

Manejo paliativo de pacientes con sida avanzado

W. Astudillo*, J.A. Oteo**,
C. Mendinueta***, E. Astudillo****

(*) *Neurólogo Consultor del Hospital Matía Calvo.*

Médico de Cabecera en el Ambulatorio de Bidebieta La Paz. San Sebastián.

(**) *Servicio de Medicina Interna. Hospital de La Rioja. Logroño.*

(***) *Atención Primaria. Centro de Salud de Hernani. Guipúzcoa.*

(****) *M. Adjunto de Neurocirugía. Hospital Aránzazu. San Sebastián.*

RESUMEN. Los pacientes con SIDA en fase terminal pueden beneficiarse de las diversas técnicas y filosofía del cuidado paliativo de acuerdo a sus especiales características. Se revisa el curso clínico de la enfermedad por el VIH, los síntomas más molestos de la fase final junto con las medidas terapéuticas y profilácticas de las mismas. El enfermo y su familia requieren un apoyo para sobrellevar este mal.

SUMMARY. Patients with AIDS in terminal stages may improve with diverse technics and philosophy of terminal care according to their special features. We review the clinical course of the illness produced by HIV infection, the most bothering symthoms in this stage, the preventive measures and treatment. The patient and his family need a strong support to endure this disease.

(Rev Med Univ Navarra 1994; 39: 46-56).

Correspondencia:

Dr. Wilsonn Astudillo

c/ Bera Bera, 31-1º izda.

20009 SAN SEBASTIAN (Guipúzcoa)

Manejo paliativo de pacientes con SIDA avanzado

Ha transcurrido ya más de una década desde que en junio de 1981 un grupo de médicos describieran los primeros casos de una afección, que posteriormente se denominaría síndrome de inmunodeficiencia adquirida o SIDA (1). El rasgo inmunológico característico del SIDA

es un defecto profundo de la inmunidad celular que conduce al desarrollo de infecciones oportunistas y neoplasias. En este período se han descubierto los retrovirus de la inmunodeficiencia humana (VIH-Q y VIH-2) (2) y se han ido perfeccionando diversas estrategias protectoras para evitar la expansión de esta pandemia. El desarrollo de fármacos que retrasan la progresión de la enfermedad y mejoran la calidad de vida ha abierto nuevas esperanzas para los afectados de este padecimiento (3).

Aunque en un principio la transmisión de VIH seguía pautas claramente diferenciadas según las zonas geográficas y las culturas dominantes, con una mayor afectación entre homosexuales en los EE.UU. y países anglosajones, y de los usuarios de drogas por vía parenteral en los países latinos, en la actualidad la vía de transmisión más frecuente es la heterosexual (4, 5). Si a estos hechos sumamos el aumento del número de casos y las previsiones de futuro, comprenderemos mejor las razones por las que la infección por el VIH se haya convertido en un problema sanitario y social del primer orden.

El presente artículo pretende divulgar las medidas paliativas existentes para mejorar la calidad de vida de los enfermos terminales afectados de SIDA y evitar aquellas actitudes que conducen a una mala atención y a su abandono.

Clasificación e historia natural de la infección por VIH

El cuidado adecuado de una persona con SIDA debe partir de una buena comprensión del variado espectro

de manifestaciones de la enfermedad y su pronóstico, que permita proporcionarle tratamientos específicos para aliviar su sufrimiento (6, 7).

Con fines más didácticos que prácticos se han establecido numerosas clasificaciones de la infección por el VIH, siendo la más utilizada la del Centro de Control de Enfermedades (Centers for Diseases Control) o C.D.C. (8) (Tabla I).

El *estadio I* o infección aguda es definido por el CDC como un síndrome similar a la mononucleosis, con o sin meningitis aséptica, asociado con seroconversión de anticuerpos frente al VIH (8). Se estima que el período de incubación es de 1 a 12 semanas, aunque lo más frecuente es que se produzca entre 2 y 4 semanas. Tiene un comienzo súbito con una duración entre 3 y 14 días y se ha asociado a una amplia gama de síntomas y signos inespecíficos (9) que se resuelven espontáneamente. Los anticuerpos se detectan mediante medios convencionales entre 1 a 12 meses después de la infección, con una mayor frecuencia entre 1 y 3 meses de la misma (10). Este estadio se sigue habitualmente de un período asintomático que viene a durar entre 1 y 10 años (*fase o estadio II*), en el que los pacientes producen anticuerpos (8).

Al *estadio III* se le denomina también linfadenopatía generalizada persistente y se caracteriza por la presencia de dos o más zonas de linfadenopatía extrainguinal (ganglios de más de 1 cm de diámetro) durante un mínimo de 3 meses, no atribuibles a otras causas salvo a la

infección por VIH y que no estén acompañadas de síntomas constitucionales llamativos (8). Aunque en un principio se sugirió la posibilidad de que esta fase III era prodrómica del desarrollo de SIDA, esta cuestión no ha sido confirmada. Un 60-75% de los individuos en los estadios anteriores progresan en los 8-10 años siguientes a la *categoría IV* o SIDA, fase en la que se han descrito numerosas manifestaciones y enfermedades (7, 11, 12). En 1986 se aisló un nuevo retrovirus, distinto al VIH y dos pacientes afectos de SIDA en África Occidental, al que se denominó VIH-2 (13). Hasta el momento, se han descrito más de un millar de sujetos infectados en el mundo, la mayoría africanos (14), siendo muy escasa su prevalencia en España (15). Es necesario añadir que en la última Conferencia Internacional sobre el SIDA celebrada en Amsterdam en julio de 1992, se ha solicitado que la definición de caso de SIDA incluya a mujeres infectadas por el VIH que desarrollan enfermedad inflamatoria pélvica, cáncer genital y formas específicas de vaginitis. Además, la no detección precoz de la infección en estas mujeres, repercute sobre los hijos, especialmente en los países en vías de desarrollo. Así, en Senegal, el 13% de las gestantes están infectadas por el VIH-1 y/o VIH-2 y la OMS considera que para el año 2000 habrá cerca de 10 millones de huérfanos a causa de SIDA.

