

**D'INFORMACIÓ FARMACOTERAPÈUTICA***Regió Sanitària***GIRONA****MONOGRAFIA****PROTOCOL D'ACTUACIÓ DAVANT LA INFECCIÓ PEL VIH I LA SIDA EN L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT**

Aquest article pretén recollir els trets bàsics del *Protocol d'actuació davant la infecció pel VIH i la sida en l'atenció primària de salut*<sup>1</sup> de la Regió Sanitària de Girona que recentment ha estat publicat.

**Importància i magnitud del problema**

La sida és una de les primeres causes de mort en la població jove en els països desenvolupats i un dels principals problemes de salut pública actuals. Les repercussions socials i polítiques de l'epidèmia han estat més importants que en qualsevol altra malaltia:

- A causa del creixement en la incidència de la infecció, com també a causa de l'elevadíssima taxa de letalitat.
- Pels prejudicis cap a les persones afectades perquè les vies de contagi són bàsicament les relacions sexuals i l'ús de drogues per via parenteral.
- Per les actituds de rebuig motivades per la por al contagi.

Els equips d'atenció primària (EAP) estan en una situació privilegiada per dur a terme la prevenció primària i secundària del VIH. La prevenció primària és la intervenció més eficaç per reduir els efectes de l'epidèmia de la sida en els propers anys<sup>2</sup>. Caldria implantar un model assistencial per als malalts infectats pel VIH que es basi en la coordinació global dels diferents recursos assisten-

cial, que cobreixi les necessitats dels pacients, d'acord amb la història natural de la infecció pel VIH.

Hauria de ser possible que un pacient VIH positiu asimptomàtic pogués ser controlat per l'EAP i que aquest pogués reconèixer les diferents situacions de risc que requeririen la derivació cap a altres nivells assistencials.

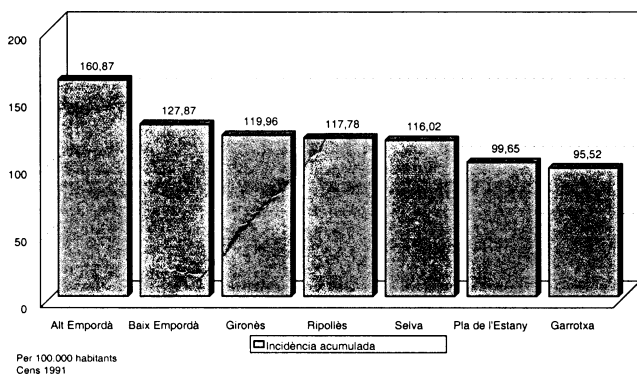
**Característiques de l'epidèmia**

Segons les dades publicades a l'Estat espanyol l'any 1996<sup>3</sup> les taxes d'incidència registrades són: a la Comunitat de Madrid (281 casos/1.000.000), a les Illes Balears (225 casos /1.000.000), al País Basc (204 casos/1.000.000) i a Catalunya (201 casos/1.000.000).

Fins al 31 de desembre de 1997 la taxa d'incidència acumulada a Catalunya<sup>4</sup>, per província per 100.000 habitants, són: Barcelona (203,3), Girona (124,0), Lleida (95,5) i Tarragona (121,5).

Quant a la Regió Sanitària Girona, fins al 31 de desembre de 1997, es varen notificar a la Delegació Territorial de Sanitat i Seguretat Social 623 casos de sida, el 80,74% dels quals són homes i el 19,26%, dones. Per comarques (figura 1), la comarca que té la taxa d'incidència més alta és l'Alt Empordà (amb una taxa d'incidència acumulada fins a l'any 1997 de 160,87 casos per 100.000 habitants).

**Figura 1. Distribució per comarques de casos de sida**



### Vies de transmissió

La transmissió de la infecció mitjançant l'ús compartit d'agulles i xeringues entre els usuaris de drogues per la via parenteral és la via principal de transmissió del virus a les comarques de Girona (59,60%). El segon lloc, l'ocupa la transmissió heterosexual (13,96%) i el tercer lloc, la transmissió homosexual entre homes (13,32%).

### Edat i sexe

L'edat mitjana en el moment del diagnòstic de la sida és de 34,63 anys per als homes i de 29,43 anys per a les dones.

