

Actualización en VIH/SIDA asociado al consumo de drogas.

Rafael de Andrés Medina.
Subdirector del Centro Nacional de Biología Celular y Retrovirus.

1. EPIDEMIOLOGÍA E IMPACTO.

1.1. España.

Podemos calificar la situación como no estabilizada y preocupante aunque, por otra parte, los esfuerzos llevados a cabo en algunas Comunidades Autónomas (CCAA) matizarían la afirmación anterior, ya que la situación no es homogénea ni en prevalencia ni en incidencia ni en tendencias y se aprecian diferencias entre las mismas (C.A. Madrid, Cataluña y Baleares vienen aportando la mayor incidencia anual). En España 48,7 % de los casos de SIDA se declaran dentro de los 3 meses después de diagnosticados, 4,8 % después de 2 años y en 4,6 % se desconoce este dato. El SIDA es la primera causa de muerte en el grupo de edad de 25 a 35 años.

El grupo etáreo de 25 a 29 años, tanto en sexo masculino como en sexo femenino, es el que aporta mayor casuística en la categoría de transmisión uso de drogas inyectables (UDI), seguido del de 30 a 34 años y del de 20 a 24 años. En cuanto a la transmisión heterosexual, que pueda verse influenciada por el peso estadístico del factor de riesgos UDI en nuestro país, es el grupo etáreo de 30 a 34 años el que aporta la mayor casuística de sexo masculino y de sexo femenino seguido del grupo de edad de 34 a 39 años y el de 25 a 29 años. Canarias (sobre todo en la provincia de Las Palmas) exhibe un patrón epidemiológico distinto con predominio de los casos asociados a transmisión homosexual masculina, más parecido al exhibido en los países centroeuropeos. A continuación, veremos algunos porcentajes y tasas de casos por millón de habitantes, pero consideraremos a éstas de más interés y de preferencia utilizar las cifras de casos anuales diagnosticados a las acumuladas.

En España 64,5% del total de casos acumulados de SIDA están asociados a UDI (figura nº1) y con menor porcentaje se sitúan Canarias (29,9%), Baleares (51,1%), R. Murcia (55,2%), Cataluña (57,8%), Aragón (61,5%) y C. Valenciana (61,8%). Por tasas de casos de SIDA asociados a UDI por millón de habitantes y CCAA (figura nº 2) C.A. Madrid (1.604,08) es la que ocupa el primer lugar con un diferencial que se va agrandando cada vez más respecto del grupo formado por C.A. País Vasco (1.200,98), Cataluña (1.200,78, correspondiendo a la provincia de Barcelona una tasa de 1.354,16), y Baleares(1.183,83), las cuales están por encima de la tasa de casos acumulados exhibida por el conjunto de España (805,81).

* Para disminuir el problema de cifras utilizaremos las de 31 de marzo para España (L2) y las de 1 de enero de 1995 para fuera de España (2.6)

Los casos de SIDA asociados a UDI diagnosticados en 1994 representaron 66,3% en España y por debajo de este porcentaje se situaron Canarias (33,7%), Baleares (52,0%), Cataluña (59,9%), C. Valenciana (63,7%), C.A. Madrid (63,5%), R. Murcia (61,3%), La Rioja (65,0%) y P. Asturias (65,5%), lo que constata el incremento contenido del peso estadístico de este factor de riesgo (figura nº 1). Por tasas, el orden de prelación para ese mismo año (figura nº 2) es C.A. Madrid (196,34 lo que también implica un diferencial cada vez mayor respecto de las restantes CCAA), C.A. País Vasco (196,03), C.F. Navarra (121,47), Cataluña (111,42) y Baleares (111,38), cuyas tasas son mayores que la correspondiente al conjunto de España (96,59%).

Los casos acumulados de SIDA asociados a transmisión heterosexual (figura nº 3) superaron en España ya en 1994 el 12,6%, mientras que sobre el total acumulado representan sólo el 8,8%, pero por encima de aquel valor se hallan Aragón (16,9), P. Asturias (17,7%), Baleares (20,7%), Cantabria (13,0%), Castilla-La Mancha (5,7 %), Extremadura (12,9%), Galicia (17,5%), La Rioja (22,2%) y C.A. País Vasco (15,8%). Esta tendencia mantenida de crecimiento permanente puede dar idea de la importancia real, actual y futura de esta vía de transmisión y añade un elemento más de preocupación a la ya de por sí situación preocupante del VIH/SIDA en España.

La distribución porcentual de los casos de SIDA diagnosticado anualmente asociados a transmisión heterosexual (figura nº 3) indica que en 1994 suponen ya 22,5% en La Rioja, 20,7% en Baleares, 17,9% en Galicia, 17,7% en el P. Asturias, 16,9% en Aragón, 15,8% en C. Valenciana y 15,7% en Castilla-La Mancha; 13,6% en Cataluña, 12,9% en Extremadura y 13,0% en Cantabria, los cuales superan el porcentaje correspondiendo al conjunto de España (12,6%). Con tasas por encima de la del conjunto de España en casos diagnosticados en 1994 asociados a transmisión heterosexual (18,35) aparecen (figura nº 4) Baleares (44,33%), C.A. País Vasco (30,90%), C.A. Madrid (27,20%), Cataluña (25,55%), y La Rioja (30,30%), lo cual coincide, en general, con las CCAA en las que se observan tasas anuales más altas de casos de SIDA asociados a UDI. En algunas CCAA se puede observar que éstas son superiores a las tasas de incidencia anual de otras para el conjunto de casos.

Para comparación, señalamos que los casos de SIDA asociados a transmisión homosexual masculina en España diagnosticados también en 1994 (figura nº5) suponen el 10,8%, mientras que sobre el total acumulado representan el 14,6%. Por encima de aquel valor se encuentran Baleares (21,3%), Canarias (46,6%), Cataluña (17,2%, exhibiendo la provincia de Barcelona el 23,04%), C.A. Madrid (11,7%), Melilla (28,6%) y R. Murcia (14,3%). Se exponen también las tasas anuales de casos de SIDA asociados a transmisión homosexual masculina según CCAA de residencia y fecha de diagnóstico indicativo de casos (figura nº 6), las cuales son mayores claramente que las correspondientes a muchos países de Europa en que el porcentaje es mayor (2,3). Es una tendencia mantenida a lo largo del tiempo. Así pues, no podemos considerar tampoco controlada la transmisión por esta vía a lo que sólo es un menor peso estadístico de la misma.

La definición Europea de caso de SIDA (3,5) se aplica en España sin carácter retroactivo desde el 1 de Enero de 1994 (4,5), fecha que constituye una de las dos introducciones más tardías dentro de los estados miembros de la Unión Europea. Los máximos incrementos de casos por efecto de su aplicación se producen en Cantabria (28,0%) y el mínimo en C.F.

Navarra (del 7,9%) en el grupo etáreo de 20 a 24 años (33,0 %) y para casos adultos/adolescentes en la categoría de transmisión UDI (23,3%). Las tasas de casos anuales asociados a UDI o a transmisión heterosexual no están, en general, estabilizadas sino que crecen pese a que ni para 1994 ni para 1993, en muchas de las CCAA, se pueden considerar como cifras consolidadas. Es razonable pensar que las mismas serán aún más grandes. En España se sigue todavía en 1995 con las estimaciones (6) de 100.000, 120.000 o 160.000 infectados que, calculadas en 1990 y presentadas en 1991, necesitan actualización. No hay evidencia de que se hayan cortado las cadenas de transmisión. Ello indica que, al no haberse cortado las cadenas de transmisión impactarán al alza sobre los recursos de toda índole, de los cuales además algunos no se pueden improvisar. La ampliación de los criterios de definición de casos es la causa aparente (pero no real) del incremento de las cifras ya que las personas infectadas existen con independencia de los criterios de definición empleados para contabilizarlas y las declaraciones se hubieran producido igualmente (aunque algo más tarde), si observamos en ésta cuáles son las segundas enfermedades indicativas de casos.

1.2. Región Europea de la OMS.

De 1993 a 1994 los casos adultos/adolescentes se incrementan en Finlandia, Portugal y España, mientras que en Dinamarca, Alemania y Suecia se mantienen constantes y en Austria, Grecia, Países Bajos y en la Confederación Helvética decrecen. El índice hombre a mujer es de 3,6/1. España, Francia e Italia contabilizan el 73,0% del total de casos acumulados adultos/adolescentes, aunque representan el 19% de la población. En cuanto a tasas por millón de habitantes sobre el conjunto de los casos diagnosticados por países en 1994, España (24,8), Francia (20,4), Suiza (17,4), Portugal (15,3), Italia (12,4), ocupan los primeros lugares. La subdeclaración de casos de SIDA fluctúa entre el 25,0% en Austria, y el 20,0% en España y 6,0% en Suecia, y la Confederación Helvética y 5,0% en los Países Bajos.

El número total de casos de SIDA asociados a UDI es de 49.903 (38,5% del total de 129.740 declarados). De ellos 7.430 (43,2% del total de 17.218) corresponden a 1994 y 8.939 (41,0% del total de 20.575) a 1993, de los que respectivamente 5.844 y 6.604 eran de sexo masculino (representando una cifra próxima a los tres quintos de los casos anuales de dicho sexo) y 1.586 y 1.834 de sexo femenino (representando una cifra próxima a la mitad de los casos anuales de dicho sexo).

Debido al retraso en la notificación (6), variable de unos países a otros, las cifras correspondiente a 1994 y 1993 no pueden considerarse consolidadas. Los casos adultos/adolescentes de SIDA asociados a UDI, ajustados por metodología de retrocálculo (6.7), se estiman en 54.796 (38,9% del total estimado de 140.845) correspondiendo 11.369 a 1994, lo que supondría un incremento del 23,48% estimados para 1993, que a su vez supondrían un incremento del 13,34% respecto de los estimados para 1992.

Para comparación, la estimación de los casos adultos/adolescentes asociados a transmisión homosexual masculina (que fueron sobrepasados por los asociados a UDI por primera vez en 1990), se incrementarían en 1994 respecto de 1993 en el 4%. Según esta estimación, el número de casos diagnosticados asociados a UDI, se incrementaría 47% en España de 1993 a 1994, 40% en Portugal y decrecería 5% en la Confederación Helvética y 1% en Francia. Mientras en 1994 los casos estimados adultos/adolescentes asociados a transmisión

homosexual masculina en España representan el 15% y en Alemania el 69%, las tasas estimadas respectivas por millón de habitantes son 20,6 en España y 14,8 en Alemania, lo que junto a otros indicadores mostraría aquí también mayor intensidad relativa del problema en España.

Los casos acumulados adultos/adolescentes de SIDA asociados a UDI representan 100% del total de casos acumulados declarados en San Marino (1 caso), 66% en España (19.012 casos), 65,4% en Italia (16.565 casos), 57,2% en R.F. Yugoslavia (210 casos); 57,2% en Polonia (118 casos), 44,5% en Eire (190 casos), 39,4% Mónaco (13 casos) y 39,1% en la Confederación Helvética (1.647 casos). España sigue ocupando en 1994 el primer lugar en cuanto a tasas de incidencia anual de casos adultos/adolescentes asociados a UDI por millón de habitantes (133,7), seguida a gran distancia por Mónaco (64,5) e Italia (58,6); la Confederación Helvética (32,4), Portugal (31,5) y Francia (25,2).

La transmisión heterosexual ha experimentado un incremento muy notable en su peso estadístico dentro de sus cifras todavía pequeñas en los países resultantes de la extinción de la Unión Soviética. En Uzbekistán, Moldavia, Bulgaria, Bielorrusia, Estonia, Ucrania, así como en Rumania, podría haber en el próximo futuro una explosión de la epidemia asociada entre otros factores de riesgos también a UDI, como ya ha ocurrido en Polonia, si no se controla a tiempo la situación mediante un esfuerzo decidido de acciones racionales de prevención, que requerirán la ayuda y cooperación internacionales.

El factor de riesgo de la madre es UDI en 66,7% de los casos en Noruega (2 casos), 61,9% en Austria (13 casos), 60,0% en Eire (9 casos), 58,31% en España (319 casos), 56,0% en Alemania (42 casos), 58,81% en Italia (235 casos) y 50,0% en R.F. Yugoslavia, 35,84% en la Confederación Helvética (19 casos), 35,17% en Francia (153 casos), 33,33% en Países Bajos (6 casos) y 30,0% en Portugal (9 casos). El factor de riesgo de la madre es contacto heterosexual en todos los casos de SIDA de transmisión perinatal de Ucrania (3 casos) y Hungría (1 caso) y representan casi dos tercios en Bélgica (50 casos).

Por metodología de retrocálculo (6,7), en base a los datos de declaración de casos de SIDA hasta marzo de 1994, las estimaciones de casos acumulados de infección por VIH asociados a UDI han pasado de ser 169.082 en 1991, a 194.000 en 1993 (es decir, un incremento bienal del 14,74%); y en cuanto a la transmisión heterosexual, de 72.821 en 1991 a 85.796 en 1993 (17,81% de incremento bienal). Según estas estimaciones, por países, España ocuparía el primer lugar con 150.523 casos acumulados de infección por VIH, seguida a distancia por Francia con 102.874 casos, Italia con 96.753 casos. Es pues, previsible (6) esperar un incremento en el número de casos anuales de SIDA asociados a UDI y de los asociados a transmisión heterosexual dentro de la Unión Europea (UE), así como que España, dentro de ésta, continuará en la primera posición en cuanto a incidencia en los próximos años (2).

1.3. Resto del Mundo. (2)

En Iberoamérica la categoría de transmisión UDI se ha incrementado espectacularmente en los casos de SIDA en países como Argentina y Brasil (8). Lo mismo ha ocurrido en el Norte de la India y Tailandia. Según el estudio del grupo colaborativo de la OMS, la prevalencia varía del 5% en Sidney, Glasgow, Atenas y Toronto a 60% en Madrid y Sao

Paulo. En Edimburgo se estima en el 50% y en Connecticut también en el 60%.

En Canadá (2) la proporción de casos adultos/adolescentes de SIDA asociados a VIH ha pasado del 4,8% en 1988 al 10,3% en 1993 y se estima que hay entre 50.000 y 100.000 UDI, aunque con variaciones regionales en cuanto a la prevalencia (del 1-2% en el oeste de Canada, al 6% en Toronto y al 20% en Montreal en el período 1990-1991). Las diferencias geográficas con respecto a las tasas de incidencia y prevalencia de infección por VIH/SIDA podrían explicarse por distintos motivos (diferencias de prevalencia del consumo de drogas, de las prácticas sexuales y/o de inyección más o menos seguras y programas realizados de prevención y reducción del daño, así como accesibilidad a medios para ello etc.).

