.55; $p = 0.199$). Retention in care remained above 70% in both groups throughout the three follow-up periods. Detectable VL at discharge predicted virological failure at 6 months in cases, and presenting a prior psychiatric diagnosis was associated with a lower risk of loss to follow-up (HR 0.25; $p = 0.009$). HIV specialist consultation during psychiatric admission was suboptimal (56%), representing a missed opportunity for integrated care.

Conclusions: Although no significant differences in virological control were found, trends suggest that hospitalization in a Psychiatry Unit may negatively impact HIV outcomes. Moreover, the participants showed a high burden of socioeconomic vulnerabilities, reflecting a complex population that requires individualized strategies. Multidisciplinary care involving mental health and HIV specialists is mandatory to optimize treatment and retention in this special population.

P-072. VIH Y ENVEJECIMIENTO: ¿A MAYOR COMORBILIDAD, PEOR EVOLUCIÓN?

Alberto Rodríguez Iglesias, Marta de la Fuente López, Marina García de Vicuña Oyaga, Esther Panedas Redondo, Javier Gamazo Herrero, Pablo Tellería Gómez, Sara Miranda Riaño y Carlos Jesús Dueñas Gutiérrez

Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

Objetivos: El aumento de la esperanza de vida en las personas mayores que viven con VIH (PMVIH) ha desplazado el foco asistencial más allá del control virológico, situando las comorbilidades crónicas como nuevo desafío clínico. Comprender la relación entre estas condiciones coexistentes y las variables clásicas de seguimiento puede aportar información relevante para individualizar estrategias de atención en esta población envejecida.

Métodos: Estudio transversal realizado sobre cohorte de 194 pacientes con edad ≥ 60 años. Se recogieron variables clínicas, número de comorbilidades, recuento de CD4, carga viral, años de seguimiento, líneas de tratamiento antirretroviral (TAR) y estadio clínico inicial. Se definió alta comorbilidad como ≥ 5 comorbilidades. Se utilizaron pruebas de correlación de Spearman, U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis, además de modelo de regresión logística para identificar predictores de polimedicación.

Resultados: No se encontró asociación significativa entre el número de comorbilidades y el control inmunológico (CD4: $r = 0,044$; $p > 0,05$) ni virológico (carga viral: $r = -0,006$; $p > 0,05$). Tampoco se hallaron diferencias en la carga comórbida entre los pacientes según el estadio clínico de SIDA al diagnóstico ($p = 0,897$). Sí se identificó una correlación positiva débil pero significativa entre los años de seguimiento y número de comorbilidades ($r = 0,18$; $p = 0,010$), lo que sugiere una acumulación de estas con el tiempo. Se observó una tendencia aunque sin llegar a ser significativa entre número de líneas de tratamiento recibidas y las comorbilidades presentadas ($r = 0,13$; $p = 0,081$). El subgrupo con alta comorbilidad (≥ 5 comorbilidades) mos-

tró de manera significativa más fármacos prescritos ($p < 0,0001$), más líneas de tratamiento recibidas ($p = 0,031$) y más años de seguimiento ($p = 0,026$), pero sin observarse diferencias en el recuento de CD4 ($p = 0,404$) ni carga viral ($p = 0,763$). En el análisis multivariante, el número de comorbilidades fue el principal predictor independiente de polimedicación ($p < 0,001$).

Conclusiones: Los resultados reflejan que la carga comórbida en PMVIH no está relacionada con el control inmunoviroológico, sino con la evolución clínica acumulada. La duración del seguimiento y la complejidad terapéutica parecen contribuir más al perfil clínico que presentan estos pacientes que el estadio inicial de la enfermedad o los niveles actuales de inmunosupresión. Estos hallazgos están en línea con otras cohortes europeas como POINT, GEPP0 o POPPY, y refuerzan la necesidad de estrategias asistenciales personalizadas que contemplen el manejo integral y revisión periódica de la medicación.

P-073. HACIA UN SEGUIMIENTO PERSONALIZADO EN MAYORES CON VIH: ÍNDICE DE COMPLEJIDAD CLÍNICA Y RECOMENDACIONES ASISTENCIALES

Alberto Rodríguez Iglesias, Marta de la Fuente López, Marina García de Vicuña Oyaga, Esther Panedas Redondo, Frank Suárez López, Laura Rodríguez Delgado, Sara Miranda Riaño, Pablo Tellería Gómez y Carlos Jesús Dueñas Gutiérrez

Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

Objetivos: La población de personas mayores con VIH (PMVIH) presenta una creciente carga comórbida, terapéutica y funcional. Identificar subgrupos clínicamente complejos puede ayudar a optimizar su manejo asistencial. Este estudio propone un índice de complejidad clínica (ICC) basado en criterios objetivos y evalúa su utilidad en una cohorte real. El índice está diseñado a partir de variables fácilmente disponibles en la historia clínica electrónica, lo que favorece su aplicabilidad en la práctica habitual.

Métodos: Estudio transversal sobre 194 pacientes ≥ 60 años en seguimiento por VIH. Se definieron cuatro criterios clínicos: 1) ≥ 5 comorbilidades, 2) polimedicación (≥ 5 fármacos no-TAR), 3) presencia de comorbilidad grave (cardiovascular, renal o neoplásica), 4) un proxy de dependencia funcional (CD4 < 200 , edad ≥ 70 , uso de benzodiazepinas, enfermedad neurológica, psiquiátrica u osteoarticular). Se clasificó como "clínicamente complejo" al paciente que cumplía ≥ 2 de estos 4 criterios. Se compararon variables clínicas mediante U de Mann-Whitney.

Resultados: Con esta definición, el 13,3% de la muestra fue clasificado como clínicamente compleja. Al comparar con el grupo no complejo, se observaron: edad significativamente mayor (mediana 70 vs. 62 años; $p < 0,0001$), mayor número de comorbilidades (mediana 4 vs. 0; $p < 0,0001$), Sin diferencias significativas en CD4 (mediana 629 vs. 697 $\text{cél}/\mu\text{L}$; $p = 0,78$) ni en carga viral (ambas 0 copias; $p = 0,72$). Años de seguimiento similares en ambos grupos (mediana 25 vs. 24 años; $p = 0,47$).

Conclusiones: El índice propuesto identifica un subgrupo de PMVIH con mayor carga clínica acumulada, sin que esto se traduzca en peor control inmunoviroológico. Esto podría contribuir al diseño de programas de atención diferenciada según el perfil de complejidad del paciente. Dado que estos pacientes no son inmunológicamente distintos pero sí presentan una mayor vulnerabilidad clínica, sería recomendable aumentar la frecuencia de sus visitas, priorizar el abordaje integral, revisar periódicamente la medicación prescrita y prevenir eventos adversos asociados a su complejidad. La implementación de este tipo de índices puede contribuir a una estratificación más precisa y personalizada de los pacientes mayores con VIH en la práctica clínica habitual.

P-074. CREACIÓN Y VALIDACIÓN DE GUÍAS CLÍNICAS ENFERMERAS PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE PERSONAS CON VIH (PVIH)

Agustín Marcos Blanco¹, Emma Fernández González², Jordi Puig Pla³, Juan Manuel Leyva Moral⁴, Juan Miguel Castro Álvarez⁵, Julio Morais Martín⁶, Margarita Ramírez Schacke⁷, Mireia Santacreu Guerrero⁸, Rosa María Badía Royes⁹, Carlos Iniesta Mármol¹⁰ y Roser Font Canals¹¹

¹Hospital del Mar, Barcelona. ²Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona. ³Fundació Lluita Contra les Infeccions, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Universitat Autònoma de Barcelona, Badalona. ⁴Universitat Autònoma de Barcelona, Badalona. ⁵Hospital Universitario La Paz, Madrid. ⁶Hospital Universitario de La Palma, Breña Alta. ⁷Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ⁸Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ⁹Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. ¹⁰Fundación SEISIDA, Madrid. ¹¹Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Terrassa.

Introducción y objetivos: La transformación del VIH en una infección crónica ha hecho imprescindible redefinir el modelo de cuidados enfermeros, adaptándolo a la diversidad y complejidad de las PVIH. En este marco, se plantea como objetivo el desarrollo de guías clínicas específicas, consensuadas y basadas en la evidencia, dirigidas a estandarizar los cuidados a las PVIH a nivel nacional.

Métodos: Se adoptó una metodología activa y colaborativa con el apoyo de ViiV Healthcare y Si-Health que incluyó: (1) Formación de un equipo multidisciplinar de enfermería experta en VIH de diferentes ámbitos asistenciales; (2) Identificación de necesidades clínicas y profesionales a través de entrevistas a enfermeras y consultas con entidades comunitarias; (3) Consulta y síntesis de literatura científica nacional e internacional sobre cuidados enfermeros en VIH; (4) diseño estructurado de intervenciones específicas por perfil asistencial definidos por el Modelo Óptimo de Atención a Pacientes con VIH (MOAP) del National Policy; (5) validación mediante panel de expertos.

Resultados: Se han desarrollado 64 prestaciones enfermeras distribuidas en los 7 perfiles asistenciales definidos por el MOAP: Amarillo (paciente con comorbilidades), verde (paciente con necesidades sociales), naranja (paciente en su primer año de tratamiento), morado (paciente con consumidor de sustancias psicoactivas con dependencia), lila (paciente con prácticas sexuales de riesgo), fucsia (paciente embarazada) y azul (paciente controlado, autónomo, sin comorbilidades). Cada intervención incluye: descripción, protocolo, lugar y momento temporal, registro, ejemplos y recomendaciones para la implementación. Las intervenciones tratan áreas clave como: adherencia y polifarmacia, salud mental, comorbilidades, prevención combinada, salud sexual y reproductiva, fragilidad, deterioro cognitivo, calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociales. La guía está diseñada para su uso en distintos entornos asistenciales y permite proporcionar cuidados individualizados y estandarizados; facilita la identificación y el abordaje precoz de problemas; fomenta la colaboración interprofesional y fortalece la gestión en distintos entornos asistenciales.

Conclusiones: La elaboración de estas guías representa un avance en el liderazgo de las enfermeras que trabajan con PVIH, ofreciendo un marco homogéneo, adaptable y basado en la evidencia para su cuidado. El proceso no solo destaca el trabajo colaborativo, sino que también fortalece la colaboración intersectorial y la adaptación a los distintos contextos para optimizar el impacto en la salud y bienestar de las PVIH. Este trabajo da visibilidad y sienta las bases para establecer una red nacional robusta de enfermeras expertas en VIH con un impacto en la optimización de los recursos y en la calidad de vida de las PVIH.

P-075. HIGH PREVALENCE OF LOW BONE MINERAL DENSITY ON INDIVIDUALS RECEIVING TRUVADA® AS PREP: A CALL FOR PERSONALIZED PRESCRIBING

David Rovira-Barrera, Àngel Rivero Calaf, Fèlix Pérez Tejera and Eugenia Negrodo Puigmal

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Introduction: Tenofovir disoproxil fumarate (TDF) co-formulated with emtricitabine (Truvada®) is one of the most widely used forms of pre-exposure prophylaxis (PrEP). Previous studies have associated TDF with a decrease in bone mineral density (BMD). This is particularly important in older population who are more prone to osteoporosis due to age-related BMD loss. Thus, more evidence is needed for the correct management of these individuals in PrEP programs.

Methods: We conducted a dual-energy X-ray absorptiometry (DEXA) scan on 29 men who have sex with men (MSM) aged ≥ 60 years receiving Truvada® as PrEP for more than 2 years to determine the prevalence of osteopenia and osteoporosis and measure T-score in L1-L4, total femur, trochanter and femoral neck. A comprehensive evaluation was performed to assess secondary causes of osteoporosis, including thyroid function, sexual hormones and calcium-phosphate metabolism tests. Furthermore, epidemiological and clinical data were collected, focusing on PrEP use (schedule and duration), relevant medical history, concurrent medications and toxic habits, given their known impact on bone health and laboratory parameters.

Results: Of 29 individuals, 19 (65.5%) were older than 65 years (median 67.1 years) and 17 (58.6%) presented a body mass index (BMI) ≥ 25 . Median treatment with Truvada® was 53.5 months (IQR 39.8-60.1); daily schedule in 19 (65.5%) vs. on demand/alternating schedule in 10 (34.5%). The rate of the daily schedule was higher on the osteoporosis group. Six individuals (13.8%) had a history of tobacco and/or drug use. One individual had hypothyroidism and one hyperthyroidism; both well-treated. DXA showed osteopenia and osteoporosis on 15 (51.7%) and 8 (27.6%) individuals, respectively. T-score values are described on the table. No secondary causes of osteoporosis were found according to laboratory values. Five individuals (17.2%) were already receiving Vitamin D supplements before the blood test.

	L1-L4	Neck	Trochanter	Total Femur
N	29	29	29	29
Median	-1.0	-1.0	-1.3	-1.0
SD	1.9	1.2	1.0	1.1
Range	-3.5 to 3.9	-3.0 to 1.4	-2.8 to 1.0	-2.6 to 1.6

Conclusions: High prevalence of osteopenia and osteoporosis was observed within our cohort of older people receiving Truvada® as PrEP. Although it cannot be causally linked to TDF use, it highlights that a personalized approach to PrEP is essential: DXA scans should be recommended in PrEP programs for this subpopulation and alternative treatments and strategies should be provided to reduce progression and risk of fracture.

P-076. ESTUDIO LONGITUDINAL RETROSPECTIVO SOBRE LA INCIDENCIA DE REACCIONES ADVERSAS SISTÉMICAS INMEDIATAS EN PVIH EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL CON CABOTEGRAVIR Y RILPIVIRINA IM

Maria Angustias Merlos Rodríguez, Almudena Ortuño Esparza, Iris Muñoz García, Ágata Boya de Vicente, Ignacio de Gorostiza Frías, Antonia Castillo Navarro, Helena Albendín Iglesias y Carlos Galera Peñaranda

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción y objetivos: Las reacciones adversas locales asociadas al tratamiento intramuscular con cabotegravir y rilpivirina están bien caracterizadas. Sin embargo, existen reacciones adversas sistémicas inmediatas tras su administración, que son infrecuentes, variables en clínica e intensidad, y manejo incierto. El objetivo es describir estas reacciones sistémicas inmediatas tras la administración IM de estos fármacos, su frecuencia, manifestaciones clínicas, manejo y consecuencias.

Métodos: Estudio longitudinal retrospectivo, que analiza todas las dosis de cabotegravir/rilpivirina IM administradas desde el 22/05/2017 al 18/03/2025. La población incluye todas las PVVIH que iniciaron esta pauta de tratamiento IM en un hospital de tercer nivel en el periodo de estudio, incluidos los participantes en ensayos clínicos. Definimos reacción adversa sistémica inmediata (RASI), aquella manifestación/es clínicas generales, no locales, que suceden en los primeros minutos tras la administración del tratamiento. Se describe la frecuencia global de estas reacciones, el tiempo en esta pauta de TAR hasta la primera reacción, su espectro clínico, tratamiento y repercusión clínica.

Resultados: Tras la administración de 1.066 dosis de cabotegravir/rilpivirina IM, a 112 pacientes en el periodo de estudio, se produjeron 9 reacciones sistémicas inmediatas tras la administración IM, prevalencia: 0,86%. Las reacciones afectaron a 7 pacientes (6,25%), 5 de ellos con un único episodio y dos pacientes con dos. La mediana entre la primera administración de cabotegravir/rilpivirina IM y la aparición de RASI fue de 685 días (rango 217-2.327). Las manifestaciones más frecuentes fueron sensación disneica (5), opresión torácica (3), y dolor lumbar intenso, que irradiaba a hombros o MMII (3). Las reacciones se iniciaron al finalizar la administración, entre el 1er y el 5.º minutos, pero dos pacientes ya habían abandonado la consulta cuando iniciaron los síntomas. Los tratamientos administrados fueron: oxigenoterapia (5), hidrocortisona IV (3 episodios), paracetamol (1), lorazepam (1). Un paciente discontinuó la pauta por este motivo (1/112:0,89% de la cohorte). Todas las reacciones adversas sistémicas inmediatas han sido notificadas al Centro de Farmacovigilancia Regional.

Conclusiones: La administración de cabotegravir y rilpivirina IM es segura pero un pequeño porcentaje (0,86%) puede sufrir reacciones adversas sistémicas inmediatas. La mayoría son autolimitadas, sin embargo, en dos pacientes fueron intensas y un paciente decidió abandonar este tratamiento. En 2 casos el inicio fue diferido 5 minutos, por lo que es aconsejable vigilar y esperar al menos 10 minutos tras la administración.

P-077. OBSERVATIONAL STUDY EVALUATING THE EFFICACY AND SAFETY OF DAPAGLIFLOZIN IN PEOPLE LIVING WITH HIV AND CHRONIC KIDNEY DISEASE. RESULTS AT WEEK 24 OF FOLLOW-UP

Anna Bonjoch¹, Javier Juega², Carla Estany³, Francisco de Cabo⁴, Guillem Cuatrecasas⁵, Carme Puig³, Gemma Dulsat³ and Eugenia Negro⁶

¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. ²Nephrology Service, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Universitat Autònoma de Barcelona, Badalona. ³Fundació de Lluita contra les Infeccions, Badalona. ⁴Radiology Department Clínica Sagrada Família, Badalona. ⁵Servei d'Endocrinologia, Clínica Sagrada Família (CPEN S.L) and Faculty Health Sciences Universitat Oberta Catalunya, Barcelona. ⁶Infectious Diseases Service, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Universitat Autònoma de Barcelona and Infectious Diseases and Immunity, Centre for Health and Social Care Research (CESS), Faculty of Medicine, University of Vic-Central University of Catalonia (UVic-UCC), Badalona.

Introduction: Kidney disease is an increasing important illness in people living with HIV (PLWH) due to its association with mortality

and cardiovascular (CV) disease, which is a leading cause of non-AIDS-related death. Data on the experience of PLWH with sodium-glucose cotransporter 2 inhibitors (SGLT-2i), agents that have demonstrated renal and cardiovascular protective effects, are scarce. The aim of this study was to evaluate the efficacy and safety of dapagliflozin in this population.

Methods: Adult PLWH with an estimated glomerular filtration rate (eGFR) between 25 and 75 ml/min and/or abnormal urinary albumin/protein excretion rates, on stable antiretroviral therapy and viral suppression were recruited. Participants received 10 mg of dapagliflozin daily, according to standard clinical practice. Safety and efficacy outcomes, blood and urine chemistry tests, 24-hour ambulatory blood pressure monitoring, and measurements of adipose/muscle composition and body water distribution were recorded.

Results: A total of 37 individuals were enrolled. At the time of this analysis, 30 participants had completed 24 weeks of follow-up. The majority were male (76%), with a median age of 60 years. The most frequent comorbidities were type 2 diabetes (T2D, 40%), hypertension (37%), and cardiovascular disease (14%). One participant discontinued the study drug within the first few days due to dizziness. No other adverse events related to the study drug were reported. Creatinine values remained stable at week 24. Urine protein excretion improved, although not reaching statistical significance: median (IQR) 273 (114.5-848) vs. 235 (138-629.5) mg/g, $p = 0.928$. Regarding body composition, weight (median, SD) decreased from 75 (18) to 73 (19) kg ($p = 0.055$) in the overall population, from 79 (13) to 77 (18.7) kg ($p = 0.025$) in T2D patients, and from 78.4 (18.1) to 73.9 (18.2) kg in males ($p = 0.008$). Rectus femoris width [median (SD)] decreased from 16.2 (3.54) to 14.8 (3.42) mm, and rectus femoris area from 7.04 (1.63) to 6.29 (1.66) mm², both significantly reduced at week 24 ($p < 0.001$ and $p = 0.002$, respectively). The omental fat depot decreased from 70 (31.5) to 56.4 (37.8) mm ($p = 0.007$). Abdominal superficial and deep subcutaneous fat depots decreased without statistical significance, while perirenal and epicardial fat layers remained stable.

Conclusions: In this study, dapagliflozin in PLWH was safe and showed a trend toward improvement in renal function, with a significant reduction in the omental fat layer, which is implicated in cardiovascular risk. Longer follow-up is required to confirm these benefits and to evaluate the impact on cardiovascular risk.

P-078. QUEJAS SUBJETIVAS DE DETERIORO NEUROCOGNITIVO EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH: FACTORES ASOCIADOS, RESULTADOS EN TEST NEUROCOGNITIVOS, FUNCIONALIDAD, Y REPERCUSIONES EN EL SEGUIMIENTO

Ariana Auger Mousavi, M. Sol Retamar, Ana Moreno, Miguel Amez, Cristina Fernández-Chica, Sara Martín, Ana Abad y Jose L. Casado

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: Las quejas o autovaloración negativa de deterioro neurocognitivo son relativamente frecuentes en personas que viven con VIH (PVV), pero no existen estudios sobre su evaluación objetiva y repercusiones en el seguimiento.

Métodos: Cohorte de 303 PVV incluidos en 2012-16. La queja neurocognitiva o autovaloración negativa fue recogida en la consulta de forma consecutiva. El deterioro de forma objetiva se evaluó mediante el uso de los test Trail Making A, Trail Making B y Digit Symbol (BNCS, Brief Neurocognitive Screen) y el test Grooved Pegboard (GP) en mano no dominante, obteniendo una puntuación normalizada NPZ4. Se realizó la Escala Hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS), y el cuestionario de funcionalidad PAOFI (*Patient's Assessment of Own Functioning Inventory*). Se evaluó la adherencia al tratamiento antiretroviral en la inclusión y a los 3 y 6 años con datos de retraso en recogida de medicación en farmacia hospitalaria y el porcentaje de

adherencia (cuestionario Geema), y el cumplimiento con el seguimiento en consultas.

Resultados: Un total de 95 PVV (31%) tuvieron quejas subjetivas sobre su funcionamiento neurocognitivo, más frecuente en mujeres (40 vs. 25%; $p = 0,015$), con previa adicción a drogas (43 vs. 25% HSH; $p = 0,01$), en situación laboral de paro (48 vs. 27%; $p = 0,013$), con mayores puntuaciones de ansiedad y depresión, y con menor nadir de $CD4^+$ ($p = 0,045$), pero no con edad, nivel educativo, diagnóstico de ansiedad o depresión, o tiempo de infección por VIH. En la evaluación objetiva, el cuestionario de funcionalidad PAOFI mostró valores significativamente menores en presencia de queja, tanto en el total como en las subescalas de memoria, inteligencia, motor, lenguaje o percepción. La evaluación objetiva neurocognitiva mostró un menor resultado NPZ4 ($p = 0,021$), especialmente en las pruebas Digit Symbol ($p = 0,012$) y Grooved Pegboard ($p = 0,01$), representantes de los dominios velocidad de procesamiento, atención, coordinación visual-motora y función ejecutiva. Durante un seguimiento a largo plazo, aquellos PVV con quejas neurocognitivas tienen peor adherencia a los 3 años ($p = 0,046$) y menor cumplimiento de las visitas a los 6 años (32 vs. 22%; $p = 0,016$) de forma significativa.

Conclusiones: La autovaloración negativa sobre la función neurocognitiva en PVV debe ser considerada ya que puede representar un deterioro objetivo, especialmente en presencia de factores causales habituales. Su evaluación puede permitir evitar consecuencias negativas durante el seguimiento.

P-079. PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH: ¿ES LA ENFERMEDAD HEPÁTICA ESTEATÓSICA ASOCIADA A DISFUNCIÓN METABÓLICA (MASLD) UNA MANIFESTACIÓN MÁS?

Adrián Rodríguez Rodríguez¹, Araceli Serrano¹, Andrea Salom¹, Francisco Homar¹, Aroa Villoslada¹, Patricia Sorní¹, Emilia Amengual-Cladera², Adamo Valle², Isabel Lladó², Ana María Proenza² y Antoni Payeras¹

¹Hospital Universitari Son Llàtzer, Palma de Mallorca. ²Universitat de les Illes Balears, Palma de Mallorca.

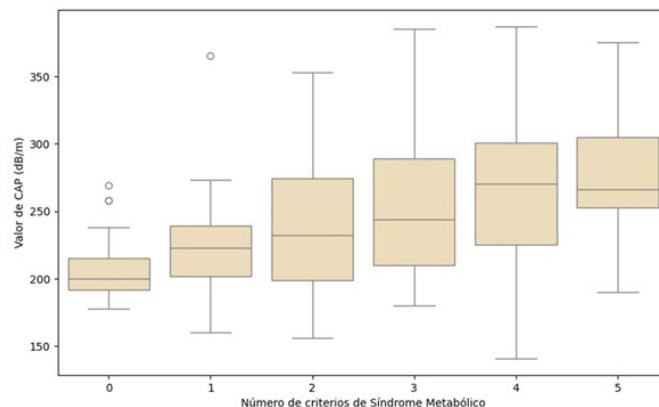
Introducción y objetivos: Las personas que viven con VIH (pVIH) tienen una prevalencia elevada de síndrome metabólico (SM) y de enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD). El objetivo de este trabajo es evaluar la prevalencia de SM y de MASLD medida con parámetro de atenuación controlada (CAP), así como explorar las relaciones entre ambas entidades.

Métodos: Estudio transversal de las pVIH del Hospital Universitari Son Llàtzer incluidos en la cohorte eVIHa. El síndrome metabólico se calculó mediante los métodos ATPIII (Adult Treatment Panel III) e IDF (International Diabetes Federation). Se midió el CAP con un FibroScan. MASLD se definió como un valor de CAP ≥ 248 dB/m. Se calculó el grado de concordancia entre los dos métodos de evaluación del SM y se estudió la relación entre SM y MASLD.

Resultados: De 1.154 pVIH, 898 tenían medición del perímetro abdominal y 323 del CAP. La prevalencia de SM global fue elevada (41,9% y 44,7% según ATPIII e IDF respectivamente). La prevalencia según sexo y edad, así como la concordancia entre ambos métodos, se reflejan en la tabla. Por su parte, la prevalencia de MASLD fue del 45,5%, con un 22,3% de esteatosis grave (CAP > 290 dB/m). El SM se asoció significativamente con la presencia de MASLD (29,4% de MASLD en pVIH sin SM vs. 56,2% en pVIH con SM; $p < 0,001$). Además, a mayor número de criterios del SM, mayor CAP (fig.), edad, IMC y riesgo cardiovascular (medido con Regicor y Framingham). En el análisis multivariante, MASLD se asoció independientemente con 3 de los 5 criterios del SM (todos salvo HDL y tensión arterial alterados), siendo el criterio de perímetro abdominal alterado (OR: 4,1 [2,4-6,9]; $p < 0,001$) el que más se asoció con la presencia de MASLD.

Prevalencia de SM según criterios ATPIII e IDF y según sexo y edad

	ATP (III)	IDF	Concordancia
Todos (N = 898)	376 (41,9%)	401 (44,7%)	763/898 (85,0%)
Hombres (N = 700)	293 (41,9%)	304 (43,4%)	581/700 (83,0%)
Mujeres (N = 198)	83 (41,9%)	97 (48,9%)	182/198 (92%)
< 40 años (N = 160)	28 (17,5%)	33 (20,6%)	145/160 (90,6%)
40-49 años (N = 218)	65 (29,8%)	76 (34,9%)	187/218 (85,8%)
50-59 años (N = 324)	160 (49,4%)	162 (50,0%)	272/324 (84,0%)
≤ 60 años (N = 196)	123 (62,8%)	130 (66,3%)	159/196 (81,1%)



Conclusiones: SM y MASLD son frecuentes en nuestra cohorte de pVIH. Los factores metabólicos, en especial perímetro abdominal, triglicéridos y glucosa, se asociaron con la presencia de MASLD reforzando la relación entre SM y MASLD. En la práctica clínica, la utilización del CAP con Fibroscan es útil como una técnica no invasiva para la valoración de MASLD.

P-080. SOLEDAD Y VIH: EXPERIENCIAS VIVIDAS Y PROPUESTAS DE RESPUESTA

Joanna Cano Smith¹, Verónica Martínez Borba², Javier Curto-Ramos¹, Alicia González-Baeza³, Ana Delgado-Hierro¹ y Rosa de Miguel Buckley⁴

¹Unidad VIH, IdiPAZ, Hospital La Paz-Carlos III, Madrid, Madrid.

²Facultad de Psicología, Departamento de Psicología y Sociología,, Universidad de Zaragoza, Zaragoza.

³Facultad de Psicología, Departamento de Psicobiología, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

⁴Unidad VIH, IdiPAZ, Hospital La Paz-Carlos III, Madrid, CIBERINFEC, Madrid.

Introducción y objetivos: El envejecimiento de las personas que viven con el VIH (PVIH) trae nuevos desafíos, entre ellos la soledad. La soledad se ha asociado a peor salud mental, menor adherencia al tratamiento y reducción de la calidad de vida. Sin embargo, existen pocas intervenciones específicamente diseñadas para abordar la soledad en PVIH mayores de 50 años. Este estudio describe, las causas, consecuencias y factores asociados a la soledad desde la experiencia de PVIH, así como estrategias para reducir la soledad.

Métodos: Estudio cualitativo exploratorio realizado entre junio y julio 2024 en una unidad hospitalaria especializada en VIH. Participaron 18 personas mayores de 50 años con soledad significativa (Escala UCLA > 43). Se realizaron cuatro grupos focales semiestructurados, siendo las sesiones grabadas en audio y video, transcritas literalmente y analizadas temáticamente mediante codificación en MAXQDA.

Resultados: El análisis temático identificó cinco áreas; definición de la soledad, causas, consecuencias, estrategias de afrontamiento y propuestas de intervención. Se describió la soledad como aislamiento emocional prolongado, pese a mantener relaciones sociales, acen-

tuado por la falta de comprensión de sus experiencias vividas. Además, se vinculó con una sensación de invisibilidad social, duelo acumulado y falta de espacios de contención emocional. Las causas de soledad percibida fueron diversas: pérdida de vínculos afectivos significativos, estigma persistente asociado al VIH y a la edad, disminución de las redes sociales, deterioro físico y dificultades económicas. Las consecuencias incluyeron síntomas depresivos, pérdida de motivación, abandono del autocuidado y conductas autodestructivas. Las estrategias de afrontamiento fueron muy variadas: algunas personas evitaban el contacto social o se refugiaban en tecnología, otras recurren a grupos de apoyo, actividades culturales o rutinas creativas. Las estrategias para reducir la soledad propuestas por los participantes fueron la implementación de grupos pequeños y estables para compartir vivencias, el fomento de actividades lúdicas y culturales no orientadas al VIH, el acompañamiento emocional entre pares, la implicación de equipos multidisciplinares, y la participación en espacios seguros libres de estigma.

Conclusiones: La soledad descrita por PVIH > 50 años refleja un aislamiento emocional ligado a estigma, pérdida de vínculos y deterioro social y físico, con consecuencias negativas sobre el bienestar y los autocuidados. Los participantes expresaron la necesidad de reconexión afectiva y la importancia de intervenciones adaptadas, participativas y sin estigma. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de implementar intervenciones psicosociales en la atención a PVIH, contribuyendo así al cumplimiento del cuarto 95 de ONUSIDA y mejorar su calidad de vida.

P-081. ÍNDICE TRIGLICÉRIDOS/GLUCOSA (TYG) COMO MARCADOR METABÓLICO E INFLAMATORIO EN PVIH CON ESTEATOSIS HEPÁTICA: CORRELACIÓN CON RESONANCIA MAGNÉTICA DE FRACCIÓN DE PROTONES Y CITOCINAS

María Luisa Montes Ramírez¹, Jesús Troya², Teresa Aldámiz³, Inés Suárez⁴, Cristina Benavides⁵, Jose Ignacio Bernardino¹, Carmen Busca¹, Mariano Matarranz², Luz Martín-Carbonero¹, Rafael Micán¹ y Ana Blas-García⁶

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid. ²Hospital Infanta Leonor, Madrid. ³Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ⁴Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes. ⁵Departamento de Farmacología, Universitat de València, Valencia. ⁶Departamento de Fisiología, Universitat de València, Valencia.

Introducción: La enfermedad hepática metabólica (EHMet), frecuente en personas que viven con VIH (PVIH), se asocia a progresión hepática y eventos cardiovasculares. La resonancia magnética con fracción de protones (RM-FP) permite cuantificar la esteatosis, pero no es de uso rutinario. El índice triglicéridos/glucosa (TyG), derivado de parámetros bioquímicos ha mostrado valor en la detección de esteatosis y resistencia insulínica. Evaluamos la correlación entre TyG y RM-FP y su valor añadido como marcador inflamatorio y metabólico en PVIH con esteatosis.

Métodos: Se estudiaron 63 PVIH con esteatosis diagnosticada por ecografía o elastografía, incluidos en el ensayo clínico MAFALDA-R, a los que en su visita basal se realizó una RM-FP y determinaciones séricas de leptina, adiponectina (marcadores asociados a inflamación) y ciclofilina C (marcador de fibrosis). Se calcularon los índices TyG, FIB-4 y APRI. Se analizaron las correlaciones entre TyG, porcentaje de grasa hepática por RM-FP, resistencia insulínica y los biomarcadores, mediante coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados: El 92% fueron hombres, mediana [p25-p75] de edad de 56,6 [43,5-63,4] años, CD4⁺ 734 [522-930] cel/μL, 100% viremia VIH < 50 cop/mL, IMC 29,0 [25,6-33,3] kg/m²; 30% DM2, 57% dislipemia y 50% hipertensión arterial. El 10% con enfermedad cardiovascular aterosclerótica. La RM-FP confirmó esteatosis en todos los pacientes, con una mediana de fracción grasa del 10,6% [7,3-17,3]. El TyG presentó

una mediana de 8,91 [8,45-9,28]; el 79% superaba el umbral de 8,38. FIB-4 fue 1,24 [0,80-1,57] y APRI 0,32 [0,25-0,49]. El TyG se correlacionó positivamente con la fracción de grasa hepática por RM-FP, el HOMA-IR y los niveles de leptina y ciclofilina C. Es importante destacar que el TyG fue el único de los índices que se correlacionó significativamente tanto con la fracción de grasa hepática como con los biomarcadores de resistencia a la insulina, inflamación y fibrosis (tabla).

Correlaciones entre el índice TyG y parámetros metabólicos e inflamatorios					
	TyG	FIB4	APRI	CAP	Fibroscan
% grasa (RM-FP)	0,25*	-0,13	0,34**	0,61**	0,18
HOMA-IR	0,35**	0,10	0,13	0,14	0,40**
Leptina	0,25*	-0,07	0,21	0,46**	0,15
Ciclofilina C	0,25*	0,02	0,18	0,29	0,21

*p ≤ 0,05; **p < 0,01.

Conclusiones: En PVIH con esteatosis hepática, el índice TyG no solo se correlaciona con la fracción de grasa hepática medida por RM-FP, sino también con la resistencia insulínica y con mediadores inflamatorios y de fibrosis. Por su simplicidad, reproducibilidad y ausencia de coste adicional, TyG es un parámetro a considerar para caracterizar la EHMet en PVIH y mejorar su estratificación clínica.

P-082. INCIDENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL TRAS EL INICIO DE TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA INTEGRASA

José Ignacio Bernardino¹, Lucía Serrano², Carmen Busca Arenzana¹, Alejandro de Gea-Grela¹, María del Mar Arcos Rueda¹, Luz Martín Carbonero¹, M.ª Luisa Montes¹, Rocío Montejano¹, Rafael Micán¹, Laura Checa¹, Rosa de Miguel¹, Juan González-García¹ y José Ramón Arribas¹

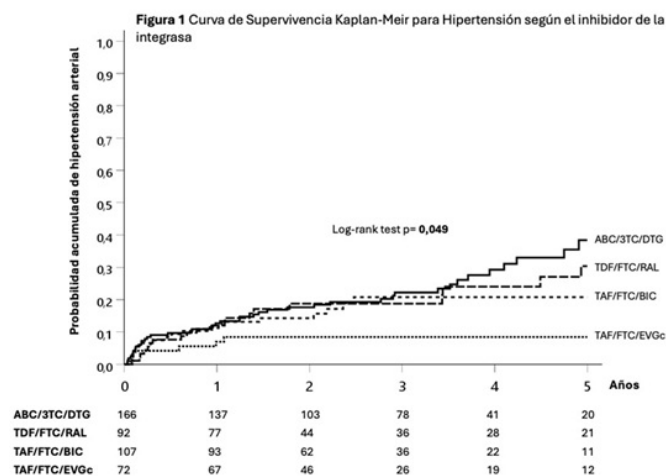
¹Hospital Universitario La Paz, Madrid. ²Fundación Investigación Biomédica Hospital La Paz, Madrid.

Introducción: Las personas con VIH tienen mayor riesgo de desarrollar hipertensión arterial (HTA) y los regímenes basados en inhibidores de la integrasa pueden incrementar este riesgo. Se desconoce si hay diferencias entre los diferentes inhibidores de la integrasa.

Métodos: Estudio unicéntrico retrospectivo que incluyó personas adultas con VIH que iniciaron TAR basado en inhibidores de la integrasa entre enero 2009 y diciembre 2023 y lo mantuvieron al menos durante 48 semanas. Se excluyeron individuos con diagnóstico previo de HTA y con menos de dos medidas de presión arterial durante el seguimiento. Los participantes fueron seguidos hasta el diagnóstico de hipertensión (dos mediciones consecutivas de TA ≥ 140/90 mmHg o inicio de fármacos antihipertensivos), interrupción del tratamiento o hasta el 31 de diciembre de 2024. Se analizaron los inicios de tratamiento con las siguientes combinaciones: ABC/3TC/DTG, 3TC/DTG, TAF/FTC/BIC, TAF/FTC/EVG/c, y TDF/FTC + RAL. Se analizaron mediante curvas de supervivencia de Kaplan-Meier y modelos de riesgos proporcionales de Cox (ajustados por edad, sexo, duración de la infección por VIH e IMC).

Resultados: Se incluyeron 437 participantes (166 con ABC/3TC/DTG, 107 con TAF/FTC/BIC, 72 con TAF/FTC/EVG/c, y 92 con TDF/FTC + RAL), con una mediana de seguimiento de 28 meses (RIC 16-48). La incidencia global de hipertensión fue de 7,0 casos por 100 persona-años (IC95% 5,6-8,6). La prevalencia de HTA fue mayor con regímenes basados en DTG (25,3%; IC95% 19,2-32,3) y menor con TAF/FTC/EVG/c (9,7%; IC95% 4,5-18,1). La probabilidad acumulada de HTA a 5 años fue significativamente mayor en los regímenes basados en dolutegravir en comparación con TAF/FTC/EVGc (p = 0,006) (fig.). En el análisis multivariable, los regímenes basados en dolutegravir frente a TAF/

FTC/EVG/c (HRa 2,82; IC95% 1,18-6,77), y el IMC (HRa 1,10; IC95% 1,03-1,16) se asociaron de forma independiente con un mayor riesgo de desarrollar hipertensión a 5 años.



Conclusiones: En esta cohorte de personas con VIH que inician TAR con un régimen de inhibidores de la integrasa, la incidencia de hipertensión arterial es diferente según el fármaco utilizado. Hay una tendencia a mayor riesgo con regímenes basados en dolutegravir.

P-083. FENOTIPO NORMOPESO FRENTE A OBESIDAD EN PVIH CON ESTEATOSIS HEPÁTICA: DIFERENCIAS CLÍNICAS Y METABÓLICAS

María Luisa Montes Ramírez¹, Jesús Troya², Teresa Aldámiz³, Inés Suárez-García⁴, Fernando Solano⁵, Jose Ignacio Bernardino¹, Carmen Busca¹, Guillermo Cuevas², Luz Martín-Carbonero¹, Rosa de Miguel¹ y Ana Blas-García⁶

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid. ²Hospital Infanta Leonor, Madrid. ³Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ⁴Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes. ⁵Departamento de Farmacología, Universitat de València, Valencia. ⁶Departamento de Fisiología, Universitat de València, Valencia.

Introducción: La enfermedad hepática metabólica (EHMet) en personas que viven con VIH (PVIH) presenta fenotipos clínicos distintos según el índice de masa corporal (IMC). Mientras que la obesidad se asocia a mayor riesgo metabólico, los sujetos con normopeso que desarrollan esteatosis podría tener un perfil diferente en cuanto a daño hepático y exposición a TAR. Este estudio explora las diferencias clínicas, metabólicas y de métodos diagnósticos entre PVIH con esteatosis y normopeso frente a obesidad.

Métodos: Se analizaron datos basales de PVIH del ensayo MAFALDA-R, diagnosticados de esteatosis hepática por ecografía o CAP, clasificados según IMC en normopeso (< 25 kg/m²), sobrepeso (25-29,9) y obesidad (≥ 30). Se compararon variables clínico-demográficas, parámetros de esteatosis mediante índices bioquímicos y pruebas de imagen y biomarcadores de inflamación (leptina, adiponectina) y fibrosis (ciclofilina C).

Resultados: Se incluyeron 63 sujetos, 15 (24%) con normopeso y 28 (44%) con obesidad. Los sujetos con normopeso fueron de mayor edad y con una evolución más prolongada de la infección por VIH. Además, habían recibido más líneas previas de TAR y mayor exposición a análogos de timidina. Se observó un mayor porcentaje de sujetos con FIB-4 > 1,3 y valores de FIB-4 significativamente más elevados en normopeso. Asimismo, presentaron más diabetes y uso de hipoglucemiantes e hipolipemiantes. Por el contrario, los obesos mostraron niveles marcadamente superiores de leptina, mientras que no hubo diferencias relevantes en adiponectina ni en ciclofilina C. Los

métodos de imagen (CAP, % de grasa, volumen hepático) y los índices TyG y HOMA-IR no mostraron diferencias entre los grupos.

Diferencias entre normopeso y obesidad en PVIH con esteatosis		
Variable	Normopeso (< 25)	Obesidad (≥ 30)
Edad (años)	61,1 [55,3-64,8]	50,6 [36,8-61,8]*
Años con VIH	24,4 [10,4-29,9]	12,0 [4,8-22,3]*
Líneas de TAR previas	6 [2-10]	3 [2-5]*
FIB-4	1,53 [1,07-1,76]	0,96 [0,75-1,37]*
APRI	0,37 [0,26-0,86]	0,34 [0,25-0,54]
TyG	8,84 [8,38-9,14]	9,08 [8,72-9,36]
HOMA-IR	3,24 [2,01-5,92]	3,54 [2,78-9,35]
Leptina (ng/mL)	5,4 [2,7-8,6]	21,7 [15,7-39,6]**
Adiponectina (µg/mL)	10,9 [7,4-16,6]	13,1 [8,8-17,1]
Ciclofilina C (ng/mL)	47,9 [20,6-95,4]	70,9 [32,6-124,5]

*p ≤ 0,05, **p < 0,01.

Conclusiones: En PVIH con esteatosis, el fenotipo normopeso se asocia a mayor edad, mayor tiempo de infección, más líneas previas de TAR y valores más altos de FIB-4, lo que sugiere un perfil de daño hepático acumulado. En contraste, los obesos presentan un perfil metabólico caracterizado por hiperleptinemia, marcador de disfunción metabólica. Estos hallazgos subrayan la necesidad de diferenciar estrategias diagnósticas y de seguimiento en función del fenotipo, más allá del IMC.

P-084. INICIO DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL Y DESARROLLO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

José Ignacio Bernardino de la Serna¹, Lucía Serrano², Carmen Busca Arenzana¹, Alejandro de Gea-Grela¹, María del Mar Arcos Rueda¹, Luz Martín Carbonero¹, M.^a Luisa Montes Ramírez¹, Rocío Montejano¹, Rafael Mican¹, Laura Checa¹, Rosa de Miguel¹, Juan González-García¹ y José Ramón Arribas¹

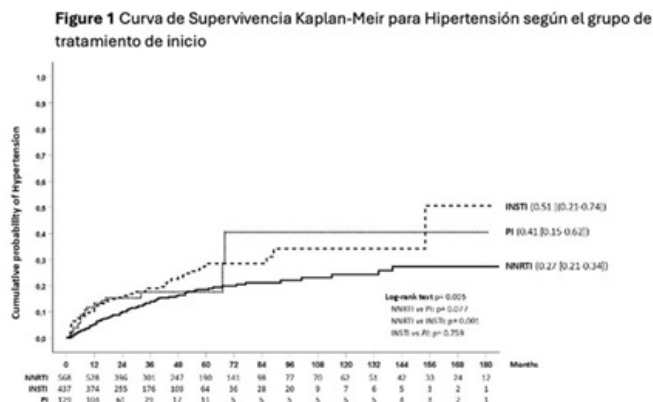
¹Hospital Universitario La Paz, Madrid. ²Fundación Investigación Biomédica Hospital La Paz, Madrid.

Introducción: Las personas con VIH tienen mayor riesgo de desarrollar hipertensión arterial (HTA). Estudios recientes sugieren que los regímenes basados en inhibidores de la integrasa pueden elevar este riesgo. Nuestro objetivo fue evaluar la incidencia y factores asociados al diagnóstico de hipertensión en personas VIH que inician tratamiento antirretroviral (TAR).

Métodos: Estudio unicéntrico retrospectivo que incluyó personas adultas con VIH que iniciaron TAR entre enero 2009 y diciembre 2023 y lo mantuvieron al menos durante 48 semanas. Se excluyeron individuos con diagnóstico previo de HTA, con menos de dos medidas de presión arterial durante el seguimiento, o una duración del TAR de menos de 48 semanas. Los participantes fueron seguidos hasta el diagnóstico de hipertensión (dos mediciones consecutivas de TA ≥ 140/90 mmHg o inicio de fármacos antihipertensivos), interrupción del tratamiento o hasta el 31 de diciembre de 2024. Las combinaciones de TAR de primera línea recomendadas por las guías españolas (GESIDA) se analizaron mediante curvas de supervivencia de Kaplan-Meier y modelos de riesgos proporcionales de Cox (ajustados por edad, sexo y duración de la infección por VIH).

Resultados: Se incluyeron 1.134 participantes, con una mediana de seguimiento de 31,2 meses (RIC 17,6-58,5). La mediana de edad al inicio de la TAR fue de 34,1 años (RIC 28,8-41,3), el 89,8% eran varones, con una mediana de CD4 de 353 células/mm³ y una carga viral mediana de 4,6 log₁₀ copias/mL. La incidencia de hipertensión fue de 4,9 casos por 100 persona-años (IC95% 4,3-5,6), con una prevalencia acumulada del 18,1% (IC95% 15,9-20,4). El inicio con regímenes basa-

dos en NNRTI se asoció a una incidencia significativamente menor de hipertensión en comparación con los regímenes basados en inhibidores de la proteasa (IP) o INSTI (fig.). En el análisis multivariable, la mayor edad (HRa 1,03; IC95% 1,02-1,05), el sexo masculino (HRa 1,75; IC95% 1,01-3,03) y el uso de INSTI frente a NNRTI (HRa 1,53; IC95% 1,14-2,06) se asociaron de forma independiente con un mayor riesgo de desarrollar hipertensión.



Conclusiones: En esta cohorte de personas con VIH naïve a TAR, los regímenes basados en NNRTI se asociaron con una menor incidencia de hipertensión en comparación con los regímenes basados en IP o INSTI.

P-085. RIESGO DE REACTIVACIÓN POR VHB EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH CON HBCAC AISLADO QUE REALIZAN UN CAMBIO DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL A CAB+RPV LA

Raquel Encijo-Heredia¹, Alberto Delgado-Fernández¹, Henar Calvo-Sánchez², Rocío López³, Juan Ramón Larrubia⁴ y Miguel Torralba⁵

¹Hospital Universitario de Guadalajara, Grupo de Investigación Traslacional en Inmunología Celular (GITIC), Instituto de Investigación en Salud de Castilla La-Mancha (IDISCAM), Guadalajara. ²Hospital Universitario de Guadalajara, Servicio de Digestivo, Grupo de Investigación Traslacional en Inmunología Celular (GITIC), Instituto de Investigación en Salud de Castilla La-Mancha (IDISCAM), Guadalajara. ³Hospital Universitario de Guadalajara, Servicio de Inmunología, Grupo de Investigación Traslacional en Inmunología Celular (GITIC), Instituto de Investigación en Salud de Castilla La-Mancha (IDISCAM), Guadalajara. ⁴Hospital Universitario de Guadalajara, Servicio de Digestivo, Grupo de Investigación Traslacional en Inmunología Celular (GITIC), Instituto de Investigación en Salud de Castilla La-Mancha (IDISCAM), Guadalajara. ⁵Hospital Universitario de Guadalajara, Servicio de Medicina Interna, Grupo de Investigación Traslacional en Inmunología Celular (GITIC), Instituto de Investigación en Salud de Castilla La-Mancha (IDISCAM), Guadalajara.

Introducción y objetivos: La prevalencia de coinfección por VIH-VHB en España oscila entre 1-5% según las series. Un tercio aproximadamente de las personas que viven con VIH (PVVIH) presentan un HBCAc. Recientemente muchas PVVIH están realizando cambio del tratamiento antirretroviral a combinaciones que no tienen actividad para el VHB como el cabotegravir + rilpivirina de acción prolongada (CAB+RPV LA). Nuestro objetivo fue caracterizar el estatus serológico de la cohorte de pacientes que iniciaron tratamiento con CAB+RPV LA y ver la prevalencia de HBCAc aislado, así como la posibilidad de infección por VHB o bien de reactivación del VHB durante el seguimiento.

Métodos: Diseño: estudio de cohorte prospectivo. Se estudió la serología de VHB en PVVIH que iniciaron tratamiento con CAB+RPV LA. Se estudiaron proporciones (prevalencias) de HBCAc en la cohorte y de títulos de anti HBs en pacientes con HBCAc positivo (VHB pasada) y negativo (vacunados). Se analizó la prevalencia de HBCAc aislado (HBsAc < 10 UI) y la probabilidad de nuevas infecciones o reactivaciones durante el seguimiento.

Resultados. Se estudiaron 154 pacientes (81,1% varones) con una mediana de edad de 41 años y 70% MSM. La mediana de tiempo de seguimiento fue de 1,6 años (RIC: 1,1-2 años). El 100% de los sujetos al inicio presentaron HbsAg: negativo. Durante el seguimiento ningún paciente presentó nuevas infecciones (HBsAg o BDNA positivo) tasa 0 casos por 1.000 personas-año (IC95%: 0-36 por 1.000 personas-año). La prevalencia de HBCAc aislado fue de 12/154: 7,8% (IC95% 4,1-13,2%). De los 12 pacientes con HBCAc aislado, 4 recuperaron la inmunidad con HBsAc tras vacunación; 2 perdieron los títulos con menos de 10 UI/ml de HbsAc y el resto permanecieron iguales. Ninguno de los sujetos con HBCAc aislado presentó elevación de transaminasas durante el seguimiento salvo uno que se atribuyó a esteatosis hepática.

Conclusiones: La prevalencia de HBCAc aislado no es despreciable su PVVIH. El paso a una terapia con CAB+RPV LA no parece ser motivo de reinfección o reactivación del VHB en estos sujetos. Se recomienda vacunación en sujetos HBCAc negativos y en HBCAc aislados además de seguimiento estrecho con HBsAg (o BDNA) y HBsAc en pacientes con combinación de antirretrovirales sin actividad para la VHB.

P-086. ATEROMATOSIS SUBCLÍNICA EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH EN LA TERCERA DÉCADA DE VIDA CON Y SIN ALTERACIONES EN EL PERFIL LIPÍDICO

Marta Salas Sánchez, Marta Olimpia Lago Rodríguez, Ana María Torres do Rego, Cristina Díez Romero, Elena Bello Martínez, Chiara Fanciulli, Francisco Tejerina Picado, Leire Pérez Latorre, Juan Carlos López Bernaldo de Quirós, Pilar Catalán Alonso, Patricia Muñoz García y Teresa Aldamiz-Echevarría Lois

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción y objetivos: Las personas que viven con VIH (PVVIH) mayores de 40 años, presentan un riesgo cardiovascular (RCV) mayor y precoz incluso en ausencia de factores de RCV tradicionales. Nuestro objetivo es explorar la presencia de ateromatosis subclínica en edades más precoces en función de las alteraciones en el perfil lipídico y el tratamiento con estatinas.

Métodos: Estudio descriptivo unicéntrico prospectivo (septiembre 2024-agosto 2025) en PVVIH de 30-39 años, con TAR estable y carga viral indetectable. Se evaluaron características basales, IMC, tensión arterial e índice tobillo-brazo. Se realizó perfil lipídico completo, incluyendo lipoproteína A (Lp(a)), y ecografía carotídea-femoral para detección de placas arterioescleróticas, grosor íntima-media y velocidad de onda de pulso.

Resultados: Se incluyeron 33 pacientes (tabla). Cuatro (12,1%) presentaron ateromatosis subclínica, los 3 primeros no tenían dislipemia y RCV bajo. Paciente (Pt)1: hombre (H), 38 años, no fumador, Lp(a) 10 mg/dL, antecedentes familiares de ECV precoz. Pt2: H, 39a, fumador, Lp(a) 77 mg/dL. Pt 3: H, 32a, fumador, obesidad, Lp(a) 14 mg/dL, e historia de TAR previo con IP. Pt 4: H, 39a, fumador, Lp(a) 64 mg/dL, dislipemia en tratamiento con estatinas, TAR previo con IP. Todos presentaron valores de CD4 dentro de la normalidad y cocientes CD4/CD8 cercanos a 1, excepto el 4 que era de 0,5. Ningún paciente mostró elevación de marcadores inflamatorios.

Conclusiones: Las PVVIH en la tercera década de vida pueden desarrollar ateromatosis subclínica a pesar de tener un RCV bajo y perfil lipídico en rango.

	Sin dislipemia (n = 15)	Dislipemia sin tratamiento (n = 12)	Dislipemia con tratamiento (n = 6)
Características basales y comorbilidades			
Hombres	14/15 (93%)	11/12 (92%)	5/6 (83%)
Etnia latina	6/15 (40%)	10/12 (83%)	3/6 (50%)
Tabaquismo	4/15 (27%)	3/12 (25%)	4/6 (67%)
HTA	0/15	2/12 (16,67%)	0/6
DM	0/15	1/12 (8,33%)	0/6
IMC	24,3 (23,3;25,8)	25,62 (23,625;27,7)	26,05 (23,975;32,65)
Edad	38 (32,5;38,5)	36,95 (35,1;37,4)	38,2 (34,6-39,7)
Características infección VIH			
Estadio C	0/15	0/12	1/6 (16,67%)
CD4 actuales	804 (708;1.306)	882,5 (700,25;1.247,5)	959 (627,75;1.287,75)
Cociente CD4/CD8	0,73 (0,52;1,14)	0,85 (0,595;1,355)	0,81 (0,478;1,565)
Coinfección VHC	2/15 (13,33%)	0/12	0/6
Tratamiento antirretroviral			
ITINN	3/15 (20%)	0/12	6/6 (100%)
ITIN	12/15 (80%)	12/12 (100%)	6/6 (100%)
INI	15/15 (100%)	12/12 (100%)	0/6
IP	0/15	0/12	0/6
Perfil lipídico (mg/dl)			
Colesterol total	171 (125;183)	214 (203,5;227)	177,5 (135,5;205,75)
Colesterol LDL	98 (66;120)	142 (125;163,75)	94 (72;106,25)
Triglicéridos	96 (66;118)	154 (131,5;188,5)	215,5 (81,25;491,25)
Lipoproteína (a) > 50	4/15 (26,67%)	2/12 (16,67%)	2/6 (33,33%)
Ecografía			
Ateromatosis carotídea y/o femoral	3/15 (20%)	0/12	1/6 (16,67%)
Permite reclasificar al paciente	3/15 (20%)	0/12	0/6
Marcadores inflamatorios			
PCR (mg/L)	4 (0,57;4)	4 (0,6;4)	2,46 (0,775;4)
Ferritina (ng/mL)	122 (90;146)	115,5 (58,75;195)	91,5 (45,5;199,25)
IL-1 (pg/mL)	16 (16;16)	16 (16;16)	16 (16;16)
IL-6 (pg/mL)	2,3 (1,5;3,6)	1,5 (1,5;1,9)	1,65 (1,575;4,2)
IL-8 (pg/mL)	39 (23,6;143)	40,4 (31,1;66,5)	18,9 (13,7;25,13)
IL-10 (pg/mL)	5 (5;5)	5 (5;5)	5 (5;5,45)
TNF alfa (pg/mL)	12,2 (8,7;19,7)	10,5 (8;12,7)	10 (5,58;10,33)

P-087. INCIDENCIA Y FACTORES PREDICTORES DE NEOPLASIA NO DEFINITORIA DE SIDA EN UNA COHORTE DE PACIENTES VIH

Irene Carpena Carrasco¹, Helena Albendín Iglesias²,
Antonia Castillo Navarro², María Molina Cifuentes³,
María Ángeles Fernández² y Carlos Enrique Galera Peñaranda²

¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ²Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. ³Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.

Introducción y objetivos: El cáncer supone una importante causa de morbimortalidad en las personas con VIH (PVIH), que parecen tener un riesgo incrementado de neoplasias no definitivas de SIDA (NNDS). Los factores que contribuyen son múltiples y no están totalmente aclarados. El objetivo de este estudio es conocer la incidencia de NNDS en PVIH e identificar factores predictores para su desarrollo.

Métodos: Análisis transversal descriptivo unicéntrico de cohorte retrospectiva de PVIH atendidos en consulta entre enero de 2009 y diciembre de 2010. Se incluyeron PVIH que no habían presentado neoplasia en los 3 años previos y que acudieron al menos a dos consultas consecutivas. Seguimiento final común hasta diciembre 2022 o hasta el exitus. Se consideraron casos censurados las pérdidas de seguimiento y los exitus por causa distinta a NNDS. Se analizaron las características basales de la cohorte. Se calculó la incidencia de NNDS y la mortalidad. Se identificaron los factores predictores mediante análisis univariante y multivariante de regresión de Cox.

Resultados: 471 pacientes fueron incluidos con un seguimiento medio de 12,86 años (tabla 1). 58 pacientes tuvieron NNDS, con una in-

cidencia de 9,57 pacientes por 10.000 habitantes/año (tabla 2). La mortalidad tras NNDS fue del 57,90% (5,44 por 1.000 habitantes/año), 93,9% de estos exitus directamente relacionados. La media de supervivencia tras el diagnóstico fue de 19,9 meses.

Tabla 1. Características basales

Variables	N = 471 (n, %)
Edad *	43,82 (± 10,23)
Varón	365 (77,5%)
Tabaquismo activo	299 (63,5%)
VHC crónica	174 (36,9%)
FIB4 riesgo fibrosis**	122 (25,9%)
Edad diagnóstico VIH*	31,8 (± 11,40)
Años evolución VIH*	11,69 (± 7,07)
Categoría CDC, C	182 (38,6%)
CD4/CD8 > 0,4 inclusión	334 (70,9%)
CV < 50 cop/ml 6 meses previos	316 (67,1%)
Años TAR inclusión*	8,27 (± 5,73)
Inicio inmediato TAR	117 (24,8%)
Interrupciones TAR	179 (38%)

*Expresado en media ± desviación estándar; **FIB4 riesgo fibrosis: agrupando riesgo intermedio y alto según puntuación.

Tabla 2

Tipo de neoplasia	n y %	Tasa de incidencia (1.000 habitantes/año)
Hepatocarcinoma	12 (20,68)	1,98
Recto-colon	6 (10,34)	0,99
Pulmón	5 (8,62)	0,82

Tabla 3. Factores predictores de NNDS

Variables	Univariado		Multivariado	
	HR (IC95%)	p	HR (IC95%)	p
Edad	1,047 (1,023-1,072)	0,001		
FIB4 score riesgo fibrosis	2,575 (1,531-4,333)	0,001	2,12 (1,230-3,662)	0,007
Categoría C	0,434 (0,211-0,890)	0,023	0,668 (0,314-1,418)	0,293
CD4/CD8 ≤ 0,4	2,17 (1,28-3,62)	0,004	2,34 (1,36-4,01)	0,002
Tabaco	1,054 (0,613-1,81)	0,850	1,265 (0,734-2,181)	0,746

Conclusiones. Las PVIH de nuestra cohorte tuvieron una incidencia elevada de NNDS. El tumor más frecuente fue el hepatocarcinoma y los factores que resultaron predictores fueron el cociente CD4/CD8 ≤ 0,4 y el score FIB4 con algún riesgo de fibrosis.

