



Guia sobre

la infecció pel VIH i la sida

a l'atenció primària



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Biblioteca de Catalunya - Dades CIP

Guia sobre la infecció pel VIH i la sida a l'atenció primària

Bibliografia

ISBN 978-84-393-7442-8

I. Catalunya. Departament de Salut

1. Infeccions per VIH 2. Sida 3. Atenció primària

616.988-082

© Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Edita: Direcció General de Salut Pública

Segona edició: Barcelona, juny de 2007

Tiratge: 5.000 exemplars

Dipòsit legal: B-4633-2007

Direcció editorial: Pau Tutusaus (responsable
de Publicacions, Imatge i Difusió Corporativa
del Departament de Salut)

Assessorament lingüístic: Secció de Planificació Lingüística

Disseny gràfic: Quadrat, SL

Impressió: SYL, Creaciones Gráficas y Publicitarias, S.A.

Agraïments

A tots els autors que han col·laborat en l'edició d'aquesta *Guia* i també als que varen participar en l'edició de la primera *Guia sobre la infecció pel VIH i la sida per a professionals d'atenció primària* que va editar el Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya l'any 1994 i, molt especialment, al Dr. Martí Vall que a més de ser uns dels autors va ser un dels coordinadors d'aquella edició.

Al Dr. Ferran Bolao, per la gentilesa de cedir-nos les il·lustracions del capítol referent a manifestacions clíniques de la infecció causada pel VIH.

A tots els professionals de l'atenció primària de salut i a totes les persones infectades i afectades pel VIH.

Direcció

Antoni Plasència. Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

Albert Giménez. Programa per a la Prevenció i Assistència de la Sida. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

Coordinació

Mireia Alberny. Especialista en medicina familiar i comunitària. Institut Català de la Salut

Remei Aguilera. Programa per a la Prevenció i l'Assistència de la Sida. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

Autors

Aguilera, Remei. Diplomada en infermeria. Programa per a la Prevenció i l'Assistència de la Sida. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Alberny, Mireia. Especialista en medicina de família i comunitària. ABS Malgrat de Mar (juny 2000-juny 2003) / ABS Passeig de Sant Joan (Barcelona ciutat). Unitat Docent de Medicina de Família i Comunitària de Barcelona ciutat (ICS). Membre del Grup de Treball sobre VIH/sida de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària.

Binefa, Gemma. Especialista en Medicina Preventiva i Salut Pública. Registre de casos de Sida del Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la sida de Catalunya (CEESCAT), en el període 2003-2005. Servei de Prevenció i Control del Càncer, Institut Català d'Oncologia (ICO). Departament de Salut.

Bolao, Ferran. Especialista en medicina interna. Unitat de Drogodependències. Servei de Medicina Interna. Hospital de Bellvitge (l'Hospitalet de Llobregat).

Campins, Magda. Especialista en medicina preventiva. Servei de Medicina Preventiva i Epidemiologia. Hospital de la Vall d'Hebron (Barcelona).

Carrillo, Ricard. Especialista en medicina de família i comunitària. ABS La Florida Nord (l'Hospitalet de Llobregat). Membre del Grup de Treball sobre VIH/sida de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària.

Casabona, Jordi. Epidemiòleg. Director del Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la Sida de Catalunya (CEESCAT). Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Hospital Trias i Pujol (Badalona).

Cots, Josep M. Especialista en medicina familiar i comunitària. ABS Carles Ribas (Barcelona). Unitat Docent de Medicina de Família i Comunitària de Barcelona ciutat (ICS). Coordinador

del Grup de Treball sobre Malalties Infeccioses de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària.

Fortuny, Clàudia. Especialista en pediatria. Unitat Integrada de Pediatria. Hospital Sant Joan de Déu-Hospital Clínic (Esplugues de Llobregat).

Garrido, Patrici. Coordinador del Programa de vacunacions internacionals i consells als viatgers de la Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Gil, Immaculada. Especialista en medicina de família i comunitària. ABS Carles Ribas (Barcelona).

Jiménez, Visitación. Diplomada en infermeria. Hospital de la Creu Roja (l'Hospitalet de Llobregat).

Mansilla, Rosa. Diplomada en infermeria. Programa per a la Prevenció i l'Assistència de la Sida. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Marcos, Andreu. Tècnic superior en salut pública de la Generalitat de Catalunya. Metge dels serveis penitenciaris de la presó Model (Barcelona).

Martínez, José Luis. Tècnic superior en salut pública. Programa per a la Prevenció i l'Assistència de la Sida. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Mascort, Juan José. Especialista en medicina de família i comunitària. ABS La Florida Nord (l'Hospitalet de Llobregat). Coordinador del Grup de Treball sobre VIH/sida de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària.

Mendive, Juantxo. Especialista en medicina de família i comunitària. ABS La Mina (Sant Adrià de Besòs). Membre del Grup de Treball sobre VIH/sida de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària.

Muñiz, Carles. Especialista en odontologia. ABS Pineda de Mar.

Puigdemgolas, Xavier. Especialista en medicina de família i comunitària. ABS La Florida Nord (l'Hospitalet de Llobregat). Membre del Grup de Treball sobre VIH/sida de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària.

Ros, Rosa. Màster en biopatologia de la dona i ginecòloga preventiva. Directora del Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat (CEJAS) (Barcelona).

Segú, Marisol. Especialista en medicina interna. ABS Casc Antic (Barcelona).

Valverde, Clara. Diplomada en infermeria. Òrgan Tècnic de Drogodependències. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Índex

PRESENTACIÓ	11
INTRODUCCIÓ	13
ABREVIACIONS	15
I. ASPECTES GENERALS DE LA INFECCIÓ PEL VIH I LA SIDA	19
1. Epidemiologia de la infecció pel VIH i la sida	19
2. Mecanismes de transmissió	28
3. Història natural de la infecció pel VIH	31
4. Diagnosi serològica de la infecció pel VIH	38
5. Protocol de declaració de cas de sida	44
6. Bibliografia consultada	46
II. MANIFESTACIONS CLÍNiques DE LA INFECCIÓ PEL VIH I ALTRES PATOLOGIES RELACIONADES	49
1. Infeccions oportunistes (IO) i coinfeccions associades	49
2. Malalties de transmissió sexual (MTS)	57
3. Manifestacions neurològiques	64
4. Sarcoma de Kaposi (SK)	66
5. Limfomes associats a la infecció pel VIH	69
6. Manifestacions mucocutànies	71
7. Manifestacions psíquiques	78
8. Altres manifestacions clíniques	81
9. Bibliografia consultada	88

III. ASPECTES TERAPÈUTICS DE LA INFECCIÓ PEL VIH	91
1. Tractament antiretroviral	91
2. Profilaxi de les infeccions oportunistes.....	105
3. Tractament de les infeccions oportunistes.....	109
4. Profilaxi química per postexposició accidental.....	111
5. Bibliografia consultada.....	116
IV. IMMUNITZACIONS EN EL PACIENT ADULT AMB INFECCIÓ PEL VIH	119
1. Consideracions específiques per a l'ús d'algunes vacunes	119
2. Vacunes mortes o inactivades.....	120
3. Vacunes vives atenuades	122
4. Altres vacunes, immunoglobulines i profilaxis en cas de viatges internacionals.....	123
5. Bibliografia consultada.....	125
V. PREVENCIÓ DE LA TRANSMISSIÓ DE LA INFECCIÓ PEL VIH	127
1. Estratègies de prevenció en la infecció pel VIH	128
2. Prevenció de la infecció per via sexual	129
3. Prevenció de la transmissió vertical o perinatal	138
4. Prevenció de la transmissió per via parenteral.....	144
5. Prevenció de la infecció pel VIH en el medi sanitari	147
6. Bibliografia consultada.....	151
VI. ACTUACIONS EN APS EN RELACIÓ AMB LA INFECCIÓ PEL VIH EN LA POBLACIÓ JOVE I ADULTA	153
1. Justificació de la intervenció de l'APS	153
2. Tipus d'intervencions a realitzar en l'APS.....	154
3. Detecció de comportaments de risc enfront del VIH.....	155
4. Indicacions de la prova serològica del VIH	160
5. Aconsellament abans i després de la prova serològica. Comunicació dels resultats.....	164
6. Actuacions en el pacient seronegatiu amb pràctiques de risc	174
7. Avaluació inicial del pacient adult infectat pel VIH.....	174
8. Seguiment del pacient amb infecció pel VIH a l'APS.....	177
9. Criteris clínics i biològics de derivació del pacient amb infecció pel VIH	178
10. Maneig de situacions especials a l'APS	180
11. Promoció d'hàbits saludables i altres cures en el pacient amb infecció pel VIH.....	182
12. Nutrició i infecció pel VIH.....	190
13. Educació sanitària	201

14.	La reproducció en les parelles serodiscordants	203
15.	Actuacions en el pacient amb sida terminal	204
16.	Bibliografia consultada	210
VII.	LA INFECCIÓ PEL VIH EN LA POBLACIÓ INFANTIL	213
1.	Transmissió del VIH-1	213
2.	Mètodes diagnòstics de la infecció pel VIH	214
3.	Control i seguiment dels nens exposats i infectats pel VIH	214
4.	Manifestacions clíniques de la infecció pel VIH en l'edat pediàtrica	221
5.	Classificació de la infecció pel VIH-1 en l'edat pediàtrica	222
6.	Aspectes terapèutics de la infecció pel VIH-1 en l'edat pediàtrica	222
7.	Bibliografia consultada	229
VIII.	LA INFECCIÓ PEL VIH EN LA DONA	231
1.	La vulnerabilitat en la dona	231
2.	Consideracions específiques en la dona infectada pel VIH	232
3.	Alteracions ginecològiques	233
4.	Embaràs	235
5.	Consell reproductiu i anticoncepció	235
6.	Bibliografia consultada	238
IX.	LA INFECCIÓ PEL VIH EN DETERMINATS GRUPS DE POBLACIÓ	239
1.	Usuaris de drogues per via parenteral (UDVP)	239
2.	Població penitenciària	245
3.	Immigrants	250
4.	Treballadors del sexe comercial	254
5.	Joves i adolescents	257
6.	Bibliografia consultada	263
X.	ASPECTES ETICOLEGALS DE LA INFECCIÓ PEL VIH	267
1.	Infecció pel VIH/sida i dret laboral	267
2.	Infecció pel VIH/sida i dret a l'educació	268
3.	Infecció pel VIH/sida i família	268
4.	Infecció pel VIH/sida i dret a l'assistència mèdica	269
5.	Infecció pel VIH/sida i dret a la confidencialitat	269
XI.	ASPECTES SOCIO SANITARIS DE LA INFECCIÓ PEL VIH	273
1.	Atenció social comunitària	273
2.	Atenció social individual i familiar	274

XII. RECURSOS I PRESTACIONS PER AL PACIENT AMB INFECCIÓ PEL VIH	277
1. Finançament dels medicaments pel sistema nacional de salut	277
2. Pensions.....	278
3. Programa Dida	279
4. Bibliografia consultada	282
XIII. LLISTA D'ADREÇES I TELÈFONS ÚTILS	283
1. Organitzacions no governamentals d'ajuda a la sida	283
2. Informació telefònica confidencial	287
3. Unitats d'infeccions de transmissió sexual (UITs) on es pot realitzar la prova d'anticossos anti-VIH	287

Presentació

L'any 2006 es commemoren els 25 anys de l'aparició dels primers casos de sida. Des d'aleshores, a Catalunya i als països on es disposa del tractament antiretroviral per afrontar la progressió de la infecció pel virus de la immunodeficiència humana (VIH) s'han produït molts canvis. Caldria destacar però, com a fet més remarcable, que en els seus inicis, l'epidèmia va crear una situació d'alarma social pel desconeixement de la nova infecció, pel fet que provocava una alta letalitat i que aquesta estava concentrada en uns col·lectius molt específics amb pràctiques d'alt risc. En contrast amb aquesta realitat, actualment s'ha detectat que la població en general s'ha relaxat en el comportament i l'adopció de mesures preventives, i que la infecció s'ha estès al conjunt de la societat, atesa l'eficàcia del tractament.

Aquesta actitud podria crear un nou ressorgiment de la transmissió del VIH, sobretot per la via sexual, com també l'increment d'altres infeccions de transmissió sexual (sífilis, gonorrea, clamídia i tricomonos), fet del qual ja se'n té una evidència constatada. En aquest sentit, les institucions sanitàries i els seus professionals hem de contribuir que no es consolidi aquesta falsa sensació d'impunitat respecte a la infecció, incentivant els elements d'educació sanitària, la utilització de les mesures preventives i el diagnòstic precoç.

D'una altra banda, aquest canvi en la transcendència de l'epidèmia requereix la implicació, cada vegada més estreta, dels dispositius d'atenció primària (AP) com a complement de l'assistència especialitzada. La realitat en l'abordatge de l'atenció sanitària del VIH/sida a casa nostra ha canviat significativament. Els recursos de què, en el seu moment, es va haver de disposar per atendre l'alt grau d'hospitalització dels pacients i d'atenció sociosanitària en el seu vessant pal·liatiu han canviat radicalment. En l'actualitat, s'ha passat a una atenció sanitària més ambulatoria i descentralitzada, i s'ha vist la necessitat de crear centres d'acollida per a la reinserció social i laboral.

En aquest context l'AP ha de jugar el seu paper. Per això, a més de posar l'èmfasi en l'educació sanitària des de la consulta i l'entorn comunitari, en la detecció de conduc-

tes que hagin pogut motivar situacions de risc d'infecció i en el cribratge de les persones tributàries de la pràctica dels tests de diagnòstic, els professionals d'AP han d'anar més enllà i involucrar-se en el seguiment clínic i la millora de l'adhesió al tractament.

Entre les prioritats del Departament de Salut hi ha la de donar més relleu a l'atenció primària de salut com a element més pròxim als ciutadans, així com la de dotar la salut pública del paper cabdal que li correspon. Les estratègies per fer front a l'epidèmia del VIH/sida que es volen reflectir en aquesta nova edició de la *Guia sobre la infecció pel VIH i la sida a l'atenció primària* no n'han de ser una excepció i també s'emmarcarien en aquesta nova trajectòria que estem emprenent.

Marina Geli

Consellera de Salut

Introducció

Amb l'aparició de les noves teràpies contra el VIH, la infecció causada per aquest virus ha passat de ser una malaltia crònica progressiva amb un desenllaç de mort al cap de 5-12 anys, a ser també una malaltia crònica amb llargues fases asimptomàtiques i per a la qual l'estimació de supervivència podria arribar a ser de fins a 30-35 anys, segons apunten alguns estudis. D'altra banda, les teràpies actuals han modificat qualitativament i quantitativa (freqüència, gravetat, mortalitat, discapacitats, etc.) l'espectre clínic dels esdeveniments patològics associats al VIH, de tal manera que les necessitats assistencials dels pacients són diferents de les que tenien anys enrere, tant des del punt de vista sanitari com social. És per aquest motiu que el maneig correcte de la infecció pel VIH s'ha de basar en l'abordatge integral de la persona infectada, amb la intervenció multidisciplinària dels equips de salut a fi de poder donar resposta a les diferents situacions que es puguin presentar en el decurs del procés.

Històricament, la implicació de l'atenció primària de salut (APS) respecte a la infecció pel VIH ha estat més aviat pobre. Les raons podrien ser diverses, entre d'altres: la manca de formació específica dels professionals d'APS; el fet de ser la infecció pel VIH un problema de salut poc prevalent comparat amb altres problemes de salut habitualment assumits en el primer nivell assistencial; el fet de ser una malaltia de tractament complex i tradicionalment relacionada gairebé de forma exclusiva en el nostre medi amb el món especialitzat hospitalari, etc.

No obstant això, hi ha una sèrie de motius pels quals la intervenció de l'APS en la infecció pel VIH està justificada amb escreix. D'una banda, motius inherents a la pròpia infecció como són el fet que es tracta d'una malaltia prevenible amb tendències canviants quant als grups de població que pot afectar, amb una important repercussió sociodemogràfica i que constitueix un problema de salut pública. D'altra banda, les característiques pròpies de l'APS, que garanteixen una atenció pròxima, accessible, global i continuada en el temps a les persones a càrrec, en la qual participen de forma complementada diversos professionals, la converteixen en el marc idoni per al desenvolupament de tasques preventives i de promoció de la salut.

Els tipus de intervencions que es poden dur a la pràctica en l'APS per tractar la malaltia poden ser diverses, segons la prevalença de la infecció en la població atesa i els mitjans i recursos disponibles de cada equip. Segurament, les intervencions més importants i que constitueixen tot un repte per a l'APS són les de tipus preventiu, en un intent d'evitar l'aparició de nous casos d'infecció pel VIH; però l'avaluació del pacient infectat i el seguiment d'aquest en el decurs de tot el procés evolutiu, la provisió de les cures de salut de la mateixa manera com es proporcionen a la resta de la població general, així com una participació activa i complementària de la del nivell especialitzat amb relació al correcte compliment terapèutic, són altres intervencions en què l'APS té un paper fonamental i definit.

Aquesta nova *Guia sobre la infecció pel VIH i la sida a l'atenció primària*, que és la continuació de l'editada l'any 1994 pel Departament de Salut, vol ser una eina útil i facilitadora per als professionals del primer nivell assistencial a l'hora d'establir estratègies preventives i actuacions clíniques relacionades amb la infecció pel VIH amb la finalitat de contribuir a la millora de l'atenció a les persones afectades.

Antoni Plasència

Director general de Salut Pública

Abreviacions

3TC	lamivudina
ABC	abacavir
Ac	anticòs
ADN	àcid desoxiribonucleic
ADNc	àcid desoxiribonucleic complementari
ADR	adriamicina
Ag	antigen
AgHBc	antigen del nucli del virus de l'hepatitis B
AgHBs	antigen de superfície del virus de l'hepatitis B
ALAT	alaninaaminotransferasa
APS	atenció primària de salut
APV	amprenavir
ARN	àcid ribonucleic
ARV	antiretroviral
ASAT	aspartataminotransferasa
AVC	accident vascular cerebral
AZT	zidovudina
BCG	bacil de Calmette-Guérin
CD4	limfòcits CD4
CD8	limfòcits CD8
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CEESCAT	Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la Sida de Catalunya
CIN	neoplàsia cervical intraepitelial (<i>cervical intraepithelial neoplasia</i>)
CMV	citomegalovirus
CPK	creatina-cinasa
CYP3A4	una de les diverses classes que es coneixen del citocrom P 450
d4T	estavudina
ddC	zalcitabina
ddl	didanosina

DLV	delavirdina
DTP	vacuna contra la diftèria, el tètanus i la tos ferina
EFV	efavirenz
EIA	enzimoimmunoassaig
ELISA	enzimoimmunoassaig (<i>enzyme-linked immunosorbent assay</i>)
FA	fosfatasa alcalina
FTA	prova serològica treponèmica que detecta anticossos del <i>Treponema pallidum</i> (<i>fluorescent treponema antibody</i>)
G-CSF	factor estimulator de colònies de granulòcits (<i>granulocyte colony stimulating factor</i>)
GM-CSF	factor estimulator de colònies de granulòcits i macròfags (<i>granulocyte-macrophage colony stimulating factor</i>)
GOT	transaminasa glutamicooxalacètica
GPT	transaminasa glutamicopirúvica
HAART	teràpia antiretroviral altament activa (<i>highly active antiretroviral therapy</i>)
Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> tipus b
HPL	hiperplàsia pulmonar limfoide
HSG	herpes simple genital
HSV-1	virus de l'herpes simple tipus 1
HSV-2	virus de l'herpes simple tipus 2
HVH-8	herpesvirus humà tipus 8
IDV	indinavir
IFI	immunofluorescència indirecta
Ig	immunoglobulina
IgG	immunoglobulina G, que conté cadenes pesants gamma
i.m.	intramuscular
IO	infeccions oportunistes
IP	inhibidor de la proteasa
ISRS	inhibidors selectius de la recaptació de serotonina
ITI	inhibidor de la transcriptasa inversa
ITIN	inhibidor de la transcriptasa inversa anàleg de nucleòsid
ITINN	inhibidor de la transcriptasa inversa no anàleg de nucleòsid
i.v.	intravenós/osa
K	potassi
LACG	limfoma anaplàsic de cèl·lules grans
LCP	limfoma cerebral primari
LCR	líquid cefaloraquidi
LMP	leucoencefalopatia multifocal progressiva
LNH	limfoma no hodgkinià
LPC	limfoma primari de cavitats

LPV	lopinavir
MAI	micobacteri aviari intracel·lular
MH	malaltia de Hodgkin
MTS	malaltia de transmissió sexual
Na	sodi
NFV	nelfinavir
NOPEP	profilaxi de postexposició no ocupacional (<i>non occupational post-exposure prophylaxis</i>)
NVP	nevirapina
OMS	Organització Mundial de la Salut
p24	proteïna estructural de la càpsida del VIH
P 450	família de citocroms
PC	<i>Pneumocystis carinii</i>
PCR	reacció en cadena de la polimerasa (<i>polymerase chain reaction</i>)
PEP	profilaxi de postexposició (<i>post-exposure prophylaxis</i>)
PIX	Programa d'intercanvi de xeringues
PMM	Programa de manteniment amb metadona
PPC	pneumònia per <i>Pneumocystis carinii</i>
PPD	intradermoreacció tuberculínica (<i>purified protein derivative of tuberculin</i>)
RIPA	radioimmunoprecipitació
RMN	ressonància magnètica nuclear
RTV	ritonavir
Rx	radiologia simple
s.c.	subcutani/ània
SIDA	síndrome d'immunodeficiència adquirida
SIL	lesions escamoses intraepiteliales (<i>squamous intraepithelial lesions</i>)
SK	sarcoma de Kaposi
SMZ	sulfametoxazole
SNC	sistema nerviós central
SQV	saquinavir
TAC	tomografia axial computada
TARGA	tractament antiretroviral de gran activitat
TBC	tuberculosi
Td	vacuna contra el tètanus i la diftèria (tipus adult)
TDO	tractament directament observat
TGC	triglicèrid
TMP	trimetoprim
TRA	tècniques de reproducció assistida
UDVP	usuari de drogues per via parenteral
VDRL	prova reagínica per al diagnòstic de la sífilis (<i>venereal disease research laboratory</i>)
VHA	virus de l'hepatitis A

VHB	virus de l'hepatitis B
VHC	virus de l'hepatitis C
VHD	virus de l'hepatitis D
VIH	virus de la immunodeficiència humana
v.o.	via oral
VPH	virus del papil·loma humà (papil·lomavirus humà)
VPI	vacuna antipoliomielítica inactivada
VSG	velocitat de sedimentació globular
Wb	transferència Western (també coneguda com a <i>Western blot</i>)

Aspectes generals de la infecció pel VIH i la sida

1. Epidemiologia de la infecció pel VIH i la sida

El descens experimentat en les taxes globals de mortalitat de la majoria de països industrialitzats durant la primera meitat del segle XX es pot atribuir en gran part, a la millora en la prevenció i el tractament de les malalties infeccioses. En qualsevol cas, l'aparició de l'epidèmia causada pel VIH ha produït un canvi dràstic en aquesta tendència, i ha provocat que la síndrome d'immunodeficiència humana (sida) sigui la primera causa de mort en la població jove de molts països industrialitzats. No obstant això, des de la introducció en els països industrialitzats dels tractaments antiretrovirals de gran activitat (TARGA), la taxa de letalitat ha disminuït considerablement i ha fet que la sida hagi esdevingut una malaltia crònica.

Des de 1981, quan als Estats Units es van detectar els primers casos del que posteriorment es denominaria sida, l'epidèmia ha anat creixent exponencialment en la majoria de països, així com estenent-se a totes les àrees del planeta que inicialment no s'havien vist afectades, amb la qual cosa es pot parlar de pandèmia del VIH. El 95% de totes les persones que viuen infectades pel VIH/sida viuen en països en vies de desenvolupament, on la pobresa, els sistemes sanitaris precaris i els recursos limitats estan afavorint la propagació de l'epidèmia. Els TARGA, a més de ser econòmicament costosos, necessiten una infraestructura per a la seva aplicació i monitoratge, la qual cosa les fa poc accessibles a la majoria de països en vies de desenvolupament.

La vigilància epidemiològica de la infecció pel VIH i de la sida té com a objectiu quantificar la magnitud de l'epidèmia i definir les característiques de la població afectada, en particular en relació amb les formes de contagi del virus. L'epidèmia ha evolucionat de diferent forma i intensitat en distintes àrees geogràfiques del planeta, d'acord amb factors sociodemogràfics, culturals, econòmics i polítics propis de cada zona. Així doncs, el coneixement i el monitoratge de la distribució de l'epidèmia del VIH/sida en una comunitat donada són una eina bàsica per establir i avaluar les intervencions preventives necessàries que influiran en el futur desenvolupament de l'epidèmia.

1.1. Distribució internacional i a l'Estat espanyol del VIH

La infecció pel VIH, en existir en tots els països del món, constitueix una pandèmia que, malgrat la tendència a establitzar-se en determinades zones geogràfiques, ha de considerar-se com una important malaltia emergent en moltes regions.

El programa de la sida de les Nacions Unides (UNAIDS) estima que al mes de desembre de 2002 el nombre total de persones en el món que viuen amb el VIH/sida és de 42 milions, destacant que 29,4 milions (70%) es troben a l'Àfrica subsahariana. Del total dels 42 milions infectats, 3,2 milions són nens i 19,2 dones. L'impacte internacional d'aquesta epidèmia queda demostrat pel fet que el 2002 s'han produït 3,1 milions de morts directament atribuïbles a aquesta infecció, 610.000 d'aquestes en menors de 15 anys. Durant aquest mateix any s'ha estimat que s'han infectat pel VIH 5 milions de persones, de les quals un 16% té menys de 15 anys. A nivell mundial, entre el 75 i el 80% de les infeccions s'han produït per relacions sexuals no protegides, de les quals més del 75% eren heterosexuales. Entre els nens, més del 90% d'infeccions són atribuïbles al contagi vertical. Malgrat l'adquisició del virus mitjançant l'ús compartit de material d'injecció entre usuaris de drogues per via parenteral (UDVP), aquesta via suposa només entre el 5 i el 10% del conjunt d'infeccions, però ha estat la predominant en moltes regions occidentals i en els últims anys de l'epidèmia ha suposat un important increment a Europa oriental i Àsia central.

A Europa, fins al mes de desembre de 2002, i una vegada corregit pel retard de la declaració, s'havien declarat 268.385 casos de sida, dels quals 48.273 (18,0%) corresponen a dones i 10.281 (3,8%) a casos pediàtrics; els països del sud del continent —especialment Espanya i Portugal— són els més afectats. En conjunt, els principals grups de transmissió són els usuaris de drogues per via parenteral (38,1%), les relacions homosexuals (30,7%) i, finalment, les relacions heterosexuales (18,5%). Aquests paràmetres no es distribueixen homogèniament en el continent, de forma que hi ha un patró diferenciat entre els països del nord d'Europa i els del sud; mentre en el nord els contactes homosexuals són la principal via de contagi, en els països del sud l'ús de drogues injectables és la via de transmissió més important. La incidència anual de la sida ha experimentat en la regió europea de l'OMS una disminució des de l'any 1995 fins al 2001. Destaca, tanmateix, l'augment produït en el darrer any (2002) respecte a l'anterior en un 10%, tendència que caldrà veure si es manté en els propers anys.

Pel que fa a dades d'Espanya, el Pla nacional de la sida, fins al mes de desembre de 2002, havia identificat 65.728 casos (80,3% d'homes i 19,7% de dones); és el segon país europeu (després de Portugal) amb la taxa d'incidència de la malaltia més elevada (7,7 casos per 100.000 habitants a Portugal i 7,1 casos per 100.000 habitants a Espanya). La via de transmissió més freqüent és la d'UDVP amb un 64,2% dels casos, seguida de l'heterosexual i l'homo/bisexual amb el 14,7% i 13,7% dels casos respectivament. Al territori espanyol, la distribució geogràfica de la sida no és uniforme a les comunitats autònomes (CA). L'any 2002, les CA en què es va registrar una incidència més alta van ser, per aquest ordre: Ceuta, amb 9,79 casos per 100.000 habitants; seguida de les Illes Balears, Madrid, Melilla, País Basc i Catalunya, amb una taxa de 5,74 casos per 100.000 habitants. A banda de la possible influència que en això pugui tenir el grau d'exhaustivitat dels diferents sistemes de vigilància epidemiològica, és evident que l'epi-

dèmia —per les seves formes de transmissió— tendeix a concentrar-se inicialment en les àrees més urbanes.

1.2. Característiques de la sida a Catalunya

La sida a Catalunya és una malaltia de declaració obligatòria des de l'any 1987. La vigilància epidemiològica de la sida es coordina i dirigeix a través del CEESCAT, amb la participació de diverses institucions, com ara l'Agència de Salut Pública de Barcelona, els serveis territorials del Departament de Salut, i la Secretaria de Serveis Penitenciaris, Rehabilitació i Justícia Juvenil del Departament de Justícia. Per descriure l'epidèmia es recullen quatre tipus d'indicadors epidemiològics diferents: morbiditat, mortalitat, informació microbiològica i indicadors conductuals. Les dades referents a la sida provenen del Registre de casos de sida de Catalunya. Les dades sobre la infecció pel VIH provenen principalment del sistema de declaració de nous casos d'infecció pel VIH (format per les notificacions que voluntàriament realitzen hospitals, centres d'atenció primària i centres penitenciaris) i del monitoratge de diverses poblacions sentinella. Com a dades de mortalitat s'utilitza tant la informació del Registre de casos de sida com la del Registre de Mortalitat de Catalunya. La informació microbiològica recull dades anònimes d'una xarxa de laboratoris. Finalment, els indicadors conductuals es generen a partir d'estudis transversals de periodicitat biennal.

Des de l'any 1981 fins al mes de desembre de 2002, a Catalunya s'han notificat 14.715 casos de sida, dels quals 14.187 són residents a la comunitat autònoma. Considerant només aquests últims, la taxa anual de casos de sida va augmentar considerablement des de 1983 (0,8 casos per 100.000 habitants) fins als anys 1994 i 1995 (25,9 i 25,6 casos per 100.000 habitants respectivament). A partir de 1996 (21,7 casos per 100.000 habitants) s'observa un descens continu que es perllonga fins a l'any 2000 (8,6 per 100.000 habitants). En els últims dos anys la taxa d'incidència continua decreixent, però s'observa un pendent més atenuat en aquesta evolució.

1.2.1. Edat i sexe

La distribució dels casos diagnosticats per sexe des del començament de l'epidèmia ha estat sempre superior en els homes; però mentre que en el període 1986-1991 la proporció de dones era del 16%, aquest percentatge s'ha incrementat sobretot els darrers deu anys, de manera que l'any 2002 el percentatge de dones s'ha situat en el 21% del total.

L'edat mitjana en què es produeix el diagnòstic ha augmentat progressivament, tant en el cas dels homes com en el de les dones. Entre els anys 1981 i 1987 va ser de 31,4 anys en els homes i de 25,5 anys en les dones, mentre que en el període 1997-2002 va ser de 39,8 i 36,2 anys, respectivament.

1.2.2. Vies de transmissió

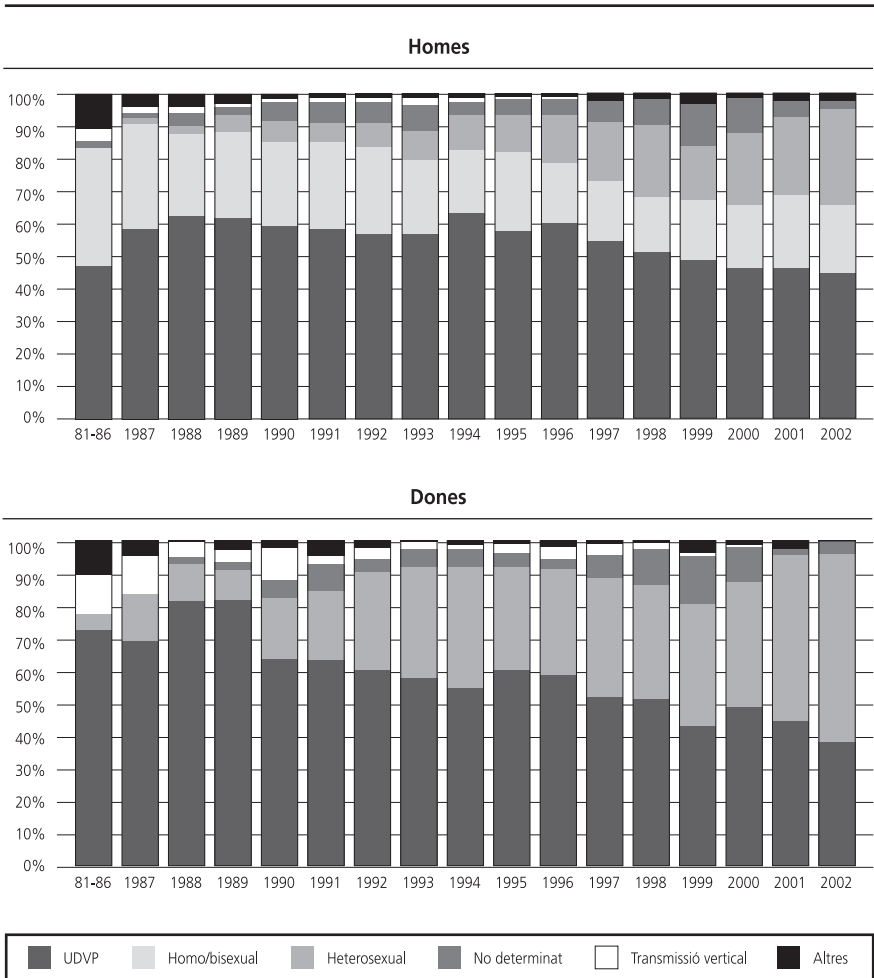
Tal com s'ha observat al llarg de l'epidèmia, en la distribució acumulada dels casos a Catalunya, el grup de transmissió més freqüent és el dels usuaris de drogues per via parenteral: el 56,9%

entre els homes i el 57,7% entre les dones. El segon lloc l'ocupa, entre els homes, el grup infectat per relacions homosexuals o bisexuals (23,4%) i entre les dones, l'infectat per relacions heterossexuals (32,2%) (vegeu la figura 1).

El percentatge de casos en UDVP va augmentar de manera continuada fins al 1989, any en el qual representava el 63% del total de casos; posteriorment va estabilitzar-se al voltant del 60%. L'any 1994 s'incorpora la tuberculosi pulmonar com a malaltia indicativa de sida. La incidència més elevada de tuberculosi pulmonar entre UDVP explica l'increment percentual d'aquest grup ocorregut en aquest any. A partir de 1997, s'observa un descens en la proporció de casos infectats per compartir material d'injecció per a administració de drogues. La proporció de casos per transmissió homosexual s'ha mantingut estable entorn del 20%. El grup de transmissió heterossexual ha passat del 4% (1988) al 36,4% l'any 2002 (el 30,2% dels homes i el 59,7% de les dones). L'any 2001, la transmissió per via heterossexual passa a ocupar el primer lloc entre les dones.

Si comparem el nombre de casos de sida declarats entre els anys 2001 i 2002, s'observa un descens del 17,7% el 2002. La mateixa comparança per grups de transmissió mostra una reducció del 22,9% en UDVP, del 19,5% en homes homosexuals o bisexuals i del 5,6% entre els casos adquirits per relacions heterossexuals.

Figura 1. Evolució percentual dels casos de sida, per grups de transmissió i sexe. Catalunya, 1981-2002



1.2.3. Forma de presentació

La forma de presentació de la sida varia d'una àrea geogràfica a una altra d'acord amb els grups de transmissió més prevalents, així com de la prevalença basal de les infeccions oportunistes que constitueixen criteri diagnòstic de sida. Mentre que durant els períodes 1981-1987 i 1988-1993 la pneumònia per *Pneumocystis carinii* va ser la forma de presentació més freqüent, a partir de 1994 la tuberculosi (tant la pulmonar com l'extrapulmonar) passa a ser la presentació clínica de la sida més habitual, ja que aporta el 26,1% dels casos el 2002 (vegeu la taula 1).

Taula 1. Distribució de les malalties indicatives de la sida per període de diagnòstic. Catalunya, 1981-2002

Malaltia indicativa de sida	1981-1987		1988-1993		1994-2002	
	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%
Pneumònia per <i>P. carinii</i>	104	26,0	1.258	21,6	1.472	18,5
Candidosi esofàgica	86	21,5	738	12,7	751	9,4
Toxoplasmosi cerebral	45	11,3	517	8,9	503	6,3
Sarcoma de Kaposi	45	11,3	369	6,3	343	4,3
Limfomes	22	5,5	138	2,3	273	3,4
Malaltia per citomegalovirus (CMV)	19	4,7	122	2,1	153	1,9
Critosporidiosi	18	4,5	136	2,3	107	1,3
Leucoencefalopatia multifocal progressiva	8	2,0	100	1,7	235	2,9
Tuberculosi extrapulmonar	-	-	1.221	21,0	1.140	14,3
Síndrome d'aflebliment (<i>wasting syndrome</i>) pel VIH	-	-	707	12,2	670	8,4
Encefalitis pel VIH	-	-	131	2,3	200	2,5
Tuberculosi pulmonar	-	-	-	-	1.347	16,9
Altres	52	13,0	381	6,5	776	9,7
Total	399	100	5.815	100	7.970	100

1.2.4. La sida entre la població immigrant

El percentatge d'immigrants entre el total de casos de sida és d'un 4,3%, amb predomini entre aquests dels llatinoamericans (35,8%). A partir de l'any 1999 el percentatge d'immigrants afectats ha augmentat des del 5,5% fins al 14,8% del total de casos l'any 2002. El major nombre de casos notificats de sida entre els immigrants s'ha donat en homes (83,6%). L'edat mitjana dels homes i dones immigrants amb sida és de 37,2 i 35,0 anys, respectivament. La tuberculosi (pulmonar i extrapulmonar) és amb diferència la forma més freqüent de presentació de la sida (33,7%), seguida de la pneumònia per *Pneumocystis carinii* amb el 18,4%. La via de transmissió més freqüent és la sexual; entre els homes és l'homo/bisexual (37%) i entre les dones és l'heterosexual (62,4%).

1.2.5. La sida en l'edat pediàtrica

Els casos de sida amb menys de 13 anys en el moment del diagnòstic es consideren sida pediàtrica. El percentatge de casos declarats en aquest grup d'edat ha anat disminuint de forma continuada (3,6% el 1988, 2,7% el 1990, 1,6% el 1992, 0,9% el 1995, 0,5% el 1999 i 0,2% el 2001). Fins al desembre de 2002, al Registre de casos de sida de Catalunya s'han notificat 220 casos en persones menors de 13 anys, dels quals 122 eren nens i 98 nenes. L'any 2002 no hi hagut cap cas declarat en menors de 13 anys. La via d'adquisició del VIH/sida en nens menors de 13 anys s'ha concentrat gairebé exclusivament en la transmissió vertical (90,5% del total de nens diagnosticats l'any 1988, 96,3% el 1990 i el 100% des de l'any 1998). El 49,5% de les mares es van contagiar per l'ús compartit de material d'injecció parenteral i el 37,62% per relacions heterosexuales.

Per un costat, la introducció de les tècniques de tractament dels factors de coagulació i del cribratge de les donacions ha eliminat aquestes dues vies de contagi; i, per un altre, la introducció del tractament amb antiretrovirals a les embarassades infectades pel VIH/sida des de 1994 ha fet disminuir considerablement la taxa de transmissió vertical i, en conseqüència, el nombre de nens que s'infecten per aquesta via quan s'aplica aquest tractament a la mare gestant.

1.2.6. Mortalitat

Les dades del Registre de Mortalitat de Catalunya permeten conèixer l'evolució del nombre de morts causades per la sida. A Catalunya, on la sida va ser la primera causa de mort des de 1992 a 1994, les taxes de mortalitat van descendir a partir de 1996 en tots els grups d'edat excepte entre les dones de 40 a 49 anys, en el qual el descens es va produir un any més tard. Així, la taxa de mortalitat global va passar del 0,28 per 100.000 habitants l'any 1985 al 8,2 el 1990 i al 17,7 el 1995. A partir de l'any 1996 s'observa un descens marcat de les taxes de mortalitat per sida: el 1998 era de 4 morts per 100.000 habitants, una quarta part dels morts que hi va haver el 1995 per aquesta causa, mantenint-se aquesta xifra durant els anys 1999 i 2000. Aquest descens, atribuïble a l'efecte dels nous tractaments antiretrovirals (que se sistematitzaren a partir de 1996), ens estarien indicant també un increment en l'edat de diagnòstic de la sida així com un augment en la supervivència global d'aquests malalts que moren en edats més avançades. Encara que la introducció de les noves teràpies triples ha incrementat la supervivència dels pacients infectats pel VIH, la sida continua sent una malaltia amb una alta taxa de letalitat. Durant el període 1989-1995, la letalitat de la sida al cap de sis mesos del diagnòstic es va mantenir constant, al voltant del 20%. A partir d'aquest any la letalitat als sis mesos se situa al voltant del 15%.

Per grups d'edat, les defuncions per sida han afectat fonamentalment la població d'entre 30 i 40 anys. El 1995 hi havia taxes de fins a 90 morts per 100.000 habitants en el grup d'edat comprès entre els 30 i els 34 anys. L'any 1999 hi va haver un lleuger increment de les defuncions entre les persones que tenien més de 35 anys, i el 2000 aquest lleuger augment es va donar entre les persones de més de 40 anys.

En el període 1992-1997, la sida va ser la causa de mort més freqüent en les persones entre 20 i 39 anys d'ambdós sexes. A partir de l'any 1998 la taxa de mortalitat per sida cau fins a situar-se l'any 2000 en 10,3 casos per 100.000 habitants en els homes i en 2,7 casos per 100.000 habitants en les dones.

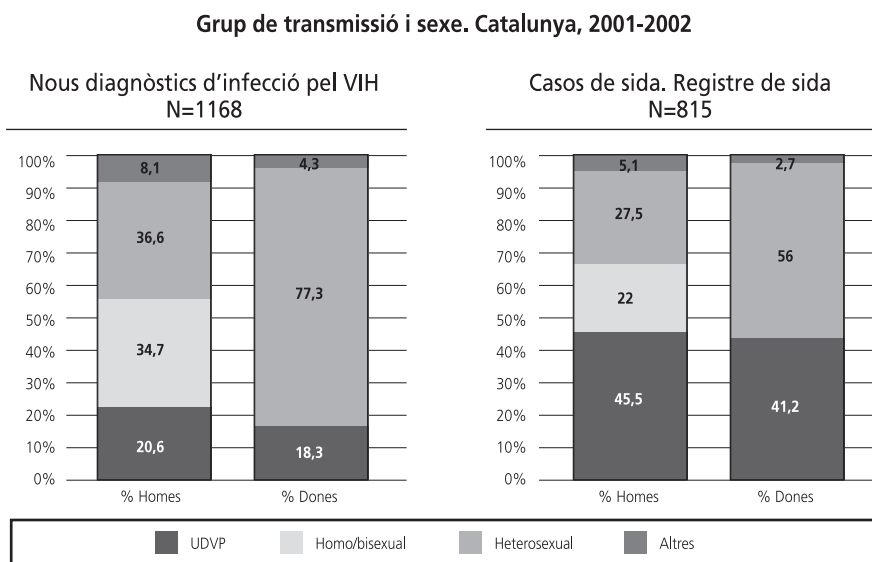
L'any 2000, la mort per sida equival al 4,3% dels anys potencials de vida perduts per totes les causes de mort en la població entre 13 i 60 anys a Catalunya.

1.3. Característiques dels nous diagnòstics d'infecció pel VIH a Catalunya

Des de la posada en marxa, l'any 2001, del sistema voluntari de declaració de nous diagnòstics d'infecció pel VIH, s'han notificat 1.168 nous diagnòstics (890 homes i 278 dones). L'edat mitjana de les persones afectades ha estat de 39,6 anys en els homes i 35,9 anys en les dones. La via de transmissió més freqüent de la infecció han estat les relacions heterosexuals en el 46,3% dels casos (36,6% en els homes i 77,3% en les dones).

Les relacions homosexuals entre homes representen el 26,5% del total d'infeccions. El 20% s'ha infectat pel fet d'haver compartit material per a la injecció intravenosa de drogues. En el 7,2% es desconeix la via de transmissió de la malaltia (vegeu la figura 2). En el 33,7% dels casos el malalt complia criteris diagnòstics de sida en el moment del primer diagnòstic d'infecció pel VIH, i en el 10,1% d'ocasions presentava simptomatologia encara que sense criteris diagnòstics de sida.

El percentatge d'immigrants entre els nous diagnòstics d'infecció a Catalunya és del 23,5%. D'aquest, el 44,4% pertanyen a països d'Amèrica Central i del Sud, i el 38,9% a països africans. La via de transmissió de la infecció més freqüent en els immigrants és la sexual. Entre els homes, en el 80,4% dels casos la infecció es produeix per relacions heterosexuals o homosexuals sense protecció. Entre les dones el percentatge d'infeccions per relacions heterosexuals és del 81,5%.

Figura 2. Nous diagnòstics d'infecció pel VIH i casos de sida

1.4. Conclusions

- Les persones més afectades per la síndrome d'immunodeficiència adquirida a Catalunya continuen sent els homes joves, sobretot entre els 25 i 39 anys, que resideixen en àrees amb més densitat de població. Tot i que la proporció de casos entre les dones ha estat sempre inferior a la dels homes, aquest paràmetre ha evolucionat i passa del 16% en els inicis (període 1986-1991) al 21% (2002). El percentatge d'homes homosexuals o bisexuals roman estable en els últims anys, al voltant del 20%.
- La via de transmissió relacionada amb l'ús de drogues per via parenteral continua sent numèricament la més important, però s'observa un augment dels casos per contagi heterosexual, sobretot en les dones.
- La tuberculosi, tant la presentació pulmonar com l'extrapulmonar, continua sent la malaltia més freqüent entre els nous casos de sida.
- Entre els casos de sida, la proporció d'afectats amb país d'origen diferent de l'Estat espanyol s'ha incrementat de manera destacada i s'ha triplicat en els últims cinc anys.
- Encara que la sida va ser la primera causa de mort entre els joves durant el període 1992-1997, la introducció dels TARGA ha fet recular la taxa de mortalitat per sida a les xifres que s'havien registrat al principi de l'epidèmia.

- La via de transmissió més freqüent entre els nous diagnòstics de VIH en el període 2001-2002, a Catalunya, ha estat la sexual: 73,1 i 77,3% dels nous diagnòstics d'infecció, en homes i dones, respectivament.
- El 23,5% de les persones amb nou diagnòstic d'infecció són malalts procedents d'altres països, principalment de Llatinoamèrica i Àfrica. Pel que fa a diagnòstics en immigrants europeus, Rússia ha estat el país amb un nombre de malalts més alt.
- El fet que la declaració d'infecció pel VIH sigui voluntària i es faci només en un nombre determinat d'hospitals i centres penitenciaris, fa que les dades obtingudes dels nous diagnòstics no s'ajustin a la realitat. Per tal d'augmentar l'exhaustivitat i representativitat es potenciarà la incorporació de nous centres, entre aquests els d'atenció primària com a centres declarants.
- Cal tenir en compte que la informació procedent dels casos de sida, independentment de la seva exhaustivitat, és d'infeccions que van ocórrer almenys cinc anys abans i, per tant, dona una imatge poc actualitzada de la dinàmica de l'epidèmia. A més, l'efectivitat de les noves pautes terapèutiques que utilitzen combinacions de fàrmacs ha motivat un retard en l'aparició dels criteris diagnòstics de sida en els malalts infectats. Per tot això, la prevenció primària del VIH continua sent la forma més eficient de disminuir els efectes de l'epidèmia a mitjà i llarg termini, i per tant l'ideal seria instaurar la declaració d'infecció pel VIH com a malaltia de declaració obligatòria.
- L'augment observat en les conductes de risc en homes homosexuals, així com en la via heterosexual de transmissió del VIH, suggereix que s'està produint un augment en el risc d'adquisició d'altres malalties de transmissió sexual (MTS) en diverses poblacions. La coinfecció per MTS i el VIH pot tenir un paper rellevant en la propagació del VIH també en el nostre entorn i, per tant, cal tenir-ho en compte a l'hora d'establir intervencions preventives assistencials.
- Ateses les dades disponibles i els canvis epidemiològics identificats, cal millorar els sistemes de monitoratge conductual i l'anàlisi conjunta de la vigilància del VIH i les MTS mitjançant altres projectes de vigilància epidemiològica reforçada.

2. Mecanismes de transmissió

Les vies de transmissió del VIH ja van ser descrites des del principi dels anys vuitanta. Tot i que el VIH s'ha aïllat en diferents líquids orgànics (com ara la saliva, les llàgrimes o les secrecions bronquials) i teixits (medul·la òssia, nòduls limfàtics), les dades epidemiològiques limiten la transmissió efectiva del virus sols a través de la sang i productes plasmàtics contaminats, el semen, les secrecions vaginals i cervicals, i la llet materna durant la lactància. L'evidència epidemiològica mostra que el VIH pot ser transmès de persona a persona per mitjà del contacte sexual, de

l'intercanvi de xeringues i agulles intravenoses, de mare a fill (via intrauterina, durant el part o durant l'alletament) i de la transfusió de sang contaminada o els seus derivats. El tractament dels factors de la coagulació des de l'any 1985, com també el cribratge de totes les donacions des de l'any 1986, han eliminat pràcticament aquesta via de contagi. Hi ha diferents cofactors que poden contribuir a facilitar la transmissió del virus, entre els quals s'inclouen la presència d'altres malalties de transmissió sexual, la fase de la malaltia i la infectivitat de la soca vírica.

No hi ha cap evidència que indiqui que els insectes i els contactes casuals (donar-se la mà, compartir estris de menjar, utilitzar lavabos públics, etc.) siguin vies de transmissió del VIH.

Per tant, la *transmissió sexual*, la *transmissió parenteral* i la *transmissió vertical* són les úniques formes de contagi acceptades.

2.1. Transmissió parenteral

La probabilitat de transmissió del VIH a través de transfusions sanguínies o de productes plasmàtics en el nostre entorn és, com ja s'ha dit abans, pràcticament nul·la. No obstant això, i malgrat que les actuals proves de detecció d'anticossos del VIH són altament sensibles, podria existir la possibilitat que alguna donació de sang infectada no fos detectada en cas de trobar-se en el període finestra; és per això que convé potenciar els programes d'autoexclusió en els bancs de sang o proposar la determinació de l'antigenèmia p24 i la virèmia plasmàtica (ARN del VIH) de totes les donacions, així com emprar criteris conservadors a l'hora d'indicar transfusions per tal de reduir aquest risc.

D'altra banda, l'exposició a material quirúrgic o a agulles contaminades constitueix un mecanisme de contagi parenteral del VIH que es pot evitar adoptant les mesures de protecció universal recomanades per al medi sanitari (vegeu-les més endavant).

La transmissió del VIH mitjançant l'ús compartit de material d'injecció entre els usuaris de drogues per via endovenosa ha estat la forma de contagi més freqüent a Catalunya i a la resta de l'Estat espanyol. A més del fet de compartir les agulles i xeringues i altres estris per a la injecció (filtres, culleres, tècniques de *back i/o front loading*), el temps de drogoaddicció i la freqüència de la injecció són els principals factors associats al risc de contagi en aquest grup de població.

2.2. Transmissió sexual

A la figura 3 s'observen les pràctiques sexuals relacionades amb la transmissió del VIH de major a menor risc.

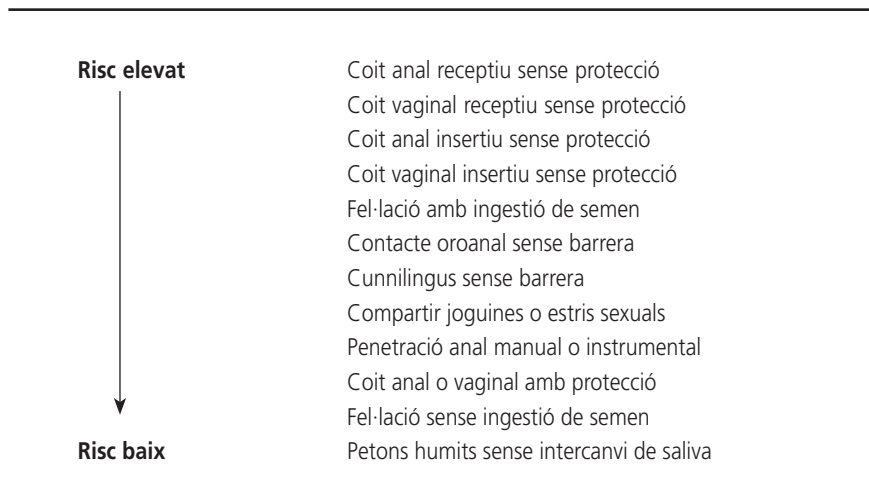
Pel que fa a les relacions sexuals entre homes, s'accepta que el coit anal receptiu sense protecció és el factor de risc més important. El coit anal i altres pràctiques sexuals que comporten un traumatisme per a la mucosa anal faciliten l'accés del VIH a la sang en provocar fissures. L'existència de malalties de transmissió sexual exsudatives o ulceratives són cofactors facilitadors de la transmissió del VIH entre homes homosexuals.

La transmissió del VIH és possible tant d'home a dona com al revés, tot i que la transmissió d'home a dona és més efectiva (unes vuit vegades més). La transmissió heterosexual del VIH es produeix a través del semen i de les secrecions vaginals o de la sang menstrual. El coit anal o vaginal sense preservatiu és el principal factor de risc, sobretot el coit anal receptiu. Tant l'estat clínic avançat d'un dels membres de la parella, com l'existència de malalties de transmissió sexual de tipus ulceratiu en qualsevol d'ells, augmenten de forma important el risc de contagi.

2.3. Transmissió vertical

La transmissió vertical o perinatal del VIH, és a dir d'una mare infectada al seu fill, es pot produir durant l'embaràs (per via transplacentària), en el moment del part o durant el període d'al·lactament a través de la llet materna. S'accepta que la transmissió durant el part és la més efectiva. El risc de transmissió del VIH d'una mare al seu fill varia segons els diferents estudis, però s'estima que és del voltant del 20%; l'estat clínic de la mare durant l'embaràs és un dels factors de risc més consistents. Diferents estudis suggereixen que el tipus de part també té un paper important quant al risc de transmissió del VIH, i així sembla que la realització d'una cesària electiva abans del trencament de membranes disminueix el risc de transmissió del virus.

Figura 3. Relació de pràctiques sexuals ordenades de major a menor risc de transmetre el VIH



3. Història natural de la infecció pel VIH

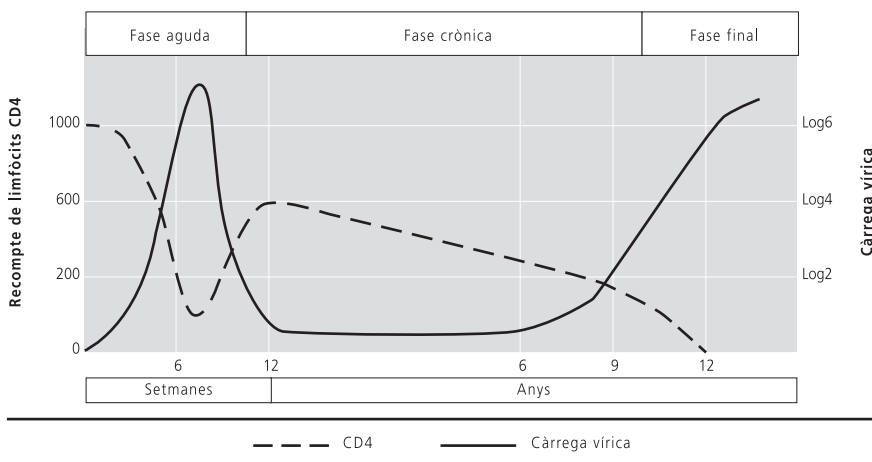
La infecció pel VIH es basa en una complexa interrelació entre la replicació vírica i el sistema immunològic del pacient. L'expressió clínica de la fase inicial (síndrome retroviral aguda) és similar a moltes altres infeccions víriques agudes, mentre que les fases avançades del procés són degudes a la progressiva destrucció dels limfòcits CD4, elements essencials del sistema immunitari.

Actualment, l'eficàcia del tractament antiretroviral de gran activitat (HAART o TARGA) ha canviat dràsticament la història natural de la infecció pel VIH, ja que s'han reduït notablement la morbiditat i la mortalitat dels pacients afectats per aquesta malaltia. La infecció pel VIH i la sida actualment poden ser considerades com una mateixa malaltia crònica que cursa amb un deteriorament progressiu dels sistema immunitari, principalment cel·lular i que provoca la mort del pacient per complicacions indirectament o directa relacionades amb aquesta immunosupressió.

Des del punt de vista clínic i virològic, es poden distingir les següents *fases evolutives* en la *història natural* de la infecció pel VIH (figura 4):

- fase precoç o aguda
- fase intermèdia o crònica
- fase final o de crisi

Figura 4. Esquema de la història natural de la infecció pel VIH



3.1. Fase precoç o aguda

Després del contagi el VIH es replica sobretot en els limfòcits circulants CD4 i en els macròfags, tot i que també pot fer-ho en les cèl·lules epitelials de l'aparell digestiu, cèl·lules del coll uterí i cèl·lules gials del sistema nerviós central (SNC). L'aparició de símptomes en la infecció aguda és molt freqüent (30-70% dels casos), tot i que sovint poden passar desapercebuts. La *síndrome retroviral aguda* o *primoinfecció* sol aparèixer entre les 2 i 4 setmanes després del contagi i es caracteritza per un quadre clínic similar al de la mononucleosi infecciosa. Els símptomes que poden aparèixer són febre, odinofàgia, astènia, miàlgies, artràlgies, limfadenopatia, *rash* maculopapular, aftes, diarrea, nàusees i vòmits; de vegades, poden aparèixer manifestacions neurològiques com meningitis limfocitària, síndrome de Guillain-Barré, etc.; fins i tot, a causa d'una immunodepressió transitòria, poden aparèixer o reactivar-se determinades infeccions oportunistes (candidosi esofàgica, infeccions simptomàtiques per citomegalovirus, etc.).

Des del punt de vista biològic, es pot donar limfopènia seguida de limfocitosi amb depleció important de limfòcits CD4 i elevada virèmia (Ag p24 entre 1.200-4.200 pg/ml i ARN-VIH entre 10^5 i 10^8 còpies/ml); en aquesta fase la infectivitat de l'hoste és molt elevada. L'existència o no de símptomes clínics durant la primoinfecció i les característiques virològiques i immunològiques del pacient durant i en finalitzar aquesta condicionen la seva evolució posterior en absència de tractament antiretroviral; així, la progressió és més ràpida si la virèmia durant la primoinfecció arriba a ser superior a 10.000 còpies o bé, si després de la primoinfecció, la virèmia s'estabilitza a nivells superiors a aquest nombre de còpies.

D'altra banda, durant la primoinfecció s'estimula la resposta immunitària del pacient, de manera que es formen anticossos anti-VIH, el nivell plasmàtic dels quals augmenta progressivament fins a fer-se detectables mitjançant les tècniques diagnòstiques serològiques de la infecció. Generalment, els anticossos del VIH s'evidencien entre les 3 i les 12 setmanes després de la infecció (*seroconversió*). El període de temps que va des del moment de l'exposició al virus fins a la demostració dels anticossos anti-VIH s'anomena *període finestra*. A més de la producció d'anticossos del VIH, es posa en marxa una resposta immunitària cel·lular específica que limita la replicació vírica, fet que es tradueix en els descens dels nivells d'ARN-VIH i en la recuperació de la xifra de limfòcits CD4 (tot i que no fins als nivells inicials).

Habitualment, el quadre clínic de la primoinfecció desapareix espontàniament al cap de dues o tres setmanes i el pacient resta asimptomàtic.

3.2. Fase intermèdia o crònica

Als 6-12 mesos de la seroconversió, el nivell de càrrega vírica sol estabilitzar-se existint un equilibri dinàmic entre la producció i l'eliminació del virus, mentre que la xifra de limfòcits CD4 queda al voltant de 600-700 cèl·lules/mm³. En aquesta fase, els pacients solen estar asimptomàtics, tot i que alguns poden presentar *limfadenopatia generalitzada* (augment de la grandària dels ganglis limfàtics igual o superior a 0,5 cm de diàmetre en dos o més territoris ganglionars o en

un sol territori de forma bilateral, excloent els ganglis inguinals) o *trombopènia*. Malgrat la poca expressivitat clínica, no es pot considerar aquesta fase com de latència ja que la replicació vírica continua sent important i els limfòcits CD4 van disminuint a un ritme de 30-90 cèl·lules/mm³ per any. El ritme de disminució dels limfòcits CD4 no té un curs lineal i pot presentar variacions en el decurs de l'evolució del procés. Sense tractament antiretroviral combinat, el 80-85% dels pacients triguen entre 3 i 10 anys a progressar cap a la sida; el 10% dels pacients poden presentar una ràpida davallada de la xifra de CD4 (progressors ràpids) i desenvolupar la sida abans dels 3 anys, mentre que el 5-10% restant es mantenen asimptomàtics i amb xifres de CD4 superiors a 500/mm³ durant més de 10-15 anys.

Amb els TARGA la història natural de la infecció ha canviat radicalment, ja que gràcies a la seva acció sobre la replicació vírica, pot reconstituir-se almenys parcialment el sistema immunitari, de manera que es perllongui la durada de la fase asimptomàtica i millori la supervivència dels pacients.

3.3. Fase final o de crisi

En aquesta fase es produeix un increment de l'activitat replicativa del virus i una depleció important dels limfòcits CD4 (xifres inferiors a 200 cèl·lules/mm³). Clínicament, els pacients solen presentar alteració del seu estat general, infeccions oportunistes, determinades neoplàsies i trastorns neurològics. En aquest moment és quan es considera que el pacient té la *sida*. La supervivència en aquesta fase és inferior al 15-30% als 3 anys. Entre els factors associats a una major mortalitat hi ha l'edat (mortalitat més elevada a major edat en el moment del diagnòstic) i la malaltia definidora de debut: limfoma i pneumònia per *Pneumocystis carinii* (PPC) tenen un pronòstic pitjor que tuberculosi (TBC) o sarcoma de Kaposi (SK). En l'era dels TARGA, la mortalitat d'aquests pacients, així com la incidència d'infeccions oportunistes i de neoplàsies associades a la sida, s'han reduït de forma espectacular.

A la taula 3 es pot observar la correlació entre la xifra de limfòcits CD4 i algunes manifestacions clíniques de la infecció pel VIH.

3.4. Classificació de la infecció pel VIH i criteris diagnòstics de sida en els pacients adolescents i adults

Actualment s'utilitza la classificació dels Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de 1993, que es basa en un sistema de classificació clínic i immunològic (xifra de limfòcits CD4) (vegeu la taula 4). La categoria A inclou els pacients amb primoinfecció i asimptomàtics, amb limfadenopatia generalitzada o sense. La categoria B inclou pacients que presenten o hagin presentat símptomes deguts a malalties no incloses en la categoria C, però relacionades amb la infecció pel VIH (vegeu la taula 5). En la categoria C s'inclouen aquells pacients que presenten o hagin presentat alguna de les malalties definidores de la sida (vegeu la taula 6).

Taula 3. Correlació entre la xifra de limfòcits CD4 i els esdeveniments clínics

Xifra de CD4	Infeccions	Complicacions no infeccioses
>500/mm ³	Primoinfecció VIH Vaginitis candidòtica	Limfadenopatia generalitzada Fenòmens autoimmunes Trombopènia Meningitis asèptica Síndrome de Guillain-Barré
200-500/mm ³	Pneumònies bacterianes TBC pulmonar Sarcoma de Kaposi Herpes zòster Muguet Leucoplàsia pilosa	Displàsia-neoplàsia del cervix uterí Pneumopatia limfoide intersticial Mononeuropatia múltiple Anèmia Trombopènia
<200/mm ³	PPC Esofagitis candidòtica Herpes simple crònic Herpes disseminat Toxoplasmosi Criptococcosi Criptosporidiosi Leucoencefalopatia (LMP) TBC extrapulmonar	Síndrome d'afebliment (<i>wasting syndrome</i>) Limfoma tipus B Miocardiopatia Polineuropatia Demència VIH Limfoma SNC Nefropatia VIH
<50/mm ³	Citomegalovirus (CMV) <i>M. avium disseminat</i>	

Taula 4. Classificació de la infecció pel VIH (CDC, 1993)

Categories segons xifres de CD4	Categories clíniques		
	A	B	C (sida)
>500/mm ³	A1	B1	C1
200-499/mm ³	A2	B2	C2
<200/mm ³	A3	B3	C3

Taula 5. Malalties relacionades amb la infecció pel VIH no definidores de la sida

1. Angiomatosi bacil·lar
2. Muguet (candidosi oral) sense cap altra causa
3. Candidosi vulvovaginal persistent, freqüent o que respon malament al tractament
4. Displàsia cervical moderada o greu o carcinoma cervical *in situ* especialment associat al papil·lomavirus
5. Febre >38,5°C o diarrea durant més d'un mes
6. Leucoplàsia pilosa
7. Herpes zòster (dos episodis o multimetàmer)
8. Púrpura trombocitopènica idiopàtica
9. Listeriosi
10. Malaltia inflamatòria pèlvica, sobretot si es complica amb abscess tubàric
11. Neuropatia perifèrica
12. Pneumònia pneumocòccica en pacient menor de 40 anys

Taula 6. Malalties definidores de la sida

1. Candidosi traqueal, bronquial o pulmonar
 2. Candidosi esofàgica
 3. Carcinoma invasiu de cèrvix
 4. Coccidioïdosi disseminada
 5. Criptococcosi extrapulmonar
 6. Criptosporidiosi amb diarrea durant més d'un mes
 7. Infecció per CMV en un òrgan diferent del fetge, la melsa o els ganglis limfàtics
 8. Retinitis per CMV
 9. Encefalopatia pel VIH
 10. Infecció per herpes simple amb úlcera mucocutània durant més d'un mes d'evolució o bronquitis, pneumonitis o esofagitis de qualsevol durada
 11. Histoplasmosi disseminada
 12. Isosporiosi crònica (més d'un mes)
 13. Sarcoma de Kaposi
 14. Limfoma de Burkitt o equivalent
 15. Limfoma immunoblàstic o equivalent
 16. Limfoma cerebral primari
 17. Infecció per *M. avium intracellulare* o *M. kansasii* disseminada o extrapulmonar
 18. Tuberculosi pulmonar
 19. Tuberculosi disseminada o extrapulmonar
 20. Infecció per altres micobacteris disseminada o extrapulmonar
 21. Pneumònia per *Pneumocystis carinii*
 22. Pneumònia bacteriana recurrent
 23. Leucoencefalopatia multifocal progressiva
 24. Sèpsia recurrent per espècies de *Salmonella* diferents d'*S. tify*
 25. Toxoplasmosi cerebral
 26. Síndrome d'afebliment (*wasting syndrome*)
-

3.5. Marcadors d'evolució en els pacients amb infecció pel VIH

El fet de la variabilitat existent entre els pacients quant a la cronologia de les diferents fases de la infecció pel VIH ha motivat que s'hagi intentat identificar paràmetres clínics i de laboratori que poguessin ser utilitzats com a marcadors de progressió o marcadors pronòstics. Així, diversos factors (genètics, edat, sexe, via de contagi, consum actiu de drogues, estat nutricional, presència d'infeccions oportunistes intercurrents, resposta immunitària del pacient, característiques de la soca vírica del VIH, etc.) s'han relacionat amb aquesta variabilitat evolutiva. També l'existència de determinats paràmetres clínics i de laboratori presents en la fase aguda de la infecció pel VIH permeten predir una evolució posterior desfavorable, és a dir, una progressió més ràpida de la immunodeficiència (vegeu la taula 7).

Taula 7. Marcadors de progressió presents durant la fase aguda o immediatament després d'aquesta

-
- Infecció aguda simptomàtica (inclosos exantema i/o candidosi oral)
 - Recòmptes de limfòcits CD4 persistentment baixos
 - Detecció d'antigen p24 i retard en l'aparició d'Ac anti-p24
 - Retard en la positivització de les proves ELISA per anticossos
 - Detecció de soques resistents a AZT o formadores de sincicis des del principi
 - Existència de soques de VIH amb menor tropisme per als macròfags
 - Existència de soques de VIH resistents als anticossos neutralitzants
 - Virèmia plasmàtica superior a 100.000 còpies/ml o superior a 10.000 còpies/ml de forma persistent.
-

Un dels estudis que més informació ha proporcionat sobre les fases evolutives de la infecció pel VIH i sobre el risc de progressió cap a la sida, ha estat l'estudi prospectiu nord-americà MACS (*Estudi multicèntric sobre la sida en cohorts*), realitzat amb homes homosexuals, que mostra que la càrrega vírica té una bona correlació amb la progressió cap a la sida dels pacients (vegeu la taula 8).

Actualment, a la pràctica, la càrrega vírica i el recompte de limfòcits CD4 són els marcadors pronòstics més importants en l'evolució de la infecció pel VIH; són els paràmetres fonamentals relacionats amb el maneig clínic i terapèutic dels pacients.

Taula 8. Taxes (%) de progressió cap a la sida segons la càrrega vírica inicial en el subgrup de pacients amb CD4 ≤ 350/ml de l'estudi MACS

Càrrega vírica (PCR)	Nre. pacients	3 anys	6 anys	9 anys
≤ 1.500 còpies	-	-	-	-
1.500 – 7.000 còpies	30	0	18,8	30,6
7.000 – 20.000 còpies	51	8	42,2	65,6
20.000 – 55.000 còpies	73	40,1	72,9	86,2
>55.000 còpies	174	72,9	92,7	95,6

4. Diagnosi serològica de la infecció pel VIH

El diagnòstic de la infecció pel VIH s'ha de fer sempre mitjançant tècniques de laboratori, atès que els símptomes clínics no són prou específics per si mateixos en cap dels estadis de la malaltia.

Aquestes tècniques diagnòstiques són de dos tipus: *les directes*, la finalitat de les quals és detectar la presència de virus o bé d'algun dels seus components (cultiu víric, antigenèmia, anàlisis d'àcids nucleics) i *les indirectes*, que serveixen per detectar la resposta immune davant la infecció (proves serològiques).

4.1. Proves indirectes

Es basen en la detecció d'anticossos i són les que amb més freqüència s'utilitzen per realitzar el diagnòstic de la infecció. Les proves serològiques de detecció d'anticossos del VIH ens permeten saber si una persona ha estat infectada pel virus, però no per conèixer el seu estat evolutiu (asimptomàtic, sida). Constitueixen un instrument útil i de gran interès per a diferents propòsits, incloent-hi la diagnosi d'infecció pel VIH, el cribratge de donacions de sang, òrgans i teixits, la recerca i la vigilància epidemiològica.

En aquest apartat només fem referència a la utilització de les proves amb finalitats diagnòstiques de la infecció pel VIH, és a dir, la realització voluntària de la detecció serològica d'anticossos del VIH en persones asimptomàtiques o en persones amb signes i símptomes clínics suggestius d'infecció pel VIH o per la sida. Des de l'atenció primària aquestes proves són indicades en qualsevol persona amb risc actual o previ d'exposició al VIH per tal de fer una intervenció precoç, que inclou la diagnosi precoç i l'aconsellament (*counselling*) en la malaltia que causa el VIH (vegeu el capítol VI).

Dintre de les proves indirectes, n'hi ha de diferents tipus: les tècniques de cribratge, que són aquelles que poden realitzar-se simultàniament a un nombre elevat de persones, i les tècniques de confirmació, que tenen una major especificitat encara que la seva realització és més complexa.

4.1.1. Tècniques de cribratge

Normalment s'utilitzen tècniques de tipus immunoenzimàtic (EIA o ELISA). Tot i que la sensibilitat d'aquestes tècniques ha millorat en el decurs dels anys, encara mostren limitacions atribuïbles al període finestra, és a dir, al temps que triga l'organisme a desenvolupar anticossos específics. Avui dia, normalment s'utilitzen tècniques de tercera generació la sensibilitat de les quals és superior al 99% per a un període finestra de tres o quatre mesos. Poden donar falsos positius en presència d'algunes malalties autoimmunes o de certs tipus de fenotips d'histocompatibilitat i en individus africans. En la majoria de països desenvolupats s'utilitzen *tècniques combinades*, sensibles tant per al VIH-1 com per al VIH-2. Aquestes proves d'alta sensibilitat s'anomenen també *proves de cribratge*.

Actualment, també hi ha proves de *detecció ràpida per tècniques d'aglutinació o per immuno-adherència* que poden tenir utilitat en situacions urgents, com el cribratge pretrasplantament, i pel seu cost més reduït en països en vies de desenvolupament, encara que la seva sensibilitat és més baixa que l'ELISA.

En els darrers anys també s'han desenvolupat tècniques de cribratge en mostres biològiques diferents del sèrum com són *la saliva i l'orina*. En general, les que utilitzen saliva resulten més útils, ja que les mostres d'orina necessiten una manipulació i conservació més complexes. Aquestes tècniques solen ser més econòmiques i la seva utilitat pot anar destinada a estudis amplis de vigilància seroepidemiològica i en països en vies de desenvolupament. La seva sensibilitat és més baixa que la de les proves clàssiques en sèrum.

4.1.2. Tècniques de confirmació

Malgrat l'elevada sensibilitat de les proves serològiques per a la detecció d'anticossos del VIH utilitzades avui dia, per a finalitats diagnòstiques és necessària una segona prova més específica anomenada prova de confirmació.

La prova de confirmació més utilitzada és la *transferència Western*, també coneguda com a Western blot (Wb), que permet identificar els diferents tipus d'anticossos dirigits contra diferents antigens virals. Aquesta tècnica té una elevada especificitat, però resulta complexa, el seu cost és elevat i requereix un personal experimentat.

A més de la transferència Western, hi ha altres tècniques de confirmació, com la *radioimmuno-precipitació* (RIPA) i la *immunofluorescència indirecta* (IFI), encara que aquestes últimes són encara més complexes i de major cost que la primera. La utilització d'una prova de confirmació és obligada abans d'establir el diagnòstic de la infecció pel VIH.

Hi ha una sèrie de situacions en què el resultat de la Wb pot ser indeterminat: la infecció pel VIH-2, la infecció molt recent pel VIH (en fase de seroconversió), la malaltia avançada amb

presència d'immunocomplexos circulants, els nens nascuts de mares seropositives, la reactivitat inespecífica amb altres anticossos en algunes malalties autoimmunes. Davant d'un resultat indeterminat de la Wb s'haurà d'interrogar el pacient per tal de valorar aquestes situacions i serà convenient repetir la Wb al cap d'un mes o bé plantejar alguna tècnica directa de diagnòstic (detecció d'àcids nucleics).

Les proves de confirmació i l'algoritme diagnòstic (vegeu-ho més endavant) dependran de la finalitat de la prova i de la prevalença de la infecció pel VIH en la població testada.

4.2. Proves directes

4.2.1. Antigenèmia

Solen utilitzar-se tècniques d'enzimoinmunoanàlisi per detectar antigens específics virals al plasma i altres fluids biològics com l'LCR; el més habitual és la proteïna p24. El fet que hi hagi períodes en què no són detectables els anticossos circulants del VIH, com és el cas de la primoinfecció o la sida en etapes avançades, va motivar en el seu dia que la detecció d'antigens del VIH s'utilitzés com a tècnica de detecció de la presència del virus en aquestes situacions. Actualment, la detecció de l'antigenèmia pot ser útil en el diagnòstic inicial davant la sospita de primoinfecció, en la identificació del virus en el nadó (transmissió vertical), en el cribratge dels donants de sang, en l'estudi evolutiu de la malaltia i en estudis d'investigació, tot i que la utilització de les tècniques d'anàlisi d'àcids nucleics limita actualment a la pràctica l'aplicabilitat de l'antigenèmia.

4.2.2. Cultiu viral

Es basa en l'aïllament del VIH mitjançant cultiu cel·lular (habitualment limfòcits) en mostres procedents de cèl·lules d'un individu infectat. Pel que fa a l'especificitat, és la prova que la té més alta; però la seva sensibilitat és molt variable atesa la dificultat tècnica que comporta l'aïllament viral. La seva utilitat clínica és escassa i s'empra fonamentalment en estudis d'investigació de variabilitat genètica, estudis de resistència a fàrmacs antiretrovirals i en epidemiologia molecular.