España, según las últimas estadísticas de 1992, cuenta con 14.533 casos oficiales de SIDA, con una tasa de 373 casos por millón de habitantes y un número indeterminado de portadores del virus que oscila entre los 70.000 y los 100.000, que desarrollarán la enfermedad en los próximos 10 años (16). De éstos, un 67% son adictos a drogas por vía parenteral, el 16% homo-bisexuales, un 6% aproximadamente lo han adquirido por vía heterosexual, el 4% por ser receptores de sangre o hemoderivados, un 2,5% por transmisión materna, y en el resto la vía es desconocida o no consta (16). Es de destacar el gran aumento de casos de SIDA que se está produciendo por la vía heterosexuales. Así, en España hace 10 años esta vía suponía menos de un 1%, y hoy es casi de un 6%. A este respecto las Instituciones Sanitarias, Comités Ciudadanos y todas las personas involucradas en la lucha contra el SIDA deben resaltar en las responsabilidad personal para cambiar los hábitos de conducta a través de grandes campañas de educación sanitaria, no sólo en la mera compasión por los damnificados. Igualmente, se deben conocer las medidas preventivas oportunas para evitar el incremento de la transmisión de la vía sexual. Es necesario insistir que los usuarios de drogas no compartan agujas ni jeringuillas,

Tabla I

SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE LA INFECCIÓN POR EL VIH DE LOS CDC	
CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN
Grupo I	Infección aguda.
Grupo II	Infección asintomática.
Grupo III	Linfadenopatía generalizada persistente.
Grupo IV	Otras enfermedades.
- Subgrupo A	Enfermedad constitucional (p. ej. fiebre, pérdida de peso, diarrea).
- Subgrupo B	Enfermedad neurológica.
- Subgrupo C	Enfermedades infecciosas secundarias.
- Subgrupo D	Cánceres secundarios.
- Subgrupo E	Otras condiciones.

siendo recomendable que la mujer infectada por el VIH no quede embarazada.

Los mensajes y campañas de prevención del SIDA realizados por los medios habituales de comunicación y publicidad, no alcanzan por igual a todos los colectivos de riesgo de homosexuales y drogadictos por lo que es necesario tomar medidas más directas. En Hernani (Guipúzcoa) se llevó a cabo una experiencia piloto formando a 4 heroinómanos como agentes de salud para que se relacionaran con los usuarios de drogas y les dieran información sobre los mecanismos de transmisión del VIH, etc. De esta forma se pudo saber que más de la mitad de los usuarios de drogas no habían estado nunca en contacto con los servicios sanitarios y que el 100% usaban la heroína por vía endovenosa. El cambio de conducta sigue siendo difícil aún en personas aparentemente sanas. El Prof. Darío Pérez considera que: «Una cosa son las intenciones y otra las conductas». Así, después de la campaña «Si da, No da», de cada 100 personas que manifestaron la intención de actuar preventivamente, sólo 23 lo llevaron a la práctica.

Etapas tras el diagnóstico del SIDA

El paciente diagnosticado de SIDA atraviesa las siguientes fases o etapas durante su enfermedad (17):

1) *Etapas temprana*, caracterizada por un diagnóstico reciente de SIDA, con buena respuesta a la terapia activa con antivirales, antifúngicos y antibióticos. El paciente puede recuperar la capacidad de reasumir las actividades cotidianas y su trabajo.

2) *Etapas progresiva*, determinada por la recurrencia episódica de infecciones oportunistas, con un intervalo menor entre cada una de ellas. Durante esta fase la terapia activa producirá alguna mejoría en la salud del paciente, pero con una mayor incidencia de reacciones indeseables. Es frecuente la pérdida de peso gradual y progresiva junto a una fatiga creciente, pudiendo aparecer algunos cambios de conducta debidos a alteraciones neurológicas y mentales. El paciente puede realizar su actividad de forma parcial, en particular si ésta no requiere mucho esfuerzo físico.

3) *Etapas o fase avanzada*, en la que las infecciones son más constantes y tienden a empeorar. La fatiga y la debilidad afectan seriamente las funciones del individuo, y son frecuentes las manifestaciones neurológicas como la demencia o la ceguera. Los tratamientos específicos dejan de ser lo suficientemente útiles, siendo necesaria la utilización de una terapéutica sintomática.

4) *Etapas terminal*. Esta fase no está muy bien delimitada de la anterior pero la situación del paciente ha-

ce que los cuidados vayan dirigidos a proporcionarle el mayor confort posible para su fallecimiento. Es un tiempo para prestar más atención y apoyo continuado a la familia, cuidados que deberán perdurar en el duelo posterior (6).

Manifestaciones clínicas en el SIDA terminal

El amplio abanico de manifestaciones clínicas asociadas al SIDA, hace que por limitaciones de espacio, y por no ser el objetivo fundamental del presente artículo refiramos al lector a excelentes revisiones publicadas sobre el tema (7, 11, 12). En la Tabla II, se señala la sintomatología encontrada más frecuentemente en el SIDA terminal donde hay que destacar que en la fase final aproximadamente la tercera parte de los pacientes tienen clínica de afectación del sistema nervioso central o periférica, cifra que llega a un 75-90% cuando se realizan autopsias (17, 18, 19).

Los pacientes con SIDA terminal presentan habitualmente las siguientes condiciones (6, 19):

a) En su mayoría están recibiendo fármacos profilácticos frente a diferentes infecciones oportunistas, además de antiretrovíricos.

b) Tienen un problema muy importante con su imagen corporal que está alterada por la caquexia, úlceras de decúbito, debilidad, rápido progreso de envejeci-

Tabla II

PROBLEMAS Y SINTOMAS COMUNES EN EL SIDA TERMINAL

- Micosis.
- Odinofagia, disfagia.
- Astenia, anorexia y pérdida de peso.
- Anemia.
- Cefaleas.
- Artralgias.
- Neuropatía dolorosa periférica.
- Disnea.
- Dolor pleurítico.
- Diarrea.
- Dolores cólicos.
- Problemas dentales.
- Ansiedad.
- Ceguera.
- Depresión.

Tabla III

PRECAUCIONES BÁSICAS DE HIGIENE ANTE UN PACIENTE CON SIDA

- Tomarse tiempo para no hacer las cosas deprisa.
- Emplear jeringas y agujas desechables.
- Cubrir las lesiones supurativas, dermatitis y/o eczemas exudativos con apósitos impermeables.
- Desinfectar las heridas con povidona yodada o alcohol al 70-90% cubriéndolas luego con un apósito.
- Lavar inmediatamente cualquier fluido o líquido contaminante con agua y jabón.
- Emplear guantes de goma y mascarilla si hay posibilidad de que salpique sangre, vómitos u otros líquidos corporales.
- Lavarse las manos durante 20 segundos con agua y jabón.
- Evitar riesgos con objetos punzantes y usar recipientes rígidos para su alimentación (nunca se deben reenfundar las agujas).
- Rotular las muestras adecuadamente.
- Usar el autoclave con todo el material reutilizable.
- Eliminar los residuos con una bolsa doble de plástico.

miento (canas, arrugas...) y por la presencia de lesiones dérmicas desfigurantes como el sarcoma de Kaposi y otras tumoraciones y afecciones cutáneas.

c) Hasta un 50% padece deterioro intelectual, a veces con confusión, desorientación afectiva, pérdida de la memoria, ataxia en la marcha, incontinencia de esfínteres, etc.