P-088. TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO EN PACIENTES QUE VIVEN CON VIH (PVIH): ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA EN LA COHORTE DE UN HOSPITAL TERCIARIO

María Belén Sánchez López¹, Antonio Jesús González García¹,
Roser Navarro Soler², Otilia Bisbal Pardo¹, Federico Pulido Ortega¹,
Mireia Santacreu Guerrero¹, Rafael Rubio García¹,
David Rial Crestelo¹, Laura Bermejo Plaza¹, Juan Martín Torres¹,
Asunción Hernando Jerez¹ y María de Lagarde Sebastián¹

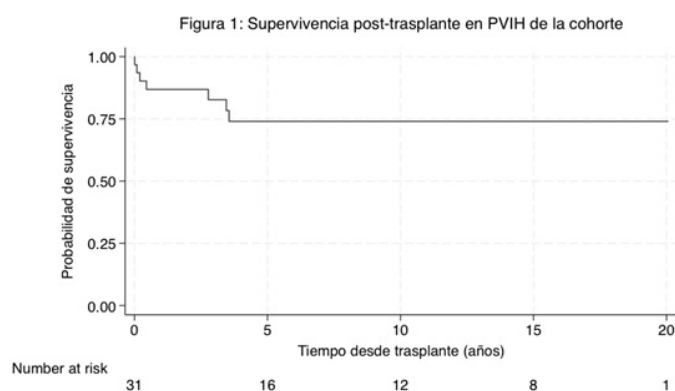
¹Hospital Doce de Octubre, Madrid. ²Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción y objetivos: Desde la introducción del TARGA, la supervivencia de las PVIH ha aumentado, cobrando importancia las enfermedades crónicas, como la enfermedad hepática o renal terminal, siendo el trasplante su única alternativa terapéutica. Analizamos la supervivencia y variables clínico-epidemiológicas de los trasplantes de órgano sólido (TOS) en PVIH de nuestra cohorte.

Métodos: Hemos seleccionado todos las PVIH con seguimiento en la cohorte de la Unidad VIH de nuestro centro (hospital terciario) que han recibido un TOS. Se recogieron variables de interés clínico-epidemiológico en Historia Clínica Digital y se utilizó Stata v.18 para obtener la supervivencia con curvas de Kaplan-Meier.

Resultados: 31 PVIH han recibido un TOS en nuestro centro, mayoritariamente hombres y transcurriendo una mediana de 18,41 años (IQR 13,27-27,78) entre el diagnóstico de VIH y el trasplante. 23 trasplantes fueron hepáticos (74,2%), 6 renales (19,4%) y 2 multiviscerales (6,4%). Las variables de interés se recogen en la tabla. 27 pacientes tuvieron complicaciones postrasplante (87,1%): insuficiencia renal, infecciones, trombosis, rechazo y recidiva del VHC. Los inmunosupresores más utilizados fueron los glucocorticoides, tacrolimus y micofenolato. Han fallecido 7 pacientes (22,6%), con una mediana de edad al fallecimiento de 46 años, y 165 días entre trasplante y *exitus*. La mediana de supervivencia global es de 5,84 años desde el trasplante, con una esperanza de vida muy estable tras superar el quinto año postrasplante (fig.). Respecto al TAR, 21 PVIH se mantuvieron sin cambios (67,7%) y 10 (32,3%) cambiaron postrasplante, por los siguientes motivos: toxicidad establecida o previsible (7), viremia no controlada (3) y simplificación (1). La tendencia fue sustituir IP/p por INSTI.

Características clínicas de las PVIH que recibieron TOS (n = 31)	
	N (%) / mediana (IQR)
Sexo: hombre	21 (67,7%)
Edad al trasplante, años	48 (IQR 43,33-55,12)
Hábitos tóxicos:	
UDVP	21 (67,7%)
Alcohol	12 (38,7%)
Ambos	10 (32,3)
Coinfección VHC	26 (83,87%)
Tratamiento con interferón	10 (38,5%)
Tratamiento con antivirales de acción directa (AAD)	12 (46,2%)
Curación espontánea	2 (7,7%)
No tratados/desconocido	3 (6,5%)
Genotipo 3	9 (34,6%)
Genotipos 1 y/o 4	16 (61,5%)
Linfocitos CD4 (mediana, RIQ) en fecha de trasplante	278,5 (202,5-572,7)
Carga viral de VIH indetectable	31 (100%)
Complicaciones asociadas a hepatopatía crónica (trasplante hepático):	
Hepatocarcinoma	8/23 (34,8%)
Cirrosis descompensada	19/23 (61,3%)



Conclusiones: La supervivencia de las PVIH que han recibido TOS en nuestra cohorte es similar a la de la población general. Los nuevos TAR facilitan la compatibilidad con los fármacos inmunosupresores.

P-089. MULTICOMPONENT EXERCISE ASSOCIATED WITH A HEALTHIER GUT MICROBIOTA PROFILE IN OLDER ADULTS WITH HIV (OAWH)

Laura Martín-Pedraza¹, Jaime Díaz-Poveda², Fernando Dronda¹, Laura Luna¹, Pablo Rayn³, Santiago Moreno¹, Marta Martínez⁴, Val Fernández², Fátima Brañas⁴ and Matilde Sánchez-Conde¹

¹Department of Infectious Diseases, Hospital Universitario Ramón y Cajal, IRYCIS, Universidad de Alcalá, CIBERINFEC, Madrid. ²Unidad Central de Apoyo (UCA-GT), Instituto Ramón y Cajal de Investigaciones Sanitarias (IRYCIS), Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ³Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Infanta Leonor, FIIB del Hospital Universitario Infanta Leonor y Hospital del Sureste, Universidad Complutense, Madrid. ⁴Servicio de Geriátrica, Hospital Universitario Infanta Leonor, FIIB del Hospital Universitario Infanta Leonor y Hospital del Sureste, Universidad Complutense, Madrid.

Introduction and objectives: Multicomponent Exercise has been shown to modulate the gut microbiota leading to changes that may contribute to a less inflammatory and more eubiotic microbial profile. However, there is limited evidence on the effects of exercise on the gut microbiota in older adults living with HIV (OAWH). In this 48-week longitudinal study, we evaluated the changes in the gut microbiota through metagenomic whole genome shotgun (mWGS) sequencing of participants after undergoing 48 weeks of a Multicomponent Exercise Program (MEP).

Methods: Sedentary adults aged 50 and over, with and without HIV, were included in a prospective longitudinal study with intervention, a MEP, and with 12-, 24- and 48-week follow-up. Clinical variables were obtained as well as adherence to the MEP defined as good (> 50%) or poor (< 50%). Stool samples were collected at each visit. We performed mWGS sequencing of 129 faeces DNA and analysed the taxonomy and functional annotation by Metastats and LefSe analysis.

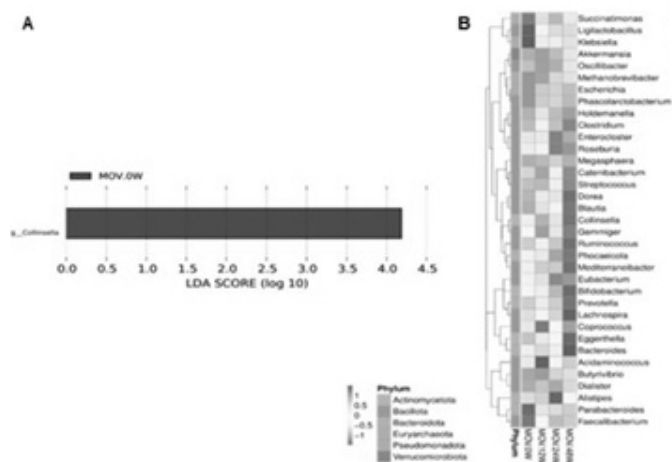


Figure 1. (A) Histogram of LDA scores between family taxonomic annotation at baseline. (B) Relative abundance clustering heatmap based on family taxonomic level along 48 weeks of Multicomponent Exercise Program.

Results: We included 60 participants, 40 OAWH. Median age was 56.5 years. 23.3% were women. All participants with HIV were virologically controlled. At baseline, significant differences in the gut microbiota composition were observed when comparing different groups: a relative abundance of *Firmicutes*, *Prevotella*, and *Dialister* was significantly higher in men compared to women ($p < 0.05$) and similarly, *Catenibacterium* was found to be increased in older adults with HIV (OAWH) ($p < 0.05$). Furthermore, we globally observed high relative abundance of some genus related with inflammation and obesity as *Collinsella* spp. ($p < 0.05$) (fig. 1A). Finally, according to changes of relative abundances, differences after 48 weeks of MEP highlighted a significant increase in bacterial genus such as *Bacteroi-*

des, *Prevotella*, and *Bifidobacterium* and significant decrease of *Coriobacteriaceae* (fig. 1B). These genera play a crucial role in the production of short-chain fatty acids and immune regulation.

Conclusions: A MEP could positively modulate the gut microbiota in OAWH potentially promoting a healthier and less inflammatory microbial environment. This highlights the potential role of regular physical activity as a strategy to improve gut health and overall well-being in older populations, regardless of HIV status.

P-090. DUAL DORAVIRINE PLUS LAMIVUDINE IS SAFE AND MAINTAINS LONG-TERM SUPPRESSION IN HIV PATIENTS WITH METABOLIC OR RENAL ISSUES

Ana María Moreno Zamora, José Luis Casado Osorio, María Jesús Vivancos Gallego, Manuel Vélez Díaz-Pallarés, Raquel Ron González, Roser Navarro, Carmen Cano, Marta Rosas, Santos del Campo Terrón, Javier Martínez Sanz, Santiago Moreno Guillén and María Jesús Pérez Elías

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Objectives: To evaluate the safety and efficacy of dual DOR/3TC started between March 2021 and March 2025 as a switch strategy in 49 PLHIV with metabolic or renal issues attended at an HIV clinic from a tertiary hospital in Madrid, Spain.

Methods: Ongoing, retrospective-prospective cohort study.

Results: White 69%, male 78%, median age 56 years (25-73), AIDS 20%. Median time on antiretroviral therapy 16 years (1-33), with a median of 6 prior ARV lines (2-27). Baseline median CD4 count 685 cells/ml (90-1292), all with undetectable HIV RNA. Prior ARV was INSTI based in 88%, including 5 cases on long-acting cabotegravir/rilpivirine. 78% reported prior NNRTI experience, with absence of viral failure or mutations in all. DOR plus 3TC was prescribed due to weight gain in 49% (63% with baseline BMI > 30). PLHIV changing for overweight were younger ($p = 0.0001$), with a higher frequency of hispanics ($p = 0.004$), with a shorter time on ARV ($p = 0.0001$) and more frequently diabetic ($p = 0.17$); during follow-up 25% started GLP1 analogues. PLHIV with baseline renal deterioration were older ($p = 0.0001$), with a longer time on ARV ($p = 0.0001$), and with a higher rate of comorbidities such as hypertension ($p = 0.003$), and required 3TC adjustment in 41%. Baseline mean GFR and tubular phosphate resorption were 40 ± 19 ml/min and 64 ± 20 , respectively; 4 subjects were on hemodialysis and one on peritoneal dialysis. The median time on therapy for the overall cohort was 48w (2-159), with no cases of viral failure. Five subjects stopped therapy due to CNS DOR-related adverse events. Subgroup analyses showed no changes in BMI or weight in PLHIV starting therapy due to overweight, but among subjects with baseline renal deterioration there were significant improvements in GFR ($P = 0.005$) and TPR ($p = 0.028$).

Conclusions: Long-term dual DOR/3TC maintained viral suppression and led to significant improvements in renal parameters, but not weight or BMI.

P-091. SAFETY AND EFFICACY OF LONG-ACTING (LA) CABOTEGRAVIR/RILPIVIRINE (C/R) IN PSYCHIATRIC PLHIV

Ana María Moreno Zamora, Santos del Campo Terrón, María Jesús Vivancos Gallego, Manuel Vélez Díaz-Pallarés, Raquel Ron González, Roser Navarro, Marta Rosas Cancio-Suárez, Carmen Cano de Luque, María Jesús Pérez Elías, Jose Luis Casado Osorio, Javier Martínez San and Santiago Moreno Guillén

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Objectives: To evaluate the safety and efficacy of C/R in psychiatric (PSY, N = 37) vs. non-psychiatric subjects (non-PSY, N = 357) starting

LA-C/R between Jan 2023-May 2025 attended at an HIV clinic from a tertiary hospital in Madrid, Spain.

Methods: Ongoing, retrospective-prospective cohort study.

Results: Among PSY subjects the most frequent diagnosis was depressive syndrome ($n = 28$, 76%); 16% reported substance abuse ($n = 6$). When compared to non-PSY subjects, there were no differences in baseline gender (male 78 vs. 88%), Caucasian origin (49 vs. 47%), MSM (78 vs. 77%), prior INSTI-based therapy (81 vs. 82%), years on ART (10 ± 7 vs. 11 ± 8) or prior AIDSs (8 vs. 16%). Prior NNRTI experience was present in 62 vs. 60% with resistance mutations in 5 vs. 2%. However, PSY were younger (41 ± 9 vs. 45 ± 12 , $p = 0.05$), more frequently obese (22 vs. 10%, $p = 0.04$), and more frequently were prescribed concomitant therapies (84 vs. 43%, $p = 0.0001$) despite less comorbidities such as hypertension (0 vs. 13%, $p = 0.01$) or dyslipidemia (0 vs. 23%, $p = 0.001$). In addition, C/R was initiated after subject's request in 70 vs. 45% in non-PSY ($P = 0.005$). After a median follow-up of 17 months (1-33) there were no differences in virological failure (0 vs. 1%), lost to follow-up (one subject each), or C/R withdrawal (11 vs. 9%). Of note no PSY PLHIV stopped C/R due to CNS symptoms, vs. 9 in non-PSY.

Conclusions: Long-acting C/R is a safe and effective therapy in psychiatric PLHIV.

P-092. DESAFÍOS EN LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN PERSONAS CON VIH EN ESPAÑA: UN ESTUDIO CUALITATIVO EN SIETE COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Carlos Iniesta¹, Alejandro Sánchez Ocaña², María José Fuster Ruiz de Apodaca¹ y Grupo de Trabajo de Salud Mental y VIH¹

¹Fundación SEISIDA, Madrid. ²ONG Stop, Barcelona.

Introducción y objetivos: En un contexto de creciente visibilización de la salud mental como prioridad de salud pública y con un sistema sanitario altamente descentralizado, este estudio analiza la situación de la atención a la salud mental de las personas que viven con VIH en España. El objetivo fue identificar barreras institucionales, circuitos de atención, experiencias profesionales y vacíos normativos en siete comunidades autónomas (Andalucía, Aragón, Cataluña, Comunidad Valenciana, Galicia, Madrid y País Vasco).

Métodos: Se desarrolló un estudio cualitativo de tipo inductivo-deductivo, con enfoque crítico-interpretativo. Se realizaron 22 entrevistas semiestructuradas a 38 profesionales de los ámbitos sanitario, comunitario y de coordinación, seleccionados mediante muestreo intencional. Se realizaron análisis temáticos, de contenido cualitativo y de marco, permitiendo captar regularidades, variaciones territoriales y diferencias por perfil profesional.

Resultados: Los hallazgos revelan una fragmentación estructural de los circuitos asistenciales, con escasa coordinación intersectorial y protocolos de derivación poco claros. Las barreras de acceso –listas de espera prolongadas, sobrecarga de profesionales y desconocimiento de recursos– afectan especialmente a personas con VIH en situaciones de vulnerabilidad interseccional. Se identificaron actitudes estigmatizantes en el contexto sanitario y la ausencia de políticas públicas que integren salud mental y VIH de forma específica. El tercer sector aparece como un sostén estructural clave, asumiendo funciones de acompañamiento emocional, adherencia terapéutica y apoyo psicosocial, aunque en condiciones de precariedad y sin reconocimiento institucional suficiente. Factores sociales y estructurales como la vivienda, la estabilidad laboral o la privatización de servicios emergen como determinantes centrales de la salud mental. Entre los retos pendientes destacan la falta de enfoques interseccionales, la atención al envejecimiento con VIH, la respuesta a fenómenos emergentes como el *chemsex*, y la necesidad de humanizar la atención desde un enfoque basado en derechos.

Conclusiones: La atención a la salud mental de las personas con VIH en España se caracteriza por circuitos fragmentados, falta de coordinación y ausencia de políticas integradas, lo que refuerza la dependencia del tercer sector. Los resultados evidencian la necesidad de reformas estructurales que incorporen la salud mental en los planes de VIH y viceversa, con mayor dotación de recursos humanos, reconocimiento del papel comunitario y estrategias específicas para colectivos vulnerables. Un enfoque integral, humanizado y basado en derechos resulta imprescindible para garantizar la equidad y mejorar la calidad de vida de las personas con VIH.

P-093. FACTORES ASOCIADOS AL ESTIGMA HACIA LAS PERSONAS CON VIH EN ESPAÑA: CREACIÓN Y ANÁLISIS DEL ÍNDICE DE ESTIGMA GLOBAL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

Carlos Iniesta¹, Sara Moreno², Oliver Marcos³, Ana Koerting⁴, Julia del Amo⁵ y María José Fuster Ruiz de Apodaca⁶

¹Fundación SEISIDA, Madrid. ²Instituto Mixto de Investigación IMIENS-UNED, Madrid. ³Coordinadora Estatal de VIH-sida (CESIDA), Madrid. ⁴Técnico Superior Externo (TRAGSATEC), División de Control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Ministerio de Sanidad, Madrid. ⁵División de Control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Ministerio de Sanidad, Madrid. ⁶Sociedad Española Interdisciplinar del SIDA (SEISIDA), Madrid.

Introducción y objetivos: El estigma hacia las personas con el VIH (PVIH) sigue siendo una barrera crítica para la salud y el bienestar, afectando tanto la calidad de vida como la adherencia al tratamiento. El objetivo de este estudio fue medir el estigma en los últimos 12 meses a través de un índice, que englobara diversas manifestaciones de estigma, y analizar sus factores asociados.

Métodos: Se realizó un análisis a partir de datos del *Estudio sobre la experiencia de estigma en PVIH en España, una adaptación del Índice de Estigma de ONUSIDA*. Se construyó un índice de estigma global para los últimos 12 meses (IGE-12M) considerando el estigma experimentado, anticipado, internalizado y la autoexclusión, y se aplicaron modelos de regresión de Poisson con varianza robusta para identificar factores sociodemográficos y clínicos asociados. Se calcularon razones de tasas de incidencia (IRR) e intervalos de confianza al 95%.

Resultados: Se identificaron asociaciones significativas del IGE-12M con género, origen, nivel educativo y tiempo desde el diagnóstico de VIH: el género femenino (IRR = 1,16; IC95%: 1,01-1,32), el origen extranjero (IRR = 1,12; IC95%: 1,01-1,24) y el nivel educativo superior (IRR = 1,24; IC95%: 1,08-1,43) se asociaron con puntuaciones más altas en el IGE-12M. Además, se observó un gradiente positivo en función del tiempo con el diagnóstico: entre 11-25 años (IRR = 1,43; IC95%: 1,22-1,67) y ≥ 26 años (IRR = 1,75; IC95%: 1,46-2,10) frente a ≤ 5 años. En el análisis por dimensiones, el género femenino se asoció con puntuaciones más altas en estigma anticipado (IRR = 1,46) y autoexclusión (IRR = 1,93). La edad < 35 años se asoció con puntuaciones más altas en estigma experimentado (IRR = 1,66). El estatus migratorio se asoció con puntuaciones más altas en autoexclusión (IRR = 1,67) y estigma experimentado (IRR = 1,57). El tiempo con el diagnóstico mostró un gradiente positivo en varias dimensiones: vivir ≥ 26 años con VIH se asoció con las puntuaciones más altas en estigma anticipado (IRR = 2,64) y experimentado (IRR = 4,10). Por último, el nivel educativo superior se asoció con puntuaciones más altas en estigma internalizado (IRR = 1,22) y experimentado (IRR = 1,49).

Conclusiones: El estigma en PVIH en España persiste y se distribuye de forma desigual según género, estatus migratorio, edad, nivel educativo, tiempo con el diagnóstico y trabajo sexual. Las mujeres, personas migrantes y quienes viven más años con VIH presentan mayor vulnerabilidad a distintas formas de estigma. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de intervenciones interseccionales y políticas públicas específicas que integren la atención al estigma como prioridad, especialmente en colectivos más expuestos.

P-094. IMPROVING LONG-TERM HEALTHCARE IN PEOPLE LIVING WITH HIV: INSIGHTS FROM MOVIMIENTO AHORA

Maria Velasco Arribas¹, Ivana Ollà², Cristina González-Conde², Matilde Sánchez-Conde³, Julián Olalla Sierra⁴ and Eugenia Negrodo Puigmal⁵

¹Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid. ²Gilead Sciences, Spain and Portugal, Madrid. ³Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ⁴Hospital Universitario Costa del Sol, Marbella. ⁵Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona.

Objectives: Advances in treatment have transformed HIV into a manageable chronic condition. However, people living with HIV (PLWH) face complex health challenges that extend beyond viral suppression, encompassing physical, psychological, and social aspects. *Movimiento AHORA*, an initiative advocated by the Spanish AIDS Study Group (GeSIDA) and endorsed by Gilead Sciences, aims to bridge the gap between clinical guidelines and the real-world needs of PLWH, focusing on patient-centered approaches to improve health-related quality of life and long-term outcomes.

Methods: A multidisciplinary expert panel involving 25 professionals from across Spain was established. A comprehensive literature review was carried out and shared with the panel. Then, *Movimiento AHORA* conducted two workshops to respectively: I) identify gaps and needs in the long-term healthcare of PLWH and II) to assess how they could be addressed. Both workshops were guided by a trained facilitator to ensure equal participation and reach consensus.

Results: *Movimiento AHORA* participants identified key gaps in PLWH care continuum and categorized them in eight areas: I) HIV awareness & stigma; II) physical affections and healthy habits; III) harmful practices, including drug abuse; IV) vaccination status; V) antiretroviral treatment (ART) and polypharmacy; VI) frailty related to PLWH aging; VII) emotional and neurocognitive well-being; VIII) populations in vulnerable situation requiring tailored management. The second phase was focused on developing innovative approaches and solutions to tackle these gaps, also considering the individual's life stage, to improve PLWH health management in real life.

Conclusions: The insights gained from these expert discussions highlighted the need to address often overlooked aspects of HIV care, emphasizing the importance of adopting a multidisciplinary approach and optimizing resources through innovation, to meet the evolving needs of PLWH, especially of vulnerable groups. *Movimiento AHORA* created a national roadmap for pioneering long-term healthcare for PLWH and will continue to foster collaboration among healthcare professionals, researchers, and community representatives, to drive systemic changes that enhance the quality of life and health outcomes for PLWH.

P-095. ESTIGMA PÚBLICO RELACIONADO CON EL VIH EN ESPAÑA: CAMBIOS EN CREENCIAS Y ACTITUDES DE LA POBLACIÓN GENERAL ENTRE 2008 Y 2021

Paule González-Recio¹, Carlos Iniesta², Carlos Prats Silvestre³, Ana Koerting⁴, Julia del Amo⁵, Reyes Velayos⁶ y María José Fuster Ruiz de Apodaca³

¹Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid. ²Fundación SEISIDA, Madrid. ³Sociedad Española Interdisciplinar del sida (SEISIDA), Madrid. ⁴Técnico Superior Externo (TRAGSATEC), División de Control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Ministerio de Sanidad, Madrid. ⁵División de Control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Ministerio de Sanidad, Madrid. ⁶Coordinadora Estatal de VIH-sida (CESIDA), Madrid.

Introducción y objetivos: Este estudio analizó la evolución del estigma público relacionado con el VIH y las creencias erróneas sobre su transmisión en España entre 2008 y 2021.

Métodos: Se realizó un estudio transversal repetido con datos de tres encuestas representativas (2008, 2012 y 2021), que incluyeron 4.836 personas de ≥ 16 años seleccionadas aleatoriamente mediante teléfono fijo. Se evaluaron variables sociodemográficas, incomodidad y evitación hacia personas con VIH (PVIH), actitudes discriminatorias, atribución de culpa, creencias erróneas sobre transmisión, respuestas emocionales, percepción de gravedad y proximidad relacional. Las variaciones temporales se analizaron mediante regresiones multivariantes ajustadas por diferencias sociodemográficas.

Resultados: Entre 2008 y 2021, la incomodidad hacia las PVIH disminuyó en todos los escenarios, especialmente al compartir aula con un niño con VIH (-21,4%) y al comprar en una tienda con un empleado con VIH (-22,6%). También descendió la intención de evitación, sobre todo en el contexto de compras (-12,4%). El apoyo a políticas discriminatorias se redujo notablemente: solo el 5,5% respaldaba publicar nombres de PVIH en 2021 frente al 18,4% en 2008. El acuerdo con la idea de que las PVIH "se lo merecen" también disminuyó (del 18,2% al 8,4%). Las creencias erróneas sobre transmisión bajaron, en particular la idea de transmisión por picaduras de mosquitos (-10,8%). Sin embargo, el conocimiento correcto sobre transmisión por lactancia materna empeoró (del 57,1% en 2008 al 29,3% en 2021). Los sentimientos negativos se redujeron: miedo (-1,76 puntos) y lástima (-1,55), mientras que la simpatía aumentó (+0,81). El Índice de Estigma Público pasó de 2,60 en 2008 a 1,36 en 2021. A pesar de estos avances, la proximidad relacional no mejoró. El porcentaje de personas no dispuestas a tener relación alguna con PVIH creció entre 2012 y 2021 (+5,5%), y la disposición a tener una pareja sentimental con VIH descendió (-5,7%).

Conclusiones: El estigma hacia las PVIH en España ha disminuido en múltiples dimensiones, con menos incomodidad, evitación, actitudes discriminatorias y sentimientos negativos. No obstante, la persistente distancia social, la baja disposición a mantener relaciones cercanas y la pervivencia de creencias erróneas muestran que el estigma sigue siendo un reto importante. Se requieren intervenciones específicas para avanzar hacia el objetivo de cero estigma frente al VIH.

P-096. EVIDENCE OF VALIDITY OF THE BRIEF SCREENING TOOL (CST-HIV) FOR PROBLEMS THAT UNDERMINE THE HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH HIV

María José Fuster Ruiz de Apodaca¹, Carlos Iniesta², Rebeca Izquierdo³, Trenton M. White⁴, Jeffrey V. Lazarus⁴, Julián-Alexander Portocarrero-Núñez¹ and Inma Jarrín³

¹Sociedad Española Interdisciplinaria del sida (SEISIDA), Madrid.

²Fundación SEISIDA, Madrid. ³National Centre for Epidemiology, Carlos III Health Institute, Madrid. ⁴Barcelona Institute for Global Health (ISGlobal), Barcelona.

Introduction and objectives: Despite advances in antiretroviral therapy, people with HIV (PHIV) continue to experience physical, psychological, and social challenges that affect health-related quality of life (HRQoL). Early detection of these difficulties using brief multidimensional screening tools facilitates person-centered care. This study evaluated the psychometric properties and clinical utility of the CST-HIV, a concise instrument to identify biopsychosocial challenges.

Methods: A longitudinal retrospective study was conducted with 286 adults from the CoRIS multicenter cohort in Spain (ages $< 50y$: $n = 198$; $\geq 50y$: $n = 88$). At the cross-sectional reference timepoint (M0), participants completed the CST-HIV together with validated psychosocial measures, and clinical data (i.e., CD4 count, CD4%, viral load, non-AIDS events) were collected. The same clinical variables were also retrospectively retrieved from cohort records corresponding to a prior timepoint two years earlier (M-2). Analyses included confirmatory factor analysis (CFA), reliability and validity testing, group com-

parisons by age, and repeated measures General Linear Model analyses to assess changes in CST-HIV domains and clinical markers over time.

Results: CST-HIV demonstrated good internal consistency across all domains (omega/alpha > 0.80 ; AVE range: 0.47-0.78), and CFA supported its multidimensional structure (CFI = 0.95, RMSEA = 0.06). CST-HIV dimensions' results showed moderate scores in internalized stigma, psychological distress, material deprivation, sleep/fatigue, cognitive complaints, and physical symptoms. About 22% exceeded clinical thresholds for depression, and 19% for anxiety. Age group comparisons showed significant differences only in sexual satisfaction, with younger participants reporting greater satisfaction; other domains did not differ by age. We found a significant increase in CD4% and non-AIDS events from M-2 to M0. Overall, viral load tended to decrease over time, though the change approached statistical significance. Correlation at M0 between CST domains and clinical markers showed a significant negative association between CD4 count and the domains anticipated stigma and material deprivation. Higher viral load at M-2 was associated with greater sleep and fatigue problems at M0, and higher CD4 levels at M-2 predicted higher psychological distress at M0. Higher viral load at M-2 predicted more issues with sleep and fatigue and physical symptoms.

Conclusions: CST-HIV is a reliable, valid, and practical instrument for identifying key HRQoL challenges in PHIV. Its strong psychometric properties, robust multidimensional structure, and clinically meaningful associations –including results from repeated measures analysis– support its use for rapid, effective screening in specialized settings. The tool's brevity, sensitivity to group differences, and capacity to monitor changes and establish correlations with clinical markers over time contribute to advancing personalized HIV care.

P-097. ANÁLISIS EXPLORATORIO DEL ESTIGMA EN POBLACIÓN CON VIH EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Olaya Huergo Fernández, Juan Carlos Donaire Castaños, Blanca Lodeiros Armental, Irene Fernández López, Leire Pérez Latorre, Francisco Tejerina Picado, Cristina Díez Romero, Chiara Fanciulli, José María Bellón, Patricia Muñoz García y Teresa Aldámiz-Echevarría Lois

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción y objetivos: El estigma en personas que viven con VIH (PVIH) es un tema de interés creciente. La escala de Berger, adaptada para población española por Fuster es la principal herramienta para su valoración. El objetivo del estudio es hacer una valoración del estigma en nuestro medio.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y prospectivo (21 de mayo-31 julio 2025) en un hospital terciario. Empleamos la adaptación española de la escala de estigma en VIH compuesta por 30 preguntas, reflejando las respuestas 1-2 menor estigma (totalmente en desacuerdo y en desacuerdo respectivamente), las respuestas 3-4 mayor estigma (de acuerdo y totalmente de acuerdo). Se realizó un estudio bivariante para comparar las respuestas entre los distintos grupos poblacionales. Las variables continuas se expresan como medianas (RIQ), las categóricas como frecuencias (%).

Resultados: Obtuvimos 122 pacientes, 29 mujeres cissexuales, 88 varones cissexuales, 5 mujeres transexuales, con mediana de 57.6 años. Respuestas a la encuesta en la figura. En el análisis bivariante comparando por grupos de respuestas 1-2 vs. 3-4 obtuvimos diferencias estadísticamente significativas con mayor número de respuestas 3-4 en < 65 años, adictos a drogas vía parenteral (ADVP), CV detectable y menor número de CD4. El análisis por ítems del cuestionario mostró diferencias relevantes al comparar > 65 y < 65 años en las preguntas 2 (p 0,029), 16 (p 0,042) y 30 (p 0,002). Según el lugar de origen en las preguntas 13 (p 0,036) y 30 (p 0,01); según el grupo de riesgo en las



preguntas 4 (p 0,023), 20 (p 0,035) y 26 (p 0,014); según CV basal en la pregunta 24 (p 0,026) y según CD4 basales en la 19 (p 0,05). El análisis por género no tuvo en cuenta la población trans por su escasa representabilidad. No encontramos diferencias entre hombres y mujeres cis. Se observó que la mayoría de mujeres escogían la respuesta 4 frente a los hombres que la mayor parte escogían la 3.

Características basales de la cohorte			
	N (122)	Respuestas positivas (3-4)	p
Genero (n, %)			0,139
Mujer	29 (23,8%)	451 (52,1%)	
Varón	88 (72,1%)	1.446 (55,0%)	
Lugar procedencia (n, %)			0,137
España	85 (69,7%)	1.343 (52,9%)	
Otros	37 (30,3%)	615 (55,6%)	
Edad al diagnóstico-años-mediana (RIC)	29,9 (25,4-37,4)		
Edad actual-años-mediana (RIC)	57,6 (46,5-62,8)		
Edad estratificada (n, %)			< 0,001
< 65 años (n, %)	100 (82%)	1.646 (55,1%)	
≥ 65 años (n, %)	22 (18%)	312 (47,5%)	
Grupos de riesgo (n, %)			0,013
HSH	70 (57,9%)	1.108 (53,0%)	
ADVP	27 (22,3%)	469 (58,1%)	
CV basal (n, %)			< 0,001
< 30 cp/mL	117 (95,9%)	1.853 (53,0%)	
> 30 cp/mL	5 (4,1%)	105 (70,5%)	
CD4 basal (n, %)			0,003
< 300	7 (5,7%)	135 (64,3%)	
300-500	20 (16,4%)	288 (48,5%)	
> 500	95 (77,9%)	1.535 (54,1%)	
Comorbilidades (n, %)			
Ansiedad	29 (23,8%)	457 (52,7%)	0,483
Depresión	21 (17,2%)	334 (53,1%)	0,720

Conclusiones: El estigma persiste en PVVIH e impacta en el control inmunoviroológico de la infección. Su abordaje debe individualizarse según los distintos grupos poblacionales.

P-098. IDENTIFICACIÓN DE GDF-15 COMO BIOMARCADOR PLASMÁTICO DE MULTIMORBILIDAD, ENVEJECIMIENTO Y CONSUMO DE TABACO EN PERSONAS CON VIH

Aida López López¹, Jacobo Alonso Domínguez¹, Inés Martínez Barross¹, Alexandre Pérez González², Antonio Ocampo², Luis Morano², Beatriz Calderón Cruz³, Noemí Martínez López de Castro² y Eva Poveda¹

¹Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur, Vigo. ²Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo. ³Fundación Biomédica Galicia Sur, Vigo.

Introducción y objetivos: El envejecimiento y la alta carga de comorbilidades representan un reto creciente en la atención de las personas que viven con VIH (PVV). Identificar biomarcadores que anticipen este riesgo es clave para mejorar la estratificación y el seguimiento. El objetivo fue identificar biomarcadores plasmáticos asociados a la multimorbilidad (≥ 2 comorbilidades) en PVV.

Métodos: Estudio transversal en PVV adultas con tratamiento antirretroviral (TAR) y carga viral indetectable ≥ 1 año, en seguimiento clínico en el Noroeste de España. Se recogieron datos clínico-epidemiológicos y se cuantificaron en plasma biomarcadores previamente asociados con riesgo cardiovascular (GDF-15, sVCAM-1, sICAM-1 y sP-selectina) mediante inmunoensayo multiplex (MILLIPLEX®). Análisis estadístico: Spearman, Mann-Whitney y regresión lineal multivariable.

Resultados: Se incluyeron 74 PVV: mediana de edad de 53 (44-60) años; 66% ≥ 50 años; 74% hombres; 48,6% multimorbilidad, predominando osteopenia (37,8%), dislipidemia (28,4%) e hipertensión (23,0%). GDF-15 fue el único biomarcador asociado a multimorbilidad: 771,5 vs. 390,0 pg/mL; p < 0,001. GDF-15 se correlacionó positivamente con la edad (rho = 0,457; p < 0,001), tiempo desde diagnóstico (rho = 0,327; p = 0,010) y duración del TAR (rho = 0,374; p = 0,005), y negativamente con nadir CD4⁺ (rho = -0,330; p = 0,006). Niveles elevados de GDF-15 también se asociaron con consumo de sustancias, como tabaquismo: nunca fumadores 410,2 pg/ml vs. fumadores 682,7 pg/mL; p = 0,011 y exfumadores 757,6 pg/mL; p = 0,016; consumo de alcohol: no usuarios

452,9 pg/ml vs. consumo actual 549,7 pg/mL; $p = 0,013$ y exconsumo 894,9 pg/mL; $p = 0,005$; y consumo de heroína: no consumo 443,8 pg/ml vs. consumo previo 1.050,1 pg/mL; $p < 0,001$. En la regresión lineal multivariable se incluyeron: GDF-15 (transformación logarítmica), la variable compuesta edad-multimorbilidad (edad > 50 años: sí/no; multimorbilidad: sí/no), tabaquismo y nadir de CD4⁺ (no se incluyeron las variables con la que existía colinealidad: i.e. tiempo desde diagnóstico, duración del TAR). Cada aumento de categoría de tabaquismo (no fumador→exfumador→fumador) se asoció con un 26% más de concentración de GDF-15 ($\beta = 0,232$; $p = 0,004$). Cada incremento en la variable compuesta edad-multimorbilidad se asoció con un 16% más de GDF-15 ($\beta = 0,148$; $p = 0,012$), lo que indica que PVV > 50 años con multimorbilidad presentan niveles significativamente más altos de GDF-15, asociándose de manera simultánea con envejecimiento y comorbilidad.

Conclusiones: Los niveles plasmáticos elevados de GDF-15 se asocian independientemente con la multimorbilidad en PVV, así como con la edad y el tabaquismo. Su determinación en la práctica clínica podría mejorar la estratificación del riesgo y anticipar complicaciones relacionadas con la multimorbilidad, optimizando estrategias de prevención y manejo individualizado, especialmente en personas > 50 años.

P-099. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, PATOLOGÍA DUAL Y PREVALENCIA DE VIH, ITS E INFECCIONES VIRALES EN USUARIOS DE SLAMSEX ATENDIDOS EN UN RECURSO COMUNITARIO

Javier Curto Ramos¹, Alicia González Baeza², Lorena Ibarguchi³ y Helen Dolengevich Segal⁴

¹Servicio de Psiquiatría, Psicología Clínica y Salud Mental, Hospital Universitario La Paz, Madrid. ²Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid. ³Apoyo Positivo, Madrid. ⁴Servicio de Psiquiatría, Hospital de Henares, Coslada.

Introducción y objetivos: El *chemsex* se asocia a un incremento de prácticas sexuales de riesgo, infecciones de transmisión sexual (ITS) y complicaciones médicas y psiquiátricas. Dentro de este fenómeno, el *slamsex* (uso intravenoso de drogas durante las relaciones sexuales) puede implicar complicaciones adicionales físicas y psiquiátricas. El presente trabajo tiene como objetivo comparar características sociodemográficas, prevalencia de VIH, ITS e infecciones virales y de patología dual en usuarios de *slamsex* frente a usuarios de *chemsex* que no hacen uso de la vía intravenosa.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal con una muestra de 230 usuarios del programa "Sexo, Drogas y Tú" de la ONG Apoyo Positivo (Madrid), entre 2016 y 2019. Se realizaron análisis comparativos entre usuarios con prácticas de *slamsex* y aquellos sin *slamsex*. Se recogieron variables sociodemográficas, diagnósticos de ITS, VIH e infecciones virales, así como la presencia de psicosis inducida por sustancias psicoactivas, trastornos de ansiedad, depresivos, ideación e intentos autolíticos, evaluados mediante entrevista clínica, de acuerdo con el DSM-5.

Resultados: El 61,3% de los participantes había practicado *slamsex* alguna vez en su vida, siendo una práctica habitual en la mitad de los casos. No se hallaron diferencias significativas en nacionalidad, o ejercicio del trabajo sexual entre ambos grupos. En cuanto a diagnóstico de VIH o diagnósticos previos de ITS e infecciones virales, se observó que el VIH fue significativamente más prevalente en el grupo *slamsex* (79,1% frente a 54,3%, $p < 0,05$), mientras que la sífilis apareció con mayor frecuencia en los que no hacían uso de la vía intravenosa (79,9% frente a 64%, $p < 0,05$). No se identificaron diferencias estadísticamente significativas en otras infecciones virales (VHC, VHB, VHA) ni en ITS como Clamidia. Los usuarios con *slamsex* mostraron una mayor prevalencia de patología dual: depresión (83,9 vs.

65%, $p < 0,05$), ansiedad (86,4 vs. 72,3%, $p < 0,05$), psicosis inducida por sustancias psicoactivas (58,7 vs. 23,5%, $p < 0,05$), ideación suicida (73 vs. 32,1%, $p < 0,05$) y conductas autolíticas (29,3 vs. 14%, $p < 0,05$).

Conclusiones: Aunque los resultados muestran que no existen diferencias sociodemográficas relevantes entre quienes practican *slamsex* y quienes realizan *chemsex* sin uso de la vía intravenosa, el *slamsex* se asocia a una prevalencia elevada de VIH y patología dual. Este perfil refuerza la necesidad de un abordaje multidisciplinar y coordinado que incluya salud sexual, salud mental y adicciones, así como estrategias de prevención y reducción de daños específicas.

P-100. ASOCIACIÓN ENTRE EL RESERVORIO VIRAL Y LA DISFUNCIÓN VENTRICULAR SUBCLÍNICA EN PERSONAS CON VIH CON SUPRESIÓN VIROLÓGICA

Laura Pérez-Blázquez¹, Miguel Cervero², Julia Gómez Diego³, Carlos Blas de Ruiz³, Montserrat Torres¹, Raúl Gascuña Rubia³ y Mayte Coiras¹

¹Unidad de Patogenia Inmune y Reservoir Viral, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Madrid. ²Universidad Alfonso X el Sabio Facultad de Ciencias Biomédicas y de la Salud, Madrid. ³Servicio de Cardiología, H.U. Severo Ochoa, Leganés -Madrid, Madrid.

Introducción y objetivos: Las personas con VIH (PVIH) presentan mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, incluso en supresión virológica bajo tratamiento antirretroviral (TAR). La inflamación crónica y el reservorio viral podrían favorecer la disfunción miocárdica subclínica. Su detección temprana, mediante ecocardiografía avanzada y análisis del trabajo miocárdico, permitiría prevenir la progresión a enfermedad clínica. Nuestro objetivo fue evaluar la asociación entre la presencia del VIH y la función ventricular en PVIH.

Métodos: Se reclutaron PVIH ($n = 42$) y controles sin VIH ($n = 26$) sin cardiopatía estructural conocida. Se realizaron estudios ecocardiográficos con *speckle tracking* para medir la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), deformación longitudinal global (GLSVI), índice de trabajo miocárdico (GWI), eficiencia global (GWE) e índice de rendimiento miocárdico (TEI). El tamaño del reservorio del VIH-1 se cuantificó mediante ddPCR. Los análisis estadísticos entre grupos incluyeron modelos de regresión y correlación para identificar asociaciones entre el reservorio viral y la función ventricular.

Resultados: 1) PVIH eran 81% hombres frente a 69% en controles; mediana de edad 54 (RIC 45-61) y 57 años (RIC 47-62). El tiempo desde el diagnóstico de VIH-1 fue 18 años (RIC 13-32). 2) Sin diferencias en la FEVI entre grupos, pero las PVIH presentaron valores reducidos del valor absoluto de GLSVI ($\beta -2,34$; $p < 0,001$), GWI ($\beta -2,78$; $p = 0,001$), y GWE ($\beta -1,90$; $p = 0,031$). 3) En el análisis multivariante, los parámetros valor absoluto de GLSVI (OR 0,49; IC95% 0,33-0,72; $p < 0,001$), GWI (OR 0,99; IC95% 0,99-1,00; $p = 0,004$), GWE (OR 0,79; IC95% 0,64-0,99; $p = 0,041$) se asociaron significativamente con la infección por VIH, independientemente de otras variables clínicas como la edad, sexo, IMC, hábito tabáquico, hipertensión, dislipemia o hiperglucemia. 4) Se observó correlación inversa entre el reservorio viral y la eficiencia miocárdica ($\rho = -0,36$; $p = 0,038$). 5) La estratificación por tiempo desde el diagnóstico (> 20 vs. < 20 años) no mostró diferencias significativas en GLS, GWI ni GWE. 6) Entre los fármacos antirretrovirales, solo tenofovir (TDF) se asoció con mayor eficiencia cardiaca (OR 1,27; IC95% 1,02-1,59; $p = 0,036$).

Conclusiones: La presencia del VIH se asocia a disfunción miocárdica subclínica, con reducción de la deformación, trabajo y eficiencia ventricular pese a FEVI preservada. Además, el tamaño del reservorio viral se relaciona con menor eficiencia miocárdica, sugiriendo el papel del virus en la fisiopatología del daño cardiovascular. Estos resultados refuerzan la utilidad de parámetros ecocardiográficos avanzados como predictores de riesgo y apoyan su aplicación para mejorar la prevención en PVIH.

P-101. ESTRATIFICACIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES QUE VIVEN VIH (PLVIH) EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL LONG ACTING EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Claudia Beatriz Urgel Royo, Margarita Miriam Lesta Colmenero, Cristina Calles Artiaga, Marta López Díaz, Noor Berjaoui Sánchez, Roxanna Alexandra Morante Mendoza, Belén Rubira Calvo, Sofía Domínguez Toda, Ángela Forcén Vicente de Vera y Rosa María Martínez Álvarez

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos: El tratamiento antirretroviral intramuscular es una realidad en la consulta que se prescribe en pacientes de distintos perfiles, como se ha ido evidenciando. El seguimiento adecuado de estos pacientes dependerá no solo del tratamiento sino también de las características de los pacientes. Nuestro estudio pretende estratificar una cohorte de pacientes en tratamiento antirretroviral *long acting* utilizando las dos escalas creadas recientemente por *SI-Health* en colaboración con un grupo de expertos en el año 2020.

Métodos: Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, a partir de una muestra de 271 pacientes VIH en tratamiento antirretroviral *long-acting* en el Hospital Universitario Miguel Servet. De 271 pacientes iniciales, 5 rechazaron participar en el estudio y fueron excluidos. Se ha realizado una búsqueda en la historia clínica, previo consentimiento, durante dos meses, recopilándose variables socio-demográficas, clínicas, cognitivas y funcionales, y posteriormente clasificando a cada paciente según su complejidad en baja, media, alta o extrema y según el perfil de riesgo asociado a siete colores, según el sistema de estratificación elaborado por *SI-Health*.

Resultados: En cuanto a la estratificación por grado numérico de complejidad, el 66,17% tuvo una complejidad baja, el 18,05% media y el 10,90% una complejidad alta. La complejidad fue extrema en el 4,89% de los pacientes. Los resultados con respecto a la estratificación en siete grupos clasificados por colores según el perfil de riesgo fueron los siguientes: el 51,88% fueron catalogados como "azul", lo que corresponde a aquellos pacientes bien controlados, sin comorbilidad y con buen soporte social. El 26% se incluyeron dentro del perfil "amarillo", que representa a pacientes más frágiles y dependientes, y el 21,43% dentro del perfil "lila", reflejando los pacientes con conductas sexuales de riesgo. Un 6,77% pertenecieron al perfil "morado" y una 1,5% al "verde", correspondientes a consumidores de sustancias de abuso y/o patología psíquica y falta de soporte social respectivamente. El 9,02% resultaron pacientes no clasificables.

Conclusiones: La estratificación de los PLVIH en tratamiento *long acting* puede permitir un ajuste de los controles que favorezca una atención adecuada y personalizada y secundariamente una optimización de los recursos en las consultas.

P-102. PERFIL NEUROCOGNITIVO Y CLÍNICO EN ADULTOS JÓVENES CON VIH SEGÚN VÍA DE ADQUISICIÓN: COMPARACIÓN CON UNA COHORTE SERONEGATIVA

Irene Iñiguez de Heredia Pérez¹, Manuela Martín-Bejarano², Beatriz Lázaro Martín³, Cristina Diez Romero³, José Tomás Ramos Amador¹, Cristina Epalza Ibarrondo¹, Luis Prieto Tato¹, Pablo Rojo Conejo¹, Luis Escosa García⁴, Talía Sainz Costa⁴, Sara Guillén Martín⁵ y Marisa Navarro Gómez³

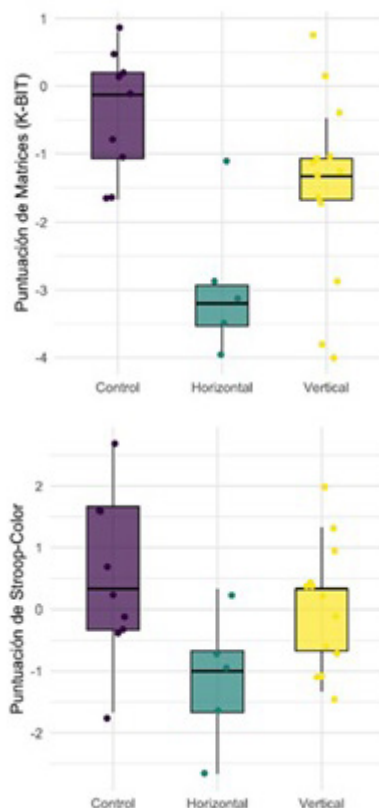
¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ²Instituto andaluz de Salud cerebral, Sevilla. ³Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ⁴Hospital Universitario La Paz, Madrid. ⁵Hospital Universitario de Getafe, Getafe.

Introducción: La disfunción neurocognitiva y los síntomas afectivos siguen siendo comorbilidades relevantes en personas que viven con VIH.

Objetivos: Comparar si existen diferencias en funciones neurocognitivas y en síntomas afectivos dependiendo del mecanismo de infección e identificar posibles diferencias en el perfil clínico-neuropsicológico atribuibles a la vía de transmisión del VIH.

Métodos: Este estudio transversal comparó el rendimiento cognitivo, la calidad del sueño y los síntomas de ansiedad y depresión en tres grupos de adultos jóvenes: personas con transmisión vertical del VIH (TV), transmisión horizontal (TH) y grupo control. Se administró una batería neuropsicológica estandarizada (matrices, claves, STROOP, mapa, dígitos, TMT y fluidez verbal-fonológica) y escalas clínicas (STAI, Beck, Pittsburg).

Resultados: Se incluyeron 27 participantes: 13 (48%) TV, 5 (19%) TH y 9 (33%) del grupo control (23-34 años; mediana = 28, rango intercuartílico = 6). 13 (48%) eran mujeres, 21 (78%) trabajan y 15 (83%) estaban indetectables. Se realizó un análisis de varianza de un factor (ANOVA) y se calcularon puntuaciones Z para los dominios cognitivos. Dependiendo del grupo de permanencia, se encontraron diferencias significativas en dos de las pruebas de la batería neuropsicológica: matrices (razonamiento fluido) ($F(2,24) = 7,16, p = 0,004$) y Stroop-color (atención selectiva y velocidad de procesamiento de la información) ($F(2,24) = 3,51, p = 0,046$). Los participantes con TH mostraron menor desempeño en ambas tareas. No se hallaron diferencias significativas en escalas clínicas dependiendo del grupo de permanencia, aunque el grupo horizontal presentó mayor sintomatología en las escalas clínicas (depresión, ansiedad y calidad del sueño). A pesar de no encontrar diferencias estadísticamente significativas, el grupo control, en general, mostró mejores resultados tanto en la batería neuropsicológica como en las escalas clínicas respecto a los pacientes con VIH.



Conclusiones: Estos hallazgos preliminares sugieren un posible impacto entre los pacientes verticales y los horizontales con VIH en el perfil neuropsicológico, resaltando la necesidad de profundizar en las causas de estas diferencias mediante investigaciones longitudinales con muestras mayores.

P-103. UTILIDAD DEL NEU-SCREEN MODIFICADO CON FLUENCIA SEMÁNTICA EN LA DETECCIÓN DE ALTERACIÓN COGNITIVA EN PERSONAS CON VIH

Román González Hipólito, Rodrigo Martínez Rodríguez, Elena Guijarro Westermeyer, María Dolores Hernández, Antonia Alcaraz, Ángeles Muñoz Pérez, Carmen Murcia, Concepción Corbalán Dólera, Cristina Tomás, Eva García Villalba, José Miguel Gómez Verdú, Salvador Valero Cifuentes y Enrique Bernal Morell

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Objetivos: La disfunción neurocognitiva sigue siendo frecuente en personas con VIH a pesar de la terapia antirretroviral (TAR) eficaz. El Neu-Screen es una herramienta breve de cribado basada en fluencia fonémica y pruebas de atención/función ejecutiva (TMT-A y TMT-B). El objetivo de este estudio fue estimar la prevalencia de alteración cognitiva mediante Neu-Screen y MoCA, analizar su concordancia y evaluar si la inclusión de la fluencia semántica (animales) mejora su rendimiento.

Métodos: Estudio transversal en 89 pacientes con VIH en seguimiento ambulatorio. Se aplicó MoCA, Neu-Screen clásico (fluencia fonémica con letra P, TMT-A y TMT-B) y una variante que añadía fluencia semántica (Neu-Screen + Animales). Se consideró alteración cuando ≥ 1 prueba estaba fuera de rango. Adicionalmente, los resultados individuales de TMT-A, TMT-B y fluencia verbal (fonémica y semántica) fueron comparados con baremos y percentiles de población general española sin VIH, previamente publicados. Se recogieron variables sociodemográficas, comorbilidades y parámetros relacionados con VIH. Se evaluó concordancia mediante índice Kappa y se calcularon sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) de ambos cribados frente a MoCA.

Resultados: La mediana de edad fue de 56 años, el 85% eran varones y la media de escolaridad 11 años. El 88% tenía carga viral indetectable y el 78% recuentos de CD4 $> 500/\text{mm}^3$. La prevalencia de alteración cognitiva según MoCA fue del 37%. El Neu-Screen clásico clasificó al 28% de los pacientes como alterados, con una concordancia baja con MoCA ($\kappa = 0,19$; $p = 0,07$). Su sensibilidad fue del 39%, especificidad del 79%, VPP del 52% y VPN del 69%. La versión modificada Neu-Screen + Animales identificó al 40% como alterados, con mejor concordancia con MoCA ($\kappa = 0,22$; $p = 0,038$). Mostró mayor sensibilidad (55%) y VPN (72%), a costa de menor especificidad (68%), con VPP del 50%. En las características basales, un 22% presentaba hipertensión, 10% diabetes, 49% dislipemia y 14% enfermedad cardiovascular. El 60% eran fumadores y un 26% consumidores de drogas recreativas.

Conclusiones: La prevalencia de alteración cognitiva detectada en nuestra cohorte de personas con VIH fue elevada. El Neu-Screen clásico mostró buena especificidad pero sensibilidad limitada frente a MoCA. La adición de la fluencia semántica aumentó la capacidad de detección y la concordancia, lo que sugiere que el Neu-Screen + Animales podría ser más adecuado como herramienta breve de cribado cognitivo en este contexto. Se precisan estudios en cohortes más amplias para confirmar su utilidad y validar puntos de corte específicos.

P-104. FACTORES ASOCIADOS A ALTERACIÓN EN EL CRIBADO COGNITIVO NEU-SCREEN EN PERSONAS CON VIH

Román González Hipólito, Rodrigo Martínez Rodríguez, Elena Guijarro Westermeyer, María Dolores Hernández, Antonia Alcaraz, Ángeles Muñoz Pérez, Carmen Murcia, Concepción Corbalán Dólera, Cristina Tomás, Eva García Villalba, José Miguel Gómez Verdú, Salvador Valero Cifuentes y Enrique Bernal Morell

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Objetivos: La disfunción neurocognitiva sigue siendo prevalente en personas con infección por el VIH a pesar del control virológico. El Neu-Screen es una herramienta breve para la detección de deterioro cognitivo. El objetivo fue identificar los factores asociados a alteración en el Neu-Screen en una cohorte de pacientes con VIH.

Métodos: Estudio transversal en pacientes con VIH en seguimiento ambulatorio. Se aplicó el Neu-Screen (fluencia fonémica con letra P, TMT-A y TMT-B), su versión modificada con fluencia semántica (animales), y el MoCA. Los resultados individuales de cada prueba se compararon con baremos y percentiles de población general española sin infección por VIH, previamente publicados. Se recogieron variables demográficas, clínicas, comorbilidades y parámetros relacionados con VIH. Se analizaron diferencias entre pacientes con cribado normal, posible y probable alteración mediante pruebas de comparación biviada.

Resultados: Se incluyeron 89 pacientes, con edad media de 56 años, el 85% varones y 88% con carga viral indetectable. Según MoCA, el 37% presentaba alteración cognitiva. El Neu-Screen clásico identificó al 28% como alterados y el Neu-Screen + Animales al 40%. Los pacientes con cribado alterado presentaron menor edad (52,5 años en "posible" y 54,2 en "probable" vs. 57,3 en normales; $p = 0,009$) y mayor proporción de alteración en MoCA (72,7% en "probable" vs. 31,2% en normales; $p = 0,031$). Se observaron diferencias en síntomas afectivos, con mayor tendencia a depresión en los alterados ($p = 0,052$). En las pruebas incluidas en el Neu-Screen, los pacientes alterados mostraron peor rendimiento en fluencia fonémica (2,33 en normales vs. 1,09 en "probable"; $p < 0,001$) y semántica (1,64 en normales vs. 0,82 en "probable"; $p = 0,034$). También tuvieron tiempos significativamente más prolongados en TMT-A (34 vs. 68 s; $p < 0,001$) y TMT-B (82 vs. 162 s; $p < 0,001$). No se observaron asociaciones significativas con sexo, nivel de escolaridad, carga viral detectable, CD4, comorbilidades (HTA, DM, dislipemia, síndrome metabólico, enfermedad cardiovascular), consumo de tabaco, alcohol o drogas, ni con el régimen de TAR. Se observó una tendencia a menor uso de IP previos en los alterados ($p = 0,051$).

Conclusiones: En nuestra cohorte, la alteración en Neu-Screen se asoció principalmente a menor edad, alteración concomitante en MoCA, mayor sintomatología depresiva y peor rendimiento en tareas de fluencia verbal y funciones ejecutivas. No se encontraron asociaciones con factores clínicos o virológicos. Estos hallazgos refuerzan el papel del Neu-Screen como herramienta de cribado breve en VIH y sugieren que su valor predictivo podría estar mediado más por variables cognitivas y emocionales que por parámetros clínicos clásicos.

P-105. PLACAS DE ATEROMA EN LA ECOGRAFÍA VASCULAR Y RIESGO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH: ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVA

Juncal Pérez-Somarriba Moreno¹, Jorge del Romero Raposo², Noemí Cabello Clotet¹, María José Núñez Orantos¹, Laura López¹, Julia Barrado Cuchillo¹, Rafael Rubio¹, Ana Muñoz¹, Carolina Olmos¹ y Vicente Estrada Pérez¹

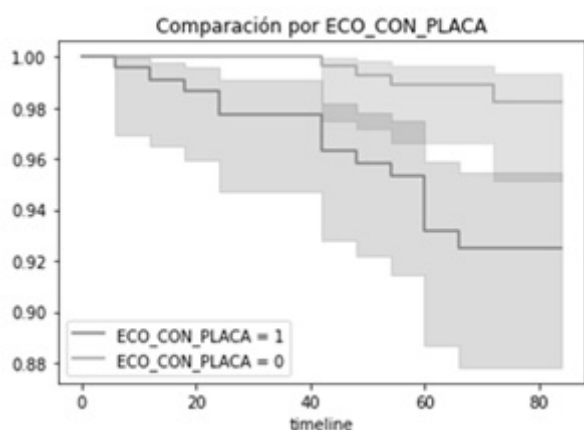
¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ²Hospital Clínico San Carlos, ImPact, Madrid.

Introducción: Las personas que viven con VIH (PVVIH) presentan un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular (ECV). La identificación de marcadores subclínicos que permitan estratificar el riesgo es esencial en esta población. El objetivo de este estudio fue analizar la asociación entre la presencia de placas de ateroma en la ecografía vascular ecografía y la aparición de eventos cardiovasculares mayores en una cohorte de PVVIH en seguimiento prolongado.

Métodos: Se incluyeron 521 PVVIH en TAR con una mediana de seguimiento de 6 años (72 meses, IQR: 60-78), un total de 2888 personas-año. La presencia de placas de ateroma se estudió mediante eco-

grafía vascular de los territorios carotídeo/bulbar y femoral. La variable principal fue la aparición de eventos cardiovasculares mayores (ECM, muerte cardiovascular, infarto, angina, revascularización, ictus, AIT o isquemia periférica). Se realizaron análisis descriptivos, pruebas bivariadas, curvas de Kaplan-Meier con test de *log-rank* y análisis multivariado ajustado tras corrección por sobremuestreo (SMOTE).

Resultados: 83,3% pacientes varones, mediana edad 49 años (IQR 40-56), con 12 años (IQR 6-21), de duración de la infección por VIH. Presentaban HTA 20%, diabetes 7,3% y coinfección por VHC 20,5%. Se identificaron placas de aterosclerosis en la ecografía vascular en 43,8% de los casos, especialmente territorio femoral (39%) y carotídeo-bulbar (20,3%). Durante el seguimiento, 19 personas (3,6%) desarrollaron un ECM. En el análisis bivariado, se asociaron significativamente con ECM: HTA ($p < 0,0001$), diabetes ($p = 0,0002$), VHC ($p = 0,037$), presencia de placas vasculares ($p = 0,003$), edad ($p < 0,0001$), duración de la infección por VIH ($p = 0,007$), dislipemia (LDL, $p = 0,012$), deterioro renal ($p = 0,002$). El análisis de supervivencia mostró una mayor probabilidad de ECM en PVVIH que presentaban placas de aterosclerosis en la ecografía que en aquellos que no las presentaban (*log-rank* $p = 0,0013$), tanto en región carotídea/bulbar ($p < 0,0001$), como en el territorio femoral ($p = 0,025$).



