

LO + POSITIVO

Núm. 27 • Invierno 2003-2004

Publicación gratuita sobre la infección por VIH



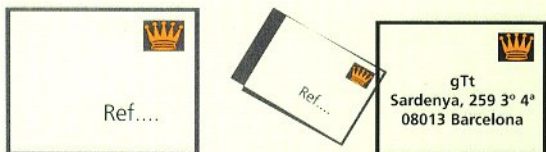
Hepatitis:
un nuevo desafío

CONTACTO

Para responder un contacto:

- 1.º Introduces tu carta dentro de un sobre, le pegas un sello con suficiente franqueo y escribes a lápiz en el sobre el n.º de Referencia del contacto que deseas responder.
- 2.º Metes el sobre dentro de otro y nos lo mandas a la **nueva dirección** de gTt: c/ Sardenya, 259 3º 4ª 08013 Barcelona. Nosotr@s se lo haremos llegar al/a la interesad@.

Recordad que es imprescindible franquear las cartas de respuesta. Gracias por vuestra colaboración.



Para poner un contacto:

1º Escribe un texto **no superior a 30 palabras** junto con tus datos postales, para que podamos enviarte las respuestas.

2º Nos lo mandas a la **nueva dirección** de gTt: c/ Sardenya, 259 3º 4ª 08013 Barcelona

Ref: 0265

Francisco, 32 años, gay, VIH+, atractivo, moreno, buena persona. Busco chico de 25 a 35 años para relación estable, pelirrojos o rubios y delgados. Abstenerse quien no cumpla los requisitos. Pontevedra y Norte de Portugal.

Ref: 0266

Chica de 45 años, VIH, asintomática. Me infecté por no usar preservativo. Soy alegre, atractiva y optimista. ¿Algún chico para compartir lo que he negado durante años?

Ref: 0267

Te busco en mis sueños pero no te encuentro... ¿Dónde estás, corazón? Transexual, guapa, femenina y cariñosa, busco hombre para relación estable, tengo 32 años, soy VIH+. ¡Te ofrezco todo mi amor!

Ref: 0268

Me llamo Mónica, 31 años, VIH+/VHC+. No tengo ni vida social, ni amorosa, ni amistad. Me siento sola. Si estás en las mismas, llámame y si no, también.

Ref: 0269

Hola, soy Antonio 38 años, gay, pasivo, VIH+. Vivo en Madrid. Me gustaría conocer gente de mi edad o mayor para amistad y posible relación. Contestaré a todas las cartas.

Ref: 0270

Hola, soy Jesús, 41 años, VIH+, sintomático, de Madrid. Me gusta la naturaleza, el cine, la música, pasear, etc. Me gustaría encontrar chica para amistad o posible relación.

Ref: 0271

Me llamo Juan, 43 años, VIH+, indetectable, heterosexual. Me encantaría conocerte, si tienes de 30 a 40 años, eres divertida, algo traviesa, pero con dos dedos de frente. Te espero.

Ref: 0272

Miguel Ángel, 34 años, VIH+, asintomático. Trabajo y estudio, de gustos sencillos, sincero, amable, simpático y honrado. Busco chica de similares características, para conocernos y si hay química...

Ref: 0273

Gay, 39 años, VIH+, asintomático, con pareja estable, desea conocer chicos similares fuera del ambiente para compartir una relación de amistad sincera y duradera con la pareja, Valladolid.

Ref: 0274

Hola, me llamo Rafael, tengo 37 años, VIH+, quisiera conocer a personas con las que carterarme. Soy heterosexual, sólo busco amistad y relacionarme más. Soy de Alicante; escribidme.

Ref: 0275

Chico de 29 años, heterosexual, VIH+, de buen ver, busca princesa para futura relación. Busco simpatía y respeto.

Ref: 0276

Fernando, 33 años, VIH+, muy simpático, de aspecto de lo más normal. Busco chico mayor que yo para amistad y si fuera posible intentar una buena relación de respeto y comprensión.

Ref: 0277

Chico de 32 años, mulato, ojos pardos, 1,68cm, versátil, no fumador, sin malos rollos, asintomático. Me gustaría conocer chico gay entre 28 a 40 años para relación estable. Vivo en Barcelona.

Ref: 0278

Soy un hombre de Madrid, VIH+, indetectable. Con mucha vitalidad y ganas de compartir mi vida con una mujer, preferiblemente VIH. Me gusta el cine, la música, viajar, soy cariñoso. No me importa tu edad, escríbeme y ya veremos, nunca se sabe, ¿no?

Ref: 0279

Gay, 50 años, VIH+, asintomático. Deseo conocer chicos VIH+ para amistad y lo que surja. Necesito compartir, relacionarme. Me resisto a tirar la toalla. Escríbeme, seguro que existes.

OPINIÓN



- 4** Dos Europas **5** El barrio de los malos **6** Tengo SIDA
7 Proyecto renacer **9** Lo que me cuentan las ranas
10 Memorias de África **11** Mujeres en la CROI **12** Toma nota **13** Proceso de negociación o de frustración **14** Colours / Diamanda Galás **15** Diatriba de dolor por un hermano que muere

EN PERSONA

- 16** Un nuevo desafío



CUIDARSE

- 32** Ganar peso **34** Salud dental **37** Todo está en tu mente

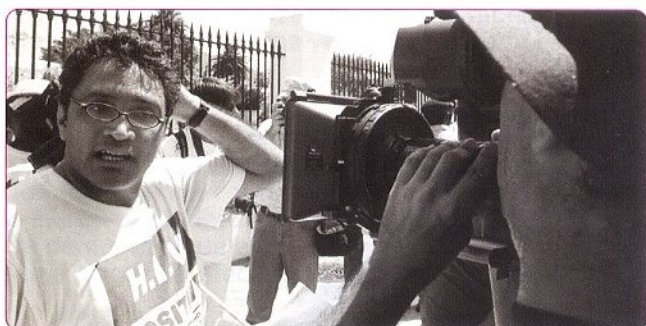


A CIENCIA CIERTA

- 38** La casilla de salida **40** Tratamiento en los más jóvenes **42** Noticias, del día **46** Resistencias (II)

AL DETALLE

- 48** Juntos podemos lograrlo **50** El futuro de los microbicidas **52** Historia de una discriminación **54** Guía de recursos en internet





En la lucha contra el VIH estamos en la misma línea: **hacer
crecer
tu vida**

Desde el principio hemos estado a tu lado en la lucha contra el VIH, con terapias eficaces y cada vez más cómodas, que simplifican los tratamientos para mejorar la calidad de vida.

Y, desde hace más de 10 años, nuestro compromiso con la sociedad se manifiesta con una política de precios preferentes para los países en vías de desarrollo, donaciones y ayudas sociales a través del programa "Positive Action".

Así luchamos día a día contra el VIH, así trabajamos para hacer crecer la vida.

EL EQUIPO DE LO+POSITIVO SOMOS:

Georgina Fabrés
Jaume Fabrés
Xavier Franquet
Juanse Hernández
William Mejías
Ángela Sanz
Joan Tallada
M^a José Vázquez
Marion Zibelli

EN ESTE NÚMERO HAN COLABORADO:

Ángel Trotanda
Paul Cummings
Montserrat Moliner
Jordi Palasí
Sílvia Pascucci
M^a Eugenia Sebastián

LO+POSITIVO es una publicación del Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gtT), una asociación sin ánimo de lucro declarada Entidad de Utilidad Pública, que trabaja para mejorar el acceso a la información sobre tratamientos del VIH y el SIDA.

LO+POSITIVO es una revista GRATUITA: ¡nunca pagues por leerla! Si deseas contribuir a su mantenimiento, y lo necesitamos, contacta con:

REDACCIÓN: -NUEVA DIRECCIÓN-

C/Sardenya, 259 3^a 4^a
08013 Barcelona España
Tel: +34 932 080 845
Fax: +34 932 070 063
E-mail: contact@gtt-vih.org
Web: www.gtt-vih.org

IMPRESIÓN:

esse & James Design, S.L.
Tf: +34 932 156 440
Depósito Legal: B-40431-97

CON EL PATROCINIO DE:

Laboratorios Abbott
Boehringer Ingelheim
Chiron Ibérica
Gilead Sciences
GlaxoSmithKline
Productos Roche
Schering-Plough
Tibotec Virco

CON LA COLABORACIÓN DE:

- Ajuntament de Barcelona
Àrea de Serveis Personals
- Diputació de Barcelona
Salut Pública i Acció Social
- Generalitat de Catalunya
Departament de Sanitat i Seguretat Social
Programa de Drogodependències i SIDA
- Ministerio de Sanidad y Consumo
Plan Nacional sobre el SIDA

Y EL APOYO DE:

Iniciativa Internacional por una Vacuna para el SIDA (IAVI)

LO+POSITIVO no necesariamente comparte el contenido de los artículos firmados.

La información científica tiene una validez de tres meses.

Miembro del Grupo Iberoamericano de Publicaciones sobre el VIH



La magnitud del problema

La coinfección con las hepatitis C se ha convertido en el principal desafío terapéutico asociado al VIH en los países con alta incidencia de ambos virus, como es España y otros del área mediterránea. Pese al incomprensible agujero estadístico que impide conocer la magnitud del problema, médicos y comunidad españoles disponemos de claros indicios de que el fallo del hígado, un órgano vital, es ya una de las principales causas, si no la principal, de enfermedad y mortalidad entre personas con VIH. Esta situación exige la toma de medidas urgentes y de calado.

Lo primero es saber qué está ocurriendo. Este país no registra las causas de fallecimiento de una persona con VIH que no estén en la categoría oficial de SIDA: una determinada y obsoleta lista de enfermedades oportunistas o un arbitrario límite del recuento de CD4, las defensas. Como el virus de la hepatitis C (VHC) no se considera una dolencia oportunista, pese a las abrumadoras evidencias de que su progresión hacia el fallo del hígado se ve acelerada y mucho por la presencia concomitante del VIH, estas muertes no constan en los datos que regularmente hacen públicos nuestras autoridades sanitarias. Y ojos que no ven ...

Pero los profesionales y voluntarios de ONG sí que tenemos ojos, y estamos viendo y viviendo situaciones que creíamos definitivamente del pasado: pronósticos sombríos, ingresos hospitalarios urgentes, fallos fulminantes. Tras conseguir un limitado respiro, pero respiro al fin y al cabo, frente al VIH, el VHC desbarata los alegatos respecto a la supuesta cronicación de los seropositivos. A esto se añaden además los grandes obstáculos que enfrenta la generalización en nuestro país del derecho de la comunidad VIH a los trasplantes de órganos.

Los responsables de los sistemas de salud, los profesionales sanitarios, las compañías farmacéuticas, y la propia comunidad, con las ONG dando impulso, tenemos la obligación de responder a este ya no tan nuevo desafío. Porque nuestra primera razón de ser es mantener a las personas con VIH con vida.

¿Es el SIDA una prioridad de salud pública en España?