4.2.3. Detecció d'àcids nucleics

Aquestes tècniques permeten detectar i quantificar gens o seqüències genòmiques del VIH, tant de l'ADN (provirus) com de l'ARN víric. Aquestes tècniques es basen en l'amplificació del material genètic mitjançant l'aplicació de la tècnica de reacció en cadena de la polimerasa (PCR). Avui dia hi ha tres tècniques diferents per quantificar el VIH i totes tres tenen una sensibilitat elevada. Tenen l'avantatge que no requereixen la capacitat de la resposta immune del pacient, a diferència d'altres proves serològiques, i reflecteixen el grau de replicació viral permetent una avaluació funcional de les cèl·lules infectades.

La utilitat d'aquestes tècniques des del punt de vista diagnòstic només es justifica en determinades situacions com la primoinfecció, la presència de patrons serològics inconsistents, la infecció en el nadó i en pacients amb agammaglobulinèmia.

Serveixen principalment per a l'avaluació de l'eficàcia terapèutica i com a marcador de progressió de la infecció. El monitoratge de la càrrega viral (nombre de còpies d'ARN-VIH plasmàtiques) s'ha de fer quan es diagnostica la infecció, per avaluar la necessitat o no del tractament antiretroviral i per avaluar-ne la resposta. Com ja s'ha comentat, la càrrega viral té una gran importància en el pronòstic sobre el risc de progressió de la malaltia i és un dels paràmetres que juntament amb el recompte de limfòcits CD4 i l'estat clínic del pacient tenen implicació en la decisió d'iniciar o no el tractament antiretroviral. De fet, aquells pacients en què la càrrega viral és <5.000 còpies, el risc de desenvolupar esdeveniments diagnòstics de sida als cinc anys és del 8% i en aquells amb càrregues virals superiors a 35.000 còpies el risc és del 62%.

4.3. Algoritme per a la diagnosi serològica de la infecció pel VIH

Habitualment, l'algoritme diagnòstic de la infecció causada pel VIH consisteix en la realització d'una primera prova de detecció d'anticossos del virus (ELISA) i, si aquesta és reactiva, una nova prova de cribratge (ELISA) amb la mateixa mostra del pacient. En cas de reactivitat d'aquesta segona prova de cribratge, cal realitzar una prova de confirmació (Wb). Si la prova de confirmació és reactiva, es pot informar el pacient del resultat positiu de la detecció d'anticossos.

El valor predictiu positiu (probabilitat que el resultat positiu de la prova correspongui realment a un pacient infectat) depèn de la sensibilitat i de l'especificitat de la prova o combinació de proves emprada, però també de la prevalença de la infecció en la població testada (el valor predictiu positiu és més elevat quan més alta és la prevalença). Tenint en compte això, en algunes situacions de grups poblacionals amb elevada prevalença d'infecció pel VIH es podria utilitzar una segona prova de cribratge com a confirmació.

Un resultat positiu a les proves de cribratge i de confirmació correspon a una persona infectada i només quan resulta del tot impossible identificar una possible font d'exposició s'ha de considerar la possibilitat que es tracti d'un fals positiu degut a un error de laboratori. Un resultat negatiu indica absència d'infecció; no obstant això, cal tenir en compte el fet que el pacient pugui haver-se exposat recentment al VIH i encara no hagi desenvolupat anticossos (període finestra); aleshores és recomanable repetir la prova al cap de sis mesos. En cas de presència de símptomes clínics d'infecció pel VIH, és recomanable la realització de proves directes (anàlisis d'àcids nucleics).

4.4. Estandardització dels criteris d'actuació: les 4 C

A l'hora de realitzar i interpretar les proves serològiques del VIH, convé estandarditzar els criteris d'actuació, tenint en compte les denominades "4 C": consentiment informat, confidencialitat, aconsellament (*counseling*) i cautela.

4.4.1. Consentiment informat

És el fet que el pacient manifesti estar d'acord a fer-se la prova diagnòstica, un cop ha valorat els avantatges i els inconvenients de realitzar-la. Fer la prova sense el consentiment informat

del pacient té efectes contraproductius a l'hora d'introduir canvis conductuals, a més de tenir implicacions ètiques i legals:

- Trencar o dificulta la relació d'ajuda i la confiança, dificulta el procés d'elaboració de les emocions davant l'impacte de saber-se infectat o malalt (risc més alt d'incompliment i de conductes de risc).
- Dificulta poder entrar en el procés de canvi pel que fa a qüestions relacionades amb la conducta i el VIH (canvi de pràctiques de risc per pràctiques més segures en les diferents conductes).

En el cas que el pacient es negui a fer-se l'estudi diagnòstic del VIH tot i que estigui indicat, el professional haurà de respectar aquesta decisió. Com a excepció hi ha la del pacient simptomàtic en qui l'estudi serològic és part imprescindible del procés diagnòstic (vegeu l'apartat "Aspectes legals"). En aquestes situacions, caldrà fer un seguiment del pacient per poder treballar l'ambivalència o les resistències a fer-se la prova (amb aconsellament i abordatge motivacional).

4.4.2. Confidencialitat

Implica no compartir la informació que ha proporcionat el pacient, ni el resultat de la prova, garantint-li que aquesta confidencialitat serà respectada.

4.4.3. Aconsellament (counselling)

Ateses les connotacions que té la infecció pel VIH, el fet de sotmetre's a la prova serològica constitueix en si mateix un esdeveniment molt especial en la vida d'una persona i cal que vagi acompanyat d'aconsellament abans i després de fer-se-la.

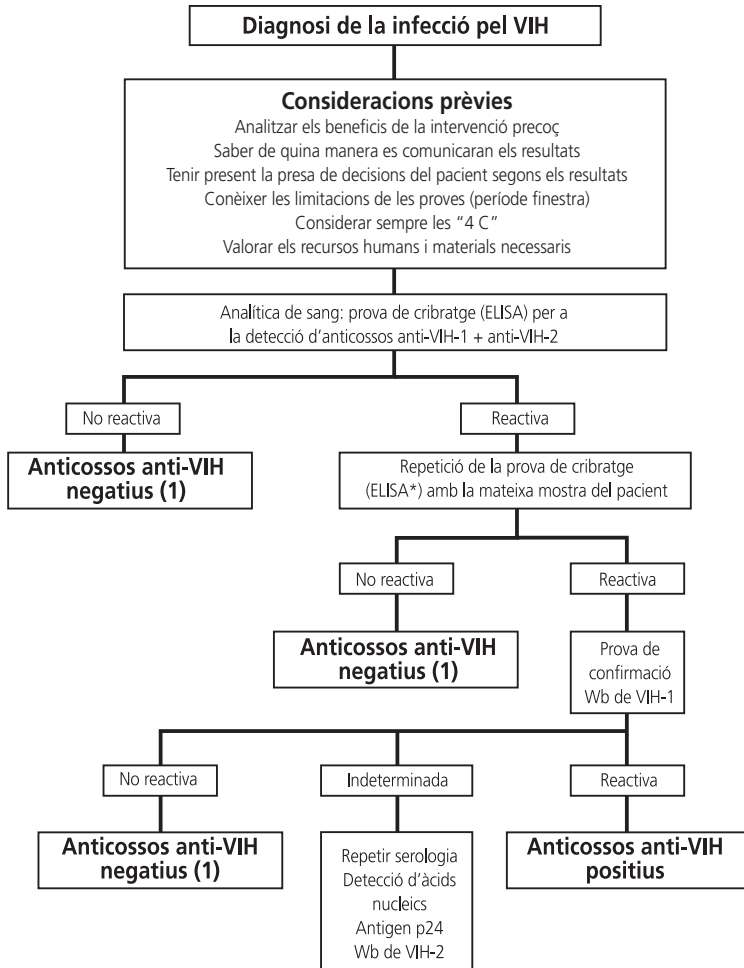
L'*aconsellament pretest* ha d'aportar al pacient la informació necessària per ajudar-lo a decidir de forma raonada el seu consentiment per a la realització de la prova serològica del VIH. L'*aconsellament pretest* ha de tenir en compte la història personal del pacient, el risc passat o present d'exposició al virus, les idees i els coneixements del pacient sobre la infecció, el resultat esperat de la prova i les possibles reaccions segons quin sigui aquest. Amb tot, l'*aconsellament pretest* ha d'ajudar el pacient a preparar-se a rebre el resultat de l'estudi diagnòstic i a prendre les decisions que corresponguin (vegeu l'apartat VI).

L'*aconsellament posttest* vindrà condicionat pel resultat de la prova (negatiu, positiu, indeterminat). En conjunt, l'objectiu de l'*aconsellament posttest* ha de ser ajudar el pacient a prendre decisions, a adoptar criteris realistes per a la modificació del seu estil de vida i, si el resultat és positiu, a normalitzar la seva vida en la seva condició d'infectat (vegeu el capítol VI).

4.4.4. Cautela


Davant del resultat de la prova, considerant les característiques tècniques (possibles falsos positius, període finestra), cal assegurar-se que tot resultat positiu ha d'estar confirmat i tenir en compte els valors humans del pacient.

Algorisme diagnòstic de la infecció causada pel VIH



(1) D'acord amb la història clínica del pacient, cal valorar el risc d'exposició i la possibilitat de repetir la prova al cap de sis mesos.

5. Protocol de declaració de cas de sida

	<p>Generalitat de Catalunya Departament de Salut Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la Sida de Catalunya (CEESCAT)</p>	<p>Informe confidencial</p>
<p>Síndrome d'immunodeficiència adquirida. Informe de cas</p>		
<p>I. Dades personals (vegeu-ne les instruccions)</p>		
1. Nom i cognoms _____	2. Sexe <input type="checkbox"/> 1. Masculí <input type="checkbox"/> 2. Femení	
3. Edat al moment del diagnòstic _____ anys _____ mesos (per a nens < 1 any)	Data de naixement _____	
4. Residència habitual al començament de la malaltia		
Carrer _____		Districte municipal _____
Municipi _____		Provincia _____ País _____
5. País d'origen _____ Si no és espanyol, any d'arribada a l'Estat espanyol _____		
6. Mort <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No Si ha mort, especifiqueu-ne la data _____		
<p>II. Factors socials i de risc (escriuiu i/o assenyalau amb una creu la casella que hi correspongui)</p>		
7. Està o ha estat internat en un centre penitenciari amb posterioritat al 1981?		<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 9. Desc.
8. Conducta sexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Cap <input type="checkbox"/> Desconeguda		
9. Ha utilitzat agulles per a la injecció intravenosa de drogues no prescrites?		<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 9. Desc.
10. Ha mantingut relacions sexuals amb la finalitat d'obtenir diners o drogues (prostitució)?		<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 9. Desc.
11. Ha rebut hemoderivats per trastorns de la coagulació o d'altres? Any d'inici del tractament _____		<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 9. Desc.
12. Ha rebut una transfusió de sang o de components de la sang? Especifiqueu-ne el centre Mes i any de l'última transfusió _____		<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 9. Desc.
13. Ha tingut relacions heterosexuals amb alguna/es de les persones següents?		
Persones usuàries de drogues per via intravenosa		<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 9. Desc.
Persones bisexuals		<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 9. Desc.
Persones tractades amb hemoderivats		<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 9. Desc.
Persones receptors de transfusions amb sida o infecció documentada pel VIH		<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 9. Desc.
Persones amb sida o infecció documentada pel VIH		<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 9. Desc.
Parelles sexuals múltiples		<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 9. Desc.
Parelles que exerceixen la prostitució		<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 9. Desc.
Altres. Especifiqueu-les		<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 9. Desc.
14. Ha rebut trasplantaments? Especifiqueu-ne el tipus Mes i any _____		<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 9. Desc.
15. Un altre tipus de possible d'exposició al VIH (tatuatges, acupuntura, exposició accidental, plasmafèresi...) Especifiqueu-ho		<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 9. Desc.
El malalt era seronegatiu abans d'aquest contacte?		<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 9. Desc.
16. Per a nens. La seva mare presentà abans del part algun/s dels factors de risc següents?		
Drogoaddicció intravenosa		<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 9. Desc.
Receptora de transfusió sanguínia o d'hemoderivats		<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 9. Desc.
Ha estat diagnosticada de sida o d'infecció documentada pel VIH		<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 9. Desc.
Ha tingut relacions heterosexuals amb alguna/es de les persones especificades al punt núm. 13? Especifiqueu-ho		<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 9. Desc.
Altres Especifiqueu-ho		<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 9. Desc.
GT _____		
Exemplar per al Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya.		

III. Dades de la malaltia indicativa de sida

Vegeu al dors el resum de la definició actual de cas de sida, les entitats nosològiques considerades com a indicatives de sida i els mètodes diagnòstics exigits. Cal tenir en compte que la majoria de malalties han de ser diagnosticades per mètodes definitius i que altres poden ser diagnosticades per altres mètodes (presumptius), si el pacient té anticossos positius davant del VIH (consulteu el BEC 1988, vol. IX, núm. extraordinari de març i el BEC 1994, vol. XV, 29-34).

17. Malaltia	18. Diagnòstic		17. Malaltia	18. Diagnòstic	
	Definitiu	Presumtiu		Definitiu	Presumtiu
01. Candidiasi esofàgica	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	16. Infecció per <i>Mycobacterium tuberculosis</i> disseminada o extrapulmonar	<input type="checkbox"/> 1.	-
02. Candidiasi traqueal, bronquial o pulmonar	<input type="checkbox"/> 1.	-	17. Infecció per <i>Mycobacterium</i> d'espècies no identificades, disseminades o extrapulmonars	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.
03. Coccidioidomycosi disseminada (# pulmó, ganglis limfàtics cervicals o híters)	<input type="checkbox"/> 1.	-	18. Septicèmia recurrent per salmonel·la (# <i>S. typhi</i>)	<input type="checkbox"/> 1.	-
04. Criptococcosi extrapulmonar	<input type="checkbox"/> 1.	-	19. Pneumonitis intersticial limfoide o hiperplàsia limfoide pulmonar (edat < 13 anys)	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.
05. Herpes simple muco-cutani crònic persistent més d'un mes	<input type="checkbox"/> 1.	-	20. Infeccions bacterianes múltiples recorrents incloïes salmonel·les (edat < 13 anys)	<input type="checkbox"/> 1.	-
06. Herpes simple, bronquial o pulmonar, o esofàgic de qualsevol durada (edat > 1 mes)	<input type="checkbox"/> 1.	-	21. Sarcoma de Kaposi	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.
07. Criptosporidiosi amb diarrea persistent durant més d'un mes	<input type="checkbox"/> 1.	-	22. Limfoma primari de cervell	<input type="checkbox"/> 1.	-
08. Histoplasmosi disseminada (# pulmó, ganglis limfàtics cervicals o híters)	<input type="checkbox"/> 1.	-	23. Limfoma no Hodgkinià de cèl·lules B o de fenotip immunològic desconegut, immunoblàstic o de cèl·lules petites sense fenedura (Burkitt o equivalent)	<input type="checkbox"/> 1.	-
09. Isosporiasi amb diarrea persistent durant més d'un mes	<input type="checkbox"/> 1.	-	24. Encefalitis pel VIH	<input type="checkbox"/> 1.	-
10. CMV (# fetge, melsa o ganglis limfàtics) (edat > 1 mes)	<input type="checkbox"/> 1.	-	25. Síndrome caquèctica pel VIH	<input type="checkbox"/> 1.	-
11. Retinitis per CMV (amb pèrdua de visió)	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	26. Tuberculosi pulmonar (edat > 12 anys)	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.
12. Pneumònia per <i>Pneumocystis carinii</i>	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	27. Pneumònia recurrent (2 episodis o més en 12 mesos)	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.
13. Toxoplasmosi cerebral (edat > 1 mes)	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	28. Càncer invasiu de coll d'úter	<input type="checkbox"/> 1.	-
14. Leucoencefalopatia multifocal progressiva	<input type="checkbox"/> 1.	-			
15. Complex <i>Mycobacterium avium</i> o <i>M. kansasii</i> (# pulmó, pell, ganglis limfàtics cervicals o híters)	<input type="checkbox"/> 1.	-			

19. Primera malaltia diagnosticada Data de diagnòstic
|_|_|_|_|_|_|_|

IV. Dades de laboratori (vegeu-ne les instruccions)

20. Evidència de laboratori de la infecció pel VIH (habitualment detecció dels anticossos anti-VIH-1)
 1. Positiva 2. Negativa 3. No realitzada 9. Desconeguda Data de la primera detecció |_|_|_|_|_|_|_|_|
21. Limfòcits CD4/mm³ |_|_|_|_|_|_|_|_| (més pròxim al diagnòstic de la sida) Limfòcits totals/mm³ |_|_|_|_|_|_|_|_| (més pròxim al diagnòstic de la sida)
22. Immunoglobulines totals mg % |_|_|_|_|_|_|_|_| (valor més alt trobat) (tan sol per a nens < 13 anys)
23. Prova de la tuberculina (intradermoreacció de Mantoux) en el moment més pròxim del diagnòstic de sida
 1. Positiva (induració, en mm |_|_|_|) 2. Negativa 3. No realitzada 9. Desconeguda
24. Si el pacient té anticossos negatius o no s'ha fet la prova o té menys de 18 mesos d'edat, aquest pacient té alguna causa d'immundeficiència diferent de la infecció pel VIH? (vegeu-ne les instruccions)
 1. Sí 2. No 9. Desconeguda

V. Informació addicional o comentaris

25. Ha rebut tractament antiretrovíric en algun moment des del diagnòstic d'infecció pel VIH? 1. Sí 2. No 9. Desc.
26. Ha realitzat quimioprofilaxi antituberculosa en algun moment des del diagnòstic d'infecció pel VIH? 1. Sí 2. No 9. Desc.
27. Si és UDVP, quina és la seva situació respecte al tractament de la toxicomania?
 1. Programa lliure de drogues 3. Comunitat terapèutica 5. No segueix cap tractament 9. Desconeguda
 2. Programa de metadona 4. Altres (especifiqueu-les) _____

Comentaris:

VI. Persona que notifica el cas

28. Nom Telèfon

29. Càrrec/unitat 30. Institució

31. Data de la declaració

Moltes gràcies per la vostra col·laboració

6. Bibliografia consultada

Alberny M, Vall M (ed.) et al. *Guia sobre la infecció pel VIH i la sida per a professionals d'atenció primària*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, 1994.

Bartlett JG (ed.). The Johns Hopkins Hospital 2000-2001. *Guide to Medical Care of patients with HIV Infection*. 9a ed. Filadèlfia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.

Carrillo R, Dopico E, Martínez JL. Diagnòstic de laboratori de la infecció per l'HIV. *Infosida* maig 2001, comunicat 24. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya.

Casabona J, Alberny M, Cots JM. Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual. A: Martín Zurro A, Cano Pérez JF (ed.). *Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. 5a ed. Madrid: Ed. Elsevier España, SA, 2003; vol II: 1154-92.

Casabona J, Romaguera A, Almeda J, Blanch C, Caylà JA, Miró JM, Colom J. La declaració de los nuevos diagnòstics de VIH en Cataluña: ¿es posible el consenso técnico? *Gac Sanit* 2003; 17(1): 75-82.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Revised Guidelines for HIV Counseling, testing and referral. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2001; 50 (RR-19): 1-62.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Recommendations of the US Public Health Service task force on the use of zidovudine to reduce perinatal transmission of human immunodeficiency virus. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1994; 43 (RR-11): 1-7.

Centers of Disease Control and Prevention (CDC). Pneumocystis pneumonia – Los Angeles. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1981; 30: 250-2.

Centers of Disease Control and Prevention (CDC). Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1993; 41 (RR-17): 1-9.

Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la Sida de Catalunya (CEESCAT). *Sistema integrat de vigilància epidemiològica de l'HIV/sida a Catalunya (SIVES)*. Informe anual 2003. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, 2003; document tècnic núm. 16.

Cohen PT, Katz MH. Practical Guide to Primary Care of Patients with HIV Infection. <http://www.hivinsite.ucsf.edu> [Consulta: juny 2003].

Corporació de Salut del Maresme i la Selva. *Guia de pràctica clínica. Infecció pel virus d'immunodeficiència humana (VIH)*. 2003.

European Center for the Epidemiological Monitoring of AIDS. *HIV/AIDS Surveillance in Europe. End-year report 2002*. Report 68.

- Gatell JM, Clotet B, Podzamczar D, Miró JM, Mallolas J (ed.). *Guia pràctica del sida. Clínica, diagnòstic i tractament*. 7a ed. Barcelona: Ed. Masson, 2002.
- Mellors JW, Muñoz A, Giorgi JV et al. Plasma viral load and CD4+ lymphocytes as prognostic markers of HIV-1 infection. *Ann Intern Med* 1997; 126: 946-54.
- Mellors JW, Rinaldo CRJ, Gupta P. Prognosis in HIV-1 infection predicted by the quantity of virus in plasma. *Science* 1996; 272 (maig 24): 1167-70.
- Ramos F, Gràcia-Fructuoso MT, Almeda J, Casabona J, Coll O, Fortuna C. Determinantes de la transmissió vertical del VIH en Catalunya (1997-2001): ¿es possible su eliminació? *Gac Sanit* 2003; 17(4): 275-82.
- Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Centro Nacional de Epidemiología. *Vigilancia epidemiológica de sida en España. Registro Nacional de Casos de Sida*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Salud Carlos III, 2003 (01/03).
- Segú M, Casabona J. Epidemiología de la infección por el VIH y el sida en el planeta: situación actual y tendencias. A: Bueno Cañigral F, Nájera Morrondo R (ed.). *Salud pública y sida*. Madrid. Ed. Doyma: 129-36.
- Segú M, Casabona J. Impacto global de la infección por VIH/Sida: la epidemia en países industrializados y países en vías de desarrollo. *JANO* 2002; LX (1415): 94-103.
- UNAIDS, WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STD Surveillance. *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. Desembre 2002. Ginebra: UNAIDS, WHO, 2002.
- Vall M, Arellano E, Armengol P, Escriba JM, Loureiro E, Saladie P et al. Infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual en inmigrantes de Barcelona. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002; 20(4): 154-6.
- Valverde C. *Counselling sobre el VIH: suport psicosocial i relació d'ajuda a la persona seropositiva. Manual per a professionals*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, 1999.

Manifestacions clíniques de la infecció pel VIH i altres patologies relacionades

1. Infeccions oportunistes (IO) i coinfeccions associades

Les IO han estat la principal causa de morbiditat i mortalitat en els pacients infectats pel VIH, des de l'inici de l'epidèmia. La majoria de les IO són el resultat d'una reactivació endògena d'un procés adquirit temps enrere i solen aparèixer en fases avançades d'immunodepressió. En la taula 1 s'observen alguns dels agents infecciosos més freqüentment associats al VIH. Aquest apartat fa referència a les IO causades per *Pneumocystis carinii*, *Mycobacterium tuberculosis* i altres micobacteris, *Toxoplasma gondii*, citomegalovirus, virus JC i *Cryptococcus neoformans*; la infecció causada per *Candida albicans* i per altres virus es tracten en diferents apartats. En els darrers anys, com a conseqüència de la introducció del TARGA i de les pautes de profilaxi primària, la incidència de les IO ha disminuït de forma considerable en els pacients amb infecció pel VIH. Altres infeccions, encara que produïdes per gèrmens no oportunistes, són tan freqüents en aquests pacients que s'engloben dintre del grup de coinfeccions associades, com és el cas de les hepatitis víriques.

1.1. Infecció per *Pneumocystis carinii* (PC)

Considerat com un protozou intracel·lular durant molts anys, el PC, en les classificacions actuals, s'inclou dintre de la categoria dels fongs. Estudis recents han demostrat que, a banda de presentar-se com la reactivació d'una infecció adquirida durant la infantesa, la infecció per aquest patògen es pot presentar com una infecció primària en pacients immunodeprimits. La infecció per PC sol esdevenir-se en estats d'immunodepressió avançada, en pacients amb limfòcits CD4 inferiors a 200/mm³.

La infecció per PC sol afectar el pulmó, encara que també pot presentar-se en altres localitzacions: pell, ganglis, ulls, meninges, espai pleural, etc. La infecció pulmonar, la pneumònia per *Pneumocystis carinii* (PPC), origina un quadre clínic d'inici insidiós i curs subagut de durada variable amb febre, astènia i pèrdua de pes, seguit de tos no productiva i dispnea progressiva, que pot arribar a una fase d'insuficiència respiratòria franca i greu. En pacients que han estat tractats amb pentamidina en aerosol, aquest quadre sol ser molt més subtil i lleu. A l'inici del procés, l'estudi radiològic de tòrax pot ser negatiu i, posteriorment, sol observar-se un patró difús intersticial bilateral; altres patrons radiològics són més inusuals —cavitacions, afectació focal, formes nodulars—, tot i que es poden observar infiltrats en lòbuls superiors en pacients que han rebut profilaxi amb pentamidina inhalada (figura 1).

La PPC sol respondre satisfactòriament al tractament, però són freqüents les recidives si no es fa tractament de manteniment. La diagnosi de confirmació de la PPC es fa mitjançant la visualització del paràsit en teixits o productes de l'aparell respiratori amb tincions especials o tècniques de PCR; les tècniques més emprades són la inducció d'esput i la rentada broncoalveolar i, menys habitualment, la biòpsia transbronquial o la biòpsia pulmonar.



Figura 1. Pneumònia per *Pneumocystis carinii*

1.2. Infecció per *Mycobacterium tuberculosis* i altres micobacteris

L'agent causal de la infecció tuberculosa és el *Mycobacterium tuberculosis*; aquest micobacteri i el VIH són dos patògens intracel·lulars que, tant des del punt de vista clínic com epidemiològic, tenen una forta interacció, per la qual cosa sembla oportú parlar de coinfecció VIH-tuberculosis. La tuberculosi (TBC) és la infecció oportunista més freqüent en pacients infectats pel VIH en el nostre medi i sovint és la primera manifestació de sida, sobretot la TBC pulmonar en pacients amb antecedents d'ús parenteral de drogues.

La infecció per *Mycobacterium tuberculosis* pot ser exògena o deguda a la reactivació d'una infecció latent. Les formes de presentació clínica d'aquesta infecció varien segons l'estat d'immunosupressió de l'hoste: en fases inicials de la malaltia són més habituals les formes d'afectació

pulmonar, mentre que en fases avançades ho són les formes d'afectació extrapulmonar.

Els símptomes clínics de la TBC són febre, adenopaties i quadre consumptiu. Des del punt de vista radiològic, la TBC pulmonar pot presentar-se amb formes cavitades o infiltrats apicals en pacients amb un sistema immunitari conservat o poc deprimat, mentre que en fases més avançades d'immunodepressió són comunes les formes atípiques amb infiltrats difusos o localitzats en els camps pulmonars inferiors amb adenopaties hilars (figura 2).

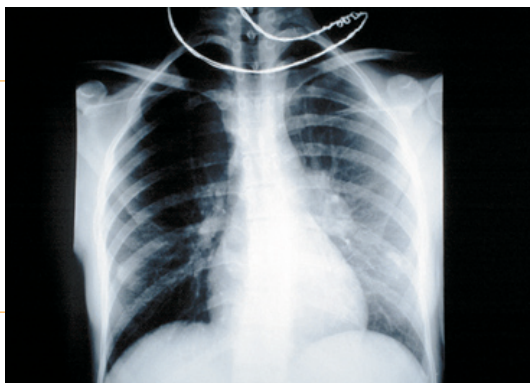


Figura 2. TBC pulmonar

La diagnosi de la infecció per *Mycobacterium tuberculosis* es basa fonamentalment en la identificació del bacil en els líquids i teixits corporals (cultiu de Löwenstein), ja que en molts casos la tinció de Ziehl-Neelsen pot ser negativa. En un percentatge important de pacients, sobretot si tenen immunodepressió, la prova de Mantoux és negativa a causa de l'existència d'una anergia cutània.

La forma més freqüent de TBC extrapulmonar és la ganglionar, encara que també pot presentar-se en altres localitzacions: intestinal, miliar, SNC, etc.; a més dels signes o símptomes propis de cada localització, és freqüent la presència de febre elevada en la TBC extrapulmonar.

La infecció per *Mycobacterium avium intracellulare* (MAI) és relativament poc freqüent en el nostre entorn, a diferència d'altres països en què té prevalences més elevades. La infecció per MAI sol produir-se en pacients amb una alteració greu de la immunitat cel·lular, que pot anar associada a altres infeccions i tumors, la qual cosa en dificulta sovint la diagnosi. Sol presentar un quadre clínic subagut de febre intermitent, pèrdua progressiva de pes, calfreds, suor nocturna, diarrea crònica, dolor abdominal, icterícia i, a vegades, infiltrats pulmonars o limfadenopatia amb anèmia i/o neutropènia. La diagnosi s'obté mitjançant l'hemocultiu per micobacteris. N'hi ha d'altres, com *M. kansasii*, *M. xenopi*, que poden també produir infeccions en aquests pacients.

1.3. Infecció per *Toxoplasma gondii*

En el pacient infectat pel VIH, la toxoplasmosi sol cursar amb infecció de l'SNC i, menys freqüentment, amb afectació ocular o infecció disseminada.

Causada pel protozou *Toxoplasma gondii*, la toxoplasmosi cerebral és la infecció oportunista més comuna de l'SNC, en el nostre medi, en els pacients infectats pel VIH i sol presentar-se en pacients amb immunodepressió avançada ($CD4 \leq 100/mm^3$). Les manifestacions clíniques d'aquesta entitat poden aparèixer d'una manera aguda o subaguda amb febre, cefalea, crisis convulsives, edema de papil·la i alteracions focals, segons la localització dels focus infecciosos. En l'examen amb tomografia axial computada (TAC) poden observar-se diverses lesions hipodenses amb edema i efecte de massa que capten contrast en forma d'anell o nòdul. La diagnosi diferencial de la toxoplasmosi cerebral es planteja amb altres processos que produeixen lesions focals de l'SNC, com ara el limfoma primari, el tuberculoma o criptococcoma cerebrals (figura 3).

La diagnosi definitiva es pot obtenir mitjançant biòpsia cerebral, però normalment s'empra la resposta clínica i radiològica al tractament específic.

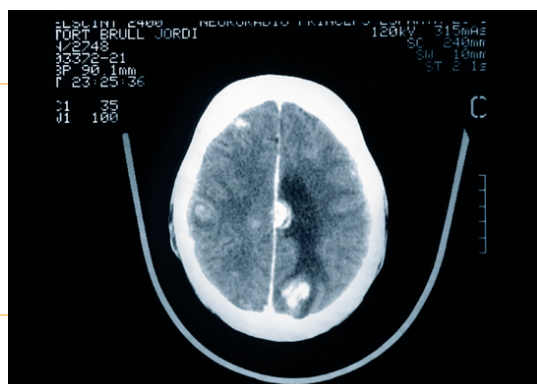


Figura 3. Toxoplasmosi cerebral

Per bé que normalment la toxoplasmosi cerebral respon satisfactòriament al tractament sense deixar seqüeles, les recidives són tan habituals que convé realitzar profilaxi secundària.

Pel que fa a l'afectació ocular per toxoplasma, cal dir que en el nostre medi és rara. De vegades, s'ha de fer la diagnosi diferencial de la retinitis per toxoplasma amb la causada per citomegalovirus; en la primera sol haver-hi afectació del cos vitri i, fins i tot, uveïtis anterior, habitualment sense hemorràgies. En més de la meitat de casos, la toxoplasmosi ocular s'acompanya d'una toxoplasmosi cerebral.

1.4. Leucoencefalopatia multifocal progressiva (LMP)

Es tracta d'una infecció oportunista multifocal desmielinitzant de la substància blanca de l'SNC causada pel papovavirus JC. Apareix com un trastorn progressiu de l'SNC en el curs de pocs mesos, amb focus neurològic i afectació de parells cranials; el nivell de consciència pot romandre intacte fins en etapes molt avançades d'aquesta malaltia. L'LMP no té cap tractament específic i sol causar la mort del pacient en un termini de pocs mesos; no obstant això, el TARGA ha mostrat la seva eficàcia en la millora de la supervivència i dels efectes neurològics causats per l'LMP.

Des del punt de vista diagnòstic, l'estudi radiològic de l'SNC i la detecció del virus JC (PCR) en el líquid cefaloraquídi (LCR) són les tècniques usualment emprades. En la TAC, s'observen lesions hipodenses sense efecte de massa ni captació de contrast, usualment múltiples i en qualsevol localització, encara que sovint en la regió parietooccipital. La ressonància magnètica nuclear (RMN) és una tècnica més sensible que no pas la TAC en la diagnosi de l'LMP; solen observar-s'hi lesions múltiples, confluents, hipointenses en T1 i hiperintenses en T2, i la captació de contrast és excepcional.

1.5. Infecció per citomegalovirus (CMV)

En l'actualitat, la incidència de la infecció per CMV ha disminuït de forma important en els pacients infectats pel VIH, amb el TARGA i amb una immunitat més o menys conservada.

Si bé el CMV pot presentar-se clínicament en forma de colitis, esofagitis, colangitis, pneumonitis o amb afectació de l'SNC, la retinitis és la forma clínica més característica d'aquesta infecció vírica en els pacients amb infecció pel VIH, i és la infecció ocular oportuniste més freqüent i la primera causa de ceguesa en aquest tipus de malalts. La retinitis per CMV sol aparèixer quan la xifra total de limfòcits CD4 és inferior a $100/\text{mm}^3$. Des del punt de vista clínic, la retinitis pot presentar un aspecte ben diferent segons que l'afectació de la retina sigui focal o hi ocupi zones extenses. Segons la localització de les lesions, el pacient pot no presentar cap alteració de l'agudesa visual o referir la presència de "mosques volants", escotomes, metamorfòpies, visió borrosa, disminució de l'agudesa visual o, fins i tot, amaurosi. L'examen del fons de l'ull pot mostrar lesions exsudatives perivasculares, d'un color blanc grisós, amb hemorràgies extenses que donen al fons de l'ull l'aspecte de pizza o flamarada; de vegades, si la localització de la retinitis és perifèrica, es poden observar lesions blanquinoses i sense hemorràgia en el fons de l'ull. Sovint d'inici unilateral, la retinitis per CMV evoluciona de forma molt ràpida i pot afectar ambdós ulls, si no s'instaura aviat el tractament específic (figura 4).



Figura 4. Retinitis per CMV

1.6. Infecció per *Cryptococcus neoformans*

Encara que també pot causar infecció pulmonar o formes localitzades d'infecció a l'SNC, habitualment el *Cryptococcus neoformans* causa meningitis en els pacients amb infecció pel VIH; aquesta infecció pot aparèixer en pacients amb immunosupressió avançada ($CD4 < 100/mm^3$). El quadre clínic d'aquesta meningitis és subagut i pot anar acompanyat de febre, cefalea, nàusees, vòmits, estats confusionals i signes meningítics, tot i que cal dir que aquests últims no es presenten en més de la meitat dels casos de meningitis criptocòccica. L'examen de l'LCR pot ser normal o mostrar pleocitosi, proteïnorràquia i disminució de la glucosa. En la majoria de casos, el cultiu i la tinció de l'LCR amb tinta xinesa, l'aglutinació amb làtex al plasma i a l'LCR donaran el diagnòstic d'aquesta malaltia.

1.7. Infecció per *Salmonella enteritidis*

Pot ocasionar un quadre clínic agut o insidiós amb febre, astènia, anorèxia, miàlgies i diarrea aquosa i amb bacterièmia, en la majoria de casos. La diagnosi es basa en l'aïllament del bacteri en la sang. Són freqüents les recurrències; la bacterièmia recurrent per salmonel·la és diagnòstica de sida.

Taula 1. Agents infecciosos associats al VIH

Protozous	<i>Toxoplasma gondii</i>	Bacteris	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>
	<i>Cryptosporidium sp</i>		<i>Mycobacterium avium intracellulare</i>
	<i>Isospora belli</i>		altres micobacteris
	<i>Leishmania donovani</i>		<i>Salmonella sp</i>
	<i>Giardia lamblia</i>		<i>Streptococcus pneumoniae</i>
Virus	citomegalovirus	<i>Haemophilus influenzae</i>	
	herpes simple	<i>Legionella</i>	
	herpes zòster	<i>Staphylococcus aureus</i>	
	virus hepatitis B, C, D	<i>Campylobacter</i>	
	papil·lomavirus	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	
	papovavirus JC	<i>Shigella sp</i>	
Fongs	<i>Pneumocystis carinii</i> *	<i>Treponema pallidum</i>	
	<i>Candida albicans</i>		
	<i>Cryptococcus neoformans</i>		
	<i>Histoplasma capsulatum</i>		

* En moltes classificacions està inclòs en la categoria de protozous.

1.8. Infeccions per virus de les hepatitis

Les persones que realitzen pràctiques de risc enfront del VIH tenen més probabilitats de contractar una hepatitis vírica. Els factors de risc són comuns al VIH i als virus de les hepatitis B (VHB), C (VHC) i delta (VHD). El virus de l'hepatitis A (VHA) no sol compartir els mecanismes de transmissió amb el VIH.

1.8.1. Hepatitis pel VHA

Tot i que les dades sobre la coinfecció VIH-VHA són limitades, tant des del punt de vista epidemiològic com clínic, se sap que la infecció pel VHA és més freqüent en els homes amb pràctiques homosexuals o bisexuals i en els usuaris de drogues. La via de transmissió més comuna és l'orofecal, tot i que la via de transmissió parenteral també és possible en el curt període que dura la virèmia en la infecció aguda pel VHA.

En els pacients amb hepatopatia crònica pel VHC o per altres causes, en cas de desenvolupar una hepatitis aguda pel VHA, aquesta pot tenir una evolució clínica molt agressiva o fulminant.

1.8.2. Hepatitis pel VHB

El VHB té les mateixes vies de transmissió que el VIH: parenteral, sexual i vertical, i és molt freqüent la coinfecció VIH-VHB. La malaltia hepàtica en els pacients que presenten aquesta coinfecció sol ser lleu, fet paradoxal si es considera que la replicació del VHB és més elevada en aquests pacients; no obstant això, la immunodeficiència que comporta la infecció pel VIH fa que la resposta inflamatòria hepàtica sigui inferior.

El tractament de la infecció crònica pel VHB en els pacients amb infecció pel VIH estaria indicat únicament en la infecció crònica replicativa amb activitat inflamatòria hepàtica, és a dir, presència d'ADN-VHB al plasma i elevació de les transaminases. En aquests casos, és convenient incloure la lamivudina en el règim de tractament antiretroviral.

1.8.3. Hepatitis pel VHD

El VHD és un virus defectuós que necessita la presència del VHB per poder desenvolupar la infecció. En els països occidentals, la infecció pel VHD es presenta gairebé de forma exclusiva en pacients UDVP i hemofílics. Pot causar una hepatitis greu o asintomàtica.

El fàrmac clàssicament emprat en el tractament de l'hepatitis crònica pel VHD és l' α -interferó, tot i que les dades sobre la seva eficàcia en pacients amb coinfecció pel VIH són escasses.

1.8.4. Hepatitis pel VHC

En els pacients infectats pel VIH, l'hepatitis pel VHC és molt freqüent; en els UDVP la coinfecció pel VHC pot arribar a afectar entre el 50 i 90% dels pacients.

La infecció pel VHC en els pacients amb infecció VIH és més agressiva i la progressió cap a una cirrosi hepàtica és més ràpida. La malaltia hepàtica pel VHC és una causa creixent de morbiditat i mortalitat en els pacients coinfectats pel VIH. La toxicitat hepàtica relacionada amb el tractament antiretroviral és més freqüent en els pacients infectats pel VHC.

Tot i que encara no es disposa de dades suficients quant al benefici del tractament de l'hepatitis crònica activa pel VHC amb coinfecció pel VIH, en pacients amb estat immunitari conservat es pot considerar la possibilitat de realitzar un tractament específic per tal d'intentar eradicar la replicació del VHC i així evitar la progressió cap a l'hepatopatia crònica terminal. El tractament que actualment s'utilitza és la combinació d' α -interferó i ribavirina.

En els pacients amb infecció pel VIH i malaltia hepàtica terminal es pot pensar en la possibilitat de trasplantament hepàtic, sempre que compleixin els criteris establerts en els protocols actuals.

1.9. Infeccions pulmonars bacterianes

Les infeccions bacterianes del tracte respiratori baix representen la causa més comuna de malaltia pulmonar en els pacients amb infecció pel VIH, sobretot en aquells que són UDVP. Encara que el risc de pneumònia bacteriana augmenta en disminuir la xifra de limfòcits CD4, aquesta entitat pot aparèixer quan el pacient encara té un estat immunitari conservat (per exemple, la pneumònia pneumocòccica); no obstant això, algunes infeccions pulmonars es produeixen en estadis d'immunodepressió avançada (per exemple, per *Pseudomonas aeruginosa*). En el pacient amb infecció pel VIH, les pneumònies poden ser recurrents; en la classificació de malalties definidores de sida, s'hi inclou la pneumònia bacteriana recurrent. Per pneumònia bacteriana recurrent s'entén aquella que apareix com a mínim dues vegades, en un període de dos anys, i de la qual es té una confirmació microbiològica.

Streptococcus pneumoniae, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella* i *Pseudomonas aeruginosa* són els agents etiològics més comuns de les pneumònies bacterianes en els pacients infectats pel VIH.

Usualment, les pneumònies bacterianes tenen un curs clínic d'inici brusc, amb tos i expectoració purulenta, febre, calfreds i, de vegades, dolor pleurític. En alguns casos, el pacient pot presentar símptomes de gravetat, com dificultat respiratòria, taquipnea, xoc sèptic i, en altres casos, aquests símptomes no arriben a aparèixer. Des del punt de vista radiològic, les pneumònies bacterianes poden donar condensació segmentària o lobar (pneumònia pneumocòccica), infiltrats intersticials que poden plantejar diagnòstic diferencial amb la PPC (pneumònia per *Haemophilus*, pneumònia pneumocòccica), infiltrats cavitats (*Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*) i, fins i tot, pot ser que no hi hagi alteracions radiològiques.

El diagnòstic de pneumònia bacteriana s'ha de basar en la clínica del pacient, les troballes radiològiques en l'examen toràcic, la tinció de Gram d'esput i els cultius bacteriològics d'esput i hemàtics.

En el cas que el pacient presenti un bon estat general i l'estudi radiològic de tòrax sigui negatiu, es pot indicar un tractament antibiòtic empíric amb amoxicil·lina-àcid clavulànic o una cefalosporina de segona o tercera generació i valorar-ne la resposta clínica al cap de 72 hores. Si el pacient presenta símptomes de gravetat i l'Rx de tòrax és patològica, cal derivar-lo amb urgència a l'hospital per valorar l'etiologia del quadre i realitzar l'administració de tractament específic.

2. Malalties de transmissió sexual (MTS)

Des del començament de l'epidèmia de la sida s'ha observat una estreta relació entre la infecció causada pel VIH i les anomenades malalties de transmissió sexual clàssiques; hi ha fins i tot una distribució geogràfica paral·lela d'ambdues patologies. La relació entre les MTS clàssiques i la infecció pel VIH encara no està del tot aclarida, ja que s'haurà de demostrar quina és la seqüència temporal entre elles. De tota manera, se sap que la presència de lesions ulcerades i no ulcerades provocades per les MTS incrementen per quatre el risc de transmissió sexual del VIH. D'altra banda, la infecció pel VIH pot incrementar la susceptibilitat del pacient envers altres MTS i en pot alterar el curs clínic i la resposta terapèutica.

La detecció i el tractament precoç de les MTS (sobretot de les de tipus ulceratiu), la recerca de contactes i els canvis en el comportament sexual del pacient constitueixen una estratègia eficaç per a la prevenció de la transmissió sexual del VIH.

2.1. Malalties de transmissió sexual que cursen amb lesions ulcerades

Les MTS que cursen amb lesió genital ulcerada poden ser un factor important, tant en la transmissió com en l'adquisició de la infecció pel VIH, en presentar una solució de continuïtat en l'epiteli genital (porta d'entrada).

2.1.1. Sífilis

Les manifestacions clíniques de la lues o sífilis en pacients infectats pel VIH o malalts de sida poden ser les mateixes que en les persones immunocompetents: úlcera o xancra, en la lues primària (figura 5); rash cutani, lesions mucocutànies i adenopaties, en la lues secundària; manifestacions cardíagues, oftalmològiques, neurològiques, en la lues terciària, o pot ser asimptomàtica en la lues latent.

En els pacients amb infecció pel VIH la serologia luètica pot presentar falsos positius i falsos negatius; per la qual cosa, si la clínica és suggestiva i la serologia luètica és negativa o indeterminada, està indicat sol·licitar proves complementàries per confirmar la sospita diagnòstica de sífilis (biòpsia de les lesions, examen en camp obscur, immunofluorescència directa, etc.).

Una diferència existent en els pacients infectats pel VIH és el percentatge més gran d'afectació neurològica en les fases precoces de la sífilis, tot i que la seva rellevància clínica no és gaire important, ja que la majoria dels casos cursen de forma asimptomàtica. La neurolues ha de ser considerada en aquell pacient infectat pel VIH que, en absència d'una lues recent (inferior a un any), presenta proves reagíniques i treponèmiques positives; en aquest cas, s'ha de fer una punció lumbar per a l'estudi de l'LCR.

El tractament de la sífilis en pacients amb infecció pel VIH és el mateix que el dels pacients no infectats (taula 2).

En comparació amb els pacients sense infecció pel VIH, com ja s'ha dit abans, els pacients infectats per aquest virus presenten un risc més alt de patir complicacions neurològiques, durant les fases inicials de la lues, i també poden presentar més resistència als règims terapèutics normalment emprats. Per això, es recomana fer-ne un seguiment clínic i serològic als 3, 6, 12 i 24 mesos després del tractament. Alguns experts recomanen també realitzar un estudi de l'LCR 6 mesos després d'acabar la teràpia.



Figura 5. Xancre luètic

Taula 2. Tractament de la sífilis

Estadis	Tractaments
Estadi precoç Contacte positiu Sífilis primària	- penicil·lina G benzatina, 2,4 milions UI per via i.m. en dosi única o - si hi ha al·lèrgia a la penicil·lina: doxiciclina, 100 mgr cada 12 hores per via oral, durant 2 setmanes o Azitromicina, 2 gr en dosi única
Sífilis secundària	
Sífilis latent precoç de menys d'un any	
Sífilis tardana	- penicil·lina G benzatina, 2,4 milions UI a la setmana per via i.m. durant 3 setmanes
Sífilis latent tardana de més d'un any o de durada desconeguda	- penicil·lina G aquosa, 18-24 milions UI cada 24 hores per via i.m. durant 10-14 dies o penicil·lina G procaïna, 2,4 milions UI cada 24 hores per via i.m. + probenecid (500 mgr cada 6 hores per via oral) durant 10-14 dies
Sífilis terciària (no neurolúes) Neurolúes	

2.1.2. Xancre tou

Es considera cofactor en la transmissió del VIH. Es tracta d'una infecció causada per *Haemophilus ducreyi*, que pot expressar-se clínicament en forma d'una o més úlceres doloroses, acompanyades d'adenopatia inguinal supurativa, patognomònica del xancre tou.

En els pacients amb infecció pel VIH, el tractament del xancre tou sol ser més llarg que no pas en els pacients no infectats, i el nombre de fracassos terapèutics és més elevat. Hi ha diversos règims terapèutics que es poden emprar: azitromicina 1 g per via oral, en dosi única; ceftriaxona 250 mg per via i.m., en dosi única; ciprofloxacina 500 mg cada 12 h per via oral, durant 3 dies, o eritromicina 500 mg cada 6 h per via oral, durant 7 dies.

2.1.3. Herpes simple genital (HSG)

És una malaltia difícil de curar. N'hi ha dos serotips: l'HSV-1 i l'HSV-2; aquest últim és el causant de la majoria de casos d'herpes genital recurrent.

Aquesta infecció és molt freqüent en els pacients infectats pel VIH i, en aquests pacients, les formes clíniques de l'HSG solen ser atípiques, més greus, doloroses i recurrents que no pas en els pacients immunocompetents. Les manifestacions clíniques poden anar des de la presència de vesícules a úlceres profundes i doloroses, de vegades acompanyades de necrosi; aquestes lesions es poden localitzar als llavis, als genitals externs, al coll uteri i a la regió perianal (figura 6). Les localitzades a la regió perianal són les més recurrents. L'herpes simple mucocutani crònic, de més d'un mes d'evolució, és criteri diagnòstic de sida en els pacients amb infecció pel VIH.

A la taula 3, podem veure les diferents pautes terapèutiques de l'HSG. Normalment s'aconsella la utilització de dosis més elevades d'antiherpètics per al tractament de l'HSG aïllat o inicial, en els pacients amb infecció pel VIH. En qualsevol cas, el tractament s'ha d'administrar fins que les lesions estiguin curades. Quan les lesions herpètiques són molt recidivants s'aconsella tractament antiherpètic de forma indefinida. En el cas que el pacient presenti lesions herpètiques molt extenses o el seu estat general estigui afectat, el tractament ha de ser en règim d'hospitalització, amb aciclovir en dosis de 5-10 mg/kg cada 8 h per via i.v., durant almenys 5-7 dies, o foscarnet en dosis de 40 mg/kg cada 8 h per via i.v., fins a la resolució de l'episodi.

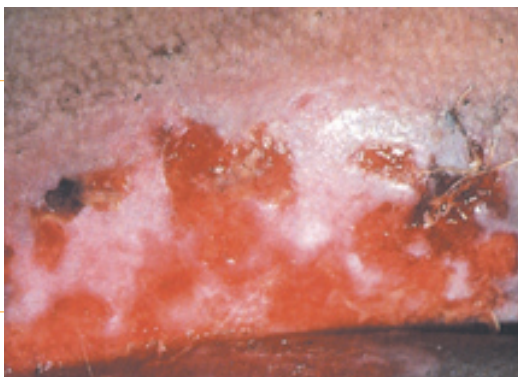


Figura 6. Herpes simple perianal

Taula 3. Règims terapèutics enfront de l'herpes simple genital

Tractament de l'herpes simple genital aïllat o inicial	aciclovir: 400 mg cada 8 h per via oral, durant 7-10 dies aciclovir: 200 mg 5 cops al dia per via oral, durant 7-10 dies famciclovir: 250 mg cada 8 h per via oral, durant 7-10 dies valaciclovir: 1 g cada 12 h per via oral, durant 7-10 dies
Tractament de l'herpes simple genital recurrent	aciclovir: 400 mg cada 8 h per via oral, durant 5 dies aciclovir: 200 mg 5 cops al dia per via oral, durant 5 dies aciclovir: 800 mg cada 12 h per via oral, durant 5 dies famciclovir: 125 mg cada 12 h per via oral, durant 5 dies valaciclovir: 500 mg cada 12 h per via oral, durant 5 dies valaciclovir: 1 g cada 24 h per via oral, durant 5 dies
Tractament supressiu de l'herpes simple genital	aciclovir: 400 mg cada 12 h cada dia famciclovir: 250 mg cada 12 h cada dia valaciclovir: 500 mg cada 24 h per via oral cada dia valaciclovir: 1.000 mg cada 24 h per via oral cada dia

2.2. Malalties de transmissió sexual caracteritzades per una secreció vaginal

Les infeccions vaginals posseeixen el mateix factor de transmissió que el VIH: la via sexual. Encara que la possibilitat d'afavorir una infecció pel VIH en les vaginitis és baixa, en alguns casos les hi detectarem associades, compartint la via de transmissió.

2.2.1. Candidosi vulvovaginal

Causada habitualment per *Candida albicans* i, ocasionalment, per altres espècies de cànides. Molt habitual en les dones infectades pel VIH, en les quals són freqüents les recurrències i les formes cròniques de vaginitis candidòtica. S'ha de sospitar davant la presència de símptomes com: pruija vaginal amb eritema i cremor vulvar, de vegades amb dispareunia o disúria, i flux vaginal lleu d'un aspecte blanc grumollós amb pH normal (≤ 4.5). Encara que la sospita clínica és suficient, s'aconsella realitzar un examen en fresc de la secreció vaginal.

El tractament de la vulvovaginitis candidòtica (taula 4) en dones infectades pel VIH no difereix del de la resta, ja que no hi ha estudis que mostrin una resposta diferent en les primeres. En principi, el tractament tòpic amb antifúngics imidazòlics és més eficaç que no pas amb els de nistatina. També són eficaços el fluconazole i l'itraconazole per via oral, però cal considerar-ne la toxicitat.

Taula 4. Tractament de la vulvovaginitis candidòtica

Via tòpica vaginal	clotrimazole: 500 mg comp vaginal, en dosi única
	clotrimazole: 200 mg òv vaginal, durant 3 dies
	miconazole: 5 g cre intravaginal al 2%, durant 7 dies
	nistatina: 100.000 UI comp vaginal, durant 7-14 dies
	tioconazole: 300 mg comp vaginal, en dosi única
Via sistèmica oral	fluconazole: 150 mg comp oral, en dosi única
	itraconazole: 400 mg comp oral, en dosi única
	itraconazole: 200 mg comp oral, durant 3 dies

2.2.2. Candidosi vulvovaginal recurrent

Es defineix així quan es presenten quatre o més episodis a l'any. La diabetis *mellitus* mal controlada, els estats d'immunodepressió, l'ús de tractaments amb corticoides o antibiòtics, són factors de risc per al desenvolupament de la candidosi vaginal recurrent. El diagnòstic s'ha de realitzar sempre mitjançant un cultiu vaginal.

No queda clar quin és el millor tractament de la vulvovaginitis candidòtica recurrent. No obstant això, es recomana emprar una pauta inicial intensiva amb antifúngics, durant 10-14 dies, seguida d'un tractament de manteniment durant 6 mesos. El fluconazole, a dosis diàries de 150 mg per via oral, redueix la freqüència de les recurrències.

2.2.3. Tricomonomosi vaginal

Causada pel protozou *Trichomonas vaginalis*. En moltes ocasions, la infecció és asimptomàtica, sobretot quan afecta l'home. En la dona, es manifesta clínicament amb la presència de flux vaginal groguenc, espumós i pudent, i irritació vulvar. Cal fer-ne un estudi en fresc i un cultiu de la secreció vaginal.

El tractament de la tricomonomosi en els pacients amb infecció pel VIH no difereix del de la resta de pacients. Sempre cal tractar també la parella sexual. S'administra metronidazole 2 g per via oral, en dosi única, o metronidazole 500 mg cada 12 h per via oral, durant 7 dies, si hi ha evidència de fracàs terapèutic.

2.2.4. Vaginosi bacteriana

És la causa més prevalent de secreció vaginal patològica. Tot i que la seva patogènia no queda clara, aquesta malaltia és el resultat de la substitució de la flora vaginal sapròfita (*Lactobacillus sp*) per una elevada concentració de bacteris anaerobis *Gardnerella vaginalis* i *Mycoplasma hominis*.

Clínicament es manifesta amb un augment moderat del flux vaginal, de coloració grisosa i amb olor característic a peix pudent. Com en les altres entitats descrites, es recomana l'examen en fresc de la secreció vaginal. En la taula 5 es detallen les diferents opcions terapèutiques de la vaginosi bacteriana.

Taula 5. Tractament de la vaginosi bacteriana

Tractament recomanat	metronidazole: 500 mg cada 12 h per via oral, durant 7 dies clindamicina: 5 g cada nit cre vaginal al 2%, durant 7 dies metronidazole: 5 g cada 12 h gel vaginal al 0,75%, durant 5 nits
Tractament alternatiu	metronidazole: 2 g per via oral, en dosi única clindamicina: 300 mg cada 12 h per via oral, durant 7 dies

2.3. Malalties de transmissió sexual que cursen amb cervicitis i uretritis

La uretritis infecciosa en l'home es caracteritza per la presència d'un exsudat uretral mucós o mucopurulent, i disúria. En la dona, la cervicitis provoca un exsudat purulent o mucopurulent de localització endocervical, i pot ser asintomàtica o produir secreció o sagnat vaginal. En ambdós casos, l'etiologia ha de considerar-se múltiple. Els gèrmens més freqüents són l'associació de *Neisseria gonorrhoeae* i *Chlamydia trachomatis*.

El diagnòstic es realitza mitjançant el cultiu de l'exsudat uretral i endocervical. El tractament de la cervicitis i la uretritis en els pacients amb infecció pel VIH és el mateix que per a la resta dels pacients. El tractament de la uretritis i la cervicitis s'ha de basar en la utilització d'antibiòtics actius contra el gonococ i la clamídia (taula 6).

Taula 6. Tractament dual de la uretritis i la cervicitis infeccioses

Activitat contra gonococ	ciprofloxacina: 500 mg per via oral, en dosi única cefixima: 400 mg per via oral, en dosi única ceftriaxona: 125 mg per via i.m., en dosi única
Activitat contra clamídies	azitromicina: 1 g per via oral, en dosi única doxiciclina: 100 mg cada 12 h per via oral, durant 7 dies ofloxacina: 300 mg cada 12 h per via oral, durant 7 dies

2.4. Malalties de transmissió sexual causades pel papil·lomavirus humà

La infecció anogenital causada pel virus del papil·loma humà (VPH) pot ser tant un marcador de la infecció com la seva conseqüència. En pacients infectats pel VIH, les lesions pel VPH es compten més com una malaltia oportuniste que no pas com una MTS. El VPH és el virus que amb més freqüència causa lesions cutànies en el pacient amb infecció VIH/sida, sobretot en homes que tenen relacions sexuals amb altres homes.

Clínicament, les lesions causades pel papil·lomavirus humà es presenten com a exofítiques, pediculades, en forma de coliflor —condilomes— (figura 7), en regions humides del cos i poden assolir un volum i una extensió considerables en els pacients infectats pel VIH; també es poden presentar com a berrugues vulgars en zones més seques. Normalment, aquestes lesions són asimptomàtiques, però en algunes ocasions poden causar pruija o dolor locals. La localització més comuna d'aquestes lesions és la regió anogenital, tot i que poden afectar altres zones del cos, com la cavitat oral o els llavis. En l'home, les localitzacions més freqüents són el solc balanoprepucial, el meatus uretral i la regió perianal; mentre que en la dona, els llavis menors i la forquilla vulvar són localitzacions comunes.

El tractament d'aquestes lesions està condicionat pel fet que es tracta d'una malaltia complicada, sovint molt resistent als tractaments disponibles, i que no se'n pot assegurar una curació definitiva, encara que hi ha períodes lliures de malaltia. Si la grandària de les lesions ho permet, es pot assajar un tractament tòpic; ara bé, quan les lesions són extenses o tenen grans dimensions, el tractament és quirúrgic (taula 7).



Figura 7. Condilomes acuminats

Taula 7. Tractaments de les lesions per papil·lomavirus humà (condilomes)

Lesions genitals	Crioteràpia amb nitrogen líquid
	Podofil·lí 10-25 %
	Triloacètic al 80%
	Interferó intralesional
	Cirurgia
Lesions anals	Crioteràpia
	Triloacètic al 80%
	Cirurgia

En la dona, cal fer sempre una biòpsia dels condilomes cervicals, prèviament a l'extirpació, per descartar-hi una displàsia greu. És coneguda l'associació entre VPH i displàsia escamosa genital. Sembla que el VIH és un cofactor en l'associació entre VPH i neoplàsia cervical, i aquest efecte pot variar segons el nivell d'immunitat. També hi ha una clara associació entre les lesions perianals pel VPH i el carcinoma rectal.

3. Manifestacions neurològiques

EL VIH té propietats neuròtrofes i pot afectar precoçment el sistema nerviós; de fet, ja en etapes molt inicials de la malaltia, és possible aïllar el virus en el líquid cefaloraquídi. S'estima que entre un 39-70% dels pacients amb infecció pel VIH desenvoluparan alteracions neurològiques en el curs de la seva malaltia. A banda de l'efecte del VIH sobre el sistema nerviós, algunes de les complicacions neurològiques poden ser conseqüència d'altres processos intercurrents; així, les complicacions neurològiques associades a la infecció pel VIH comprenen mielopaties, neuropaties perifèriques i trastorns de l'SNC. La majoria d'aquestes complicacions apareixen en fases avançades de la infecció pel VIH, quan hi ha un estat de marcada immunodepressió (limfòcits CD4 < 100/mm³), però també poden presentar-se en etapes més precoces. A més, els pacients amb infecció pel VIH són susceptibles a alteracions neurològiques, com encefalopaties metabòliques, accidents vasculars cerebrals (AVC), efectes tòxics per fàrmacs, a part de trastorns psiquiàtrics (vegeu-ho més endavant). En aquest apartat es tracten algunes d'aquestes manifestacions neurològiques, excepte les infeccions oportunistes de l'SNC i el limfoma primari de l'SNC, que són tractades en els apartats sobre infeccions oportunistes i limfomes, respectivament.

3.1. Alteracions neurològiques en la infecció aguda pel VIH

Tot i que no són freqüents, durant la fase de primoinfecció pel VIH poden presentar-se algunes manifestacions neurològiques que, si apareixen, ho solen fer al cap d'uns dies o setmanes d'haver-se produït la seroconversió. Durant la fase de primoinfecció, la manifestació neurològica més freqüent és la meningitis asèptica o meningitis aguda limfocitària; altres manifestacions possibles en aquesta fase són l'encefalitis aguda, la neuropatia perifèrica, la mielopatia aguda o la polineuropatia aguda ascendent (síndrome de Guillain-Barré). Aquestes manifestacions solen tenir un curs agut, monofàsic i amb bon pronòstic, i en la majoria dels casos remeten totalment de forma espontània.

3.2. Mielopaties

Poden ser segmentàries o difuses. Les formes segmentàries són més rares i més agudes, i normalment són degudes a infeccions oportunistes (CMV, toxoplasma, herpes zòster). Les formes

difuses són molt més habituals, més lentes i progressives que les anteriors; la mielopatia difusa o vacuolar s'inclou en l'anomenada demència per infecció del VIH o encefalopatia pel VIH i es coneix com a trastorn cognitiu motor menor associat al VIH. Sol provocar debilitat progressiva en les extremitats, trastorns de la marxa, atàxia, espasticitat i alteració dels esfínters, i no sempre evoluciona cap a demència.

3.3. Neuropatia perifèrica

Sovint, el pacient amb infecció pel VIH presenta alteracions dels nervis perifèrics, produïdes pel mateix virus o per alguns fàrmacs (citostàtics, isoniazida, d4T, ddC, ddI) o substàncies (consum d'ètol). Solen causar una neuropatia distal, predominantment sensitiva, amb símptomes com parestèsies, disestèsies o dolor. El tractament és simptomàtic i, si la causa és farmacològica, cal retirar el fàrmac que l'ha desencadenat.

3.4. Demència per infecció del VIH o encefalopatia pel VIH

És la complicació més freqüent pel que fa a l'SNC que presenten els pacients amb sida. En aparèixer en etapes avançades de la infecció pel VIH, pot passar desapercebuda en el pacient greument malalt. Es caracteritza per la tríada d'alteracions cognitives, motores i de trastorns del comportament. Els símptomes cognitius poden incloure dificultat en la capacitat de concentració, pèrdua de memòria per als fets recents, alentiment mental i pèrdua de l'espontaneïtat. Les alteracions del comportament es tradueixen en canvis de personalitat, apatia, desconexió de l'entorn, irritabilitat i depressió. Els símptomes motors es detecten en la dificultat per realitzar moviments ràpids i fins amb les mans, tremolor i debilitat de les extremitats inferiors. Pot haver-hi hiperreflexia i marxa en tàndem. Aquests símptomes poden evolucionar lentament cap a la demència, i en els estadis finals la síndrome es manifesta, a més, amb paraplegia i mutisme.

El diagnòstic de demència per infecció del VIH és un diagnòstic d'exclusió. El miniexamen cognitiu (minimal) no és sensible. Cal descartar-hi la presència d'altres processos com ara trastorns psiquiàtrics, toxicomanies, infeccions o neoplàsies oportunistes. L'examen amb TAC en fases intermèdies i avançades mostra una atròfia cerebral marcada i difusa amb un augment de la grandària dels ventricles. És possible que l'RMN no mostri tampoc alteracions específiques (figura 8).

L'evolució d'aquesta malaltia és lenta i el pronòstic, dolent. No se'n disposa de tractament específic, però una combinació d'antiretrovirals que hi inclogui fàrmacs que penetrin en l'SNC (sobretot l'AZT) pot ser beneficiosa en el tractament i la prevenció de la demència associada al VIH. També cal considerar-hi el tractament d'altres símptomes acompanyants, com els antidepressius, els antipsicòtics sedants o els psicostimulants.

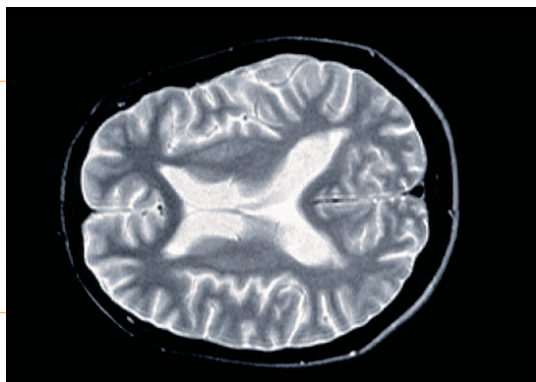


Figura 8. RMN de demència associada al VIH

4. Sarcoma de Kaposi (SK)

Aquest sarcoma associat a la infecció pel VIH (anomenat també sarcoma de Kaposi epidèmic) és la neoplàsia més freqüent en pacients amb sida. Normalment afecta homes homosexuals, tot i que es pot observar en qualsevol pacient infectat pel VIH. En les etapes inicials de l'epidèmia, l'SK es presentava com a manifestació inicial de sida en el 9% dels casos i podia aparèixer en el 50% dels pacients, en algun moment evolutiu de la malaltia (homes homosexuals). La incidència de l'SK ha disminuït en els darrers anys, amb la utilització del TARGA.

L'SK és una neoplàsia oportuniste i la immunodepressió és el factor de risc més important associat a la seva aparició. Sembla que l'herpesvirus humà tipus 8 (HHV-8) té un paper important en la seva etiopatogènia.

L'SK és una neoplàsia endotelial multicèntrica, que pot afectar diversos territoris anatòmics, tot i que la localització més freqüent és la cutània i mucosa. L'SK epidèmic cutani es pot presentar en forma d'un nombre variable de lesions de tipus màcula, placa o nòdul, indolors, d'un color roig vinós i de dimensió variable, des de pocs mil·límetres a uns quants centímetres. L'SK cutani normalment es localitza a la cara, el coll i la meitat superior del tòrax (figura 9) i és molt freqüent l'afectació de la mucosa oral, sobretot la palatina (figura 10).



Figura 9. SK de distribució toràcica



Figura 10. SK palatí

En més de la meitat dels pacients amb SK cutani es pot observar afectació visceral; l'intestí prim i el còlon són les localitzacions més comunes. Altres localitzacions poden ser l'aparell respiratori, el fetge, el cervell o els ganglis limfàtics. Les formes visceralen solen ser asimptomàtiques, encara que poden provocar complicacions locals. Una excepció és la forma pulmonar, que dona símptomes semblants als de la pneumònia per *Pneumocystis carinii*, amb tos, dolor toràcic, dispnea o hemoptisi, i presència d'infiltrats intersticials perihilars i sovint vessament pleural bilateral en l'estudi radiològic de tòrax. Si bé les formes visceralen de l'SK poden ser molt agressives i provocar la mort del pacient, l'ús de la TARGA i de les antraciclina liposomaln n'ha millorat molt el pronòstic.

Hi ha diverses classificacions de l'SK, però la que més se sol emprar és la proposada per l'AIDS Clinical Trials Group Oncology Committee, que n'avalua tres variables: localització del tumor, situació immunològica i presència de malaltia sistèmica (taula 8). Pel que fa al tractament, els pilars fonamentalen es basen en la teràpia antiretroviral per suprimir la càrrega viral i el tractament i la profilaxi de les infeccions oportunisten. Si amb això no remeten les lesions cutànien o apareix o persisteix simptomatologia sistèmica o afectació visceral, aleshores està indicat el

tractament sistèmic (taula 9). Actualment, les antraciclins liposomals són els fàrmacs d'elecció ja que s'utilitzen en monoteràpia, solen ser ben tolerats i tenen uns índexs de resposta similars als de les pautes amb citostàtics (bleomicina+vincristina+adriamicina). El tractament local de les lesions cutànies està indicat quan són localitzades o doloroses, o per raons estètiques; s'hi poden emprar tècniques diferents per al tractament local, com cirurgia, crioteràpia, radioteràpia o quimioteràpia intralesional (vincristina o vinblastina).

Taula 8. Classificació pronòstica del sarcoma de Kaposi

	Bon pronòstic: 0 (tots el següents)	Mal pronòstic: 1 (qualsevol dels següents)
Tumor:	Limitat a pell i/o ganglis o mínima afectació oral	Edema o ulceració associats a tumor Extensa afectació oral Afectació visceral
Immunitat: I	Limfòcits CD4 > 200	Limfòcits CD4 < 200
M. sistèmica: S	No infeccions oportunistes No muguet No símptomes B Karnofsky > 70	Infeccions oportunistes Muguet Símptomes B* Karnofsky < 70 Encefalopatia pel VIH

Recomanada per l'AIDS Clinical Trials Group Oncology Committee (*J Clin Oncol* 1989; 7:1201)

* símptomes B: febre inexplicable, sudoració nocturna, diàrrea de més de dos mesos o pèrdua involuntària de pes de més del 10%.

Taula 9. Fàrmacs emprats en el tractament sistèmic del sarcoma de Kaposi

Substància	Dosis i característiques
α -interferó	20-30 milions UI al dia per via i.v., i.m. o s.c., durant 3 mesos i després a dies alterns. Molts efectes adversos; resposta pobre.
α -interferó + AZT	3-10 milions UI al dia d' α -interferó per via i.m. o s.c., durant 3 mesos i després a dies alterns, amb 500-600 mg al dia d'AZT. Millor tolerància.
Bleomicina	5 mg al dia per via i.m. 3 dies seguits, cada 2 o 3 setmanes. Poc mielotòxica, fàcil d'administrar.
Bleomicina + vincristina + adriamicina (ADR)	bleomicina: 10 mg/m ² per via i.v. + vincristina: 1,4 mg/m ² per via i.v. (màxim 2 mg) + ADR: 10-20 mg/m ² per via i.v., cada 2 setmanes. Pauta agressiva amb efectes adversos importants, sobretot mielotoxicitat. Indicada quan hi ha afectació visceral i/o pulmonar.
Etopòsid (VP – 16)	150 mg/m ² 3 dies seguits per via i.v., cada 4 setmanes. Útil en tractaments prolongats. Mielotoxicitat.
Doxorubicina liposomal	20 mg/m ² per via i.v., cada 3 setmanes.
Daunorubicina liposomal	40 mg/m ² per via i.v., cada 2 setmanes. Millor tolerància i menor mielotoxicitat que l'ADR.
Altres fàrmacs emprats	Vinblastina, epirubicina, taxol

5. Limfomes associats a la infecció pel VIH

Igual que en altres condicions d'immunodepressió, els pacients amb sida tenen una prevalença superior de limfomes no hodgkinians (LNH), que són, després del sarcoma de Kaposi, el tipus de neoplàsia més freqüent entre els pacients infectats pel VIH-1 i la seva prevalença és la mateixa per als diferents grups de transmissió.

Els LNH formen un grup molt heterogeni i poden tenir un curs més o menys agressiu. Solen ser de tipus immunoblàstic B, amb un grau elevat de malignitat. No sembla que el VIH tingui un paper etiològic directe en la gènesi dels LNH, sinó que es creu que hi participen de forma conjunta altres factors: infeccions per agents transformants, la més important de les quals és la

produïda pel virus d'Epstein-Barr, alteració d'oncògens o de gens supressors, proliferació continuada de limfòcits B per l'acció de certes citocines, immunodepressió causada pel VIH. Els LNH apareixen normalment quan la immunitat del pacient està molt alterada, en fases avançades de la malaltia. La millora actual en la supervivència dels pacients, gràcies als tractaments antiretrovirals i la profilaxi de les infeccions oportunistes, fa que el nombre absolut de casos d'LNH hagi augmentat en el temps.

Les formes clíniques dels LNH solen ser extraganglionars (75-100% dels casos), acompanyades de símptomes sistèmics (febre, diarrea, pèrdua de pes); les localitzacions extraganglionars més freqüents són l'SNC, el tub digestiu i la medul·la òssia, tot i que poden trobar-se en altres zones, com el fetge, el pàncrees, la laringe, etc.

Hi ha dues formes clíniques especials d'LNH: el *limfoma cerebral primari* (LCP) i el *limfoma primari de cavitats* (LPC). El primer es manifesta clínicament amb signes de focus neurològic (paràlisi de parells cranials, hemiparèsia, convulsions), cefalea o alteracions de l'esfera psíquica. La TAC cerebral mostra la presència de lesions ocupants d'espai isodenses o hiperdenses, amb edema perifèric i efecte de massa, que capten el contrast de forma homogènia i deixen un anell perilesional; de vegades es fa difícil el diagnòstic diferencial entre l'LCP i la toxoplasmosi cerebral, però en l'LCP les lesions solen ser úniques i de més grandària (figura 11). L'LPC afecta de forma gairebé exclusiva les membranes seroses (pleura, pericardi, peritoneus) i té un grau molt elevat de malignitat. És l'LNH de pitjor pronòstic i la seva patogènia està íntimament relacionada amb l'HVH-8.

A part dels LNH, els pacients infectats pel VIH poden presentar altres tipus de limfomes, com la *malaltia de Hodgkin* (MH) o els *limfomes anaplàstics de cèl·lules grans* (LACG).

El principal factor pronòstic dels LNH o de l'MH en pacients amb infecció pel VIH és la xifra total de limfòcits CD4; també hi intervenen altres factors com l'edat i l'estat general del pacient, el diagnòstic previ de sida, l'afectació de la medul·la òssia i el tipus histològic.

En el tractament dels LNH sistèmics es sol emprar la quimioteràpia estàndard a dosis plenes o poc reduïdes (taula 10), si el pacient manté un bon estat general, no té diagnòstic previ de sida i una xifra de limfòcits CD4 superior a 200/mm³.

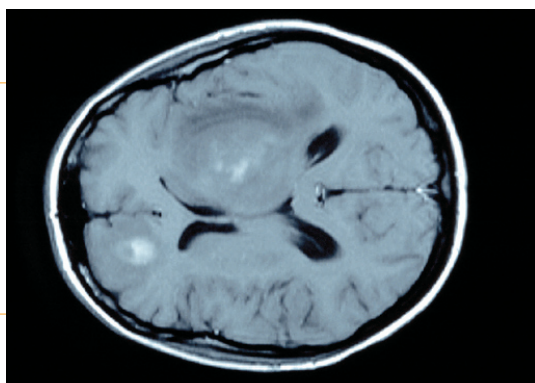


Figura 11. RMN de sistema nerviós central: limfoma primari

També s'utilitzen factors estimuladors de colònies dels granulòcits (G-CSF) o dels granulòcits i els macròfags (GM-CSF), per reduir la durada de la neutropènia secundària a la quimioteràpia i el risc de patir infeccions oportunistes, les quals sovint són causa de mortalitat en aquests pacients. Sempre que és possible, es manté el TARGA durant el tractament específic del limfoma. El tractament de l'LCP és pal·liatiu, i la tècnica usual és la radioteràpia, amb l'objectiu de reduir o fer desaparèixer el tumor i millorar la qualitat de vida del pacient, tot i que les recidives tumorals són molt freqüents. En el tractament amb quimioteràpia de l'MH, els resultats són més desfavorables que no pas en el dels pacients immunocompetents.

Taula 10. Pautes de quimioteràpia emprades en el tractament d'LNH en pacients amb infecció pel VIH

Pauta	Fàrmacs	Pauta	Fàrmacs
CHOP	ciclofosfamida adriamicina vincristina prednisona	m-BACOD	bleomicina adriamicina ciclofosfamida vincristina metotrexat dexametasona
MACOP-B	ciclofosfamida adriamicina vincristina bleomicina metotrexat àcid folínic prednisona	ACVB	ciclofosfamida adriamicina vindesina bleomicina prednisolona

6. Manifestacions mucocutànies

Són molt freqüents i poden aparèixer en qualsevol etapa evolutiva de la infecció causada pel VIH, encara que són més comunes en les etapes avançades d'immunodepressió. L'etiologia d'aquestes manifestacions és molt diversa (infecciosa, neoplàstica, inflamatòria, etc.). Sembla que la seva patogènia està relacionada amb l'afinitat que té el VIH per les cèl·lules de Langerhans de la pell; poden ser alteracions noves o formes agreujades de dermatopaties prèvies.

A més del sarcoma de Kaposi i de les malalties de transmissió sexual, que són tractades en els apartats corresponents, en aquest capítol es fa referència a les manifestacions mucocutànies més freqüents o importants en la pràctica clínica.