Conclusiones: En PVVIH, la presencia de placas de aterosclerosis detectadas por ecografía vascular se asocia significativamente con el riesgo de eventos cardiovasculares mayores. Las placas en el territorio carotídeo/bulbar mostraron la mayor capacidad predictiva. Estos hallazgos refuerzan la utilidad de la evaluación ecográfica arterial en la estratificación del riesgo cardiovascular en esta población, y apoyan su integración en la práctica clínica y en estrategias preventivas específicas.

P-106. EXPERIENCIA DEL TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO EN PACIENTES QUE VIVEN CON VIH EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Maria Tasia Pitarch¹, Adrián Comincio González Ritonnale¹, Kamal Hammu Mohamed¹, Rosa Blanes Hernández¹, Eva Calabuig Muñoz¹, Jennifer Sánchez Guevara², Santiago de Cossío Tejido¹, Juan Antonio Fernández Navarro¹, Miguel Salavert Lleti¹ y Marta Montero Alonso¹

¹Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. ²Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia.

Introducción y objetivos: El trasplante de órgano sólido (TOS) en personas que viven con VIH (PVVIH) es hoy una práctica estándar con resultados comparables a los de personas sin VIH. Las guías recomiendan como tratamiento antirretroviral (TAR) de elección inhibidores de integrasa (INI) no potenciados (bictegravir [BIC] o dolutegravir [DTG]), por el bajo potencial de interacciones con los inmunosupresores y la buena tolerancia, manteniendo la eficacia del control

virológico. En este estudio revisamos la evolución del TAR en una cohorte de PVVIH receptores de TOS.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de un único centro de los PVVIH receptores de TOS (PVVIH-TOS) entre enero de 2004 a junio 2024. Se recogieron variables demográficas, clínicas y analíticas y se analizó el perfil de prescripción de TAR y la evolución.

Resultados: Se incluyeron 83 PVVIH a los que se les realizó un TOS en el periodo analizado. De estos, 70 (84,3%) eran varones y 13 (15,7%) mujeres. La mayoría de nacionalidad española (72,8%). La mediana de tiempo de evolución de VIH hasta el TOS fue de 20 años, con antecedente de evento sida 19 pacientes (22,9%). La mediana de edad al trasplante fue de 51 años (rango 32-69). El trasplante hepático fue el más frecuente en 61 casos (73,5%), seguido del renal 11 (13,3%), pulmonar 7 (8,4%) y hepatorenal 4(4,8%). El TAR previo al trasplante fue muy heterogéneo; el uso de RAL + TDF/FTC (8 pacientes; 9,6%) fue el más frecuente. En 61 pacientes (73,5%) se modificó el TAR por el TOS. Tras el trasplante, el TAR más prescrito fue el basado en INI, y los más utilizados fueron BIC/TAF/FTC y DTG/3TC en 16 pacientes (19,3%) respectivamente, seguidos de DTG/3TC/ABC en 12 (14,4%). En cuanto a evolución inmunoviológica, todos los pacientes estaban indetectables antes del trasplante salvo 1 paciente (por un *blip* con CV de 60 copias/ml). A las 48 semanas se hallaron 2 pacientes (2,4%) con fracaso virológico. La mediana de CD4 fue de 357 células/mL pretrasplante y de 377 células/mL tras este. Se produjeron 23 *exitus* (27,7%), debidos fundamentalmente a procesos infecciosos bacterianos.

Conclusiones: El ajuste del TAR en los PVVIH-TOS es clave para evitar interacciones manteniendo el control virológico óptimo. Los esquemas basados en INI, incluyendo BIC y DTG, muestran buena evolución inmunoviológica consolidándose como una estrategia óptima en práctica clínica.

TRACK 04: Prevención (PreP, PeP, otras) + ITS

P-107. IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

Regina Ruiz de Viñaspre-Hernández¹, Nerea Fuentes-Santamaria², Raúl Juárez-Vela¹, Lola Martínez-Saenz², Iván Santolalla Arnedo¹, Laura Pérez-Martínez³, Jose Ramón Blanco⁴ y Javier Pinilla²

¹Universidad de La Rioja, Logroño. ²Comisión antisida de La Rioja, Logroño. ³CIBIR, Logroño. ⁴Hospital San Pedro de la Rioja, Logroño.

Introducción: A pesar de los avances terapéuticos que han convertido la infección por VIH en una enfermedad crónica, persisten actitudes estigmatizantes incluso entre los profesionales y los estudiantes sanitarios. Este estudio analiza el efecto de una intervención formativa en los conocimientos y actitudes hacia las personas que viven con VIH (PVV) entre estudiantes de Enfermería.

Métodos: Estudio multicéntrico transversal con aplicación de pretest y postest a través de tres cuestionarios validados: sociodemográfico, escala de conocimiento sobre el VIH y otras ITS, y la escala de actitudes hacia las PV.

Resultados: Participaron 394 estudiantes en el pretest y 112 en el postest. Tras la intervención, se observó un incremento significativo en los conocimientos totales (media pretest 26,3 vs. postest 31,4) y en las actitudes positivas hacia las PV (media pretest 58,6 vs. postest 64,4). Los estudiantes más jóvenes, y con orientación heterosexual, mostraron puntuaciones más bajas en ambas dimensiones. Más del 85% de los participantes valoraron positivamente la actividad.

Conclusiones: La intervención formativa mejoró de un modo significativo el conocimiento y las actitudes, lo que subraya la necesidad de

incluir contenidos específicos sobre la infección por VIH en la formación de enfermería para contribuir al cumplimiento de los objetivos de desarrollo sostenible de la OMS.

Agradecimientos: Gilead y ViiV brindaron apoyo económico sin intervenir en ningún aspecto del estudio.

P-108. ESTUDIO DE COMPENSACIÓN DE RIESGOS EN USUARIOS DE PREP

Magdalena Undabeitia Pérez de Mezquíá¹, Violeta Sampérez Rubio², Helena Moza Moríñigo¹ y Lucio Jesús García Fraile Fraile²

¹Fundación Jiménez Díaz, Madrid. ²Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Introducción y objetivos: La profilaxis preexposición (PrEP) forma parte de la estrategia combinada de prevención frente a la infección VIH, meta del Objetivo 3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 de la ONU. En 2019, la PrEP se incorpora al Sistema Nacional de Salud en España como parte de un programa preventivo combinado que incluye consejo personalizado, uso de preservativos, vacunación, cribado de infecciones de transmisión sexual y detección de situaciones de *chemsex*. El inicio de la PrEP se ha relacionado con un cambio en el comportamiento sexual de los usuarios y nuestro objetivo es valorar si ocurre una modificación en las conductas y prácticas sexuales relacionadas con el inicio de la PrEP.

Métodos: Se seleccionaron usuarios mayores de 18 años con entre 6 y 24 meses de uso de PrEP, seguidos en una unidad monográfica de un hospital de tercer nivel, entre el 10 de abril y el 15 de mayo de 2025. Se administró un cuestionario autoelaborado, complementado en consulta, que incluía 6 cuestiones sobre prácticas sexuales (uso de preservativo, número de parejas sexuales, uso de geoApps, frecuentación de locales de sexo y práctica de *chemsex/slamsex*). Cada cuestión se refería a los 3 meses previos y hasta 6 meses posteriores al inicio de PrEP con tres preguntas cerradas. Las respuestas se valoraron en una escala Likert.

Resultados: Se obtienen datos de 62 usuarios de PrEP, hombres 61 (98,4%) cis y 1 (1,6%) trans, con una edad mediana de 35 años (RIC 13). Se autodefinieron homosexuales 54 (87,1%), 5 (8,1%) bisexuales y 2 (3,2%) heterosexuales. Tenían estudios universitarios 53 (83,9%) y 48 (77,4%) residían en la Comunidad de Madrid (de 49 que respondieron). La figura muestra la evolución temporal entre el inicio y los 6

meses de uso de PrEP. El uso de preservativo aumenta en un 8,1%, disminuye en 66,1% y permanece invariable en 16%, el número de parejas sexuales aumenta en 38,7%, disminuye 50%, invariable en 8,1%. El uso de *geoapps*, de locales de sexo, consumo de *chemsex/slamsex* no se modifican significativamente.

Conclusiones: Tras 6 meses de PrEP, los usuarios refirieron menor uso de preservativo y cambios variables en el número de parejas. No hubo variaciones significativas en *geoapps*, locales o consumo sexualizado. Estos datos refuerzan la potenciación del preservativo como un área de intervención para la prevención combinada del VIH y las ITS.

P-109. SAFETY AND PHARMACOKINETICS OF MK-8527 ORAL ONCE-MONTHLY: A PHASE 2 STUDY IN ADULTS AT LOW RISK OF HIV-1 EXPOSURE

Kenneth Mayer¹, Philip Kotze², Johannes Lombaard³, Yoseph Caraco⁴, Avivit Peer⁵, Nicole Poovan⁶, Satkirin Khalsa⁷, Shishir Khetan⁸, Adrienne E. Shapiro⁹, Mohammed Rassool¹⁰, Antonio González¹¹, Yashna Singh¹², Gary Sinclair¹³, Sharon Riddler¹⁴, Susan Buchbinder¹⁵, Michelle Vesay¹⁶, Brenda Homony¹⁶, Barbara Evans¹⁶, Anjana Grandhi¹⁶, Chenguang Zhang¹⁶, Maja Skataric¹⁶, Michael N. Robertson¹⁶, Yash Kapoor¹⁶, Randolph P. Matthews¹⁶, Rebeca M. Plank¹⁶ and Fernando Chacón¹⁷

¹Fenway Health and Department of Medicine, Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston, MA. ²Qhakaza Mbokodo Research Clinic, Ladysmith. ³Joshua Research, Bloemfontein. ⁴Hadassah-Hebrew University Medical Center, Jerusalem. ⁵Rambam Health Care Campus, Haifa. ⁶Wits RHI, University of the Witwatersrand, Johannesburg. ⁷Albuquerque Clinical Trials, Inc, Albuquerque, NM. ⁸Velocity Clinical Research, Rockville, MD. ⁹University of Washington & Fred Hutchinson Cancer Center - Seattle HIV Vaccine Trials Unit, Seattle, WA. ¹⁰Helen Joseph Hospital-Clinical HIV Research Unit, Johannesburg. ¹¹Advanced Research for Health Improvement, Immokalee, FL. ¹²Desmond Tutu HIV Centre, Institute of Infectious Diseases and Molecular Medicine, University of Cape Town, Cape Town. ¹³Prism Health North Texas, Oak Cliff Health Center, Dallas, TX. ¹⁴University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA. ¹⁵Bridge HIV- San Francisco Department of Public Health, San Francisco, CA. ¹⁶Merck & Co, Inc, Rahway, NJ. ¹⁷MSD España, Madrid.

Introduction: Long-acting options for HIV-1 pre-exposure prophylaxis (PrEP) are needed. MK-8527 is a novel, oral, nucleoside reverse

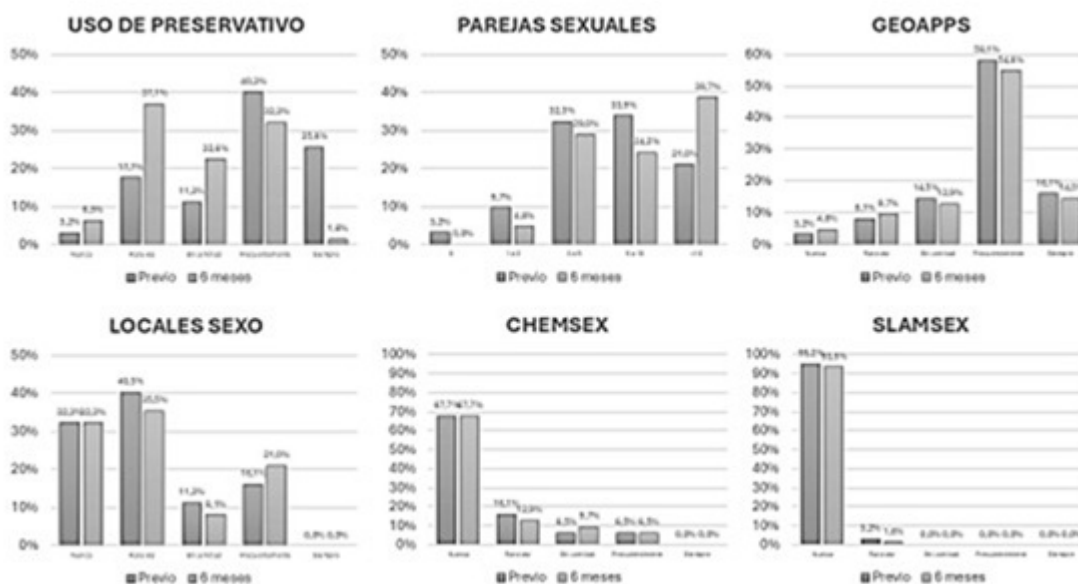


Figura 1. Composición de riesgos referida entre momento de inicio y 6 meses tras inicio de PrEP

transcriptase translocation inhibitor (NRTTI) with pharmacokinetic properties supporting once monthly (QM) dosing. We studied the safety and pharmacokinetics of MK-8527 oral QM in adults at low risk of HIV-1 exposure.

Methods: In this double-blind, multicenter study (NCT06045507), adults 18-65 years of age were randomized 2:2:2:1 to receive MK-8527 (3, 6, or 12 mg) or placebo QM for 6 months. Adverse events and laboratory tests were monitored through 8 weeks after the last dose. MK-8527 in plasma was measured for all participants. MK-8527-triphosphate (TP), the active form, in peripheral blood mononuclear cells (PBMCs) was measured in a subset of participants. Pharmacokinetic exposures for MK-8527 and MK-8527-TP were based on non-compartmental analysis of the sparse data collected in the study.

Results: 350 participants were enrolled (58.3% female; median age 28 years; 51.4% White, 41.4% Black/African American, 2.3% Asian) and received at least one dose of study intervention; 328 (93.7%) received all six doses. The incidence of adverse events was similar for MK-8527 and placebo. No clinically meaningful changes were seen in laboratory tests, including total lymphocyte and CD4 T-cell counts. Pharmacokinetic parameters for MK-8527 and MK-8527-TP were dose proportional.

Conclusions: MK-8527 was well tolerated with a similar safety profile to placebo in adults at low risk of HIV-1 exposure. The pharmacokinetics of MK-8527 and MK-8527-TP support the continued development of MK-8527 oral QM for PrEP.

P-110. EVALUACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DEL ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN FRENTE AL MPOX EN UN CENTRO COMUNITARIO

Joan Reguant-Guitart¹, Àngel Rivero Calaf¹, Michael Meulbroeck² y Albert Dalmau-Bueno²

¹BCN Checkpoint, Hospital Germans Trias i Pujol, Barcelona. ²BCN Checkpoint, Barcelona.

Introducción: En mayo de 2022 se detectó un brote de mpox causado por el virus de la viruela M (MPXV) en Europa, declarado emergencia de salud pública por la OMS el 23 de julio de 2022. Al ser un proceso infeccioso autolimitado sin tratamiento efectivo, la estrategia de contención del brote ha sido la vacunación frente al mpox a las poblaciones con un mayor número de diagnósticos, el colectivo GBHSH (85,4%). BCN Checkpoint inició vacunación el 21 de julio de 2022. Conocemos que desde el inicio del brote hasta el 30 de junio de 2024 en BCN Checkpoint se atendieron 18.994 personas: 4.626 usuarios PrEP y 14.368 no-PrEP (97,8% hombres Cis; edad media de 35 años; 66,2% origen europeo y 31,3% centro-sudamericano). Se administraron 5.613 dosis de vacuna que representan el 22,6% de todas las dosis administradas en Cataluña (24.800) y el 8,3% de España (68.000). La vacuna se administró oportunistamente al 57,7% de los usuarios PrEP y en 6,1% de los no-PrEP. El objetivo de este análisis es evaluar la capacidad de respuesta del centro comunitario respecto a la completa administración del esquema de vacunación en Cataluña.

Métodos: BCN Checkpoint ha mantenido dos estrategias paralelas de acceso a la vacuna: 1) demanda directa; 2) ofrecimiento oportunista durante visitas programadas para otra actividad asistencial. Para este trabajo se incluyeron las personas con CIP informado en el periodo entre el 21 julio de 2022 y 31 de julio de 2025.

Resultados: En este periodo se atendieron a 11.823 personas con CIP informado: 4.912 usuarios PrEP y 6.911 no-PrEP. 6.995 personas recibieron al menos una dosis de vacuna (69,2% usuarios PrEP vs. 52,0% no-PrEP). Un 67,0% (4.688) de las personas que iniciaron el esquema de vacunación lo completaron (69,6% usuarios PrEP vs. 64,6% no-PrEP). Según datos de marzo de 2025, en Cataluña un 61,8% de los vacunados (10.786/17.443) habían recibido el esquema completo. Un 43,5% de las personas que han recibido inmunización completa en

Cataluña han sido usuarias del BCN Checkpoint entre julio de 2022 y julio de 2025 (4.688/10.786).

Conclusiones: Un centro comunitario tiene capacidad para iniciar procedimientos de inmunización rápidamente en situaciones de emergencia. Ofrecer la vacuna de forma oportunista reduce barreras tanto para el acceso como la finalización del esquema vacunal. El porcentaje de las personas usuarias de BCN Checkpoint que completaron el esquema de vacunación frente al mpox ha sido superior al promedio de Cataluña.

P-111. IMPACTO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL BACTERIANAS EN EL VIRUS PAPILOMA HUMANO Y LA DISPLASIA ANAL EN PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH

Aroa Villoslada, Adrián Rodríguez, Patricia Sorni, Araceli Serrano, Andrea Salom y Antoni Payeras

Fundación Hospital Son Llàtzer, Son Ferriol.

Introducción y objetivos: El carcinoma anal es una neoplasia oportunista relevante en personas con VIH (PVVIH), especialmente en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y mujeres trans (TWS). Aunque la infección persistente por VPH, sobre todo VPH-16, es el principal factor etiológico, las infecciones de transmisión sexual (ITS) bacterianas podrían favorecer la progresión hacia neoplasia intraepitelial anal de alto grado (HGAIN).

Métodos: Estudio prospectivo (junio 2017-diciembre 2023) en el Hospital Universitario Son Llàtzer (Palma de Mallorca, España) en 377 PVVIH (370 HSH, 7 TWS). Se realizaron citología anal, detección de 14 genotipos oncogénicos de VPH y de *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* y *Mycoplasma genitalium* (desde 2020). Los casos con citología anómala fueron sometidos a anoscopia de alta resolución y biopsia.

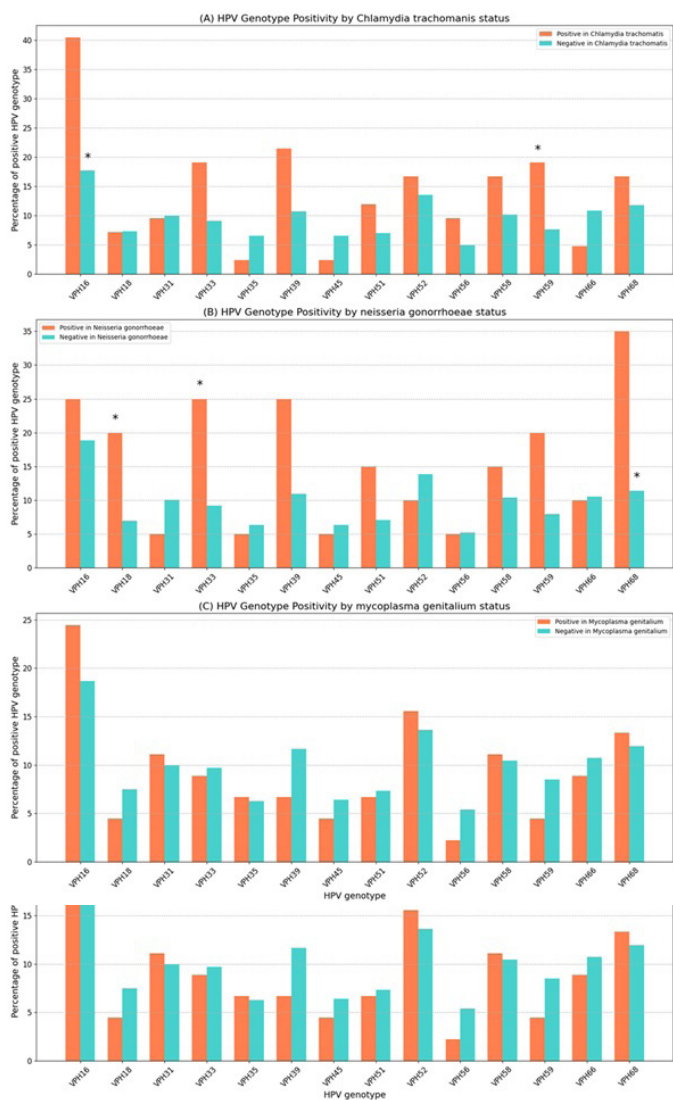
Resultados: Se realizaron 715 cribados. Edad media: 45 años; 90% con carga viral indetectable. Se diagnosticaron 42 infecciones por *C. trachomatis* (5,9%), 20 por *N. gonorrhoeae* (2,8%) y 45 por *M. genitalium* (6,3%). El VPH se detectó en el 62,6% de las muestras, siendo VPH-16 el genotipo más prevalente. La coinfección con ITS bacterianas se asoció a mayor frecuencia y diversidad de genotipos oncogénicos (fig. a, b, c). En 91 biopsias, se hallaron 27 AIN2-3 (29,6%) y 2 carcinomas (2,2%). No se observaron diferencias significativas en las lesiones según ITS, aunque hubo tendencia a mayores lesiones displásicas en coinfectados con VPH de alto riesgo (tabla).

Comparación de los resultados citológicos e histológicos según la presencia o ausencia de ITS bacterianas (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* y *Mycoplasma genitalium*)

	ITS bacteriana positiva	ITS bacteriana negativa	p
Resultados de citología (N)	88	545	
Normal	69 (78,4%)	421 (77,3%)	0,917
ASCUS	15 (17,1%)	72 (13,2%)	0,422
LSIL	4 (4,6%)	42 (7,7%)	0,378
HSIL	0 (-)	10 (1,8%)	0,379
Resultados de histología (N)	11	80	
Sin displasia	2 (18,2%)	30 (37,5%)	0,317
AIN-1	4 (36,4%)	26 (32,5%)	1,000
AIN-2	4 (36,4%)	14 (17,5%)	0,218
AIN-3	1 (9,1%)	8 (10,0%)	1,000
CCE	0 (-)	2 (2,5%)	1,000

ASCUS: células escamosas atípicas de significado indeterminado; LSIL: lesión intraepitelial escamosa de bajo grado; HSIL: lesión intraepitelial escamosa de alto grado; AIN: neoplasia intraepitelial anal; CCE: carcinoma escamoso (células escamosas); ITS: infección de transmisión sexual.

Conclusiones: Las ITS bacterianas anales asintomáticas fueron frecuentes en PVVIH HSH y TWS y, se asociaron a mayor diversidad de



genotipos oncogénicos de VPH, lo que podría influir en el riesgo de HGAIN.

P-112. A COMPARISON OF RENAL IMPAIRMENT IN PEOPLE LIVING WITH HIV OR RECEIVING HIV PREEXPOSURE PROPHYLAXIS WITH TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE: A PROSPECTIVE, MATCHED-COHORT STUDY

Maite Julvez¹, Ana Moreno¹, Cristina Fernández-Chica¹, Miguel Amezcua¹, Sara Martín¹, Carmen Santiuste¹, Jose Manuel del Rey¹, Raquel Carrillo² and Jose Luis Casado¹

¹Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ²Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introduction: HIV preexposure prophylaxis (PrEP) with fixed-dose tenofovir disoproxil fumarate (TDF) and emtricitabine has been associated with low rates of renal impairment in clinical trials, and it has been considered lower than that observed in people living with HIV (PLWH).

Methods: A matched-cohort study. Both TDF-treated PLWH and those receiving PREP were matched according to age, sex, serum creatinine, and lack of comorbidities (hypertension, diabetes). The primary outcome was renal impairment, defined as a decrease in estimated glomerular filtration rate (eGFR), an eGFR < 60 ml/min per

1.73 m2 (chronic kidney disease -CKD-), or data of proximal tubular renal toxicity (phosphaturia, proteinuria, glycosuria) at 12 months of follow up. DAD renal risk score was used to identify those at the highest risk of renal impairment.

Results: A total of 50 PREP receiver and 50 matched PLWH were selected. Median age was 36.3 years, all were male, and baseline serum creatinine was 0.92 mg/dL (eGFR 102 ml/min), without cases of chronic kidney disease (CKD). DADr score was -2.4 and -1.8 in PLWH and Prep users respectively. After 12 months there was an eGFR decrease higher in Prep recipients (-5.95 vs. -3.05 ml/min), whereas changes in tubular parameters were higher in PLWH (TRP, tubular reabsorption of phosphate, -2.1 vs. -1%; protein-to-creatinine ratio, 60.1 vs. 40.8 mg/g). There was a correlation between DAD risk score at baseline and changes in renal function DADr during follow up, that was higher for PREP (serum creatinine and DADr, r = 0.588; p = 0.006; eGFR and DADr, r = -0.749; p < 0.001) than that observed in PLWH (r = 0.553; p = 0.01; r = -0.631; p < 0.01). Of note, the rate of CKD at 12 months was 4% and 3% in PREP and PLWH, but significant phosphaturia was observed in 18% receiving PREP in comparison with 56% of PLWH.

Conclusions: In this matched-cohort study, we showed that TDF-containing PrEP was associated with a similar rate of early renal impairment in comparison with PLWH, despite a lower tubular renal involvement. The use of DAD renal risk score could help to identify those in higher risk of renal toxicity even when used in PREP recipients.

P-113. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA SÍFILIS EN HSH EN PROFILAXIS POSEXPOSICIÓN CON DOXICICLINA (DOXY-PEP): DATOS DE UNA COHORTE EN VIDA REAL

Salvador Martín-Cortes¹, Cristina Gómez-Ayerbe¹, Rosario Palacios¹, María López-Jódar¹, Marina Villalobos¹ y Jesús Santos²

¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, IBIMA, Málaga.

Introducción y objetivos: Una de las posibles limitaciones del uso de doxy-PEP es la alteración del diagnóstico serológico de la sífilis. El objetivo de este estudio fue describir las características de los casos de sífilis diagnosticados en personas incluidas en un programa de doxy-PEP en una cohorte en la vida real.

Métodos: Se incluyeron los individuos reclutados entre marzo 2023 y abril 2025 en un estudio de doxy-PEP (estudio PRIDOX). El cribado de ITS se efectuó cada 3-6 meses o ante síntomas. El diagnóstico de sífilis se realizó con los criterios comúnmente aceptados. La adherencia a la doxiciclina se clasificó como mala (< 1 dosis/semana), regular (< 2 dosis/semana) y buena (≥ 2 dosis/semana).

Características de los casos de sífilis							
Caso	Edad	Sífilis previa	RPR basal*	RPR diagnóstico sífilis	Clínica	Otras ITS	Adherencia
1	41	Sí	Neg	1/8	Latente	NG	Regular
2	34	Sí	1/4	1/32	Latente	No	Mala
3	37	Sí	Neg	1/4	Latente	No	Regular
4	44	Sí	Neg	1/4	Secundaria	NG	Buena
5	49	No	Neg	1/2	Primaria**	No	Buena
6	47	Sí	Neg	1/8	Latente	No	Regular
7	29	Sí	1/1	1/4	Secundaria	No	Regular
8	28	Sí	1/1	1/4	Latente	No	Regular
9	27	No	Neg	1/4	Latente	NG, CT	Buena

*RPR al inicio de la doxy-PEP; **Chancro con PCR positiva para *T. pallidum*; NG: *N. gonorrhoeae*; CT: *C. trachomatis*.

Resultados: Se diagnosticaron 9 casos de sífilis entre 313 participantes (tasa de prevalencia 2,88%; IC95%: 1,02-4,73), con una incidencia

de 1,92 episodios por 100 persona-años (IC95%: 0,67-3,17). El tiempo medio desde el inicio de la doxy-PEP hasta el diagnóstico de la sífilis fue de 37,1 semanas. Todos los casos ocurrieron en HSH (8 en PrEP y uno PVVIH). Siete tenían antecedente de sífilis. Los títulos basales de RPR fueron negativos en seis y 1/4 en el resto. Las características de los casos se detallan en la tabla. Todos respondieron favorablemente a una dosis de penicilina G benzatina, con negativización del RPR.

Conclusiones: en condiciones de vida real, la incidencia de sífilis en usuarios de doxy-PEP es baja y comparable a la de ensayos clínicos. La mayoría de los casos fueron asintomáticos, con aumentos mínimos en RPR y el tratamiento con penicilina G sigue siendo eficaz. Una adherencia adecuada a doxy-PEP podría ser clave para reducir la incidencia de sífilis.

P-114. GONORREA: VENTANA DE OPORTUNIDAD PARA EL DIAGNÓSTICO POR INFECCIÓN POR VIH: ¿LA ESTAMOS APROVECHANDO?

Alberto Delgado Fernández, María Rosa Lago Gómez, Sara Pérez de Madrid Jiménez, Alejandro González Praetorius, Raquel Encijo Heredia y Juan Ramón Larrubia y Miguel Torralba

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Introducción: En los últimos años está incrementándose la incidencia de ITS. El objetivo del estudio es investigar si se está haciendo un cribado para el diagnóstico de VIH en pacientes que han presentado un evento por gonorrea.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo entre el 01 de diciembre del 2019 al 31 de mayo del 2024 de los nuevos diagnósticos de gonorrea en nuestro centro. El diagnóstico fue llevado a cabo mediante PCR y/o el medio de cultivo Thayer-Martin. Se analizaron variables cualitativas mediante frecuencias y porcentajes, y cuantitativas usando medianas e intervalos intercuartiles.

Resultados: Se diagnosticaron 275 nuevos eventos de gonorrea en 255 individuos, siendo el 82% hombres (209). Presentaron una mediana de edad de 29 años (IIC: 23-38). Se realizaron 374 PCR para gonorrea siendo positivas un 71,4% (267) y hubo crecimiento microbiológico en 156 medios de cultivos. En el momento del diagnóstico del evento por gonorrea se realizó la serología de VIH a 171/255 (67,1%). De estos 167/171 (97,7%) fue negativa y 4/171 (2,3%) fue positiva. No se realizó serología de VIH inicialmente a 84/255 (32,9%). Durante los siguientes años desde la gonorrea inicial se realizó serología a 23/84 (27,4%) presentando uno de estos pacientes una serología positiva. Sin embargo, hay 61 pacientes en quienes todavía se desconoce el estatus de serología VIH a pesar de haber presentado una gonorrea. Por último, se quiso conocer si durante este periodo de estudio estos pacientes (255 iniciales con gonorrea) presentaron otras ITS; hubo 62 eventos de *Chlamydia* spp, (2 de linfogranuloma venéreo), 19 de *Mycoplasma genitalium* y 10 de lúes.

Conclusiones: Una elevada parte de los nuevos diagnósticos por gonorrea no se les ha realizado una serología para el VIH. Por tanto, se está perdiendo una oportunidad para evitar el infradiagnóstico de la infección por VIH. Se les debería de hacer una batería del resto de ITS a cualquier paciente que se le diagnostique gonorrea o cualquier otra ITS.

P-115. ASPECTOS CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS DEL LINFOGRANULOMA VENÉREO. ESTUDIO DE SERIE DE 28 CASOS

Alberto Delgado Fernández, María Rosa Lago Gómez, Sara Pérez de Madrid Jiménez, Alejandro González Praetorius, Raquel Encijo Heredia, Juan Ramón Larrubia, Patricia Muñoz González y Miguel Torralba

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Introducción: El linfogranuloma venéreo (LGV) es una patología causada por los serotipos L1-L3 de *Chlamydia trachomatis* que cursa con úlceras o nódulos indoloros. Sin un diagnóstico y un tratamiento adecuado, pueden aparecer complicaciones como fístulas, abscesos y estenosis anales. El objetivo de este estudio fue analizar los aspectos clínico-epidemiológicos de las nuevas infecciones de LGV en nuestro centro.

Métodos: Estudio descriptivo entre el 30 de octubre del 2021 al 23 de mayo del 2025 de los nuevos diagnósticos de linfogranuloma venéreo. El diagnóstico fue llevado a cabo mediante PCR de muestras de exudados rectales, de úlcera genital o PCR en orina. Se analizaron variables cualitativas mediante frecuencias y porcentajes.

Resultados: Durante el periodo de estudio se diagnosticaron a 28 nuevos casos. Todos ellos fueron hombres HSH (hombres que tienen sexo con hombres) con una mediana de edad de 31 años (IIC: 27-41,5). Un 50% (14/28) indicó haber tenido relaciones sexuales de riesgo. Se les diagnosticó al 39,3% (11/28) mediante colonoscopia (con proctitis infecciosa), siendo tratados con corticoides al 27,3% (3/11). Un 46,4% (13/28) eran pacientes con infección por VIH presentando todos ellos una CV indetectable en el momento del diagnóstico. Un 46,4% (13/28) presentó una ITS con anterioridad al diagnóstico del LGV mientras que en un 28,6% (8/28) se desconocía si habían tenido alguna ITS previa. Un 46,4% (13/28) presentó coinfección por otras ITS en el momento del diagnóstico, habiendo un 76,9% (10/13) de casos de *Neisseria gonorrhoeae* siendo esta la principal coinfección. Las principales manifestaciones clínicas que presentaron los pacientes fueron: secreción anal en el 35,7% (10/28), rectorragia en el 42,9% (12/28) y proctitis en el 50% (14/28). El 85,7% (24/28) fue tratado correctamente con doxiciclina 100 mg/12 h durante 21 días, mientras que al resto se les infratrató. En 28 pacientes se pudo seguir la evolución, siendo favorable en todos ellos con mejoría clínica y curación microbiológica, excepto 2 pacientes que tras tratarse fueron diagnosticados simultáneamente de colitis ulcerosa.

Conclusiones: Todas las infecciones por LGV de nuestra cohorte se dio en hombres que tenían sexo con hombres. Un 46,4% de los sujetos presentaban infección por VIH. Casi un 50% presentaron coinfección con otras ITS, destacando entre ellas la infección por gonorrea. Ante toda proctitis en hombres debe preguntarse por prácticas de riesgo y realizar PCR para *C. trachomatis*.

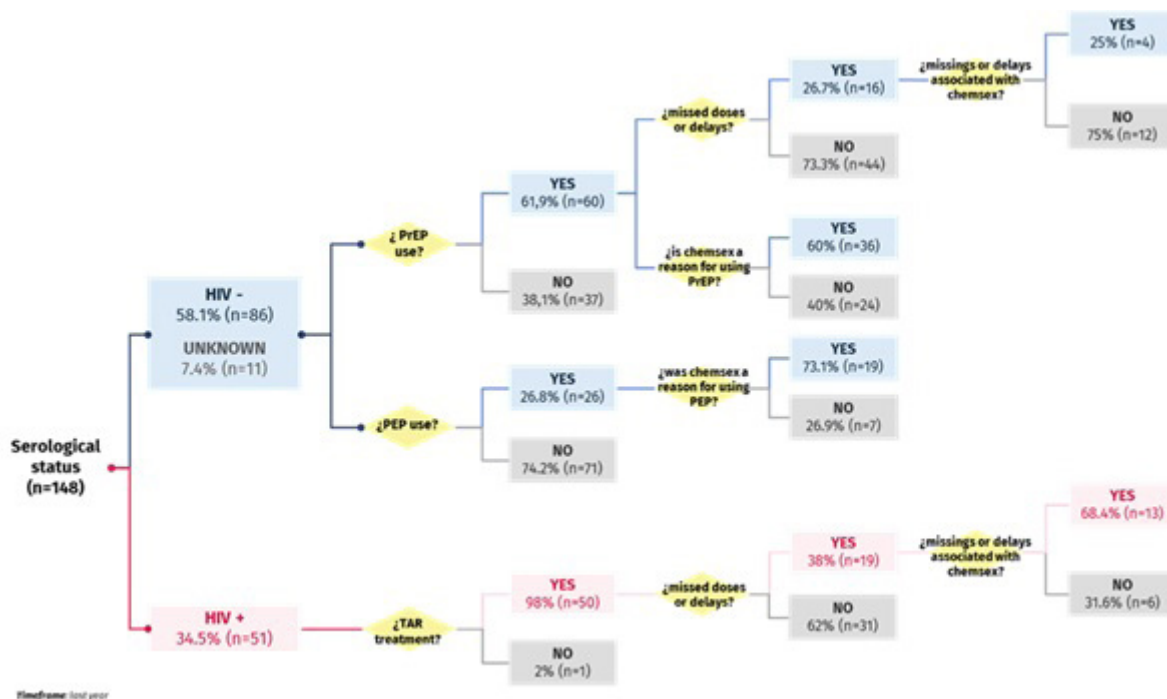
P-116. CHEMSEX PHENOMENON IN ANDALUSIA: A CROSS-SECTIONAL STUDY FROM THE PERSPECTIVE OF USERS AND HEALTHCARE PROFESSIONALS

Javier de la Torre Lima¹, Raúl Soriano², Jose María García de Lomas³, Mónica Maure⁴, Cristina González-Conde⁵, Jose Miguel Saucedo⁶, Cristina Gómez-Ayerbe⁷, Alberto Zambrano⁸, Victoria Ayala⁹ and César Sotomayor¹⁰

¹Hospital Costa del Sol, Marbella. ²CESIDA, MADRID. ³Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva. ⁴Dirección General Salud Pública de Andalucía, Sevilla. ⁵Silo Company, Madrid. ⁶Sevilla Checkpoint, Sevilla. ⁷Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ⁸Ayuntamiento de Sevilla, Sevilla. ⁹GILEAD, Madrid. ¹⁰Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objectives: This study aimed to characterize the chemsex phenomenon in Andalusia from the dual perspective of users and community sector professionals. It describes the profile of users, their practices and health risks, and identifies gaps in healthcare access and professional training.

Methods: A cross-sectional study was conducted between December 2024 and May 2025 within the Andalusian HIV and STI Strategic Plan (PAITSIDA). Two anonymous online surveys were administered: one targeting individuals engaging in sexualized substance use (GBMSM, aged ≥ 18, residing in Andalusia), and another targeting healthcare and community professionals. Inclusion criteria for



users included being assigned male at birth, living in Andalusia, and having a history of sexualized substance use. Among the 190 *chemsex* users recruited, 159 fully completed the questionnaire; among 394 professionals invited, 235 completed it in full. Descriptive statistics were applied.

Results: Among the 159 *chemsex* users, the most reported substances were mephedrone (71.1%, n = 113), poppers (68.6%, n = 109), alcohol (65.4%, n = 104), and GHB/GBL (59.1%, n = 94). High-risk behaviours were frequent: 73–83% shared snorting paraphernalia, 56.7% reported over 25 casual partners in the past year, and 83.4% rarely or never used condoms. Substance use was linked to risk behaviours, including missed ART doses (38% of PLHIV) and PrEP (26% of users). 148 had engaged in *chemsex* in the past 12 months, and 11 at some point in their life. Overall, 34% were living with HIV, 61.9% of HIV-negative users were on PrEP, and 26.5% had used PEP –mostly after *chemsex* episodes. Figure shows HIV status among those reporting substance use in sexual contexts. Among professionals, 76.6% reported low or medium knowledge of *chemsex*. Training needs were particularly notable in primary care, psychiatry, and nursing. A majority (66%) were unaware of the regional HIV/STI plan, and 60% had received no specific training.

Conclusions: *Chemsex* is a prevalent phenomenon in Andalusia, associated with significant sexual, mental, and public health risks. Findings underscore a gap between user needs and healthcare system's capacity to meet them. Targeted training, harm reduction, and coordinated care pathways are urgently needed.

P-117. PREVALENCIA DE CONSUMO DE SUPLEMENTACIÓN PARA MEJORAR EL RENDIMIENTO DEPORTIVO Y DE DROGAS EN PERSONAS USUARIAS DE PROFILAXIS PREEXPOSICIÓN AL VIH

Cristina González Pérez, Nuria Fernández Piñeiro, Inés Armenteros Yeguas, Miriam Goicoechea García, Ander González Sarria, Adriana Pinto Martínez, José Alberto Peña Pedrosa, Lucía Carrasco Piernaveja, Santiago Fernández Castela, Laura Dans Villán, María del Mar Vera García y Jorge del Romero Guerrero

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción y objetivos: La administración concomitante de profilaxis preexposición al VIH (PrEP) y suplementos para mejorar el rendimiento deportivo (SMRD) debe ser monitorizada debido a los efectos adversos renales de tenofovir disoproxil/emtricitabina. Los consumidores de drogas de uso recreativo y/o *chemsex* tienen más riesgo de complicaciones asociadas como infecciones de transmisión sexual, lo que requiere especial seguimiento. El objetivo es analizar el consumo de SMRD y drogas en usuarios de PrEP atendidos en consultas de atención farmacéutica (AF), como parte del programa de atención multidisciplinar de dos clínicas de salud sexual.

Métodos: Estudio multicéntrico, observacional, retrospectivo, analítico en usuarios de PrEP que recibieron AF desde 03/2023 hasta 06/2025 en una consulta monográfica de PrEP y desde 02/2025 hasta 06/2025 en otra consulta de reciente apertura. Las variables se extrajeron del programa de gestión de pacientes externos y del formulario de seguimiento farmacoterapéutico de la historia clínica: edad, sexo, origen, tipo de visita (inicio o seguimiento), consumo de SMRD, drogas recreativas y potenciadores de la erección (sildenafil y/o tadalafil). Se aplicó estadística descriptiva y test chi cuadrado mediante SPSS v.26, tomando como valor de significación $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 4.082 usuarios, edad $40,2 \pm 12,4$ años, que asistieron a 11.786 consultas de AF (1.518 de inicio y 10.268 de seguimiento). El 44,3% de los usuarios refirió el uso de SMRD en los 3 meses anteriores: 37,7% suplementos de proteínas, 28,8% creatina y 2,9% ciclos con anabolizantes. Durante los 3 meses previos a la consulta de AF, el 59,2% de los usuarios de PrEP refirió haber consumido alguna droga (38,1% policonsumo). Las sustancias más empleadas fueron mefedrona (33,0%), *popper* (31,6%), GHB (22,2%), derivados cannabinoides (11,0%), MDMA (10,9%), cocaína (10,2%), metanfetamina (8,6%), tusi (6,4%) y ketamina (5,3%). El 12,4% de los usuarios declaró haber empleado potenciadores de la erección desde la visita previa. Se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre el uso de SMRD registradas en las visitas de inicio (36,6%) respecto a las visitas de seguimiento (32,4%) y en el consumo de drogas (46,4 vs. 52,3%, respectivamente).

Conclusiones: Los usuarios de SMRD y de drogas constituyen una proporción muy relevante entre las personas en Programas PrEP, lo que sugiere priorizarlos en el seguimiento multidisciplinar. Conviene explorar las causas del incremento de registro del consumo de drogas

en las visitas de seguimiento respecto a las visitas de inicio: menor percepción del riesgo de transmisión, aumento de confianza en los profesionales sanitarios, entre otras.

P-118. PERFIL CLÍNICO E INCIDENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN LAS PERSONAS CON VIH (PVIH) QUE INICIAN SEGUIMIENTO EN UNIDAD MONOGRÁFICA VIH

Antonio Rodríguez Alonso¹, Otilia Bisbal Pardo¹, Asunción Hernando Jerez², Federico Pulido Ortega¹, Mireia Santacreu Guerrero¹, Rafael Rubio García¹, Belén Sánchez López¹, David Rial Crestelo¹, Laura Bermejo Plaza¹, Roser Navarro Soler³, Adriana Pinto Martínez⁴, Juan Martín Torres¹ y María de Lagarde Sebastián¹

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ²Fundacion imas12, Madrid. ³Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ⁴Centro Sandoval II, Madrid.

Introducción y objetivos: El aumento de la incidencia global de las ITS en los últimos años justifica su estudio en poblaciones vulnerables, como son las PVIH. Analizamos la prevalencia e incidencia de las ITS en las PVIH que se incorporan en la cohorte VIH-DOC, posibles factores pronósticos y la tasa de inmunización frente a virus prevenibles.

Métodos: Estudio observacional, unicéntrico, retrospectivo y longitudinal en una cohorte de PVIH naïve que iniciaron su seguimiento y primer TAR en el Hospital Universitario 12 de Octubre entre enero de 2023 y julio de 2024. Se recogieron variables demográficas, clínicas e inmunológicas. Se analizaron prevalencia basal de ITS (sífilis, *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium*, *Trichomonas*, Mpx) y su incidencia durante el seguimiento. Se analizaron mediante regresión logística multivariante los posibles factores asociados a la aparición de ITS.

Resultados: Se incluyeron 112 PVIH, 95 (84,8%) hombres, 13 mujeres cis y 4 transgénero; mediana de edad 35 años, CV-VIH basal 168349 copias/ml y CD4 326/mm³. Se observó una alta prevalencia de ITS en el periodo basal (tabla). 4 PVIH tenían antecedente de infección por VHC curada. La mediana de seguimiento fue de 487 días. Observamos una tasa de incidencia de ITS de 43 episodios por 100 paciente-año (IC95%: 0,33-0,54). La presencia de ITS basal se asoció significativamente con un mayor riesgo de ITS posteriores (OR = 4,91); al contrario, la existencia de infecciones oportunistas asociadas a la infección VIH fue un factor protector (OR = 0,13). Las tasas de inmunización basal eran subóptimas: 63,4% inmunes frente al VHA, 69,6% frente al VHB, 17% frente al VPH y 7,1% frente al Mpx. Mantienen seguimiento en la cohorte 104/112 (92,9%).

Infecciones de transmisión sexual documentadas: situación basal y seguimiento				
ITS	Basal n (%)	Forma	Posterior n (%)	Forma/foco
Sífilis	33 (29,5%)	30 latente 3 activa	12 (10,7%)	9 latente 3 activa
N. gonorrhoeae	22 (19,6%)	13 rectal 10 faríngeo 3 uretral 4 múltiple	22 (19,6%)	13 rectal 14 faríngeo 4 uretral 8 múltiple
C. trachomatis	19 (17%)	12 rectal 4 faríngeo 4 uretral 3 múltiple	12 (10,7%)	9 rectal 0 3 uretral 0
LGV	6 (5,4%)	Rectal	0	
M. genitalium	6 (5,4%)	Uretral	7 (6,3%)	Uretral
Total con ≥ 1 ITS	61 (54,5%)		42 (37,5%)	

Conclusiones: La prevalencia e incidencia de ITS en las PVIH de reciente incorporación en nuestra cohorte fueron elevadas, siendo mayor el riesgo en caso de ITS previa. Las tasas de inmunización frente a virus prevenibles fueron subóptimas.

P-119. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y EVOLUCIÓN DE LOS CASOS DE MPOX DIAGNOSTICADOS EN UNA UNIDAD DE ITS/VIH DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL, EN EL PERIODO 2022-25

Antonia Castillo Navarro, Hugo Armando Sanclemente Mahecha, Helena Albendín Iglesias, Antonio Moreno Docón, María Angustias Merlos Rodríguez, Almudena Ortuño Esparza, Paula Peñaranda, María Teresa Herrera y Carlos Galera Peñaranda

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción y objetivos: El brote de viruela M (Mpx) en España en 2022 afectó principalmente a hombres que tienen sexo con hombres (HSH), vinculado a prácticas sexuales de alto riesgo. Las personas que viven con infección por VIH (PVIH), especialmente inmunosuprimidas, presentaron formas más graves. Este estudio describe las características clínico-epidemiológicas de los casos diagnosticados en un hospital de tercer nivel y evalúa el uso de PrEP y la presencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) en el seguimiento.

Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico que incluye todos los casos confirmados mediante PCR de Mpx atendidos entre junio de 2022 y marzo de 2025, y su seguimiento hasta mayo de 2025. Se obtuvieron variables al diagnóstico: sexo, edad, orientación sexual, estado serológico de VIH (carga viral y linfocitos CD4), complicaciones, estado de vacunación, y uso de profilaxis preexposición (PrEP) y frecuencia de ITS tras el diagnóstico. Para el análisis descriptivo se utilizaron frecuencias absolutas y relativas y la comparación de subgrupos según estado de VIH e ITS en el seguimiento, se realizó con la prueba exacta de Fisher.

Resultados: Se confirmaron 37 casos, con una mediana de edad de 38 años. La mayoría fueron hombres cis (97,3%), predominando los HSH (78,4%) con una mediana de 3,5 parejas sexuales en los tres meses previos. El 43% eran PVIH, con carga viral indetectable en el 87,5% y mediana de CD4 de 695,5/μL. El 94,6% presentó lesiones mucocutáneas (mediana: 5) y el 89,2% síntomas generales, siendo la fiebre el más frecuente. El 43,2% tuvo otra ITS concomitante al diagnóstico. Se notificaron complicaciones en 10 pacientes (principalmente proctitis) y tres ingresos hospitalarios. Solo cuatro pacientes estaban vacunados frente a Mpx, uno con pauta completa. Al diagnóstico, entre las personas seronegativas, únicamente tres eran usuarios de PrEP (18,8%), aumentó al 31,2% al año, descendiendo al 18,8% al final de seguimiento. 20 (54%) pacientes tuvieron otra ITS durante el seguimiento, siendo las más frecuentes *Neisseria gonorrhoeae* (16 casos), *Treponema pallidum* (11 casos) y *Chlamydia trachomatis* (5 casos). La proporción fue mayor entre las PVIH: 66,7 vs. 35% p = 0,092 (año 2023); 43,8 vs. 14,3% p = 0,067 (año 2024); 37,5 vs. 4,8% p = 0,029 (año 2025).

Conclusiones: La infección por Mpx motivó valorar el inicio de PrEP, aunque su uso disminuyó a los tres años. Las ITS fueron más frecuentes en PVIH, evidenciando la necesidad de reforzar la prevención combinada en esta población.

P-120. NUEVAS PROPUESTAS EN LA PREVENCIÓN DE ITS: PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN CON DOXICICLINA

Ana Rodríguez Revillas, Violeta Sampérez Rubio, Lucio Jesús García Fraile Fraile, Victoria Gutiérrez Gómez-Lus, Marianela Ciudad Sañudo, María Aguilera García, Ángela Gutiérrez Liarte, Azucena Bautista Hernández, Carmen Sáez Béjar, Ana Barrios Blandino, Ignacio de los Santos Gil y Javier Pérez Serrano

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Introducción. Las infecciones de transmisión sexual (ITS) de origen bacteriano, principalmente sífilis, gonorrea y clamidiasis, han aumentado significativamente en los últimos años, tanto en España como a nivel mundial; y especialmente entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y mujeres transgénero (MTG). Ante esta si-

tuación, se está probando el uso de doxiciclina como profilaxis posexposición (Doxy-PEP), con resultados favorables en varios estudios.

Objetivos: Evaluar la eficacia de la Doxy-PEP en la reducción de incidencia de ITS bacterianas (clamidiasis, sífilis y gonorrea) en una cohorte de HSH usuarios de PrEP.

Métodos: Se ha elaborado un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, con recogida prospectiva de datos de 41 HSH, mayores de 18 años, usuarios de PrEP, en seguimiento en el Hospital Universitario de La Princesa (HULP). Se evaluaron variables demográficas, conductas sexuales, número de ITS antes y después del inicio de la Doxy-PEP, frecuencia de uso del fármaco y eventos adversos. El estudio recibió la aprobación del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEim) del HULP.

Resultados: Se observó una reducción global del 84,8% en ITS bacterianas tras el inicio de Doxy-PEP. La clamidia disminuyó un 94,6%, la sífilis un 93,75% y la gonorrea un 68,63%, todas con significación estadística ($p < 0,05$). No se reportaron efectos adversos. La edad ≤ 38 años se asoció con mayor riesgo de reinfección. No se encontraron asociaciones significativas con otras variables de riesgo.

Conclusiones: La Doxy-PEP demuestra ser eficaz en la prevención de ITS bacterianas en nuestra cohorte. Sin embargo, son necesarios más estudios para evaluar su seguridad a largo plazo, la generación de resistencias y su aplicabilidad a otras poblaciones.

P-121. RESPUESTAS INFLAMATORIAS SISTÉMICAS ASOCIADAS A INFECCIONES RECTALES RECURRENTE DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN HSH CON PREP Y PLWH CON TAR

Yolanda Campanero Núñez¹, Luis Lemus Aguilar², Alicia Simón Rueda¹, Inés Armenteros Yeguas³, Javier Rodríguez Añover¹, Sergio Sabogal¹, María José Núñez Oranto¹, Monserrat Torres Hortal², Mayte Coiras López² y Vicente Estrada Pérez¹

¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ²Instituto de Salud Carlos III, Madrid. ³Centro Sanitario Sandoval, Madrid.

Introducción: Hombres que tienen sexo con hombres (HSH) usuarios PrEP y las personas con VIH (PVIH) en terapia antirretroviral (TAR) presentan alta incidencia/recurrencia de infecciones rectales de transmisión sexual, que causan inflamación local y activación inmune sistémica. Este estudio analiza las posibles diferencias entre el perfil inflamatorio y la recurrencia de estas infecciones en ambos grupos

Métodos: Estudio transversal con 123 HSH, divididos en cuatro grupos según el estado serológico de VIH e historial de ITS rectales (*Chlamydia trachomatis* y/o *Neisseria gonorrhoeae*), sin ITS activa durante el reclutamiento. Se definió alta recurrencia ≥ 3 ITS previas. Se recopilamos datos sociodemográficos y clínicos. Las concentraciones plasmáticas de citocinas se midieron mediante ensayo multiplex Luminex. Se aplicó t-test para muestras independientes o Mann-Whitney, según correspondiera.

Resultados: PVIH se agruparon como G1 (alta recurrencia ITS, $n = 14$) y G2 (baja recurrencia ITS, $n = 39$); usuarios de PrEP fueron G3 (alta recurrencia ITS, $n = 33$) y G4 (baja recurrencia ITS, $n = 37$). Las características sociodemográficas fueron comparables entre grupos, salvo en patrones de comportamiento sexual: G2 reportó menos parejas sexuales mensuales (G1 = 6,5 [IQR: 9,75-3,25], G2 = 3 [IQR: 5-2], G3 = 10 [IQR: 15-4,5], G4 = 6 [IQR: 10-4]) ($p = 0,02$); G3 reportó menor uso de condón (G1 = 50% [IQR: 9,75-32,5], G2 = 50% [IQR: 70-15], G3 = 10% [IQR: 50-0], G4 = 50% [IQR: 85-9]) y diferencias significativas internas ($p < 0,001$); G3 tuvo un uso más prolongado de PrEP (G3 = 3 años [IQR: 4-2,5] vs. G4 = 2 años [IQR: 3-1]) ($p = 0,01$). La relación CD4/CD8 fue similar entre G1 y G2. G3 mostró niveles significativamente elevados de citocinas pro- y antiinflamatorias (IL-1b, IL-2, IL-12P70, IL-27, TNF α , TNFb, IFN α , IFNg, IL-17A) comparado con G4. No hubo dife-

rencias significativas en citocinas entre G1 y G2, independientemente de la recurrencia de ITS. No se observaron diferencias significativas en ningún parámetro analizado entre usuarios de PrEP y PVIH. Las citocinas elevadas en G3 se asociaron con actividad de macrófagos M1 (proinflamatorios) y M2 (antiinflamatorios).

Conclusiones: Las ITS rectales recurrentes se asocian con un perfil inflamatorio sistémico en HSH con PrEP, pero no en PVIH con TAR. Esta diferencia probablemente sea por distintos antecedentes inmunológicos: los PVIH tienen una historia de activación inmune crónica y modulación por la infección por VIH-1 y la TAR, lo que puede atenuar respuestas inflamatorias adicionales; los usuarios de PrEP, con sistemas inmunes intactos, generan respuestas sistémicas robustas a infecciones recurrentes, pudiendo impulsar inflamación sistémica y aumentar el riesgo de comorbilidades.

P-122. ENCUESTA MULTICÉNTRICA SOBRE IMPLANTACIÓN DEL CIRCUITO PREP EN ANDALUCÍA

Jose María García de Lomas¹, Jesús Santos², Cesar Sotomayor³, Juan Macías⁴, Leopoldo Muñoz⁵, Cristina Gómez-Ayerbe² y Javier de la Torre-Lima⁶

¹Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ³Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ⁴Hospital Universitario de Valme, Sevilla. ⁵Hospital Universitario de San Cecilio de Granada, Granada. ⁶Hospital Costa del Sol, Marbella.

Introducción y objetivos: La profilaxis preexposición (PrEP) es una intervención altamente efectiva en la prevención del VIH. Su impacto real depende de circuitos asistenciales accesibles. La implantación de la PrEP en Andalucía ha supuesto un reto organizativo para los servicios asistenciales implicados. El objetivo es describir la implantación y variabilidad de los circuitos asistenciales de PrEP en Andalucía, e identificar mejoras organizativas propuestas por los distintos actores del proceso.

Métodos: Estudio descriptivo transversal basado en dos cuestionarios online (estructura del circuito y propuestas de mejora) distribuidos en el primer semestre de 2024 a 27 profesionales (19 médicos, 3 enfermeras, 2 farmacéuticos/as hospitalarios y 3 representantes de ONG). Las variables de carga asistencial y accesibilidad se estimaron como medias ponderadas por número de usuarios atendidos por centro.

Resultados: Se recibieron 19 respuestas (13 médicos, 2 enfermeras, 1 farmacéutico y 3 ONG). Las respuestas representan consultas que atienden a 3.245 usuarios (76,3% de las personas en PrEP en Andalucía). Acceso: procedencia de usuarios: Atención Primaria 24,6%, ONG 32%, consultas de ITS 15,6%, profilaxis posexposición 8,8% y contacto directo 19%. Tiempo medio de espera hasta la primera cita: 32 días. Infraestructura y roles: 83,3% dispone de consulta monográfica y 41,6% de horario de tarde; 83,3% con enfermería, 50% con TCAE y 75% con participación activa de Farmacia Hospitalaria. En un 33% de centros la carga del proceso recae exclusivamente en el facultativo. Primera visita: 91,85% candidatos a iniciar PrEP; 26,2% acuden con analítica reciente; no se utilizan test rápidos de VIH; 83% realiza analítica en acto único; 66% inicia PrEP el mismo día. Tiempo medio hasta primera dispensación 9,5 días. Cribado de ITS: enfermería toma muestras en 83,3%; autotomas rectales/urinarias en 16,6%; solo el 33,3% dispone de resultados en la visita; en el 25% la revisión de resultados/avisos carece de agenda reglada. Seguimiento y farmacia: media entre revisiones 4 meses (rango 3-6); dispensación con intervalos medios de 83,75 días; 18% suspende PrEP por descenso de riesgo u otros motivos. Propuestas de mejora: 52% opta por seguimiento semestral con atención no programada ante síntomas; 21% por estratificación del riesgo; 71,4% valora positivamente incorporar test rápidos de VIH.

Conclusiones: La PrEP está ampliamente implantada, pero persisten cuellos de botella. Prioridades: habilitar analítica inicial desde AP/ONG y pruebas rápidas, fortalecer enfermería en toma/revisión de ITS

con circuitos definidos y evaluar seguimiento semestral y/o estratificación del riesgo sin comprometer la calidad.

P-123. COBERTURA VACUNAL FRENTE AL VPH EN LAS CONSULTAS DE VIH Y PREP-VIH

Isabel Castilla Martínez, Nuria Miguel Ontañón, Antonio González Guzmán, Sara de la Fuente Moral, Ana Fernández Cruz y Alberto Díaz de Santiago

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Introducción: La vacunación frente al virus del papiloma humano (VPH) es una estrategia clave en la prevención de enfermedades asociadas a este virus, especialmente en poblaciones de riesgo como las personas con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y los usuarios de profilaxis preexposición (PrEP-VIH). Sin embargo, la cobertura vacunal en estos grupos sigue siendo insuficiente, lo que podría limitar la prevención de complicaciones asociadas. Este trabajo forma parte del TFM Campus Esther 2024-2025. Hipótesis: Las dificultades de acceso a consultas especializadas han generado una cobertura vacunal insuficiente en personas con VIH y PrEP.

Objetivos: Evaluar la tasa de vacunación frente al VPH en personas con criterios de profilaxis preexposición (VIH y PrEP-VIH) atendidas en consultas especializadas del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda entre junio de 2009 y mayo de 2025.

Métodos: Análisis retrospectivo de la cobertura vacunal frente al VPH en personas con VIH y usuarios de PrEP en seguimiento en nuestro centro. Se utilizarán los sistemas Selene y Sispal para la extracción de datos anonimizados. Resultados Se evaluó la cobertura vacunal frente al VPH en consultas de VIH y PrEP del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. La muestra incluyó 1.053 pacientes: 878 con VIH (mediana 51,5 años, 79,6% hombres cis) y 175 en PrEP (mediana 34 años). La cobertura global fue del 23% (VIH 24,2%; PrEP 17,7%, $p < 0,045$) y solo el 47% de los vacunados completó el esquema de tres dosis. La citología anal, realizada en el 12,2% de la muestra, mostró resultados normales en el 42,2% y un 7,8% de lesiones de alto grado, sin diferencias significativas.