El Plan Nacional del SIDA (PNS) ha vuelto a disponer de la ridícula cantidad de 1 millón de euros para subvencionar actividades comunitarias de ámbito estatal en 2004, o sea para apoyar los programas que la sociedad civil organizada reclama para responder a la demanda social respecto al VIH, tanto en prevención como en asistencia. Un millón frente a los 7 que habremos solicitado las ONG, si sigue la tónica de cada año. Cierto es que el PNS transfiere una buena parte de sus recursos a las comunidades autónomas, pero si sumamos todo ese importe, estaríamos hablando de unos 800 millones de las antiguas pesetas, menos de 5 millones de euros.

Para hacernos una idea de la miseria presupuestaria española podríamos traer a colación que en Francia, un país con una tasa de prevalencia del VIH del 0,3% (100.000 personas de casi 60 millones de habitantes) frente al 0,5 español (130.000 de 40 millones; datos de ONUSIDA a 2002), la entidad AIDES tiene en plantilla a 400 profesionales para atender la demanda de servicios en el conjunto del territorio francés. Esto es posible porque gestiona ella solita 18 millones de euros al año, de los que 10 provienen de las arcas del Estado: el doble que todo el presupuesto español.

¿Es el SIDA una prioridad de salud pública en España? Al cierre de esta edición, el PNS nos comunicó –informalmente– que el dinero estatal concedido a la edición de esta revista se reducía en más del 45%: pasábamos de 18.000 a 10.000 euros anuales.

¿Es LO+POSITIVO una publicación de interés para la salud y el bienestar social de las personas que viven con VIH en nuestro país? Ésta es una pregunta que sólo a vosotros os toca responder. Pero si pensáis que así es, y por ello nos esforzamos y de ello sabemos regularmente por vuestros mensajes y cartas, ¿por qué lo es cada vez menos para nuestras autoridades sanitarias estatales?

Esperamos que el nuevo gobierno español de un impulso real y tangible a las políticas del SIDA de este país. No se trata de si al frente del Plan Nacional del SIDA hay un/a Secretari@ u otr@ (aunque tampoco es un asunto baladí), sino de que esta figura no sea mera gestora de un déficit presupuestario endémico sin contar además con suficiente apoyo gubernamental, sino de que pueda ejercer verdadero liderazgo político y de que la dotación financiera con la que se cuenta demuestre que el abordaje del VIH/SIDA en nuestro país se toma en serio, de que es una prioridad efectiva de la política de salud pública en España.

Eso sí que sería un cambio.

DOS EUROPAS

un mismo plan

A

finales de 2003 el gobierno británico anunció sus planes de limitar los derechos a l@s extranjero@s, inmigrantes y solicitantes de asilo que se trasladen al Reino Unido en busca de asistencia médica y tratamientos que de forma gratuita brinda el Servicio Nacional de Salud (NHS, en sus siglas en inglés) de ese país.

Según el Secretario de Salud, John Reid, la atención gratuita que ofrecen los NHS sólo será posible para aquellas personas que residan de forma legal en el Reino Unido. Sin embargo, según el propio gobierno británico se seguirá atendiendo de forma gratuita los casos de emergencia así como los tratamientos de enfermedades infecciosas como la tuberculosis. En cambio, el tratamiento antirretroviral quedará excluido y l@s no residentes que quieran conseguirlo tendrán que pagarlo.

A partir del próximo mes de abril las personas que no tengan derecho a tratamiento gratuito de los NHS tendrán que pagar por él.

Según las autoridades, el motivo principal para tomar esta medida es el coste del tratamiento y de los cuidados de las personas sin resi-

dencia en el Reino Unido. La prensa amarilla se hizo eco describiendo a l@s inmigrantes y solicitantes de asilo VIH positivos como una "amenaza para la salud pública".

La Asociación

Médica Británica ha criticado el plan y uno de sus portavoces indicó que esta medida era un error.

Por otro lado, los conservadores de la oposición han atacado el plan por no ir bastante más lejos, y ya han exigido las pruebas del VIH y la tuberculosis a l@s inmigrantes y a l@s que buscan asilo en el Reino Unido.

Asimismo, se entiende que el Gobierno está considerando la introducción de una exigencia según la cual todas las personas que soliciten un visado de entrada al Reino Unido deberán presentar pruebas de su estado serológico al VIH en el momento de la solicitud.

La otra Europa

Aunque no forma parte de la Unión Europea, Suiza es otro de los países que está considerando la posibilidad de imponer la prueba de VIH a las personas que soliciten asilo en ese país, según la Agencia Federal de Salud del país (AFS). Según las autoridades, la medida responde al incremento del número de refugiad@s infectad@s procedentes del África Subsahariana. En 1991, los laboratorios suizos registraron 2.144 pruebas VIH positivas y en 2000 había caído a 586. Sin embargo, el número ascendió al año siguiente, llegando a 632 y en 2001 se incrementó en 791. Este 25% de incremento en sólo 12 meses alertó a la AFS. El informe anual de la AFS declaraba que "la tendencia epidemiológica de la infección por VIH ha cambiado de forma preocupante". El informe de las estadísticas muestra que 218 de las 791 pruebas positivas se realizaron en personas procedentes del África Subsahariana.

Sin embargo, se trata de una estimación, ya que sólo el 70% de los datos de las pruebas indicaba el origen de la persona. Lo que significa que aunque estas personas procedentes de esta región representan alrededor del 27% de todos los nuevos casos de VIH en Suiza, sólo constituyen el 0,4% de la población total.

Según el director de la división de SIDA de la AFS, Roger Staub, "en el futuro se debería hacer la prueba del VIH a l@s solicitantes de asilo y que reciban el asesoramiento apropiado. Sin embargo, aquell@s que no deseen hacerse la prueba deberán tener la oportunidad de acceder a ésta. Las autoridades no pueden imponer la prueba obligatoria, ya que no existe base legal para ello". Las pruebas se realizarían en los cinco centros de registro de refugiados de Suiza como parte del control médico que se les da a tod@s l@s solicitantes de asilo. La Oficina de Salud decidirá en febrero si hay que seguir adelante con su plan.

AIDS & Mobility y las pruebas obligatorias de SIDA

"A las personas que reciben un diagnóstico de VIH positivo se les debería ofrecer la posibilidad de recibir tratamiento, de lo contrario, existe un riesgo real de que no vean la conveniencia de realizarse la prueba. Además, l@s inmigrantes pueden percibir que a los países anfitriones, particularmente aquellos con políticas obligatorias de pruebas, sólo les interesa identificar a las personas con VIH con el propósito de deportarles, sin ningún compromiso con su salud personal. Por otra parte, las pruebas obligatorias sin una posibilidad de tratamiento, en caso de ser positivas, plantea una grave cuestión ética. También se le debería prestar atención al asunto de las pruebas y los tratamientos, porque esto tiene un impacto sobre la credibilidad en términos generales del trabajo de prevención del VIH entre las comunidades inmigradas."

"El acceso a los servicios sanitarios debería hacerse bajo un contexto no discriminatorio, basado en una política en igualdad de oportunidades. Se deben abolir las pruebas obligatorias. Así los miembros de las comunidades inmigradas sentirán que hacerse la prueba es para su propio beneficio y no una amenaza para su situación administrativa. Por lo que se deberían abandonar las practicas de deportación basadas en el VIH/SIDA y cualquier otra enfermedad."

En 1999 A&M publicó la Declaración de Atenas, cuya redacción se realizó tras finalizar un seminario sobre Acceso a los Nuevos Tratamientos para Inmigrantes que viven con VIH y SIDA. Algunas de las recomendaciones de este documento indican:

"El acceso a los nuevos tratamientos debería estar garantizado para todas las personas que residan en la Unión Europea, incluidos inmigrantes, minorías étnicas y otros grupos con movilidad.

L@s inmigrantes que viven con VIH/SIDA que no tengan un estatus de residencia legal pero que requieran de cuidados médicos, deberían tener acceso a los cuidados sanitarios adecuados. Por lo que no deberían estar sujetos a la expulsión mientras necesitan el tratamiento.

Debería estar disponible en diferentes idiomas la información acerca de la prueba del VIH y de los nuevos tratamientos para el SIDA. El consentimiento informado de la prueba y la confidencialidad de los resultados son derechos básicos y deben mantenerse en todas las situaciones. Se debe aceptar el derecho a decir no a la prueba y al tratamiento..."

Fuente: Lista de distribución de Aegis; www.aidsmap.com; *Aids & Mobility Europe*

El barrio de los malos (¡pobres diablos!)



La droga en sí no es un problema irreversible. Es el entorno de la droga, todo lo que rodea su consumo: eso, ese algo imposible de transmitir es lo que te hunde en la miseria. No puedo opinar acerca de su consumo en círculos de gente bien, pues lo desconozco. De lo que se cuece en círculos marginales, sí. Con media alma puesta en mi barrio de gente bien, y la otra mitad en el barrio de los malos. Voy a intentar ser objetiva, no dejarme influir por sentimientos que, justificados o no, han dejado mella en mí. Y es que la droga, que tan mala prensa tiene, que nos es presentada como el diablo de nuestro siglo, puede resultar para mucha gente el único refugio posible. Se dice, yo misma he dicho siempre, que el principal factor que hace que caigas en ese pozo sin fondo es la ignorancia. Sin embargo, ¿puede alguien, en plena posesión de sus facultades mentales, concluir que desea formar parte de ese subgénero humano que forman los drogadictos? Sí. ¿Puede salir, si así lo desea, puesto que su elección ha sido consciente, madura? Posiblemente. Sí, posiblemente podrá dejar el consumo. Pero hay problemas añadidos que casi siempre se ignoran en los programas terapéuticos, en los juicios de valor, en las estadísticas. ¿Dónde deja al hijo, fruto de un momento de inconsciencia, que engendró en un cuerpo que ahora detesta?, y el/la drogadicto involuntario, ¿dónde deja el odio que ha ido cultivando hacia sí mismo? ¿Cómo averigua en qué esquina se vendió la voluntad? ¿Dónde te guardan el tiempo perdido?

Pasea por el barrio marginal. Si sólo conoces sus historias de lejos, desde la comodidad de no estar involucrado en ellas, seguramente te dirás para ti mismo: ¡qué vergüenza! ¿Cómo el gobierno puede permitir esa dejadez moral? Se quejan de no constar en ningún registro decente, ¡pues que trabajen! ¿Cómo dejan a sus hijos la libertad que niegan a sus mujeres? Y ellas, ¿sólo saben prostituirse? Esa realidad escondida, la otra cara de la ciudad que sale a relucir en los momentos más inoportunos, es aberrante. Sí, seguramente ése es el diálogo interior que una persona normal mantiene con ella misma cuando se cruza con el ejemplo de lo que jamás querría ser. Aquí el problema grave (¡o la solución!) es que no se trata de ser o no ser. Nadie nace drogadicto, que yo sepa. No busquen el origen de una adicción en conductas aprendidas, en falta de educación, de información o de salud mental. ¡No! ¿Por qué conformarnos con una explicación tan cutre, tan fácil, tan absurdamente lógica? Hay que aprender a leer los ojos de la gente, a no resignarse, a no querer hacer bandos. Los buenos y los malos. Los trabajadores y los vagos. Los inteligentes y los tontos. Los adinerados y los pobres. Los luchadores y los cobardes. Los fuertes y los vulnerables. Los dignos y los vomitivos. ¿Por qué?