6.1. Manifestacions mucocutànies de la infecció aguda pel VIH

L'erupció cutània de la infecció aguda pel VIH consisteix normalment en un exantema maculopapular difús, de color rosat, que sol aparèixer al tronc (figura 12) i a les extremitats, i pot afectar els palmells de les mans, les plantes dels peus i la cara. Pot anar acompanyat d'un enantema a la cavitat oral. El tractament és simptomàtic.

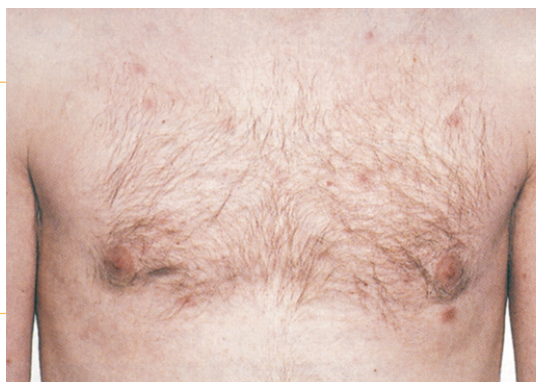


Figura 12. Exantema de la infecció aguda

6.2. Fol·liculitis bacteriana

Usualment causada per *Staphylococcus aureus*, pot manifestar-se com una fol·liculitis pustulosa o macular, encara que també pot ser de tipus urticariós. Les localitzacions més comunes són la cara, el tronc i els engonals. Sol respondre bé al tractament amb gels antisèptics o antibacterians; en alguns casos, però, cal administrar antibiòtics per via sistèmica, amb acció contra cocs grampositius i també cal tenir en compte les pseudomones com a possibles agents etiològics.

6.3. Fol·liculitis eosinofílica

Es manifesta com una erupció papulopustulosa pruriginosa que afecta la cara, el coll, el tronc i les extremitats, i que deixa pigmentació residual quan s'ha curat. El cultiu de les lesions és negatiu per a agents infecciosos i en la biòpsia s'observa un marcat component inflamatori. El tractament és simptomàtic (antihistamínics per via oral o corticoides tòpics) i pot ser beneficiosa la fototeràpia amb raigs ultraviolats o amb llum solar.

6.4. Herpes simple

La infecció per herpes simple en el pacient afectat pel VIH sol ser greu, extensa i tendeix a la cronicitat. Les lesions cutànies causades per l'herpes simple es manifesten com a vesícules o àrees erosives o ulcerades, ben delimitades, amb una vora circinada i molt doloroses. A banda

de la localització a la regió anogenital (vegeu l'apartat sobre MTS), les lesions per herpes simple es poden desenvolupar en altres regions anatòmiques (per exemple, la cara o la cavitat oral). Les lesions solen ser persistents i recidivants. L'herpes mucocutani de més d'un mes de durada és diagnòstic de sida. El tractament de l'herpes simple pot anar des de l'aplicació tòpica d'astringents (liniment oleocalcari amb òxid de zinc al 10%, 3-4 vegades al dia) fins a l'administració sistèmica d'aciclovir o altres antiherpètics (vegeu l'apartat sobre MTS).

6.5. Virus de la varicel·la-zòster

La reactivació de la infecció ganglionar latent pel virus de la varicel·la-zòster com a causant de l'herpes zòster és freqüent en la infecció pel VIH i, tot i que pot aparèixer en qualsevol moment evolutiu de la infecció, es considera com a factor predictiu de progressió cap a la sida. L'herpes zòster apareix com a vesícules o butllofes doloroses que segueixen el trajecte d'una metàmera; no obstant això, a mesura que avança la immunodepressió són més corrents les formes multimetàmeres i, fins i tot, disseminades (figura 13). En alguns casos, l'herpes zòster tendeix a la cronicitat i pot ser recurrent. El tractament de l'herpes zòster no disseminat es pot realitzar amb aciclovir (800 mg 5 cops al dia per via oral), valaciclovir (1 g cada 8 h per via oral) o famciclovir (500 mg cada 8 h per via oral) durant 7-10 dies. És important fer un seguiment acurat de les lesions herpètiques, ja que en cas que es disseminin (aparició de lesions satèl·lit fora de la metàmera o metàmeres inicialment afectades) el tractament és hospitalari, amb aciclovir per via intravenosa.



Figura 13. Herpes zòster

6.6. Mol·lusc contagiós

Es presenta en forma de pàpules hemisfèriques amb umbilicació central, en nombre i grandària variables. Poden aparèixer a la regió anogenital i al tronc, però la localització més habitual és a

la cara i al coll (figura 14). El tractament d'aquestes lesions es pot fer amb curetatge i/o crioteràpia o tractament tòpic amb àcid dicloroacètic o tricloroacètic (al 25-50% de dilució aquosa, en aplicació única); alguns casos rebels es poden tractar amb cidofovir tòpic. En alguns casos, les lesions remeten en instaurar tractament amb inhibidors de les proteases.



Figura 14. Mol·lusc contagiós

6.7. Escabiosi (sarna)

La sarna es pot presentar de forma clàssica amb pàpules i clivelles o solcs en els plecs interdigitals, les aixelles, els engonals o la regió genital, o bé adoptar formes difuses i més agressives (sarna noruega), amb plaques exfoliatives amb crostes gruixudes al cuir cabellut, la cara, els palmells de les mans, les plantes dels peus, el tronc i les superfícies extensoras. La sarna pot ser resistent als tractaments clàssics amb lindà. Com a alternativa es pot emprar la permetrina tòpica al 5%.

6.8. Dermatofitosis

Es manifesta com a *Tinea corporis*, *T. cruris* o *T. pedis* i, fins i tot, com a onicomicosi subunguial proximal; l'agent causal més comú és *Trichophyton rubrum*. Segons els casos, es poden emprar antifúngics tòpics o sistèmics, quan l'extensió de les lesions és important o hi ha resistència al tractament tòpic: itraconazole (100 mg al dia per via oral, durant un mes, o 200 mg al dia per via oral, en pauta esglaonada) o fluconazole (100 mg al dia per via oral, durant 2-4 setmanes).

6.9. Candidosi

La candidosi orofaríngia és la micosi més freqüent en els pacients amb infecció pel VIH i es considera un factor predictiu de l'evolució cap a la sida. Tot i que pot haver-hi altres tipus de cànides com a agents causals, *Candida albicans* és l'agent etiològic en la majoria dels casos. La candidosi orofaríngia pot adoptar formes diferents: la pseudomembranosa (*muguet*), caracte-

ritzada per la presència de plaques blanquinoses que es desprenen fàcilment deixant una superfície erosionada i l'eritematosa, i que es poden localitzar en qualsevol zona de la cavitat oral i la faringe (figura 15); la candidosi eritematosa (*atròfica*), que apareix en forma d'àrees vermelloses desproveïdes de papil·les i que es poden localitzar al paladar i a la llengua, o la *quilitis angular*, caracteritzada per fissures doloroses, situades a les comissures dels llavis.

La nistatina i altres antifúngics (miconazole) en solucions o gels orals poden ser eficaços en les etapes inicials de la infecció pel VIH, però van perdent eficàcia en el curs de la malaltia. En aquests casos, es recomana tractament sistèmic amb fluconazole (50-100 mg al dia per via oral, durant 7-10 dies).

La presència de disfàgia, dolor retrosternal, epigastràlgia, nàusees o vòmits en un pacient amb muguet ha de fer sospitar l'existència d'una *candidosi esofàgica*. Aquesta sol respondre correctament al tractament amb antifúngics per via oral i amb això es pot tenir el diagnòstic de certesa; malgrat tot, quan la resposta es pobre o es planteja un diagnòstic diferencial amb altres esofagitis, està indicat realitzar l'estudi fibroscòpic. L'esofagitis per càmida és diagnòstica de sida.



Figura 15. Candidosi orofaringia

6.10. Dermatitis seborreica

La dermatitis seborreica segurament és la manifestació cutània no infecciosa més freqüent de la infecció pel VIH. Sol observar-se en pacients amb un estat d'immunodepressió important. Es manifesta com a plaques eritematoses i descamatives, localitzades a la regió cefàlica (cuir cabellut, solcs nasogenians, àrea intercil·liar), però també en altres regions anatòmiques, com al tronc, les aixelles, els engonals i les extremitats (figura 16). El tractament es realitza amb ketoconazole i/o corticoides tòpics. Atès que sol recidivar, aquest tractament pot arribar a ser intermitent o indefinit.



Figura 16. Dermatitis seborreica

6.11. Toxidèrmies

Les toxidèrmies són molt freqüents en els pacients amb infecció pel VIH que reben tractament amb trimetoprim-sulfametoxazole. Solen ser de tipus exantema macular o papular simètric i amb tendència a la confluència (figura 17), encara que també es poden observar altres reaccions del tipus eritema multiforme, urticària i, més rarament, síndrome d'Stevens-Johnson. El tractament consisteix en la retirada del fàrmac causant i, si cal, en l'administració d'antihistamínics per via oral.

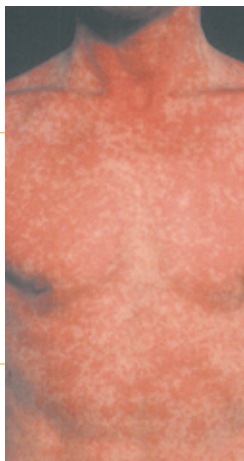


Figura 17. Exantema tòxic

6.12. Leucoplàsia pilosa

És una lesió característica de la infecció pel VIH i la prevalença en aquests pacients és més elevada que en la resta de la població. S'associa al virus d'Epstein-Barr. Es presenta en forma d'una o diverses plaques de grandària variable i d'un color blanc grisós, de superfície irregular amb plects, que li confereixen l'aspecte pilós, situades normalment a les vores de la llengua (figura 18). Sol ser asintomàtica i té un curs ondulant. No té cap tractament específic, però, en els casos greus, s'hi pot emprar l'aciclovir per via oral.



Figura 18. Leucoplàsia pilosa

6.13. Altres manifestacions cutànies

L'espectre clínic de les manifestacions cutànies en la infecció pel VIH és molt ampli. A més de les ja comentades, hi ha tot un seguit de manifestacions que es poden presentar en el curs de la infecció: angiomasosi bacil·lar, formes disseminades d'infeccions per micobacteris, limfoma cutani, hiperpigmentació cutània, lipodistròfies, xerodermia, púrpures, telangièctasis, tricopaties, psoriasi, alteracions de les ungles, etc.

6.14. Manifestacions odontoestomatològiques

6.14.1. Càries

Les lesions més característiques dels pacients amb infecció pel VIH són les càries cervicals. La mala higiene bucal, la malaltia periodontal associada i la xerostomia acompanyant (deguda a fàrmacs o a substàncies tòxiques, com l'heroïna) són factors que afavoreixen l'aparició d'aquest tipus de lesions dentals. En funció de l'agressivitat de les lesions, s'hi podrà aplicar un tractament més o menys conservador: eliminació i/o obturació de les lesions amb o sense tractament pulpar, en els casos menys greus, o exodòncia en els més greus.

6.14.2. Malaltia periodontal

En aquests pacients es poden observar formes poc usuals de gingivitis i periodontitis, especialment en fases d'immunodepressió avançada o greu. Algunes d'aquestes manifestacions són en forma de periodontitis agressives i ràpidament progressives, sovint acompanyades d'una gingivitis aguda necrosant. Aquestes lesions, en tant que tenen un curs evolutiu ràpid, poden arribar a destruir la matriu òssia de les peces dentals; per tal d'evitar-ho, és important iniciar —com més aviat millor— el tractament apropiat per part de l'especialista: raspat periodontal, desbridament i neteja de les zones necròtiques, aplicació tòpica d'antimicrobians i clorhexidina aquosa. En casos greus, cal administrar antibiòtics per via sistèmica: metronidazole (200-300 mg cada 8 h) amoxicil·lina-àcid clavulànic (875/125 mg cada 8 h) o clindamicina com a alternativa.

6.14.3. Úlceres i aftes

Sovint, els pacients amb infecció pel VIH presenten lesions aftoses o úlceres a la cavitat oral, que no poden ser atribuïdes a cap agent infecciós concret; en aquest cas, es pot assajar un tractament tòpic amb solucions antisèptiques comunes. Si les aftes o úlceres no milloren en 1-2 setmanes, cal fer cultius o biòpsies d'aquestes lesions per tal de descartar la presència d'algun procés infecciós o neoplàstic subjacent.

7. Manifestacions psíquiques

Les alteracions psiquiàtriques i psicològiques són molt freqüents en els pacients amb infecció pel VIH i, si no es detecten i tracten de forma correcta, poden influir negativament en la qualitat de vida del pacient. Els trastorns psiquiàtrics associats a la infecció pel VIH són diversos i les seves causes també; així, aquests trastorns poden ser deguts a l'acció del VIH sobre l'SNC (demència per infecció del VIH, comentat en l'apartat de manifestacions neurològiques), a infeccions oportunistes i tumors de l'SNC, a alteracions metabòliques, estats d'hipòxia, alteracions hidroelectrolítiques, fàrmacs (antiretrovirals, antifúngics, antimicrobians, etc.) o a l'ús de substàncies tòxiques (alcohol i altres drogues, síndrome d'abstinència), entre altres causes. D'altra banda, són freqüents els trastorns psicològics, especialment de tipus adaptatiu, com a conseqüència de les dificultats per habitar-te a la condició de persones infectades i de tot el que això comporta en la vida d'una persona. En la taula 11, es descriuen els tipus de manifestacions psíquiques associades o relacionades amb la infecció pel VIH.

Taula 11. Manifestacions psíquiques associades a la infecció pel VIH

Trastorns mentals de base orgànica	deliri
	deteriorament cognitiu i demència
	síndrome maníaca
	trastorn orgànic de la personalitat
	psicosi orgànica
	trastorns orgànics de l'estat d'ànim:
	- ansietat
	- depressió major
	- trastorn bipolar maníac
	trastorns orgànics per drogues i/o enol:
- abús	
- síndrome d'abstinència	
Trastorns mentals de base no orgànica o funcionals	reacció d'adaptació amb ànim depressiu
	reacció d'adaptació amb ànim ansiós
	reacció d'adaptació amb altres símptomes:
	- mixtos (ansietat, depressió)
	- trastorn de conducta
	- depressió major
	- psicosi reactiva breu
- idees de suïcidi	
- insomni	
- reaccions de dol patològic	

Font: Guia de pràctica clínica. Infecció pel virus d'immunodeficiència humana (VIH). Corporació de Salut del Maresme i la Selva. 1a ed. 2003.

Hi ha una sèrie de factors que afavoreixen l'aparició d'alteracions psíquiques de base no orgànica en aquests pacients, com ara l'existència de patologia psiquiàtrica prèvia, personalitat inestable, problemàtica social o malaltia avançada.

7.1. Deliri o síndrome confusional

Normalment el deliri és la manifestació d'un trastorn metabòlic de l'SNC. En pacients en estadis avançats de la infecció pel VIH, la síndrome confusional pot ser deguda a la malaltia sistèmica avançada o a infeccions o tumors de l'SNC; d'altra banda, hi ha tota una sèrie de fàrmacs i substàncies que poden precipitar aquest quadre, com anticolinèrgics, antihistamínics, sedants, opiàtics, cefalosporines, amfotericina B, citostàtics, enol o psicostimulants. Els símptomes inicials poden ser molt inespecífics (irritabilitat, alteracions del cicle oníric), per després instaurar-se de forma aguda o subaguda un quadre fluctuant d'afectació del nivell de consciència, desorientació temporospacial, confusió, alteracions de la percepció (al·lucinacions, deliris) i/o estats

d'agitació o d'apatia. El tractament de la síndrome confusional és el de la causa que l'ha originat; en cas de presència d'agitació psicomotora o de símptomes psicòtics, com idees delirants o al·lucinacions, cal administrar antipsicòtics.

7.2. Síndrome maníaca

Sol aparèixer en pacients amb trastorns de demència per infecció del VIH o com a exacerbació d'un trastorn bipolar previ. Poden desencadenar aquest quadre alguns fàrmacs antiretrovirals (efavirenz, zidovudina), corticoides i antibiòtics (ciprofloxacina, isoniazida) o el consum de tòxics (cocaïna, amfetamines). Segons el cas, el tractament pot realitzar-se amb liti, antidepressius o neuroleptics, tenint en compte d'emprar les dosis més baixes possibles per evitar la presència d'efectes secundaris.

7.3. Psicosi orgànica

Pot aparèixer en fases avançades de demència per infecció del VIH; també pot ser deguda a l'abús de substàncies com l'enol, les amfetamines, la cocaïna, la marihuana o els opiàtics, o a la presència d'alteracions orgàniques de l'SNC. El tractament es basa en la correcció de la causa que origina el trastorn psicòtic i en l'administració de neuroleptics.

7.4. Depressió major

És un dels diagnòstics siquiàtrics més freqüents en els pacients amb infecció pel VIH. A banda dels símptomes propis d'afectació de l'estat d'ànim, pot anar acompanyada de símptomes físics (pèrdua de pes, fatiga, anorèxia, etc.) que poden complicar el diagnòstic diferencial amb altres processos associats a la malaltia, a més de poder provocar idees recurrents de mort o suïcidi, que poden posar en perill la vida del pacient. Alguns quadres de depressió major poden tenir relació amb el consum de drogues o amb processos orgànics de l'SNC. A més de descartar qualsevol causa orgànica o tòxica de la depressió major, la persistència de símptomes depressius de més de dues setmanes d'evolució fa convenient l'inici de tractament antidepressiu. Els ISRS (fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram) són els fàrmacs d'elecció, a dosis inicials més baixes que les habituals; si s'utilitzen antidepressius tricíclics, cal escollir aquells que tinguin menys efectes anticolinèrgics i també a dosis més baixes. En cas d'idees recurrents de mort o suïcidi, cal considerar l'ingrés hospitalari del pacient.

7.5. Trastorns d'adaptació

Són molt comuns, com a conseqüència d'una manca d'adaptació a la nova situació (malaltia crònica, canvis d'estil de vida, pèrdues, discriminació, etc.). Aquests trastorns poden cursar amb *ànim ansiós* (angoixa, ansietat generalitzada, insomni, etc.) o amb *ànim depressiu* (tristesia,

insomni, hipersòmia, etc.) o altres símptomes. Sempre que sigui possible, és millor adoptar mesures terapèutiques no farmacològiques (tècniques de relaxació, psicoteràpia de suport). Si els símptomes són importants, s'ha de plantejar el tractament farmacològic: en cas que predominin els símptomes depressius, cal actuar de la mateixa manera que s'indica en l'apartat 7.4; si el component predominant és l'ansió, es poden emprar benzodiazepines de vida curta o mitjana, en dosis baixes i en pautes curtes. Quan el pacient està rebent TARGA amb inhibidors de les proteases, el lorazepam seria la benzodiazepina d'elecció (té menys interaccions farmacològiques).

8. Altres manifestacions clíniques

8.1. Infeccions de les vies respiratòries altes

Fins a un 70% dels pacients amb infecció pel VIH poden presentar manifestacions otorinolaringològiques en el curs de la malaltia. A part d'alteracions de tipus neoplàstic o neurològic, les manifestacions otorinolaringològiques més freqüents en aquests pacients són de tipus infeccions, habitualment causades pels mateixos agents patògens que en el cas dels pacients immunocompetents.

8.1.1. Otitis externa

Les otitis externes poden ser localitzades (pericondritis o condritis del pavelló auricular, furúncol del conducte auditiu extern), difuses o en forma d'otitis externa maligna, o miringitis. Els gèrmens causals més comuns són *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* i *Streptococcus pyogenes*. A més del diagnòstic clínic, en el cas de les otitis externes difuses i malignes, es recomana obtenir una mostra de exsudat òtic per realitzar-ne l'estudi microbiològic (inclosos els fongs). El tractament d'aquestes otitis és el mateix que s'utilitza en pacients no infectats pel VIH.

8.1.2. Otitis mitjana

Les formes més comunes són l'otitis mitjana bacteriana aguda i l'otitis mitjana crònica supurada. Els agents etiològics de l'otitis mitjana bacteriana aguda solen ser *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* i *Moraxella catarrhalis*, mentre que en l'otitis mitjana supurada crònica l'origen sol ser polimicrobià (enterobacteris, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, anaerobis, etc.). L'otitis mitjana bacteriana aguda sol respondre bé als antibiòtics i a les mesures terapèutiques habituals; en els casos en què el quadre és greu, amb otàlgia persistent, pot ser necessari un drenatge per miringotomia o timpanocentesi. L'otitis mitjana crònica supurada pot afectar l'orella mitjana i la mastoide, i pot provocar perforació timpànica i lesions en els ossos de l'orella i/o timpanosclerosi; de vegades, cal descartar l'afectació d'estructures anatòmiques veïnes mitjançant la realització d'una Rx de crani o d'una TAC; és convenient recollir mostres seriades de les secrecions òtiques per a la realització de cultius. Quan l'otitis mitjana crònica

no respon al tractament antibiòtic convencional, s'ha de plantejar la diagnosi diferencial amb infeccions oportunistes associades al VIH (*Pneumocystis carinii*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Candida sp*).

8.1.3. Sinusitis aguda

Normalment es presenta com a complicació d'una infecció vírica de vies respiratòries altes, en forma de sinusitis bacteriana aguda que afecta preferentment els sins maxil·lars, tot i que també es pot presentar com a pansinusitis. Els bacteris responsables més usuals són: *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis* i *Haemophilus influenzae*; en pacients amb infecció pel VIH avançada o que tenen antecedents de tractament amb corticoides, cal pensar també en els fongs com a agents etiològics d'aquest quadre clínic. El diagnòstic es basa en la clínica i en l'Rx de sins, i sols cal recórrer a tècniques més complexes quan el quadre clínic és greu o hi ha sospita de complicacions. El tractament és l'habitual de la sinusitis bacteriana aguda.

8.1.4. Sinusitis crònica

Sol ser més freqüent en pacients amb estat d'immunodepressió marcada o avançada. L'etiologia de la sinusitis crònica en el pacient amb infecció pel VIH no sempre és clara i poden intervenir diversos factors en la seva etiopatogènia: seqüeles estructurals de sinusitis agudes prèvies, sinusitis i poliposis al·lèrgiques, infeccions odontogèniques, etc. La infecció pot ser polimicrobiana: *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, altres gramnegatius, anaerobis. El diagnòstic requereix la realització d'Rx i/o TAC de sins, de vegades endoscòpia rinosinusal o punció sinusal per a la presa de mostres. El tractament antibiòtic és l'habitual, però cal mantenir-lo durant unes 4-6 setmanes; quan no hi ha resposta al tractament, es recomana un drenatge quirúrgic.

8.2. Manifestacions oculars

Són relativament freqüents i per això la correcta avaluació de la presència de símptomes visuals, com també l'examen ocular, són molt importants quant a la detecció i el tractament d'aquestes complicacions. En aquest apartat es fa referència a algunes de les manifestacions oculars més comunes associades a la infecció pel VIH (taules 12 i 13).

Taula 12. Manifestacions oculars d'origen no infecciosos

Entitats	Característiques
Conjuntivitis inespecífica Queratitis Queratoconjuntivitis	Poden ocasionar irritació corneal o conjuntival; no afecten l'agudes visual. Tractament amb col·liris antibiòtics o llàgrimes artificials.
Hemorràgia subconjuntival	Pot indicar la presència de trombopènia.
Retinopatia pel VIH o microangiopatia retinal no infecciosa	Normalment asimptomàtica. Diagnòstic per exploració del fons d'ull: exsudats cotonosos, tous i superficials, amb o sense hemorràgia preretinal o intraretinal, canvis microvasculars. Resolució espontània en 4-8 setmanes. Cal fer control evolutiu de les lesions del fons d'ull, ja que si les lesions progressen o s'hi afegeixen signes de retinitis, cal realitzar diagnòstic diferencial amb la retinitis per CMV.
Edema de papil·la	Pot aparèixer quan hi ha un procés expansiu en l'SNC (toxoplasmosi cerebral, limfoma, etc.).
Parèsia de la musculatura extraocular	Ha de fer sospitar l'existència d'un procés expansiu retroorbitari o intracranial.
Dèficits visuals sense alteració del fons d'ull	Ceguesa cortical, hemianòpsies o quadrantànòpsies associades a la demència per infecció del VIH.

Taula 13. Manifestacions oculars d'origen infecció

Entitats	Característiques
Conjuntivitis i queratitis herpètiques	Causades per herpes simple o herpes zòster. Presència d'úlceres dendrítiques, amb dolor intens, visió borrosa, fotofòbia. Afectació ocular quan l'herpes zòster inclou la primera branca cutània del nervi trigemin. El tractament antiherpètic s'ha de realitzar per via sistèmica (via oral, en casos menys greus, i endovenosa, en casos greus o complicats).
Iridociclitis i uveïtis anterior	Poden produir dolor, inflamació ocular i fotofòbia. La lues pot ser causa d'aquestes entitats. El tractament és el propi de la lues.
Toxoplasmosi ocular	Si apareix, sol ser acompanyant la toxoplasmosi cerebral. Pot afectar la retina i el cos vitri. De vegades planteja diagnòs diferencial amb la retinitis per CMV. El tractament és el mateix de la toxoplasmosi.
Retinitis per CMV	Segons la localització de les lesions, pot ser asimptomàtica o provocar defectes en l'agudes visual (des d'escotomes i metamorfòpsies fins a l'amaurosi). L'estudi del fons d'ull pot mostrar lesions granulars amb hemorràgies extenses — <i>brushfire</i> — o lesions blanquinoses sense hemorràgia. Evolució ràpida amb possible afectació d'ambdós ulls i/o ceguesa, si no es tracta. El tractament es realitza per via endovenosa (ganciclovir, foscarnet, cidofovir) o intravítrea (ganciclovir, foscarnet, fomivirsen).
Dèficits visuals sense alteració del fons d'ull	Hemianòpsies per toxoplasmosi cerebral, leucoencefalopatia multifocal progressiva, atròfia cortical per CMV.

8.3. Manifestacions hemàtiques

En la infecció pel VIH poden arribar a afectar-se totes les sèries cel·lulars de la sang. Així, la *leucopènia* (leucòcits entre 2.000-3.000/mm³) o la *neutropènia* (neutròfils entre 1.000-1.500/mm³) moderades són freqüents en pacients en fases avançades de la infecció; en cas que la leucopènia o la neutropènia siguin importants, han de ser estudiades per tal de descartar la presència d'infeccions o neoplàsies intercurrents o iatrogènia per determinats fàrmacs (AZT, trimetoprim-sulfametoxazole, pirimetamina, ganciclovir, etc.), especialment si van associades a altres citopènies hemàtiques. De vegades, els factors estimuladors dels granulòcits i els macròfags s'administren en les granulocitopènies induïdes per fàrmacs, a fi d'augmentar el recompte de neutròfils fins a xifres no crítiques. L'*anèmia* deguda a la infecció pel VIH (habitualment nor-

mocroma normocítica), si és intensa, pot requerir transfusions o tractament amb eritropoetina; els pacients tractats amb AZT o d4T solen presentar macrocitosi, que no necessita tractament ni tampoc hi respon. En les fases inicials de la infecció pel VIH, pot aparèixer *trombopènia*, que normalment és autoimmunitària, tot i que de vegades pot ser condicionada per la utilització de certs fàrmacs (antiretrovirals, antifúngics, fàrmacs contra *Pneumocystis carinii*, citostàtics, etc.) o substàncies (alcohol, drogues), la presència d'hepatopaties o d'hipersplenisme, o per la infiltració de la medulla òssia en alguns processos tumorals o infecciosos. Habitualment, la trombopènia amb un volum superior a 50.000 plaquetes/mm³ sol ser asimptomàtica i no requereix tractament. Quan el nombre de plaquetes és inferior, poden presentar-se símptomes lleus, com epistaxi, gingivorràgia o petèquies; les manifestacions més greus, com l'hemorràgia digestiva o cerebral, són més rares. Abans de l'època del TARGA, l'AZT era el tractament d'elecció de la trombopènia, però en l'actualitat sembla que el TARGA provoca increments sostinguts de la xifra de plaquetes i s'ha convertit en el tractament d'elecció. Altres tractaments emprats són: α -interferó, immunoglobulines, danazol, glucocorticoides i, fins i tot, l'esplenectomia.

8.4. Manifestacions reumàtiques

Durant el curs evolutiu de la infecció pel VIH es poden esdevenir tota una sèrie de complicacions inflamatòries musculoesquelètiques, com dolor articular, artritis psoriàsica, polimiositis, vasculitis, fibromiàlgia, osteoporosi, osteopènia, síndrome de Reiter, altres artritis reactives, etc. L'etiologia d'aquestes manifestacions reumàtiques lligades a la infecció pel VIH no és clara. La majoria de pacients responen als analgèsics i antiinflamatoris no esteroïdals, i és recomanable complementar aquest tractament amb fisioteràpia.

8.5. Neoplàsies

A banda de l'SK i dels limfomes, els pacients amb infecció pel VIH tenen un risc més alt de desenvolupar neoplàsies sòlides que la resta de la població general. El carcinoma de coll de matriu, en la dona, i el carcinoma anal, en els homes amb pràctiques sexuals amb altres homes, són dos tipus freqüents de neoplàsies associades a la infecció pel VIH, per la qual cosa és fonamental la detecció precoç i el tractament d'aquestes lesions.

8.6. Manifestacions renals

Una tercera part dels pacients infectats pel VIH o malalts de sida desenvolupa algun tipus d'alteració renal. La nefropatia més freqüent és la induïda per fàrmacs nefrotòxics: trimetoprim-sulfametoxazole, amfotericina B, ddl, foscarnet, indinavir, etc., tot i que també pot ser deguda a infeccions oportunistes i neoplàsies, així com a la mateixa infecció pel VIH.

8.7. Manifestacions metabòliques i endocrines

Els pacients amb infecció pel VIH poden presentar alteracions de les glàndules endocrines i del metabolisme en el curs de la malaltia, tant en les etapes asimptomàtiques com en la sida avançada, per alteracions funcionals o per destrucció glandular. Aquests trastorns poden ser causats pel VIH mateix, per infeccions intercurrents, neoplàsies, malaltia crònica avançada o fàrmacs. Els trastorns endocrins poden afectar l'eix hipotàlem-hipòfisi, la tiroide, les suprarenals, les gònades o el pàncrees endocrí. D'altra banda, l'ús del TARGA ha comportat un increment de trastorns metabòlics, com alteracions en el metabolisme de la glucosa, resistència a la insulina, acidosi làctica, osteopènia i dislipèmia.

8.7.1. Hiperglucèmia / diabetis mellitus

En pacients tractats amb TARGA s'han documentat casos d'hiperglucèmia, diabetis *mellitus* d'inici recent, cetoacidosi i empitjorament d'una diabetis *mellitus* prèvia. Aquestes alteracions solen associar-se a la utilització d'inhibidors de les proteases, però també poden presentar-se en absència d'aquests fàrmacs. No se'n coneix bé la patogènia, però una disfunció en les cèl·lules i la resistència perifèrica a la insulina podrien ser les causes més importants en l'aparició de la hiperglucèmia. S'aconsella monitorar les xifres de glucèmia en aquells pacients que segueixen tractament amb inhibidors de les proteases i diabetis prèvia. No s'aconsella la realització de tests de tolerància a la glucosa. La dieta i l'exercici físic són els pilars fonamentals del tractament d'aquests pacients, tot i que de vegades pot ser necessària la insulinització o l'ús de fàrmacs hipoglucemiants.

8.7.2. Acidosi làctica

Es tracta d'una complicació rara, però molt greu, del tractament amb antiretrovirals anàlegs nucleòsids. La clínica és inespecífica: dispnea, dolor abdominal, nàusees i vòmits, i pèrdua de pes. El tractament és hospitalari: supressió del tractament antiretroviral, mesures de suport vital, etc.

8.7.3. Dislipèmies

Tot i que els mecanismes, la incidència i la significació clínica dels trastorns lipídics en el context de la infecció pel VIH es troben en fase d'estudi, s'hi ha observat un augment de les concentracions de colesterol i/o triglicèrids, acompanyats o no de lipodistròfia en pacients que reben TARGA, amb inhibidors de les proteases. Els increments importants de les xifres de triglicèrids i colesterol són importants quant a la seva relació amb pancreatitis i malaltia cardiovascular, respectivament. Alguns experts recomanen monitorar les xifres de colesterol i triglicèrids cada 3-4 mesos, o fins i tot a intervals més curts, en aquells pacients amb hiperlipèmia prèvia que inicien TARGA. La valoració del pacient amb hiperlipèmia ha d'incloure la valoració del risc cardiovascular (antecedents familiars, història clínica, tabaquisme, dieta, pes, etc.), així com la magnitud dels canvis lipídics. Normalment, es recomana iniciar un tractament quan: les concentracions de triglicèrids són superiors a 750-1000 mg/dl; els nivells d'LDL-colesterol són superiors a 130 mg/dl, en individus sense malaltia coronària coneguda que presenten dos o

més factors de risc cardiovascular, o els nivells d'LDL-colesterol són superiors a 160 mg/dl, en individus sense malaltia coronària que presenten menys de dos factors de risc cardiovascular. En aquests pacients, la utilització d'estatines s'ha de fer amb precaució, ja que poden incrementar la toxicitat muscular.

8.8. Lipodistròfia

Entre el 6 i el 80% dels pacients que reben TARGA poden presentar canvis en la distribució del greix del seu organisme. Els canvis morfològics són graduals i no solen fer-se evidents fins al cap d'alguns mesos de l'inici del TARGA. Les troballes clíniques poden mostrar obesitat central, pèrdua del greix de les extremitats, aprimament facial, cúmul de greix a la regió cervicodorsal (coll de búfal), augment del volum de les mames. Tot això pot anar associat o no a increments sèrics del colesterol i/o dels triglicèrids. La lipodistròfia s'ha associat a l'ús d'inhibidors de les proteases, encara que també pot ser deguda als inhibidors nucleòsids de la transcriptasa inversa. S'han assajat diversos tractaments per a la lipodistròfia (metformina, hormona del creixement, esteroides anabolitzants, liposucció, cirurgia plàstica, dietes, etc.) però sense gaires resultats. De vegades, cal plantejar un canvi dels antiretrovirals emprats, a més d'aconsellar exercici físic i donar el suport psicològic adequat als pacients que presenten lipodistròfia.

8.9. Síndrome de caquèxia - anorèxia

També anomenada síndrome d'afebliment (*wasting syndrome*), es defineix com la pèrdua involuntària de pes de més del 10% del pes basal, acompanyada de diarrea crònica o debilitat muscular i febre, en absència d'una altra malaltia que no sigui la sida, de més d'un mes d'evolució.

9. Bibliografia consultada

Alberny M, Vall M (coord.) et al. *Guia sobre la infecció pel VIH i la sida per a professionals d'atenció primària*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, 1994.

American College of Rheumatology 2000. *HIV-Associated Rheumatic Disease Syndromes*. <<http://www.rheumatology.org/>> [Consulta: juliol 2003].

Buira E. (coord.) et al. *Guia clínica del VIH 2003*. Barcelona: Direcció General de Drogodependències i Sida. Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, 2003.

Casabona J, Alberny M, Cots JM. Sida y enfermedades de transmisión sexual. A: Martín Zurro A, Cano Pérez JF (ed). *Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. 5ª ed. Vol II: 1154-92. Madrid: Edit. Elsevier España, 2003.

Centers of Disease Control and Prevention (CDC). US Department of Health and Human Services. Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1998; 47 (RR-1) .

Centers of Disease Control and Prevention (CDC). US Department of Health and Human Services. Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2002; 51 (RR-6).

Chandrasekhar SS, Connelly PE, Brahmabhatt SS, Shah CS, Kloser PC, Baredes S. *Otologic and audiology evaluation of human immunodeficiency virus-infected patients*. *Am J Otolaryngol* 2000; 21:1-9.

Chow DC, Day LJ, Shikuma CM. *Metabolic Complications of HIV Therapy*. May 2003. <<http://www.ucsf.edu/InSite>> [Consulta: juny 2003].

Cohen PT, Katz MH. *Practical Guide to Primary Care of Patients with HIV Infection*. <<http://www.hivinsite.ucsf.edu>> [Consulta: febrer 2003].

Cunningham ET, Margolis TP. Ocular manifestations of HIV infection. *N Engl J Med* 1998; 339: 236-44.

Gatell JM, Clotet B, Podzamczar D, Miró JM, Mallolas J (ed). *Guia pràctica del sida. Clínica, diagnòstic i tractament*. 7ª ed. Barcelona: Ed. Masson, 2002.

Goldschmidt RH. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida. A: Taylor RB (ed). *Medicina de familia. Principios y práctica*. 5ª ed. Barcelona: Ed. Masson, 2002: 377-86.

Holloway RG, Kiebertz KD. *Neurologic manifestations of human immunodeficiency virus infection*. A: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (ed). *Mandell, Douglas and Bennett's principles and practice of infectious diseases*. 5ª ed. Filadèlfia: Churchill Livingstone, 2000; vol. 1: 1423-39.

Karasic DH, Dilley JW. HIV-Associated *Psychiatric Disorders*. HIV InSite Knowledge Base Chapter. 1998. <<http://www.ucsf.edu/InSite>> [Consulta: maig 2003].

Ribell M, Martínez-Losada E, Deig E. Lipodystrophy, lipid and carbohydrate metabolism disorders in patients with HIV infection. Influence of antiretroviral treatment. *Nutrition and Metabolic Disorders in HIV infection 2002*; (vol 1) 4: 23-9.

Sande MA, Volberding PA (ed) (1995). *The Medical Management of AIDS*. 4^a ed. Filadèlfia: Ed. WB Saunders Co. 1995.

Soriano V, Pérez-Olmeda M, Rodríguez-Rosado R, García-Samaniego J. Hepatitis víricas e infecció per VIH. A: Carreño V, Castillo I (ed). *Hepatitis víricas. Biología, clínica y tratamiento*. Barcelona: Ed. Springer, 2001: 595-607.

Zurolo JJ, Feverstein IM, Lebovics R, Lane S. Sinusitis in HIV-1 infection. *Am J Med* 1992; 93: 157-62.

Aspectes terapèutics de la infecció pel VIH

1. Tractament antiretroviral

En l'actualitat, el tractament antiretroviral és el principal factor que pot alterar la història natural de la infecció pel VIH i, per tant, l'accés que tenen els pacients a aquest tractament hauria de ser efectiu. La utilització correcta dels antiretrovirals (ARV) requereix el coneixement de conceptes relacionats amb la patogènia i la teràpia de la infecció pel VIH, així com de criteris adequats a l'hora de decidir l'inici d'aquest tractament i el tipus de fàrmacs a emprar, com monitorar-ne la resposta i en quin moment cal plantejar un canvi terapèutic.

Al nostre entorn, la prescripció i dispensació del tractament ARV es limita a la consulta especialitzada de VIH, dins l'àmbit hospitalari. No per això l'APS deixa de tenir un paper fonamental i una responsabilitat envers aquesta qüestió, en el context de la infecció causada pel VIH. Les intervencions que caldria desenvolupar a l'APS amb relació al tractament ARV serien:

- Adquirir els coneixements bàsics sobre els fàrmacs i les pautes emprats en l'actualitat i sobre les indicacions del tractament ARV.
- Adquirir els coneixements bàsics sobre els efectes adversos i col·laterals dels fàrmacs emprats.
- Conèixer i vigilar les interaccions farmacològiques dels ARV i altres fàrmacs emprats, així com les d'altres substàncies d'ús habitual en els pacients amb infecció pel VIH.
- Intervenir activament, quant a l'adhesió i el compliment dels pacients, amb relació als règims terapèutics establerts, per tal d'evitar l'aparició de resistències als fàrmacs i ajudar a aconseguir els objectius terapèutics perseguits (millora del nivell de salut, retard de la progressió de la malaltia, millora de la supervivència).

1.1. Objectius del tractament ARV

En tant que avui dia la infecció causada pel VIH no pot ser eradicada, els objectius del tractament ARV són: aconseguir la supressió màxima i com més perllongada millor de la replicació vírica, per tal d'evitar la progressió de la malaltia (aparició de símptomes i complicacions relacionades amb la infecció pel VIH), impedir l'aparició de soques de VIH resistents, evitar el deteriorament del sistema immunitari i, si és possible, aconseguir-ne la recuperació, millorar la qualitat de vida i reduir la mortalitat dels pacients.

1.2. Concepte de teràpia TARGA o HAART

Les sigles TARGA (tractament antiretroviral de gran activitat) o HAART (*Highly Active Antiretroviral Therapy*) fan referència a tota aquella pauta d'ARV capaç de suprimir la replicació vírica i mantenir-la estable durant alguns mesos o, fins i tot, durant anys, en un nombre significatiu de pacients. Es basa en una combinació d'almenys tres fàrmacs ARV.

1.3. Tipus de fàrmacs ARV

Els fàrmacs ARV disponibles actualment s'agrupen en diferents famílies, segons el seu mecanisme d'acció i les seves propietats farmacològiques: inhibidors de la transcriptasa inversa, inhibidors de les proteases i inhibidors de la fusió (vegeu la taula 1).

Taula 1. Fàrmacs ARV**Inhibidors de la transcriptasa inversa**

A) Anàlegs de nucleòsid:	AZT (zidovudina) (Retrovir [®] , Zidovudina [®] EFG) ddl (didanosina) (Videx [®]) ddC (zalcitabina) (Hivid [®]) 3TC (lamivudina) (Epiriv [®]) d4T (estavudina) (Zerit [®]) ABC (abacavir) (Ziagen [®]) tenofovir (Viread [®])
B) No anàlegs de nucleòsid:	NVP nevirapina (Viramune [®]) EFV efavirenz (Sustiva [®]) DLV delavirdina (Rescriptor [®])

Inhibidors de les proteases:

APV amprenavir (Agenerase[®])
IDV indinavir (Crixivan[®])
LPV + RTV lopinavir + ritonavir (Kaletra[®])
NFV nelfinavir (Viracept[®])
SQV saquinavir (Invirase[®], Fortovase[®])
RTV ritonavir (Norvir[®])

Inhibidors de la fusió:

enfuvirtide (Fuzeon[®])

1.4. Pautes d'ús comú en el TARGA

Hi ha diferents tipus de règims terapèutics, en funció dels ARV utilitzats:

1.4.1. Basats en la utilització dels inhibidors no nucleòsids de la transcriptasa inversa

- efavirenz + 3TC + (AZT o tenofovir o d4T), no aconsellable durant la gestació
- efavirenz + 3TC + ddl, no aconsellable durant la gestació
- nevirapina + 3TC + (AZT o d4T o ddl).

Aquestes pautes tenen una eficàcia virològica i immunològica ben documentada, eviten els efectes secundaris dels inhibidors de les proteases, tenen menys interaccions farmacològiques que aquests i són més senzilles d'emprar, ja que faciliten l'adhesió al tractament per part del pacient. El principal inconvenient d'aquests règims és que tenen més possibilitat de desenvolupar resistències.

1.4.2. Basats en la utilització dels inhibidors de les proteases

- lopinavir + ritonavir + 3TC + (AZT o d4T)

- amprenavir + ritonavir + 3TC + (AZT o d4T)
- indinavir + 3TC + (AZT o d4T)
- indinavir + ritonavir + 3TC + (AZT o d4T)
- nelfinavir + 3TC + (AZT o d4T)
- saquinavir + ritonavir + (AZT o d4T)

Aquestes pautes també tenen una eficàcia virològica i immunològica ben documentada, actuen a dos nivells del cicle replicatiu del VIH i requereixen més mutacions del virus per desenvolupar-hi resistències. Com a inconvenients hi ha l'elevat nombre de comprimits que cal administrar diàriament al pacient, que li dificulta sovint l'adhesió al tractament i, a més, que presenten importants interaccions farmacològiques amb tots aquells fàrmacs i substàncies que utilitzen el citocrom P 450 per a la seva metabolització.

1.4.3. Triple règim d'inhibidors nucleòsids de la transcriptasa inversa

- ABC + 3TC + AZT
- ABC + 3TC + d4T

Tenen una eficàcia virològica inferior que els anteriors règims i només es poden utilitzar com a règim terapèutic inicial, és a dir, en pacients verges de tractament; no presenten interaccions amb fàrmacs i substàncies que utilitzen el citocrom P 450, són règims fàcils d'administrar (pocs comprimits) i tenen menys problemes pel que fa a l'adhesió del pacient.

1.5. Combinacions d'ARV no recomanades

- Monoteràpia (excepte AZT durant la gestació per disminuir el risc de transmissió vertical)
- Teràpia doble (excepte en pacients que ja segueixen aquest règim i tenen una bona resposta)
- d4T + ddl, en la gestació
- EFV, en la gestació
- AZT + d4T (efecte antagònic)
- ddC + (d4T o ddl) (efecte additiu en la neuropatia perifèrica).

1.6. Indicacions del tractament ARV

Després d'uns anys en què s'aplicava el principi *Hit hard and early* (atacar fort i al més aviat possible) a l'hora d'iniciar el tractament ARV, avui dia la tendència és més conservadora i té en compte, a més dels indubtables beneficis d'aquest tractament per al pacient, la seva qualitat de vida i els efectes tòxics a mitjà i llarg termini, que aquest tractament pot ocasionar.

En la taula 2 es descriuen les indicacions d'inici del tractament ARV, basades en la presència de símptomes, la xifra de CD4 i la càrrega vírica.

Taula 2. Recomanacions per a l'inici del tractament ARV en pacients adolescents i adults amb infecció crònica pel VIH

Clínica	Xifra de CD4	Càrrega vírica	Recomanacions
Simptomàtica (sida o símptomes greus)	Qualsevol xifra	Qualsevol valor	Iniciar tractament
Asimptomàtica, sida	< 200/mm ³	Qualsevol valor	Iniciar tractament
Asimptomàtica	> 200 i < 350/mm ³	Qualsevol valor	Considerar inici tractament
Asimptomàtica	> 350/mm ³	> 30.000 còpies/ml	Considerar inici tractament
Asimptomàtica	> 350/mm ³	< 30.000 còpies/ml	Esperar

Pel que fa al tractament de la infecció en la fase aguda (els primers 6 mesos des de la seroconversió), les dades clíniques de què es disposa actualment són limitades i el benefici que el TARGA podria tenir sobre la replicació vírica i el sistema immunitari del pacient no sembla que sigui suficient per preservar l'estat de latència de la infecció, quan es retira el tractament; és a dir, un cop iniciat el TARGA, aquest s'hauria de continuar de forma indefinida. Per tant, s'aconseja individualitzar l'inici del TARGA en les fases precoces de la infecció pel VIH.

1.7. Avantatges i inconvenients de l'inici precoç del tractament ARV

Avantatges:

- Hi ha més facilitat per aconseguir i mantenir la supressió de la replicació vírica.
- Retarda o evita el deteriorament del sistema immunitari.
- Hi ha menys risc d'aparició de resistències en aconseguir la supressió completa de la replicació vírica.
- Possibilita la reducció del risc de transmissió del VIH.

Inconvenients:

- Empitjora la qualitat de vida del pacient, a causa del tractament.

- Acumula més els efectes adversos dels fàrmacs.
- Desenvolupa més precoçment resistències si no s'aconsegueix una supressió òptima de la replicació vírica.
- Limita futures alternatives terapèutiques.

1.8. Avantatges i inconvenients de l'inici tardà del tractament ARV

Avantatges:

- Evita els efectes negatius sobre la qualitat de vida del pacient relacionats amb el tractament.
- Evita els efectes adversos del tractament.
- Retarda l'aparició de resistències.
- Conserva un nombre més alt d'opcions terapèutiques per quan s'iniciï el tractament.

Inconvenients:

- Possibilita que es produeixi un deteriorament irreversible del sistema immunitari.
- Possibilita que la supressió de la càrrega vírica sigui més difícil d'assolir.
- Possibilita que hi hagi un risc més alt de transmissió del VIH.

1.9. Avaluació de l'eficàcia del tractament ARV

Una vegada s'ha iniciat la teràpia ARV, les determinacions periòdiques de la càrrega vírica al plasma serviran per monitorar la resposta al tractament i la seva eficàcia. Es considera que el tractament és eficaç quan aconsegeix reduir els nivells de la càrrega vírica (ARN-VIH) igual o superior a $1 \log_{10}$ al cap de 4-8 setmanes d'haver-lo iniciat, i arribar a nivells de càrrega vírica indetectable (< 50 còpies/ml), al cap de 4-6 mesos. Quan això no succeeix o hi ha un increment de la càrrega vírica —sempre que no sigui a causa d'una infecció intercurrent— es considera com a fracàs terapèutic i caldrà esbrinar-ne les possibles causes (mala adhesió, trastorns de l'absorció intestinal, interaccions farmacològiques o aparició de resistències) i/o plantejar un canvi de règim terapèutic. Per tal d'evitar un fracàs terapèutic, en cas que sigui necessari interrompre el tractament ARV, és important recordar que aquesta interrupció ha d'incloure simultàniament tots els ARV que estigui prenent el pacient.

L'estès ús actual dels ARV i la replicació del VIH afavoreixen el desenvolupament de mutacions víriques, amb l'aparició de soques resistents als diferents fàrmacs emprats. Per aquest motiu, la possibilitat de realitzar *estudis de resistències* en cas de fracàs terapèutic pot ser útil a l'hora de decidir quina pot ser l'alternativa terapèutica, tot i que la interpretació d'aquest tipus d'estudis pot ser complexa. Hi ha una sèrie de situacions en què poden ser recomanats o considerats

els estudis de resistències: en la infecció aguda pel VIH, si es decideix iniciar el TARGA, s'ha de considerar en dones embarassades sense TARGA previ i en cas de profilaxi postexposició (cal considerar-ho en casos índex, sense TARGA previ); en pacients pretractats, quan el tractament previ ha fracassat, entre el primer i tercer fracàs. No està justificat realitzar estudis de resistències si la càrrega vírica és inferior a 1.000 còpies/ml.

1.10. Adhesió al tractament ARV

Les actuals directrius en el tractament de la infecció pel VIH fan que un nombre molt important de pacients, sovint asimptomàtics, rebin TARGA durant la resta de la seva vida. La capacitat del pacient d'adherir-se correctament al règim terapèutic establert és fonamental perquè aquest sigui eficaç i no apareguin resistències víriques als fàrmacs. Les taxes de compliment terapèutic descrites per a les malalties cròniques són d'una mitjana del 50%, amb variacions molt àmplies, mentre que la taxa de compliment considerada com a acceptable és al voltant del 80%. En el tractament de la infecció pel VIH, l'exigència del bon compliment és molt superior i així se sap que l'eficàcia del TARGA és màxima quan la taxa de compliment terapèutic és superior al 95%. No obstant això, la teràpia ARV comporta molts factors que dificulten l'adhesió (nombre de comprimits al dia, horaris, efectes secundaris, tractament perllongat, etc.), la qual cosa constitueix tot un repte tant per al pacient com per al personal sanitari. En conjunt, la vigilància del bon compliment terapèutic dels pacients amb ARV és una tasca multidisciplinària en la qual l'APS pot tenir un paper rellevant, sobretot pel tipus de relació més continuada i directa que té amb la població atesa.

En les taules 3 i 4, es descriuen alguns dels factors relacionats amb el pacient, que s'identifiquen com a predictius de bona i mala adhesió al tractament ARV, respectivament.

Taula 3. Factors predictius de bona adhesió al tractament

- Gaudir de suport emocional i pràctic
 - Poder ajustar les pautes a la rutina quotidiana
 - Tenir consciència que una mala adhesió pot afavorir el desenvolupament de resistències
 - Tenir coneixement sobre la importància de prendre totes les dosis
 - No tenir impediments a l'hora de prendre's la medicació en presència d'altres persones
-

Taula 4. Factors predictius de mala adhesió al tractament

- Relació inadequada o dolenta entre el pacient i el terapeuta
 - Consum actiu de drogues o d'alcohol
 - Malaltia mental activa (per exemple, depressió)
 - Falta de coneixements o incapacitat per identificar els diferents fàrmacs
 - Escassa accessibilitat als diferents nivells assistencials i al tractament
 - Violència domèstica
 - Discriminació social o familiar
 - Efectes secundaris dels ARV
-

La manca d'adhesió al tractament és un problema multifactorial, en què intervenen diverses variables; en general, els *factores relacionats amb l'adhesió* al tractament es poden agrupar en aquestes categories:

A) Factors relacionats amb la malaltia

El grau d'adhesió al tractament ARV pot variar, segons la presència o no de símptomes clínics: s'ha vist que millora en les fases simptomàtiques i és més difícil quan el pacient està lliure de símptomes i no percep la gravetat de la seva situació.

B) Factors relacionats amb el règim terapèutic

En diversos estudis s'ha vist que l'adhesió és més baixa com més gran és el nombre de comprimits i la freqüència d'administració, així com l'aparició d'efectes adversos i la durada del tractament.

C) Factors relacionats amb la persona

L'ansietat, la depressió i l'abús de substàncies tòxiques poden comprometre l'adhesió al tractament; d'altra banda, les creences del pacient amb relació a l'eficàcia del tractament, la percepció de gravetat de la malaltia, la capacitat per seguir correctament la teràpia, així com la capacitat de l'equip sanitari, són altres factors importants.

D) Factors relacionats amb la situació social del pacient

La discriminació social, els problemes relacionats amb l'habitatge, la desestructuració familiar o la manca de xarxa de suport o els prejudicis cap a determinats estils de vida dels pacients i la manca d'informació són altres elements que poden comprometre l'adhesió al tractament.

E) Factors relacionats amb l'equip assistencial

La relació que s'estableix entre el pacient i l'equip assistencial és determinant; hi ha aspectes com la confiança, la confidencialitat, l'accessibilitat, la flexibilitat i la continuïtat que són fonamentals per millorar-ne l'adhesió.

Hi ha diversos sistemes d'avaluació de l'adhesió al tractament ARV, tot i que cap d'ells no té una fiabilitat del 100%. És convenient combinar-ne alguns per obtenir dades de la situació real amb la màxima exactitud possible. La mesura del compliment ha de basar-se en els aspectes següents:

- Ha de reflectir la presa de la medicació, tant en unitats de medicament com en el temps.
- Ha de mesurar la consecució dels objectius plantejats (càrrega vírica indetectable).
- Ha d'expressar-se com a taxa d'adhesió global (per exemple, percentatges de dosis preses, de dies amb el nombre correcte de dosis, de dosis preses en l'horari correcte). La quantificació del compliment és molt important; el pacient que aconsegueix un percentatge de compliment superior al 95% es considera *complidor*, mentre que si aquest percentatge és inferior al 95% es considera *complidor parcial*.

Com ja s'ha comentat abans, hi ha diversos mètodes que permeten avaluar el grau d'adhesió al tractament ARV, entre els quals n'hi ha de directes i d'indirectes (vegeu la taula 5).

Taula 5. Mètodes d'avaluació de l'adhesió al tractament

Mètodes directes:	Determinació del nivell dels fàrmacs en els líquids orgànics
Mètodes indirectes:	Entrevista amb el pacient Qüestionari estructurat Assistència a les cites programades de dispensació Assistència a les visites programades de consulta Recompte de medicació sobrant Monitoratge electrònic Evolució clínica i dades analítiques

L'entrevista personal amb el pacient, en el context d'una relació de mútua confiança, per tal d'esbrinar quins obstacles té a l'hora de seguir correctament el tractament i intentar vèncer-los conjuntament, establir estratègies motivacionals, etc., és un dels mètodes fàcilment aplicable a l'APS. Un altre dels mètodes que s'hi pot emprar és el *recompte de la medicació sobrant*, a la mateixa consulta o al domicili del pacient; per aplicar-lo, cal saber la data d'inici de la medicació, així com la pauta indicada i el nombre de comprimits dispensats. El percentatge de compliment es pot calcular de la forma següent: $\% \text{ de compliment} = \frac{\text{unitats dispensades} - \text{unitats sobrants}}{\text{unitats teòriques preses}} \times 100$. També és important fer el seguiment del grau de compliment del règim de cites per acudir a recollir la medicació i de control especialitzat.

1.11. Formes d'administració i característiques farmacològiques dels ARV

La informació sobre les formes d'administració i les característiques farmacològiques dels ARV s'exposen tot seguit en les taules 6, 7 i 8.

Taula 6. Inhibidors nucleòsids de la transcriptasa inversa

Fàrmac	AZT zidovudina	ddl didanosina	ddC zalcitabina	3TC lamivudina	d4T estavudina	ABC abacavir
Presentació	Càpsules de 100 i 250 mg	Càpsules enteriques de 250 i 400 mg	Comprimits de 0,75 mg	Comprimits de 150 mg	Càpsules de 30, 40 mg	Comprimits de 300 mg
Dosificació	500-600 mg/dia, en 2-3 preses o amb 3TC com Combivir® 1 comprimit 2 cops/dia	Comprimits: > 60 kg: 400 mg 1 cop/dia < 60 kg: 250 mg 1 cop/dia	0,75 mg 3 cops/dia	150 mg 2 cops/dia	> 60 kg: 40 mg 2 cops/dia < 60 kg: 30 mg 2 cops/dia	300 mg/dia
Efecte dels aliments	No cal tenir en compte els àpats	Prendre 1/2 hora abans o 1 hora després dels àpats; si es combina amb tenofovir s'ha de prendre amb els àpats	No cal tenir en compte els àpats	No cal tenir en compte els àpats	No cal tenir en compte els àpats	No cal tenir en compte els àpats. L'alcohol pot incrementar un 41% els nivells d'ABC
Biodisponibilitat oral	60%	30-40%	85%	86%	86%	83%
Eliminació	Metabolitzat a AZT glucoronid; excreció renal	Excreció renal del 50%	Excreció renal del 70%	Excreció renal no modificada	Excreció renal del 50%	Excreció renal del 82% dels metabòlits

Taula 7. Inhibidors no nucleòsids de la transcriptasa inversa

Fàrmac	NVP nevirapina	EFV efavirenz	DLV delavirdina
Presentació	Comprimits de 200 mg	Càpsules de 600 mg	Comprimits de 200 mg
Dosificació	200 mg/dia, durant 14 dies, i després 200 mg 2 cops/dia	600 mg/dia	400 mg 3 cops/dia
Efecte dels aliments	No cal tenir en compte els àpats	Evitar els menjars amb elevat contingut de greixos, ja que augmenten els nivells un 50%	No cal tenir en compte els àpats
Biodisponibilitat oral	> 90%	Dades no disponibles	85%
Eliminació	Metabolitzat pel citocrom P 450; excreció renal del 80% i fecal del 10%	Metabolitzat pel citocrom P 450; excreció renal del 14-34% i fecal del 61%	Metabolitzat pel citocrom P 450; excreció renal del 51% i fecal del 44%

Taula 8. Inhibidors de les proteases

Fàrmac	IDV indinavir	RTV ritonavir	NFV nelfinavir	SQV saquinavir	APV amprenavir
Presentació	Càpsules de 400 mg	Càpsules de 100 mg	Comprimits de 250 mg	Càpsules de 200 mg de gelatina dura. Càpsules de 200 mg de gelatina tova	Comprimits de 150 mg
Dosificació	800 mg cada 8 hores; separar 1 hora de la presa de ddl. Combinat amb altres inhibidors de les proteases varien les dosis i la necessitat de dejuni	600 mg/12h Dosificació gradual: 300 mg/12h i augmentar 100 mg/12h fins arribar als 600 mg/12h en 14 dies; separar 1 hora de la presa de ddl	750 mg 3 cops/dia o 1.250 mg 2 cops/dia	1.600 mg 2 cops/dia de càpsules de gelatina dura. 1.200 mg 3 cops/dia de càpsules de gelatina tova	1.200 mg 2 cops/dia
Efecte dels aliments	Poden disminuir els nivells del fàrmac en un 77%. Prendre 1 hora abans o 2 hores després dels àpats; es pot prendre amb llet descremada o aliments baixos en greixos	Incrementen en un 15% els nivells del fàrmac. Prendre sempre que sigui possible amb aliments, per millorar-ne la tolerància	Els nivells del fàrmac poden augmentar 2-3 vegades. Prendre amb un àpat o refrigeri	Els aliments no tenen cap efecte sobre les càpsules de gelatina dura, es prenen amb ritonavir Els nivells augmenten 6 vegades quan es prenen les càpsules toves; cal prendre'l amb un àpat principal	Cal evitar els aliments que contenen massa greixos, ja que disminueixen els nivells del fàrmac en un 21%. Pot prendre's amb i sense aliments
Conservació i emmagatzemament	Temperatura ambient	Les càpsules han de guardar-se a la nevera, mentre que no cal fer-ho amb la solució oral	Temperatura ambient	Les càpsules de gelatina dura es poden conservar a temperatura ambient. Les càpsules de gelatina tova es poden guardar a la nevera i també a temperatura ambient (en aquest cas, màxim 3 mesos)	Temperatura ambient
Biodisponibilitat oral	65%	No determinada	20-80%	Erràtica o no determinada	No determinada
Metabolització	Citocrom P 450; inhibidor 3A4 (menys que el ritonavir)	Citocrom P 450; inhibidor potent de 3A4	Citocrom P 450; inhibidor 3A4 (menys que el ritonavir)	Citocrom P 450; inhibidor 3A4 (menys que el ritonavir)	Citocrom P 450; inhibidor 3A4 (menys que el ritonavir)

1.12. Efectes secundaris dels ARV

El tractament ARV emprat en l'actualitat comporta, sense dubte, riscos de toxicitat i de presència d'efectes indesitjables o adversos per al pacient. Alguns dels seus efectes secundaris poden aparèixer a l'inici del tractament, però habitualment és més comú que apareguin amb el temps. La vigilància de l'aparició dels efectes adversos dels ARV és molt important, tant des del punt de vista de la seva ràpida correcció, com del canvi terapèutic que s'hagi de realitzar.

En la taula 9, es descriuen alguns dels efectes adversos dels ARV emprats ara.

Taula 9 Efectes adversos dels fàrmacs ARV

Fàrmac	Efectes adversos
AZT zidovudina	Anèmia i/o neutropènia. Pot causar també intolerància gastrointestinal, mal de cap, insomni o astènia. Possibilitat de provocar acidosi làctica amb esteatosi hepàtica.
ddl didanosina	Pancreatitis, neuropatia perifèrica; també pot causar nàusees i diarrea. Possibilitat de provocar acidosi làctica amb esteatosi hepàtica.
ddC zalcitabina	Neuropatia perifèrica, estomatitis. Possibilitat de provocar acidosi làctica amb esteatosi hepàtica.
d4T estavudina	Neuropatia perifèrica. Possibilitat de provocar acidosi làctica amb esteatosi hepàtica.
3TC lamivudina	Mínima toxicitat. Possibilitat de provocar acidosi làctica amb esteatosi hepàtica.
ABC abacavir	Reacció d'hipersensibilitat que pot ser molt greu: febre, exantema cutani, nàusees, vòmits, malestar, febre, fatiga i pèrdua de l'apetit. Possibilitat de provocar acidosi làctica amb esteatosi hepàtica.
NVP nevirapina	Exantema cutani; increment dels nivells de les transaminases hepàtiques; hepatitis.
DLV delavirdina	Exantema cutani; increment dels nivells de les transaminases hepàtiques; mal de cap.
EFV efavirenz	Exantema cutani; símptomes d'SNC; increment dels nivells de les transaminases hepàtiques; falsos positius en la detecció de derivats del cannabis.
IDV indinavir	Litiasi renal; intolerància gastrointestinal; augment de la bilirubina indirecta; mal de cap, astènia, visió borrosa, vertigen, exantema, gust metàl·lic, trombopènia; hiperglucèmia; lipodistròfia i alteracions lipídiques; possible increment d'hemorràgies en pacients hemofílics.
RTV ritonavir	Intolerància gastrointestinal; parestèsies periorals i a les extremitats; hepatitis; astènia; alteracions del gust; augment dels TGC > 200%, de les transaminases, de les CPK i de l'àcid úric; hiperglucèmia; lipodistròfia i alteracions lipídiques; possible increment d'hemorràgies en pacients hemofílics.
NFV nelfinavir	Diarrea; hiperglucèmia; lipodistròfia i alteracions lipídiques; possible increment d'hemorràgies en pacients hemofílics.
SQV saquinavir	Intolerància gastrointestinal; mal de cap, increment de les transaminases hepàtiques, hiperglucèmia; lipodistròfia i alteracions lipídiques; possible increment d'hemorràgies en pacients hemofílics.
APV amprenavir	Intolerància gastrointestinal; exantema cutani; parestèsies orals; augment de les proves hepàtiques; hiperglucèmia; lipodistròfia i alteracions lipídiques; possible increment d'hemorràgies en pacients hemofílics.

1.13. Interaccions farmacològiques dels ARV

Tots els fàrmacs ARV poden presentar interaccions farmacocinètiques amb altres fàrmacs i substàncies d'ús comú, que comporta de vegades menys eficàcia del tractament ARV o més toxicitat, segons sigui l'efecte que les interaccions produeixin. Molts dels fàrmacs ARV són inhi-bidors o inductors del citocrom P 450, el qual està format per nombroses famílies i subfamílies d'isoenzims. El CYP3A4 és el que metabolitza més nombre de fàrmacs (substrats); els fàrmacs i substàncies que fan servir la via del citocrom P 450 per a la seva metabolització poden augmen-tar o disminuir les concentracions plasmàtiques d'aquells fàrmacs que siguin substrats.

En la taula 10, es descriuen algunes de les associacions de fàrmacs amb ARV que estan contra-indicades per les seves interaccions farmacològiques.

Taula 10. Fàrmacs que no s'han d'emprar amb els ARV

Categoria fàrmac	Indinavir	Ritonavir	Saquinavir	Nelfinavir	Amprenavir	Nevirapina	Delavirdina	Efavirenz
Antagonistes del calci		beripril			beripril			
Cardíacs		amiodarona flecainida propafenona quinidina						
Hipolipemians	simvastatina lovastatina	simvastatina lovastatina	simvastatina lovastatina	simvastatina lovastatina	simvastatina lovastatina		simvastatina lovastatina	
Antimicobacterians	rifampicina rifapentina	rifapentina	rifampicina rifabutina rifapentina	rifampicina rifapentina	rifampicina rifapentina	rifapentina	rifampicina rifabutina rifapentina	rifapentina
Antihistamínic	astemizole terfenadina	astemizole terfenadina	astemizole terfenadina	astemizole terfenadina	astemizole terfenadina		astemizole terfenadina	astemizole terfenadina
Gastrointestinals	cisaprida	cisaprida	cisaprida	cisaprida	cisaprida		cisaprida antihistamínic H2, inhibidors de bomba de protons	cisaprida
Neurolèptics	pimozida	pimozida	pimozida	pimozida	pimozida			
Psicòtrops	midazolam triazolam	midazolam triazolam diazepam clozapina zolpidem	midazolam triazolam	midazolam triazolam	midazolam triazolam		alprazolam midazolam triazolam	midazolam triazolam
Alcaloides de l'ergotamina	dihidroergo-tamina ergotamina	dihidroergo-tamina ergotamina	dihidroergo-tamina ergotamina	dihidroergo-tamina ergotamina	dihidroergo-tamina ergotamina		dihidroergo-tamina ergotamina	dihidroergo-tamina ergotamina
Miscel·lània	<i>Hypericum</i> o herba de Sant Joan	clorazepat anticonceptius orals bupropió dextropropoxifè disulfiram piroxicam metamfetamina <i>Hypericum</i> èxtasi	carbamazepina fenitoïna fenobarbital dexametasona efavirenz nevirapina <i>Hypericum</i>	anticonceptius orals <i>Hypericum</i>	anticonceptius orals <i>Hypericum</i>	anticonceptius orals saquinavir ketoconazole	carbamazepina fenitoïna fenobarbital ketoconazole	anticonceptius orals clantromicina saquinavir

El tema de les interaccions farmacològiques dels ARV és molt complex i obliga a ajustar sovint les dosis dels ARV o dels fàrmacs que s'empren concomitantment. Així, a tall d'exemple, comentarem algunes d'aquestes situacions:

- la rifampicina i la rifabutina són potents inductores del citocrom P 450 i, per tant, la seva dosificació s'ha de modificar, segons amb quin ARV vagi associada l'administració;
- en els pacients que estan en tractament amb metadona, cal tenir present que aquest fàrmac presenta importants interaccions farmacocinètiques amb els ARV (i també amb els tuberculostàtics) i cal ajustar-ne la dosi, tant per evitar l'aparició d'una síndrome d'abstinència com per evitar-ne els efectes tòxics. Amb l'administració de nevirapina, delavirdina, efavirenz o ritonavir cal augmentar la dosi de metadona;
- també s'ha de tenir en compte que alguns productes naturals que pot prendre el pacient tenen interaccions farmacocinètiques amb els ARV; així, el suc d'aranja és un inhibidor del citocrom P 450 i l'*Hypericum* (herba de Sant Joan), que es troba en diferents especialitats farmacèutiques i productes naturals, és un potent inductor del citocrom P 450;
- alguns fàrmacs de moda com el sildenafil (Viagra®) tenen importants interaccions amb els inhibidors de les proteases i cal que el pacient no en prengui més de 25 mg, en 48 hores, per tal d'evitar-ne els efectes adversos.

És molt important conscienciar el pacient sobre les repercussions que poden tenir algunes interaccions farmacocinètiques sobre la seva salut. Una manera pràctica de poder treballar aquest tema a l'APS seria que el pacient anotés en un full els diferents ARV i altres fàrmacs o substàncies que estigui prenent o que hagi pres recentment, per poder avaluar conjuntament amb ell la necessitat de reajustaments, així com de situacions potencialment perilloses que ha d'evitar.

Per poder consultar les interaccions farmacocinètiques dels ARV i els ajustaments de dosis que cal realitzar, es pot acudir a l'adreça electrònica següent: <http://medscape.com/px/VIHscheduler?srcmp=aids-062102> de la Johns Hopkins University.

1.14. Consideracions sobre el tractament ARV en les dones embarassades amb la infecció pel VIH

Els objectius i les pautes del tractament ARV per a la dona en edat fèrtil són els mateixos que per a la resta de pacients joves i adults; però, quan es tracta d'una dona embarassada, als objectius terapèutics cal afegir-hi el de la prevenció de la transmissió de la infecció pel VIH al futur nadó. El tractament ARV, avui dia, està recomanat en tota dona gestant, tenint en compte el seu estat virològic, immunitari i clínic. Els criteris d'iniciació del TARGA són els mateixos que per a la resta de pacients joves i adults, però, a més, se li ha de recomanar quan la càrrega vírica és superior a 1.000 còpies/ml. Convé que els règims terapèutics durant la gestació incloguin l'AZT, per intentar reduir la transmissió vertical de la infecció (vegeu els capítols V i VII). En dones gestants sense tractament ARV i amb una càrrega vírica inferior a 1.000 còpies/ml pot ser aconsellable

un règim terapèutic amb AZT+3TC o monoteràpia profilàctica amb AZT. En dones gestants sense tractament previ, s'aconsella iniciar el tractament ARV passades les 12-14 setmanes de gestació, per tal d'evitar possibles efectes teratògens. Està contraindicada la utilització d'efavirenz i la combinació d4T+ddl, durant la gestació, pel risc d'acidosi làctica que comporten en la dona gestant.

Per obtenir-ne més informació, es pot consultar el document *Considerations for Antiretroviral Therapy in HIV-pregnant women* a <http://www.aidsinfo.nih.gov>.

2. Profilaxi de les infeccions oportunistes

Durant molts anys, una de les principals intervencions per millorar la qualitat de vida i perllongar la supervivència dels pacients amb infecció pel VIH ha estat la profilaxi de les IO. La introducció del TARGA, en tant que millora i fins i tot pot restaurar l'estat immunitari del pacient, ha fet que en l'actualitat la incidència de les IO s'hagi reduït de forma espectacular. Segurament el TARGA és la millor estratègia per prevenir aquests esdeveniments i molts dels pacients que el reben no necessiten realitzar de forma indefinida profilaxi contra les IO; no obstant això, aquesta profilaxi segueix sent necessària en els pacients molt immunodeprimits, fins que el TARGA aconsegueix els seus efectes, en els pacients que no volen o no poden rebre TARGA, en aquells en què el TARGA fracassa o en aquells altres que presenten xifres baixes de CD4, malgrat haver-se assolit la inhibició de la replicació vírica amb el tractament.

El coneixement de les indicacions i de les pautes profilàctiques enfront de les IO, així com l'inici o la recomanació d'aquestes, i la vigilància del seu compliment, són tasques que es poden desenvolupar a l'APS, amb el pacient amb infecció pel VIH, tant per la seva importància com a mesura preventiva com de complementació de la intervenció especialitzada. En aquest apartat, es fa referència a les profilaxis recomanades als pacients joves i adults enfront d'aquelles IO més freqüents en el nostre medi i que poden ser administrades i/o supervisades a l'APS.

2.1. Pneumònia per *Pneumocystis carinii*

2.1.1. Profilaxi primària

Està indicada en pacients amb una xifra de limfòcits CD4 inferiors a 200/mm³ o història de candidosi orofaríngia, quan el percentatge de CD4 és inferior al 14% o hi ha antecedents de malaltia definidora de sida. El fàrmac d'elecció és el trimetoprim-sulfametoxazole (TMP-SMZ), a dosis de 160 mg de TMP i 800 mg d'SMZ, cada 12-24 hores, diàriament o tres cops per setmana. Aquesta pauta també és eficaç en la prevenció primària de la toxoplasmosi. En cas de reaccions d'hipersensibilitat a TMP-SMZ, és aconsellable intentar la dessensibilització del pacient enfront d'aquest fàrmac abans de passar a un règim alternatiu, com: dapsona (100 mg)

+ pirimetamina (50 mg) + àcid folínic (15 mg), dos cops per setmana, o pentamidina en aerosol (300 mg, Respirgard®), una vegada al mes.

2.1.2. Profilaxi secundària

Està indicada en el pacient que ha presentat un episodi de PPC. Les pautes aconsellables usualment són les mateixes que per a la profilaxi primària.

2.1.3. Retirada de les profilaxis

La profilaxi primària es pot suspendre quan el pacient amb TARGA manté una xifra total de CD4 superior a 200/mm³ almenys durant 3 mesos o si la càrrega vírica es manté indetectable o inferior a 5.000 còpies/μL, durant 6 mesos o més; la profilaxi secundària pot aturar-se quan el pacient amb TARGA mostra un increment de CD4 per sobre de 200/mm³ durant almenys 3 mesos.

2.1.4. Reintroducció de les profilaxis

La profilaxi primària s'ha de reintroduir en cas que la xifra de CD4 baixi per sota de 200/mm³. Cal seguir els mateixos criteris per a la reintroducció de la profilaxi secundària i també en el cas que hi hagi recurrència de PPC, encara que la xifra de CD4 sigui superior a 200/mm³.

2.2. Toxoplasmosi

Tots els pacients amb infecció pel VIH, i especialment aquells que són seronegatius enfront de *Toxoplasma gondii*, han de rebre consell sobre les mesures de prevenció de l'exposició a aquest paràsit, com ara evitar menjar carns crues o poc fetes, rentar correctament la verdura i els vegetals crus, no manipular excrements d'animals domèstics (gats) i, en cas de fer-ho, utilitzar guants i rentar-se immediatament les mans (vegeu-ho més endavant).

2.2.1. Profilaxi primària

Normalment, es recomana en pacients tant amb anticossos IgG positius com negatius enfront de *Toxoplasma gondii*, amb xifres totals de CD4 inferiors a 100/mm³. El TMP-SMZ, a les mateixes dosis i pautes emprades en la profilaxi de la PPC, és el fàrmac d'elecció; com a alternativa, es pot emprar la pauta de pirimetamina + dapsona + àcid folínic, utilitzada per a la PPC.

2.2.2. Profilaxi secundària

Els pacients que han presentat toxoplasmosi cerebral han de rebre profilaxi secundària un cop finalitzat el tractament del procés agut, ja que si no les recidives són molt freqüents (60-100% dels casos als 6-12 mesos). La pauta d'elecció és l'associació de pirimetamina (25 mg) + sulfadiazina (2 g) + àcid folínic (15 mg), a diari, o tres cops per setmana.

2.2.3. Retirada de les profilaxis

La profilaxi primària contra la toxoplasmosi es pot suspendre, seguint els mateixos criteris que per a la supressió d'aquesta profilaxi contra la PPC; la profilaxi secundària pot aturar-se, quan

el pacient amb TARGA presenta un increment sostingut de la xifra de CD4 superior a 200/mm³ almenys durant 6 mesos.

2.2.4. Reintroducció de les profilaxis

Quan la xifra de CD4 baixi per sota de 200/mm³ s'han de reintroduir tant la profilaxi primària com la secundària.

