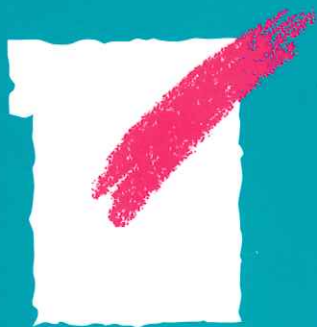




**Pautas de actuación ante problemas  
de salud relacionados con el  
consumo de drogas por vía parenteral**



---

**PLAN NACIONAL  
SOBRE DROGAS**

---



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Delegación del Gobierno para el  
Plan Nacional Sobre Drogas

---

Equipo de trabajo de la 2ª edición de "Pautas de Actuación ante Problemas de Salud Relacionados con el Consumo de Drogas por Vía Parenteral".

#### Revisores

- María José Bravo Portela (Dirección Técnica)  
*Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid*
- Josep M. Miró Meda  
*Hospital Clinic i Provincial. Barcelona*
- Roberto Muga Bustamante  
*Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona*

#### Asesores

- Gregorio Barrio Anta, *Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid*
- Angela Bolea Laguarda, *Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Madrid*
- Joan Caylá Buqueras, *Instituto Municipal de la Salud. Barcelona*
- Ramón Carreras Collado, *Hospital del Mar. Barcelona*
- Juan Donadeu Fernández-Covieira, *Servicio de Prevención y Protección de la Salud. Consejería de Salud. Madrid*
- Enric Garrell i Homs, *CAS. Programa de Mantenimiento con Metadona de la Barceloneta. Barcelona*
- Susana Heras Dolader, *Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas*
- J. M. Jansá-López del Vallado, *Instit. Municipal de la Salud. Barcelona*
- Antonio Mur Sierra, *Hospital del Mar. Barcelona*
- Luis San Molina, *Hospital del Mar. Barcelona*
- Vicente Soriano Vázquez, *Centro de Investigaciones Clínicas. Madrid*
- Marta Torrens Melich, *Hospital del Mar. Barcelona*

#### Agradecimientos

- C. Fortuny, *Hospital del Mar. Barcelona*
- H. Galdós Tangüis, *Instituto Municipal de la Salud. Barcelona*
- J. A. Lacoste, *Psicólogo clínico*
- A. Marcos Mourinho, *Centro Penitenciario de Hombres de Barcelona*
- P. de March Ayuela, *Comité de TBC de Cataluña*
- C. Mariscal de Gane, *Instituto Nacional de Toxicología de Madrid*
- J. M. Pina Gutierrez, *Programa de TBC del área Centro. Barcelona*
- J. Ruiz Manzano, *Hospital de Badalona*
- J. Sauret Vallet, *Hospital de St. Pau. Barcelona*
- R. Vidal Pla, *Hospital Valle d'Hebrón. Barcelona*

#### Tratamiento de Textos

- Mercedes Alonso Rodríguez, *Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.*
- Julia Alonso Callejo, *Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.*

Primera edición 1989.

Segunda edición 1993 (edición revisada y ampliada)



Edita:

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Secretaría General Técnica

Paseo del Prado, 18-20. 28014 Madrid

Imprime: MARÍN ÁLVAREZ HNOS.

NIPO: 351-93-021-7

ISBN: 84-7670-367-8

Dep. Legal: M-27955-1993

#### Advertencia:

Algunos temas de los que se abordan en la presente publicación están sometidos a constante revisión.

Los autores se han esforzado en proporcionar las indicaciones y dosis correctas a la luz de la literatura más reciente.

Sin embargo, hay que advertir a los lectores que deben consultar las recomendaciones y las informaciones que, periódicamente, van proporcionando las autoridades sanitarias y las que se extraen de la bibliografía internacional.

Cuando para el manejo de una determinada situación haya más de una opción admitida, las recomendaciones de esta publicación representan exclusivamente las preferencias de los autores, sin que ello indique que otras opciones no puedan ser igualmente eficaces y recomendables.

**1** Reducción de los riesgos asociados al consumo de drogas por vía parenteral

**2** Demanda de atención de servicios de salud

**3** Demanda de atención en servicios de urgencias

**4** Infección por el virus de la hepatitis B, C y/o Delta. Evaluación, Prevención y Control

**5** Evaluación, seguimiento y control de un paciente infectado por el VIH

**6** Evaluación, seguimiento y control de la Tuberculosis

**7** Ingreso hospitalario por patología orgánica

**8** Embarazo

**9** Parto y puerperio

**10** Recién nacido

**11** Teléfonos de interés

## Presentacion

---

En el año 1989 fue publicada la primera edición de **“PAUTAS DE ACTUACION ANTE PROBLEMAS DE SALUD ASOCIADOS AL USO DE DROGAS POR VIA PARENTERAL”**; en ella se incluían protocolos e información clave sobre las patologías de mayor prevalencia entre la población de consumidores de drogas que utiliza esta vía de consumo. Esta nueva edición, actualizada, va a subsanar algunas carencias importantes del material publicado hace cuatro años; se trata de las dos nuevas fichas, que se incluyen en esta edición.

La gravedad de la epidemia de infección por VIH que ha afectado a poblaciones importantes de Usuarios de Drogas por Vía Parenteral (UDVP) en todo el mundo, ha obligado a reflexionar sobre la importancia de obtener objetivos parciales en el abordaje de los problemas derivados del consumo de drogas. En la historia natural del proceso de dependencia, existen momentos en que el toxicómano no se plantea el abandono del consumo; en estos casos, mantenerse alejado de patologías de tanta gravedad como el SIDA y la hepatitis B o C, pasa a ser el primero y más importante de los objetivos. Esta estrategia es abordada en sus planteamientos básicos en la nueva ficha **“Reducción de los Riesgos Asociados al Consumo de Drogas por Vía Parenteral”**

Por otra parte, en los últimos años, se ha observado una elevada probabilidad de desarrollar tuberculosis entre las personas que se encuentran infectadas simultáneamente por el VIH y *M. Tuberculosis*. Este hecho tiene un gran trascendencia desde el punto de vista de salud pública, sobre todo en nuestro país donde ambas infecciones son altamente prevalentes en el colectivo que nos ocupa. El adecuado **diagnóstico, seguimiento y control de la tuberculosis** en los pacientes UDVP colaborará a evitar consecuencias graves en la salud de toda la comunidad. En la ficha **“Evaluación, Seguimiento y Control de la Tuberculosis”** se incluyen algunas propuestas de actuación, así como información clave sobre este tema.

Esperamos que la introducción de estos dos nuevos temas, y la actualización de los que ya estaban presentes en la primera edición, ayuden a cumplir mejor el objetivo de esta publicación: poner al alcance de los profesionales de salud un material de consulta que les ayude a resolver aquellos problemas asociados al uso de drogas por vía parenteral, que con mayor frecuencia ven en sus consultas.

# Reducción de los riesgos asociados al consumo de drogas por vía parenteral

**“ Si no fuese posible abandonar del todo el consumo de drogas, se debería al menos tratar de reducir el daño que el toxicómano se hace a sí mismo y a su entorno”.**

**En los últimos años, en muchos países se ha reconocido la importancia de obtener objetivos parciales en el abordaje de las toxicomanías.**

**No todas las personas con problemas de abuso de sustancias psicoactivas son susceptibles del mismo abordaje terapéutico. Para algunas de ellas el primer y más importante objetivo es mantenerse en unos niveles de salud aceptables. Este es el principal fin que persigue la estrategia de REDUCCION DEL RIESGO.**

Además de los problemas de marginación social (desempleo, capacitación social insuficiente, prostitución...), en los consumidores de drogas son también frecuentes los problemas derivados de:

- las prácticas de riesgo asociadas al uso de la vía parenteral (uso compartido de material de inyección, utilización de agua contaminada...).
  - En España, más del 80% de los Usuarios de Drogas por Vía Parenteral ( UDVP) han sido infectados por el virus de la *Hepatitis B* y entre un 60-80% por el virus de la hepatitis C. La infección por el agente delta es también mucho más prevalente que en población general.
  - Según las distintas subpoblaciones estudiadas, en nuestro país entre el 40-80% de los UDVP presentan *serología positiva al VIH*.
  - *Hepatitis, Sida y otros procesos infecciosos, bacterianos y fúngicos* (candidiasis, endocarditis, osteomielitis, tuberculosis, pericarditis.....) de elevada prevalencia entre los UDVP *podrían evitarse* con el mantenimiento de unos adecuados hábitos higiénicos.
- la acción de la propia sustancia (dependencia, sobredosis...)

La dependencia de drogas es un proceso recurrente. Como parte de la historia natural del mismo el paciente pasa por distintos estadios evolutivos. Aunque el abandono del consumo es la opción más deseable, no siempre es la más realista. Para aquellos pacientes que no pueden todavía mantenerse abstinentes hay opciones que les ayudarán a **REDUCIR LOS RIESGOS** asociados al consumo y a mejorar su calidad de vida.

Con frecuencia pacientes UDVP acuden a su consulta por patología asociada al consumo de drogas. Son pacientes que acuden esporádicamente y que generalmente no demandan tratamiento para su dependencia. Recuerde que durante estos contactos **USTED PUEDE ACTUAR**:

• **Aconsejando y adiestrando sobre prácticas higiénicas que eviten los riesgos asociados a la adquisición y transmisión de enfermedades por vía parenteral.**

Es importante que le indique a su paciente que cualquiera de las siguientes opciones le permitirán conservar y mejorar su salud:

- **ABANDONAR LA VIA PARENTERAL.** La sustitución de la vía parenteral por la vía esnifada o fumada ayudará a eludir los riesgos de transmisión de ciertas infecciones y además el uso de estas vías se ha relacionado en menos ocasiones con las muertes por sobredosis. Señálele que también por esta vía se produce dependencia.
- **UTILIZAR SIEMPRE MATERIAL DE INYECCION ESTERIL.** En muchas ocasiones el consumo de drogas constituye para el toxicómano una “urgencia” que no le “permite” disponer de tiempo para comprar una jeringuilla nueva. Es útil aconsejarle que lleve siempre, por lo menos, una jeringuilla y aguja estéril y que no las preste nunca.
- **DESINFECTAR LA JERINGUILLA.** En ocasiones la única alternativa al uso de una jeringuilla y aguja previamente utilizada es su desinfección. Para aquéllas ocasiones en que es imposible conseguir una jeringuilla nueva se recomienda limpiarla con lejía casera (sin detergentes). Es fácil de conseguir y es eficaz frente al virus de la Hepatitis B y el VIH. *Indíquele que debe enjuagar previamente con agua el material que vaya a utilizar, cargar la jeringuilla con lejía y dejar que ésta actúe durante unos minutos; luego debe vaciarla y repetir la operación. Finalmente enjuagar con agua otras dos veces.*
- **NO COMPARTIR NUNCA EL MATERIAL DE INYECCION.** La transmisión de ciertas infecciones (VIH, VHB, VHC, agente delta...) no sólo se relaciona con el uso compartido de

## Reducción de los riesgos asociados al consumo de drogas por vía parenteral

agujas y jeringuillas, sino también con el de cucharas u otros utensilios donde se calienta la heroína, los filtros que se utilizan para eliminar impurezas y los disolventes (agua contaminada, saliva...). Debe insistirse en la importancia de no compartir ninguno de los utensilios que puedan haber estado en contacto con alguno de los agentes infecciosos.

### – **RECIBIR LA VACUNACION COMPLETA FRENTE A LA HEPATITIS B Y EL TETANOS.**

(ver fichas 2 y 4).

### – **SEGUIR OTROS CONSEJOS:**

- \* El origen de las infecciones por *S. Aureus* en los UDVP es la piel del propio toxicómano. Debe aconsejarse la limpieza de la piel antes de inyectarse, a ser posible con alcohol.
- \* Las candidiasis se relacionan con el uso de limones para disolver la heroína. Debe advertirse de este riesgo y desaconsejar el uso de limones o por lo menos recomendar que los utilicen en buen estado.
- \* En ocasiones el toxicómano no conoce las diferencias entre una arteria y una vena. No sabe que debe inyectarse en el sentido del corazón y desconoce que hay puntos especialmente peligrosos (ej. el cuello por la cercanía de los grandes vasos).
- \* Otros consejos prácticos pueden ayudarle a evitar abscesos o complicaciones más graves. Por ej. que es conveniente cambiar el lugar de la inyección, que no debe utilizar siempre la misma aguja, y que no son aconsejables las vías subcutánea e intramuscular.

### • **Informando sobre las prácticas sexuales de mayor riesgo para el contagio del VIH, VHB y otros procesos de transmisión sexual.** Es importante que le explique a su paciente, en un lenguaje accesible y claro, cómo debe utilizarse el preservativo y recordarle que debe:

- **UTILIZAR EL PRESERVATIVO SIEMPRE CON TODAS SUS PAREJAS.**
- **ASEGURARSE QUE LOS PRESERVATIVOS GUARDEN LAS DEBIDAS GARANTIAS,** que no hayan sido expuestos a condiciones ambientales adversas (calor, sol, humedad...) y que no se encuentran caducados.
- **NO UTILIZAR LOS PRESERVATIVOS CONJUNTAMENTE CON VASELINA** porque puede dañar el latex. En las farmacias se encuentran a la venta lubricantes especiales para usar con preservativos.

### • **Recordándole que los problemas de sobredosis muchas veces están relacionados con recaídas en el consumo tras periodos de abstinencia que han ocasionado una disminución de la tolerancia.** Es importante que le indique a su paciente que:

- Después de un periodo sin utilizar drogas, si volviese a consumir debe comenzar con una **DOSIS MENOR** que la que estuviese utilizando antes del periodo de abstinencia.
- Puede ser **PELIGROSO INYECTARSE ENCERRADO** en una habitación o un lavabo. En caso de necesitar ayuda, esto puede dificultar las cosas.
- Esté atento a los cambios de pureza de la droga.
- Existen **VIAS DE CONSUMO DE MENOR RIESGO** para la intoxicación aguda (esnifada, inhalada o fumada).