### Forma de presentació

La malaltia indicativa més freqüent en el nostre medi és la tuberculosi disseminada (18,94%), seguida de la pneumònia per *Pneumocystis carinii* (15,89%) i de la candidiasi esofàgica (12,20%). L'any 1997 ha tingut una importància especial la tuberculosi pulmonar, la qual, des del gener de 1994, s'ha introduït com a criteri nou per al diagnòstic de la sida; a final d'any, els casos que presentaven com a malaltia indicativa la tuberculosi pulmonar representaven el 8,02% del total.

## Població diana

Per establir la població diana a la qual van destinades les diferents intervencions proposades en aquest Protocol, s'ha considerat oportú distingir tres àmbits:

- Prevenció primària de la infecció pel VIH.
- Diagnòstic precoç de la infecció pel VIH.
- Control i seguiment dels infectats pel VIH i dels malalts de la sida.

Per tant, la *població diana*<sup>5</sup> serà diferent segons cada àmbit d'intervenció:

### 1. Prevenció primària de la infecció pel VIH

Població general captada a les consultes d'atenció primària (medicina, pediatria, infermeria, odontologia, ginecologia, com també altres professionals, com la llevedora o l'assistent social).

Són grups d'especial interès els adolescents i les dones en edat fèrtil i quan es detectin conductes de risc.

### 2. Diagnòstic precoç de la infecció pel VIH

Població en situació de risc o amb pràctiques de risc actuals o prèvies. Companys sexuals de persones amb conductes de risc i fills de dones amb conductes de risc.

### 3. Seguiment i control dels infectats i dels malalts de la sida

Persones infectades pel VIH i malalts de la sida d'acord amb la definició vigent.

## Diagnòstic i conductes que cal seguir

La millor forma de diagnosticar la infecció és mitjançant la detecció serològica d'anticossos específics contra els antígens virals. La detecció directa dels antígens virals i el cultiu cel·lular del virus també és possible, però el primer és relativament insensible i el segon és car. S'han desenvolupat d'altres tests diagnòstics, però l'ELISA per anticossos VIH és la forma de diagnòstic de la infecció VIH més eficient i pràctica. Tot i això, hi ha algunes patologies com l'hepatitis crònica, la malària, algunes malalties vasculars i certs fenotips HLA que s'han associat amb resultats falsos positius amb ELISA. És per aquest motiu que tots els resultats positius s'han de confirmar amb una prova altament específica (IFA, WB)<sup>6</sup>. La taula 1 mostra les indicacions de la serologia.

### Conductes que cal seguir

Abans de fer la prova, cal obtenir el *consentiment informat del pacient*. Quan una persona es fa la prova per descartar una infecció pel VIH pot ser un fet determinant en la seva vida. Per això, abans de demanar-la hem d'informar:

- dels aspectes tècnics: prova de cribratge (ELISA) i de confirmació (Western Blot);
- de les repercussions personals, mèdiques, socials, psicològiques i jurídiques dels resultats.
- del significat del resultat (què vol dir ser seropositiu o ser seronegatiu).

Si no podem oferir suport en aquests sentits, no s'ha de demanar la serologia VIH i cal adreçar-lo a un dels centres que li ho puguin oferir.

### Actuació davant un resultat negatiu

Cal explicar que només és segur si han passat sis mesos des de la darrera exposició, a causa del període finestra; en aquest cas cal fer una nova determinació al cap de sis mesos. En cas de risc elevat, s'ha de repetir la serologia als 3 mesos.

A més, en cas de ser un pacient amb conductes de risc cal:

- Aconsellar el canvi d'hàbits.
- Informar i mirar de incloure'l dintre dels programes de reducció de risc com són el Programa d'intercanvi de xeringues, el Programa de preservatius o el Programa de manteniment amb metadona.
- Aprofitar la consulta per revisar la vacunació antitetànica i la vacunació antihepatitis B.
- En cas que persisteixin les conductes de risc, s'ha de fer una nova determinació al cap de 6 mesos.

### Actuació davant un resultat positiu

La taula 2 exposa la conducta que cal seguir per informar al pacient sobre el significat del resultat de la prova.

### Notificació de sida

Des de 1986, la sida és una malaltia de declaració obligatòria a Catalunya. A partir de gener de 1994, i amb motiu de la inclusió de la TBC com a nou criteri de sida, els CAP poden tenir més protagonisme en la notificació de la malaltia. La infecció per VIH no cal declarar-la.

### Taula 1. Indicacions de la serologia

---

- Conducta de risc passada o present.
- En les parelles sexuals d'individus amb conducta de risc passada o present.
- Si hi ha sospita clínica d'infecció pel VIH.
- Als fills nascuts de mares seropositives.
- En el cas de les parelles que projectin tenir fills, si algun dels dos refereix conducta de risc passada o present.
- En qualsevol cas que l'individu insisteixi en la realització de la prova, encara que no reconegui risc d'exposició o aquest sigui mínim o inexistent.
- Cribratge en la dona embarassada.