1.4. Impacto en la atención clínica. (10-18).

La mayor parte de la utilización de los servicios sanitarios tiene lugar durante el último 15% del período de evolución de la infección. Como reflejo indirecto de la carga asistencial, veamos ahora la estratificación de los casos según las enfermedades indicativas de caso de SIDA. Los casos que presentaban más de una enfermedad indicativa fueron clasificados en una única categoría diagnóstica siguiendo como orden de preferencia el orden de exposición de las mismas exhibido en este texto.

De los 31.221 casos acumulados de SIDA declarados en España a 31 de marzo de 1995 (1,2), el 3,7% tenían como enfermedad en el momento del diagnóstico indicativo de caso Sarcoma de Kaposi, el 61,0% infecciones oportunistas, 1,8% Sarcoma de Kaposi en infecciones oportunistas a la vez, 0,1 carcinoma cervical invasivo (sólo afecta al sexo femenino), 2,0% linfoma no Hodgkin, 0,2% neumonía intersticial linfoide, 2,3% encefalopatía por VIH, 6,0% síndrome caquético y 23,0% tuberculosis pulmonar. Respecto de los 5.686 casos de SIDA (1) cuya fecha de diagnóstico indicativo de caso fue 1994 (cifras de declaración no consolidadas), la categoría diagnóstica fue 2,7% Sarcoma de Kaposi, 50,1% infecciones oportunistas, 1,2% de Sarcoma Kaposi e infecciones oportunistas a la vez, 0,6% carcinoma cervical invasivo, 1,6% linfoma no Hodgkin, 0,1% neumonía intersticial linfoide, 1,7% encefalopatía por VIH, 6,5% síndrome caquético y 35,2% tuberculosis pulmonar.

Para comparación, las enfermedades indicativas en los casos adultos/adolescente de SIDA de sexo masculino y de sexo femenino diagnosticado en la Región Europea de la OMS hasta el 1 de enero de 1995, han representado respectivamente (2,6): 24,4% y 22,1% neumonía por *Pneumocystis Carinii*; 18,0% y 20,1% candidiasis esofágica; 9,3% y 12,1% toxoplasmosis; 11,6% y 1,8% Sarcoma de Kaposi; 6,6% y 8,0% síndrome caquético; 6,4% y 7,6% retinitis o enfermedad por Citomegalovirus; 6,4% y 6,2% encefalopatía por VIH; 5,8% y 6,2% tuberculosis pulmonar; 4,8% y 4,8% tuberculosis extrapulmonar; 3,2% y 3,3% complejo de *Mycobacterium avium* o *Mycobacterium Kansaii*; 3,1% y 2,9% criptosporidiosis; 3,1% y 2,2% criptococosis; 2,3% y 3,2% neumonía recurrente; 2,4% y 2,2% leucoencefalopatía multifocal progresiva; 2,0% y 3,1% enfermedad por Virus Herpes simplex; 1,9% y 1,0% linfoma innumoblástico; 1,6% y 1,2% linfoma sin especificar; 1,5% y 1,5% otros *Mycobacterium* o especies de éste sin especificar; 1,2% y 1,2% candidiasis de bronquios, tráquea o pulmones; 0,5% y 0,6% septicemia por *Salmonella*; 0,4% y 0,3% linfoma de Burkitt; 0,3% y 0,4% isosporiasis; 1,6% carcinoma cervical invasivo (sólo afecta a casos de sexo femenino); 0,2% y 0,3% linfoma primario de cerebro; 0,2% y 0,2% infecciones

oportunistas sin especificar, y 0,1% y 0,1% histoplasmosis.

En cuanto a la distribución porcentual de las nuevas indicaciones diagnósticas, incluidas en los nuevos criterios de casos de la definición europea de SIDA (3,5), 5,8% del total de casos adultos/adolescentes tienen tuberculosis pulmonar, 2,3% neumonía recurrente y 1,6% de los casos en mujeres cáncer cervical invasivo. Además, la cuarta parte de los adultos/adolescentes y un tercio de los niños presentan neumonía por *Pneumocystis Carinii* que es prevenible (19,12).

El análisis retrospectivo (21) para 1.187 pacientes adultos de un hospital radicado en España de 1985 a 1992 (estratificado en tres períodos: 1985-1987, 1988-1990 y 1991-1992), con categoría de transmisión que fueron 55% UDI, 33% transmisión homosexual masculina y 8% transmisión heterosexual, los cuales han desarrollado SIDA (según los criterios de definición de casos CDC 1987/OMS 1988) (4,22-24), indica que las mujeres pasaron de representar el 8% en el primer período a representar el 25% en el tercero y que la transmisión heterosexual pasó del 5% al 16% en ese mismo tiempo.

La supervivencia estimada a los 3 años fue del 30%, observándose una tendencia significativa ($P < 0.0001$) a mejorar a lo largo del tiempo del estudio (21). El pronóstico de los pacientes cuya infección oportunista inicial fue la tuberculosis extrapulmonar o la toxoplasmosis permaneció estable durante los tres períodos (21). Las infecciones oportunistas supusieron globalmente el 65% (promedio de infecciones oportunistas = 1,7/paciente), siendo la tuberculosis extrapulmonar, la neumonía por *Pneumocystis carinii* y la candidiasis esofágica (por este orden) las más frecuente (21). La incidencia de Sarcoma de Kaposi y del linfoma no Hodgkin decreció ligeramente a lo largo del tiempo, así como la de la tuberculosis extrapulmonar, la de la neumonía por *Pneumocystis carinii* y la de Toxoplasmosis, mientras que la de la caquexia aumentó (21).

Según los datos del grupo de trabajo para el estudio de la infección en drogadictos (25,26), en España la hepatitis aguda es la complicación más precoz (edad media de presentación = 27,5 años) en la población UDI. El SIDA (23%), la endocarditis infecciosa (8%) y la hepatitis (2%) han sido las infecciones que han tenido una mayor tasa de mortalidad, siendo la tuberculosis extrapulmonar, la neumonía por *Pneumocystis carinii*, la candidiasis esofágica y la toxoplasmosis cerebral, las infecciones oportunistas más frecuentes asociadas al SIDA en población UDI en los últimos años (26).

2. DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, EVOLUCIÓN Y ATENCIÓN DE LA INFECCIÓN.

2.1. El virus y el diagnóstico de laboratorio para detectar infección.

El seguimiento de pacientes demuestra que todas las muestras de sangre de éstos contienen virus infecciosos (28). Durante la fase de infección primera se detectan títulos de hasta 5.000 partículas infecciosas (PI)/ml después decae hasta 1 PI/ml (media a 100 PI/ml) y cuando comienza el descenso de linfocitos T-CD4 comienza de nuevo a subir pudiendo llegar, en distintos fluidos corporales hasta 10.000 PI/mg en pacientes con patología neurológica (11).

11a).

Los primeros aislamientos de VIH-2 se produjeron en personas del centro y oeste de África y de aquí también son los primeros casos del tipo O de VIH-1, que es mucho más diferente del resto de los subtipos (A,B,C,D,E,F) de VIH-1 que forman el tipo M (28). Algunos equipos de ELISA fundados en el principio del doble antígeno no detectan 10-20% de las muestras de sueros positivos al tipo O. La PCR puede no detectarlo también si no se emplean para la hibridación cruzada los moldes ("primers") de ADN usualmente empleados y no los adecuados. El tipo O difiere genéticamente 30% en el gen "gag", 25% en "pol" y 50% en "env". La homología de secuencia de aminoácidos de la cepa ANT-70 del tipo O con la cepa MN es 25%. La secuenciación de aminoácidos codificados en la región del bucle V-3 GPGFRF y GLGQAL de aislados europeos y norteamericanos es completamente diferentes. Se considera que los aislados de un mismo subtipo en mismo individuo no difieren más de un 3-4% y entre varios individuos menos de 10%.

El análisis de heterogeneidad de VIH y la caracterización de sus tipos circulantes se realiza mediante técnicas de PCR acopladas a las de movilidad de heterohíbridos en geles (HMA), la cual tiene ventajas sobre la clonación al permitir estudiar la aparición de secuencias raras. Los subtipos tienen una distribución territorial, pero es cuestión de tiempo su presencia simultánea en distintos territorios con las probables consecuencias en cuanto a la variabilidad por posibles recombinaciones genéticas.

El fenotipo viral inductor de sincitios se considera marcador predictivo de progresión de la infección (29). No obstante, últimos hallazgos indican que algunas cepas no inductoras de sincitios presentan "in vitro" un nivel alto de replicación pero escasa destrucción de linfocitos T-CD4 a pesar de que en otras cepas ambos hechos se asocian. Los pacientes con cepas inductoras de sincitios presentan mayor carga vírica que los pacientes con cepas no inductoras de sincitios (30).

Los anticuerpos frente a VIH comienzan a ser detectables aproximadamente a partir de la 6ª semana tras la infección. No obstante, se han descrito unos pocos casos (31) unos pocos casos en que la seroconversión ocurrió entre 6 y 42 meses (media 18 meses) tras la infección, especulándose que podrían llegar a representar (32) un 0,4% de los infectados. Como técnicas para diagnóstico tenemos las de inmunoanálisis enzimático (EIA) en el escalón primario y la inmunoelectrotransferencia/Westerb blot (WB) para confirmación, además de la Inmunofluorescencia indirecta (IF) y la radioinmunoprecipitación (RIPA). Para otros propósitos existen otras como la aglutinación pasiva o la detección en saliva.

Las bandas características en WB para el gen "gag" son p17, p24 y p55; para el gen "pol" p31, p51 y p66; y para el gen "env" gp41, gp120 y gp160. Se han propuesto distintos criterios de positividad por diferentes instituciones (figura nº 7). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), debe haber al menos dos bandas positivas y una de ellas corresponder a "env" para considerar positiva la detección de anticuerpos frente al VIH en una muestra. Las bandas correspondientes a productos del gen "env" persisten a lo largo del curso de la infección, pero las bandas correspondientes a productos del gen "gag" pueden debilitarse. A veces aparecen reacciones inespecíficas con hiperbilirrubinurias, conectivopatías y gammapatías policlonales y cuando existen anticuerpos anti-HLA

En neonatos, la presencia de anticuerpos específicos de las clases IgM e IgA son indicativos de infección por no atravesar la placenta. Así mismo, la producción "in vitro" de anticuerpos IgG e IgM en el sobrenadante de cultivo de linfocitos del niño estimulado con el virus Epstein-Barr (VED) puede ser un marcador definitivo de infección en niños menores de 15 meses.

El estudio de la antigenemia (fundamentalmente de antígeno p-24) tiene utilidad en el diagnóstico temprano. Cuando circulan también anticuerpos anti-p-24 se producirán inmocomplejos que es necesario disociar, ya que la técnica detecta sólo p-24 libre. La microscopia electrónica de barrido, de barrido-transmisión, y la inmomicropscopia electrónica puede ser de utilidad para detectar expresión antigénica en los períodos asintomáticos pero necesita un equipo muy caro. Las ventajas de la técnica de amplificación de cadena de la polimerasa (PCR) es que permite un diagnóstico temprano en niños y un mejor seguimiento de los pacientes tratados. La PCR nido o doble permite ampliar la sensibilidad de esta técnica.

2.2. Tratamiento antiretroviral. (33)

Hay tres avances que han mejorado paulatinamente la supervivencia: el diagnóstico más temprano, el tratamiento profiláctico de la neumonía por *Pneumocystis carinii* y el uso de los antiretrovirales. Conceptualmente, podrían desarrollarse distintos antiretrovirales para actuar sobre las diferentes fases del ciclo replicativo (figura nº 8), pero en la práctica no ha sido igualmente posible en todas las fases. En mujer embarazada infectada con menos de 200 linfocitos T-CD4/mm³ su tratamiento Zidovudina (ZDV), así como el tratamiento perinatal del hijo reduce la transmisión, pasando de ser 20% al 8%.

Con terapia adecuada, los períodos de evolución de la infección pueden alargarse. Dentro de los antivirales, la mejor elección es la terapia combinada en la esperanza de minimizar al máximo la aparición de virus con mutaciones que confieren resistencia que resulten viables. Existen interacciones sinérgicas o antagónicas entre diferentes antiretrovirales frente al VIH (figura nº 9). No obstante, cabe señalar que se han aislado cepas de VIH-1 resistentes a fármacos antiretrovirales concretos aún en ausencia de contacto previo del paciente con dicho fármaco (24,25).

2.3. Progresión de la infección, enfermedad y supervivencia de la persona infectada. (36)

El período de incubación, entendido como el tiempo que pasa entre el momento de la infección y la aparición de síntomas de enfermedad constitutivo del diagnóstico indicativo de caso conforme a los criterios de definición de SIDA, es variable. El tiempo medio del período de incubación en adulto es de 8-10 años y en niños de 4-6 años. A los 5 años, tras el momento de la infección por VIH, ésta progresó a SIDA en 15-20% de las personas. Los estudios de cohortes indican que entre 5-10 años tras la infección, el 50% de los infectados desarrollaron SIDA, el 25% sufre síntomas de enfermedad sugestivos de progresión a SIDA, el 15% experimentan síntomas menores relacionados con la infección por VIH y el 5-10% entrarían en la definición actual de progresores lentos permaneciendo asintomáticos.

La edad y el recuento basal de linfocitos T-CD-4 son factores predictores de progresión. Cuando más avanzada es la edad en que se produce la infección por VIH, más rápida es la tasa de progresión a SIDA (8% de incremento por cada incremento de edad de 5 años) (23), 6 veces mayor en las personas de más de 35 años y 3 veces mayor en las de 18 a 34 años respecto de quienes se exponen al retrovirus a edades más precoces (15,24)), excepto en el caso de los niños nacidos infectados, cuyo riesgo relativo de desarrollo de SIDA es 10 veces superior (15,24).

La progresión más rápida se asocia a menor cifra en el recuento de linfocitos T-CD4 (15): 39% de incremento por cada disminución de 100 mm³ en el número de linfocitos T-CD4+ (23). No hay pruebas suficientes que acrediten diferencias entre sexos aunque, no obstante, en algún estudio realizado con población de USA se observa en la mujer infectada por VIH una media de supervivencia menor, un riesgo de mortalidad mayor (RR = 1,33) especialmente en las de etnias afroamericanas, usuarias de drogas por vía inyectable y en la que tuvieron historia de progresión a enfermedad (25).