### • **Orientando a sus pacientes en relación con las alternativas terapéuticas frente a la dependencia.** No olvide que probablemente para muchos de sus pacientes los tratamientos con objetivos de abstinencia no son una opción realista; para algunos de ellos los **PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON METADONA** pueden ser una opción más adecuada. En estos pacientes, la integración en un Programa de Mantenimiento con Metadona:

- \* Contribuirá a evitar las complicaciones asociadas de la vía inyectada.
- \* Proporcionará al paciente y a su familia apoyo psicoterapéutico continuado.
- \* Permitirá el tratamiento y control de cualquier patología orgánica asociada.
- \* Facilitará la integración social del paciente.
- \* Posibilitará, en las mujeres embarazadas, su control hasta el parto.

***En las visitas de sus pacientes UDVP usted puede incidir positivamente en la modificación de sus hábitos de riesgo.***

***Aunque el paciente no abandone el consumo hay soluciones para reducir el riesgo.***

# 2

## Demanda de atención de servicios de salud

**En algunas ocasiones el toxicómano acude a la consulta a causa de un problema relacionado con el uso de drogas; otras veces aunque el motivo no sea éste el profesional de salud puede, a través de la HISTORIA CLINICA, detectar consumos problemáticos y patologías asociadas. La HISTORIA CLINICA deberá prestar especial atención a los siguientes aspectos:**

### Datos demográficos y socioeconómicos

- Edad.
- Sexo.
- Nivel de estudios.
- Actividad laboral.
- Problemas judiciales pendientes.
- Personas con quien convive.
- Antecedentes familiares de toxicomanía.

### Patrón de uso de drogas

- Droga que provoca la demanda: tipo, dosis, frecuencia, vía/s de consumo.
- Otras drogas consumidas: tipo, dosis, frecuencia, vía/s de consumo.
- Edad de inicio en el consumo de drogas.
- Tratamientos de su dependencia realizados.
- Períodos de abstinencia.
- Reacciones anómalas y/o sobredosis.

### Hábitos de riesgo

- Uso compartido de agujas, jeringuillas, recipientes para disolver la droga, procedencia del agua utilizada como diluyente,.....
- Técnicas de desinfección utilizadas para limpiar las jeringuillas usadas.
- Puntos habituales de inyección.
- Conducta sexual preferente.
- Utilización de preservativos.

**Recuerde que la entrevista personal es un buen momento para intentar modificar positivamente los hábitos de riesgo.**

### Antecedentes patológicos, generales y específicos

**Pregunte por los antecedentes patológicos de mayor prevalencia entre las personas que utilizan drogas por vía parenteral.**

- Enfermedades de transmisión sexual.
- Hepatitis .
- Seropositividad al VIH-1.
- Sida.
- Tuberculosis.
- Endocarditis.
- Candidiasis.
- Abscesos de partes blandas.
- Neumonía.

### Exploración física

**Valore el estado general del paciente, atendiendo especialmente a la causa por la que acude.**

- Estado general: fiebre, astenia, adenomegalias, pérdida de peso.
- Aparato respiratorio: tos, expectoración, disnea, sintomatología de tuberculosis pulmonar.
- Aparato cardiovascular: tromboflebitis, hipotensión, bradicardia.
- Aparato digestivo: diarrea crónica, candidiasis oral.
- Piel y faneras: Lesiones cutáneas o en mucosa oral, ictericia, foliculitis, abscesos.
- Sistema nervioso y órganos de los sentidos: déficits sensitivo-motores, convulsiones, pérdida de agudeza visual, alteraciones de la memoria y concentración, focalidad neurológica.
- Sistema osteoarticular: sintomatología de osteomielitis, artritis, osteocondritis.
- Sistema genito-urinario: sintomatología de enfermedades de transmisión sexual (sífilis, gonococia, herpes, clamidias, condilomas...)
- Sistema reproductor: embarazo, abortos, partos previos, amenorrea asociada al uso de opiáceos.

## Demanda de atención de servicios de salud

### Pruebas complementarias

Si no tiene analítica reciente, se hará sistemáticamente:

- Hemograma completo, fórmula, recuento plaquetario y VSG.
- Mantoux (0,1 ml de solución 5 ut de PPD en antebrazo).
- Marcadores de hepatitis: HBAc, HBsAg, y anti-VHC.
- Serología luética: pruebas reagínicas y treponémicas.
- Anticuerpos VIH tras solicitar consentimiento al paciente (intentar crear un ambiente terapéutico adecuado que facilite la posterior comunicación del resultado).

Según los hallazgos clínicos se realizarán también:

- Rx tórax y baciloscopia si el mantoux es positivo.
- Prueba de embarazo.
- Funcionalismo hepático: GOT y GPT ...
- Aislamiento microbiológico si sospecha de otra ETS.
- Si VIH positivo: Serología CMV, VEB y toxoplasmosis.

### Actuación según los resultados obtenidos

#### **Actue ante la patología orgánica observada, según pautas habituales.**

Debe recomendarse la vacunación antitetánica.

Pauta:

- 1 dosis de toxoide tetánico según secuencia de 0, 1, 12 meses.
- Si presenta abscesos subcutáneos, se pondrán con la primera dosis 500 unidades de gammaglobulina específica (pinchando en lugares diferentes y con distinta jeringuilla).

Si se trata de una paciente embarazada, ver FICHA 8.

Tras resultados de marcadores de hepatitis B y C, actuar según la FICHA 4.

Si el mantoux es positivo, la Rx normal, la baciloscopia es negativa y no hay signos clínicos de tuberculosis extrapulmonar, valorar la posibilidad de realizar profilaxis con isoniacida. Ver FICHA 6.

Tras resultados de test anti-VIH:

- Si presenta anti-VIH positivo debe vacunarse contra la gripe; algunos autores recomiendan también la vacuna antineumocócica. En caso de prescribirse la vacuna antipoliomielítica, debe utilizarse la vacuna tipo SALK, ver FICHA 5. Informar sobre conductas higiénicas adecuadas.
- Si presenta anti-VIH negativo, dar información exhaustiva de medidas preventivas:
- Si ha abandonado los hábitos de riesgo, repetir el anti-VIH a las 6-12 semanas.
- Si sigue asumiendo prácticas de riesgo, realizar control cada 6 meses.
- Hasta conocerse el resultado anti-VIH/VHB, y dada la elevada prevalencia de estos marcadores en este colectivo, el paciente debe manejarse clínicamente como si fuese anti-VIH/VHB positivo.

Valorar según la historia toxicológica el grado de dependencia y la motivación para iniciar un tratamiento de su dependencia.

Aunque el paciente no desee tratarse de su dependencia, realizar educación sanitaria sobre comportamientos de riesgo.

***El contacto con un toxicómano que solicita asistencia por problemas asociados a su dependencia debe aprovecharse siempre para motivar al paciente a iniciar un tratamiento integral para su toxicomanía (desintoxicación, programa libre de drogas, mantenimiento con metadona, mantenimiento con naltrexona.....).***

***Esta es también una buena ocasión para insistir en la importancia del mantenimiento de unas adecuadas conductas higiénicas: uso de jeringuillas estériles, uso no compartido del material de inyección, limpieza de agujas y jeringuillas con lejía,.....uso de preservativos, etc.*** (Ver FICHA 1)

# 3

## Demanda de atención en servicios de urgencias

### Demanda urgente de desintoxicación

Informar al paciente y la familia de que la toxicomanía es un proceso de larga evolución y que para conseguir la desintoxicación y deshabituación es necesario un importante grado de motivación por parte del paciente.

Se desaconseja formalmente el ingreso, si no existe otra causa que lo justifique. Los ingresos para desintoxicación no programados llevan con mayor probabilidad al fracaso terapéutico.

Informar de las diferentes posibilidades terapéuticas y derivar a los lugares de tratamiento (centros de salud, equipos de salud mental, centros específicos de toxicomanías...).

### Síndrome de abstinencia a opiáceos

Si el paciente presenta ansiedad, midriasis, rinorrea, escalofríos, sudoración o cualquier otra manifestación del síndrome de abstinencia, debe realizarse tratamiento sintomático.

- Pueden prescribirse benzodiazepinas de acción prolongada (diazepam, clordiazepóxido, ...), hipnóticos no barbitúricos (triazolam, flurazepam) y/o neurolépticos sedantes (levopromacina, clotiapina).
- Administrar el medicamento in situ sin extender recetas para el tratamiento posterior.
- Utilizar la vía oral siempre que sea posible evitando la vía parenteral.
- Si es posible, administrar el fármaco de forma que el paciente no pueda reconocer su naturaleza.
- Como criterio general, no deben prescribirse metadona u otros opiáceos; sólo retrasa unas horas el problema.

**El síndrome de abstinencia en gestantes requiere ingreso inmediato y es criterio de tratamiento sustitutivo con metadona hasta el parto.** Ver FICHA 8.

**La presencia de síndrome de abstinencia en un paciente que debe permanecer en observación o ingresar por patología orgánica debe tratarse con metadona según el grado de intensidad de la abstinencia.** Ver FICHA 7.

### Intoxicación aguda por opiáceos

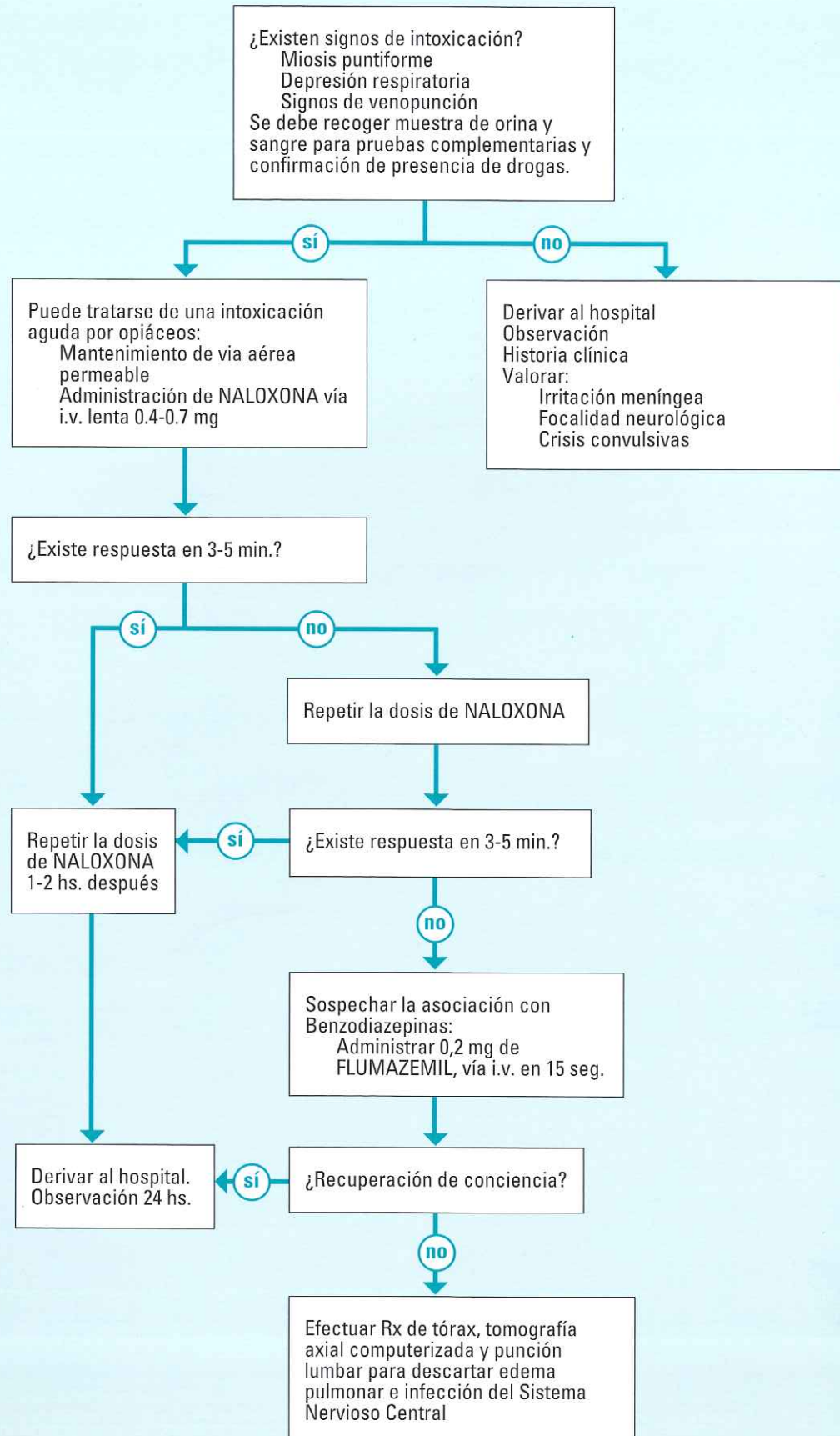
**Si el paciente presenta miosis puntiforme, depresión respiratoria, bradicardia, hipotermia y/o estado comatoso, buscar signos de venopunción, puede ser una intoxicación aguda por opiáceos.**

**Tener en cuenta que la intoxicación aguda suele precipitarse por la asociación de una o más drogas (hipnóticos y/o alcohol) además de la heroína.**



