

SIDA y Drogadicción

MIGUEL SOLANS

EGÚN datos de la Comisión Nacional sobre SIDA, a 15 de noviembre de 1986 se habían registrado en nuestro país un total de 242 casos de la enfermedad, de los que 147 (60,7 por 100) se relacionan con la administración de drogas por vía parenteral (ADVP), incluyendo seis niños hijos de madres heroinómanas.

A pesar del escaso número de personas afectadas, las características de enfermedad infecciosa, su inicial vinculación a comportamientos culturalmente rechazados, la dificultad para su control y su elevada letalidad han convertido al SIDA en uno de los problemas de salud pública que más aparecen en los medios de comunicación y más preocupan a la población, a los profesionales y a los poderes públicos.

LA PECULIARIDAD DEL SIDA

El SIDA se caracteriza por un conjunto de manifestaciones clínicas derivadas de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Estas manifestaciones clínicas son infecciones oportunistas facilitadas por la inmunodepresión, el sarcoma de Kaposi y otras neoplasias, resultando una letalidad muy elevada, próxima al 60 por 100. En ocasiones, aparece una fase prodrómica, que se caracteriza por pérdida de peso, malestar, fiebre, diarreas, fatiga, linfadenopatía generalizada, astralgias, candidiasis oral y otros signos poco específicos, que pueden durar semanas o meses. Existen también un conjunto de signos y síntomas clínicos denominados Complejo Asociado a SIDA y relacionados con la infección por VIH. En la actualidad no hay un tratamiento satisfactorio de la enfermedad, a pesar de los numerosos esfuerzos realizados.

Se ha aislado el virus en sangre y diversas secreciones (semen, saliva, lágrimas, secreciones vaginales, leche de mujer), por lo que, teóricamente, la vía de transmisión consiste en el contacto de cualquier material infectado con sangre de una persona susceptible de contagio. En nuestro medio, las relaciones sexuales con portadores/as del VIH, la utilización de material inyectable infectado y la transfusión de hemoderivados contaminados son los tres principales factores de riesgo de entrar en contacto con el VIH y, en consecuencia, de contraer la enfermedad en la edad adulta. Otro factor de riesgo menos frecuente es viajar a zonas endémicas de África. Se puede afirmar que la infección no se transmite a través de contactos domésticos o sociales no sexuales, ni por contacto

¹ 1945. Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

con objetos posiblemente contaminados. El VIH se inactiva por el calor, y por algunos desinfectantes comunes, como la lejía.

El período de incubación de la enfermedad puede variar de pocos meses a varios años, siendo distinto según la vía de transmisión. El contacto con el VIH provoca una reacción inmunitaria que se detecta al encontrar anticuerpos frente al virus, pero una serología positiva (VIH+) no significa que se padezca o se vaya a padecer la enfermedad. Hay diversas hipótesis sobre la evolución de los individuos VIH+, pudiendo afirmar que entre un 10-40 por 100 de ellos padecerán la enfermedad en los próximos cinco o diez años, aunque hay grandes diferencias según países y según factores de riesgo. En niños, los dos principales factores de riesgo son recibir hemoderivados contaminados y nacer de una madre enferma de SIDA, o que sea VIH+, o pertenezca a uno de los grupos de riesgo de la edad adulta.

La distribución geográfica del SIDA se produce en torno a las grandes concentraciones urbanas con elevada densidad demográfica y muy afectadas por la crisis económica, el paro —especialmente juvenil—, la crisis del sistema educativo y de cambio de valores.

Las cifras de seropositividad frente al VIH en población ADVP oscilan entre el 40 por 100 y el 80 por 100, según diversos autores, dependiendo de la zona y el momento en que se ha realizado la investigación y el origen de la muestra. Cuanto más años de adicción, mayor porcentaje de ADVP son VIH+. La penetración del virus ha sido progresiva en los últimos años, por lo que los trabajos más recientes muestran cifras de seropositividad cada vez mayores.