Conclusiones: Es fundamental implementar estrategias que mejoren la cobertura vacunal en personas con VIH y PrEP, reforzando la concienciación, facilitando el acceso a la vacuna y optimizando protocolos en consultas especializadas para reducir la incidencia de complicaciones asociadas al VPH. Los resultados de nuestro estudio revelan que la tasa de vacunación contra el VPH es insuficiente en ambas poblaciones analizadas, siendo la cobertura notablemente menor en el grupo PrEP. La edad más elevada observada en la cohorte de pacientes con VIH podría reflejar la evolución en el manejo y la atención médica de estos pacientes desde los inicios de la terapia antirretroviral hasta la actualidad.

P-124. CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS EN COHORTES DE PERSONAS CON VIH Y PREP CON INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL RECURRENTE EN COMPARACIÓN CON LA POBLACIÓN GENERAL

Vicente Estrada Pérez¹, Adrián Valls-Carbó¹, Raquel Siguin Gómez², Rocío Manzano Lorenzo¹, Alberto Delgado Iribarren¹, Yolanda Campanero Núñez¹, Sergio Sabogal Alvis¹, Inés Armenteros¹, Mar Vera¹, Noemi Cabello¹, Juncal Pérez Somarriba¹, María Jose Núñez¹, Julia Barrado¹ y Carolina Olmos-Mata¹

¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ²Farmacia, Dirección asistencial Centro, Madrid.

Introducción: La resistencia a los antimicrobianos es un problema creciente de salud pública, favorecido por la exposición excesiva a antibióticos. Las personas con VIH (PVVIH) y los usuarios de profilaxis preexposición (PrEP) sufren con frecuencia infecciones de trans-

misión sexual (ITS) recurrentes, lo que requiere terapia antibiótica repetida. La evidencia comparativa del uso de antibióticos en estos grupos y la población general es muy escasa en nuestro medio.

Métodos: Realizamos un estudio observacional que incluyó PVVIH/PrEP con ITS recurrentes (Grupo A), PVVIH/PrEP usuarias de PrEP sin ITS (Grupo B) y controles de población general emparejados por edad y sexo (Grupo C). La exposición a antibióticos entre enero de 2024 y enero de 2025 se cuantificó utilizando dosis diarias definidas (DDD) y DDD por 1000 personas-día (DHD), en general y por clase ATC de la OMS. Se realizaron comparaciones entre grupos mediante modelos de regresión ajustados por edad y sexo con ponderación de probabilidad inversa; las pruebas múltiples se controlaron con corrección de la tasa de falsos positivos.

Resultados: Se analizaron 562.325 individuos (Grupo A: $n = 1.793$; Grupo B: $n = 1.978$; Grupo C: $n = 558.586$). El 95,3% del Grupo A, el 35,4% del Grupo B y el 27,3% del Grupo C utilizaron antibióticos ($p < 0,001$). El Grupo A presentó un consumo de antibióticos cuatro veces mayor que los controles de población general (cociente de tasas [RR]-DHD: 4,2; IC95%: 3,9-4,4; $p < 0,001$), principalmente debido a las tetraciclinas (RR-DHD: 23,7; IC95%: 21,8-25,8), equivalentes a 1,1 ciclos de doxiciclina por persona/año. En cambio, el Grupo B mostró un leve aumento en comparación con los controles tras la corrección (aumento del 18% [6-33%] de DHD, $p = 0,004$). La comparación directa de los Grupos A y B reveló un uso significativamente mayor de tetraciclinas en el Grupo A (RR-DHD: 5,6; IC95%: 4,6-6,7; $p < 0,001$).

Conclusiones: Las PVVIH y usuarios de PrEP con ITS recurrentes presentan un consumo de antibióticos considerablemente mayor, en particular tetraciclinas, que las PVVIH y usuarios de PrEP sin ITS, y la población general. Estos hallazgos respaldan la necesidad de estrategias específicas de optimización del uso de antimicrobianos en la atención de la salud sexual y el VIH, con especial atención a las cohortes con ITS recurrente

P-125. COMPROMETIDOS: NECESIDADES Y RECOMENDACIONES DE EXPERTOS PARA IMPULSAR LA PREVENCIÓN DEL VIH EN ESPAÑA

Inma Jarrin¹, Nuria Fernández², Jorge Garrido³, Luis López⁴, Rosa Polo⁵ y Grupo de Trabajo Comprometidos⁶

¹Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid. ²Centro Sanitario Sandoval, Madrid. ³Apoyo Positivo, Madrid. ⁴Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona. ⁵Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.

Introducción y objetivos: La profilaxis preexposición (PrEP) ha demostrado gran eficacia; sin embargo, más de 5 años después de su introducción en España, persisten retos e inequidades que requieren reforzar la respuesta preventiva frente al VIH, especialmente entre quienes enfrentan mayores barreras y desigualdades. El objetivo de este proyecto fue identificar barreras y necesidades no cubiertas en la implementación y seguimiento de la PrEP, proponiendo acciones estratégicas clave para impulsar la prevención del VIH.

Métodos: Un panel multidisciplinar de 19 expertos pertenecientes a las principales Sociedades Científicas y Comunitarias se reunió (mayo 2024-mayo 2025) mediante entrevistas y sesiones grupales. El panel diseñó una encuesta a profesionales sanitarios (PS) implicados en la PrEP ($n = 150$) y a usuarios actuales, pasados y potenciales ($n = 95$), cuyos resultados se utilizaron para contextualizar y reforzar las conclusiones del panel.

Resultados: El 47% de los PS manifestó insatisfacción con el modelo actual de PrEP. Se identificaron inequidades en el acceso, vinculación y retención a la PrEP, especialmente en mujeres, jóvenes, personas trans y personas fuera del sistema sanitario. Según los PS, el 23% de los usuarios de PrEP oral interrumpen el tratamiento en el primer año. El 78% de los usuarios refirió la toma diaria de comprimidos

como la mayor limitación de la PrEP oral. Las principales necesidades no cubiertas identificadas incluyen: (I) Criterios de indicación de PrEP obsoletos en el momento actual; (II) Barreras estructurales derivadas del modelo de implementación: centralización hospitalaria, falta de puntos de acceso-dispensación extrahospitalarios y un esquema de visitas trimestrales, con listas de espera variables según región; (III) Insuficiente información y formación sobre el VIH y su prevención, tanto en la ciudadanía como entre PS; (IV) Necesidad de incorporar innovación farmacológica para quienes la PrEP oral no resulta adecuada. El decálogo de recomendaciones estratégicas consensuadas se presenta en la tabla.

1. Prevención del VIH como eje estratégico
2. Criterios de PrEP adaptados a las necesidades reales
3. Modelo de PrEP accesible y cercano
4. Sensibilización ciudadana sobre el VIH
5. Formación a profesionales sanitarios en salud sexual y VIH
6. Promoción de la prueba del VIH
7. Vinculación a programas de prevención
8. Acceso a innovación en PrEP
9. Implementación equitativa del marco preventivo
10. Optimización de registro y seguimiento de PrEP

Conclusiones: Alcanzar un mayor impacto en la reducción de la transmisión del VIH requiere impulsar la prevención como eje estratégico, individualizando y acercando el modelo de atención, y asegurando la disponibilidad de nuevas opciones preventivas que cubran las necesidades de todas las personas en situación de riesgo.

P-126. PREP Y PPE EN MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES CIS Y TRANS EN EL CENTRO SANITARIO SANDOVAL SUR: ESTRATEGIAS COMBINADAS Y CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD SEXUAL

Beatriz Pérez-Monte, María Teresa Filigheddu, Carlos Sanz, Mireia García, Verónica Martínez, María del Carmen Menchén y Juan Emilio Losa

Centro Sanitario Sandoval Sur, Alcorcón.

Introducción: La implementación de PrEP y PPE en mujeres cis y trans constituye un reto y una oportunidad en salud sexual. Sin embargo, este grupo permanece infrarrepresentado en la investigación, especialmente en trabajadoras sexuales. Presentamos un análisis descriptivo de trabajadoras sexuales atendidas en un centro de ITS.

Métodos: Estudio descriptivo de 34 trabajadoras sexuales mujeres cis (85,3%) y trans (14,7%), atendidas en el Centro Sanitario Sandoval Sur del Hospital Universitario Fundación Alcorcón desde diciembre de 2024 hasta agosto de 2025. Se recogieron variables sociodemográficas, reproductivas, preventivas y clínicas, incluyendo uso de PrEP, PPE, cribado de ITS, vacunación, antecedentes reproductivos, consumo de drogas y uso de métodos barrera.

Resultados: La mediana de edad fue de 28 años (18-51); el 85,3% procedía de Latinoamérica y el 52,9% tenía nivel educativo básico. Ninguna paciente fue VIH positiva. En la mitad de la población (n = 17) se ha empezado PrEP (50,0%). De estas 17 pacientes, las que han discontinuado la PrEP fueron 6 (35,3%), 3 pacientes por intolerancia digestiva (50%), 2 pacientes por pérdida de seguimiento (33,3%) y 1 paciente por acné (16,7%). El 47,1% de ellas ha necesitado PPE en alguna ocasión; tras finalizar el tratamiento, 9 de ellas (52%) han iniciado de forma inmediata PrEP en nuestro centro por alto riesgo. El cribado regular de ITS en los últimos seis meses previos a la intervención fue bajo (20,6%). Se ha empezado vacunación en el 70,6% de las pacientes, fundamentalmente frente a Mpox (61,8%) y VPH (41,2%). En salud reproductiva, el 50,0% había estado embarazada y el 32,4% refirió abortos. Entre las pacientes con ITS (32,4%) se diagnosticaron principalmente vaginosis bacteriana (11,8%), cervicitis por *Chlamydia* (8,8%) y uretritis gonocócica (5,9%). El 20,6% reportó consumo de drogas, con

predominio de cocaína. El uso de condón fue variable pero únicamente un 44,1% de las ellas lo usaba en el 100% de sus relaciones con clientes, porcentaje que disminuye al 35,3% con el resto de sus parejas.

Conclusiones: Las trabajadoras sexuales atendidas en este centro de ITS presentan elevada exposición a ITS, con uso relevante de PrEP y PPE. La vacunación, la salud reproductiva y la reducción de riesgos (incluido el consumo de drogas) deben formar parte de un abordaje integral. Estos resultados subrayan la necesidad de reforzar el cuidado global de la salud femenina, integrando la prevención biomédica con una perspectiva de género en los programas de ITS.

P-127. USO DE EMTRICITABINA/TENOFOVIR-ALAFENAMIDA COMO PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN AL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Alba Collado Mohedano, María Pérez Abánades, Alberto Calvo García, Lucio Jesús García-Fraile Fraile, Ainhoa Aranguren Oyarzabal, Patricia Duque Tebar, Sara García Lobato y Luis Botica Moros

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Introducción y objetivos: La financiación de emtricitabina/tenofovir-disoproxil (FTC/TDF) como profilaxis preexposición al virus de la inmunodeficiencia humana (PrEP) fue aprobada en España en 2019. Se sabe que, a largo plazo, tenofovir puede provocar afectación renal y ósea. En estos casos, existe una alternativa fuera de ficha técnica, emtricitabina/tenofovir-alafenamida (FTC/TAF), por su mejor perfil de seguridad al administrarse dosis más bajas de tenofovir.

Objetivos: Describir la utilización y evaluar la seguridad (perfil renal, fósforo sérico, y densitometría) de FTC/TAF como PrEP.

Métodos: Estudio multidisciplinar, observacional y retrospectivo. Población: usuarios en PrEP con FTC/TAF atendidos desde enero 2020 hasta julio 2025. Parámetros revisados al inicio de FTC/TDF, en la primera dispensación de FTC/TAF y en última revisión: fósforo inorgánico (Pi) sérico, función renal (estimación de la tasa de filtración glomerular (EFG) mediante la fórmula CKD-EPI) y densitometría (T-score en cuello de fémur y densidad mineral ósea (DMO)). El porcentaje de variación (PV) se ha calculado como: (valor final-valor inicial)/valor inicial × 100. Los datos se obtuvieron mediante revisión de historia clínica (HCIS®) y registro de dispensaciones (GlintHealthcare®). Análisis estadístico: STATA-14® (prueba t de Student).

Resultados: De los 564 usuarios de PrEP, 14 utilizaban FTC/TAF (13 varones y 1 mujer; edad media 47,9 (13,5) años). Dos iniciaron PrEP con FTC/TAF (1 FG < 60 y 1 osteoporosis); el resto, con FTC/TDF y cambiaron a FTC/TAF. El motivo de cambio fue, en 7 de los casos, alteraciones renales (disminución EFG = 5, tubulopatía proximal = 2); en 6, alteraciones densitométricas; y en 1, intolerancia digestiva. El tiempo medio utilizando PrEP fue de 111,6 (5) semanas; 34 (42) semanas para FTC/TAF. Densitometría: al inicio de FTC/TAF, la DMO de los pacientes con afectación ósea fue 0,59 ± 0,26 (3 usuarios presentaban osteopenia y 3, osteoporosis, según T-score).

Motivo FTC/TAF	Inicio FTC/TDF	Inicio FTC/TAF	Última revisión	PV FTC/TDF	PV FTC/TAF
↓EFG (N = 5)					
EFG (mL/min/1,73 m ²)	FG > 60:2 30 < FG < 60:2	FG > 60:2 30 < FG < 60:3	FG > 60:3 30 < FG < 60:2	-5,9 (6,8)*	+1 (11,9)*
Tubulopatía (N = 2)					
Pimedio (mg/dL)	2,4 (0,86)	2,3 (0,84)	2,7 (1,04)	-1,1 (11,64)*	+33,3 (28,81)*

Conclusiones: Aunque los datos no han resultado estadísticamente significativos (*p > 0,05) debido al pequeño tamaño muestral, se observa una tendencia de mejora de la función renal, tanto en EFG como

en Pi, en los usuarios con el cambio a FTC/TAF. Limitaciones: la densitometría no es una prueba utilizada de forma rutinaria y no se dispone de datos al inicio de FTC/TDF ni en última revisión.

P-128. BENEFICIOS DE UN PROGRAMA DE PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN (PREP) EN LA DISMINUCIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

Marta de la Fuente López, Alberto Rodríguez Iglesias, Carlos Jesús Dueñas Gutiérrez, Pablo Tellería Gómez, Sara Miranda Riaño y Laura Rodríguez Fernández

Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

Introducción: La profilaxis preexposición (PrEP) es una estrategia eficaz para prevenir la infección por VIH en personas con alto riesgo. Su implementación no se limita al tratamiento farmacológico, sino que incluye intervenciones complementarias como educación sexual, detección precoz de ITS, evaluación del consumo de sustancias y actualización vacunal.

Objetivos: Analizar los beneficios del programa PrEP en la disminución de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en una población de alto riesgo.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo realizado en pacientes incluidos en el programa PrEP y atendidos en la consulta de Enfermedades Infecciosas de un hospital de tercer nivel. Se revisaron historias clínicas para recoger datos sobre la incidencia de ITS antes del inicio del programa y durante su seguimiento. Se recogieron además variables sociodemográficas, prácticas sexuales, consumo de sustancias y antecedentes de ITS.

Resultados: Se incluyeron 90 pacientes, todos hombres, con una media de edad de 37,4 años. El 86,67% se identificó como hombre que tiene sexo con hombres (HSH) y el 13,33% como bisexual. El 87,78% había tenido más de 10 parejas sexuales en el último año. El 73,33% no utilizaba preservativo de forma habitual y el 36,66% refirió prácticas de *chemsex*. En el año previo a la inclusión en el programa, el 74,44% había presentado al menos una ITS. Durante el seguimiento, el 52,38% no presentó ninguna infección, mientras que el 47,62% desarrolló al menos una ITS, con un porcentaje relevante de casos diagnosticados precozmente gracias al seguimiento estructurado.

Conclusiones: La inclusión en un programa PrEP permite mejorar el control de ITS mediante el seguimiento estructurado y el cribado regular. Lejos de aumentar el riesgo, puede suponer una oportunidad para detectar y tratar precozmente otras infecciones, siempre que se integre en un enfoque de salud sexual integral.

P-129. INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C EN LAS PERSONAS EN PREP. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL PERFIL DEL USUARIO Y POSIBLES FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Kathereen L. Rodríguez-Sauceda, Nicolás de Loredó, Francisco Montoya, David García, M.^a José Rodríguez, Maite León, Gema Olmeda, Estela Solbes, Vanesa Guilera, Guillermo del Carlo, Emma Fernández, Roger Llobet, Josep Mallolas y Montserrat Laguno

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Introducción: La hepatitis C aguda (HAC) se presenta como una infección de transmisión sexual (ITS) relevante entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) particularmente asociado a prácticas anales desprotegidas y uso de sustancias en contexto sexual (*chemsex*). Existe escasa información de esta infección en nuestro entorno en personas usuarias de PrEP.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo de una cohorte de 2.064 usuarios de PrEP seguidos entre noviembre de 2019 y febrero de 2025 en el Hospital Clínic de Barcelona. Se identificaron los casos de HAC y se analizó el perfil sociodemográfico, clínico y conductual a

partir de los datos recogidos en la historia clínica de SAP y en cuestionarios trimestrales sobre prácticas sexuales y consumo de sustancias autoadministrados mediante el sistema REDCap. El estudio fue aprobado por el CEIm del centro.

Resultados: La prevalencia del VHC basal, en el momento de la inclusión en el programa, fue de 0,33% (7 personas con Ac VHC positivo y viremia indetectable). Durante el seguimiento se diagnosticaron 11 casos de HAC, incidencia: 0,34 casos por 100 personas/año (IC95%: 0,17-0,61). Todos fueron hombres cisgénero HSH, con una edad mediana de 32 años (RIC 29-35) y el 36% de origen español. El 100% refirió sexo anal desprotegido, el 80% prácticas sexuales grupales y el 75% uso de *chemsex*, aunque solo un caso por vía endovenosa. En 7 personas (63%), se diagnosticó a la vez otra ITS: 4 *Chlamydia trachomatis* (CT), 3 *Neisseria gonorrhoeae* (NG) y 2 *Treponema pallidum*. El tratamiento antiviral se inició de forma precoz y fue eficaz en todos los casos, sin reinfecciones.

Conclusión: La incidencia de HAC en usuarios de PrEP no es despreciable y nuestros resultados muestran que se presenta concomitante al consumo de sustancias, ciertas prácticas sexuales como el sexo grupal o anal desprotegido y otras ITS. Estos datos evidencian la necesidad de reforzar el cribado sistemático en esta población clave y un enfoque multidisciplinario para dar una respuesta eficaz.

P-130. GENDER- DISPARITIES IN RETENTION AND DETERMINANTS OF HIV PRE-EXPOSURE PROPHYLAXIS CONTINUITY AMONG INDIVIDUALS ENGAGED IN SEX WORK

Jorge Valencia la Rosa¹, Mariano Matarranz¹, Guillermo Cuevas¹, Laura Laguna¹, Pedro Torres¹, Pedro Parbole¹, Paloma Santiago², Laura Pedraza¹, Laia J. Vázquez Guillamet² and Pablo Ryan Murua¹

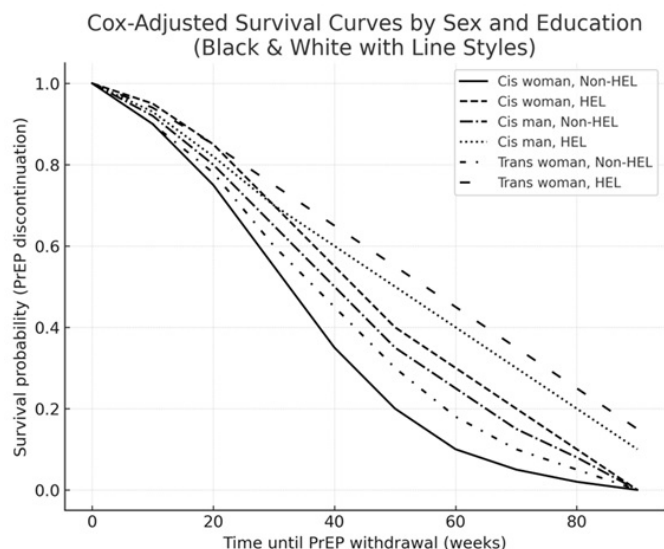
¹Hospital Infanta Leonor, Madrid. ²ONG IN Género, Madrid.

Introduction and objectives: Few studies have explored PrEP discontinuation rates among cisgender (CIS) males and women and transwomen sex workers outside of Africa. This study evaluated the incidence of PrEP discontinuation and its associated risk factors among a cohort of HIV-negative individuals engaged in sex work from 2022 to 2025 in Madrid, Spain.

Methods: Prospective cohort study (Ref: HUIL-PrEP-01, Num. 086-22) including all individuals engaged in sex work with documented initiation of daily oral PrEP with TDF/FTC. Trained staff from a non-governmental organization recruited and followed participants through a pre-established low-threshold circuit in collaboration with the research team. Participants were referred to a PrEP clinic for assessment of initiation. Discontinuation was defined as an interruption of ≥ 120 consecutive days, using the date of the last recorded clinical visit or dispensing. The primary outcome was time to PrEP discontinuation. A multivariate time-to-event analysis using Cox regression was performed to estimate factors associated with discontinuation.

Results: A total of 209 individuals were assessed for PrEP initiation; 16 had previously unknown HIV diagnoses (10 CIS males, 4 transwomen and 2 CIS women) and 4 had impaired renal function, leaving 189 participants included in the PrEP retention study (6,529.7 person-weeks of follow-up). The median age was 33 years, with 65.6% younger than 30 years. The study population comprised CIS women (30.2%, n = 57), CIS men (39.2%, n = 74), and transgender women (30.7%, n = 58). Most participants identified as Hispanic (91.0%); 65.1% had completed high school, and 24.9% had a university education. Behavioral characteristics included 60.8% reporting drug use in the previous three months, 46.0% reporting cocaine use, and 19.0% reporting *chemsex*. Street-based sex work was reported by 18.7% of participants, and the median time in sex work was 2 years. During follow-up, 119 PrEP discontinuation events were recorded, yielding an overall incidence of 1.8 per 100 person-weeks, with a mean time

to discontinuation of 36.3 weeks (fig.). Stratified analysis showed CIS women had the shortest mean time to discontinuation (21.4 weeks) and the highest incidence rate (2.8 per 100 person-weeks). Also, participants without university education (HEL) also had a significantly shorter time to discontinuation (mean 35.4 weeks; incidence 2.0 per 100 person-weeks) compared with those with higher education.



Conclusions: Implementation strategies for PrEP in Spain, including future long-acting formulations, should prioritize sex workers, particularly those most vulnerable to retention challenges. Tailored approaches are essential to ensure sustained access and adherence in this high-risk population.

P-131. REPUNTE DE LA HEPATITIS C COMO CONSECUENCIA DEL USO SEXUALIZADO DE DROGAS (CHEMSEX-SLAMMING)

Elia Asensi-Díaz¹, Beatriz Álvarez-Álvarez², Ángel Luis Castaño², Laura Prieto-Pérez², Marta López de Las Heras¹, Irene Carrilo-Acosta², Aws Al-Hayani¹, Ainara Durán², Paola Domínguez², Raquel Téllez², Miguel Gólgas² y Alfonso Cabello-Úbeda¹

¹Hospital Fundación Jiménez Díaz, Madrid. ²Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Introducción: Tras el descenso significativo de las infecciones por hepatitis C (VHC) con la introducción del tratamiento con antivirales de acción directa (AAD), en los últimos años se ha evidenciado un aumento de casos en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), especialmente en aquellos con infección por VIH (PLHIV) y en usuarios de PrEP. Este incremento se relaciona con la transmisión sexual vinculada a prácticas de *chemsex* y *slamming* (uso sexualizado de drogas). El objetivo de este estudio es describir este repunte en el contexto epidemiológico actual.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de hepatitis C aguda entre enero de 2023 y enero de 2025 en un hospital terciario. Se definió caso como pacientes con RNA del VHC detectable tras seroconversión de serología previamente negativa o tras hepatitis C curada. Se analizaron datos epidemiológicos, factores de riesgo y manejo terapéutico.

Resultados: Se incluyeron 83 casos de hepatitis C aguda. La mediana de edad fue de 43 años (RIQ: 36-52), dándose el 29% de los casos en mayores de 50 años. El 99% eran HSH, siendo el 76% (63) PLHIV y el 20,5% (17) usuarios de PrEP. En el 61,5% (40/65) el genotipo fue 1a; en el 11% (11/65) fue 1b, y en el 28% (18/65) fue genotipo 4, no estando disponible o pendiente de estudio en el resto. El 49% presentaba

cuantificaciones de RNA del VHC > a 6 log, siendo en el 22% > 7 log. La transmisión fue casi exclusivamente sexual (99% - 82/83): el 78,3% (65) reportó haber practicado *chemsex* y el 48,2% (40) *slamming*. En 66 pacientes (79,5%) se optó por una actitud inicial expectante, alcanzando aclaramiento espontáneo solo 6 casos (9%), con 8 casos aún en evaluación. 52 pacientes han recibido tratamiento con AAD con respuesta adecuada, estando 7 pendientes de iniciar el tratamiento y habiéndose perdido el seguimiento en 10 sujetos (12%). El 19,3% habían tenido alguna hepatitis C previa (16), en un caso el 3.º episodio. En aquellos con estudio disponible, el 26% tenían una ITS concomitante.

Conclusiones: El incremento de hepatitis C aguda en HSH evidencia un brote epidémico vinculado a *chemsex* y *slamming*. La baja tasa de aclaramiento espontáneo obliga a reforzar estrategias de cribado y valorar inicio más ágil de terapias pangenotípicas para mejorar el control epidemiológico. Urge ampliar medidas frente al *chemsex*, dada su influencia en la transmisión y en la pérdida de seguimiento.

TRACK 05: Infección materno-fetal. Pediatría, adolescentes e infecciones en mujeres

P-132. TORQUE TENO VIRUS COMO MARCADOR DE FALLO VIROLÓGICO EN NIÑOS, ADOLESCENTES Y JÓVENES CON INFECCIÓN POR VIH ADQUIRIDA POR VÍA PERINATAL

Laura Tarancón-Díez¹, Iker Falces-Romero², Beatriz Lazaro-Martin¹, Melisa Pucci-Molineris², Cristina Epalza³, Elena Colina⁴, Manuel Oltra⁵, Sara Guillén⁶, Eider Oñate-Vergara⁷, María Luisa Navarro-Gómez¹ y Talía Sainz²

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ²Hospital Universitario La Paz, Madrid. ³Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ⁴Hospital Universitario Materno-Infantil de Las Palmas de Gran Canaria, Gran Canaria. ⁵Hospital Universitario La Fe, Valencia. ⁶Hospital Universitario de Getafe, Getafe. ⁷Hospital Universitario de Donostia, San Sebastián.

Objetivos: Analizar la asociación entre la dinámica del torque teno virus (TTV), principal componente del viroma humano, y la aparición de fallo virológico (FV) en plasma de niños, adolescentes y jóvenes con infección por VIH de transmisión perinatal (PVIH) bajo tratamiento antirretroviral (TAR) y suprimidos virológicamente.

Métodos: Estudio retrospectivo en participantes de la cohorte CoRISpe y muestras de plasma criopreservadas del BioBanco VIH. Se incluyeron: 1) pacientes con fallo virológico (FV; n = 18): pacientes con PVIH bajo TAR, con supresión virológica ≥ 6 meses y que posteriormente presentaron FV (≥ 50 copias/ml RNA-VIH en ≥ 2 determinaciones consecutivas), se analizaron dos muestras de plasma (pre-FV y post-FV, ambos con carga viral indetectable); y 2) Control persistente (n = 19): pacientes con PVIH bajo TAR con supresión virológica mantenida durante todo el seguimiento. Se seleccionaron dos muestras de plasma separadas ≥ 2 años y con ≥ 4 años de seguimiento adicional sin FV. Se compararon niveles de TTV entre grupos y a lo largo del tiempo.

Resultados: La mediana de edad fue 18 años [RIQ: 9-21] en el grupo con FV y 14 años [RIC: 13-17] en los controles. El tiempo bajo TAR fue de 13,5 [RIQ: 8,5-18] y 13 [RIC: 11-15] años de mediana, respectivamente. No se observaron diferencias basales entre grupos en parámetros inmunológicos: nadir de mediana CD4 253 [RIC: 77-403] vs. 310 [RIC: 185-510] células/mm³, CD4 basales de 900 [RIC: 579-1.103] vs. 790 [RIC: 591-1.017] células/mm³, y ratio CD4/CD8 1,14 [RIC: 0,58-

1,80) vs. 0,96 [RIC: 0,72-1,44], para el grupo con FV y Controles respectivamente ($p > 0,05$ en todas las comparaciones). En el grupo FV se observó un descenso significativo de CD4 (900 a 828 células/mm³, $p = 0,007$) y ratio CD4/CD8 (1,14 a 0,88, $p = 0,037$) entre pre- y pos-FV. Los niveles de TTV plasmático fueron mayores en pre-FV y pos-FV frente a controles ($p < 0,05$), con mayor frecuencia de pacientes con muestras detectables (9/18 en pre-FV, 12/18 en pos-FV y 3/19 en controles), y también aumentaron tras el FV aunque sin llegar a la significación estadística.

Conclusiones: La presencia y dinámica de TTV en plasma se asocian con la pérdida de control virológico en jóvenes con PVIH. Si se confirma en estudios prospectivos, el TTV podría constituir un marcador complementario de monitorización inmunoviroológica para identificar pacientes con riesgo de FV pese a carga viral VIH indetectable.

P-133. PREVALENCIA DE RESISTENCIAS ADQUIRIDAS A ANTIRRETROVIRALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE VIVEN CON VIH EN SEGUIMIENTO CLÍNICO EN GUATEMALA

Santiago Alonso Yáñez¹, Elisa Cristina Salazar Alarcón¹, Nancy Gálvez Rafael², Jessenia Sabrina Navas Castillo², Cristina Quintana², Nydia Orozco², Luis Manuel Prieto Tato³, María Luisa Navarro Gómez⁴, Sara Guillén Martín¹, Jose María Gómez-Alba⁵, Carlos Medina Sánchez⁶, Julio Werner Juárez Lorenzana² y África Holguín⁶

¹Hospital Universitario de Getafe, Getafe. ²Hospital Roosevelt, Ciudad de Guatemala. ³Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid. ⁴Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ⁵Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ⁶Hospital Ramón y Cajal-IRYCIS, Madrid.

Introducción: La insuficiente vigilancia de la farmacoresistencia del VIH (FRVIH) en Centroamérica ha provocado la circulación generalizada de cepas de VIH con mutaciones de farmacoresistencia (MFR), lo que compromete el tratamiento antirretroviral (TAR). Este estudio tuvo como objetivo evaluar los primeros datos sobre FRVIH y los patrones de MFR en la única población pediátrica con VIH con información sobre resistencias en Guatemala.

Métodos: Se seleccionaron retrospectivamente todos los niños y adolescentes infectados por VIH-1, a los que se les realizó la prueba de FRVIH entre 2013 y 2021 en un centro hospitalario de referencia en Guatemala. Se obtuvo su primera secuencia de la proteasa y/o retrotranscriptasa parcial del VIH-1, si estaba disponible, para detectar MFR adquiridas a tres familias de antirretrovirales y predecir la resistencia a 20 antirretrovirales mediante el algoritmo Stanford HIVdb v9.5. Se compararon los resultados con datos de MFR previamente registrados en expedientes clínicos. Se determinó filogenéticamente la variante infectante del VIH en aquellos con secuencia disponible.

Resultados: Se seleccionaron noventa y nueve niños/adolescentes, la mayoría con infección perinatal (93%) y sin profilaxis neonatal (92,3%). Los 66 con secuencias disponibles estaban infectados por el subtipo B del VIH-1. En la primera genotipificación de MFR, todos tenían cargas virales detectables (> 40 cp/ml), el 58,6% experimentó fracaso virológico (> 1.000 cp/ml) a pesar de la exposición previa a antirretrovirales (100% a INTI, 77,8% a INNTI, 32,3% a IP y 4% a INSTI). La mayoría (77,9%) experimentó retraso en el diagnóstico de VIH. La mitad recibió TAR dentro del primer mes posterior al diagnóstico. Setenta y nueve (81,4%) albergaban virus con MFR: 61 (61,6%) a INTI, 70 (70,7%) a INNTI y 6 (6%) a IP (*major*). La mitad (52,5%) presentó resistencia dual (INTI+INNTI) y el 5,3%, triple resistencia (INTI+INNTI+IP). La MFR más frecuente a los INTI fue M184V/I/M (47,5%), a los INNTI K103N/R (48,5%) y a los IP M46I/L/V (5,3%). La mayoría (88,4%) portaba virus sensibles a los IP.

Conclusiones: Este estudio actualiza los datos sobre la farmacoresistencia del VIH y las variantes del VIH-1 en Guatemala, ofreciendo los primeros datos sobre la resistencia en niños y adolescentes que viven con VIH, demostrando que los regímenes basados en IP e INSTI pueden mejorar el manejo del VIH en este grupo pediátrico vulnerable. El monitoreo periódico de la farmacoresistencia al VIH es crucial para controlar la epidemia del VIH en Guatemala.

P-134. INFLAMMATORY PROFILE RELATED TO NEUROCOGNITIVE DISORDERS IN YOUNG ADULTS WITH PERINATALLY ACQUIRED HIV-INFECTION

Beatriz Lázaro-Martín¹, Silvia Chafino², Laura Tarancon-Díez¹, Cristina Díez¹, Sara Guillén³, Luis Escosa⁴, Irene Íñiguez de Heredia⁵, Asunción Hernando⁵, José Tomás Ramos⁵, Consuelo Viladés², Francesc Vidal², Joaquim Peraire², Anna Rull² and María Luisa Navarro Gómez¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ²Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona. ³Hospital Universitario de Getafe, Getafe. ⁴Hospital Universitario La Paz, Madrid. ⁵Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introduction and objectives: The incidence of HIV-associated neurocognitive disorder (HAND) in youth and adults with perinatally acquired HIV (YLPHIV) is unknown, although HAND is one of the most prevalent comorbidities of people living with HIV (PLHIV). Despite peripheral inflammation being recognized as one of the factors related to cognitive impairment development, the characterisation of the proinflammatory profile and its relationship with protein alterations related to HAND in YLPHIV are poorly understood.

Methods: A total of 35 age-matched individuals classified into three groups: 10 non-HIV infected healthy individuals (Control), 10 horizontally infected PLHIV (PLHIV-Horizontal) and 15 YLPHIV (PLHIV-Perinatal). Controls and PLHIV-horizontal contributed only current samples, whereas in the PLHIV-Perinatal group both current plasma samples collected 6 years earlier were analysed. The peripheral inflammatory profile associated with HAND was assessed using LEGENplex Predefined Panel Human Neuroinflammation Panel 1 by flow cytometry. Non-parametric statistical tests were used. Samples were provided by the HIV-HGM Biobank, specifically from the CoRISpe and CoRISpe-FARO cohorts, as well as from horizontal patients followed at Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid, Spain).

Results: The study cohort included 18 women (51.4%) with a median age of 27 years (IQR: 25-31). In the PLHIV-Perinatal group, 13% presented HAND with cognitive and motor impairment. Among the 13 plasma cytokines measured, CCL2 (MCP-1) and IL-18 (B5) were significantly altered across the three groups. CCL2 levels were higher in PLHIV-Horizontal ($p = 0.001$), whereas IL-18 levels were decreased in both PLHIV-Horizontal and PLHIV-Perinatal ($p = 0.03$ and $p = 0.011$, respectively). CCL2 was positively correlated with hemoglobin-binding proteins (haptoglobin and haptoglobin-related protein), and negatively correlated with calcium-binding proteins (S100A9 and S100A6). IL-18 were positively correlated with S100A9, S100A8, thymosin beta-4, and profilin-1, all proteins involved in cytoskeleton organization and immune activation, but negatively correlated with ITIH4 and haptoglobin-related protein, which has been associated with enzymatic activity. In the PLHIV-Perinatal group, an increase in IL-6 was observed over time, which was positively correlated with an increase in mannose-binding protein C.

Conclusions: Peripheral neuroinflammatory markers such as CCL2, IL-19, and IL-6 are altered in both YLPHIV and horizontally infected PLHIV. These markers have been previously associated with neurocognitive impairment in other studies, and their significance should be further evaluated in the context of HIV infection.

P-135. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS CASOS DE EMBARAZO EN UNA COHORTE DE MUJERES QUE VIVEN CON VIH

Victoria Gutiérrez Gómez-Lus y Ángela Gutiérrez Liarte

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Introducción y objetivos: Casi la mitad de las personas que viven con VIH en el mundo son mujeres y cada vez más mujeres que viven con VIH (MVVIH) eligen quedarse embarazadas, dada la mejoría del tratamiento antirretroviral (TAR), que ha disminuido drásticamente las cifras de transmisión vertical. Es necesario ofrecer una atención integral a las MVVIH durante su etapa reproductiva. Para ello es importante conocer las características de los casos de embarazo acontecidos en los últimos años para así optimizar la atención de estas pacientes. Describir los casos de embarazo en la cohorte de mujeres en seguimiento en un hospital de tercer nivel de Madrid entre 2005 y 2024. Como objetivos específicos, calcular tasa de incidencia de embarazo, identificar idoneidad de los regímenes de tratamiento utilizados, evaluar desenlaces obstétricos y neonatales.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los embarazos en una cohorte de MVVIH. Se incluyen variables demográficas, relacionadas con la infección y su tratamiento, y resultados obstétricos. Se realiza un análisis descriptivo de dichas variables y un análisis estadístico para establecer factores relacionados con complicaciones del embarazo.

Resultados: Se registraron 31 embarazos en nuestra cohorte, con una tasa de densidad de embarazo calculada de 0,0175 embarazos por mujer-año. Un 38,7% (12/31) de los embarazos se dieron en mujeres españolas. Solo en un caso la infección no era conocida previo al embarazo. El 77,4% (24/31) presentaba CV indetectable previo al embarazo, con una media de CD4 de 707. En el 41,9% (13/31) de los embarazos las mujeres, al inicio de la gestación, recibían tratamientos de primera línea según las guías vigentes. De todos los embarazos, el 23% (23/31) fueron embarazos a término. Un 37,5% de los nacimientos fueron por cesárea, y en varios casos el motivo por el que se optó por esta vía fue la infección por VIH, sin tener CV detectable al momento del parto. No hubo casos de transmisión vertical y todos los niños recibieron lactancia artificial.

Conclusiones: El TAR actual es muy eficaz en evitar la transmisión vertical del VIH, aunque se siguen pautando tratamientos no adecuados según las guías de práctica clínica. Los resultados obstétricos fueron positivos en su mayoría. A pesar de ello, se siguen dando una gran cantidad de cesáreas no justificadas. El margen de mejora aún es amplio, resultando esencial la formación de profesionales que atienden a estas pacientes tanto en la etapa preconcepcional como a lo largo del embarazo.

P-136. RESULTADOS PRELIMINARES: KIT DIAGNÓSTICO RÁPIDO ANTIGÉNICO PARA TUBERCULOSIS, CRIPTOCOCOSIS E HISTOPLASMOSIS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON VIH Y ENFERMEDAD AVANZADA EN GUATEMALA

Cintia Irene Álvarez Smith¹, Santiago Alonso Yáñez², Mercedes Guida Piqueras³, Luis Manuel Prieto Tato⁴, María Luisa Navarro Gómez³, Sara Guillén Martín², Sabrina Navas Castillo⁵, Ana María Gramajo⁵ y Julio Werner Juárez Lorenzana⁵

¹Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela. ²Hospital Universitario de Getafe, Getafe. ³Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ⁴Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ⁵Hospital Roosevelt, Ciudad de Guatemala.

Introducción: Las pruebas rápidas de diagnóstico mediante detección de antígenos están disponibles para tuberculosis (TB), criptococosis e histoplasmosis y son recomendadas por las guías actuales de la Organización Mundial de la Salud en niños con infección por VIH.

La sensibilidad y la especificidad son mayores del 95% en adultos con infección avanzada. Sin embargo, los datos en población infantil son escasos.

Objetivos: Evaluar los datos preliminares de la implementación de un kit de pruebas rápidas para el diagnóstico de tres infecciones oportunistas (IO) en niños (TB, criptococosis e histoplasmosis) con infección por VIH y determinar su evolución clínica.

Métodos: Estudio prospectivo de niños y adolescentes infectados por VIH con enfermedad avanzada de un hospital de referencia en Guatemala, miembro de la red latinoamericana de niños con VIH PLAN-TAIDS, entre los años 2024-2025. Se realizaron 3 tipos de pruebas rápidas: detección de lipoarabinomano en orina para tuberculosis (TB LAM), flujo lateral (LFA) en sangre para criptococo y LFA en orina para histoplasma.

Resultados: Se incluyeron 22 pacientes. El 68,2% fueron varones. La vía de transmisión mayoritaria fue vertical (86,4%). La mediana de CD4 al momento del estudio fue 881 cel/mm³ (RIC 333-1433 cel/mm³). Quince pacientes (68,2%) nunca habían recibido terapia antirretroviral. Se realizó TB LAM a 12 pacientes (54,5%), obteniendo 2 resultados positivos, confirmándose en uno la enfermedad TB mediante biopsia de adenopatía cervical; ambos se clasificaron y trataron como TB extrapulmonar. Un paciente con TB LAM negativo fue diagnosticado y tratado de TB esofágica mediante biopsia confirmada, considerándose el único falso negativo. Otros 3 pacientes fueron diagnosticados y tratados de TB pulmonar por clínica, a pesar de que tanto el TB LAM como el estudio microbiológico de TB fueron negativos (un paciente tenía IGRA positivo). Se realizó LFA para histoplasmosis en 17 casos (77,3%), obteniendo resultados negativos en todos ellos sin registrarse falsos negativos. La prueba LFA para criptococosis se efectuó en 10 pacientes (45,5%), con resultados negativos en todos los casos y sin evidencia de falsos negativos. Fallecieron 3 pacientes (13,6%), de los cuales solo 1 tenía las 3 pruebas realizadas (negativas).

Conclusiones: En una muestra pequeña de 22 pacientes pediátricos con VIH, la implementación de pruebas de diagnóstico rápido de IO ha sido viable y ha permitido instaurar tratamiento temprano en 2 casos (9%). Su impacto sobre mortalidad y la evaluación sobre la sensibilidad y la especificidad de las pruebas requieren estudios con muestras mayores.

P-137. LACTANCIA MATERNA Y VIH: ¿DÓNDE ESTAMOS?

Carlos Grasa¹, Blanca Bravo¹, Rosa de Miguel¹, Ángela Gutiérrez², Paula Rodríguez Molino¹, Luis Escosa¹, Marisa Navarro³ y Talía Sainz¹

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid. ²Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. ³Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

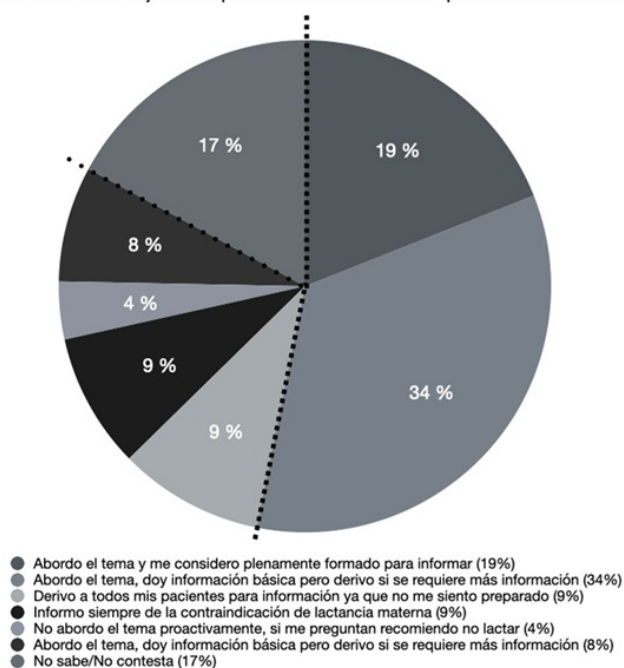
Introducción y objetivos: Con el paradigma indetectable = intransmisible (I = I) se ha producido un creciente interés en la lactancia materna (LM) entre mujeres con infección por VIH (MVVIH) y profesionales sanitarios (PS). A pesar de que el riesgo de transmisión no es cero, los beneficios de la LM son múltiples y muchas guías contemplan ya esta posibilidad en mujeres con carga viral indetectable.

Métodos: Encuesta anónima online mediante REDCap, distribuida a través de redes sociales, sociedades científicas y asociaciones de pacientes, dirigida a MVVIH y PS. Se recogen datos demográficos, de conocimientos y opinión acerca de la LM.

Resultados: Se recibieron 204 encuestas: 44 MVVIH y 158 PS (36,7% pediatras, 46,8% internistas, 5% ginecólogos, 5% matronas). Del total de encuestas, un 96,5% considera que la LM es beneficiosa para el niño, y un 88,7% para la madre, siendo estos motivos junto al vínculo, los principales para lactar. El 91% de las MVVIH manifiesta interés en lactar, pero solo un 60% refiere haber recibido la información esperada. El 93,6% conocía el concepto I = I (88,6% MVVIH, 95% PS), y un 38,5% MVVIH y 32,6% PS consideraban que aplica a LM. Un 69,1% del total

opina que ningún riesgo de transmisión es asumible (77,3% MVIH, 67,1% PS), un 17,2% asumiría < 1% (18,2% MVIH, 27,8% PS) y un 3% < 1%; globalmente el 80,8% de los PS piensa que los beneficios pueden compensar el riesgo en algunos casos. El 41,4% de los PS que respondieron (entre los internistas, el 38,9%) se considera formado para informar a madres con VIH sobre LM. Los PS consideran que el más adecuado para informar sería el pediatra 41,1%, internista 35%, matrona 11,4% y ginecólogo 7,6%. Solo el 24,4% de los centros cuentan con un protocolo de actuación. Un 80,1% de los PS considera que debe ser una decisión informada, aunque el abordaje de los PS fue variado (fig.).

Gráfica 1: Abordaje de los profesionales sanitarios respecto a la LM en MVIH



Conclusiones: Hay un alto porcentaje de MVIH encuestadas con interés en lactar, aunque solo el 60% recibieron la información que esperaban. Un gran porcentaje consideraba que la LM puede compensar en algunos casos. Solo un 24,4% de los PS encuestados refería contar con protocolos en su centro, y el abordaje es muy variable entre los profesionales, por lo que es necesario implementar circuitos de atención multidisciplinarios unificados para posibilitar una decisión informada adecuada y mejorar la autonomía del paciente.

P-138. EVOLUCIÓN COGNITIVA Y EMOCIONAL EN JÓVENES CON VIH POR TRANSMISIÓN VERTICAL: HALLAZGOS DE UN ESTUDIO LONGITUDINAL

Irene Iñiguez de Heredia Pérez¹, Manuela Martín-Bejarano², Beatriz Lázaro Martín³, Cristina Díez Romero³, José Tomás Ramos Amador¹, Cristina Epalza Ibarrondo¹, Luis Prieto Tato¹, Pablo Rojo Conejo¹, Luis Escosa García⁴, Talía Sainz Costa⁴, Sara Guillén Martín⁵ y Marisa Navarro Gómez³

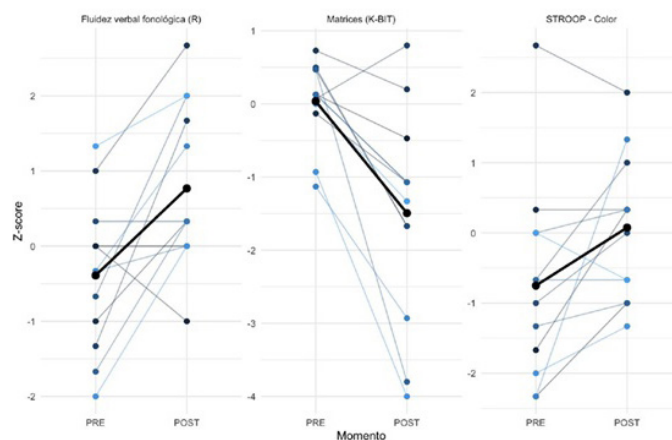
¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ²Instituto Andaluz de Salud Cerebral, Sevilla. ³Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ⁴Hospital Universitario La Paz, Madrid. ⁵Hospital Universitario de Getafe, Getafe.

Introducción: La infección por VIH adquirida por transmisión vertical plantea desafíos para el desarrollo neurocognitivo, incluso en contextos de tratamiento antirretroviral eficaz y estable. Este estudio longitudinal examinó los cambios en el rendimiento cognitivo y el estado emocional en una cohorte de jóvenes adultos con VIH perinatal.

Objetivos: Comparar cambios longitudinales en rendimiento cognitivo y el estado emocional en jóvenes adultos con VIH perinatal e identificar posibles diferencias en el perfil clínico-neuropsicológico.

Métodos: Se administró una batería neuropsicológica estandarizada que abarcó funciones ejecutivas, atención, velocidad de procesamiento, lenguaje y memoria de trabajo, junto con escalas clínicas de depresión, ansiedad y calidad del sueño.

Resultados: Se incluyeron 13 participantes (16-33 años; mediana = 24,5, rango intercuartílico = 8). 5 (38%) eran mujeres. 7 (54%) presentaba estadio clínico C de CDC y 11 (85%) categoría 3. Presentaba encefalopatía 3 (23%). Las puntuaciones se estandarizaron mediante Z-scores. La normalidad se verificó con la prueba de Shapiro-Wilk, y se aplicaron pruebas t de Student para muestras relacionadas. Se observó deterioro estadísticamente significativo en razonamiento fluido (matrices; $t = 4,14$, $p = 0,002$), pero mejoría en atención selectiva (Stroop-color; $t = -2,26$, $p = 0,045$) y fluidez verbal-fonológica ($t = -3,44$, $p = 0,006$). No se encontraron diferencias significativas en los demás dominios cognitivos. A nivel emocional, se identificó un incremento limitrofe en los síntomas depresivos ($t = 2,17$, $p = 0,050$) y una tendencia hacia una mejoría en la calidad del sueño ($t = 1,96$, $p = 0,074$).



Conclusiones: Los hallazgos apuntan a una recuperación selectiva de funciones cognitivas específicas a lo largo del tiempo en jóvenes con VIH perinatal, posiblemente favorecida por procesos de maduración cerebral, continuidad del tratamiento antirretroviral y estabilidad clínica. No obstante, la presencia de sintomatología depresiva incipiente subraya la necesidad de integrar el abordaje emocional en el seguimiento clínico. Estos resultados respaldan la importancia de estrategias longitudinales que promuevan la resiliencia neurocognitiva y emocional en esta población vulnerable.

P-139. IMPACTO DEL SEXO Y ESTATOS MIGRATORIO EN SUPRESIÓN VIRAL Y ESPERANZA DE VIDA EN PERSONAS CON VIH: ANÁLISIS DE LA COHORTE PISCIS

Maria de la Vega, Audrey Benson, Raquel Martín, Geòrgia Escaramis y Cristina Agustí en nombre del Piscis Study Group

CEEISCAT-Agència de Salut Pública de Catalunya, Badalona.

Introducción: Las mujeres con VIH enfrentan retos biológicos, sociales y estructurales que afectan la progresión de la enfermedad y la respuesta al tratamiento. Los migrantes también enfrentan barreras adicionales, como el acceso limitado a la atención sanitaria. Este estudio evalúa las diferencias basadas en el sexo y el estatus migratorio en el tiempo hasta la supresión viral (SV) y la esperanza de vida (EV).

Métodos: Estudio retrospectivo utilizando datos de la cohorte de personas con VIH en Cataluña y las Islas Baleares, incluyendo pacien-

tes > 16 años incluidos entre 1998 y 2024. El análisis se estratificó en cuatro períodos: P1 (1996-2001), P2 (2002-2009), P3 (2010-2015) y P4 (2016-2024). Se evaluó el tiempo hasta la SV mediante modelos de regresión de Cox, considerando sexo, estatus migratorio, edad al diagnóstico, recuento de CD4y carga viral al inicio de tratamiento y privación socioeconómica. La EV a los 20 años se estimó mediante tablas de vida abreviadas, diferenciando por sexo y estatus migratorio.

Resultados: Se incluyeron 23.315 personas con VIH, 16,62% mujeres y 46,2% migrantes. equivalente a 37.611,74 años-persona en riesgo. El seguimiento medio fue de 0,57 años (IQR: 0,25-2,89). En P1, los hombres migrantes alcanzaron la SV en el menor tiempo, seguidos por las mujeres migrantes; Los no migrantes mostraron retraso inicial, pero los tiempos de SV convergieron con el tiempo. En P2, los hombres migrantes mantuvieron el menor tiempo para alcanzar la SV, seguidos por los hombres no migrantes, las mujeres, tanto no migrantes como migrantes, tardaron más. Aunque todos los grupos mejoraron sus resultados a lo largo del tiempo, a partir de P3 las mujeres migrantes mostraron una ganancia relativamente menor, lo que se tradujo en los peores desenlaces relativos en P4, mientras que el resto de grupos tendieron a converger hacia mejores resultados. Respecto a la EV, todos los grupos mostraron una mejora a lo largo del tiempo. En los primeros periodos se observaron diferencias entre hombres y mujeres migrantes, que tendieron a reducirse en los periodos posteriores.

Conclusiones: Todos los grupos mostraron mejoras tanto en el tiempo hasta la SV como en la EV a lo largo del estudio. En los primeros periodos se observaron diferencias entre los grupos, destacando la ventaja de los hombres migrantes en la SV, pero estas disparidades disminuyeron progresivamente en los periodos posteriores, quedando finalmente las mujeres migrantes como el grupo relativamente más desfavorecido.

P-140. SCREENING DE CÁNCER DE CANAL ANAL EN MUJERES QUE VIVEN CON EL VIH

Patricia Sorni Moreno, Aroa Villoslada, Marta Molero, Adrián Rodríguez, Antoni Payeras, Antoni Adrover y Ana Andreu

Fundación Hospital Son Llàtzer, Son Ferriol.

Introducción: El carcinoma epidermoide de canal anal (CECA) es causado por el virus del papiloma (HPV) particularmente HPV16. Es raro en la población general, pero la incidencia se ha incrementado. El riesgo es mayor en algunos grupos: varones con VIH homosexuales (HSH) mayores de 45 incidencia en torno a 100 por 100.000 py. En mujeres con cáncer vulvar (en torno a 50 por 100.000 py) y neoplasia de cérvix. Los resultados del estudio ANCHOR demuestran que tratar lesiones de alto grado (HSIL) previene la progresión a CECA. En Baleares realizamos screening CECA desde 2014 en pacientes VIH, inicialmente HSH y mujeres con patología ginecológica por HPV. Recientemente hemos actualizado nuestros protocolos incluyendo pacientes con VIH positivo: HSH mayores de 35 años; mujeres y hombres mayores de 45; mujeres con cáncer de vulva o HSIL vulvar a partir del año de ser diagnosticadas; hombres y mujeres con trasplante de órganos tras > 10 años en tratamiento inmunosupresor.

Objetivos: Estudio descriptivo retrospectivo para determinar qué porcentaje de nuestra cohorte femenina sería candidata a screening periódico de CECA y si se está realizando. Calcular la prevalencia de neoplasia-displasia anal, cérvix, vagina o vulva en nuestra población. **Métodos:** Revisión de las historias clínicas de nuestras pacientes VIH recogiendo sus AP de neoplasia ginecológica en relación con el HPV, registro de las Citologías de cérvix y anales, existencia de otros factores de riesgo asociados.

Resultados: Incluimos un total de 446 mujeres VIH+ en seguimiento desde el año 1985. 206 (46,2%) pacientes con citologías de cérvix re-

gistradas. Patología de cérvix documentada displasia o CIN en 62 pacientes (13,9%). Citologías anales realizadas 23.

Factores de riesgo	
Edad media	52 (DE 11)
Mecanismo de transmisión	
Sexual	281 (63%)
IDU	113 (25,4%)
Desconocido	43 (9,6%)
Vertical	7 (1,5%)
Tabaco	117 (26,2%)
Condilomas	40 (8,9%)
Nadir	
< 100	108 (24,55%)
Entre 101-250	122 (27,73%)
251-500	151 (34,32%)
> 500	59 (13,41%)
CV indetectable	356 (79,8%)
Criterios de SIDA	112 (25,1%)
Vacunación HPV	25 (5,61%)
Neoplasia de vulva	1
Neoplasia canal anal	5

Normal	18	75,0
ASCUS	6	25,0

Conclusiones: El 74,6% (333) candidatas a citología anal con nuestros criterios actuales. Citología anal realizada a 23 mujeres (5,15%). La prevalencia de patología de cérvix en nuestra cohorte es de 13,9% a tener en cuenta las pacientes perdidas (122), *exitus* 66 (14,8%), infraregistro antes del 2010. 5 casos de neoplasia de canal anal (1,12%).

P-141. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL Y RIESGO DE TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH EN GESTANTES, SEGÚN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN MATERNA

Paula Cabrera Cascajero¹, Arantxa Berzosa Sánchez¹, Marta Illán Ramos¹, José Tomás Ramos Amador², Beatriz Lázaro Martín³, Cohorte Nacional de Mujeres Gestantes y sus Hijos Expuestos¹ y María Luisa Navarro Gómez³

¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ³Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción y objetivos: La transmisión vertical del VIH sigue siendo un reto en salud pública. Intervenciones como el diagnóstico precoz, el tratamiento antirretroviral (TAR) y la cesárea programada en caso de carga viral detectable han reducido significativamente las tasas de nuevas infecciones, aunque su erradicación total continúa siendo un desafío.

El objetivo principal es analizar la adherencia al TAR y el riesgo de transmisión vertical en gestantes con VIH en España, según el momento y la vía de adquisición de la infección. Como objetivos secundarios se analizó la epidemiología de la población de las mujeres gestantes en nuestro medio, las coinfecciones maternas con otras ITS y la identificación de los neonatos que se infectaron por el VIH mediante transmisión vertical, detallando los casos descritos en la cohorte.

Métodos: Estudio retrospectivo, multicéntrico, que incluyó gestantes con infección por VIH y sus hijos entre 2020 y 2024. Se analizaron variables como la adherencia al TAR, la supresión virológica al parto y los casos de transmisión vertical.

Resultados: Se incluyeron 334 gestantes: 262 con infección por transmisión horizontal y 72 por transmisión vertical. La mayoría de las mujeres con infección adquirida por vía horizontal eran de origen

européico occidental (73,6%), mientras que entre las que adquirieron la infección por vía vertical predominaban los orígenes africano (29,8%) e hispanoamericano (29%) con una $p < 0,01$. La adherencia autorreportada al TAR fue elevada en ambos grupos: 87,4% en el grupo de transmisión horizontal y 81,9% en el de transmisión vertical. El 12% de las mujeres con infección horizontal tenía carga viral detectable en el último control, frente al 7% en el otro grupo ($p = 0,23$). En cuanto a las coinfecciones maternas, el 15% presentaron una en el grupo de transmisión vertical, siendo menor en el grupo de transmisión horizontal (9%). Finalmente nacieron 342 neonatos, con cuatro casos de transmisión vertical, cuyas madres habían adquirido el VIH por vía sexual. Tres tenían carga viral detectable y dos fueron diagnosticadas durante la gestación. El 50% tuvo control gestacional adecuado y ninguna recibía TAR al momento de la concepción.

Conclusiones: La infección por VIH adquirida por vía horizontal y diagnosticada tardíamente se asocia con mayor riesgo de transmisión vertical por inicio tardío del TAR. Se necesitan futuros estudios para poder seguir identificando factores de riesgo en mujeres seropositivas en edad fértil para lograr actuar de manera temprana con un enfoque multidisciplinar en su atención médica y social.

TRACK 06: Epidemiología clínica y diagnóstico de la infección por VIH

P-142. FEELINGS, EXPERIENCES AND COPING STRATEGIES AFTER HIV DIAGNOSIS AMONGST PEOPLE WITH RECENTLY ACQUIRED HIV IN EUROPE

Inés Suárez-García¹, Teresa Gómez-García², Emily Jay Nicholls³, Argyro Karakosta⁴, Alain Volny-Anne⁵, Bruno Spire⁶, Marc Van Der Valk⁷, Fiona Burns³, Shema Tariq³ and Inma Jarrín⁸

¹Hospital Universitario Infanta Sofía, FIIB HUIS HHEN, CIBERINFEC, ISCIII, Madrid. ²Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid. ³Institute for Global Health, University College London, London. ⁴Department of Hygiene, Epidemiology and Medical Statistics, Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, Athens. ⁵Independent, Paris. ⁶Aix Marseille Univ, Inserm, IRD, SESSTIM, ISSPAM, Marseille. ⁷Department of Infectious Diseases, Amsterdam University Medical Centres, Amsterdam. ⁸Centro Nacional de Epidemiología, CIBERINFEC, Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

Objectives: Our study aimed to describe experiences and coping strategies following HIV diagnosis in people with recently acquired HIV in Europe.