No hay evidencia de diferencias en cuanto a la supervivencia global en relación a si los casos están asociados a transmisión homosexual masculina o a uso de drogas inyectables (37). La evidencia en los casos postransfusionales sugiere que éstos evolucionan más rápidamente, probablemente porque la exposición ocurre con un mayor inóculo viral (38). Una sintomatología importante y prolongada durante la primoinfección se ha asociado con una más rápida progresión (39). No hay prueba suficiente que acrediten diferencias en cuanto a la progresión entre sexos (37,40) aunque, no obstante, en algún estudio realizado con población de USA se observa en las mujeres infectadas por VIH una media de supervivencia menor, un riesgo de mortalidad mayor (RR = 1,33) especialmente en las de etnias afroamericanas, usuarias de drogas por vía inyectable y en las que tuvieron historia de progresión a enfermedad. Así pues, no parece determinante en cuanto a la progresión la forma de transmisión ni el sexo de la persona.

La mortalidad es 90,0%, 86,7%, 86,4%, 84,8%, 83,8%, 82,5%, 77,7%, 76,2%, 72,9%, 67,8%, 63,2%, 54,2%, 39,6% 18,6% en los casos mayores de 12 años de edad diagnosticados en la Región Europea de la OMS con anterioridad a 1981, en 1981, en 1982, en 1983, en 1984, en 1985, en 1986, en 1987, en 1988, en 1989, en 1990, en 1991, en 1992, en 1993 y en 1994 respectivamente (2,6). Al hablar de supervivencia al SIDA se puede distinguir entre los que lo desarrollan pero viven muchos años con un sistema inmunitario debilitado, de los supervivientes de larga duración que han sobrevivido más de 10 años en ausencia de tratamiento con una cifra de linfocitos T-CD4+ estabilizada y mayor de 500 por mm³, que conocemos como progresores lentos (41).

Entre los progresores lentos se encuentran personas infectadas por transmisión homosexual masculina, transmisión heterosexual y por transfusión sanguínea, pero no se ha encontrado relación con haber sufrido o no enfermedades de transmisión sexual (ETS), uso de drogas, factores nutricionales o cansancio emocional (41). Se definen como progresores lentos aquellas personas con infección documentadas por VIH que, habiendo transcurrido 10 o más años desde el momento en que ésta se produjo, tienen más de 500 linfocitos T-CD4+/mm³ sin tratamiento antiretroviral y sin aparición de enfermedad relacionada con VIH (41).

Es probable que el actual grupo de progresores lentos sea heterogéneo en cuanto a progresión (41). Entre sus características estarían: poseer una respuesta inmunocelular potente y mantenida, bajas cantidades de VIH en plasma, niveles de anticuerpos neutralizantes significativamente más altos, de ARN plasmático significativamente menores (al menos 20 veces) y de carga vírica (al menos 5 veces tanto en células mononucleares de sangre periférica como en ganglio), lo que explicaría la baja eficacia de los intentos de aislamiento viral (42,44).

En los progresores rápidos las características biológicas son las típicas de la linfadenopatía asociada con la infección por VIH, tales como centros germinales irregulares, grandes y en fusión, lisis folicular, pérdida del manto, hipervascularidad, hiperplasia de células plasmáticas y depleción de linfocitos (45). En los progresores lentos, la arquitectura de los ganglios, vista al microscopio, estaría mejor preservada y no se produciría depleción de los linfocitos de los ganglios (42,43,44).

En los progresores lentos, se observa cierta actividad citotóxica específica, lo que indica una buena conservación del sistema inmune (45). Se ha pensado en la posibilidad de que los virus que los infectan fueran defectivos al haberse detectado en aislados de los mismos ciertos cambios en la región LTR y en la región V-3 del genoma (46,47). Dentro de los amplios criterios actuales de progresores lentos parece que pudiera existir un subgrupo de pacientes que pudieran progresar hacia enfermedad en los próximos años siguientes, en los cuales la cinética de replicación de las cepas aisladas de VIH no inductoras de sintomios es alta y que presentan mayores niveles relativos de carga vírica (41,49).

2.4. Atención Sanitaria y Social. (49,50)

No es aplicable a esta situación la Ley de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, de 1986, que facilita a las Autoridades Sanitarias para ordenar el reconocimiento, diagnóstico, hospitalización y/o tratamiento obligatorio para proteger la Salud Pública. En la figura nº 10 se expone un esquema de atención aplicable a personas infectadas con prácticas de riesgo (36).

El personal sanitario tiene obligación ética y legal de atender a cualquier paciente. La negativa puede constituir un delito de denegación de auxilio o un delito de falta de omisión del deber de socorro o de denegación de la prestación a la que la persona tenga derecho. Así mismo, genera responsabilidad civil.

Por otra parte, se requiere el consentimiento informado escrito, que es lo que posibilita el ejercicio de la libertad del paciente como persona. Ello, para los profesionales de la salud, implica la obligación ineludible de informar en lenguaje comprensible al paciente o al familiar de parentesco más cercano (en el caso de falta de consciencia de aquél), o a los padres o tutores legales (en el caso de un menor) sobre las pruebas diagnósticas, la enfermedad y su pronóstico y alternativas de tratamiento. Como en otras enfermedades, la realización de pruebas para diagnóstico o tratamiento sin consentimiento puede dar lugar a proceso por delito o faltas de coacción y a la reparación civil del daño causado. La Ley General de Sanidad, de 1986, recoge este derecho y la posibilidad de negarse, impidiendo así intervenciones o tratamiento.

La mujer infectada debe ser informada de que, si queda embarazada, tiene aproximadamente

20% de posibilidades de que su hijo/a nazca infectado/a y que con un tratamiento antiretroviral durante la gestación y perinatalmente del neonato/a puede bajar a 8%, así como de su derecho a decidir si continúa o no la gestación y que el personal sanitario tiene Derecho a la Objeción de Conciencia en relación con actuar en una intervención de interrupción voluntaria del embarazo.

Las personas infectadas con el VIH que necesitan tratamiento, requieren fármacos generalmente administrados durante largo tiempo y costosos. Su precio, cuando son proporcionados en los hospitales no se repercute al paciente, pero sí cuando les son dispensados fuera del hospital (en las oficinas de farmacia). La larga duración de los tratamientos, junto a la repercusión en las economías de las personas infectadas y sus familias, pueden hacer que no siempre se completen adecuadamente. En el caso de algunas infecciones asociadas a la infección por VIH, como puede ser la tuberculosis (cuya transmisión puede ser aérea), favorece la aparición de cepas del agente causal resistentes a fármacos, lo que constituye un problema creciente, no sólo para el individuo infectado, sino también para la población por la posibilidad de transmisión a otras personas.

Para evitar estos problemas, que no son sólo del individuo, sino también para la Salud Pública, desde diciembre de 1995, los casos de SIDA conforme a los criterios vigentes a efectos de vigilancia epidemiológica, pagan sólo 10% del precio de venta al público (con el límite de 439 ptas. actualizables anualmente) de los medicamentos incluidos en el anexo II del Real Decreto 83/1993, de 22 de enero, debiéndose respetar escrupulosamente en toda la tramitación el derecho a la intimidad y confidencialidad.

También existe posibilidad de ayudas sociales para los residentes en un determinado municipio (variables de unos ayuntamientos a otros) y de acceder a una pensión no contributiva, así como, si se acredita por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) al menos 33% de grado de minusvalía, se puede desgravar el 15% sobre los ingresos íntegros (con el límite de 600.000 ptas.) en el Impuesto de la Renta de las Personas Físicas (IRPF).

3. PREVENCIÓN NORMATIVA Y EXPOSICIÓN OCUPACIONAL.

3.1. Regulaciones y usos no diagnóstico de las pruebas de detección. (51)

El control obligatorio de los reactivos, previamente a su comercialización, trata que la competencia en la oferta de los mismos se establezca garantizando, cualquiera que sea su precio, el nivel de calidad suficiente basado fundamentalmente en evaluar sensibilidad y especificidad, características que no suelen estar maximizadas a la vez en un mismo reactivo. Esta exigencia se estableció en septiembre de 1985 para los equipos de reactivo de uso para detectar anticuerpos frente al VIH y en marzo de 1987 se extendió a todos los reactivos que se empleen en diagnóstico de laboratorio para detectar cualquier marcador de infección por retrovirus humanos (en la actualidad VIH-1, VIH-2, HTLV-1 y HTLV-2) en las personas.

Los reactivos que superan favorablemente la evaluación reciben una autorización sanitaria de comercialización por 5 años para uso en diagnóstico de laboratorio en las condiciones de

empleo evaluada. Desde septiembre de 1989, aquellos equipos de reactivos en los que no es posible obtener un resultado concluyente en evaluación, pero que ésta no apunta a ser desfavorable, se pueden comercializar "de uso exclusivo en investigación" lo que no permite su empleo para diagnóstico.

Este control consiste en un proceso técnico-administrativo que se lleva a cabo en la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios (DGFP) y una evaluación en condiciones reales de uso en los laboratorios del Instituto de Salud Carlos III. No es obligatorio para los reactivos que se emplean en laboratorio de otras enfermedades realizar el diagnóstico.

Las recomendaciones de la OMS para la selección y uso de las pruebas de detección de anticuerpos frente al VIH se exponen en la figura nº 11 (27). No se puede utilizar una donación de sangre, semen, órganos, tejidos, córneas humanas, etc., si el resultado de la prueba de detección de VIH en el donante es positivo o dudoso. Los hemoderivados producidos industrialmente deben obtenerse por procedimientos que garanticen además la inactivación del VIH.

La incidencia anual de VIH en donantes de sangre sigue descendiendo en España, pero todavía es superior a la de los países de nuestro entorno europeo, con lo que es posible que la donación esté siendo utilizada por algunas personas como manera de realizarse la prueba de detección para saber si están infectados. La aparición de una donación de sangre negativa falsa correspondiente al período de ventana (los anticuerpos no son detectables hasta la 6ª semana tras la infección) es un riesgo real pero muy pequeño: está evaluado para España según Brunet J.B. (Centro Europeo para la Vigilancia Epidemiológica del SIDA, París, 1990), en 1/500.000 donaciones de sangre.

Para conocer la variación de las tendencias de la epidemia a lo largo del tiempo se pueden utilizar los métodos basados en redes de centros centinelas, que miden la variación relativa de la incidencia de la infección en población atendida por estos centros a lo largo del tiempo. Se puede conocer también la extensión de la epidemia en la población mediante pruebas de detección de VIH en laboratorio sin propósito diagnóstico.

Una de las técnicas epidemiológica para ello se llama del cribaje anónimo no ligado. Consiste en tomar una parte residual de muestras (generalmente sangre), obtenidas para propósitos no asociados al diagnóstico de infección de VIH, con el fin de determinar en la población considerada cuál es la prevalencia de infección por VIH. No es ético tomarse cantidad adicional alguna para este propósito respecto de la que se tomaría para el destino principal de la muestra y se deben eliminar los datos de identificación de la persona, con lo que no es posible asociarla a un resultado determinado.

No todos los países admiten la realización de esta técnica. Entre ellos se encuentran los Países Bajos, que su por su tradición jurídica que considera que cualquier parte del organismo humano es patrimonio de la persona y necesita, por tanto, su consentimiento. En cambio, el Reino Unido sí admiten su realización. El argumentar a favor es que lo importante para quien haya tenido una práctica de riesgo es ofertarle sitios donde poder realizarse la prueba de detección de VIH y que las pruebas de los estudios epidemiológicos no tienen por objeto el diagnóstico, sino conocer la extensión de la epidemia en una población y un territorio.

Los países suelen hacer distinción en cuanto a los requisitos para residencia (algunos relativos a la salud) por la implicación en cuanto a derechos a los beneficios de Atención Sanitaria y Social y que sólo reconocen a los nacionales del correspondiente país o de otros países con los que mantengan convenios en la materia. Carece de sentido para la Salud Pública exigir a los viajeros certificados de seronegatividad a VIH, aunque hay más de 70 países que lo exigen para entrar, con requisitos diferentes de unos a otros y según las personas de que se trate. Así mismo, algunos países hacen las pruebas a los militares bajo el argumento de que en situaciones de guerra puede ser necesario realizar transfusiones brazo a brazo. El compromiso con las tropas de interposición en la antigua Yugoslavia, puestas a disposición de la ONU, fue que sus integrantes no llevarían enfermedades transmisibles.

3.2. Preservativos.

El preservativo de caucho para sexo masculino es un producto de un solo uso que, correctamente utilizado, envolviendo totalmente el pene, sirve para prevenir embarazos no deseado y la transmisión de VIH y de enfermedades de transmisión sexual mediante la evitación del contacto directo de éste con ano y/o boca en las relaciones homosexuales masculinas y en las heterosexuales además con la vagina. En los últimos años también se ha desarrollado un preservativo para uso femenino, denominado Femidón.

Desde noviembre de 1991, el preservativo de caucho para uso masculino tiene la consideración de Producto Sanitario, lo que obliga a que su publicidad cumpla la regulación de los mensajes publicitarios referidos a medicamentos y productos sanitarios y a su homologación. La especialidad encargada de Control de Calidad de Preservativos se denomina Reología. En las pruebas de control de calidad se determinan las propiedades de resistencia a la tracción (rotura), porosidad (evitación de paso de liquidez) mediante medidas de conductividad que indiquen el paso de corriente eléctrica cuando 3/4 del preservativo está sumergido en una solución salina.

Cada preservativo de caucho debe estar envasado individualmente. Uno o varios envases individuales deberán disponerse en un envase comercial. En cuanto el etiquetado debe figurar como mínimo en castellano con caracteres fácilmente legible en el envase individual: (a) identificación del fabricante, importador o acondicionador; (b) número de lotes de fabricación, y (c) mes y año de caducidad (no superior a 5 años).

En el envase comercial debe figurar: (a) "Homologado por la DGFP con el número..."; (b) si contiene sustancias activas, las cuales deben haber demostrado su actividad para la indicación y propósito que persigue su incorporación al preservativo, la leyenda "contiene..."; (c) identificación del producto (marca comercial); (d) nombre del fabricante, importador o acondicionador; (e) mínimo de preservativos que contiene; (f) descripción del artículo relativa a clase y tipo, que puede indicarse mediante las letras, en número correspondiente, la característica o medidas a la que hagan referencia; (g) lubricado o no; (h) con o sin dispositivo; (i) color; (j) número de lote de fabricación; (k) mes y año de caducidad (no superior a 5 años), y (l) referencia a la norma UNED 53.625.89 de homologación.