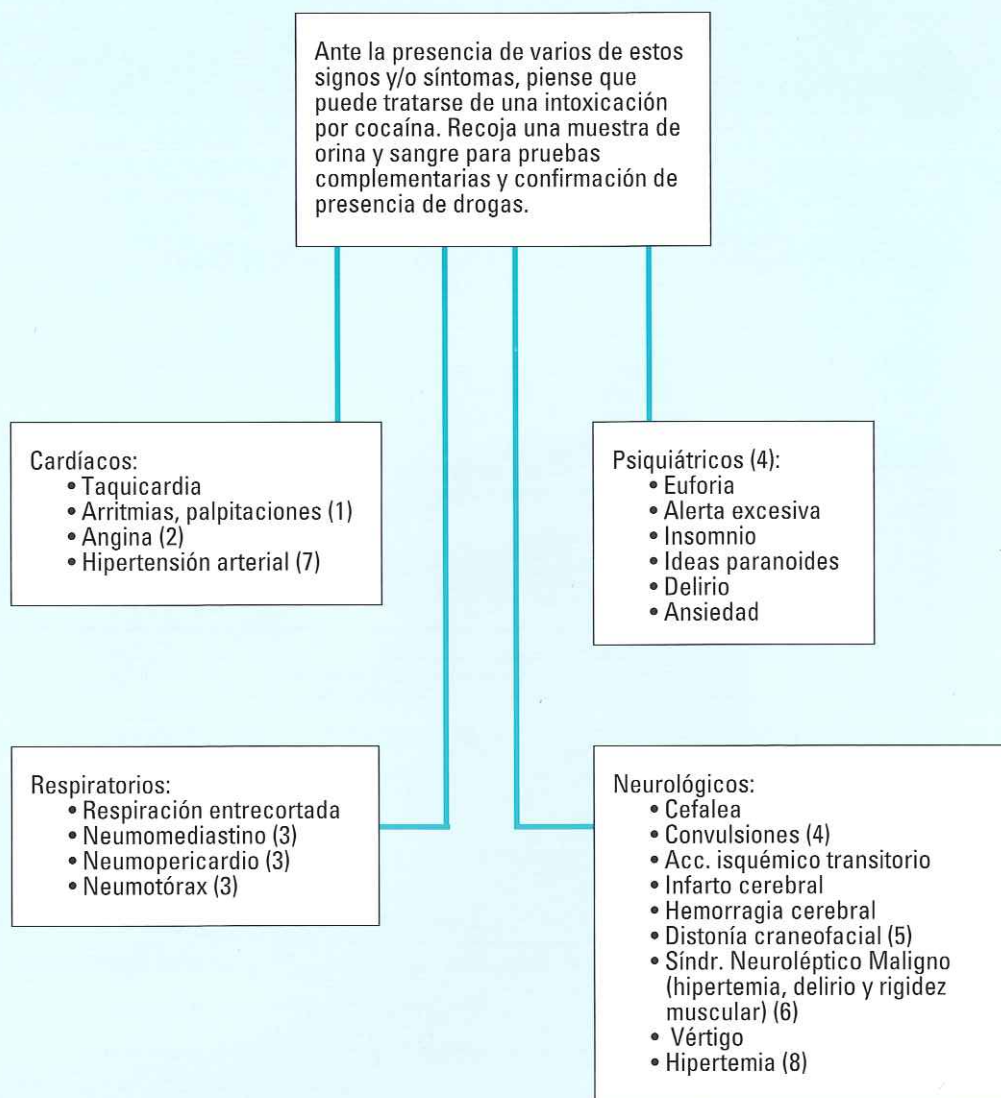
## Demanda de atención en servicios de urgencias

### Valoración y tratamiento de la intoxicación aguda por opiáceos



## Demanda de atención en servicios de urgencias

### Intoxicación aguda por cocaína



**Actúe, según la sintomatología presentada, de acuerdo con la siguiente pauta:**

- (1) Lidocaína, 10 mg, vía intravenosa en 2 min.
- (2) Vasodilatador coronario y bloqueantes del calcio.
- (3) Tratamiento sintomático del dolor.
- (4) Diazepam, 10 mg, vía intravenosa ó 100 mg en 500 cc en bomba de infusión.
- (5) Clotiapina, 40-120 mg vía intramuscular o Biperideno 5 mg vía endovenosa o intramuscular.
- (6) Bromocriptina 0.6-2.5 mg cada 8 horas.
- (7) Nitroprusiato sódico: 0,5 mg/kg/min inicialmente y valorar posterior dosificación según evolucione la tensión arterial.
- (8) Medios físicos o antipiréticos (paracetamol, ...)

## Demanda de atención en servicios de urgencias

### **RECUERDE QUE:**

- No existen antagonistas de la cocaína. La base del tratamiento son las medidas de soporte..
- El cuadro puede limitarse en 24 hs.
- Monitoree la frecuencia cardiaca y la tensión arterial, además de mantener libre la vía respiratoria.
- En estos pacientes debe evitarse el uso de haloperidol.
- Confirme el diagnóstico determinando cocaína en una muestra de orina.

***La atención de un síndrome de abstinencia o de una intoxicación aguda debe aprovecharse siempre para motivar al paciente a iniciar un tratamiento integral de su toxicomanía (desintoxicación, programa libre de drogas, mantenimiento con metadona).***

***Es importante que el paciente conozca la trascendencia para su salud del mantenimiento de unas adecuadas conductas higiénicas. Insista en el uso de material de inyección seguro y desechable. Adiéstrele en las técnicas de limpieza de agujas y jeringuillas con lejía. Ver FICHA 1***

***Hay también algunos consejos que Ud. puede dar en relación con la prevención de episodios de intoxicación aguda:***

- Advertir que, después de un período de abstinencia, probablemente haya disminuido la tolerancia a la droga. En estos casos si volviese a consumir, la dosis inicial debe ser menor a la que estuviese consumiendo antes del período de abstinencia (esto es especialmente frecuente en drogodependientes que han estado en la cárcel, ingresados en un hospital ...)
- Puede ser muy peligroso encerrarse en una habitación o en un lavabo. Procurar no estar sólo, en caso de necesitar ayuda esto puede facilitar las cosas.
- Recordarle que puede haber cambios en la pureza de la droga.
- Recordarle que existen vías de menor riesgo para la intoxicación aguda.

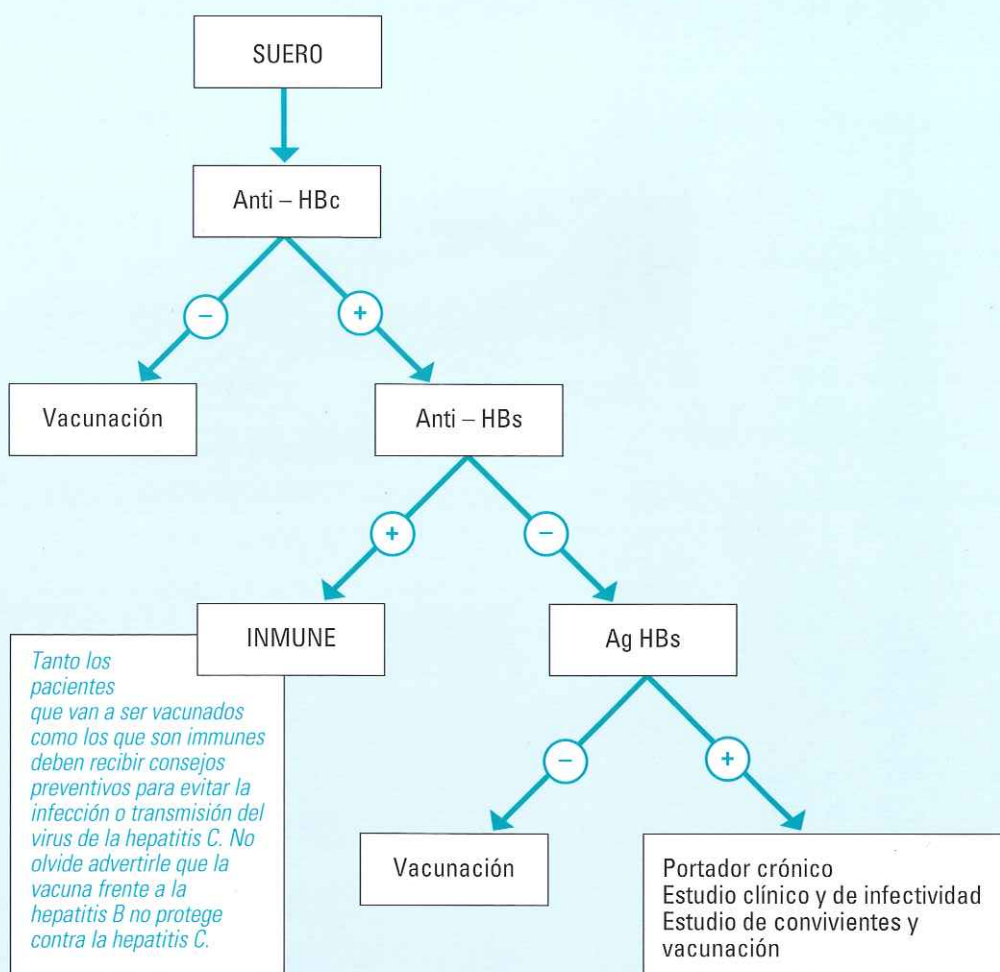
# 4

## Infección por el virus de la hepatitis B, C y/o Delta. Evaluación, Prevención y Control.

Evaluación sistemática del estado serológico respecto al Virus de la Hepatitis B (VHB)

La determinación de anti-HBc, anti-HBs y HBsAG nos permite conocer el estado inmunitario respecto a la infección por el Virus de la Hepatitis B, vacunar a los susceptibles, detectar a los portadores y actuar sobre sus contactos.

La vacunación frente al virus de la Hepatitis B confiere anticuerpos protectores en el 90% de las personas sanas, imposibilitando también la infección por el Virus de la Hepatitis Delta.



**Cuando el anti-HBc es negativo o es el único marcador existente debe procederse a la vacunación:**

Pauta de vacunación. Vacunas DNA recombinantes:

- Dosis: ENGERIX B (SKF) (20 mcg en < 10 años) RECOMBIVAX HB (MERK) (10 mcg en > 19 años)
  - Secuencia:
 

- Vacuna SKF: 3 dosis intramusculares	}	0, 1, 6 meses
- Vacuna MERK: 3 dosis intramusculares		
- La vacuna debe ponerse en región deltoidea.

La vacunación frente al virus de la Hepatitis B no produce efectos adversos cuando se aplica a una persona que es inmune o portadora del VHB.

Las dosis de vacunas administradas a intervalos más largos confieren igualmente inmunidad. La protección óptima no se alcanza hasta la tercera dosis.

## Infección por el virus de la hepatitis B, C y/o Delta. Evaluación, Prevención y Control

Si la pauta fuese interrumpida después de la primera dosis, la segunda y tercera deben darse separadas por un intervalo de 3-5 meses.

A los pacientes que han olvidado ponerse la tercera dosis, se les puede administrar ésta en cualquier momento.

Debe realizarse un **control postvacunal** de título de anti-HBs entre 1-6 meses después de recibida la tercera dosis, para valorar la necesidad de administrar una cuarta dosis.

Entre los 5 y 7 años después de administrada la última dosis debe realizarse un control para conocer los niveles de anticuerpos protectores frente a la Hepatitis B y proceder a administrar la dosis de recuerdo si fuese necesaria.

En los **pacientes con serología positiva al VIH** deben hacerse controles de título de anti-HBs con periodicidad semestral o anual. Aunque no pueden hacerse recomendaciones taxativas respecto a estos pacientes, hay que señalar que debido al compromiso de su sistema inmunitario suelen necesitar, bien dosis más elevadas o bien más número de dosis.

**Aunque en general se recomienda la realización de screening prevacunal y la administración de la pauta de tres dosis arriba indicada, deben considerarse individualmente aquellos casos en los cuales estas indicaciones puedan retrasar o poner en peligro el cumplimiento de la vacunación:**

- En pacientes que tienen una historia corta de uso de drogas por vía parenteral, podría procederse a la vacunación directamente.
- Para aquellos pacientes que con una alta probabilidad de no cumplir la pauta habitual, puede administrarse con el siguiente esquema: 0, 1, 2, 12 meses. Aunque no hay evidencia de que este régimen de administración confiera mejor protección que el estándar de tres dosis puede ser útil cuando se quiera inducir inmunidad rápidamente.

**Cuando el anti-HBc y el HBsAg son positivos, deben valorarse la clínica y la transaminasemia, para descartar hepatitis en curso o portadores crónicos.**

- En caso de ser portador crónico debe realizarse estudio clínico, marcadores de replicación viral (DNA viral en suero y/o antígeno e y/o DNA polimerasa) y valoración de infección por virus Delta.  
Remitir a un servicio especializado si se considera necesario.
- Entre los convivientes del portador crónico debe realizarse búsqueda y vacunación de susceptibles.
- Deben darse al paciente consejos explícitos para evitar la transmisión del virus B y la sobreinfección por el virus Delta.

### Actuación sobre los contactos

Deben recibir vacunación **todas las personas susceptibles que convivan con un Usuario de Drogas por Vía Parenteral**, especialmente si este es portador de Ag HBs o no se encuentra vacunado.

Las **parejas sexuales de los portadores de AgHBs** presentan un elevado riesgo de infectarse por el VHB. Aunque no se conoce exactamente el período durante el cual, después de un contacto sexual de riesgo, es efectiva la administración de HBIG, éste probablemente no es mayor de 14 días.

Todas las personas susceptibles, que sean pareja sexual de un UDVP al que se le diagnostica una Hepatitis B aguda o se le identifica como portador de Ag HBs deben recibir una dosis de HBIG y comenzar la vacunación frente a la HB en un plazo menor de 14 días tras la exposición (0.006ml/kg).

En los hijos recién nacidos de mujeres UDVP, actuar según ficha 10.

### Evaluación en embarazada

**El embarazo no es una contraindicación para vacunar a una mujer que consume drogas por vía parenteral, según las indicaciones arriba expresadas; antes bien se indica la vacunación por el elevado riesgo de padecer una hepatitis durante el mismo.** Ver FICHA 8.

### Valoración en personas anti – VIH positivo

La presencia de anti-VIH no es contraindicación para la vacunación.

## 4 **Infección por el virus de la hepatitis B, C y/o Delta. Evaluación, Prevención y Control**

### **Virus de la Hepatitis Delta (VHD)**

Entre los UDVP portadores del VHB es frecuente la coinfección o la sobreinfección por el VHD. La coinfección generalmente se resuelve sin consecuencias, sin embargo la sobreinfección suele causar infección crónica por el VHD y hepatitis crónica activa.