Methods: Semi-structured interviews with individuals with recently acquired HIV from Greece, Spain and UK were conducted during 2023-2024 as part of CASCADE, an international longitudinal mixed-methods study of recently acquired HIV. Data were synthesized using Rapid Assessment Procedure sheets and analysed thematically.

Results: Characteristics of the 29 participants are presented in the table. Over half ($n = 16$) tested for HIV because of symptoms of HIV or other sexually transmitted infections. Most experienced intense negative emotions following diagnosis, including fear, guilt, anger, loneliness, stress, sadness, helplessness, and suicidal thoughts. Common fears involved illness, death, changes in physical appearance, not being able to lead a 'normal life', transmission risk, and telling others about their HIV status. Participants also described impacts on sex lives, social interactions, and work. Sources of support included healthcare workers, non-governmental organizations, partners, family and friends. Access to accurate information about HIV and its treatment, experiencing treatment effectiveness, and knowledge

that U = U were also identified as critical supports. Eventually, most participants came to terms with the diagnosis with some reframing their HIV diagnosis as a catalyst for personal growth, describing positive lifestyle changes such as practicing more sports or having a more organized life, and closer social bonds with partners and friends. Some regarded their HIV diagnosis as a turning point or a new beginning.

Participants' characteristics (29 people with recently acquired HIV)	
	N
Country of residence	
Greece	9
Spain	9
United Kingdom	11
Gender	
Cis-gender male	26
Cis-gender female	2
Trans-gender female	1
Likely mode of HIV acquisition	
Sex between men	24
Sex between men + injecting drug use	3
Heterosexual sex	2
Age (years): median (range)	29 (18-63)
Region of origin	
Europe	21
Latin America	6
Asia	1
Africa	1

Conclusions: Among participants with recent HIV acquisition, most tested for HIV because they were experiencing symptoms. HIV diagnosis continues to be traumatic for most participants, followed by intense negative emotions. Most felt HIV caused limitations on day-to-day life. However, with support the majority eventually came to terms with HIV diagnosis and reflected on it as an opportunity to improve their lives and personal growth.

P-143. DEVELOPMENT OF A HIV RISK PREDICTION MODEL USING ELECTRONIC HEALTH RECORD DATA IN SPAIN

Miguel García-Deltoro¹, Arkaitz Imaz Vacas², Juan González Castillo³, Yésika Díaz⁴, María Luisa Alamillo⁴, Miguel Ángel Ramiro Avilés⁵, María Sainz⁶, Domingo Mérida⁶, Carolina Terrisse de Botton⁶, Antonio Castro⁶, José Luis Enríquez Rodríguez⁴, Miguel Leon⁴ and Inmaculada Jarrín⁷

¹Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

²Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat. ³Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ⁴Telómera, Madrid. ⁵Universidad de Alcalá de Henares, Alcalá de Henares. ⁶Gilead Sciences, Madrid. ⁷Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

Introduction and objectives: In Spain, 7.5% of people living with HIV (PWH) are unaware of their infection, and 48.6% of those diagnosed with HIV in 2022 had a late diagnosis. Our aim was to develop a tool based on electronic health records (EHR) and HIV compatible indicators that could help identify people to test and bring to light undiagnosed HIV and reduce late diagnosis.

Methods: A retrospective analysis was performed using EHR from Telotron (European Medicines Agency registered database with 2.2 million individuals anonymized data from the Spanish national healthcare system since 2012 until present). Two distinct cohorts were randomly selected in October 2023. The primary cohort consisted of 327,362 individuals as overall population, encompassing 1,524 confirmed HIV+ cases. The primary cohort was partitioned, with 70% allocated for model training and 30% for internal validation. A secondary cohort of 111,913 individuals served as an external vali-

dition set. An elastic net-regularized logistic regression model augmented with synthetic minority oversampling technique (SMOTE) was developed. The variables considered for model inclusion were specific age group (20-59 years old), sex and the presence of 59 HIV-associated conditions within the preceding five years as predictor variables.

Results: The model obtained identified 10 clinical conditions with the highest predictive risk value (hepatitis A & C, gonococcus, syphilis, proctitis, urethritis, sexual contact, drug intoxication, candidiasis and condyloma acuminatum), 6 different age groups and sex. Demonstrated a training sensitivity and specificity of 82.96% and 64.54%, respectively. Validation across two populations (30% of first cohort and external validation) yielded sensitivity of 77.50% and 71.74%, with specificities of 64.05% and 65.51%. The HIV prevalence observed in all cohorts exceeded 2.6%. The number needed to test (NNT) to have one positive HIV diagnosis was between 12-48 individuals, depending on the different probability ranges identified.

Conclusions: The model identified over 70% of HIV cases using an EHR database, screening less than 4% of a health department size population and achieved a prevalence rate above 2.6%. This tool might represent a transformative solution for hidden HIV detection and help achieving the UNAIDS 95-95-95 target. Its ease of implementation and targeted approach appears to be promising to drastically reduce missed and late diagnoses, thereby significantly impacting the trajectory of the HIV epidemic.

P-144. ANÁLISIS DE LA LISTA DE ESPERA PARA EMPEZAR PREP EN BCN CHECKPOINT: DOS AÑOS DE ESPERA Y 20 PERSONAS SEROCONVIERTEN ANTES DE LLEGAR SU TURNO

Félix Pérez-Tejera, Albert Dalmau-Bueno, Jorge Saz, Ángel Rivero, Javier Fernández, Héctor Taboada, Mariusz Łucejko, José Miguel Cabrera, Adrià Mendoza, Anton Brusov, Joan Reguant, Jorge Calderón, Federico Caballero, Diego Valbuena, Giovanni Marazzi, Daniel Jacobs, Didac Masdeu, David Rovira, Mario Ristovski, Williams Roa, Mario Blanco, Jordi Pérez, Iván López, Isidor Vadell, Eric Muñoz, Camilo Espinoza, Mia Artacho, Lorenzo Barrios, Gala Ferrer, Ferran Pujol y Michael Meulbroek

BCN Checkpoint, Barcelona.

A pesar de los grandes avances en la implementación de la profilaxis preexposición (PrEP) en España, persisten importantes barreras estructurales que limitan su acceso, especialmente en las ciudades con mayor demanda. BCN Checkpoint, centro comunitario de referencia para la salud sexual de hombres que tienen sexo con hombres y personas trans, es también uno de los servicios con un mayor número de personas en PrEP del país. Desde la aprobación de la PrEP y hasta el 31 de marzo de 2025, un total de 5.156 personas han iniciado este tratamiento preventivo en BCN Checkpoint (46,8% del total de inicios de PrEP en Cataluña), de las cuales más de 4.109 siguen en activo (79,7% de retención). Sin embargo, la capacidad asistencial del servicio (250 nuevos inicios-trimestre) se ha visto superada por la demanda (600 nuevas peticiones-trimestre), generando una lista de espera que inicia en Q3-2020 y que actualmente asciende a 4.225 personas y 27 meses de espera. Además, las pocas opciones disponibles de empezar PrEP en otros centros autorizados, sitúa a estas personas en una situación de alta vulnerabilidad frente al VIH. El presente trabajo analiza en detalle la evolución de la lista de espera para acceder a la PrEP y cuantifica la incidencia y el número de seroconversiones ocurridas. En el análisis se incluyeron exclusivamente a las personas que realizaron una prueba de VIH en el centro con un resultado negativo en el momento de solicitar la PrEP. El análisis ha identificado a 20 personas que han adquirido el VIH mientras esperaban su turno para acceder a la PrEP. La incidencia de VIH estando en lista de espera es de 0,26 por cada 100 personas-año (IC95%: 0,25-0,27), con un total de 8.872,4

personas-año de seguimiento. A partir de este dato, BCN Checkpoint prevé una docena de seroconversiones durante el próximo año entre quienes esperan iniciar la PrEP en nuestro centro, en ausencia de otras medidas que puedan contribuir a reducir el retraso en el acceso. Estos resultados evidencian el impacto real de las listas de espera prolongadas en la adquisición del VIH, y subrayan la urgencia de implementar soluciones estructurales que aumenten la capacidad de atención, optimicen los circuitos asistenciales y garanticen un acceso oportuno y equitativo a la PrEP.

P-145. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON INFECCIÓN RECIENTE POR VIH Y/O SEGUIMIENTO NUEVO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PRIMER NIVEL

Manuel Sánchez Robledo, Carlota Madrigal Muñoz, Patricia Sanz Rojas, Nahum Jacobo Torres Yebes, Erika Esperanza Lozano Rincón, Daniel Alejandro García Morante, Elena Iglesias Gil, Laura Larrin Colino, Sara Sanz Toril, Inés García Hualde, Almudena Arranz Gutiérrez, Paloma Aznar Campa y Luis Cabeza Osorio

Hospital Universitario del Henares, Coslada (Madrid).

Objetivos: Conocer las características epidemiológicas y clínicas de los nuevos pacientes de nuestra área sanitaria con infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Métodos: Estudio de tipo descriptivo observacional retrospectivo. Se valoraron un total de 15 pacientes con infección por VIH durante agosto de 2024 y agosto 2025 en nuestro hospital.

Resultados: Se valoraron un total de 15 pacientes (14 hombres y 1 mujer trans). De ellos, 10 ya era conocido su diagnóstico y 5 pacientes fueron nuevos diagnósticos. 8 pacientes (53%) procedían de Latinoamérica (fig.). La edad media fue de 37,8 años (24-62). La forma de presentación al diagnóstico del 53% de los pacientes fue asintomática a través de una serología aislada, y en el resto de pacientes se observan distintas presentaciones clínicas fundamentales para la realización de un cribado serológico como son: infecciones de transmisión sexual (ITS), diarrea crónica, trombopenia, neumonía atípica y lesiones cutáneas sugestivas de inmunosupresión. El 73,3% de los pacientes habían presentado al menos alguna ITS previamente o a la hora del diagnóstico. La principal forma de transmisión del VIH sigue siendo la vía sexual hasta el 93% de los pacientes, predominando en nuestra serie el 60% en colectivo de hombres gays bisexuales y hombres que tienen sexo con otros hombres (GBHSH). En los nuevos diagnósticos 2/5 pacientes presentaban categoría inmunológica 3 (< 200 CD4), y el resto 3/5 categoría inmunológica 2 (200-500 CD4). Uno de los nuevos diagnósticos tomaba PrEP, se desconoce grado de adherencia a la misma pero no presenta resistencias al tratamiento antirretroviral (TAR) y se rescató con pauta triple estando indetectable a los 3 meses del diagnóstico. En todos los pacientes con nuevo diagnóstico de VIH se inició TAR con régimen de un solo comprimido (STR) consiguiendo la indetectabilidad en el primer control de consulta.



Conclusiones: Conociendo las características de la población infectada por VIH y las prácticas de riesgo para su adquisición podremos optimizar cribados a colectivos de alto riesgo y promover medidas de prevención ya conocidas como la profilaxis preexposición (PrEP) y profilaxis post exposición (PPE) para disminuir la incidencia de VIH.

P-146. COMMUNITY-BASED SCREENING FOR HIV AND VIRAL HEPATITIS USING DRIED BLOOD SPOTS IN A MIGRANT POPULATION IN SPAIN: THE HEPINMIGRA STUDY

Jara Llenas-García¹, Miriam Navarro², Maripaz Ventero³, Pilar Juan Cuevas⁴, Juan Carlos Rodríguez³, José Manuel Ramos³, Ana López Amoros⁵, Ana Lucas Dato¹, Belén Martínez López¹, María García López¹, Sergio Reus³, Mónica Romero Nieto⁶, Isabel García Soriano⁶, Ana Torres Penalva¹, Diego Torruís³, Jose García García⁷, Marouane Menchi Elanzi⁸, Jorge Peris⁹, Claudia Boix³, Concha Amador¹⁰ and Philip Wikman-Jørgensen⁶

¹Hospital Vega Baja, Orihuela. ²Centro de Salud Pública de Elche, Elche.

³Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante. ⁴Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunidad Valenciana, Valencia. ⁵Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy. ⁶Hospital General Universitario de Elda, Elda. ⁷Hospital Universitario de Torrevieja, Torrevieja. ⁸Hospital Universitario del Vinalopó, Elche.

⁹Hospital Clínico Universitario, San Juan de Alicante. ¹⁰Hospital Marina Baixa, Villajoyosa.

Objectives: The province of Alicante exhibits a significant migrant population, potentially harbouring a notable prevalence of undiagnosed HIV and viral hepatitis infections. This study evaluated a community-based screening program targeting this population, utilizing finger-prick and dried blood spot (DBS) sampling.

Methods: Community-based screening campaigns were conducted, collecting DBS samples processed at the Microbiology Laboratory of Dr. Balmis University Hospital (Alicante). Serological testing for HIV antibodies, HCV antibodies, and hepatitis B surface antigen (HBsAg) was performed using CMIA (Alinity[®], Abbott). Reactive samples underwent confirmation via real-time PCR (Cobas 6800[®], Roche). HBsAg-positive samples were further tested for hepatitis delta virus (HDV) IgG using CLIA (Liaison[®], Diasorin).

Results: Between March 2024 and February 2025, 529 migrants were screened, 98.9% of those attending, in nine screening campaigns conducted in a reception centre for international protection applicants, two Ukrainian migrant associations, an NGO and four municipal social centres. Most of them came from Northern Africa (54.3%) and Sub-Saharan Africa (23.6%) (fig.). Median age was 39 (27-50) and median residence time in Spain 46 months (1-238); 56.1% were cisgender men and 17% had an irregular administrative situation, 23.4% had never had contact with the Spanish Health System. Most of them knew about the screening campaign through word-of-mouth (373/529; 70.5%) or social media (99/529; 18.7%). Serological results revealed 6 HIV-positive cases (1.1%), two PCR-confirmed; 3 HCV-positive cases (0.6%), all PCR-negative; and 24 HBsAg-positive cases (4.5%), all HDV IgG negative. Table 1 shows risk factors associated with positive results. Only 27/31(87.1%) patients with a positive screening were successfully contacted and 21/27(77.8%) attended their clinical appointment. Of those needing treatment, only 1 of 2 HIV patients and 1 of 4 hepatitis B patients started treatment.

Risk factors	OR	95%CI	p-value
HIV positive serology			
Transgender women	285.5	10.4-7812.6	0.011
Sub-Saharan origin	6.6	1.2-36.7	0.030
Prior HIV screening	9.3	1.8-47.5	0.007
HBsAg positivity			
No prior blood donation	14.3	0.9-236.5	0.004
Male sex	4.1	1.4-12.2	0.006
Age < 35 years	3.0	1.3-7.2	0.012
Sub-Saharan origin	4.1	1.3-7.2	< 0.001
HCV positive serology			
Eastern-European origin	43.9	2.2-858.4	0.003
Prior HCV screening	15.9	1.4-178.9	0.01

Conclusions: Community-based screening proved feasible, acceptable and effective for detecting undiagnosed HIV and viral hepatitis infections in the migrant population. However, significant logistical challenges, especially regarding linkage to care and patient retention, require further evaluation. To achieve 2030 Europe's elimination goals, specifically tailored strategies are needed to address the unique needs and barriers faced by migrant populations.



Factors associated with positive serologies.

P-147. NUEVAS ESTRATEGIAS PARA ALCANZAR EL OBJETIVO DEL 95% DE DIAGNÓSTICO DEL VIH DE ONUSIDA EN ESPAÑA: UNA OPORTUNIDAD A CONSIDERAR

Antonio Aguilera¹, Raquel Carracedo¹, Marta Illescas², Santiago Martínez-García¹, Adrián Domínguez-Lago¹, Sandra Cortizo³, Luz Moldes⁴, Patricia Ordóñez⁵ y Federico García²

¹Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela. ²Hospital Universitario de San Cecilio, Granada. ³Hospital do Meixoeiro, Vigo. ⁴Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña. ⁵Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Profesor Novoa Santos, Ferrol.

Introducción y objetivos: El Plan Estratégico para la Prevención y Control de la Infección por el VIH y las ITS en España (2021-2030) contempla promover el diagnóstico precoz de la infección por VIH, para detectar al mayor número de personas infectadas e incorporarlas a la atención y al tratamiento de manera temprana, cortando las cadenas de transmisión. Para ello, es necesario implementar estrategias diferentes de las existentes, preferentemente de cribado masivo (etario o universal), especialmente si se quiere conseguir el objetivo del 95% en diagnóstico propuesto por ONUSIDA. Sin embargo, los costes de las pruebas diagnósticas, suponen un grave impedimento. Con el objetivo de superar este reto, proponemos una estrategia de diagnóstico combinado de la infección por VIH, basada en la agrupación de muestras (*pooling*) procedentes de personas que acepten de manera voluntaria y con opción de exclusión el cribado diagnóstico.

Métodos: Recientemente, hemos demostrado y publicado la utilidad de la estrategia de *pooling* de cara a la eliminación de la hepatitis C, mediante validación técnica, estudio de costes y en vida real. En el presente estudio, proponemos esta misma estrategia para el diagnóstico de la infección por VIH basada en la presencia simultánea de Carga viral y Ag/Ac mediante agrupación de 100 muestras en tres fases (100 × 10; 50 × 2; 100 × 1).

Resultados: Extrapolando los datos encontrados para los nuevos diagnósticos de VIH, en nuestros Hospitales (años 2005-2025), con los de la validación técnica de los ensayos utilizados en el estudio basada en su sensibilidad, LOD para la CV (10-20 cp/mL para Roche, Abbott, Hologic, etc.) y diluciones seriadas en Ag/Ac (Siemens 1/1.000, Abbott y DiaSorin 1/10.000 y Roche 1/100.000), hemos comprobado que esta estrategia de *pooling*, tiene una sensibilidad del 96,75% para CV, del 98,91% para Ag/Ab y del 100,00% para la determinación simultánea de Ag/Ac y CV, con especificidad del 100,00% en todos los casos y coste inferior a 35 céntimos por persona.

Conclusiones: Proponemos una estrategia de *pooling*, mediante detección simultánea de Carga Viral y Ag/Ac frente al VIH, para analizar grandes cantidades de muestras, con un número significativamente menor de pruebas diagnósticas, reduciendo costes y sin comprometer la precisión. Esta estrategia, complementaria de las existentes, debería ir acompañada de mejor formación de los profesionales sanitarios y medidas para reducir las barreras estructurales que dificultan el acceso al diagnóstico, como la integración automática de la petición con opción de rechazo voluntario y el registro simplificado del consentimiento verbal en la historia clínica.

P-148. PROYECTO VIHILA: EFICACIA, DESCRIPCIÓN Y POSTERIOR SEGUIMIENTO DE LOS NUEVOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO VIH

Josep M. Guardiola Tey¹, Elisenda Miró¹, Josep María Guardiola Valero², María Rodríguez Fontan¹, Emili Gener³ y Óscar Miro⁴

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ²Hospital Mutua, Terrassa. ³Corporació Sanitari Parc Taulí, Sabadell. ⁴Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Introducción y objetivos: Es fundamental diagnosticar los pacientes con infección oculta por VIH. Los servicios de urgencias (SUH) son un clave para este objetivo. Desde el año 2021 el proyecto VIHILA, realizado inicialmente en 10 hospitales de Catalunya, busca de manera proactiva diagnosticar la infección por VIH en 6 escenarios clave: pacientes con sospecha de infección de transmisión sexual, práctica de *chemsex*, solicitud profilaxis posexposición (PPE), síndrome mononucleósico, neumonía comunitaria (18-65 años) o herpes zóster (18-65 años), según la recomendación del documento de consenso (DC). Se exponen el resultado del seguimiento del proyecto VIHILA. También se define el seguimiento de los pacientes diagnosticados en un centro, hospital de Sant Pau (BCN).

Métodos: Estudio observacional y prospectivo. Se describen los resultados obtenidos en 23 SUH catalanes tras implementar las recomendaciones del DC. Se calcula la prevalencia (%) de seropositividad global y para cada circunstancia. Se realiza un estudio descriptivo de todos los pacientes diagnosticados en HSCSP: características basales, tratamiento iniciado y respuesta al mismo.

Resultados: Entre julio 2021 y agosto del 2025, se realizaron 47.198 serologías VIH: 21.317 (45%) en situaciones especificadas en el DC. Se detectaron 427 infecciones por VIH desconocidas (prevalencia = 0,90%): 216 (51%) en relación a los seis escenarios descritos: ETS (47/5.780, 0,8%), *chemsex* (10/216 4,6%), PPE (14/4.171 0,4%), MNI (26/1.638: 1,6%), neumonía (89/7.798, 1,2%) y herpes (15/1.071, 1,4%). En el HSCSP se han diagnosticado 26 pacientes tras realizar 2.684 serologías en UCIAS (prevalencia del 1%). Edad media 36 (22-59) años, 3/26 (90%) hombres, 13/26 nacionalidad española, 11 diagnosticados con criterios DC: 6 RSR, 2 neumonía, 2 MNI, 1 *chemsex*. CD4 basales de 300 cel/mm³. En 12 de ellos CD4 menores de 100 cel mm³. La CV media fue de 1.700.000 cop/mL. 15/26 se han vinculado al servicio de infecciosas del hospital en menos de un mes, con un seguimiento medio de 12 meses (2-36). El resto se han derivado a hospitales de referencia (tres pacientes -11%- no constan datos y se dan como perdidos). El 100% han iniciado tratamiento con bicarv. Los CD4 de seguimiento son de 588 cel mm³. Todos los pacientes menos dos muestran CV indetectable tras el seguimiento.

Conclusiones: La puesta en marcha del proyecto VIHILA es de gran eficacia para detectar infección por VIH en UCIAS. El 50% de los pacientes son españoles. La mayoría de los pacientes son vinculados en menos de un mes, con muy buena respuesta al tratamiento con bicarv.

P-149. ANÁLISIS DE LA COBERTURA DEL CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA EN LAS MUJERES CON VIH EN LAS ISLAS BALEARES ENTRE LOS AÑOS 2015-2025

Alexandre Zidouh¹, Francisco Fanjul¹, María Peñaranda¹, Adriá Ferre¹, Antoni Campins¹, Olga Bonnin¹, Freya Gargoulas², Antoni Vanrell² y Melchor Riera¹

¹Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca. ²Instituto de Investigación Sanitaria de las Islas Baleares, Palma de Mallorca.

Objetivos: El cribado del cáncer de mama mediante mamografía bianual entre los 50 y 69 años constituye la estrategia más eficaz para su detección precoz. El objetivo de este estudio es describir la proporción de mujeres con VIH (MVVIH) en seguimiento en el Hospital Universitario Son Espases que han participado en el programa de cribado y compararla con la tasa de participación en la población general.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo mediante revisión de historia clínica de todas las MVVIH atendidas en nuestro centro, así como la base de datos de pruebas radiológicas disponible en las Islas Baleares. Se incluyeron aquellas con edades 50-69 años durante el periodo 2015-2025. Se analizó la proporción de MVVIH con mamografías programadas, las que habían completado al menos una mamografía hecha durante dicho periodo, así como el número de

mamografías realizadas y su adecuación a las recomendaciones de cribado. Se recogieron además variables epidemiológicas e inmunoviroológicas.

Resultados: Se incluyeron 284 MVVIH con edad media 59,87 (DE: 5,08). Los mecanismos de transmisión más frecuentes fueron: 64% HTX, 28,5% DVP. El 100% estaban en TARV activo y > 95% presentaban CV-VIH < 50 copias/ul. De acuerdo a las recomendaciones de cribado vigentes y la edad de las pacientes, la estimación mínima esperada de mamografías por paciente fue de 4,41 (DE: 2,36) mamografías/paciente. Tras analizar los datos, observamos que 163 (57,4%) pacientes habían tenido al menos una mamografía programada y en 137 (48,2%) se había llegado a realizar al menos una durante el periodo analizado (participación del 84,04%). La tasa de cumplimiento del cribado fue inferior al 30% en la población estudiada. A falta de un comparador ideal, se reflejan datos de la comunidad autónoma; En el periodo 2022-23, 78.550 mujeres fueron invitadas a realizarse una mamografía (51,03% de población diana según INE 153.921 (DE ± 2367)) con una participación del 74,6%

Conclusiones: A pesar de tasas de participación superiores a las reportadas en población general, el 51,8% de las MVVIH estudiadas no se habían realizado ninguna mamografía durante el periodo analizado, lo que indica una baja cobertura del programa de cribado en nuestra área y sugiere la necesidad de implementar medidas para mejorar dichos datos, como podrían ser la implementación de alertas o recordatorios en las consultas de VIH.

P-150. ORGANIZATIONAL DIVERSITY AND IMPLEMENTATION OF CAB+RPV INJECTABLE THERAPY IN SPAIN: INSIGHTS FROM THE RELATIVITY STUDY

Juan Emilio Losa García¹, José Ignacio Bernardino², Jesús Troya García³, María José Galindo Puerto⁴, Mireia Santacreu⁵, María Remedios Alemán Valls⁶, Miguel Torralba⁷, Luis Buzón⁸, Alberto Díaz de Santiago⁹, Francisco Fanjul¹⁰, Adrián Rodríguez¹¹, Alfonso Cabello¹², María José Crusells Canales¹³, María del Carmen Navarro Sáez¹⁴, María Aguilera García¹⁵, Carmen Hidalgo Tenorio¹⁶, Luis Enrique Morano Amado¹⁷, David Vinuesa García¹⁸, Carlos de Andrés David¹⁹, Enrique Bernal Morell²⁰, Rosa María Martínez Álvarez²¹, Noemí Cabello Clotet²², Juan Tiraboschi²³, Carmen Montero Hernández²⁴, María Jesús Vivancos²⁵, Cristina Díez Romero²⁶, Ruth Calderón Hernáiz²⁷, Miguel Ángel de Zárraga Fernández²⁸, Laura Gisbert Pérez²⁹, Alberto Romero Palacios³⁰, Rebeca Cabo Magadan³¹, Josefa Soler González³², María Antonia Sepúlveda³³, Antonio Jesús Sánchez Guirao³⁴, Cristina Escrich³⁵, María del Carmen Fariñas Álvarez³⁶, Eva María Ferreira Pasos³⁷, Beatriz Valentín Casado³⁸, Ana Lérica Urteaga³⁹, Ana Lucas Dato⁴⁰, Albert Gómez Lozano⁴¹, Ana Cereales Calviño⁴², José Sanz⁴³, Mar Masiá⁴⁴, Hadrián Pernas Pardavila⁴⁵, Juan José Corte García⁴⁶, María de los Ángeles Garcinuño Jiménez⁴⁷, Juan Carlos Gainzarain⁴⁸, María Luisa Montes⁴⁹ and Roberto Pedrero Tomé⁵⁰

¹Hospital Universitario de Alcorcón, Madrid. ²Hospital Universitario La Paz, Madrid. ³Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. ⁴Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia. ⁵Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ⁶Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife. ⁷Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara. ⁸Hospital de Burgos, Burgos. ⁹Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid. ¹⁰Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca. ¹¹Hospital Universitario Son Llàtzer, Palma de Mallorca. ¹²Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid. ¹³Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. ¹⁴Parc Taulí Hospital Universitari, Sabadell. ¹⁵Hospital Universitario La Princesa, Madrid. ¹⁶Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. ¹⁷Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo. ¹⁸Hospital Clínico San Cecilio, Granada. ¹⁹Hospital de

Denia Marina Salud, Denia. ²⁰Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia. ²¹Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ²²Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ²³Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona. ²⁴Hospital Universitario de Torrejón, Madrid. ²⁵Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ²⁶Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ²⁷Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid. ²⁸Hospital Universitario San Agustín, Avilés. ²⁹Hospital Universitario Mutua de Terrassa, Terrassa. ³⁰Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz. ³¹Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ³²Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón. ³³Hospital Universitario de Toledo, Toledo. ³⁴Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia. ³⁵Hospital Verge de la Cinta, Tortosa. ³⁶Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. ³⁷Complejo Asistencial de Segovia, Segovia. ³⁸Hospital Río Hortega, Valladolid. ³⁹Hospital de Viladecans, Barcelona. ⁴⁰Hospital Comarcal de la Vega Baja, Alicante. ⁴¹Hospital de Santa Caterina, Salt. ⁴²Hospital Universitario Doctor José Molina Orosa, Las Palmas de Gran Canaria. ⁴³Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid. ⁴⁴Hospital General Universitario de Elche, Alicante. ⁴⁵Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, Pontevedra. ⁴⁶Hospital de Jove, Asturias. ⁴⁷Complejo Asistencial de Ávila, Ávila. ⁴⁸Hospital Universitario de Álava, Álava. ⁴⁹Hospital Universitario La Paz, Madrid. ⁵⁰Fundación para la Investigación e Innovación Biomédica (FIIB) de los hospitales universitarios Infanta Leonor (Vallecas) y Sureste (Arganda del Rey), Madrid, Spain, Madrid.

Objectives: RELATIVITY is a Spanish multicenter study encompassing sites from nearly all autonomous communities. It aims to evaluate the real-world effectiveness, safety, and switching patterns associated with the long-acting injectable regimen of cabotegravir plus rilpivirine (CAB+RPV) in adults living with HIV. To contextualize the implementation of this regimen, the study also assessed the organizational structure and care capacity of the participating centers.

Methods: A structured survey was distributed via REDCap to the principal investigators at each site. Responses were analyzed descriptively to characterize the organizational and clinical profiles of the participating hospitals.

Results: Data were obtained from 55 of the 58 participating centers, as three recently added sites had not yet completed the survey. Among the responding centers, 55% provide care for between 200 and 1,000 people living with HIV (PLWH), while 9% manage fewer than 200. The median number of HIV-specialized physicians per center was 3, with 24% of centers reporting more than 5 specialists. In terms of care models, 62% of centers operate a dedicated HIV unit, whereas 38% provide HIV care within general Internal Medicine services. A total of 3,203 patients have been initiated on CAB+RPV treatment. Patient inclusion varied widely across centers, with a median of 41 patients per site (range: 5 to 290). While 17% of centers enrolled over 100 patients, 28% included fewer than 20, and approximately 40% contributed 50 or more patients. This variability reflects the organizational and clinical heterogeneity across participating sites.

Conclusions: The RELATIVITY study highlights the diverse organizational structures within HIV care in Spain, enhancing the value of its real-world findings. The inclusion of centers ranging from large urban hospitals to smaller regional facilities provides a comprehensive representation of the settings in which CAB+RPV is being implemented nationwide.

P-151. FACTORES ASOCIADOS A VIREMIA NO SUPRIMIBLE EN PERSONAS CON VIH CON ALTA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES EN LA COHORTE EVIHA

Aina Magraner Alberti¹, Sophia Pinecki Socias¹, Francisco Javier Fanjul¹, María Luisa Martín¹, Carles García¹, Rebecca Rowena Peña¹, Melchor Riera¹, Laia Villaplana²,

Adelaida Rey¹, Meritxell Gavalda¹, Pedro Fernández³, Esther de Jesús García³, Tilman Mijares⁴, Patricia Sorni⁵, Adrià Rodríguez⁶ y Aroa Villoslada⁶

¹Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca. ²Fundación Hospital Manacor, Manacor. ³Hospital Can Misses, Eivissa. ⁴Hospital Mateu Orfila, Maó. ⁵Fundación Hospital Son Llàtzer, Son Ferriol. ⁶Fundación Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca.

Objetivos: La supresión viral sostenida es el principal objetivo del tratamiento antirretroviral (TAR) en personas con VIH. La alta adherencia al tratamiento suele correlacionarse con una viremia indetectable; sin embargo, algunos pacientes presentan viremia detectable no suprimible (NSV) a pesar de una adherencia óptima. Este estudio busca identificar la prevalencia de NSV y buscar los factores asociados a este fenómeno clínico en la cohorte de las Islas Baleares (eVIHa).

Métodos: Se realizó un estudio de casos y controles en la cohorte eVIHa, considerando casos con NSV pacientes con carga viral detectable (< 1.000 copias/mL), sin mutaciones a las pautas utilizadas con buena adherencia (> 90%) y más de 12 meses de TAR, comparándolos con un grupo control compuesto por 20 pacientes consecutivos en eVIHa por cada caso (excluyéndolos duplicados) en seguimiento activo, TAR ≥ 12 meses, CV indetectables en los últimos 2 años y adherencia > 90%. Se evaluaron variables sociodemográficas, clínicas, virológicas e inmunológicas. Se realizaron análisis descriptivos y de razón de odds (OR) para identificar asociaciones.

Resultados: La prevalencia de casos con NSV fue (42) de 4.694 (0,89%) pacientes en seguimiento en la cohorte eVIHa. Se incluyeron 42 casos y 692 controles (relación 1:16) tras retirar los duplicados. No se observaron diferencias en la adherencia ni el tiempo desde inicio del TAR. La NSV se asoció significativamente con el sexo masculino (OR: 6,615 (IC95%:1,582-27,659), presentar ratio CD4/CD8 en último control más bajo 0,77, vs. 0,95 controles (OR 0,329) y una CV inicial más elevada (mediana: 41.760 vs. 7.530 copias/ul; p = 0,014), y la presencia de mutaciones de resistencia. El lugar de nacimiento, nivel educativo, edad, estadio CDC, linfocitos CD4 iniciales, el subtipo de VIH, comorbilidades y otros factores no mostraron asociación significativa.

Conclusiones: Los resultados sugieren que la prevalencia de NSV es baja y podría estar relacionada con características virológicas y no conductuales, como una carga viral elevada al diagnóstico, la presencia de mutaciones de resistencia y una ratio CD4/CD8 inferior. Estos hallazgos refuerzan la hipótesis de que la NSV refleja actividad de reservorios virales más que problemas de adherencia. Son necesarios estudios adicionales, incluyendo análisis de mutaciones en la región 5' y biomarcadores inflamatorios, para comprender mejor su significado clínico, que intentaremos determinar en estos pacientes.

P-152. IMPACTO DE LA PREP EN LA DIVERSIDAD DEL VIH-1 Y TRANSMISIÓN DE MUTACIONES DE RESISTENCIA A ANTIRRETROVIRALES ENTRE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE VIH-1 EN MÁLAGA (2016-2023)

María López Jódar¹, Carmen María González Domenech², Isabel Vicián Ramos³, Isabel Pérez Hernández³, Cristina Gómez Ayerbe³, Marina Villalobos Hernández¹, Guillermo Ojeda Burgos³, Jesús Santos González³ y Rosario Palacios Muñoz³

¹Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), Málaga. ²Universidad de Málaga, Málaga. ³Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: A finales de 2019 se aprobó en España la profilaxis preexposición (PrEP) para prevenir la infección por VIH en población de riesgo. Desde entonces la epidemiología molecular de la infección podría haber cambiado, esperándose que las nuevas infecciones se

agrupen en cadenas de transmisión (CT) con menos frecuencia que antes de la PrEP. Nuestro objetivo ha sido analizar el impacto de la PrEP en las características de los nuevos diagnósticos de VIH-1, la presencia y variedad de las CT y en la prevalencia de mutaciones de resistencia (MR).

Métodos: Estudio retrospectivo de nuevos diagnósticos de VIH-1 en el HUVV de Málaga. Se compararon periodos pre-PrEP (2016-2019) y pos-PrEP (2020-2023). La filogenia se reconstruyó con secuencias de retrotranscriptasa y proteasa de VIH-1 mediante FastTree. La subtipificación se realizó con REGA y COMET, y las MRs aplicando el algoritmo de Stanford. Se analizaron datos sociodemográficos, clínicos e inmunoviroológicos anonimizados con SPSS v.24.

Resultados: Se incluyeron 456 nuevos diagnósticos: 90,6% hombres, 84% HSH, 65,8% españoles, media de edad 43 (32-54) años. Subtipo más frecuente el B (59%) seguido del CRF02_AG (6,4%). Las características de los sujetos diagnosticados en los periodos pre-PrEP y pos-PrEP mostradas en la tabla. Tras la implementación de la PrEP, el porcentaje de HSH entre los nuevos diagnósticos descendió (78,7 vs. 72,5%, p = 0,037) y aumentaron casos SIDA (13,9 vs. 22,8%, p = 0,014). Una serología negativa previa mayor porcentaje de pacientes del segundo periodo (49,1 vs. 53,4%, p = 0,02). En el pre-PrEP se agruparon 70,9% de los pacientes en una CT, frente al 55% en el pos-PrEP (p = 0,003). Las MR más frecuentes las ITINAN, sin diferencias entre periodos (14,2 vs. 9,5%, p = 0,12).

Características principales pacientes de la cohorte			
	Pre-Prep	Pos-Prep	p
Edad media	43 (32-54)	42 (31-53)	0,207
varones	243 (91)	170 (89,9)	0,702
HSH	210 (78,7)	137 (72,5)	0,037
Españoles	178 (66,7)	122 (64,6)	0,347
Serología previa negativa	131 (49,1)	101 (53,4)	0,020
Media CD4	374 (115-633)	348 (97-599)	0,882
CV	4,80 (4,40-5,29)	5,10 (4,47-5,61)	0,001
Agrupados EN CT	185 (70,9)	99 (55)	0,003
MR A ITINAN	38 (14,2)	18 (9,5)	0,120

Conclusiones: En estos últimos años, los nuevos diagnósticos de VIH-1 han disminuido, con menor proporción de HSH y más casos de SIDA tras la implementación de la PrEP. Estas diferencias, junto al descenso de CTs, sugiere que la PrEP pudo haber reducido la transmisión en ciertos grupos. Además, se observa un descenso de las MR a ITINAN.

P-153. EVALUATION OF NEW ANTI-HIV CAPTURE/DETECTION APTAMER COMBINATIONS FOR THE EARLY HIV MOLECULAR DIAGNOSIS

Verónica Ventosa Cubillo, Ana Valadés Alcaraz, Roberto Reinosa, Judit Ventosa Cubillo and África Holguín

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introduction and objectives: Aptamers are single-stranded oligonucleotide (RNA or DNA) sequences capable of adopting three-dimensional structures and recognizing analytes (including proteins) with high affinity and specificity. Anti-HIV aptamers, acting as specific recognition elements analogous to antibodies or DNA probes, represent a promising approach for HIV molecular diagnosis, being an alternative to antibodies to detect HIV proteins. Previous laboratory studies identified two anti-HIV aptamers (AptGI6.1F and AptPE5.4F), as well as two combinations (AptGI6.1F/AptGI6.1F and AptPE5.4F/AptPE5.4F), capable of recognizing HIV Protease (PR) and Integrase (IN) (both homodimeric proteins) with high sensitivity (3.125 ng/mL and 25 ng/mL, respectively) using enzyme-linked oligonucleotide assays (ELONA) in sandwich format. The present study evaluates new

capture/detection combinations of the AptG16.1F and AptPE5.4F anti-HIV aptamers to determine the most sensitive and specific pairs.

Methods: Sandwich ELONA assays were performed in triplicate across three independent 96-well plates to evaluate different capture/detection aptamer combinations in single and multiplex format. The combination showing the highest sensitivity for detecting HIV recombinant proteins was further tested using 17 HIV-positive samples (12 culture supernatants, 2 serum, 2 plasma, and 1 dried blood spot or DBS). Specificity was assessed against unrelated proteins (Cathepsin D/NAPSA/BACE1 human protease, NS3-HCV protease, and BSA) and non-HIV viruses (Influenza A/SARS-CoV-2/RSV/HCV/HBV). Statistical analyses were performed using GraphPad Prism v8.0.

Results: After testing five single and multiplex combinations of the AptG16.1F and AptPE5.4F anti-HIV aptamers, the AptG16.1F/AptPE5.4F capture/detection pair exhibited the highest sensitivity, detecting 3.125 ng/well of both IN and PR, as well as the highest specificity in the tested recombinant protein panel. This aptamer pair detected only HIV Protease and Integrase, and none of the unrelated proteins tested, including human proteases (Cathepsin D/NAPSA/BACE1) and viral proteases (NS3-HCV). We also determined the optimal sample pretreatment before ELONA: DBS and plasma required only lysis, while serum required lysis followed by antigen-antibody complex dissociation and neutralization. The AptG16.1F/AptPE5.4F combination successfully detected HIV in all tested samples with > 4log, including 12 viral culture supernatants (subtypes A/B/C/D, recombinants CRF01_AE/CRF02_AG), one plasma (CRF02_AG), one DBS (CRF02_AG), and one serum (subtype B). Additionally, no cross-reactivity was observed in HIV-negative samples infected with other viruses (Influenza A, SARS-CoV-2, RSV, HCV, HBV).

Conclusions: The AptG16.1F/AptPE5.4F aptamer pair, targeting HIV protease and integrase, shows strong potential for sandwich ELONA and for incorporation into ultrasensitive biosensor-based diagnostics capable of detecting HIV in low-viremia samples.

P-154. DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DEL VIH EN ANDALUCÍA: ANÁLISIS DE SU CONTRIBUCIÓN AL DIAGNÓSTICO PRECOZ

Jose María García de Lomas Guerrero¹, Mónica Maure Rico², Carmen Zamora Fuentes², Ignacio Sánchez-Barranco² y Javier de la Torre-Lima³

¹Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Dirección General Salud Pública de Andalucía, Sevilla. ³PAITSIDA-Plan Andaluz ITS, VIH y SIDA, Dirección General Salud Pública de Andalucía, Sevilla.

Introducción: El diagnóstico tardío del VIH sigue siendo un desafío crucial de salud pública en Andalucía, ya que casi la mitad de los nuevos casos se detectan en fases avanzadas. La oferta de pruebas rápidas de VIH en entornos comunitarios, implantada por el Plan Andaluz de ITS, VIH y SIDA (PAITSIDA) se ha consolidado como una estrategia eficaz para mejorar el acceso al diagnóstico. Nuestro objetivo es evaluar la contribución de los programas comunitarios de pruebas rápidas de VIH de Andalucía al diagnóstico precoz.

Métodos: Estudio observacional de implementación (serie temporal) basado en registros estandarizados de entidades colaboradoras y datos del sistema de vigilancia epidemiológica. Se incluyeron registros de 2009-2023 (datos de 2024 no consolidados). Los dispositivos comunitarios emplearon pruebas rápidas de anticuerpos en fluido oral y pruebas combinadas Ag p24/Ac en sangre capilar. El personal de las ONG recibió formación específica en la realización de pruebas, *counseling* y registro de datos. Se efectuó un análisis descriptivo de frecuencias y tendencias temporales con datos agregados y anonimizados. Se excluyen los valores perdidos.

Resultados: Colaboraron con 49 organizaciones y se han formado 932 profesionales. Se realizaron 55.175 test, con 1094 casos positivos (prevalencia media: 1,98%). El 79% de las personas diagnosticadas fue

acompañado al sistema sanitario público. En conjunto, los diagnósticos comunitarios representan el 12,35% de los nuevos diagnósticos de VIH en Andalucía durante el periodo estudiado (No hay datos de los nuevos diagnósticos previos a 2012) La contribución relativa osciló entre el 9,3% (2016) y el 15,3% (2017).

Periodo	Test realizados	Diagnósticos comunitarios	Prevalencia (%)	Diagnósticos Andalucía	Proporción comunitarios (%)
2009-2012	11.376	252	2,22	ND	ND
2013	3.763	92	2,44	656	14,02
2014	4.045	93	2,30	769	12,09
2015	3.731	75	2,01	779	9,63
2016	2.863	66	2,31	712	9,27
2017	4.620	102	2,21	669	15,25
2018	4.768	90	1,89	644	13,98
2019	3.477	81	2,33	598	13,55
2020	2.621	58	2,21	443	13,09
2021	3.003	77	2,56	516	14,92
2022	ND	ND	ND	555	ND
2023	5.695	52	0,91	507	10,26
2024	5.213	56	1,07	525	10,67
Total	55.175	1094	1,98		12,35

Conclusiones: El programa andaluz de pruebas rápidas comunitarias contribuye de manera sostenida a una octava parte de los nuevos diagnósticos de VIH en Andalucía, con una prevalencia cercana al 2%. Estos hallazgos respaldan la coste-efectividad de la estrategia y avellan su priorización como herramienta esencial para el diagnóstico precoz del VIH.

P-155. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS MIGRANTES CON VIH ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Isabel Castilla, Nuria Miguel, Ana Visedo, Elena Echanove, Naomi Bermejo, Esther Expósito, Patricia González, María Eugenia Cavadas, Alberto Díaz-de Santiago, Ana Fernández-Cruz y Sara de la Fuente Moral

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Introducción y objetivos: Las personas migrantes que viven con VIH constituyen una población relevante en toda Europa, con condicionantes y problemáticas específicas incluyendo la estigmatización relacionada con la condición de migrante, la propia infección VIH, la discriminación racial, de género, vinculada a la orientación sexual, económica, política y cultural, las dificultades de acceso al sistema sanitario, la presencia de infecciones importadas y una alta movilidad geográfica en los países de acogida. La correcta asistencia a este colectivo implica varios desafíos, entre los que se incluye el cribado oportuno de infecciones importadas en función del lugar de origen. El objetivo del presente trabajo es describir las características de las personas migrantes con VIH en la Unidad de VIH de un hospital de tercer nivel.

Métodos: Se recogieron los datos epidemiológicos y clínicos de las personas migrantes con VIH vistas en nuestra consulta en el último año.

Resultados: En los últimos 12 meses, 876 personas con VIH fueron atendidas en nuestras consultas, de las cuales 258 (29,45%) habían nacido fuera de España. La mayoría de los migrantes proceden de Latinoamérica (66%), principalmente Colombia y Venezuela, seguidos de Centroamérica (15%), y llevan viviendo en España casi 20 años. Un tercio de ellos hacen viajes frecuentes a su región de origen. Los migrantes procedentes de Europa del Este, particularmente Ucrania, han llegado a España en el último año y muestran una especial movilidad geográfica. Las personas migrantes son más jóvenes (47,5 vs. 57,5, $p < 0,0001$) que las españolas. La vía de transmisión es con mayor frecuencia la heterosexual ($p < 0,0001$), siendo casi inexistente la

vía parenteral asociada al uso de drogas. El tiempo de infección VIH también es menor entre las personas migrantes (13 vs. 24 años, $p < 0,0001$). Casi el 30% han presentado un evento definitorio de SIDA y la mitad son diagnosticados con infección avanzada. Casi un tercio de las personas migrantes con VIH han adquirido la infección en España, principalmente por vía homosexual. La mayoría de los pacientes presentan buen control de la infección VIH.

Conclusiones: Las personas migrantes con VIH constituyen un porcentaje relevante en las consultas de VIH, por lo que es imprescindible atender a sus condicionantes y problemáticas específicas para su correcta atención.

P-156. SEROPREVALENCIA DE HEPATITIS A Y COBERTURA VACUNAL EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON VIH EN LAS ISLAS BALEARES

Carles García Borredà, Adrià Ferré, Rebecca Rowena Peña, Alejandro Lorenzo Duque, Antoni Abdón Campins Roselló, Antoni Vanrell, Melchor Riera Jaume y Francisco Javier Fanjul Losa

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

Objetivos: La coinfección por virus hepatotropos en pacientes VIH constituye una causa relevante de morbimortalidad, destacando la vulnerabilidad frente al virus de la hepatitis A (VHA). A pesar de las recomendaciones nacionales e internacionales de cribado serológico y vacunación sistemática, diversos estudios han evidenciado coberturas vacunales insuficientes y respuestas inmunológicas subóptimas, condicionadas por factores como la viremia detectable o un bajo recuento de CD4. En este contexto, las Islas Baleares, por su particular perfil demográfico y epidemiológico, representan un entorno prioritario para caracterizar el estado inmunológico y vacunal frente al VHA en población VIH. El objetivo principal fue estimar la seroprevalencia de anticuerpos IgG anti-VHA y evaluar la cobertura vacunal en una cohorte amplia de personas con VIH.

Métodos: Se diseñó un estudio descriptivo retrospectivo que incluyó todos los pacientes con VIH en seguimiento activo en la cohorte asistencial eVIHa del Hospital Universitario Son Espases hasta diciembre de 2024 ($n = 2.265$). Se recopilaron variables demográficas, clínicas e inmunoviroológicas a partir de la historia clínica electrónica y registros de vacunación. El estado frente al VHA se evaluó mediante serología (IgG anti-VHA) y revisión del número de dosis y fechas de administración vacunal. El análisis estadístico se realizó con IBM SPSS® v26.0.

Resultados: Se incluyeron 2.265 pacientes con infección por VIH (79% varones, 21% mujeres). En el momento del diagnóstico, el 59,0% ($n = 1.336$) presentaban IgG anti-VHA positiva, el 38,4% ($n = 869$) eran negativos y en el 2,6% ($n = 60$) no constaba determinación serológica. Entre los inicialmente positivos, un 2,0% ($n = 27$) presentaron seroconversión en controles posteriores. De los 869 pacientes inicialmente negativos, 78% ($n = 676$) recibieron vacunación, registrándose seroconversión en el 55,3% ($n = 374$). En los no vacunados (22,2%; $n = 193$), un 36,3% ($n = 70$) desarrollaron positividad espontánea, mientras que el 63,7% ($n = 123$) no tuvieron más determinaciones y se perdieron en el seguimiento. Las características basales entre los diferentes grupos fueron similares a nivel de edad, sexo, mecanismo de transmisión, estatus socioeconómico y adherencia al tratamiento.

Conclusiones: La seroprevalencia frente al VHA en personas con VIH de nuestra cohorte fue elevada, persistiendo un porcentaje significativo de pacientes susceptibles a la infección. Pese a la vacunación en la mayoría de seronegativos, un subgrupo relevante no recibió vacuna ni tuvo seguimiento, hallazgos que coinciden con lo descrito en otras cohortes nacionales e internacionales, evidenciando lagunas asistenciales y reforzando la necesidad de estrategias más sistemáticas de cribado, vacunación y monitorización posvacunal para lograr protección duradera frente al VHA en población VIH.

P-157. MEJORA DEL CONTINUO ASISTENCIAL DEL VIH EN UN HOSPITAL ESPAÑOL MEDIANTE UN PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR DE REVINCULACIÓN

Manuel Vélez-Díaz-Pallarés¹, Beatriz Montero Llorente¹, María Jesús Pérez-Elías², María Jesús Vivanco Gallego², Beatriz Romero Hernández³, Raquel Ron², Roser Navarro-Soler², Juan Carlos Galán Montemayor³, Santiago Moreno Guillén², Ana Moreno Zamora² y Ana Álvarez Díaz¹

¹Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Ramón y Cajal, IRYCIS, Madrid. ²Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ³Servicio de Microbiología, Hospital Ramón y Cajal, IRYCIS, Madrid CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

Introducción y objetivos: Alcanzar los objetivos 95-95-95 de ONUSIDA requiere mantener a las personas con VIH (PVIH) vinculadas al sistema sanitario. La desvinculación compromete la adherencia y la supresión viral. Este estudio evaluó el impacto de la implantación de un protocolo interdisciplinar de revinculación en la mejora del segundo y tercer 95 en un hospital español.

Métodos: Estudio de intervención prospectivo en un hospital de tercer nivel (> 3.000 PVIH en seguimiento) durante los años 2020-2024. Se implementó un protocolo interdisciplinar para identificar PVIH desvinculadas y facilitar su retorno al sistema mediante diferentes estrategias (envío a domicilio de medicación, facilitación de citas médicas y analíticas, dispensaciones más prolongadas, etc.). Se definió como PVIH desvinculadas a aquellas PVIH que llevaban al menos dos meses sin tomar el tratamiento y que, además, se negaban a continuar el tratamiento, que manifestaban su intención de revincularse, pero no lo hacían, y aquellas que no podían ser localizadas y no habían acudido a su última cita médica. El protocolo incluyó la participación de farmacéuticos de hospital, médicos y enfermeros, profesionales del Departamento de Atención al Paciente y ONG. Se evaluó el porcentaje de pacientes en tratamiento (segundo 95) y el porcentaje con carga viral indetectable (tercer 95). El análisis estadístico se realizó mediante prueba de proporciones comparando los resultados obtenidos con los que se hubiesen obtenido si no se hubiese producido la revinculación de las PVIH identificadas como desvinculadas y que se revincularon. Para calcular el segundo 95 usando el protocolo, el denominador incluyó a todas las PVIH que recibieron TAR durante el año que se calculaba. El numerador correspondió a aquellas que no presentaron desvinculación. Para estimar el segundo 95 sin el protocolo, se utilizó el mismo denominador, pero excluyendo del numerador a las personas que fueron revinculadas mediante la intervención. La tasa de desvinculación se calculó restando del 100% el porcentaje de pacientes vinculados.

Resultados: El protocolo mejoró el porcentaje de PVIH en tratamiento desde un 96,8% al 97,6% ($p < 0,001$), así como el porcentaje de PVIH con carga viral indetectable del 96,2% al 96,8% ($p = 0,005$). Además, logró reducir la tasa de desvinculación al 2,4%.

Conclusiones: La implantación de un protocolo interdisciplinar de revinculación ha contribuido a mejorar el continuo asistencial del VIH, con un impacto positivo tanto en la retención en tratamiento como en la supresión virológica. Estas estrategias son esenciales para avanzar hacia los objetivos de ONUSIDA y formar parte de los modelos asistenciales centrados en las PVIH.

P-158. SALUD MENTAL, CALIDAD DE VIDA Y DETERMINANTES SOCIALES EN MUJERES TRANSGÉNERO CON Y SIN VIH ATENDIDAS EN UN HOSPITAL URBANO DE MADRID

Alicia González-Baeza¹, Mar J. Fernández-Ollero¹, Ana Condeço Melhorado², Chiara Fanciulli³, Cristina Díez Romero³, María Mingúelez³, Margarita Ramírez³, Guillermo Cuevas Tascón⁴, Inés Armenteros Yeguas⁵, Irene Carrillo Acosta⁶, Jorge Díaz Álvarez⁷, Jorge Antonio Valencia de la Rosa⁴, Laura Dans Vilán⁸,

Santiago Fernández Castelao⁸, Adriana Pinto Martínez⁸, Mar Vera García⁸, Lucio Jesús García-Fraile Fraile⁹, María del Mar Arcos Rueda¹⁰, Rosa María Resino García², Rosa María Resino García², Susana Bacete Cebrián³, Pedro Parbole⁴, Pedro Torres⁴, Laura Laguna⁴, Horacio Gil¹¹, Manuela Vargas Rodríguez¹¹, Victor Manuel Sánchez Merino¹², Eloísa Yuste Herranz¹², José David Arroyo Moreno⁴ y Pablo Ryan⁴

¹Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

²Universidad Complutense de Madrid, Madrid. ³Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ⁴Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. ⁵Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

⁶Fundación Jiménez Díaz, Madrid. ⁷Centro Sanitario RYC, Madrid.

⁸Centro Sanitario Sandoval, Madrid. ⁹Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. ¹⁰Hospital Universitario La Paz, Madrid. ¹¹Unidad del Virus del Papiloma Humano, Centro Nacional de Microbiología, ISCIII, Madrid, España, Madrid. ¹²Unidad de Inmunidad Humoral y Vacuna frente al VIH, Centro Nacional de Microbiología, ISCIII, Madrid, España, Madrid.

Introducción: Las mujeres transgénero pueden estar expuestas a determinantes sociales que impactan en su salud física, mental y calidad de vida. Estos factores pueden agravarse en aquellas que viven con el VIH. El objetivo de este estudio fue describir el perfil sociodemográfico y psicosocial de esta población en un entorno hospitalario urbano.

Métodos: Estudio transversal con mujeres transgénero reclutadas entre febrero y julio de 2025 en el Hospital Universitario Infanta Leonor (Madrid). Se recogieron datos sociodemográficos, clínicos, de transición de género, VIH e ITS, y se administraron cuestionarios validados: EuroQol-5D (calidad de vida relacionada con la salud), UCLA-3 (soledad percibida), HADS (ansiedad y depresión), PSS (estrés percibido), HSS (estigma asociado a VIH), GMRS (experiencias de transfobia) y EARLY-G (experiencias adversas tempranas). Se calcularon estadísticos descriptivos y se imputaron datos perdidos mediante Predictive Mean Matching y logreg en R.

Resultados: Participaron 90 mujeres transgénero (edad media: 36,4 años; DT: 9,1), la mayoría procedentes de América Latina (85,5%). El 79,8% vivía con VIH y el 92,3% estaba en tratamiento antirretroviral activo. En cuanto a la transición de género, el 97,8% había realizado transición social, el 91,8% médica y el 31,8% legal. El 54,2% se encontraba en situación administrativa irregular y el 77,4% había ejercido trabajo sexual. El 60,7% refirió consumo de drogas en los últimos 6 meses. La tabla muestra puntuaciones obtenidas en los cuestionarios aplicados.

Indicadores de calidad de vida y salud mental (N = 90)	
Variable	Resultado
Algún problema de salud (EuroQol)	37 (41,1%)
Soledad no deseada (UCLA-3)	49 (54,4%)
Síntomas depresivos (HADS)	20 (22,2%)
Síntomas de ansiedad (HADS)	33 (36,7%)
N.º experiencias adversas tempranas (EARLY-G)	5,93 (DT = 2,57)
Discriminación (GMRS)	2,78 (DT = 1,62)
Rechazo (GMRS)	3,32 (DT = 2,03)
Transfobia internalizada (GMRS)	10,51 (DT = 8,17)
Orgullo (GMRS)	22,39 (DT = 7,65)
Futuro negativo (GMRS)	16,88 (DT = 9,08)
No revelación (GMRS)	7,89 (DT = 5,40)
Conectividad social (GMRS)	10,94 (DT = 3,92)
Estrés percibido (PSS)	23,28 (DT = 8,22)
Estigma VIH internalizado (HSS)	31,93 (DT = 9,13)
Estigma VIH externo (HSS)	44,66 (DT = 11,95)

Conclusiones: Las mujeres transgénero atendidas en un entorno hospitalario urbano presentan alta vulnerabilidad social y clínica, con elevada prevalencia de VIH, soledad, malestar emocional, expe-

riencias adversas tempranas y discriminación. Estos resultados evidencian la necesidad de realizar intervenciones interdisciplinares con enfoque interseccional, atención psicosocial integrada y estudios longitudinales que profundicen en causalidad y resiliencia.

P-159. EVALUACIÓN DEL ESTIGMA Y LA CALIDAD DE VIDA EN ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES QUE VIVEN CON VIH: ESTUDIO JOVENES

Irene Iñiguez de Heredia Pérez¹, Jose Antonio Soler-Simón¹, María de Lagarde Sebastián¹, Alvaro Ballesteros Magán², Jose Ignacio Bernardino³, Joanna Cano Smith³, Talía Sainz Costa³, Luis Escosa García³, Marisa Navarro Gómez⁴, Beatriz Lázaro Martín⁴, Cristina Díez Romero⁴, Sara Guillén Martín⁵, Jose Tomás Amador Ramos¹, Pablo Rojo Conejo¹, Cristina Epalza Ibarrondo¹ y Luis Prieto Tato¹

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ²Fundación para la Investigación Biomédica Hospital 12 de Octubre, Madrid. ³Hospital Universitario La Paz, Madrid. ⁴Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ⁵Hospital Universitario de Getafe, Getafe.

Introducción: El estigma está presente en personas que viven con VIH y afecta a su calidad de vida.

Objetivos: 1. Evaluar estigma en adolescentes y adultos jóvenes que viven con VIH; 2. Compararlo según mecanismo de transmisión; 3. Validar una herramienta de cribado de estigma; 4. Correlacionar estigma y calidad de vida.

Métodos: Estudio observacional prospectivo en pacientes entre 18-30 años que viven con VIH seguidos en hospitales de Madrid. Se evaluaron estigma y calidad de vida a través de instrumentos estandarizados, y se desarrolló una herramienta de cribado. Se compararon resultados según transmisión (vertical vs. horizontal) y se correlacionaron estigma y calidad de vida.

Resultados: Se incluyeron 85 participantes (edad mediana 26 [23-28], 61,2% varones, 51% heterosexuales y 48% españoles), con 52,9% de transmisión vertical. El. La prevalencia de estigma fue 75,3%. La puntuación global fue 70,8 ± 16,5 (rango 30-120), siendo mayor el interiorizado en transmisión horizontal (17 puntos vs. 14 puntos, p < 0,05). La herramienta de cribado demostró consistencia interna (α Cronbach = 0,62, p < 0,05) y validación altas (r Pearson = 0,738, p < 0,05). La puntuación en calidad de vida fue 92,7 ± 12,9 (rango 20-120), sin diferencias entre grupos, con correlación inversa entre estigma y calidad de vida (r Pearson = -0,64, p < 0,05).