Medidas generales y educación sanitaria

Según J. Elliot (20), la asistencia a las personas con infección por VIH o SIDA: *«no es difícil si se aplica el sentido común y se emplea tiempo. Requiere un alto nivel de competencia, disposición para aprender y comprender, y el deseo de asistirles con compasión»*.

En la Tabla III, se exponen las precauciones básicas de higiene ante un paciente con SIDA. No es preciso, ni conveniente, el aislamiento rutinario de los pacientes con SIDA a menos que exista un gran riesgo de exposición a fluidos orgánicos (hemorragias profusas, diarreas, heridas abiertas, incontinencia de esfínteres, etc.), tuberculosis pulmonar activa, o riesgo de sobreinfección debida a la inmunodepresión del paciente (21, 22). En estos casos, y siempre que se entre en contacto con sangre u otros fluidos orgánicos, se realicen intervenciones invasivas o si el paciente requiere protección a

causa de su inmunodepresión, el personal que le atiende empleará guantes, bata y mascarillas, incluso gafas u otros artilugios como método de barrera cuando así lo requiera la técnica (23).

El VIH es resistente a los rayos Gamma y ultravioletas, y aunque se destruye eficazmente por la lejía casera (hipoclorito) en solución diluida al 10% (1 parte de lejía en 9 de agua), o pura, el jabón y el agua caliente a más de 70 grados, puede sobrevivir durante períodos más o menos prolongados. Por esta razón todas las superficies que hayan estado en contacto con material clínico o fluidos corporales deben lavarse rápidamente con agua y jabón y descontaminarse con lejía al 1/10 ó 1/100 de acuerdo a la magnitud de la exposición (21, 24).

El equipo de atención al paciente que sea reutilizable y los instrumentos que penetren en el torrente sanguíneo y tejidos se esterilizarán con vapor a presión (autoclave) a 121 grados durante 20 minutos. Los que sean termolábiles y no sean desechables, se mantendrán en glutaraldehído al 2% por 10-30 minutos. Para la limpieza de la vajilla y cubiertos se empleará lejía diluida por 10-30 minutos, o bien sin diluir si existe una lesión sangrante. Estas mismas medidas se utilizarán en el WC. El agua caliente de una lavadora que se mantenga a 60-70 grados durante 30 minutos, es eficaz para la esterilización de la ropa (7, 19, 22, 25, 27).

Según trabajos coordinados por los CDC de Atlanta, una de cada 320 exposiciones percutáneas (pinchazo con aguja) accidentales con pacientes infectados por el VIH provoca la infección en el accidentado, riesgo que es mucho más bajo cuando el accidente no es percutáneo (cuando la sangre o fluidos no atraviesan la piel) (26). Por estos motivos deben tomarse las siguientes precauciones (7, 19, 22, 25, 26):

Enseñar al paciente a cuidarse por sí mismo tanto tiempo como sea posible. Hay que recordarle que en el aseo diario debe usar su propia maquinilla o cuchilla de afeitarse, cepillo de dientes, peine y pañuelos desechables. Se le informará de los mecanismos de transmisión del VIH, de las prácticas de riesgo y de las medidas que debe adoptar para evitar la reinfección y transmisión de la infección.

¿Cuándo debe intervenir la familia? Cuando el paciente sea incapaz de autocuidarse. La asistencia básica consiste en cuidados bucales frecuentes para aliviar el dolor y la dieta blanda si el paciente presenta disfagia. Es impotente procurar darle alimentos sanos y frescos, que la carne esté bien hecha y que la verdura y ensaladas sean bien lavadas y desinfectadas con lejía (1-2 gotas/litro de agua) cuando se ingieran crudas para evitar

la ingestión de quistes de parásitos (25). Se cambiarán las sábanas con frecuencia para que el enfermo se encuentre cómodo tras los períodos de sudoración nocturna. Si tiene heridas o erosiones en la piel, éstas deberán cubrirse con apósitos impermeables (22, 25). El enfermo no debe estar cerca de animales domésticos por riesgo de infección (12). Las mujeres embarazadas o aquellas que no hayan tenido varicela serán excluidas del cuidado del enfermo por el riesgo de transmisión del herpes o citomegalovirus, al igual que los trabajadores con lesiones exudativas (23).

En caso de que se produzca una herida (especialmente si es percutánea) con un objeto potencialmente contaminado con el VIH, se dejará sangrar y rápidamente se lavará con agua y jabón o lejía diluida, desinfectando posteriormente la zona con povidona yodada. Debe buscarse la orientación de un experto por si estuviera indicada la profilaxis contra la hepatitis B o la toma de fármacos antiretrovíricos por el potencial riesgo de contagio (24). De estarlo, se administrará Gamma globulina antihepatitis B por vía I.M. (0,6 ml por kg de peso, 5 cc en adultos y 3 cc en niños) entre las 24 y 48 horas siguientes. En el caso de que este accidente se dé en el entorno sanitario debe comunicarse lo antes posible al Servicio de Medicina Preventiva, Médico de Empresa, o Comité encargado del seguimiento (24). De existir una sospecha, a los 3 meses del pinchazo se hará un estudio de anticuerpos anti-VIH.

Cuando el paciente fallece, se comunicará a los empleados de la funeraria de su posible contagiosidad, para que adopten las medidas de precaución oportunas, que en todo caso deberían ser universales (23), dada la elevada prevalencia de la infección por el VIH (28). El cadáver se debe envolver en un sudario de plástico y el ataúd será de madera (25).

Es importante que el personal que trabaja en relación directa con estos enfermos, bien en su casa o en el Hospital, esté motivado e incentivado de manera adecuada y que cuente con el apoyo del resto del equipo de trabajo, para que sea capaz de superar sus interrogantes y miedo al contagio. Así podrá sublimar mejor el sufrimiento que aprecia en su entorno y proseguir en su servicio.