No es más bueno el ejecutivo que engaña a su mujer en los supuestos viajes de negocios que el ladrón que la maltrata. Son dos formas de maltrato. Una, bien vista (quizás porque no se ve), la otra mal vista (sobre todo de cara a la galería). Ni es peor padre el que deja a sus niños más tiempo de la cuenta en la calle que el que sólo sabe su nombre por las facturas del colegio privado. Todo se aleja bastante de mis valores morales y, sin embargo ¡cuán cerca estoy de protagonizarlo, a consecuencia de esta sociedad hipócrita! ¿De verdad creen que sólo me distancia de estos hechos el acto de aspirar, fumar o inyectarme un polvo blanco? La droga es un marrón, sí; un

marrón físico que presta su nombre a todo un mundo de problemas emocionales. Quitad la droga del mundo y veréis que el hombre inventa otra manera de hacer notar lo que no se nota a simple vista. En los barrios tristes, grises, mojados de tantas lágrimas evitables que acaban mezclándose con la lluvia, de callejones estrechos (a veces sin salida), de ropas en el balcón y gritos, muchos gritos (aislados, eso sí) y de secretos a voces se puede cortar la rutina con un cuchillo, se puede oler el miedo reprimido, se puede tragar la rabia. La droga es sólo un elemento más de esas vidas resignadas a sobrevivir. En los barrios enfermos de olvido, el destino de cada persona parece estar escrito (alguien así lo ha hecho creer) y por eso la gente no se moles-

Puedes dirigir tus cartas para la sección Opina a:

LO+POSITIVO c/Sardenya, 259 3º 4ª 08013 Barcelona

por correo electrónico a: contact@gtt-vih.org

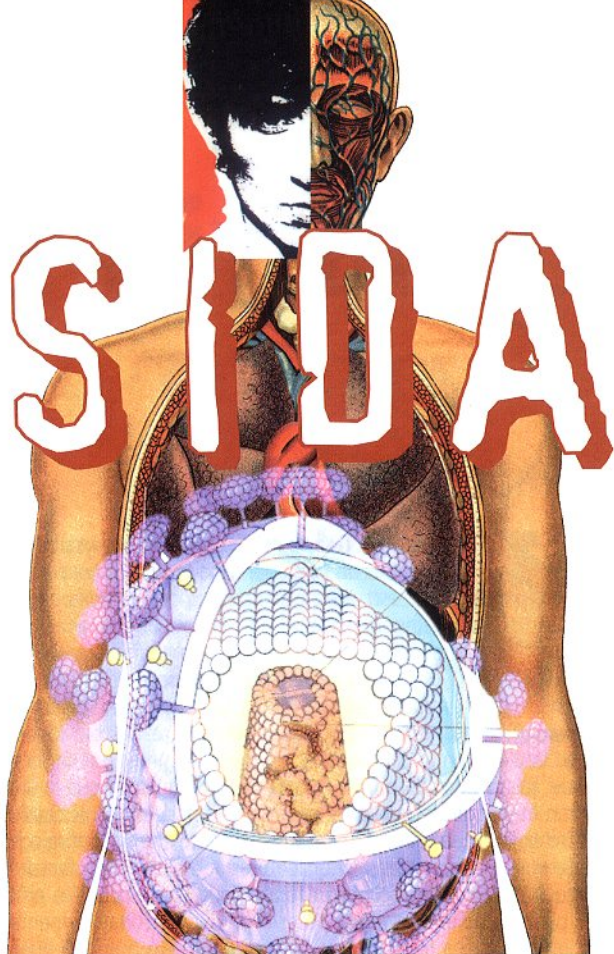
o por FAX al: 932 070 063

ta en cambiarlo. Cuando se dan cuenta de la realidad, cuando la lucidez decide hacerles una mala pasada y visitarles un día, ya están demasiado sucios. Ya han echado raíces en un cuerpo y un lugar equivocados, ya rieron en su día de las posibilidades de que el cuerpo humano pueda albergar pureza, ya se vendieron por nada, ya se pelearon entre ellos, ya perdieron el juicio, ya enjuagaron sus venas con el veneno que puso a su disposición la parte de la sociedad que quería que desaparecieran. Ya fueron conejillo de indias de sus detractores, del enemigo a quien jamás le vieron la cara, sino el producto que salía de sus laboratorios. Impotencia es lo que me invade cuando veo a jóvenes que se autodenominan rebeldes por el hecho de drogarse, cuando eso es precisamente lo que se espera de ellos. ¡Rebelaros de otra forma, joder, que os están convirtiendo en el verdadero de sus frustraciones! No puedo soportar la injusticia. Dadle a la droga la culpa de la enfermedad, no la de la locura. El hombre no está preparado para afrontar los desafíos, porque relega su capacidad de reacción a una sustancia a la que se le da toda la culpa de la incompetencia humana. Cuerpos destrozados por la enfermedad, almas asustadas esperando una vacuna contra la verdad, no queriendo saber, no queriendo escuchar. Nada de eso ha pasado, todo cambiará.

Huele a felicidad mal entendida, el barrio de los malos. Nadie les explicó la verdad. Me pegarían si intentara explicarles que su sufrimiento no sirve de nada, que todo es mucho más fácil, que les han engañado. No tengo la solución a su problema. Sólo sé cuál es la peor salida: continuar haciendo algo que no te llena. Quitarnos las cadenas que os han inventado, y empezad de nuevo.

Cristina Castells (ACAS Olot)

tengo SIDA



El 3 de mayo de 2000 fui al Hospital José Joaquín Aguirre, en la capital chilena. Debía recibir el resultado de un examen que me practiqué voluntariamente. Subí en el ascensor hasta el quinto piso, las manos me sudaban. Pese a la inquietud conservaba la esperanza de que el diagnóstico fuera negativo.

Me atendió una enfermera que traía un sobre en su mano. La seguí hasta la oficina del doctor. La ojeada del médico era tan evidentemente infausta que mi nerviosismo se acrecentaba a cada segundo. El inmunólogo escudriñó mi mirada consultándome la razón del test. «Curiosidad», dije.

Fue más intransigente y con una esquemática frialdad, enumeró: «¿Eres homosexual, bisexual, promiscuo o te inyectas drogas?». Todas para mí palabras hirientes.

«¿Y a usted qué le importa?», cuestioné.

«Es sólo para tener un control estadístico», replicó como si se tratara de un trámite bancario. Pero mi “confesión” fue suficiente para ceder su gesto y sin mediar palabras, abrió el sobre: «El resultado salió positivo».

Respiré hondo y pensé en mi familia. Me repetía “mantén la calma”. En cuestión de segundos pasaron por mi mente los momentos más alegres de mi vida junto a ellos. «¿Cómo mierda les voy a decir?», balbuceé.

Rumbo a casa no pensaba en mi salud o en la muerte, sino cómo contarlo. Busqué información en internet y escribí tres e-mails a mis amigos más íntimos que estaban en Venezuela. Fueron los primeros en enterarse con un escueto “tengo SIDA”. Logré desahogarme y me sentí acompañado, aunque fuera en la distancia.

Dos semanas después en la universidad ya notaban en mí una cara extraña. Andaba con exámenes para todos lados, causando la curiosidad de los más cercanos que me tildaron de hipocondríaco. Una tarde de mayo decidí contarle a una de mis ex parejas que sabía que me había hecho el test. Pedí compañía a dos compañeros y en el autobús, atravesando la ciudad, les confesé. Nos bajamos a pocas cuadras de la casa y me abrazaron.

Caminamos en silencio hasta la reja y en un timbrazo, se abrió la puerta. Como en una complicidad secreta, fuimos a refugiarnos a su habitación. La miré a los ojos y sin mediar más conversación, le dije: «¿Recuerdas que fui a hacerme el test del SIDA?». Su sonrisa pasó a ser una rotunda cara de tristeza e inconformidad. «Resultó positivo.»

Sus labios se apretaron, me tomó la mano y me abrazó con fuerza. Guardé silencio, sólo quería saber qué hacer. Tenía que contarle a otras personas que tuvieron sexo conmigo. Tras confirmar que no lo transmití a nadie, me sentí mejor. Resolví conversar con mi familia.

Junté a tres de mis hermanos en mi pieza. Les aclaré que tenía

una mala noticia. «Fui a practicar un examen hace dos meses, resultó positivo, fui diagnosticado con VIH.» La mayor de ellas se asfixiaba, trataba de tomar bocanadas de aire, me abrazó y me dio unas palmadas en la espalda. «¡Por qué no te cuidaste! ¡Ay Dios mío! ¡Se me heló la sangre, qué dolor! ¿Y los papás ya se enteraron?», preguntaba entre la tristeza, su rabia y el impacto.

Ante mi negativa, fue decidida al teléfono: «yo les cuento». Le supliqué que guardara el secreto. «No, hay que contárselo, ellos tienen que apoyarte.» En ese momento, mis otros hermanos, consternados, me abrazaron.

Contestó mi madre y mi hermana no esperó más. «Mamá, toma asiento que te tengo que contar algo muy serio y delicado. Te pido que por favor te tranquilices, porque lo que más necesitamos es apoyo en estos momentos. Se trata de Eloy y hay que darle todo el amor.» No titubeó en seguir las instrucciones y con mucho nerviosismo preguntó: «¿qué pasa?».

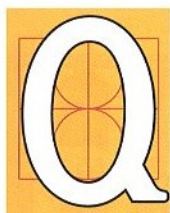
«Tiene SIDA, fue violado a los cuatro años y fue contagiado por un hombre.» Desde la distancia sentí su desgarramiento envuelto en desconsuelos. Otra de mis hermanas, junto a mi padre, asustados por el llanto, tomaron el auricular y recibieron el informe. Dijeron que me daban todo su apoyo, que me amaban y que nada en el mundo iba a cambiar nuestra relación. Nada ha cambiado.

A tres años del diagnóstico, el VIH se ha instalado en mí como una forma de vida. Hoy siento más libertad para hablar sobre ello, sin pudores, sin temores. Muchos piensan que no tengo nada que perder y que no escatimo en que la gente pueda espantarse con un tema que sigue siendo tabú.

Al contrario, tengo mucho que perder, basta con darme cuenta que es mi vida la que está en juego. Pero hay quienes esconden la enfermedad, toman distancia de sus seres queridos y se marginan por temor al rechazo, discriminación y todos los prejuicios de una sociedad ignorante. ¿Estará algún día preparada la humanidad para enfrentar y batallar este virus conscientemente y evitar que siga expandiéndose su geografía?

Eloy Guilarte

Proyecto renacer



queridos amigos,

Nos gustaría poder compartir con vosotros algunas inquietudes y haceros una propuesta.