También debe figurar en el envase comercial o en hoja a parte contenida en el mismo las instrucciones de uso, conservación (pues es sensible a la luz y el calor) y deshecho. Las

alusiones a prevención de ETS deben proporcionar información real sobre las expectativas que el preservativo ofrece.

3.3. Consumo de drogas. (52.53)

Para evitar que a la dependencia de drogas se le sumen otros problemas de salud, se han desarrollado las llamadas estrategias de reducción del daño. Conceptualmente, pueden existir programas con distintos niveles de exigencia en cuanto al abandono del consumo de drogas.

La persona UDI, a menudo reutiliza agujas y jeringas usadas sin esterilizar. De esta forma se pueden transmitir el VIH y otros agentes infecciosos. Desde mayo de 1987 existe la obligación de que el material de acompañamiento de jeringas y agujas advierta sobre el peligro de reutilizar las usadas, mediante la leyenda: "Usar y destruir. El uso compartido constituye riesgo de infección".

A esas estrategias pertenecen los programas de distribución de agujas y jeringas, que suelen implicar la entrega simultánea de la jeringa y aguja usada y tener carácter gratuito, incluyendo a veces conjuntamente un preservativo de caucho y productos de desinfección, (como el "Kit" Sanitario Antisida o "Sanikit") a través de máquinas expendedoras, vehículos, oficinas de farmacia, etc. Son una forma de prevención de la transmisión de estos agentes al facilitar protección para las relaciones sexuales y evitar la reutilización de agujas y jeringas.

Otra es la basada en los tratamientos de metadona y productos similares que, desde enero de 1990, pueden ser prescritos por facultativos, para personas con un diagnóstico confirmado de infección por VIH o afectados por patología orgánica severa en centros acreditados. Para las personas no infectadas por VIH o no afectadas de patología orgánica se exige además del diagnóstico confirmado de la dependencia de opiáceo, haber realizado un tratamiento en otra modalidad terapéutica. Los principios activos que pueden aplicarse en estos tratamientos son buprenorfina, butorfanol, codeína, dextropropoxifeno, dihidrocodeína, etilmorfina, folcodicina, metadona, morfina, noscapina, opio extracto, pentazocina, petudina y tilidina.

El Código Penal Español, de 1995, considera delito el cultivo, elaboración, tráfico, promoción o facilitación del consumo de drogas o la posesión de éstas con los fines antes mencionados. Las penas son más graves si se facilitan a menores, disminuidos psíquicos, escuelas, universidades, establecimientos penitenciarios, militares o asistenciales. La transmisión voluntaria se contempla como delito de lesiones.

Las personas en estado de intoxicación plena o con el síndrome de abstinencia están exenta de responsabilidad penal, siempre que ese efecto no haya sido buscado o previsto con el propósito de cometer un delito. Las sanciones administrativas o penales pueden suspenderse si la persona accede o está siguiendo un tratamiento de deshabitación de drogas, pero si lo interrumpe, la sanción continúa.

El juez o tribunal sancionador pueden imponer a las personas declaradas exenta de responsabilidad tratamiento médico o programas de tipo formativo, profesional, de educación social o similares y a los declarados responsables por un tiempo no superior al de la pena en centro apropiado a la anomalía o alteración del sujeto, de carácter externo médico o socio

sanitario y la prohibición de acudir a establecimientos de bebidas alcohólicas, si la medida de seguridad es por tiempo no superior a 5 años, sin posibilidad de abandonarlo sin permiso del juez o tribunal sancionador, quienes podrán decretar el cese de la medida de seguridad, su sustitución por otra, o dejar en suspenso la misma, mediante procedimiento contradictorio a propuesta motivada del juez de vigilancia penitenciaria, el cual deberá elevar al menos una actualmente o al terminar el curso obrado de enseñanza.

Los centros tienen obligación de facilitar al juez o tribunal sancionador en los plazos que señale la información precisa para comprobar el comienzo y la evolución del tratamiento. La violación de esta obligación, en el caso de funcionarios públicos, puede constituir delito de desobediencia y de negación de auxilio a la justicia.

El preso mantiene todo su Derecho a la Salud como cualquier otro ciudadano español. Por su misión de tutela (54), las Autoridades Penitenciarias tienen que posibilitar el ejercicio de este derecho. En 1988 se comenzó un programa de oferta voluntaria de realización de las pruebas de detección de VIH y hepatitis y de control de tuberculosis y ETS, así como dar lejía concentrada que pudiera emplearse para desinfectar los útiles que algunas personas presas usan para inyectarse drogas. En algunas prisiones se facilita en la actualidad tratamiento con metadona.

El artículo nº 60 del Reglamento General Penitenciario de 1979, permite la excarcelación de presos enfermos terminales (no necesariamente sinónimo de agonizante), antes de cumplir la condena. El problema es muchas veces si el preso tiene realmente un hogar que le pueda acoger.

3.4. Exposición ocupacional en atención de salud.

Las únicas posibilidades de transmisión en el medio laboral son en las que pueden darse en el sector sanitario en algunas situaciones o en los servicios de policía, bomberos, y protección civil en determinadas circunstancias de emergencia. La manera de evitar el riesgo de exposición ocupacional en el medio sanitario es la adopción de las llamadas precauciones universales (que se incluyen dentro del concepto más amplio de precauciones normalizadas) y la buena práctica profesional que incluye obviamente su adopción. Debe educarse en cuanto a la adopción de las precauciones universales no sólo al personal sanitario, sino también a los voluntarios y familiares que cuidan a estos enfermos.

La exposición ocupacional es aquélla que ocurre como consecuencia de un accidente en el medio laboral. Debe de declararse de acuerdo con lo establecido en la Orden (del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social), de 6 de diciembre de 1987, para la notificación de accidentes de trabajo. La persona afectada debe estar incluida en uno de los regímenes de Seguridad Social como trabajador por cuenta ajena para que sea considerado a efecto de enfermedad profesional o accidente laboral.

La nueva Ley de Prevención de Riesgos Laborales, de 1995, no introduce cambios en la consideración legal, que no considera específicamente como enfermedad profesional la infección por VIH ni el SIDA.

Podría interpretarse incluida en el apartado genérico de la normativa que especifica "enfermedades infecciosas y parasitarias del personal que se ocupa de la prevención, asistencia y cuidados de enfermos" y trabajo de personal sanitario y auxiliar que contacta con estos enfermos en instituciones cerradas, abiertas y servicios a domicilios, trabajos de laboratorio, de investigación y análisis clínicos (de toma, manipulación o empleo de sangre humana o de sus derivados y aquéllos que entrañen contactos directos con estos enfermos).

La diferencia entre accidente laboral y enfermedad profesional es que en el accidente laboral ha de probarse razonablemente una relación entre el accidente y la seroconversión a VIH. Para ello, se necesita que el paciente atendido estuviera infectado por el virus, que la prueba de detección del virus en una muestra de sangre del trabajador que ha sufrido la exposición ocupacional, tomada en el momento del accidente, sea negativa y que se detecte la seroconversión a VIH después de la sexta semana tras el accidente en otra muestra tomada.

El texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, de 1994, es aplicable a la exposición ocupacional a VIH, pues considera como accidente laboral las lesiones corporales y las enfermedades que se contraigan con ocasión o por consecuencias del trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo su origen en la ejecución del mismo y la sufra el trabajador en el tiempo y en el lugar de trabajo, salvo prueba en contrario.

Según los datos de la
Acción
Concertada
Exposición
Accidental al
VIH-1 y a
otros
retrovirus,
que financia
la UE y se
coordina
desde el
Instituto de
Salud Carlos
III
(Majadahonda), en el
mundo hasta
julio de
1995, los
casos
documentado
s de
exposición
ocupacional
con
resultados de

infección por VIH son 79, (de ellos 4 en España). El riesgo es muy bajo (55,56,57): 0,33% tras exposición percutánea (con menos casos asociados a cortes que a pinchazos, con la posibilidad de que en éstos se produzca inoculación de líquido infeccioso contenido en el instrumento) y 0,04% tras exposición mucocutánea

El personal sanitario infectado o potencialmente infectado, sea cual sea los orígenes de ello, tiene derecho a la confidencialidad y a la protección de sus datos, como cualquier otro paciente. Debe realizarse el seguimiento clínico del trabajador accidentado (entre 6 meses, como mínimo y 1 año) y hasta finalizar el mismo con resultados negativo, se le debe considerar como si estuviera infectado, recibir consejo y apoyo psicológico y hacerle la recomendaciones pertinentes para evitar las transmisión del virus a otras personas fuera del ámbito profesional.

Se recomienda que los trabajadores sanitarios legalmente autorizados en su papel profesional a realizar procedimientos invasivos en los que se pueda producir autolesión sobre un paciente con resultado de hemorragia, no deben realizarlos, si están infectados o pueden estar potencialmente infectados (58).

4. DERECHOS DE LA PERSONA Y RECURSOS EMPLEADOS EN LA EPIDEMIA EN ESPAÑA.

4.1. No discriminación, confidencialidad y protección de datos. (49,59,60)

Dadas las vías de transmisión del VIH (sexual, sangre y de madre a futuro hijo/a) no hay razones científicas que avalen como medida eficaz de Salud Pública la exclusión, estigmatización o segregación sociales. Antes bien al contrario, ello puede llevar a la ocultación de la condición de infectado/a y/o a no realizarse la prueba de detección de VIH, lo cual sería un obstáculo para el control de la epidemia y disminuir el sufrimiento humano asociado.

Sobre la no estigmatización/no segregación/no exclusión social, existen varias recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), del Consejo de Europa y de la UE, entre otros organismos internacionales. En todas ellas se insiste en la voluntariedad de las pruebas (necesidad de consentimiento informado), privacidad e intimidad (confidencialidad) y solidaridad. En la Constitución de 1978 y el Código Penal hay artículos claramente aplicables para sancionar actos de discriminación social.

En el VIH/SIDA, como en cualquier otra enfermedad, la relación entre el paciente y su médico está basada en la confianza. La confidencialidad de esta relación obliga al médico, personal de enfermería, auxiliar sanitario, celadores, de secretaría que mecanografía un informe clínico y a todos cuantos participan en la realización de la atención sanitaria.

La Ley de Protección de Datos de 1992, traspone el contenido de varias Directivas de la Unión Europea (UE) y se inspira en el Convenio Europeo para la Protección de Datos, ratificado por España y en las recomendaciones del Consejo de Europa al respecto, de 1981 y 1983. Esta Ley, la Ley General de Sanidad y el Código Penal, tienen disposiciones sobre los datos de tipo personal que afectan a la privacidad y la intimidad, como los relativos a salud, los cuales para ser recabados necesitan el consentimiento escrito de la persona.

En relación con los ficheros de datos personales de las Unidades dependientes del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, así como la del Ministerio de Sanidad y Consumo, existen especificaciones legales precisas sobre el tipo de datos que se pueden recoger, procedimiento de recogida y tiempo de tratamiento de los mismos, órgano encargado de su custodia, quiénes pueden tener acceso a según qué datos y el derecho del afectado al acceso a los mismos y a su rectificación o cancelación. El Plan Estadístico Nacional 1993-1996 incluye la recogida de la "estadística estatal del SIDA" que son datos agregados no individualizados.

En las situaciones de préstamo dirigidas a entidades de créditos, la Instrucción de la Agencia de Protección de Datos, de 1995, obliga a que éstas no exijan los datos relativos a la salud de los solicitantes. Cuando en paralelo con la solicitud del préstamo se realice una póliza de seguro de vida, deberá constar expresamente el compromiso de la entidad de crédito de que los datos obtenidos para el seguro, serán sólo para la entidad aseguradora. En estos casos, quien tramite la póliza de seguro, deberá informar de modo expreso y claro de que los datos pasarán a formar parte de un fichero automatizado. El usuario deberá ser informado de las preguntas que es obligatorio responder y de las que no, así como de su derecho al acceso, rectificación y cancelación de datos personales, así como a conocer la identidad y dirección del responsable del fichero. La persona deberá manifestar su consentimiento por escrito para cada

uno de los contratos.

La infracción del principio de no discriminación puede dar lugar a la declaración de ineficacia del acto discriminatorio y a una indemnización por daños y perjuicios. Aunque las pruebas del acto discriminatorio deben ser aportadas por quien se considera perjudicado, puede invertirse la presentación de la carga de la prueba cuando los hechos supongan un panorama discriminatorio generalizado.

4.2. Derecho de Educación. (61)

Caso que se vaya a escolarizar a un niño/a seropositivo/a a VIH, se recomienda que ello se comunique a los servicios sanitarios del centro, respetando escrupulosamente la confidencialidad y siendo ésta información de carácter restringido. Tampoco existen razones científicas de Salud Pública que avalen la escolarización separada. En el caso de España es de aplicación, además de la Constitución (aspecto de no discriminación y de Derecho a la Educación), la Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo, de 1990, que garantiza el Derecho de todos a la Educación.

4.3. Derecho al trabajo y protección social del trabajador/a, enfermo/a. (50,51)

No son legales las pruebas de VIH en los procesos de selección laboral. Su realización supondría una discriminación y una intromisión innecesaria en la intimidad de la persona que contravendría la Ley General de Sanidad. No hay obligación de declarar la seropositividad a los demás compañeros de trabajo ni a la empresa. No obstante, se recomienda comunicarlo a los servicios sanitarios laborales, los cuales deberán guardar secreto profesional. Existen también varios Convenios y Recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), contra la discriminación en materia laboral. La Constitución establece, además del deber de trabajar y el derecho al trabajo, el principio de igualdad de todos los ciudadanos, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por condición o circunstancia personal o social. A su vez el Estatuto de los Trabajadores de 1980 establece que no podrá hacerse discriminación por minusvalía físicas, psíquicas o sensoriales, siempre que las personas se hallen en condiciones de desempeñar el trabajo o empleo de que se trate.

Las condiciones para permisos laborales por enfermedad, extinción del contrato de trabajo por causas objetivas derivadas de ineptitud o faltas de asistencias del trabajador, incapacidad laboral, invalidez permanente, parcial, total, absoluta y gran invalidez, son las mismas que se requieren con ocasión de otras enfermedades.