Manejo de los problemas en el SIDA terminal

Si bien existen algunos problemas que requieren un tratamiento específico, el manejo sintomático de los problemas en el enfermo terminal de SIDA sigue, por lo general, idénticos principios que el cuidado del enfer-

mo canceroso terminal. Al llegar a esta última fase la medicación suele ser puramente sintomática con analgésicos y tranquilizantes. Es fundamental asegurar al paciente que se le va a atender y apoyar, haciéndole sentir que no está solo y que recibirá todos los medicamentos necesarios para aliviar su dolor y demás síntomas molestos (29). Además de esta medicación sintomática, en ocasiones hay que considerar una terapia específica y emplear una profilaxis contra las numerosas complicaciones infecciosas que sufren (candidiasis, neumonía por *Pneumocystis carinii*, infecciones recurrentes por virus herpes, meningitis por *Cryptococcus neoformans*, retinitis por citomegalovirus, etc. Es necesario estar familiarizado con los fármacos utilizados en estos casos, ya que éstos tienen numerosos y, en ocasiones, graves efectos adversos que requerirán en más de una ocasión la consulta con un especialista. Algunos autores como Cole (6) consideran que el manejo de estos problemas está dentro de la capacidad de todos los programas de Cuidados Paliativos existentes y que parece más apropiado añadir nuevos recursos a los existentes, que desarrollar nuevos servicios.

A continuación revisaremos el tratamiento paliativo de algunos de los problemas más frecuentemente asociados al paciente con SIDA terminal.

Trastornos gastrointestinales

Este sistema se afecta muy frecuentemente, y así, es común la aparición de síntomas a nivel orofaríngeo, esofagitis, proctitis, enfermedad perianal, dolor abdominal y diarrea. Su manejo difiere del cáncer en que muchos de estos procesos tienen un tratamiento específico que puede producir un alivio más eficaz que las medidas sintomáticas.

Infecciones bucales

La mucosa bucal es fácilmente lesionada y es un foco ideal para las infecciones sobre todo por *Candida sp.* Para evitar la colonización por este hongo, el cuidado bucal deberá ser regular y realizado por el propio paciente si es posible. El cepillo de dientes debe ser renovado semanalmente. Para su tratamiento se recomienda ketoconazol 200-400 mg/d durante 7-10 días o fluconazol 50 mg/d durante el mismo tiempo. No está indicada, de momento, la profilaxis primaria, recomendándose como profilaxis secundaria los mismos fármacos de forma intermitente (30). Últimamente se prefiere el fluconazol al ketoconazol debido a su mayor eficacia, menor toxicidad y por ser útil para el tratamiento de las infecciones por *Cryptococcus neoformans* (31). La apa-

rición de resistencias a estos antimicóticos puede requerir el manejo parenteral con anfotericina B. Otro problema relativamente frecuente es la aparición de aftas bucales dolorosas que dificultan la alimentación. En este caso ha sido probada la eficacia de la talidomida a dosis de 100 mg/12 h durante 15-30 días (32).

Esofagitis

La disfagia, odinofagia y dolor torácico son síntomas comunes en la esofagitis. En ocasiones el dolor retroesternal puede ser atípico y se describe como de carácter punzante y urente. La causa más común suele ser la infección por *Candida*, pudiendo en ocasiones no estar asociada con enfermedad oral en pacientes tratados. El presentar una candidiasis esofágica es definitivo de SIDA (8). Como tratamiento utilizaremos los mismos fármacos y dosis que en la infección oral (30), añadiendo para el cuidado paliativo antiácidos y anti-H2 u omeprazol cuando se considere necesario, ya que no es infrecuente que exista una esofagitis por reflujo asociada. La combinación de opiáceos, paracetamol y/o AINES a menudo alivia el dolor retroesternal y la odinofagia. En el caso de que el dolor persista hay que sospechar que están implicados otros microorganismos como el virus del herpes simple o el citomegalovirus que requerirán tratamiento específico con Aciclovir 200-400 mg por vía oral, 5 veces al día durante 5-7 días. Si es el citomegalovirus existen indicios de que el fármaco de elección es el Foscarnet por vía IV (30, 33). Se puede usar una sonda nasogástrica para la alimentación en forma transitoria, o permanente, si ella es el único medio de alivio (6, 19).

Proctitis y enfermedad perianal

En pacientes homosexuales son habituales las afecciones del recto y ano como las proctitis, úlceras, fisuras, hemorroides, estrecheces inflamatorias e incluso lesiones malignas. La proctitis típicamente se presenta con dolor anorectal, flujo mucopurulento y/o diarrea. Según Edwards et al. (34) en las 2/3 partes se trata de una proctitis no específica, viéndose implicados en los casos restantes *Chlamydia* y gonococos. Otro microorganismo implicado es el virus herpes simple. Una vez realizadas las pruebas microbiológicas oportunas se pondrá si es posible, un tratamiento específico. En todo caso se tomarán medidas a nivel local y general para el dolor. En ocasiones es necesario usar ablandadores de heces. Otras consideraciones pueden incluir bloqueos nerviosos selectivos, un bloqueo del plexo celíaco, o incluso una colostomía (6).

Diarrea

Es el síntoma más común a nivel digestivo de los pacientes con SIDA, afectando hasta el 50% de ellos (35). Puede ser muy copiosa cuando hay una infección aguda (hasta 8-10 litros al día), se asocia comúnmente a fiebre y aparece con frecuencia en fases avanzadas. Siempre que sea posible trataremos de identificar el microorganismo causal para realizar un tratamiento etiológico, aunque en muchos casos no identificaremos la causa y lo único que haremos es un tratamiento sintomático a base de antidiarréicos como la loperamida (1-4 cápsulas/6 h) o fosfato de codeína (30-120 mg/4 h). También se pueden utilizar los dos tratamientos conjuntamente, poniendo un cuidado escrupuloso de la región anal después de cada deposición. Es recomendable una perfecta limpieza y posterior aplicación de una crema protectora para evitar la irritación (6). Si la diarrea es incontrolable está justificado un tratamiento empírico con antibióticos orales y antiparasitarios (cotrimoxazol, quinolonas, tetraciclinas, metronidazol, etc.) (35), siendo frecuentes las recidivas. En el paciente con enfermedad avanzada no hay lugar para investigaciones ni terapéuticas agresivas, pero es de interés conocer que el *Cryptosporidium* es un protozoo presente en la mayoría de los casos de diarrea persistente, y que no responde a la terapéutica o lo hace parcialmente (30). Otros microorganismos potencialmente tratables son *Salmonella sp.*, *Shigella sp.*, *Campilobacter sp.*, *Clostridium difficile* asociada al uso de antimicrobianos, *Giardia lamblia*, *Microsporidium*, *Mycobacterium tuberculosis* y otras microbacteriosis, *Isospora belli* y la infección por Citomegalovirus.