El VHD necesita de la presencia del VHB para su replicación. La prevención de la infección por el VHB es el único medio para prevenir la infección por el VHD. La exposición accidental, perinatal, sexual o percutánea al VHD deben ser tratados como si fuesen exposiciones al VHB.

Los portadores de AgHBs se encuentran a riesgo muy elevado de infección por el VHD, sobre todo si se exponen repetidamente al VHB, como es el caso de los UDVP. Hasta el momento no existe ningún producto para prevenir la hepatitis por virus delta en los portadores de Ag HBs.

**Deben darse al paciente consejos explícitos para evitar la sobreinfección por el virus Delta y la transmisión de este virus y el de la hepatitis B.**

### **Virus de la Hepatitis C (VHC)**

**Debe realizarse determinación de Anti-VHC.**

Si es positivo, debe repetirse la prueba para descartar un resultado falso.

Si es negativo debe repetirse a los 6 meses por si estuviese infectado, pero en el período previo a la seroconversión.

Todos los UDVP con Anti-VHC repetidamente positivo, deben ser considerados potencialmente infecciosos y deben recibir consejos preventivos sobre la transmisión de la enfermedad.

Los test actualmente disponibles no distinguen entre hepatitis C aguda o crónica, o entre la persistencia de la enfermedad y la fase de recuperación. Pueden ser útiles analíticas periódicas para distinguir una hepatitis aguda de una crónica.

- Si los niveles de transaminasas permanecen elevados más de 6 meses, probablemente se trata de una hepatitis crónica por virus C.
- Si niveles inicialmente elevados de transaminasas caen hasta valores normales y se mantienen así más de 6 meses, probablemente se trataba de una hepatitis aguda por virus C.
- Si los niveles de transaminasas han sido normales desde el comienzo del proceso:
  - podría tratarse de un falso positivo
  - puede haber resuelto una hepatitis C.
  - puede presentar una infección crónica por virus C sin enfermedad hepática asociada.

### **Selección de candidatos a tratamiento por hepatitis crónica por virus B y/o C**

Los pacientes UDVP que cumplan los criterios clínicos y biológicos de cronicidad deben ser derivados a un servicio especializado para valorar su inclusión en tratamiento con interferón.

Los pacientes VIH positivos también pueden beneficiarse de esta terapéutica, sin embargo en éstos el efecto inmunomodulador del fármaco parece requerir una cierta integridad del sistema inmunitario. Así la eficacia del tratamiento con interferón se reduce cuando la cifra de linfocitos CD4 +es inferior a 200 células/ml.

### **NO OLVIDE RECORDARLE A SU PACIENTE:**

- **Que la vacuna frente a la hepatitis B no le protege contra el virus de la hepatitis C.**
- **Que aunque haya recibido la vacunación completa frente a la hepatitis B, lo más seguro para conservar su salud es evitar las prácticas más arriesgadas, como compartir jeringuillas u otros utensilios y mantener relaciones sexuales sin preservativo.**

# 5

## Evaluación, Seguimiento y control de un paciente infectado por el VIH<sup>1</sup>

### Diagnóstico de infección por VIH

En términos generales, será en el primer nivel de atención donde se realice el seguimiento y control de estos pacientes, sin embargo, es muy importante que se establezca una estrecha relación con el hospital de referencia, con el fin de efectuar interconsultas, controles analíticos especiales, diagnóstico de las complicaciones y evaluación del inicio de tratamiento antirretroviral.

Antes de practicar estos tests *debe solicitarse el consentimiento explícito del paciente*, aprovechando la visita para crear un adecuado ambiente terapéutico que facilite la posterior comunicación de los resultados.

Sea cual sea el resultado del test, *deben darse consejos explícitos sobre qué prácticas se deben evitar y cuáles implican menor riesgo para la salud*. Esto debe incluir tanto las conductas de consumo de drogas como las prácticas sexuales. (Ver FICHA 1)

Se consideran criterios de positividad:

- Un test de ELISA positivo y un WESTERN-BLOT positivo, *o bien*
- un test de ELISA positivo y un test de INMUNOFLUORESCENCIA positivo, *o bien*
- dos tests de ELISA positivos, separados por un intervalo de 3 meses.

El Western-Blot es la técnica de confirmación más utilizada en el diagnóstico de la infección por VIH.

**Si el resultado del test fuese negativo, debe tenerse en cuenta que la seroconversión puede tardar en producirse de 3 a 6 meses, aunque excepcionalmente se han descrito seroconversiones después de 1 ó 2 años.**

### Evaluación, seguimiento y control del paciente

#### Evaluación General

Seguir las orientaciones que se especifican en la Ficha 2. Tanto en la primera visita como en los controles debe efectuarse una anamnesis y exploración física dirigidas al control de la infección por VIH.

La **anamnesis** debe investigar:

- La fecha aproximada en que se produjo la infección por el VIH (durante los primeros 4-5 años la progresión a SIDA es baja; a los 10 años más del 50% de pacientes lo han desarrollado). La primoinfección, aunque generalmente es asintomática, en ocasiones se acompaña de un síndrome mononucleósico o de meningitis aséptica que puede orientar sobre este punto.
- Otras infecciones que haya tenido el paciente (por ejemplo, tuberculosis...), pueden sugerir qué otros procesos podrían reactivarse.
- Todos los signos o síntomas que haya tenido relacionados con la infección por el VIH (por ejemplo, muguet).
- Debe tenerse en cuenta que si el paciente ha tenido contacto con otros pacientes infectados por VIH en tratamiento antirretroviral, puede haberse infectado por una cepa de VIH resistente.

La **exploración física** debe ser minuciosa, buscando *signos de progresión de la infección por el VIH* (por ejemplo muguet, leucoplasia oral vellosa, eczema seborreico) o diagnósticos de SIDA (por ejemplo sarcoma de Kaposi en homo/bisexuales).

Los **exámenes complementarios** que deben efectuarse se especifican en la tabla 1. Una vez evaluado el paciente deberá investigarse si la infección por el VIH se encuentra en una fase inicial, intermedia o avanzada (Tabla 2) y, en consecuencia, si debe efectuarse profilaxis primaria frente a la tuberculosis y/o el *Pneumocystis carinii* y/o si debe instaurarse tratamiento antirretroviral (Tabla 3). Prescribir las vacunaciones según se recomienda en las fichas 2 y 4.

### Paciente asintomático (con/sin adenopatías)

- ◆ Con exploración física normal o con adenopatías y exámenes complementarios normales (linfocitos CD4>500/mm<sup>3</sup>):

Probablemente se encuentre en **ESTADIO INICIAL** de la infección por el VIH (Grupo II de la clasificación de los CDC) (ver Tabla 2).

***Su seguimiento y control puede hacerse en un Centro de Atención Primaria de Salud. En caso de que aparezcan alteraciones en los exámenes complementarios o las manifestaciones que se especifican en el apartado de pacientes sintomáticos, deberá remitirse al hospital de referencia.***

<sup>1</sup> La clasificación que se presenta en esta ficha (primoinfección, estadio inicial, estadio intermedio, estadio avanzado, ...) constituye un abordaje fundamentalmente clínico que no tiene una correspondencia exacta con otras clasificaciones de la enfermedad.

## Evaluación, Seguimiento y control de un paciente infectado por el VIH

Debe procurarse no perder contacto con estos pacientes. Aproximadamente un 50% de casos evolucionarán a SIDA en un plazo de 10 años. Es necesario que permanezcan bajo control periódico para detectar precozmente las complicaciones, evaluar la progresión o no de la infección y la posibilidad de instaurar profilaxis primaria de las infecciones oportunistas o tratamiento antirretroviral.

Deben efectuarse cada 3-6 meses los siguientes controles:

- Historia clínica y exploración física:
  - Preguntar y buscar de forma intencionada los signos clínicos de progresión o diagnósticos de SIDA.
  - Vigilar la aparición o modificación del tamaño de las adenopatías. El síndrome linfadenopático asociado al VIH está caracterizado por la existencia de adenopatías de más de un cm en dos o más localizaciones extrainguinales, durante más de 3 meses y sin otra causa que las justifique. Su presencia no se acompaña de un peor pronóstico.
- Exámenes complementarios mínimos (ver Tabla 1):
  - Hemograma con fórmula leucocitaria, recuento plaquetario y subpoblaciones linfocitarias.
  - Prueba de la tuberculina.  
Si el paciente es positivo a la prueba de la tuberculina, con radiología de tórax normal y sin evidencia de tuberculosis extrapulmonar debe efectuarse quimioprofilaxis con isoniacida (300 mgrs/día) durante un año, si no existen contraindicaciones (por ejemplo, hepatopatía). (Ver FICHA 6).

### Paciente sintomático o con alteraciones biológicas

◆ Con algunos de los cuadros clínicos siguientes:

Probablemente el paciente, aún cuando todavía no presente seroconversión frente al virus, se encuentre en **FASE DE INFECCION AGUDA O PRIMOINFECCION** por el VIH (Grupo I de la clasificación de los CDC) (ver Tabla 2).

**Estos pacientes pueden ser valorados en Atención Primaria de Salud. Sin embargo debe tenerse en cuenta que la primoinfección sintomática (mononucleosis o meningitis aséptica) puede progresar más rápidamente a SIDA; en estos casos los pacientes podrían ser tributarios de tratamiento antirretroviral, en medio hospitalario.**

La primoinfección por el VIH es generalmente asintomática, pero en ocasiones puede manifestarse por alguno de estos síndromes clínicos:

- **SINDROME MONONUCLEOSICO:** caracterizado por un síndrome febril de 1-4 semanas acompañado en ocasiones de una erupción exantemática transitoria, con poliadenopatía generalizada y de una linfomonocitosis con linfocitos reactivos.
- **MENINGITIS ASEPTICA:** caracterizada por un síndrome meníngeo con LCR claro, glucorraquia normal, ligera proteinorraquia y leve pleocitosis de predominio linfocitario. Evidentemente antes de aceptar este diagnóstico deben descartarse todas las patologías especificadas en el apartado de complicaciones neurológicas.

### Paciente en estadio intermedio o avanzado de la infección por el VIH (grupo III ó IV de la clasificación de los CDC)

**El paciente deberá ser siempre remitido al hospital de referencia con el fin de efectuar el diagnóstico y tratamiento precoz de las complicaciones y evaluar el inicio de la profilaxis primaria de las infecciones oportunistas y/o tratamiento antirretroviral.**

◆ Con una o más de las manifestaciones clínicas y/o biológicas siguientes:

El paciente probablemente se encuentra en **ESTADIO INTERMEDIO** (ver Tabla 2).

#### Alteraciones biológicas

- Anemia (Hb <10 g/dl).
  - Leucopenia (<4x10<sup>9</sup>/l).
  - Linfopenia (<1,5x10<sup>9</sup>/l).
  - Linfocitos T4 < 500/mm<sup>3</sup>. Estadio Intermedio: 200-500/mm<sup>3</sup>. Estadio Avanzado: <200/mm<sup>3</sup>.
  - Anergia cutánea.
  - Desaparición de los anticuerpos p17 y/o p24 (Western-Blot).
  - Aumento de la beta-2 microglobulina (>5 mgr/ml).
  - Aparición de antigenemia p24 (ELISA).
- La plaquetopenia (<150x10<sup>9</sup>/l) es frecuente en este colectivo y puede estar causada por varios



## Evaluación, Seguimiento y control de un paciente infectado por el VIH

factores (drogadicción, hepatopatía o el propio VIH). Debe ser motivo de consulta si la cifra de plaquetas es inferior a  $50 \times 10^9/l$  o es sintomática (púrpura), ya que puede ser necesario instaurar tratamiento específico.

### Signos clínicos de progresión

- Candidiasis oral.
- Leucoplasia oral vellosa.
- Otras lesiones mucocutáneas crónicas (eczema seborreico, onicomicosis, herpes simple o herpes zóster, molluscum contagiosum, condilomas acuminados, foliculitis recurrente).

Si un paciente tiene más de 500 linfocitos T4/mm<sup>3</sup>, antigenemia p24 negativa y una beta-2 microglobulina sérica normal, el riesgo de desarrollar el SIDA a los 3 años es inferior al 5%. Por el contrario, si tiene < 200 linfocitos T4/mm<sup>3</sup>, antigenemia p24 positiva y una beta-2 microglobulina elevada (>5 mg/mL), el riesgo de desarrollar el SIDA a los 3 años, es de un 99%.

Estudios recientes han demostrado que:

- Los pacientes con menos de 500 linfocitos T4/mm<sup>3</sup> y algún signo clínico de progresión podrían beneficiarse de tratamiento con zidovudina a dosis de 500 mg/día.
- Los pacientes con menos de 200 linfocitos T4/mm<sup>3</sup> deben recibir además profilaxis primaria frente al *P. carinii* (cotrimoxazol, 2 comp. tres días por semana o pentamidina inhalada, 300 mg mensuales).

Estos pacientes se visitan cada 4-8 semanas y los exámenes complementarios a realizar se especifican en las Tablas 1 y 3.

◆ Con algunas de las manifestaciones clínicas siguientes:

El paciente probablemente se encuentre en **ESTADIO AVANZADO** (ver Tabla 2).

### SINDROME CONSTITUCIONAL

Definido por la presencia de uno o más de los siguientes síntomas, en ausencia de otros procesos patológicos:

- Fiebre (generalmente de 38<sup>o</sup> C) persistente durante más de 1 mes,
- Pérdida de más del 10% del peso y
- Síndrome diarreico de más de un mes de evolución.

La utilización de antiinflamatorios no esteroideos (indometacina, naproxeno) puede ser útil para aliviar estas manifestaciones.

### INCREMENTO DEL TAMAÑO GANGLIONAR

Si aparecen adenopatías o aumenta el tamaño de las mismas en un determinado territorio ganglionar, debe sospecharse tuberculosis ganglionar, síndrome linfoproliferativo o sarcoma de Kaposi.

### MANIFESTACIONES RESPIRATORIAS (agudas o subagudas):

Fiebre, tos, disnea, hemoptisis, dolor torácico y/o alteraciones radiológicas.