2.3. Citomegalovirus

La detecció precoç de la infecció per CMV i el TARGA són les millors armes preventives d'aquesta IO. No hi està indicada la profilaxi primària. El tractament supressiu després de l'episodi agut s'ha de mantenir fins a la restitució del sistema immunitari amb el TARGA (limfòcits CD4 superiors a 150/mm³ durant 6 mesos o més). Els fàrmacs d'elecció són el ganciclovir (oral, parenteral, intravitri), el foscarnet tot sol o en associació amb el ganciclovir i el cidofovir.

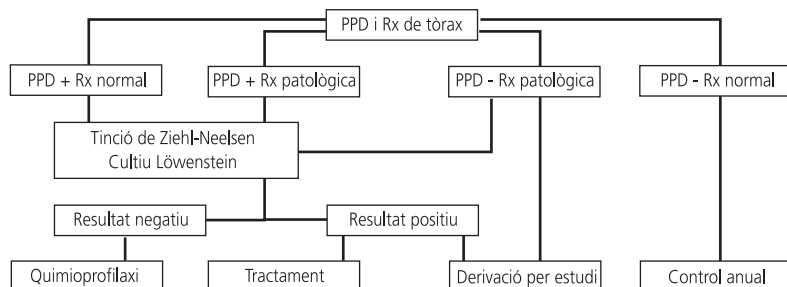
2.4. Tuberculosi

Tot pacient amb infecció pel VIH ha de ser sotmès a la intradermoreacció de Mantoux (PPD) en l'estudi inicial i en el seu seguiment (vegeu-ho més endavant); quan el pacient presenta una reacció positiva (induració igual o superior als 5 mm de diàmetre, o fins i tot menor, segons alguns experts), independentment de la seva edat i del seu estat vacunal previ, cal descartar-hi en primer lloc que no presenta una TBC activa (algoritme 1). Si s'hi descarta, es recomana iniciar la quimioprofilaxi específica, segons les pautes següents:

- isoniazida (5 mg/kg/dia, màxim 300 mg), cada dia, durant 12 mesos
- isoniazida (15mg/kg/dia, màxim 900 mg), dos dies a la setmana, durant 12 mesos
- rifampicina (600 mg) + pirazinamida (25 mg/kg/dia), cada dia o 2-3 cops a la setmana, durant dos mesos
- rifampicina (600 mg), cada dia, durant 9 mesos
- isoniazida (300 mg) + rifampicina (600 mg), cada dia, durant 3 mesos.

Si el PPD és negatiu, un cop descartades la possibilitat d'anergia i de TBC activa, també s'hi recomana la profilaxi quan el risc d'exposició és elevat (contacte amb bacil·lífers, estades en règim penitenciari, etc.).

La isoniazida es pot administrar juntament amb qualsevol combinació dels ARV actualment disponibles; la rifampicina no es pot administrar simultàniament amb alguns inhibidors de les proteases. En aquests casos, la rifabutina és un fàrmac alternatiu.

Algorisme 1. Estudi de la infecció tuberculosa en el pacient infectat pel VIH**2.5. *Mycobacterium avium intracellulare*****2.5.1. Profilaxi primària**

No es recomana la profilaxi primària del MAI, ja que en el nostre medi aquesta IO té una incidència molt baixa.

2.5.2. Profilaxi secundària

Recomanada en els pacients amb antecedents d'infecció aguda per MAI; s'utilitza habitualment la combinació de claritromicina + etambutol. Aquest tractament es pot retirar quan la xifra de CD4 es manté per sobre de 100/mm³ durant més de 6 mesos.

2.6. Candidosi

No hi estan indicades ni la profilaxi primària ni la secundària en la infecció per *Candida albicans*. En els pacients que presenten episodis recorrents d'esofagitis candidòtica, pot estar-hi indicat el tractament supressiu crònic amb fluconazole (100-200 mg/dia), tot tenint en compte que l'ús dels imidazòlics, a llarg termini, pot afavorir el desenvolupament de resistències enfront d'aquest fong.

2.7. Criptococcosi**2.7.1. Profilaxi primària**

No hi està recomanada.

2.7.2. Profilaxi secundària

Indicada en aquells pacients que han presentat un episodi agut d'infecció per criptococ, fins que la xifra de CD4 sigui superior a 100-200/mm³ amb TARGA, i s'hi mantingui estabilitzada durant

almenys 6 mesos. Els fàrmacs utilitzats són el fluconazole (200 mg/dia) o l'amfotericina B (100 mg/setmana per via intravenosa).

2.7.3. Reintroducció de la profilaxi secundària

Quan la xifra de CD4 disminueixi a 100-200/mm³.

2.8. Salmonella enteritidis

Per a la prevenció de la infecció intestinal causada per aquest bacteri i d'altres infeccions intestinals, cal aconsellar el pacient sobre l'ús segur dels aliments i de l'aigua, especialment quan viatja a països on les mesures higièniques són poc fiables (vegeu-ho més endavant).

2.8.1. Profilaxi primària

No hi està indicada.

2.8.2. Profilaxi secundària

Per prevenir les recurrències de la infecció per *Salmonella enteritidis* s'aconseja perllongar el tractament de la infecció aguda durant dos o tres mesos (ciprofloxacina), en cas que el pacient no estigui rebent tractament amb TMP-SMZ.

2.9. Herpes simple

En pacients que en presentin freqüents i/o greus episodis recorrents, es pot emprar una teràpia supressiva amb aciclovir, famciclovir o valaciclovir (vegeu l'apartat sobre MTS).

2.10. Virus de la varicel·la-zòster

Com a mesura de prevenció d'aquesta infecció, es recomana l'administració d'immunoglobulina contra el virus de la varicel·la-zòster en les 48-96 primeres hores de postexposició, en cas de contacte recent; com a alternativa, es pot emprar aciclovir (800 mg/5 cops al dia, durant 3 setmanes). No s'ha provat que hi hagi cap fàrmac eficaç per prevenir les recurrències d'aquesta infecció.

3. Tractament de les infeccions oportunistes

Aquest apartat fa referència als tractaments farmacològics d'aquelles IO més habituals en el nostre medi i que requereixen l'ingrés hospitalari del pacient (taula 11).

Taula 11. Tractament de les IO

Entitat clínica	Tractament
Pneumònia per <i>Pneumocystis carinii</i>	15-20 mg/kg/dia de TMP i 75-100 mg/kg/dia d'SMZ (i.v. o v.o.) repartit en tres preses, durant 21 dies. Si PO ₂ < 70 mm Hg prednisona: 40 mg/12 h. Alternativa: pentamidina 3-4 mg/kg/dia per via i.v., durant 21 dies.
Toxoplasmosi cerebral	sulfadiazina: 4-6 g/dia (en 3-4 preses) + pirimetamina: 50 mg/dia + àcid folínic: 10 mg/dia per via oral, durant 6-8 setmanes. Alternativa: clindamicina: 600 mg/6 h + pirimetamina: 50 mg/dia + àcid folínic: 10 mg/dia.
Retinitis per citomegalovirus	ganciclovir: 5 mg/kg cada 12 h per via i.v., durant 2-3 setmanes. Alternativa: foscarnet: 60 mg/kg cada 8 h, durant 2-4 setmanes.
Tuberculosi	isoniazida: 5 mg/kg/dia (màxim 300 mg), durant 6-9 mesos + rifampicina: 10 mg/kg/dia (màxim 600 mg), durant 6-9 mesos + pirazinamida: 30 mg/kg/dia, durant 2 mesos amb o sense etambutol 15-25 mg/kg/dia per via oral, durant 2 mesos. La rifabutina podria substituir la rifampicina.
MAI	claritromicina: 500 mg cada 12 h + etambutol: 15-25 mg/kg/dia + rifabutina: 300 mg/dia per via oral. Alternativa: azitromicina: 600 mg/dia + etambutol: 15 mg/kg/dia + rifabutina: 300 mg per via oral.
Criptococcosi	amfotericina B: 0,7 mg/kg/dia per via i.v. + fluocitosina: 25 mg/kg/dia per via oral, durant 2 setmanes i seguir amb fluconazole: 400 mg/dia per via oral, durant 8 setmanes. Alternativa: fluconazole + fluocitosina per via oral, o amfotericina B liposòmica per via i.v.

4. Profilaxi de postexposició accidental

És indiscutible que la prevenció primària de la infecció pel virus de la immunodeficiència humana mitjançant la modificació de conductes de risc és l'estratègia primordial per controlar l'epidèmia. De tota manera, hi ha dues situacions en què la prevenció secundària o profilaxi de postexposició s'ha mostrat efectiva: la prevenció de la transmissió vertical en les dones embarassades seropositives i en el personal sanitari que ha patit una exposició ocupacional al VIH.

4.1. Profilaxi de postexposició ocupacional (PEP)

Encara que el risc de transmissió del VIH en el medi sanitari és baix (2-3 infeccions per cada 1.000 exposicions percutànies), l'impacte social és important. Les precaucions estàndard (universals) són les mesures fonamentals de prevenció en aquest àmbit però, malgrat la seva aplicació, aquestes exposicions segueixen produint-se entre els professionals de la salut.

L'any 1995 es va disposar de les primeres evidències científiques sobre l'efectivitat de la profilaxi en aquest context. Els resultats d'un estudi col·laboratiu de casos i controls entre diversos països van revelar una reducció del risc de contagi del 81%. Malgrat que el grau d'evidència científica d'aquest estudi és inferior al dels estudis prospectius, és l'únic disponible, atès que és difícil poder realitzar un assaig clínic que permeti avaluar l'eficàcia dels antiretrovirals en aquest àmbit.

L'any 1996, els Centers for Disease Control and Prevention (CDC) dels Estats Units van elaborar les primeres recomanacions de profilaxi de postexposició ocupacional al VIH, revisades i actualitzades al 1998 i al 2001 (vegeu la taula 12). En general, s'aconsella l'administració de zidovudina (AZT)/lamivudina (3TC) en les exposicions de risc baix-moderat i d'AZT/3TC/indinavir o nelfinavir en les d'alt risc, durant un període de 4 setmanes; si es sospita que el pacient font pot ser resistent a algun d'aquests fàrmacs, s'ha d'adequar la profilaxi a cada situació en particular.

Actualment, aquesta pràctica forma part de la sistemàtica assistencial dels serveis de medicina preventiva o de prevenció de riscos laborals dels nostres hospitals. L'inici precoç de la profilaxi (dintre de les dues primeres hores de l'exposició és el més recomanable) ha comportat la necessitat de coordinació amb altres serveis hospitalaris, en especial els de microbiologia i els d'urgències. La correcta aplicació de la profilaxi en el personal sanitari que treballa fora de l'àmbit hospitalari és encara més difícil d'assolir, atesa l'absència de cobertura d'assistència les 24 hores del dia en algunes mútues d'accidents de treball i la necessària derivació dels casos a centres hospitalaris que disposen d'antiretrovirals i tenen experiència en el maneig d'aquests fàrmacs.

Taula 12. Profilaxis de postexposició a sang o material biològic contaminat amb el VIH en el medi sanitari (modificades de CDC-2001)

Tipus d'exposició	Risc	Causa de l'exposició	Infecciositat del pacient font	Profilaxi
Percutània	Alt	Agulla canulada utilitzada artèria/vena Lesió profunda Sang visible en l'objecte	Qualsevol estadi de la infecció	3 antiretrovirals (2 ITIN + 1 IP)
	Baix	Agulla no canulada Lesió poc profunda	Molt infeccions * Poc infeccions **	3 antiretrovirals (2 ITIN + 1 IP) 2 antiretrovirals (2 ITIN)
Mucoses o pell no intacta	Alt	Volum gran de sang o de fluids que contenen sang o material potencialment infecciosos ***	Molt infeccions * Poc infeccions **	3 antiretrovirals (2 ITIN + 1 IP) 2 antiretrovirals (2 ITIN)
	Baix	Volum petit de sang o de fluids que contenen sang o material potencialment infecciosos ***	Molt infeccions * Poc infeccions **	2 antiretrovirals (2 ITIN) Valorar-ne la indicació

ITIN: inhibidor de la transcriptasa inversa anàleg de nucleòsid

IP: inhibidor de la proteasa

* CD4 < 500/mm³, virèmia > 1.500 còpies ARN/ml, infecció aguda o simptomàtica

** CD4 > 500/mm³, virèmia < 1.500 còpies ARN/ml, pacient asimptomàtic

*** semen o secrecions vaginals, LCR, líquid sinovial, pleural, peritoneal, pericàrdic i amniòtic

4.2. Profilaxi de postexposició no ocupacional (NOPEP)

Darrerament, ha sorgit la polèmica de per què cal restringir la profilaxi de postexposició a l'àmbit ocupacional. La probabilitat de transmissió del virus en la majoria de contactes de risc en la població general no és menor que l'ocupacional: el risc associat a un episodi d'exposició a una agulla endovenosa s'estima entre un 0,2 i un 0,6%; el de transmissió sexual després d'una relació anal receptiva oscil·la entre el 0,1 i el 3%; el d'una relació vaginal receptiva està al voltant del 0,1-0,2%, i el de la relació vaginal insertiva és inferior al 0,1%.

Segons les recomanacions dels CDC, atesa l'absència d'evidències científiques del benefici de la profilaxi en aquest context, no se'n pot aconsellar l'ús indiscriminat i cal considerar-ne sempre l'administració de forma individualitzada en cada situació i cas particular. Abans d'indicar la

profilaxi s'han de tenir en compte la probabilitat d'infecció pel VIH de la persona font, el risc de transmissió segons la via d'exposició, el temps transcorregut des de l'exposició i la probabilitat de compliment terapèutic de la persona exposada.

4.2.1. Indicacions de profilaxi de postexposició no ocupacional

- Persona que, de forma excepcional, es punxa amb una agulla endovenosa contaminada amb sang d'un individu VIH positiu conegut o que prové d'un usuari de drogues per via parenteral, amb sang fresca a la xeringa.
- Persona que, de forma excepcional, ha tingut una exposició sexual de risc apreciable (receptió anal amb ejaculació sense protecció) amb un individu VIH positiu conegut o que pertany a un grup de població amb prevalença d'infecció pel VIH superior al 15%.
- També se'n considerarà l'aplicació en casos amb un risc menor (receptió anal amb ejaculació i sense protecció; penetració i recepció vaginal sense protecció amb o sense ejaculació, i contacte orogenital amb ejaculació sense preservatiu) en els individus abans esmentats; sobretot si es dona en el cas d'una violació sexual o s'hi afegeix un estat avançat d'infecció en la persona font, lesions degudes a malalties de transmissió sexual o menstruació i presència de sagnat durant la relació sexual.

No se n'aconsella l'administració en situacions de risc baix de transmissió, si han transcorregut més de 72 hores de l'exposició i si es preveu un mal compliment de la pauta de profilaxi.

Els fàrmacs a utilitzar i la pauta són els mateixos que en la profilaxi ocupacional: 3 antiretrovirals, sempre 2 inhibidors de la transcriptasa inversa anàlegs de nucleòsid + 1 inhibidor de la proteasa o 1 inhibidor de la transcriptasa inversa no anàleg de nucleòsid.

4.2.2. Seguiment del pacient amb exposició no ocupacional al VIH

En tots els casos es farà un seguiment de la persona exposada per tal de valorar la toxicitat dels antiretrovirals i descartar-hi una possible seroconversió (vegeu les taules 13 i 14).

Taula 13. Actuacions inicials en pacients amb exposició no ocupacional al VIH
Realitzar una analítica basal (hemograma, perfil hepàtic...)

- Realitzar una analítica basal (hemograma, perfil hepàtic...)
- Realitzar serologies VIH, VHB i VHC
- Realitzar la prova d'embaràs
- Informar sobre riscos i mesures de prevenció
- Oferir atenció sanitària a la persona font
- Valorar la vacuna contra el VHB i/o gammaglobulina anti-VHB
- Remetre el pacient a la unitat de seguiment hospitalària
- Vacunar contra el tètanus, si cal, quan l'exposició ha estat per via parenteral
- Realitzar cultiu per al gonococ i analítica per a clamídia i lues, tècniques diagnòstiques d'altres MTS o profilaxi antibiòtica en dosi única (ceftriaxona: 125 mg per via i.m., metronidazole: 2 g per via oral, azitromicina: 1 g per via oral); fer consulta amb ginecologia —si cal— i aplicar altres protocols específics (agressió sexual), quan l'exposició ha estat per via sexual.

Taula 14. Seguiment posterior de pacients amb exposició no ocupacional al VIH

Si s'administra la profilaxi	Si no s'administra la profilaxi
<ul style="list-style-type: none"> • Als 15 dies: analítica general • Als 45 dies: analítica general, serologies VIH, VHB i VHC i prova d'embaràs • Als 3 i 6 mesos: serologies VIH, VHB i VHC • A l'any: valorar si cal serologia VIH 	<ul style="list-style-type: none"> • Als 45 dies: analítica general, serologies VIH, VHB i VHC i prova d'embaràs • Als 3 i 6 mesos: serologies VIH, VHB i VHC

Hi ha una sèrie d'argumentacions en contra de la generalització de la profilaxi no ocupacional: la primera, i més important, és la possibilitat que contribueixi a disminuir l'ús dels mètodes tradicionals de barrera i, a més, l'ús indiscriminat d'antiretrovirals pot afavorir l'increment de soques resistents i la incidència d'efectes adversos. Una dificultat pràctica per a la implementació de la profilaxi en l'àmbit no ocupacional és que els antiretrovirals estan disponibles només als centres hospitalaris, la qual cosa pot suposar un retard en l'accés a aquests serveis i a l'inici de la profilaxi.

La profilaxi amb antiretrovirals no ha de substituir mai aquelles actuacions dirigides a evitar el contacte amb el virus, ja que no és més que l'últim esgló a utilitzar quan han fracassat les mesures de prevenció primària.

5. Bibliografia consultada

Alberny M, Vall M (coord.) et al. *Guia sobre la infecció pel VIH i la sida per a professionals d'atenció primària*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, 1994.

Almeda J, Casabona J, Allepuz A, García-Alcaide F, Del Romero J, Tural C y Grupo de Consenso Español sobre Profilaxis Postexposición No Ocupacional al VIH. Recomendaciones para la profilaxis postexposición no ocupacional al VIH. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002; 20 (8): 391-400.

American Thoracic Society, CDC, and Infectious Diseases Society of America. Treatment of Tuberculosis. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2003; 52 (RR-11).

Bartlett JG (ed). *The Johns Hopkins Hospital 2000-2001 Guide to medical care of patients with HIV infection*. 9a ed. Filadèlfia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.

Buira E. (coord) et al. *Guia clínica de l'HIV 2003*. Barcelona: Direcció General de Drogodependències i Sida. Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, 2003.

Campins M. Profilaxi postexposició a l'HIV. *Infosida* novembre 2002, comunicat 26. Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya

Casabona J, Alberny M, Cots JM. Sida y enfermedades de transmisión sexual. A: Martín Zurro A, Cano Pérez JF (ed). *Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. 5a ed. Madrid: Ed. Elsevier España, SA, 2003; vol II: 1154-92.

Centers of Disease Control and Prevention (CDC). Guidelines for preventing opportunistic infections among HIV-infected persons. 2002. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2002; 51 (RR-8): 1-46.

CDC. USPHS/IDSA guidelines for the prevention of opportunistic infections in persons infected with human immunodeficiency virus. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1999; 48 (RR-10): 1-59.

CDC. USPHS/IDSA guidelines for the prevention of opportunistic infections in persons infected with human immunodeficiency virus 2001. <<http://www.aidsinfo.nih.gov/>> [Consulta: maig 2003].

Cohen PT, Katz MH. *Practical Guide to Primary Care of Patients with HIV infection*. <<http://www.hivinsite.ucsf.edu/>> [Consulta: juny 2003].

Departamento de Salud y Servicio Humanos de Estados Unidos (DHHS) y Fundación Henry J. Kaiser. *Directrices para el empleo de fármacos antirretrovirales en adultos y adolescents*. 2000.

Department of Health and Human Services (DHHS). *Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents*. 2003. <<http://AIDSinfo.nih.gov/>> [Consulta: juliol 2003].

Gatell JM, Clotet B, Podzamczar D, Miró JM, Mallolas J (ed). *Guía práctica del sida. Clínica, diagnóstico y tratamiento*. 7a ed. Barcelona: Ed. Masson, 2002.

Guía de actuación para la profilaxis post-exposición no ocupacional al VIH (octubre 2001). Confeccionada pel CEESCAT. <<http://msc.es/sida/asistencia/home.htm>> [Consulta: novembre 2002].

Gray L, Edmondson E, Lemke AL. *HIV treatment adherence: a guide for program development*. <http://www.hapdeu.org/adherence/Report/TAP_Guide.htm> [Consulta: juny 2003].

Recomendaciones de GESIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos infectados por el VIH en el año 2000. <<http://www.msc.es/sida/asesor/antirretro.pdf>> [Consulta: juliol de 2003].

Rubio R, Berenguer J, Miró JM et al. Recomendaciones de GESIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana en el año 2002. *Enfer Infecc Microbiol Clin* 2002; 20 (6): 244-303.

Sande MA, Gilbert DN, Moellering RC (ed). *The Sanford Guide to HIV/AIDS Therapy*. 11a ed. 2002. Dallas (USA): Antimicrobial Therapy, Inc, 2002.

World Health Organisation. *Initiative on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections. Safe and effective use of antiretroviral treatments in adults with particular references to resource limited settings*. WHO/HIS/2000.04. <<http://www.who.int>> [Consulta: juny 2003].

Immunitzacions en el pacient adult amb infecció pel VIH

En aquest apartat es fa referència a les immunitzacions passives recomanades en el pacient jove i adult amb infecció pel VIH. Les vacunes recomanades en la població infantil es tracten al capítol VII.

A mesura que avança el deteriorament de la immunitat, la capacitat de produir anticossos com a resposta a les infeccions o a les immunitzacions és més petita; per aquesta raó cal intentar administrar les vacunes al més aviat possible al pacient infectat pel VIH. En general, la resposta vacunal és més baixa quan la xifra de limfòcits CD4 és inferior a 300/mm³ i no es recomana vacunar quan aquesta xifra és inferior a 100/mm³.

L'administració de vacunes, almenys aquelles que són més comunes dintre de les activitats preventives i comunitàries de l'APS, ha de poder ser oferta i/o proveïda, des del primer nivell assistencial, també als pacients amb infecció pel VIH.

1. Consideracions específiques per a l'ús d'algunes vacunes

En els pacients amb infecció pel VIH, les vacunes mortes o inactivades (tos ferina, pòlio inactivada, hepatitis A i B, grip, ràbia), les anatoxines (diftèria, tètanus) i les vacunes polisacàrides (*Haemophilus influenzae* tipus b, pneumococ, meningococ) no solen presentar problemes de tolerància ni de seguretat. En canvi, les vacunes vives atenuades (pòlio oral, triple vírica, varicel·la, febre tifoide oral i BCG) poden produir alteracions greus en pacients immunodeprimits, per la qual cosa estan contraindicades en aquests pacients. En alguns, després de la vacunació, es produeix un augment transitori de la càrrega vírica, que sol desaparèixer al cap de 4-6 setmanes.

2. Vacunes mortes o inactivades

2.1. Vacuna contra la diftèria, el tètanus i la tos ferina (DTP)

Aquesta vacuna no està contraindicada en els pacients amb infecció pel VIH, de la mateixa manera que no ho està l'administració de la Td (antidiftèrica–antitetànica) adsorbida tipus adult. Per a la seva administració, cal seguir les mateixes pautes que per als pacients immunocompetents.

2.2. Vacuna antipoliomielítica inactivada (VPI)

En cas de ser necessària la vacunació contra la poliomielitis, és aquesta vacuna la que s'ha d'emprar i estaria indicada en cas de viatges o desplaçaments a països en vies de desenvolupament i en cas de contacte amb persones que hagin rebut la vacuna antipoliomielítica oral (8 setmanes abans).

2.3. Vacuna conjugada anti-*Haemophilus influenzae* tipus b (Hib)

La presa de decisions sobre l'administració d'aquesta vacuna ha de preveure l'exposició a l'Hib i el risc individual enfront del virus, així com l'eficàcia de la resposta a la vacuna en aquests pacients. La millor resposta immunològica enfront d'aquesta vacuna es produeix quan la xifra de CD4 és superior a 500/mm³. Actualment, hi ha certa discrepància entre els experts sobre l'ús sistemàtic en els pacients joves i adults.

2.4. Vacuna antipneumocòccica

Està indicada en els pacients amb infecció pel VIH, pel seu risc més elevat de contraure la malaltia pneumocòccica. La resposta vacunal és millor quan la xifra de CD4 és superior a 200/mm³. Es recomana administrar aquesta vacuna, si és possible, immediatament després del diagnòstic de la infecció pel VIH i si el pacient no ha estat vacunat en els 5 anys previs. Atès que la seva eficàcia és menor quan la xifra de CD4 és inferior a 200/mm³, en aquests casos es recomana esperar la recuperació immunitària mitjançant TARGA, abans d'administrar-la. S'aconsella la revacunació cada 5 anys.

2.5. Vacuna antimeningocòccica (polisacàrida)

Recomanada en cas de viatge o estada en zona endèmica. Cal revacunar-se'n cada 3 anys.

2.6. Vacuna antigripal

En principi, es recomana la vacunació anual contra la grip a aquells pacients amb infecció pel VIH que compleixen criteris de risc enfront del virus de la grip, sempre que el seu estat clínic i immunitari ho faci possible. Si bé no queda clar que la grip tingui una morbiditat i mortalitat superior en aquests pacients, els experts recomanen administrar anualment la vacuna antigripal per intentar disminuir la incidència de la malaltia, que pot donar una clínica semblant a la de certes IO pulmonars, i evitar les sobreinfeccions bacterianes secundàries. Tot i que la resposta a la vacuna és més baixa en els pacients infectats pel VIH simptomàtics, no hi està recomanada l'administració d'una segona dosi.

2.7. Vacunes antihepatitis A i B

2.7.1. Vacuna antihepatitis A

Aquesta vacuna es pot administrar de forma segura en els pacients amb risc de contraure aquesta infecció i en aquells en què l'hepatitis A podria ser fulminant (pacients amb hepatitis crònica pel virus C); també està recomanada en homes que tenen relacions sexuals amb altres homes, usuaris de drogues il·legals (per via parenteral o no) i en persones que viatgen o es desplacen a països amb endèmia mitjana o elevada d'hepatitis A. Abans d'administrar la vacuna, cal realitzar un cribatge prevacunal (Ac IgG anti-VHA) quan la prevalença de l'hepatitis en la població és superior al 30%. La pauta consisteix en l'administració de 1.440 unitats en pacients seronegatius enfront del VHA, i s'ha de repetir aquesta dosi al cap de 6-12 mesos; no és necessari el cribatge postvacunal.

2.7.2. Vacuna antihepatitis B

Els pacients amb infecció pel VIH tenen un risc més gran d'infectar-se amb el virus de l'hepatitis B, per la qual cosa la vacuna de l'hepatitis B estaria indicada en tot pacient seronegatiu enfront del VHB. Hi ha una sèrie de circumstàncies especials en què els experts recomanen aquesta vacuna: UDVP, homes que tenen relacions sexuals amb altres homes, homes i dones que treballen en el sexe comercial, homes i dones heterosexuals que tenen MTS, homes i dones heterosexuals que han tingut més d'una parella sexual en els darrers 6 mesos, dones embarassades, pacients que viatgen o es desplacen a zones d'endèmia mitjana o elevada d'hepatitis crònica pel VHB, pacients que realitzen estades en centres o institucions tancades, i persones que conviuen amb pacients amb AgHBs positiu. Abans de vacunar, cal realitzar el cribatge prevacunal demanant l'AgHBs i l'Ac anti-HBc o només l'Ac anti-HBc; hi ha diverses pautes vacunals, i una de les més comunes és la que consisteix en l'administració de 3 dosis per via intramuscular (als 0, 1-2 i 4-6 mesos). És aconsellable valorar la resposta vacunal. Actualment, es disposa de la vacuna combinada de l'hepatitis A i B, que s'administra també en 3 dosis: als 0, 1 i 6 mesos.

3. Vacunes vives atenuades

3.1. Vacuna contra el xarampió, la rubèola i la parotiditis

Està contraindicada en els pacients amb infecció pel VIH i amb immunodepressió important, pel risc potencial d'infecció disseminada que comporta. Els pacients exposats al virus del xarampió haurien de rebre immunoglobulina, independentment del seu estat vaccínic previ.

3.2. Vacuna antipoliomielítica oral trivalent

Aquesta vacuna no es pot administrar als pacients immunodeprimits, ni tampoc als seus contactes familiars, ni al personal sanitari que està molt en contacte amb aquests pacients. En cas necessari, cal administrar-los la vacuna contra la poliomielitis inactivada.

3.3. Vacuna antituberculosa o vacuna de Calmette-Guérin (BCG)

La vacuna BCG no s'utilitza de forma rutinària a Catalunya. Aquesta vacuna està contraindicada en pacients infectats pel VIH, pel risc teòric de malaltia disseminada que comporta.

3.4. Vacuna antiamaril·lica o de la febre groga

L'ús d'aquesta vacuna sol limitar-se als casos de viatges a zones endèmiques. En els pacients amb infecció pel VIH, és millor adoptar altres mesures preventives i de protecció contra el mosquit vector, ja que la seva administració comporta un risc teòric d'encefalitis. De tota manera, quan el pacient no pot evitar una exposició potencial al virus de la febre groga, sempre que sigui asintomàtic i tingui una xifra de CD4 superior a 200/mm³, se li pot oferir la vacuna contra la febre groga, tot informant-lo bé sobre els riscos potencials d'aquesta vacuna i monitorar, posteriorment, els possibles efectes adversos.

3.5. Vacuna antitífica

La vacuna oral amb gèrmens vius està contraindicada en els pacients amb infecció pel VIH. En cas de viatge o desplaçament a països en vies de desenvolupament, s'ha d'administrar la vacuna antitífica inactivada parenteral.

4. Altres vacunes, immunoglobulines i profilaxis en cas de viatges internacionals

Abans de realitzar un viatge o desplaçament, cal valorar l'estat immunitari del pacient amb infecció pel VIH (determinació de limfòcits CD4), identificar en els països de destinació la prevalença de les infeccions de risc per al pacient i el nivell d'infraestructura sanitària disponible. A més de tota una sèrie de mesures i de consells preventius generals (vegeu el capítol VI), cal valorar la conveniència d'administrar determinades vacunes, immunoglobulines i profilaxis específiques.

Molts països en vies de desenvolupament, sobretot de l'Àfrica, del Sud-est asiàtic i altres zones del sud d'Àsia, d'Amèrica Llatina i del Pròxim Orient, són zones d'endèmia i de brots epidèmics d'algunes malalties infeccioses que provoquen sovint una elevada mortalitat en la població. Les vacunes són la millor tècnica preventiva en aquests casos; per això el viatger internacional ha d'estar correctament vacunat contra aquestes malalties. Depenent de la zona on viatgi, el pacient haurà de rebre les vacunes que són obligades per entrar en un determinat país, i també caldrà considerar l'administració d'algunes altres d'especials. A més, es pot aprofitar el fet del viatge internacional per administrar al pacient aquelles vacunes sistemàtiques que no hagi rebut abans (grip, tètanus, hepatitis A i B, etc.).

Els centres de vacunació internacional, dependents del Departament de Salut i dels Serveis de Sanitat Exterior del Ministeri de Sanitat, són els únics autoritzats per l'OMS per a l'administració i certificació de les vacunes que estan subjectes a la reglamentació sanitària internacional (febre groga) i poden administrar totes les vacunes, especialment aquelles que estan indicades en situacions especials (ràbia, encefalitis, còlera, etc.).

4.1. Vacunes

A més de les vacunes antihepatitis A i B, antipoliomielítica parenteral i antimeningocòccica, ja comentades, les vacunes contra el còlera, la pesta o la ràbia també poden estar indicades en cas de viatges a països en vies de desenvolupament.

4.2. Immunoglobulines

En pacients immunodeprimits que viatgen o es desplacen a països amb endèmia de xarampió, cal considerar l'administració de la immunoglobulina específica, ja que en aquests pacients està contraindicada la vacuna.

4.3. Quimioprofilaxi

La profilaxi rutinària contra *la diarrea del viatger* no està recomanada, pels efectes adversos potencials i el possible desenvolupament de resistències als fàrmacs. Quan el pacient viatja a una

zona de risc elevat i/o té una xifra de CD4 inferior a 200/mm³, es pot considerar l'administració de TMP-SMZ o ciprofloxacina.

Per a la quimioprofilaxi de la *malària* o *paludisme* en els pacients amb infecció pel VIH, se segueixen les mateixes recomanacions que per als pacients immunocompetents. No obstant això, cal tenir en compte les interaccions farmacològiques dels antipalúdics amb els ARV (el pacient n'ha d'estar informat).

5. Bibliografia consultada

Alberny M, Vall M (ed) et al. *Guia sobre la infecció pel VIH i la sida per a professionals d'atenció primària*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, 1994.

Casabona J, Alberny M, Cots JM. Sida y enfermedades de transmisión sexual. A: Martín Zurro A, Cano Pérez JF (ed). *Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. 5a ed.. Madrid. Ed. Elsevier España, 2003; vol II: 1154-92.

Castelli F, Pantoni A. The human immunodeficiency virus-infected traveler. *Clin Infect Dis* 2000; 31: 1403-8.

Centers of Disease Control and Prevention. *Calendario de vacunaciones recomendadas para adultos 2002-2003 y Vacunaciones recomendadas para adultos con condiciones médicas*. <<http://www.cdc.gov/spanish/prevention.htm>> [Consulta: juliol 2003].

Centers of Disease Control and Prevention. *General information Regarding HIV and Travel*. <<http://www.cdc.gov/travel/hivtrav.htm>> [Consulta: agost 2003].

Centers of Disease Control and Prevention. Guidelines for Preventing Opportunistic Infections among HIV-infected Persons 2002. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2002; 51 (RR-8).

Centers of Disease Control and Prevention. *Haemophilus influenzae (Hib) Infection (Vaccination)*. *Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases - The Pink Book*. Maryland: National Immunization Program, 2002.

Centers of Disease Control and Prevention. *Vaccine Recommendations for Travelers with Altered Immunocompetence, including HIV*. Health Information Travel 2001-2002. <<http://www.cdc.gov/travel/alteredimmun.htm>> [Consulta: agost 2003].

Centers of Disease Control. Update on Adult Immunization Recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1991; 40 (RR-10): 1-52.

Girón J, Guerrero F, Rodríguez M. Vacunaciones en el enfermo infectado por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Rev Clin Esp* 2000; 11: 619-21.

Podzamczar D, Rosón B, Martínez-Lacasa J, Rufi G, Gudiol F, Masini R, Macías JR Profilaxis primaria y secundaria de las infecciones más frecuentes e inmunizaciones en pacientes adultos con infección por VIH. A: Gatell JM, Clotet B, Podzamczar D, Miró JM, Mallolas J (ed). *Guía práctica del sida. Clínica, diagnóstico y tratamiento*. 7a ed. Barcelona: Ed. MASSON, 2002: 275-290.

Rousseau MC, Moreau J, Delmont J. Vaccination and HIV: a review of the literature. *Vaccine* 2000; 18: 825- 31.

Previsió de la transmissió de la infecció pel VIH

A més de les intervencions farmacològiques, les mesures preventives es basen sobretot en diversos tipus d'intervencions sobre el comportament de les persones. En aquest sentit, en tenim de dos tipus:

A) Intervencions selectives, dirigides a col·lectius o persones amb més risc de contraure la infecció pel VIH. Són intervencions focals o orientades a poblacions diana, per exemple UDVP, homes que tenen relacions sexuals amb altres homes, parelles sexuals serodiscordants, persones que tenen moltes parelles sexuals, persones que practiquen el sexe comercial, etc.

B) Intervencions universals o generals, dirigides a la població general, en què s'intenta promoure hàbits saludables de vida, es detecten conductes de risc per a la infecció i s'ajuda a modificar les conductes de risc detectades. Moltes persones tenen informació sobre la infecció pel VIH i sobre com protegir-se'n, tot i que no ho fan, perquè creuen que aquest problema els és aliè.

Ambdós tipus d'intervencions són complementàries, han de ser continuades en el temps i coordinades quant als seus objectius i missatges. Una aproximació global i eficaç de la prevenció requereix, a més, polítiques sanitàries, educatives i socials concordants amb els aspectes culturals i socials de les persones a qui van dirigides; són intervencions estructurades i facilitadores, entre les quals destaquen:

- L'oferta suficient de serveis i programes d'atenció a UDVP, que hi garanteixin l'accés del nombre més gran possible de consumidors de drogues.
- L'accessibilitat al material estèril d'injecció per als UDVP.
- L'accessibilitat de la població als preservatius.
- L'adequació dels dispositius assistencials a les necessitats terapèutiques de les persones infectades pel VIH.
- El desenvolupament de polítiques educatives dirigides a l'educació afectiva i sexual en el medi escolar.

- El desenvolupament de polítiques d'ajuda social per a les persones no infectades que estan en situació de risc social i per a aquelles que ja pateixen la infecció causada pel VIH.

1. Estratègies de prevenció en la infecció pel VIH

Les intervencions clàssiques utilitzades per al control de les malalties transmissibles només són aplicables en part en la infecció pel VIH. La immunització de les persones susceptibles amb una vacuna és, de moment, poc probable. L'aïllament no és ètic i, de fet, és pràcticament impossible, atès que el període d'infectivitat del VIH dura anys. Les vies de transmissió del VIH estan típicament relacionades amb comportaments personals privats i de llarga permanència, com la conducta sexual i l'ús de drogues i, per tant, qualsevol influència sobre aquests comportaments depèn de la col·laboració individual. La sanció de certs comportaments és contraproductiu, si això fa que les persones s'amaguin i desconfiïn dels serveis sanitaris. Tanmateix, el procés de canvi de conductes i adopció de comportaments de disminució de risc dependrà de la percepció individual que altres persones de la comunitat també canvien i que aquelles amb les quals l'individu es relaciona més properament donen suport al canvi. Per això és necessari que l'abordatge de la infecció pel VIH no es faci només des de l'àmbit sanitari, sinó també des d'altres àmbits i integrat en el moviment associatiu en general. Malgrat aquestes limitacions, la infecció pel VIH es pot prevenir mitjançant mesures i precaucions aparentment assequibles.

Les estratègies de *prevenció primària de la infecció pel VIH* han de tenir com a objectiu disminuir la incidència de nous casos d'infecció. Els consells i les intervencions es destinaran a les persones exposades a la infecció pel VIH, però que encara no estan infectades; és possible que algunes d'aquestes persones reconeixin que hi estan exposades, però d'altres ignoren per complet els riscos associats al seu comportament. Segons les dades epidemiològiques de què disposem, les dones en edat fèrtil i els joves i adolescents s'han definit com a grups de població diana prioritària per a les intervencions de prevenció primària de la infecció pel VIH. L'educació sanitària destinada a aconseguir l'adopció de conductes de disminució de risc n'és l'estratègia principal.

La intervenció precoç, que inclou la diagnòsi precoç i el consell assistit a la infecció pel VIH, constituirà l'objectiu principal de la *prevenció secundària*. La funció bàsica de la intervenció precoç és proporcionar a les persones el tractament mèdic adequat a la història natural de la infecció i el tractament social adequat a les seves necessitats. Tanmateix, el consell assistit proporcionarà a la persona una oportunitat d'aprendre del seu estat serològic i permetrà que rebi consells preventius que l'ajudin a iniciar canvis de conducta i adoptar comportaments de disminució del risc per evitar noves exposicions al VIH i/o la transmissió de la infecció a altres persones.

Finalment, el tractament precoç i específic de la infecció pel VIH i de les IO constituiran els objectius principals de la *prevenció terciària* de la infecció pel VIH i la sida, per tal d'alentir el curs de la malaltia, atenuar les incapacitats quan es presentin i millorar així la qualitat de vida dels pacients.

2. Prevenció de la infecció per via sexual

La transmissió sexual de la infecció pel VIH es produeix com a conseqüència de l'exposició a través d'una pràctica sexual (vaginal, anal u oral) amb el semen, la sang o les secrecions vaginals d'una persona portadora del VIH, sense adoptar mesures adequades de protecció.

A Catalunya, el grup de transmissió homosexual es manté relativament estable amb un 19 % dels casos, mentre que l'heterosexual segueix augmentant fins a representar el 23 % del total (37% entre les dones).

D'altra banda, a l'Estat espanyol, més del 50 % dels casos de sida diagnosticats l'any 2000 i infectats per via sexual desconeixia estar-ne infectat, la qual cosa indica que no es realitza adequadament un diagnòstic precoç en un percentatge elevat de casos, amb el que això comporta per a l'evolució de la malaltia i per a possibles nous contagis.

Una relació sexual és potencialment una relació de risc, sempre que es desco-neix l'estat serològic de la parella.

En l'activitat sexual, no té importància allò que és la persona (homosexual, bi-sexual o heterosexual), sinó què fa en les seves relacions sexuals i com ho fa.

L'APS té un paper fonamental en la prevenció de la transmissió del VIH per via sexual. Després d'esbrinar si hi ha risc de contagi per al pacient i quins són els obstacles específics que li impedeixen protegir-se'n, el professional d'APS ha de dialogar amb el pacient sobre aquestes situacions, amb la finalitat de poder-lo ajudar a desenvolupar recursos que li facilitin la protecció en les seves relacions sexuals. Els missatges preventius han de ser clars: l'abstinència de la relació sexual, la relació sexual basada en la confiança mútua, amb una sola parella no infectada, i les formes de relació sexual sense penetració, constitueixen les mesures preventives més eficaces. A les persones que no es troben en cap de les situacions esmentades i que mantenen relacions sexuals cal recomanar-los adoptar conductes sexuals més segures i, per tant, evitar les pràctiques sexuals associades als riscos més alts de transmissió (vegeu el capítol I), disminuir el nombre de parelles de les quals es desco-neixi l'estat serològic enfront del VIH i, alhora, utilitzar el preservatiu (masculí o femení) de forma correcta i consistent, tant en les relacions homosexuals com en les heterosexuals. La diagnosi i el tractament precoç d'altres MTS constitueixen una altra estratègia de prevenció primària de la infecció causada pel VIH.

2.1. Sexe més segur

El sexe més segur consisteix a evitar o modificar les pràctiques sexuals que s'associen al contagi de la infecció pel VIH i d'altres malalties de transmissió sexual. Intentar introduir canvis en les

pràctiques sexuals de les persones constitueix un repte, ja que comporta l'existència d'un bon grau de comunicació entre el pacient i el professional sanitari, així com habilitats suficients d'aquest per a l'abordatge d'un aspecte tan íntim de la vida de les persones, a més de tenir en compte els aspectes socials i culturals que hi intervenen, per poder ajudar el pacient a canviar determinats comportaments. La promoció de les relacions sexuals més segures és una de les tasques més rellevants que cal realitzar amb relació a la prevenció de la infecció pel VIH, tant en les persones no infectades com en les que ja ho estan. Les dones en edat fèrtil i els joves i adolescents són els grups de població en què cal realitzar més esforços preventius, ja que en ambdós col·lectius la incidència de la infecció no ha deixat de créixer i perquè, ateses les seves característiques de vulnerabilitat (dificultats en la negociació, en les dones, i manca de consciència de risc, en els joves, per exemple) és necessari intervenir al més aviat possible. Tampoc no es pot oblidar que els usuaris de drogues, lluny de no tenir relacions sexuals, són sexualment actius i que, per les seves característiques, sovint no adopten mesures de protecció en les seves relacions.

Per promoure la pràctica de sexe *més segur* cal:

- Ajudar el pacient a valorar el risc que pot presentar en les seves relacions sexuals.
- Conèixer els seus dubtes i les seves dificultats per mantenir relacions sexuals més segures i protegides (vegeu la taula 1). No servirà de gaire donar-li informació sense haver aclarit prèviament per què, quan arriba el moment, no posa en pràctica aquesta informació.
- Valorar quines actituds i habilitats té per a la negociació i pràctica de sexe més segur (vegeu la taula 1); ajudar a desenvolupar recursos per augmentar la protecció en les seves relacions sexuals; valorar quin coneixement té de les pràctiques sexuals de menys risc i sobre l'ús de barreres protectores (preservatiu).
- Tenir en compte que quan es pregunta al pacient si es protegeix en les seves relacions sexuals i diu que sí, no significa que ho faci de forma consistent (cada vegada).
- Considerar que cada persona, segons la relació i el moment personal, pot realitzar pràctiques sexuals diverses i de diferent gradació de risc.

Com ja s'ha comentat, parlar sobre sexualitat no és fàcil, ja que suposa parlar d'aspectes molt íntims; en l'algoritme 1 es proposa una manera d'abordar aquesta qüestió en la consulta: fer algunes preguntes no comporta gaire temps i sempre es pot concertar una visita programada amb el pacient, si es creu que hi cal més temps de dedicació.

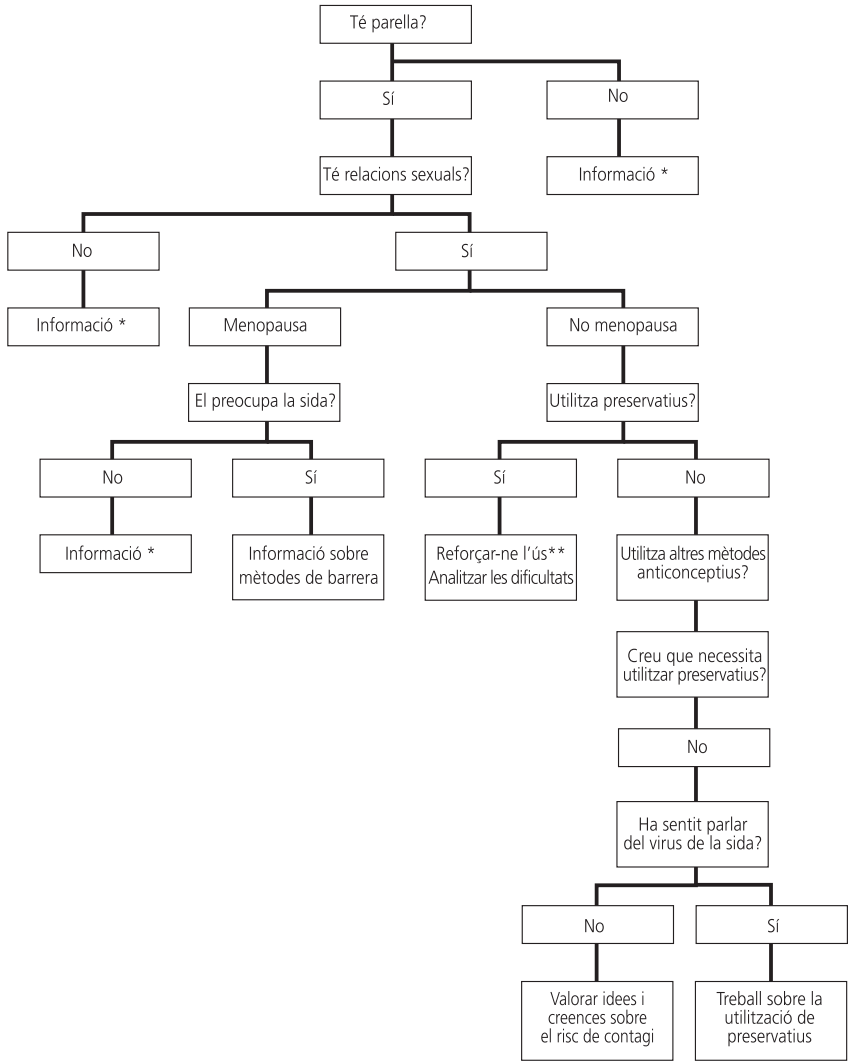
Al parlar sobre barreres protectores, bàsicament del preservatiu masculí i/o femení (vegeu les taules 2, 3 i 4 i les figures 1 i 2), caldrà ensenyar a veure-les positivament (utilitzar-les és una manera senzilla de protegir-se del VIH i d'altres MTS, així com d'embarassos no desitjats, i un acte responsable envers un mateix i la parella), orientar sobre on es poden aconseguir, com incorporar-les a la relació sexual i com usar-les correctament. És important que el professional tingui preservatius per mostrar-los, alhora que va parlant amb el pacient sobre el seu ús, ja que d'aquesta manera ajudarà a disminuir la vergonya que l'usuari pugui tenir. Així mateix,

caldrà mostrar-li empatia: “parlar d’això talla una mica, oi?, és normal que faci una mica de vergonya...”

Taula 1. Dificultats en la negociació / utilització del preservatiu. Temes per dialogar

- *Dificultats per adquirir els preservatius perquè són cars, per vergonya o per por a ser vistos:*
informar sobre llocs on es poden aconseguir gratuïtament o més econòmics, aconsellar anar a comprar-los acompanyat per un amic o amiga...
- *Prejudicis sobre la gent que els compren o els fan servir, sobretot quan es tracta de noies:*
reforçar les conductes d'autoresponsabilitat, autocura...
- *Inconvenients en la relació sexual perquè es pensa que redueixen el plaer, per pèrdua de sensibilitat, o interrompen l'espontaneïtat de la relació:*
fer veure que, malgrat això, s'hi poden trobar avantatges per utilitzar-los i incorporar-los al joc sexual. Dir que hi ha preservatius més fins que augmenten la sensibilitat i també que es pot provar el preservatiu femení o practicar el sexe sense penetració...
- *Dificultats per proposar-ho a la parella per vergonya, per por al que pensi l'altre (“pensarà que tinc alguna malaltia o que en desconfio”; “quina imatge tindrà de mi?”...), per por a espatllar la relació o el moment...:*
explicar que cal treballar la confiança mútua; potser el fet de proposar utilitzar-lo pot alleugerir la parella, que no s'atreveix a fer-ho.
- *Dificultats per negociar davant els obstacles que pot posar-hi la parella (“no ens cal”; “no tinc cap malaltia”; “confia en mi”; “fa temps que ens coneixem...”):*
explicar que, malgrat tot, no podem saber si un dels dos està contagiats i que cap relació no mereix exposar-se a un possible contagi.
- *Poca percepció del risc*
 - *“no fa pinta d'estar malalt ni de consumir drogues”; “per un cop, no passarà res”; “la propera vegada, ja el faré servir”...:*
parlar sobre hàbits, sobre la falsa idea dels grups de risc i donar informació sobre la situació real de la transmissió del VIH.
 - *“si els dos tenim el virus... què importa?”:*
ajudar a trobar una motivació, parlar de la reinfecció, de tot allò que pot contribuir a viure el màxim de temps possible, d'actituds d'autocura...
 - *parella estable:*
comentar la importància de la salut de tots dos i que, davant la incertesa sobre possibles relacions anteriors, conèixer l'estat serològic de la parella ens pot ajudar a viure la sexualitat més lliurement.

Algoritme 1. Abordatge de la conducta sexual



* Deixar la porta oberta perquè pugui tornar-hi si algun cop es troba en una situació diferent, o té dubtes o preguntes.

** Si ve per motius relacionats amb MTS, problemes ginecològics o símptomes de sospita per la infecció pel VIH i no utilitza preservatius, cal investigar per què no els fa servir i treballar aquests aspectes.

2.2. Mètodes de barrera

2.2.1. Preservatiu masculí

És una funda de làtex fina que protegeix de forma eficaç contra la transmissió del VIH i altres microorganismes causants d'MTS, així com de l'embaràs. N'hi ha de molts tipus, de volums diferents, de més sensibles, amb sabors, amb o sense lubricació, etc. D'acord amb la pràctica sexual que es vol realitzar, alguns són més apropiats que d'altres; així, si una persona practica el sexe anal, els preservatius han de ser lubricats i, a més, s'hi ha d'afegir lubricant; en canvi, si es practica el sexe oral, els preservatius ideals són els no lubricats i els que tenen sabors.

Abans de donar al pacient informació sobre el preservatiu, convé preguntar-li si ha tingut experiències d'utilització prèvies i si li han comportat alguna dificultat.

Els problemes observats més freqüentment són el trencament, que el preservatiu es quedi dintre de la parella en el moment de retirar-lo, que l'home es posi el preservatiu massa tard (quan ja ha començat la penetració) i la manca de sensibilitat. El trencament s'acostuma a produir perquè l'usuari no treu l'aire de la punta del preservatiu en el moment de col·locar-se'l i, per tant, quan es produeix l'ejaculació, no hi ha espai per al semen; per evitar-ho, cal agafar amb dos dits la punta del preservatiu en el moment de treure'l de l'emalatge i mantenir-lo agafat així fins que estigui col·locat totalment (fins a la base del penis). Si l'home espera a tenir el penis flàccid per retirar el preservatiu, pot succeir que aquest i el semen quedin dintre de la vagina o del recte de la parella. Per això, quan l'home noti que està perdent l'erecció, cal que subjecti amb els dits el preservatiu a la base del penis i es retiri per evitar aquest problema. Com que el preservatiu pot alterar la sensibilitat a l'home, hi ha alguns que prefereixen iniciar la penetració sense preservatiu i col·locar-se'l just abans de l'ejaculació. Aquesta col·locació tardana del preservatiu pot tenir com a conseqüència la transmissió del VIH i d'altres microorganismes a través del líquid preseminal, i també pot ser la causa d'un embaràs. Per compensar la possible disminució de sensibilitat, es pot recomanar al pacient que, abans de posar-se el preservatiu, faci amb la seva parella pràctiques que li augmentin l'excitació (sexe oral, carícies suaus a les cames i a l'abdomen, per exemple). També se li pot recomanar que vagi provant diferents tipus de preservatius, fins trobar aquell que li disminueixi menys la sensibilitat.

2.2.2. Preservatiu femení

És una funda de poliuretà lubricat que cobreix la part interior de la vagina i protegeix la dona del contagi del VIH, d'altres gèrmens i dels embarassos no desitjats. Consta de dues anelles: una d'interior (més petita), flexible i lliure en l'extrem tancat, i una altra d'exterior (més gran), flexible i fixa, que en delimita l'extrem obert. S'adapta perfectament a la morfologia de la vagina i agafa immediatament la temperatura corporal.

El professional d'APS pot promoció l'ús del preservatiu femení informant sobre la seva existència, els avantatges d'aquest mètode i la manera d'utilitzar-lo. També ha de mostrar empatia amb la usuària respecte als desavantatges que verbalitzi i animar-la a buscar idees i estratègies per integrar aquest mètode dins de les seves relacions sexuals.

2.2.3. Barreres orals

Són aconsellables en les relacions sexuals en què es practica el contacte orogenital. En la fel·lació es pot emprar un preservatiu masculí no lubricat. En el cunnilingus es pot protegir la regió genital externa de la dona amb un tros de plàstic, com el que es fa servir per embolicar aliments.

Taula 2. Instruccions per a l'ús correcte del preservatiu masculí

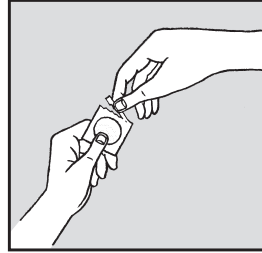
- Comprovar que el preservatiu no estigui deteriorat ni caducat.
 - Utilitzar un preservatiu nou en cada relació sexual.
 - Col·locar el preservatiu en el penis abans de començar la penetració i amb el penis en erecció.
 - Al col·locar el preservatiu, s'ha de treure l'aire i deixar-hi un petit espai a l'extrem, per al semen.
 - Desenrotllar el preservatiu al llarg del penis, fins a la seva base.
 - Retirar el preservatiu mentre es manté l'erecció, sense que se n'escapi el semen.
 - Llençar el preservatiu al lloc adequat.
 - Si el preservatiu es trenca durant la penetració, retirar el penis i col·locar-hi un nou preservatiu.
 - Si es fa servir un lubricant, utilitzar crema o escuma espermicida o lubricants hidrosolubles, com la glicerina, K.Y.®, etc., ja que els lubricants oliosos, com la vaselina o altres substàncies com olis o locions, poden provocar el deteriorament del làtex
 - Protegir els preservatius de la calor i la humitat excessiva, ja que es poden fer malbé.
-

Taula 3. Instruccions per a l'ús correcte del preservatiu femení

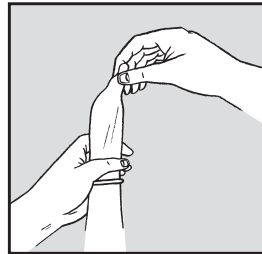
- Utilitzar un preservatiu nou en cada relació sexual.
 - Col·locar el preservatiu abans de la penetració. Es pot fer fins a 8 hores abans, encara que la majoria de les dones ho fan de 2 a 20 minuts abans de la relació sexual (no és necessari que el penis estigui en erecció per col·locar-lo correctament).
 - Cal tenir present que:
 - col·locar un preservatiu femení és com posar-se un tampó absorbent.
 - l'anella petita (interior) es comprimeix entre els dits polze i índex formant un 8 i es posa a l'interior de la vagina; l'anella gran (exterior) queda per fora dels llavis.
 - no cal preocupar-se si el preservatiu no està ben col·locat per dins, ja que amb la penetració s'estirà adequadament.
 - per retirar-lo, es fa girar lleugerament l'anella exterior, per evitar la pèrdua de semen, i s'extreu amb suavitat.
 - si cal més lubricant, es pot utilitzar qualsevol dels que habitualment es troben a les farmàcies.
 - No s'ha d'usar simultàniament amb el preservatiu masculí.
 - Cal llençar-lo al lloc adequat.
-

Figura 1. Instruccions per a l'ús correcte del preservatiu masculí

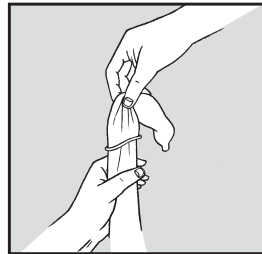
1. Cal trencar l'embolcall tenint cura de no esgarrapar-lo amb les ungles o els anells.



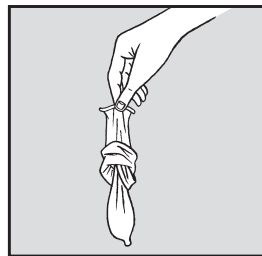
2. Cal posar-lo quan el penis estigui en erecció i abans de qualsevol intent de penetració, deixant un espai a l'extrem i agafant-lo amb dos dits per evitar que quedi aire a l'interior. Estén-lo cobrint tot el penis fins a la base.



3. Cal treure'l abans que el penis perdi l'erecció, subjectant-lo per la base i retirant el penis.



4. Cal llençar-lo a les escombraries després de fer-hi un nus, mai al vàter.

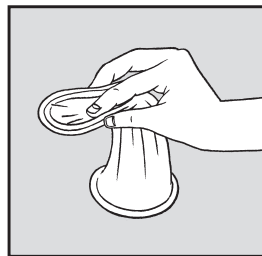


Cal utilitzar un preservatiu nou cada cop que es manté una relació sexual.

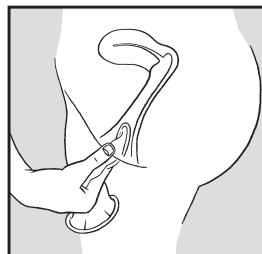
Per evitar que el preservatiu es trenqui, cal seguir les instruccions d'ús i no fer servir lubricants de base oliosa (vaselines, cremes corporals, olis de bany...). Els lubricants adequats (hidrosolubles) es poden trobar a les farmàcies i sex-shops.

Figura 2. Instruccions per a l'ús correcte del preservatiu femení

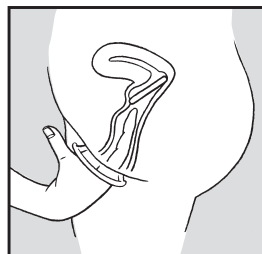
1. Agafa la part inferior de l'anella interior, tal com s'indica al dibuix.



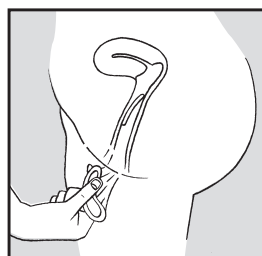
2. Introdueix l'anella a la vagina intentant fer-la arribar tan endins com sigui possible.



3. Introdueix el dit al preservatiu fins que toquis l'extrem de l'anella interior i impulsa'l cap a l'interior de la vagina.



4. Per extreure'l, retorça l'anella exterior, per evitar que caigui l'esperma, i tiba amb suavitat. Torna a col·locar dins del seu embolcall i llença'l a la bossa de deixalles.



Cal fer servir un preservatiu nou per a cada relació sexual.

Taula 4. Avantatges i inconvenients del preservatiu femení

Avantatges

- Té una seguretat similar a la del masculí, quan s'utilitza correctament com a mètode de barrera per a l'anticoncepció i la protecció enfront de les MTS i la infecció pel VIH.
- Pot ser utilitzat per persones amb al·lèrgia al làtex.
- Evita a la dona haver de negociar-ne l'ús, i li dóna poder de decisió, perquè no ha de dependre de l'home per protegir-se.
- En la parella heterosexual, és una alternativa al preservatiu masculí, per no haver d'utilitzar-ne sempre del mateix tipus.
- Té una resistència més gran als agents externs, com calor, humitat, etc., per a la seva conservació.
- Pot augmentar el plaer en algunes dones, a causa del fregament que produeix l'anella exterior.

Inconvenients

- Hi ha poca experiència d'ús.
 - És més car que el preservatiu masculí.
 - En alguns casos, l'anella exterior pot ocasionar molèsties.
 - De vegades, el frec de l'anella exterior provoca un soroll que pot resultar molest.
 - Hi ha dificultats per aconseguir-ne.
-

3. Prevençió de la transmissió vertical o perinatal

La prevençió de la transmissió vertical del VIH es basa en la prevençió primària d'aquesta infecció en les dones joves i en edat fèrtil, i dependrà de l'habilitat per identificar aquelles dones embarassades o que volen quedar embarassades i que tenen, al mateix temps, el risc d'infectar-se pel VIH. La prevençió de la transmissió vertical i heterosexual del VIH han d'anar estratègicament juntes: planificació dels embarassos en totes les dones, infectades o no pel VIH, provisió de consell i d'educació sanitària per a la prevençió de la transmissió sexual del VIH i d'altres MTS, diagnòstic precoç i tractament de la dona infectada pel VIH, consideració –si cal– del supòsit d'avortament legal.

La transmissió del VIH d'una dona infectada al seu fill pot ocórrer durant l'embaràs, durant el part o després del part, a través de la llet, en cas de lactància materna. En principi, s'accepta que la transmissió durant el part és la més efectiva i que la majoria dels nens que neixen infectats

pel VIH ho han estat per aquesta via. En absència de tractament ARV, el risc de transmissió de la infecció pel VIH de la mare al seu fill és del 20% aproximadament i diferents estudis indiquen que el tipus de part, a més de l'estat immunitari i clínic de la mare durant l'embaràs, té un paper rellevant quant al risc de transmissió, de manera que la realització d'una cesària electiva abans del trencament de les membranes comportaria un risc inferior de transmissió del virus al nadó.

Segons el Registre Nacional de Casos de Sida, hi ha hagut un descens de la incidència de casos de sida per transmissió mare-fill, des de 1995. No obstant això, la Secretaria del Pla Nacional sobre la Sida desenvolupa des de 1996, amb la col·laboració de set comunitats autònomes, un estudi anònim i no relacionat sobre la prevalença d'anticossos anti-VIH en nadons, per poder estimar la prevalença de la infecció pel VIH en la població femenina sexualment activa. Aquest estudi ha mostrat un increment de seroprevalença enfront del VIH del 54%, des de 1996 a 1999; aquestes dades podrien explicar-se per un possible augment del nombre d'embarassos que arriben a terme per l'extensió del TARGA i de l'efectivitat de la prevenció de la transmissió vertical amb AZT i altres fàrmacs, però també podria reflectir un augment de la incidència d'infecció pel VIH en dones en edat reproductiva i/o un infradiagnòstic de la infecció en les dones embarassades. Per tant, tot i els avenços terapèutics amb relació a la infecció pel VIH i la seva transmissió perinatal, cal seguir estimulant les estratègies de prevenció primària i secundària.

3.1. Factors relacionats amb la transmissió vertical

Com ja s'ha comentat anteriorment, el VIH es pot transmetre de mare a fill durant l'embaràs (transmissió prenatal), en el moment del part (transmissió intrapart) o després, a través de la lactància materna (transmissió postnatal). Entre els factors implicats en la transmissió vertical del VIH, tenim els següents:

3.1.1. Factors materns

Estat nutricional deficient de la mare, infecció pel VIH molt recent de la mare (2-3 primers mesos), infecció pel VIH avançada o amb criteris de sida, xifra de limfòcits CD4 inferior a 500/mm³, leucopènia, MTS.

3.1.2. Factors vírics

Estan relacionats amb fenotips i genotips del VIH; les dones gestants que presenten soques formadores de sincicis de creixement i replicació alts, tenen un risc més elevat d'infectar els seus fills.

3.1.3. Factors placentaris

S'ha vist que hi ha un risc més alt de transmissió del VIH de la mare al fill, quan es donen situacions en què s'altera la integritat placentària (per exemple, quan hi ha corioamnionitis secundària a infeccions o hi ha factors que poden alterar la histologia placentària, com el consum de tabac o de drogues).

3.1.4. Factors fetals i neonatals

La prematuritat i el baix pes al néixer estan relacionats amb un risc més alt de transmissió vertical del VIH.

3.1.5. Factors obstètrics

La ruptura prematura de membranes (de més de 4 hores de durada) i els procediments obstètrics invasius (monitoratge invasiu del fetus durant el part, funiculocentesi, amniocentesi durant l'embaràs, etc.), incrementen el risc de transmissió vertical del VIH. Els mètodes obstètrics invasius estan contraindicats en la dona gestant infectada pel VIH.

3.1.6. Cesària programada o electiva (realitzada abans de l'inici del part)

En principi, les dades aportades per diferents estudis, indiquen que la cesària electiva disminueix el risc de transmissió vertical en nens nascuts de mares infectades pel VIH que no rebien tractament ARV; també hi ha dades que suggereixen, tot i que no de forma definitiva, que la cesària electiva pot ser d'utilitat en la reducció de la transmissió vertical en dones infectades pel VIH i tractades amb AZT. No se sap si aquesta tècnica pot aportar algun efecte positiu en la reducció de la transmissió vertical del VIH en aquelles dones que reben tractament ARV combinat (TARGA) amb càrrega vírica indetectable. D'altra banda, cal tenir present que la cesària va acompanyada d'un augment del risc de morbiditat postoperatòria.

3.1.7. Factors associats a la lactància materna

La lactància materna comporta un risc addicional d'infecció per al nadó del 14%, en aquelles mares amb infecció crònica pel VIH i, fins i tot, més elevat (29%), quan la mare s'infecta a prop del part. A més, el risc de transmissió vertical a través de la lactància materna s'incrementa amb el temps de durada de l'alletament (sobretot més enllà dels 6 mesos de durada); la presència de mastitis o de dèficit de vitamina A també augmenten aquest risc. La lactància mixta no redueix el risc de transmissió vertical del VIH.

3.1.8. Càrrega vírica de la mare

És el factor de risc més important en la transmissió vertical del VIH. De tota manera, no hi ha cap llindar de càrrega vírica materna per sota del qual es pugui assegurar que no hi haurà transmissió vertical, com tampoc no hi ha cap llindar per sobre del qual la transmissió sigui del 100%.

3.2. Intervencions durant l'embaràs per prevenir la transmissió vertical del VIH

Per a una correcta prevenció de la transmissió del VIH, és imprescindible conèixer l'estat serològic de la dona, si pot ser abans de l'embaràs o, almenys, durant aquest, al més aviat possible (en la primera visita o durant el primer trimestre). Es recomana oferir el test serològic enfront del VIH a tota dona que es plantegi una maternitat i a aquelles dones que estan embarassades, a més de la informació i el consell adequats abans de la realització de la prova, i sempre amb el consentiment informat de la dona.

Les estratègies emprades per intentar reduir el risc de transmissió del VIH de la dona infectada al seu fill estan relacionades amb els factors citats anteriorment que influeixen en aquesta via de transmissió del virus:

- Intentar reduir la càrrega vírica mitjançant el tractament ARV.
- Evitar la manipulació invasiva del fetus durant l'embaràs i el part.
- Reduir l'exposició del nadó a la sang o secrecions maternes (cesària o part ràpid).
- Administrar el tractament ARV profilàctic al nadó (vegeu el capítol VII).
- Evitar la lactància materna.

Pel que fa al tractament ARV, ja s'ha comentat que la probabilitat que una dona embarassada infectada pel VIH transmeti la infecció al seu fill disminueix considerablement quan la mare rep aquest tractament. L'any 1994, l'estudi ACTG076 va mostrar que el tractament amb AZT durant l'embaràs reduïa el risc de transmissió vertical del 25 al 8%; aquest tractament per via oral s'iniciava després de la setmana 14 de gestació, se seguia durant tot l'embaràs i, en el moment del part, s'administrava per via intravenosa, a més d'administrar-se al nadó, per via oral, entre les 8-12 hores després del naixement i durant les primeres 6 setmanes de vida. Des d'aleshores, s'han assajat altres pautes d'ARV, incloent-hi l'AZT més 2 inhibidors nucleòsids o 1 inhibidor nucleòsid i 1 inhibidor de la proteasa.

A la taula 5, hi figura el protocol d'actuació en la gestant infectada pel VIH, el tractament ARV i la finalització de la gestació.

Taula 5. Actuacions recomanades en la gestant infectada pel VIH

- Dones sense tractament ARV previ:
 - Iniciar la pauta combinada d'ARV que inclogui l'AZT, a partir de la setmana 14 de gestació.
 - Administrar l'AZT per via i.v. intrapart a la dona i postpart al nadó, durant 6 setmanes (pauta ACTG 076).
 - Dones amb tractament ARV previ:
 - Continuar amb el mateix tractament preferentment.
 - En cas de suspendre'l, incloure tots els ARV simultàniament i reintroduir-los simultàniament, a partir de la setmana 14 de gestació.
 - Administrar l'AZT per via i.v. intrapart a la dona i postpart al nadó, durant 6 setmanes (pauta ACTG 076).
 - Finalització de la gestació:
 - Cesària electiva (setmana 37-38):
 - Si no ha rebut TARGA durant la gestació.
 - Si no s'aconsegueix una càrrega vírica indetectable.
 - Si la xifra de limfòcits CD4 és inferior a 200 /mm³.
 - Si es preveu un part llarg.
 - Si es preveu una ruptura prematura de membranes.
 - Si es presenta un part prematur.
 - Part vaginal: es pot realitzar quan hi ha un control òptim de la infecció pel VIH i es preveu un part ràpid i fàcil.
 - Serologia VIH intrapart desconeguda:

diagnòstic urgent (test ràpid). Si el test és positiu s'ha d'instaurar tractament ARV a la mare (amb nevirapina més lamivudina) i al nadó.
 - Actuacions durant el part i el puerperi:
 - No suspendre el tractament oral amb TARGA; afegir AZT per via i.v., durant el part (pauta ACTG 076) i oral al nadó.
 - En cas de mares sense tractament previ o amb mal control de la infecció, es valorarà l'administració oral de nevirapina al nadó a les 48-72h (dosi única).
-

3.3. Assessorament per a la prevenció de la transmissió vertical del VIH

3.3.1. Assessorament sobre la maternitat

Quan una dona en edat fèrtil consulta un professional perquè desitja ser mare, aquest ha d'investigar els possibles comportaments de risc de la dona i oferir-li sistemàticament la realització de la prova del VIH, dins del conjunt d'anàlitzes que es fan abans de l'embaràs, acompanyant aquest oferiment del consell pretest i sempre amb el consentiment de la pacient. Una bona relació entre el professional sanitari i la pacient crea un clima de comunicació adequat que facilita, en la gran majoria dels casos, que la dona consenti a realitzar-se la prova serològica per al VIH. També s'ha de recomanar a la seva parella que se la faci.

Hi ha dues situacions que el professional de la salut ha de tenir especialment en compte: quan la dona tingui per parella un home seropositiu i quan ella mateixa estigui infectada pel VIH. En el primer cas (dona negativa, parella infectada), cal informar la dona sobre el risc que té d'infectar-se i de transmetre la infecció al seu fill durant l'embaràs, si manté relacions sexuals no protegides (sense preservatiu). Es pot informar la dona sobre altres mètodes d'embaràs (inseminació artificial a partir de donant anònim o inseminació artificial amb semen de la parella, després d'aplicar les tècniques de rentat del semen). En el cas que sigui la dona qui està infectada, caldrà explicar-li clarament quins són els riscos que es poden derivar del seu embaràs, tant per a ella com per al seu fill, i valorar la conveniència que no es quedi embarassada.

3.3.2. Assessorament durant l'embaràs

En la pràctica habitual, és freqüent que la dona vagi al centre de salut quan ja està embarassada, per confirmar l'embaràs i fer-se els controls que calguin. En aquesta situació, se li oferirà la prova per al VIH, dins de les determinacions analítiques habituals de control de la gestació, i es recomanarà també que la parella es faci igualment aquesta prova. Caldrà, a més, valorar l'existència de possibles comportaments de risc enfront del VIH, per tal d'ajudar la dona a modificar-los.

El resultat de la prova en la dona és important per al desenvolupament futur de la gestació; així, un resultat negatiu li proporcionarà tranquil·litat, i un resultat positiu li permetrà valorar les opcions disponibles (interrupció o continuació de l'embaràs) i prendre'n les decisions necessàries.

Davant d'un resultat positiu, els professionals sanitaris han d'informar la gestant del risc de transmetre la infecció al seu fill i de les opcions de què disposa: interrupció legal de l'embaràs durant les primeres 22 setmanes de gestació, continuació de l'embaràs seguint els controls que requereix un embaràs de risc, tractament ARV a la dona durant la gestació, i després al nadó, etc. La informació que es proporioni a la dona sempre ha de ser objectiva i s'ha de respectar la decisió que hi pugui prendre; si decideix continuar l'embaràs, el professional sanitari li donarà suport durant la gestació i quan neixi el seu fill.

4. Prevenció de la transmissió per via parenteral

La utilització sistemàtica de les tècniques d'escalfament en el procés d'elaboració dels factors de coagulació emprats en el tractament de l'hemofília ha fet que actualment ja no es produeixin casos de noves infeccions pel VIH en els pacients hemofílics. D'altra banda, l'aplicació de les proves de detecció d'anticossos per al VIH en els bancs de sang ha fet que s'hagi reduït de forma molt important el risc de transmissió del VIH a través de transfusions de sang. Actualment, també s'apliquen mesures de control en cas de donació d'òrgans i teixits per a la realització de trasplantaments.

La transmissió parenteral del VIH es pot donar en cas de punxada accidental en el medi sanitari, tant des del professional al pacient com des d'aquest al professional (vegeu-ho més endavant en aquest capítol). L'aplicació de les normes de precaució universal en el medi sanitari és l'estratègia preventiva més eficaç en aquest sentit; actualment, en cas d'accident amb evidència d'exposició a material contaminat pel VIH, es recomana la profilaxi postexposició (vegeu el capítol III) per tal de reduir el risc de transmissió del VIH per aquest mecanisme.

Finalment, la transmissió del VIH a través de l'ús compartit d'agulles, xeringues i d'altre material emprat en el consum endovenós de drogues, segueix sent en el nostre entorn la forma de contagi més freqüent. A més del fet de compartir el material d'injecció o de preparació de la droga, algunes tècniques de distribució de la droga (com el *back i/o el front loading*), els anys de durada de la drogoaddicció i la freqüència de les injeccions, són els principals factors associats al risc de contagi en els UDVP (vegeu el capítol I).

A continuació, es descriuen les particularitats de l'atenció als drogodependents, les estratègies de prevenció del VIH en aquests pacients, així com aquelles mesures recomanades per reduir el risc d'altres processos associats al consum parenteral de drogues. Cal insistir una vegada més en la necessitat d'incloure els pacients drogodependents i UDVP també en les estratègies educatives i de consell relacionades amb les pràctiques sexuals, sovint oblidades en aquest col·lectiu i que, en canvi, molt sovint representen casos index de contagis heterosexuels.

4.1. Atenció personalitzada al pacient drogodependent

L'APS és més clínica i educativa que altres nivells assistencials; la seva participació és molt important en les estratègies de reducció de risc que s'implementin i pot incidir positivament en els hàbits de salut i en les mesures higièniques i segures, tant en els UDVP com en les seves famílies. En l'actualitat, se sap que l'atenció regular al pacient drogodependent en els recursos sanitaris del primer nivell redueix el nombre d'hospitalitzacions en aquests pacients.