Infecciones respiratorias

El pulmón es el principal órgano diana para muchas infecciones que complican el SIDA avanzado. En España la tuberculosis es una de las enfermedades más prevalentes entre los afectados por el SIDA (36). Por otro lado la neumonía por *Pneumocystis carinii* la infección oportunista más común es, a su vez, la causa más frecuente de definición de SIDA en nuestro medio (16). Ocurre en el 80% de los enfermos en el curso de la enfermedad. Además del tratamiento específico de éstas y otras afecciones que pueden afectar al pulmón, se tendrán en cuenta las medidas profilácticas primarias y secundarias específicas para cada una de ellas, la necesidad de fisioterapia respiratoria, estímulos para toser y drenaje postural. Se evitará la intubación en fases finales.

Pérdida de peso

El enfermo terminal de SIDA frecuentemente aqueja este signo como resultado de un múltiple abanico de causas. Para evitarlo se estimulará al paciente a comer lo que le guste. Como regla general son bien toleradas las comidas en pequeñas cantidades, que no dejen residuos y sean ricas en contenido calórico y proteínas (37, 38). En ocasiones está indicado el uso de suplementos proteicos.

Dolor

El dolor es un problema muy importante en el SIDA avanzado siendo entre moderado a severo en la mayoría de los casos. Este dolor aparece como cefaleas (toxoplasmosis, linfoma cerebral, meningitis criptocócica, absceso, etc.), artralgias, neuropatía periférica, neuralgia post-herpética, úlcera de decúbito, y de otras localizaciones relacionadas con los múltiples procesos que afectan a estos pacientes (19, 29). En una revisión de Shofferman (39) realizada sobre 100 pacientes admitidos en el AIDS Home Care and Hospice Programme en San Francisco, se apreció que 53 pacientes presentaban dolor crónico en relación a 64 problemas significativos. La causa más común de dolor fue la neuropatía periférica sensitivo-motora que se apreció en 19 pacientes, seguida del dolor abdominal en 12, cefaleas en 10, dolor en la piel en 9, dolor orofaríngeo en 4 y dolor torácico en 3. Para aliviar estos síntomas se intentará tratar la causa desencadenante y se utilizarán los analgésicos en forma regular y no a demanda de acuerdo a lo recomendado por la OMS. En el caso de las neuropatías dolorosas son eficaces los derivados tricíclicos y la carbamazepina. Más de la mitad de casos de dolor severo requiere tratamiento con opiáceos. Estos cuadros dolorosos son por lo general difíciles de tratar porque los pacientes son generalmente resistentes a los diferentes analgésicos de uso habitual y por la gran frecuencia de infecciones orofaríngeas que limita la administración oral.

Trastornos neuropsíquicos

Las manifestaciones neurológicas específicas en el paciente infectado por el VIH son muy frecuentes y pueden agravar considerablemente la evolución del proceso (40). Son debidas al conocido neurotropismo del VIH o son secundarias a la inmunosupresión. Revisaremos únicamente algunas de ellas.

Cambios en los estados de ánimo

Existe una amplia gama de trastornos neuropsíquicos

en el paciente infectado por el VIH. Así, la depresión y la ansiedad son muy comunes, y están agravadas por el aislamiento que sufren (en casa y fuera de ella). En ocasiones estos síntomas preceden a un déficit cognitivo muchos meses antes de que se desarrolle (41). En estas circunstancias se han mostrado eficaces la imipramina y la fluoxetina (42, 43), recordando que los pacientes portadores del VIH requieren dosis menores de manera similar a los ancianos (42). Las infecciones oportunistas pueden también causar deterioro intelectual, por lo que es necesario considerar la posibilidad de una toxoplasmosis cerebral, meningitis criptocócica y las encefalitis víricas en general. El tratamiento de la depresión dependerá de su carácter y componentes, pudiéndose utilizar los derivados tricíclicos y tetracíclicos. Los ansiolíticos tipo alprazolam, pueden ser útiles, aunque son un pobre sustituto del apoyo sincero que requieren estos pacientes y es preferible la escucha atenta de sus temores sin que haya que inspirar falsas esperanzas. En lo que se refiere a la utilización de neurolépticos, los pacientes portadores del VIH en fases avanzadas son más sensibles a sus efectos indeseables con numerosas reacciones de tipo cognitivo y físico, y requieren dosis menores (42).

Demencia

En la manifestación más frecuente y una de las más graves de las fases tardías de la infección por VIH y se refiere como Complejo Demencia SIDA. Aproximadamente un tercio de los pacientes con SIDA desarrollan en fases tempranas una encefalopatía subaguda, con lentitud de respuestas tanto en los movimientos, como en el lenguaje, pérdida de memoria, dificultad de concentración, apatía, caracteres parkinsonianos, marcha inestable, retiro social, irritabilidad y labilidad emocional. Esta afección puede evolucionar lenta o rápidamente a una demencia grave difusa en semanas o meses, siendo posible encontrar en ocasiones al paciente con mutismo, apatía, falta de coordinación de los miembros, incontinencia de esfínteres, Babinski, reflejos de grasping y chupeteo y postrado en la cama (6, 18, 19, 40, 41). El manejo de estos trastornos es sintomático y comprende además de los cuidados de enfermería, psicofármacos, y psicoterapia institucional, otras medidas de apoyo personal y familiar. Para la abulia y la apatía, puede emplearse el metilfenidato que se iniciará con 5-10 mg/12 h sin sobrepasar los 40 mg/día (44). Si hay que utilizar un neuroléptico debe emplearse la tioridazina, ya que el resto de las butirofenonas y las fenotiazinas no son bien toleradas por estos pacientes

(41). En el caso de que existan ideas delirantes persecutorias (hasta un 15% de los casos) (6), se emplearán tioridazina y/o benzodiazepinas de vida media o corta. Deben seguir usándose los fármacos antiretrovíricos (AZT, DDI...).

Una *mielopatía* semejante a una degeneración combinada subaguda, se asocia frecuentemente al complejo demencia SIDA. Puede ser a veces la manifestación cardinal de la enfermedad. El SIDA puede también estar complicado por una afectación de nervios periféricos. Posiblemente algunos de los casos de polineuropatía en estos pacientes se deben a una severa alteración nutricional que caracteriza a las fases avanzadas de la enfermedad y a los efectos de agentes terapéuticos como la vincristina e isoniazida. De las complicaciones focales, la toxoplasmosis cerebral es la más frecuente seguida del linfoma primario del SNC, la leuco-encefalopatía multifocal progresiva y la encefalitis focal.