No s'ha de fer la detecció d'anticossos de forma sistemàtica i indiscriminada.

---

### Taula 2. Davant un resultat positiu d'infecció pel VIH

---

- Ha de ser una conversa privada i confidencial.
- Cal explicar què representa ser VIH positiu i la diferència amb patir la sida.
- S'han de donar a conèixer els símptomes que podria tenir en el cas de desenvolupar la malaltia.
- És necessari explicar els possibles tractaments: informar sobre els aspectes positius d'un bon control mèdic de la infecció, informar sobre els tractaments actuals i de les possibles infeccions oportunistes.
- Pel que fa a l'educació sanitària cal aconsellar: que suprimeixi els hàbits tòxics com l'alcohol, el tabac i les drogues ja que contribueixen a la immunosupressió; que fagi exercici, i que porti una alimentació adequada per aconseguir un bon estat físic i psicològic.
- Notificació de contactes: cal recomanar a les parelles sexuals anteriors, o amb qui han compartit xeringues, un reconeixement i consell mèdic.
- Cal aconsellar d'informar a les parelles sexuals actuals per tal que canviïn els hàbits i utilitzin protecció. Aconsellar de la conveniència de fer la prova als fills petits, si en tenen.
- Davant d'un possible embaràs, cal informar que és una de les causes d'interrupció terapèutica de l'embaràs i de la possibilitat de tractament amb zidovudina (AZT) per tal de disminuir el risc de transmissió vertical.
- No es pot donar sang, semen, plasma, ni òrgans.
- Cal prendre consciència de la seva situació tenint cura de si mateix, per possibles reinfeccions, i dels altres, i no compartir xeringues, objectes punxants... Cal fer veure la conveniència d'utilitzar els preservatius encara que la parella sexual també sigui infectada, per tal d'evitar les reinfeccions.
- En cas que es decideixi tenir relacions sexuals amb penetració, l'ús correcte i consistent del preservatiu disminuirà el risc d'infecció pel VIH.
- S'ha d'explicar que cal abstenir-se de mantenir relacions sexuals amb penetració quan la persona infectada o els seus companys sexuals tinguin una infecció o una lesió a l'àrea genital, anal o oral, i també durant la menstruació.

Cal mantenir contactes periòdics amb els serveis d'atenció sanitària i si es creu convenient amb organitzacions no governamentals (ONG).

Cal fer arribar els recursos sanitaris i socials disponibles.

---

## Classificació

És important classificar la infecció pel VIH per prendre decisions terapèutiques. Amb aquesta finalitat s'han considerat criteris clínics i resultats de laboratori. Des del punt de vista clínic, s'ha elaborat una llista de categories clíniques amb presumpta significació pronòstica i, des del punt de vista del laboratori, el nombre de cèl·lules CD4, o si no se sap, el nombre total de limfòcits<sup>5</sup>.

Actualment es considera cas de sida si compleix els criteris inclosos en les categories clíniques C1, C2 i C3 (taula 3).

## Avaluació i seguiment del pacient adult amb infecció pel VIH

L'estudi inicial ha d'incloure l'anamnesi, l'exploració física i les exploracions complementàries per tal de confirmar la infecció pel VIH.

### Història clínica

- Cal determinar la data aproximada de la infecció, si és possible. Per aquest motiu, caldrà preguntar els resultats de serologies prèvies, si es va diagnosticar la primoinfecció o si hi ha hagut símptomes suggestius i quina ha estat l'evolució clínica. Per tant, caldrà esmentar, si escau, la data de la primera serologia VIH positiva.
- El mecanisme de transmissió (UDVP, contacte sexual...), les dates d'inici de les conductes de risc i si s'han utilitzat mesures de prevenció.
- Els tractaments antiretrovirals i/o la profilaxi primària o secundària.
- La patologia relacionada amb el VIH (adenopaties, infeccions oportunistes, candidiasi oral...).
- Les patologies prèvies: hepatitis, malalties de transmissió sexual, antecedents de TBC o resultats de PPD previs, pneumònies...
- Estades en centres penitenciaris.