De tota manera, atès que la drogoaddicció és un tema molt complex, els professionals d'APS que tractin UDVP han de considerar els aspectes següents relacionats amb la drogoaddicció:

- El fet que l'usuari de drogues repeteixi conductes autodestructives pot ser difícil d'interpretar per part del professional sanitari, que el que vol és ajudar el pacient. Cal tenir present que el drogodependent no sempre vol ser ajudat, per raons pròpies de la seva organització psíquica i pels efectes de les substàncies que utilitza. Això s'ha de tenir en compte per evitar la sensació de frustració del professional, la qual cosa pot incidir negativament en l'eficàcia de la seva intervenció i interferir, d'altra banda, en la seva relació amb el pacient.
- La drogoaddicció és el resultat de la combinació de factors psicològics, familiars, culturals i econòmics. Pot ser útil per al professional sanitari que tracta drogodependents reflexionar sobre les raons per les quals una persona arriba a desenvolupar una drogoaddicció.
- La intoxicació, la síndrome d'abstinència i les complicacions mèdiques, dibuixen clarament un model de malaltia amb una història natural amb patrons característics de conducta i de resposta a les intervencions. Per tant, cal considerar la drogoaddicció com una malaltia i el drogodependent com un malalt.
- L'actitud del professional sanitari envers el drogodependent té un impacte clar sobre la qualitat del servei que ofereix. Cal desenvolupar actituds sense prejudicis i usar l'empatia, la legitimació, el respecte i el suport. Cal intentar entendre el llenguatge i la subcultura del pacient drogodependent, crear una atmosfera d'atenció i confidencialitat sobre el seu benestar (vegeu el capítol VI) i tenir en compte que els canvis que s'intenten introduir en el seu comportament són lents i petits, però que el drogodependent també pot ser sensible als conceptes de millora per a la seva salut física i psicològica.
- El coneixement sobre determinats comportaments del drogodependent (ràbia, transgressions dels límits, pensaments màgics, pressa, conductes autodestructives) és fonamental per poder saber com actuar davant d'aquests comportaments sense que es trenqui la relació del professional amb el pacient i poder continuar amb les estratègies de consell, suport o educació sanitària endegades. Per tant, és fonamental que el professional d'APS que tracta amb drogodependents tingui les habilitats i l'entrenament suficient amb relació a aquests aspectes.
- La necessitat de tenir les habilitats bàsiques necessàries per reconèixer i manejar les complicacions mèdiques més comunes en les addiccions, sobretot de la síndrome d'abstinència.
- El coneixement de les diverses opcions terapèutiques existents i de la seva adequació a cada tipus de pacient en concret (deshabitució total o parcial, tractaments substitutius, reducció de riscos i danys associats al consum actiu). Cal tenir en compte que no tots els pacients podran deixar el consum o que només ho podran fer de forma temporal, i recordar que les prioritats en l'atenció als pacients drogodependents són que no morin i que no emmalalteixin, perquè puguin arribar a la fase de deshabitució sense problemes de salut evitables (infecció pel VIH i altres infeccions lligades al consum, síndrome d'abstinència, intoxicació aguda, etc.), després d'un procés de maduració personal.
- La necessitat de realitzar intervencions preventives en un sentit global que incloguin els aspectes sanitaris i socials dels pacients, tenint en compte la freqüència amb què els UDVP es troben en situació de marginalitat o d'il·legalitat.

4.2. Programes específics (terapèutics i preventius) per als pacients drogodependents

La recomanació d'un determinat tractament per a la dependència dels pacients toxicòmans pot variar sensiblement d'un pacient a un altre i fins i tot pot ser diferent, en el decurs del temps, per a un mateix pacient. A l'hora de valorar quina és la millor alternativa de tractament, cal considerar tota una sèrie de factors: la història toxicològica, la situació actual del consum, l'existència o no d'un entorn de suport per al pacient, l'estat de salut actual i els seus antecedents patològics, l'existència de situacions especials (per exemple, l'embaràs), la voluntat del pacient i la seva determinació a seguir aquest tractament, així com la disponibilitat i l'accessibilitat dels recursos existents.

En el context actual de Catalunya, la iniciació i la provisió dels tractaments per a la deshabitació dels pacients drogodependents (antagonistes d'opiacis o metadona) es realitza amb els dispositius especialitzats. No obstant això, des del punt de vista de millorar l'accessibilitat a aquests tractaments, seria important que en un futur no gaire llunyà es poguessin dispensar des de l'APS. Els programes de manteniment amb metadona (PMM) han mostrat àmpliament la seva eficàcia terapèutica i preventiva, alhora que la seva capacitat de retenció dintre del sistema normalitzat de salut dels pacients tractats, i han permès l'aplicació d'estratègies de cura per a la salut i de prevenció, tant amb relació al VIH com a d'altres problemes de salut (per exemple, la TBC). En aquest sentit, val a dir que els PMM han aconseguit reduir la incidència de la infecció pel VIH i de l'hepatitis B entre els UDVP, i de la mortalitat per intoxicació aguda per opiacis, a més de reduir també la problemàtica legal i millorar la reinserció social d'aquests pacients.

Per la seva banda, els programes d'intercanvi de xeringues (PIX) han mostrat la seva eficàcia tant pel que fa a la prevenció de la infecció pel VIH com a la facilitació dels canvis en la forma i la freqüència de l'ús de la droga, així com l'accés dels usuaris al sistema sanitari, a banda de permetre retirar de l'entorn el material d'injecció contaminat. Aquests programes, per ser més eficaços, han de tenir en compte tota una sèrie de variables que en millorin la cobertura poblacional (proximitat, accessibilitat, horaris de funcionament, etc.). L'experiència dels PIX a l'APS, a Catalunya, no ha tingut gaire efectivitat entre els UDVP, possiblement perquè cal millorar algunes d'aquestes variables anteriorment comentades. És important informar el pacient UDVP sobre els dispositius existents en la comunitat que ofereixin xeringues estèrils i permetin la recollida de xeringues contaminades (PIX a farmàcies, unitats mòbils, agents comunitaris, etc.).

4.3. Consell sobre la injecció més segura de drogues

El pacient UDVP ha de rebre consell sobre altres vies de consum que comporten menys risc enfront d'algunes malalties que no pas la via injectada, en el cas que no pugui o no vulgui realitzar cap tractament de deshabitació. Tot i així, aquest canvi de via d'administració no sempre és possible (característiques del pacient, disponibilitat en el mercat de drogues il·legals de substàncies que puguin ser consumides per aquestes altres vies, com la fumada o la inhalada, per exemple). En aquests casos i, en general, sempre que s'abordin estratègies de prevenció amb el pacient UDVP (cal no oblidar els consums esporàdics i les recaigudes), s'ha d'aconsejar

el pacient sobre quines són les mesures per aconseguir una injecció més segura de la droga (vegeu la taula 5).

Taula 6. Consells útils per a l'ús més segur de la via intravenosa

- Tenir una xeringa estèril abans de la venopunció (cal saber on es pot aconseguir).
 - Desinfectar la pell amb aigua i sabó o alcohol, abans de la venopunció.
 - Procurar no punxar-se tot sol (per si es troba malament o li passa alguna cosa).
 - Cal conèixer la quantitat i qualitat de la substància a injectar-se (per evitar la sobredosi).
 - Per diluir la mescla, és millor emprar llimonada d'ampolla, o llimones de les quals es tingui la seguretat que estan en bon estat, que vinagre o àcid cítric (que són molt asèptics però lesionen les venes).
 - Utilitzar aigua potable d'ampolla o aigua corrent de l'aixeta.
 - Evitar compartir agulles, xeringues, cotó, culleres, taps, llaunes; és a dir, tots aquells estris que puguin dur sang o contaminar-se'n.
 - Escalfar fins que siguin roents la cullera o altres estris de preparació.
 - Evitar mesclar l'heroïna amb altres substàncies.
 - No punxar-se en qualsevol vena, evitar punxar-se en les venes centrals (coll, tòrax, etc.) i fer-ho en venes perifèriques; injectar-se en el sentit ascendent de la sang. Canviar periòdicament el lloc d'injecció.
 - Defugir les tècniques de *back* i *front loading* per distribuir la droga (extreure la dosi d'una xeringa emprada per a una altra persona).
 - Evitar l'excés de bombeig.
 - Procurar vacunar-se del tètanus i de les hepatitis (A i B).
-

5. Prevençió de la infecció pel VIH en el medi sanitari

El coneixement de les úniques vies eficaces de transmissió de la infecció pel VIH, que cada vegada es va estenent més entre la població general (la via parenteral, mitjançant l'ús de material d'injecció o productes plasmàtics contaminats; la sexual, i la vertical), així com l'adopció de mesures per tal de prevenir noves infeccions, són fonamentals per acabar amb aquest problema

de salut pública. Els professionals sanitaris també coneixen com es pot transmetre la infecció en el medi sanitari i adopten mesures perquè no es produeixi. Tot i així, es poden donar casos d'infeccions en aquest àmbit.

D'uns anys ençà, es disposa d'unes recomanacions sobre la profilaxi de postexposició ocupacional al VIH (vegeu el capítol III), en cas d'exposició accidental en el medi laboral. No obstant això, la millor manera d'evitar possibles exposicions al VIH i altres patògens que es poden transmetre per mecanismes similars (per exemple, els virus de l'hepatitis B o C), segueix sent l'adopció de les anomenades normes o precaucions universals. Aquest apartat de la guia fa referència a aquestes normes en el context de la prevenió de la infecció pel VIH.

El VIH s'ha aïllat a la sang, el semen, les secrecions vaginals, la llet materna, les llàgrimes, la saliva, l'orina i alls líquids cefaloraquidi, alveolar, sinovial, peritoneal, amniòtic, pleural i pericàrdic. En l'àmbit laboral sanitari, la majoria de casos de transmissió del virus s'ha associat amb l'exposició a la sang.

Podríem desglossar la possibilitat de transmissió del VIH en el medi laboral sanitari en tres direccions:

- de pacient a pacient,
- de pacient a professional,
- de professional a pacient.

En el primer supòsit, està clar que l'estricta aplicació de les mesures higièniques i d'esterilització bàsiques de l'instrumental mèdic i dels productes plasmàtics que es puguin aplicar redueix a zero aquest risc.

En el segon supòsit, el professional es planteja el risc de contagi procedent del pacient; aquest risc s'ha intentat quantificar mitjançant estudis prospectius que han estimat les taxes de seroconversió de professionals exposats a la sang de pacients infectats, habitualment per via percutània, mitjançant punxades o talls amb instrumental punxant. La majoria d'estudis confirmen que el risc de transmissió és molt més baix que el de l'hepatitis B, i representa aproximadament el 0,3-0,5%. A més, cal tenir en compte que molts dels accidents es poden evitar utilitzant de forma estricta i sistemàtica les mesures de precaució universals.

En el tercer dels supòsits, s'accepta que determinades pràctiques podrien implicar un mínim risc teòric de contagi per al pacient. De fet, el seguiment de nombrosos professionals sanitaris seropositius i de la nul·la repercussió de la seroconversió dels seus pacients així ho avalen.

L'exposició accidental laboral en el medi sanitari es produeix a través de punxades i ferides amb agulles i objectes tallants contaminats pel VIH, l'exposició de mucoses, o el contacte de pell no intacta amb sang i determinats fluids o teixits orgànics d'una persona infectada, durant el desenvolupament de les activitats laborals. Pel que fa a les punxades accidentals de pacients contaminats, el risc d'infecció varia segons la profunditat de la punxada i de la sang inoculada. Per tal d'evitar aquests accidents és molt important no manipular les agulles i estris punxants

després de ser utilitzats; cal llençar-los directament en un contenidor dur i resistent, específic per a aquest ús.

Tots els professionals sanitaris que realitzen procediments invasius, de caràcter quirúrgic, obstètric o dental, han de ser conscients d'aquesta possible transmissió i de les mesures de prevenció mitjançant els anomenats mecanismes de barrera. El CDC recomana que es considerin procediments invasius les intervencions quirúrgiques en teixits, cavitats o òrgans, o la reparació de lesions traumàtiques majors.

Per tal d'evitar riscos innecessaris en la transmissió del VIH i altres malalties infeccioses transmises per la sang o altres líquids corporals, cal que els professionals sanitaris adoptin en tot moment les precaucions o mesures de prevenció universal, fonamentades en normes d'higiene clàssiques. Aquestes mesures s'han de seguir sempre, independentment de l'estat serològic del pacient o del professional sanitari, ja que són la millor profilaxi per evitar la transmissió d'aquesta malaltia i d'altres.

Aquestes mesures preventives bàsiques (vegeu també la taula 7) són les següents:

- És molt important utilitzar guants. Els guants de làtex constitueixen l'element de protecció de barrera més important. No eviten les punxades, però tenen un efecte protector molt elevat, ja que s'ha demostrat que, si es porten guants, al patir una punxada es redueix el volum de sang inoculada, almenys en un 50%. Els guants han de ser d'un sol ús.
- Cal rentar-se les mans abans de col·locar-se els guants i immediatament després de treure-se'ls.
- Les mascaretes, els protectors oculars o facials, les bates o els davantals, s'han d'utilitzar bàsicament durant els procediments que puguin generar esquitxos de sang o altres líquids corporals, per tal de prevenir l'exposició de les mucoses de la boca, el nas i els ulls.
- Si els professionals tenen lesions exsudatives de poca importància a les mans, convé que se les tapin amb un apòsit; si aquestes lesions són més importants haurien d'abstenir-se de l'atenció directa als pacients i del maneig de tot el que s'utilitzi per a la seva atenció, fins que estiguin curats.
- Les professionals sanitàries embarassades no estan més exposades al risc d'infecció pel VIH que les que no ho estan; però cal tenir en compte que, si una professional sanitària s'infecta durant l'embaràs, el fetus està exposat a la transmissió del virus.

Com en altres malalties infeccioses, cal tenir en compte una sèrie de factors relacionats amb l'efectivitat de la transmissió:

- Altres malalties de transmissió sexual (en el cas de relacions sexuals de penetració).
- Fases de la sida (en cas que la persona hagi desenvolupat la malaltia).
- Infecció de la soca vírica.
- Estat immunitari de l'hoste.

- Quantitat de virus inoculada.
- Tipus i grau d'exposició.
- Utilització de mesures de protecció encaminades a minimitzar la quantitat de fluids inoculats.

Taula 7. Normes o precaucions universals

- Utilitzar guants quan hi hagi contacte amb la sang o certs fluids corporals, les mucoses o la pell no intacta del pacient, en transportar objectes o tocar superfícies tacades amb sang o certs líquids corporals i en realitzar venopuncions. Els guants s'han de canviar després de cada contacte amb el malalt. Les mascaretes, els protectors oculars o facials, les bates o els davantals, s'han d'emprar quan hi hagi risc d'esquitxos de sang o d'altres fluids corporals.
 - Rentar-se les mans i altres zones cutànies amb aigua i sabó, immediatament i a fons, si han estat en contacte amb sang o certs líquids corporals, i també després de treure's els guants.
 - Prevenir les ferides causades per agulles i altres estris punxants: no s'han d'encaputxar ni manipular les agulles usades; un cop utilitzades, les agulles i xeringues d'un sol ús o altres objectes punxants o tallants s'han de col·locar en contenidors de plàstic resistents i situats prop de la zona de treball. El material reutilitzable ha de ser netejat, desinfectat i/o esterilitzat, seguint els mètodes habituals.
 - El personal sanitari amb ferides exsudatives a les mans o altres zones descobertes ha d'evitar aquells procediments que puguin comportar un contacte amb sang o determinats fluids orgànics.
 - Fer la descontaminació de superfícies i objectes tacats amb sang, després de netejar-los amb qualsevol desinfectant reconegut.
 - Realitzar la descontaminació de la roba utilitzada pels malalts o el personal sanitari seguint les normes higièniques de bugaderia habituals de cada centre.
 - Eliminar el material de rebuig infectat seguint les regulacions generals pròpies de cada centre.
-

6. Bibliografia consultada

Alberny M, Vall M (coord) et al. *Guia sobre la infecció pel VIH i la sida per a professionals d'atenció primària*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, 1994.

Carrillo R, Puigdengolas X, Mascort JJ. Estrategias preventivas de las conductas sexuales de riesgo. *Tribuna Docente en Medicina de Familia* 2000; 1: 38-43.

Centers of Disease Control and Prevention (CDC). Public health service guidelines for the management of health-care worker exposures to HIV and recommendations for post exposure prophylaxis. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1998; 47 (RR-7): 1-34.

Centers of Disease Control and Prevention (CDC). Revised Guidelines for HIV Counseling, testing and referral. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2001; 50 (RR-19): 1-62.

Centers of Disease Control and Prevention (CDC). Revised Recommendations for HIV Screening of Pregnant Women. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2001; 50 (RR-19): 59-81.

Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la Sida a Catalunya (CEESCAT). *Programas de intercambio de jeringuillas para la prevención del VIH en países del sur de Europa* (PESESUD, 1997). Informe final. Nº SOC 96 201324 05F02 (96CVVF2-230-0) a la Comissió de laComunitat Europea, DGV.

Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, O'Sullivan MJ. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudina treatment. *N Engl J Med* 1994; 331: 1173-80.

Corporació de Salut del Maresme i la Selva. *Guía de pràctica clínica. Infecció pel Virus d'Immunodeficiència Humana (VIH)*. 2003.

Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. *Butlletí Epidemiològic de Catalunya (BEC)* 2001. Vol XXII (2).

Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. *Infosida* 2001, comunicat 23.

Generalitat de Catalunya. *La infecció pel virus de la immunodeficiència humana (HIV) en el medi sanitari*. 2a ed. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1998.

Laine C, Hauck WW, Gourevitch MN, Rothman J, Cohen A, Turner BJ. Regular Outpatient Medical and Drug Abuse care and Subsequent Hospitalization of Persons who use illicit drugs. *JAMA* 2001; 285: 2355-62.

Ministerio de Sanidad y Consumo. *Prevención de la infección por VIH en el marco asistencial*. Madrid: Secretaría General de Salud Pública, Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, 1999.

Parrino MW (edit). *Manual de tratamiento con metadona*. Barcelona: Ed. IGIA, 1997.

Recomendaciones de GESIDA–SEIMC, Asociación Española de Pediatría (AEP), Plan Nacional sobre el Sida y Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). *Prevención de la transmisión vertical y tratamiento de la infección por VIH en la mujer embarazada*. Madrid, 2001.

Rodés A, Valverde C. Manual d'educació sanitària per a la prevenció de la infecció pel VIH. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, 1995.

Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. *Vigilancia epidemiológica del sida en España. Registro Nacional de casos de sida. Balance de la epidemia a 31 de diciembre de 2000*. Informe semestral núm. 2.

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Programas Básicos de Salud. *Programa del adulto VIH/sida*. Madrid: Ed. Doyma, 1998.

UNAIDS Best Practice Collection. *Prevention of HIV transmission from mother to child. Strategic options*. Ginebra, 1999.

Valverde C. et al. *Counseling sobre el VIH: suport psicosocial i relació d'ajuda a la persona seropositiva. Manual per a professionals*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, 1999.

Valverde C. Transmissió del VIH per via sexual: idees bàsiques per treballar en la modificació dels comportaments de risc. *Infosida* 1999, comunicat núm. 20. Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya.

Actuacions en APS en relació amb la infecció pel VIH en la població jove i adulta

1. Justificació de la intervenció de l'APS

Tant els aspectes funcionals i estructurals de l'APS com les característiques de la infecció causada pel VIH continuen sent elements determinants que justifiquen la intervenció activa dels professionals de l'APS en relació amb aquest problema de salut (taula 1).

Taula 1. Justificació de la intervenció de l'APS

- **Per les pròpies característiques de l'APS:**
 - Proximitat i accessibilitat de la població.
 - Continuitat en l'atenció de les persones.
 - Multidisciplinarietat i complementació de les accions realitzades.
 - Responsabilitat en temes de salut pública.
 - Marc idoni per al desenvolupament d'activitats preventives i de promoció de la salut.
 - **Per les característiques de la infecció pel VIH:**
 - Infecció de la qual es coneixen els mecanismes de transmissió i, per tant, prevenible i evitable.
 - Problema de salut pública amb importants conseqüències socials i demogràfiques i que mostra tendències canviants quant als grups poblacionals que afecta.
 - Malaltia crònica que necessita unes cures específiques però també altres tipus de cures atesa la millora actual de la supervivència de les persones que la pateixen i la consegüent probabilitat de presentació d'esdeveniments que afecten la població en general.
-

Durant els primers anys de l'epidèmia, i molt especialment abans de l'aparició de les teràpies combinades de fàrmacs ARV, la intervenció de l'APS en relació amb la infecció causada pel VIH habitualment es limitava al diagnòstic de la infecció, al seguiment del pacient asimptomàtic que encara no necessitava tractament ARV i a les cures pal·liatives del pacient amb sida avançada. En l'actualitat, un elevat nombre de pacients rep tractament ARV combinat i això fa que tinguin una bona qualitat de vida i una supervivència molt més llarga que no pas anys enrere; per aquesta raó, moltes de les activitats assistencials i preventives que des de l'APS es desenvolupen amb la resta de la població es poden aplicar també en aquests pacients.

2. Tipus d'intervencions a realitzar en l'APS

Tot i que les intervencions més importants a realitzar en l'APS pel que fa a la infecció pel VIH són de tipus *preventiu* (prevenció primària i secundària), *l'avaluació inicial* i posteriorment *el seguiment* clínic del *pacient infectat* en el decurs de tot el procés evolutiu, proporcionant una atenció global al pacient (biopsicosocial) així com algunes accions terapèutiques, són altres intervencions en què l'APS té un paper definit.

Així, des del punt de vista preventiu, és important insistir en la necessitat de potenciar les activitats relacionades amb la prevenció primària de la infecció causada pel VIH (abordatge de les conductes de risc i aplicació de mesures d'educació sanitària i d'aconsellament per poder fomentar canvis en els comportaments i situacions de risc) i amb la detecció precoç de la infecció, així com la indicació de l'inici i la supervisió del compliment de les pautes terapèutiques contra les infeccions oportunistes i l'administració de les vacunes indicades en els pacients infectats pel VIH.

Des del punt de vista assistencial, a més de l'avaluació inicial del pacient, necessària per poder saber en quin moment evolutiu del procés es troba aquest i quines són les seves necessitats terapèutiques i preventives, el seguiment del pacient infectat pel VIH ha d'incloure la detecció precoç dels processos intercurrents greus així com el diagnòstic i el tractament de les manifestacions clíniques menors associades a la infecció, a més de tots aquells altres problemes de salut comuns a la resta de la població que pot presentar el pacient amb infecció pel VIH, a banda del correcte enfocament diagnòstic i terapèutic dels estats terminals.

Finalment, pel que fa al tractament ARV, el protagonisme de l'APS rau fonamentalment en els aspectes que segueixen: recomanació de l'inici precoç del tractament ARV, supervisió del correcte compliment terapèutic (detecció i modificació dels obstacles que poden dificultar la bona adhesió al tractament) i vigilància dels efectes adversos i de les interaccions farmacològiques de la teràpia específica.

3. Detecció de comportaments de risc enfront del VIH

La prevenció segueix sent fonamental per frenar l'expansió de l'epidèmia causada pel VIH. En aquest sentit, és molt important detectar les persones amb risc d'infectar-se i d'estar infectades per poder ajudar-les a incorporar canvis en les conductes de risc que els evitin el contagi o la transmissió del VIH. Per això, els professionals de l'APS haurien de preguntar a tots els usuaris, i en especial als joves i adolescents i a les dones en edat fèrtil, sobre hàbits sexuals i ús de drogues per via parenteral en les seves activitats preventives habituals.

3.1. Elements bàsics per a la detecció de conductes de risc

Atès que s'ha d'incidir en aspectes íntims de la vida del pacient, convé abordar el tema dintre de la història clínica del pacient, en un context de privadesa i confidencialitat, escollint el moment oportú, mostrant respecte i empatia i evitant emetre judicis de valor.

Per facilitar aquest tipus d'interrogatori clínic, es poden emprar frases introductòries com *"hauria de fer-li algunes preguntes personals, que faig a tots els pacients i que poden ser importants per a la seva salut..."* o *"com que hem de tenir el seu historial complet, hi ha unes preguntes que no li he fet mai encara..."*. També hi ha situacions que poden facilitar l'anamnesi, com són: les consultes per MTS, les infeccions d'orina de repetició, les consultes ginecològiques, la intenció de maternitat, les consultes relacionades amb el consum de drogues, la sospita clínica d'infecció pel VIH o la demanda de la prova serològica per part del pacient.

3.1.1. Abordatge de la conducta sexual

A la taula 2 es mostren el tipus de preguntes per a la detecció de pràctiques sexuals de risc.

Taula 2. Abordatge de la conducta sexual

La pregunta inicial és: **“Manté o ha mantingut relacions sexuals?”**

A) Resposta negativa

Demandar al pacient si coneix o ha sentit parlar de la sida i oferir-li la possibilitat de parlar més endavant de com prevenir-la (deixar la “porta oberta” perquè pugui fer les consultes que necessiti).

B) Resposta afirmativa

Preguntar al pacient si usa o no preservatiu en les seves relacions sexuals.

- **El pacient utilitza preservatiu:**

- Valorar el grau de consistència del seu ús (sempre, de vegades).
- Revisar amb el pacient l'ús correcte del preservatiu.
- Reforçar-ne l'ús.
- En cas d'utilització no consistent, esbrinar quines en són les causes i ajudar-lo a modificar aquesta conducta.

- **El pacient no utilitza preservatiu:**

Esbrinar-ne les causes possibles i proporcionar la informació i el consell adequats a cada situació. Algunes de les causes del fet de no utilitzar el preservatiu poden ser:

- Utilitza altres mètodes anticonceptius.
 - Es tracta d'una dona que té intenció d'embaràs.
 - No té percepció de risc:
 - té parella estable de fa temps
 - té relacions sexuals amb parelles aparentment sanes
 - La seva parella o ell/ella no vol usar preservatiu perquè:
 - no sap utilitzar el preservatiu
 - no sap com negociar amb l'altre l'ús del preservatiu
-

Es pot preguntar directament al pacient si té o ha tingut relacions sexuals, encara que moltes vegades és millor relacionar-ho amb el fet que tingui parella. Pel que fa a la utilització del preservatiu, és bàsic saber si el pacient utilitza habitualment aquest mètode de barrera o no per tal de reforçar-ne l'ús i, en cas de no utilitzar-lo, esbrinar quines són les dificultats que li impedeixen usar-lo i poder-lo ajudar a modificar aquest comportament. Algunes de les causes més freqüents del fet de no usar el preservatiu són:

- Utilització d'altres mètodes contraceptius: cal explicar al pacient que aquests altres mètodes eviten l'embaràs però no protegeixen davant la infecció pel VIH ni davant altres MTS.
- Intenció de maternitat: és convenient recomanar a la dona que es planteja o desitja ser mare la detecció prèvia d'anticossos contra el VIH perquè en cas que sigui positiva hi ha risc de transmissió del virus al seu fill.
- No es té percepció del risc:
 - perquè es té una parella estable: cal informar que durant molt de temps una persona infectada pot ser asimptomàtica i que l'única forma d'estar segur que la parella no està infectada és fer la prova serològica del VIH;
 - perquè l'aspecte de les parelles sexuals és el d'estar sanes: cal informar que durant molts anys les persones infectades no tenen cap característica física que les identifiqui i que, en canvi, poden transmetre la infecció pel VIH;
 - perquè la parella o parelles sexuals no pertanyen a cap "grup de risc": cal informar que en la transmissió del VIH no es pot parlar de grups de risc, perquè tothom que tingui relacions sexuals amb penetració i no protegides corre el risc d'infectar-se pel VIH;
 - perquè la seva parella o ell/ella no vol usar preservatiu; és important saber-ne les causes: el preservatiu interfereix la relació sexual, hi ha dificultats en la negociació de l'ús del preservatiu amb la parella sexual, hi ha manca d'habilitats per a l'ús correcte del preservatiu...

El coneixement de l'hàbit sexual i dels comportaments de risc així com de les condicions que poden originar aquestes pràctiques serviran per poder treballar en la incorporació de modificacions dels comportaments de risc, a través de l'aconsellament i de l'educació sanitària.

3.1.2. Abordatge del consum de drogues

El consum de drogues, i sobretot l'abús i la dependència, acostumen a ser una problemàtica complexa que es produeix sota la interacció de factors socials, psicològics o de personalitat i de la disponibilitat o oferta d'una substància addictiva. En funció del subjecte i de les seves circumstàncies, un o altre d'aquests factors serà més determinant en l'aparició de l'addicció a una substància. Per tant, tots ells hauran de ser tinguts en compte a l'hora d'iniciar l'abordatge del problema.

La utilització de drogues per part del pacient augmenta el risc que s'infecti pel VIH quan comparteix el material de venopunció. A més, les drogues solen disminuir el control i alterar el procés de presa de decisions, la qual cosa fa que les relacions sexuals, per exemple, siguin menys planificades que entre els no consumidors de drogues, i que hi hagi una menor tendència a la utilització del preservatiu.

Tot i que al nostre entorn cada vegada es veuen més casos de persones que s'han infectat amb el VIH per contacte sexual, no s'ha d'oblidar que els UDVP són un dels grups de persones

més afectats per la infecció. Per aquest motiu s'ha d'abordar el consum de drogues de forma sistemàtica dins de la història clínica dels pacients visitats a l'APS. En l'algoritme 1 es mostren les preguntes bàsiques que es poden fer en relació amb aquest tema.

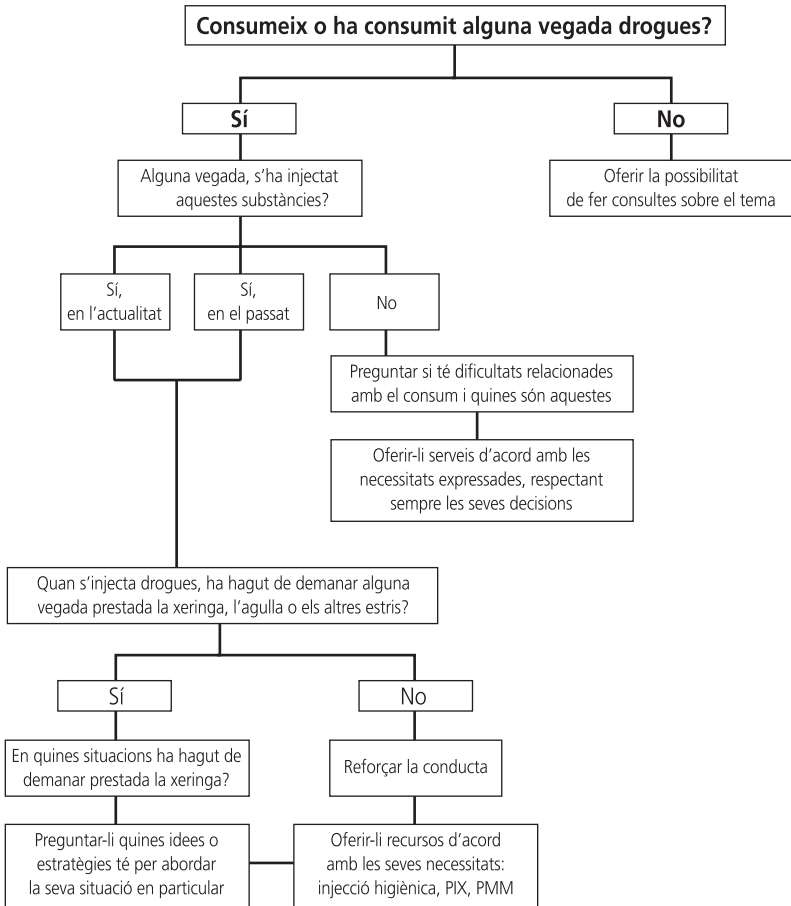
Cal tenir en compte que el problema de la infecció pel VIH en els UDVP és el resultat d'una pràctica de risc que pot ser més o menys continuada en el temps, i que la persona pot estar consumint drogues en l'actualitat o haver-les consumit en el passat. També s'ha de considerar que l'inici del consum de drogues, en molts casos, es produeix a edats molt precoces i que això dificulta la detecció del problema per part del professional de l'APS, ja que la gent jove no acostuma a utilitzar els serveis sanitaris perquè sol estar sana. En aquest sentit, és bàsic aprofitar qualsevol contacte de la població jove amb el sistema sanitari per investigar el seu consum de drogues i plantejar-se la creació d'un vincle positiu amb el jove perquè aquest valori el professional de l'APS com el seu referent davant de qualsevol problema potencial associat amb el seu consum. Per aconseguir-ho, el professional ha de mostrar una actitud respectuosa i ha d'evitar emetre judicis previs o valoracions moralitzants.

Preguntar sobre el consum de drogues pot ser una mica complex, en especial amb persones conegudes o que freqüentem sovint el servei sanitari i amb persones grans; però si es té cura de realitzar les preguntes en to distès i a la vegada respectuós, dins d'un clima de privadesa i assegurant-ne la confidencialitat, no ha de comportar cap problema el fet d'abordar aquest tema dins la història clínica del pacient. De tota manera, es poden emprar *arguments introductoris* que facilitin aquest abordatge: *"Com que hem de tenir el seu historial mèdic complet, hi ha una cosa que no li hem demanat mai, potser li sobtarà però té relació amb les drogues... Alguna vegada ha provat algun tipus de droga?"*; o bé usar fórmules d'incorporació de les preguntes sobre dependència en el marc de l'avaluació global de la història clínica: *"A més a més de tabac, ha provat en alguna ocasió alguna altra substància, com ara drogues?"*

El fet de parlar sobre aquest tema pot facilitar l'establiment d'una relació de confiança entre el pacient i el professional i així facilitar la detecció i l'abordatge preventiu.

La persona que consumeix drogues pot acudir al centre d'APS per cercar ajuda com a conseqüència d'una malaltia derivada del seu consum o bé per un altre procés que no hi tingui cap relació. Una vegada detectat el consum d'alguna substància, cal esbrinar si existeix l'ús endovenós o si hi ha algun antecedent d'injecció de drogues en els últims anys, ja que, en aquests casos, hi ha un risc més alt de malaltia orgànica.

Algoritme 1. Abordatge del consum de drogues



En general, la detecció de conductes de risc no comporta gaire dedicació de temps en la consulta de l'APS, però el professional ha de tenir les habilitats suficients per poder abordar aquestes qüestions dintre de l'entrevista clínica amb el pacient. Les activitats d'aconsellament i d'educació sanitària per induir canvis en les conductes de risc o per reforçar les conductes de seguretat sí que requereixen ser tractades amb temps suficient, per la qual cosa és convenient que es desenvolupin en el context de visites més llargues (o programades) destinades específicament a aquesta finalitat. Un llenguatge senzill i entenedor per al pacient, l'actitud respectuosa i neutral del professional, així com l'adequació dels missatges a les necessitats individuals del pacient, són fonamentals per aconseguir el nivell d'eficàcia que es pretén amb les activitats d'aconsellament i educació sanitària. Cal tenir en compte que per a alguns pacients seran necessàries unes quan-

tes visites abans de donar per acabada l'estratègia preventiva endegada i que, periòdicament, s'hauran de tornar a tractar aquestes qüestions amb el pacient, ja que les conductes de seguretat apreses poden variar en el temps en funció de circumstàncies diverses.

4. Indicacions de la prova serològica del VIH

El diagnòstic precoç, juntament amb l'aconsellament, constitueixen la base de la prevenció secundària de la infecció pel VIH. S'ha demostrat que el diagnòstic precoç associat a un abordatge adequat són importants per al mateix individu ja que influeixen en el pronòstic de la malaltia. És essencial oferir la prova a totes les persones que tenen o han tingut pràctiques de risc o símptomes d'infecció. No obstant això, el cribratge de la infecció limitat als mal anomenats "grups de risc" és un error, ja que s'exclourien possibles situacions de risc com, per exemple, les que poden afectar les persones heterosexuales no UDVP. La detecció de comportaments i situacions de risc es pot fer a les consultes mèdiques, d'infermeria o de treball social. La realització d'una història clínica sistemàtica, com ja s'ha vist en apartats anteriors, facilitarà l'avaluació del risc i, com a conseqüència, a més de l'inici d'activitats preventives, la conveniència d'aconsellar la realització de la prova serològica del VIH. També és important conèixer els antecedents d'haver-se fet la prova i els resultats obtinguts.

Sempre ha de quedar molt clar el motiu pel qual se sol·licita la prova serològica del VIH. Les *indicacions* d'aquesta prova són fonamentalment les que segueixen:

4.1. Per voluntat del mateix pacient

Està indicat en qualsevol pacient que cregui en la conveniència de fer-se la prova, malgrat que durant l'entrevista no s'hagin detectat situacions de risc. Per exemple, aquelles persones que creuen estar infectades, o les que inicien una nova relació de parella, o en el cas que desitgin tenir un fill o sospiten que estan embarassades.

4.2. Per indicació del professional

S'ha d'explicar sempre que per poder atendre millor el problema de salut és necessari descartar la infecció pel VIH i assessorar el pacient perquè doni el consentiment informat per a la realització de la prova serològica. Les situacions més freqüents són:

4.2.1. Per la detecció durant l'entrevista de possibles situacions de risc

- El pacient ha tingut relacions sexuals esporàdiques o no, sense protecció, amb persones de les quals desconeix l'estat serològic.

- El pacient ha tingut relacions sexuals sense protecció amb una persona seropositiva.
- El pacient ha tingut relacions sexuals sense protecció amb persones que són o han estat consumidores de drogues per via parenteral o amb persones que es dediquen al sexe comercial.
- El pacient és o ha estat UDVP.
- El pacient es dedica o s'ha dedicat al sexe comercial.
- El pacient és home i té o ha tingut relacions sexuals no protegides amb altres homes.
- El pacient és una dona que desitja quedar-se embarassada o sospita o sap que ho està.
- El pacient té antecedents d'estades a la presó, o presenta tatuatges, perforacions corporals o escarificacions realitzades sense mesures sanitàries adients.
- El pacient ha tingut una exposició ocupacional aguda al VIH.

4.2.2. Per la sospita clínica

- El pacient presenta o ha presentat un quadre clínic suggestiu d'infecció aguda pel VIH (cal tenir en compte que malgrat que un 50% del pacients poden presentar símptomes, més del 90% dels casos d'infecció aguda no són diagnosticats).
- El pacient presenta antecedents o història clínica de MTS o parenteral (per exemple, hepatitis B o C).
- El pacient presenta antecedents o història clínica de malalties relacionades amb la infecció pel VIH o diagnòstiques de sida (vegeu el capítol I).
- El pacient presenta situacions o troballes en què es planteja la diagnòsi diferencial amb la infecció pel VIH:
 - Síntomes sistèmics no explicats per cap altra causa: febre perllongada, diarrea persistent, suor nocturna, pèrdua de pes, limfadenopatia generalitzada persistent.
 - Dermopaties greus: dermatitis seborreica greu, xerodèrma, mol-lusc contagiós, tinya del cos greu, fol·liculitis estafilocòccica greu, herpes genital, herpes zòster, condilomes acuminats, etc.
 - Lesions mucoses greus i recurrents: candidosi vaginal greu o recurrent, estomatitis angular greu, periodontitis/gingivitis recidivants o greus, úlceres o aftes orals greus o recurrents, etc.
 - Troballes de laboratori no explicades per cap altra causa: anèmia, leucopènia, trombopènia, hipoalbuminèmia, hipergammaglobulinèmia, etc.
 - Altres troballes clíniques: atípia o displàsia de coll uterí en la dona, resultat positiu de la prova de Mantoux, etc.

4.3. Consideracions prèvies a la realització de la prova serològica del VIH

El moment clau de la persona que desconeix el seu estat serològic és quan decideix fer-se la prova d'anticossos contra el VIH. Aquesta decisió pot generar preocupació i canvis de comportament, independentment de si és el mateix individu o el professional qui decideix què s'ha de fer. Les persones que reben informació apropiada disminueixen l'exposició a situacions de risc amb la disminució consegüent del risc de transmissió del virus. El pacient ha de prendre la decisió per pròpia iniciativa o per indicació del sanitari, però en qualsevol cas ha de fer-ho sempre de forma voluntària. Mai no s'han de forçar les situacions perquè poden derivar en rebuig cap al professional i l'entorn. Un ambient de confiança, sense interrupcions i evitant els judicis de valor facilitarà que el pacient pugui expressar lliurement les seves emocions. Cal començar per saber quins són els coneixements que té el pacient sobre la infecció pel VIH; no és útil repetir informació però sí ho és reforçar coneixements i corregir errors o malentesos.

Sempre i en qualsevol cas, quan se sol·liciti la prova serològica del VIH cal tenir en compte el principi de les "4 C" (vegeu també el capítol I): demanar *el consentiment informat* al pacient, assegurar *la confidencialitat* de la informació durant tot el procés, proporcionar *aconsellament (counseling)* abans i després de la prova i interpretar els resultats de la prova amb *cautela*.

4.3.1. Consentiment informat

Consisteix en la conformitat explícita del pacient que se li faci la prova d'anticossos contra el VIH, un cop n'ha avaluat, junt amb el professional que la demana, els avantatges i els desavantatges. Abans de demanar la prova caldrà avaluar la necessitat de fer-la, informar que és voluntària i aportar tota la informació necessària que permeti al pacient donar, de forma raonada, lliurement i sense pressa, el consentiment. Amb aquesta actitud s'afavoreix l'autocura del pacient, sigui quin sigui el resultat de la prova. La realització de la prova sense informar prèviament el pacient i sense demanar-li el consentiment té implicacions ètiques i legals. La persona pot negar-s'hi i el benefici potencial d'aquesta prova només té sentit amb la col·laboració del pacient; no informar correctament ni demanar el consentiment informat al pacient pot deteriorar la relació entre sanitari i pacient, i impedir que el professional pugui desenvolupar tasques d'educació sanitària per induir canvis de comportament, essencials per reduir el risc d'infecció i de transmissió del virus. Si el pacient es mostra indecís davant la realització o no de la prova d'anticossos contra el VIH, val la pena citar-lo un altre dia per intentar resoldre els dubtes que pugui tenir i ajudar-lo a prendre una decisió.

4.3.2. Confidencialitat

Implica no compartir amb ningú la informació que el pacient ha donat al professional durant les entrevistes, ni tampoc el resultat de la prova serològica. Els centres d'APS i també els altres dispositius sanitaris han d'establir mecanismes que garanteixin la confidencialitat de les dades del pacient i impedir-ne un ús indegut. Tot el personal que participa en l'atenció del pacient (personal mèdic, personal d'infermeria, personal de laboratori, personal administratiu, etc.) és responsable del fet que no es pugui compartir amb ningú la informació del pacient. En cas que sigui necessari compartir aquesta informació amb altres professionals sanitaris, és convenient

informar-ne el pacient. Marcar les peticions o les carpetes d'història clínica amb senyals d'advertiment no és ètic ni convenient; en primer lloc, trenca la confidencialitat i, en segon lloc, no és cap mesura de protecció real per a la persona que s'encarrega de l'atenció del pacient. En qualsevol cas, el que cal adoptar sempre i amb tothom són les mesures de protecció universal (vegeu el capítol V).

4.3.3. Aconsellament

L'aconsellament o *counselling* és una tècnica que facilita la comunicació entre els professionals i el pacient, permet ajudar el pacient a adaptar-se al millor possible a la seva situació tot fent servir els seus propis recursos personals, ofereix suport emocional, millora l'adhesió als tractaments i permet establir una relació d'ajuda i de col·laboració amb el pacient. L'aconsellament s'ha de donar abans i després de la realització de la prova d'anticossos contra el VIH; el contingut i la manera de donar aquest aconsellament es tracta en l'apartat 5 d'aquest capítol.

4.3.4. Cautela

Cal individualitzar les repercussions que tindrà en cada cas la comunicació del resultat de la prova serològica del VIH. És important tenir en compte els possibles falsos positius. Tot resultat ha de ser verificat (confirmació) abans de donar-lo com a definitiu. L'esquema a seguir per al diagnòstic serològic de la infecció pel VIH així com les seves interpretacions es tracta al capítol I d'aquesta *Guia*. Durant tot el procés s'ha de tenir present el valor humà de les persones tenint en compte que els resultats negatius poden produir una sensació de falsa seguretat i els resultats positius poden generar alts nivells d'angoixa.

A continuació es mostren algunes situacions relacionades amb la prova serològica del VIH.

Exemples de situacions relacionades amb la prova serològica del VIH

Exemple 1: el pacient acudeix a la consulta i demana fer-se la prova d'anticossos

Durant l'entrevista cal avaluar per què se la vol fer ara (motivació real). Cal esbrinar si hi ha comportaments de risc que hagin pogut afavorir la infecció. Si és així es demanarà la prova; en el cas contrari, s'ha d'informar el pacient que no és necessària, encara que si el pacient hi insisteix es demanarà igualment (pot ser que s'hagi produït alguna situació de risc però que el pacient opti per no explicar-ho). A més, s'ajudarà el pacient a saber els avantatges i inconvenients de fer-se la prova. Abans de finalitzar l'entrevista, s'informarà el pacient de com es transmet el virus, de com es pot prevenir i de les possibles repercussions de la infecció en cas que aquesta s'hagi produït.

Exemple 2: el pacient demana la interpretació d'una prova feta en un altre centre

La cautela ha de ser màxima. Si el resultat és negatiu, abans de considerar-lo vàlid, cal considerar si la prova s'ha realitzat dins del període finestra i cal raonar amb el pacient

les mesures de prevenció a adoptar. Si el resultat és positiu, cal assegurar-se que el laboratori hagi realitzat, a banda de la prova de cribratge, una prova de confirmació; la majoria de laboratoris segueixen l'esquema diagnòstic recomanat (cribratge més confirmació) però n'hi ha alguns que encara no fan la comprovació de la prova de cribratge positiva. Tant si el resultat és positiu com si és negatiu, s'aprofitarà l'oportunitat d'oferir aconsellament al pacient per incidir en la modificació de comportaments de risc i ajudar-lo a afrontar el resultat de la prova.

Exemple 3: el professional proposa la prova i el pacient NO se la vol fer

En tot moment s'ha de respectar la decisió del pacient i cal estar oberts a la possibilitat de realitzar la prova en una altra ocasió. Cal aprofitar l'oportunitat per donar aconsellament, conèixer els motius pels quals el pacient no es vol fer la prova serològica del VIH i d'aquesta manera poder-lo ajudar a valorar els avantatges de fer-se-la, facilitant que reconsideri la seva decisió. S'ha d'informar el pacient de la conveniència que es comporti com si fos seropositiu en aquells aspectes que puguin implicar risc d'infecció o de transmissió.

Exemple 4: el pacient acudeix a la consulta per un procés relacionat o una MTS

El professional oferirà la realització de la prova d'anticossos contra el VIH, li explicarà detalladament les raons per les quals es vol i es considera convenient realitzar-la.

5. Aconsellament abans i després de la prova serològica. Comunicació dels resultats

Com ja s'ha comentat en altres apartats d'aquesta *Guia*, a causa de les connotacions que encara té la infecció causada pel VIH, el fet de sotmetre's a la prova serològica del virus constitueix un esdeveniment especial i complex en la vida de les persones perquè té implicacions psicossocials importants. En aquest sentit, l'aconsellament o *counselling* en el cas de la infecció pel VIH comprèn el conjunt d'activitats destinades a informar els pacients de la transmissió del virus i de les mesures que cal adoptar per prevenir la infecció, com també a prevenir i tractar la morbiditat psicològica que pugui resultar de la por i el desconeixement, i facilitar informació dels recursos socio-sanitaris i comunitaris disponibles.

L'aconsellament s'ha de proporcionar abans i després de la prova serològica del VIH. A la taula 3 es detallen algunes de les situacions en què està indicat. En l'aconsellament s'hauran de tenir en compte les característiques socioculturals i els valors humans de les persones a les quals s'adreça. Durant tot el procés de l'aconsellament es fan servir tècniques de comunicació terapèutica

i per això és important escollir el lloc i el moment adequats, mostrar empatia i comprensió cap al pacient, descriure la situació, evitar fer judicis de valor, concretar i sintetitzar els continguts, saber escoltar, ser positiu i, sobretot, garantir en cada moment la confidencialitat de la informació obtinguda. El contingut de l'aconsellament haurà d'orientar-se a ajudar la persona a definir i aclarir per si mateixa la qualitat dels seus problemes i a adoptar decisions realistes sobre què pot fer per modificar el seu estil de vida i reduir les repercussions de la infecció pel VIH sobre si mateixa i sobre els seus familiars i amics en cas d'estar infectada. La importància de l'aconsellament en la persona seronegativa rau en l'assessorament i les mesures educatives per tal que continuï sent seronegativa. Les activitats d'aconsellament, així com les de suport i d'educació sanitària, s'han de desenvolupar en el context de visites programades o visites més llargues per tal de dedicar el temps necessari, adaptant-se a les característiques individuals del pacient.

Taula 3. Indicacions de l'aconsellament en el cas de la infecció pel VIH

- Quan la persona ha viscut una situació de risc o creu que pot estar infectada.
- Quan la persona s'està plantejant fer-se la prova serològica del VIH.
- Quan s'està esperant els resultats d'aquesta prova.
- Quan es dona un resultat negatiu i s'ha d'ajudar la persona a identificar comportaments de risc i desenvolupar estratègies per modificar aquests comportaments.
- Quan es dona un resultat positiu.
- Quan la persona ha de prendre decisions sobre els tractaments disponibles.
- Quan la persona seropositiva vol comunicar la seva seropositivitat a familiars i amics.
- Quan la persona es planteja fer canvis en la seva forma de vida.
- Quan es vol reduir l'angoixa i viure millor amb els reptes emocionals de la seropositivitat.
- Quan hi ha problemes sexuals relacionats amb la por de la transmissió del VIH o amb el fet de reinfectar-se.
- Quan es volen reduir els efectes negatius del consum de drogues.
- Quan una dona seropositiva té dubtes sobre el fet de tenir fills.
- Quan es té un nadó infectat.
- Quan se sent el dol anticipat.
- Quan es produeix una baixada de les defenses.
- Quant la persona seropositiva se sent aïllada o pateix discriminació social o laboral.
- Quan moren familiars o amics a causa de la sida.

- Quan la persona pateix discapacitats relacionades amb el VIH.
 - Quan es vol parlar de la mort.
 - Quan es té un familiar, parella o amic seropositiu.
-

5.1. L'aconsellament abans de la prova (pretest)

L'aconsellament abans de la realització de la prova serològica del VIH té com a objectius: aportar al pacient la informació suficient per ajudar-lo a decidir de forma raonada el seu consentiment en la realització d'aquesta prova, ajudar el pacient a preparar-se a rebre'n el resultat i ajudar-lo a prendre decisions per canviar conductes de risc.

Abans de la realització de la prova d'anticossos contra el VIH en l'aconsellament cal que es tinguin en compte les actuacions següents:

- Assegurar-se de la informació que té el pacient sobre el VIH i la sida, així com dels seus mecanismes de transmissió:
 - Què és el VIH? Què és la sida?
 - Com se sap que s'està infectat? Què és la prova diagnòstica?
 - Com es transmet? Com no es transmet el VIH? Quines són les mesures de prevenció (relacions sexuals, consum parenteral de drogues)?
- Assegurar-se que el pacient té la informació bàsica sobre la prova:
 - Què és i per a què serveix la prova?
 - Quin és el significat dels possibles resultats (positiu o negatiu)?
 - Què és el període finestra?
 - Per què cal confirmar un resultat positiu?
 - Quines repercussions pot tenir un resultat positiu en la vida de les persones?
 - Per què és necessari canviar els comportaments independentment del resultat de la prova i quins són els mètodes per aconseguir-ho?
 - Quines són les conseqüències del temps d'espera del resultat de la prova (por, angoixa, somatitzacions)?
- Conèixer la situació emocional i la motivació del pacient per fer-se la prova, establir una relació d'ajuda i de col·laboració amb el pacient:
 - Per què es vol fer la prova ara?
 - Quins avantatges i desavantatges hi veu de fer-se la prova?

- Quines pors té?
- Com pensa que reaccionarà si el resultat és negatiu?
- Com pensa que reaccionarà si el resultat és positiu?
- Indicar la necessitat de modificar el comportament independentment del resultat de la prova per tal de reduir riscos.
- Identificar la xarxa de suport i la possible reacció davant d'un resultat positiu:
 - Alguna vegada ha rebut notícies molt negatives? Com va reaccionar?
 - Quines coses poden canviar si el resultat és negatiu?
 - Quines coses poden canviar si el resultat és positiu?
 - Quina xarxa de suport té? Si el resultat és positiu, a qui li ho explicarà i com?
 - Qui sap que es vol fer la prova? A qui li pot explicar? Com creu que reaccionaran?
- Assegurar la confidencialitat en tot el procés.
- Comprovar el grau de comprensió del pacient de la informació i dels missatges emesos.
- Planificar la comunicació dels resultats de la prova serològica.

5.2. Comunicació dels resultats de la prova serològica

El treball realitzat durant la primera o primeres visites és fonamental; un bon aconsellament pretest ajudarà el professional a donar el resultat de la prova serològica del VIH al pacient. La comunicació del resultat de la prova d'anticossos contra el VIH, independentment del resultat d'aquesta, té per objectius que la persona conegui si està infectada o no, ajudar-la a prendre decisions i a adoptar criteris realistes per a la modificació del seu estil de vida per evitar o reduir les pràctiques de risc i responsabilitzar-se de la seva salut.

Abans de donar el resultat s'hauran de tenir presents els aspectes següents:

- El resultat ha d'arribar al professional que l'ha sol·licitat en un sobre tancat, procurant en tot moment que no es trenqui la confidencialitat.
- L'ha de donar el mateix professional que l'ha demanat i únicament a la persona interessada, mai a familiars o a amics, excepte en el cas que el pacient manifesti explícitament el contrari. De vegades, caldrà endegar mecanismes de cerca activa del pacient si aquest no ve a recollir els resultats de la prova, sempre garantint la llibertat personal i la confidencialitat.
- El resultat s'ha de donar sempre en persona, mai per correu ni per telèfon.
- La comunicació del resultat al pacient ha de ser clara, directa, en un entorn adequat de privadesa i sense interrupcions durant la visita.

- Preveient que tant el temps d'espera per recollir els resultats de la prova com el mateix resultat d'aquesta poden generar reaccions emocionals més o menys intenses en el pacient, convé exposar el resultat en el context d'una visita dedicada únicament a aquesta finalitat (programada o més llarga, amb temps suficient), per poder oferir el suport psicològic i establir el pla a seguir segons els trastorns i les necessitats detectades (tant si és negatiu com si és positiu).
- El resultat s'ha de donar al més aviat possible, però s'ha de procurar no donar-lo prop del cap de setmana, en què el pacient normalment no podria accedir al professional i/o a altres persones i serveis que pugui necessitar (atenció de dubtes, suport emocional, etc.).
- L'aconsellament després de la prova vindrà condicionat pel resultat d'aquesta.

5.2.1. Com donar un resultat de seronegativitat

Es comunicarà el resultat de forma directa, explicant al pacient que el dia en què es va fer la prova no tenia anticossos contra el VIH, es valorarà si en aquell moment es podia trobar en el període finestra i, si és així, se li explicarà la conveniència de repetir la prova passats uns tres mesos per tal de donar com a definitiu aquest resultat de seronegativitat. Sobretot caldrà insistir en la necessitat que eviti noves possibles exposicions al VIH (adopció de mesures de protecció en les seves relacions sexuals i en el consum de drogues per via parenteral). Es pot considerar definitivament la persona com a seronegativa si han passat sis mesos de la darrera situació de risc; en el cas que no s'hagi assolit aquest temps, s'haurà de plantejar repetir la prova passat aquest període.

Compte amb les reaccions d'invencibilitat, eufòria i falsa seguretat davant d'un resultat negatiu. Aquest alleujament requereix suport i assessorament per tal de mantenir la seronegativitat. La prova d'anticossos contra el VIH no és cap "vacuna" i no garanteix que s'eviti una possible futura infecció si continuen les pràctiques de risc. L'única opció vàlida per evitar el contagi és la prevenció i no la repetició reiterada de la prova serològica.

5.2.2. Com donar un resultat de seropositivitat

L'objectiu principal d'aquesta visita no és fàcil però cal no retardar la comunicació del resultat i donar resposta a les demandes més immediates del pacient, avaluant contínuament l'impacte emocional que li pot provocar el resultat positiu de la prova. No és el moment de donar massa informació ja que el pacient no serà capaç d'assimilar-la; tampoc no ho és de fer pronòstics, ni de calcular el temps que li queda. Cal deixar que el pacient expressi les seves idees, sentiments i temors, deixar-lo que entomi la notícia, escoltar-lo i oferir-li l'ajuda del professional, ajudar-lo també a buscar alguna altra persona de la seva confiança amb qui compartir aquesta notícia, donar-li informació sobre els recursos comunitaris disponibles a què pot recórrer en cas de necessitat. Atès que les reaccions emocionals davant d'un resultat positiu poden ser intenses, convé tornar a citar el pacient al cap de pocs dies de rebre aquest resultat per poder vigilar de prop qualsevol reacció psicològica greu o mòrbida (depressió greu, idees de suïcidi) que pugui necessitar la intervenció de l'especialista, o bé un altre tipus de reaccions menys intenses però

que també necessitin atenció, tenint en compte que determinats estats emocionals poden comportar actituds d'intensificació de les conductes de risc.

Els objectius i el procediment de la comunicació d'un resultat positiu es descriuen a la taula 4.

Taula 4. Objectius i procediments per a la comunicació d'un resultat positiu

Objectius:

- Alleujament emocional del pacient.
- Donar-li suport, ajudar-lo a utilitzar les xarxes de suport.
- Atendre les seves principals preocupacions.
- Identificar els aspectes que necessiten informació més urgent.
- Identificar els recursos específics que pot necessitar el pacient.
- Concretar una nova visita a curt termini.

Comunicació del resultat:

- Comprovar sempre que s'ha verificat el resultat.
- Donar aquest resultat de forma directa, respectuosa, breu i tranquil·la, amb garanties de confidencialitat. Assessorar i donar importància al que passa al pacient, no minimitzar la situació.
- Utilitzar un espai privat i sense interrupcions, si pot ser en presència únicament del professional que ha sol·licitat la prova i el pacient.

Suport emocional:

- Donar temps suficient al pacient perquè expressi les seves emocions davant del resultat (plor, silenci, ràbia...).
 - Enfocar la situació en la realitat del moment present; no donar massa informació el primer dia, seleccionar aquella informació que més li pugui convenir al pacient, explicar-li de forma clara i real la seva situació i assegurar-se que ho ha entès.
 - No donar pronòstics, encara que pot ser útil estimular sentiments d'esperança.
 - Suggestir canvis de conducta per protegir-lo de la reinfecció i d'altres persones.
 - Ajudar-lo a muntar la xarxa de suport que necessita (altres persones, telèfons o ONG d'ajuda, etc.).
 - Oferir-li ajuda per comunicar el resultat a la seva parella, família o amics si ho creu necessari.
 - Vigilar de prop les reaccions emocionals (concretar una visita al cap de 2-3 dies), valorar la necessitat o no d'una intervenció especialitzada.
-

Més endavant ja es tractaran altres temes: prevenció de les infeccions oportunistes, sexe més segur, injecció higiènica, nutrició, hàbits saludables de vida, tractament farmacològic, controls a seguir, aspectes psicosocials, etc.

5.3. L'aconsellament després de la prova (posttest)

Com ja s'ha comentat anteriorment, l'aconsellament després de la realització de la prova actuarà segons quin hagi estat el resultat, negatiu o positiu. Independentment dels resultats de la prova, els professionals de l'APS han d'estar capacitats per proporcionar a totes les persones, i especialment a les persones infectades pel VIH, uns consells mínims que es poden trobar al final d'aquest apartat.

5.3.1. Quan el resultat és negatiu...

Convé treballar en diverses sessions els aspectes derivats de la prevenció, comprovar si el pacient ha adoptat les mesures de protecció aconsellades i treballar conjuntament amb ell les dificultats o obstacles que se li hagin pogut presentar. És millor començar per canvis senzills i fàcilment assolibles pel pacient a curt termini. Esbrinar quines són les possibles dificultats que té per emprar el preservatiu en les seves relacions sexuals o per emprar les mesures referents a l'ús més segur de la via endovenosa en cas que sigui UDVP, per tal de buscar-hi les possibles solucions. Cal informar el pacient sobre els serveis i recursos existents adequats per a cada situació individual (propi centre, planificació familiar, centres de salut mental, centres d'atenció a drogodependències, ONG, telèfons d'ajuda, etc.).

A més de les activitats d'aconsellament i d'educació sanitària, el pacient seronegatiu pot necessitar un seguiment clínic i serològic, especialment si se sospita o se sap que continua amb pràctiques de risc; aquest seguiment servirà també per detectar i tractar precoçment altres processos relacionats amb determinats estils de vida (MTS, hepatitis, TBC, etc.). L'esquema d'actuació amb el pacient seronegatiu amb pràctiques de risc es detalla en l'apartat 6 d'aquest capítol.

5.3.2. Quan el resultat és positiu...

Les persones amb diagnosi d'infecció pel VIH, com també les persones que les envolten, es troben davant un gran nombre de problemes i sovint necessiten suport moral, pràctic o d'ambdues classes. La por d'haver propagat la infecció, l'aïllament físic, l'hospitalització, la discriminació en la comunitat, la família, la pèrdua de l'habitatge, la interrupció dels estudis, els problemes econòmics, els efectes físics de la malaltia o dels tractaments, la progressió de la infecció, la pèrdua de reaccions, el dol, la ira, la ràbia, la por a la soledat, l'angoixa i la depressió són alguns dels nombrosos problemes que caldrà abordar en les activitats d'aconsellament. En conjunt, l'aconsellament posttest ha d'ajudar la persona infectada a prendre decisions, a adoptar criteris realistes per a la modificació del seu estil de vida i a normalitzar-la en la seva condició de persona infectada, a més de proporcionar-li el suport psicològic necessari, que la capaciti en la seva vida personal i social, evitant que sigui massa dependent dels serveis sanitaris. L'aconsellament posttest (i de suport psicològic) s'ha de donar al llarg de tot el procés, de forma continuada i

adaptada a les circumstàncies que pugui presentar el pacient en cada una de les etapes; per això és especialment important que es doni en moments de crisi, de necessitat de resolució de problemes i de presa de decisions.

5.4. Organització de les activitats d'aconsellament relacionades amb la infecció pel VIH a la consulta de l'APS

Les activitats d'aconsellament i de suport psicològic, així com també les d'educació sanitària (que es tracten més endavant en aquest capítol) relacionades amb la infecció pel VIH, s'han de poder desenvolupar en el context de les activitats assistencials o preventives pròpies dels equips de l'APS. Però en el cas que això no sigui possible, per manca de recursos tècnics o humans o per no disposar del temps necessari per dur-les a terme, el professional de l'APS ha d'informar el pacient sobre els centres, dispositius, associacions o institucions als quals pot recórrer per tal que rebi aquest tipus d'atenció.

Aquestes activitats s'han de desenvolupar -com ja s'ha comentat- en el context de visites programades o més llargues. En un primer període han de realitzar-se de forma individualitzada amb el pacient; això és especialment important en el cas del pacient infectat ja que a l'inici del procés pot mostrar actituds de negació o de delegació del problema. En un segon període, aquestes activitats han de poder incloure les persones que conviuen o es relacionen amb el pacient, ja que també elles han d'adaptar-se a la nova situació i a les seves conseqüències. La freqüència amb què es desenvolupin aquestes activitats estarà condicionada per la situació, les característiques i les necessitats del mateix pacient. El temes a tractar en les entrevistes són diversos (vegeu l'apartat sobre educació sanitària) i el tipus, l'ordre i el grau de dedicació per a cadascun d'ells estaran en funció del pacient (seronegatiu en situació de risc, seropositiu asimptomàtic, seropositiu simptomàtic, etc.) així com de les necessitats percebudes per aquell i/o pel professional sanitari. La disponibilitat i l'accessibilitat del professional sanitari són imprescindibles; i és el personal d'infermeria, com a agent de salut, el més idoni per desenvolupar aquestes activitats.

Consells a totes les persones per prevenir la infecció pel VIH

- El fet de compartir agulles i xeringues o altres instruments utilitzats per a la injecció de drogues és la causa més important de transmissió del VIH per la via no sexual.
- El consum de drogues és un problema de salut per si mateix. Si no es pot abandonar, convé protegir-se millorant les condicions higièniques del consum: evitar compartir estris d'injecció, utilitzar sempre una xeringa nova i, si això no és possible, desinfectar adequadament els estris o substituir la via endovenosa per altres vies.
- Si la relació sexual només és amb un company, si tots dos són mútuament fidels i si cap dels dos no està infectat, no hi ha cap risc de transmissió del VIH per la via sexual.
- Si es té en perspectiva una relació sexual amb una persona de la qual no es coneix si està infectada o no, la probabilitat de contraure la infecció pel VIH dependrà de l'elecció del company i del tipus de conducta sexual.
- És convenient evitar les relacions sexuals no protegides amb persones que tinguin nombrosos companys sexuals o persones que hagin utilitzat o utilitzin drogues endovenoses.
- És convenient restringir les relacions sexuals a pràctiques que no comportin contacte amb sang, semen o secrecions vaginals.
- En el cas que es decideixi tenir relacions sexuals amb penetració, l'ús correcte del preservatiu disminuirà el risc d'infecció pel VIH.
- En el cas de viatges a països amb alta prevalença d'infecció pel VIH, és convenient endur-se material d'injecció d'un sol ús i preservatius.

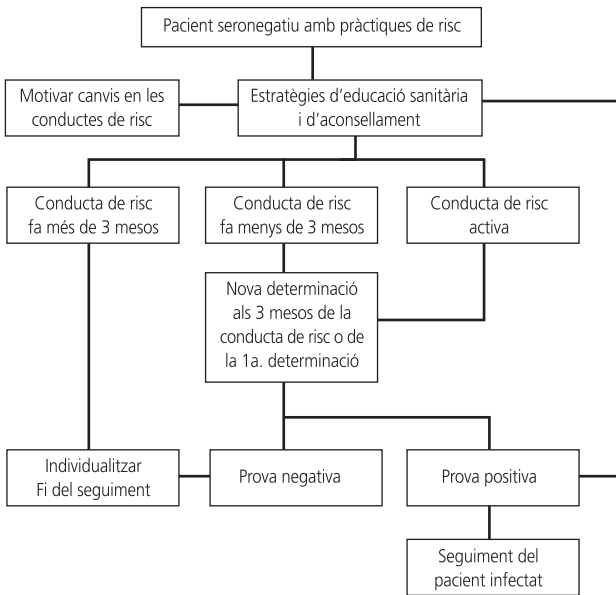
Consells a les persones infectades pel VIH

- És convenient informar els companys sexuals o de toxicomania, anteriors i actuals, de la conveniència de la diagnòsi precoç i d'aconsellament davant la infecció pel VIH.
- Cal abstenir-se de compartir xeringues o altres instruments utilitzats per a la injecció de drogues.
- Cal abstenir-se de mantenir relacions sexuals amb penetració quan la persona infectada o les seves parelles sexuals tinguin una infecció o una lesió a l'àrea genital, anal o oral, i també durant la menstruació.
- En el cas que es decideixi tenir relacions sexuals amb penetració, l'ús correcte i consistent del preservatiu disminueix el risc d'infecció pel VIH.
- Cal informar les persones infectades que es plantegin tenir fills que la probabilitat de transmissió del VIH de mare a fill és del voltant del 20% quan la mare no rep tractament ARV; cal informar també que la infecció pel VIH és un supòsit d'avortament legal i que, si decideix continuar amb l'embaràs, és convenient que es mantingui un contacte regular amb els serveis sanitaris per tal de controlar l'evolució de l'embaràs i, posteriorment, del fill.
- Cal abstenir-se de donar sang, plasma, semen, llet, òrgans o altres teixits.
- Cal evitar el consum excessiu d'alcohol i tabac, i adoptar una dieta equilibrada, com també fer exercici moderat i evitar l'estrès.
- Cal mantenir un contacte regular amb els serveis sanitaris per tal de controlar l'evolució de la infecció i altres problemes de salut que puguin aparèixer, amb la finalitat d'assegurar a cada moment les condicions de cura i tractament necessàries.
- Cal informar que, tot i que la infecció pel VIH no té cura, la millor manera de controlar-la és seguir correctament les pautes de tractament i profilaxi recomanades en l'actualitat, a banda de les mesures preventives aconsellades.

6. Actuacions en el pacient seronegatiu amb pràctiques de risc

En l'algoritme següent s'exposen les actuacions que es poden dur a terme en el pacient seronegatiu amb pràctiques de risc.

Algoritme 2. Maneig del pacient seronegatiu



7. Avaluació inicial del pacient adult infectat pel VIH

En l'estudi inicial des de l'atenció primària d'un pacient seropositiu es poden donar diverses circumstàncies: el pacient arriba a la consulta per primera vegada, però ja coneix la seva seropositivitat i es controla a l'hospital; el pacient sap que és seropositiu però no ha iniciat cap control ni tractament o bé els ha abandonat, o bé es tracta d'un pacient recentment diagnosticat, potser arran d'una petició de serologia en detectar-se una conducta de risc, i des de l'APS se li ha comunicat per primer cop la seropositivitat.

En el pacient de diagnòstic recent i en aquell que no ha iniciat encara cap control, l'avaluació inicial permetrà conèixer en quin moment evolutiu de la infecció es troba, quin és el seu estat clínic i immunitari, i quines són les seves necessitats preventives i terapèutiques. En el cas del pacient que es controla a nivell especialitzat, també és important recopilar informació sobre

aquests mateixos aspectes ja que permetrà definir quines són les intervencions que es poden fer des de l'APS i de les quals es pot beneficiar el pacient.

Els instruments que s'utilitzen per a aquesta aproximació inicial són l'anamnesi, l'exploració física i la determinació de proves complementàries.

7.1. Anamnesi

La història clínica del pacient infectat pel VIH seguirà una estructura similar a la que se segueix en qualsevol altre tipus de pacient, encara que ha d'incloure uns apartats específics (vegeu la taula 5). Les dades s'aniran recollint de forma sistematitzada a partir de l'anamnesi que pot anar-se fent en les successives visites del pacient.

Taula 5. Anamnesi del pacient infectat pel VIH

-
- Determinació de la data aproximada de la infecció pel VIH: serologies prèvies i resultats, clínica suggestiva d'infecció aguda.
 - Mecanismes de contagi: UDVP, relacions sexuals no protegides, inici de les pràctiques de risc, utilització de mesures preventives.
 - Tractaments previs contra el VIH i/o profilaxis prèvies contra gèrmens oportunistes.
 - Patologia prèvia relacionada amb el VIH (adenopaties, infeccions oportunistes, hepatitis, pneumònies, MTS, etc.), remarcant els antecedents de TBC o de PPD previs i els seus resultats.
 - Serologies prèvies a hepatitis i resultats, immunitzacions.
 - Consum de tòxics: tabac, alcohol, altres drogues.
 - Sexualitat i reproducció: existència de relacions sexuals, embarassos previs, expectatives de tenir fills, mètodes contraceptius, ús de mètodes de barrera i actitud davant la seva utilització.
 - Estat emocional (depressió, ansietat, etc.) i necessitats de suport.
 - Estadades prèvies en centres penitenciaris, viatges i desplaçaments a zones d'elevada prevalença de la infecció pel VIH o de determinades infeccions oportunistes.
 - Anamnesi per aparells:
 - General: febre, sudoració, pèrdua de pes, etc.
 - Pell i mucoses: herpes, candidosi, leucoplàsia, etc.
 - Sistema nerviós: trastorns visuals, del caràcter, pèrdua de memòria, parestèsies, etc.
 - Aparell digestiu: diarrees, dolor abdominal, etc.
 - Aparell respiratori: tos, expectoració, dispnea, etc.
 - Dades socials: treball, situació econòmica, situació familiar.
-

7.2. Exploració física

L'exploració física haurà de ser completa, acurada i sistemàtica. Caldrà cercar signes que orientin sobre la situació clínica del pacient, sobre processos afegits que requereixin tractament o fer cerca activa de marcadors clínics que puguin indicar progressió de la malaltia o diagnòstic de sida (vegeu la taula 6). La primera visita servirà de referència per comparar canvis respecte a les posteriors visites de control.

Taula 6. Exploració física en el pacient infectat pel VIH i possibles causes a tenir presents en el diagnòstic diferencial

General	pèrdua de pes	síndrome constitucional, complex relacionat amb la sida
	síndrome febril	pneumònia, tuberculosi, micobacteris atípics, limfoma...
Fons d'ull	taques blanques, infiltrats, hemorràgies	retinopatia pel VIH, retinitis per citomegalovirus o toxoplasma
Camp visual	dèficits campimètrics	citomegalovirus, toxoplasma
Cavitat oral	plaques blanques	candidosi, leucoplàsia oral
	úlceres	herpes, citomegalovirus, aftes
	maculopàpules violàcies	sarcoma de Kaposi, angiomasosi bacil·lar
Ganglis limfàtics	adenopaties	tuberculosi, limfadenopatia, limfoma, sífilis...
Abdomen	hepatosplenomegàlia	tuberculosi, micobacteris atípics, limfoma, hepatopatia crònica
Genitals i zona anal	lesions	herpes, sífilis, xancroide, condilomes
	exploració ginecològica	MTS, displàsia cervical
Neurològic	dèficits motors, signes meningis, alteracions cognitives o del nivell de consciència	toxoplasmosi cerebral, limfoma, neurosífilis, tuberculosi, leucoencefalopatia multifocal progressiva, neuropatia per VIH
Pell	pàpules o màcules violàcies	sarcoma de Kaposi, angiomasosi bacil·lar
	lesions descamatives	dermatitis seborreica, micosi, psoriasi
	erupció papular	fol·liculitis estafilocòccica, sarna, mol·lusc contagiós,
	púrpura rash vesicular	púrpura trombocitopènica idiopàtica, VIH herpes
Cardíac	bufs	endocarditis
Respiratori	alteracions en l'auscultació	pneumònies, tuberculosi
Esfera psíquica	signes que manifestin trastorns psíquics o de l'estat d'ànim	ansietat, depressió, inici de demència associada a la sida

7.3. Exploracions complementàries

Les exploracions complementàries són bàsiques per valorar l'estat clínic del pacient, el pronòstic de la malaltia i establir la terapèutica adequada. Posteriorment ens serviran per al control de la infecció i les seves complicacions, per la qual cosa caldrà establir una periodicitat en la repetició de les exploracions (vegeu la taula 7).

Taula 7. Exploracions complementàries inicials en el pacient amb infecció pel VIH

- VSG i hemograma complet, amb fórmula leucocitària i plaquetes.
- Subpoblacions limfocitàries: CD4, CD8 i índex.
- Càrrega vírica (si es pot sol·licitar en l'entorn de l'APS).
- Bioquímica:
 - Glucosa
 - Creatinina, Na i K
 - GOT, GPT, gamma-GT, FA
 - Albúmina
 - Colesterol, triglicèrids
- Serologies: toxoplasma IgG, lúes (VDRL i FTA), CMV IgG, HBsAg, HBeAg, VHC Ac, VHA IgG Ac.
- Rx de tòrax.
- Prova de Mantoux* (i bacteriologia d'esput, segons resultats).
- Exploració ginecològica amb citologia cervical a la dona.
- Citologia anal segons troballes a l'exploració física.

* *Intradermoreacció de Mantoux (PPD). S'ha de fer en tot pacient infectat pel VIH en el seu estudi inicial i en el seu seguiment. Si el resultat és negatiu i se sospita que aquesta resposta és deguda a l'estat d'immunodepressió del pacient, convé derivar-lo per realitzar una prova d'anergia cutània. Es considera positiva la prova quan la induració té un diàmetre igual o superior a 5 mm o fins i tot menor, segons alguns experts, independentment de l'edat i de l'estat vacunal previ del pacient. En cas de reacció positiva, cal descartar la presència d'una tuberculosi activa.*

8. Seguiment clínic del pacient amb infecció pel VIH a l'APS

Aquest seguiment ha de tenir en compte aquelles activitats relacionades amb la infecció pel VIH, però també altres problemes de salut que poden afectar el pacient, juntament amb el desenvolupament d'activitats d'aconsellament, de suport, educació sanitària i de prevenció que estiguin indicades.

Actualment, la majoria dels pacients amb infecció pel VIH inicien tractament ARV en etapes molt precoces del procés, per la qual cosa el seguiment clínic del pacient en el nivell de l'APS ha de complementar-se amb el seguiment especialitzat, fent especial incidència en la detecció precoç de complicacions, el diagnòstic i tractament de les manifestacions menors associades i altres eventualitats clíniques freqüents, la supervisió del règim de controls i de tractament establert, la vigilància dels efectes adversos de la medicació ARV i de les interaccions farmacològiques, així com la provisió de mesures preventives pròpies de la infecció pel VIH i pròpies de l'APS.