Conclusiones: En nuestro estudio, los jóvenes que viven con VIH presentan estigma, siendo mayor el interiorizado en transmisión horizontal. Este estigma se correlaciona negativamente con la calidad de vida. Nuestra herramienta de cribado puede ayudar a una detección precoz.

P-160. COMPARACIÓN CLÍNICA Y PRONÓSTICA DE LA INFECCIÓN POR VIH EN POBLACIÓN MIGRANTE Y AUTÓCTONA EN LA MARINA BAIXA

Aurora Serra Manclús, Jose Tomas Algado Rabasa, Concepción Gil Anguita, Isabel Ribes Mengual, Silvena Stanimirova Nikolova, Barbara Gómez Alonso, María Sánchez Valera, Francisco Pasquau Liaño y Concha Amador Prous

Hospital Marina Baixa, Villajoyosa.

Objetivos: Las personas migrantes tienen una elevada prevalencia de infección por VIH y suponen casi la mitad de los nuevos diagnósticos en España. Existen barreras que condicionan las oportunidades de diagnóstico y tratamiento precoz. El objetivo del estudio fue comparar las características epidemiológicas, clínicas y evolutivas de los

pacientes con VIH según su origen, atendidos en el Departamento de Salud de la Marina Baixa (Alicante) que cuenta con uno de los mayores saldos migratorios de la Comunidad Valenciana.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo de cohortes incluyendo los nuevos casos de infección por VIH en migrantes y españoles diagnosticados desde enero- 2019 a junio-2024. Se analizaron la situación al diagnóstico, la evolución clínica y la adherencia al seguimiento durante el primer año.

Resultados: Se seleccionaron 113 pacientes siendo migrantes el 51,3%. El 51,7% procedían de Latinoamérica, 22,7% de Europa Occidental y 5,5% de Europa del Este. La proporción de hombres fue similar entre ambos grupos (79,3 vs. 81,8%; $p = 0,736$) así como la media de edad (38 años vs. 41, $p = 0,184$). El consumo de tabaco fue mayor en los españoles sin llegar a alcanzar significación (39,7 vs. 56,4%, $p = 0,076$). Se diagnosticó al menos una infección de transmisión sexual en el 40,7% del total sin diferencia entre los grupos (37,9 vs. 43,6%, $p = 0,537$). La mediana de linfocitos CD4 basales fue significativamente menor entre los migrantes (271 céls/ml frente a 428 céls/mL; $p = 0,006$) y la mediana de carga viral fue mayor (130.500 cp/mL frente a 53.500 cp/mL, $p = 0,011$). Haber nacido en España se asoció a un menor riesgo de diagnóstico tardío (34,5 vs. 60,3%; $p = 0,006$; OR = 0,35; IC95%: 0,16-0,75;). Durante el seguimiento se observó un mayor número de eventos sida (14,5 vs. 7,8%; $p = 0,277$), mayor mortalidad (5,5 vs. 3,8%; $p = 1$) y peor adherencia al seguimiento (67,9 vs. 75,9%; $p = 0,347$) en el grupo de migrantes, sin llegar a alcanzar significación estadística en ninguna de las variables.

Conclusiones: Más de la mitad de los nuevos diagnósticos de VIH fueron en personas migrantes y el riesgo de presentar un diagnóstico tardío fue significativamente mayor. Los eventos sida y la mortalidad fueron más frecuentes en migrantes, sin que las diferencias fuesen significativas posiblemente por el tamaño de la muestra. Es urgente diseñar estrategias de cribado en poblaciones vulnerables.

P-161. DIAGNÓSTICO ULTRATARDÍO DEL VIH: UN ANÁLISIS DE LAS OPORTUNIDADES PERDIDAS Y SUS IMPLICACIONES CLÍNICAS

Celia Piñero Martínez, Débora Martínez, Marta Plaza, Neus Gómez, José Emilio Ballester, Vicente Abril, Magdalena García, José Ignacio Mateo, Carmen Ricart, Dolores Ocete, Rafael Medina, Alba Corrediguas, Jose Luis González y Miguel García-Deltoro

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Introducción y objetivos: El diagnóstico (Dx) ultratardío de la infección por VIH constituye un reto persistente para la salud pública, asociado a mayor morbimortalidad y a un aumento de costes sanitarios. Identificar las características de esta población y las oportunidades perdidas para un diagnóstico temprano resulta fundamental para optimizar estrategias. El presente estudio describe el perfil clínico-epidemiológico y asistencial de pacientes con Dx ultratardío de VIH en un hospital terciario entre los años 2020 y 2024.

Métodos: Se analizaron 66 pacientes con Dx ultratardío VIH diagnosticados en el Consorcio hospital General Universitari de València entre los años 2020-2024 (cribado respaldado por el Programa cribado oportunista VIH FOCUS 2019-2022). Se revisaron 5 años previos para identificar oportunidades perdidas de detección precoz. Se efectuó un análisis descriptivo de las variables clínicas epidemiológica y asistenciales. Se estimaron los días transcurridos desde el diagnóstico hasta la primera visita en la Unidad de Enfermedades Infecciosas (UEI) y el inicio del tratamiento antirretroviral (TAR). El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el programa SPSS® 21.0.

Resultados: Los pacientes presentaron una media de 24 contactos con el sistema sanitario previo al diagnóstico. La mayoría de consultas fueron presenciales, predominantemente con el médico de atención primaria. Los pacientes que desarrollaron eventos definitivos

de SIDA registraron 1,58 veces más contactos que aquellos sin eventos (media 31,2 vs. 19,8). Los individuos con perfil de riesgo mostraron 1,28 veces más contactos que la muestra global y acudieron a atención primaria 1,27 veces más de media. En cuanto a la atención tras el diagnóstico, los pacientes la primera visita en UEI se realizó de media a los 17 días e iniciaron TAR tras 25 días de media. Estos intervalos se redujeron en los casos con SIDA, probablemente debido a una mayor proporción de ingresos hospitalarios. El análisis adicional mostró diferencias consistentes en frecuencias de contacto, perfil clínico y evolución según presencia de eventos SIDA, factores de riesgo y desenlaces de *exitus*.

Conclusiones: El Dx ultratardío VIH sigue siendo frecuente y se asocia a múltiples oportunidades perdidas para una detección precoz: de media, los pacientes contactaron en 24 ocasiones con el sistema sanitario sin llegar al diagnóstico. Los casos con SIDA o con factores de riesgo acumularon un mayor número de visitas. La vinculación a la UEI y el inicio de TAR fueron relativamente rápidos tras el diagnóstico, estos tiempos se redujeron en pacientes con eventos SIDA debido a su mayor tasa de hospitalización. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de intensificar el cribado sistemático oportunista proactivo en atención primaria y en poblaciones de riesgo, con el fin de reducir la carga clínica y epidemiológica del Dx ultratardío.

P-162. FACTORS ASSOCIATED WITH THE LOSS OF SPONTANEOUS HIV CONTROL AFTER MORE THAN 20 YEARS OF FOLLOW-UP

Cristina Moral Turón¹, Carmen Gasca Capote¹, Concepción Casado², Mohammed Rafii-El-Idrissi Benhnia¹, Agustín Valenzuela Fernández³, Consuelo Vilades⁴, Francisco Vidal⁴, Julián Olalla⁵, Virginia Sandonis², Iria Lorenzo Sánchez³, Romina Cabrera Rodríguez³, Joaquín Peraire⁴, Anna Rull⁴, Julià Blanco⁶, Luis Fernando López Cortés¹, Maria Pernas² and Ezequiel Ruiz-Mateos Carmona¹

¹Institute of Biomedicine of Seville (IBIS), Virgen del Rocío University Hospital, Spanish National Research Council (CSIC), University of Seville, Clinical Unit of Infectious Diseases, Microbiology and Parasitology, Sevilla. ²Molecular Virology Unit, Retrovirus Reference and Research Laboratory, National Centre of Microbiology, Carlos III Health Institute, Majadahonda. ³Cellular and Viral Immunology Laboratory, Pharmacology Unit, Department of Medicine, Faculty of Health Sciences of the University of La Laguna, Ofra Campus, Tenerife. ⁴Joan XXIII University Hospital of Tarragona, IISPV, University of Rovira i Virgili, Tarragona. ⁵Internal Medicine Department, Costa del Sol Hospital, Marbella. ⁶IrsiCaixa, Can Ruti Campus, UAB, Badalona.

Introduction: Persistent controllers or exceptional elite controllers (PCs) are characterized by spontaneous HIV control at levels undetectable by commercially available techniques in the absence of antiretroviral treatment for more than 20 years and by the absence of clinical progression. Isolated cases of loss of virological control in these exceptional controllers are being reported after more than 20 years of follow-up. At the population level, the factors associated with this loss of controller status are unknown.

Methods: From the ECRIS cohort, elite controllers who maintained virological control below the limits of detection for more than 20 years (PCs) were selected. We analyzed clinical, epidemiological, and immunogenetic factors associated with the loss of controller status after more than 20 years of follow-up using binary logistic regression.

Results: Within the ECRIS cohort, 87 participants maintained viral control at undetectable levels for more than 20 years. A total of 39.1% were women; the majority (79.3%) were infected through intravenous drug abuse, mostly during the 1980s (83.9%), with a median age at diagnosis of 24 [IQR, 21-29] years; they had a nadir CD4⁺ cell count of 459 [350-675]. Protective alleles were determined in 61 of them

with available samples, with 57.1% carrying the HLAB*14, HLAB*27, or HLAB*57 alleles. Of these patients, 25 (27.8%) lost control after 20 years, and were described as transient controllers (TCs). Univariate analysis showed no differences in sex, age, transmission route, or calendar year of diagnosis between the two groups. However, differences were observed between the two groups in nadir CD4⁺ cell counts (516 [392-730] in PCs vs. 363 [270-530] in TCs, $p = 0.007$; EXP(B) [IC EXP(B)], 0.3 [0.1-0.7]) and in the presence of protective alleles HLAB*14, HLAB*27 or HLAB*57 (70% in PC vs. 25% in TC, $p = 0.004$; 0.1 [0.04-0.5]). In the multivariate analysis after adjusting for the variables described above, only the presence of protective alleles was independently associated with the absence of loss of control after 20 years of follow-up ($p = 0.006$; 0.1 [0.04-0.6]).

Conclusions: These results demonstrate, for the first time, that loss of control in elite controllers with more than 20 years of follow-up is relatively common and is primarily associated with the absence of protective alleles. Therefore, it can be concluded that a heightened T-cell response or other innate immunological factors associated with these haplotypes are involved in maintaining HIV long-term control.

P-163. IMPACTO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 EN EL DIAGNÓSTICO Y EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH. ESTUDIO COVIHD

Leticia Espinosa del Barrio¹, Pedro Jesús Esteve Atiénzar¹, Elisabet Delgado Sánchez¹, Jorge Juan Peris García¹, Andrea Riaño Pérez¹, Blanca Lumbreras Lacarra¹, Fernando Buñuel Adán¹, Javier Guzmán Martínez² y Francisco Mariano Jover Díaz¹

¹Hospital Universitario del S.V.S. de San Juan, Sant Joan d'Alacant.

²Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy.

Introducción: La pandemia de SARS-CoV-2 afectó de manera significativa a la organización de los sistemas sanitarios a nivel global, lo que pudo ocasionar retrasos en el diagnóstico y tratamiento de la infección por VIH. Aunque diversos estudios internacionales han evidenciado este impacto, en España existen todavía pocas investigaciones que lo hayan analizado de forma específica.

Objetivos: Evaluar la influencia de la pandemia por SARS-CoV-2 en el diagnóstico de nuevas infecciones por VIH y en su seguimiento en una cohorte de un hospital de segundo nivel.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal retrospectivo que incluyó a adultos con infección por VIH diagnosticados y en seguimiento en el hospital Universitario de San Juan de Alicante entre enero de 2016 y diciembre de 2024. Se definieron tres periodos: prepandemia, pandemia y pospandemia. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas e inmunológicas, además del tiempo hasta la valoración en la Unidad de Enfermedades Infecciosas, el inicio del TAR y las pérdidas de seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 192 pacientes, siendo el 42,2% ($n = 81$) diagnósticos tardíos. La mediana de carga viral y linfocitos CD4 al inicio fue de 5,0 log¹⁰ copias/mL [3,5-5,5] y 473 células/μL [238-801], respectivamente. La mediana de tiempo desde la confirmación serológica hasta la primera valoración por Enfermedades Infecciosas fue de 6 días [0-12] y hasta el inicio de TAR de 17 días [9-31]. El tiempo hasta la valoración inicial fue un predictor estadísticamente significativo del tiempo hasta el inicio de TAR, cada día de retraso asistencial aumentó en 0,46 días el inicio del TAR. Se observó un descenso en el diagnóstico de nuevos casos de infección por VIH en 2020 por la pandemia por SARS-CoV-2 y el efecto en 2021 del retraso diagnóstico acumulado. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre periodos, salvo que en la pandemia y en la pospandemia los pacientes fueron de mayor edad ($p = 0,010$ y $p = 0,044$, respectivamente). Se registró una menor proporción de transmisión HSH en la

pandemia con respecto a la prepandemia ($p = 0,031$). Además, se observó una tendencia al empeoramiento inmunoviroológico en la pospandemia, aunque con diferencias no estadísticamente significativas.

Conclusiones: En este estudio preliminar, no se observó un impacto negativo relevante de la pandemia por SARS-CoV-2 en la atención a la infección por VIH en nuestra cohorte. No obstante, la persistencia de diagnósticos tardíos y la necesidad de optimizar la rapidez en el inicio del TAR continúan siendo retos prioritarios.

P-164. UTILIDAD DEL CRIBADO DEL VIH TRAS HOSPITALIZACIONES CON OPORTUNIDADES PERDIDAS DE DIAGNÓSTICO

Gonzalo Sierra Torres¹, Ana Vegas Serrano², Álvaro González-Blanch Rodríguez², Sara Uceda Pescador², María Casco García², Laura Muñoz Echeverría², David Martín García², Juan Gabriel Sánchez Cano², María Martín Ampuero², Marina Tricas Gómez², Ana Yi-Shi Wu Yang², Claudia Pérez González², Pablo Gálvez García², Beatriz González Piñero², María Luisa Casas², Susana Martín Alonso², Oriol Martín Segarra², María Velasco Arribas² y Juan E. Losa²

¹Hospital Central de la Defensa, Madrid. ²Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón.

Introducción y objetivos: La infección por VIH continúa infradiagnosticada, sin llegar a alcanzar los objetivos marcados por ONUSIDA (95-95-95). Este estudio evalúa un modelo de cribado dirigido a sujetos con hospitalización previa y mayor riesgo de infección por VIH, previamente identificados como oportunidades perdidas (OP) de diagnóstico.

Métodos: Estudio transversal en curso en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón. La fase retrospectiva (2018-2021) identificó ingresos con OP de cribado. Se consideraron de mayor riesgo los pacientes con enfermedad definitiva/indicadora de VIH o procedente de países de alta prevalencia; de esa cohorte se seleccionaron sujetos susceptibles de cribado, excluyéndose serologías posteriores al ingreso, diagnósticos confirmados, fallecimientos o duplicados hasta enero de 2024. Los elegibles fueron contactados telefónicamente y se les ofreció cribado de VIH, VHB, VHC y sífilis. Se diseñó un circuito para extracción analítica, comunicación de resultados y derivación a Enfermedades Infecciosas en caso de resultado positivo. Se realizó un análisis descriptivo de los datos obtenidos.

Resultados: Se presentan resultados preliminares. En la fase retrospectiva se identificaron 9.358 ingresos como OP, de los cuales 3.201 fueron seleccionados para el cribado dirigido; 667 (21%) pertenecían al subgrupo de mayor riesgo y fueron analizados. La mediana de edad fue de 77 años (IQR 67-86). El contacto telefónico se realizó en 2 meses y 15 días. De los 667 pacientes, 300 (45%) habían fallecido en el momento del cribado; de los 367 supervivientes se contactó con 247 (67,4%). De los 120 no contactados, 15 (12,5%) tenían registrado un número telefónico erróneo. El 44,5% ($n = 110$) de contactados aceptaron el cribado. Los motivos del rechazo fueron: falta de interés/tiempo ($n = 54$; 39,4%), imposibilidad para traslado a hospital por movilidad/distancia al centro/edad avanzada ($n = 49$; 35,8%), seguimiento ya establecido por otras patologías crónicas ($n = 14$; 10,2%), *exitus* no registrado ($n = 14$; 10,2%), el paciente no localizado ($n = 3$; 2,2%) y negativa a extracción analítica ($n = 3$; 2,2%). De los 110 aceptantes, 32 (29%) no acudieron a la extracción. En los 78 pacientes analizados no se detectó infección por VIH, VHB, VHC ni sífilis. La edad avanzada se asoció con menor probabilidad de contacto y aceptación del cribado (medianas 79 vs. 75 años, $p < 0,001$; 73 vs. 81 años, $p = 0,027$). Entre quienes aceptaron, la edad no influyó en la realización de la extracción.

Conclusiones: El cribado de VIH tras la hospitalización es factible, aunque su rentabilidad parece verse limitada por la edad o el retraso

en su realización tras identificar una oportunidad perdida de diagnóstico.

P-165. EVOLUCIÓN CLÍNICA Y TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN MUJERES TRANSGÉNERO CON VIH

Sara de la Fuente Moral, Román Fernández Guitián, Isabel Castilla Martínez, Antonio González Guzmán, Elena María Echanove Valdés, Nuria Miguel Ontañón, Ana Fernández Cruz y Alberto Díaz de Santiago

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Objetivos: Evaluar la evolución clínica y el tratamiento antirretroviral (TAR) en pacientes transgénero con VIH atendidas de forma ambulatoria en un hospital de tercer nivel.

Métodos: Estudio retrospectivo y observacional basado en datos de SELENE y SISPAL, con una muestra anonimizada de 800 pacientes con VIH entre 2008 y 2024. Se identificaron y analizaron los casos transgénero, evaluando características demográficas, comorbilidades y tratamientos. No se detectaron incidencias durante el seguimiento. El análisis estadístico se realizó con STATA V12.0. Este trabajo corresponde al TFM del máster 2023-2024 del campus Esther.

Resultados: Se incluyeron todas las personas transgénero con VIH con al menos una visita entre 2009 y 2025. El 100% eran mujeres trans (sexo masculino al nacimiento), con edad media de 34 años. Todas adquirieron VIH por vía sexual; el 70% fue diagnosticado en España y el 30% había usado PrEP sin infectarse. Procedimientos médicos: mamoplastia (80%), cirugía de afirmación de género (10%) y terapia hormonal (40%). El 30% fumaba, el 50% consumía cocaína y el 70% ejercía trabajo sexual (sin *chemsex* ni *slamsex*). El TAR se inició en promedio 1,5 meses tras el diagnóstico. Los regímenes fueron: BIC/FTC/TAF (60%), DTG/3TC (30%) y CAB+RPV IM (10%). El 40% había recibido cuatro líneas previas. Al final del seguimiento, el 70% tenía carga viral indetectable, el 10% presentó *blips* y otro 10% fracaso virológico por mala adherencia. El 20% perdió seguimiento tras 14 meses.

Conclusiones: La alta cifra de CD4 al diagnóstico y la baja incidencia de infecciones oportunistas reflejan los beneficios del cribado precoz y la atención accesible, en contraste con otras poblaciones migrantes no trans. Pese a la alta prevalencia de trabajo sexual y consumo de sustancias, la mayoría inició TAR rápidamente y logró supresión viral. Se observa una tendencia hacia la simplificación terapéutica con regímenes modernos, incluso de liberación prolongada, lo que mejora la equidad y calidad de vida. Persisten retos como la baja cobertura vacunal frente al VPH y mpox, y el acceso limitado a cirugía de afirmación de género y tratamiento hormonal. Es viable ofrecer atención de calidad, inclusiva y personalizada a personas trans con VIH, siempre que existan estructuras accesibles y profesionales sensibilizados. Es crucial eliminar barreras estructurales y sociales, y contar con leyes y líderes que respalden a este colectivo históricamente vulnerable.

P-166. NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE VIH EN UN HOSPITAL TERCIARIO: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, PAPEL DE LOS NIVELES ASISTENCIALES Y OPORTUNIDADES PERDIDAS

Aws Al-Hayani, Antonio Insua Rodríguez, Miguel Centeno Martínez, Ana Cortés Martínez, Beatriz Álvarez Álvarez, Irene Carrillo Acosta, Laura Prieto Pérez, Marta López de Las Heras, Ángel Luis Castaño Núñez, Raquel Téllez Pérez, Miguel Górgolas y Alfonso Cabello Úbeda

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Introducción: El número de nuevas infecciones por VIH persiste elevado en los últimos años. Para orientar el uso de los y acelerar el descenso de la incidencia, tiene especial importancia conocer su distribución epidemiológica, el papel de los diferentes centros asistencia-

les, así como la velocidad de derivación y actuación. Nuestro objetivo fue conocer estos aspectos en nuestra área sanitaria.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo de los casos de nuevo diagnóstico de infección por VIH atendidos en un hospital terciario entre, enero de 2021 y diciembre de 2024. Se recogieron aspectos epidemiológicos, nivel asistencial del diagnóstico, oportunidades de diagnóstico previas recientes, así como tiempos de derivación e instauración del tratamiento.

Resultados: Se analizaron 377 personas con VIH (PVIH) de nuevo diagnóstico, mayoritariamente varones (94%), con predominio de población migrante (56%), cuya principal vía de transmisión fue sexual (98,4%) (hombres que tienen sexo con hombres [HSH]: 89%). La edad media fue de 36 ± 10 años. El 64,7% de los diagnósticos se llevó a cabo en Atención Primaria (5 de los 23 centros de salud del área sanitaria reunieron el 64% de los casos) y el 23,9% en Urgencias. En este ámbito fue donde se documentaron más oportunidades perdidas (72,6%), que, de manera global, se observaron en el 19,6% de los casos. Estas oportunidades perdidas se documentaron menos en el subgrupo de HSH (19,5%) con respecto al resto (39,6%) ($p < 0,001$). La mediana de tiempo desde el diagnóstico serológico hasta la primera consulta con el especialista fue de 16 días (RIQ 9-16), siendo menor en la población española (14 días, RIQ:8-25) que en la población migrante (17 días, RIQ:11-29); $p = 0,034$.

Conclusiones: El estudio de la distribución geográfica de los nuevos diagnósticos de VIH en un centro hospitalario, permite identificar las áreas con más incidencia de diagnóstico, así como los niveles asistenciales y los subgrupos en donde se identifican más oportunidades perdidas. Los resultados animan a incrementar la atención y recursos en población migrante, la cual representa > 50% de los diagnósticos y más retraso en la derivación.

P-167. PERFIL CLÍNICO, EPIDEMIOLÓGICO Y EVOLUCIÓN DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE VIH EN UN HOSPITAL TERCIARIO EN LA ÉPOCA POS-COVID

Aws Al-Hayani, Miguel Centeno Martínez, Antonio Insua Rodríguez, Irene Carrillo Acosta, Laura Prieto Pérez, Beatriz Álvarez Álvarez, Marta López de Las Heras, Ana Cortés Martínez, Raquel Téllez Pérez, Ángel Luis Castaño Núñez, Miguel Górgolas y Alfonso Cabello Úbeda

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Introducción: A pesar de las mejoras en prevención y tratamiento, las nuevas infecciones por VIH siguen siendo frecuentes tras la pandemia por COVID-19, representando los diagnósticos tardíos cerca de mitad de los nuevos casos. Nuestro objetivo fue evaluar las características clínicas de los nuevos diagnósticos de VIH, así como su manejo terapéutico y evolución.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo de las personas con VIH (PVIH) con nuevo diagnóstico en el área sanitaria de un hospital terciario entre enero de 2021 y diciembre de 2024. Se analizaron aspectos epidemiológicos, clínicos y terapéuticos, así como su evolución.

Resultados: Se analizaron 377 PVIH con nuevo diagnóstico, con una media de edad de 36 ± 10 años. El 96% fueron varones (89% HSH). El 56% fueron migrantes (78% de Centro y Sudamérica). El 32,6% presentó un diagnóstico tardío, el 16% un recuento de CD4 < 200 cels/uL y el 7,8% estadio SIDA. El 11,7% tenía cargas virales de VIH-1 > a 6 Log al diagnóstico. El 21,2% confirmó haber practicado *chemsex* previamente, el 27,6% presentó una ITS concomitante al diagnóstico, el 1% presentó un AgSHB positivo y el 2,4% IgG positiva para hepatitis C. En el 21,7% se documentó alguna mutación de resistencia (mayor o accesoria) en el test genotípico basal: el 4% presentó mutaciones mayores a ITINAN, 5 sujetos (1,3%) presentaron la M184 y solo uno (0,3%) presentó una mutación mayor a inhibidores de la integrasa (R263K). El 4,4% y el 2,4% habían recibido profilaxis preexposición o posexposi-

ción, previa, respectivamente. Todos los pacientes recibieron indicación de tratamiento antirretroviral en la primera consulta, consiguiendo, a los seis meses, la supresión viral (RNA VIH-1 < 200 copias/mL) en el 99,1% y la indetectabilidad (RNA VIH-1 < 50 copias/mL) en el 86,4%. Hubo 5 fracasos virológicos, todos ellos por mala adherencia al tratamiento.

Conclusiones: El diagnóstico tardío y avanzado sigue siendo frecuente entre las PVIH a pesar de las herramientas diagnósticas y preventivas a nuestro alcance. El abordaje de las infecciones de transmisión sexual, del fenómeno del *chemsex*, así como la instauración temprana del tratamiento son claves en el manejo global de estas personas. La correcta anamnesis, incluyendo el conocimiento del uso previo de la PrEP, son claves para la elección de una estrategia eficaz.

TRACK 07: Respuesta inmune antiviral, vacunas preventivas

P-168. RESPUESTA INMUNOLÓGICA A LA VACUNA DEL HERPES ZÓSTER EN PERSONAS CON VIH: DIFERENCIAS SEGÚN SEXO Y EDAD

Marta Quero-Delgado¹, Carlos Pita-Martínez¹, Cristina Díez², Aurora Gómez-Tórtola², Chiara Fanciulli², Ana Marchán¹, Teresa Aldámiz-Echevarría², Daniel Sepúlveda-Crespo¹, Francisco Tejerina², Leire Pérez-Latorre², Isabel Gutiérrez³, Juan Carlos López Bernaldo de Quirós², Isidoro Martínez¹ y Salvador Resino¹

¹Centro Nacional de Microbiología (Instituto de Salud Carlos III), Majadahonda. ²Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ³Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción y objetivos: Las personas con VIH (PVIH) tienen un mayor riesgo de desarrollar herpes zóster. Sin embargo, los datos sobre la inmunogenicidad de la vacuna recombinante frente al herpes zóster (RZV; Shingrix®) en PVIH con tratamiento antirretroviral (TAR) efectivo siguen siendo limitados. Este estudio tuvo como objetivo caracterizar las respuestas inmunitarias humoral y celular frente a la RZV en PVIH con TAR supresor, estratificadas por sexo y edad.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo en 207 PVIH en TAR supresor (carga viral < 50 copias/mL) que recibieron dos dosis de la vacuna RZV en un hospital terciario. Se cuantificaron los títulos de anticuerpos IgG específicos frente a la glicoproteína E del VZV mediante ELISA indirecto al inicio y a los 2 meses de completar la vacunación, considerando respuesta positiva un aumento ≥ 4 veces del título basal. La respuesta celular específica (células secretoras de IFN- γ , IL-2 y duales IFN- γ /IL-2) se evaluó posvacunación mediante ensayos de FluoroSpot. Se estimaron los títulos medios geométricos (GMT) y los incrementos medios geométricos (GMFR). Para evaluar la asociación entre las respuestas humoral y celular, se calcularon las razones de medias aritméticas ajustadas (aAMR) mediante modelos lineales generalizados, ajustando por covariables y estratificando por sexo y edad (< 60 vs. ≥ 60 años).

Resultados: La vacunación con RZV indujo un aumento significativo de la inmunidad humoral, con un GMFR global de $16,7 \pm 3,8$. El 71% de los participantes alcanzó una respuesta positiva. Las mujeres menores de 60 años mostraron el GMFR más alto ($43,8 \pm 21,6$), un valor significativamente superior al de los demás subgrupos ($p < 0,05$). La vacuna también generó respuestas robustas de células T específicas, sin diferencias relevantes en los GMT posvacunación entre grupos. Se observó una asociación positiva y significativa entre la magnitud de la respuesta humoral y la celular, especialmente con células secreto-

ras de IFN- γ (aAMR = 1,3; $p = 0,018$), IL-2 (aAMR = 1,6; $p < 0,001$) y duales IFN- γ /IL-2 (aAMR = 1,3; $p = 0,009$). Esta asociación fue más pronunciada en participantes menores de 60 años, especialmente en mujeres, y se redujo considerablemente en los subgrupos de mayor edad.

Conclusiones: La vacunación con RZV induce respuestas inmunes humorales y celulares robustas en personas con VIH con TAR supresor. Las mujeres menores de 60 años presentan una respuesta humoral superior y una mayor sinergia entre la inmunidad celular y la producción de anticuerpos. Factores del huésped como el sexo y la edad modulan críticamente la inmunogenicidad de la RZV, revelando una variabilidad importante que debería considerarse en las estrategias de vacunación para esta población.

P-169. BASELINE CD4⁺ T CELL MICRORNA SIGNATURES REVEAL METABOLIC AND SIGNALING PATHWAYS LINKED TO POOR IMMUNE RECOVERY IN HIV

Marina Flores Piñas, Silvia Chafino, Consuelo Viladés, Verónica Alba, Beatriz Villar, Anna Martí, Francesc Vidal, Joaquim Peraire and Anna Rull

Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

Introduction and objectives: Despite achieving viral suppression with antiretroviral therapy (ART), a subset of people living with HIV (PLHIV) do not experience adequate recovery of CD4⁺ T cell counts. These individuals, named as immunological non-responders (INR), are at higher risk for adverse health outcomes. This study aimed to identify differences in baseline CD4⁺ T cells intracellular microRNA (miRNA) expression between individuals classified as INR or immunological responders (IR) to explore molecular mechanisms associated with poor immune recovery.

Methods: A preliminary study involving a cohort of PLHIV, including 5 IR and 5 INR, to analyze miRNAs expression in baseline CD4⁺ T cells. Participants with a basal low count of CD4⁺ T cells (≤ 200 cells/ μ L) were classified as IR or INR based on CD4⁺ T cell counts after 48 weeks of ART, with IR defined as having > 250 cells/ μ L and INR as having ≤ 250 cells/ μ L. miRNAs were extracted from CD4⁺ T cells isolated before ART initiation. Expression profiles were compared between groups with a subsequent bioinformatic and statistical analyses.

Results: At baseline, INR showed a trend toward lower CD4⁺ T cell counts and CD4⁺/CD8⁺ ratios compared to IR ($p = 0,093$ and $p = 0,059$, respectively). After 48 weeks of ART, both CD4⁺ T cell count and CD4⁺/CD8⁺ ratio were significantly lower in INR ($p = 0,009$ and $p = 0,016$, respectively). Six miRNAs were significantly differentially expressed in baseline CD4⁺ T cells between groups ($p \leq 0,05$, fold change > 2): hsa-miR-1260a, hsa-miR-144-3p, hsa-miR-146a-5p, hsa-miR-199a-5p, hsa-miR-30c-5p and hsa-miR-484. Functional enrichment analysis of differentially expressed miRNAs revealed significant overrepresentation in pathways related to key metabolic and cellular processes, including arginine biosynthesis ($p < 0,001$), pyrimidine metabolism ($p < 0,001$), apoptosis ($p = 0,003$), autophagy ($p = 0,002$) and glutathione metabolism ($p = 0,003$). Additionally, cytokine interactions and cell signaling pathways, such as notch signaling ($p = 0,002$) and viral protein interaction with cytokine and cytokine receptor ($p = 0,001$), were significantly enriched.

Conclusions: Differences in miRNA expression in baseline CD4⁺ T cells could be associated with poor immune recovery in INR. Enriched pathways related to metabolism, apoptosis, autophagy and cell signaling may contribute to this impaired recovery. These results suggest that early molecular signatures in CD4⁺ T cells could influence the immunological response, providing insights into the mechanisms underlying inadequate immune reconstitution and potentially suggesting the identification of novel therapeutic targets.

P-170. OPTIMIZACIÓN DE LA RESPUESTA ADCC EN PROTOTIPOS DE VACUNA FRENTE A VIH-1 BASADOS EN VLPs

Almudena Rubio-Pérez¹, Miguel Martín-Serrano², Félix Docando¹, María C. Terrón¹, Victor Sánchez-Merino¹ y Eloísa Yuste¹

¹Instituto de Salud Carlos III, Madrid. ²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción y objetivos: El ensayo de la vacuna RV144 correlacionó la citotoxicidad celular dependiente de anticuerpos (ADCC) con una reducción del riesgo de infección por VIH poniendo de manifiesto la asociación entre las respuestas mediadas por Fc y la inmunidad protectora. Una aproximación prometedora para optimizar la inducción de ADCC sería mejorar la exposición de los epítomos CD4 inducibles (CD4i), responsables de la inducción de respuestas ADCC, en la espícula del VIH-1. Estos epítomos suelen estar ocultos, pero se exponen tras la unión al CD4. En este trabajo describimos un prototipo de vacuna basado en la espícula viral presentada en "Virus-Like Particles" (VLPs) destinado a maximizar la exposición de epítomos CD4i mediante la modificación de la superficie de las VLPs por incorporación de moléculas de CD4.

Métodos: Generación de VLPs por cotransfección transitoria de vectores de expresión de Env [AC10.29 (subtipo B y Tier 2), ConM (consenso del grupo M) y 763 (de un individuo con bNAb en infección reciente)], furina, Gag del VIH-1 optimizada como inmunógeno T y CD4. La DISTRIBUCIÓN DE TAMAÑOS se determinó mediante la técnica de rastreo de nanopartículas (NTA). La INCORPORACIÓN DE ENV Y CD4 se evaluó mediante Western-Blotting e inmunoelectromicroscopía (fig. 1a), su ANTIGENICIDAD mediante ELISAs con bNAbs [2F5 (MPER), VRC01 (CD4bs) y PG16 (V2)] y anticuerpos CD4i (17b, 48d y A32) y la ACTIVIDAD ADCC mediante activación de FcγRIIIa en células Jurkat-Lucia™ NFAT-CD16.

Resultados: El CD4 se incorporó de forma eficiente en las VLPs sin afectar al diámetro de las partículas (156,0-178,1 nm), aunque la incorporación de espículas sufrió una reducción entre el 18,1% y el 51,0%. Las VLPs-CD4 mostraron aumento en la unión a anticuerpos CD4i por espícula de 2,0 a 5,0 veces conservando la unión a los 3 bNAbs testados, aunque con una moderada reducción de la afinidad (de 1,3 a 4,2 veces). Cabe destacar que la incorporación de CD4 también condujo a un incremento en la activación de FcγRIIIa por espícula de 2,7 veces, indicativo de una potenciación de las respuestas de ADCC (fig. 1b).

Conclusiones: Modificando el diseño de un prototipo de vacuna frente al VIH-1 basado en VLPs mediante incorporación de moléculas de CD4 mejora su capacidad de inducir respuestas ADCC 2,7 veces y conservando el reconocimiento de epítomos reconocidos por bNAbs. Nuestros datos apoyan el uso de CD4-VLPs de VIH como una nueva plataforma para el diseño de prototipos de vacunas adaptadas para mejorar la inducción de respuestas Fc-mediadas.

P-171. EL AGOTAMIENTO DE LA RESPUESTA DE LAS CÉLULAS T CD8+ STEM-LIKE EN LA INFECCIÓN ACTIVA POR VIH PODRÍA ATENUARSE MEDIANTE TAR A LARGO PLAZO

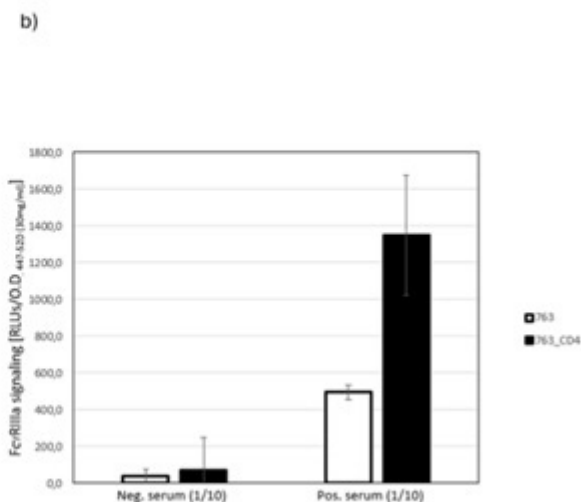
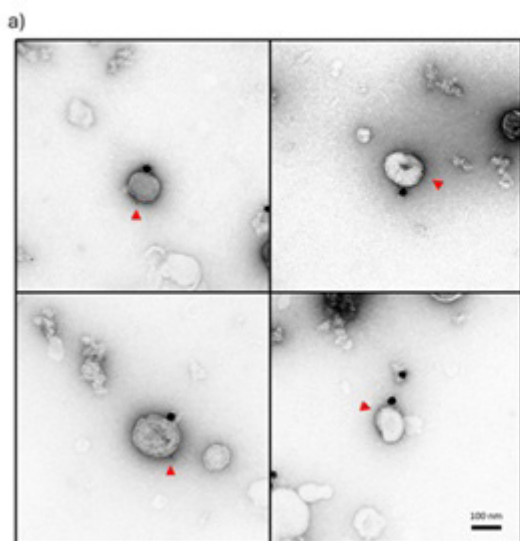
Raquel Encijo-Heredia¹, Henar Calvo-Sánchez², Alberto Delgado-Fernández¹, Rocío López³, Juan Ramón Larrubia² y Miguel Torralba⁴

¹Hospital Universitario de Guadalajara, Grupo de Investigación Traslacional en Inmunología Celular (GITIC), Instituto de Investigación en Salud de Castilla La-Mancha (IDISCAM), Guadalajara. ²Servicio de Digestivo, Hospital Universitario de Guadalajara, Grupo de Investigación Traslacional en Inmunología Celular (GITIC), Instituto de Investigación en Salud de Castilla La-Mancha (IDISCAM), Guadalajara. ³Servicio de Inmunología, Hospital Universitario de Guadalajara, Grupo de Investigación Traslacional en Inmunología Celular (GITIC), Instituto de Investigación en Salud de Castilla La-Mancha (IDISCAM), Guadalajara. ⁴Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Guadalajara, Grupo de Investigación Traslacional en Inmunología Celular (GITIC), Instituto de Investigación en Salud de Castilla La-Mancha (IDISCAM), Guadalajara.

Introducción y objetivos: Las células T CD8+ desempeñan un papel clave en el control de infecciones virales crónicas. Esta función se sostiene gracias a un subconjunto con características progenitoras o stem-like (CD8+SL), definido por la expresión de Tcf-1 y con gran capacidad de expansión, autorrenovación y diferenciación. En el contexto del VIH, la persistente carga antigénica promueve el agotamiento de este compartimento, reduciendo su eficacia antiviral. En personas con VIH (PVVIH) y replicación activa, los CD8+SL se encuentran deteriorados, pero la terapia antirretroviral combinada (TARc) sostenida podría favorecer su recuperación tanto cuantitativa como funcional. Evaluar en progresores no tratados, PVVIH con supresión

P-170

a) Co-expresión de Env de VIH-1 y CD4 en la superficie de las VLPs. Las VLPs fueron analizadas mediante inmunoelectromicroscopía. Env de VIH se detectó empleando un mix de anticuerpos humanos anti-gp120 [447-520, VRC01, PG16, 10-1074 y 35022] e IgG de cabra anti-IgG humana conjugada con partículas de oro de 25 nm. CD4 se detectó con un anticuerpo anti-hCD4 de conejo e IgG de cabra anti-IgG de conejo con partículas de oro de 10 nm (señaladas por triángulos rojos). **b) Aumento en la inducción de respuestas ADCC por incorporación de CD4 en VLPs de VIH.** Capacidad de las VLPs, con y sin CD4, para activar FcγRIIIa en células Jurkat-Lucia™ NFAT-CD16 como indicador de inducción de respuestas ADCC a partir de pools de sueros VIH-positivo y VIH-negativo expresado en RLU, normalizado por gp120.



viral estable > 10 años bajo TARc y controles sanos: 1) la distribución jerárquica de subpoblaciones de memoria (MC, ME y TEMRA) mediante CCR7, CD45Ra, TCF-1 y PD-1; y 2) la funcionalidad de los CD8⁺SL, valorando proliferación y metabolismo (Glut-1, CPT1a, PG-C1a) *ex vivo* y tras estimulación CD3/CD28.

Métodos: Estudio transversal con células mononucleares de sangre periférica de controles (n = 8), progresores no tratados (n = 10) y PV-VIH en TARc prolongada (n = 9), obtenidas en la Unidad Clínica de VIH del Hospital Universitario de Guadalajara. Las muestras se aislaron mediante gradiente de densidad y se cultivaron 7 días bajo estimulación con anti-CD3/CD28 e IL-2. Posteriormente se analizaron por citometría multiparamétrica y *software* FlowJo v10.7.

Resultados: En progresores no tratados, los linfocitos CD8⁺ muestran sobreexpresión de PD-1, reducción del compartimento CD8⁺SL (TCF1⁺) y disminución de memoria central, junto a un metabolismo desviado hacia un perfil anabólico, con menor expresión de CPT1a y PGC1 α respecto a controles. En cambio, en PVVIH con TARc > 10 años se observa una reversión parcial: descenso de PD-1, incremento de CD8⁺SL y memoria central, y recuperación de un perfil metabólico catabólico semejante al de individuos seronegativos.

Conclusiones: La replicación activa del VIH induce alteraciones profundas en los CD8⁺SL, comprometiendo tanto su frecuencia como su capacidad funcional. La supresión prolongada de la replicación mediante TARc se asocia con una recuperación parcial de este compartimento, lo que resalta la importancia del inicio temprano del tratamiento y su mantenimiento a largo plazo. Asimismo, estos hallazgos sugieren que intervenciones dirigidas a restaurar los CD8⁺SL podrían mejorar la eficacia del control inmunológico del VIH incluso en ausencia de terapia.

P-172. CAMBIOS EN LA DINÁMICA DEL RESERVORIO DEL VIH-1 TRAS LA INFECCIÓN POR MPOX

Olivia de la Calle-Jiménez¹, Guiomar Casado-Fernández¹, Inés Armenteros², Luis Lemus-Aguilar³, Daniel Fuertes⁴, Juan Cantón⁵, Elena Mateos³, Javier Rodríguez-Añover¹, Anabel Negrodo⁶, Miguel Cervero⁷, María Paz Sánchez Seco⁶, Vicente Estrada¹, Montserrat Torres³ y Mayte Coiras³

¹Medicina Interna, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ²Centro Sanitario Sandoval-Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ³Unidad de Patogenia Inmune y Reservorio Viral, Centro Nacional de Microbiología-Instituto de Salud Carlos III, Madrid. ⁴Universidad Politécnica de Madrid, Madrid. ⁵Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Móstoles, Madrid. ⁶Unidad de Arbovirus y Enfermedades víricas importadas, Centro Nacional de Microbiología-Instituto de Salud Carlos, Madrid. ⁷Facultad de Medicina, Universidad Alfonso X El Sabio, Madrid.

Introducción y objetivos: En 2024, un nuevo brote global de mpox tuvo gran impacto en poblaciones inmunocomprometidas como personas con VIH (PCV). Nuestro objetivo fue estudiar los efectos de la infección por mpox sobre la dinámica del reservorio en PCV mediante el análisis de subpoblaciones CD4 de memoria, sus niveles de activación, marcadores de senescencia y agotamiento inmune y capacidad de reactivación del provirus.

Métodos: Se reclutaron PCV (n = 24) infectadas con mpox hacía 8 meses (mpox+) y PCV sin contacto previo con mpox como controles (n = 21) (mpox-). El tamaño del reservorio de VIH-1 se determinó mediante ddPCR en células mononucleares de sangre periférica (PBMC). La reactivación del provirus se analizó mediante citometría de flujo en CD4 purificadas. Subpoblaciones de memoria CD4, niveles de senescencia, agotamiento inmune, capacidad de captación de glucosa y niveles de expresión del transportador de glucosa GLUT-1 se analizaron mediante citometría de flujo.

Resultados: 1) Todos los participantes eran hombres, con una mediana de 39 (IQR 37-43) y 40 años (IQR 35,7-45,5) y diagnóstico VIH+ de

8 (IQR 5-10) 9 años (IQR 6,7-10,2) para PCV mpox- y mpox+, respectivamente. Ratio CD4/CD8 fue 1 (IQR 0,7-1,4) y 0,7 (IQR 1-1,8), respectivamente. PCV mpox+ se infectaron hace 8,5 meses (IQR 8,4-9,3). 2) PCV mpox+ mostraron una reducción significativa de CD4 *naïve* (TN) (1,5; p = 0,0002) y un aumento en subpoblaciones de memoria efectora TEM (1,5; p = 0,0002) y TEMRA (1,8; p = 0,0131), respecto a PCV mpox-. 3) PCV mpox+ tenían un tamaño del reservorio 1,8 veces menor (p = 0,0352), con mayor capacidad de reactivación en CD4 TCM, TEM y TEMRA (2,3, p = 0,0250; 2,3, p = 0,0397 y 2,7, p = 0,0400, respectivamente). 4) CD4 de PCV mpox+ presentaban mayor expresión de CD32 (1,5; p = 0,0115), ki67 (2,9; p = 0,0032), PD-1 (1,5, p = 0,0061) y LAG-3 (1,8, p = 0,0362). 5) CD4 TN y TCM de PCV mpox+ presentaban menor capacidad de captación de glucosa (1,7, p = 0,0059 y 1,6 p = 0,0046, respectivamente), con menor expresión de GLUT-1 en CD4 TN (1,6; p = 0,0020).

Conclusiones: PCV que pasaron mpox hacía 8 meses tenían un reservorio de VIH-1 más pequeño, posiblemente asociado a mayor capacidad de reactivación, aumento de subpoblaciones de memoria efectora, mayor activación y agotamiento inmune de CD4. La pérdida de CD4 TN podría limitar la capacidad de adaptación a nuevas infecciones o vacunas. Estos hallazgos sugieren que mpox deja una huella duradera en la dinámica del reservorio y la funcionalidad de CD4, con posibles implicaciones en la progresión de la infección y las estrategias de cura.

P-173. IMPACTO DE LA INFECCIÓN POR MPOX EN LA RESPUESTA CITOTÓXICA DE PERSONAS CON VIH BAJO TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Guiomar Casado Fernández¹, Olivia de la Calle Jiménez¹, Inés Armenteros², Luis Lemus Aguilar³, Daniel Fuertes⁴, Juan Cantón⁵, Elena Mateos³, Noemí Cabello¹, Javier Rodríguez Añover¹, Anabel Negrodo⁶, Miguel Cervero⁷, María Paz Sánchez Seco⁶, Montserrat Torres³, Vicente Estrada¹ y Mayte Coiras³

¹Medicina Interna, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ²Centro Sanitario Sandoval, Madrid. ³Patogenia Inmune y Reservorio Viral, Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda. ⁴Universidad Politécnica de Madrid, Madrid. ⁵Medicina Interna, Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles. ⁶Arbovirus y enfermedades víricas importadas, Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda. ⁷Universidad Alfonso X El Sabio, Madrid.

Introducción: El brote de mpox de 2022 afectó especialmente a personas con VIH (PVIH) HSH bajo tratamiento antirretroviral (TAR). Aunque la coinfección generalmente no altera el control del VIH, la activación del sistema inmune podría modificar células citotóxicas esenciales para controlar tanto mpox como VIH-1. Objetivo: analizar cómo la infección por mpox afecta la respuesta citotóxica en PVIH en TAR.

Métodos: Se compararon 24 PVIH-HSH 8,6 meses posinfección con mpox (mpox+) frente a 21 PVIH-HSH sin contacto previo con mpox (mpox-). Se evaluaron linfocitos T CD8⁺, células NK y NKT, así como marcadores de activación y agotamiento mediante citometría de flujo. La funcionalidad se analizó tras estimulación con péptidos relacionados con mpox restringidos a MHC-I y con péptidos de hsp70.

Resultados: 1) Ambas cohortes presentaban edad, tiempo de infección con VIH-1 y ratio CD4/CD8 similares. 2) Los niveles de CD8 y NK, totales y CD16+, estaban disminuidos en PVIH mpox+ (1,28 veces, p = 0,0314; 1,9 veces, p = 0,0029; 2,07 veces, p = 0,0066). 3) Los niveles de NKTs, totales y CD16+, estaban aumentados 1,36 (p = 0,0547) y 1,91 veces (p = 0,0177) en PVIH mpox+, aunque la expresión del marcador de desgranulación CD107a estaba disminuido en estas células (1,32 veces, p = 0,0275; 1,35 veces, p = 0,0541, respectivamente). 4) La estimulación con péptidos indujo menor producción de TNF α (2,5 veces (p = 0,0097)) y mayor producción de granzima B (1,68 veces (p =

0,0129) en CD8 de PVIH mpoX+. 5) Células Tgd CD8- de PVIH mpoX+ producían más GZB (1,71 veces; $p = 0,0041$) mientras que $T\gamma\delta$ CD8+ producían más $IFN\gamma$ y GZB (2,49 veces, $p = 0,0138$; 1,67 veces, $p = 0,0076$, respectivamente). 6) La estimulación de NK y NKT de PVIH mpoX+ mostraron menor capacidad de producción de $TNF\alpha$ (1,76 veces, $p = 0,0164$; 1,52 veces, $p = 0,0160$, respectivamente). 7) Los CD8 de PVIH mpoX+ mostraron mayores niveles de marcadores de activación CD32 y Ki67 (1,46 veces, $p = 0,0293$; 1,80 veces, $p = 0,03$, respectivamente), así como de marcadores de agotamiento PD1, TIGIT, LAG-3 y KLRG-1 (2,14 veces, $p < 0,001$; 2,3 veces, $p = 0,004$; 1,9 veces, $p = 0,0334$; 1,54 veces, $p = 0,250$, respectivamente).

Conclusiones: La infección por mpoX deja una huella inmunológica duradera en PVIH bajo TAR, caracterizada por bajos niveles de CD8+ y NK y un fenotipo de CD8+ activado pero agotado. Aunque la producción de mediadores citotóxicos aumenta, la menor producción de $TNF\alpha$ y el agotamiento sostenido podrían comprometer la capacidad antiviral, con potencial impacto en la contención del VIH-1 y la respuesta a futuras infecciones. Estos hallazgos sugieren la necesidad de considerar la coinfección mpoX/VIH en el seguimiento clínico y en estrategias futuras de cura.

P-174. HUMORAL IMMUNITY TO HPV VACCINATION IN HIV-POSITIVE INDIVIDUALS

Melisa Pucci Molineris¹, Maria Teresa Sanchez-Aparicio², Patricia Vizúete Cano¹, Carlos Grasa³, Sonia Alcolea³, Jorge Bonilla García¹, Luis Escosa³, Beatriz Lázaro-Martín⁴, Pablo Rojo⁵, José T. Ramos Amador⁵, María Luisa Navarro⁴ and Talía Sainz³

¹University Hospital La Paz Research Institute (IdiPAZ), Madrid.

²Biomedical Research Networking Center on Infectious Diseases (CIBERINFEC), Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Madrid. ³Hospital Universitario La Paz, Madrid. ⁴Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ⁵Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introduction: Human Papillomavirus (HPV) vaccination effectively prevents HPV-related disease in the general population. People living with HIV (PLWH) are at higher risk of persistent infection and progression to HPV-related disease. In vertically infected patients, vaccine responses may be impaired. While previous studies have evaluated earlier HPV-vaccines in this population, evidence regarding the nonavalent-vaccine remains limited. This study aimed to assess the magnitude and durability of HPV-specific humoral responses after vaccination in HIV-infected patients, compared with healthy controls and other immunosuppressed individuals.

Methods: We conducted an observational study including HIV-positive participants ($n = 3$) with controlled infection (undetectable viral load and CD4-counts > 200 cells/mm³), age-matched seronegative controls ($n = 28$), and a small group of solid organ transplant (SOT) recipients ($n = 3$) as an additional immunosuppressed comparator. In addition, samples and clinical data from the CoRISpe cohort ($n = 7$), preserved in the HIV BioBank, and from the long-term cohort at University Hospital La Paz ($n = 3$) were obtained to enable longitudinal evaluation of antibody responses. For HIV-positive participants, one or two post-vaccination timepoints were available, while for controls, serum samples were collected at baseline, 1 month, and 6 months after completing the vaccination schedule. All HIV-positive and SOT participants received the standard three-dose regimen of the nonavalent HPV vaccine, whereas controls received two doses. HPV-specific IgG titers against nine serotypes (6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58) were quantified using ELISA/multiplex immunoassay. Statistical analyses included Kruskal-Wallis with Dunn's post hoc test and Spearman correlation.

Results: The vaccine was well tolerated, with no serious adverse events reported. All groups achieved 100% seroconversion. In healthy

controls, IgG titers increased significantly between baseline, 6 and 12 months post-vaccination ($p < 0.0001$). In HIV-positive participants and SOT recipients, only non-significant upward trends were observed. At 12 months, antibody levels converged and were comparable across all groups. Longitudinal plots showed antibody kinetics over time despite heterogeneous follow-up. In the extended follow-up, HIV-positive participants maintained stable titers at 3 and > 5 years, whereas data from controls and SOT recipients were limited to 1 year. No significant associations were detected with CD4, CD8, or nadir CD4 counts.

Conclusions: HPV vaccination elicits robust humoral responses in PLWH, although antibody titers are lower than in healthy individuals. Importantly, levels appear to remain stable over time within a protective range, supporting the vaccine's effectiveness in controlled HIV infection. The degree of immune reconstitution is likely to influence the protective response. Continued monitoring is warranted to define long-term immunity and assess the potential need for booster doses.

P-175. UN ESCUDO ADICIONAL: LA VACUNACIÓN COMO PILAR EN EL CUIDADO ASISTENCIAL DE LAS PERSONAS QUE CONVIVEN CON EL VIH

Juan Miguel Guarino Gil, Ana Martínez-Carbonell Marín, Neus Gómez-Muñoz, Rafael Medina, María Dolores Ocete, Sofía Huete Brines, Magdalena García Rodríguez y Miguel García-Deltoro

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Introducción y objetivos: El éxito del tratamiento antirretroviral ha reducido la aparición de infecciones oportunistas en las personas que conviven con el VIH (PVIH). No obstante, debido a que pueden tener mayor riesgo de infecciones bacterianas y víricas, la vacunación continúa siendo clave. Las recomendaciones de vacunación contemplan esperar entre 6-12 meses tras el inicio del tratamiento antirretroviral para tener una buena respuesta inmunoviológica y maximizar la eficacia de las inmunizaciones, especialmente en los diagnósticos ultratardíos (CD4 nadir < 200 céls/ul). En estos pacientes puede demorarse una adecuada respuesta antirretroviral y retrasarse el inicio de las pautas de inmunización o incluso caer en el olvido si no están protocolizadas. En este sentido, consideramos relevante realizar una revisión de las pautas de vacunación en nuestra Unidad de Enfermedades Infecciosas (UEI) en este grupo poblacional.

Métodos: Se analizó el estado vacunal de 65 pacientes VIH diagnóstico ultratardío, diagnosticados en el Consorcio Hospital General Universitario de València entre los años 2020-2024. Se realizó un análisis estadístico descriptivo y se estudió la posible correlación entre variables de interés mediante la prueba exacta de Fisher (SPSS® 21.0).

Resultados: Del total de pacientes diagnosticados, el 75,4% presentó seguimiento en UEI. De estos, el 79,4% alcanzaron un valor de CD4+ > 200 céls/ul antes del inicio de la vacunación y la tasa de vacunación global fue del 69,4%. En la tabla 1 se muestran los datos demográficos globales y en la tabla 2 las tasas de vacunación estudiadas. Se analizó la posible correlación entre la respuesta inmunitaria para VHA/VHB y el valor de CD4 de inicio de la vacunación. En ambos casos, se observó una tendencia positiva entre la inmunidad adquirida tras la vacunación y el valor de CD4+ ≥ 200 céls/ul. Sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas (tabla 3).

Conclusiones: Nuestros resultados muestran una gran variabilidad entre tasas de vacunación significativamente menores a las generales. Estos resultados son esperables teniendo en consideración el lugar de origen y la demora en el inicio de la vacunación de Dx ultratardíos. La respuesta serológica a la vacunación puede ser menor en PVIH con CD4+ más bajos o con la CV VIH no suprimida. Por este motivo, resulta de gran importancia incorporar en la práctica clínica el

calendario vacunal actualizado siguiendo las recomendaciones descritas en las guías oficiales.

Variabes	Pacientes VIH (n = 65)
Sexo	
Hombre	75,4
Mujer	21,5
Continente origen	
Europa Occidental	43,8
Latinoamérica	43,8
Europa del Este	7,8
África	4,7
CV VIH inicio vacunación (< 50 cp/ml)	70,8
CD4 inicio vacunación (< 200 céls/ml)	79,4

VHA	21,4
VHB	32,7
Herpes zoster	32,6
Meningococo	30,6
Neumococo	57,2
TD	12
VPH	6,1
mpox	0

Análisis de correlación	Frecuencias	p
Inmunidad VHA * CD4+ inicio VAC (< 200 vs. > 200 céls/μl)	83,3 vs. 85,7%	1,000
Inmunidad VHB * CD4+ inicio VAC (< 200 vs. > 200 céls/μl)	62,5 vs. 63,2%	1,000

P-176. LONGITUDINAL CHARACTERIZATION OF HIV-1 NEUTRALIZING HUMORAL RESPONSES IN A LARGE COHORT OF EXCEPTIONAL ELITE CONTROLLERS

Anna Pons-Grífols¹, Edwards Pradenas¹, Silvia Marfil¹, Agustín Valenzuela-Fernández², Iria Lorenzo-Sánchez², Romina Cabrera-Rodríguez², Virginia Sandoñis³, María Pernas³, Benjamin Trinité¹, Concepción Casado³ and Julià Blanco¹

¹IrsiCaixa, Badalona. ²Universidad de la Laguna, La Laguna. ³ISCIII, Madrid.

Introduction: While cellular immunity, and specifically CD8⁺ T cells have been related to the natural control of HIV infection in Elite Controllers (EC), a proportion of controller individuals frequently develop potent polyfunctional antibody responses that might also contribute to viral control either via neutralization or ADCC. The objective of this study was to characterize the neutralizing responses and their potential contribution to the natural control of infection in a subset of Exceptional Elite Controllers (EEC), with > 20 years of virological control, selected from the ECRIS Cohort.

Methods: 36 EEC were included in this study (19 females). A total of 72 EC longitudinal plasma samples were obtained from the HIV HGM BioBank integrated in the Spanish AIDS Research Network (RIS-RETIC, ISCIII). The neutralizing capacity of plasma samples from the cohort was analyzed via an *in vitro* pseudovirus neutralization assay using reference strains (NL4-3, TRO.11). Since autologous viruses or individual Env clones were not available for all individuals, we also generated pseudoviruses bearing three different Env most common recent ancestor (MRCA) sequences identified from Spanish Elite Controller HIV genomes, that were used as surrogates of autologous neutralization.

Results: Longitudinal plasma samples were collected (mean ± SD) 18 ± 6 and 27 ± 5 years after diagnosis, with an interval of 9 ± 4 years between samples. To assess any difference in neutralizing capacity during the control period between permanent controllers (PC) and transient controllers (TC), we analyzed the first and last plasma sample available from each individual. We observed low to no changes in neutralization titers against NL4-3, TRO.11 and the three MRCA pseudoviruses. However, a subset of participants showed notable increases (up to 100-fold) over time in neutralization titers. Despite these increases, the titers of neutralization against NL4-3 in the last timepoint were significantly lower than those observed in a group of untreated HIV infected individuals showing standard clinical progression (n = 34, p < 0.01). Finally, no association was observed between the titers of neutralization and the outcome of the control of the infection (permanent or transient control) or the presence or absence of protective HLA alleles in our cohort.

Conclusions: A subset of EECs showed neutralization activity against NL4-3 and MRCA sequences, a surrogate measure of autologous neutralization. However, titers were lower compared to untreated HIV infected individuals with standard progression. Longitudinal analysis showed that in some participants, this neutralization capacity increased overtime, indicating a dynamic behavior of the humoral responses.

TRACK 08: Latencia viral y estrategias de curación

P-177. CRISPR-CAS THERAPY TOWARDS A CURE FOR HIV

Zhenghao Yu¹, Yuanling Bao¹, Pascal Kroon², Zaria Andrade dos Ramos¹, Ana Alcalá Lalinde¹, Ben Berkhout¹ and Elena Herrera-Carrillo³

¹Amsterdam UMC, Amsterdam. ²Instituto de Parasitología y Biomedicina López Neyra, Armilla-Granada. ³Instituto de Parasitología y Biomedicina López Neyra, Armilla-Granada.