S'ha de fer una anamnesi per sistemes i símptomes, una exploració física per aparells i les següents exploracions complementàries:

- Determinació analítica inicial: hemograma, recompte i fórmula i VSG; glucèmia, GOT, GPT, GGT, bilirubina, fosfatases alcalines, LDH, colesterol, triglicèrids, urea, creatinina, àcid úric, ionograma, albúmina, proteïnograma i sediment d'orina.
- Coprocultiu.
- Serologies: hepatitis A, B i C, IgG toxoplasma, luètica (reagínica i treponèmica) i IgG citomegalovirus.
- Ecografia abdominal.
- Marcadors de progressió immunològics: recompte de CD4 i subpoblacions limfocitàries (CD4, CD8), i virològics: càrrega viral VIH, que determina el nombre de còpies d'ARN viral en el plasma del pacient infectat i es mesura en nombre de còpies/ml.

### Intradermoreacció de Mantoux (PPD)

Cal utilitzar PPD RT 23 a dosis de 2 UT per 0,1 ml (la mateixa bioequivalència que 5 UT de tuberculina PPD-S). Cal registrar el mm de la induració.

- Positiu: induració > 5 mm lectura a les 72 hores.
- Si és negatiu, cal fer un multitest per descartar anèrgia (si CD4 < 400).

### Radiografia de tòrax

Placa de tòrax inicial de referència i si hi ha sospita de patologia pulmonar o viratge del PPD.

### Citologia cervical anual en les dones.

En cas que es detectin alteracions en aquesta (atípies, papil·loma virus humà...) control cada 6 mesos.

### Vacunes

- Vacunació antitetànica.

**Taula 3. Classificació de la infecció pel VIH (CDC, 1993 Classificació revisada)**

Categories immunològiques	Categories clíniques		
Xifra de limfòcits CD4	A	B	C
	Asintomàtic LGP* primoinfecció	Simptomàtic no A ni C	Malaltia indicativa de sida
1 ≥ 500	A1	B1	C1
2 200-499	A2	B2	C2
3 < 200	A3	B3	C3

\* LGP = Limfadenopatia generalitzada persistent.

- Vacunació antihepatitis A i B.
- Vacunació antigripal (fraccionada), anual.
- Vacunació antipneumocòccica, en estat immunològic conservat (CD4 >500).

Estan contraindicades les vacunes vives atenuades.

## Seguiment del pacient infectat pel VIH segons el seu estat clínic

Un cop feta l'anamnesi, l'exploració física completa i les exploracions complementàries, s'està en condicions d'establir l'estadi clínic en el qual es troba el pacient. Conèixer l'estadi clínic de la infecció condiciona tant el seguiment clínic com la pauta terapèutica que s'ha d'utilitzar.

Bàsicament hi pot haver dos tipus de pacients:

### *Pacient amb baix risc de progressió*

Pacient asimptomàtic amb càrrega viral inferior a 5.000 còpies/ml i recompte de CD4 superior a 500.

- S'ha de repetir l'anamnesi, l'exploració clínica completa i l'anàlisi bàsica (segons el full de seguiment) amb subpoblacions limfocitàries i càrrega viral cada 6 mesos.
- S'ha de realitzar un PPD anual.
- S'ha de sol·licitar una radiografia de tòrax anual.
- S'ha de fer el seguiment i el tractament dels problemes intercurrents, com també la detecció de la simptomatologia que indiqui com evoluciona la infecció.

### *Pacient amb alt risc de progressió*

Pacient asimptomàtic amb càrrega viral superior o igual a 5.000 còpies/ml, independentment de com siguin les xifres de CD4.

- Cal remetre el pacient al centre de referència segons els criteris de derivació hospitalària, que s'especifiquen més endavant, per al tractament antiretroviral, la profilaxi primària i la terapèutica de les malalties oportunistes associades.
- S'ha de fer el seguiment del pacient segon el seu estat, alhora que s'ha consensuat amb el centre de referència.

## Críteris de derivació hospitalària

S'ha de *derivar per via ordinària* a la consulta específica de sida/VIH de l'hospital de referència si:

- El pacient presenta deteriorament clínic significatiu en forma de febrícula intermitent, pèrdua de pes progressiva, astènia, deposicions diarrièques persistents o sudoració nocturna, sense cap altra causa que ho justifiqui que no sigui la seva infecció pel VIH.
- Si el pacient presenta una xifra de CD4 inferior a 500, tant si està asimptomàtic com si no ho està.
- Càrrega viral VIH alta (superior a 5.000 còpies/ml).
- Qualsevol pacient amb infecció per VIH amb càrrega viral detectable que sol·liciti tractament antiretroviral i del qual es pugui assegurar un bon compliment terapèutic a llarg termini.

