

Atención primaria y SIDA. Aspectos de la infección HIV transmitida por uso de sustancias por vía endovenosa*

Forteza-Rei, J.

Unidad de Desintoxicación. Hospital «Son Dureta»

RESUMEN

Desde la aparición de la epidemia del SIDA, se ha centrado la atención en el virus agente causal y se ha olvidado que cada individuo en particular y cada grupo de riesgo en general viven la infección de un modo distinto y que la aproximación a esta realidad no puede hacerse bajo postulados de laboratorio.

En nuestro país es conocido por todos que los drogadictos son el primer grupo de riesgo de los casos de SIDA notificados, pero al mismo tiempo imperan las actitudes nihilistas de cómo abordar el problema condicionadas por la dificultad que éste supone.

La atención primaria con este colectivo puede y debe jugar un papel de gran importancia.

En los últimos años junto con el envejecimiento de la población heroinómana ha aparecido un cambio de actitud de los terapeutas y la redefinición de sus objetivos; hoy en el debate científico sobre «tratamientos» de las toxicomanías nadie defiende que la única meta a conseguir sea la abstinencia de droga, sino por el contrario, reducir la morbilidad y mortalidad, mientras se llega a ella.

En este contexto la infección por HIV ha incidido de una manera brutal. Si la penetración del virus llegase a un 100% de este colectivo como pronosticaban algunos hace 2-3 años, ¿qué sentido tendrían los esfuerzos para conseguir «abstinentes» portadores y SIDA que podrían haberse evitado?

Cuando se relacionó el

hábito de compartir jeringuillas entre los toxicómanos con el riesgo de contraer la infección, quienes no conocían la personalidad y costumbres de los adictos plantearon la solución: «que dejen de inyectarse». Al no poderse lograr en la gran mayoría de ellos este objetivo (finalista) el desánimo y pesimismo fue la norma.

Entre las conclusiones y recomendaciones de la Reunión de estudio de SIDA en drogadictos de la Oficina Regional de la OMS (octubre 1986) figura:

— Dar prioridad a la infección por HIV en los programas locales, nacionales e internacionales de drogadicción e intentar aumentar la accesibilidad al tratamiento al mismo tiempo que contactar con el máximo número de adictos lo

Correspondencia:

J. Forteza-Rei. Unidad de Desintoxicación. Hospital «Son Dureta». INSALUD. C/ Andrea Doria, 55. 08014 Palma de Mallorca.

más rápidamente posible.

— Estudiar los hábitos y costumbres y métodos más efectivos para educar a los adictos y grupos de riesgo relacionados.

— Dar especial énfasis en la necesidad de cooperación entre la gente interesada en la infección por HIV-SIDA y aquélla comprometida en el tema de la drogadicción.

— No deben denegarse las jeringas y agujas, si bien en cada situación cultural y social deberán estudiarse alternativas.

— Las opiniones sobre el papel de los programas con metadona son divergentes, pero hay acuerdo en flexibilizar su uso.

Nuestro pequeño equipo (un médico adjunto y un residente) de forma espontánea (a partir de mayo de 1985) desde un departamento de Medicina Interna nos propusimos los tres primeros puntos no logrando, ni a nivel autonómico ni central, que se nos autorizase y se nos diesen los recursos para hacer un programa de intercambio de jeringuillas ni de facilitar la metadona (según nuestras informaciones no existe ninguna experiencia al respecto en todo el país).

Desde entonces y posteriormente, apoyados por la creación de la Unidad de Desintoxicación (octubre 86), hemos logrado contactar con, aproximadamente, 700 adictos o ex-adictos (ingresos hospitalarios, apoyo en consulta externa a todos

los centros de tratamientos de drogodependientes, y respuesta a la demanda directa de los adictos). Nuestro instrumento ha sido la entrevista personal cuya primera evaluación presentamos en mayo del 87 en la reunión de SIDA y Toxicomanías patrocinada por el Plan Nacional sobre Drogas.

Los resultados obtenidos apoyaron la hipótesis de la validez de la entrevista en lo que hace referencia al cambio del hábito de intercambiar jeringuillas, constatando la reticencia a la utilización del preservativo en este colectivo, lo que nos motivó a un estudio posterior.

Según los manuales clásicos de farmacología, el adicto a la heroína tiene la libido disminuida y por tanto tiene menos relaciones sexuales. En nuestra experiencia que corrobora lo reportado por otros autores españoles (J.Tor), este efecto queda cuestionado.

En una encuesta realizada en nuestro hospital con adictos con los que conectábamos por diferentes motivos (desintoxicación, patología asociada, asintomáticos) en cuanto al número de parejas ni las veces que se realizaba el acto sexual respecto al grupo control estudiado no se observaron diferencias. Únicamente encontramos diferencias en la menor utilización del preservativo en los adictos.