Esta carta que os dirigimos tiene como objetivo invitaros a participar en un proyecto que las hermanas de la Comunidad de Cubal (Angola) pretendemos comenzar en nuestro hospital, Hospital Nossa Senhora da Paz.

Nos gustaría que este proyecto fuera de tod@s vosotr@s que ya nos conocéis y de otr@s que por medio vuestro lleguen a entusiasmarse con este proyecto. Crear un nuevo sistema en red que nos permita realizar un trabajo en común.

El proyecto se llama "Renacer". Es un nuevo reto para toda la sociedad. ¿Qué pretende este proyecto? Pretendemos dar un paso más en la opción por aquell@s que en estos momentos más lo necesitan. Queremos que las personas enfermas de SIDA y portadoras del VIH, en Cubal, tengan la posibilidad de tratamiento específico con antirretrovirales.

El aumento de personas seropositivas es cada vez más alarmante y hasta ahora sólo se les ofrece acompañamiento psicológico y espiritual junto con la medicación para enfermedades oportunistas. L@s huérfan@s ya son una realidad, con las implicaciones en las familias, abuel@s, tí@s, familiares que ya tienen exceso de hij@s y terminan por dejarlos desatendidos.

¿A quiénes va dirigido este proyecto? "Renacer" pretende iniciar dando prioridad a las mujeres embarazadas y por medio de ellas atender al núcleo familiar, esposo e hij@s. En segundo lugar, aquell@s enferm@s afectad@s de tuberculosis y SIDA.

¿Por qué "Renacer"? Porque es una oportunidad para volver a nacer, dar de nuevo la esperanza para vivir con dignidad y mejores

condiciones a l@s enferm@s en África. Pero sólo es posible por medio de la solidaridad y la ayuda mutua.

Sin vuestra ayuda no conseguiremos dar esa posibilidad de renacer a tantas mujeres, hombres y niñ@s que en estos momentos conviven con el virus sin ninguna esperanza de tratamiento.

¿Cómo colaborar? La ayuda puede ser esporádica o permanente, de forma individual o como grupo. Con dinero o productos.

Hemos calculado una media por enfermo y año. Creemos que los gastos serán de unos 1.000 dólares americanos o euros por enfermo y por año, que podéis enviar a la siguiente cuenta bancaria:

Proyecto Renacer (Indicad nombre y dirección)

BBVA 0182 7305 54 0201501086

Otro tipo de ayuda:

- Personal voluntario que desde cualquier parte del mundo se entusiasme con el proyecto y lo dé a conocer o que quiera participar directamente en el proyecto con nosotras.
- Leche maternizada de primera infancia.
- Otros productos: biberones, filtros de agua, mosquiteros, material de secretaría y de formación.
- Alimentos de calor energético: arroz, legumbres, galletas, y otros de tipo local.

Esperamos que os animéis a participar y a dar publicidad a esta carta. Enviaremos anualmente un resumen de las actividades realizadas.

Para contactar con nosotras:

Irs. Teresianas Cubal

Hospital Diocesano Nossa Senhora da Paz

C.P. 690 Benguela- Angola

Un saludo cordial, en nombre de las
Hermanas de Cubal

A los efectos de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, te informamos de que tus datos personales facilitados en este Boletín de Suscripción, formarán parte de un fichero cuyo responsable es la ONG Grupo de Trabajo sobre tratamientos del VIH (gTt), C/ Sardenya, 259 3º 4ª, 08013 Barcelona, España. Asimismo te informamos de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente. Si así lo deseas, deberás solicitarlo por escrito a la dirección de gTt.

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

Esta revista es gratuita y la puedes encontrar en asociaciones y centros sanitarios pero si quieres recibirla en casa, colabora con nosotr@s.

NOMBRE

DIRECCIÓN

POBLACIÓN PROVINCIA

C. POSTAL TEL. FAX

Autorizo una donación anual de:

20€ 40 € €

Forma de pago:

Talón nominativo adjunto Giro postal Por Banco

En el caso de pago por banco, rellena y envía también la Orden de Pago adjunta a:

Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt)

c/ Sardenya, 259 3º 4ª 08013 Barcelona (España)

ORDEN DE PAGO POR BANCO

NOMBRE

BANCO o CAJA

DOMICILIO AGENCIA

Código C/ C (20 dígitos)

LOCALIDAD

C.P.

FIRMA

Alianza *"Unión de personas, entidades o elementos que cooperan para alcanzar un fin común"*



Para afrontar los grandes retos es necesario sumar esfuerzos. Por eso Boehringer Ingelheim crea la Alianza, para mejorar el bienestar del paciente con VIH. Una iniciativa que abarca todas las perspectivas: Investigación, Formación, Actualidad, Solidaridad, Tratamiento y Novedades. Unas áreas que nacen desde la Alianza para ser una ayuda y un apoyo constantes en el VIH. Porque así, entre todos, podremos conseguir mejores resultados.



Alianza
Sumando Esfuerzos en VIH



Lo que me cuentan las ranas

Hoy llego tarde. Son ya las nueve de la mañana y el coche parece avanzar más lento que nunca, como si luchase para penetrar el escaso espacio que le conceden los elementos: por arriba el peso de un gran cielo encapotado, por debajo empujando, la amplitud de la tierra helada. Es invierno y en la llanura salmantina los árboles son estatuas que derraman hielo. Intento sintonizar alguna emisora en la radio pero parece que ningún sonido merodea hoy por los campos helados de Peñaranda. Llegaré tarde a la casa y Gervasio estará ya despierto. Puede que hoy me quede sin el chiste que me cuenta las mañanas de todos los lunes y será una verdadera pena, porque los chistes de Gervasio no son simples chistes: los chistes de Gervasio son magia pura, magia rara. Sus chistes son un triunfo sobre la desesperanza y el desaliento.

Bucay* cuenta una historia acerca de dos ranitas, la rana Sinclair y la rana Auz. Sinclair y Auz, paseando un día por una lechería, se cayeron dentro de un gran tazón de nata. Sinclair y Auz, como buenas ranas que eran, intentaron nadar, pero no tardaron en descubrir que no conseguían avanzar dentro de aquel elemento denso y viscoso. No sólo no lograban acercarse al borde del tazón, sino que al intentar sus propios movimientos las hundían cada vez más. La nata se las iba tragando y tragando, como un pantano de arenas movedizas y su situación iba siendo cada vez más desesperante. Llegó un momento en que las dos ranitas, prácticamente agotadas, apenas conseguían salir a la superficie para respirar.

Entonces, la rana Sinclair dijo a la rana Auz: "No hay nada que hacer, amiga Auz, en este elemento no se puede nadar y vamos a morir por más que intentemos salvarnos. Yo no quiero seguir con este esfuerzo estéril que no hace sino aumentar mi sufrimiento y mi desesperación".

Después de estas palabras y ante los ojos estremecidos de Auz, la rana Sinclair dejó de nadar y fue irremisiblemente arrastrada hasta el fondo.

La rana Auz, quizás más tozuda, quizás menos radical en sus planteamientos, pensó a su turno: "Sinclair tenía razón, no hay modo de aguantar a flote en este elemento y seguramente mis minutos están contados, pero yo voy a seguir nadando hasta que no pueda más. No me dejaré morir un segundo antes de que llegue mi hora".

Auz siguió nadando, sin moverse de sitio, sin lograr acortar ni un centímetro la distancia que la separaba de la orilla. Pasaron los minutos, las horas y la rana Auz, aunque agotada, siguió nadando. Pero a base de patear y batir la nata, cuando su suerte parecía ya echada, la nata se convirtió en una superficie consistente: mantequilla. La

rana Auz, patinando, alcanzó la orilla, dio un salto hasta el suelo y corriendo, salió de la lechería.

Mi amigo Gervasio es un gigante que mide casi dos metros. Un antiguo guardia de seguridad para quien el encontronazo con su seropositividad fue quizás la puntilla que le faltaba para dejarse resbalar hacia un abismo que debía haberle llevado al fin. Su historia hubiese acabado aquí a no ser porque los hechos no siempre se adaptan a nuestros propósitos y Gervasio el coloso despertó un buen día para descubrir que para él, nada volvería a ser lo que fue. Se descubrió en una cama, con la mitad del cuerpo paralizado y con el habla también afectada: su lengua se negaba a obedecer las ordenes de su cerebro. Conocí a Gervasio en mi primera visita a la casa del SIDA de Salamanca. La casa de acogida de enfermos de SIDA de Salamanca se llama así: Casa del SIDA de Salamanca.

Un día, cuando yo llevaba ya unos meses acudiendo semanalmente a la casa, Gervasio se me cayó al suelo. Le estaba lavando con una esponja y acababa de contarme su chiste, este chiste que me gusta pensar que prepara para mí. Había conseguido articular con su lengua atrofiada los sonidos, letras y palabras necesarias para contarme su historia y estaba incorporado en su cama, manteniendo el equilibrio con su único brazo útil mientras yo le frotaba la espalda. Entonces le dije que no conseguía entender la gracia de aquel chiste y en la discusión debí de soltarle. Quizás me agaché para escurrir la esponja en el cubo, quizás simplemente me distraje, no lo recuerdo... de repente sus cien kilos de humanidad se me vinieron encima y los dos, con un susto tremendo, fuimos a parar al suelo.

Empapado por el cubo derramado en la caída, conseguí salir de debajo de la mole del cuerpo de Gervasio y asustadísimo empecé a palparle por todas partes para comprobar si había algo roto, alarmado al pensar que él, incapaz de sentir el dolor en la mitad de su cuerpo, podía ni haberse enterado. No sé lo que debí ver Gervasio, quizás simplemente una persona mojada, asustada y ridícula manoseándole frenéticamente las extremidades... primero esbozó una sonrisa, luego una carcajada destemplada que retumbó por los pasillos de toda la casa.

Ahora cuando al fin adivino ya la silueta de la ciudad de Salamanca, con la catedral y las torres de la Clerería rasgando las nubes, cuando sé que en unos minutos estaré de nuevo en la casa con Gervasio, me acuerdo del cuento de Bucay e imagino cual debía ser la dicha y la risa de la ranita Auz al salir de la lechería, la dicha de aquell@s que poco a poco y día a día, vamos venciendo al destino.

* **BUCAJ, J.**, DÉJAME QUE TE CUENTE: LOS CUENTOS QUE ME ENSEÑARON A VIVIR, RBA LIBROS, BARCELONA, 2003



Memorias de ÁFRICA

F

ue a mediados de septiembre cuando al encender mi ordenador tuve una de las mejores sorpresas de mi vida: frente a mis ojos un correo me comunicaba que me habían concedido una beca para participar en el encuentro de personas que viven con VIH, que se iba a celebrar en Kampala (Uganda) en el mes de octubre. No me lo podía creer. Se me presentaba la oportunidad de vivir *in situ* lo que muchas veces había contemplado impotente y perpleja en algunos reportajes de televisión. Tuve el presentimiento de que vivir una experiencia así dejaría en mí una profunda huella; que a partir de aquel momento yo ya no iba a ser la misma y que probablemente me llevaría a plantearme muchas cosas del mundo y de mi propia vida.