Uso de corticoides en las últimas fases

El paciente infectado por el VIH frecuentemente presenta alteraciones iónicas (hiponatremia) y signos y síntomas sugestivos de una insuficiencia suprarrenal (45), posibilidad que aumenta por la utilización de fármacos como el ketoconazol y las infecciones por citomegalovirus y micobacterias que pueden causar destrucción de las glándulas suprarrenales (46). Sin embargo, a pesar de la alteración de las pruebas que miden la función suprarrenal (45), pocas veces se llega en la práctica a un diagnóstico certero de esta entidad (46).

Los esteroides son ampliamente utilizados en el tratamiento de pacientes con cáncer terminal para aliviar síntomas como el dolor, disnea, debilidad y anorexia. El objeto de su utilización es la mejoría de su calidad de vida (6, 35, 47). Masud et al. (48), encontraron que con el empleo de 30 mg/día de prednisona en un paciente con TBC diseminada y cuya condición se deterioraba con fiebre y pérdida de peso a pesar de la quimioterapia cuádruple, indujo una respuesta positiva con desaparición de la fiebre y ganancia de peso. Aún así, la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas no recomienda utilizarlos de forma rutinaria en estos casos (49). Cole (6) sugiere el uso diario de 2-4 mg/día de dexametasona en el cuidado de pacientes con SIDA avanzado, sin preocuparse por el riesgo de diseminación de infecciones oportunistas. Este autor considera que con esta dosis se puede apreciar una gran mejoría de la fiebre, sudores, cefaleas y vómitos de la hipertensión endocraneal, dolor músculo-esquelético, visceral y de ori-

gen neuropático. Alrededor del 50% de los pacientes experimentan un incremento del apetito, energía y bienestar, con mejoría de la calidad de vida. El problema es que algunos pacientes experimentan un empeoramiento de la candidiasis oral. También se debe tener precaución en los pacientes con edemas y con Sarcoma de Kaposi (6).

¿Cuándo se deben suspender otros tratamientos?

Muchos pacientes con SIDA en fase avanzada reciben medicación profiláctica contra infecciones oportunistas como imidazoles para la candidiasis y criptococosis, pentamidina y cotrimoxazol para la neumonía por *P. carinii*, sulfadiazina-pirimetamina para la toxoplasmosis cerebral, aciclovir para el herpes simplex, AZT y/o DDI para el propio VIH, etc., con sintomatología pobremente controlada y toxicidad medicamentosa asociada. Aún cuando la meta del tratamiento se haya dirigido al control sintomático y apoyo del paciente, la decisión de suspender el tratamiento profiláctico para las infecciones oportunistas debe realizarse sólo después de una previa discusión en el enfermo. Hay que valorar los posibles beneficios en contra de los efectos adversos y calidad de vida (hablamos del paciente en fase avanzada). En general los pacientes muy cerca de la muerte agradecen una reducción en la medicación, y comprenden que se hace en su beneficio. Según Cole (6), en algunas infecciones, la terapia medicamentosa se ha instituido y continuado a pesar de la escasa o nula mejoría de la sintomatología, y sin que ella aumente la supervivencia.

Por otro lado, el tratamiento y profilaxis de algunas infecciones como la candidiasis y reactivaciones frecuentes del virus herpes deberá continuarse de por vida o hasta que el paciente no sea capaz de tomar medicación oral, dado que la morbilidad es muy alta y su supresión no conduce a una muerte rápida (6, 19). En todo caso de toxicidad importante se valorará su suspensión. Es razonable detener el tratamiento de la retinitis por citomegalovirus cuando la muerte esté cercana, ya que el 50% de los pacientes no desarrollará una retinitis progresiva, reiniciando el tratamiento parenteral en el caso de que ésta no se produzca (6).

La suspensión de los fármacos antiretrovíricos (AZT, DDI, etc.) conlleva a veces un problema importante, porque los pacientes, aún en fase terminal, pueden no desearla, siendo su aceptación una prueba clara de adaptación a su situación final. Hay que plantearse suprimirlos cuando aparezcan mielotoxicidad (anemia)

que requiera transfusiones frecuentes, mialgias, insomnio, cefalea severa o letargia extrema que no respondan al tratamiento sintomático. Otra posibilidad es reducir la dosis de estos fármacos con el objeto de mejorar la tolerancia. Se tendrá en cuenta que ciertos medicamentos como el paracetamol, AINES y morfina aumentan los niveles de AZT, con el riesgo potencial de aumentar su toxicidad (50).

Necesidades especiales de los pacientes con SIDA

Existen numerosos aspectos sociales, económicos, políticos, religiosos y de derechos humanos que acompañan a esta enfermedad tan devastadora como prevenible. Este mal requiere una modificación de comportamientos y un gran esfuerzo universal de comprensión que promueva el respeto a la diversidad del ser humano. Las necesidades individuales varían según los enfermos, y pueden resumirse en general con las siglas de la enfermedad (19):

- A. Aceptación.
- I. Información.
- D. Control de la enfermedad.
- S. Apoyo social y espiritual.

Aceptación e información

Los médicos pueden hacer que el proceso de adaptación y aceptación de la enfermedad sea menos doloroso para sus pacientes. Hay que ser conscientes del problema que supone afrontar el diagnóstico desde el punto de vista emocional, social y psicológico, ayudándoles con todo respeto. El paciente puede y suele desear reconciliarse con sus seres queridos. De la aceptación de éstos va a depender que pueda recuperar su autoestima (25). Un paciente indicaba: *«es importante que los médicos compartan con los afectados un concepto de salud en la que ésta no se defina como longevidad, y que les recuerden que se puede controlar una buena parte de lo que les ocurra, lo que les permitirá alcanzar el bienestar con sus propias acciones y conseguir victorias personales y privadas frente a la enfermedad»* (51).

Apoyo social y espiritual

Por tratarse de una enfermedad contagiosa, de momento incurable y ligada a conductas sexuales o consumo de tóxicos no aceptados socialmente, el profesional debe garantizar la confidencialidad. ¿Qué ocurre en el caso de que haya riesgo para terceros? El médico en estos casos ha de procurar regirse, siempre que pueda,

por el principio general de informar al enfermo y a aquellas personas que él indique, y pedirle, en lo posible, que sea él mismo el que lo haga. El apoyo debe de ser discreto, consciente y confidencial. Los pacientes con frecuencia han perdido su trabajo, se hallan disminuidos físicamente y malnutridos, por lo que requieren ayuda práctica. Puede ser necesaria la intervención de asistentes sociales, psicólogos y otros asesores sanitarios que valoren y resuelvan sus necesidades (52, 53).