Piense en neumonía por *P. carinii*, tuberculosis pulmonar o una neumonía bacteriana.

### MANIFESTACIONES NEUROLOGICAS (agudas o subagudas):

- Fiebre, cefalea, síndrome meníngeo.
- Convulsiones.
- Focalidad neurológica sensitivo-motora.
- Demencia.
- Mielopatía o neuropatía.

Piense en toxoplasmosis cerebral, meningitis tuberculosa o criptocócica, leucoencefalopatía multifocal progresiva, una encefalitis subaguda por el propio VIH y/o *citomegalovirus* (CMV), o un linfoma primario del Sistema Nervioso Central.

## Evaluación, Seguimiento y control de un paciente infectado por el VIH

### MANIFESTACIONES DIGESTIVAS:

Síndrome diarreico: si se acompaña de fiebre, piense en *Salmonella sp.*, *Campylobacter*, *CMV*, *M. avium intracelulare*; si es crónico (> 1 mes) piense en una infección por *Cryptosporidium*, *I. belli* o en una giardiasis.

Muguet con disfagia y/o pirosis retroesternal: piense en candidiasis esofágica.

Placas blanquecinas en el borde de la lengua: leucoplasia vellosa.

Tumoraciones orales: sarcoma de Kaposi, linfoma (más frecuentes en la categoría de riesgo "transmisión homosexual").

### MANIFESTACIONES OCULARES:

Alteraciones o pérdida de la agudeza visual.

Fondo de ojo patológico.

Piense en una corioretinitis por *CMV* o *Toxoplasma*.

### MANIFESTACIONES CUTANEAS:

Sarcoma de Kaposi.

Herpes simple genital crónico (>1 mes).

Herpes zóster mono o multimetamérico o diseminado.

Eczema seborreico.

Otras manifestaciones crónicas: foliculitis, onicomicosis, dermatofitosis, candidiasis, condilomas, molluscum, verrugas.

### SINDROME FEBRIL AGUDO SIN FOCO INFECCIOSO:

Fiebre alta (>38<sup>0</sup> C) con escalofríos.

Piense en una bacteriemia por gérmenes capsulados (*neumococo*, *Haemophilus sp.*) o *Salmonella*.

Este paciente debe:

- Iniciar tratamiento con zidovudina (500-750 mg/día)
- Realizar profilaxis primaria frente a la tuberculosis y *P. carinii* si es PPD positivo o tiene menos de 200 linfocitos T4/mm<sup>3</sup> respectivamente. Datos recientes sugieren que debería efectuarse quimioprofilaxis frente a la tuberculosis en los pacientes con prueba de la tuberculina negativa y anérgicos.
- Realizar tratamiento de mantenimiento de las infecciones que haya tenido.

### RECUERDE QUE:

Todos los pacientes en ESTADIO INTERMEDIO O AVANZADO deben realizar tratamiento con zidovudina (AZT, Retrovir (R)), a las siguientes dosis:

- ESTADIO INTERMEDIO: 500 mg/día
- ESTADIO AVANZADO: 500-750 mg/día

En las tablas 1 y 3 se especifican los exámenes complementarios, las medidas profilácticas y terapéuticas que deben efectuarse y cada cuánto tiempo deben controlarse.

Estos pacientes se visitan cada 4-8 semanas. Los controles y los exámenes complementarios a realizar se especifican en las Tablas 1 y 3.

### Evaluación del tratamiento con Zidovudina

Los pacientes tratados con zidovudina deben controlarse a nivel hospitalario cada 1-2 meses, efectuándose los controles clínicos y los exámenes complementarios que se indican en la Tabla 1. Con la zidovudina se ha alargado la supervivencia de los pacientes con SIDA de uno a tres años. La falta de eficacia a largo plazo probablemente se debe a la aparición de cepas de VIH resistentes. En la actualidad se sabe que a partir de los 6-12 meses de tratamiento con zidovudina y, sobre todo, en los pacientes tratados en fases avanzadas de la infección por el VIH, este retrovirus puede mutar y volverse resistente a este fármaco, con lo que la zidovudina pierde su eficacia. En estos casos, puede efectuarse un tratamiento alternativo con otros nucleósidos como el ddI o el ddC (que se aconseja administrar simultáneamente con la zidovudina) ya que son eficaces ante estas cepas de VIH resistentes a la zidovudina.

## Evaluación, Seguimiento y control de un paciente infectado por el VIH

Los parámetros clínico-biológicos que pueden indicar una falta de eficacia de la zidovudina en los pacientes tratados con este fármaco son uno o más de los siguientes:

### 1. CLINICOS

- Pérdida de peso o deterioro de la calidad de vida.
- Aparición de nuevas infecciones oportunistas o de neoplasias.

### 2. BIOLÓGICOS

- Descenso del número de linfocitos CD4 (>50% respecto a la cifra basal al inicio del tratamiento con zidovudina).
- Aparición o reaparición de la antigenemia p24.

En estos casos o cuando el paciente muestre una intolerancia a la zidovudina (intolerancia digestiva o hematológica) pueden utilizarse estos nuevos fármacos antiretrovirales.

Si los pacientes presentan deterioro clínico o biológico o intolerancia a la zidovudina (digestiva, hematológica, miopatía), existen en la actualidad las siguientes alternativas terapéuticas:

**1ª Iniciar tratamiento con ddl** (Didanosina, Videx (R)), a dosis de 400 mg/día. Si el paciente desarrolla efectos secundarios severos (pancreatitis, neuropatía), o tiene antecedentes de pancreatitis que contraindican el ddl o a pesar del tratamiento se objetiva un deterioro clínico o biológico del paciente (utilizar los mismos criterios descritos previamente), utilizar la siguiente alternativa:

**2ª Iniciar tratamiento combinado con AZT** (300 mg/día) y ddC (zalcitavina), a dosis de 0,01 mg/Kg cada ocho horas por vía oral, solicitándolo a través de la línea caliente del Ministerio de Sanidad y Consumo (Tel. 91-420 00 00). Se ha comprobado que en los pacientes que se suspende transitoriamente el tratamiento con AZT el VIH recupera en parte la sensibilidad a este fármaco. Debe vigilarse la dosis de este anti-retroviral ya que su toxicidad (cutánea y neuropatía) es dosis-dependiente.

Si un paciente con AZT desarrolla anemia o neutropenia y precisa esta medicación, puede evaluarse la necesidad de utilizar la Eritropoyetina y el G/GM-CSF respectivamente por vía parental. En caso de que el paciente continúe deteriorándose con las pautas anteriores solo queda la posibilidad de incluirlo en ensayos clínicos con nuevos fármacos anti-retrovirales.

### Embarazo y puerperio

Seguir las recomendaciones especificadas en las FICHAS 8 y 9.

### Tratamiento de su drogodependencia

Orientar al paciente para que acuda a un centro que pueda ofrecerle la alternativa terapéutica más adecuada a su situación (centro de salud, equipo de salud mental, centro específico de toxicomanías). Para aquellos pacientes que no deseen abandonar el consumo de opiáceos, la inclusión en un Programa de Metadona puede ser una alternativa terapéutica.

### Recomendaciones generales

Informar siempre, detenidamente, de los mecanismos de transmisión de este virus. Insistir en la importancia de adoptar determinadas prácticas higiénicas (Ficha 1):

#### – Prácticas de consumo de drogas:

Si persiste el consumo, insistir en la utilización de **jeringuillas estériles** y no compartirlas. Limpieza de jeringuillas con lejía.

#### – Prácticas sexuales:

Recomendar la utilización de **preservativo**.

Realizar educación sanitaria entre los convivientes del paciente: no compartir cepillos de dientes, cuchillas de afeitar u otros utensilios o prendas que puedan contaminarse fácilmente con sangre.

### Recordar que el paciente debe conocer:

Que la lejía (diluída al 1/10) es un buen desinfectante para limpiar superficies o utensilios (jeringuillas y agujas) que hayan estado en contacto con sangre.

Que NO DEBE DONAR SANGRE, plasma, órganos, tejidos o semen.

Que el embarazo y la lactancia materna están contraindicados.

Que debe advertir al personal sanitario que lo atienda de su condición de portador.

**ES MUY IMPORTANTE BRINDAR UN APOYO PSICOLÓGICO A ESTOS PACIENTES. RECOMIENDELE QUE ACUDA A UNA ORGANIZACIÓN DE AYUDA O GRUPO DE AUTOAPOYO.**

## Evaluación, Seguimiento y control de un paciente infectado por el VIH

**Tabla 1 • Exámenes complementarios que deben efectuarse a un UDVP infectado por el VIH.**

	PRIMERA VISITA	PERIODICIDAD ASINTOMATICOS	PERIODICIDAD EN TTO ANTI-RETROVIRAL
Hemograma y fórmula leucocitaria	Si	3 – 6 meses	1 – 2 mensual
Recuento plaquetario	Si	3 – 6 meses	1 – 2 mensual
Bioquímica básica (#)	Si	3 – 6 meses	3 meses
Sedimento de orina	Si	3 – 6 meses	3 meses
Antígeno Australia (##)	Si	No	No
Radiografía de tórax	Si	Sc	Sc
PPD y multitest (###)	Si	Anual	No
Serologías para:			
• Toxoplasma condii	Si	SC	SC
• Citomegalovirus	Si	SC	SC
• Treponema pallidum	Si	SC	SC
• Anticuerpos frente al VIH (ELISA) (*)	Si	No	No
• Antígeno VIH (p24) (ELISA)	Si	3 – 6 meses	2 meses
Examen de parásitos en heces (**)	SC	SC	SC
Citología cervicovaginal (mujeres)	Si	Anual	Anual
Beta-2 Microglobulina (***)	Si	3 – 6 meses	No
Subpoblaciones linfocitarias (T4/T8)	Si	3 – 6 meses	3 – 6 meses

SC: solicitarlos según la clínica del paciente.

# Glucemia, colesterol, triglicéridos, función renal, y hepática.

## Si es negativo, repetirlo si el UDVP continúa consumiendo drogas.

### Si es PPD negativo, comprobar que no existe anergia (multitest) y repetirlo anualmente.

\* Si el paciente sólo tiene un examen previo, debe solicitarse otro test de ELISA o de Western Blot (ver capítulo de diagnóstico de la infección por VIH).

\*\* Solicitarlo si el paciente es homosexual, aunque no tenga diarrea.

\*\*\* La beta-2 microglobulina no se realiza de forma rutinaria en todos los hospitales. Si se puede solicitar, debería determinarse cada 3 – 6 meses.

**Tabla 2 • Estadios de la infección por VIH**

ESTADIO	CLINICA	HEMOGLOBINA LEUCOCITOS	T4 / LINFOCITOS	ANTIGENO P24	BETA – 2 MICROGLOBULINA
Primoinfección	Ninguna SD. Mononucleósico Men. Aséptica	Normales	Normales	+	Normal
Inicial	Ninguna o Linfadenopatía	Normales	> 500 > 2.500	–	Normal
Intermedio	Ninguna o Linfadenopatía Lesiones mucocutaneas (#)	Normal o bajos	200–500 1.500–2.500	+ –	Normal / alta
Avanzado	C.R.S. Inf. oportunistas Neoplasias Demencia	Bajos	< 200 < 1.500	++	Alta

C.R.S. Complejo relacionado con el SIDA.

(#) Mujet oral, leucoplasia vellosa, eczema seborreico y otras.

En la última clasificación de los CDC (1993) se incluyen como criterios de SIDA: tuberculosis pulmonar, neumonía bacteriana recurrente, carcinoma cervical y tener menos de 200 linfocitos CD4/mm<sup>3</sup>.

**Tabla 3 • Manejo del paciente infectado por el VIH**

PACIENTES	CONTROLES	OBSERVACIONES*
Estado inicial	3 – 6 meses	INH si PPD positivo**
Estadio intermedio	1 – 2 meses	Zidovudina
Estadio avanzado		INH si PPD si PPD positivo*** PP PCP si < 200 CD4/mm <sup>3</sup> PS si I.O.

\* Algunos autores recomiendan la vacunación para la gripe y neumococo.

\*\* Verv ficha 6

\*\*\* Algunos autores sugieren que debería realizarse quimioprobosis frente a la tuberculosis en los pacientes PPD anérgicos.

INH: isoniacida. PP: profilaxis primaria. PS: profilaxis secundaria.

PCP: neumonía por P. carinii. I.O.: infecciones oportunistas.

# 6

## Evaluación, seguimiento y control de la Tuberculosis

### Consideraciones generales

Antes de la aparición de la epidemia de SIDA, los Usuarios de Drogas por Vía Parenteral (UDVP) ya constituían un grupo de riesgo para la tuberculosis (TBC).

Tras la aparición de la infección por VIH, el papel del uso de drogas por vía parenteral en la patogenia de la Tuberculosis (TBC) ha pasado a un primer plano. Las principales razones para ello han sido:

- La existencia de un colectivo numeroso de UDVP en nuestro país con una elevada tasa de coinfección por VIH (por uso compartido de jeringuillas) y por *Mycobacterium tuberculosis* (por contacto con enfermos bacilíferos).
- La alta probabilidad de presentar tuberculosis que tienen los coinfectados; se estima que es superior al 12% en dos años.

Actualmente en España, los UDVP presentan una prevalencia de TBC **muy superior** a la de la población general.

La población de UDVP presenta dificultades especiales para el cumplimiento de la quimioprofilaxis y del tratamiento antituberculoso. El retraso diagnóstico y el abandono del tratamiento pueden tener una especial trascendencia en la salud de toda la comunidad.

Se ha comprobado que la inclusión de los UDVP dependientes de opiáceos, diagnosticados de infección o enfermedad tuberculosas, en **Programas de Mantenimiento de Metadona (PMM)** mejora de forma importante el cumplimiento de la quimioprofilaxis y la quimioterapia antituberculosa.