Hice los tramites oportunos con mucha ilusión e inmersa en el papeleo, casi sin darme cuenta, llegó el día de mi partida a África. A las 9 de la mañana del 24 de octubre de 2003, después de diez horas de viaje, el avión empezó a descender sobre el gran lago Victoria.

Fue algo impresionante pues nunca antes había visto un paisaje con tantas tonalidades de marrón y verde ni tampoco un sol que brillara con una luz tan intensa.

Al bajar del avión en seguida nos encontramos con

grupos de voluntari@s que ansios@s esperaban nuestra llegada. Iban vestid@s con camisas de colores muy divertidas que l@s diferenciaban claramente de l@s demás.

Nos recibieron con una sonrisa en los labios y dando muestras de una gran amabilidad, y a continuación nos acompañaron hasta donde nos esperaba un viejo autobús. Tomamos rumbo a la capital. A través de la ventana pude empezar a confirmar la pobreza en la que vive la gente del país. Justo al lado del arcén de la vieja carretera, entre cientos de chabolas amontonadas las unas junto a las otras, una multitud de chiquill@s correteaban y jugaban descalz@s y semi-desnud@s, con sus caras rebosantes de alegría.

Otro de los detalles que me impactó fue ver el trasiego de personas que deambulaban con sus respectivas cantinas de color amarillo. Según supe más tarde recorrían muchos kilómetros para conseguir uno de sus bienes máspreciado, lo que yo en mi casa obtengo todos los días con tan sólo abrir el grifo. Desde aquel momento tuve la certeza de que mi intuición no era errónea y que este viaje me iba a hacer ver las cosas de otra manera.

Tras un recorrido de una dos horas llegamos a la capital de Uganda, Kampala. Nos distribuyeron por distintos hoteles de la ciu-

dad. Reconozco que estaba nerviosa; no he viajado mucho y era la primera vez que visitaba un continente distinto al nuestro. Me sentía insegura, sólo conocía a un español que viajó conmigo. Sorprendentemente pronto hice mis primeros contactos con personas que, como yo, se sentían un poco perdidas.

Teníamos dos días libres para conocer la ciudad que empleamos en visitar algunos mercados típicos, ricos por su diversidad y color, pero al mismo tiempo por su sencillez y pobreza. Paseamos por la gran capital donde cruzar una avenida era toda una proeza, dado que los semáforos casi no existen y los coches van a sus anchas.

La conferencia se celebraba en un complejo turístico fantástico junto al lago Victoria. Aquel mismo día nos brindaron una fiesta de bienvenida con bailes típicos regionales junto con un buffet exquisito. Aquel contraste me dejó un poco descolocada. Al día siguiente ya empezaban las ponencias y no quería perderme lo que nuestr@s colegas african@s nos iban a contar. Deseaba saber de primera mano todo lo que en aquel país se cuece respecto al SIDA y los programas que se llevan a cabo.

Uno de los activistas nos habló del poder que tiene un "líder" o un "brujo" dentro de la comunidad. Nos explicaba que era necesario formarlos para que luego ellos pudieran transmitir sus conocimientos relacionados con la salud y la prevención del SIDA. También nos hablaron de la vulnerabilidad a la que se ven sometidas las mujeres frente a esta enfermedad, puesto que el origen de las infecciones por VIH proviene de las relaciones sexuales no protegidas. La prevención está bajo mínimos por falta de recursos y por falta de voluntad política. El país está dirigido por una dictadura que no está por estos menesteres. Me quedé de una pieza cuando nos dijeron que la esperanza de vida de un/a african@ actualmente ronda los 42 años: mi abuela cumplirá 97 en abril, si Dios quiere. Es por este motivo que grupos de personas que vivimos con VIH/SIDA nos hayamos colocado en la vanguardia de la prevención, atención y esfuerzos para fortalecer el liderazgo en el ámbito local, nacional e internacional.

Pasaban los días y mis sentimientos eran cada vez más contradictorios. No daba crédito a todo lo que escuchaba y vivía. Pero sí podía darme cuenta que ésa era la realidad de un país que se está muriendo, y se muere de hambre, de SIDA, y por el egoísmo de un@s cuant@s poderos@s a l@s que poco importa la vida de l@s demás.

Durante los descansos nos juntábamos en el jardín donde conecté muy bien con un grupo de argentin@s. Me sentí muy cómoda y con ell@s pude dialogar largas horas sobre nuestros sentimientos compartidos. También recuerdo que conversábamos con gente de otros países. Precisamente allí viví un momento de gran impotencia que me gustaría compartir con tod@s vosotr@s. Sentada en una silla había una joven de tez oscura y grandes ojos negros que estaba dando el pecho a su preciosa hija de ocho meses. Las dos eran seropositivas y nos comentó que la alimentaba con todo su amor porque no se podía permitir dejarla morir de hambre, aunque era consciente de que el SIDA seguramente se la llevaría. No tenía nada más para darle de comer que la leche de sus pechos. Todas las personas que presenciamos aquella escena nos quedamos estupefact@s sin saber qué hacer ni qué decir, impotentes ante la doble e injusta desgracia de ser positivo al VIH y ser pobre. Sin embargo, nuestra mente no olvida fácilmente y me quedan tantas cosas por contar

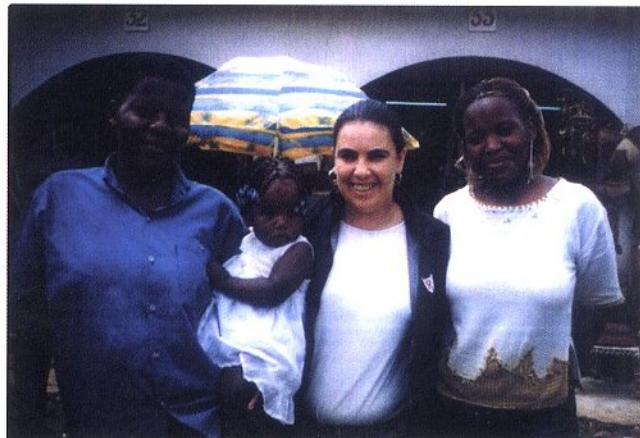
Llegó la hora de la clausura. Estábamos muy expectantes por oír algún compromiso por parte del gobierno. Se nos prometió que se conseguiría tratamiento antirretroviral y que en el plazo de 5 años el



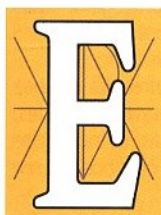
50% de ugandeses podría acceder, pero yo me pregunto ¿cuántas personas más morirán durante esta larga espera? Que yo recuerde, esto ya se les había prometido en la conferencia anterior y no se ha cumplido. ¿Cuántas personas continuarán infectándose por falta de recursos preventivos?

Ahora, una vez vivida esta experiencia, y como ya he dicho antes, mi escala de valores ha cambiado. Vivo con un sentimiento de impotencia y me siento mal, pero al mismo tiempo sé que voy a luchar aportando mi pequeño granito de arena, transmitiendo a las gentes de aquí mi experiencia. Espero que sirva para que tod@s seamos capaces de luchar, cada un@ en su medida, y que una injusticia de tal magnitud no quede en el olvido. Como no quiero olvidar aquel bonito día del mes de octubre en que puse mis pies en tierras de Uganda.

África está y estará en mi memoria y en mi corazón.



Mujeres en la CROI: WIHS sigue en marcha



En la última CROI (siglas en inglés de Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas) que tuvo lugar en San Francisco el pasado mes de febrero, diferentes presentaciones sirvieron para aportar un poco más de claridad a temas como los relacionados con el bajo peso corporal, la densidad mineral ósea y la hipertensión.

Bajo peso corporal

Debido al continuo aumento del VIH en mujeres y a que muchas de ellas se mantienen sintomáticas, con peso corporal reducido y un estado muscular general deficiente, se ha intentado probar la seguridad, tolerabilidad y eficacia de la administración de testosterona para abordar este problema.

Se realizó un estudio doble ciego controlado con placebo en 57 mujeres seropositivas con unos niveles de testosterona inferiores a la media, con un peso del 90% del peso ideal y con una función muscular reducida.

El tratamiento con testosterona produjo un aumento significativo de los niveles de testosterona sin que mostrara efectos adversos sobre la función inmunitaria, los lípidos, la glucosa, la función hepática, la composición corporal o la aparición de hirsutismo. La masa muscular tendió a aumentar y la flexión del hombro y el codo y la flexión y extensión de la rodilla mejoraron en el grupo de testosterona en comparación con el grupo placebo.

El estudio confirmó que la administración de testosterona es bien tolerada y que aumenta la fuerza muscular en mujeres seropositivas con bajo peso corporal. Se muestra, pues, que puede ser una terapia útil para mantener la función muscular en mujeres sintomáticas con VIH.

Resultados de WIHS en la CROI

El WIHS (siglas en inglés de Estudio Interagencias sobre VIH en Mujeres) es un estudio prospectivo, multicéntrico sobre VIH en mujeres que se inició en 1994 en Estados Unidos con la creación de una amplia cohorte de mujeres con VIH y sin VIH en situación de riesgo, y que desde entonces realiza la recogida de datos a través de visitas semestrales de control de las mujeres incluidas. WIHS es uno de los estudios que está aportando más datos sobre los efectos del VIH y su tratamiento en mujeres, como demuestran las dos presentaciones siguientes.

Densidad mineral ósea (DMO)

Este estudio se diseñó teniendo en cuenta la existencia previa de informes sobre la presencia de osteoporosis y osteopenia en hombres infectados con VIH pero que no establecían con claridad si esta circunstancia era consecuencia del uso de TARGA. Se echaba de menos la existencia de datos que indicaran el efecto de la infección por VIH o su tratamiento en la DMO en mujeres seropositivas.

Se estudió un subgrupo de mujeres incluidas en el estudio WIHS a las que se realizaron mediciones de la densidad mineral ósea mediante DEXA (absorciometría dual por rayos X) en 3 sitios, columna, trocánter femoral y cuello femoral, y se analizaron los resultados con respecto a la infección por VIH y al tratamiento, ajustando los valores en función de edad, raza, índice de masa corporal y recuento nadir de células CD4 previo al inicio del tratamiento.

El resultado de este análisis fue concluyente: la DMO baja y la osteopenia u osteoporosis en mujeres estaban asociadas con la infección por VIH y con algunos fármacos ARV, lo que sugiere que el grupo de mujeres premenopáusicas pueden estar en riesgo aumentado de fracturas óseas.

El uso prolongado de nevirapina estuvo asociado con mayor DMO; en cambio, abacavir se asocia a menor DMO. También se comprobó que son factores asociados con baja DMO la raza blanca, un bajo índice de masa corporal y la postmenopausia.

Hipertensión

Se realizó un análisis en el que se evaluó la cohorte original de 2.046 mujeres seropositivas y 564 seronegativas del WIHS con el fin de determinar la presencia de hipertensión (definida la sistólica como superior o igual a 140mmHg y la diastólica superior o igual a 90mmHg).