En la fase avanzada, el enfermo con SIDA presenta una psicología especial: 1) Sabe que está condenado a morir a corto plazo y su angustia ante la muerte inexorable y próxima es más lúcida, intensa y clarividente. 2) El paciente proviene frecuentemente de un ambiente marcado por la marginación cultural, social y moral. Es consciente del rechazo que produce y se culpabiliza por ello, usando a veces la culpa como un arma contra sí mismo. 3) Como enfermo contagioso es consciente del peligro de rechazo por parte del personal que le asiste, lo que le reduce muchas energías a la hora de aceptarse a sí mismo y a su situación con paz y serenidad. 4) La mayoría de los enfermos están deseosos de ser escuchados, comprendidos y de tener asistencia espiritual, llegando a pedir, en no pocos casos, el consuelo y la ayuda pastoral (54, 55).

Atención a los familiares y personas afines

Se requiere velar por las necesidades de aquellos que están cercanos al paciente y contribuir a la estabilidad emocional de la familia para mejorar la calidad de vida e incluso la supervivencia del afectado. Los familiares y afines se sienten también atrapados por la enfermedad, son los que se quedarán atrás y los que sufrirán numerosos interrogantes (29) como: *«¿He cogido yo también el SIDA? ¿Moriré yo también? ¿Quién me cuidará? ¿Puedo tener otras relaciones?»*. Las parejas de los pacientes pueden sufrir también el estigma de la enfermedad y verse rechazados por los vecinos y compañeros, por lo que requieren apoyo y una válvula de escape para sus miedos y frustraciones (55). Hasta un 20% de las personas más cercanas a un fallecido de SIDA precisan tratamiento por estar sumidas en una profunda depresión. Si no les ayudamos, e ignoramos nuestras responsabilidades, el futuro de estas personas será solitario y muy peligroso. La mejor manera de ayudarles es dedicarles tiempo para que expresen sus dudas, angustias y preocupaciones a la vez se les educa sanitariamente para que no olviden y abandonen las normas higiénicas (21). Es importante hablar especialmente con la madre que

es la que generalmente lleva el peso de la enfermedad, y si es preciso solicitar ayuda especializada de un psicólogo. Los grupos de apoyo son también muy importantes porque les dan una oportunidad para discutir sus problemas, sus sentimientos y compartir sus experiencias.

En resumen, el tipo de asistencia a los enfermos con SIDA no debe reducirse a un conjunto de procedimientos técnicos y a una relación humana escasa y distanciada. El enfermo de SIDA es un ser humano que debe

recibir lo necesario para sobrellevar la enfermedad y la futura muerte, mitigando su sufrimiento con humanidad (56). El enemigo que ha de ser combatido es el SIDA, no quien lo sufre.

¿Ha valido la pena?

Todo vale la pena si el alma no es pequeña.

Fernando Pessoa

BIBLIOGRAFÍA

1. Kaposi's sarcoma and Pneumocystis pneumonia among homosexual men New York City and California. MMWR 1981; 30: 305-308.

2. Barre-Sinoussi F, Chermann JC, Rey F et al. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). Science 1983; 220: 868-871.

3. Fischl MA, Richman DD, Grieco MH et al. The efficacy of zidovudine (AZT) in the treatment of patients with AIDS and AIDS-related complex: a double-blind, placebo-controlled trial. N Engl J Med 1987; 317: 185-191.

4. Clumeck N, Taelman H, Hermans P et al. A cluster of HIV infection among heterosexual people without apparent risk factors. N Engl J Med 1989; 321: 1460-1462.

5. Holmes KK. Variaciones en la epidemiología de la transmisión del VIH. Hospital Practice (ed esp) 1992; 7: 43-55.

6. Cole M. Medical aspects of care for the person with advanced acquired immunodeficiency syndrome (AIDS): A palliative care perspective. Palliative Medicine 1991; 5: 96-11.

7. Delgado A. Manual S.I.D.A. Aspectos médicos y sociales. IDEPSA, Madrid 1988.

8. Centers for Disease Control. Classification system for human T-lymphotropic virus type III/lymphadenopathy associated virus infections. MMWR, 1986; 35: 334-339.

9. Tindall B, Barker S, Donovan B et al. Characterization of the acute clinical illness associated with human immunodeficiency virus infection. Arch Intern Med 1988; 945-949.

10. Phair JP, Wollinsky S. Diagnosis of infection with the human immunodeficiency virus. J Infect Dis 1989; 159: 320-325.

11. Douglas RG. Acquired Immunodeficiency Syndrome. In: Mandell GL, Douglas RG, Bennett JE eds. Principles and Infectious Diseases. 3ed N York, Churchill Livingstone 1990; 1029-1121.

12. Miró JM. Control del paciente infectado por el VIH. En: Gatell JM, Clotet B, Podzamczar D, Miró JM. Guía práctica del SIDA. Taller Gráfico Vila Sala Hnos. Barcelona 1990; 39-40.

13. Clavel F, Guétard D, Brun-Vézinet F et al. Isolation of a new human retrovirus from West African with AIDS. Science 1986; 233: 343-346.

14. De Cock K, Brun-Vézinet F. Epidemiology of HIV-2 infection. AIDS 1989; 3(s): 89-95.

15. Soriano V, Agudo JL, Fernández I et al. Estudio multicéntrico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 2 en España (1990). Med Clin (Barc) 1992; 98: 771-774.

16. Casos de SIDA declarados en España hasta la revisión del segundo trimestre de 1992, según criterios de defini-

ción de casos CDC 1987/OMS/1988. Pub of SEISIDA 1992; 3: 415-421.

17. The Expert Working Group on Integrated Palliative Care for persons with AIDS. Caring together. Summary of a report submitted to Health and Welfare Canada (Dec 1987). J Palliat Care 1988; 4(4): 76-78.

18. Adams R, Victor M. Principles of Neurology. Companion Handbook. N 4th ed N York: Mc Graw Hill Inc 1991.

19. Kaye P. Notes on Symptom control. Connecticut: Hospice ed Essex 1990.

20. Elliot J. Enfermería. En: ABC del SIDA. En: MC Adler, eds ABC del SIDA. 2 ed. Barcelona: Ancora 1988; 44-46.

21. Jeffries DJ. Normas para el control de la infección. En: MC Adler, eds. ABC del SIDA. 2 ed. Barcelona: Ancora 1988; 47-49.