4.4. Recursos empleados comparativamente en la epidemia en España. (2,14,15,17,62-64)

Existe una gran disparidad en los recursos dedicados al problema de las drogas en unas CCAA respecto de otras. En el mundo existen también disparidades cuantitativas y cualitativas entre y dentro de los países. Por ejemplo, al final de 1993 en Canadá (9) había 37 programas comunitarios de alcance cuya fuente de financiación variaba desde organizaciones de Salud Pública a Agencias Comunitarias o de la Adicción. Los programas incluyen Consejo, unidades

móviles y unidades de intercambio, "Embajador" de alcance (individuos que se están recuperando de su adicción al consumo de drogas y realizan labor de educación por pares) y modelos de sitios fijos en Toronto, Montreal, Vancouver, Winnipeg y Edmonton. Más de 1.300.000 millones de jeringas y agujas se han distribuido (9). El principal cuello de botella de los programas es la accesibilidad y disponibilidad (algunos ofrecen servicios unas horas al día, pero ninguno puede estar disponible en todas partes a todas las horas).

"A priori" parecería razonable que la asignación presupuestaria atendiera a criterios de población y magnitud del problema. Ello no siempre es así (figura nº 12), si partimos de la base de que la heroína tiene un peso estadísticamente preponderante en España y recordamos que a ella se debieron 93% de los episodios atendidos de urgencia y 95% de los tratamientos en 1993 y que los mismos fueron respectivamente 95,8% y el 93,6%, en 1992; 96,2% y el 94,90%, en 1991; 96,6% y el 93,4%, en 1990; 96,5% y el 95,5%, en 1989; 97,1% y el 96,6%, en 1988, y 97,1% y el 98,7% en 1987, aunque su distribución territorialmente no sea homogénea.

Cuando se observan los gastos globales realizados por CCAA (65-71) en relación con el problema de las drogas de 1986 a 1993, se detectan grandes variaciones de unas a otras a tenor de los dos criterios anteriormente mencionados (figura nº 13). Así, nos damos cuenta que no siempre el mayor gasto se produce en las CCAA con mayor casuística de casos de SIDA. Lo mismo ocurre si nos fijamos en el gasto dedicado a prevención realizado por las mismas (figura nº 14).

Cuando afinamos más y analizamos los cocientes del gasto realizado anualmente por el número de casos anuales de SIDA por millón de habitantes (figura nº 15) nos encontramos con que la relación más favorable se produce en Canarias y Andalucía, seguidas de C.A. País Vasco y Cataluña y luego Galicia, C. Valenciana y Extremadura y que ello puede considerarse una trayectoria persistente a lo largo de los años. Por el contrario, otras CCAA como C.A. Madrid (donde la situación del problema del VIH/SIDA puede calificarse de crecimiento muy acelerado), Aragón y R. Murcia y sobretodo C.F. Navarra y La Rioja obtienen cocientes mucho menos favorables. Ello coincide en general con áreas en que persiste un incremento de casos de SIDA asociados a UDI.

ANEXOS

FIGURA 1 (2)

PORCENTAJES DE CASOS DE SIDA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS (CCAA) DE RESIDENCIA Y FECHA DE DIAGNOSTICO .
INDICATIVO DE CASO, ASOCIADOS A USO DE DROGAS INYECTABLES (UDI).
EN ESPAÑA A FECHA DE ACTUALIZACIÓN 95.03.31

CCAA	FECHA DE DIAGNOSTICO (AÑO)						SOBRE CASOS							
	1990	1991	1992	1993	1994	ACUMULADOS	1984	1985	1986	1987	1988	1989		
ANDALUCÍA			--	38,9	44,1	66,9	68,0	67,4	69,3	69,8	72,6	71,8	75,8	75,5
ARAGÓN			--	25,0	50,0	50,0	60,0	54,0	67,1	63,3	65,2	50,0	68,6	61,5
P.ASTURIAS			--	--	62,5	50,0	79,5	74,5	71,4	64,3	55,8	60,5	65,5	65,0
BALEARES	66,7		--	--	53,8	36,1	43,9	57,5	56,0	50,0	50,4	53,3	52,0	51,1
CANARIAS			--	--	11,1	17,6	27,0	32,1	31,4	24,4	33,7	29,4	33,7	29,9
CANTABRIA	100,0		--	--	--	66,7	76,6	66,7	91,4	82,2	54,5	71,7	66,7	71,4
CASTILLA Y LEÓN			--	33,3	40,0	52,8	61,8	70,7	73,7	73,8	69,1	67,9	73,8	77,8
CASTILLA- LA MANCHA			--	50,0	100,0	42,9	68,4	69,6	67,8	51,5	65,8	75,4	70,8	66,6
CATALUÑA	27,3		27,3	42,9	49,2	58,5	64,0	60,8	57,4	57,0	55,7	54,3	59,9	57,8
CEUTA			--	--	--	100,0	100,0	80,0	--	--	66,7	50,0	100,0	78,9
EXTREMADURA			--	--	100,0	50,0	65,5	84,8	84,8	88,0	67,3	80,7	75,7	76,4
GALICIA	100,0		50,0	70,8	66,7	77,3	70,8	71,0	72,7	71,8	70,4	71,1	71,6	
C.A.MADRID	38,9		38,9	62,5	64,1	63,7	67,7	68,4	70,0	68,1	65,0	62,4	63,5	65,4
MELILLA			--	--	--	100,0	100,0	100,0	--	100,0	100,0	40,0	71,4	70,8
R.MURCIA			--	--	--	46,7	45,5	45,5	44,7	57,8	55,9	61,4	64,3	55,2
C.F.NAVARRA			--	100,0	66,7	83,3	80,0	82,4	81,8	77,1	56,7	78,5	81,8	76,2
LA RIOJA			--	--	66,7	66,7	100,0	45,5	82,8	62,5	51,6	78,3	65,0	68,8

C.VALENCIANA	33,3	71,4	50,0	71,1	69,9	59,5	67,7	57,1	60,2	57,4	63,7	61,8
C.VASCA	75,0	76,5	68,0	74,2	83,2	77,0	79,3	81,0	78,9	79,9	77,3	78,8
ESPAÑA	35,3	52,7	55,6	61,2	67,2	65,2	66,1	64,4	63,2	63,0	66,3	64,5

*100,0% en 1982 y 100,0% en 1983; **100,0% en 1983; ***25,0% en 1983; ****25,0% en 1982 y 28,6% en 1983

Fuente: Elaboración propia basada en REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA (Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid) VIGILANCIA DEL SIDA EN ESPAÑA. Informe trimestral nº 1/1995

FIGURA 2 (2)

TASAS DE CASOS DE SIDA POR MILLÓN DE HABITANTES, COMUNIDADES AUTÓNOMAS (CCAA) DE RESIDENCIA Y FECHA DE DIAGNOSTICO. INDICATIVO DE CASO, ASOCIADOS A USO DE DROGAS INYECTABLES (UDI), EN ESPAÑA A FECHA DE ACTUALIZACIÓN 95.03.31

CCAA	FECHA DE DIAGNOSTICO (AÑO)					SOBRE CASOS							
	1990	1991	1992	1993	1994	ACUMULADOS	1984	1985	1986	1987	1988	1989	
ANDALUCÍA	--		1,05	2,24	12,24	20,33	34,23	43,65	43,97	62,00	71,36	89,94	391,70
ARAGÓN	--		0,85	4,20	4,20	17,70	22,95	39,72	56,68	36,96	44,85	68,25	299,84
P. ASTURIAS	--	--		4,43	7,15	28,46	34,49	44,98	41,47	45,53	48,46	69,10	318,06
BALEARES	2,93	--		10,11	18,69	35,82	65,60	72,57	71,15	103,98	104,09	111,38	605,01
CANARIAS	--	--		0,68	2,04	6,77	12,55	14,75	13,71	21,56	21,49	18,50	113,86
CANTABRIA	1,90	--		--	11,47	36,17	46,44	64,43	70,36	45,56	73,27	68,71	418,51
CASTILLA Y LEÓN*	--		0,39	1,56	7,44	13,34	20,78	33,01	37,34	37,59	43,86	42,95	244,31

CASTILLA- LA MANCHA**	--	1,20	1,20	3,57	15,66	19,76	24,13	20,75	31,58	31,51	37,38	194,41
CATALUÑA	0,49	1,97	9,74	25,62	60,22	80,01	94,30	99,35	102,32	97,90	11,42	693,91
CEUTA	--	--	--	15,10	45,20	60,00	--	--	39,48	14,70	14,60	222,82
EXTREMADURA	--	--	0,90	0,38	18,01	27,13	31,88	27,19	30,62	43,82	48,06	236,61
GALICIA 0,40	1,40	6,08	9,33	24,50	36,88	49,91	64,63	63,47	56,60	72,73	395,11	
C.A.MADRID***	1,43	7,25	18,71	33,44	78,46	107,11	119,07	147,91	168,87	162,11	196,34	1049,06
MELILLA	--	--	--	38,30	56,90	18,80	--	18,10	52,70	33,92	80,96	307,06
R.MURCIA	--	--	--	6,86	9,78	14,56	20,20	35,31	49,90	47,95	50,34	242,59
C.F.NAVARRA	--	3,90	3,80	19,32	38,64	26,69	69,61	71,54	65,77	121,36	121,47	562,90
LA RIOJA	--	--	7,73	7,67	45,90	19,33	91,11	75,87	60,37	67,41	96,20	493,32
C.VALENCIANA	0,26	2,64	4,75	14,22	33,55	35,04	54,49	55,21	57,79	56,07	68,35	388,58
C.VASCA	1,42	6,04	15,91	30,94	67,72	69,24	108,16	138,10	145,17	154,68	156,03	942,76
ESPAÑA****	0,45	2,26	6,78	16,40	37,83	51,37	63,52	71,99	77,86	81,45	96,59	519,74

*0,4 en 1982 y 0,4 en 1983; **0,6 en 1983; ***0,42 en 1983; ****0,028 en 1982 y 0,11 en 1983.

Fuente: Elaboración propia basada en REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA(Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid) VIGILANCIA DEL SIDA EN ESPAÑA. Informe trimestral nº 1/1995

FIGURA 3 (2)

PORCENTAJES DE CASOS DE SIDA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS(CCAA) DE RESIDENCIA Y FECHA DE DIAGNÓSTICO INDICATIVO DE CASO, ASOCIADOS A TRANSMISIÓN HETEROSEXUAL, EN ESPAÑA A FECHA DE ACTUALIZACIÓN 95.03.31

CCAA	FECHA DE DIAGNOSTICO (AÑO)										SOBRE CASOS			
	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	ACUMULADOS	1984		
ANDALUCÍA			--	--	2,9	2,4	3,4	3,3	7,1	7,1	8,2	10,5	12,3	8,1
ARAGÓN			--	--	--	--	2,9	18,0	14,3	12,9	12,1	19,8	16,9	14,4
P. ASTURIAS			--	--	--	--	5,1	7,8	14,3	10,0	14,0	12,3	17,7	12,1
BALEARES			--	--	--	8,3	1,8	2,5	6,6	7,0	9,5	10,2	20,7	9,9
CANARIAS			--	--	22,2	--	2,0	10,7	8,6	12,2	4,2	8,3	12,0	8,6
CANTABRIA			--	--	--	--	--	5,6	2,9	4,4	11,4	5,7	13,0	6,5
CASTILLA Y LEÓN			--	--	--	8,3	5,5	8,0	5,3	5,6	11,8	9,7	12,1	8,9
CASTILLA-LA MANCHA			--	25,0	--	14,3	2,6	6,5	8,5	21,2	10,1	14,5	15,7	12,6
CATALUÑA			--	--	0,8	3,8	3,9	5,0	9,4	9,1	12,4	14,5	13,6	9,9
CEUTA			--	--	--	--	--	--	--	100,0	33,3	--	--	10,5
EXTREMADURA			--	--	--	--	--	--	6,1	4,0	6,1	5,3	12,9	5,4
GALICIA	--	--	--	--	10,3	6,8	8,3	7,3	7,4	11,3	14,4	17,9	11,2	
C.A.MADRID			--	--	3,5	3,5	5,1	4,8	5,9	7,2	7,3	9,4	8,8	7,0
MELILLA			--	--	--	--	--	--	--	--	--	20,0	--	8,3
R.MURCIA			--	33,3	--	--	13,6	9,1	10,6	9,4	5,4	13,3	11,9	10,0
C.F.NAVARRA			--	--	--	8,3	8,0	--	4,5	10,4	25,0	11,4	7,8	10,7

LA RIOJA	--	--	--	--	--	18,2	3,4	12,5	16,1	13,0	22,5	12,7
C.VALENCIANA	--	--	13,9	1,3	3,8	5,9	4,6	7,4	6,5	10,0	15,8	8,4
C.VASCA	--	--	2,0	7,9	2,9	8,2	7,4	6,4	9,1	5,7	12,2	8,5
ESPAÑA	--	1,2	3,1	4,1	4,1	5,7	7,4	8,2	9,6	11,3	12,6	8,8

Fuente: Elaboración propia basada en REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA(Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid) VIGILANCIA DEL SIDA EN ESPAÑA. Informe trimestral nº 1/1995

FIGURA 4 (2)

TASAS DE CASOS DE SIDA POR MILLÓN DE HABITANTES, COMUNIDADES AUTÓNOMAS(CCAA) DE RESIDENCIA Y FECHA DE DIAGNÓSTICO INDICATIVO DE CASO, ASOCIADOS A TRANSMISIÓN HETEROSEXUAL, EN ESPAÑA A FECHA DE ACTUALIZACIÓN 95.03.31

CCAA	FECHA DE DIAGNOSTICO (AÑO)				SOBRE CASOS							
	1992	1993	1994	ACUMULADOS	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
ANDALUCÍA	--	--	0,14	0,43	1,01	1,67	4,47	4,44	7,00	10,43	14,10	44,37
ARAGÓN	--	--	--	--	0,85	7,65	5,40	11,02	6,86	17,76	19,90	70,20
P. ASTURIAS	--	--	--	--	1,79	3,6	6,40	6,45	11,42	9,85	18,67	59,67
BALEARES	--	--	--	4,29	1,46	2,85	8,55	9,96	18,55	19,92	44,33	117,21
CANARIAS	--	--	1,37	--	0,67	4,18	4,04	6,85	2,68	6,06	6,58	32,75
CANTABRIA	--	--	--	--	--	3,84	2,04	3,76	9,53	5,82	13,19	38,10
CASTILLA Y LEÓN	--	--	--	1,17	1,18	2,35	2,37	2,83	6,41	6,26	7,04	31,46
CASTILLA-LA MANCHA	--	0,60	--	1,21	0,59	1,84	3,02	8,54	4,84	6,06	8,28	36,78
CATALUÑA	--	--	0,15	1,66	3,66	6,58	15,44	15,86	22,77	26,14	25,55	118,85
CEUTA	--	--	--	--	--	--	--	18,10	19,71	--	--	29,65
EXTREMADURA	--	--	--	--	--	--	2,29	1,23	2,77	2,87	8,19	16,72
GALICIA	--	--	--	1,44	2,15	4,32	5,13	6,57	9,98	11,57	18,31	61,80
C.A.MADRID	--	--	1,02	1,83	5,91	7,51	10,03	15,67	17,64	24,42	27,20	112,28
MELILLA	--	--	--	--	--	--	--	--	16,96	--	--	35,99
R.MURCIA	--	0,99	--	--	2,92	2,91	4,79	5,76	4,76	10,38	9,31	43,94
C.F.NAVARRA	--	--	--	1,92	3,86	--	3,82	9,65	29,00	17,62	11,58	79,04
LA RIOJA	--	--	--	--	--	7,64	3,75	15,17	19,54	11,19	33,30	91,06