Los resultados obtenidos mostraron que la edad más elevada, pertenecer a la raza afroamericana, menor nivel de educación, el tabaquismo, el aumento del índice de masa corporal y el uso de TARGA eran factores asociados con hipertensión. Todo esto confirma el aumento de la incidencia de hipertensión en las mujeres del WIHS y sugiere que es un hecho independiente del estadio de la infección, siendo posible que esté relacionado con el uso de TARGA. Aunque el análisis apunta hacia un posible efecto protector del AZT, no se ha determinado aún el mecanismo de actuación en este sentido.

Referencias: 11ª Conferencia de la CROI (abstracts 50, 741, 744).

TOMA nota



La OMS informa de que en el mundo hay por los menos 170 millones de personas con infección crónica por VHC. Nadie sabe cuántas de éstas son niñ@s.

Esto se puede leer en el *Pediatric Hepatitis Report*, un informe elaborado por PKIDs (Parents

of Kids with Infectious Diseases, en sus siglas en inglés) en colaboración con los CDC, junto con:

- La coinfección VIH/VHC comporta la aparición de síntomas más graves y la enfermedad hepática avanza con mayor rapidez. Uno de los mayores factores de gravedad de la enfermedad hepática en niñ@s parece ser la coinfección.
- No hay información sobre la forma en que progresa la infección más allá de los 20 años en aquell@s pacient@s infectad@s en la niñez, debido a que la enfermedad parece ser muy leve durante los primeros 15 o 20 años de la infección.
- La coinfección por el VHC y el VIH parece incrementar el riesgo de que una madre transmita ambos virus perinatalmente.

La información acerca de la coinfección VIH/VHC en niñ@s está repleta de ideas generales, suposiciones y deducciones. Para variar la poca claridad vuelve a ser la nota dominante cuando se trata de VIH y pediatría.

Lo que sí nos queda claro es que el hígado tiene un papel importantísimo en la salud. En el caso de los niñ@s y jóvenes que viven con VIH, el cuidado del hígado es una de las claves para su bienestar y su salud, entendida ésta como aquella forma de vida que les permite ser autónom@s, solidari@s y gozar.

Así pues, si eres un niño, una niña, un joven o una joven VIH+ o conoces algun@, toma nota.

¿Qué es esa cosa llamada hígado?

El hígado es el órgano interno más grande del cuerpo. Es un órgano vital, lo cual significa que sin hígado no podemos vivir. A parte del cerebro, es el órgano más complejo del cuerpo. Una de sus características más sorprendentes es su poder regenerativo. Tiene muchas funciones:

- El hígado es un procesador.** La comida que comemos llega al estomago. Los nutrientes de los alimentos son absorbidos hacia la sangre vía los vasos sanguíneos de las paredes de los intestinos. Desde la sangre van a parar al hígado, donde son procesados de muchas formas diferentes. Los productos resultantes son usados por el cuerpo para su desarrollo y como energía.
- El hígado es una fábrica.** Produce un número de diferentes sustancias que son vitales para un crecimiento y desarrollo sanos. Las

células del hígado fabrican proteínas que van a la sangre. La albúmina, por ejemplo, ayuda a controlar la distribución de fluidos en todas las partes del cuerpo.

- El hígado es un depósito de almacenamiento.** El hígado almacena energía en forma de azúcar. También almacena otras sustancias como cobre, hierro y vitaminas.
- El hígado es un controlador.** Desempeña un papel importante en el control del nivel correcto de hormonas en el cuerpo, los niveles de azúcar en la sangre, la cantidad de fluidos que el cuerpo retiene y su distribución, la concentración de colesterol, y la acción de muchos medicamentos a través de un cambio químico.
- El hígado es un filtro.** Elimina algunas sustancias indeseables del cuerpo. Participa activamente en el control de los efectos perjudiciales de algunos medicamentos y productos.
- El hígado es un defensor.** Tiene un rol importante en la lucha contra varios tipos de infección. Particularmente protege al cuerpo contra las infecciones que se originan en el vientre.

Si un hígado es dañado y resulta incapaz de llevar a cabo sus funciones y actividades, pueden desarrollarse diversas complicaciones que afecten a los demás órganos y al sistema corporal.

Toda esta información nos puede ayudar a saber más cosas sobre lo que hace nuestro hígado cada segundo de todos los días y las noches de nuestra vida. Conocer un poco más sus funciones es necesario para saber qué es exactamente lo que queremos cuidar con la responsabilidad que merece nuestro cuerpo.

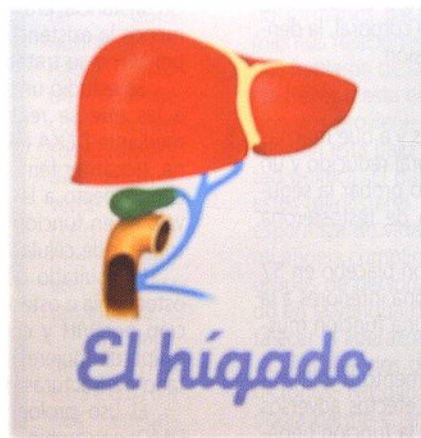
La siguiente cuestión sería ¿y que puedo hacer yo para cuidar mi hígado?

Esencialmente hay tres pautas básicas a seguir para asegurar tu bienestar:

- Primero, una dieta saludable.
- Segundo, ojo con las sustancias que pueden ser dañinas, el consumo de alcohol es el factor externo que más interfiere en el funcionamiento del hígado.
- Tercero, un descanso suficiente, espacio y tiempo para un sueño de calidad.

Puedes llevar una vida normal –comer las cosas que te gustan, salir con los amig@s, ir a bailar, a conciertos, de acampada, echar una buena siesta cuando estás cansad@ después de una noche de estudio o de una buena marcha– teniendo en cuenta las necesidades de tu hígado. Si alguien no comprende cómo te cuidas, quizás puedas hacer algo para ampliar sus perspectivas invitándole a una suculenta comida nutritiva y equilibrada, sorprenderle con un cóctel de frutas exóticas y afrodisíacas, compartiendo después una buena siesta...

En tus manos está la aventura de buscar un estilo de vida creativo, diferente y propio, con un cuerpo en condiciones, un corazón abierto y generoso, una mente clara y despierta.



¿Proceso de negociación o de frustración?

Cuando se observa la situación de las personas viviendo con VIH en Bolivia, sin soluciones a la mano para salvar sus vidas, o cuando nos enfrentamos como los venezolan@s a la impotencia del desabastecimiento inexplicable de tratamientos o a la lucha de los argentinos por la calidad de los fármacos que reciben, nos viene a la mente algunas preguntas: ¿Respetan nuestros gobiernos realmente la vida? ¿Son los compromisos internacionales firmados sólo un conjunto de "buenas intenciones" o expresan un verdadero compromiso con los derechos fundamentales: vida y salud? .

Hace menos de un año, entre el 5 y 7 de junio de 2003, se llevó a cabo en Lima, la ciudad en la que vivo y en la que apenas 1.500 personas con VIH tienen acceso a tratamiento, el Proceso de Negociación Conjunta para el Acceso a Tratamientos Antirretrovirales, proceso liderado por el ex Ministro de Salud del Perú y al que se plegaron los países de la Región Andina (Venezuela, Colombia, Ecuador y Bolivia) además de Argentina, México, Paraguay, Chile y Uruguay.

Esta cita tuvo como objetivo definir junto con los laboratorios que producen tratamientos ARV, tanto de marca como genéricos, y con las compañías productoras de insumos para laboratorio (CD4 y carga viral), un precio único de referencia para los diez países, tomando como base el precio más bajo obtenido en la región y en las negociaciones de Centro América y el Caribe. El proceso, que se caracterizó por la solidaridad y firmeza demostrada por los gobiernos para lograr un precio regional, fue un importante paso "político" que bien interpretado podría significar una manifestación evidente de voluntad política favorable frente a la problemática del acceso. Sin embargo, un paso de esta envergadura puede quedarse también en el plano de lo meramente declarativo si no va acompañado de un compromiso de compra sostenida, de una definición de una partida presupuestal adecuada y de la adopción de medidas concretas que van desde la exoneración de aranceles e impuestos hasta el control irrestricto de la calidad de los medicamentos.

Como testigo excepcional del proceso quisiera señalar desde mi percepción como persona que vive con VIH (PVVS) y activista, las fortalezas y debilidades que presenta y los desafíos para el movimiento de activistas viviendo con VIH.

Las Fortalezas:

Por primera vez 10 gobiernos latinoamericanos reconocieron que la falta de acceso a tratamiento es un problema en la Región y que hacen falta medidas de urgencia para solucionarlo.

El Proceso superó a la Iniciativa de Acceso Acelerado de ONUSIDA, en la que seis laboratorios de la Industria Innovadora negocian con los gobiernos tomando como criterios el índice de desarrollo humano o el nivel de ingresos, lo que en la práctica excluye a algunos países; y "abrió" el mercado al convocar a los productores de genéricos y de insumos de laboratorio.

Se negoció un precio único para todos los países, independientemente de otros factores como el nivel económico o el volumen de las epidemias.

Se logró una reducción de precios del 30% al 92% en tratamientos de primera línea y del 5% al 16% en tratamientos de rescate, lo que significa para algunos países, tratamientos entre 350 y 1.500 dólares persona/año. Esto implica también un aumento de la cobertura en los países que compren en el marco de la negociación.

Las Debilidades:

La estrategia de comunicación con la industria innovadora no fue la más apropiada (esto es un punto de vista personal y subjetivo) lo que generó que las compañías productoras de ARV de marca, excepto Abbott, no estuviesen en condiciones de presentar un precio regional.

El Acuerdo de Intención es sólo por 12 meses (1 año), es decir, si en este lapso de tiempo no se compra, habría que realizar un nuevo acuerdo.

Los laboratorios participantes fueron invitados por los gobiernos, en algunos casos fueron invitados laboratorios cuestionados por temas de calidad (los laboratorios argentinos y uno peruano).

La legislación en materia de calidad es irregular o inexistente en la mayoría de nuestros países: sólo México y Argentina tienen procedimientos nacionales para hacer las pruebas de calidad y aun en estos países el funcionamiento de estos sistemas tiene problemas.

El escenario de la negociación está compuesto en un 99% por productos similares o genéricos.

Se negoció sólo un precio, no la voluntad de compra expresa, un precio sin voluntad de compra no soluciona el problema del acceso.



Los DESAFIOS:

El Acuerdo de Intención firmado por nuestros gobiernos puede ser un instrumento muy útil para demostrar que el problema no es sólo el dinero, sino la voluntad de hacer algo. Ahora que tenemos precios accesibles, ¿a qué estamos esperando?

Recordar a nuestros gobiernos que en varios de nuestros países existen sentencias judiciales y medidas cautelares que les obligan a dar tratamiento a las PVVS. Ahora que los precios están a la alcance No hay excusa.

Vigilar por que los estándares de calidad sean los mejores se relaciona con abogar por la modificación o promulgación de leyes que garanticen control de calidad no sólo desde los proveedores del medicamento sino desde las Direcciones Nacionales de Medicamentos. Merecemos el Mejor tratamiento

El tiempo de comprar es ahora, en 12 meses el escenario político puede cambiar por eso tenemos que movilizarnos.