S'ha de *derivar urgentment a l'hospital* de referència quan el pacient presenti:

- Febre elevada i persistent (més d'una setmana d'evolució).
- Sospita de tuberculosi pulmonar o disseminada.
- Pneumònia bacteriana.
- Sospita clínica o radiològica de pneumònia per *Pneumocystis carinii*.
- Diarrea severa i persistent i/o dolor abdominal persistent.
- Herpes simple o zòster disseminat.
- Disminució de l'agudes visual d'aparició recent o alteracions del fons d'ull que facin pensar en corioretinitis per citomegalovirus.
- Alteracions neurològiques, tant agudes com subagudes.
- Valvulopatia i febre.
- Disminució del nivell de consciència.
- Aparició d'adenopaties o augment de les ja existents de més d'1 cm i que vagin acompanyades de febre o de síndrome constitucional.
- Alteració severa dels paràmetres analítics (anèmia o neutropènia important) en els pacients que reben tractament antiretroviral.
- Cefalea no habitual (de més de 24 hores).

## Maneig de situacions específiques

### Embaràs i infecció per VIH

La taxa de transmissió vertical (mare-fill) a Europa es calcula entre un 15 i un 20% del total de mares infectades amb el VIH. A causa del fet que aproximadament el 80% de les dones infectades estan en edat fèrtil, l'embaràs ha d'ésser considerat un factor important de propagació de la malaltia.

El contagi fetal pot produir-se, en els diferents moments de la gestació, per tres vies:

- Durant l'embaràs, per via transplacentària.
- Durant el part, per contacte amb la sang i les secrecions genitals maternes.
- Durant la lactància, a partir de la llet, si es practica al·lactament matern.

Els estadis clínic i immunològic de la malaltia actuen en relació directa amb la taxa de transmissió vertical.

Des del punt de vista sanitari, cal diferenciar dues estratègies orientades a disminuir la transmissió mare-fetus: el cribatge sistemàtic de les dones embarassades i l'administració profilàctica de zidovudina (AZT) durant l'embaràs i el part i al nadó, en el període neonatal (sis primeres setmanes).

#### *Cribatge sistemàtic de la dona embarassada*

Les publicacions recents sobre la disminució de la taxa de transmissió vertical (mare-fill) mitjançant el tractament amb AZT, durant l'embaràs i el part de pacients VIH positives i del nadó, justifiquen l'oferta sistemàtica de la detecció de la infecció VIH a totes les embarassades que acudeixin a la consulta obstètrica. S'ha de sol·licitar sempre el consentiment informat per realitzar la prova analítica.

## Nens

S'ha elaborat a la Regió Sanitària Girona el *Protocol d'actuació davant del VIH i la sida en l'atenció pediàtrica*<sup>7</sup>, específic per utilitzar als serveis de pediatria en el qual s'especifica quin ha de ser el maneig de la infecció pel VIH i la sida a pediatria.

## Bibliografia

<sup>1</sup> De Castro C, Santana B, Cabratosa J, Masabeu A, Gorbot MR, Camps N et al. Protocol d'actuació davant la infecció pel VIH i la sida en l'atenció primària de salut. Girona: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Regió Sanitària Girona, 1998.

<sup>2</sup> Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Guia sobre la infecció pel VIH i la sida per a professionals d'atenció primària. Barcelona, 1994.

<sup>3</sup> Bol Epidemiol Semanal 1997; 10: 93-96.

<sup>4</sup> Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Centre d'Estudis sobre la sida de Catalunya (CESCAT). Gener 1998.

<sup>5</sup> Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Criteris comuns mínims per a l'atenció a problemes de salut (I). Pla de salut, quadern núm. 6. Barcelona, 1995.

<sup>6</sup> Mandell GL, Bennett JE, Dolin R ed. Mandell, Douglas and Bennett's principles and practice of infectious diseases. 4a. ed. Nova York: Churchill Livingstone, 1995.

<sup>7</sup> Fortea E, Macià J, Almirall J, Faixedas MT. Protocol d'actuació davant la infecció pel VIH i la sida en l'atenció pediàtrica. Girona: Servei Català de la Salut, Regió Sanitària Girona, 1998.

## Bibliografia consultada per elaborar el Protocol

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Normes higièniques per a la prevenció de la sida en els centres d'atenció primària. Barcelona, 1991.

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Catàleg del material d'educació sanitària produït pel Programa per a la Prevenció i el Control de la Sida des de l'any 1987. Barcelona, 1994.