### Aspectos clínicos y diagnósticos

#### **Las características diagnósticas y clínicas de la TBC en el UDVP infectado por el VIH pueden ser diferentes de las que presenta esta enfermedad en población general:**

- El diagnóstico de infectados y enfermos puede presentar mayores dificultades. Debido a la inmunodeficiencia subyacente, algunos coinfectados con el *Mycobacterium Tuberculosis* y el VIH presentan un resultado negativo a la prueba de la tuberculina.
- En ausencia de quimioprofilaxis antituberculosa, se estima que en los individuos VIH positivos, el riesgo de tuberculosis activa es similar en los que presentan anergia cutánea y en aquéllos con reacción tuberculínica positiva.
- La frecuencia de la localización pulmonar en las personas infectadas por VIH es menor. Representa un 65-75% del total, mientras que en población general este porcentaje se sitúa en torno al 75-85%.
- Un 45-50% de los UDVP con localización pulmonar son bacilíferos (microscopia directa de esputo positiva) y por tanto pueden transmitir fácilmente la TBC, especialmente si no son diagnosticados precozmente y no cumplen el tratamiento.
- En las formas pulmonares se observa una menor tendencia a la cavitación debido a la inmunodeficiencia subyacente.

#### **RECUERDE QUE:**

La rentabilidad diagnóstica del urocultivo, coprocultivo y en menor medida del hemocultivo es elevada en la tuberculosis extrapulmonar.

## Evaluación, seguimiento y control de la Tuberculosis

### Evaluación, seguimiento y control del paciente

#### El diagnóstico de la TBC en las personas infectadas por el VIH ofrece más dificultades que en población general.

Conviene recordar que:

- Debido a la aparición de falsos negativos, el resultado negativo de la prueba de la tuberculina no excluye la posibilidad de TBC activa. La probabilidad de reacción tuberculínica negativo-falsa aumenta conforme la infección por VIH avanza; por esta razón en los pacientes con reacción tuberculínica negativa, *se recomienda practicar el test cutáneo de sensibilidad celular para descartar anergia*. La interpretación de éste debe ajustarse siempre a los criterios de positividad de la casa comercial.
- En el examen microscópico directo del esputo de las personas VIH positivos suele ser más rara la presencia del *Mycobacterium tuberculosis*, por lo que un examen microscópico negativo no excluye la tuberculosis en un VIH positivo. *Debe efectuarse siempre un cultivo*.
- En los cultivos de las personas en fase muy avanzada de SIDA (<100 CD4/mm<sup>3</sup>) es más frecuente el aislamiento de otras micobacterias (*M. avium intracellulare*, *M. kansasii*).
- En las personas VIH positivo son más frecuentes las presentaciones radiográficas atípicas (infiltrado intersticial bilateral o forma miliar) o la presentación simultánea con otras infecciones pulmonares (*P. carinii*, *Haemophilus*). Por otra parte, la ausencia de cavitación o la radiografía de tórax normal no descartan el diagnóstico de TBC. Es frecuente la presencia de adenopatías miliares y/o mediastínicas.

### Quimioprofilaxis

#### Derivar o realizar interconsulta con servicio especializado en tratamiento de drogodependencias para valorar su inclusión en Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM).

*En los UDVP es frecuente que el cumplimiento del tratamiento sea inadecuado. Se ha comprobado que la inclusión de estos pacientes en PMM mejora de forma importante el cumplimiento del tratamiento quimioprofiláctico. En la visita diaria que hace el paciente al PMM se le administra conjuntamente la medicación quimioprofiláctica y la dosis de sustitutivo opiáceo.*

- Comprobar que el paciente no ha recibido quimioprofilaxis previa correcta ni ha sido tratado de tuberculosis ni padece hepatopatía aguda o crónica en actividad.
- **Descartar la presencia de una TBC pulmonar o extrapulmonar antes de instaurar la quimioprofilaxis.** En caso de tuberculosis activa el tratamiento quimioprofiláctico constituiría una monoterapia que conduciría al fracaso terapéutico y a la aparición de cepas resistentes.
- Se administrará Isoniacida (H), 300 mg/día, durante seis meses. En los portadores de anticuerpos anti-VIH se prolongará durante doce meses.
- Se aconseja realizar control clínico de la quimioprofilaxis cada tres meses.

#### RECUERDE QUE:

La quimioprofilaxis secundaria se recomienda también en convivientes y contactos próximos a un paciente tuberculoso bacilífero con microscopía positiva, siempre que presenten una reacción tuberculínica igual o superior a 5 mm.

La quimioprofilaxis primaria (tratamiento preventivo de la persona no infectada), está indicada fundamentalmente en los niños y jóvenes convivientes y contactos íntimos de un tuberculoso bacilífero, que presenten una reacción tuberculínica negativa, una vez descartada la enfermedad tuberculosa. Se realizará durante dos meses con H. Si aparece conversión tuberculínica, al finalizar el período se descartará enfermedad tuberculosa y se mantendrá la quimioprofilaxis hasta completar seis meses.

## Evaluación, seguimiento y control de la Tuberculosis

### Tratamiento de la enfermedad Tuberculosa

**Derivar o realizar interconsulta con servicio especializado en tratamiento de la drogodependencia para valorar su inclusión en un Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM).**

*La respuesta al tratamiento antituberculoso es buena; sin embargo estos pacientes, no cumplen el tratamiento regularmente y deben ser estrechamente supervisados. Los PMM ofrecen la posibilidad de administrar diariamente las dosis de tratamiento antituberculoso cuando el paciente acude al centro a tomar el sustitutivo opiáceo. Se han observado mejoras importantes en el cumplimiento del tratamiento entre los pacientes incluidos en estos programas.*

#### Pacientes VIH negativos:

- La pauta básica recomendada incluye: (2HRZ + 4HR)
  - 2 meses: Isoniacida (H) + Rifampicina (R) + Piracinamida (Z)
  - 4 meses: Isoniacida (H) + Rifampicina (R)
- Esta pauta tiene una duración de seis meses.
- Las formas extrapulmonares pueden ser tratadas con los mismos esquemas terapéuticos que la tuberculosis pulmonar. Sin embargo la duración del tratamiento para algunas formas de tuberculosis extrapulmonar (la meningea entre otras) debe ser de doce meses.

#### Pacientes VIH positivos:

- Se recomienda prolongar el tratamiento hasta los nueve meses (2HRZ + 7HR).

#### Independientemente del estado serológico:

- Los pacientes que no puedan ser tratados con isoniacida o rifampicina deben recibir al menos 18 meses de terapia. La elección de los fármacos deberá hacerse con base en los test de sensibilidad antimicrobiana.
- En caso de que la paciente esté embarazada o en período de lactancia, debe sustituirse la Pirazinamida por Etambutol a dosis de 25 mg/kg los dos primeros meses y 15 mg/kg los meses subsiguientes.

Tabla 1

#### Dosis recomendadas para el tratamiento de la tuberculosis

FARMACOS	FORMAS DE ADMINISTRACION EN DOSIS DIARIAS
Isoniacida	5 mg/kg (máximo 300 mg)
Rifampicina	10 mg/kg (máximo 600 mg) (450 mg en pacientes con menos de 50 kg de peso)
Piracinamida	30 mg/kg (máximo 2.000 mg)
Etambutol	15-25 mg/kg (máximo 1.500 mg)

FUENTE: Grupo de trabajo sobre tuberculosis. Consenso nacional para el control de la tuberculosis en España. Med. Clin. (Barc.) 1992;98:24-31

## Evaluación, seguimiento y control de la Tuberculosis

### Educación sanitaria

Se explicará al paciente y sus convivientes las normas habituales para todos los pacientes con enfermedad tuberculosa.

#### *RECUERDE QUE:*

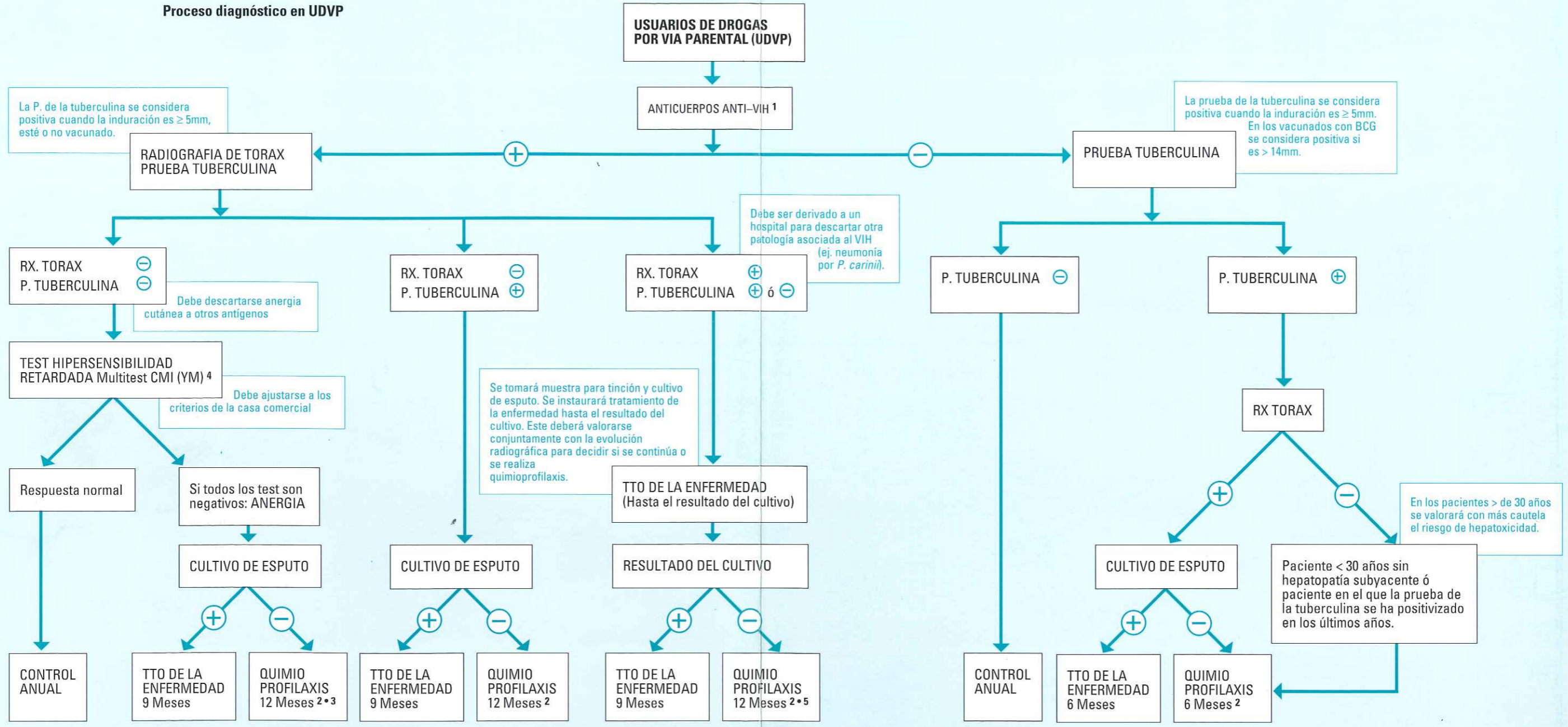
- Es conveniente el aislamiento respiratorio durante las dos ó tres primeras semanas (tiempo necesario para que se negativice el esputo). Este aislamiento consiste en seguir normas higiénicas mínimas como: taparse la boca y nariz al toser o estornudar, no escupir en el suelo, etc.
- Si se trata de un enfermo bacilífero, confirmado, existe mayor riesgo de contagio, por lo que, si es posible, deberá permanecer aislado durante las dos primeras semanas del tratamiento.

#### **Tenga siempre presente que:**

- **Todos los UDVP que acuden a su consulta tienen un riesgo elevado de presentar infección tuberculosa o enfermedad activa, por ello en todos ellos conviene valorar la necesidad (ver cuadro) de quimioprofilaxis o tratamiento antituberculoso.**
- **Los UDVP que necesiten quimioprofilaxis o tratamiento antituberculoso deben ser derivados para su inclusión en Programa de Mantenimiento con Metadona. Puede ser útil realizar personalmente la gestión y el contacto con los servicios de atención de drogodependencias.**



Proceso diagnóstico en UDVP



1 – Si no se conoce el estado serológico de un UDVP respecto al VIH a efectos diagnósticos debe considerarse como se fuese VIH positivo.

2 – Antes de prescribir la quimioprofilaxis debe descartarse siempre la presencia de tuberculosis activa, pulmonar o extrapulmonar.

3 – La indicación de quimioprofilaxis en anérgicos infectados por el VIH con menos de 400 linfocitos CD4/mm<sup>3</sup> es objeto de controversia. Estudios realizados en EEUU sugieren que la quimioprofilaxis con Isoniacida podría ser implementada con buenos resultados en este grupo. Sin embargo no puede hacerse una recomendación taxativa en este sentido hasta conocer los resultados de los estudios prospectivos y controlados que se están realizando actualmente.

4 – Debe realizarse siempre el test de inmunidad celular. Sin embargo, cuando un UDVP (VIH +), con radiografía de torax (-) y P. de la tuberculina (-) no sea posible descartar la anergia cutánea, conviene valorar la posibilidad de instaurar tratamiento quimioprofiláctico. La convivencia con un tuberculoso bacilífero, la reclusión en prisión, las condiciones inadecuadas de habitabilidad de la vivienda o al carencia de la misma podrían aconsejar la prescripción de tratamiento quimioprofiláctico. En estos casos el profesional de salud debe valorar los riesgos y posibles beneficios de la instauración del mismo, siempre despues de haber descartado la presencia de una tuberculosis activa.

5 – Se dará quimioprofilaxis cuando el resultado de la prueba de la tuberculina haya sido positiva.

## Tratamiento de su drogodependencia

**Ante un paciente consumidor de opiáceos, ingresado por patología orgánica, recuerde que el objetivo principal de ingreso es la atención a su problema orgánico. Secundariamente es aconsejable la atención a su drogodependencia; ello proporcionará una mejoría en la confortabilidad del paciente y una disminución de la conflictividad durante el tiempo de ingreso.**

Si existe un servicio especializado que habitualmente trata a drogodependientes en el centro, realizar consulta interdepartamental.