De tota manera, el professional d'APS ha de conèixer la periodicitat i el contingut del seguiment clínic del pacient amb infecció pel VIH (vegeu la taula 8) i assegurar-se, en cas que el pacient només es controli a l'hospital, que està fent aquest seguiment.

Taula 8. Seguiment clínic del pacient amb infecció pel VIH

- Controls clínics cada 3-6 mesos.
- Contingut: anamnesi, exploració física (cavitat oral, ganglis, abdomen, fons de l'ull, pell, pes i temperatura).

Proves complementàries: hemograma complet, subpoblacions limfocitàries, càrrega vírica.

- Controls anuals (segons els resultats previs): bioquímica general, serologies de VHC, VHB, lues, CMV; realització de la prova de Mantoux.
 - Controls bianuals (segons resultats previs): serologia de toxoplasma.
 - Rx de tòrax, segons el quadre clínic.
 - Controls ginecològics a la dona: citologia, biòpsia cervical, cada 3-6-12 mesos, segons els resultats inicials.
-

9. Criteris clínics i biològics de derivació del pacient amb infecció pel VIH

En el decurs de l'evolució del pacient amb infecció pel VIH es poden presentar diferents situacions que poden requerir la derivació urgent o no urgent del pacient a l'hospital o a l'especialista, per requeriment d'un ingrés o bé per reconsideració del tractament a seguir, ja sigui per criteris clínics, analítics o immunològics. Entre aquestes situacions destaquen les que segueixen:

9.1. Troballes clíniques

- Sospita de tuberculosi pulmonar (*).
- Sospita de pneumònia per *Pneumocystis carinii* o per altres gèrmens oportunistes (*).
- Pneumònia bacteriana segons la gravetat i el grau d'immunodepressió del pacient (*).
- Procés broncopulmonar difús amb símptomes sistèmics o alteracions respiratòries, amb risc de compromís vital (*).
- Sospita de candidosi esofàgica.
- Síndrome diarreica greu o perllongada (*).
- Candidosi oral, leucoplàsia vellosa o dermatitis seborreica greus.
- Herpes simple mucocutani crònic.
- Herpes zòster disseminat (*).
- Sospita de sarcoma de Kaposi.
- Sospita o diagnòstic de sífilis.
- Febre elevada o persistent (*).
- Sospita de bacterièmia (*).
- Alteracions neurològiques d'aparició aguda o subaguda (*).
- Alteracions de l'esfera psíquica d'aparició aguda o subaguda (*).
- Alteracions en l'estudi del fons de l'ull (*).
- Afectació de l'estat general per qualsevol causa (*).

9.2. Troballes de laboratori

- Trombopènia simptomàtica (*).
- Anèmia o leucopènia greu (*).
- Serologia luètica positiva.

9.3. Altres motius de derivació

- Per a determinació de la càrrega vírica si no es pot demanar a l'APS.
- Per a determinació de les subpoblacions limfocitàries si no estan disponibles en l'APS.
- Per un descens ràpid de la xifra de CD4.
- Efectes secundaris greus dels fàrmacs ARV (poden requerir ingrés urgent).
- Abandó del tractament ARV o de les profilaxis.
- Dones infectades embarassades.

(*) Criteris de derivació urgent.

10. Maneig de situacions especials a l'APS

Existeix una sèrie de situacions en què el pacient amb infecció pel VIH, sempre que el seu estat general i els recursos diagnòstics i terapèutics disponibles així ho permetin, pot ser avaluat i fins i tot tractat en el nivell de l'APS.

10.1. Febre

La presència de febre en el pacient amb infecció pel VIH obliga a fer una àmplia diagnosi diferencial. L'enfocament inicial de l'avaluació inicial del pacient amb febre dependrà del seu estat immunitari i de l'existència o no de dades clíniques de focalitat de la febre. Així tenim que:

- Si la febre és elevada i el pacient té immunodepressió marcada (limfòcits CD4 < 500/mm³), cal derivar-lo urgentment a l'hospital.
- Si el pacient presenta un quadre de febre perllongada (més de 10-15 dies) i no hi ha un focus clar d'aquesta febre, cal derivar-lo a l'hospital per fer-li un estudi més a fons del quadre febril i instaurar el tractament apropiat.
- Si no es donen cap d'aquestes situacions, l'anamnesi, l'exploració física i la realització d'algunes proves complementàries (hemograma, bioquímica general de sang i orina, serologies al virus i bacteris més comuns en aquests pacients, urocultiu, tinció de Gram i cultiu d'esput, Rx de tòrax, etc.) poden permetre el diagnòstic i la instauració del tractament específic en el nivell ambulatori.

10.2. Diarrea

L'existència de diarrees en pacients infectats pel VIH no tan sols contribueix al deteriorament físic, sinó que sovint és un factor important de malnutrició. El pacient amb diarrea pot ser avaluat en el nivell de l'APS quan el seu estat clínic general no està afectat i la diarrea no és greu ni perllongada. Aquesta avaluació ha d'incloure l'estudi de paràsits en femta i coprocultius a fi de descartar infeccions concomitants i instaurar el tractament apropiat (vegeu l'algoritme 2).

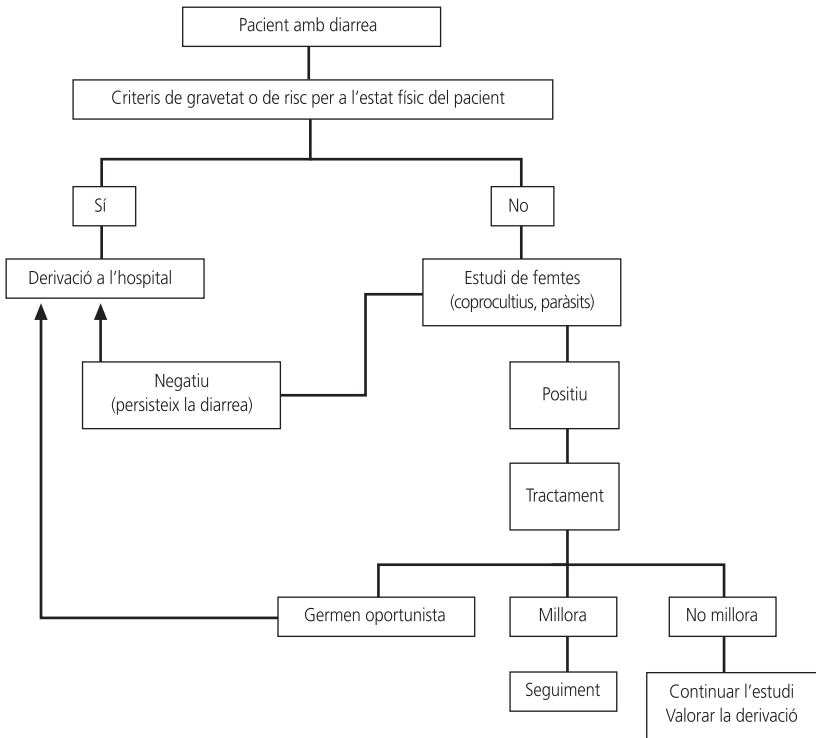
10.3. Pèrdua de pes

Sol ser una manifestació freqüent en el pacient amb infecció pel VIH i, sovint, molt inespecífica. Per això cal esbrinar-ne la causa, la qual serà evident en la majoria dels casos. No obstant això, si la pèrdua de pes és important o la causa originària no es coneix, o bé es deu a algun procés greu, el pacient ha de ser derivat a una unitat especialitzada.

10.4. Adenopaties

La presència d'adenopaties en el context de la infecció pel VIH és un signe freqüent que cal ser valorat adequadament. En el decurs de la infecció apareixen adenopaties en un nombre important de pacients i per causes molt diverses. Per a la valoració de les adenopaties cal conèixer el context general del pacient, el seu estat immunitari, l'existència o no d'infeccions prèvies, etc. Cal revisar tots els territoris ganglionars accessibles. La presència d'adenomegàlies (ganglis de més de 2 cm de diàmetre), d'augment de la consistència o la presència de dolor en la palpació dels ganglis, han d'alertar sobre la possibilitat d'algun procés tumoral o infeccions subjacent, que farien necessaris estudis especialitzats que proporcionessin el diagnòstic.

Algoritme 3. Estudi del pacient amb diarrea



10.5. Tos i expectoració

Les infeccions bacterianes del tracte respiratori són molt freqüents en els pacients amb infecció pel VIH. Davant la presència de símptomes respiratoris, cal conèixer l'existència d'infeccions prèvies, saber si el pacient està fent o ha fet profilaxi contra les infeccions oportunistes, si es tracta d'un UDVP actiu, quina és la simptomatologia acompanyant (febres, adenopaties, etc.) que presenta i quin és el seu estat immunitari.

L'anamnesi, l'exploració física, la mesura de la saturació d'oxigen i l'Rx de tòrax proporcionaran la informació necessària per poder actuar adequadament. Si l'estudi radiològic és negatiu, si no hi ha símptomes ni signes de compromís respiratori (taquipnea, dispnea, desaturació d'oxigen) i l'estat general del pacient no està afectat, es pot iniciar un tractament empíric amb amoxicil·lina-àcid clavulànic, un macròlid o una cefalosporina de segona generació i valorar l'evolució del pacient al cap de 48-72 hores abans de determinar la conveniència de derivar-lo a l'hospital.

11. Promoció d'hàbits saludables i altres cures en el pacient amb infecció pel VIH

11.1. Limitació o evitació del consum de tòxics

El consum habitual o excessiu de substàncies tòxiques (tabac, alcohol, cocaïna, heroïna, amfetamines, drogues de disseny, etc.) a més de no ser saludable en general, pot comportar tota una sèrie d'efectes negatius en el pacient amb infecció pel VIH: alteracions en l'estat immunològic, possibles interaccions farmacològiques amb els antiretrovirals i altres fàrmacs d'ús comú en aquesta malaltia, increment de les pràctiques de risc enfront del VIH, risc d'intoxicació aguda, així com increment del risc de patir malalties cardiovasculars, respiratòries, hepàtiques i del sistema nerviós central. A banda de tot això, el consum de substàncies tòxiques pot incidir negativament en el seguiment clínic i el compliment terapèutic del pacient.

En el cas que el pacient no pugui deixar-ne el consum, cal intentar que el redueixi al mínim, fent-li comprendre els beneficis de l'abandó per mantenir un nivell de salut satisfactori.

11.2. Exercici físic

L'exercici físic adaptat a les capacitats de cada persona és de gran utilitat ja que proporciona relaxament, enforteix la musculatura, millora el descans i augmenta l'apetit, a banda de tenir efectes beneficiosos sobre el sistema cardiovascular. És convenient que el pacient infectat pel VIH realitzi regularment activitat física moderada, basada en exercicis de tipus aeròbic com caminar, nedar o anar en bicicleta, evitant en qualsevol cas l'esgotament físic.

El fet de contraure la infecció pel VIH no obliga necessàriament a la persona que feia esport que abandoni aquesta pràctica, però sí que l'adapti a les seves capacitats físiques i al seu estat general. Normalment, el que no és recomanable és que realitzi competicions esportives.

Quan el pacient infectat pel VIH ha d'estar enllitat durant un temps o de forma permanent, també es recomanable que segueixi un mínim d'activitat física i de canvis posturals, a fi d'evitar l'aparició d'escars per decúbit, rigideses articulars, hipotonia muscular i descalcificació òssia. En aquests casos, convé adaptar-se també a l'estat general del pacient; sovint és convenient el consell d'un professional fisioterapeuta a l'hora de marcar la pauta d'exercicis a realitzar, sobretot si el pacient presenta una malaltia neurològica de base.

11.3. Massatges

En general, els massatges produeixen un efecte relaxant i de plaer, tant des del punt de vista físic com psicològic; permeten el contacte i la comunicació a través del tacte, activen la circulació i poden alleugerir el dolor. Quan el pacient infectat pel VIH desitgi rebre massatges, cal que els rebi sempre d'un professional experimentat, cal que sàpiga que no li convenen massatges massa intensos i que en qualsevol cas ha d'exigir que aquests massatges es realitzin sota extremes mesures higièniques. També cal que el pacient conegui quines són les condicions en què els massatges estan contraindicats: estats avançats de la malaltia, presència d'adenopaties grans i/o doloroses, febre elevada o lesions cutànies (èczemes, úlceres, sarcoma de Kaposi extens o amb edema, exantemes).

11.4. Descans

El descans i el son reparador són molt necessaris en el pacient amb infecció pel VIH, com en qualsevol malaltia crònica en què hi ha un consum energètic important. En general, és recomanable dormir un mínim de vuit hores cada dia, que es poden complementar amb una estona de migdiada si es dorm menys a la nit o hi ha molta activitat física o intel·lectual durant la jornada. Quan el pacient pateix estrès és recomanable complementar el descans amb exercicis senzills de relaxament (relaxament muscular, respiració abdominal, etc.), un parell de vegades al dia i durant uns deu minuts per cada sessió.

11.5. Activitat intel·lectual

És aconsellable mantenir-la fins que la persona pugui, ja que l'ajuda a assolir un bon equilibri psicològic.

11.6. Relacions socials i aspectes quotidians

Algunes persones, en saber-se infectades pel VIH, tenen por de ser "descobertes" i, per tant,

rebutjades per les persones del seu entorn social, o tenen por de contagiar-les. Cal treballar aquests temors amb el pacient infectat pel VIH procurant que no s'automargini, ja que les relacions socials són fonamentals per mantenir el seu equilibri emocional, a banda d'evitar la sensació de solitud que podria experimentar. El pacient infectat pel VIH i també els seus familiars o convivents han de saber que anar a treballar, conviure amb altres persones en una mateixa casa, compartir la dutxa, el lavabo, la roba o la vaixela, donar-se la mà o fer-se un petó, abraçar-se, no comporten en si cap risc de transmissió del virus i que hi ha una sèrie d'objectes i estris que cal evitar compartir tant per raons d'higiene com per risc potencial que comportaria la seva contaminació amb sang a partir de petites ferides: objectes tallants o punxents com màquines o fulles d'afaitar, tallaungles o tallapells, o el raspall de dents.

11.7. Convivència amb animals domèstics

En principi, les persones infectades pel VIH no cal que renunciïn a tenir animals de companyia, ja que els poden ser molt gratificants. De tota manera, tot i que el risc és baix, cal saber que alguns animals poden vehicular algunes infeccions com criptosporidiosi, toxoplasmosi, *Mycobacterium avium* i altres, que podrien afectar l'estat de salut d'aquestes persones. Per evitar-ho, cal recomanar al pacient infectat pel VIH que tingui o vulgui tenir algun animal de companyia que adopti un seguit de precaucions (taula 9).

11.8. Maneig saludable de l'aigua i dels aliments

Els aliments i l'aigua poden ser vehicles de gèrmens causants de malalties, que en les persones infectades pel VIH poden arribar a ser molt greus. Patògens com la salmonel·la, el campilobàcter, la listèria o el *Cryptosporidium* es troben entre els agents causants de malalties relacionades amb el consum d'aigua i aliments. La preparació correcta dels aliments i el consum adequat de l'aigua a consumir són mesures essencials per tal d'evitar-les (taula 10).

No tots els països tenen normes estrictes d'higiene dels aliments i de l'aigua. Per aquest motiu, quan el pacient infectat pel VIH viatja fora, sobretot a un país en vies de desenvolupament, cal que extremi les mesures de prevenció, i eviti el consum de verdures, llegums i amanides crues, fruites amb pela, aliments cuinats freds o aigua sense bullir.

11.9. Higiene personal

És necessària tant per a la cura de la imatge del pacient com per evitar infeccions afegides. El rentat diari del cos i del cabell, així com el raspallat de les dents després de cada àpat, netejar i tallar les ungles són mesures que eviten l'acumulació de determinats patògens que podrien causar infeccions afegides. Per a la neteja de la pell és millor emprar sabó neutre i esbandir-la bé després per impedir irritacions o sequedat excessiva. Hi ha una sèrie d'objectes i estris que cal evitar compartir amb altres persones, tant per higiene com pel risc potencial que comportaria

la seva contaminació amb sang a partir de petites ferides: objectes tallants o punxents com ara màquines o fulles d'afaitar, tallaungles o tallapells, escuradents, o seda dental i raspall de dents.

Taula 9. Mesures preventives per a les infeccions causades per animals de companyia

- Rentar-se les mans amb aigua i sabó després de jugar o tocar l'animal, sobretot abans de menjar o manipular aliments.
 - Alimentar l'animal amb aliments específics, no donar-li carn crua o poc cuinada, vigilar l'aigua que beu, no deixar que furgui en deixalles ni mengi excrements d'altres animals.
 - No tocar l'animal si aquest té diarrea; demanar a una altra persona que el cuidi. Si la diarrea es perllonga, portar l'animal al veterinari.
 - No portar a casa cap animal abandonat ni malalt. Esperar a comprar o adoptar un animal fins que aquest tingui més de sis mesos i assegurar-se que el seu estat de salut és bo.
 - No tocar excrements de cap animal. Si té un gat, cal canviar la sorra diàriament, emprar guants de goma i rentar-se immediatament després les mans amb aigua i sabó.
 - Utilitzar guants per rentar aquaris i gàbies.
 - Fer tallar les ungles de l'animal per evitar esgarrapades. Si l'animal esgarrapa o mossega, rentar immediatament la ferida amb aigua i sabó.
 - No deixar que l'animal llepi la boca o qualsevol ferida o tall que pugui tenir el pacient. Evitar fer petons a l'animal.
 - Evitar tenir rèptils, llangardaixos, tortugues, micos o altres animals exòtics.
-

Taula 10. Consells per al maneig saludable de l'aigua i els aliments

- Rentar-se les mans amb aigua i sabó després de tocar o manipular carn o peix crus. Rentar amb aigua calenta i sabó els estris i les superfícies que hi hagin estat en contacte.
 - No deixar la carn o el peix crus a temperatura ambient. Posar-los a la nevera fins que hagin de ser consumits.
 - Cuinar bé les carns i el peix.
 - Consumir preferentment ous pasteuritzats. Evitar el consum d'aliments que puguin portar ou cru (maionesa casolana, salsa holandesa, etc.). Cuinar bé els ous.
 - Menjar o beure només productes làctics pasteuritzats.
 - Rentar bé fruites, llegums o verdures que hagin de ser consumides crues. Pelar la fruita.
 - Comprar només aliments amb garantia de qualitat, evitar aliments o begudes caducats, o en envasos danyats. Evitar comprar aliments a mig cuinar.
 - En cas de menjar fora de casa, assegurar-se que els aliments estan ben cuinats. No demanar aliments que continguin ous crus, ni peix o marisc cuinats al vapor (cloïsses, musclos, ostres).
 - No beure aigua directament de deus, rius o estanys.
 - Beure preferentment aigua embotellada, utilitzar-la també per a la preparació de glaçons. Si no és possible, bullir l'aigua per tal d'esterilitzar-la.
-

11.10 Mesures de neteja i desinfecció

La neteja és el procés orientat a l'eliminació de brutícia i d'alguns gèrmens d'objectes i superfícies, emprant aigua i detergent, mentre que la desinfecció consisteix en l'aplicació d'un producte químic (lleixiu, alcohol) per tal d'eliminar la majoria de gèrmens de superfícies i objectes. Ambdues mesures han de ser ben explicades al pacient amb infecció pel VIH i als seus convivents. En general, es recomana la neteja diària de la tassa del vàter amb lleixiu no diluït i setmanal amb aigua i detergent o lleixiu diluït de la cambra de bany, utilitzant sempre baietes i draps destinats únicament per a aquesta finalitat. Els coberts, plats, gots i la vaixel·la en general s'han de rentar amb aigua calenta o en el rentavaixel·les; també cal netejar la nevera amb aigua i detergent de forma periòdica. La roba es pot rentar normalment a la rentadora i amb la resta de la roba de la casa si no està tacada amb fluids orgànics. El material potencialment contaminat (agulles, xeringues, tamps, benes, esparadraps) s'ha de retirar en una bossa de plàstic o d'escombraries que es tancarà abans de llençar-la amb la resta de deixalles. Pel que fa a les agulles, cal evitar encaputxar-les i s'han de posar dintre d'algun recipient per tal d'evitar punxades accidentals.

S'aconsella la utilització de guants per a la neteja o desinfecció en cas que hi hagi possibilitat de contacte amb fluids corporals o femta, orina o vòmits, així com per evitar l'exposició a productes químics irritants.

A continuació es descriuen algunes situacions en què les mesures d'higiene hauran de ser una mica més estrictes:

- Ferida: cal netejar-la amb abundant aigua i sabó i després desinfectar-la amb povidona iodada o alcohol i tapar-la amb un apòsit fins que es curi.
- Vòmits o lesions a la boca: desinfectar els estris de menjar i beure amb lleixiu al 10% durant uns 30 minuts i després rentar-los amb la resta de la vaixela.
- Esquitxos o taques de fluids orgànics a la roba: desinfectar la zona amb lleixiu al 10% durant uns 30 minuts i rentar-la amb aigua calenta (uns 60° o més) si la taca és extensa; després, rentar la peça de roba amb la resta de la bugada.
- Esquitxos o taques de fluids orgànics a superfícies o objectes: desinfectar amb lleixiu al 10%, tapar la superfície o objecte amb paper higiènic o de cuina durant uns 10 minuts i després netejar normalment.
- Rectorràgia o diarrea: desinfecció de la tassa del vàter o la gibrella amb lleixiu sense diluir.

11.11. Consells en cas de viatges i desplaçaments

Viatjar pot comportar alguns riscos per a les persones infectades pel VIH, especialment de contraure infeccions oportunistes quan viatgen a països en vies de desenvolupament. Per evitar-ho és aconsellable conèixer quins són els riscos i adoptar les mesures de prevenció adequades. En aquest sentit, convé que el pacient consulti el seu EAP o professionals especialitzats abans de viatjar.

Hi ha una sèrie de recomanacions que convé donar al pacient infectat pel VIH que es disposa a viatjar:

- Per al tractament de la diarrea del viatger: cal endur-se antibiòtics apropiats com ciprofloxacina o trimetoprim-sulfametoxazole en quantitats suficients per a un tractament d'una setmana de durada. També pot ser útil recomanar al pacient que dugui algun antidiarreic, com la loperamida, i suplementes electròlits per a la rehidratació oral.
- Per evitar malalties transmises per picades d'insecte: repel·lent d'insectes, mosquiteres per dormir si es viatja a zones on hi ha malària, roba i calçat adequats evitant deixar zones descobertes. A menys que no sigui possible, desaconsellar viatjar a regions on hi hagi febre groga.
- Per evitar insolacions i cremades solars: utilització de gorra o barret, evitar exposicions solars massa perllongades, utilització de protectors solars de factor elevat.
- Vacunes: provisió de vacunes recomanades en determinades zones com l'antitifoïdal o contra les hepatitis, profilaxi química del paludisme i altres vacunes sistematitzades com l'antigripal o l'antitetànica.

- Donar instruccions clares sobre l'ús saludable de l'aigua i dels aliments.
- Insistir en la conveniència del seguiment estricte de les pautes antiretrovirals i profilàctiques establertes, així com del règim dietètic recomanat.
- Revisar les assegurances de cobertura sanitària del pacient en cas de desplaçament: E-111, mutualitats, companyies d'assegurança, etc. Informar sobre l'existència o no de centres especialitzats en el tractament de persones infectades pel VIH en el país de destí.
- Supervisar el contingut de la farmaciola de primeres cures: antitèrmics tipus paracetamol, termòmetre, cotó o gases, esparadrap o apòsits, aigua oxigenada o povidona iodada, anti-diarreics, antibiòtics, xeringues estèrils i preservatius.
- Altres consells abans de viatjar: alguns països tenen restringida l'entrada de les persones infectades pel VIH o malaltes de sida. De vegades, l'aspecte físic o el fet de dur agulles i xeringues, o determinada medicació en l'equipatge poden fer despertar la sospita que el viatger està infectat pel VIH i obligar-lo a fer-se la prova diagnòstica abans d'entrar al país o fins i tot fer-lo tornar al país d'origen. Aquest aspecte s'ha de considerar abans de marxar; cal prendre la precaució d'informar-se adequadament abans de decidir viatjar i disposar de les dades de l'ambaixada o consolat del propi país en el punt de destí per si sorgeixen complicacions.

11.12. Consells per a les persones que cuiden el pacient

En principi, el fet de cuidar una persona infectada pel VIH no comporta cap risc de transmissió del virus. No obstant això, cal adoptar mesures higièniques de protecció per evitar transmetre i contraure infeccions. Així, el cuidador informal s'ha de rentar les mans cada vegada que va al vàter, manipula aliments o ha de cuinar, com també abans i després de curar el pacient. S'ha d'hidratar acuradament les mans per tal d'evitar la formació de clivelles. Si té lesions a la pell ha d'utilitzar guants i si aquestes lesions són massa extenses és convenient que deixi la cura del pacient a una altra persona fins que les lesions estiguin curades.

11.13. Consell sobre tractaments alternatius o complementaris

Sovint el pacient amb infecció pel VIH recorre, a més del tractament convencional de la infecció, a altres teràpies anomenades alternatives com l'acupuntura, l'homeopatia, el naturisme, la fitoteràpia, la macrobiòtica, etc. Els motius poden ser diversos: per cansament del tractament convencional, per manca de confiança en aquest o per una cerca de complementarietat.

En principi, aquestes teràpies no tenen perquè incidir negativament sobre la salut del pacient, però aquest ha de saber que en cap cas s'ha demostrat científicament que aquests tractaments siguin eficaços contra el VIH, i que en el cas d'algunes teràpies basades en l'administració de substàncies o de plantes es poden produir interaccions farmacològiques importants amb els antiretrovirals de manera que en disminueixi l'eficàcia enfront del virus, a banda de poder presentar-se efectes secundaris lligats a aquests productes.

11.14. Consideracions en la dona en edat fèrtil

Tota dona infectada pel VIH en edat fèrtil ha de rebre consell i informació sobre els riscos de la transmissió vertical del VIH, sobre la incertesa de possibles efectes iatrogènics del tractament ARV sobre el fetus, com també sobre la reducció no total del risc de transmissió maternofetal del virus. La dona i la seva parella han de ser assessorats sobre les limitacions que en un futur pot comportar la malaltia en relació amb la cura del seu fill.

11.15. Signes i símptomes que han de motivar una consulta mèdica

Cal que el pacient conegui quines són les situacions en què ha de fer una consulta mèdica, per tal d'arribar al més aviat possible al diagnòstic i així instaurar les mesures terapèutiques adients:

- Pèrdua inexplicable de pes.
- Cansament fàcil o exagerat.
- Suor intensa nocturna.
- Tos seca i persistent.
- Alteracions visuals.
- Mal de cap.
- Alteracions de la memòria.
- Alteracions de la capacitat de concentració.
- Angoixa, tristor, depressió.
- Defectes de la mobilitat.
- Defectes de la sensibilitat.
- Augment de la mida dels ganglis.
- Taques o lesions a la pell o a la boca.
- Dificultat d'empassar líquids o aliments.
- Dificultat de respirar.
- Diarrea persistent o intermitent.
- Febre mal tolerada, elevada o persistent.
- Febre, malestar, lesions a la pell o altres símptomes relacionats amb la presa de la medicació.

12. Nutrició i infecció pel VIH

Hem de tenir present que la malnutrició apareix en algun moment del desenvolupament de la malaltia i pot afectar, en diversos graus, del 50 al 90% dels seropositius.

L'estat nutricional està molt lligat a la supervivència dels malalts infectats pel VIH. La desnutrició es presenta amb pèrdua de la massa cel·lular corporal i dèficit de vitamines (B₆, B₁₂, A, E, C, D, betacarotens) i oligoelements (àcid fòlic, seleni, zinc i magnesi). Ja el 1989, Kotler va demostrar que quan la massa cel·lular corporal arriba al 54% es produeix la mort. Un altre índex nutricional que empitjora el pronòstic d'aquests malalts és la presència d'hipoalbuminèmia; quan aquesta està per sota de 2,5 g/dl es limita la supervivència dels afectats per la sida.

En aquests pacients la desnutrició es presenta com dos quadres clínics relacionats amb la pèrdua de pes: el *dejú* i la *caquèxia*. El *dejú* es caracteritza per una pèrdua de la ingesta de nutrients i es manifesta com pèrdua de pes, aigua i greix principalment, amb nivells normals de citocines. La *caquèxia* es caracteritza per una pèrdua desproporcionada de massa magra i greus trastorns metabòlics, amb augment dels nivells de citocines. Mentre que la primera reverteix amb la realimentació, la segona no, només millora amb el control de la infecció pel VIH o de les malalties associades. Les causes que provoquen l'aparició de malnutrició en la infecció pel VIH són múltiples (vegeu la taula 11). Recordem simplement que en períodes de pèrdua de pes els pacients tenen una despesa energètica disminuïda; la pèrdua de pes la provoca la reducció de la ingesta i no l'augment del consum energètic.

En tots els pacients infectats pel VIH s'ha de valorar l'estat nutricional, i serà imprescindible detectar aquells pacients amb risc (taula 12) de malnutrició mitjançant la valoració següent (vegeu les taules 13 i 14). Seguidament ja podem calcular els seus requeriments tant energètics com proteics i iniciar el *suport nutricional* amb els *objectius* de:

- Preservar el teixit magre.
- Aportar tots els nutrients necessaris per mantenir un estat nutricional correcte.
- Minimitzar els símptomes de malabsorció.
- Optimitzar la repició nutricional, sobretot després de presentar infeccions oportunistes.
- Millorar la tolerància a la medicació i als tractaments.
- Millorar la qualitat de vida.
- Ser útil com a mesura de cures pal·liatives en la fase terminal de la malaltia.

Tot seguit s'exposen les recomanacions nutricionals general i específiques per a cada situació concreta.

Taula 11. Patogènia de la desnutrició en malalts infectats pel VIH

- Dèficit de nutrients:
 - Per falta d'aportació: anorèxia
 - Per falta d'aprofitament:
 - Maldigestió
 - Malabsorció
 - Alteracions del balanç energètic:
 - Augment del consum energètic
 - Cicles fútils
 - Desequilibri endocrinològic
-

Taula 12. Pacients amb risc de desnutrició

- Pacients amb anorèxia i ingesta dietètica disminuïda.
 - Pacients amb pèrdua de pes superior al 5% els darrers tres mesos.
 - Pacients amb valoració subjectiva global de desnutrició.
 - Pacients amb dèficits proteics i/o de micronutrients.
-

Taula 13. Com valorar la desnutrició

- Història dietètica completa.
 - Història clínica amb especial referència a símptomes com la diarrea, els vòmits, els tractaments farmacològics i la seva tolerància...
 - Exploració física: pes, talla, índex de massa corporal, percentatge de pèrdua de pes en un temps determinat: plec tricipital i circumferència muscular del braç.
 - Proteïnes viscerals: albúmina.
 - Determinacions de vitamines, minerals i oligoelements, si és possible.
 - Valoració subjectiva global, molt fàcil de realitzar i sensible per a la identificació de pacients amb risc de desnutrició.
-

Taula 14. Valoració subjectiva global de Detsky i col·l. ***A. Història**

1. Canvis en el pes. Talla
Pèrdues en els darrers 6 mesos:.....kg;% pèrdua de pes
Canvis en les últimes dues setmanes:augment; no hi ha canvis.....; disminució.....
2. Canvis en la ingesta (comparant-ho amb la normalitat)
Canvis: No..... Sí..... Durada del canvi en nombre de setmanes.....
Sí la resposta es sí: dieta sòlida subòptima.....; dieta líquida.....;
Líquids hipocalòrics.....; dejú.....
Suplements: vitamines.....; minerals...(inclogueu la dosi i la freqüència)
3. Síntomes gastrointestinals que durin més de dues setmanes:
Cap..... Nàusees..... Vòmits.....Diarrea.....Anorèxia.....
4. Capacitat funcional
No hi ha disfunció (en plena capacitat)
Disfunció: durada setmanes; tipus.....treballant de forma subòptima
Amb capacitat de cures ambulatories.....; enllitat.....
5. VIH estadi.....;
Malaltia oportunist.....
Tumor associat.....
Demandes metabòliques (estrès): cap.....; baixa.....; moderada.....; alta.....

B. Exploració física (especifiqueu 0 = normal, 1 = lleu; 2 = moderat; 3 = greu)

- Desgast muscular (quadríceps, deltoïdes).....
- Edemes mal·leolars.....
- Edemes al sacre.....
- Pèrdues de greix subcutani (tríceps, tòrax).....
- Lesions de mucosa.....
- Lesions cutànies:.....
- Lesions al cabell.....
- Ascitis.....

C. VSG (seleccionar-ne una)

- Ben nodrit.....
- Moderadament desnodrit
- Greument desnodrit

*JPEN 1987, 11:8-13

12.1. Característiques generals de la dieta

Com en altres malalties cròniques, en la infecció pel VIH l'existència d'un estat hipermetabòlic fa que sigui necessari assegurar una aportació energètica suficient i adequada a cada situació del pacient per evitar pèrdues de pes i estats carencials.

En general, la dieta del pacient amb infecció pel VIH ha de ser:

- *Suficient*, per mantenir el pes corporal.
- *Alta en calories* (2.300 – 3.000 kcal/dia).
- *Variada*, per cobrir els requeriments de vitamines (A, B, C, E i àcid fòlic) i oligoelements (zinc, seleni, coure, ferro, calci, magnesi i iode) amb aportació suficient d'aigua.
- *Equilibrada*, en què els hidrats de carboni aportin el 50% de la energia, els greixos el 30% i les proteïnes el 15%. En pacients asimptomàtics o estables i amb bona funció intestinal es recomana que la dieta sigui alta en energia i proteïnes, i relativament baixa en greixos (els greixos que s'aportaran seran principalment de la sèrie n-3).
- *Adequada* a les necessitats i gustos de cada pacient i a la presència de qualsevol esdeveniment que requereixi una adaptació específica.
- *Segura*, per evitar que els aliments puguin actuar com a vehicles de transmissió d'infeccions.

(Vegeu les taules 15 i 16.)

Taula 15. Exemple de dieta estàndard per al pacient amb infecció pel VIH

- Plats principals o calents a la setmana: arròs (2), pasta italiana (2), llegums (3).
 - Verdures: 2 cops al dia, un d'ells en forma de verdures crues (amanides, gaspatxo).
 - Fruïtes: mínim de 3 peces al dia, de les quals 1 rica en vitamina C (kiwi, cítrics, maduixes, etc.).
 - Proteïnes: peix (6 cops per setmana), carn (4-5 cops per setmana), ous (3-4 unitats per setmana).
 - Diàriament: aigua, llet o derivats, pa, patates.
 - Si es prenen suplementos nutricionals, millor prendre'ls a mig matí, a l'hora de berenar o després de sopar.
-

Taula 16. Recomanacions de seguretat i higiene alimentària per als pacients amb VIH

- Vigilar les mesures d'higiene en la preparació dels aliments i la seva manipulació culinària. Començar rentant-se les mans, la superfície on es prepararà el menjar i els estris que es faran servir.
 - Evitar el consum d'ous, carn d'aus, de bou o peix cru o poc fet.
 - Cuinar la carn sempre a més de 60°.
 - No menjar els ous defectuosos amb la closca esquerdada.
 - Consumir llet pasteuritzada o uperitzada i els derivats lactis del dia.
 - Si es preparen i/o recalenten els aliments s'haurà de fer entre 60 i 90°.
 - Conservar els aliments a la nevera.
 - No deixar els aliments preparats a temperatura ambient més de dues hores.
 - Rentar les fruites i pelar-les quan sigui possible.
 - No prendre els aliments que hagin sobrepassat la data de caducitat.
 - En anar a comprar, seleccionar correctament els aliments, embolicar bé la carn i tornar aviat a casa per posar-la a la nevera.
 - Llençar els aliments dels quals no es tenen prou garanties de l'estat de conservació.
-

12.2. Recomanacions específiques**12.2.1. Anorèxia**

- Cal fer ingestes freqüents i de poca quantitat.
- Augmentar la densitat calòrica dels aliments sense incrementar-ne excessivament el volum (vegeu la taula 17).
- Davant d'una aversió a un aliment, suggerir altres opcions que permetin obtenir els mateixos nutrients.
- Beure els líquids entre les menjades.
- Prendre menjars poc olorosos, aromàtics, sense picants ni aromatitzants
- Evitar les begudes alcohòliques.
- Cuidar la presentació dels plats.
- Menjar amb companyia.

- Indicar suplementes.
- Prendre fàrmacs orexígens si és precís (acetat de megestrol, dronabinol).

12.2.2. Anorèxia associada a alteracions de la cavitat oral o esofàgica

- Adaptar la consistència de la dieta a la tolerància del malalt: tova, semitova o líquida.
- Augmentar la densitat calòrica de les begudes.
- Evitar els aliments irritants, picants, àcids.
- Evitar aliments que puguin causar traumatismes a la cavitat oral.
- Permetre petites quantitats de líquids amb el menjar per millorar la capacitat de mastegar i salivar.
- Evitar els menjars calents.
- Si hi ha alteracions del gust, adaptar la temperatura i la textura per estimular la sensibilitat i la gana.
- Mantenir la higiene dental i oral.

12.2.3. Diarrea

- Fer dieta astringent, pobra en lactosa, baixa en greixos i fibra.
- Reposició de les pèrdues de líquids i electròlits amb aigua, te, preparats isotònics comercials (Sueroral®, Oralsuero®) o fets a casa (1 litre d'aigua, el suc d'una llimona, una cullerada de sucre, una cullereta de bicarbonat i una mica de sal).
- Fer dieta lliure d'aliments productors de gas.
- Menjar aliments no gaire calents.
- Fer ingestes freqüents i de poca quantitat
- Si la diarrea és secretora, no restringir molt la dieta per evitar dèficits nutricionals.

12.2.4. Restrenyiment

- Prendre aliments rics en fibra (llegums, verdures, fruites, fruites seques, pastes i pa integral).
- Fer ingesta abundant de líquids.
- Fer exercici físic regularment.

12.2.5. Nàusees i vòmits

- Fer ingestes freqüents i de poca quantitat.
- Menjar a poc a poc i descansar entre menjades.
- Prendre aliments tous, de consistència pastosa i baixos en greixos (purés, sèmols, cremes, derivats lactis, fruites al forn).
- Menjar aliments poc condimentats i a temperatura ambient.
- Evitar els aliments productors de gas i els fregits.
- Beure els líquids entre les menjades.
- Menjar els aliments freds i secs si es toleren millor.
- Valorar l'ús d'antiemètics.

Taula 17. Recomanacions per augmentar el contingut energètic i proteic de la dieta

Llet	<p>Fer-la servir com beguda i en coccions quan sigui possible.</p> <p>Enriquir la llet amb llet en pols (10 cullerades per litre) i fer-ho servir per preparar postres, batuts, sopes, purés o prendre-ho amb cereals, cacau.</p> <p>Afegir fruita fresca o en almívar per preparar batuts.</p> <p>Afegir una cullerada de llet en pols als purés.</p> <p>Afegir beixamel a les verdures, pastes o patates.</p>
Formatge	<p>Fos a les truites, purés de verdures...</p> <p>Ratllat a sopes, cremes, purés, truites...</p> <p>En trossets a les amanides.</p>
logurt	<p>Fer-lo servir per preparar batuts amb fruites.</p> <p>Afegir-li cereals d'esmorzar, sucre, fruita seca.</p> <p>Afegir-lo a salses per a amanides.</p> <p>Enriquir-lo amb llet en pols o condensada.</p>
Ous	<p>Filetejar l'ou dur i afegir-lo a les sopes, amanides, verdures.</p> <p>Batre'ls i afegir-los a purés, sopes, cremes, batuts...</p> <p>Afegir les clares batudes o l'ou sencer batut per omplir els pastissos de verdures, beixamel.</p> <p>Afegir més clares a les postres com flams, natilles...</p>
Carn i peix	<p>Fer-los a trossets i afegir-los a plats de verdura, amanides, salses...</p> <p>Omplir truites, patates, carabassons..., afegir-los a potatges...</p>
Olis i greixos	<p>Fer servir nata, crema de llet, mantega, maionesa...</p> <p>Afegir-los a salses, postres, purés...</p>
Fruites i fruites seques	<p>Fer-les a trossets i afegir-les a salses, amanides, purés, postres.</p>
Sucre i mel	<p>Afegir-los a sucs, batuts i postres.</p>
Cacau en pols	<p>Afegir-lo a sucs, batuts i postres.</p>
Galetes	<p>Prendre-les senceres o fetes a trossets a l'esmorzar o berenar.</p>
Pa	<p>Afegir-lo fregit a les sopes, purés...</p>
Cal recordar	<p>S'han de prendre aliments rics en proteïnes, especialment d'origen animal a les principals menjades: carns, ous, lactis, peix, marisc.</p> <p>Barrejant llegums i cereals podem tenir proteïnes d'alta qualitat.</p> <p>Cal prendre'ls tres cops per setmana.</p>

12.2.6. Febre

- Fer una dieta alta en calories i proteïnes.
- Fer una ingesta abundant de líquids.
- Valorar l'ús de suplementos.

12.2.7. Alteracions del gust

- Seguir una dieta segons les preferències de cada pacient.
- Prendre aliments marinats, amb espècies per millorar-ne el sabor.
- Augmentar la sal i el sucre als plats preparats o posar salsa de soja.
- Menjar els aliments a temperatura ambient.

12.3. Alimentació bàsica adaptada

Es tracta d'una alimentació modificada per fer-la apta a certes situacions clíniques. Permet nodrir, conservar el plaer de menjar i facilitar la seva preparació a les persones que tenen dificultats per fer-ho, i inclou:

- Dietes triturades d'alt valor nutricional:
 - Menjars i sòpors: purés de carns, peixos, aus, ous, verdures, fruites.
 - Postres, esmorzars i berenars: farinetes de cereals, batuts, mousses.
- Enriquidors de la dieta (llet sense lactosa, mòduls de proteïnes, dextrinomaltoosa —aportació energètica—, vitamines i minerals, fibra).
- Modificadors de la dieta: espesseïdors instantanis per a líquids i purés, aigua gelificada, begudes espesseïdores.

12.4. Suplements

Són fórmules nutritives integrades per un o diversos nutrients, administrades per via oral, destinades a cobrir deficiències nutricionals que no es poden cobrir amb l'alimentació normal per diversos motius. Hi ha diverses formes de presentació: líquids, pols, natilles, sopes, púding...

Es classifiquen en:

- *Suplements proteics*: aporten quantitats elevades de proteïnes, junt amb calories, vitamines i minerals (Meritene Complet®, Ensure® en pols, etc.).
- *Suplements energètics*: poden ser fórmules equilibrades, amb major o menor quantitat de proteïnes però amb alta aportació calòrica (Isosource Energy®, Resource® 2.0, Pentadrink®...) o mòduls (oligosacàrids, olis de triglicèrids de cadena mitjana) i suplementos adaptats a patologies específiques, diabetis, insuficiència renal o la mateixa sida (Advera®).

12.5. Nutrició enteral

Està indicada quan, a pesar de la suplementació, el pacient no millora o no pot o no vol menjar, i sempre que tingui un tub digestiu funcionant. La via d'administració és mitjançant una sonda nasogàstrica o nasojejunal o una gastrostomia percutània endoscòpica si es preveu mantenir-la més de sis setmanes. Els pacients infectats per VIH i malnodrits es beneficien d'una fórmula polimèrica estàndard i, en el cas que presentin diarrea i/o malabsorció, s'han d'emprar fórmules modificades amb proteïnes hidrolitzades o fórmules elementals. Actualment hi ha fórmules específiques dissenyades per a aquests pacients que potser en un futur podran recomanar-se a tots ells.

Aquest suport cal mantenir-lo mentre sigui eficaç i obtingui els objectius proposats. Un cop aconseguits, s'ha de retirar o modificar. En pacients considerats terminals, la indicació i el manteniment de la nutrició enteral pretén millorar la qualitat de vida i de les cures paliatives.

12.6. Modificacions dietètiques per millorar la biodisponibilitat dels fàrmacs

Qualsevol tractament relacionat amb la patologia del VIH pot tenir efectes indesitjables per a l'estat nutricional; per això són importants les modificacions dietètiques perquè les possibles interaccions entre la dieta i els fàrmacs siguin beneficioses per al pacient, millorin l'absorció dels fàrmacs i evitin els trastorns nutricionals.

12.6.1. Suplementació amb ferro

- Limitar la ingestió de substàncies que poden inhibir l'absorció del ferro (te, cafè...).
- Prendre el suplement en dejú.

12.6.2. Hipolipemians (estatines)

- No fer servir dietes riques en fibra en aquests pacients ja que les pectines disminueixen l'absorció de les estatines.
- Prendre el fàrmac una hora abans o dues hores després d'un menjar ric en fibra o pectines.
- Recordar que les estatines poden interaccionar amb els fàrmacs antiretrovirals i fer augmentar la biodisponibilitat d'aquestes i produir toxicitat hepàtica i rabdomiòlisi.

12.6.3. Antiinflamatoris no esteroïdals (AINS)

- Administrar-los amb el menjar.

12.6.4. Amfotericina

- Evitar dietes baixes en sodi ja que la depleció de sodi pot potenciar la nefrotoxicitat de l'amfotericina.

12.6.5. Itraconazole

- Si s'administra en càpsules, prendre'l amb els aliments ja que augmenta la biodisponibilitat; en canvi, si és amb solució, la seva absorció augmenta en dejú.

12.6.6. Quinolones

- Els lactis en fan disminuir l'absorció; per això no s'han de prendre durant les dues hores posteriors a l'administració del fàrmac.
- Disminuir la ingesta diària de cafeïna ja que fa augmentar les concentracions de quinolones.

12.6.7. Isoniazida

- Administrar-la en dejú. La isoniazida és un inhibidor de la monoaminoxidasa; per això cal evitar l'administració conjunta d'aliments rics en tiramina.

12.6.8. Rifampicina, azitromicina i eritromicina

- Administrar-los en dejú. En el cas de l'eritromicina només l'estearat i l'etilsuccinat disminueixen l'absorció amb els aliments.

12.6.9. Antiretrovirals

- La biodisponibilitat no s'altera i poden administrar-se conjuntament amb la ingesta d'aliments la *lamivudina-3TC*, l'*estavudina-D4T*, l'*abacavir-ABC* (però cal evitar l'alcohol que la fa augmentar), la *nevirapina*, la *delavirdina*. La *zalcitabina* encara que pot disminuir la seva biodisponibilitat amb la ingesta d'aliments, es recomana prendre-la amb aliments.
- La biodisponibilitat disminueix amb la ingesta d'aliments i han de prendre's amb l'estómac buit (trenta minuts abans o dues hores després de l'àpat) la *didanosina-DDI*, la *zidovudina-AZT* (encara que per evitar molèsties gastrointestinals es pot prendre amb menjars baixos en greix) i l'*indinavir*.
- Els greixos disminueixen la biodisponibilitat de la *zidovudina-AZT* i l'*amprenavir*, per això han de prendre's amb dietes baixes en greixos.
- L'administració conjunta amb els aliments en fa augmentar l'absorció: *nelfinavir*, *ritonavir* (millor amb xocolata per augmentar la tolerància i contraindicat l'alcohol), *saquinavir*, sobretot amb greixos i amb el suc de pomelo en el cas de la forma dura (Invirase®).

12.6.10. Suc de pomelo

- Produeix una supressió de l'enzim CYP3A4 del citocrom P450 de la paret intestinal que fa augmentar els nivells del fàrmac, exceptuant l'indinavir que els redueix. Per això és millor no incloure aquest aliment sense consultar-ho.

13. Educació sanitària

L'educació sanitària constitueix el nucli de qualsevol estratègia preventiva, ja que va destinada a modificar o canviar aquells hàbits i pràctiques que poden comportar algun tipus de risc en relació amb el contagi i la transmissió de la infecció pel VIH, així com a aconseguir una millora en el nivell de salut, a partir d'una actitud responsable del pacient cap a si mateix i cap a altres.

És difícil educar en la infecció causada pel VIH en tant que la transmissió del virus està relacionada sobretot amb comportaments íntims de la persona (pràctiques sexuals, ús de drogues...); això fa que sigui necessari un tipus d'educació sanitària més específica i eficaç que la que es pot desenvolupar amb altres problemes de salut. Les activitats educatives en relació amb el VIH han d'incloure tant el pacient seronegatiu amb conductes de risc com el pacient infectat en qualsevol de les etapes clíniques de la infecció, a més de la població general (especialment els grups poblacionals amb major labilitat davant del VIH com són els joves, les dones i els usuaris de drogues).

És en el transcurs de les activitats pròpies del personal d'infermeria dins el marc de l'APS on més sovint pot sorgir l'oportunitat d'una intervenció educativa sobre el VIH, tant pel tipus de tasques que desplega aquest personal com pel tipus de relació que té amb les persones que acudeixen a les consultes.

La transmissió d'informació sobre mesures preventives, per si sola, no tindrà gaire efecte en els coneixements dels pacients i no en tindrà cap sobre la seva conducta. Per tal d'aconseguir que les activitats d'educació sanitària siguin eficients per aconseguir els canvis de conducta serà important esbrinar quines són les necessitats de la persona a les quals s'adreçaran individualment en el marc de la consulta. D'aquesta manera s'aconseguirà que les intervencions siguin prou personalitzades per poder arribar a establir objectius de conducta discrets i realistes per a cada persona.

13.1. L'educació sanitària del pacient seropositiu

Les activitats d'educació sanitària, juntament amb les d'aconsellament i de suport (vegeu l'apartat 5 d'aquest capítol) han de ser continuades en el temps, durant tot el curs evolutiu de la malaltia, adaptades a la realitat i al context personal del pacient, utilitzant el diàleg, fent-lo participar de forma activa en els plantejaments de canvi, respectant els seus coneixements i experiències prèvies, la seva personalitat i la seva capacitat d'autodeterminació. Cal utilitzar un llenguatge fàcil, entenedor i adaptat al nivell cultural de cada pacient.

És convenient que les primeres visites es facin d'una manera individualitzada. Cal que l'entrevista es desenvolupi amb preguntes obertes, en un ambient de confiança, sense fer judicis de valor i sense interrupcions, per tal que la persona faci un buidatge de les emocions, les angoixes, els temors, les idees i els conceptes erronis. Hi ha una sèrie d'elements que poden ajudar a animar

el pacient a modificar el seu comportament: esbrinar quin és l'obstacle que li impedeix mantenir conductes més sanes, ajudar-lo a explorar les contradiccions que pot haver entre els canvis pretesos i les seves conviccions, escoltar-lo de forma activa, mostrant respecte i empatia, animar-lo a trobar motius per al canvi i a decidir els canvis que pensa fer, ser tolerant amb els fracassos i valorar els èxits aconseguits, per petits que siguin aquests.

En visites successives, que es programaran d'acord amb les característiques i les necessitats de cada persona, es plantejarà la conveniència d'involucrar-hi la família o la parella per tal de tractar els aspectes referents a la convivència familiar, la conducta sexual, les cures, etc.; això, però, només serà possible amb el consentiment de la persona.

Els *temes dels quals caldrà tractar* en les visites destinades a l'educació sanitària i a l'aconsellament del pacient amb infecció pel VIH són els següents:

- Característiques de la infecció causada pel VIH.
- Etapes evolutives de la infecció.
- Signes i símptomes que han de motivar consulta mèdica.
- Mecanismes de transmissió del virus i mesures preventives.
- Tractaments i profilaxis; importància del bon compliment del règim terapèutic i profilàctic establert, com actuar en cas d'efectes adversos de la medicació, com evitar les interaccions farmacològiques amb els ARV.
- Aspectes relacionats amb la nutrició, la higiene i els hàbits de vida saludables.
- Aspectes de la vida quotidiana (treball, convivència amb la família, relacions socials, etc.).
- Maneig de situacions especials (talls, ferides, etc.).
- Aspectes relacionats amb la confidencialitat.
- Vida afectiva i sexualitat més segura.
- Mesures per reduir la transmissió vertical del VIH.
- Reducció dels riscos associats a l'ús de la via endovenosa en el consum de drogues.
- Cura del pacient en situació terminal.
- Aspectes socio-sanitaris, prestacions.
- Recursos comunitaris disponibles.

Per tal de dur a terme les activitats educatives i de promoció de la salut en relació amb la infecció pel VIH, tant dins dels centres d'APS com a la comunitat, cal crear un ambient favorable als canvis de conducta saludables en relació amb aquest problema de salut. La integració en aquestes activitats d'altres institucions de la comunitat, com les escoles, les associacions de veïns, les institucions esportives, les religioses, els mitjans de comunicació local, etc., permetrà acostar les accions educatives a la realitat i a la vida quotidiana de les persones.

14. La reproducció en les parelles serodiscordants

El fet que en l'actualitat la infecció causada pel VIH sigui una malaltia crònica més o menys estable a causa de la utilització dels TARGA, comporta que moltes de les persones que la pateixen, la majoria asimptomàtiques i amb una bona qualitat de vida, es plantegin la possibilitat de tenir descendència, tant quan són serodiscordants amb la seva parella, com quan ambdós membres de la parella són seropositius. Aquest és un nou repte per als professionals d'APS que han de poder assessorar i informar sobre les possibilitats que cadascuna de les situacions planteja, ja que l'abordatge actual és diferent, molt menys restrictiu que no pas fa uns anys enrere.

Catalunya és una zona amb un elevat percentatge de persones infectades pel VIH en edat reproductiva; en aquest sentit els professionals sanitaris que es dediquen a les tècniques de reproducció assistida (TRA) han hagut de fer front a una demanda creixent de TRA per part de les persones infectades pel VIH. L'any 2002, la Comissió de Tècniques de Reproducció Humana Assistida de Catalunya (CTRHAC) va presentar un document, pioner a l'Estat espanyol, per establir un posicionament d'ajuda per respondre les demandes dels pacients de forma compatible amb l'ètica i la bona praxi dels professionals.

14.1. Dona infectada i home seronegatiu

La decisió d'un embaràs en la dona infectada ha de fer-se després d'avaluar adequadament el seu estat clínic i virològic, quan la infecció està ben controlada amb el tractament ARV. En aquesta situació, es poden recomanar mètodes domèstics d'autoinseminació (recollida d'esperma i introducció a la vagina de la dona, per exemple amb una xeringa) o bé, en cas que aquests mètodes no es puguin realitzar en les condicions de seguretat que requereixen o bé no funcionen, es pot derivar la parella a un centre especialitzat en reproducció assistida per tal de valorar la pertinència de mètodes com la inseminació artificial o la fecundació in vitro amb tècniques de microinjecció espermàtica.

14.2. Home infectat i dona seronegativa

Els tractaments ARV actuals han permès que la càrrega vírica del semen hagi disminuït; no obstant això, no es pot establir una relació directa entre càrrega viral a la sang i càrrega viral al semen. Davant d'una demanda de paternitat d'una parella en què l'home està infectat pel VIH i la dona és seronegativa, el professional de l'APS derivarà la parella a un centre de reproducció assistida per tal d'avaluar la inseminació de la dona un cop aplicades les tècniques de rentat seminal. Aquestes tècniques permeten separar els espermatozoides mòbils de la resta de components del semen, i evitar així la possibilitat de transmissió del VIH contingut en el líquid seminal. Les tècniques de rentat seminal i la realització posterior d'una PCR, tant per ARN com per ADN, permet realitzar inseminacions amb un risc mínim d'infecció materna.

Per incloure una parella en aquest protocol d'actuació, l'home infectat ha de tenir un estat immunitari i virològic estable i no ser consumidor actiu de drogues.

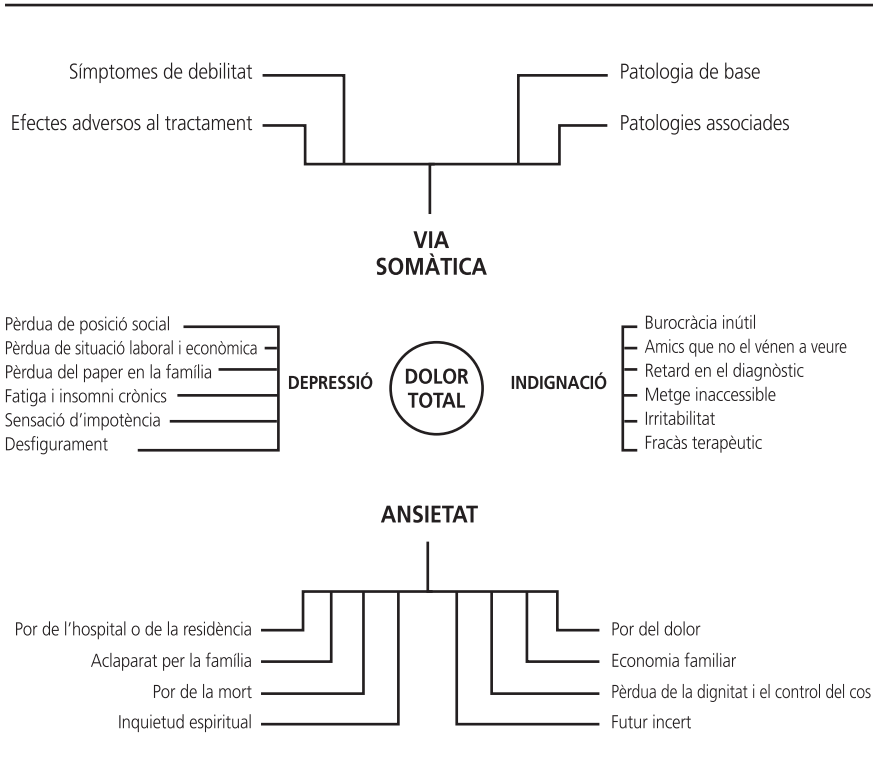
15. Actuacions en el pacient amb sida terminal

15.1. Definició de la situació

Els punts bàsics que caracteritzen la situació de malaltia terminal són els següents:

- Presència d'una malaltia avançada inguarible i progressiva, sense possibilitats raonables de tractament específic.
- Aparició de nombrosos i diversos símptomes que són multifactorials, canviants i sovint molt intensos.
- La majoria dels símptomes tenen diversos graus de percepció per part del pacient, segons la seva intensitat, el seu significat i el seu impacte. Sempre hi ha diferents components a tractar, que poden ser físics, psicològics, emocionals, socials, espirituals, etc., molt ben descrits per C. Saunders amb el concepte de "dolor total" (vegeu la figura 1).

Figura 1. Els components del "dolor total"



Cal diferenciar la situació terminal de l'estat d'agonia, que és el que precedeix la mort en aquelles persones en què la vida s'extingeix gradualment.

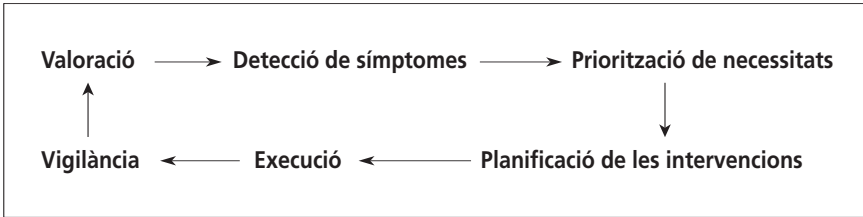
Les persones que s'enfronten a la mort per malalties incurables experimenten un gran sofriment físic i emocional. La mort, d'altra banda, sol provocar un sentiment d'impotència als professionals sanitaris i sovint es tendeix a emprar tots els recursos terapèutics fins al final, sense tenir en compte la dignitat del pacient.

15.2. Criteris de terminalitat

Són difícils de definir i de consensuar. De vegades hi ha fases terminals clares, de dies o poques setmanes. Altres vegades hi pot haver pacients en fases molt evolucionades que ja s'han orientat cap al tractament pal·liatiu i inicien una evolució favorable. Després d'un marge de temps prudencial cal reavaluar la conducta i el tractament a seguir. La situació de terminalitat del pacient l'establirà el seu equip assistencial habitual junt amb els professionals de l'hospital de referència.

Un pacient en fase molt avançada de la malaltia ha de ser avaluat amb un conjunt ampli de paràmetres per precisar i valorar la seva situació concreta, i així poder establir una prioritització de les necessitats del pacient i planificar les intervencions a desenvolupar (vegeu la figura 2).

Figura 2. Avaluació i planificació



15.3. Objectius i bases terapèutiques de les cures pal·liatives

Els principis i la pràctica de les cures pal·liatives estan ben definits i desenvolupats per als malalts amb càncer; les diferències entre tractament curatiu i pal·liatiu són relativament clares. En canvi, resulta més difícil definir i consensuar les cures pal·liatives en els pacients amb sida.

La Societat Catalanobaleare de Cures Pal·liatives defineix que aquestes es basen en una concepció global i activa de la terapèutica que comprèn l'atenció a les *necessitats* de les persones en situació de malaltia terminal:

- Físiques
- Emocionals
- Socials
- Espirituals

Els *objectius* principals són:

- El confort del pacient.
- La promoció de l'autonomia i la dignitat del pacient.
- L'atenció a la família del pacient, element bàsic de suport.

Utilitzant com a *mitjans terapèutics*:

- El control dels símptomes.
- L'atenció psicosocial.
- La comunicació i la informació.
- El treball en equip interdisciplinari.

A l'hora de plantejar els objectius per al *control dels símptomes*, cal tenir presents dos requisits: d'una banda, han de ser objectius dinàmics i progressius i, de l'altra, realistes. Hi ha símptomes més fàcils de controlar (dolor, tos, etc.) que no pas altres (debilitat, anorèxia...) i en qualsevol cas cal ajudar el pacient a adaptar-s'hi. Per al correcte enfocament terapèutic dels símptomes que poden presentar els pacients terminals, remetem el lector a documents específics sobre tractaments o cures pal·liatives.

Pel que fa a l'*atenció psicosocial*, cal tenir present que quan queden sense resoldre aspectes psicològics i/o socials, aquest fet pot interferir i impactar negativament sobre la qualitat de vida del pacient.

Respecte a l'atenció psicològica, cal recordar que els models de cures pal·liatives es fonamenten en tres pilars: el pacient, la família i l'equip interdisciplinari. L'impacte en tots ells crearà situacions que seran viscudes com a generadores d'estrès per a tots els implicats i s'estarà davant d'un procés dolorós i inevitable. Si el procés és a curt termini, l'impacte serà més gran que si és de llarga evolució, ja que en aquest cas hi haurà més temps per poder elaborar el dol i poder-hi treballar. Però en qualsevol d'aquestes possibilitats, la situació de "pèrdua a tres bandes" serà la mateixa:

- Pacient: pèrdua de salut / pèrdua de la vida.
- Família: pèrdua d'un membre relacional.
- Equip: pèrdua d'un pacient.

La creació d'un clima relacional i de comunicació entre totes les persones implicades serà un objectiu del suport emocional.

L'atenció social estarà determinada per una valoració de la situació sociofamiliar del pacient i dels canvis produïts pel caràcter pal·liatiu i evolució de la seva malaltia. La intervenció social anirà dirigida a treballar els aspectes següents: fomentar els recursos propis del pacient i de la seva família i informar, assessorar o gestionar els recursos comunitaris més adients. Tenint en compte tot això, es considera de gran importància detectar totes les situacions que requereixen l'actuació del treballador social amb temps suficient per poder establir amb el pacient i la seva família la relació més favorable per a la resolució dels problemes que vagin sorgint.

15.4. Atenció a les necessitats espirituals

L'esfera espiritual és específica de l'ésser humà i, com qualsevol altra dimensió humana, té unes necessitats que s'han de satisfer. Tant el pacient com la seva família, possiblement necessitaran un suport espiritual que no necessàriament ha de ser religiós (vegeu la taula 18).

Taula 18. Atenció a les necessitats espirituals del pacient

Dimensió espiritual

Els professionals han de tenir la capacitat de mostrar empatia amb l'estat d'ànim del pacient i conèixer les seves preocupacions i les de la seva família, que poden ser degudes a:

- la manca de control sobre la pròpia vida
- la insatisfacció pel que no s'ha pogut viure i per la por d'allò que és desconegut
- la necessitat de reconeixement i de perdó o d'arreglar assumptes pendents
- els dubtes sobre el sentit de l'existència

L'actitud d'ajuda dels professionals ha de centrar-se a:

- respectar i protegir les situacions de confiança
- respectar la intimitat i els valors del pacient i de la seva família
- mostrar una actitud d'escolta i comprensió

Dimensió religiosa

És una manifestació espiritual amb una formulació concreta a través d'una religió.

Els professionals han de ser capaços d'identificar les necessitats religioses i facilitar el contacte amb el servei religiós.

15.5. Dilemes eticoclínic freqüents

La situació de terminalitat genera angoixa en el pacient, però també en la família i en l'equip que se'n fa càrrec. Això explica que algunes de les demandes estiguin relacionades en certa mesura amb el grau d'impacte o de desbordament emocional dels professionals i que sovint les opcions terapèutiques plantegin dilemes eticoclínic, com ara:

- *La sedació.* Com a objectiu terapèutic pot estar indicada en situacions en què sigui molt difícil el control dels símptomes o en què previsiblement hi hagi molt impacte emocional o patiment associat, sempre després d'haver intentat el control dels símptomes amb les mesures estàndards.
- *L'aferrissament terapèutic.* En una societat plural on participen diversos elements (pacients, famílies, equips), és normal que es presentin dificultats en la presa de decisions. Una de les decisions que costen més de prendre és la retirada de tractaments innecessaris, però cal recordar que en situació de terminalitat l'objectiu principal és aconseguir el màxim confort del pacient, i totes les altres mesures que s'allunyen d'aquest objectiu s'han d'evitar sempre que sigui possible.

- *Les divergències entre els professionals.* Les divergències poden sorgir a dos nivells, quant a la definició de la situació de terminalitat i quant a l'estratègia terapèutica a seguir. Per això és recomanable discutir cada cas de forma interdisciplinària i convé seguir el ritme del pacient i prioritzar els seus interessos per davant dels interessos dels professionals. Els professionals han de tenir en compte si el pacient havia fet algun document sobre voluntats anticipades i vetllar perquè es respectin les decisions de la persona.

16. Bibliografia consultada

Abiven M. Morir dignamente. *Foro Mundial de la Salud*. Revista Internacional de Desarrollo Sanitario. OMS, 1991; vol 12 (4): 395-402.

Alberny M. Estrategias de prevención y seguimiento del paciente con infección VIH/Sida desde la consulta de atención primaria. *Atención primaria* 1995; 16 (1 supl.): 73-9.

Alberny M, Vall M (coord) et al. *Guia sobre la infecció pel VIH i la sida per a professionals d'atenció primària*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, 1994.

Álvarez Hernández J. Nutrición y sida. *Nutr Hosp* 1999; 14 (supl 2): 53-61.

Astudillo W, Mendiuneta C, Astudillo E. *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. 3a ed. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra, S.A. 1997.

Bartlett JG (ed). The Johns Hopkins Hospital 2000-2001. *Guide to Medical Care of patients with HIV Infection*. 9a ed. Filadèlfia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.

Celaya S. *Manual de recomendaciones nutricionales al alta hospitalaria*. Barcelona: Ed. Novartis Consumer Health S. A., 2001.

Centers of Disease Control and Prevention (CDC). Incorporating HIV Prevention into the Medical Care of Persons Living with HIV. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2003; 52 (RR-12): 1-24.

Centers of Disease Control and Prevention (CDC). Revised Guidelines for HIV Counseling, testing and referral. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2001; 50 (RR-19): 1-62.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), Centro Nacional para la Prevención del VIH, Enfermedades Venéreas y Tuberculosis. *Prevención de la infecciones causadas por animales domésticos. Guía para las personas infectadas con el VIH*. CDC Division of HIV/AIDS Prevention, 1999. <<http://www.csc.gov/hiv>> [Consulta: noviembre 2002].

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), Centro Nacional para la Prevención del VIH, Enfermedades Venéreas y Tuberculosis. *Prevención de infecciones durante viajes. Guía para las personas infectadas con el VIH*. CDC Division of HIV/AIDS Prevention, 1998. <<http://www.csc.gov/hiv>> [Consulta: noviembre 2002].

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), Centro Nacional para la Prevención del VIH, Enfermedades Venéreas y Tuberculosis. *Alimentos y agua sin riesgos. Guía para las personas infectadas con el VIH*. CDC Division of HIV/AIDS Prevention, 1999. <<http://www.csc.gov/hiv>> [Consulta: noviembre 2002].

Cohen PT, Katz MH. Practical Guide to Primary Care of Patients with HIV infection. <<http://www.hivinsite.ucsf.edu>> [Consulta: juny 2003].

Comissió Assessoradora sobre Tècniques de Reproducció Humana Assistida a Catalunya. *Tècniques de reproducció humana assistida i HIV*. Barcelona, 2002.

Consorci de l'Hospital de la Creu Roja. *Protocol d'atenció al malalt terminal i família*. L'Hospitalet de Llobregat, 1998.

Consorci de l'Hospital de la Creu Roja. *Protocol d'infermeria en el tractament del dolor oncològic*. L'Hospitalet de Llobregat, 1998.

Corporació de Salut del Maresme i la Selva. *Guia de pràctica clínica. Infecció pel virus de la immunodeficiència humana (VIH)*, 2003.

Gómez Sancho M. (coord). *Control de síntomas en el enfermo terminal*. 2a ed. Madrid: ASTA Médica, S.A., 1992.

Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública. Sanchis C. Coene D (ed). *Vivir y convivir con VIH/ SIDA. Manual de autocuidados*. València: Edit Gráficas Villanueva Pérez S.L., 1996.

Jewell ME, Jewell GS. How to Assess the risk of HIV exposure. *AFP Amer Fami Phy* 1989; 40: 153-161.

Mendive JA, Major X, Pérez C. HIV: detecció de comportaments de risc a l'atenció primària (II): població consumidora de drogues. *Infosida* 1999, comunicat 21. Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Salud Pública. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. *Prevención de la infección por VIH en el marco asistencial*. Madrid, 1999.

OMS. *Directrices para la labor de consejo sobre la infección y las enfermedades causadas por el VIH*. Ginebra: Série OMS sobre el Sida núm. 8, 1991.

Programa per a la prevenció i l'assistència de la sida. HIV: detecció de comportaments de risc a l'atenció primària (I). *Infosida* 1998, comunicat 19. Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya.

Rodes A, Valverde C. *Manual d'educació sanitària per a la prevenció de la infecció pel VIH*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, 1995.

Royes A. *Document sobre les voluntats anticipades*. Barcelona: Observatori de Bioètica i Dret. Universitat de Barcelona, 2001.

Saunders CM. *Cuidados de la enfermedad maligna terminal*. Barcelona: Ed. Salvat, 1980.

Semprini A, Froves S, Pardi G. Reproductive Counseling of HIV-discordant couples. *Lancet* 1997; 349: 1401-2.

Semprini A, Levis-Setti I, Bozzo M, Ravizza M, Tagliomelli A, Sulpizio P et al. Insemination of HIV-negatives women with processed semen of HIV-positive partners. *Lancet* 1992; 340: 1317-9.

Valverde C. *Counseling sobre el VIH: suport psicosocial i relació d'ajuda a la persona seropositiva. Manual per a professionals*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, 1999.

La infecció pel VIH en la població infantil

La infecció pel VIH-1 en els nens té característiques especials, que es consideraran en aquest apartat. En els últims anys els avenços en el diagnòstic, la prevenció i els nous tractaments antiretrovirals han determinat una disminució dels nous casos d'infecció per transmissió vertical i de la mortalitat dels nens infectats.

1. Transmissió del VIH-1

La transmissió vertical és, en l'actualitat, la via d'infecció de més del 95% de nens en el nostre medi i inclou tres períodes: el prenatal o intrauterí, l'intrapart i el postnatal, a través de l'al·lactament matern. Als països desenvolupats, on la lactància materna està contraindicada, sense cap intervenció profilàctica, les taxes de transmissió del VIH-1 oscil·len entre el 14 i 25%, i el 60-70% de les infeccions ocorren en el moment del part. A partir de 1994, any en què es va introduir el tractament profilàctic de la transmissió vertical amb zidovudina a Catalunya, les taxes de transmissió han anat reduint-se de forma progressiva. La indicació de cesària electiva en les gestants infectades i, més recentment, els tractaments antiretrovirals combinats han situat les taxes de transmissió vertical en xifres properes al 0%. És important ressaltar que l'efectivitat d'aquestes mesures es determina per la identificació precoç de les gestants infectades pel VIH-1 i, sistemàticament, el cribatge de la infecció s'ha d'oferir en la visita anterior a la concepció o en la primera visita de l'embarassada.

Les pautes de prevenció de la transmissió vertical inclouen els tres períodes en què la infecció és possible.

2. Mètodes diagnòstics de la infecció pel VIH

Les tècniques habituals de laboratori que s'utilitzen per al diagnòstic de la infecció (ELISA, transferència Western i immunofluorescència) determinen la presència d'IgG davant les diferents proteïnes virals, però no són útils en el diagnòstic d'aquesta infecció en el nou-nat, ja que la IgG que posseeix aquest li és transferida per la seva mare. Els anticossos (Ac) passius davant el VIH poden persistir fins als 18 mesos. La persistència d'Ac davant el VIH més enllà dels 18 mesos es considera criteri diagnòstic d'infecció pel VIH en el nen (vegeu la taula 1).

La detecció de l'Ag p24, encara que amb una sensibilitat baixa, pot ser una prova útil en el diagnòstic de la infecció per transmissió vertical. Les noves tècniques diagnòstiques, i en especial la reacció en cadena de la polimerasa (PCR), permeten realitzar un diagnòstic precoç en el nou-nat i el lactant. La sensibilitat i especificitat de la detecció de l'ADNc del VIH per PCR és del 99% després dels tres mesos; durant el període neonatal la sensibilitat d'aquesta tècnica és inferior i no permet diagnosticar els nens infectats en el moment del part. Actualment, es recomana mesurar la càrrega viral del nadó i, posteriorment, als 14 dies de vida confirmar la infecció mesurant l'ADNc del VIH mitjançant PCR. El cultiu viral i, més recentment, el cocultiu viral permeten també establir el diagnòstic precoç de la infecció pel VIH.

3. Control i seguiment dels nens exposats i infectats pel VIH

Per completar la profilaxi de la transmissió vertical és fonamental descartar o assegurar el diagnòstic precoç de la infecció, determinar la necessitat d'iniciar o canviar el tractament antiretroviral i identificar els efectes secundaris i/o la toxicitat dels antiretrovirals (figura 1).

3.1. Control prenatal

És important realitzar l'estudi d'aquelles infeccions que puguin transmetre's al fetus o al nou-nat: lues, toxoplasmosi, tuberculosi, hepatitis (B, C o G), CMV, VIH, papil·lomavirus i herpes. El risc de transmetre aquestes altres infeccions és superior al de la població general i no es correlaciona amb el tractament antiretroviral. Actualment, la gestant infectada ha d'estar controlada per un especialista en la infecció pel VIH i un obstetra, a fi de determinar junt amb la futura mare el tractament antiretroviral i/o altres mesures profilàctiques de la transmissió vertical.

3.2. Actuació durant el part

Es recomana realitzar una prova de diagnòstic ràpid o un ELISA, si és possible, a totes les parteres que desconeguin la seva situació davant el VIH-1. És important evitar totes aquelles

situacions que augmenten el risc d'infecció per als nounats: els expulsius prolongats, l'aplicació d'elèctrodes o altres exploracions invasives durant el part, el sagnat vaginal o la presència de sang i meconi en el líquid amniòtic. Durant el moment del part, s'ha de prosseguir o iniciar-se la pauta de profilaxi amb zidovudina intravenosa (2 mg/kg en bol, quan s'inicia la dinàmica del part, seguida d'1 mg/kg/hora, fins a la lligadura del cordó umbilical). Pot també valorar-se l'administració d'una dosi única de nevirapina (200 mg), associada a la lamivudina si la gestant no rebia altres antiretrovirals.

3.3. Actuació davant el nounat

El nounat serà rebut pel pediatre o llevadora, que han d'estar protegits amb guants. S'evitarà qual-sevol manipulació invasiva (col·locació d'una perfusió, administració de fàrmacs intramusculars com la vitamina K), fins a eliminar les secrecions vaginals o sang de la seva superfície cutània.

Els nounats, les mares dels quals desconeixen el seu estat serològic davant el VIH, seran testats durant les primeres hores de vida. Els nounats d'embarassos no controlats, mares consumidores de tòxics i/o abandonats durant el període neonatal tenen un risc més alt d'exposició al VIH.

La lactància materna està contraindicada, per la qual cosa s'iniciarà lactància artificial. En el nostre medi els nens exposats al VIH-1 tenen garantida la lactància artificial durant el primer any de vida (Programa Dida del Departament de Salut).