Unitat Docent de Barcelona de MFIC. Protocol de prevenció, atenció i seguiment de la infecció pel VIH en l'atenció primària de la Unitat Docent de Barcelona de MFIC. Barcelona, 1995

Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Regió Sanitària Costa de Ponent. Protocol d'actuació en l'atenció a les persones amb conductes de risc i als pacients infectats pel VIH en una àrea bàsica de salut. L'Hospitalet de Llobregat, 1993.

Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. La infección VIH en Atención Primaria de Salud. Sevilla, 1994

La prevencion de la transmision del VIH en el medio sanitario. Jano 1995; XLIX.75-112

Ministerio de Sanidad y Consumo. Bioseguridad frente al sida. Madrid, 1991.

Consejo Asesor Clínico del Plan Nacional sobre el Sida. Tratamiento antirretroviral del adulto. 3a ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996.

Manual sida. Guía Práctica para el médico general Organización Médica Colegial (OMC), 2a. ed. Madrid, 1993.

Gatell JM, Zamora L. Protocolos: sida. Madrid: Idepsa, 1994.

Sanford JP, Sande MA, Gilbert DN, Gerberding JL. Guía terapéutica de la infección por VIH-sida 1993/94. Madrid: Diaz de Santos, 1994.

Sanford JP, Sande MA, Gilbert DN. Guide to HIV/AIDS Therapy. 5a ed. 1996.

Kaplan JE, M. D. USPHS/IDSA Guidelines for the Prevention of Opportunistic Infections in Person Infected with Human Immunodeficiency Virus: A Summary. MMWR 1995;44 (RR-8): 1-34.

OMS. Directrices para la labor de consejo sobre la infección y las enfermedades causadas por el VIH. Série OMS sobre la sida, 8. Ginebra, 1991.

Allen Cohn J. Recent Advances HIV infection-I. BMJ 1997; 314: 487-91.

Carpenter C, Fischl M, Hammer S, Hirsch M, Jacobsen D, Katzenstein D et al. Antiretroviral therapy for HIV Infection in 1997. Updated recommendations of the International AIDS Society-USA Panel. JAMA 1997; 277: 1962-1969.

Recomendaciones del Consejo Asesor Clínico del Plan Nacional sobre el sida: Tratamiento antirretroviral. 4a ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional sobre el Sida 1997; 10: 1-16.

**Edició**  
Regió Sanitària Girona

**Direcció**  
Josep M. Padrosa i Macias

**Consell de Redacció**  
Carne Adalid i Villar  
Maria Teresa Butiñà i Agustí  
Fina Camós i Ramió  
Carne de Castro i Vila  
Jordi Coderch i de Lassaletta  
Maria Teresa Faixedas i Brunsoms  
Juan Antonio García Vicente  
Maria Montserrat Gorgot i Izquierdo  
Núria Prat i Gil  
Miquel Torralba i Guirao

**Coordinació**  
Maria Teresa Faixedas i Brunsoms

**Assessorament lingüístic i compaginació**  
Xavier Burjons i Alés

**Impressió**  
Indústries Gràfiques Costa, SL

© **Generalitat de Catalunya**  
Departament de Sanitat i Seguretat Social  
Servei Català de la Salut

**Títol abreviat**  
Butll. inf. farmacoter. Reg. Sanit. Girona  
**Tiratge:** 1.200 exemplars  
**Dipòsit legal:** GI-322/95  
**ISSN** 1135-1160

El Butlletí d'Informació Farmacoterapèutica de la Regió Sanitària Girona s'adreça als professionals de la Regió per tal d'informar-los i promoure la utilització racional dels medicaments.

El Butlletí publicarà treballs sobre temes d'utilització de medicaments. Els articles han de tenir una extensió màxima de quatre fulls DIN A4, mecanografiats a doble espai, de 35 línies; s'admeten fins a tres figures o taules.

El Butlletí es reserva el dret de no acceptar els originals que no es considerin apropiats, i de proposar-hi modificacions quan es cregui necessari.

El Consell de Redacció no participa necessàriament de les opinions manifestades en els articles publicats, la responsabilitat dels quals correspon exclusivament als seus autors.

Pera més informació, podeu adreçar-vos al Consell de Redacció del Butlletí:

Regió Sanitària Girona  
Carrer d'Albereda, 3 i 5, àtic  
17004 Girona  
Tel.: (972) 20 00 44  
Fax: (972) 20 38 66