C.VALENCIANA	--	--	1,32	0,26	1,82	3,47	3,70	7,15	6,28	9,77	16,95	52,81
C.VASCA	--	--	0,46	3,29	2,36	9,50	10,89	10,91	16,64	18,77	30,90	102,08
ESPAÑA	--	0,05	0,37	1,09	2,30	4,49	7,11	9,16	11,82	14,66	18,35	70,91

Fuente: Elaboración propia basada en REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA(Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid) VIGILANCIA DEL SIDA EN ESPAÑA. Informe trimestral nº 1/1995

FIGURA 5 (2)

PORCENTAJE DE CASOS DE SIDA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS(CCAA) DE RESIDENCIA Y FECHA DE DIAGNÓSTICO INDICATIVO DE CASO, ASOCIADOS A TRANSMISIÓN HOMOSEXUAL MASCULINA, EN ESPAÑA A FECHA DE ACTUALIZACIÓN 95.03.31

CCAA	FECHA DE DIAGNOSTICO (AÑO)					SOBRE CASOS							
	1991	1992	1993	1994	ACUMULADOS	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	
ANDALUCÍA	--	--	5,6	17,6	11,3	9,9	11,9	11,1	9,9	10,0	8,3	5,2	8,8
ARAGÓN	--	--	--	--	20,0	--	2,0	10,0	10,9	7,6	10,4	5,9	7,6
P.ASTURIAS	--	--	--	--	12,5	7,7	7,8	10,2	11,4	11,6	12,3	8,0	10,0
BALEARES	--	--	66,7	23,1	44,4	35,1	23,8	29,7	30,0	25,5	21,2	21,3	26,0
CANARIAS	--	--	50,0	44,4	58,8	54,1	39,3	44,3	36,6	35,8	43,1	46,6	41,8
CANTABRIA	--	--	100,0	--	11,1	8,0	13,9	2,9	8,9	11,4	13,2	9,3	10,1
CASTILLA Y LEÓN	--	--	--	--	11,1	5,5	6,7	6,1	7,1	4,4	9,7	5,4	6,4
CASTILLA-LA MANCHA	--	--	--	--	21,4	13,2	10,9	11,9	7,6	10,1	2,9	7,9	8,9
CATALUÑA*	36,4	50,0	31,7	26,4	22,8	24,7	22,0	23,4	21,6	18,7	17,2	17,2	21,6
CEUTA	--	--	--	--	--	--	--	--	--	50,0	--	--	5,3
EXTREMADURA	--	--	--	--	3,4	--	3,0	8,0	10,2	1,8	2,9	2,9	4,5
GALICIA	--	25,0	4,2	2,6	9,1	8,3	9,8	9,9	9,7	8,8	6,2	8,4	8,4
C.A.MADRID**	22,2	16,1	16,2	23,3	13,9	16,6	14,8	15,8	17,3	17,0	11,7	11,7	15,4
MELILLA	--	--	--	--	--	--	--	--	--	20,0	28,6	28,6	12,5
R.MURCIA	--	33,3	50,0	26,7	27,3	24,2	31,9	18,8	20,4	14,5	14,3	14,3	19,8
C.F.NAVARRA	--	--	--	8,3	4,0	--	9,1	4,2	8,3	5,1	7,8	7,8	6,3
LA RIOJA	--	--	--	--	--	9,1	--	6,2	9,7	4,3	2,5	2,5	4,2
C.VALENCIANA	33,3	7,1	11,1	15,8	9,8	16,7	11,2	14,5	14,6	15,9	6,8	6,8	12,7

C.VASCA	--	11,8	--	4,5	5,8	3,7	4,9	3,9	4,7	6,2	3,9	4,6
ESPAÑA***	21,6	22,5	17,8	20,0	15,3	16,6	15,5	15,6	15,6	14,4	10,8	14,6

*100,0% en 1981 y 50,0% en 1983; **100,0% en 1982 y 37,5% en 1983; ***100,0% en 1981, 25,0% en 1982 y 28,6% en 1983.

Fuente: Elaboración propia basada en REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA (Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid) VIGILANCIA DEL SIDA EN ESPAÑA. Informe trimestral nº 1/1995

FIGURA 6 (2)

TASAS DE CASOS DE SIDA POR MILLÓN DE HABITANTES, COMUNIDADES AUTÓNOMAS(CCAA) DE RESIDENCIA Y FECHA DE DIAGNÓSTICO INDICATIVO DE CASO, ASOCIADOS A TRANSMISIÓN HOMOSEXUAL MASCULINA, EN ESPAÑA A FECHA DE ACTUALIZACIÓN 95.03.31

CCAA	FECHA DE DIAGNOSTICO (AÑO)						SOBRE CASOS						
	1990	1991	1992	1993	1994	ACUMULADOS	1984	1985	1986	1987	1988	1989	
ANDALUCÍA	--	--	0,15	0,89	2,06	2,96	6,04	7,49	6,19	8,54	8,25	5,96	48,20
ARAGÓN	--	--	--	--	1,68	--	0,84	5,92	9,31	4,30	9,32	5,87	37,05
P. ASTURIAS	--	--	--	--	1,78	2,71	3,61	4,56	7,35	9,46	9,85	8,44	48,92
BALEARES	--	--	2,93	4,34	22,84	28,64	26,81	38,49	42,69	49,75	41,40	45,64	307,83
CANARIAS	--	--	0,70	2,75	6,82	13,57	15,36	20,82	20,58	22,91	31,50	24,48	159,18
CANTABRIA	--	--	1,90	--	1,90	3,08	9,53	2,04	7,61	9,53	13,62	9,43	59,20
CASTILLA Y LEÓN	--	--	--	--	1,56	1,18	1,96	2,73	3,59	2,39	6,6	3,14	22,62
CASTILLA-LA MANCHA	--	--	--	--	1,81	3,02	3,09	4,23	3,06	4,84	1,21	4,17	25,98
CATALUÑA*	0,65	2,30	6,27	11,56	21,45	35,50	36,14	40,78	39,67	34,35	32,31	259,31	
CEUTA	--	--	--	--	--	--	--	--	--	14,70	--	--	14,96
EXTREMADURA	--	--	--	--	--	0,93	--	1,12	2,47	1,50	0,97	1,80	13,93
GALICIA	--	0,70	0,36	0,36	2,88	4,32	6,88	8,80	8,57	7,07	6,34	46,35	
C.A.MADRID**	0,82	1,86	4,73	11,70	16,11	25,99	25,17	34,31	41,81	44,16	36,17	247,02	
MELILLA	--	--	--	--	--	--	--	--	--	16,96	32,46	--	54,21
R.MURCIA	--	--	0,99	1,00	3,92	5,84	7,74	14,41	11,48	17,99	11,32	11,96	87,01
C.F.NAVARRA	--	--	--	--	1,92	1,93	--	7,74	3,89	9,62	7,88	11,58	46,53
LA RIOJA	--	--	--	--	--	--	6,82	--	9,23	5,74	1,26	0,36	30,11

C.VALENCIANA	26,64	0,26	1,05	3,16	4,70	9,83	9,01	14,02	14,11	15,53	7,29	79,85
C.VASCA	--	9,32	--	1,87	4,72	4,28	6,68	6,64	8,64	12,00	9,17	55,24
ESPAÑA***	0,28	0,60	2,17	5,36	8,61	13,08	14,89	17,44	20,62	18,89	15,73	117,64

* 0,4 en 1981 y 0,5 en 1983; **0,2 en 1982 y 0,63 en 1983; ***0,05 en 1981, 0,025 en 1982 y 0,11 en 1983

Fuente: Elaboración propia basada en REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA(Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid) VIGILANCIA DEL SIDA EN ESPAÑA. Informe trimestral nº 1/1995

FIGURA 7 (27)

CRITERIOS DE INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS EN WB

ORGANIZACIÓN	CRITERIO MÍNIMO DE POSITIVIDAD
Cruz Roja Americana	Una banda de cada uno de los tres productos génicos gag, pol, env.
ASTPHLD/CDC*	Dos bandas de entre éstas p24, gp41, gp120/160.
CESR**	p24 ó p31 y gp41 ó gp120/160.
Laboratorio Du Pont	p24 y p31 y gp41 ó gp120/160.

(*) Asociación de los Directores de los Laboratorios de Salud Pública Estatal y Territorial/Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades.

(**) Consorcio para la Estandarización de la Serología de Retrovirus.

FIGURA 8 (33)

LUGARES DE ACCIÓN DE LOS AGENTES ANTIRRETROVIRALES
EN EL CICLO REPLICATIVO DEL VIH.

Lugar de acción	Observaciones
<u>Absorción y penetración.</u>	
AL721	Actividad limitada No beneficio clínico
Péptido T.	Actividad contradictoria
Sulfato dextrano	Inhibe la unión del virus y la formación de sincitios. Pobre absorción oral.
CD 4 soluble recombinante	Unión con células infectadas o no. Sinergia con Zidovudina.
Otros ? (ejem. Anfotericina B, metil-ester. Gossypol)	Poco desarrollada su investigación.
<u>Transcripción inversa.</u>	
Fosfonoformato (Foscarnet)	Inhibe la transcriptasa inversa; Sinergia con zidovudina. Nefrotoxicidad.
Análogos de 2° y 3°- dideoxinucléosidos, (Zidovudina, ddC, ddI, d4T, otros)	Inhibe la transcriptasa inversa en el final de la cadena. Beneficio clínico comprobado en la mayoría de ellos.
No nucleósidos; TIBO derivados, Nevirapina, Drogas L y BHAP	Inhiben la transcriptasa inversa. No actividad frente al VIH-2. Rápido desarrollo de resistencias.
<u>Transactivación y transcripción.</u>	
<u>Inhibidores del "tat"</u>	Poco desarrollo de la investigación clínica.
Oligómeros RNA anti-sentido	Dificultad en su obtención. No experiencia clínica.
<u>Postranscripción y traducción.</u>	
Ribavirina	? Inhibe la unión 5° del RNA mensajero. No beneficio clínico.
Catanospermina	Inhibe glicosilación de proteínas virales y la formación de sincitios en células CD4-positivas; sinergia con zidovudina. Poco desarrollo en investigación clínica.
N-butil-deoxinojirimicina (SC 48334)	Inhibe la escisión de glicosidasas. Poco desarrollo en la investigación clínica.
GLQ 223 (tricosantina)	Inhibe la traducción. Actúa sobre el linfocito T y el sistema monocito macrófago. Poco desarrollo en la investigación clínica.
Inhibidores proteasa	Inhibe la proteasa específica requerida para procesamiento de productos genéticos. Problemas de biodisponibilidad en los derivados de los péptidos.
<u>Embalaje y liberación.</u>	
	Interferones Estudios en desarrollo muy avanzados en combinaciones terapéuticas. Sinergismo de alfa-interferón con zidovudina, dideoxicidina, fosfanoformato. No eficaz en monoterapia.
<u>Otros o dudosos.</u>	
Modificadores de respuesta biológica	Ensayos futuros en combinación con antirretrovirales.

FIGURA 9 (33).

INTERACCIONES SINÉRGICAS (0) O ANTAGÓNICAS (-) ENTRE DIFERENTES
ANTIVIRALES EN SU ACCIÓN FRENTE AL VIH.

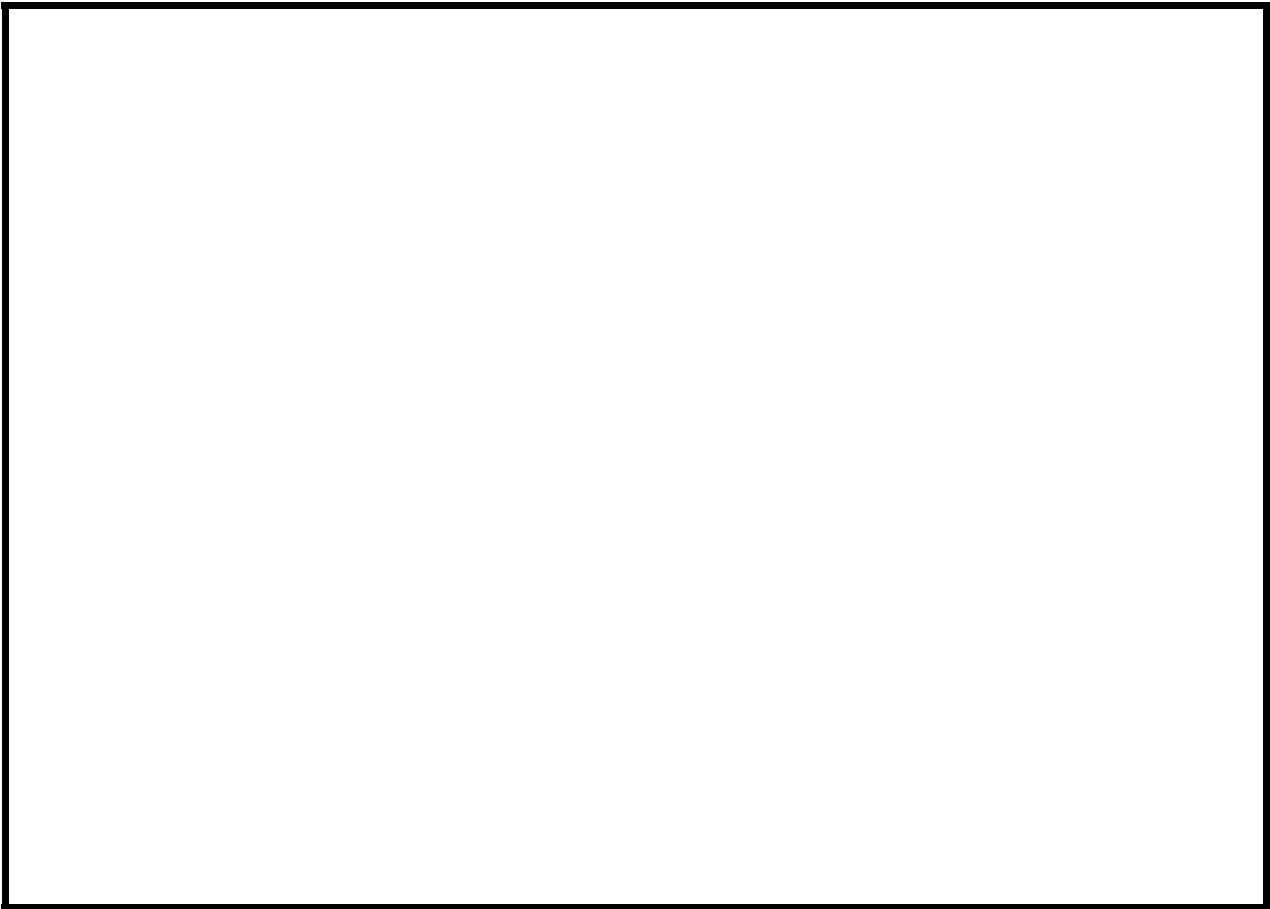


FIGURA 10 (36)

ATENCIÓN A LA PERSONA INFECTADA POR VIH

PERSONA CON PRÁCTICAS DE RIESGO

FIGURA 11 (27)

RECOMENDACIONES PARA LA SELECCIÓN Y USO DE LAS PRUEBAS PARA ANTICUERPOS CONTRA VIH DE LA OMS.