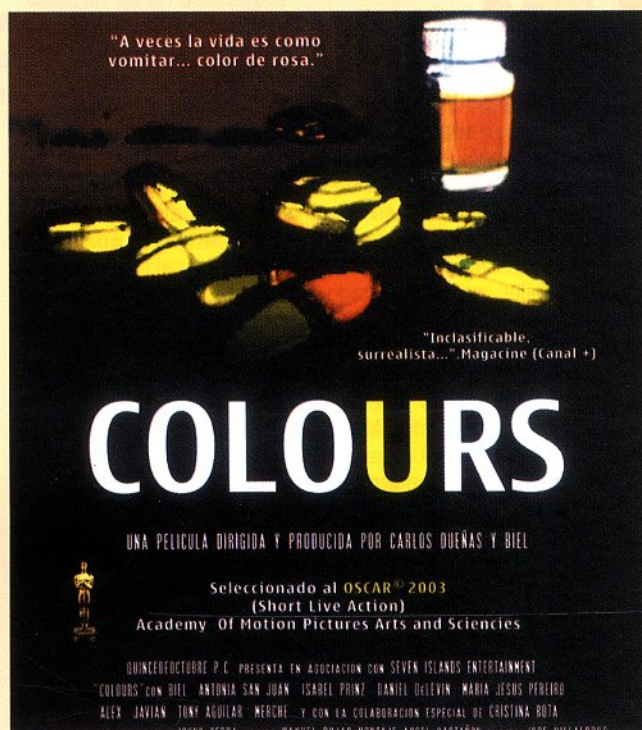
COLOURS:

comedia gamberra
sobre el SIDA para
todos los públicos

CLOURS es un cortometraje que cuenta la historia de Davihd, un joven que decide comunicar a su entorno que vive con VIH y que ha iniciado un tratamiento con ARV. La película ofrece una visión muy particular de este complicado momento en la vida del protagonista a partir de un guión que oscila entre la comedia gamberra y el melodrama ácido. Como es de esperar, Davihd se da de bruces contra el rechazo, la incomprensión y la exclusión por parte de su desconcertado círculo afectivo. Y no puede ser de otra manera porque si no la película perdería parte de su gracia, puesto que tal y como declararon sus autores a la prensa: «Colours pretende ser una patada visual sobre el problema del SIDA».

Esta patada es el sentido del humor que irrumpe a los dos minutos escasos de inicio del corto y que no desaparecerá hasta dos minutos antes del final. Entre el planteamiento y el desenlace, el público disfruta de una comedia corrosiva, de ritmo trepidante que incluye escenas realmente divertidas. La hermana de Davihd, por ejemplo, interpretada por una alocadísima Isabel Prinz, es la defensora de las curaciones alternativas y querrá salvar al personaje a través de la fe, la medicina oriental, la meditación o los brebajes naturistas. Es la que no quiere aceptar. Los "amigos" de Davihd no se quedan a la zaga. Encarnan la figura de la exclusión, la gran aliada de la ignorancia. De perfil psicológico plano, arquetípicos en su memez y cortedad de miras, faltos de sensibilidad, serían la imagen del miedo. No en vano dice Davihd: «los amigos son el peor grupo de riesgo al que me he enfrentado nunca». Definitivamente Davihd es diferente desde que vive con VIH. Probablemente esté mal de la cabeza, tanto, que él mismo se provoca la enfermedad. Ésta es la teoría de su psiquiatra,

argentina, como no. La estupenda Cristina Rota borda este personaje en la escena más hilarante del cortometraje.



DIAMANDA GALÁS

La cantante californiana de origen griego Diamanda Galás (1952) ha mantenido su integridad artística sin ceder ni un ápice a los convencionalismos. Antes de dedicarse por completo a su música trabajó como investigadora en el campo de la inmunología y la hepatología. Fue militante de Act-Up y como ella dice: "Mi voz es al mismo tiempo un instrumento de inspiración y una herramienta de tortura y destrucción". Su rango vocal es de una impresionante cobertura. Sacude las conciencias a base de gritos, alaridos,



gemidos, susurros, suspiros, aullidos penetrantes, ruidos guturales y tonos bajos. Todo esto con su magistral acompañamiento al piano y manipulaciones electrónicas. Sus puestas en escena han despertado las críticas de los sectores más conservadores pero también la han encumbrado a ser considerada como una artista de culto no apta para todos los públicos. Además del SIDA, son temas de su obra la muerte, la fragilidad de la condición humana y el psiquismo. En 1992 apareció su disco *Vena cava* obra en la que se exploraba la destrucción mental provocada por la depresión y la demencia causada por el VIH.

La Serpenta Canta es el título de su último doble álbum aparecido en 2002.

Entre tanto *gag* y disparate, un pusilánime Davihd encuentra la comprensión entre l@s diferentes: una mujer lesbiana, Esther (Antonia San Juan), que lo invita a abandonar la auto-compasión y un tipo extraño, solitario y homosexual, Gael (Daniel de Levin) que sobrevive a la diferencia a base de conocerse y aceptarse a sí mismo. Dicho y hecho. Davihd termina viviendo con Gael, aceptando su circunstancia, y construyendo una nueva vida llena de colores, los colores de las pastillas que alimentarán la ilusión por un futuro. ¿Por qué no?

La película está bien realizada, su factura es de calidad y la producción, de 160.000€, es de las más caras del cine español. Se trata de un producto insólito por el tratamiento dado al tema y es probable que no provoque el mismo impacto en un/a espectador/a naïve que en un@ ya iniciad@.

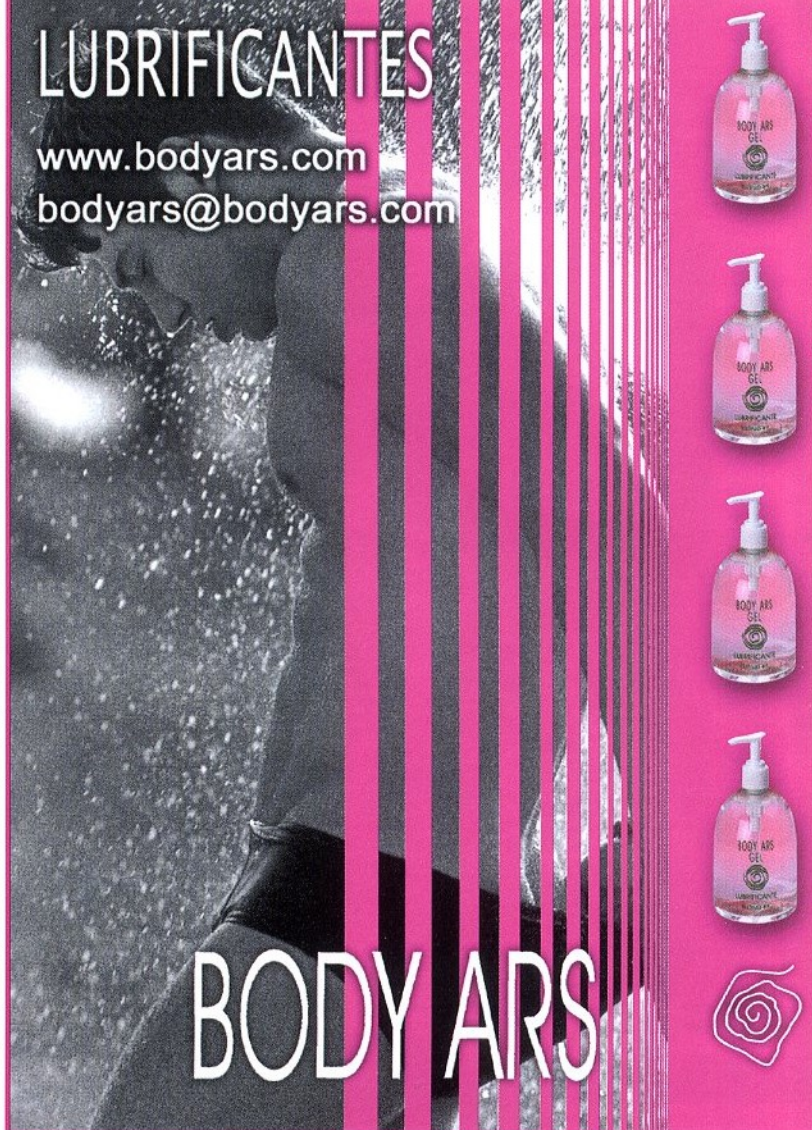
El cortometraje ha entrado inmejorablemente en los circuitos de exhibición. La preselección para una posible candidatura a los Oscar, que finalmente no se produjo, o la posterior participación en la Berlinale 2004 prácticamente le aseguran su presencia en los festivales más importantes.

CORTOMETRAJE	Duración: 20 minutos
Dirección y producción:	CARLOS DUEÑAS y BIEL
Fotografía:	JOHNY YEBRA
Historia original:	CARLOS DUEÑAS
Guión:	FRAN A. ZURIAN y CARLOS DUEÑAS
Música:	JAVIER VILLALOBOS
INTERPRETES:	
Davihd:	BIEL
Berta:	ISABEL PRINZ
Esther:	ANTONIA SAN JUAN
Gael:	DANIEL DeLEVIN
Psicoanalista:	CRISTINA ROTA

LUBRIFICANTES

www.bodyars.com

bodyars@bodyars.com



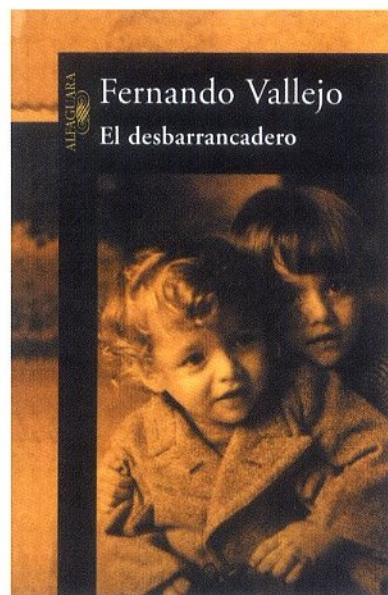
Diatriba de dolor por un hermano que muere

En la fotografía de la portada extraída del álbum personal, Fernando Vallejo abraza por detrás a su hermano Darío cuando ambos apenas superan unos pocos años de edad. Fernando mira a la cámara de su tío Argemiro con la misma expresión descreída que conservará toda su vida. La misma con la que, claramente endurecida, apenas contenida en su rabia, posa en la foto interior del libro, donde Fernando supera aunque no lo confiese la cincuentena. Darío se muestra en cambio apenas un bebé partidario ya de disfrutar de las cosas tal como son, encantado con la imagen que le devuelve la lente, ignorante por elección.