3.3.1. Profilaxi de la transmissió vertical en el nounat

- En tots aquells casos en què la mare ha rebut tractament durant l'embaràs, independentment de la combinació de fàrmacs que la mare hagi rebut, la zidovudina (AZT) serà el fàrmac que s'administrarà al nounat dins de les primeres 8-12 hores de vida, a raó de 2 mg/kg cada 6 hores (8 mg/kg/dia) durant 6 setmanes. L'AZT (Retrovir®) disposa d'una presentació en solució, la concentració de la qual és de 10 mg/ml, i la dosi per administrar és de 0,2 ml/kg/6 h.

La dosi d'AZT ha d'ajustar-se al pes durant les 6 setmanes de vida, en què ha de mantenir-se el tractament, i també en els nounats prematurs amb edat gestacional inferior a 34 setmanes.

- En aquells casos en què la mare no va ser identificada durant la gestació o el part, els nounats exposats al VIH són candidats a seguir un tractament antiretroviral com a profilaxi postexposició. Atès que el fet del risc d'infecció és elevat, es recomana seguir una pauta de tractament combinat amb ZDV + lamivudina, durant 6 setmanes, associades a la nevirapina.

Els nens exposats a antiretrovirals han de seguir un estret control que permeti diagnosticar o descartar precoçment tant la infecció pel VIH com les possibles alteracions secundàries a la utilització dels antiretrovirals; a la figura 1 s'ofereix un esquema de seguiment dels nens exposats al VIH-1.

3.4. Seguiment del nen infectat pel VIH

Els nens infectats els ha d'avaluar un pediatre o metge amb experiència en el tractament de pacients pediàtrics amb infecció pel VIH, a fi de valorar la seva situació clínica, immunològica (vegeu les taules de la classificació de la infecció pel VIH en menors de 13 anys) i virològica (càrrega viral). El pediatre i/o el metge de capçalera han de familiaritzar-se amb els nous tractaments antiretrovirals i les seves possibles interaccions i efectes secundaris. La col·laboració de l'assistència primària amb l'hospital permet un millor control del pacient.

Habitualment, es fan controls cada tres mesos en què cal fer un seguiment dels aspectes següents:

- Manifestacions clíniques
- Tractament antiretroviral
- Profilaxi de les infeccions oportunistes
- Estat nutricional i dieta adequada
- Estat immunològic i vacunes
- Efectes secundaris i toxicitat dels fàrmacs
- Suport a les famílies
- Programa Dida (fins als 12 mesos).

El control clínic permetrà seguir el desenvolupament pondoestatural i psicomotriu del nen, així com observar la presència de símptomes o signes clínics, efectes secundaris o iatrogènics de la medicació, etc. L'analítica de control normalment inclou: VSG, hemograma, funció hepàtica, renal i pancreàtica, colesterol, triglicèrids i serologies, per descartar la presència d'altres infeccions associades al VIH (hepatitis B i C, toxoplasma, CMV, lues), immunoglobulines, immunitat cel·lular i càrrega vírica.

Altres exploracions complementàries (Rx de tòrax, ecografia abdominal o cranial, ecocardiografia, cultius bacterians o vírics, fons de l'ull, TAC, etc.) dependran de la situació clínica i analítica del pacient i dels possibles efectes adversos de la medicació en cada cas. La PPD normalment es realitza cada any.

Taula 1. Diagnòstic de la infecció pel VIH en menors de 13 anys (CDC. MMWR, 1994)**Menors infectats pel VIH**

A - Nens d'edat inferior a 18 mesos que són seropositius o fills de mares infectades pel VIH i:

- Presenten resultats positius en dues determinacions separades * (excloent-hi sang de cordó), davant una o més de les proves següents:
 - Cultiu o cocultiu per al VIH
 - Reacció en cadena de la polimerasa (PCR) per al VIH
 - Antigen VIH (p24), o
- Compleixen criteris clínics de diagnòstic de sida, basats en la definició de cas de sida de 1987 (CDC, 1987)

B - Nens d'edat superior o igual a 18 mesos fills de mares infectades pel VIH, sang, productes sanguinis o altres mecanismes coneguts de transmissió (contacte sexual) que:

- Presenten anticossos persistentment positius pel VIH per enzimoinmunoanàlisi (EIA-ELISA) i per proves confirmatòries (per exemple, transferència Western o immunofluorescència), o
- Compleixen qualsevol dels criteris exposats al punt A.

Nens exposats perinatalment: E

Els que no compleixen els criteris d'infecció esmentats fins ara, que:

- Són seropositius per ELISA i proves confirmatòries i són menors de 18 mesos en el moment d'efectuar la prova, o
- Es desconeix el seu estat serològic, però són fills d'una mare infectada pel VIH.

Nens serorevertits: SR

Els fills d'una mare infectada pel VIH que:

- Són seronegatius pel VIH (per exemple: dos o més ELISA negatius, realitzats entre els 6 i 18 mesos d'edat, o una prova negativa després dels 18 mesos), i
- No han presentat cap altra prova de laboratori que evidencii la infecció pel VIH (no tenen dues proves de detecció viral positives, si els van ser realitzades), i
- No presenten cap condició de definició de sida.

* Ambdues determinacions han d'estar realitzades al mes de vida o més enllà i almenys una determinació després dels 4 mesos. Per afavorir-ne el tractament precoç, avui dia s'estan valorant aquests criteris.

Taula 2. Classificació clínica dels nens infectats pel virus de la immunodeficiència humana (VIH)

CATEGORIA N: ASIMPTOMÀTICA

Nens que no presenten signes o símptomes atribuïbles a la infecció pel VIH o els que manifesten *només una* de les condicions descrites en la categoria A.

CATEGORIA A: SIMPTOMATOLOGIA LLEU

Nens que presenten *dues o més* de les condicions que es descriuen a continuació, però cap de les que hi ha en les categories B i C.

- Limfadenopatia (>0,5 cm en més de dues localitzacions; bilateral = 1 localització)
- Hepatomegàlia
- Esplenomegàlia
- Dermatitis
- Parotiditis
- Infeccions de vies respiratòries altes recurrents o persistents, sinusitis o otitis mitjana

CATEGORIA B: SIMPTOMATOLOGIA MODERADA

Nens que presenten manifestacions clíniques atribuïbles a la infecció pel VIH *diferents* de les enumerades en les categories A i C. Com a exemple, es descriuen a continuació algunes de les condicions clíniques de la categoria B:

- Anèmia (<8 g/dl), neutropènia (<1000/mm³) o trombocitopènia (<100.000/mm³) persistents >30 dies.
- Meningitis bacteriana, pneumònia o sèpsia (episodi únic).
- Candidosi orofaríngia (muguet) o persistent (>2 mesos) en nens més grans de 6 mesos.
- Cardiomiopatia.
- Infecció per citomegalovirus, amb inici durant el primer mes de vida.
- Diarrea, recurrent o crònica.
- Hepatitis.
- Estomatitis herpètica (virus herpes simplex-VHS), recurrent (més de dos episodis en un any).
- VHS, bronquitis, pneumonitis o esofagitis, que es presenten durant el primer mes de vida.
- Herpes zòster que afecta almenys, en dos episodis diferents, més d'un dermatoma.
- Leiomiosarcoma.
- Pneumònia intersticial limfoide o hiperplàsia pulmonar limfoide (HPL).
- Nefropatia.
- Nocardiosi.

- Febre persistent (>1 mes).
- Toxoplasmosi, amb inici abans del mes de vida.
- Varicel·la disseminada.

CATEGORIA C: SIMPTOMATOLOGIA GREU

Nens que presenten *alguna* de les condicions enumerades en la definició de cas de síndrome d'immunodeficiència adquirida (sida) de 1987, a excepció de la pneumònia intersticial limfoide.

- Infeccions bacterianes greus, múltiples o recurrents (qualsevol combinació d'almenys dues infeccions confirmades amb cultiu positiu en un període de 2 anys) d'aquests tipus: septicèmia, pneumònia, meningitis, osteomielitis o artritis, abscessos d'òrgans interns (excloent-hi otitis, abscessos cutanis o de mucoses, i infeccions relacionades amb catèters).
- Candidosi esofàgica o pulmonar (bronquis, tràquea i pulmons).
- Coccidioïdosi disseminada.
- Criptococcosi extrapulmonar.
- Criptosporidiosi o isosporosi amb diarrea persistent durant més d'1 mes.
- Citomegalovirosi activa d'inici després del primer mes (en una altra localització diferent de fetge, melsa o ganglis limfàtics).
- Encefalopatia (com a mínim, una de les següents troballes progressives presents, durant almenys 2 mesos, en absència d'altres malalties concurrents amb la infecció pel VIH que puguin explicar aquestes alteracions):
 - a) Pèrdua o retard en les adquisicions pròpies de l'edat o disminució de la capacitat intel·lectual, verificat mitjançant l'escala normal del desenvolupament evolutiu o prova neuropsicològica.
 - b) Alteració del creixement del cervell o microcefàlia adquirida, demostrada mitjançant el mesurament del perímetre cranial o atròfia cerebral evidenciada mitjançant tomografia axial computada o ressonància nuclear magnètica (es requereixen alteracions importants en aquestes proves per al diagnòstic en nens menors de 2 anys).
 - c) Dèficits motors simètrics posats de manifest per dos o més de les troballes següents: parèsia, reflexos patològics, atàxia o alteració de la marxa.
- Infecció per herpes simple, amb úlcera mucocutània persistent durant més d'1 mes, o bronquitis, pneumonitis o esofagitis, de qualsevol durada, que s'iniciï després del mes de vida.
- Histoplasmosi disseminada (en una localització diferent, o a més de, en pulmó i ganglis limfàtics cervicals o hilaris).
- Sarcoma de Kaposi.
- Limfoma primari de l'SNC.
- Limfoma de Burkitt, immunoblàstic, de cèl·lules B o de fenotip immunològic desconegut.

- Infecció per *Mycobacterium tuberculosis*, disseminada o extrapulmonar.
- Infecció disseminada per altres espècies de micobacteris o espècies no identificades (en una localització diferent del pulmó, pell i ganglis limfàtics cervicals o hilars, o en aquests òrgans i en alguna altra localització).
- Infecció per *Mycobacterium avium complex* o *Mycobacterium kansasii*, disseminada (en una localització diferent, o a més de, en pulmó, pell i ganglis limfàtics cervicals o hilars).
- Pneumònia per *Pneumocystis carinii*.
- Leucoencefalopatia multifocal progressiva.
- Bacterièmia per salmonel·la (no tifoidal) recurrent.
- Toxoplasmosi cerebral d'inici posterior al mes de vida.
- Síndrome d'afebliment, en absència d'una altra malaltia que coincideixi amb la infecció pel VIH, que justifiqui alguna de les troballes següents:
 - a) Pèrdua mantinguda de pes >10%.
 - b) Pèrdua de pes durant el seguiment, almenys dos percentils de les taules en els nens d'edat superior a 1 any.
 - c) Pes per sota del percentil 5, en taules de pes per a la talla, en 2 controls consecutius separats almenys 30 dies, a més de: 1) diarrea crònica (p. ex., 2 o més deposicions per dia, durant almenys 30 dies, o 2) febre documentada (durant un període mínim de 30 dies, intermitent o constant).

Figura 1. Control i seguiment del nounat exposat al VIH

Controls	Nounat	2 s	4 s	6 s	2 m	3 m	4 m	6 m	9 m	12 m	15 m	18 m
Clínic	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Hemograma	●	●		●		●		●		●		(●)
Immunoglobulines	●							●		●		
Limfòcits CD4				●		●		●		●		(●)
Serologia VIH								●		●		(●)
PCR VIH	●	●		●		●		●				
ALAT- ASAT				●		●		●		●		
CPK/EAB/Lact/Piru				●		●		●				
Cultiu-PCR CMV	●							●		●		
PPD										●		
Profilaxi PPC				●	●	●	●	●	●	●		
Ecografia								●				
Examen neurològic								●				

4. Manifestacions clíniques de la infecció pel VIH en l'edat pediàtrica

El diagnòstic precoç i el tractament combinat han canviat la història natural d'aquesta infecció, evitant que la malaltia progressi i augmentant la supervivència dels pacients. Tanmateix, cada any se'n diagnostiquen nens afectats, fills de mares no identificades, i per això és important recordar quina és la clínica que poden presentar.

Les primeres manifestacions clíniques solen aparèixer dins dels primers 4 mesos i hi inclouen: limfadenopaties (en especial axil·lars i inguinals), candidosi oral, hepatomegàlia, esplenomegàlia i dermatitis, a les quals s'associa un retard del creixement amb estancament ponderal i de talla. Alguns nens poden presentar infeccions bacterianes: sèpsies, pneumònies, abscessos, meningitis, infeccions òssies, que són més freqüents en l'edat pediàtrica que les infeccions oportunistes; així mateix, la diarrea hi és comuna. En nens més grans, la hipertròfia parotídica o parotiditis crònica recurrent, les pneumònies recidivants i les infeccions oportunistes, com la pneumònia per *Pneumocystis carinii*, l'esofagitis per cànides i la infecció per micobacteris atípics obliguen a descartar la infecció pel VIH. Entre les alteracions de laboratori més freqüents es troben l'elevació de les transaminases, la leucopènia, la trombocitopènia, l'anèmia, la hipergammaglobulinèmia i la proteïnúria. La presència d'adenopaties, hepatomegàlia i esplenomegàlia en pacients sense altres infeccions o alteracions metabòliques congènites, amb hipergammaglobulinèmia i infeccions recurrents, suggereix la infecció pel VIH.

En absència de tractament, prop d'una quarta part dels nens compleixen criteris diagnòstics de sida abans de complir els 12 mesos de vida. La meitat dels nens, aproximadament, desenvolupen una simptomatologia greu, abans dels 5 anys, i en sobreviuen el 75% a aquesta edat. El risc de desenvolupar la sida és més elevat en nens que en adults i és especialment alt durant el primer any de vida (20-30%). A partir de llavors, disminueix fins al 2-3% anual.

Les manifestacions més característiques d'aquesta infecció en l'edat pediàtrica són: la pneumònia intersticial limfoide o la hiperplàsia pulmonar limfoide, que són criteris diagnòstics de sida; però, a causa del seu millor pronòstic, en relació amb les altres condicions, s'inclouen a l'estadi B de la nova classificació. Les manifestacions neurològiques tenen una gravetat més gran, són irreversibles i es presenten amb més freqüència en els nens que en els adults. L'encefalopatia associada al VIH-1 constitueix, junt amb les infeccions oportunistes i la síndrome caquètica associada al VIH, una de les condicions clíniques que aporten mal pronòstic a la malaltia.

5. Classificació de la infecció pel VIH-1 en l'edat pediàtrica

En l'actualitat, està vigent la classificació dels CDC, que és de 1994 (vegeu les taules 2, 3 i 4).

6. Aspectes terapèutics de la infecció pel VIH-1 en l'edat pediàtrica

Inclou totes aquelles intervencions que han demostrat la seva utilitat en la millora del pronòstic i qualitat de vida dels nens infectats:

6.1. Mesures generals

Són de màxima importància i en aquestes és fonamental la col·laboració del pediatre de capçalera. S'hi inclouen:

6.1.1. Nutrició

Cal assegurar una correcta nutrició del nen amb infecció pel VIH. La malnutrició per si mateixa agreuja la immunodeficiència. S'han d'administrar suplementes proteics, vitamínics i calòrics en aquells pacients en què s'objectivi un dèficit ponderal i/o nutricional.

6.1.2. Control de les infeccions

En aquests pacients són freqüents els quadres febrils recidivants i han de ser considerats com a nens immunodeprimits. Tota síndrome febril amb afectació de l'estat general ha de ser objecte d'estudi, a fi d'identificar-hi el germen responsable.

6.1.3. Immunitzacions

El calendari vacunal dels nens exposats i infectats pel VIH-1 inclou les mateixes vacunes que la població general, amb les excepcions següents:

- *Hepatitis B*. Actualment ja està inclosa al calendari vacunal. Els nounats fills de mares portadores de l'HBsAg rebran, a més, una dosi de gammaglobulina hiperimmune abans de les 24 hores de vida.
- *Diftèria-tètanus-tos ferina (DTP)*. Es recomana utilitzar la vacuna acel·lular (DTPa), tant en els nens exposats com en els infectats. La vacuna DTPa els ha de ser administrada, independentment que la primera o primeres dosis fossin realitzades amb DTP. Se n'administraran 4 dosis: als 2, 4 i 6 mesos. I la quarta entre els 12 i 18 mesos; sempre amb un interval de 6 mesos des de la tercera dosi. El fet d'avançar la quarta dosi seria indicat en aquells pacients

amb un seguiment irregular, en què no es prevegi que tornin posteriorment (negativització de la serologia VIH-1). Més tard, la cinquena dosi serà administrada entre els 4 i 6 anys d'edat; a partir de llavors (entre els 11 i 16 anys), els nens s'immunitzaran amb la vacuna antitetànica associada a toxoide diftèric tipus adult (Td).

- *Haemophilus influenzae tipus b (Hibc)*. Els seran administrades 4 dosis: als 2, 4, 6 mesos i una dosi de record entre els 12 i 18 mesos. Alguns dels preparats d'aquestes vacunes requereixen menys nombre de dosis per aconseguir una resposta correcta.
- *Pòlio*. S'hi utilitzarà sempre la vacuna inactivada, que està indicada en els nens exposats, infectats i els contactes familiars amb persones infectades pel VIH. Hi calen 2 dosis inicials: als 2 i 4 mesos. La tercera dosi pot administrar-se entre els 6 i 18 mesos. Així mateix, es requereix una dosi de record (quarta) entre els 4 i 6 anys, associada a la DTPa.
- *Meningococ C (conjugada)*. L'esquema vacunal no difereix en els nens exposats o infectats amb el de la resta de la població infantil.
- *Triple vírica*. La seva administració està contraindicada en els pacients amb immunodepressió greu. El xarampió resulta una infecció greu en els nens immunodeprimits. Com que la cobertura que ofereixen els anticossos passius de les mares és inferior en els nens infectats, es recomana administrar la primera dosi de vacuna triple vírica a prop de l'any de vida i afegir-hi una segona dosi, a partir dels 28 dies de la primera. No obstant això, la segona dosi pot administrar-se en els pacients més estables entre un mes després de la primera i els 4-6 anys. En els lactants amb formes de malaltia VIH-1 d'evolució ràpida pot plantejar-se avançar aquesta vacuna als 9 mesos. Els nens infectats amb immunodepressió presenten una resposta pobre a la vacuna triple vírica.
- *Grip*. Els nens amb infecció pel VIH poden rebre aquesta vacuna a partir dels 6 mesos. Fins ara, s'ha reservat als pacients simptomàtics i és obligada en aquells amb afectació pulmonar o cardíaca. Entre els 6 mesos i 8 anys, la primera administració de vacuna antigripal ha d'incloure dues dosis separades 1 mes. Després del primer any, és suficient una dosi única. Els menors de 3 anys (<35 mesos) requereixen 0,25 ml de la vacuna i als nens d'edat ≥ 3 anys se'ls ha d'administrar 0,5 ml.
- *Vacuna antipneumocòccica*. Està reservada als nens infectats, als quals s'ha d'administrar a partir dels 2 anys. Es donarà una dosi de record, entre els 3 i 5 anys després de la primera dosi, en aquells nens immunitzats a l'edat de ≤ 10 anys i almenys 5 anys després de la primera dosi, quan la primera immunització es va realitzar amb més de 10 anys. En l'actualitat, per a aquells nens de menys de 2 anys, està disponible la vacuna heptavalent conjugada i un dels criteris per a la seva administració és la infecció VIH-1.
- *Vacuna contra la varicel·la*. Només està indicada en pacients asimptomàtics, clínicament estables i sense immunosupressió. La primera dosi pot administrar-se entre els 12 mesos i 12 anys, i la segona 3 mesos més tard.
- La BCG i la vacuna contra el *rotavirus* estan contraindicades en els nens infectats.

En els nens infectats que realitzen tractament antiretroviral, l'administració de les vacunes pot elevar-ne la càrrega viral, que no s'ha de determinar fins a 2-3 setmanes després de la immunització.

6.2. Profilaxi de la pneumònia per *Pneumocystis carinii* (PPC)

La profilaxi de la PPC està indicada en:

- tots els lactants fills de mares infectades, a partir de les 4 setmanes de vida,
- els nens que ja n'han tingut un episodi, independentment de l'edat i la xifra de CD4,
- tots els nens infectats menors d'1 any. Després d'aquesta edat, s'hi indicarà la profilaxi només si el recompte de CD4 ho recomana:

Edat	Recompte o percentatge de limfòcits CD4
1-5 anys	Si <500 limf. CD4/mm ³ o CD4 <15%
>6 anys	Si <200 limf. CD4/mm ³ o CD4 <15%

S'ha de retirar la profilaxi primària en nens menors de 12 mesos quan es descarti la infecció pel VIH (dues PCR-ADNc VIH negatives, després del mes de vida), i també s'ha d'interrompre en aquells nens que, després d'un període de profilaxi, superen el límit de CD4 per a l'edat i n'han repetit la determinació, almenys dues vegades, en l'interval d'un mes.

El fàrmac d'elecció per a la profilaxi és el trimetoprim-sulfametoxazole, amb dosis de 150/750 mg/m²/dia i les pautes següents: dosi única, tres dies consecutius per setmana, dividit en dues dosis tres dies alterns o consecutius per setmana i en dues dosis al dia tots els dies.

Fàrmacs alternatius en nens d'edat ≥1 any: la dapsona, amb 2 mg/kg (màxim 100 mg) al dia o 4 mg/kg (màxim 200 mg) una vegada a la setmana. Pentamidina inhalada en majors de 5 anys (300 mg/mes) o atovaquona.

6.3. Tractament antiretroviral

Aquest és un tractament combinat (vegeu la taula 5), atès que ofereix els següents avantatges respecte a la monoteràpia: menys progressió de la malaltia i millora de la supervivència; més supressió de la virèmia, més mantinguda, i retard en l'aparició de mutants resistents. Tanmateix, l'administració de diversos fàrmacs associats, més d'una vegada el dia, incrementa la dificultat per al seu compliment. La falta d'adhesió al tractament és la principal causa de fracàs terapèutic en la població infantil infectada. El pediatre de capçalera pot col·laborar a reforçar-la.

En l'actualitat, *les indicacions per iniciar tractament antiretroviral* són:

- a) Infecció pel VIH simptomàtica (categoria A, B i C) o evidència d'immunosupressió (categoria immunològica 2 o 3), independentment de l'edat o la càrrega viral.
- b) En els nens d'edat inferior a 12 mesos, en els quals s'hagi confirmat el diagnòstic d'infecció, independentment de la situació clínica, virològica o immunològica.
- c) En els nens majors de 12 mesos, amb infecció VIH asimptomàtica, i sense immunodepressió, hi ha dues opcions:
 - Iniciar-hi tractament, a fi d'intervenir com més aviat millor per evitar l'evolució de la malaltia i el deteriorament immunològic.
 - Retardar el tractament, si els paràmetres clínics, immunològics i virològics indiquen que es tracta d'un pacient que no evoluciona negativament (absència de clínica, situació immune conservada, baixa càrrega viral) i en la qual altres factors (adhesió al tractament, seguretat dels fàrmacs, disposició del pacient o la seva família) recomanin posposar el tractament.

El tractament antiretroviral ha d'iniciar-se en tots els casos que presentin: desenvolupament de simptomatologia clínica, disminució ràpida del recompte o percentatge de limfòcits CD4 cap a nivells d'immunosupressió (categoria 2) i/o un increment important de la càrrega viral (ARN-VIH).

Quan ens trobem davant d'una falta de resposta al tractament pautat, han d'avaluar-se junt amb la família i/o assistents les possibles causes, en especial les derivades del mal compliment. És important sensibilitzar les persones responsables d'administrar la medicació al nen de la importància de l'adhesió al tractament per aconseguir-ne la resposta més òptima.

6.4. Profilaxi de les infeccions bacterianes

L'administració de gammaglobulina intravenosa (IGGIV) està indicada en aquells nens amb infeccions bacterianes greus i recidivants.

6.4.1. Profilaxis primària i secundària de les infeccions oportunistes

- *Tuberculosis*. Quan un nen infectat té una PPD amb un diàmetre d'induració \geq a 5 mm, sense tractament previ, o té contacte amb una tuberculosi activa i sense evidència de malaltia tuberculosa, cal que iniciï la profilaxi amb isoniazida 10-15 mg/kg/dia (màxim 300 mg/dia), durant 9 mesos, o isoniazida 20-30 mg/kg dos dies a la setmana, durant 9 mesos. L'alternativa seria utilitzar rifampicina 20-40mg/kg/dia, durant 4-6 mesos, que seria el tractament d'elecció en casos de contacte amb tuberculosi resistents a la isoniazida. Els casos de contacte amb tuberculosi multiresistents s'estudiaran de forma individualitzada.
- *Mycobacterium avium complex*. La profilaxi primària es recomana en pacients amb immunosupressió greu: en nens de <11 mesos, si els CD4 són inferiors a 750/mm³; en nens

d'11-23 mesos, si el recompte de CD4 és inferior a 500; en pacients de 2-6 anys, si el seu recompte de CD4 és inferior a 75 cèl·lules/mm³; i en pacients d'edat ≥6 anys, si el seu recompte de CD4 és inferior a 50. La pauta indicada és de 7,5 mg/dia de claritromicina, dividida en dues dosis o 20 mg/kg d'azitromicina (màxim 1.200 mg), dosi única setmanal. Com a alternatives hi hauria l'azitromicina amb 5 mg/kg/dia o la rifabutina.

La profilaxi secundària és més complexa i s'hi ha d'associar més d'un fàrmac: claritromicina a la mateixa dosi, més etambutol, 15 mg/kg/dia, associats o no a rifabutina 5 mg/kg/dia (màxim 300 mg); o, com a alternativa, azitromicina 5 mg/kg/dia (màxim 250 mg) + etambutol, a igual dosi, associat o no a rifabutina.

- *Toxoplasmosi*. La profilaxi primària ha de realitzar-se en aquells nens amb IgG específica davant toxoplasma quan presentin una immunodepressió greu. Són útils els mateixos fàrmacs que utilitzem en la profilaxi de la PPC.

La profilaxi secundària (després d'un episodi d'encefalitis) inclou sulfadiazina 85-120 mg/kg/dia en 2-4 dosis al dia, + pirimetamina 1 mg/kg/dia (màxim 25 mg), + 5 mg de leucovorin 3 dies per setmana. Com a alternativa, es pot utilitzar clindamicina 20-30 mg/kg/dia, en 2-3 dosis al dia, associada a pirimetamina i leucovorin.

Taula 3. Categories immunològiques basades en el recompte de limfòcits T-CD4+ específics per a cada edat, en nombre total i percentatge

Categoria immunològica	Edat dels nens					
	<12 mesos		1-5 anys		6-12 anys	
	ml	%	ml	%	ml	%
1. Sense immunodepressió	1500	25	1000	25	500	25
2. Immunodepressió moderada	750-1499	15-24	500-999	15-24	200-499	15-24
3. Immunodepressió greu	<750	<15	<500	<15	<200	<15

Taula 4. Classificació de la infecció pel VIH en l'edat pediàtrica

Categories immunològiques	Categories clíniques			
	N: Asintomàtica	A: Simptomatologia lleu	B+: Simptomatologia moderada	C+: Simptomatologia greu
1. Sense immunodepressió	N1	A1	B1	C1
2. Immunodepressió moderada	N2	A2	B2	C2
3. Immunodepressió greu	N3	A3	B3	C3

* Els nens amb situació serològica pel VIH que no està confirmada es classifiquen usant la taula anterior amb la lletra E (exposats perinatalment) precedint el codi de classificació corresponent (exemple: EN2).

* Les condicions clíniques de la categoria C i la pneumònia intersticial limfoide de la categoria B han de declarar-se als departaments de salut de les comunitats autònomes i/o al Registre Nacional de la Sida com a casos de sida.

Taula 5. Tractament antiretroviral d'inici en nens**Primera elecció***A. 1 IP + 2 ITIN*

IP = inhibidor de la proteasa (nelfinavir o ritonavir)

ITIN = inhibidors de la transcriptasa inversa anàlegs de nucleòsid

combinacions amb més informació: AZT + ddl i AZT + 3TC

altres combinacions: ddl + d4T, d4T + 3TC i AZT + ddC**

B. Efavirenz + 2 ITIN o efavirenz + nelfinavir + 1 ITIN

En nens que puguin ingerir càpsules i d'edat superior a 3 anys.

Segona elecció o alternativa

Evidència clínica de supressió de la replicació viral, però amb menys probabilitats de reduir la càrrega viral de forma mantinguda, en adults o durada de la supressió no definida, o menor experiència:

*A. Nevirapina + 2 ITIN (vegeu l'apartat anterior)**B. AZT + 3TC + abacavir**C. Lopinavir – ritonavir + 2 ITIN o lopinavir – ritonavir + 1 ITIN + 1 ITINN**D. Indinavir + 2 ITIN**E. Saquinavir (càpsules toves, Fortovase®) + 2 ITIN.***Només en circumstàncies especials**

S'ha demostrat el benefici clínic, tot i que la supressió viral pot ser menys mantinguda, amb les combinacions següents:

*A. 2 ITIN (vegeu la llista anterior).**B. Amprenavir en combinació amb 2 ITIN o abacavir.*

No es recomana cap monoteràpia en nens infectats pel VIH, ni les combinacions següents: d4T + AZT, ddC + ddl, ddC + d4T, ddC + 3TC.

7. Bibliografia consultada

Burns DN, Mofenson LM. Paediatric HIV-1 infection. *Lancet* 1999; 354 (suppl II): 1-6.

Centers of Disease Control and Prevention (CDC). 1994 revised classification system for human immunodeficiency virus infection in children less than 13 years of age. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1994; 43 (RR-12): 1-10).

Centers of Disease Control and Prevention (CDC). Guidelines for the use of antiretroviral agents in pediatric HIV infection. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1998 (actualitzat l'any 2001); 47 (RR-4): 1-38). <<http://www.hivatis.org>>

Centers of Disease Control and Prevention (CDC). Public Health Service Task Force Recommendations for the use of antiretroviral drugs in pregnant women infected with HIV for maternal health and for reducing perinatal HIV-1 transmission in the United States. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1998 (actualitzat l'any 2000); 47 (RR-2). <<http://www.hivatis.org>> [Consulta: agost 2002].

Fortuny C. Infecció per VIH en el niño. A: Gatell JM, Clotet B, Podzamczar D, Miró JM, Mallolas J. *Guía práctica del sida. Clínica, diagnóstico y tratamiento*. 7a ed. Barcelona: Ed. Masson, 2002; 489-510.

Fortuny C. *Manual práctico de la infección VIH pediátrica*. 2a ed. Barcelona: Ed. Prous, 2002.

Gortmarker S, Hughes M, Cervià J et al. Effect of combination therapy including protease inhibitors on mortality among children and adolescents infected with HIV-1. *N Engl J Med* 2001; 345: 1522-8.

USPHS/IDSA Prevention of Opportunistic Infection Working Group (2001). US Public Health Service (USPHSP) and Infectious Diseases Society of America (IDSA). *Guidelines for the Prevention of Opportunistic Infections in Persons Infected with Human Immunodeficiency Virus*. <<http://www.hivatis.org>> [Consulta: gener 2003].

La infecció pel VIH en la dona

La prevenció i l'atenció sanitària i social de la dona amb infecció pel VIH necessiten una cura especial. A nivell mundial, el nombre de noves infeccions en les dones està creixent més ràpidament que no pas en els homes, com a resultat d'una sèrie de factors (biològics, socioeconòmics i culturals) que sovint estan relacionats entre si. A més, la infecció pel VIH presenta unes particularitats que la fan un xic complexa; així, per exemple, els aspectes biològics (menstruació, embaràs, part), els aspectes relacionats amb les manifestacions clíniques específiques de la infecció pel VIH en la dona (infeccions vaginals, malaltia inflamatòria pèlvica crònica, displàsia o carcinoma de coll uterí) o els aspectes socials, econòmics i culturals (rols sexual i familiar, dependència econòmica, precarietat laboral, etc.).

En el nostre entorn, cada vegada hi ha més dones que s'han infectat pel VIH per mantenir relacions sexuals amb penetració no protegides, tot i que el principal mecanisme de transmissió del virus continua sent l'ús compartit de material d'injecció en el consum parenteral de drogues.

1. La vulnerabilitat en la dona

Són diverses les raons per les quals la dona és més vulnerable que no pas l'home en la infecció causada pel VIH. Els professionals d'APS i en general els treballadors sanitaris han de ser conscients d'aquests factors i han de crear un ambient de comprensió i d'empatia per poder abordar-los i tractar-los amb les seves pacients. Entre els factors relacionats amb una vulnerabilitat més gran de la dona enfront del VIH tenim aquests:

- *La transmissió del VIH en la relació sexual d'home a dona és més fàcil que de dona a home, perquè l'epiteli del coll uterí i de la vagina són molt vulnerables al pas del VIH a la via hemàtica per microlesions que es puguin produir durant el coit. Les dones més joves són fins i tot encara més vulnerables ja que l'epiteli vaginal i cervical no està prou desenvolupat i és més prim, amb la qual cosa la barrera mucosa ofereix menys protecció. D'altra banda, després de la menopausa l'epiteli dels genitals femenins es torna més prim i també augmenta el risc de transmissió del VIH.*

En el cas de coïts no protegits, el risc de contagi heterosexual del VIH en la dona és més elevat quan hi ha presència d'úlceres genitals i/o infeccions cervicovaginals, en el coït anal, en el coït durant la menstruació, en parelles serodiscordants en un estadi avançat de la infecció i segons el nombre d'exposicions amb una parella de risc.

- *Les dones pateixen més MTS asimptomàtiques que els homes; sovint aquestes infeccions no són diagnosticades ni tractades, amb el consegüent risc d'infectar-se pel VIH.*
- *Les dones en les seves relacions heterosexuals no sempre tenen percepció de risc davant d'una possible infecció pel VIH. Encara que es tracti d'una parella estable, cadascun dels seus membres pot mantenir relacions sexuals no protegides fora de la parella que poden suposar un risc de contagi per a l'altra persona.*
- *Sovint, en les relacions sexuals i sobretot en les esporàdiques, les dones presenten dificultats en la introducció de mesures de protecció davant el VIH, malgrat saber la importància que això té. En el moment del coït elements com el desig, l'autoestima i la por, poden influir a l'hora de no adoptar mesures preventives.*
- *De vegades, la dona, quan depèn de l'home per raons econòmiques, socials o emocionals, té dificultats per rebutjar una relació sexual de risc amb la seva parella o en intentar convèncer-la de mantenir relacions sexuals de menor risc. Les dones amb parelles seropositives necessiten un suport especial per afavorir les conductes sexuals de menys risc, com la utilització de preservatiu (masculí o femení) o l'abstinència del coït.*

La comunicació eficaç entre la dona i la seva parella heterosexual és essencial per poder adoptar pràctiques sexuals més segures. Per adoptar i mantenir pràctiques sexuals de menor risc a llarg termini calen la participació i la col·laboració de la parella. Per això, és molt important educar i incloure els homes en els temes relacionats amb la sexualitat humana i la salut reproductiva.

2. Consideracions específiques en la dona infectada pel VIH

La infecció pel VIH sol presentar una evolució clínica diferent de la de l'home; així, sovint els primers signes de la infecció són ginecològics i —freqüentment— difícils de relacionar amb la infecció pel VIH pels professionals sanitaris. En les primeres etapes de la malaltia predominen les infeccions bacterianes (pneumònies, sinusitis, bronquitis, infeccions urinàries) i a mesura que avança la immunodepressió augmenta el risc de desenvolupar infeccions oportunistes.

Cal fer un diagnòstic precoç de la infecció pel VIH en la dona per tal de controlar el progrés de la infecció i evitar la transmissió heterosexual i vertical. És necessari fer un seguiment clínic acurat de la infecció pel VIH per detectar precoçment processos infecciosos i neoplàsics, alguns dels quals són específics de la dona (vegeu-ho més endavant).

El fet d'assumir el diagnòstic de seropositivitat sovint comporta a la dona dificultats per mantenir el seu rol social i familiar, la qual cosa genera sentiments i estats de solitud i una tendència a amagar la realitat (fins i tot als més propers). Aquest diagnòstic, a més, té un fort impacte sobre el desig de maternitat de la dona seropositiva i sobre les decisions que haurà de prendre pel que fa a aquesta qüestió: tenir fills, no tenir fills, seguir amb l'embaràs, interrompre'l...

És important oferir a les dones infectades pel VIH espais en què puguin ser escoltades i on puguin expressar les seves pors i necessitats. Cal prestar atenció als aspectes relacionats amb el fet de la maternitat, tant en aquelles dones que desitjarien ser mares com en les que ja ho són, oferint-los tot el suport i l'assessorament necessaris.

3. Alteracions ginecològiques

Les dones infectades pel VIH presenten més incidència d'alteracions ginecològiques. La immunodepressió incrementa el risc de patir vulvovaginitis candidòtiques, neoplàsies cervicals intraepitelials, càncer de coll uterí o de vulva i condilomes acuminats. Les alteracions del cicle menstrual, la menopausa precoç, la malaltia inflamatòria pèlvica o l'herpes genital, són problemes ginecològics freqüents en la dona infectada pel VIH.

El 1993, els Centers for Disease Control and Prevention dels EUA va incloure algunes d'aquestes manifestacions ginecològiques dintre dels nous criteris de classificació de la sida (vegeu la taula 1).

Taula 1. Manifestacions ginecològiques incloses en la nova classificació de la infecció pel VIH (CDC, 1993)

Estadi B

Candidosi vulvovaginal (crònica, recidivant o amb mala resposta al tractament).
Malaltia inflamatòria pèlvica, moderada o greu.
Neoplàsies cervicals intraepitelials i carcinoma in situ.

Estadi C

Carcinoma cervical.
Lesions herpètiques persistents (de més d'un mes de durada).

3.1. Alteracions del cicle menstrual

L'amenorrea o la presència d'hemorràgies vaginals irregulars o erràtiques poden ocórrer en diverses malalties, inclosa la infecció causada pel VIH. L'amenorrea pot tenir diferents causes, inclòs l'embaràs, i es presenta sovint en dones infectades pel VIH amb immunodepressió greu. El maneig dels trastorns del cicle menstrual en la dona infectada pel VIH és similar al de la dona no infectada.

3.2. Disfuncions sexuals

No és infreqüent trobar dones infectades pel VIH en les quals el fet de saber-se infectades repercuteix en la seva expressió sexual amb trastorns com la inapetència sexual, l'anorgàsmia, etc. En aquests casos caldrà una atenció especial per part del professional i un assessorament acurat pel que fa al cas.

3.3. Malaltia inflamatòria pèlvica

La malaltia inflamatòria pèlvica és una de les patologies més freqüents en les dones infectades pel VIH i associada a altres MTS. La infecció pel VIH altera les manifestacions clíniques de la malaltia inflamatòria pèlvica; així per exemple, la leucocitosi és menys comuna i la presència d'abscess tubàric és més freqüent que en absència de la infecció pel VIH. El tractament de la malaltia inflamatòria pèlvica s'ha de fer de forma precoç i en règim d'ingrés hospitalari.

3.4. Neoplàsies de cèrvix

Les dones infectades pel VIH presenten una incidència de lesions escamoses intraepitelials (SIL) o de neoplàsia cervical intraepitelial (CIN) molt superior al de la resta de les dones. La prevalença actual del càncer cervical i/o del SIL en dones infectades pel VIH és del 20-43%, segons les sèries. La història natural de les lesions premalignes i malignes de coll uterí està alterada en aquestes pacients, presenta una progressió més ràpida, més agressivitat i lesions més persistents, i són també més freqüents les recurrències i més curt el seu interval d'aparició. La presència del virus del papil·loma humà (VPH) és el factor de risc més important en el desenvolupament del SIL i del carcinoma de cèrvix.

Actualment, es recomana la realització d'una citologia cervicovaginal cada sis mesos en la dona infectada pel VIH; la periodicitat pot ser anual quan els resultats de les primeres citologies semestralment són negatives. La citologia ha d'anar acompanyada d'una colposcòpia i d'una inspecció vulvovaginal acurades.

3.5. Malalties de transmissió sexual (MTS)

La presència d'MTS pot accelerar la progressió de la infecció pel VIH i aquesta, a més, pot alterar la història natural, el diagnòstic o la resposta al tractament d'altres MTS. Per aquest motiu és important realitzar la detecció i el tractament de les MTS (vegeu el capítol II).

4. Embaràs

Algunes dones s'assabenten que estan infectades pel VIH durant l'embaràs, després del part o fins i tot més tard, quan el seu fill emmalalteix en haver contret la infecció. La diagnòsi precoç (si fos possible, molt abans de l'embaràs) de la infecció pel VIH en la dona així com l'assessorament són fonamentals, tant per poder tractar els efectes de la infecció a través d'una teràpia ARV adequada per a ella i la provisió de les cures necessàries, com per reduir el risc de la transmissió del virus al seu fill durant l'embaràs o el part (vegeu els capítols V i VII).

En general, l'embaràs no influeix en l'evolució de la infecció pel VIH, almenys quan la dona infectada té el sistema immunitari conservat. Tampoc no s'ha vist per ara que la infecció pel VIH perjudiqui el desenvolupament del fetus; malgrat tot, la dona que hi està infectada s'enfronta al risc de patir més complicacions durant l'embaràs, com: avortament espontani, infeccions, part prematur, baix pes del nadó en néixer o infeccions greus després del part. Amb tot, la dona embarassada infectada pel VIH ha de tenir un seguiment especialitzat, ja que el seu embaràs és de risc.

Diferents estudis han mostrat que el tractament ARV de la dona seropositiva —durant l'embaràs i el part— i del nadó aconsegueixen reduir les taxes de transmissió vertical de forma molt important (al 8, 6, 2 o 1%, segons les pautes). Per això, en l'actualitat ja gairebé ningú no dubta que la millor profilaxi per al futur nadó és el tractament adequat de la mare. De tota manera, encara es plantegen certs interrogants a l'hora d'escollir determinades pautes, sobretot basats en hipòtesis com que l'embaràs pot modificar la farmacocinètica dels ARV (cal ajustar-hi les dosis?), la possibilitat que els ARV emprats tinguin efectes teratogènics sobre el fetus, com també el risc d'aparició d'efectes tòxics greus sobre la mare (acidosi làctica, per exemple).

5. Consell reproductiu i anticoncepció

Una dona embarassada que està infectada pel VIH pot optar per interrompre aquest embaràs o continuar endavant amb la gestació. La responsabilitat del professional sanitari rau a oferir suport emocional a la dona que s'assabenta que està infectada pel VIH durant l'embaràs, sense dirigir-la, perquè pugui prendre la seva decisió de forma raonada i lliure. En cas que decideixi continuar amb la gestació, convé ajudar-la a trobar i acceptar l'ajuda d'altres persones del seu entorn: parella, família, amics..., a més d'assessorar-la sobre les mesures preventives i terapèutiques necessàries per preservar la seva salut i la del seu futur fill.

Les millores quant a les expectatives i a la qualitat de vida aconseguides amb el TARGA, així com el fet que aquest tractament redueix de forma important el risc de transmissió vertical del VIH, afavoreixen avui dia les demandes de gestació planificada de les dones amb aquesta infecció.

Davant d'això, el professional sanitari ha d'oferir igualment suport i assessorar la dona perquè pugui decidir raonadament. També caldrà assessorar la dona i la seva parella sobre els mètodes per aconseguir una gestació sense riscos per a la parella: inseminació, rentat del semen, relacions sexuals planificades segons l'estat serològic de la parella.

Respecte a l'assessorament, els temes a tractar amb la dona infectada pel VIH que està embarassada o que desitja ser mare són, entre d'altres:

- Com afectarà l'embaràs la infecció pel VIH.
- Quins controls obstètrics ha de seguir i quins són els seus objectius.
- Quin és el risc de transmissió vertical del VIH i com es pot reduir aquest risc.
- Quin és el pronòstic per al nadó que s'infecta amb el VIH.
- Quines són les mesures de protecció per evitar exposar-se a una possible reinfecció i per evitar la transmissió del virus cap a altres persones.
- Quins són els beneficis i els riscos de la teràpia ARV.
- Com ha de cuidar el seu futur fill: alimentació, alletament artificial, etc.

Pel que fa a les mesures anticonceptives, el preservatiu (masculí o femení) és sens dubte el mètode que han de proposar els professionals sanitaris a les seves pacients, per tal d'evitar no tan sols embarassos no desitjats, sinó també per evitar el risc de transmissió o reinfecció pel VIH. Fins ara, no hi ha cap altre mètode que sigui tan eficaç com a contraceptiu i preventiu de les MTS alhora. A la taula 2, s'observen les característiques dels diversos mètodes anticonceptius i la seva relació amb el VIH.

Taula 2. Mètodes contraceptius i infecció pel VIH

Mètode	Eficàcia contraceptiva	Beneficis	Riscs
Preservatiu masculí	Bona	<ul style="list-style-type: none"> • Protecció eficaç contra el VIH si s'utilitza correctament 	<ul style="list-style-type: none"> • Requereix l'acceptació de la parella • Relativa dificultat en el seu ús
Preservatiu femení	Fan falta més estudis per avaluar la seva eficàcia	<ul style="list-style-type: none"> • Protecció eficaç contra el VIH si s'utilitza correctament • Accessible a la dona 	<ul style="list-style-type: none"> • Relativa dificultat en el seu ús
Anticonceptius orals: estrògens, prostàgens	Bona	<ul style="list-style-type: none"> • Reducció de la incidència de la malaltia inflamatòria pèlvica • Reducció de la quantitat de pèrdua menstrual • Canvis del moc cervical, que protegeixen d'infeccions genitals del tracte superior 	<ul style="list-style-type: none"> • Efectes dels estrògens en el sistema immunitari • No protegeixen del VIH
Anticonceptius intramusculars: progestàgens	Bona	<ul style="list-style-type: none"> • Amenorrea 	<ul style="list-style-type: none"> • No protegeixen del VIH
Lligadura de trompes	Molt bona		<ul style="list-style-type: none"> • No protegeix del VIH
Dispositiu intrauterí	Bona		<ul style="list-style-type: none"> • Augmenta el risc d'MTS • Augmenta el risc de malaltia inflamatòria pèlvica • No protegeix del VIH
Diafragma + espermicides (nonoxynol-9)	Regular	<ul style="list-style-type: none"> • Protecció de cervicitis per clamídia i/o gonococ 	<ul style="list-style-type: none"> • Augment de vulvovaginitis candidòtica • Relativa dificultat en l'ús • Possibilitat d'erosions o lesions de la mucosa vaginal amb risc teòric de transmissió del VIH • No protegeix les parets vaginals
Esponja contraceptiva impregnada de nonoxynol-9	Regular	<ul style="list-style-type: none"> • Els mateixos que amb diafragma + espermicides 	<ul style="list-style-type: none"> • Els mateixos que amb diafragma + espermicides
Espermicides	Baix	<ul style="list-style-type: none"> • Inactivació del VIH in vitro • Disminució del risc de cervicitis per clamídia i/o gonococ 	<ul style="list-style-type: none"> • Escassa eficàcia contraceptiva • Possibilitat d'irritació de la mucosa vaginal amb risc teòric de transmissió del VIH

6. Bibliografia consultada

Alberny M, Vall M (coord) et al. *Guia sobre la infecció pel VIH i la sida per a professionals d'atenció primària*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, 1994.

Corporació de Salut del Maresme i la Selva. *Guia de pràctica clínica. Infecció pel virus d'immunodeficiència humana (VIH)*. 2003.

Gatell JM, Clotet B, Podzamczar D, Miró JM, Mallolas J (ed). *Guia pràctica del sida. Clínica, diagnòstic i tractament*. 7a ed. Barcelona: Ed. Masson, 2002.

Grau E, Martínez C, Meroño M, Ollé C, Pineda M, Prat N. La dona i la infecció per l'HIV: abordatge des de l'atenció primària de salut i l'atenció a la salut sexual i reproductiva. *Infosida* 2001, comunicat 25. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya.

Johnson JL, Ollé C, Prat N. *La dona i la infecció per l'HIV. Manual per a professionals sanitaris*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, 1999.

Peña Sánchez de Ribera JM, Ramos Amador JT, Domingo Pedrol P, Miralles Martín P. Tratamiento de la mujer embarazada infectada por el VIH. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002; 20 (supl. 2): 29-34.

Rodés A, Valverde C. *Manual d'educació sanitària per a la prevenció de la infecció pel VIH*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, 1995.

Valverde C. *Counselling sobre l'HIV: suport psicosocial i relació d'ajuda a la persona seropositiva. Manual per a professionals*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. 1999.

La infecció pel VIH en determinats grups de població

1. Usuaris de drogues per via parenteral (UDVP)

Les dades epidemiològiques de què disposem en l'actualitat sobre els casos de sida assenyalen que els usuaris de drogues per via parenteral (UDVP) són en el nostre entorn el principal col·lectiu afectat per la infecció pel VIH (vegeu el capítol I). Tot i que la incidència de casos de sida ha disminuït en els darrers anys entre els UDVP, la prevalença d'aquest problema de salut encara és elevada: el 51% del total de casos, a l'Estat espanyol, i més del 65%, a Catalunya. El descens de nous casos de sida associats al consum injectat de drogues ha disminuït possiblement per la coincidència en el temps de diversos factors com: la disponibilitat de nous tractaments ARV, la implementació més generalitzada dels programes de manteniment amb metadona, l'extensió d'estratègies preventives relacionades amb les conductes de risc d'injecció, una percepció subjectiva de risc més gran per part dels UDVP envers el VIH, el canvi de la via parenteral per altres vies d'administració de l'heroïna, etc. És important tenir en compte que en aquests pacients el fet del consum injectat fa que altres vies de contagi, com la sexual, sovint siguin infravalorades.

Pel que fa a les substàncies emprades pels UDVP, si fa uns anys enrere parlar d'ells era sinònim de consum d'heroïna, en els darrers 4 o 5 anys sembla que aquest consum s'ha estabilitzat i han augmentat el de cocaïna per via parenteral, el concomitant i el d'altres substàncies psicoactives i psicofàrmacs.

En el grup poblacional dels UDVP s'ha de tenir en compte tant la infecció pel VIH i les seves particularitats en aquests pacients, com els problemes de salut orgànica i psíquica relacionats amb el consum, que comporten una morbiditat i mortalitat elevades. La sida i les sobredosis són encara causes importants de mortalitat en els UDVP, tal com s'observa a l'informe de l'Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona (1992-98), elaborat a partir de les dades del Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona.

En aquest apartat, es fa referència tant a la infecció del VIH com a altres problemes de salut orgànics que sovint es presenten entre els UDVP.

1.1. Característiques i particularitats de la infecció pel VIH en els UDVP

Tot i que els UDVP presenten una evolució clínica de la infecció pel VIH i una incidència d'infeccions oportunistes similars a la resta de la població, hi ha algunes patologies que es presenten amb més freqüència en aquests pacients. Entre d'altres, tenim aquestes malalties i problemes de salut:

1.1.1. Tuberculosi (TBC)

La tuberculosi és la malaltia indicativa de sida més freqüent en els UDVP, tot i que sembla que la seva incidència amb nous casos entre aquest col·lectiu s'ha estabilitzat en els darrers anys. Tant la infecció com la malaltia tuberculosa (pulmonar, extrapulmonar o disseminada) són altament prevalents entre els UDVP i sovint estan relacionades amb determinades característiques socials i estils de vida d'aquests pacients: marginalitat, mala nutrició, precarietat social, consums de tabac i alcohol, etc. Això té una gran importància quant a la morbiditat i la mortalitat, l'impacte de la transmissió de la TBC i les dificultats que es poden presentar, des del punt de vista diagnòstic i terapèutic (especialment en relació amb el compliment del tractament), així com en l'estudi de contactes. Per tant, cal seguir insistint en l'estructuració i posada en marxa d'estratègies d'intervenció orientades cap a la detecció de la infecció tuberculosa, així com a la millora del compliment correcte de la quimioteràpia i la quimioprofilaxi secundària. Un compliment, tant de les pautes de quimioprofilaxi com terapèutiques de la TBC, és imprescindible per aconseguir la curació del pacient, impedir l'aparició de resistències i evitar-ne la transmissió; en aquest sentit, s'ha de dir que els tractaments de manteniment amb metadona, per l'elevada retenció que ofereixen, són altament eficaços quant a la prevenció i el tractament de la tuberculosi, ja que permeten la possibilitat de realitzar els tractaments tuberculostàtics i les profilaxis en règims directament observats (TDO). En els darrers anys, per tal de facilitar el compliment terapèutic de la TBC, s'han realitzat diversos estudis que han mostrat l'eficàcia de tractaments profilàctics de curta durada i de tractaments i profilaxis amb pautes intermitents (2-3 cops/setmana); pel que fa als tractaments i les profilaxis basats en pautes intermitents, cal fer-los sempre en règim de TDO. Per als pacients amb malaltia tuberculosa que presenten immunodepressió greu ($CD4 < 100 / mm^3$), es recomana que el tractament antituberculós s'iniciï en un règim de pauta d'administració diària.

1.1.2. Amagriment

En els quadres de pèrdua de pes i d'amagriment en els UDVP, sovint és difícil destriar-ne l'origen: poden ser causats pel VIH o per la mateixa toxicomania activa de cocaïna o d'opiacis.

1.1.3. Alteracions de l'SNC

Les complicacions com l'encefalopatia o la demència associades a la sida també s'han descrit

amb més freqüència entre el col·lectiu d'UDVP. No es pot deixar de banda el fet que el consum de droga pot ser causa d'alteracions de l'SNC (deteriorament del nivell de consciència, per exemple).

1.1.4. Altres símptomes clínics

La diarrea crònica o els episodis febrils sense focalitat aparent poden estar en relació amb l'abstinència d'opiacis o lligats directament amb el seu consum, a banda de poder ser deguts a la infecció pel VIH i als seus processos associats.

1.1.5. Alteracions ginecològiques en les dones UDVP

Hi ha dades fiables que indiquen que aquestes dones tenen un risc més elevat de contraure la infecció pel VIH; per tant, aquest és un col·lectiu especialment làbil i en el qual s'han d'intensificar totes les mesures preventives possibles.

Entre aquestes dones amb dependència als opiacis, infectades o no pel VIH, són freqüents els trastorns menstruals en forma d'amenorrea o cicles irregulars, així com les patologies relacionades amb el papil·lomavirus humà (diferents graus de displàsia endocervical i carcinoma de coll), la malaltia inflamatòria pèlvica i altres MTS. També són freqüents els embarassos no planificats i sempre s'ha de considerar com de risc l'embaràs de la dona UDVP, tant si està infectada pel VIH com si no ho està.

1.2. Infeccions associades

Els pacients UDVP tenen un alt risc de presentar malalties infeccioses greus, que són una de les principals causes de mortalitat entre aquests pacients. En general, la patogènia d'aquestes infeccions està relacionada amb l'ús de la via parenteral; si aquesta via de consum fos més segura, se'n podria reduir la incidència. Tampoc no s'ha d'oblidar que els UDVP, a més, poden presentar les malalties infeccioses habituals de la població general.

Els UDVP presenten malalties infeccioses bàsicament per tres motius:

- El primer —i el més característic— és la inoculació de microorganismes procedents de la droga, de dissolvents contaminats, de la pell o del material d'injecció contaminat amb sang d'altres individus; aquestes infeccions es poden dividir en tres grups: infeccions bacterianes, fúngiques i virals.
- El segon està relacionat amb les circumstàncies que sovint envolten aquests pacients: precarietat social, marginació, malnutrició i uns hàbits sexuals insegurs.
- El tercer són les conseqüències derivades de les substàncies utilitzades, com les infeccions respiratòries produïdes per la depressió de consciència, etc.

1.2.1. Infeccions bacterianes

Majoritàriament estan produïdes per gèrmens contaminants de la pell i sol ser *Staphylococcus*

aureus el germen causal més habitual i amb diferència; també poden observar-s'hi altres gèrmen com estreptococs i altres bacteris.

Infeccions de parts toves

Són les més freqüents i es localitzen en les zones de venopunció, habitualment els braços, encara que també poden aparèixer en altres llocs com: el coll, les extremitats inferiors, etc. Aquestes infeccions poden afectar diverses estructures i això condiona el seu pronòstic i la gravetat de la infecció.

Les cel·lulitis i els abscessos superficials són les infeccions més comunes. En la majoria de casos, el tractament antibiòtic (amoxicil·lina + àcid clavulànic 875 mg, cada 8 hores) sol ser eficaç; de vegades pot ser necessari el desbridament dels abscessos. Amb menys freqüència poden veure's fasciïtis necrosants i/o piomiositis; en aquests casos, els signes inflamatoris locals poden ser escassos i manifestar-se com un quadre sèptic, amb afectació sistèmica important. Aquesta és una patologia molt greu que requereix una derivació hospitalària urgent i el seu tractament consisteix en amplis desbridaments, antibioticoteràpia i mesures de suport vital.

Infeccions osteoarticulars

Solen ser secundàries a la disseminació hematògena de microorganismes i alguns cops són expressió de metàstasis sèptiques d'una endocarditis o per contigüitat de processos infecciosos locals.

Les osteomielitis hematògenes solen afectar l'esquelet axial i amb menys freqüència altres localitzacions. L'afectació articular més freqüent és la sacroilíaca i també les costocondrals. *Staphylococcus aureus* és el germen més freqüent. Com que aquestes infeccions solen afectar articulacions d'escassa mobilitat, els símptomes locals (dolor, inflamació i imпотència funcional) poden ser poc manifestos i dificultar-ne el diagnòstic, però solen anar acompanyats de febre. S'ha de sospitar aquesta patologia davant d'un pacient UDVP amb dolor osteoarticular i febre, i cal fer-li una derivació hospitalària urgent per tal de confirmar-ne el diagnòstic i iniciar el tractament adequat (cloxacil·lina + gentamicina i.v.).

Endocarditis

És una de les infeccions més característiques i greus dels pacients UDVP. La més freqüent és l'endocarditis dreta o tricuspídica que afecta majoritàriament els pacients UDVP sense antecedents de valvulopatia prèvia. *Staphylococcus aureus* és, amb diferència, el germen més comunament aïllat. Se n'ha de sospitar davant d'un pacient UDVP actiu amb febre i buf cardíac de nova aparició. Sol tenir un curs agut i són freqüents els fenòmens embòlics sèptics pulmonars que es manifesten amb tos, dispnea, dolor pleurític o hemoptisi; radiològicament sol manifestar-se amb infiltrats pulmonars bilaterals que poden formar cavitats i presentar afectació pleural. Amb tractament antibiòtic, el pronòstic generalment és bo, sense que hi calgui la intervenció quirúrgica (ablació de la tricúspide) en la majoria de casos.

Les endocarditis esquerres (mitral o aòrtica) solen presentar-se en UDVP amb antecedents de valvulopatia prèvia. *Staphylococcus aureus* és el microorganisme més freqüent, però també poden observar-s'hi altres gèrmen com estreptococs, pseudomones, cànides o altres i, fins i

tot, poden ser d'etiologia polimicrobiana. Solen tenir un curs més subagut i es manifesten amb febre; poden donar signes d'insuficiència cardíaca, fenòmens embòlics perifèrics (pell, SNC) i microhematúria. La mortalitat és elevada i en un percentatge alt de casos, a més del tractament antibiòtic, és necessària la intervenció quirúrgica (recanvi valvular). S'ha de tenir en compte que els pacients que han presentat algun episodi previ d'endocarditis, en cas de continuar amb el consum intravenós, tenen un risc elevat de presentar-ne nous episodis, per la qual cosa és molt important aconseguir que abandonin el consum per via parenteral.

Tètanus

És una de les complicacions infeccioses més greus que poden presentar aquests pacients, tot i que la seva incidència és baixa. Als anys 70, es va descriure una epidèmia de tètanus en un grup de dones UDVP que s'injectaven per via subcutània; tanmateix, aquesta és una pràctica poc habitual en el nostre entorn. La immunització passiva és la principal mesura preventiva contra el tètanus i ha de ser inclosa en els protocols d'atenció d'aquests pacients.

1.2.2. Infeccions per fongs

La infecció més característica d'aquest grup és l'anomenada *síndrome de la candidosi disseminada de l'heroïnòman*, causada per *Candida albicans* i que es relaciona amb el consum d'heroïna marró o turca per via intravenosa. L'heroïna marró usualment es consumeix per altres vies (fumada, per exemple); quan s'utilitza per via endovenosa s'ha de dissoldre en un mitjà àcid (generalment, llimona o vinagre); aquests dissolvents àcids són un cultiu excel·lent per a aquest fong i això pot afavorir la inoculació d'una elevada quantitat de cànides al torrent circulatori. La síndrome de la candidosi disseminada de l'heroïnòman sol presentar-se, en forma de petits brots epidèmics, entre UDVP que han compartit el material d'injecció contaminat pel fong, i és més freqüent en les estacions caloroses. Inicialment, es produeix un quadre febril que sol autolimitar-se a pocs dies i són característiques les metàstasis sèptiques, que poden aparèixer en tres espais: cutani, ocular i costocondral. L'afectació cutània és la més freqüent i precoç, i sol aparèixer pocs dies després del quadre febril inicial. L'afectació ocular és la més greu, perquè pot comprometre la visió (per retinitis, endoftalmitis, etc.) i sol presentar-se al cap d'unes setmanes després del quadre febril inicial. L'afectació costocondral acostuma a manifestar-se setmanes o mesos després del quadre febril inicial, sol presentar pocs punts inflamatoris locals i, de vegades, pot requerir tractament quirúrgic (resecció del cartílag costal afectat). Les formes oculars i costocondrals necessiten la derivació urgent del pacient a l'hospital, mentre que la forma cutània pot respondre satisfactòriament al tractament oral amb fluconazole.

1.2.3. Infeccions viriques

En els UDVP, la patogènia s'adquireix per la utilització de material d'injecció contaminat amb sang d'altres individus infectats i, en alguns casos, també pot ser per transmissió sexual.

Virus de l'hepatitis A (VHA)

En aquest cas, la transmissió per via parenteral és molt poc freqüent, perquè en la fase aguda de la malaltia la virèmia té una durada molt curta. La via de transmissió principal és l'orofecal i entre el col·lectiu dels UDVP té una prevalença més elevada que en la població general; possiblement

pels seus hàbits de vida i perquè sovint la droga es transporta per via rectal. Pot produir una hepatitis greu o fulminant en pacients amb una hepatopatia prèvia, sobretot en els infectats pel VHC. Els pacients UDVP, tant si estan o no infectats pel VIH, s'han de vacunar contra l'hepatitis A (vegeu el capítol IV).

Virus de l'hepatitis B (VHB)

La infecció pel VHB comparteix els mateixos mecanismes de transmissió que el VIH, la seva prevalença és molt elevada entre els UDVP i els portadors crònics d'HBsAg poden arribar entre el 7-12%. Hi ha dades contradictòries sobre el paper de la coinfecció pel VIH i el VHB; però, com que l'afectació hepàtica sol tenir mediació de fenòmens autoimmunes, pot ser inferior en els pacients amb infecció pel VIH.

La immunització és la mesura preventiva més eficaç i s'ha de recomanar —com més aviat millor— en aquells pacients amb serologia negativa (vegeu el capítol IV). Els programes de reducció de dany (PIX, PMM) també s'han mostrat eficaços per reduir-ne la incidència entre els UDVP.

En els pacients amb una hepatitis crònica pel VHB (HBsAg+ o presència d'ADN-VHB), tot i que l'experiència és limitada, es recomana incloure la lamivudina en el tractament antiretroviral per la seva activitat contra el VHB.

Agent delta (VHD)

És un virus defectuós que requereix la presència del VHB per desenvolupar la seva acció patògena. La principal via de transmissió és l'hemàtica; però també és possible la sexual. Pot aparèixer en forma d'infecció simultània el VHB i el VHD, és el que s'anomena coinfecció i pot manifestar-se de forma fulminant. És poc freqüent que es cronifiqui. També pot presentar-se en pacients prèviament infectats pel VHB, situació que es coneix com sobreinfecció, que presenta una evolució cap a una hepatitis crònica agressiva. No hi ha dades sobre quin paper té la infecció pel VIH en aquests pacients.

Virus de l'hepatitis C (VHC)

La via de transmissió més eficaç és l'hemàtica i la prevalença és molt elevada entre els UDVP (al voltant del 70-90% es troben infectats pel VHC). Aquesta infecció sol aparèixer molt precoçment en aquests pacients, molt abans que la causada pel VIH. La coinfecció VIH-VHC genera una gran activitat del VHC, amb un dany histològic més elevat i un curs evolutiu cap a la cirrosi hepàtica més accelerat. El consum de tòxics com l'alcohol també és un factor de progressió més ràpid de la malaltia hepàtica. En alguns estudis fets s'ha vist que el VHC pot accelerar també la progressió de la malaltia causada pel VIH.

El tractament de l'hepatitis crònica pel VHC amb α -interferó i ribavirina sembla que, en els pacients amb infecció pel VIH i amb un estat immunitari conservat, té una eficàcia similar a l'observada en la resta de la població, però la seva eficàcia és molt baixa en aquells pacients amb CD4 baixos ($CD4 < 300/mm^3$). Hi ha una certa controvèrsia quant a la indicació del tractament en UDVP actius pel risc de reinfecció pel VHC elevat que presenten. En els propers anys, les complicacions derivades de la malaltia hepàtica terminal o de l'hepatocarcinoma seran un dels principals problemes de salut entre aquest col·lectiu, independentment de la infecció pel VIH.

1.3. Característiques relacionades amb el tractament antiretroviral

Si el compliment del tractament ARV és complex i difícil en els pacients infectats pel VIH, aquest fet s'accentua quan es tracta d'UDVP. D'altra banda, no s'ha d'oblidar que molts d'aquests pacients són consumidors de substàncies i de fàrmacs que poden interaccionar amb els ARV. Insistir en el compliment del règim terapèutic dels ARV i vigilar les interaccions farmacològiques són objectius fonamentals en el seguiment dels pacients UDVP (vegeu el capítol III).

1.3.1. Adhesió

El consum de drogues i els hàbits de vida que s'hi poden associar són un factor que pot dificultar l'adhesió al tractament antiretroviral i el seguiment clínic d'aquests pacients.

Un abordatge correcte de la dependència del pacient, com ara un tractament de manteniment amb metadona o una evolució correcta en un programa basat en l'abstinència (programes lliures de drogues), beneficia el compliment terapèutic. El desenvolupament de pautes de tractament antiretroviral, amb una única presa diària que pogués supervisar-se des d'un dispositiu de tractament amb metadona, podria ser eficaç per millorar-ne el compliment.

1.3.2. Interaccions farmacològiques

El tractament amb metadona és una alternativa terapèutica freqüentment utilitzada en la dependència als opiàcids i, com que es metabolitza mitjançant el citocrom p450, presenta interaccions amb altres fàrmacs o substàncies que utilitzin la mateixa via de metabolització. Diversos fàrmacs antiretrovirals (inhibidors de les proteases o inhibidors no nucleòsids de la transcriptasa inversa) es metabolitzen mitjançant el citocrom p450 i presenten importants interaccions amb la metadona.

En començar o modificar un tractament antiretroviral en un pacient en tractament amb metadona amb fàrmacs amb possibilitat d'interaccions, s'ha de monitorar l'aparició de simptomatologia d'abstinència a opiàcids i ajustar les dosis de metadona per establir-lo. Un mal abordatge d'aquestes situacions pot dificultar l'adhesió al tractament i afavorir pràctiques de risc i recaigudes en la dependència.

2. Població penitenciària

Catalunya té competència en matèria penitenciària des de 1984 i el Departament de Justícia de la Generalitat és qui administra i gestiona els seus establiments. Actualment, prop de 6.000 interns estan ingressats en els 9 establiments penitenciaris catalans: 5 a la província de Barcelona, 2 a la de Girona, 1 a la de Lleida i 1 a la de Tarragona.

Un percentatge relativament elevat de la població penitenciària sol realitzar hàbits de risc quant a la infecció pel VIH. Així, els principals problemes sanitaris de la població penitenciària interna

tenen relació amb l'ús endovenós de drogues. En aquest sentit, les institucions penitenciàries adquireixen un notable paper en la política sanitària de lluita contra la infecció pel VIH i la sida, sobretot perquè permeten fer intervencions sobre alguns grups de població que, d'altra banda, no utilitzen usualment els serveis sanitaris normalitzats.

2.1. La infecció pel VIH en els centres penitenciaris

La prevalença d'aquesta infecció entre la població reclusa catalana és actualment del 25% de forma global i afecta majoritàriament els pacients UDVP. La prevalença de la infecció pel VIH ha mostrat en els darrers anys una tendència descendent en la població reclusa, tant a Catalunya com a la resta de l'Estat. Així, en els primers anys de l'epidèmia, la infecció pel VIH afectava el 40% dels reclusos catalans i era superior al 60% entre els joves interns UDVP. L'aparició de canvis en el patró de consum dels drogodependents i una més gran utilització de les vies de menys risc segurament explicarien aquesta disminució.

Un dels temes més controvertits és la possibilitat de transmissió del VIH a dins de les presons, especialment mitjançant l'ús compartit de material d'injecció. Tot i que el consum de drogues a les presons està prohibit, sovint aquest consum existeix i probablement en pitjors condicions quant a la puresa de la substància emprada i del material utilitzat per al seu consum. El control d'entrada de droga és molt difícil de fer sense que pugui afectar els drets dels interns o de les persones que els visiten; per això, a més de reduir l'oferta de substàncies il·legals, cal adoptar estratègies preventives que vagin dirigides a disminuir l'hàbit de compartir material d'injecció. Entre aquestes estratègies preventives, cal destacar els programes de manteniment amb metadona (PMM), que es varen generalitzar a tots els centres penitenciaris, atesos els bons resultats assolits amb un programa pilot dut a terme en una presó catalana el 1992, i han mostrat un nombre creixent d'usuaris des d'aleshores.

Dintre de les estratègies preventives, l'Administració penitenciària de Catalunya està estudiant la possibilitat de desenvolupar programes d'intercanvi de xeringues (PIX) a les presons, dirigits a aquells usuaris que no poden o no volen adherir-se als PMM i/o a altres programes d'atenció als drogodependents.

2.2. Epidemiologia de la sida a les presons

Fins al desembre de 2000, els equips sanitaris penitenciaris havien notificat 1.885 casos de sida, que representen el 6,9% de tots els casos diagnosticats a Catalunya. Hi ha tres moments clau en l'evolució d'aquesta epidèmia a les institucions penitenciaris de Catalunya: els dos primers estan relacionats amb la inclusió de la TBC disseminada o extrapulmonar (CDC, 1987) i, posteriorment, la TBC pulmonar (Europa, 1993) com a criteris diagnòstics de sida, que varen ocasionar un notable increment en la notificació de nous casos. El tercer arriba amb la utilització de les noves combinacions de fàrmacs antiretrovirals —a partir de 1996—, que va traduir-se en una remarcable disminució de la morbiditat i la mortalitat associades a la infecció pel VIH, i també

de la notificació de casos de sida (vegeu la figura 1).

L'edat mitjana dels casos notificats s'ha anat incrementant amb els anys, actualment és de 34 anys, quan havia estat de 27,2 anys en el període 1984-90. Per sexes, el nombre de casos és molt més freqüent entre els homes (14/1). Quant a la forma de contagi, l'hàbit de compartir material d'injecció és el principal mecanisme de contagi en la població penitenciària, tot i que en els darrers anys s'ha observat una representativitat més gran dels casos declarats per transmissió heterosexual.

A les presons, la majoria dels casos notificats de sida, des de 1994, corresponen a TBC pulmonar i/o extrapulmonar, segurament per l'elevada prevalença de la infecció tuberculosa i de la coinfecció VIH-TBC entre la població reclusa, d'una banda, i de les condicions favorables de transmissió aèria que presenten les institucions tancades, de l'altra. No obstant això, i gràcies sobretot a l'eficàcia dels actuals tractaments antiretrovirals combinats i a la generalització del tractament directament observat per a la TBC (TDO), s'ha produït una constant disminució dels casos de sida amb TBC (vegeu la figura 2).

Les infeccions pels virus de l'hepatitis B i C, amb prevalences que s'aproximen o fins i tot superen la meitat de la població penitenciària, són ara un dels problemes sanitaris més greus a les presons.

Figura 1. Evolució dels casos de SIDA en presons de Catalunya (1984-2000)

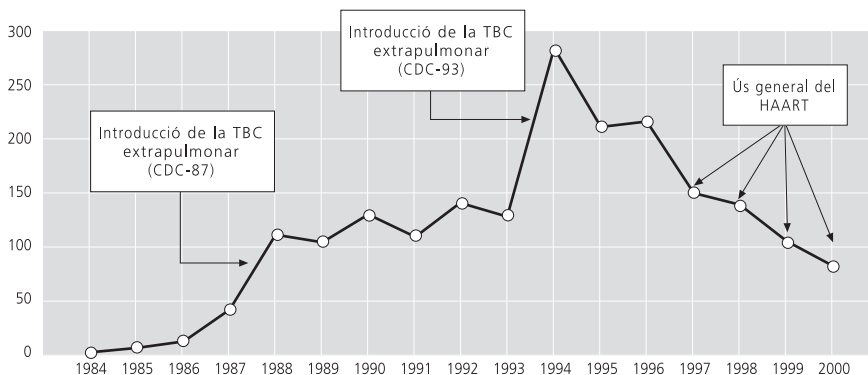
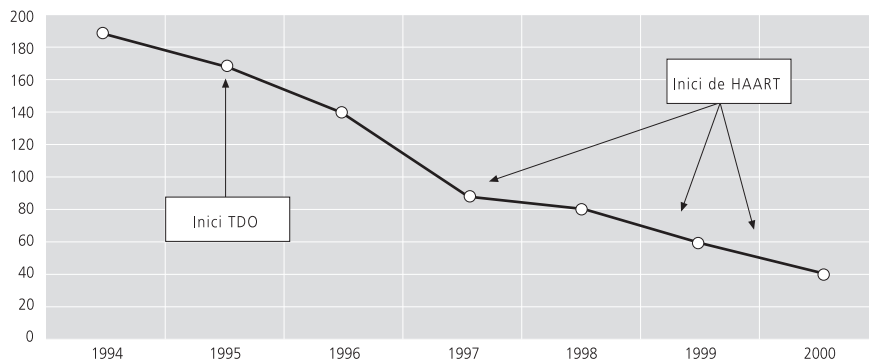


Figura 2. Declaració de casos de TBC a presons de Catalunya en períodes anuals (1994-2000)



2.3. Tractament antiretroviral en el medi penitenciari

A les presons catalanes, aquest tractament es prescriu i s'administra directament als centres, fet que en facilita l'accessibilitat i afavoreix la relació de confiança entre el pacient i l'equip sanitari. Malgrat tot, el principal problema del tractament de la infecció pel VIH, a les presons, és la poca adhesió dels pacients interns al tractament antiretroviral, amb una taxa d'incompliment que s'estima que pot arribar a ser superior al 50% al cap d'un any d'haver-se iniciat. Per això, caldria impulsar l'aplicació de programes específics per estimular l'adhesió dels pacients a les presons i d'aquesta manera disminuir el fracàs terapèutic, i també millorar el pronòstic i la qualitat de vida dels pacients infectats pel VIH.

2.4. Programa de prevenció i control de la infecció pel VIH a les presons de Catalunya

Al final de 1985, una comissió interdepartamental de Justícia i Sanitat va elaborar un primer pla d'actuació que, en forma de Programa VIH/sida d'aplicació a les presons de Catalunya, tenia la finalitat de coordinar la prevenció i l'assistència d'aquesta infecció en el medi penitenciari. Les activitats d'aquest Programa es recullen a la taula 1.

El Programa, des de l'inici, ha dedicat una atenció especial a l'educació sanitària de les persones amb conducta de risc respecte a la infecció pel VIH, però també de la comunitat penitenciària en general. Una tasca important d'aquest Programa ha estat facilitar als interns poder fer-se la diagnòsi serològica d'aquesta infecció.

L'estada a la presó facilita, d'altra banda, fer activitats d'intervenció (aprenentatge d'hàbits saludables i altres aspectes educatius) amb determinats grups de població, com és el cas dels UDVP que, normalment, són poc freqüentadors dels serveis sanitaris normalitzats.