Si no existe:

- Se recomienda iniciar un tratamiento sustitutivo mientras permanezca ingresado.
- Dado que el cálculo de la dosis de sustitución con metadona es difícil por no conocer con precisión los datos de consumo de heroína, se aconseja esperar la aparición de los primeros síntomas de abstinencia (24-48 horas), y determinar la dosis según éstos.

Pauta aproximativa:

GRADO DE DEPENDENCIA	SIGNOS Y SINTOMAS	DOSIS INICIAL DE METADONA EN mg
I	Lagrimo, rinorrea, diaforesis, agitación, insomnio.	10-15
II	Midriasis, piloerección, contracciones musculares, mialgias, artralgias, dolores abdominales.	15-20
III	Taquicardia, hipertensión, taquipnea, fiebre, anorexia, náuseas, extrema agitación.	20-25
IV	Diarrea, vómitos, deshidratación, hiperglucemia, hipotensión, acurrucamiento.	25-45

- Estas cifras son **orientativas**, debiéndose ajustar la dosis a cada paciente según sus características. Si el paciente necesitase dosis mayores, éstas pueden ser administradas sin riesgo para la salud.
- En general, suelen ser suficientes dosis alrededor de 40 mg./día de metadona, repartidas en dos o tres veces al día.
- Salvo contraindicación, se utilizará la vía oral.
- Una vez estabilizado el paciente (aproximadamente 24-48 horas), deben hacerse, si ello fuese posible, previsiones sobre la duración de su estancia hospitalaria y el futuro de su tratamiento sustitutivo.

**Si el paciente estaba integrado en un programa de mantenimiento con metadona**, debe establecerse contacto con el centro de tratamiento correspondiente:

- Indicándole que el paciente está ingresado y no ha abandonado el programa.
- Solicitando información sobre las dosis y el historial del paciente.
- Avisándole de la fecha en que el paciente va a ser dado de alta.

**Si el paciente no estaba integrado en un programa de mantenimiento con metadona**, debe plantearse cuál va a ser el futuro inmediato del tratamiento sustitutivo durante su estancia hospitalaria:

- La **desintoxicación** debe comenzarse cuando el paciente haya superado el estado crítico de su patología orgánica. Se procederá a la reducción gradual de un 10-20% de dosis total/día.

## Ingreso hospitalario por patología orgánica

Retirar en primer lugar la dosis del mediodía; luego, la de la mañana y, por último, la de la noche. Si procede, prescribir ansiolíticos e hipnóticos como coadyuvantes. Evitar, siempre que sea posible, benzodiazepinas de vida media corta (Ej.: flunitracepan).

La mayoría de los pacientes completan el proceso de desintoxicación en 7-10 días, si bien pueden persistir síntomas leves de abstinencia algunos días después de la última dosis. La desintoxicación puede también realizarse con clonidina o guanfacina si no lo contraindica la patología de base y siempre bajo control de constantes.

- Aquellos pacientes que expresen su interés en no ser desintoxicados y **deseen recibir el tratamiento de mantenimiento durante toda su estancia** en el hospital deben ser advertidos que éste será suspendido con el alta, y que deberán solicitar ingreso en un programa de mantenimiento ambulatorio.

Es aconsejable realizar controles sistemáticos de drogas en orina durante la estancia en el hospital: al ingreso, al cuarto día y cada tres días. El control de drogas en orina se hace imprescindible cuando se sospecha que el consumo está interfiriendo en la evolución clínica del paciente.

### **Si el paciente ingresa para intervención quirúrgica, actuar según igual pauta, y además:**

- Tener en cuenta el mayor riesgo de hipotensión perianestésica.
- Para cubrir las necesidades analgésicas del paciente puede aumentarse la dosis de metadona o bien acortar el intervalo entre las mismas. Si es preciso puede utilizarse la morfina en una situación puntual.
- Vigilar en el postoperatorio la aparición de ileo paralítico: descartar un exceso de opioides o autoadministración de heroína no controlada.

**Al alta, orientar al paciente para que acuda a un centro que pueda ofrecerle una alternativa terapéutica a su drogodependencia (centro de salud, equipo de salud mental, centro específico de toxicomanías...).**

### *RECORDAR QUE:*

Por la elevada prevalencia de marcadores en este grupo, toda persona usuaria de drogas por vía parenteral con marcadores desconocidos debe manejarse clínicamente como si fuera anti-VIH/VHB positivo.

# 8

## Embarazo

### Consideraciones generales

#### Adoptar un calendario de citas frecuentes.

En la primera visita informar a la gestante y a su familia de los peligros que para ella y para el feto suponen el consumo de drogas (no olvidar citar alcohol y tabaco), la infección por VIH y la falta de asistencia obstétrica.

**Preguntar explícitamente por el consumo de cocaína.** La adicción a la misma durante la gestación conlleva muchos más problemas obstétricos que a la heroína. Se ha descrito mayor incidencia de desprendimiento de placenta, muerte fetal intraútero y rotura uterina.

#### Considerar el embarazo como de alto riesgo. Preferentemente, debe ser atendida por un equipo especializado.

Además de hacer la historia ginecológica, actuar según la FICHA 2 (No realizar Rx de tórax en el primer trimestre)

#### Se aconseja realizar la inmunoprofilaxis antitetánica:

- Si no ha sido vacunada correctamente, poner una dosis de toxoide según secuencia 0,1 mes y la última dosis un mes antes del parto.
- Si ha sido vacunada hace más de 5 años, poner dosis de recuerdo dos semanas antes del parto.
- Si presenta abscesos subcutáneos, se pondrán con la primera dosis 500 cc de gammaglobulina específica (pinchando en sitios diferentes y con distinta jeringuilla).

### Controles durante la gestación

Examen sistemático de genitales externos (las mujeres con anticuerpos anti-VIH con infección por papilomavirus humano (condilomas) tienen más riesgo de sufrir cáncer genital).

Citología cervico-vaginal (para descartar la degeneración neoplásica de las pacientes con infección por papilomavirus humano).

Colposcopia.

Estudio completo de enfermedades de transmisión sexual (Gonococo, Clamidias, Sífilis, etc).

En madres VIH positivo debe considerarse el feto como no infectado y evitar todas las maniobras que aumenten el riesgo de contaminación fetal. Evitar la biopsia corial, la amniocentesis y la cordocentesis.

### Evaluación sistemática del estado serológico

#### Realizar anti-VIH urgente:

- En caso de ser positivo:
  - Si han transcurrido menos de 12 semanas de embarazo, informarle sobre la posibilidad de aborto terapéutico.
  - Si ha transcurrido más tiempo, hacer antígeno VIH y cuantificar CD4. Según investigaciones recientes la transmisión madre-hijo se incrementa cuando el número de CD4 es menor de 700/mm<sup>3</sup>
- En caso de ser negativo repetir en el tercer trimestre.

#### Valorar marcadores de hepatitis B y C, y actuar según FICHA 4.

Realizar además serología de :

- Toxoplasmosis:
  - En los seropositivos valorar los títulos.
  - En los seronegativos repetir en el tercer trimestre.
  - Si hay seroconversión, realizar el tratamiento apropiado.
- Rubeola:
  - En los seropositivos valorar infección reciente o antigua.
  - En los seronegativos repetir solo si hay contacto o clínica.
- CMV, VEB:
  - En los positivos valorar los títulos.
  - En los negativos repetir en el tercer trimestre.

## Embarazo

### Tratamiento de su drogodependencia

- Sfilis:
  - Si la serología treponémica es positiva, tratar según pautas convencionales.
  - Si es negativa repetir VDRL en cada trimestre.
  - Las pruebas reagínicas pueden dar resultado falso-positivo; Deben confirmarse siempre con las pruebas treponémicas.

**Como norma general, no debe intentarse la desintoxicación durante el embarazo. Lo más adecuado es incluir a la paciente en un programa de MANTENIMIENTO CON METADONA (PMM). Esto además de contribuir a mantener alejada a la embarazada del uso de heroína y de la vía paraentel, facilitará el seguimiento del embarazo hasta el parto.**

Se calcula la dosis según la evidencia de sintomatología del síndrome de abstinencia y/o sobredosis, según la dosis de heroína previa y según el peso de la paciente.

Pauta aproximada:

- Iniciar con 10-20 mg de metadona oral y observar si aparecen síntomas de abstinencia.
- Si aparecen, puede darse una dosis adicional de 5-10 mg.
- La dosis inicial no debe superar los 30 mg.
- La dosis total/día no debe exceder de 40 mg (a no ser que exista historia documentada de tolerancia a más de 40 mg de metadona/día).
- Después de estabilizada la dosis (aproximadamente 24 horas) el mantenimiento se realiza administrando 1 dosis por la mañana.

En determinados casos en los que:

- exista historia toxicológica de corta duración
- “ buen soporte familiar y social
- “ motivación de la gestante y
- “ no exista patología asociada,

se puede intentar una DESINTOXICACION LENTA CON METADONA.

Está indicada entre las 12 y 24 semanas de gestación.  
Nunca se realizará en el primer trimestre ni en el tercero.  
Se realizará preferentemente en medio hospitalario.

Pauta:

Una vez estabilizada la dosis, se reducirá aproximadamente 5 mg cada semana si está ingresada en un hospital.

Si se hace desintoxicación lenta ambulatoria reducir progresivamente 5 mg cada dos semanas o 1 mg cada 2-3 días.

### Tratamiento de la infección por VIH en la embarazada

Si la paciente tiene criterios de Sida o  $< 400$  linfocitos  $CD4/mm^3$  puede administrarse zidovudina (AZT), a partir del tercer mes del embarazo ( aunque no existen datos concluyentes de teratogenicidad).

- Si es PPD positiva, debe efectuarse quimioprofilaxis con isoniacida. Ver Ficha 6.
- Si tiene menos de  $200$  linfocitos  $CD4/mm^3$  debe efectuarse profilaxis primaria para *P. Carinii* con pentamidina inhalada mensual.

**Aproveche los contactos durante el embarazo para insistir en el abandono de las prácticas de riesgo. Ver FICHA 1.**

## Parto y puerperio

**Considerar que en muchos casos es la primera toma de contacto con el sistema sanitario.**

**Probablemente será un parto problemático. Debe ser considerado parto de alto riesgo.**

**Las complicaciones relacionadas con el consumo activo de heroína que con mayor frecuencia se presentan son:**

- Hemorragia vía vaginal (desprendimiento precoz de placenta normalmente inserta).
- Presentaciones anómalas.
- Corioamnionitis.
- Parto prematuro.
- Bajo peso para la edad gestacional
- Repercusiones somatotrópicas:
  - < peso
  - < talla
  - < perímetro cefálico

**Las complicaciones más frecuentes relacionadas con el consumo de cocaína son:**

- Placenta previa.
- Riesgo de accidente vascular cerebral en el postparto.

En muchos casos las pacientes no son consumidoras exclusivas de una droga; es frecuente el uso concomitante de distintas sustancias: alcohol, opiáceos, cocaína u otros estimulantes ...Es frecuente además la presencia de patología relacionada con la práctica de la prostitución.

### Evaluación de la drogodependencia

**Realizar la historia toxicológica detallada sobre el uso de sustancias durante el embarazo y las semanas anteriores al parto:**

- Uso de alcohol, hipnosedantes, cocaína u otras sustancias.
- Frecuencia y dosis en la última semana y horas transcurridas desde la/s última/s dosis. Si se detecta uso diario o signos de abstinencia de heroína, seguir la pauta de sustitución con metadona. Ver FICHA 7.

Recordar que la metadona debe usarse vía oral y, si no es posible, utilizar la vía subcutánea (nunca I.V.), cada 8 horas, pasando a oral tan pronto como sea posible.

### Asistencia al parto

**Deben extremarse las precauciones para:**

- Evitar infección fetal (debe considerarse al feto como no infectado por VIH).  
Deben evitarse:
  - Microtomas de Saling (gasometrías).
  - Utilización de vacuum extractor.
  - Punciones sin haber limpiado de secreciones y sangre al recién nacido (medicación intramuscular con vit.k, punciones en el talón para gasometrías, etc).
- Evitar la exposición al VIH del personal sanitario:
  - No se aconseja efectuar la anestesia locoregional por vía vaginal pudenda y paracervical (se puede efectuar la raquídea).
  - Debe utilizarse protección ocular (gafas) ya que son frecuentes las salpicaduras de sangre durante el parto.

**Monitorizar rigurosamente a la paciente y prestarle apoyo psicológico por la ansiedad que supone esta situación.**

Ante la sospecha de parto prematuro realizar estudio de madurez fetal para diferenciarlo de un crecimiento intrauterino retardado.

- Si se confirma amenaza de parto prematuro con feto vivo y membranas íntegras procede inhibir las contracciones uterinas, habiendo descartado la presencia de cardiopatía en la madre.
- Si presenta herpes genital, está indicada la cesárea cuando la bolsa de aguas lleva rota menos de cuatro horas. Si lleva más tiempo, el parto debe terminar por vía vaginal.
- Si el recién nacido va a ser entregado a la adopción, inducir el expulsivo bajo anestesia general y separar al niño de la madre en el momento de parto.
- Si el recién nacido va a permanecer con la madre, el contacto madre-hijo debe ser inmediato.

## Parto y puerperio

### Postparto inmediato

**No se aconseja la desintoxicación inmediata. Debe mantenerse a la paciente con metadona un mínimo de 3 meses.**

Cuando el terapeuta lo considere oportuno planteará a la paciente la desintoxicación mediante reducción progresiva de las dosis de metadona.

Pauta orientativa:

- Reducir 5 mg cada semana si permanece ingresada.
- Reducir 5 mg cada 1 ó 2 semanas, si se hace ambulatoriamente.

Realizar cuidadoso control clínico por la mayor frecuencia de atonías uterinas.