Introduction: While current antiretroviral therapy (ART) effectively suppresses HIV replication, it does not eliminate latent viral reservoirs, requiring lifelong treatment. The rapid viral rebound observed after treatment interruption highlights the urgent need for curative strategies. Genome editing technologies, particularly CRISPR-Cas systems, offer a promising approach to directly inactivate or excise integrated HIV proviral DNA. Our goal is to develop a safe, broad, and efficient CRISPR-based therapeutic strategy capable of targeting diverse HIV strains across various cellular contexts.

Methods: We evaluated several CRISPR-Cas systems (Cas ϕ , CjCas9, SaCas9, Cas12b and Cas12a) with coding sequences ranging from 2.2 to 4.1 kb. Each system was assessed for its efficiency in viral vector production, antiviral potency, and its effect on HIV replication, proviral inactivation, and potential for viral escape. Guide RNA (gRNA) combinations were designed to target conserved regions of the HIV genome and tested in both *in vitro* T cell models and *ex vivo* HIV-infected primary CD4⁺ T cells. To enhance delivery to reservoir-associated cells, we engineered AAV vectors displaying Designed Ankyrin Repeat Proteins (DARPs) specific for CD32a, aiming for selective targeting of CD32a+ CD4⁺ T cells.

Results: Smaller CRISPR-Cas constructs produced higher viral titers, with SaCas9 exhibiting the most potent antiviral activity. A single guide RNA targeting conserved HIV sequences was sufficient to fully suppress viral replication *in vitro*, although low-level viral escape was detected. Certain gRNAs induced hypermutation, leading to replication arrest, while others facilitated complete proviral excision. The efficiency of excision was influenced by the cleavage kinetics of

the paired gRNAs. In *ex vivo* assays, specific gRNA combinations achieved over 95% excision of the provirus, with the remaining sequences rendered inactive by mutation. Furthermore, our CD32a-targeted AAV vectors showed selective tropism for reservoir-like CD32a+ CD4+ T cells, supporting the development of precision delivery strategies.

Conclusions: This study provides proof of concept supporting CRISPR-SaCas9 as a promising approach for HIV provirus inactivation and excision, while highlighting the potential influence of gRNA cleavage kinetics on therapeutic outcomes. The use of targeted delivery systems may offer a strategic advantage in reaching reservoir cells. These findings represent an early step toward the development of targeted gene therapy strategies for HIV and form a basis for future preclinical investigation.

P-178. RETINOL BINDING PROTEIN 4 IS AN ENDOGENOUS ACTIVATOR OF LATENT HIV-1 PROVIRUSES

Chiara Pastorio¹, Khumoekae Richard², Ann-Kathrin Kissmann³, Markus Jaritz⁴, Frank Rosenau³, Moritz M. Gaidt⁴, Konstantin M.J. Sparrer⁵, Luis J. Montaner² and Frank Kirchhoff¹

¹Institute of Molecular Virology, Ulm University Medical Center, Ulm.

²The Wistar Institute, Philadelphia. ³Institute of Pharmaceutical Biotechnology, Ulm University, Ulm. ⁴Research Institute of Molecular Pathology, Vienna BioCenter, Vienna. ⁵German Center for Neurodegenerative Diseases (DZNE) & Institute for Molecular Virology, Ulm University Medical Centre, Ulm.

Introduction and objectives: The persistence of HIV-1 in a transcriptionally silent latent form in long-lasting memory CD4+ T cells remains one of the main barriers to cure AIDS. Upon interruption of cART, HIV-1 rebounds to detectable levels in most people living with HIV (PLWH) within a few weeks. One strategy to eradicate HIV-1 reservoirs is the so-called “shock and kill” approach. It aims to reactivate latent HIV by administration of latency reversing agents (LRAs) to patients on cART to render infected cells vulnerable to elimination. However, current LRAs fail to clearly reduce the viral reservoirs and endogenous agents controlling the viral reservoir remain poorly defined. Thus, the identification of natural activators of latent HIV-1 is urgently needed to improve cure strategies.

Methods: To discover endogenous compounds that reactivate latent HIV-1 proviruses, we screened a human hemofiltrate-derived peptide library containing essentially all peptides and small proteins circulating in blood. To this purpose, we used J-Lat cells, a very well-established model system for HIV-1 latency involving Jurkat-derived T cell lines containing an integrated HIV-R7/E-/GFP genome. Viral reactivation in cART-suppressed PBMCs was assessed using HIV-1 Gag-p24 Simoa (PMID: 33796087), following 72 hours treatment with the test agent (RBP4) or anti-CD3/CD28 positive control.

Results: Several rounds of peptide/protein separation and HIV reactivation assays identified human Retinol Binding Protein 4 (RBP4), the main carrier of vitamin A (retinol) in blood, as an efficient endogenous LRA in a variety of latently infected Jurkat T cell lines ($p < 0.001$). Notably, RBP4 significantly reactivated latent HIV-1 in primary T cells isolated from infected individuals under effective cART at physiological concentrations. Retinol-free RBP4 (apo-RBP4) as well as free forms of retinoids (all-trans retinal, retinol and retinoic acid) do not reactivate HIV. Thus, the abundant circulating retinol-RBP4 (Holo-RBP4) complex is required for its activity as LRA. Finally, transcriptomic analyses as well as genetic knockouts and pharmacological inhibition revealed that RBP4-mediated reactivation is driven by the canonical NF- κ B pathway complemented by JAK/STAT5 and JNK signalling.

Conclusions: We identified RBP4 as an efficient endogenous HIV-1 latency reversing agent that may modulate the size of viral reservoirs *in vivo* and offers new perspectives for cure approaches.

P-179. ELIMINATION OF INFECTIOUS HIV DNA BY CRISPR-SACAS9

Z. Yu¹, A. Saborido-Alconchel², Y. Bao¹, P. Kroon¹, Z. Andrade Dos Ramos¹, A. Alcalá-Lalinde¹, A. Astorga-Gamaza¹, L.F. López-Cortés², B. Berkhout¹ and E. Herrera-Carrillo³

¹Amsterdam AMC, Amsterdam. ²Instituto de Biomedicina de Sevilla, Sevilla. ³Instituto de Parasitología y Biomedicina López-Neyra, Granada.

Introduction: The CRISPR-Cas system has transformed genome engineering by enabling precise DNA targeting with high specificity and programmability. Its potential for treating viral infections, including HIV, has been widely recognized. Previous studies using *Streptococcus pyogenes* Cas9 (SpCas9) demonstrated the ability to inactivate integrated HIV proviral DNA, suggesting a path toward functional cure strategies. However, the large size of SpCas9 (~4.2 kb) limits packaging into adeno-associated virus (AAV) vectors, which can accommodate only ~4.7 kb including regulatory elements. This constraint has driven interest in smaller Cas proteins with comparable antiviral activity and better suitability for *in vivo* delivery.

Methods: We investigated the application of *Staphylococcus aureus* Cas9 (SaCas9, ~3.2 kb) as a compact alternative to SpCas9 for anti-HIV gene therapy. Guide RNAs (gRNAs) were designed to target highly conserved regions of the HIV-1 genome, selected to minimize off-target effects in the human genome. The antiviral efficacy of SaCas9 was tested in HIV-infected cellular models, including transformed T cell lines and *ex vivo* infected primary CD4+ T cells.

Results: SaCas9 efficiently suppressed HIV replication when directed by a single gRNA targeting conserved genomic sites, introducing insertions and deletions (INDELS) at proviral loci. At higher viral loads (MOI: 10), viral escape variants emerged, prompting evaluation of dual-gRNA approaches. Dual targeting induced excision of proviral DNA, with excision efficiency depending on gRNA pairing. Several gRNA combinations promoted precise removal of integrated HIV sequences. These results were consistent across T cell models and are currently being validated in *ex vivo* CD4+ T cells from people living with HIV.

Conclusions: Our findings demonstrate that SaCas9 provides a compact and effective CRISPR-based strategy for targeting HIV proviral DNA. Dual-gRNA approaches enhance the robustness of antiviral activity by promoting proviral excision and limiting viral escape. Although further studies are required to assess off-target effects, delivery to latent reservoir cells, and long-term *in vivo* safety, SaCas9 remains a promising candidate for developing gene therapy strategies toward a durable HIV cure.

P-180. ASSESSING SINGLE-CELL TRANSCRIPTOMIC TECHNOLOGIES IN THE SETTING OF HIV-1

Lidia Garrido-Sanz¹, Ramón Lorenzo-Redondo², Victor Urrea¹, Maria C. Puertas¹, Ángel Bayón-Gil¹, Javier Martínez-Picado¹ and Sara Morón-López¹

¹IrsiCaixa, Badalona. ²Feinberg School of Medicine, Northwestern University, Chicago.

Introduction: Advancements in single-cell RNA-seq technologies have enabled the profiling of thousands of individual cells within a single experiment, providing detailed insights into the gene expression of discrete populations. The most widely used platform is the Chromium system (10x Genomics); however, Parse Biosciences has recently emerged as a cost-effective alternative without specialized instrumentation. Although these technologies have been compared, no direct comparison has been conducted in the setting of HIV-1 infection, specially regarding their viral transcript detection sensitivity and if infection produces platform-specific biases. Here, we employed both platforms to analyze peripheral blood mononuclear cells (PBMCs) from people with HIV-1 (PWH).

Methods: We performed transcriptome profiling of PBMCs samples from 2 PWH. Samples were thawed, divided, and fixed for processing with two technologies: 3' polyadenylated transcripts using the Single Cell 3' kit (10x Genomics) and whole-transcriptome using the WT mini kit (Parse Biosciences). For library preparation, 10K and 5K cells were loaded per sample, following 10x and Parse's recommendations, respectively. All libraries were sequenced, and samples were aligned to the human genome (GRCh38) using platform-specific software. Data from each technology was processed separately using R and underwent Differential Gene Expression analysis and Gene Set Enrichment Analysis (GSEA). HIV-positive cells were identified using Kraken2 with 1,306 B-clade viral genomes.

Results: Although equal numbers of cells per sample were loaded, 10x exhibited a disproportionate recovery with a tendency toward higher cell loss (7,318 and 4,458 [10x]; 3,987 and 4,421 [Parse]). Parse libraries showed higher values for the number of detected genes, RNA counts, and mitochondrial percentage, while 10x libraries displayed a higher proportion of ribosomal transcripts. Both technologies reported similar cell type composition. Gene expression levels and transcript diversity per cell type were higher in Parse. Parse exhibited a higher number of specific genes, albeit GSEAs yield consistent results between platforms. Detection of HIV-positive cells was greater with Parse, both in terms of the number of identified cells (4 out of 7,509 [Parse]; 2 out of 10,690 [10x]) and viral RNA counts (116 [Parse]; 15 [10x]). Finally, the cost per cell was higher using 10x (0.67 € [10x]; 0.02 € [Parse]).

Conclusions: Transcriptome analysis performed with Parse and 10x yielded platform-specific results at the raw data level but led to broadly consistent biological conclusions. Although further assessments would confirm those observations, our results suggest that Parse technology would be advantageous in terms of costs and rare events identification such as HIV-1 infection.

P-181. MENOR SUSCEPTIBILIDAD AL VIH-1 EN MACRÓFAGOS DERIVADOS DE MONOCITOS DE PWH TRATADOS CON TAR Y DASATINIB MEDIANTE EL FORTALECIMIENTO DE MECANISMOS DE RESTRICCIÓN INNATOS

Clara Sánchez Menéndez¹, Mario Manzanares Torrijos², Alicia Simón Rueda¹, Sofía Sábato³, Elena Mateos¹, Juliana Manosalva⁴, Diego Megías⁴, Montserrat Torres¹, Vicente Planelles⁵, Adam Spivak⁵, José Moltó³, Beatriz Mothe³, Mayte Coiras¹ y María José Muñoz Gómez¹

¹Unidad de Patogenia Inmune y Reservorio Viral, Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda. ²Unidad de Patogenia Inmune y Reservorio Viral, Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid. ³Departamento de Enfermedades Infecciosas, Fundació Lluita contra les Infeccions, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona. ⁴Unidad de Microscopía Óptica Avanzada, Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda. ⁵División de Microbiología e Inmunología, Departamento de Patología, Escuela de Medicina de la Universidad de Utah, Salt Lake City.

Introducción: Los macrófagos son reservorios de VIH-1 que mantienen la persistencia viral en tejidos a pesar del tratamiento antirretroviral (TAR). Nuestro objetivo fue estudiar si dasatinib altera la funcionalidad y susceptibilidad al VIH-1 de macrófagos derivados de monocitos (MDMs) de personas con VIH (PWH) con TAR, comparados con MDMs de PWH con TAR y placebo.

Métodos: Se obtuvieron muestras de sangre de PWH con TAR y dasatinib (70 mg/día) (Cohorte dasatinib; n = 6) o placebo (Cohorte placebo; n = 6) durante 24 semanas. Se purificaron células CD14+ a partir de PBMCs, se diferenciaron a MDMs y se infectaron in vitro con DHIV-GFP. La infección se monitorizó con microscopía confocal. Se estudió la integración proviral y la transcripción tras infección con

JR-FL_renilla. Se analizó la expresión de marcadores de reconocimiento de patógenos y la fosforilación de SAMHD1 (pSAMHD1) por citometría de flujo. El potencial oxidativo (NADPH y ROS) se analizó mediante quimioluminiscencia. Los niveles de citoquinas de polarización M1/M2 se cuantificaron mediante Luminex.

Resultados: 1) MDMs de la Cohorte dasatinib mostraron menor susceptibilidad a la infección por DHIV-GFP que la Cohorte placebo. 2) La infección por JR-FL_renilla fue 4,8 veces menor en MDMs de la Cohorte dasatinib (p = 0,0317), así como la expresión de pSAMHD1 (2,2 veces menor, p = 0,0242). No se observaron cambios entre cohortes en la integración proviral. 3) La expresión de DCSign fue 3,7 veces menor en MDMs tratados con dasatinib (p = 0,0220). No hubo cambios significativos en la expresión de IFN γ o TNF α . 4) Los niveles de ROS fueron 3,4 veces menores en MDMs tratados con dasatinib (p = 0,0200) pero no se observaron cambios entre cohortes en la actividad NADPH ni diferencias en la expresión de citoquinas de polarización M1/M2.

Conclusiones: El dasatinib parece potenciar las defensas innatas de los macrófagos frente a la infección por VIH-1 al mantener la restricción mediada por SAMHD1, lo que parece reducir la transcripción viral sin afectar la integración proviral. Este efecto, unido a la disminución de la expresión de DCSign, podría reducir tanto la entrada como la transferencia de virus a los linfocitos T. La menor expresión de ROS sugiere un perfil menos inflamatorio en estas células, sin comprometer la polarización celular. Estos resultados muestran que el dasatinib parece fortalecer mecanismos de restricción innatos y modular la expresión de receptores implicados en la infección de macrófagos, perfilándolo como potencial adyuvante en estrategias orientadas a mejorar el control de los reservorios tisulares del VIH-1.

P-182. CONTRIBUTION OF DIVERSE CD4+ T-CELL SUBSETS TO THE HIV RESERVOIR IN ART-SUPPRESSED LATE PRESENTERS

Sílvia Ribó Gené¹, Marissa Flores Santamaria¹, Maria C. García Guerrero¹, Susana Benet², Lucía Bailón², Águeda Ancochea³, Maria Jesús Prieto³, Gloria Nieto², Patricia Cobarsi², Jordi Puig², José Moltó², Beatriz Mothe², Javier Martínez Picado¹, Marta Massanella¹ and Maria del Carmen Puertas¹

¹IrsiCaixa, Badalona. ²Fundación Lucha contra las infecciones, Badalona. ³Banco de Sangre y Tejidos, Badalona.

Introduction: Nearly 50% of new HIV diagnoses occur at an advanced disease stage, referred to as late presenters (LPs). In this context, viral tropism often shifts from R5 to X4, enabling infection of both memory and naïve CD4+ T cells and potentially influencing the establishment of the HIV reservoir, which remains poorly characterized in LPs. In this study, we aim to define the composition and inducibility of the HIV reservoir in ART-suppressed LPs with diverse viral tropism.

Methods: This observational cross-sectional study included 40 ART-suppressed LPs, defined as individuals with CD4+ T-cell counts < 350 cells/ μ L (excluding recent infections) and/or a history of any AIDS-defining event prior to ART initiation. Viral tropism was determined by deep-sequencing of the Env-V3 loop from cell-associated HIV-1 DNA. Total and intact proviral genomes were quantified in purified naïve and memory CD4+ T-cell subsets by single and duplex ddPCR (IPDA assay), respectively. Reservoir inducibility in each cell subset was evaluated by HIV-Flow, which detects p24+ cells following PMA/ionomycin stimulation.

Results: X4-tropic viral variants (> 2%) were detected in 19/40 participants and were predominant in 11. Memory CD4+ T cells contained the highest levels of total HIV-1 DNA and represented the major reservoir component in all cases. Remarkably, in 6 participants naïve CD4+ T cells contributed > 10% of the total HIV reservoir, without a clear association with X4 tropism. Additionally, the reservoir within

the naive subset was relatively enriched in intact proviruses, showing a higher proportion of intact to defective genomes compared with memory cells ($p = 0.004$). In 4 participants, naive cells even harboured a higher absolute frequency of intact proviruses than the corresponding memory compartment. Upon *in vitro* stimulation, the majority of reactivated p24⁺ cells displayed effector memory and transitional memory phenotypes. Reactivation of naive CD4⁺ T cells was observed in 43% of participants, and in 9 of them the inducibility index (frequency of p24⁺ cells relative to cells harbouring proviral HIV DNA) was higher in the naive subset than in memory T cells.

Conclusions: In late presenters, memory CD4⁺ T cells represent the main contributors to the latent and inducible HIV reservoir. Yet naive T cells harbor a major proportion of intact proviruses and, in a subset of individuals, display higher reactivation potential. These findings evidence a divergent and inducible HIV-1 reservoir in naive CD4⁺ T cells of some LPs, that could not be predicted based on viral tropism, underscoring the need to consider this subset in HIV cure strategies.

P-183. TAR PROLONGADO REDUCE LA FUNCIONALIDAD DEL RESERVORIO Y LA INFLAMACIÓN CRÓNICA EN PERSONAS CON VIH

Alicia Simón-Rueda¹, Guiomar Casado-Fernández¹, Clara Sánchez-Menéndez¹, Luis Lemus-Aguilar¹, Laura Pérez-Blázquez¹, Elena Mateos¹, Virginia Víctor², Noemí Cabello², Javier Rodríguez-Añover², Reynaldo Homen², Juncal Pérez-Somarrriba², José Sanz Moreno³, Montserrat Torres¹, Vicente Estrada² y Mayte Coiras¹

¹Unidad de Patogenia Inmune y Reservorio Viral, Centro Nacional de Microbiología-Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda. ²Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ³Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid.

Introducción y objetivos: Aunque el tratamiento antirretroviral (TAR) suprime eficazmente la replicación del VIH-1 y recupera los CD4⁺ en personas con VIH (PCV), sus efectos a largo plazo sobre el reservorio viral y la inflamación crónica aún están por definir. Hemos evaluado cómo la duración del TAR afecta al reservorio viral, el agotamiento y senescencia inmunes y los niveles plasmáticos de citoquinas.

Métodos: Estudio transversal en 80 PCV estratificados según duración del TAR: < 1 año (< 1y, n = 20), 1-10 años (10y, n = 20), 10-20 años (20y, n = 20) y > 20 años (> 20y, n = 20). El reservorio viral se cuantificó en células mononucleares de sangre periférica (PBMCs) mediante ddPCR e IPDA (provirus intactos y defectivos). Los marcadores de activación, agotamiento y senescencia se analizaron por citometría de flujo y los niveles plasmáticos de citoquinas y factores de crecimiento mediante Luminex.

Resultados: 1) La mayoría de participantes eran hombres (77,5%). La mediana de edad aumentó progresivamente: 26 (IQR 24,0-31,0), 37,5 (IQR 28,0-43,0), 48,5 (IQR 43,5-52,5) y 55,5 años (IQR 53,8-60,3) según cohorte. El tiempo en TAR fue < 1, 6,5 (IQR 4-8), 14,5 (IQR 12-17) y 25 años (IQR 23-31). La mediana de la ratio CD4/CD8 fue 0,53 (IQR 0,34-0,81), 0,80 (IQR 0,56-1,37), 1,02 (IQR 0,91-1,41) y 0,87 (IQR 0,61-1,23). 2) Los niveles totales de CD4⁺ aumentaron progresivamente con el tiempo en TAR, siendo 1,35 veces mayores en > 20y versus < 1y ($p = 0,0261$). 3) El tamaño total del reservorio se mantuvo estable, pero el porcentaje de provirus intactos disminuyó con el tiempo (2,90 veces menor en > 20y versus < 1y, $p = 0,0144$), así como la capacidad de reactivación (2,46 veces menor, $p = 0,0023$). 4) Los marcadores de agotamiento LAG-3 y PD-1 disminuyeron con la duración del TAR, siendo 2,36 ($p = 0,0007$) y 1,50 veces ($p = 0,0158$) menores en > 20y versus < 1y. 5) Citoquinas proinflamatorias (IFN- α , IL-1 α , IL-1 β ,

IL-6, IL-17, IL-23, GM-CSF, GRO- α) y antiinflamatorias/reguladoras (IL-10, IL-27, IL-4, IL-13, IL-2) disminuyeron en > 20y. 6) Sin cambios entre cohortes en factores de crecimiento ni quimiocinas.

Conclusiones: El TAR prolongado se asocia con recuperación sostenida de CD4, menor expresión de marcadores de agotamiento y reducción significativa de provirus intactos, demostrando un efecto directo sobre el reservorio viral y su capacidad de reactivación. El perfil reducido de citoquinas pro- y antiinflamatorias, junto con la estabilidad de factores de crecimiento y quimiocinas, indica un sistema inmune menos activado sin comprometer su funcionalidad. Estos resultados sugieren que un TAR temprano y sostenido podría disminuir el riesgo de reactivación viral y respalda el potencial de estas PCV como candidatas a estrategias de cura funcional.

P-184. LATE ART INITIATION UNCOVERS CYTOKINES AND METABOLIC PATHWAYS LINKED TO THE HIV RESERVOIR

Paula Suanzes¹, Judith Grau-Expósito¹, Jordi Navarro¹, Silvia Chafino², Anna Rull², Ariadna Rando-Segura¹, Patricia Álvarez-López¹, Vicente Descalzo¹, Arnau Monforte¹, Adrian Curran¹, Meritxell Genescà¹, Vicenç Falcó¹ and María José Buzón¹

¹Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. ²Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

Introduction: Understanding the factors regulating HIV reservoir size and transcriptional activity is critical for developing cure strategies.

Methods: We studied two paired and well-defined cohorts of people living with HIV who initiated antiretroviral therapy (ART) during early (n = 13, median time on ART: 73 months) versus late (n = 13, median time on ART: 87 months) stages of infection, along with a matched cohort of healthy controls (n = 13). Total HIV DNA was measured by qPCR, frequencies of intact and defective proviruses by intact proviral DNA assay (IPDA), and plasma cytokine levels with the Olink® Target 48 Cytokine panel. Metabolomic profiling of purified CD4⁺T cells was performed using GC-qTOF. Correlations between HIV reservoir size, plasma cytokine levels, and metabolites were analyzed using Spearman's correlation.

Results: In these matched cohorts, intact HIV-DNA levels were similar between late-treated (LT) and early-treated (ET) groups ($p = 0.92$), indicating comparable sizes of the replication-competent reservoir. In contrast, the LT cohort exhibited a significant increase in defective HIV-DNA forms (hypermutated and/or 3' deleted $p = 0.02$; 5' deleted $p = 0.09$), reflecting alterations in reservoir composition with delayed ART. Despite these differences, no significant differences were observed in absolute cytokine levels between ET and LT participants. Importantly, within the LT group, we observed stronger negative correlations between reservoir size and cytokines including IL-7, CXCL10, IFN- γ , IL-10, CCL3, and CXCL8. These cytokines showed tighter association with intact HIV-DNA, emphasizing their link to the replication-competent reservoir in this group. Metabolomic profiling in CD4⁺T cells revealed four metabolites, uric acid ($p = 0.04$), fructose ($p = 0.03$), isomaltose ($p = 0.03$), and 4-hydroxyproline ($p = 0.03$), that differed significantly across groups. Moreover, metabolites involved in glycolysis, amino acid metabolism, and polyol pathways, such as pyruvic acid, lactic acid, various amino acids, N-acetylglycine, and sorbitol, exhibited stronger positive correlations with HIV transcription in the LT group.

Conclusions: These data suggest that the cytokine milieu more strongly modulates reservoir dynamics in LT individuals, potentially via effects on CD4⁺T cell survival, homeostasis, and activation. Additionally, the metabolically altered CD4⁺T cells might be supporting viral transcription. These findings provide insights that could inform therapeutic strategies targeting cytokines and metabolic pathways to reduce reservoirs, particularly in LT individuals.

P-185. DASATINIB REDUCES SYSTEMIC INFLAMMATION IN PEOPLE WITH HIV-1 AND CML WITH INDIVIDUAL VARIABILITY IN SUSTAINED RESPONSE

Mario Manzanera¹, Guiomar Casado-Fernández¹, Alicia Simón-Rueda¹, Laura Pérez-Blázquez¹, Elena Mateos¹, Christoph Wyen², Kerstin Lammersmann², Vicente Planelles³, Montserrat Torres¹, Adam Spivak³, Christian Hoffman⁴ and Mayte Coiras¹

¹Centro Nacional de Microbiología, Majadahonda. ²University Hospital of Cologne, Cologne. ³University of Utah-School of Medicine, Utah. ⁴Centro Nacional de Microbiología, Hamburgo.

Introduction: Tyrosine kinase inhibitor (TKI) dasatinib exerts senolytic and immunomodulatory effects by reducing secretion of proinflammatory cytokines from senescent cells. Although not a conventional anti-inflammatory drug, dasatinib shows potential to attenuate chronic inflammation in people with HIV-1 (PWH). Our objective was to evaluate *in vivo* anti-inflammatory effects of dasatinib in HIV-1 chronic infection.

Methods: Participants with HIV-1 and chronic myeloid leukemia on antiretroviral treatment (ART) and dasatinib (80 mg/day) were recruited ($n = 2$). Blood samples were collected every 6-12 months since 2019. Plasma cytokine levels were quantified by Luminex. Ten matched PWH on ART were recruited as controls for each participant.

Results: 1) Participant #1 was a 52-year-old male diagnosed with HIV-1 19 years ago and CML 14 years ago. Participant #006 was a 63-year-old male diagnosed with HIV-1 27 years ago and CML 5 years ago. 2) Dasatinib treatment was associated with a marked reduction in systemic inflammation in both participants. In Participant #1, 9.5 months after starting dasatinib decreased the plasma levels of pro-inflamma-

tory cytokines IL-6, TNF- α , and IL-27 (1.41-, 4.43-, and 3.68-fold), while IFN- α and MIP-1 α became undetectable. In Participant #2, after 5 months of dasatinib treatment, TNF- α and IL-27 were also reduced (3.51- and 17.26-fold), while IFN- α , MIP-1 α , IL-6, and GM-CSF became undetectable. 3) After 4 years of treatment, both participants discontinued dasatinib. Participant #1 relapsed with CML after 4 months and required dasatinib reintroduction, but after 4 months he switched to asciminib due to adverse events. Cytokine plasma levels increased upon dasatinib interruption but decreased again after reintroduction. Switching to asciminib was associated with a rebound in cytokine levels. Participant #2 did not relapse during treatment-free remission (TFR), and his cytokine levels remained suppressed since dasatinib was discontinued 8 months ago (fig.).

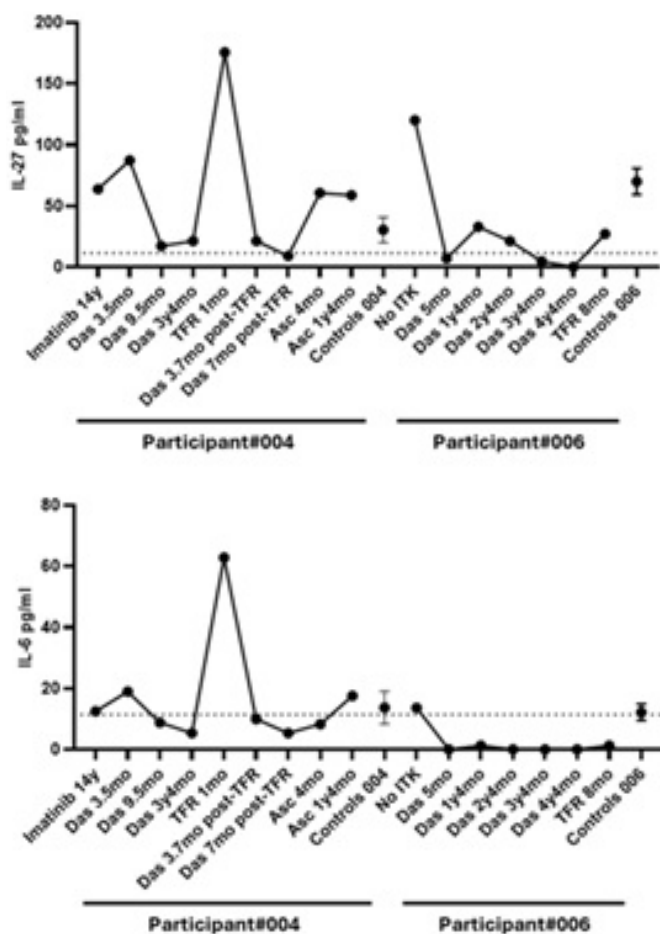
Conclusions: In PWH with CML, dasatinib treatment was associated with a marked reduction in key systemic proinflammatory cytokines, including IL-6 and TNF- α . In Participant #1, cytokine levels increased upon dasatinib interruption but decreased again when it was reintroduced, highlighting a reversible, transient treatment-dependent effect. In Participant #2, similar cytokine suppression was observed but it persisted after dasatinib discontinuation. These findings indicate that dasatinib exerts consistent anti-inflammatory and immunomodulatory activity in PWH *in vivo*, which may help control chronic inflammation during its administration. The variability in the maintenance of this anti-inflammatory effect between participants after discontinuation suggests an immunological or genetic component underlying persistent, selective reprogramming of the immune system in certain individuals.

P-186. CONTROLADORES DE ÉLITE: DESCIFRANDO EL PAPEL DEL MICROBIOMA Y LA INFLAMACIÓN

Elena Moreno¹, Carmen Busca², Claudio Díaz-García¹, Mar Masià³, Vicente Estrada⁴, Jorge Valencia⁵, Ángela Camacho⁶, Alberto Díaz-de Santiago⁷, Ezequiel Ruiz-Mateos⁸, Laura Martín-Pedraza¹, Alejandro G. García-Ruiz de Morales¹, Laura Luna¹, Ana Delgado-Hierro², Santiago Moreno¹ y Sergio Serrano-Villar¹

¹Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ²Hospital Universitario La Paz, Madrid. ³Hospital General Universitario de Elche, Alicante. ⁴Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ⁵Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. ⁶Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ⁷Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda. ⁸Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Los controladores de élite constituyen un modelo de estudio de curación del VIH, por su respuesta inmune específica y supresión viral controlada sin tratamiento. Aunque algunos estudios han apuntado hacia un posible papel del microbioma, la conexión está poco estudiada. El microbioma podría ser uno de los principales factores modificando esta respuesta inmune específica. En este estudio se estableció una cohorte de 37 controladores de élite excepcionales (CEE), definidos como aquellos individuos con replicación sostenida durante más de 10 años (carga viral < 50) sin tratamiento y un nadir de CD4 > 350 células/ μ L (medias: 27 años de control desde el diagnóstico, 568 CD4/ μ L, y ratio CD4/CD8 de 1.0). Se comparó con un grupo control de 33 individuos "progresores" (personas con VIH en tratamiento) con CD4 nadir < 350 células/ μ L), emparejados por edad, sexo y orientación sexual. Tampoco hay diferencias en otras características entre los dos grupos, como factores de riesgo cardiovascular o comorbilidades (medias t-test/ANOVA; proporciones χ^2 /Fisher). Se midió el perfil de expresión de 364 proteínas inflamatorias mediante ensayo de extensión por proximidad (Olink[®]) realizando comparaciones entre grupos mediante test paramétrico (t-test/ANOVA) sobre valores normalizados. El análisis de la composición bacteriana por metagenómica se realizó a partir de ADN de heces utilizando moTUs2 y ANCOM-BC2. Los CEE mostraron una mayor abundancia de especies



bacterianas involucradas en la protección de la barrera intestinal y la función homeostática (ej. *Clostridium*, *Roseburia*, *Parabacteroides*, *Bacteroides*) incluyendo *Faecalibacterium*, género incluido funcionalmente entre los principales productores de butirato. También mostraron mayor abundancia de algunas especies inflamatorias como *Prevotella* sugiriendo que, de forma contraintuitiva, ayudarían a desencadenar respuestas inmunes protectoras y controlar la supresión viral. Además, los CEE mostraron mayores niveles de proteínas relacionadas con la activación inmune (C1QA, IL32, CCL4, STX8, CD4, y ADGRE2) y con la regulación de la respuesta inmunitaria (SIGLEC10, KLRB1, HSD11B1, y KRT19). Estos resultados sugieren que el microbioma de los CEE podría contribuir al control virológico, promoviendo la integridad de la barrera intestinal, disminuyendo por tanto los efectos a este nivel de la depleción linfocitaria e influyendo sobre la respuesta inflamatoria sistémica. Ensayos de inmunostimulación en marcha permitirán investigar esta conexión experimentalmente.

P-187. IMPACT OF DOLUTEGRAVIR (DTG) OR DARUNAVIR/RITONAVIR (DRV/R) -BASED ART ON LONG-TERM VIRAL RESERVOIR DYNAMICS OF VERY ADVANCED ART-NAÏVE PWH: THE ADVANZ-4/MISTRAL TRIAL

Elisa Moraga¹, Daniela Malano-Barletta¹, Alejandro Sánchez-Molina¹, Sònia Vicens-Artés¹, Judicaël Pion¹, Christian Manzano¹, Adrià Curran², Pere Domingo³, Daniel Podzamczar⁴, Roger Paredes⁵, Eva Bonfill¹, Núria Climent¹, Sonsoles Sánchez-Palomino¹, José Alcamí¹ and José M. Miró¹

¹Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona. ²Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. ³Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ⁴Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat. ⁵Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Viral reservoir evolution studies at long term in very advanced naïve patients on antiretroviral therapy (ART) are very limited. The aim was to assess in very advanced ART-naïve people living with HIV-1 (PWH) the long-term impact on proviral reservoir dynamics by comparing a triple DTG-based regimen with a DRV/r ART regimen. The ADVANZ-4 (NCT02337322) is a multicenter randomized clinical trial including 104 ART-naïve advanced PWH (defined as < 100 CD4⁺T cells/mm³). Participants were randomly assigned 1:1 to DTG (N = 52) or DRV/r (N = 52) plus abacavir and lamivudine at standard doses for 96 weeks. Long-term follow-up (5-9 years) was performed in a subset of per-

manently suppressed PWH (plasma VL < 50 copies/mL) (MISTRAL study). The reservoir was analyzed by IPDA in PBMCs at baseline, year-1, year-2 (ADVANZ samples) and at the last timepoint (5-9 years after ART initiation) in 9 and 8 PWH of DTG and DRV/r arms, respectively. CD4⁺T cells percentage was determined by flow cytometry and used for adjusting to HIV-1 DNA copies/10⁶ CD4⁺Tcells. 16/17 PWH (94%) were males and median (IQR) age was 41 (31-47) years. Median (IQR) CD4⁺Tcell count and plasma HIV VL at baseline were 37 (13-60) cells/mm³ and 5.56 (4.91-6.09) log₁₀ copies/mL, respectively. Median (IQR) follow-up was 7 (6-7) years. Figure 1 depicts HIV-1 proviral reservoir at baseline, year-1, year-2 and 5-8 years after ART initiation in both arms. There were non-significant differences in the intact or defective reservoir between both arms in all timepoints. Intact and defective copies/10⁶CD4⁺Tcells significantly decayed during the first year in DRV/r (92.52% from 7,770.46 to 434.07, p-value = 0.0078 and 84.05% from 6140.54 to 1040.71, p-value = 0.0156; respectively). Similar results were found in the DTG arm regarding decay of intact and defective proviruses at year-1 (90.13% from 7,228.35 to 574.96, p-value = 0.0078 and 90.60% from 19,761.83 to 1,543.13, p-value = 0.0039; respectively). Defective proviruses did not change significantly between year-1 and year-2 in any of the arms. In contrast, intact proviruses only significantly decreased at these timepoints on the DTG group (52.23% from 574.96 to 228.75, p-value = 0.0039). Intact copies/10⁶ CD4⁺T cells significantly decayed between year-2 and last control (5-9 years) in DRV/r (a 76.06% from 334.58 to 70.26, p-value = 0.0078) and DTG (78.79% from 228.75 to 68.59, p-value = 0.0039). DTG and DRV/r regimens were highly effective reducing the HIV-1 proviral reservoir in advanced ART-naïve PWH, without differences in all timepoints. The most dramatic decay on intact and defective proviruses (~90%) occurred within the first year. Both ART-arms significantly reduced the intact reservoir at long term.

P-188. T-CELL EXHAUSTION AND TYPE I INTERFERON DYSREGULATION AS CORRELATES OF HIV-1 RESERVOIR SEEDING BEFORE ART INITIATION

Irene González-Navarro¹, Perla Mariana del Rio Estrada², Felipe Ten Caten², Victor Urrea¹, Fernanda Caroline Coirada Oliveira², Giuliana Xavier de Medeiros², Fernanda Romana Bruno², Rafick Sekaly², Javier Martínez-Picado¹, Susan Ribeiro² and Maria Salgado¹

¹IrsiCaixa, Badalona. ²Emory University School of Medicine, Atlanta.

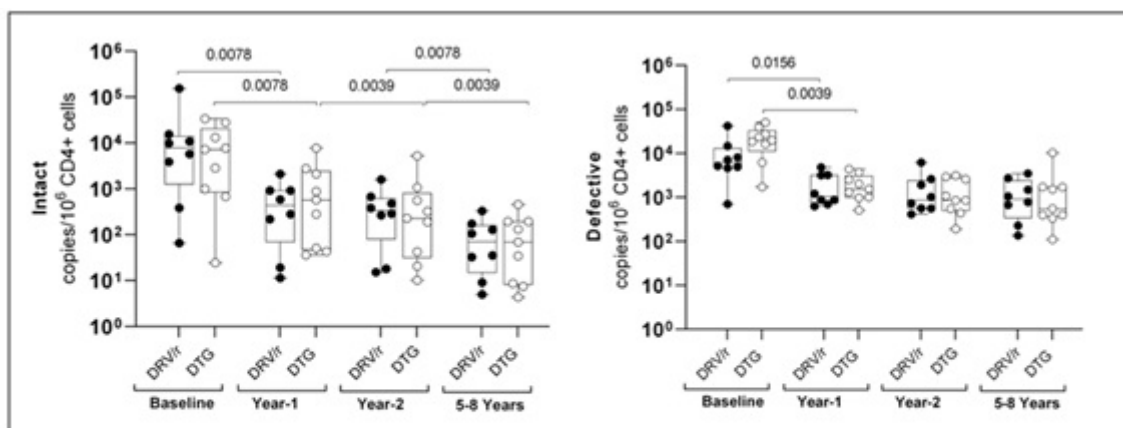


Figure 1 . HIV-1 proviral reservoir at baseline, year-1, year-2 and 5-8 years after ART initiation in both treatment arms (DRV/r or DTG). Intact and defective HIV-1 DNA absolute quantification by IPDA in DNA copies per million of CD4 + T cells. Each dot represents the samples from each study participant. P-values between DTG and DRV groups at a same time-point were obtained from Mann-Whitney tests. P-values between two DTG or two DRV groups at different time-points were obtained from Wilcoxon tests.

Introduction: Despite effective antiretroviral therapy (ART), persistence of the HIV-1 reservoir remains a major barrier to cure strategies. A subset of people with HIV-1 (PWH) can naturally limit reservoir seeding. Elucidating the mechanisms underlying reservoir maintenance or restriction is essential to inform cure interventions. We evaluated soluble inflammatory mediators and cellular factors influencing HIV-1 reservoir seeding in a well-characterized cohort of PWH.

Methods: We selected sixty participants who had been on suppressive ART for > 3 years, spanning a wide range of reservoir sizes (from 0 to ~19,500 HIV-1-DNA copies/10⁶ CD4⁺ T-cells). For each participant, paired pre-ART and post-ART PBMC samples were analyzed using multiparametric flow cytometry with three immune panels (> 50 markers) to profile antiviral responses, exhaustion signatures, and epigenetic landscapes on a FACSymphony™ A5 flow cytometer. Manual gating and unsupervised clustering were applied to identify immune cell subsets associated with reservoir size.

Results: Pre-ART proviral levels were strongly correlated with post-ART reservoir size, indicating that factors influencing reservoir seeding are already present prior to ART initiation. Therefore, we focused on pre-ART immunophenotyping to evaluate predictors of reservoir establishment. Three immune clusters across two panels were significantly associated with pre-ART reservoirs. CD4⁺ T-cell cluster 10, which displayed high levels of exhaustion-related markers (including EOMES, PD-1, SLAMF6, and TOX) was correlated with larger reservoirs, consistent with chronic immune activation and dysfunction. CD8⁺ T-cell clusters 4 and 11 showed reduced expression of IFN-stimulated genes (such as IFIT1, IRF3/7, SIGLEC-1, and STAT1/3) and were associated with larger reservoirs. This suggests impaired IFN signaling results in weaker antiviral responses, which correlates with higher reservoir levels.

Conclusions: We found that immune exhaustion in CD4⁺ T-cells and altered type I IFN-driven activation signatures in CD8⁺ T-cells are associated with HIV-1 reservoir size in individuals on long-term ART. Exhaustion-prone CD4⁺ subsets and IFN-unresponsive CD8⁺ clusters correlated with higher pre-ART reservoir levels, underscoring the complex interplay between chronic immune dysfunction and innate signaling in sustaining the viral reservoir. Future studies will investigate the predictive value of these pre-ART immune markers for the decay of viral reservoir following ART initiation. Additionally, functional studies will evaluate causality and assess whether targeting these pathways can inform the development of novel immune-based interventions aimed at achieving a functional cure.

P-189. LONGITUDINAL TRANSCRIPTOMIC STUDY OF IN VIVO DASATINIB'S REVERSIBLE MODULATION OF ANTIVIRAL IMMUNITY IN AN INDIVIDUAL WITH HIV-1 AND CHRONIC MYELOID LEUKEMIA

Manuel Remesal¹, Mario Manzanares², María José Muñoz García², Rocío González-Soltero³, Vicente Planelles⁴, Adam Spivak⁴, Christian Hoffman⁵, Montserrat Torres² and Mayte Coiras²

¹Universidad Europea de Andalucía, Málaga. ²Instituto de Salud Carlos III, Madrid. ³Universidad Europea de Madrid, Madrid. ⁴University of Utah School of Medicine, Salt Lake City. ⁵ICH Study Center, Hamburgo.

Introduction: Dasatinib, a tyrosine-kinase inhibitor targeting SRC/LCK pathways crucial for T-cell activation, is used for chronic myeloid leukaemia (CML) treatment and may influence HIV-1 persistence and inflammation. About half of individuals achieve durable antileukemic responses even after discontinuation, raising the question of whether similar long-lasting immune effects might occur in people with HIV-1 (PWH). We longitudinally profiled peripheral blood mononuclear cells (PBMC) transcriptomes from an individual with HIV-1 and CML during on-drug exposure and treatment-free remission (TFR) to explore molecular correlates of dasatinib action.

Methods: Single-subject longitudinal transcriptomic study of nine PBMC samples (2019-2023). RNA-seq reads were aligned with STAR and quantified with feature Counts. Differential expression between "on-dasatinib" and "off-dasatinib" periods was performed using DESeq2 (padj < 0.01; |log2FC| > 1.5). Protein-protein interaction (PPI) networks were built with STRING; hub genes prioritized with CytoHubba and functional modules identified with MCODE to define a compact core transcriptional signature.

Results: Global structure cleared separated samples by drug exposure status, with PCA and heatmap analysis of top differentially expressed genes (DEGs) discrimination on-drug vs. off-drug. 1,660 genes differed (761 up- and 899 down-regulated). Functional enrichment analyses highlighted antiviral and innate-immune axes relevant to HIV: interferon signaling; cytokine-cytokine receptor interaction (including "viral protein interaction with cytokines and receptor"); TNF/NF- κ B; MAPK; and NOD-like receptor pathways. PPI analysis uncovered a dense interferon-stimulated subnetwork enriched for antiviral defense, with most interconnected nodes ISG15, OASL, IFIT2, IFIT3, IFIH1, HERC5, RNASEL. Intersection of centrality metrics with MCODE yielded a 19-gene core signature captured by ≥ 2 methods. Longitudinal rlog profiles confirmed reversibility: 17 of 19 hubs and most interferon-stimulated genes rose on-drug, declined off-drug, and re-emerged after re-initiation, while chemokine receptors CCR2/CXCR2 decreased. Transcriptional inflection points aligned with clinical transitions (TFR and restart) across hub-gene and top-20 DEG panels, indicating a time-locked, drug-dependent effect.

Conclusions: Dasatinib induced a reversible antiviral transcriptional program in PBMCs, characterized by up-regulation of interferon-stimulated genes and suppression of chemotactic receptors. These changes were only sustained during drug exposure and were lost at relapse, underscoring the dependency on continuous treatment. From a translational perspective, it suggests that dasatinib can dynamically modulate immune activation in PWH, providing potential biomarkers of exposure and mechanistic insight into how the drug may impact reservoir persistence and inflammation. Although this single-subject analysis demonstrates proof-of-concept for dasatinib's immunomodulatory potential, larger studies are needed to confirm whether similar transcriptomic reprogramming could persist off-treatment in other individuals, as has been described for durable antileukemic effects in CML.

TRACK 09: Virología, epidemiología molecular y mecanismos de patogénesis

P-190. RECICLAJE TELOMÉRICO: UNA VÍA DE COMPENSACIÓN INMUNE MEDIADA POR VESÍCULAS EXTRACELULARES EN LA INFECCIÓN POR VIH

Sergio Grande García¹, Victoria Cairoli², Manuel Llamas Adán¹, Pamela Valva², Violeta Lara Aguilar¹, Luz Martín Carbonero³, Pablo Ryan⁴, María de Lagarde⁵, Ignacio de los Santos⁶, Verónica Briz¹ y Amanda Fernández Rodríguez²

¹Instituto de Salud Carlos III, Madrid. ²Multidisciplinary Institute for Investigation in Pediatric Pathologies, Buenos Aires. ³Hospital Universitario La Paz, Madrid. ⁴Hospital Infanta Leonor, Madrid. ⁵Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ⁶Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Introducción: El VIH mantiene una inflamación residual que induce un estado de agotamiento inmune causado, entre otros, por un acortamiento telomérico. Por esto y por el reciente descubrimiento de que las células presentadoras de antígeno son capaces de empaque-

tar telómeros en vesículas extracelulares (VEs) y transmitirlo a otras células inmunes, hemos querido evaluar la presencia de secuencias teloméricas en VEs y cómo el contenido varía según el estado de infección por VIH o VHC.

Métodos: Se extrajo el DNA total contenido en VEs extraídas del plasma de 26 PVIH coinfectadas con VHC (VIH/VHC) y carga viral indetectable para el VIH. Se incluyeron dos grupos control: PVIH mono infectadas con viremia detectable (CV) ($n = 7$) y un control no infectado por VIH o VHC (CNI) ($n = 10$). Las librerías de DNA se construyeron con el kit NEBNext y se secuenciaron en un Illumina HiSeq2500. Tras el trimado y control de calidad, las secuencias se alinearon con el genoma humano corrigiendo por %GC. Se definieron las lecturas teloméricas (LT) como 7 repeticiones de la secuencia canónica (TTAGGG) con un %GC de 48-52% y se identificaron con dos programas, Telomere Hunter y TelSeq. El conteo de lecturas se normalizó por el tamaño de librería. También se extrajo DNA total de células mononucleares de sangre periférica (PBMCs) y se estimó la longitud de telómero relativa mediante qPCR multiplex monocromática. La inferencia estadística se hizo con los test de Mann-Whitney o de Fisher según el tipo de dato y para la correlación se usó el método Spearman.

Resultados: El 50% de nuestra población son mujeres con una mediana de edad de 49 años, sin diferencias clínico-epidemiológicas entre grupos. De media, un total de 106,8 millones de secuencias filtradas mapearon contra la totalidad del genoma humano, con una cobertura mediana de 23X. Las dos herramientas detectaron LT, mostrando resultados altamente correlacionados entre ellos ($\rho = 0,81$, $p > 0,001$) y con el tamaño relativo de telómero en PBMCs ($\rho = 0,47$, $p = 0,014$; $\rho = 0,44$, $p = 0,024$). El grupo HIV/HCV mostró mayor cantidad de LT contenidas en VEs que los grupos CV y CNI ($p < 0,001$), así como el grupo CV mostró un conteo de LT intermedio entre HIV/HCV y el CNI.

Conclusiones: El contenido telomérico de VEs varía en función el estado inmunológico, siendo mayor en individuos con una mayor activación inmune crónica. El empaquetamiento de secuencias teloméricas en VEs podría constituir un mecanismo compensatorio frente a la inmunosenescencia y el acortamiento telomérico exacerbado en las PVVIH.

P-191. ANÁLISIS DE LA INTEGRACIÓN DEL VIH-1 EN CÉLULAS DE PACIENTES AFECTADOS POR LA DISTROFIA MUSCULAR DE CINTURAS LGMDD2 CAUSADA POR UNA MUTACIÓN EN TRANSPORTINA3

Francisco Díez-Fuertes¹, Mercedes Bermejo¹, Almudena Cascajero¹, Manuela Beltrán¹, Clara Ortíz², Rubén Ayala-Suárez¹, Paloma Jiménez¹, Pilar Martí³, María Calpe², Irene Díaz-Marín¹, María Luisa Navarro-Rico⁴, Joanna Luczkowiak⁴, Pilar Jiménez⁴, Luis Miguel Bedoya⁵, Juan Jesús Vilchez³, Ángel Zaballos⁴, José Alcamí¹ y Javier García-Pérez¹

¹Centro Nacional de Microbiología (Instituto de Salud Carlos III)-CIBERINFEC, Majadahonda. ²Centro de Salud Dolores Cano Royo, Villarreal. ³Hospital Universitari i Politècnic La Fe, CIBERER, Valencia. ⁴Unidad de Genómica, Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda. ⁵Facultad de Farmacia, Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

Introducción y objetivos: La TNPO3 es una importina implicada en el transporte al núcleo de factores de *splicing* como CPSF6, proteína que se une a la cápside del VIH-1 y facilita su traslocación al núcleo. La distrofia muscular de cinturas LGMDD2 es una enfermedad muscular genética muy rara de herencia autosómica dominante caracterizada por una delección heterocigota en el gen TNPO3, que genera una isoforma mutada con 15-aminoácidos adicionales. Estudios previos *in vitro* sugieren que las células de estos pacientes poseen resistencia a la infección por VIH-1. El objetivo del presente trabajo es caracterizar los sitios de integración (SI) del virus en el genoma de las células de estos pacientes.

Métodos: PBMCs de 8 pacientes LGMDD2 y de 7 familiares no afectados por la distrofia fueron aisladas, activadas con CD3+CD28+IL-2 durante 72 horas e infectadas con 50ng de p24/millón de células de NL4.3-Renilla. A las 24h, se evaluó la replicación viral midiendo la actividad luciferasa (Promega) y el ADN genómico fue aislado, fragmentado y se añadieron ligadores específicos para la secuenciación (NEB-Next UltraII FS-DNA Library Prep Kit). Se generaron librerías mediante PCR para la amplificación específica de fragmentos híbridos 3'LTR/5'LTR y ADN genómico que se secuenciaron en MiSeq.

Resultados: La actividad luciferasa fue de $1,942 \pm 1,435$ en pacientes y $3,189 \pm 13,05$ en controles ($p = 0,103$). La secuenciación de los SI de 3 pacientes y 2 controles permitió la identificación de una media de 30,0 y 29,0 SI, respectivamente. En el caso de los pacientes un 70,0% de los SI se encontraron en genes, mientras que en controles fue del 77,6% ($p = 0,31$). Comparando los SI identificados con datos de experimentos de ATAG-Seq de linfocitos T CD4⁺ activados (Proyecto ENCODE), se observó que los provirus integrados en regiones de cromatina accesible disminuyó al 43,3% en pacientes y al 56,9% en controles ($p = 0,11$). El 33,3% de los SI en pacientes se localizaron en dominios asociados a la lámina nuclear (LADs), frente a un 19,0% en controles ($p = 0,057$). No se encontraron SI localizados en centrómeros ni telómeros. Tampoco se observaron diferencias en la densidad génica del entorno de los SI identificados (23,8 y 23,4 genes/Mb en pacientes y controles).

Conclusiones: La mutación genética en TNPO3 observada en las células de pacientes LGMDD2 parece provocar que en las primeras 24 h tras la infección, el VIH-1 disminuya su integración preferente en regiones de cromatina accesible y aumente en LADs, lo que podría explicar parcialmente su resistencia a la infección.

P-192. SOLUBLE EPOXIDE HYDROLASE UNCOVERS DUODENAL BARRIER DYSFUNCTION IN HIV

Salma El Abdellaoui¹, Faust Riu Pons¹, Juan Du¹, Itziar Arrieta¹, Esperanza Cañas¹, Jade Soldado¹, Irene Carbonell¹, Lluís Recasens¹, David Asmuth², Guodong Zhang³, Isabel Arnau-Barres¹, Natalia García-Giralt¹ and Roberto Güerri-Fernández¹

¹Hospital del Mar, Barcelona. ²University of California, Davis, Sacramento. ³University of California, Davis, Davis, California.

Introduction: Gut barrier dysfunction in HIV fuels chronic immune activation. Soluble epoxide hydrolase (sEH) may regulate intestinal permeability, but its role in people with HIV (PWH) is unclear. We investigated whether HIV alters mucosal sEH, its association with tight-junction disruption, and whether antiretroviral therapy (ART) restores barrier function.

Methods: Duodenal and rectal biopsies were obtained from ART-naïve PWH ($n = 18$) at baseline and after 1 year of ART, and from HIV-controls ($n = 10$). Immunohistochemistry quantified sEH, Zonula Occludens-1 (ZO-1), Occludin, and CMV, normalized to DAPI. Mixed-effects models with patient and sample as random effects assessed HIV, site, and time. Geometric mean ratios (GMR) with 95%CI were derived from log-linear coefficients.

Results: At baseline, duodenal sEH was higher in PWH vs. controls (GMR = 1.10, 95%CI 1.01-1.21, $p = 0,027$), while rectal sEH did not differ (GMR = 1.09, 95%CI 0.92-1.30). ZO-1 was elevated in PWH (GMR = 1.25, 95%CI 1.07-1.46, $p = 0,004$). In controls, ZO-1 was higher in duodenum vs. rectum, but in PWH this gradient was reversed ($\beta = +0,177$, $p = 0,016$). sEH strongly correlated with ZO-1 ($\beta = +0,948$, $p = 0,007$). Occludin was unaffected by HIV or site, but increased with CMV replication ($\beta = +0,452$, $p = 0,044$). After 1 year of ART, sEH remained stable (duodenum GMR = 0.96, $p = 0,13$; rectum GMR = 1.02, $p = 0,88$). ZO-1 showed a non-significant rise in duodenum (+18%, $p = 0,15$) and remained stable in rectum (+3%, $p = 0,75$). Occludin and CMV did not change.

Conclusions: HIV is associated with increased duodenal sEH and elevated ZO-1, suggesting impaired barrier integrity not fully restored after ART. The association between sEH and ZO-1 raises the possibility that sEH contributes to mucosal damage and could represent a therapeutic target.

P-193. EFFECT ON HIV-1 RESERVOIR OF RAPID BIC/FTC/TAF INITIATION IN CHRONIC PATIENTS: THE TEST & TREAT STUDY

Sònia Vicens-Artés, Berta Torres, Alejandro Sánchez-Molina, Elisa Morga, Elisa de Lazzari, Carmen Hurtado, Pilar Callau, Raquel Aguiló, Josep Mallolas, José Alcamí and Sonsoles Sánchez-Palomino

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Introduction and objectives: Rapid initiation of antiretroviral therapy (rART) after HIV diagnosis is beneficial for individual and public health since it preserves the immune system and prevents HIV transmission. Bictegravir/emtricitabine/tenofovir alafenamide (BIC/FTC/TAF) is a preferential regimen for initiation therapy due to its characteristics. The objective was to assess the impact on viral reservoir (VR) of rART initiation with BIC/FTC/TAF in people with HIV diagnosed at chronic stage (cPWH).

Methods: We conducted an open-label, single-arm, single-centre 48-week prospective clinical trial in ART-naïve cPWH starting BIC/FTC/TAF within a week from diagnosis (NCT04416906). VR was measured by IPDA (intact and defective copies/ 10^6 CD4⁺T cells) at baseline (w0) and one year (w48) after ART initiation (n = 68). Results were stratified by baseline CD4 count (< 350 vs. \geq 350 cells/mm³) or viral load (VL) (< 50,000 vs. \geq 50,000 copies/mL). Each variable was considered separately as a covariate in mixed-effects log-linear regressions to compare VR across categories and over time. **Results:** 100 cPWH were included: median age was 32 year, in 87% HIV was sexually acquired, 79% were men and 64% of Latin America origin. At w0, median VL was 48,500 copies/mL and mean CD4 and CD8 cell counts were 365 and 949 cells/mm³ respectively. 79% started BIC/FTC/TAF within the first 48 hours after diagnosis. By w48, 92% achieved viral suppression (detectable VL were between 53-120 copies/mL in eight participants) and mean CD4 and CD8 cell counts were 571 and 802 cells/mm³, respectively. When categorized by CD4 counts, VR significantly decayed over time both in < 350 and $>$ 350 CD4/mm³ in intact (3,190.27-391.11 and 1,650.59-179.49, p < 0.001) and defective proviruses (3,885.47-1,969.31 and 763.14-167.91, p < 0.021). In both, VL < 50,000 and $>$ 50,000 copies/mL, VR significantly decreased at w48 in intact (1,206.15-149.84 and 5,326.54-530.24, p < 0.001) and defective proviruses (1,262.40-382.14 and 2,116.70-625.93, p < 0.013) (fig.). CD4 level at w0 was not associated to different magnitudes of VR decrement over time. In contrast, VL \geq 50,000 copies/mL was linked to a more intense reduction of intact (p = 0.023) VR, but not of defective (p = 0.670) VR. VL \geq 50,000 copies/mL shows higher intact (p = 0.042) VR at w0 but at 48w no significant differences in VR were found between both VL categories.

Conclusions: BIC/FTC/TAF is an optimal treatment for rapid ART initiation in chronic PWH. VR decrease was greater in intact proviruses among participants with higher baseline VL, while baseline CD4 count did not influence VR reduction. At w48, levels of VR were similar, independently of VL and CD4 counts at diagnosis.

P-194. IDENTIFICACIÓN DE UNA NUEVA FORMA RECOMBINANTE CIRCULANTE DEL VIH-1 (CRF196_12B) DE ORIGEN ARGENTINO QUE SE PROPAGA EN ESPAÑA

María Barragán Lobede, Elena Delgado, María Moreno Lorenzo, Sonia Benito, Clara Lorente-Sorolla, Miguel Thomson y Grupo de Estudio de Nuevos Diagnósticos de VIH en España

Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda (Madrid).

Introducción y objetivos: La elevada capacidad recombinogénica del VIH-1 ha dado lugar a la generación de más de 150 formas recombinantes circulantes (CRFs), algunas originadas por recombinación secundaria. Aquí identificamos una nueva CRF “de segunda generación” derivada de la CRF12_BF, que circula ampliamente en Argentina, y del subtipo B.

Métodos: En un estudio de epidemiología molecular sobre el VIH-1 en España, identificamos un clúster en proteasa-retrotranscriptasa (PR-RT) de 13 individuos de 6 comunidades autónomas que agrupaba con secuencias de la CRF12_BF, designado BF_12, del cual se obtuvieron secuencias de integrasa de 9 individuos. Mediante descargas de todas las secuencias BF1 de la HIV-1 Sequence Database, buscamos secuencias que agruparan en BF_12. De algunas muestras obtuvimos secuencias de genomas casi completos mediante amplificación en 5 fragmentos. Los árboles filogenéticos se construyeron mediante máxima verosimilitud. Analizamos recombinación mediante *bootscanning* y árboles de fragmentos parciales. El origen temporoespacial del clúster se estimó mediante un método bayesiano.