El desconocimiento del período de incubación impide definir el período en que la enfermedad es transmisible, por lo que los VIH+ deben someterse a un conjunto de medidas preventivas, que impidan el contagio a otra persona durante un tiempo muy prolongado, que puede durar toda la vida. También deben recibir apoyo psicosocial por la elevada posibilidad de padecer ansiedad, depresión, pérdida del trabajo, dificultades de relación e incluso intentos de suicidio.

La ausencia de tratamiento eficaz, el desconocimiento del período de incubación y de transmisibilidad y las dificultades para elaborar una vacuna hacen que la mayoría de los esfuerzos deban encaminarse a interrumpir la vía de transmisión del virus desde una persona infectada —no necesariamente enferma— a otra susceptible.

En consecuencia, sobre los tres factores de riesgo citados anteriormente —contacto sexual con VIH+, utilización (voluntaria o fortuita) de material inyectable contaminado y transmisión de hemoderivados contaminados— se han desarrollado distintas propuestas preventivas: utilización de condones en las relaciones sexuales; utilización de material inyectable estéril y de un solo uso y su destrucción, una vez

*PROPUESTAS
PREVENTIVAS*

utilizado; control de donantes de sangre; calentamiento de hemoderivados, etcétera.

Concretamente, en el caso de los ADVP, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas propone las siguientes medidas de control:

- Eliminación de la adicción a drogas por vía parenteral.
- Utilización de preservativos en todo ADVP, independientemente de su estado serológico y de sus hábitos sexuales.
- Los ADVP que no puedan abandonar su adicción no deben compartir el material inyectable con ninguna otra persona y aplicar medidas higiénicas de desinfección.

Para ello es preciso un esfuerzo de los profesionales vinculados a la atención a drogadictos para difundir la información adecuada dirigida a modificar los hábitos sexuales y adictivos. Hay que tener en cuenta que la población ADVP es una población con características marginales, de difícil acceso a través de medios de comunicación convencionales y con poco contacto con el sector sanitario, excepto en casos de enfermedad manifiesta.

Debido a que el uso de varias drogas es muy frecuente y a que el número de personas que han utilizado heroína en alguna ocasión supera en mucho el número de los que la utilizan periódicamente, la información sobre la prevención del SIDA no debe reducirse a los ADVP, sino que tiene que llegar a adictos a otras drogas y grupos en riesgo de toxicoddependencia. Merecen especial atención, por su repercusión sobre el conjunto de la población, los/as adictos/as que ejercen la prostitución.

Una iniciativa muy interesante es la existencia de un teléfono que suministre información confidencial sobre el SIDA y su prevención. En las Comunidades Autónomas que lo vienen ofertando desde hace uno o dos años ha demostrado su utilidad para derivar hacia los servicios asistenciales a individuos que no los utilizaban por rechazo o desconocimiento.

Se estima que uno de cada tres ADVP financian su adicción por medios ilegales y sufren detenciones y condenas en prisión, lo que les expone a nuevos riesgos para su salud, como tuberculosis, hepatitis y también SIDA. Es urgente disminuir la prevalencia en las cárceles de las enfermedades que se transmiten por vía parenteral, al utilizar varios internos una misma jeringuilla. Deben ensayarse posibilidades de prevención, tales como facilitar jeringuillas y preservativos y aumentar los programas de tratamiento con metadona en la población reclusa.

Para que las distintas medidas tengan el efecto y amplitud deseados, se precisa también potenciar la adecuada formación de los profesionales, de servicios sanitarios y servicios sociales, en contacto con drogadictos.

Finalmente, hay que intensificar la vigilancia epidemiológica, tanto de los ADVP enfermos de SIDA como de los VIH+ que se conozcan, así como de sus contactos, para aumentar las posibilidades de control de la enfermedad, tanto en relación a su prevención como en relación a su evolución, y a la planificación de los recursos necesarios para la asistencia sanitaria a los enfermos. Debido a la variación de las características epidemiológicas del SIDA, según los factores de riesgo, y a la evolución distinta, según los países, e incluso en zonas de un mismo país, es necesario realizar un seguimiento y evaluación permanentes de la situación en España.