La OMS recomienda tres estrategias para realizar las pruebas. Con ello busca aumentar al máximo la validez de la prueba y reducir al mínimo su costo. La estrategia más apropiada depende del objetivo de la prueba y de la prevalencia del VIH en la población.

Objetivo de la prueba	Prevalencia de la infección	Estrategia
Transfusión inocua Donación inocua	Cualquier prevalencia	I
Vigilancia	10 %	I
	10 %	II
Diagnóstico: Signos Clínicos Síntomas de infección por VIH SIDA	Cualquier prevalencia	II
Asintomático	10 %	II
	10 %	III

Estrategia I Todas las muestras son analizadas con un ELISA o una prueba rápida simple. Los sueros reactivos se consideran positivos a los anticuerpos contra el VIH. Un suero no reactivo se considera negativo a los anticuerpos contra el VIH.

Estrategia II Todas las muestras son analizadas con un ELISA o una prueba rápida simple. Cualquier muestra reactiva es analizada de nuevo con un ELISA o prueba rápida simple basadas en un principio diferente o una preparación con un antígeno diferente. Los sueros reactivos con ambas pruebas se consideran positivos a los anticuerpos contra el VIH. Los sueros no reactivos a la primera prueba se consideran negativos a los anticuerpos contra el VIH. Cualquier suero reactivo en la primera prueba pero no reactivo en la segunda se considera también negativo.

Estrategia III Primero todas las muestras se analizan con un ELISA o una prueba rápida simple. Cualquier muestra reactiva se vuelve a analizar con una prueba diferente. Las muestras reactivas con la segunda prueba se vuelven a analizar con una prueba diferente. Las tres pruebas de esta estrategia están basadas en un principio diferente o un antígeno diferente. Los sueros no reactivos en la primera prueba se consideran negativos a los anticuerpos contra el VIH, también se consideran negativos los sueros reactivos en la primera prueba pero no en la segunda. Los sueros reactivos en la primera y segunda pruebas pero no reactivos en la tercera prueba se consideran “indeterminados”.

FIGURA 12 (2)
PARTIDAS ESPECIFICADAS PARA SIDA/RETROVIRUS EN PRESUPUESTOS GENERALES DEL ESTADO (PGE) 1987-1993

PGE (en miles de ptas.)	1988 (incrementos)*	1990 (incrementos)*	1992 (incrementos)*	1993 (incrementos)*
AI INSALUD (Servicios no transferidos*** y transferidos)	1.317.804 (+57%)	459.360 + 440.640 (-32%)	408.000 (-11%)	715.674** (+75%)
A CC.AA	64.300	94.000 (46%)	150.000 (+60%)	328.517 (+119%)
A Instituciones Benéfico-privadas	45.000	90.000 (+100%)	125.000 (+39%)	123.750 (-1%)
A Instituciones hospitalarias y extrahospitalarias	90.000	50.000 (-44%)	90.000 (+80%)	
Para intervención Preventiva	116.000	150.000 (+29%)	150.000 (0%)	148.500 (-1%)
AI ISCIII (Anti VIH)		334.000	300.000 (-10%)	297.000 (-1%)
AI ISCIII (Biología Celular y Retrovirus)		66.600	57.226 (-14%)	37.680 (-34%)

TOTAL	1.633.104 (+94%)	1.684.600 (+3%)	1.280.226 (-24%)	1.651.121 (+29%)
-------	---------------------	--------------------	---------------------	---------------------

* Sobre el año precedente consignado

** Incluye también otras enfermedades prevalentes (servicios no transferidos)

*** En 1987 840.885

FIGURA 13 (2,65-70)

GASTO (en pesetas) REALIZADO EN ESPAÑA POR LA ADMINISTRACIÓN CENTRAL DEL ESTADO Y LAS DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS (CCAA) EN EL PROBLEMA DE LAS DROGAS.

CCAA	1993	1992	1991	1990	1989	1988	1987	1986
ANDALUCÍA	2.582.597.182	2.549.042.935	2.181.301.000	1.510.866.846	938.498.078	691.909.968	626.037.000	331.578.199
ARAGÓN	331.500.000	425.075.025	255.351.900	169.793.274	138.663.300	116.779.918	44.439.689	80.820.000
P.ASTURIAS	583.935.506	501.216.616	321.365.000	262.334.593	146.269.933	70.506.379	109.085.800	82.900.000
BALEARES	445.000.000	301.000.000	440.000.000	190.475.000	258.093.582	172.500.000	88.766.389	82.816.219
CANARIAS	1.195.909.000	756.519.588	494.743.000	780.668.000	248.400.000	172.600.000	197.222.027	174.597.347
CANTABRIA	251.895.036	277.086.624	263.172.820	183.429.922	173.111.467	208.359.706	51.157.500	48.379.500
CASTILLA Y LEÓN	525.528.272*	461.820.000*	283.345.745*	231.849.160	169.928.000	164.332.541	216.626.900	198.907.943
CASTILLA- LA MANCHA	386.658.730	314.733.009	150.726.730	192.462.959	93.770.224	138.804.756	60.430.361	121.609.219
CATALUÑA	2.075.394.992	1.592.465.000	1.221.179.000	1.025.700.000	994.359.000	902.829.000	810.200.000	416.000.000
CEUTA	45.847.109	39.673.000	32.060.000	--	--	--	--	--
EXTREMADURA	621.042.543	415.530.000	212.000.000	171.350.000	133.000.000	82.208.000	104.753.000	62.750.000
GALICIA	991.746.014	852.730.000	546.807.700	417.293.000	370.373.338	217.150.627	214.500.000	199.930.000
MADRID	1.769.846.000	1.592.478.000	1.251.116.000	1.243.853.589	822.004.000	651.066.000	436.246.306	375.659.500
MELILLA	14.850.000	9.635.000	--	--	--	--	--	--
R.MURCIA	340.529.000	302.040.000	266.287.000	155.664.536	131.385.000	110.295.000	54.779.000	102.000.000
NAVARRA	364.508.864	350.727.454	318.444.000	283.841.120	236.781.736	221.494.656	146.911.049	138.145.015
LA RIOJA	93.506.000	83.420.998	69.629.531**	59.568.731	47.650.000	35.320.000	41.324.908	42.387.974
C.VALENCIANA	853.686.000****	2.471.000.000****	2.103.000.000	1.201.525.838	741.682.356	458.997.200	326.528.333	182.555.000
C.VASCA	3.987.695.349	2.775.884.452	4.343.180.613	4.292.815.966	3.854.400.000	2.427.200.000	1.597.000.000	1.151.600.000

ESPAÑA 23.484.000.000 22.274.000.000 17.406.000.000 15.415.000.000 12.312.000.000 9.204.000.000 7.699.000.000 5.840.000.000

ESPAÑA= Administración Central + Transferencias de la Administración Central del Estado a CCAA + CCAA

*No incluye presupuestos de Servicios Normalizados

**** Solo incluye D.G. Atención y Prevención de las Drogodependencias

*** 435.000.000 D.G. Atención y Prevención de las Drogodependencias + 2.036.000.000 Presupuesto estimado de las aportaciones de otros Departamentos y administraciones Públicas.

** + 4.800.000 Ministerio de Educación y Ciencia (para prevención) + 3.200.000 Subvención del Ministerio de Asuntos Sociales para Programa de Cruz Roja con Reclusos.

Fuente: Elaboración propia basada en las MEMORIAS anuales del PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS 1986-1993.

FIGURA 14 (2,65-70)

GASTO (en pesetas) REALIZADO POR LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS (CCAA) EN PREVENCIÓN DEL PROBLEMA DE LAS DROGAS.

CCAA	1993	1992	1991	1990	1989	1988	1987	1986
ANDALUCÍA	169.743.239	196.268.382	90.403.000	172.219.384	99.080.000	96.118.968	76.680.000	37.628.193
ARAGÓN	46.300.000	63.000.000	22.000.000	17.550.387	12.830.000	9.803.521	907.600	1.100.000
P.ASTURIAS	58.329.026	42.405.600	15.200.000	21.675.438	22.733.832	9.456.368	18.825.800	24.400.000
BALEARES	40.000.000	15.000.000	90.000.000	30.000.000	40.700.000	28.500.000	27.162.000	450.000
CANARIAS	23.393.583	17.676.860	40.975.000	133.401.835	9.424.923	35.000.000	48.804.605	23.359.845
CANTABRIA	14.245.549	13.476.620	13.276.730	13.749.906	17.072.627	8.065.792	6.850.000	13.257.500
CASTILLA Y LEÓN	49.202.810	36.783.000	23.891.835	19.353.160	17.108.070	28.585.000	74.518.035	45.317.860
CASTILLA- LA MANCHA	113.456.001	62.732.481	33.221.128	19.781.980	18.061.818	15.569.160	21.044.665	20.000.000
CATALUÑA	203.335.000	204.981.000	223.330.000	155.000.000	98.000.000	51.200.000	90.000.000	42.700.000
CEUTA	5.609.558	5.438.000	5.098.000	--	--	--	--	--
EXTREMADURA	198.112.571	193.900.000	63.812.000	48.500.000	29.525.000	17.550.000	22.850.000	4.500.000
GALICIA	178.230.913	180.254.536	153.246.400	92.893.000	22.615.860	21.496.554	11.000.000	11.167.000
MADRID	188.326.000	191.218.000	161.411.000	171.977.000	117.879.000	8.365.692	10.656.650	6.000.000
MELILLA	4.080.000	2.590.000	--	--	--	--	--	--
R.MURCIA	49.018.000	31.375.000	23.869.000	17.251.088	4.870.000	440.000	3.909.750	13.629.072
NAVARRA	73.360.000	63.360.000	60.000.000	19.931.485	23.449.131	28.058.301	17.294.725	113.629.072
LA RIOJA	5.500.000	4.000.000	3.000.000	3.750.000	4.500.000	3.600.000	16.234.000	18.927.035
C.VALENCIANA	103.361.000	245.000.000	97.500.000	34.518.822	21.307.915	13.914.200	18.544.362	4.657.000
C.VASCA	1.645.607.813	744.133.296	2.444.507.841	2.736.750.284	2.156.200.000	1.112.600.000	261.000.000	252.300.000

Fuente: Elaboración propia basada en las MEMORIAS anuales del PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS 1986-1993.

FIGURA 15(2,65-70)

COCIENTE CORRESPONDIENTE AL GASTO REALIZADO EN ESPAÑA POR LA ADMINISTRACIÓN CENTRAL DEL ESTADO Y LAS DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS (CCAA) EN EL PROBLEMA DE LAS DROGAS, EN RELACIÓN A LAS TASAS DE CASOS DE SIDA POR MILLÓN DE HABITANTES Y FECHAS DE DIAGNÓSTICO INDICADO DE CASO, ASOCIADOS A USO DE DROGAS INYECTABLES, A FECHA DE ACTUALIZACIÓN 95.03.31

CCAA	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
ANDALUCÍA	138,12	62,42	37,05	27,41	34,61	49,60	41,11	36,18
ARAGÓN	19,93	2,50	6,59	6,03	4,27	4,50	11,49	7,38
P.ASTURIAS	18,71	15,24	5,13	4,24	5,83	7,74	11,00	11,04
BALEARES	8,18	4,74	4,81	3,93	2,51	6,18	2,89	4,27
CANARIAS	256,61	96,66	25,49	19,79	52,92	36,08	35,08	55,64
CANTABRIA	**	4,45	5,75	3,72	2,84	3,73	6,07	3,43
CASTILLA-LEÓN	127,50	29,11	12,31	8,14	7,00	7,58	12,28	11,98
CASTILLA-LA MANCHA	101,33	16,91	8,86	4,74	8,97	7,26	9,96	10,34
CATALUÑA	42,71	31,62	14,99	12,42	10,87	12,29	15,56	21,19
CEUTA	****	****	****	****	***	**	1,00	3,11
EXTREMADURA	69,90	275,52	4,56	4,90	6,30	7,79	13,56	14,17
GALICIA	32,87	22,99	8,86	10,04	8,35	8,46	13,43	17,52
C.A. MADRID	20,07	13,04	8,29	7,67	10,44	8,45	9,42	10,91
MELILLA	***	****	****	****	***	****	0,18	0,43
R. MURCIA	**	7,97	11,26	9,01	7,75	7,53	6,05	7,10
C.F. NAVARRA	36,34	7,60	5,72	8,86	4,07	4,45	0,18	0,43
LA RIOJA	5,47	5,38	0,76	2,46	0,65	0,91	1,38	1,38
C. VALENCIANA	38,42	22,96	12,90	21,16	22,04	38,09	42,75	15,22
C. VASCA	72,38	51,67	35,84	55,66	39,68	31,44	19,12	25,77
ESPAÑA	861,35	469,45	243,25	239,67	242,67	241,78	286,07	288,32

* A diferencia de los años anteriores, sólo incluye DG Atención y Prevención de las Drogodependencias.