Resultados: Incluyendo secuencias de bases de datos, BF_12 comprendía en PR-RT 35 virus de 8 países, principalmente de España (n = 13), Argentina (n = 6), Alemania (n = 6) y Reino Unido (n = 4), distinguiéndose 3 subclústeres: español (n = 4), británico (n = 3) y predominantemente alemán (n = 7); y en integrasa, comprendía 16 virus de 5 países. En dicho fragmento los virus eran recombinantes BF1, con dos puntos de corte coincidentes. Los virus recolectados en España eran todos menos uno de individuos varones, diagnosticados entre 2017 y 2024, y de los 11 con datos de vía de transmisión, todos eran de transmisión sexual, siendo al menos 6 hombres que tienen sexo con hombres. Se obtuvieron genomas casi completos (> 8 kb) de 2 virus y parciales (3,6-6,8 kb) de 5, que en árboles filogenéticos formaban un clúster anidado dentro del clado de la CRF12_BF. Mediante *bootscanning* y árboles de segmentos parciales, se determinó que eran recombinantes BF1, con estructuras recombinantes coincidentes, con 11 puntos de corte, 7 coincidentes con la CRF12_BF, presentando 3 segmentos de subtipo B ausentes en la CRF12_BF. Estos resultados permiten identificar una nueva CRF, designada CRF196_12B. Los análisis bayesianos estimaron un origen de la CRF196_12B en Argentina hacia 1998 y del subclúster español en Zaragoza hacia 2018.

Conclusiones: Se ha identificado una nueva CRF del VIH-1 derivada de la CRF12_BF y del subtipo B (CRF196_12B), de origen argentino, detectado en otros 8 países, evidenciándose su circulación en 3 países europeos, lo que muestra la creciente relación entre las epidemias del VIH-1 de Europa y Sudamérica.

P-195. LA EVOLUCIÓN DE VARIANTES DE VIH-1 DIAGNOSTICADAS EN ESPAÑA EN LA ÚLTIMA DÉCADA (2016-2025) REFLEJA DIFERENTES DINÁMICAS DE EXPANSIÓN DE CLÚSTERES DE TRANSMISIÓN ENTRE COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Elena Delgado, María Moreno Lorenzo, Sonia Benito Díez, Clara Lorente-Sorolla, Miguel Thomson Okatsu y Grupo de Estudio de Nuevos Diagnósticos de VIH en España

Centro Nacional de Microbiología, Majadahonda.

Introducción: Desde el año 1998 hemos analizado filogenéticamente secuencias de 17.840 infecciones de VIH-1 en 15 CC.AA. observando un incremento en la distribución de formas genéticas no B a lo largo del tiempo, asociado a su expansión en clústeres de transmisión (CT) y movimientos migratorios. En este trabajo analizamos la distribución de formas genéticas del VIH-1 en la última década en las 8 CC.AA. mejor representadas entre 2016 y 2025.

Métodos: Extracción de ARN de plasma o ADN de sangre de pacientes infectados por VIH-1. Amplificación mediante (RT-)PCR y secuen-

ciación de proteasa-retrotranscriptasa. Análisis filogenéticos con FastTree. Análisis de recombinación mediante *bootscanning*. Comparamos formas genéticas y CT entre 2 periodos: 2016-2020 y 2021-2025 en 8 CC.AA.

Resultados: Analizamos 5.337 secuencias de VIH-1 procedentes de 8 CC.AA.: Aragón (n = 602), Castilla y León (n = 414), Castilla-La Mancha (n = 454), Galicia (n = 466), La Rioja (N = 164), Madrid (n = 1.666), Navarra (n = 362) y País Vasco (n = 1.209). Observamos un aumento de un 3% en formas genéticas no B entre los 2 periodos, que varía entre CC.AA.: de un aumento del 12% en La Rioja, a la disminución del 1,9% en Galicia. Los mayores incrementos se observan en recombinantes (CRFs y URFs) y el principal descenso, en el subsubtipo F1. Estas variaciones se asocian localmente a cambios en los ritmos de expansión de grandes CT: disminución en los CT F1_1 (Galicia) y F1_3 (País Vasco) y de grandes CT de subtipo B: B50, B70 (País Vasco), B167

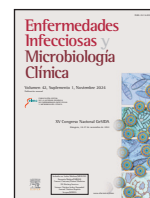
(Castilla-La Mancha), B189 (Aragón). Aumento en la expansión de los CT CRF02_22 (Aragón) y CRF02_16 (País Vasco). Expansión de nuevos CT de CRF192_02A3 en La Rioja, Navarra y País Vasco y de nuevos CT de subtipo B con expansión local: B328, B289 y B261 en Castilla y León, B350 y B323 en País Vasco y B527 en Madrid. Variabilidad en los cambios de la prevalencia de los CT CRF02_1 y A1_1 entre diferentes CC.AA. El 45% de las infecciones no-B correspondieron a españoles, sin diferencias significativas entre los 2 periodos.

Conclusiones: Las fluctuaciones en la distribución de formas genéticas del VIH-1 se asocian a variaciones en los ritmos de expansión de CT, observándose diferencias entre CC.AA. A pesar del descenso en la expansión de grandes CT, posible consecuencia de la implementación de la PrEP en el periodo 2021-2025, identificamos nuevos CT de expansión local que requieren reforzar las estrategias de prevención y mantener la vigilancia epidemiológica molecular.



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



ÍNDICE DE AUTORES

- A**
- Abad, A., 73
 Abad, G., 28
 Abánades, M., 96
 Abdellaoui, S., 126
 Abril, V., 55, 112
 Acosta, I., 58, 59, 60, 111, 114
 Adán, F., 113
 Adán, M., 32, 125
 Adrada, J., 32
 Adrover, A., 102
 Agudo-Lera, M., 20
 Aguilar, L., 29, 94, 117
 Aguilar, V., 32, 125
 Aguilera, A., 4, 106
 Aguilera, M., 11, 36, 37, 41
 Aguiló, R., 8, 127
 Alamillo, M., 103
 Alarcón, E., 27, 99
 Alarcon-Soto, Y., 4
 Alarcón-Soto, Y., 68
 Alba, V., 115
 Albendín-Iglesias, H., 6
 Alberti, A., 108
 Alcalá-Lalinde, A., 120
 Alcamí, J., 8, 32, 33, 51, 124, 126, 127
 Alcaraz, A., 29, 30, 34, 86, 108
 Alcolea, S., 118
 Aldámiz-Echevarría, T., 8, 61, 115
 Aldámiz, T., 65, 75, 76
 Alejos, B., 1, 35
 Alemán, R., 24
 Alfranca, A., 20
 Algar, C., 58, 59
 Al-Hayani, A., 58, 59, 60, 98, 114
 Alía, M., 26
 Alonso, A., 93
 Alonso, B., 112
 Alonso, G., 63
 Alonso, M., 28, 57, 58, 87
 Alonso, P., 77
 Alonso, R., 44
 Alonso, S., 113
 Álvarez-Álvarez, B., 98
 Álvarez, B., 14, 57, 58, 59, 60, 64, 114
 Álvarez, J., 72, 111
 Álvarez-López, P., 5, 122
 Álvarez, M., 42, 107
 Álvarez, P., 3
 Álvarez, R., 37, 42, 55, 85, 107
 Álvarez, R., 12
 Álvarez, S., 47, 54
- Alvis, S., 45, 95
 Amado, L., 12, 18, 37, 42, 55, 107
 Amador, C., 1, 105
 Amador, J., 27, 85, 101, 102, 118
 Ambrosioni, J., 3, 5, 32, 40, 46, 48, 51, 60, 70
 Amengual-Cladera, E., 74
 Amez, M., 42, 73, 90
 Amigot-Sánchez, R., 14, 62
 Amoros, A., 105
 Ampuero, M., 113
 Anaya, B., 27
 Ancochea, Á., 121
 Andal, D., 22
 Andrés, A., 25
 Andreu, A., 102
 Angelo, M., 6
 Angoiti, J., 67
 Anguaita, C., 111
 Añover, J., 29, 45, 94, 117
 Antela, A., 8
 Antelo, K., 11
 Antequera, M., 22
 Aragón, M., 37
 Aragón, P., 44
 Arbonés, L., 63
 Arca-Lafuente, S., 26
 Arcos, M., 5, 63
 Arcos-Rueda, M., 7, 37
 Arenzana, C., 66, 70, 75, 76
 Arevalo, J., 6
 Arévalo, J., 23
 Ariza-Vioque, E., 5
 Armental, B., 39, 54, 82
 Armenteros, I., 29, 95, 117
 Arnaiz, F., 9
 Arnau-Barres, I., 126
 Arnedo, I., 87
 Arreba, P., 48, 51, 60
 Arribas, J.R., 7, 20, 23, 30, 54, 70, 75, 76
 Arribas, M., 28, 81, 113
 Arrieta, I., 6, 31, 126
 Arrieta, M., 60
 Arroyo, S., 31
 Artacho, M., 104
 Artero, R., 53
 Artiaga, C., 85
 Artigues, F., 34, 68
 Asensi-Díaz, E., 98
 Asensi, E., 60
 Asensi, V., 8, 19
 Asiain, A., 13
 Asmuth, D., 31, 126
- Astorga-Gamaza, A., 120
 Atiénzar, P., 113
 Avilés, M., 103
 Ayala-Suárez, R., 32, 126
 Ayala, V., 91
 Ayerbe, C., 13, 28, 108
- B**
- Bachiller, S., 36
 Baeza, A., 84
 Báez, P., 4
 Báguena, C., 6
 Bailón, L., 4, 68, 121
 Ballester, J., 112
 Ballesteros, Á., 18
 Balsalobre, L., 67
 Bañuls, S., 15
 Bao, Y., 119, 120
 Baquero, E., 48, 49
 Barbas, C., 61, 66
 Barberá, J., 13
 Bargiela, A., 53
 Barnabas, S., 18
 Barrachina, L., 31
 Barrado, J., 63, 95
 Barrios, L., 104
 Barros, I., 31
 Barross, I., 83
 Basany, E., 7
 Bauza, N., 47, 50
 Bayón-Gil, Á., 120
 Baza, B., 4
 Bécares, J., 58, 59
 Bedoya, L., 126
 Behar-Lagares, R., 63, 66
 Behuhuma, O., 18
 Béjar, C., 93
 Belda, J., 55
 Belinchón, O., 63
 Bellón, J., 8, 14, 64, 65, 82
 Bello-Pérez, M., 64
 Belló-Pérez, M., 50
 Beltrán, M., 126
 Benavides, C., 75
 Beneitez, O., 12
 Beneitez, Ó., 42, 56
 Benítez, Ó., 37
 Benet, S., 4, 68, 121
 Benhnia, M., 112
 Benito, S., 127
 Benson, A., 101
 Berdices, A., 15
 Berenguer, J., 8, 14, 61, 62, 63, 64, 65, 66
- Berenguez, J., 63
 Berkhout, B., 119, 120
 Bermejo, L., 39
 Bermejo, M., 126
 Bermejo, N., 66, 109
 Bermúdez, E., 65
 Bernal, E., 1, 2, 4, 11, 34, 36, 37, 41, 63
 Bernardino, J.I., 7, 20, 42, 44, 54, 66, 70, 75, 76, 107, 111
 Berrocal, L., 3, 8, 35, 40, 46, 48, 51, 60, 70
 Berzosa, A., 25
 Bisbal, O., 37, 69
 Bisbal-Pardo, O., 39
 Blanco, A., 4, 72
 Blanco, J., 1, 2, 3, 4, 6, 22, 33, 34, 35, 40, 46, 48, 51, 60, 70, 87, 112, 119
 Blanco, M., 104
 Blandino, A., 93
 Blas-García, A., 75, 76
 Blas, J., 27
 Boeckh-Behrens, T., 67
 Boix, C., 105
 Bonfill, E., 124
 Bonilla, M., 58
 Bonill, M., 59
 Bonjoch, A., 73
 Bonnin, O., 106
 Bonumar, S., 24
 Borba, V., 74
 Borredà, C., 110
 Boukichou-Abdelkader, N., 34
 Brañas, F., 23, 79
 Brander, C., 4
 Bravo, B., 100
 Bravo, J., 1
 Brazal, B., 14
 Brines, S., 55, 118
 Briz, V., 26, 32, 125
 Brochado-Kith, Ó., 28
 Broto, C., 5
 Bruno, F., 125
 Brusov, A., 104
 Buchbinder, S., 88
 Buckley, R., 7, 20, 23, 66, 70, 74
 Buca, C., 55
 Buendía, E., 28
 Bujalance, A., 52
 Burgoa, T., 45
 Burgos, G., 108
 Burgos, J., 2, 31, 69
 Burillo, I., 58, 59

- Burns, F., 103
 Busca, C., 2, 11, 54, 75, 76, 123
 Bustillo, M., 69
 Bustinduy-Odrizola, M., 34
 Buzón, L., 11, 12, 24, 36, 37, 42, 43, 107
 Buzón, M., 3, 122
 Buzón-Martín, L., 44
- C**
 Caballero, F., 104
 Caballero, R., 37, 63
 Cabello, A., 11, 24, 36, 37, 42, 57, 107
 Cabello-Clotet, N., 13, 40
 Cabello, N., 11, 28, 29, 36, 37, 95, 117, 122
 Cabello-Úbeda, A., 2, 35, 37, 44, 98
 Cabo, R., 36, 37
 Cabrera, J., 104
 Cabrera-Rodríguez, R., 119
 Cadiñanos, J., 23
 Cairolí, V., 125
 Cairó, M., 37
 Calaf, N., 72, 89
 Calderón, J., 104
 Calderón, R., 36
 Calderón-Vicente, S., 51
 Callau, P., 8, 33, 127
 Calonge, E., 9
 Calpe, M., 126
 Calvet-Mirabent, M., 20
 Calviño, A., 37, 107
 Calvo, B., 85
 Calvo, C., 20, 70
 Calvo, J., 3, 40, 46, 48, 51, 60, 70
 Calvo-Sánchez, H., 77, 116
 Calzado, S., 11
 Camacho, Á., 27, 123
 Camacho, I., 27
 Camino, X., 65
 Campanero, Y., 29
 Company, D., 3
 Campins, A., 16, 53, 55, 69, 106
 Campos-González, G., 2
 Canales, M., 12, 42, 107
 Canals, R., 72
 Cañas, E., 6, 31, 126
 Cañas-Ruano, E., 23, 68
 Cancio-Suárez, M., 5, 15, 52, 58, 80
 Canepa, C., 6, 31
 Cano, C., 23, 80
 Cano, J., 113
 Cano, P., 118
 Cantón, J., 117
 Cantos, A., 20, 30
 Capote, C., 22, 112
 Caraballo, J., 58, 59
 Caraco, Y., 88
 Caramés, N., 56
 Carbó, A., 45
 Carbonell, I., 6, 31, 126
 Carbonero, L., 15, 20, 24, 28, 32, 54, 66, 75, 76, 125
 Cárdenas, S., 27
 Carles, P., 67
 Carmona, E., 22, 112
- Carracedo, R., 106
 Carrasco, I., 78
 Carrillo, J., 4
 Carrillo, R., 90
 Carrilo-Acosta, I., 98
 Casado, B., 56, 107
 Casado, C., 22, 112, 119
 Casado-Fernández, G., 29, 117, 122, 123
 Casado, J., 42, 58, 73, 90
 Casanova, V., 32
 Casas, M., 113
 Cascajero, A., 126
 Cascajero, P., 102
 Castaño, Á., 98
 Castaños, J., 39, 54, 82
 Castelao, S., 92, 111
 Castellví, J., 31
 Castilla, I., 66, 109
 Castilla, V., 50
 Castillo, J., 99, 103
 Castillo, S., 100
 Castro, A., 103
 Castro, J., 30, 32
 Català, F., 4
 Caten, F., 125
 Caudevilla, A., 44
 Cavadas, M., 66, 109
 Cebrián, S., 111
 Cecilio, A., 44
 Centeno, J., 20
 Centeno, M., 56
 Cerezales, A., 44
 Cerrato, J., 15
 Cervero, M., 84, 117
 Chacón, F., 88
 Chafino, S., 22, 99, 115, 122
 Chamorro, E., 35
 Chang, W., 22
 Chaves, B., 53
 Checa, L., 75, 76
 Chica, C., 52
 Chivite, I., 3, 33, 40, 46, 48, 51, 60, 70
 Cibrián, J., 3
 Cifre, A., 52
 Cifre, M., 47, 50
 Cifuentes, M., 78
 Cifuentes, S., 6, 86
 Clavero-Olmos, M., 63
 Climent, N., 8, 32, 124
 Clotet, N., 12, 37, 42, 44, 45, 55, 86, 107
 Cobarsi, P., 121
 Codina, H., 14, 62
 Codonal, A., 34
 Cohort, C., 15, 67
 Coiras, M., 21, 29, 84, 117, 121, 122, 123, 125
 Colina, E., 98
 Colino, E., 25
 Colino, L., 104
 Collado, P., 69
 Coll, M., 53
 Colmenarejo, S., 52
 Colmenero, M., 85
 Compremetidos, G., 95
 Conde, I., 37
 Conde, S., 62
- Conejo, P., 85, 101, 111
 Cordón, A., 35
 CoRIS, C., 9, 15, 16, 40
 CoRIS Group, 8
 Corma-Gómez, A., 27
 Corps, D., 63
 Corredeguas, A., 112
 Cortes, L., 22
 Cortés, L., 31, 112
 Cortizo, S., 106
 Costa, T., 85, 101, 111
 Crestelo, D., 13, 78, 93
 Crestelo, R., 44
 Crussells, M., 1, 2, 11, 36
 Cruz, A., 95, 114
 Cruz, B., 83
 Cuatrecasas, G., 73
 Cubillo, J., 29, 30, 108
 Cubillo, V., 29, 108
 Cuchillo, J., 86
 Cuéllar, K., 37
 Cuenca, P., 67
 Cuevas, G., 14, 76, 97
 Cuevas, P., 105
 Cunyat, F., 4
 Curran, A., 1, 3, 31, 68, 122, 124
 Curto-Ramos, J., 74
- D**
 Dalmau, D., 9
 Dalmau-Bueno, A., 89, 104
 Dans-Vilán, L., 18
 Dato, A., 37, 105, 107
 David, C., 42, 107
 David, D., 44
 de Andrés, C., 36
 de Apodaca, M., 80, 81, 82
 de Botton, C., 103
 de Cabo, F., 73
 de Castro, N., 83
 de Cea, Á., 18, 40
 de Gea-Grela, A., 75, 76
 Degiorgis, R., 25
 de Heredia, I., 99
 de la Fuente, Y., 15
 de Lagarde, M., 7, 32, 64, 93, 125
 del Álamo, M., 56
 del Amo, A., 19
 del Amo, J., 81
 del Amo, M., 34
 de Lazzari, E., 3, 5, 8, 33, 40, 46, 48, 51, 56, 60, 70, 127
 del Barrio, L., 113
 del Campo, S., 58
 del Carlo, G., 97
 Delgado, A., 34
 Delgado, E., 4, 127
 Delgado, L., 71
 Delgado, R., 23
 Delgado-Fernández, A., 77, 116
 Delgado-Hierro, A., 74, 123
 de Llano, M., 6
 del Olmo, L., 53
 de Lomas, J., 91, 94
 de Loreda, N., 5, 97
 del Rey, J., 90
 Deltoro, M., 55
 de Luque, C., 52, 80
 del Valle, M., 13
- del Álamo, M., 12, 42
 de Medeiros, G., 125
 de Mezquía, M., 88
 de Miguel, M., 1, 2, 14, 63, 64, 65
 de Miguel, R., 12, 20, 54, 75, 76, 100
 de Morales, A., 15, 18, 123
 de Nicoló, A., 33
 de Palacios, A., 2
 de Quirós, J., 77, 115
 de Ruiz, C., 84
 De Santiago, A., 11
 de Santiago, A., 2, 36, 42, 55, 95, 107, 114
 Descalzo, V., 122
 de Suso, M., 12, 34, 37, 42, 55, 62
 de Vera, Á., 85
 de Vicente, Á., 73
 de Viñaspre-Hernández, R., 87
 de Zárraga, M., 36, 37
 Díaz-Brito, V., 1
 Díaz-Pallares, M., 80
 Diego, J., 84
 Díez, C., 8, 65
 Díez, S., 20
 Docando, F., 116
 Docón, A., 93
 Domenech, C., 108
 Domingo, P., 1, 63, 65, 124
 Domínguez, J., 31, 83
 Domínguez, P., 98
 Domínguez-Lago, A., 106
 Domínguez-Rodríguez, S., 18
 Dorado, J., 27
 do Rego, A., 77
 Dos Ramos, A., 120
 dos Ramos, Z., 119
 Dronda, F., 23, 34, 79
 Du, J., 6, 31, 126
 Dueñas, C., 1, 43
 Dulsat, G., 73
 Duque, A., 110
 Durán, A., 60, 98
 Díaz, A., 28, 53, 110
 Díaz, D., 67
 Díaz, F., 113
 Díaz, L., 62
 Díaz, M., 37, 42, 44, 85
 Díaz, Y., 103
 Díaz-García, C., 18, 19, 123
 Díaz-Marín, I., 53, 126
 Díaz-Pallarés, M., 52, 80
 Díaz-Poveda, J., 79
 Díez, C., 11, 36, 61, 66, 69, 99, 115
 Díez, S., 127
 Díez-Fuertes, F., 53, 126
 Díez-Vidal, A., 7
 Dólera, C., 86
 d'Avolio, A., 33
- E**
 Echanove, E., 66, 109
 Echevarría, T., 12
 Echeverría, L., 113
 Elanzi, M., 105
 Elías, M., 4
 Elías, M., 15, 52, 80
 Encijo-Heredia, R., 77, 116
 Epalza, C., 98

- Erkizia, I., 2
Escaramis, G., 101
Escolano, R., 15, 67
Escosa, L., 99, 100, 118
Escribà, T., 4
Escrich, C., 12, 37, 42, 44, 56, 107
España, G., 127
Esparis, M., 58, 59
Esparza, A., 72, 93
Espinosa-Aguilera, N., 6
Espinosa, N., 4
Espinoza, C., 104
Estany, C., 73
Esteban-Cantos, A., 7
Estébanez, M., 12
Estévez, S., 14
Estrada, P., 125
Estrada, V., 2, 29, 117, 122, 123
Estripeaut, D., 27
Evans, B., 88
Expósito, E., 66, 109
Expósito, J., 7, 21, 31
Expuestos, S., 102
- F**
Fabo, M., 35
Falces-Romero, I., 98
Falcón, M., 25
Falcó, V., 3, 31, 122
Fanciulli, C., 8, 37, 39, 50, 54, 63, 65, 77, 82, 111, 115
Fanjul, F., 1, 11, 16, 24, 36, 37, 42, 44, 53, 67, 69, 106, 107, 108
Fariñas, C., 63, 65
Fariñas, M., 69
Fariñas, R., 56
Faro-Míguez, N., 68
Faro, N., 5, 27
Fernández, A., 13, 34, 36, 62, 91, 112
Fernández, B., 54
Fernández-Castelao, S., 68
Fernández-Chica, C., 42, 73, 90
Fernández-Cruz, A., 44, 66, 109
Fernández, E., 97
Fernández, F., 54
Fernández-Fuentes, N., 2
Fernández, G., 117
Fernández-González, M., 50
Fernández, I., 58, 59
Fernández, J., 104
Fernández, L., 15, 97
Fernández, M., 6, 78, 107
Fernández, N., 53, 95
Fernández, O., 39, 54, 82
Fernández-Ollero, M., 111
Fernández, P., 108
Fernández-Quiroga, M., 31
Fernández, R., 13, 39, 54
Fernández-Rodríguez, A., 26, 61, 62, 66
Fernández, S., 5
Fernández, V., 79
Ferra, S., 1
Ferre, A., 16, 53, 69, 106
Ferré, A., 110
Ferreira-Tata, C., 35
Ferrer-Arbaizar, J., 68
Ferrer, G., 104
Ferrer, M., 7, 21, 31
Ferrero, Ó., 63, 65
Filigheddu, M., 96
Foncellar, A., 60
Foncellas, A., 3, 40, 46, 48, 51, 70
Fons-Contreras, M., 2, 23, 51
Fons, M., 19
Fontan, M., 106
Fortuny, C., 25
Fraile, L., 4, 27, 88, 93, 96, 111
Fraile, P., 69
Franch, R., 63
Francisco, C., 37
Frías, I., 73
Fuentes, C., 109
Fuentes-Santamaria, N., 87
Fuertes, D., 117
Fuster, D., 40
- G**
Gaidt, M., 120
Gainzarain, J., 107
Gainzarain, J., 44
Galán, J., 4
Galiana, A., 64
Galindo, M., 1, 11, 24, 27, 36, 43, 44, 63, 68
Galindo, P., 6, 13
Galinfo, M., 37
Gallego, B., 58, 59
Gallego, M., 52, 80, 110
Gallo, P., 12, 37, 56
Galparsoro, H., 51
Gamarra, A., 50
García, A., 6, 44, 69, 78, 96
García, Á., 47
García-Abad, P., 56
García-Abellan, J., 64
García-Abellán, J., 42, 50, 69
García, C., 41, 63, 69, 108
García, D., 42, 55, 97, 107, 113
García-Deltoro, M., 103, 112, 118
García, E., 27, 108
García, F., 4, 15, 50, 106
García-Fraile, L., 1, 20, 43
García-Giralt, N., 6, 31, 126
García, I., 73
García, J., 3, 23, 27, 37, 42, 44, 54, 56, 64, 66, 105, 107, 113, 118
García, L., 20, 32, 58, 59, 85, 101, 111
García, M., 12, 24, 37, 40, 42, 48, 49, 55, 92, 93, 96, 107, 111, 112, 113, 125
García, P., 67, 77, 82, 113
García-Pérez, J., 53, 126
García, R., 78, 93, 111
García, S., 32, 125
García, T., 6
García, V., 37, 44
García-Villalba, E., 68
Garcinuño, M., 43
Gargoulas, F., 53, 69, 106
Garmendia, L., 56
Garrido, J., 95
Garrido-Sanz, L., 120
Garrote, E., 69
Gavaldà, M., 108
Gayo, E., 6, 31
Gelabert, A., 52
Gener, E., 106
Gené, S., 121
Genescà, M., 3, 122
Gestantes, C., 102
Gianzo, J., 69
Giaquinto, C., 18
Gil, D., 40
Gil, E., 48, 49, 104
Gil, H., 111
Gil, I., 43, 51, 93
Gil, J., 55, 118
Gil, P., 1, 23
Gimenez, I., 45
Gimeno, A., 36
Giner, L., 63
Gisbert, L., 4, 11, 36
Górgolas, M., 98
Gómez-Alba, J., 99
Gómez-Ayerbe, C., 90, 91, 94
Gómez, C., 9, 16
Gómez-García, T., 40, 103
Gómez, I., 7, 21
Gómez-Lus, V., 93, 100
Gómez, M., 7, 21, 25, 27, 31, 53, 62, 69, 85, 91, 99, 100, 101, 102, 111, 113, 121
Gómez-Muñoz, N., 118
Gómez, N., 112
Gómez, P., 32, 71, 97
Gómez, R., 42, 95
Gómez-Tórtola, A., 115
González, A., 31, 83, 88
González-Baeza, A., 74, 111
González, C., 113
González-Conde, C., 81, 91
González-Cordón, A., 3, 5, 40, 46, 48, 51, 56, 60
González-Cordón, A., 70
González, E., 72
González, F., 13, 44
González-García, J., 14, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 75, 76
González-García, R., 20
González, J., 7, 12, 15, 20, 23, 30, 42, 55, 56, 70, 107, 108, 112
González, M., 15, 30, 64
González-Mena, A., 6, 31
González-Navarro, I., 125
González, P., 66, 91, 109
González, R., 52, 80
González-Recio, P., 81
González-Riano, C., 61
González-Riaño, C., 66
González-Rico, C., 16
González, S., 48, 49
González-Soltero, R., 125
González, T., 8
Górgolas, M., 58, 59, 60, 114
Gramajo, A., 100
Granado, J., 70
Grande-García, S., 26
Grandhi, A., 88
Grasa, C., 100, 118
Grau-Expósito, J., 3, 122
Gregorio, S., 1
Grela, A., 7, 20, 30, 40, 54, 66, 70
Group, C., 8, 101
Group, O., 37
Group, R., 56
Group, S., 5
Group, T., 12, 42
Group, V., 23
Guerrero, J., 15, 92, 109
Guerrero, M., 8, 72, 78, 93, 121
Guerrí-Fernández, R., 1
Güerri-Fernández, R., 6, 31, 126
Guevara, J., 57, 58, 87
Guilera, V., 97
Guillamet, L., 97
Guillén, S., 25, 52, 69, 80, 98, 99, 110
Guirao, A., 12, 37, 42, 44, 56, 107
Gutián, R., 114
Guiu, A., 16
Gutiérrez, A., 13, 104
Gutiérrez, Á., 100
Gutiérrez, C., 13, 71, 97
Gutiérrez, F., 40, 50, 64, 67
Gutiérrez-García, L., 7
Gutiérrez, I., 115
Gutiérrez, L., 30
Guzmán, A., 95, 114
- H**
Hartigan-O'Connor, D., 22
Heredia, R., 91
Hermida, A., 8
Hernáiz, C., 44
Hernaiz, R., 12, 37, 42
Hernáiz, R., 55, 107
Hernández, A., 27, 48, 49, 59, 93
Hernández, B., 110
Hernández, C., 12, 37, 42, 55, 107
Hernández, I., 108
Hernández, M., 27, 86, 108
Hernández-Mora, M., 57
Hernández, R., 57, 58, 87
Hernando, A., 39, 63, 99
Hernando, V., 16, 28
Herrador, P., 30
Herranz, E., 111
Herranz, M., 69
Herrera, A., 15
Herrera-Carrillo, E., 119, 120
Herrera, M., 93
Herrero, C., 15, 27
Herrero, J., 71
Herrero, M., 19, 53
Hidalgo, C., 11, 24, 27, 36, 37, 65
Hidalgo-Tenorio, C., 2
Hierro, A., 70
Hipólito, R., 86
Hoffman, C., 123, 125
Holguín, Á., 29, 30, 99, 108
Holmes-Anton, P., 20
Homar, F., 74
Homen, R., 122
Homony, B., 88
Hontañón, V., 66
Hontañón, V., 61, 62, 63
Hortal, M., 29, 94
Hualde, I., 104
Hurtado, C., 127
- I**

- Ibáñez-Samaniego, L., 62, 63
 Ibarguchi, L., 84
 Ibarra, S., 9
 Ibarrondo, C., 85, 101, 111
 Ibizanda, A., 13
 Iborra, A., 4
 Iglesias, A., 71, 97
 Iglesias-Franco, J., 39
 Iglesias, H., 25, 34, 73, 78, 93
 Illescas, M., 106
 Imaz, A., 4, 15, 34
 Inciarte, C., 3, 48, 51, 60, 70
 Iniesta, C., 80, 81, 82
 Irazola, Á., 24, 55
 Iribarren, A., 95
 Iribarren, J., 4, 63, 69
 Isant, O., 21
 Isbert, S., 12
 Izquierdo, R., 8, 16, 82
- J**
 Jacobs, D., 104
 Jaén, C., 65
 Jaritz, M., 120
 Jarrin, I., 9, 40, 95
 Jarrin, I., 14, 16, 35, 63, 64, 82, 103
 Jaume, M., 67, 110
 Jerez, A., 78, 93
 Jiménez, A., 69
 Jiménez, C., 6
 Jiménez, L., 65
 Jiménez, M., 42, 44, 107
 Jiménez, O., 117
 Jiménez, P., 126
 Jiménez, S., 91
 Jiménez-Sousa, M., 61, 62, 66, 67
 Joaquín, I., 37
 Jódar, M., 27, 108
 Juan, M., 68
 Juanola, D., 13
 Juárez, I., 20
 Juárez-Vela, R., 87
 Juega, J., 73
 Julvez, M., 90
 Jurado, F., 7, 20, 30
- K**
 Kapoor, Y., 88
 Karakosta, A., 103
 Khalsa, S., 88
 Khetan, S., 88
 Kirchhoff, F., 120
 Kissmann, A., 120
 Kiu, H., 22
 Koerting, A., 81
 Kotze, P., 88
 Kroon, P., 119, 120
 Kuhn, L., 18
- L**
 la Calle, B., 12, 37, 56
 la Calle-Jiménez, O., 29, 117
 la Calle, M., 42
 Lacarra, B., 113
 la Fuente, S., 1, 24, 37
 Lafuente, S., 32
 Lagarde, M., 11
 Lagarde-Sebastián, M., 39
 Lagares, G., 22
 Laguna, L., 97, 111
 Laguno, M., 3, 8, 35, 40, 46, 48, 51, 60, 70, 97
 Lain, M., 18
 Lalinde, A., 119
 Lam, A., 22
 Lammersmann, K., 123
 la Mora, L., 3, 40, 46, 48, 51, 60, 70
 Landolfi, S., 7
 Lara-Aguilar, V., 26
 la Rosa, J., 97, 111
 Larrea, B., 47, 50
 Larrubia, J., 77, 91, 116
 la Serna, J., 76
 las Hazas, J., 47, 50
 las Heras, M., 59, 60
 Las Heras, M., 58, 98, 114
 las Revillas, F., 37
 la Tabla, A., 64
 Latorre, L., 23, 39, 50, 54, 77, 82
 la Torre-Lima, J., 94, 109
 la Torre, M., 55
 Latorre, P., 44
 la Vega, M., 101
 Lázaro, A., 34
 Lazaro-Martin, B., 98
 Lazaro-Martín, B., 25, 69
 Lázaro-Martín, B., 68, 99, 118
 Lazarus, J., 82
 Ledesma, C., 50
 Lemus-Aguilar, L., 117, 122
 León, G., 27
 Leon, M., 103
 León, M., 48, 97
 Liaño, F., 112
 Liarte, A., 23
 Liarte, Á., 93, 100
 Lima, J., 91
 Lirola, A., 41
 Liu, C., 6
 Lladó, I., 74
 Llamas-Adán, M., 26
 Llenas-García, J., 12, 37, 105
 Llenas, J., 24
 Lleti, M., 57, 58, 87
 Libre, J., 5
 Lobet, R., 3, 35, 48, 51, 60, 97
 Llop-Herrera, E., 62, 63
 Lorente, B., 110
 Lorente, Y., 47
 Lobato, S., 96
 Lobede, M., 127
 Lobón, A., 53
 Lois, M., 50
 Lois, T., 39, 54, 77, 82
 Lombaard, J., 88
 López, A., 31, 83
 López, B., 93, 105
 López-Centeno, B., 64
 López-Cortés, L., 2, 120
 López-Cruz, I., 63
 López, F., 71
 López, I., 54, 65, 82, 104
 López, J., 14
 López-Jódar, M., 90
 López, L., 50, 64, 86, 95
 López, M., 4, 9, 25, 44, 71, 78, 94, 97, 105
 López, R., 77, 116
 López, T., 41
 Lorente-Sorolla, C., 127
 Lorenzana, J., 27, 99, 100
 Lorenzo, M., 127
 Lorenzo, R., 95
 Lorenzo-Redondo, R., 120
 Lorenzo-Sánchez, I., 119
 Losa, F., 110
 Losa-García, J., 7
 Losa, J., 1, 63, 96, 113
 los Santos, I., 14, 20, 26, 32, 41, 63, 64, 65, 125
 Lozano, A., 107
 Łucejko, M., 104
 Luczkowiak, J., 126
 Luna, L., 19, 79, 123
 Luque, B., 44
- M**
 Maciá, M., 16, 69
 Macias, J., 1
 Macías, J., 13, 27, 35, 94
 Madrid, R., 26
 Magadan, R., 12, 42, 107
 Magadán, R., 37, 56
 Magán, A., 111
 Magdán, C., 44
 Mahecha, H., 93
 Maiga, A., 18
 Malano-Barletta, D., 124
 Maleno, M., 8, 32
 Mallolas, J., 3, 8, 32, 40, 46, 48, 51, 60, 70, 97, 127
 Manclús, A., 111
 Manosalva, J., 121
 Manzanares, M., 21, 123, 125
 Manzano, S., 14
 Manzardo, C., 124
 Marazzi, G., 104
 Marcelo, C., 7, 30
 Marchán, A., 115
 Marcos, O., 81
 Marcotegui, M., 4
 Marfil, S., 119
 Marín, A., 55, 118
 Martínez-Rebollar, M., 46
 Mármol, C., 72
 Márquez, M., 69
 Martí, A., 115
 Martín, B., 85, 101, 102, 111
 Martín, C., 25, 43, 63
 Martín-Bejarano, M., 85, 101
 Martín-Carbonero, L., 14, 26, 64, 65, 70, 75, 76
 Martín-Cortes, S., 90
 Martín-Escolano, R., 61, 62, 66
 Martínez, A., 31, 92, 93, 111, 114
 Martínez, C., 37, 67, 112
 Martínez, D., 12, 55, 112
 Martínez, E., 1, 3, 33, 40, 46, 48, 51, 60, 70, 77
 Martínez, I., 14, 15, 62, 63, 95, 114, 115
 Martínez, J., 12, 113
 Martínez, K., 27
 Martínez-García, S., 106
 Martín Torres, J., 93
 Martínez-Laso, J., 21
 Martínez, M., 15, 23, 45, 47, 70, 79, 114
 Martínez-Martín, P., 7
 Martínez, O., 4, 16, 41
 Martínez-Picado, J., 2, 120, 125
 Martínez, R., 11, 36
 Martínez-Rebollar, M., 3, 40, 48, 51
 Martínez, S., 27
 Martínez-Saenz, L., 87
 Martínez-Sanz, J., 15, 18, 19, 58
 Martínez, V., 96
 Martín-Gayo, E., 20
 Martín, J., 72
 Martín, L., 69
 Martín, M., 67, 108
 Martín, P., 20, 30
 Martín-Pedraza, L., 2, 19, 23, 79, 123
 Martín, R., 101
 Martin, S., 90
 Martín, S., 23, 27, 73, 85, 99, 100, 101, 111
 Martín-Serrano, M., 116
 Martín-Torres, J., 23, 39
 Martí, P., 126
 Mascarell, P., 64
 Masdeu, D., 104
 Masferrer, J., 56
 Masiá, M., 1, 4, 44, 50, 64, 107
 Masià, M., 123
 Massanella, M., 121
 Mata, C., 45
 Matarranz, M., 37, 55, 75, 97
 Mateo, J., 112
 Mateos, E., 21, 29, 31, 36, 117, 121, 122, 123
 Mateos, F., 63
 Matthews, R., 88
 Mauleon, V., 28
 Maure, M., 91
 Mayer, K., 88
 Mediavilla, C., 31
 Medina, A., 69
 Medina, R., 112, 118
 Megías, D., 121
 Melhorado, A., 111
 Mena, M., 13, 35
 Menchén, M., 96
 Mendoza, A., 104
 Mendoza, R., 85
 Menéndez, C., 121
 Menendez, P., 2
 Mengual, I., 111
 Mental, G., 80
 Mérida, D., 103
 Merino, M., 3
 Merino, V., 111
 Mestre, I., 31
 Meulbroek, M., 89, 104
 Mican, R., 37, 66, 75, 76
 Micán, R., 54, 70, 75
 Miguel, N., 66, 109
 Míguez, N., 67
 Mijares, T., 108
 Mingüelez, M., 111
 Mirabent, M., 6
 Miró, E., 106
 Miro, J., 13

- Miró, J., 3, 32, 40, 46, 48, 51, 60, 124
Miro, Ó., 106
Mohamed, K., 57, 58, 87
Mohamen-Balghata, M., 4
Mohedano, A., 96
Moldes, L., 106
Molero, M., 102
Molina, J., 21
Molineris, M., 118
Molino, P., 100
Moltó, J., 4, 21, 68, 121
Monforte, A., 3, 122
Monge, V., 62
Montaner, L., 120
Montejano, R., 1, 7, 20, 30, 54, 70, 75, 76
Montemayor, J., 110
Montero-Alonso, M., 2, 9, 19, 63, 68
Montero, B., 25
Montero, M., 4, 11, 27, 37, 65
Montes, C., 12, 37
Montes, L., 70
Montes, M., 36, 44, 54, 55, 66, 75, 107
Montes, S., 27
Montoya, F., 97
Moraes-Cardoso, I., 4
Moraga, E., 8, 33, 124
Morales, M., 12
Moral, J., 46, 72
Moral, S., 12, 37, 66, 95, 109, 114
Morán, D., 57
Morano, L., 11, 24, 36, 37, 44, 63, 65, 83
Morante, D., 104
Morell, B., 44
Morell, E., 6, 12, 37, 42, 55, 86, 107
Moreno, A., 12, 42, 73, 90
Moreno, B., 56
Moreno, C., 4, 35, 51
Moreno, E., 18, 19, 123
Moreno-García, E., 68
Moreno, J., 7, 68, 86, 111, 122
Moreno, M., 55
Moreno, P., 52, 102
Moreno, R., 68
Moreno, S., 2, 6, 9, 13, 18, 19, 20, 23, 35, 40, 41, 51, 58, 79, 81, 123
Moreno, V., 27
Moreno-Zamora, A., 58
Morgado, M., 15
Morga, E., 127
Morínigo, H., 88
Morón-López, S., 120
Moros, L., 96
Mosquera, M., 33
Mota, I., 3
Mothe, B., 4, 9, 21, 68, 121
Motos, J., 25
Mousavi, A., 73
Muñoz, A., 50, 86
Muñoz, C., 104
Muñoz, E., 57, 58, 87, 104
Muñoz-García, P., 61
Muñoz-Gómez, M., 21
Muñoz, L., 94
Muñoz, M., 32, 57
Muñoz, N., 55
Muñoz, R., 28, 45, 108
Muñoz, S., 15
Murcia, C., 86
Murciano, M., 12, 42, 56
Muriel, A., 51, 52
Murua, P., 97
- N**
Navarro, A., 25, 27, 73, 78, 93
Navarro, G., 4
Navarro-Gómez, M., 68, 98
Navarro, J., 3, 31, 57, 58, 63, 65, 87, 122
Navarro, M., 12, 35, 36, 37, 56, 100, 105, 118
Navarro, R., 52, 65, 80
Navarro-Rico, M., 126
Navarro-Soler, R., 13, 39, 58, 110
Navarro, Y., 62
Negredo, A., 117
Negredo, E., 45, 46, 68, 73
Nhampossa, T., 18
Nicholls, E., 103
Nieto, A., 68
Nieto, G., 121
Nieto, M., 105
Nikolova, S., 111
Nistal, S., 13
Niubó, J., 36
Novella, A., 53
Novella, M., 2
Novo, G., 60
Núñez, Á., 57, 114
Núñez, F., 52
Núñez, M., 95
Núñez-Orantos, M., 29
Núñez, Y., 94, 95
- O**
Ocampo, A., 83
Ocaña, A., 80
Ocete, D., 112
Ocete, M., 118
Okatsu, M., 127
Olalla, J., 4, 16, 22, 34, 46, 67, 112
Oliveira, F., 125
Ollà, I., 81
Olmeda, G., 97
Olmos, C., 55, 86
Olmos, M., 12, 37, 42, 56
Olmos-Mata, C., 95
Oltra, M., 25, 98
Olveira, A., 62, 63
Olvera, Á., 4
Omar, M., 41
Oñate-Vergara, E., 98
Ontañón, N., 95
Ontañón, N., 114
Oranto, M., 94
Orantos, M., 28, 45, 86
Orbegozo, I., 18
Ordóñez, P., 106
Orfila, G., 67
Orozco, N., 99
Ortega, F., 78, 93
Ortí, C., 126
Orviz, E., 14, 64
- Osorio, J., 52, 80
Osorio, L., 104
Otwombe, K., 18
Oualit, F., 36
Oyaga, M., 71
Oyarzabal, A., 96
- P**
Padilla, S., 34, 37, 50, 64
Palacio, A., 12
Palacios, A., 13, 37, 42, 55, 107
Palacios, R., 44, 63, 65, 90
Parbole, P., 97, 111
Pardavila, H., 42, 107
Pardavila, P., 44
Pardo, O., 15, 78, 93
Paredes, R., 4, 124
Parrilla, M., 15
Pasos, E., 12, 37, 42, 44, 56, 107
Pastorio, C., 120
Payeras, A., 74, 89, 102
Pazmiño, J., 27
Pedraza, L., 97
Pedrero-Tomé, R., 43
Pedrosa, J., 92
Peer, A., 88
Pelazas, R., 36
Penalva, A., 105
Peña, R., 108, 110
Peñaranda, C., 25, 43, 51, 73, 78, 93
Peñaranda, M., 12, 37, 106
Peñaranda, P., 93
Peraire, J., 1, 4, 22, 34, 67, 68, 99, 112, 115
Perelló, N., 16
Pérez, A., 5, 113
Pérez, Á., 6, 25, 86
Pérez-Blázquez, L., 29, 84, 122, 123
Pérez, C., 31, 92
Pérez, D., 9, 11, 27, 55
Pérez-Elías, M., 58, 110
Pérez-Elías, S., 15
Pérez, F., 15
Pérez, G., 44
Pérez, I., 85, 101, 111
Pérez, J., 104
Pérez, L., 12, 34, 37, 42, 55, 58, 59, 60, 65, 107, 114
Pérez-Latorre, L., 7, 8, 14, 40, 62, 63, 64, 65, 115
Pérez-Martínez, L., 63, 87
Pérez-Molina, J., 9, 58
Pérez-Monte, B., 96
Pérez, R., 57, 114
Pérez-Somarrriba, J., 65, 122
Pérez-Stachowski, X., 1
Pérez-Tejera, F., 104
Pérez, V., 7, 45, 86, 94, 95
Peris, J., 105
Pernas, H., 5
Pernas, M., 22, 112, 119
Pertejo, J., 53
Pescador, S., 113
Picado, F., 39, 50, 54, 77, 82
Picado, J., 121
Piernavieja, L., 92
Piñas, M., 115
- Pinecki, S., 16
Pinedo, B., 25
Piñeiro, B., 113
Piñeiro, N., 27, 92
Pinilla, J., 87
Pinilla, P., 47
Pino-Platas, J., 20
Pinto, A., 4, 14
Pinto-Martínez, A., 39
Pion, J., 124
Piqueras, M., 100
Pita-Martínez, C., 63, 115
Pitarch, M., 57, 58, 87
Pla, J., 72
Planas, B., 3
Planelles, V., 121, 123, 125
Plank, R., 88
Plaza, L., 55, 78, 93
Plaza, M., 112
Podzamczak, D., 124
Polo, R., 95
Pons, F., 126
Pons-Grífols, A., 119
Poovan, N., 88
Poquet, I., 37
Portilla, I., 4
Portilla, J., 1, 69
Portocarrero-Núñez, J., 82
Poveda, E., 31, 83
Poyatos-García, J., 53
Pozo, A., 57
Pradenas, E., 119
Prado, C., 26
Praetorius, A., 91
Prieto, M., 121
Prieto-Pérez, L., 98
Prouenza, A., 74
Prous, C., 40, 112
Pucci-Molineris, M., 98
Puelles, S., 48, 49, 59
Puertas, M., 120, 121
Puerto, M., 12, 37, 42, 55, 107
Puig, C., 73
Puig, J., 45, 68, 121
Puigmal, E., 72, 81
Pujol, F., 104
Pulido, F., 23, 39
- Q**
Quero-Delgado, M., 14, 115
Quiñones, C., 45
Quintana, C., 99
- R**
Rabasa, J., 111
Rafael, N., 27, 99
Raffo, M., 1, 27
Ramírez, M., 75, 76, 111
Ramos, I., 108
Ramos, J., 84, 99, 105, 111
Ramos, M., 4, 102
Ramos-Ruperto, L., 14, 64
Rando-Segura, A., 122
Raposo, J., 86
Rassool, M., 88
Rava, M., 15, 16, 51, 67
Rayn, P., 79
Rebollar, M., 60
Recasens, L., 31, 126

- Redondo, E., 71
 Reguant-Guitart, J., 89
 Reguant, J., 104
 Regueras, M., 55
 Reinoso, R., 29, 30, 108
 Reis, E., 4
 Relativity, C., 24
 Remesal, M., 125
 Requena, B., 61, 66
 Resa-Infante, P., 2, 19
 Resino, S., 14, 15, 61, 62, 63, 64, 66, 67, 115
 Retamar, S., 73
 Reus, S., 16, 65, 105
 Revillas, A., 93
 Revollo, B., 1
 Rey, A., 108
 Rey, S., 65
 Rial-Crestelo, D., 39
 Rial, D., 5, 24
 Riaño, S., 71, 97
 Ribas, M., 53
 Ribeiro, S., 125
 Ribera, A., 12
 Ricart, C., 112
 Richard, K., 120
 Rico, C., 12
 Rico, M., 109
 Riddler, S., 88
 Riera, M., 4, 16, 53, 69, 106, 108
 Rincón, E., 104
 Ríos-Villegas, M., 16
 Ristovski, M., 104
 Ritonnale, A., 57, 58, 87
 Riu, M., 45
 Rivero, A., 13, 41, 45, 63, 65
 Rivero, Á., 5, 104
 Roa, W., 104
 Robertson, M., 88
 Robledo, M., 104
 Robles, A., 7, 21
 Rodero, F., 23
 Rodés, B., 7, 20, 30
 Rodrigo, P., 60
 Rodríguez, A., 11, 12, 24, 32, 36, 37, 42, 44, 52, 55, 67, 74, 89, 102, 107, 108, 114, 125
 Rodríguez, Á., 113
 Rodríguez-Agustín, A., 32
 Rodríguez-Añover, J., 117, 122
 Rodríguez, C., 18
 Rodríguez, D., 11
 Rodríguez, I., 23
 Rodríguez, J., 20, 103, 105
 Rodríguez, M., 4, 55, 72, 77, 93, 97, 111, 118
 Rodríguez-Mercader, S., 6
 Rodríguez, R., 22, 86, 112
 Rodríguez-Rosado, R., 8, 18
 Rodríguez, S., 63
 Rodríguez-Sauceda, K., 97
 Rojas, P., 104
 Rojo, P., 18, 118
 Roldán, M., 70
 Romero, A., 11, 36, 37, 41
 Romero, B., 15
 Romero, C., 39, 42, 50, 54, 55, 77, 82, 85, 101, 107, 111
 Romero, I., 4, 54
 Romero, L., 16, 34, 37
 Ron, R., 58, 110
 Rosas, M., 80
 Roselló, A., 110
 Rosenau, F., 120
 Rossello, A., 67
 Rossi, P., 18
 Rovira-Barrera, D., 72
 Rovira, C., 8, 33
 Rovira, D., 104
 Royes, R., 72
 Royo, C., 85
 Rubia, R., 84
 Rubio, I., 47
 Rubio-Pérez, A., 116
 Rubio, R., 39, 86
 Rubio, V., 27, 88, 93
 Rueda, A., 94, 121
 Rueda, M., 30, 54, 66, 68, 70, 75, 76, 111
 Ruiz, A., 41
 Ruiz-Alonso, N., 18
 Ruiz, M., 60
 Ruiz-Mateos, E., 123
 Ruiz-Seco, M., 9
 Ruiz-Seco, P., 14, 64
 Rull, A., 22, 99, 112, 115, 122
 Ruperto, L., 30
 Ruz, N., 27
 Ryan, P., 1, 7, 14, 23, 32, 63, 64, 65, 111, 125
- S**
 Sabato, S., 4
 Sábato, S., 21, 68, 121
 Sabogal, S., 29, 94
 Saborido-Alconchel, A., 120
 Sáez, M., 24, 42, 55, 107
 Sagarra, R., 56
 Sainz, M., 103
 Sainz-Pinós, C., 26
 Sainz, T., 25, 98, 100, 118
 Saiz-Baggetto, S., 19
 Salgado, M., 2, 125
 Salom, A., 74, 89
 Salord, O., 56
 Saludes, I., 47
 Sánchez, A., 27, 68, 102
 Sánchez-Aparicio, M., 118
 Sánchez-Barranco, I., 109
 Sánchez, C., 29, 30, 99
 Sánchez-Cerrillo, I., 20
 Sánchez-Conde, M., 23, 58, 79, 81
 Sánchez, D., 45, 46
 Sánchez, E., 59, 113
 Sánchez, I., 22, 112
 Sánchez-López, B., 18, 39
 Sánchez, M., 36, 47, 50, 77
 Sánchez-Madrid, F., 20
 Sánchez-Menéndez, C., 21, 122
 Sánchez-Merino, V., 116
 Sánchez-Molina, A., 8, 33, 124, 127
 Sánchez, N., 85
 Sánchez-Palomino, S., 8, 32, 33, 124, 127
 Sánchez, R., 20, 56, 66
 Sánchez-Villegas, J., 18
 Sanchiz, M., 3, 4
 Sancho, A., 35
 Sanders, R., 4
 Sandonis, V., 22
 Sandonís, V., 112, 119
 San, J., 80
 Sanjoaquín, I., 41
 Santacreu, M., 13, 39, 42, 107
 Santamaria, M., 121
 Santana, P., 53
 Santiago, A., 66, 109, 123
 Santiago, P., 97
 Santiuste, C., 90
 Santos, J., 2, 35, 90, 94
 Sañudo, M., 93
 Sanz, C., 96
 Sanz, J., 4, 11, 14, 37, 42, 43, 62, 63, 64, 65, 80, 107
 Sanz, M., 12, 37, 56
 Sarria, A., 92
 Saucedo, J., 91
 Saumoy, M., 34, 68
 Saz, J., 45, 104
 Schacke, M., 72
 Sebastian, M., 23, 93
 Sebastián, M., 42, 68, 78, 111
 Seco, M., 117
 Sedó, A., 36
 Segal, H., 84
 Segarra, O., 113
 Segovia, M., 52
 Segura, N., 25
 Sekaly, R., 125
 Sempere, A., 3, 33, 40, 46, 48, 51, 60, 70
 Sempere, M., 55
 Sepúlveda-Crespo, D., 14, 115
 Sepúlveda, M., 12, 37, 42, 44, 56, 107
 Serrano, A., 42, 74, 89, 113
 Serrano, J., 67, 93
 Serrano, L., 75, 76
 Serrano-Villar, S., 2, 13, 18, 19, 20, 51, 58, 123
 Shapiro, A., 88
 Sierra, B., 27
 Sierra, J., 81
 Silvariño, R., 63
 Silvestre, C., 81
 Simón, L., 28
 Simón-Rueda, A., 29, 122, 123
 Sinclair, G., 88
 Singh, Y., 88
 Sirvent, J., 25
 Skataric, M., 88
 Smith, C., 27, 100
 Smith, J., 28, 70, 74, 111
 Socias, S., 108
 Solano, F., 76
 Solbes, E., 97
 Soldado, J., 6, 31, 126
 Soler-González, J., 63
 Soler, R., 78, 93
 Soler-Simón, J., 25, 111
 Somarriba, J., 45, 95
 Soria, G., 11, 37
 Soriano, I., 105
 Soriano, R., 91
 Sorni, P., 41, 89, 108
 Sorní, P., 74
 Soto, L., 15
 Sotomayor, C., 91, 94
 Sousa, M., 15
 Sparrer, K., 120
 Spire, B., 103
 Spivak, A., 21, 121, 123, 125
 Suanzes, P., 31, 122
 Suanzes, P., 3
 Suárez-García, I., 16, 35, 40, 76, 103
 Suárez, I., 4, 75
 Suárez-Robles, M., 9
 Suinaga, T., 27
- T**
 Taboada, H., 104
 Tagarro, A., 18
 Tarancon-Diez, L., 68
 Tarancon-Diez, L., 62, 63, 69, 99
 Tarancón-Diez, L., 25
 Tarancón-Diez, L., 98
 Tarazona, E., 51
 Tariq, S., 103
 Tascón, G., 111
 Tatá, C., 16
 Tato, H., 5
 Tato, L., 27, 85, 99, 100, 101, 111
 Tebar, P., 96
 Teira, R., 63
 Tejera, F., 72
 Tejerina, F., 8, 37, 51, 65, 115
 Tejido, S., 57, 58, 87
 Tellería-Gómez, P., 40
 Tellería, P., 27
 Téllez, R., 98
 Tenorio, C., 12, 37, 41, 42, 55, 107
 Tenorio, H., 44
 Terrón, M., 116
 Terrón, S., 52, 80
 Tey, J., 106
 Thompson, M., 4
 Thomson, M., 127
 Tiraboschi, J., 1, 2, 12, 36, 37, 42, 44, 55, 107
 Tiraboschi, J., 11, 36
 Tirado, N., 2
 Toda, S., 85
 Tomás, C., 86
 Tomé, P., 44
 Tomé, R., 12, 37, 42, 56, 107
 Toral, M., 48, 49
 Toril, S., 104
 Torralba, M., 1, 2, 11, 13, 24, 34, 36, 37, 44, 77, 91, 107, 116
 Torras, G., 44
 Torras, S., 37
 Torres, B., 3, 33, 35, 40, 46, 48, 51, 60, 70, 127
 Torres, G., 113
 Torres, J., 78, 93
 Torres, M., 16, 84, 117, 121, 122, 123, 125
 Torres, P., 97, 111
 Torres, R., 13, 14, 23, 64
 Torrijos, M., 121
 Torrús, D., 105
 Tórtola, A., 50
 Trenchs-Rodríguez, M., 6, 31
 Triana, O., 70
 Trinité, B., 119

- Troya, J., 2, 11, 24, 36, 37, 43, 44, 75, 76
 Tsukalov, I., 20, 31
 Turón, C., 22, 112
- U**
 Úbeda, A., 12, 23, 55, 57, 58, 59, 60, 114
 Ugarte, S., 4
 Uria, A., 50
 Urrea, V., 120, 125
 Urteaga, A., 12, 56, 107
 Urteaga, L., 44
- V**
 Vacas, A., 103
 Vadell, I., 104
 Valbuena, D., 104
 Valdés, E., 114
 Val, E., 27
 Valencia, E., 8
 Valencia, J., 14, 27, 65, 123
 Valenzuela, A., 22
 Valenzuela-Fernández, A., 119
 Valera, M., 112
 Valero, J., 106
 Valero, P., 45
- Valk, M., 103
 Valle, A., 74
 Vallejo, A., 42
 Vallejo, B., 25
 Vallespir, A., 52
 Valls-Carbó, A., 95
 Valls, M., 4, 12, 37, 42, 44, 55, 107
 Valva, P., 125
 Vanrell, A., 53, 69, 106, 110
 Vázquez, M., 1
 Velasco, E., 47
 Velasco-Hernández, T., 2
 Velayos, R., 81
 Vélez-Díaz-Pallarés, M., 58, 110
 Veloso, S., 63
 Ventero, M., 105
 Vera, M., 5, 27, 64, 95
 Verdú, J., 6, 51, 86
 Vergara, E., 25
 Vesay, M., 88
 Vicens-Artés, S., 8, 33, 124, 127
 Vicente, A., 68
 Vicente, E., 28
 Vicente, M., 53
 Vicente, N., 12, 56
 Vicente, R., 44
 Víctor, V., 122
- Vidal, A., 20, 30
 Vidal, F., 22, 99, 112, 115
 Vidal, L., 67
 VIH, P., 28
 Vilades, C., 22, 112
 Viladés, C., 99, 115
 Vilán, L., 111
 Vilchez, J., 126
 Villalba, E., 6, 86
 Villalobos, M., 90
 Villán, L., 92
 Villaplana, L., 108
 Villar, A., 47
 Villar, B., 115
 Villatoro, L., 27
 Villaverde, M., 55
 Villegas, J., 8, 69
 Villoslada, A., 1, 63, 67, 74, 89, 102, 108
 Vinagre, J., 13
 Vinuesa, D., 11, 24, 36
 Violari, A., 18
 Virgós, C., 62
 Virseda-Berdices, A., 14, 61, 63, 66
 Visedo, A., 66, 109
 Vitallé, J., 22
 Vivancos, M., 11, 14, 15, 36, 37, 42, 44, 55, 58, 63, 64, 65, 107
- Volny-Anne, A., 103
- W**
 Westermeyer, E., 86
 White, T., 82
 Wikman-Jorgensen, P., 105
 Wyen, C., 123
- Y**
 Yáñez, S., 27, 99, 100
 Yang, A., 113
 Yebes, N., 104
 Yeguas, I., 27, 92, 94, 111
 Yuste, E., 116
 Yu, Z., 119, 120
- Z**
 Zaballos, Á., 126
 Zambrano, A., 91
 Zamora, A., 52, 80, 110
 Zaragoza, I., 56
 Zhang, C., 88
 Zhang, G., 126
 Zidouh, A., 106
 Zurita, M., 62