22. Pratt RJ. SIDA. Implicaciones en enfermería. Doyma, Barcelona 1987.

23. Centers for Disease Control. Recommendations for prevention of HIV transmission in health care settings. MMWR 1987; 36(s2): 3-18.

24. Nájera R, De Andrés R. Exposición accidental al VIH (y ID). Pub of SEISIDA 1992; 3: 17-24.

25. Grupo de trabajo Asistencial del plan del SIDA del Servicio Vasco de Salud. La asistencia al paciente con SIDA en atención primaria. JANO 1990; 38: 47-50.

26. Marcus R and the CDC Cooperative Needlestick Surveillance Group. Surveillance of health care workers exposed to blood from patients infected with the human immunodeficiency virus. *N Engl J Med* 1988; 319: 1118-1123.
27. Font CR. Orientación y necesidades del paciente con SIDA. *Pub of SEISIDA* 1992; (3): 379-383.
28. Otero JA, Rosino A, Martínez de Artola V, García D, Casas JM, Acha MV. Utilidad de los distintivos de precaución en el manejo de muestras biológicas en un Servicio de Urgencias. *Enf Infec y Microbiol Clin* 1991; 9: 634-636.
29. Wells RJ. Aspects of Palliative care in Acquired Immune Deficiency Syndrome. *Palliative Medicine* 1987; 1: 49-52.
30. Podzamczar D, Gatell JM. Características de las infecciones oportunistas asociadas al SIDA. *Profilaxis y tratamiento*. *Pub of SEISIDA* 1990; 1: 114-118.
31. Saballs P, Drobic L, Torres JM, Nolla J. Fluconazol en el tratamiento de las infecciones fúngicas oportunistas de los pacientes con SIDA. *Enf Infec y Microbiol Clin* 1991; 9(s1): 99-107.
32. Tercedor J, Ortego N, Ródenas JM, Hernández J. Tratamiento de las aftas recurrentes con talidomida en pacientes con síndrome de la inmunodeficiencia adquirida. *Med Clin (Barc)* 1991; 97:79.
33. Studied of ocular complications of AIDS research group. Mortality in patients with Acquired Immune Deficiency Syndrome treated with either foscarnet o ganciclovir for citomegalovirus retinitis. *N Engl J Med* 1992; 326: 213-220.
34. Edwards P, Wodak A, Cooper A et al. The gastrointestinal manifestations of AIDS. *Aust NZ J Med* 1990; 20: 141-148.
35. Friedman SL. Diarrhoea. *AIDS Knowledge base of San Francisco General Hospital. AIDS Compact Library* 1990; 2(2) Section 5, 10: 1-18.
36. Bouza E, Martín-Scapa C, Bernaldo de Quirós JCL et al. High prevalence of tuberculosis in AIDS patients. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1988; 7: 785-788.
37. Astudillo W, Mendinueta C, Tamés MJ. La alimentación en el enfermo terminal: Consejos dietéticos. *Rev Med Univ Navar* 1992; 37: 31-38.
38. Astudillo W, Mendinueta C, Tamés MJ. Recomendaciones a la familia sobre la alimentación del enfermo terminal 3o. *Curso de Geriatría. Ciudad de San Sebastián. Documentos. Fundación Matía* 1991; pp. 128-131.
39. Schofferman J. Pain: diagnosis and management in the palliative care of AIDS. *J. Palliative Care* 1988; 4: 46-49.
40. Cassuto JP. Manifestaciones neurológicas del VIH. En: Cassuto JP, Pesce A, Quaranta JF eds. *Manual SIDA e infección por VIH. MAS SON S.A. Barcelona* 1991; 123-128.
41. Yuguero JL, Rojo JE. Trastornos psiquiátricos en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. En: Gatell JM, Clotet B, Podzamczar D, Miró JM eds. *Guía Práctica del SIDA. Taller Vila Sala Hnos. Barcelona* 1990; 128-131.
42. Ayuso JL. Uso de psicofármacos en el paciente con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Farmacología del SNC* 1992; 6(3): 94-101.
43. Perkins D, Evans D. Fluoxetine treatment of Depression in patients with HIV infection. *Am J Psychiatry* 1991; 144: 807-808.
44. Fernández F, Levy J et al. Methilfenidate antidepressant effect in HIV. *American Psychiatric Assoc* 144. *Annual Meeting* 1991.
45. Elías C, Oteo JA, Gómez-Cadafanos R et al. Estudio de la función suprarrenal en la infección por VIH. *Enf Infec Microbiol Clin* 1992; 10(2): 83.
46. Grinspoon SK, Bilezikian JP. Current contents: HIV disease and the endocrine system. *N Engl J Med* 1992; 327: 1360-1365.
47. Hanks GW, Trueman T, Twycross RG. Corticosteroids in terminal Cancer. A prospective analysis of current practice. *Post Grad Med J* 1983; 59: 702-706.
48. Masud T, Kemp E. Corticosteroids in treatment of disseminated tuberculosis in patient with HIV infection. *Br Med J* 1988; 296: 464-465.
49. McGowan JE, Chesney PJ, Crossley KB, La Force FM. Guidelines for use of systemic glucocorticosteroids in the management of selected infections. *J Infect Dis* 1992; 165: 1-13.
50. Richman DD, Fisch MA et al. The toxicity of Azidothymidine (AZT) in the treatment of patients with AIDS and AIDS-related complex. A double blind, placebo-controlled trial. *N Engl J Med* 1987; 317: 192-197.
51. Grimshaw J. Ser positivo al VIH. En: MC Adler, eds. *ABC del SIDA. 2 ed Barcelona: Ancora* 1988; 50-51.
52. Gracia D. Los médicos y el SIDA. Problemas éticos de la asistencia médica a los enfermos con SIDA. *JANO* 1989; 36: 93-98.
53. Casas BM. SIDA, confidencialidad y rutina hospitalaria. *JANO* 1991; 41: 11.
54. Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E. Necesidades del enfermo en sus últimos días. *DOLOR* 1992; 7: 15-21.
55. Astudillo W, Mendinueta C. La asistencia médica en el dolor relacionado con el duelo. *DOLOR* 1991; 6: 85-90.
56. Zulaica D. Asistencia domiciliaria a los pacientes con SIDA cuando la enfermedad se encuentra en fases muy avanzadas. En: Gatell JM, Clotet B, Podzamczar D, Miró JM. *Guía práctica del SIDA. Taller Gráfico Vila Sala Hnos. Barcelona* 1990; 141-144