La determinación del HIV en este grupo y sus

consecuencias. Aspectos diferenciales.

*** Ex-ADVP y antiguos usuarios.**

El mito que hay entre la población (que también incluye a una buena parte de los profesionales sanitarios) de que el adicto no se rehabilita jamás, se derrumba cuando a raíz de la epidemia del HIV una cierta población que en alguna época de su vida utilizó heroína o que lleva 2, 3 o más años abstinerente, contacta con el sistema sanitario para practicarse el test o por presentar síntomas mientras que de otra forma no lo hubiese hecho.

El impacto psicológico que causa conocerse portador a un individuo que cree haber superado, tras no pocos esfuerzos, su dependencia, suele ser muy intenso y de difícil asimilación. La negación no es infrecuente y la soledad ante esta vivencia suele ser la norma. Estos pacientes requieren un apoyo individualizado que difícilmente se puede integrar con grupos de autoayuda o apoyo.

*** Pacientes en programas terapéuticos.**

Es discutido si al inicio de un proyecto terapéutico es el momento más idóneo para practicar el test si el individuo no conoce ya su resultado.

La motivación podría disminuir con la idea fatalista de «total para qué». Nuestra opinión es que dada la elevada prevalencia de

seropositivos debe incluirse necesariamente en alguna fase del programa dependiendo de la individualización de cada caso.

La actitud que creemos mejor es reforzar la abstinencia con la información de que el cambiar a hábitos más saludables reduce el riesgo de evolución a SIDA.

* Adictos en activo.

Un aspecto importante, es en qué momento o en qué condiciones se practica el test: Ingreso en centro penitenciario, hospitalario o en régimen ambulatorio.

Creemos que en cualquiera de las tres situaciones si el consumidor de heroína está tranquilo y en unas condiciones de confidencialidad, es un excelente momento para ofrecer la posibilidad del test junto con los consejos y apoyo pertinente.

En cualquier caso está claro que se debe dar al toxicómano la imagen de que es una decisión suya si quiere seguir inyectándose, pero que si lo hace, mejor con material «limpio».

*El SIDA constituido. El adicto con SIDA.

Lógicamente en las fases terminales de la enfermedad se cambian los hábitos por imposibilidad material de inyectarse, pero en los estudios iniciales plantear a un enfermo con SIDA «que se busque la vida» no deja

de ser éticamente reprochable. En estas circunstancias se le debería ofrecer la posibilidad de entrar en un Programa de Metadona al que debería tener un rápido acceso.

Por otra parte, no debemos olvidar que en este sector social, a diferencia de otros colectivos no existen grupos de autoayuda y que representan además el sector más marginal de la sociedad.

¿Cuál es el papel de la A. Primaria?

Puede extrañar que desde un hospital y más concretamente un equipo formado básicamente por internista sugiera y opine sobre qué podría hacerse desde la atención primaria. Nuestra experiencia nos ha enseñado que el portador o individuo con prácticas de riesgo, actualmente o en el pasado, precisa más de contacto personal y de apoyo que analíticas sofisticadas, lo que hace que sea perfectamente abordable a nivel primario. Las experiencias a nivel piloto de contacto con los equipos de Atención Primaria nos lo corroboran.

En primer lugar el profesional de Atención Primaria es la persona más indicada para que cuando un toxicómano por vía endovenosa acuda a su consulta por cualquier motivo, plantear las medidas preventivas y el ofrecimiento del test

HIV (evidentemente si el paciente está bajo un síndrome de abstinencia severo probablemente no sea el momento idóneo).

Respecto al polémico tema de si el médico de cabecera puede o debe solitar este análisis, creemos que sólo deben cumplirse las siguientes premisas: a) consentimiento del paciente; b) garantía de confidencialidad, y c) saber qué hacer o a dónde referir al paciente si éste es positivo.

Un aspecto problemático es el individuo con síntomas de sospecha de la enfermedad. Esta situación tras un prudente compás de espera, requerirá en bastantes situaciones remitir a un centro hospitalario u Hospital de Día (experiencia que en algunas grandes ciudades ya se ha iniciado).

Quienes desde el inicio de la epidemia nos hemos visto obligados por la sociedad y por el resto de profesionales a representar el papel de «especialistas del SIDA» debemos evitar caer en el mesianismo de creer que los otros no saben cómo afrontar esta problemática, puesto que al fin y al cabo aunque algunos aún sigan queriendo ignorar la situación, al igual como suele suceder con la drogadicción, la sociedad va dándose cuenta que el «problema» nos compete a todos.

(*) Texto presentado en la II Conferencia de Información Sanitaria sobre el SIDA. Madrid, 26-28 de mayo de 1986.