Mentre que el Programa no ha modificat els seus objectius ni les activitats quant als aspectes educatius i preventius, l'aportació clínica i terapèutica s'ha hagut d'adaptar a l'evolució de l'epidèmia a les presons i als recursos assistencials penitenciaris. Inicialment, el Programa assignava al professional d'atenció primària penitenciària un paper bàsic en qüestions d'informació, d'educació sanitària i de prevenció, mentre que el paper d'aquest professional pel que fa al seguiment clínic de les persones infectades pel VIH es limitava al subministrament de tractaments prescrits a l'hospital i al control del compliment de les visites de seguiment. A partir de 1988-90, la formació dels professionals sanitaris penitenciaris sobre la infecció pel VIH/sida i l'increment de la dotació de recursos tècnics i humans de les presons van permetre que el Programa creixés en prestacions diagnòstiques i terapèutiques. D'aquesta manera, el tractament antiretroviral es prescriu i es dispensa directament als centres penitenciaris, com ja s'ha comentat anteriorment; això evita trasllats innecessaris dels pacients a centres hospitalaris, redueix costos econòmics, afavoreix l'accessibilitat al tractament i ofereix una assistència que pot resoldre de forma immediata qualsevol incidència relacionada amb la teràpia: toxicitat, intolerància, etc.

Taula 1. Activitats del Programa VIH/sida a les presons

1. Informació i educació sanitària

- 1.1 A la població reclusa, en general
 - a) en ingressar a la presó
 - b) d'una manera periòdica
 - 1.2. A grups amb pràctiques de risc
 - 1.3. A persones infectades pel VIH
 - 1.4. A professionals penitenciaris
-

2. Dotació d'elements de prevenció

- 2.1. Material d'higiene personal
 - 2.2. Administració de preservatius
 - 2.3. Administració de desinfectants de xeringues
 - 2.4. Derivació a programes de drogodependents
-

3. Determinació serològica del VIH i provisió d'aconsellament a les persones analitzades

4. Atenció clínica i seguiment periòdic. Tractament antiretroviral

5. Vigilància epidemiològica i monitoratge

6. Formació del personal sanitari

3. Immigrants

La immigració és un fenomen relativament recent a Espanya, que s'inicia als anys 80. Encara que es tracta d'un fenomen creixent, la proporció d'immigrants és molt inferior a la de la mitjana de la Unió Europea (2,5% davant del 4,8%, respectivament), segons dades del Ministeri de l'Interior a 31 de desembre de 2000. Catalunya, i sobretot Barcelona, es troba entre les àrees geogràfiques de l'Estat espanyol on es concentra una proporció d'immigrants més alta (vegeu la taula 2).

L'origen dels immigrants és divers i el segment més important procedeix de països d'Europa (40%), seguit del Magrib (20%) i d'Amèrica llatina (18%). La distribució geogràfica de la població immigrada varia segons les comunitats autònomes: a Catalunya, predominen els immigrants procedents del Magrib, sobretot del Marroc; a Madrid, són els originaris de països sud-americans; mentre que a Andalusia, provenen fonamentalment del Regne Unit i del Marroc.

Taula 2. Distribució per comunitats autònomes d'immigrants regularitzats

Comunitat autònoma / Percentatge d'immigrants			
Andalusia	14%	Galícia	3%
Aragó	2%	Madrid	21%
Astúries	1%	Múrcia	2%
Balears, illes	6%	Navarra	2%
Canàries, illes	10%	País Basc	2%
Cantàbria	1%	Comunitat Valenciana	10%
Catalunya	21%		

Font: Ministeri de l'Interior, març de 2000.

El fenomen migratori procedent de països desenvolupats respon, fonamentalment, a causes de tipus social: refugiats polítics, persones que demanen asil, etc., mentre que la immigració procedent de països en vies de desenvolupament es relaciona amb factors de tipus econòmic: recerca d'oportunitats per millorar les condicions de vida.

En aquest capítol, es tracten els aspectes més generals de la relació dels immigrants amb els serveis sanitaris i aquells aspectes més concrets sobre la infecció pel VIH en aquesta població. Els uns i els altres estan relacionats i han de servir de punt de partida a l'hora d'establir estratègies per intentar millorar l'atenció de les persones immigrades pel que fa a la infecció pel VIH.

3.1. L'atenció sanitària de la població immigrant

Observant què ha succeït a Catalunya, val a dir que, durant els primers anys del flux migratori extracomunitari arribat al nostre país, l'experiència de l'APS en l'atenció sanitària de la població immigrant fou molt mins; entre altres raons, perquè hi havia alguns dispositius específics destinats a l'atenció de les persones immigrants i estrangeres. A poc a poc, el creixent nombre de persones nouvingudes entre la nostra població i la necessitat d'atansar els serveis prop dels seus llocs de residència dintre de la xarxa normalitzada de recursos sanitaris disponibles van comportar que alguns equips d'APS haguessin d'incorporar a les seves tasques assistencials la d'atendre poblacions poc conegudes, tant des del punt de vista epidemiològic com sociocultural, havent de cercar fórmules i estratègies per poder donar resposta a les seves necessitats.

3.1.1. L'accessibilitat dels immigrants als serveis sanitaris

Aquesta és una característica fonamental de la sanitat; si està limitada, es veuen afectades les qualitats elementals de l'atenció (igualtat, equitat, utilitat, universalitat) i no es poden assolir els objectius de promoció de la salut, prevenció i rehabilitació. No obstant això, es produeixen i s'han produït situacions en què s'ha posat en risc l'accessibilitat i el dret a l'atenció sanitària de la població immigrant:

- Actituds pocs sensibles per part d'alguns professionals: prejudicis, desconeixement de l'obligatorietat de donar atenció a totes les persones que la necessiten o la demanen, que queda establerta en el contracte entre els professionals i els usuaris de la sanitat pública, per a l'augment de la pressió assistencial, desconeixement de les patologies pròpies d'alguns països d'origen de la població immigrant, dificultats en la comunicació per raons idiomàtiques i/o antropològiques i culturals, etc.
- Accions relacionades amb els frens administratius: regularització dels papers, necessitat d'obtenir el dret a l'assistència, necessitat d'empadronar-se, etc.
- Actes relacionats amb els frens intrínsecs propis de la immigració, sobretot quan és recent: desconeixement del funcionament dels serveis i dels circuits d'accés, desconfiança cap a les institucions per experiències prèvies, obstacles idiomàtics, obstacles culturals, etc.
- Inestabilitat laboral i horaris massa amplis d'aquestes persones, juntament amb horaris poc adaptats dels recursos existents.

3.1.2. La utilització dels serveis sanitaris per la població immigrant

Normalment, la població immigrada utilitza els dispositius d'atenció sanitària, hospitalària o ambulatoria, en cas de malaltia greu percebuda o objectivable. En cas de malaltia no greu, la utilització dels serveis sanitaris de l'APS és més elevada quan la població immigrant els coneix i identifica millor com a problemes de salut determinats esdeveniments; això sol ser així quan aquesta població duu algun temps d'assentament al país o ciutat. Pot ser pel diferent concepte de salut i de malaltia d'algunes cultures, o per la inestabilitat laboral, que la demanda espontània sol ser sempre superior que la programada per al seguiment de qualsevol problema de salut,

sigui agut o crònic. El temps d'assentament de la població nouvinguda en el nostre entorn sol ser un element afavoridor del desenvolupament de les activitats preventives i de promoció de la salut, moltes vegades més preuades per aquells col·lectius que compatibilitzen millor la nostra medicina occidental amb la pròpia. Tot i això, cal intensificar els esforços per tal que el desplegament d'activitats preventives i de promoció de la salut realitzades sobre la població general arribin també als immigrants.

3.1.3. Els problemes de salut en la població immigrant

Hi podríem distingir dos grups de problemes de salut: els que són comuns als de la resta de la població i els inherents a la immigració (malalties importades o les d'origen genètic, problemes de salut derivats de l'adaptació al nostre entorn i la nostra societat, els relacionats amb el fet migratori). Els problemes de salut de la població immigrant sovint comporten reptes per als professionals sanitaris:

- Han de millorar els coneixements científics envers algunes malalties que, fins fa poc, ni tan sols es veien.
- Han de millorar els coneixements sobre el fet migratori i les seves conseqüències sobre la salut.
- Han de saber interpretar alguns símptomes (dolor, cefalea, febre, dolor esquelètic, ansietat, etc.) que, per raons culturals, idiomàtiques o conceptuals envers allò físic i/o l'espiritual per part d'algunes ètnies, contrasten amb la concepció occidental de la malaltia.
- Han de buscar estratègies per millorar el compliment terapèutic i esbrinar quins obstacles impedeixen aquest tractament: manca d'informació sobre la necessitat d'un tractament concret, desconfiança cap a substàncies desconegudes, dificultats en la seva administració, etc., i evitar les possibles interaccions farmacològiques dels fàrmacs convencionals amb els preparats folklòrics que algunes ètnies acostumen a prendre i que són propis de la seva cultura.

3.1.4. La comunicació entre els professionals sanitaris i els immigrants

Si la comunicació entre professionals i usuaris resulta de vegades complexa, aquest fet s'accentua quan es tracta de comunicar-se amb persones que entenen la vida d'una altra manera, tenen valors ètics i morals diferents, i sovint no parlen o no entenen la llengua del país d'acollida. Cal evitar-hi actituds de rebuig, d'indiferència o de prejudicis; mentre que mostrar-hi interès, respecte i empatia són elements que poden ajudar el professional a millorar la seva comunicació amb els pacients immigrants. També pot ser útil buscar l'ajut de mediadors culturals o de traductors, sempre que es respecti la confidencialitat del pacient.

3.2. La infecció pel VIH en la població immigrant

Tot i que fa uns anys es deia que la immigració havia tingut poc impacte en l'augment del nombre de casos de sida acumulats des de 1981, dades recents del Ministeri de Sanitat i Consum

(a 30 de juny de 2003) mostren que l'epidèmia s'ha incrementat del 2 a l'11% en la població estrangera. D'altra banda, l'informe SIVES 2001 apunta que, a Barcelona ciutat, el nombre de casos de sida detectats en persones d'altres països havia passat del 5,4% (1999) fins al 16% (2001), sobre el total de casos declarats. Majoritàriament, el grup afectat és més jove que l'espanyol, són persones que resideixen en zones socioeconòmiques més deprimides i que s'han contagiats per la *via de la transmissió sexual*. Des del punt de vista etiològic, la majoria de casos són deguts al VIH-1, tot i que cal tenir en compte aquells casos que es donen en persones originàries de l'Àfrica occidental, en què l'agent etiològic pot ser el VIH-2. Quant a les malalties indicatives de sida, la TBC és la malaltia definitiva més freqüent entre els espanyols i immigrants, a excepció dels procedents d'Europa occidental i els EUA.

3.2.1. La vulnerabilitat dels immigrants enfront del VIH

Les persones que arriben d'altres països són generalment joves i sanes. La precarietat social, laboral i econòmica, a més de les conseqüències afectives relacionades amb el fet migratori, són els principals factors de risc davant la infecció causada pel VIH en aquestes persones. A més de tot això i com a conseqüència del tràfic il·legal de persones, hi ha una proporció creixent d'immigrants dintre dels col·lectius que practiquen el sexe comercial (homes, dones, transvestits), amb la qual cosa hi ha una situació de sobremarginació que els fa més vulnerables a acceptar conductes sexuals de risc. D'altra banda, algunes persones usuàries de drogues (sobretot, procedents del Marroc), en el nostre entorn canvien el seu patró de consum original pel consum per via parenteral, fet que també les fa més vulnerables a la infecció pel VIH.

3.2.2. Les barreres

L'existència de barreres socioeconòmiques, culturals, lingüístiques i legals dificulta el desenvolupament de tasques preventives en relació amb la infecció pel VIH en els grups d'immigrants. Aquesta prevenció ha de formar part d'un enfocament sanitari integrador que garanteixi el dret a la salut d'aquestes poblacions. La figura dels mediadors socioculturals i la dels agents de salut comunitària són claus per superar les barreres existents; la seva coordinació amb els serveis d'atenció sanitària i social és fonamental.

3.3. Recomanacions de la Secretaria del Pla Nacional contra la Sida en relació amb la població immigrant

El Pla multisectorial 2001-04 de la Secretaria del Pla Nacional sobre la Sida recull tota una sèrie de recomanacions relacionades amb la prevenció de la infecció pel VIH entre la població immigrant, per a l'impuls de les quals fa falta la coordinació entre el Ministeri d'Afers Socials i els plans o programes autonòmics de sida. Per al desplegament d'aquest Pla multisectorial 2001-04 s'han d'integrar les activitats següents:

- Continuar desenvolupant campanyes de prevenció del VIH dirigides a immigrants i minories ètniques en diferents idiomes, i ampliar-les a altres idiomes i altres mitjans de difusió.

- Donar suport tècnic i econòmic a programes de prevenció contra el VIH adaptats culturalment per a minories ètniques i grups de persones immigrants que es troben en situació de vulnerabilitat (social, econòmica, afectiva i legal) davant d'aquesta infecció.
- Donar suport tècnic i econòmic a projectes de recerca sobre coneixements, actituds i pràctiques de risc contra el VIH en minories ètniques i grups de persones immigrants que es troben en situació de vulnerabilitat (social, econòmica, afectiva i legal) davant d'aquesta infecció.
- Millorar i impulsar les activitats de vigilància epidemiològica del VIH i la sida en poblacions immigrants i minories ètniques a Espanya, amb atenció especial a la recollida de la variable "país d'origen" en els registres nacionals i autonòmics de casos de sida.
- Estendre la realització de seminaris dirigits a les associacions d'immigrants i minories ètniques per capacitar-les en l'aprofitament dels recursos que ofereixen les administracions públiques (subvencions de programes d'intervenció, elaboració d'aquests programes, etc.).
- Potenciar la incorporació dels mediadors culturals i agents de salut comunitària en les organitzacions sanitàries que treballen amb immigrants i minories ètniques, tant en les governamentals com en les que no ho són.
- Elaborar una guia metodològica que tingui en compte aspectes terminològics —per evitar possibles connotacions xenòfobes— per tal d'afavorir el tractament del VIH i la sida en aquests grups poblacionals.
- Incorporar al grup de treball sobre la prostitució i el VIH/sida els aspectes específics que afecten els treballadors immigrants, com a col·lectiu que hi és potencialment vulnerable.
- Estimular el treball i la col·laboració entre les associacions d'immigrants de caràcter cultural, social o sindical i les organitzacions no governamentals (ONG) amb experiència de treball en el VIH/sida, per poder desenvolupar activitats preventives eficaces entre els col·lectius corresponents.

4. Treballadors del sexe comercial

Les persones que exerceixen la prostitució constitueixen un grup especialment vulnerable a l'adquisició de malalties. El nombre de parelles que tenen, l'elevada freqüència de relacions sexuals, el fet de patir periòdicament infeccions de transmissió sexual, la coacció per part d'alguns clients a realitzar pràctiques sexuals de risc, la mobilitat, l'estigmatització i els factors socials, econòmics o culturals són circumstàncies que augmenten aquesta vulnerabilitat.

Les persones que exerceixen la prostitució formen un grup molt heterogeni que fa necessari considerar les peculiaritats de cada subgrup i ajustar el missatge preventiu a les seves particu-

laritats, a la seva cultura i a les seves necessitats; sobretot tenint en compte que, a Catalunya, s'estima que el 50% de les persones que exerceixen la prostitució són estrangeres i que aquesta proporció va en augment.

Pel que fa al seu estat de salut, les malalties de transmissió sexual (MTS) són el problema més prevalent; a més de ser malalties importants en si mateixes, afavoreixen la transmissió sexual de la infecció pel VIH. La presència d'una MTS, ulcerativa o exsudativa, pot multiplicar per deu el risc de transmissió i d'adquisició del VIH.

4.1. Objectius comuns dels programes adreçats a persones que exerceixen la prostitució

- Millorar el coneixement sobre els mecanismes de transmissió del VIH i les mesures preventives, les pràctiques sexuals de risc i l'ús correcte del preservatiu.
- Millorar el coneixement i les habilitats per negociar el sexe segur.
- Incrementar el coneixement i l'accés als recursos socials i sanitaris.
- Fomentar la detecció precoç i el tractament del VIH i d'altres MTS.
- Disminuir les conductes socials de risc.
- Incrementar la freqüència d'ús del preservatiu amb els clients i les parelles sexuals regulars.

4.2. Programes de prevenció

Els serveis que es poden oferir a les persones exposades professionalment inclouen des de l'atenció a la salut fins a la millora del seu benestar personal.

Els programes han de proporcionar, com a mínim:

- Informació sobre el VIH i les MTS.
- Preservatius (masculins i femenins) i lubricants, gratuïtament o a un preu assequible.
- Material d'educació sanitària.
- Material d'injecció estèril, intercanvi de xeringues i derivació a programes de substitució o desintoxicació per a les persones que s'injecten drogues i es prostitueixen.

Altres serveis:

- Promoció de la salut.
- Serveis de MTS i anticoncepció: sistema de derivació que hi faciliti l'accés.
- Assessorament psicològic.

4.3. Mesures de control de les MTS

En general, les intervencions han d'anar dirigides a reduir la prevalença de les MTS en les persones que exerceixen la prostitució i a minvar el risc de transmissió de les MTS d'aquestes als seus clients i dels clients a elles.

Pel que fa a la *prevenció primària*, des de l'atenció primària de salut es pot proveir d'informació i educació sanitària aquest col·lectiu, promovent comportaments sexuals més segurs i una conscienciació respecte a la importància de mantenir-se en bona salut. Entre les intervencions que s'han mostrat efectives per millorar la salut de les persones expodes professionalment es troben aquelles que a més d'aportar informació, les formen en habilitats, és a dir, les apoderen (de l'*empowerment* anglès) per tal de reduir la seva vulnerabilitat i millorar la seva posició en el seu procés de negociació amb clients i propietaris.

A més, s'aplicaran aquelles vacunes disponibles (hepatitis A i B) realitzant sempre controls pre-vacunals per tal de descartar infeccions prèvies.

Els serveis sanitaris han d'afavorir l'atenció integral dels treballadors del sexe comercial, assegurar la formació dels seus professionals i valorar la possibilitat d'incloure, si escau, un mediador cultural, és a dir, una persona que pot pertànyer al mateix grup ètnic de les persones que exerceixen la prostitució, sense ser-ho necessàriament. A través de la mediació cultural es poden identificar i valorar els mecanismes culturals i socials que estan influïent en el comportament dels treballadors del sexe comercial.

Pel que fa a la *prevenció secundària*, l'atenció primària s'encarregarà de fer el diagnòstic clínic precoç i la recerca activa de casos a través de cribratges, exploracions físiques periòdiques, atenció immediata a pacients amb simptomatologia relacionada amb les MTS i control de contactes (taula 3). La comunicació entre el professional i el pacient és un element cabdal en l'atenció a les persones amb problemes de salut; en aquesta línia, l'aconsellament (*counselling*) és un instrument que facilita aquesta comunicació i permet fer l'acompanyament del pacient per potenciar els seus recursos interns i gestionar millor el seu procés salut-malaltia; a més, afavoreix la provisió de la informació necessària per tal que modifiqui les seves conductes de risc, fent especial èmfasi en el sexe més segur, aquell que modifica les pràctiques sexuals perquè disminueixi el risc de la transmissió del VIH o altres MTS.

El paper del professional en el tema del sexe més segur és:

- Ajudar l'usuari a avaluar el risc que hi ha en les seves relacions sexuals.
- Ajudar-lo a identificar l'obstacle o els obstacles que li impedeixen tenir relacions protegides cada vegada.
- Ajudar-lo a desenvolupar habilitats per augmentar la protecció en les seves relacions sexuals.

Cal tenir present que els treballadors del sexe comercial poden actuar com a educadors de salut dels seus clients, de tal forma que la intervenció amb aquest col·lectiu pot ser de les més

eficients per evitar problemes de salut. Si aconseguim que les intervencions sobre aquestes persones vagin més enllà de l'atenció centrada en el guariment del problema fisiològic que puguin presentar, estarem col·laborant en la resolució d'un dels problemes de salut més importants del nostre temps.

Taula 3. Mesures de control de les MTS

- Cribratges periòdics (cada tres mesos com a mínim)
 - Infecció genital per *Neisseria gonorrhoeae*, *Clamidia trachomatis* i *Trichomonas vaginalis*
 - Serologia de la sífilis i la infecció pel VIH
 - Cribratge del càncer de coll d'úter (anual)
 - Cribratge serològic de la hepatitis B (en la primera visita)
 - Exploració física
 - Control de contactes (màxim nombre de parelles sexuals)
 - Informació i educació sanitària
 - Vacunacions (hepatitis A i B)
-

5. Joves i adolescents

En l'adolescència i la joventut, l'afectivitat i la sexualitat tenen una gran importància i s'expressen amb tota la seva força, però el desequilibri entre la maduresa fisiològica i el grau d'evolució psicològica els fa vulnerables a les situacions de risc en les relacions interpersonals i sexuals.

Des de l'inici de l'epidèmia de la sida a Catalunya (1981) fins al 31 de desembre de 2001, del total de casos de sida declarats (14.205) el 28% pertanyen al grup d'edat entre 20 i 29 anys, dels quals el 21,2% són homes i el 6,8% dones. Si tenim en compte que el període entre la infecció i el desenvolupament de la sida pot oscil·lar entre 7 i 13 anys, es pot deduir que molts d'aquests joves es van infectar en l'adolescència. D'altra banda, els casos d'infecció pel VIH són, amb total certesa, molt més elevats que els casos de sida entre els adolescents i joves.

Quant als nous casos de sida, diagnosticats des de gener de 2000 fins a desembre de 2001, la via de transmissió més freqüent va ser la *sexual*, amb un 44,1% del total. D'aquests, un 28,3% s'han produït per relacions heterosexuals i un 15,8% per relacions homosexuals o bisexuals. També s'ha de considerar el descens de la mitjana d'edat en la primera relació coital a Catalunya, que l'any 2001 era de $15,8 \pm 1,3$ anys en les noies i $15,5 \pm 1,6$ en els nois. Diferents estudis sobre la utilització del preservatiu en les relacions coitals de joves i adolescents mostren

resultats de freqüència d'ús molt irregulars (entre el 55 i el 75%); aquesta conducta s'associa majoritàriament a les característiques pròpies de l'etapa i no a la manca de coneixements sobre la sida o al fet que la informació que tenen sobre la malaltia sigui errònia.

La via de transmissió per *l'ús compartit de material d'injecció* en el consum de drogues per via parenteral segueix sent important per als dos sexes i ha passat a ser la segona causa, amb un 42,2% del total dels casos (BEC, volum XXIII, núm. 3, març de 2002).

L'impacte d'aquestes dades i la importància de la sexualitat compartida en l'etapa adolescent i juvenil fan que haguem d'enfocar més que mai la prevenció cap a aquest col·lectiu, especialment en les consultes de l'atenció primària de salut, i també amb l'elaboració i realització d'activitats educatives, preventives i comunitàries, dirigides tant a ells com a les seves famílies.

5.1. Determinació de la vulnerabilitat en els adolescents i joves

L'adolescència és un període del creixement en el qual la sexualitat s'expressa amb tot el seu potencial i es busca amb qui compartir-la, gaudir-ne, posar-la a prova. La maduració fisiològica s'avança a la psicològica, fet que els col·loca davant de riscos no reconeguts. Molts joves són incapaços de connectar coneixements i percepció de risc amb comportament. És un període d'experimentació, sovint amb sentiment d'invulnerabilitat i sense la maduresa o les habilitats suficients per evitar situacions de risc ni protegir-se adequadament. Qualsevol adolescent o jove pot estar exposat a la infecció.

La informació no és una vacuna, està poc interioritzada i no sol fluir en el moment adequat. Hi ha manca de coneixements pràctics (experiència) i/o habilitats en l'ús del preservatiu i també de suport professional o de mitjans adequats i de fàcil accés. S'ha d'insistir amb la informació en cada moment diferent del creixement i de nous comportaments. No obstant això, és important tenir en compte que en l'adolescència hi ha una especial sensibilitat per a l'aprenentatge, per integrar nous conceptes i coneixements i, per tant, per rebre ajut, aprendre habilitats i canviar o reconduir comportaments que els fan patir.

Cal considerar que el conflicte en l'entorn social i/o familiar de l'adolescent i la falta de suport i contenció necessaris, fan que els comportaments de risc siguin més freqüents i atrevits. En aquest sentit, les conductes de risc tendeixen a agrupar-se i, per tant, l'atenció específica i també les polítiques preventives s'han de plantejar des d'una perspectiva global, que prevegui la situació especial del jove: la sexualitat amb risc, les drogues, la seguretat viària, els trastorns d'alimentació i d'altres (vegeu la taula 4).

Taula 4. Factors de protecció i prevenció de la sida per al jovent (ONUSIDA 2000)**Factors de protecció davant el VIH/sida**

- Relacions positives amb pares, mares i altres adults de referència (mestres, professionals de la salut...).
- Sensació de sentir-se valorat, amb bon nivell d'autoestima.
- Entorns escolars positius, on es treballa l'educació sexual.
- Pertinença a un grup d'iguals i participació social.
- Contacte amb valors, normes i expectatives positives.
- Projectes i esperances per al futur.

Factors de vulnerabilitat especial al VIH/sida

- Consum de drogues intravenoses.
- Consum de forma regular d'alcohol i altres drogues.
- Jovent marginat o en situació desfavorida, desescolaritzats, amb manca de recursos, nens/ nenes del carrer, immigrants...
- Jovent orfe a causa de la sida.
- Jovent que viu en centres d'acollida.
- Nois que tenen relacions amb nois.
- Noies i nois que exerceixen la prostitució.
- Noies adolescents amb situació desfavorida.
- Noia en general, per les seves característiques fisiològiques (mucosa de la vagina immadura).
- Fet d'haver patit més d'un embaràs no desitjat.
- Fet d'haver patit o patir abús sexual, tant en nois com en noies.
- Relacions esporàdiques amb diferents persones.
- Conductes sexuals compulsives per trastorns psicològics.
- Persones amb coeficient intel·lectual baix o *borderline*.

5.2. Els professionals sanitaris en l'abordatge de la prevenció

Tot i que sovint els joves declaren que no utilitzen els serveis de salut per poca confiança en el seu metge per tractar qualsevol tema, també manifesten que els agradaria rebre informació

i atenció confidencial per part d'un professional sanitari; per això, els professionals de l'APS i l'atenció a la salut sexual i reproductiva es troben en una situació favorable per fer un abordatge integral de la salut de l'adolescent que abasti la informació, l'aconsellament i l'educació per a la prevenció, i tenen un paper important quant a la "normalització" i "socialització" de la sexualitat adolescent, des d'un punt de vista positiu, de creixement i de salut. Des de l'objectivitat i fent comprendre el com i el perquè de les actituds i els comportaments de risc d'alguns adolescents a les seves famílies, es pot col·laborar de manera important en la prevenció i, també, en la "reducció de danys".

És important divulgar el servei, facilitar-hi l'accés, establir un bon vincle assistencial i ensenyar habilitats per a l'ús correcte del preservatiu masculí i femení.

5.3. Conductes de risc i prevenció

El treball d'educació per a la salut sexual i la prevenció ha de començar a la infància, a partir de l'observació de la pròpia estructura de personalitat del nen o nena, les interrelacions familiars i l'entorn sociosanitari i educatiu. Tot i així, la prevenció es pot abordar i treballar abans i durant l'exposició al risc, i en les conseqüències d'alguna conducta de risc com, per exemple, l'embaràs.

Les accions preventives per evitar o reduir les conductes de risc i el contagi pel VIH ja en l'etapa adolescent poden fer-se de manera personalitzada, en grup d'iguals i també amb les famílies.

5.3.1. Atenció personalitzada

Per tractar els comportaments sexuals i determinar i captar-ne el risc, cal una escolta especial, en to distès i, alhora, respectuosa, en un ambient de privadesa i assegurant la confidencialitat. És important que el jove conegui l'opinió del professional sobre la sexualitat perquè pugui parlar amb confiança.

Es pot aprofitar qualsevol consulta per encetar el tema de la sexualitat i la seva expressió, però serà més senzill si primer el professional s'interessa per l'estat anímic, les relacions amb els amics i la família, els estudis i els sentiments i les vivències en general, relacionades amb l'edat. El vincle establert en la primera entrevista facilitarà tot el treball posterior.

Cal més d'una entrevista per aconseguir canvis en el comportament quant a la prevenció de riscos. S'han de programar diverses trobades amb l'adolescent per esbrinar els seus sentiments i comportaments pel que fa a la sexualitat, la seva orientació sexual i la possible "atracció" pel risc. Serà molt important insistir en les habilitats per a l'ús del preservatiu, ja que se'ls trenca molt sovint.

S'han de preveure les diferències de gènere en el camí cap a la reafirmació de la identitat sexual, les expectatives de les relacions sexuals compartides, el perquè de les conductes de risc i les dificultats per a l'ús del preservatiu, etc. Aquests són temes que s'han d'abordar, tant amb el noi com amb la noia, però de manera diferent i sovint per separat. Si l'entrevista es fa a partir

d'una demanda, aquesta no sempre coincideix amb les necessitats íntimes o amb el que en realitat volen (*demandes implícites*). Amb freqüència la demanda de l'anticoncepció d'emergència, una amenorrea o la informació sobre mètodes anticonceptius serveixen com a excusa al jove per arribar a la consulta i poder parlar de qüestions relacionades amb la seva sexualitat i altres conductes que poden ser facilitadores del risc de infecció pel VIH (consum d'alcohol i d'altres drogues, trastorns de la conducta alimentària). És molt important aprofitar l'ocasió i començar a fer una aproximació a la prevenció global dels riscos, relacionant els diferents mètodes i el grau de protecció pel que fa a les infeccions de transmissió sexual inclòs el VIH o els embarassos no desitjats, el consum de drogues i les relacions sexuals, desprotegides i altres situacions que poden comportar risc (vegeu la taula 5).

Cal respectar el dret al consentiment informat del menor i atendre la seva demanda amb confidencialitat.

Taula 5. Alguns indicadors de possible risc

-
- En el noi: masturbació compulsiva i dificultat per iniciar relacions compartides, ejaculació ràpida, relacions esporàdiques amb diferents persones, consum de drogues, manca de recursos propis i de l'entorn, haver patit abús sexual, dificultats en l'orientació sexual, relacions sexuals amb altres nois, dificultats de relació en general, etc.
 - En la noia: autoestima baixa, nivell de dependència de la parella, inici de relacions coitals amb un noi més gran, primeres relacions coitals forçades o traumàtiques, dificultats per a la negociació, haver patit abús sexual, exercir la prostitució, embaràs no desitjat, trastorns de l'alimentació (sobretot en el comportament bulímic), etc.
-

5.3.2. Atenció en grup

El treball en grup d'iguals, actiu i participatiu (tallers), dinamitzat per professionals de la salut, sobre l'afectivitat i la sexualitat des d'una visió positiva, ha demostrat ser una bona eina per tractar els comportaments de risc, les seves conseqüències i la manera d'evitar-les. Diferents experiències han mostrat com la discussió i reflexió en el grup d'iguals, en un espai comú, proporciona coneixements i identificacions que ajuden a pensar en les pròpies dificultats, pors, creences, informacions errònies, etc. D'aquesta manera els coneixements són més fàcilment interioritzats i útils per modificar hàbits i comportaments.

El treball en grup s'ha d'iniciar partint de l'interval d'edat dels nois i noies que hi participaran i dels seus coneixements, i s'ha de desenvolupar amb materials i eines que fomentin la participació. Es tractaran les habilitats per a l'ús correcte del preservatiu.

Aquesta activitat facilitarà el coneixement del professional de referència i l'acostament del jove al servei sanitari.

5.3.3. Atenció a les famílies

Les mares i els pares dels adolescents sovint necessiten ajut per entendre i ajudar els seus fills i filles. Oferir-los un espai és treballar per a la prevenció.

També és important informar els pares, després de la consulta amb l'adolescent, sobretot si hi ha problemes derivats d'una conducta de risc (embaràs, MTS, demanda de la prova per descartar la infecció pel VIH...) i si aquest és menor d'edat. Per no perdre la confidencialitat amb l'adolescent és necessari pactar amb ell quina informació es donarà i com s'explicarà. El millor és ajudar l'adolescent, perquè sigui ell qui parli primer amb els pares, oferint la consulta professional per seguir tractant el problema i les possibles solucions de manera conjunta.

Els debats o les conferències dels professionals de la salut que fomentin la participació, dirigits a grups de pares i mares d'alumnes de secundària, a través de les AMPA, són una activitat important per fomentar la reflexió sobre la prevenció en l'adolescència, per convidar-los a parlar amb els seus fills i filles, i demanar ajut quan el necessitin.

6. Bibliografia consultada

Alberny M, Vall M. (coord) *et al. Guia sobre la infecció pel VIH i la sida per a professionals d'atenció primària*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, 1994.

Alcabes P, Friedland G. Injection drug use and human immunodeficiency virus infection. *Clin Infect Dis* 1995; 20:1467-79.

American Thoracic Society, CDC and Infectious Diseases Society of America. Treatment of Tuberculosis. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2003; 52 (RR-11).

Bimbela JL *et al.* Uso del profiláctico entre la juventud en sus relaciones de coito vaginal. *Gac Sanit* 2002; 16 (4): 298-307.

Caylà JA, García de Olalla P, Galdós-Tangüis H, Vidal R, López-Colomé JLI, Gatell JM *et al.* Influence of intravenous drug use and HIV infection in the transmission of tuberculosis. *AIDS* 1996; 10: 95-100.

Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la Sida de Catalunya (CEESCAT). *Informe del Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica sobre el VIH/sida de Catalunya, any 2001*. <<http://www.gencat.es/salut/depsan/units/sanitat/pdf/sivescat03.pdf>> [Consulta: octubre 2003].

Day S, Ward H. Sex workers and the control of sexually transmitted diseases. *Genitourin Med* 1997; 73 (3); 161-8.

Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. *Butlletí Epidemiològic de Catalunya (BEC)*, vol. XXIV, núm. extraordinari 2n trimestre (juliol). Barcelona 2003.

Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. *Infosida* 1998, comunicat 19. Barcelona.

Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. *Protocol d'actuacions per a la prevenció i control de les malalties de transmissió sexual en les persones que exerceixen la prostitució. Document per a professionals sanitaris*. Barcelona, 2003.

Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. *Guia per a la prevenció i control de les malalties de transmissió sexual*. 2a edició. Barcelona: Quaderns de Salut Pública 1; 1999.

Equipo de Trabajo del Programa de Intercambio de Jeringuillas de la Prisión de Basauri. *El Programa de intercambio de jeringuillas en la prisión de Basauri: 2 años de experiencia*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco, Ministerio del Interior, 1999.

Gatell JM, Clotet B, Podzamczar D, Miró JM, Mallolas J. (ed) *Guia pràctica del Sida. Clínica, diagnòstic i tractament*. 7a ed. Barcelona: Ed. Masson, 2002.

Hagan H, Des Jarlais DC. HIV and HCV infection among injecting drug users. *Mt Sinai J Med* 2000; 67: 423-8.

Institut Europeu de la Mediterrània. Assistència Sanitària. A: *Gestionar la diversitat. Reflexions i experiències sobre les polítiques d'immigració a Catalunya*. Barcelona: Ed. Futurgrafic SCCL; 2003: 106-21.

Institut Municipal de Salut Pública. Ajuntament de Barcelona. *Pla de drogues 2000-2003. Un repte per al nou mil·lenni. Anàlisi de la situació*. <http://www.imsb.bcn.es/docs/sidb ecom1.pdf> [Consulta: octubre 2003].

Jordà M, Marco A. Evolución del tratamiento antirretroviral y anti-TBC prescrito en una prisión en el período 01.01.94-31.03.98 (abstract 65). II Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria y II Jornadas de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. Barcelona: Libro de Ponencias y Comunicaciones, 1998.

March F, Coll P, Guerrero GA, Busquets E, Caylà JA, Prats G. *Predictors of tuberculosis transmission in prisons: an analysis using conventional and molecular methods*. *AIDS* 2000; 14: 525-35.

Marco A, Caylà JA, Serra M, Pedro R, Sanromà C, Guerrero R et al. Predictors of adherence to tuberculosis treatment in a supervised therapy program for prisoners before and after release. *Eur Resp J* 1998; 12: 967-71.

Marco A, Gallego C, Caylà JA, Puértolas A, Da Silva A. Estudio de la seroincidencia del VIH en población reclusa en una prisión española a partir de determinaciones analíticas repetidas. *Rev Esp Sanid Penit* 2001; 3: 60-4.

Marco A, Mallada P, García J, Bogaña J, Ballester J. Incorporación de los programas de metadona a la atención de drogodependientes en las prisiones de Cataluña. *JANO Monográfico: Drogodependencias diez años después del sida, 1995*; 49: 789-92.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones. *Prevención del VIH/SIDA en inmigrantes y minorías étnicas*. Madrid, 2001.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional sobre el Sida. *Prevención del VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual en personas que ejercen la prostitución. Elementos clave para el desarrollo de programas*. Madrid, 2003.

Mino A, Page D, Dumont P, Broers B. Treatment failure and methadone dose in a public methadone maintenance treatment programme in Geneva. *Drug Alcohol Depend* 1998; 50: 233-9.

Navarro V, García M, Lahoz M, López S, Quiroga A, Santacana A. Anàlisi de la prostitució femenina a Catalunya. Barcelona: Institut Català de la Dona, Generalitat de Catalunya, 2002.

Plummer FA, Couthino RA, Ngugi EN, Moses S. Sex workers and their clients in the epidemiology and control of sexually transmitted diseases. A: Holmes KK, Sparling PF, March PA (ed.). *Sexually transmitted diseases*. 3a ed. Nova York: Ed. McGraw – Hill Companies; 1999:143-50.

- Rodés A, Valverde C. *Manual d'educació sanitària per a la prevenció de la infecció pel VIH*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, 1995.
- Romero M, Marco A, Rivera C, Sáiz de la Hoya P, García-Mota D. Conclusiones sobre cómo manejar la adherencia al TARV en instituciones penitenciarias. A: *Manual de formación. Adherencia al tratamiento con fármacos antirretrovirales dentro y fuera de prisión*. Madrid: Ed. Doyma, 1999.
- Ros R. Prevenció de les conductes de risc a les relacions sexuals. *Butlletí de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària* 2001; vol 19, núm. 3.
- Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Registros Autonómicos de Casos de Sida. Centro Nacional de Epidemiología. *Vigilancia Epidemiológica del sida en España. Registro Nacional de Casos de Sida. Situación a 30 de junio de 2003*. Informe semestral núm. 1. <<http://193.146.50.130/sida/informe>> [Consulta: octubre 2003].
- Sing N, Squier C, Sivek C, Wagener M, Nguyen MH, Yu VL. Determinants of compliance with antiretroviral therapy in patients with human immunodeficiency virus: prospective assessment with implications for enhancing compliance. *AIDS Care* 1996; 8: 261-9.
- Sociedad Española de Contracepción. Grupo de trabajo sobre salud reproductiva en la adolescencia. *Manual de salud reproductiva en la adolescencia*. 1a ed. Saragossa: Ed. Eyeth-Lederle, 2001.
- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC). *La atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable*. <<http://www.semfy.es/printversion2.php?html>> [Consulta: setembre 2003].
- Suris JC, Parera N. *Enquesta de salut als adolescents escolaritzats de Catalunya, 2001*. Barcelona: Fundació Santiago Dexeus Font, 2002.
- The John's Hopkins Bloomberg School of Public Health. Population Information Program. *Los jóvenes y el VIH/SIDA. ¿Podemos evitar una catástrofe?* Center for Communication Programs 2001; vol. XXIII, núm. 3.
- Trujols J, Marco A. Los programas de reducción de daños en el medio penitenciario (I): encuadre a partir del análisis de su desarrollo en el contexto extrapenitenciario. *Rev Esp Sanid Penit* 1999; 1: 32-46.
- Valverde C. *Counselling sobre l'HIV: suport psicosocial i relació d'ajuda a la persona seropositiva. Manual per a professionals*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, 1999.
- WHO. *Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections*. <<http://www.who.int/docstore/hiv/GRSTI/>> [Consulta: octubre 2003].

Aspectes eticolegals de la infecció pel VIH

Des de la seva aparició, la infecció pel VIH/sida ha despertat una preocupació constant entre els professionals sanitaris i també entre la població general, de manera que aquesta malaltia ha adquirit una projecció social evident. Les raons per les quals això s'ha produït són diverses. D'una banda, el fet de l'aparició d'una nova malaltia infectocontagiosa, amb un índex de mortalitat elevat, que s'ha estès pertot arreu i que no té curació, en un moment en què es creia que la medicina moderna guanyava la batalla a les malalties infeccioses. D'una altra, el fet que la sida s'ha convertit en un objecte d'interès per als mitjans de comunicació, els quals han generat tota una allau d'informacions sobre el tema, no sempre ajustades a la realitat (de vegades massa sensacionalistes, alarmistes o controvertides), amb les repercussions consegüents sobre l'opinió pública. I així fins a l'associació que, des del començament, s'ha establert entre la sida i determinats patrons de conducta, històricament entesos com a marginals (és el cas de l'homosexualitat i l'addicció a drogues per via parenteral), que ha contribuït encara més al rebuig, l'estigmatització i la marginació d'aquelles persones que tenen la malaltia amb tot un seguit de conseqüències negatives per a elles en diversos àmbits: laboral (acomiadament, no contractació), escolar (discriminació), familiar (rebuig), dret a la confidencialitat (proves diagnòstiques sense consentiment previ), sociosanitari (sentiments de por o de rebuig d'alguns professionals), etc.

Actualment, en la majoria dels països europeus hi ha mesures legals per regular alguns aspectes epidemiològics de la infecció pel VIH/sida, a fi de frenar-ne la propagació, protegir els pacients de la discriminació social i els seus drets (vegeu les taules 1, 2 i 3). A l'Estat espanyol, la legislació referent a la infecció pel VIH/sida només fa referència a aspectes puntuals (proves de detecció d'anticossos anti-VIH a la sang, al plasma, als hemoderivats, etc.), sense que hi hagi normes específiques per a la resolució dels problemes jurídics que poden presentar les persones portadores o malaltes de sida.

1. Infecció pel VIH/sida i dret laboral

Com succeeix en altres àmbits, les posicions discriminatòries envers els treballadors portadors o malaltes de sida són determinades, sobretot, per la por del contagi; tot i que no n'hi ha en les

activitats quotidianes, el contagi és possible en cas d'accident i, per tal d'evitar-lo, cal que les empreses adoptin les mesures d'higiene i prevenció establertes per la legislació. En el món sanitari i en determinades activitats professionals el risc de contagi és més evident: manipulacions de fluids orgànics, utilització d'estrís punxants, etc.; però també es pot evitar si se segueixen les normatives higienicosanitàries que s'han desenvolupat sobre aquesta qüestió en la majoria de les comunitats autònomes de l'Estat espanyol.

El pacient portador o malalt de sida no té cap obligació de declarar la seva condició a altres treballadors, ni tampoc a la seva empresa, de la mateixa manera que l'empresa no pot obligar cap treballador a fer-se'n les proves diagnòstiques, ni en les revisions mèdiques d'empresa ni, tampoc, en els processos de selecció de personal.

Pel que fa a les tramitacions d'invalidesa laboral, les persones portadores o malaltes de sida no tenen cap privilegi legal.

2. Infecció pel VIH/sida i dret a l'educació

El rebuig en el medi escolar de les persones portadores o malaltes de sida neix d'un excés de por del contagi i d'una manca d'informació sobre el tema, com també de la discriminació que hi ha cap a determinats grups socials. Però, llevat que hi hagi contraindicació mèdica per al portador o malalt de sida, arran del risc que pot tenir aquesta persona de contraure alguna infecció epidèmica —xarampió, varicel·la, etc.— que pugui repercutir d'una manera negativa en la seva salut, el nen o l'adolescent i el personal escolar infectat poden assistir a l'escola sense que això comporti un risc per a altri. Per això és molt important que l'escola o el centre educatiu en conegui les mesures preventives, els criteris d'actuació i el paper que poden tenir els educadors davant del problema. Per a més informació, adreçem el lector al document *Sida i comunitat escolar*, del Programa per a la prevenció i el control de la sida del Departament de Salut.

3. Infecció pel VIH/sida i família

La legislació espanyola en matèria d'adopció atorga a l'Administració àmplies facultats per tal de protegir els drets d'aquells nens portadors o malaltes de sida que no tenen pares o que, tot i tenir-ne, pel motiu que sigui, no poden fer-se'n càrrec.

4. Infecció pel VIH/sida i dret a l'assistència mèdica

El dret de tots els ciutadans espanyols a rebre una assistència sanitària queda reflectit en la Llei general de sanitat. En conseqüència, tot el personal sanitari té l'obligació d'atendre qualsevol pacient, sense que ni el tractament ni altres actuacions resultants de l'assistència comportin cap mena de discriminació per al pacient en l'exercici tant de la medicina pública com de la privada (mutualitats, etc.). En el cas d'exercici mèdic lliure, sempre que no hi hagi cap lligam contractual previ, el metge pot negar-se a assistir una persona infectada o malalta de sida si l'estat de salut del malalt no és greu i no hi ha cap situació d'urgència, però té l'obligació de derivar-lo a un altre centre o professional que pugui fer-se'n càrrec.

Quant als pacients portadors o malalts de sida en règim penitenciari, el seu dret a una assistència sanitària queda reflectit en la Constitució espanyola i en la Llei orgànica general penitenciària. El pacient en règim penitenciari pot ser derivat a un centre assistencial exterior quan, pel motiu que sigui, no pugui ser degudament atès a la presó. Un punt important a tenir en compte és la possibilitat de llibertat condicional, per raons humanitàries, dels pacients en fases avançades de la malaltia, tal com ho recull l'article 196 del Reglament penitenciari (Reial decret 190/1996, de 9 de febrer).

5. Infecció pel VIH/sida i dret a la confidencialitat

És deure del metge o del sanitari preservar el secret dels resultats diagnòstics d'aquesta infecció; poden caure en situació de delictes en el cas de revelar aquesta condició a tercers, sense el consentiment previ del pacient. El dret a la confidencialitat en matèria de diagnosi, tractaments, etc., s'estén a tota mena de malalties, però és especialment important en el cas de la infecció pel VIH/sida, atès el caràcter estigmatitzant i discriminatori que ha adquirit. De tota manera, hi ha situacions en què el metge o el sanitari ha de comunicar-ho a tercers; per exemple, a les autoritats sanitàries quan es tracta d'una malaltia de declaració obligatòria (la sida es considera com a tal, a Catalunya), o quan tractant-se d'una malaltia infectocontagiosa i havent-hi una evidència comprovada de perill de contagi a altres persones, la persona infectada no vol comunicar la seva situació i actua d'una manera irresponsable, malgrat que se li ho hagi advertit, sempre que el dany causat a la persona infectada en revelar la seva condició sigui inferior que el que es pretén evitar. No obstant això, a Espanya no hi ha precedents jurídics o legals que ajudin a esclarir la conducta que han de seguir els professionals sanitaris en una situació similar.

Com qualsevol altre malalt, la persona amb infecció pel VIH/sida té el dret de decidir si vol o no seguir el tractament i les proves diagnòstiques que se li recomanen. Abans, cal informar-ne acuradament el pacient i cal que hi expressi el consentiment. El pacient té el dret de negar-s'hi,

tant per raons personals com per qüestions ètiques i morals. També cal informar correctament aquells pacients que poden ser inclosos en assajos clínics o als qui s'administrin fàrmacs en fase d'experimentació clínica, com també cal tenir-ne el consentiment.

Taula 1. Selecció de normativa legal a l'Estat espanyol sobre VIH/sida i aspectes relacionats

- Constitució espanyola. Títol I: Dels drets i deures fonamentals. Capítol segon: Drets i llibertats. Articles 14 (igualtat), 15 (vida i integritat física i moral), 17 (llibertat i seguretat), 18 (honor, intimitat), 35 (deure i dret al treball), 43 (protecció de la salut).
 - Llei 3/1986, de 14 d'abril, Llei orgànica de mesures especials en matèria de salut pública.
 - Llei 14/1986, de 25 d'abril, Llei general de sanitat.
 - Resolució de 6 de setembre de 1985 de la Sotssecretaria, mitjançant la qual es declara obligatòria la prova de detecció d'anticossos contra el virus associat a la limfadenopatia tipus III del virus limfotrófic humà (LAV/HTLV-III), associat a la síndrome d'immunodeficiència adquirida (sida) per a les indústries fraccionadores de plasma i els fabricants i importadors d'hemoderivats.
 - Reial decret 1945/85, de 9 d'octubre de 1985, mitjançant el qual es regulen l'hemodonació i els bancs de sang.
 - Acord del Consell de Ministres de 5 de juny de 1987, mitjançant el qual es crea la Comissió nacional de coordinació i seguiment de programes de prevenció de la sida i s'habiliten mitjans per a l'adopció de mesures de control d'aquesta malaltia.
 - Reial decret 478/1993, de 2 d'abril, mitjançant el qual es regulen els medicaments derivats de la sang i el plasma humà.
 - Reial decret llei 9/1993, de 28 de maig, mitjançant el qual es concedeixen ajudes als afectats pel virus de la immunodeficiència humana (VIH), com a conseqüència d'actuacions realitzades en el sistema sanitari públic.
 - Reial decret 1854/1993, de 22 d'octubre, mitjançant el qual es determinen amb caràcter general els requisits tècnics i condicions mínimes de l'hemodonació i bancs de sang.
 - Reial decret 1867/1995, de 17 de novembre, sobre prestacions farmacèutiques a malalts de sida.
 - Ordre de 24 de novembre de 1995, de desenvolupament del Reial decret 1867/1995, de 17 de novembre, sobre prestacions farmacèutiques a malalts de sida, en tot el relatiu a receptes oficials de la Seguretat Social.
 - Ordre de 7 de febrer de 1996, de desenvolupament del Reial decret 1854/1993, de 22 d'octubre, mitjançant el qual es determinen els criteris i les condicions d'exclusió dels donants de sang.
-

Taula 2. Selecció de normativa legal a Catalunya sobre el VIH/sida

- Ordre de 10 d'octubre de 1986, mitjançant la qual es declara obligatòria la prova de detecció d'anticossos anti-VIH a totes les donacions de sang que es facin a Catalunya.
 - Decret 68/1987, de 20 de febrer, mitjançant el qual es crea el Programa per a la prevenció i el control de la sida i, en general, de les infeccions provocades pel virus de la immunodeficiència humana (VIH) (modificat pel Decret 364/1994).
 - Ordre de 16 de desembre de 1987, mitjançant el qual s'amplia la llista de malalties de declaració obligatòria.
 - Decret 202/1989, de 17 de juliol, de creació de la Comissió de coordinació de programes i actuacions sociosanitàries dels departaments de Sanitat i de Seguretat Social i del de Benestar Social.
 - Resolució 103/III, de 7 de febrer de 1990, del Parlament de Catalunya, sobre garantia de la intimitat personal i de la confidencialitat en les proves diagnòstiques de la sida.
 - Ordre d'1 de juliol de 1992, mitjançant la qual es determinen les malalties que són de declaració obligatòria.
 - Decret 365/1994, de 23 de desembre, de reestructuració del Programa per a la prevenció i el control de la sida, i, en general, de les infeccions provocades pel VIH.
 - Resolució de 19 de setembre de 1995, mitjançant la qual es crea el Pla sanitari de la sida a Catalunya.
 - Decret 352/1999, de 13 de desembre, mitjançant el qual es crea la Comissió Interdepartamental de la Sida a Catalunya.
 - Decret 262/2000, de 31 de juliol, de reestructuració del Departament de Sanitat i Seguretat Social (s'hi crea la Direcció General de Drogodependències i Sida).
-

Taula 3. Conclusions de l'OMS (Reunió internacional sobre salut i ètica, 1988)

- La sida és una malaltia infecciosa i no ha de ser considerada en una categoria separada.
 - Les lleis per a la prevenció i el control de les malalties infeccioses han de ser revisades i actualitzades, a fi d'enfrontar-nos a aquesta epidèmia i protegir els drets de l'individu i de la comunitat.
 - Les mesures legislatives tradicionals en el camp de la salut pública han de ser revalorades per comprovar la seva eficàcia i ètica envers aquesta epidèmia.
 - La legislació sanitària s'ha d'aplicar d'una manera positiva per promoure la reeducació sanitària, donar-hi suport i distribuir-ne informació capaç de proporcionar a l'opinió pública la base d'un canvi de comportament.
 - La importància de certes mesures instaurades des de fa anys, particularment les de confidencialitat, ha d'accentuar-se, ja que el manteniment de la confidencialitat es posa en perill massa sovint a causa dels avenços tecnològics.
 - S'ha de renovar qualsevol regulació legal que hagi quedat desfasada o que sigui irrellevant o contraproductiu, especialment, contra la sida.
 - Abans de promulgar cap legislació relativa al problema de la sida, s'ha de procurar l'opinió de les organitzacions dels seus pacients, de les persones infectades pel VIH i de les organitzacions de voluntaris que treballen en aquest camp.
-

Aspectes socio-sanitaris de la infecció pel VIH

Sens dubte, els avenços que hi ha hagut, tant des del punt de vista clínic com des del farmacològic, han contribuït a la millora de la supervivència i de la qualitat de vida de les persones que presenten la infecció pel VIH/sida. Però, al mateix temps, la cronificació d'aquesta malaltia, anteriorment concebuda com a terminal, ha anat originant noves necessitats de tipus socio-sanitari. Així, en el marc de l'evolució de la mateixa malaltia, apareixen sovint situacions de limitació o de trastorn físic o psicològic per al pacient, i, si hi afegim les connotacions socials que té la sida, és fàcil comprendre que de vegades es presentin o es generin situacions socials anòmales, traumàtiques o marginadores per a aquestes persones i per a les seves famílies.

L'atenció social dels portadors i els malalts de sida s'ha d'efectuar en dos aspectes:

- a) l'individual
- b) el familiar i comunitari.

1. Atenció social comunitària

Cal conèixer les característiques de les poblacions afectades (socioeconòmiques i culturals) i les dificultats d'abordatge que poden originar (associades al tipus de conducta i a l'estil de vida), com també els problemes socials que es deriven d'aquestes condicions: atur, delinqüència, desestructuració familiar. Per tal d'evitar la marginació i poder detectar les necessitats reals, caldrà treballar per aconseguir els recursos necessaris més adequats en cada cas; per tot això i a fi de poder prevenir les conseqüències socials i individuals d'aquesta malaltia, cal anar més enllà de la intervenció purament assistencial generada per una demanda concreta i fer intervencions específiques en els col·lectius amb més risc de patir aquest problema.

2. Atenció social individual i familiar

Aquesta atenció ha de preveure una sèrie d'aspectes com el d'informar les persones infectades o malaltes de sida del dret que tenen al treball i a l'escolarització, als recursos d'ajuda inespecífica i específica, a les prestacions socials i als serveis d'atenció socials i socio-sanitaris. Cal valorar les demandes i planificar els objectius a curt, mitjà i llarg termini, buscant alternatives a les possibles incapacitats que puguin sorgir; aconsellar sobre els aspectes d'organització d'assumptes familiars i qüestions pendents —últimes voluntats, testament—; derivar, quan calgui, aquestes persones a grups de suport emocional o psicològic i supervisar la seva assistència a les visites de control o derivar-les al centre de salut corresponent, en el cas que encara no hagin utilitzat aquest servei; informar de les mesures higièniques, de neteja i desinfecció, de les mesures educatives per evitar el risc de contagi a tercers i treballar en la potenciació de les relacions dins del nucli familiar, evitant les actituds negatives o de sobreprotecció cap a la persona malalta.

Un dels objectius fonamentals de l'atenció social és la prevenció; en aquest sentit, el fet de treballar amb amplis sectors de la població permet organitzar i realitzar activitats preventives i d'educació sanitària comunitàries. Pel que fa a la prevenció de la sida, és important que des del treball d'atenció social es tractin problemes que hi estan estretament relacionats com la drogoaddicció i la sexualitat per exemple, mitjançant programes d'intervenció en grups de joves, on també es poden treballar altres aspectes que poden servir per a la prevenció de problemes diferents de la sida, com l'embaràs en adolescents, les malalties de transmissió sexual, l'abús d'alcohol, etc.

A més, el treball social, en el seu vessant comunitari, ha d'orientar-se cap a la sensibilització d'altres professionals, institucions o entitats de la comunitat per tal d'evitar la discriminació social de les persones portadores o malaltes de sida i d'aquells col·lectius que fan pràctiques de risc, i dissenyar intervencions que afavoreixin la creació de grups d'ajuda mútua i voluntariat.

Les tasques d'atenció social es poden dur a terme des de diferents àmbits i per mitjà de diferents equips i professionals: equips d'atenció primària, serveis socials hospitalaris, treballadors familiars, educadors de carrer, unitats bàsiques d'atenció social primària —UBASP—, etc. Possiblement, la situació ideal seria aquella en què fossin centralitzades en un únic nivell l'atenció social i la sanitària. Però, sigui quina sigui la porta d'entrada de la demanda social, és fonamental que s'estableixin uns canals de coordinació entre els diferents professionals que hi puguin intervenir, a fi i efecte d'evitar duplicitat de tasques, molèsties i desplaçaments innecessaris als pacients i millorar l'eficàcia de les intervencions.

A la taula 1 es descriuen els eixos fonamentals de l'atenció social dels portadors i malalts de sida, i a la taula 2, els diferents nivells d'atenció social.

Per a més informació dels aspectes socio-sanitaris i de l'atenció social de les persones portadores o malaltes de sida, adreçem el lector al document *Els serveis socials i la sida*, del Departament de Benestar i Família.

Taula 1. Eixos fonamentals de l'atenció social dels portadors i malalts de sida

- Detectar i prevenir les pràctiques de risc i els seus comportaments pròxims.
 - Facilitar l'accés dels col·lectius més marginals als serveis d'atenció social.
 - Acollir les demandes presentades per individus o col·lectius i donar-los resposta, segons els recursos del servei i/o la comunitat.
 - Informar de les vies de contagi i les mesures de prevenció de la malaltia, com també dels recursos relacionats (a persones amb conducta de risc o amb perill d'iniciar-la, a portadors i a malalts).
 - Evitar la discriminació social dels portadors i malalts, i de les persones de les quals se sospita que poden ser-ho, perquè pertanyen a col·lectius determinats, respectant sempre el dret a la confidencialitat.
 - Coordinar-se amb altres serveis socio-sanitaris per tal de treballar conjuntament, obtenir assessorament, augmentar l'efectivitat de les intervencions i aconseguir una atenció millor.
 - Facilitar processos d'inserció social i laboral a les persones afectades i habilitar mecanismes de protecció social adequats.
-

* Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, Departament de Benestar i Família. 2003

Taula 2. Serveis i equipaments d'atenció social*

- Serveis socials d'atenció primària (SS d'AP).
 - Centres d'assistència primària de salut (CAP, ABS).
 - Serveis socials dels hospitals.
 - Servei d'ajuda a domicili, mitjançant les unitats bàsiques d'atenció social primària (UBASP) i entitats col·laboradores.
 - Centres d'atenció i seguiment (CAS) o programes de manteniment amb metadona.
 - Llars residències i pisos de suport social, a través de l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, del Departament de Benestar i Família.
 - Associacions per a afectats (subvencionades).
 - Voluntariat.
-

* Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (ICASS), Departament de Benestar i Família. 2003.

Recursos i prestacions per al pacient amb infecció pel VIH

Les persones infectades pel VIH requereixen una atenció global que tingui en compte tant les seves necessitats sanitàries com les econòmiques i socials. A continuació, es descriuen les prestacions econòmiques disponibles per a la població infectada en general i el Programa Dida, que està destinat específicament als fills de les dones seropositives durant el seu primer any de vida.

1. Finançament dels medicaments pel sistema nacional de salut

La persona infectada pel VIH a qui li cal prendre medicació antiretroviral, la pot rebre gratuïtament a l'hospital on li fan el seguiment i control de la seva infecció pel virus. Per a la resta de medicaments, se segueix el criteri economicosanitari que es recull en la taula 1.

Les persones no pensionistes que estan infectades pel VIH i han presentat una malaltia indicativa de sida es poden beneficiar d'un descompte addicional en el preu dels medicaments demanant l'*acreditació de malaltia crònica*, d'acord amb el Reial decret 1867/1995, de 17 de novembre, sobre prestacions farmacèutiques a malalts de sida.

La finalitat d'aquesta prestació és facilitar als malalts de sida l'adquisició, a un preu més reduït, dels medicaments que finança de forma parcial el Sistema Nacional de Salut. Queden exclosos de la prestació els medicaments que es proporcionen de forma gratuïta als hospitals on són atesos aquests malalts —els antiretrovirals i d'altres— i aquells que es troben exclosos de finançament per decret.

Es considera malalta de sida la persona infectada pel virus de la immunodeficiència humana (VIH) que presenta alguna de les malalties indicatives de cas de sida, d'acord amb els criteris de vigilància epidemiològica que hi ha a l'Estat espanyol. El diagnòstic de sida el pot fer qualsevol dels metges o serveis mèdics del Sistema Nacional de Salut, ja siguin propis o concertats.

La quantitat a pagar per part dels beneficiaris de la prestació és del 10% del preu de venda al públic del producte, fins a un preu màxim, que es troba establert a l'article 5 del Reial decret 83/1993, de 22 de gener, que regula el finançament dels medicaments per part del Sistema Nacional de Salut. L'any 2003, aquest límit d'aportació era de 2,64 .

La targeta d'acreditació la concedeixen les conselleries de salut de les diverses comunitats autònomes (a Catalunya, ho fa el Programa per a la prevenció i l'assistència de la sida) i és vàlida durant un any a tot el territori espanyol. Transcorregut aquest període de temps, el beneficiari de la prestació ha de demanar-ne la renovació per escrit mitjançant l'imprès de sol·licitud corresponent.

Per demanar la prestació o la seva renovació, cal emplenar l'imprès que es pot trobar en els centres d'atenció primària i en alguns hospitals de Catalunya, i trametre'l per correu dins del sobre de franqueig concertat que l'acompanya. Abans de tres mesos d'haver enviat la sol·licitud, el Departament de Salut hi donarà la resposta definitiva —afirmativa o negativa—. En el cas que l'imprès estigui mal emplenat i no es trobin elements essencials per a la concessió de la prestació, aquest termini quedarà en suspens fins a la resolució de les anomalies esmentades.

Per obtenir-ne més informació, podeu consultar la pàgina web següent:
<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/sida/acredisida.htm>.

2. Pensions

2.1. Pensions contributives

Són prestacions econòmiques, generalment de durada indefinida, la concessió de les quals està supeditada a una prèvia relació jurídica amb la Seguretat Social (s'ha d'acreditar un període mínim de cotització) i complir una sèrie de requisits. La seva quantia es determina en funció de les aportacions realitzades pel treballador i l'empresari. Segons el tipus, poden ser per jubilació, per incapacitat permanent o per mort. Per obtenir-ne més informació, podeu consultar la pàgina web següent: <http://www.seg-social.es>.

2.2. Pensions no contributives

Són les destinades a aquells ciutadans que no disposen de recursos suficients per subsistir i no poden acollir-se a les pensions contributives. El reconeixement d'una pensió no contributiva comporta l'accés a l'assistència mèdica i farmacèutica de la Seguretat Social. Se'n poden beneficiar els ciutadans espanyols, els del països de la Unió Europea i aquells altres països equiparats per la llei, sempre que resideixin a territori espanyol i reuneixin els requisits establerts. Hi ha dos tipus de pensions no contributives: per jubilació o per invalidesa.

Els requisits per obtenir la pensió no contributiva per jubilació són: haver complert els 65 anys d'edat, no disposar de rendes o ingressos suficients, residir legalment a Espanya i haver-ho fet durant 10 anys entre els 16 anys i la data de la sol·licitud de la pensió, 2 dels quals hauran de ser seguits i immediatament anteriors a la sol·licitud.

Els requisits per obtenir la pensió no contributiva per invalidesa són: ser més gran de 18 anys i menor de 65, no disposar de rendes o ingressos suficients, residir legalment a Espanya i haver-ho fet durant 5 anys, 2 dels quals han de ser immediatament anteriors a la sol·licitud, estar afectat per una disminució o una malaltia crònica en grau igual o superior al 65%.

Les quanties de les pensions són variables i depenen dels ingressos personals i els dels familiars amb qui convisquin.

Per obtenir-ne més informació, podeu consultar les pàgines web següents:
<http://www.gencat.net/benestar> i http://www.10.gencat.net/sac/p92_form_ser.htm.

3. Programa Dida

Des de 1999, el Departament de Salut, en col·laboració amb diverses empreses proveïdores de llet (làcties i laboratoris farmacèutics), facilita de forma totalment gratuïta la llet necessària per a l'alletament d'aquests nens durant el seu primer any de vida mitjançant el Programa Dida, amb la finalitat de fomentar que les mares compleixin les recomanacions que fan les institucions sanitàries internacionals sobre la conveniència de la lactància amb llet infantil dels fills de les dones seropositives.

Hi participen 26 hospitals de tot Catalunya, en els quals es fa el seguiment clinicoepidemiològic de la majoria dels nens fills de dones seropositives (taula 2) i a les famílies dels nadons es dona llet en pols en envasos de 800 grams de capacitat: llet d'inici (tipus 1), durant els primers 6 mesos, i llet de continuació (tipus 2), durant el segon semestre de vida.

Atès que el subministrament de la llet en pols és únicament hospitalari, perquè un nen de menys d'1 any d'edat es pugui beneficiar de la prestació cal posar en contacte la mare amb el servei de pediatria d'un dels centres participants en el Programa, perquè des d'allí se'n faci el seguiment clínic i sigui el pediatre d'aquest centre qui s'encarregui de la prescripció de la llet que el nen necessita.

Per obtenir-ne més informació, podeu consultar la pàgina web següent:
<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/sida/dida.htm>.

Taula 1. Finançament de medicació en pacients seropositius per part del Sistema Nacional de la Salut

Tipus de pacient	Prestacions que pot rebre
Règim ordinari de la Seguretat Social	<ul style="list-style-type: none">• Ha de pagar el 40% del preu dels medicaments.• Pot tramitar la concessió de la targeta d'acreditació de malaltia crònica (RD1867/1995, de 17 de novembre), per pagar tan sols fins a una quantitat màxima del 10% del preu dels medicaments
Pensionistes	<ul style="list-style-type: none">• Poden retirar els medicaments de forma gratuïta en qualsevol farmàcia.
Persones amb hemofília infectades pel VIH	<ul style="list-style-type: none">• Tenen dret a retirar els medicaments de forma gratuïta.

Taula 2. Programa Dida: llista d'hospitals participants, per regions sanitàries (actualització: 30-9-2003)

Regió sanitària	Hospital
1- Lleida	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida
2- Tarragona	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona • Hospital Universitari Sant Joan de Reus
3- Tortosa	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Verge de la Cinta de Tortosa
4- Girona	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital de Figueres • Hospital Universitari Doctor Josep Trueta de Girona • Hospital de Santa Caterina (Girona) • Hospital de Palamós • Hospital Comarcal de la Selva (Blanes) • Hospital de Puigcerdà • Hospital de Sant Jaume d'Olot
5- Costa de Ponent	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital de Sant Joan de Déu (Esplugues de Llobregat) • Fundació Sanitària d'Igualada
6- Barcelonès Nord i Maresme	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (Badalona) • Hospital de Sant Jaume de Calella • Hospital de Mataró
7- Centre	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital General de Granollers • Hospital General de Manresa • Consorci Hospitalari Parc Taulí (Sabadell) • Hospital Mútua de Terrassa • Consorci Sanitari de Terrassa • Hospital General de Vic
8- Barcelona Ciutat	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital del Mar • Hospital de la Santa Creu i Sant Pau • Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron • Hospital Casa de la Maternitat

4. Bibliografia consultada

Administración electrónica. Seguridad Social 2003. <<http://www.seg-social.es>> [Consulta: novembre 2003].

Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar i Família. <<http://www.gencat.net/benestar>> [Consulta: novembre 2003].

Generalitat de Catalunya. Sistema d'Atenció Ciutadana. <http://www.10gencat.net/sac/p92form_ser.htm> [Consulta: novembre 2003].

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Sida. Acreditació de malaltia crònica. <<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/sida/adredisida.htm>> [Consulta: novembre 2003].

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Sida. Programa Dida. <<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/sida/dida.htm>> [Consulta: novembre 2003].

Llista d'adreces i telèfons útils

1. Organitzacions no governamentals d'ajuda a la sida

Associació Ciutadana Antisida de Catalunya	
Junta de Comerç, 23, baixos — 08001 Barcelona	Tel. 93 317 05 05
Associació UNESCO per al Diàleg Interreligiós	
Mallorca, 285 — 08037 Barcelona	Tel. 93 458 95 95
ABD	
Quevedo, 2, baixos — 08012 Barcelona	Tel. 93 289 05 30
ACAS Alt Empordà	
Méndez Núñez, 32, local 43 — 17600 Figueres	Tel. 972 67 21 67
ACAS Baix Empordà	
St. Llorenç, 14, baixos — 17220 Sant Feliu de Guíxols.....	Tel. 972 32 40 05
ACAS Garrotxa	
Pg. d'En Blai, 51, 1r — 17800 Olot	Tel. 972 27 21 36
ACAS Girona	
Pl. Sant Ponç, 9, 4t 2a — 17007 Girona	Tel. 972 21 92 82
ACSAR	
Pg. Pujades, 29 — 08018 Barcelona.....	Tel. 93 486 49 91
ACTUA	
Gomis, 38, baixos — 08023 Barcelona.....	Tel. 93 418 50 00
Actuavallès-ACTUEM!	
Pg. Gaudí, 31 — 08203 Sabadell	Tel. 93 727 19 00
AEC-GRIS	
Veguer, 1-3, entl. — 08002 Barcelona.....	Tel. 93 319 27 36

AIDE

Menéndez y Pelayo, 65 — 08223 Terrassa Tel. 93 785 77 44

AIS

Mallorca, 93, 7è 3a — 08029 Barcelona Tel. 93 363 53 22

APIP

Riereta, 18-22, baixos — 08001 Barcelona Tel. 93 442 09 17

APROP

Joan Camps i Giró, 3 — 08400 Granollers Tel. 620 226 655

ASAUPAM

Monturiol, 20 — 08923 Sta. Coloma de Gramenet..... Tel. 93 392 74 11

ASIHD

Martí, 37, àtic 3a. — 08024 Barcelona Tel. 93 210 29 26

Associació d'Atenció i Acol·lida Sida Servei

Camí Veinal de la Llacuna, km 2,5 — 08738 Pontons Tel. 93 898 71 87

Associació de Planificació Familiar de Catalunya i Balears

Pere Vergés, 1, 10è, despatx 1 — 08020 Barcelona Tel. 93 305 53 22

Associació Antisida de Lleida

Lluís Besa, 17, baixos — 25002 Lleida Tel. 973 26 11 11

Associació La Llum del Bages

La Culla, s/n — 08243 Manresa Tel. 93 874 21 12

Associació Salut i Família

Via Laietana, 40, 3r 2a B — 08003 Barcelona Tel. 93 268 24 53

ASUT

Rocafort, 111, pral. 2a — 08015 Barcelona Tel. 627 829 383

ATOS

Comte Borrell, 164-166, baixos — 08015 Barcelona Tel. 93 318 20 56

AUMMO

Enric Granados, 116, 1r 2a — 08008 Barcelona Tel. 93 860 14 15

Àmbit Prevenció

Aribau, 154, 3r — 08036 Barcelona..... Tel. 93 237 13 76

Fundació Privada MENSALUS

Teodora Lamadrid, 47, local 1 — 08022 Barcelona..... Tel. 93 417 85 00

Casal Lambda

Verdaguer i Callís, 10 — 08003 Barcelona Tel. 93 319 55 50

CEPS

Doctor Santponç, 60-66 — 08030 Barcelona Tel. 93 345 60 48

CJAS

De la Granja, 19-21, baixos — 08012 Barcelona Tel. 93 415 75 39

Comitè 1r de Desembre

Hotel d'Entitats La Pau — Pere Verges, 1, despatx 7.4 — 08020 Barcelona Tel. 687 473 323

Creación Positiva

Sants, 2-4, 1r 1a — 08014 Barcelona..... Tel. 93 431 45 48

Creu Roja a Barcelona

Joan d'Àustria, 120 — 08016 Barcelona Tel. 93 300 65 65

Creu Roja a Catalunya

Av. de Vallvidrera, 73 — 08017 Barcelona Tel. 93 205 14 14

Creu Roja a Tarragona

Av. Principat d'Andorra, 61 — 43002 Tarragona Tel. 977 24 47 69

EX-AEQUO

Rda. Gral. Mitre, 144, 2n 1a — 08006 Barcelona Tel. 93 201 05 02

Federació Catalana d'ONG/Sida

Providència, 42, 3r 1a B — 08024 Barcelona..... Tel. 93 285 08 73

FLUSIP

Gomis, 26, entl. B — 08023 Barcelona Tel. 93 417 55 87

Fundació Acollida i Esperança

Muntaner, s/n — 08915 Badalona Tel. 93 497 05 12

Fundació Autònoma Solidària

Edifici A Estudiants — 08193 Bellaterra Tel. 93 581 24 85

Fundació de Lluita contra la Sida

Ctra. del Canyet, s/n — 08916 Badalona Tel. 93 465 78 97

Fundació Dr. Ferran

Esplanetes, 44-58 — 43500 Tortosa Tel. 977 51 92 51

Fundació Gresol Projecte Home

Riera de Sant Jordi, 151 — 08390 Montgat Tel. 93 469 32 25

Fundació Mercè Fontanilles

Av. Alcalde Rovira Roure, 44 — 25006 Lleida Tel. 973 23 63 84

Fundació Salut i Comunitat

Ali Bei, 25, 3r — 08010 Barcelona Tel. 93 438 75 44

Fundació Teresa Ferrer

Baldiri Reixac, 50, baixos — 17003 Girona Tel. 972 20 55 05

Gais Positius

Violant d'Hongria, 156, baixos — 08014 Barcelona Tel. 93 298 06 42

Genera

Espalter, 8, 1r 1a — 08001 Barcelona Tel. 93 329 60 43

Grup IGIA

Enric Granados, 116, 1r 2a — 08008 Barcelona Tel. 93 415 25 99

GTT

Sardenya, 259, 3r 4a — 08013 Barcelona Tel. 93 208 08 45

H₂O GLBT

Francesc Bastos, 19 — 43005 Tarragona Tel. 645 312 712

IRES

Àlaba 61, 1r — 08005 Barcelona Tel. 93 486 47 50

JIS

Ronda de la Torrassa, 105 — 08903 l'Hospitalet de Llobregat Tel. 93 421 93 10

Joves Positius

Comte Borrell, 164-166, baixos — 08015 Barcelona Tel. 93 318 20 56

LICIT

Regomir, 3 — 08003 Barcelona Tel. 669 544 148

Projecte dels Noms

Comte Borrell, 164-166, baixos — 08015 Barcelona Tel. 93 318 20 56

SAPS

Av. Drassanes, 15 — 08001 Barcelona Tel. 93 485 25 12

Sida Studi

Bisbe Laguarda, 4, local 4 — 08001 Barcelona Tel. 93 268 14 84

STOP SIDA

Muntaner, 121, entl. 1a — 08036 Barcelona Tel. 902 106 927

Teatracció

Abat Odó, 51, 4t 2a — 08030 Barcelona Tel. 93 353 76 19

Ventijol

Sagrera, 179, baixos — 08027 Barcelona Tel. 93 408 12 36

VIH-DA Associació

Arnús, 66, planta baixa — 08911 Badalona Tel. 93 389 46 75

2. Informació telefònica confidencial

ACAS Alt Empordà	Tel. 972 67 21 67
ACAS Baix Empordà	Tel. 972 32 40 05
ACAS Garrotxa	Tel. 972 27 21 36
ACAS Girona	Tel. 972 21 92 82
ACTUA.....	Tel. 93 418 50 00
Actuavallès-ACTUEM!	Tel. 93 727 19 00
Associació Antisida de Lleida.....	Tel. 973 26 11 11
Associació Ciutadana Antisida de Catalunya.....	Tel. 93 317 05 05
CJAS.....	Tel. 93 415 10 00
Cruz Roja Española.....	Tel. 900 111 000
Gais Positius	Tel. 93 298 06 42
IRES.....	Tel. 93 486 47 50
PASaL'H	Tel. 93 260 01 93
Programa per a la Prevenció i l'Assistència de la Sida	Tel. 900 212 222
Sanitat Respon 24 hores	Tel. 902 111 444
Sida Studi	Tel. 93 268 14 84
Stop Sida	Tel. 900 601 601

3. Unitats d'infeccions de transmissió sexual (UITs) on es pot realitzar la prova d'anticossos anti-VIH

BARCELONA

CAP Drassanes

Av. Drassanes, 17-21 — 08001 Barcelona

Tel. 93 441 46 12

TARRAGONA

CAP Tarragonès

Dr. Mallafre i Guasch, 4, 6è — 43007 Tarragona

Tel. 977 29 58 95

SIDA
900 212222
Informació confidencial i gratuïta

 www.gencat.cat/salut