** Asignación presupuestaria específica, ningún caso diagnosticado en esa fecha.

*** No asignación presupuestaria específica, ningún caso diagnosticado en esa fecha.

**** No asignación presupuestaria específica, casos diagnosticados en esa fecha.

Fuente: Elaboración propia basada en las MEMORIAS anuales del PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS 1986-1993 y REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA (Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid). VIGILANCIA DEL SIDA EN ESPAÑA. Informe trimestral nº 1

BIBLIOGRAFÍA.

1.-

Registro Nacional de Casos de Sida. Centro Nacional de Epidemiología (Instituto de Salud Carlos III). Vigilancia del Sida en España. Situación a 31 de Marzo de 1.995. Informe Trimestral 1/95.

- 2.- De Andrés R. Epidemiología del VIH/SIDA. Los usuarios de drogas en España. Aspectos Contextuales. Adicciones 1.995; 7(3): 277-298.
- 3.- Ancelle-Park R.M., on behalf of the EC PMG on AIDS Epidemiology. European AIDS Definition. The Lancet 1.992; 339: 671.
- 4.- Tello O., Catilla J., De Andrés R., Nájera R. (Editorial y revisión). Definiciones de caso de Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida. Pub. Of. SEISIDA 1.994; 5(2): 57-70.
- 5.- Registro Nacional de Casos de SIDA. (Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III.). Nueva Definición de Caso de SIDA para Vigilancia Epidemiológica. BEM 1993; 1(5): 81-82.
- 6.- WHO/EC Collaborating Centre on AIDS Surveillance in Europe. Update at 31 December 1994. Quarterly Report 1994; 44.
- 7.- Seydel J., Kramen A., Rosember P., Wittkowsky K.M., Gail M.H. Backcalculation of the number infected with Human Immunodeficiency Virus in Germany. J AIDS 1994; 7: 74-78.
- 8.- Tempesta E., Di Giantonio M., Weiser A., Gasalegro P., Rezza G., Psychologie et comportements dans le contexte du SIDA. Retrovirus 1989; TII: 15-22.
- 9.- Myers E., Cockerill R., Millson P., Rankin J., Worthington C. Canadian Community Pharmacies HIV/AIDS Prevention and Health Promotion: Result of National Survey. Canadian Public Health Association. Ottawa, 1995.
- 10.- Bravo M.J., Delgado Rodríguez M., De la Fuente L., Lardelli P., Barrio G., López R. Sharing injecting equipment and sexual behaviour in ambulatory intravenous drug user. A. National Survey. International Journal of Addiction 1994; 29(4): 1.893-1.907.
- 11.- De la Fuente L., Barrio G., Vicente J., Bravo M.J., Santacreu J. The impact of drug related deaths on mortality among young adults in Madrid, Am J. Public Health 1995; 85: 102-105.
- 12.- De Andrés M., Rodés A. La atención a los consumidores de drogas que no siguen tratamiento. JANO. 1995; XLIX (1.140): 96-102.
- 13.- Delgado-Rodríguez M., De la Fuente L., Bravo M.J., Lardelli P., Barrio G., IV drug users: changes in risk behaviour according to HIV status in a national survey in Spain. J. Epidemiology Community Health 1994; 48: 459-463.
- 14.- Barrio G., De la Fuente L., Cami J. El consumo de drogas en España y su posición en el contexto europeo. Med. Clin. (Barc) 1993; 101(9): 344-355.
- 15.- De la Fuente L, Barrio G., Vicente J., Barvo M.J., Lardelli P., Intravenous administration among heroin users having treatment in Spain. International Journal of Epidemiology 1994; 23(4): 805-811.
- 16.- Sánchez J., Rodríguez B., De la Fuente L., Barrio G., Vicente J., Roca J., Royuela L., Opiates or cocaine: mortality from acute reactions in six major Spanish cities. The State information Service on Drug Abuse (SEIT) Working Group. J. Epidem. Comm. Health 1995; 49 (1): 54-60.
- 17.- Gamella J.F., The spread of intravenous drug use and AIDS in neighborhood in Spain. Medical Anthropology. Quarterly 1994; 8(2): 131-160.
- 18.- Lardelli P., De la Fuente L., López R., Alonso J.M., Bravo M.J., Delgado-Rodríguez M. Geographical Variations in the Prevalence of HIV infection among Drug User Receiving International Journal Ambulatory treatment of Epidemiology 1993; 22(2): 306-314.

- 19.- CDC. Guidelines for prophylaxis against *Pneumocystis carinii* Pneumonia for persons infected with Human Immunodeficiency Virus. MMWR 1989; 38(nº S-5).
- 20.- CDC. Revised guidelines for prophylaxis against *Pneumocystis Carinii* pneumonia for children infected with or perinatally exposed to human Immunodeficiency Virus. MMWR 1995; 44 (nº RR-4of April 28).
- 21.- Miró Meda J.M., Buirá E., Gatell J.M., et al. Cambio en el aspecto Clínico. III Congreso Nacional sobre SIDA. Sesión Plenaria nº 2. Actualización en el manejo del Paciente. La Coruña, 7-10 de Marzo. (P.O. SEISIDA 1995; 6(5): 366-368).
- 22.- CDC. Revision of the CDC Surveillance Case Definition for Acquired Immunodeficiency Syndrome 1987; 36(1 S): 3-15.
- 23.- WHO. Acquired Immunodeficiency Syndrome 1987 Revision of WHO/CDC Case Definition for AIDS. Wkly Epidem Rec 1988; 63(1/2): 1-7.
- 24.- Registro Nacional de Casos de SIDA. (Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III). Vigilancia del SIDA en España. BES 1987; 1.788.
- 25.- Miró Meda J.M., Tendencias actuales sobre el manejo de infecciones en drogadictos. III Congreso Nacional sobre el SIDA. Mesa Redonda nº 4: Patologías de difícil manejo. La Coruña, 7-10 Marzo 1995. (P.O. SEISIDA 1995; 6(5): 371).
- 26.- Verdejo Ortés J. Prevención de Infecciones Oportunistas. III Congreso Nacional sobre el SIDA. Sesión Plenaria nº 3. Actualizaciones en el manejo del paciente. La Coruña, 7-10 de Marzo 1995 (P.O. SEISIDA 1995; 6(3): 159).
- 27.- Pérez L., Contreras G., Medrano L., Herrera M.J., Cuevas L., Nájera R. Diagnóstico de la infección por VIH. En: Nájera R., Gonzalez Lahoz J.M., (eds). Curso de Formación Médica Continuada sobre la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. POS/OMS y SEISIDA. Washington, DC, 1995.
- 28.- Nájera R., Nájera I., De Andrés R., Medrano L., Pérez L., Contreras G. (editorial). Epidemiología Molecular de VIH. A la memoria de Enrique Nájera. Pub. Of. SEISIDA 1995; 6(1): 9-15.
- 29.- Moss A., Bachetti P. Natural History of HIV Infection. AIDS 1989; 3: 55-61.
- 30.- Shafer R.W., Aguiniga E., Merigan T.C. Quantitative analysis of syncytium inducing and non syncytium inducing virus in patients infected with Human Immunodeficiency Virus type 1. J. Clin Microbiol 1995; 33: 212-214.
- 31.- Wolinsky S.M., Rinaldo C.R., Kwok S., et al. Human Immunodeficiency Virus Tipe 1 (HIV-1) infection. A median of 18 months before a diagnostic Western Blot. Evidence from a cohort of homosexual men. Ann Intern Med. 1989; 111: 961-972.
- 32.- Nájera R. (editorial). Infecciones Silentes. P.O. SEISIDA 1990; 1(1): 13-15.
- 33.- González Lahoz J.M., Soriano V. Tratamiento antiviral de la infección por VIH. En: Nájera R., González Lahoz J.M. (eds). Curso de formación médica continuada sobre la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. 3ª ed. POS/OMS y SEISIDA. Washington, D.C., 1995.
- 34.- Nájera I., Richmann D.D., Olivares I., et al. Natural occurrence of Drug resistance mutations in the reverse transcriptase of Human Immunodeficiency Virus Type 1 isolates. AIDS Res. Human Retrov. 1994; 10: 1479-1487.
- 35.- Nájera I., Holguin A., Quiñones-Mateu M., et al. "The pol" gene quasispecies of Human Immunodeficiency Virus. Mutations associated with drug resistance in virus from patients undergoing

- no drug therapy. *J. Virol* 1995; 69: 23-31.
- 36.- González Lahoz J.M., Soriano V. Clínica. En: Nájera R., González Lahoz J.M., (eds). Curso de formación médica continuada sobre la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. 3ª edición. OPS/OMS y SEISIDA, Washington, D.C., 1995.
 - 37.- Vella S., Giuliano M., Florida M., et al. Effect of sex, age and transmission category on the progression to AIDS and survival of zidovudine-treated symptomatic patients: *AIDS* 1995; 9: 51-56.
 - 38.- Pedersen C., Lindhardt B., Jensen B., et al. Clinical course of primary HIV infection. Consequences for subsequent course of HIV infection. *Br Med J.* 1989; 299: 154-157.
 - 39.- Goedert J., Kessler C., Aledort L., et al. A prospective study of HIV infection and the development of AIDS in subjects with hemophilia. *N. Eng. J. Med.* 1989; 321: 1141-1148.
 - 40.- Melnick S.L., Sherer R., Louis T.A., et al. Survival and Disease progression according to gender of patients with HIV infection. *JAMA* 1994; 272: 1.915-1.921.
 - 41.- Prats A., La incógnita científica de los enfermos seropositivos al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH-1). La larga supervivencia. *JANO* 1995; XLVIII (1116): 787-788.
 - 42.- Ho D.D., Neumann A.U., Perelson A.D., et al. Rapid turnover of plasma virions and CD-4 lymphocytes in HIV-1 infection. *Nature* 1995; 373: 123-126.
 - 43.- Ho D., Rapid turnover of Plasma HIV and CD4 Lymphocytes in vivo. III Congreso Nacional sobre el SIDA. Sesión de Clausura. La Coruña, 7-10 Marzo 1995. (P.O. SEISIDA 1995; 6(3): 173-174).
 - 44.- Cao Y., Quin L., Zhang L., et al. Virologic and Immunologic characterization of long-term survivor of Human Immunodeficiency Virus tipe 1. *N. Eng J. Med.* 1995; 332: 201-208.
 - 45.- Pantaleo G., Menzo S., Vacarezza M., et al. Studies in Subjects with long-term non progressive Human Immunodeficiency Virus infection. *N. Engl J. Med.* 1995; 332: 209-216.
 - 46.- Kirchoff, Greenough T.C., et al. Brief Report: absence of intact "nef" sequences in a long-term survivor with non progressive HIV-1 infection *N. Eng J. Med* 1995: 228.
 - 47.- Yu X., Mc. Lane M.F., Rather L., et al. Killing of Primary CD-4 cells by non syncytium inducing macrophage tropic Human Immunodeficiency Virus tipe 1. *Proc Natl Acad Sci* 1994; 91: 10.237-10.245.
 - 48.- Wei X., Ghosh S.K., Taylor M.E., et al. Viral dynamics in Human Immunodeficiency Virus Type 1 infection. *Nature* 1995; 373: 117-122.
 - 49.- Sanchis C., Coene D. (eds.). *Vivir y convivir con VIH/SIDA. Manual de autocuidados.* IVESP., Valencia, 1995.
 - 50.- Sánchez Caro J., Jiménez Cabezón R. *Derecho y SIDA.* Ed. MAPFRE, Madrid, 1995.
 - 51.- De Andrés R., Nájera R. (editorial). Disposiciones a cerca de las donaciones de sangre, hemoderivados, semen y órganos en relación con el control del VIH. *Pub. Of. SEISIDA* 1994; 5(6): 339-350.
 - 52.- Conde Pumpido C. (revisión). Discriminación y enfermedad: el enfoque humanista en la lucha contra el SIDA. *Pub. Of. SEISIDA* 1992; 3(7): 327-339.
 - 53.- Conde Pumpido C. (revisión). El contagio en el Proyecto de Código Penal. *Pub. Of. SEISIDA* 1995; 6(1): 25-26.

- 54.- Vidal Martínez J. Derecho y SIDA. Persona, Responsabilidad y Tutela. Revista General de Derecho 1995; 607: 3.601-3.610.
- 55.- Fitch K.M., Pérez L., De Andrés R., Nájera R. Occupational transmission of HIV in health Care workers. A review. Eur J. Pub Health 1995; 5: 175-186.
- 56.- De Andrés R., Nájera R. Seroconversiones tras exposición ocupacional en Europa. JANO 1995. XILX (1.135): 175-178.
- 57.- De Andrés R., Nájera R. (editorial y revisión). Seroconversiones a VIH-1 y a otros retrovirus tras exposición ocupacional en personal sanitario. Aspectos anexos y problemas relacionados. Pub Of. SEISIDA 1995; 6(8): 527-541.
- 58.- De Andrés R., Nájera R. Accidentes. En Nájera R., González Lahoz (eds). Curso de formación médica continuada sobre la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. 3ª ed. OPS/OMS. Washington, DC. 1995.
- 59.- Nájera R. (editorial). SIDA, Tendencias y Discriminación. Pub Of. SEISIDA 1991; 2(6): 241-244.
- 60.- Solla Reche E. Algunos problemas relativos al derecho a la intimidad del paciente. Derecho y Salud 1995; 3(1): 77-88.
- 61.- Alventosa del Río J., SIDA y Derecho al Trabajo y a la Educación. Revista General de Derecho, 1995; 607: 3.611-3.628.
- 62.- De Andrés R. (revisión). Planes para el VIH/SIDA en España, Europa y el resto del mundo. Pub. Of. SEISIDA 1991; 2(1): 17-25.
- 63.- De Andrés R. Panorámica Internacional del SIDA. En: Cruz Roja Española (Ed.) SIDA. Sociedad y Derechos Humanos. Cruz Roja Española. Madrid 1992.
- 64.- De Andrés R. Planes para VIH/SIDA en España, Europa y el resto del Mundo. En: Usieto R., De Andrés R., Cuberta R. (eds). SIDA transmisión heterosexual. CESA. Madrid, 1993.
- 65.- Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1986. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1987.
- 66.- Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1988. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1989.
- 67.- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1989. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1990.
- 68.- Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1990. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1991.
- 69.- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1991. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1992.
- 70.- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1992. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1993.
- 71.- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1993. Ministerio de Justicia e Interior. Madrid, 1994.