A partir de las 24-48 horas el obstetra, el pediatra y el profesional que haga la interconsulta de toxicomanías planteará una estrategia global encaminada a:

- Motivar a la madre para que se haga cargo de su hijo.
- Evaluar la posibilidad de que si la madre no cumple con las consultas o revisiones establecidas por el pediatra, pueda ponerse el hecho en conocimiento del juez por si fuera constitutivo de un delito contra el derecho constitucional a la integridad física del niño.

Si la paciente presenta serología positiva frente al VHB, VHC, VIH, ver FICHAS 4 y 5.

### Lactancia materna

**No debe realizarse cuando:**

- **La paciente es consumidora activa, aunque sea VIH negativa.**
- **Presenta serologías positivas al VIH ó VHB (si se desconoce el estado serológico, debe esperarse a los resultados).**

**RECORDAR QUE:**

- **Si la madre está en mantenimiento con metadona de forma estable y no presenta ninguna de las contraindicaciones anteriores, se debe recomendar la lactancia materna.**
- **La dependencia de drogas es un proceso crónico; el contacto con sistema sanitario en el momento del parto debe ser aprovechado para aconsejarle sobre el abandono de aquellas prácticas de mayor riesgo. Ver FICHA 1.**

## Evaluación del estado serológico

**Si la madre ha sido supervisada** durante el embarazo y tiene realizadas las pruebas serológicas, hacer las determinaciones pertinentes en el recién nacido según los resultados maternos.

**Si la madre no ha sido supervisada**, hacer las TORCHS (toxoplasma, rubeola, citomegalovirus, herpes, IgG, IgM) así como inmunoglobulinas totales, VDRL, FTAlG, FTAlGM, HBSAg, anti-HBc, anti-HBs, anti-VHC y anti-VIH. Actuar según resultados obtenidos. Ver FICHAS 4, 5 y 8.

**Siempre, e independientemente del estado serológico de la madre y de los resultados en cordón, se recomienda iniciar en el recién nacido inmunoprofilaxis mixta frente al virus de la hepatitis B.**

Pauta:

- 0,5 ml. de gammaglobulina específica en la zona anterolateral del muslo más primera dosis de vacuna DNA recombinante en el otro, en las primeras 12 horas de vida.
- Completar el calendario vacunal al mes y a los 6 meses.  
En el control rutinario del niño a los 6 meses conviene realizar el HBsAg. Si es positivo, vigilancia clínica periódica. Puede obviarse la tercera dosis de vacuna.

*Recordar que:*

- La HBIG no interfiere con las vacunas de los 2-3 meses (polio oral, DTP).

Si el niño es hijo de madre anti-VIH positivo, debe hacerse serología en cordón (anticuerpos y si es posible antígeno) y entrar en un programa de seguimiento madre-hijo.

No debe vacunarse con BCG y durante los dos primeros años seguirá un calendario habitual de vacunación.

**En los niños VIH(+), debe utilizarse la vacuna antipoliomielítica tipo SALK, para evitar así el peligro de diseminación en personas de su ámbito familiar, en muchas ocasiones con problemas de inmunosupresión. Además se recomienda en estos niños la vacunación frente al neumococo y haemophilus tipo B.**

## Evaluación y control del síndrome de abstinencia

**Si la mujer ha seguido durante el embarazo un tratamiento con metadona, puede aparecer en el niño un síndrome de abstinencia más tardío y duradero que en el caso de la heroína. Vigilar su aparición** (habitualmente aparece a las 0-24 horas/heroína, 24-72 horas/metadona).

- No molestar al niño con exploraciones o maniobras innecesarias, evitando en lo posible estímulos táctiles, luminosos ...
- Si el niño presenta gran irritabilidad, vómitos, diarrea importante y alteraciones del sueño o de la temperatura, está indicada la utilización de tratamiento sedante.
  - fenobarbital: Dosis inicial 10-20 mg/kg, oral o I.M.  
Dosis de mantenimiento: 3-5 mg/kg/día en dos dosis.  
Realizar determinaciones periódicas de niveles plasmáticos de fenobarbital.
  - clorpromacina: 1,5-3 mg/kg/día, oral o I.M., en 4 dosis.

Se prefiere la administración de clorpromacina cuando los síntomas son debidos a la metadona y cuando predominan los síntomas digestivos.

- Si existieran signos de infección durante el parto, iniciar tratamiento antibiótico desde las primeras horas de vida (la infección es muy frecuente en estos niños).
- Mantener en observación al niño durante un período que dependerá de su evolución clínica. Si el recién nacido es a término y asintomático, debe permanecer con la madre si ésta se va a hacer cargo de él.

**RECORDAR QUE:**

**En estos niños es 10-30 veces más frecuente de lo habitual la denominada "muerte súbita del lactante"; por ello se debe prestar especial atención a los cuidados postnatales en el domicilio.**



# 11

## Teléfonos de interés sobre drogodependencias, sida y otras enfermedades infecciosas<sup>1</sup>

### ANDALUCIA

Comisionado para la Droga de la Junta de Andalucía/Sevilla	95/492.53.79
Programa de SIDA. Servicio de Vigilancia Epidemiológica/Sevilla	95/445.99.99 Ext. 4231
Programa de SIDA/Sevilla	95/421.16.02

### ARAGON

Plan Autonómico de Drogodependencias/Zaragoza	976/44.20.22 Ext.267
Programa de SIDA. Servicio de Vigilancia Epidemiológica/Zaragoza	976/22.43.00 Ext. 2336

### ASTURIAS

Oficina de Coordinación del Plan Regional de Toxicomanías/Oviedo	98/520.32.66
Programa de SIDA. Servicio de Planificación Sanitaria/Oviedo	98/528.08.50 Ext. 216
Programa de SIDA. Servicio de Vigilancia Epidemiológica/Oviedo	98/528.08.50 Ext. 214

### BALEARES

Plan Autonómico sobre Drogas/Palma de Mallorca	971/72.64.46 971/72.29.00 Ext. 245
Plan Autonómico de SIDA/Palma de Mallorca	971/72.29.00 Ext. 241
Servicio de Vigilancia Epidemiológica/Palma de Mallorca	971/72.29.00 Ext. 229,223

### CANARIAS

Dirección General de Atención a las Drogodependencias/S. Cruz de Tenerife	922/24.15.66 922/24.15.67
Dirección General de Atención a las Drogodependencias/Las Palmas	928/45.22.87
Programa de SIDA/S. Cruz de Tenerife	922/21.14.25 922/20.06.60
Programa de SIDA/Las Palmas	928/45.23.32

### CANTABRIA

Plan Regional sobre Drogas/Santander	942/36.40.30
Plan Regional sobre SIDA/Santander	942/21.17.04

### CASTILLA LA MANCHA

Plan Regional de Drogas/Toledo	925/26.72.00 925/26.72.67
Programa Regional de SIDA/Toledo	925/80.47.00 Ext. 40
Servicio de Vigilancia Epidemiológica/Toledo	925/26.72.00 925/26.72.11

### CASTILLA Y LEON

Plan Autonómico sobre Drogas/Valladolid	983/34.38.99 Ext. 115,116 181,207
---	---

Plan Autonómico de SIDA/Valladolid	983/34.38.99 Ext. 142-143
Sección de Epidemiología/Avila	918/35.50.73
Burgos	947/28.01.00
León	987/25.15.12
Palencia	988/74.91.00
Salamanca	923/29.60.22
Segovia	911/41.71.48
Soria	975/22.41.51
Valladolid	983/25.07.00
Zamora	988/52.35.71

### CATALUÑA

Organo Técnico de Drogodependencias/Barcelona	93/339.11.11
Programa Social de Drogodependencias/Barcelona	93/490.00.78
Programa para la Prevención y el Control del SIDA/Barcelona	900/21.22.22 93/339.87.56
Programa Social del SIDA/Barcelona	93/490.00.78
Programa de Vacunación Antihepatitis B/Barcelona	93/226.70.00
Servicio de Vigilancia Epidemiológica/Barcelona	93/226.70.00
Programa de Prevención y Control de Enfermedades de Transmisión Sexual/Barcelona	93/226.70.00

### EXTREMADURA

Plan Autonómico sobre Drogas/Cáceres	927/22.97.08
Plan Autonómico sobre Drogas/Badajoz	924/38.13.48
Servicio de Vigilancia Epidemiológica/Cáceres	927/22.97.08
Servicio de Vigilancia Epidemiológica/Badajoz	924/28.45.11

### GALICIA

Plan Autonómico sobre Drogodependencias/Santiago de Compostela	981/56.60.00 Ext. 2897
Plan Autonómico de SIDA/Santiago de Compostela	981/56.60.00 Ext.2062,2721
Servicio Vigilancia Epidemiológica/La Coruña	981/26.26.62
Servicio Vigilancia Epidemiológica/Lugo	982/24.16.12
Servicio Vigilancia Epidemiológica/Orense	988/22.25.50
Servicio Vigilancia Epidemiológica/Pontevedra	986/85.03.50-4

### MADRID

Plan Regional sobre Drogas/Madrid	91/553.64.06-7 91/554.07.07
Programa de Vigilancia Epidemiología y Educación Sanitaria sobre el SIDA/Madrid	91/586.70.19 91/586.72.41
Servicio de Vigilancia Epidemiológica/Madrid	91/586.70.86

## Teléfonos de interés sobre drogodependencias, sida y otras enfermedades infecciosas

### MURCIA

Plan Autonómico sobre Drogas/Murcia	968/36.22.48
Plan Autonómico de SIDA/Murcia	968/25.69.00 Ext.2254,2261
Servicio de Vigilancia Epidemiológica/Murcia	968/24.20.39 Ext. 1566

### NAVARRA

Dirección Técnica del Plan Foral de Drogodependencias/Pamplona	948/10.35.30
Coordinación Programa SIDA/Pamplona	948/10.35.30
Sección de Vigilancia Epidemiológica/Pamplona	948/24.53.00

### PAIS VASCO

Coordinación General de Drogodependencias/Vitoria	945/18.81.04
Plan de Prevención y Control del SIDA/San Sebastián	943/28.27.09 943/28.26.66
Hospital Civil de Basurto. Unidad de Enfermedades Infecciosas/Vizcaya	94/441.87.00
Hospital Txagorritxu. Medicina Interna/Vitoria	945/24.26.00
Hospital Ntra. Sra. de Aránzazu. Unidad de Enfermedades Infecciosas/San Sebastián	943/453.80.00

### LA RIOJA

Plan Autonómico de Drogas/Logroño	941/29.11.00 Ext. 5026
Plan Autonómico del SIDA/Logroño	941/29.11.00 Ext. 5100
Servicio de Vigilancia Epidemiológica/Logroño	941/29.12.54

### VALENCIA

Dirección General de Atención y Prevención de las Drogodependencias/Valencia	96/392.03.00 96/392.08.09
Plan Autonómico de SIDA/Valencia	96/386.92.41

## OTROS TELEFONOS INFORMATIVOS<sup>2</sup>

### ANDALUCIA

Servicio de Información Telefónica del Comisionado para la Droga/Sevilla	900/20.05.14
Información sobre SIDA/Sevilla	95/421.47.80

### ARAGON

Información sobre Drogodependencias y SIDA/Zaragoza	976/43.99.88
---	--------------

### ASTURIAS

Centro de Información y Orientación sobre SIDA/Oviedo	98/523.07.50
Centro de Información y Orientación sobre SIDA/Gijón	98/534.20.05

### BALEARES

Servicio de información y prevención del abuso de drogas/Palma de Mallorca	971/17.37.43
--	--------------

### CANARIAS

Información sobre SIDA/S. Cruz de Tenerife	922/27.93.97
Información sobre SIDA/Las Palmas	928/27.93.97
Teléfono 24 horas de Información y Orientación sobre Drogodependencias/S. Cruz de Tenerife	922/28.88.88
Teléfono 24 horas de Información y Orientación sobre Drogodependencias/Las Palmas	928/29.02.22

### CASTILLA LA MANCHA

Información sobre SIDA/Toledo	924/81.56.11
-------------------------------	--------------

### CATALUÑA

Servicio de Información y Acogida Permanente/Barcelona	93/412.04.12
Centro de Información y Asesoramiento para la Reinserción de Drogodependientes/Barcelona	93/280.61.02

### GALICIA

Información sobre Drogodependencias y SIDA/Santiago de Compostela	981/56.11.70
---	--------------

### MADRID

Información sobre Drogodependencias (24 horas)/Madrid	900/10.03.37
Centro de Sandoval. Información sobre SIDA/Madrid	91/445.23.28
Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD)/Madrid	900/16.15.15

### MURCIA

Teléfono de Información sobre SIDA/Murcia	968/23.51.41
---	--------------

### NAVARRA

Información sobre drogodependencias/Pamplona	948/23.15.12
--	--------------

### PAIS VASCO

Información sobre SIDA/San Sebastián	943/28.26.66
--------------------------------------	--------------

### VALENCIA

Servicio Telefónico de 24 horas de prevención y atención en drogodependencias	900/15.15.15
Centro de Información y Prevención del SIDA/Valencia	96/362.40.69
Centro de Información y Prevención del SIDA/Alicante	96/524.05.63
Centro de Información y Prevención del SIDA/Castellón	964/23.99.22
Centro de Información y Prevención del SIDA/Alcoy	96/552.94.76

*NOTA: Debido a la frecuencia con que se producen variaciones en los números de teléfonos, estos listados tienen una validez limitada. En caso de modificaciones en los números que se indican, se aconseja contactar con las Oficinas de Coordinación de los Planes Autonómicos de Drogodependencias.*

*1 Relación de teléfonos institucionales proporcionados por los Planes Autonómicos de Drogodependencias donde los profesionales pueden realizar consultas específicas sobre toxicomanías, SIDA y otras patologías de elevada prevalencia entre los UDVP.*

*2 Relación de servicios telefónicos de información al público sobre drogodependencias y SIDA. Para las C.C. AA. que no se incluyen en este listado, la atención al público se realiza en los mismos teléfonos incluidos en el listado anterior (1).*



---

**PLAN NACIONAL  
SOBRE DROGAS**



Delegación del Gobierno para el  
Plan Nacional Sobre Drogas

---