Fernando Vallejo, escritor colombiano nacido en Medellín que vive en México, narra en *El desbarrancadero* (Alfaguara, 2001) con fruición no morbosa sino ofuscada, la implacable agonía de su hermano Darío enfermo de SIDA en los años en que las enfermedades oportunistas eran una lista inacabable de misteriosos términos latinos y sus remedios una lucha desesperanzada contra la fatalidad. Y lo hace con una furia tal, un torrente tan descarnado, que nadie se salva, ni mujeres, ni hombres, ni negros, ni blancos, ni la Iglesia, ni los políticos, ni Medellín ni México. Todos reciben su grito culpabilizador, todos son objeto de una diatriba profundamente adolorida que no admite mesura, que se rebela contra la contención, que sólo se reconoce en el exceso.

Fernando y Darío compartieron muchachos, aguardiente y marihuana después de salir milagrosamente indemnes de una monstruosa familia de 20 hermanos tiranizada por una madre casi inmóvil por voluntad propia y un padre fantasma que se sujeta absurdamente a la vida. En medio de la locura desbarrancada de esta prole trasunto de su Colombia natal, del microscopio infecto del Medellín tomado por el narcotráfico y los sicarios, buena muestra del planeta desquiciado que habitamos, Darío y Fernando recorren a salto de mata trayectos temporales maltrechos por la desidia y sólo vivificados por el recuerdo del sexo.

Yendo más allá de *La Virgen de los Sicarios* (Alfaguara, 1994), donde la erótica y la ternura surgían con una sencillez pasmosa de la violencia gratuita y asesina, Vallejo amasa elementos autobiográficos con el delirio real que le circunda para lanzarnos su esputo más putrefacto, advirtiéndonos de que esa mezcla viscosa que tanto nos repugna no es más que el resultado de aspirar y masticar todo lo que le rodea, todo lo que nos rodea.



UN nuevo Desafío

Fotos del reportaje y la portada: ÁNGEL TROTONDA

Durante años la hemos llamado la epidemia invisible u oculta: ¿no sería mejor decir ocultada? Como veréis en los textos de este reportaje carecemos de datos fiables, pero la impresión de medic@s en los servicios de salud y profesionales en las ONG es que las hepatitis se han convertido en el problema más acuciante que tiene en este país la comunidad del VIH, y por

ende quien tiene su razón de ser en atenderle, incluidas las autoridades sanitarias. Varias colaboraciones, testimonios y entrevistas dan fe de ello en las siguientes páginas, aunque a nuestr@s lector@s les hubiera bastado con mirar a su alrededor, o referirse a sí mism@s, para entender qué está pasando. Esperamos que estos documentos escritos y gráficos sirvan para sacar a la luz este fenómeno en toda su extensión.



La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana es como una corredora de élite: con el tiempo pasa de velocista a dedicarse a las distancias más largas. Los antivirales son su mejor entrenamiento: le quitan explosividad, pero le dan resistencia, y nunca mejor dicho. Pero esta conversión del VIH ha dejado en evidencia a otros competidores, otros microorganismos infecciosos que actúan también a largo plazo, como el virus de la hepatitis C (VHC), una infección que a ese largo plazo (más de 15 años) puede ocasionar cirrosis y cáncer de hígado.

Hasta la aparición de los cócteles de antirretrovirales, el VHC jugaba en otra liga. Sus efectos tardaban demasiado en aparecer como para preocupar a las personas que vivían con VIH/SIDA. Ahora, cuando los tratamientos han conseguido retrasar el efecto del VIH, la hepatitis C ha encontrado su hueco.

La diferencia entre la hepatitis C y otras infecciones que pueden padecer las personas con VIH es que no se trata de una enfermedad oportunista. No es exclusiva de personas con defensas bajas, como el sarcoma de Kaposi o el citomegalovirus, por ejemplo. Del mismo modo, cuando el sistema inmunológico mejora y aumenta el recuento de linfocitos CD4, no se frena. La causa de la coinfección (se calcula que más de un 60% de las personas infectadas por el VIH también tienen el VHC) es que comparten la vía de transmisión: la sangre. Por eso algunos estudios calculan que la coinfección (tener los dos virus a la vez) llega al 90% en el caso de usuarios de drogas por vía parenteral que hayan compartido jeringuillas.

No está claro si esta coexistencia es neutral. Algunos estudios apuntan a que la infección por VIH empeora la evolución de la hepatitis C. Ello puede deberse a que el ataque combinado de los dos virus debilita el sistema inmunológico, o, simplemente, al efecto tóxico sobre el hígado de los antivirales. Sin embargo otros científicos no han podido demostrar una relación entre las dos infecciones.

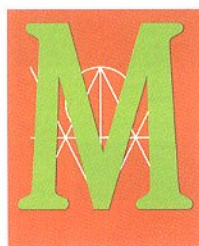
De momento, el VHC no tiene una vacuna. Como el VIH, se combate con combinaciones de fármacos (en este caso, la más frecuente es la de ribavirina e interferón pegilado). Pero el tratamiento no funciona en uno de cada tres casos. Tampoco parece que la coinfección con el VIH afecte a este resultado.

Entre tantas incógnitas hay una certeza: los médicos de los servicios de Enfermedades Infecciosas de los hospitales coinciden en que los problemas hepáticos son ya la primera causa de muerte entre personas con VIH. Pero no hay cifras que demuestren esta afirmación. El Plan Nacional sobre el SIDA sólo recoge los fallecimientos que los certificados médicos atribuyen al SIDA. Si una persona con VIH fallece de una cirrosis, por ejemplo, no entra en esta cuenta.

Por una vez, sin embargo, las personas que saben que viven con VIH tienen una ventaja: lo habitual es que también conozcan el estado de su hígado. Son una excepción. Se calcula que de las 800.000 personas infectadas por el VHC, dos terceras partes no lo saben. Para comparar, la cifra de personas con VIH/SIDA se calcula que ronda las 150.000, de las que una tercera parte lo ignora. También en esto coinciden el VIH y el VHC: la invisibilidad es su mayor peligro.



Andrés y Jordi: vidas y virus en PAREJA



E LLAMO Andrés Ramos y estoy infectado desde 1993 que es cuando nos conocimos Jordi y yo. Desde entonces he tomado varias tandas de pastillas. Cuando me infecté sólo había un antiviral que por supuesto empecé a tomar. Al cabo de poco, comenzaron a haber más. Hasta la fecha particularmente me ha ido muy bien. Hace dos años y medio que no tomo nada,

que mantengo bien los CD4 y la carga viral. El único problema a tener en cuenta es precisamente la coinfección con la hepatitis B. Durante este tiempo, ha generado varios problemas por tenerla activa y he tenido que medicarla. Ésa es la situación hasta ahora. He estado siete años tomando medicación y últimamente estoy en vacaciones terapéuticas. El doctor me comentó que podía haberme evitado la medicación pero claro en aquel entonces no se sabía. Ahora estoy bien.

L+P: Andrés, no tomas antirretrovirales ahora, ¿no?

Andrés: Así es. Aunque tuve una bajada de defensas causada por la infección primera, después me he mantenido siempre bastante bien de defensas. No he llegado a los niveles de Jordi nunca. La medición de la carga viral empezó mucho más tarde de que yo me infectara. Entonces empezaron a medicarme para mantener la infección. Me propusieron unas vacaciones terapéuticas y la verdad es que desde entonces no he vuelto a tomar nada en absoluto. De esto hace ya dos años y medio, tres años. Voy cada seis meses a hacerme analíticas. Si me noto cualquier cosa, voy al médico y sin problemas.

L+P: ¿Recibisteis al mismo tiempo los dos diagnósticos, el de VHB y el de VIH?

Andrés: Yo recibí primero el de la hepatitis B. Primero me hice una analítica de VIH y me salió negativa, pero me salió positiva al VHB. Y al cabo de unos años fue cuando recibí el de VIH.

Jordi: Primero VHB y tres meses después el VIH.

L+P: A la hora de abordar las hepatitis, es importante que el /la médic@ de cabecera esté alerta ante un posible problema hepático para que sepa desviar a la persona al/la médic@ especialista adecuad@, ¿no os parece que hay un problema que falla en nuestra sanidad?



E LLAMO Jordi Samper y me detectaron VHB en primavera del 93, y en verano del mismo año la coinfección con VIH. Entonces vivía en Barcelona, hasta noviembre del 93, que me trasladé a Valencia. Aquí es donde empezaron las analíticas (con recuentos de defensas muy escasos) y el tratamiento con AZT, Septrin y Fluconazol. En el 94 el primer

tratamiento con interferón- α durante seis meses, los resultados nulos y los efectos secundarios bastante fuertes (pérdida de apetito y peso, febrículas, dolores en las articulaciones, etc...). Hasta la llegada de los IP mi calidad de vida era bastante deficiente y los ingresos en el hospital frecuentes. Desde entonces, y unas cuantas terapias de rescate, las cosas van mejor. Mi calidad de vida ha mejorado mucho, aunque la lipoatrofia sea tan evidente.

Andrés: Ahí falla todo.

Jordi: L@s médic@s de cabecera que he tenido han sido únicamente expendedores de recetas.

Andrés: No tod@s. Depende del/la médic@.

Jordi: De la relación de confianza que establece con él. A nosotros los problemas, nos los han solucionado básicamente l@s internistas. Si tengo gripe y visito al de cabecera, acabo con las recetas en el internista para que me diga si lo que me han recetado es compatible con la medicación que tomo, y normalmente acaba por darme algo más adecuado a mi situación. Tienen nociones muy generales sobre los tratamientos antirretrovirales

L+P: La relación con vuestros médic@s ¿cómo la definiríais?

Jordi: Hemos tenido mucha suerte. Tanto en la Fe (el primer hospital donde nos trataron) y después en Hospital Dr. Peset (en el que nos tratan actualmente). Me gustaría remarcar el equipo de enfermedades infecciosas de éste hospital, del cual estoy enormemente satisfecho, por la profesionalidad y el trato personal que recibimos.

Andrés: Por lo que respecta a l@s médic@s todo ha funcionado muy bien, todo el equipo del hospital ha sido muy eficaz y el nivel es bueno. Con l@s médic@s pasa igual que con el resto de la humanidad, llega un momento en que tienes que lograr entenderte

con ell@s y tienen que ser tus aliad@s, más que tus enemig@s. Depende de cómo te enfrentes a ello. Si lo haces pensando que eres un ser más débil, con miedo y dispuesto a acatar todo lo que te digan incluso lo que no entiendes, pues probablemente no llegarás a ningún sitio. Nuestra gran ventaja es que además de existir una relación personal con el médico, que es un factor que ayuda un poco, hay también un nivel de información que nosotros cuidamos y que ellos saben que tenemos. De hecho nosotros pasamos información que nos llega a nuestro médico.

Jordi: En mi caso, que he tomado desde siempre medicación y he pasado por mil terapias de rescate, siempre he intentado estar informado, pero lo importante es una puesta en común entre lo que yo sé y lo que mi médico me explica, que me ayuda a aclarar dudas.

Andrés: Cuando decidimos tomar el interferón, la información era exhaustiva y sabíamos dónde nos metíamos. Me consta que cuando lo recetan o lo proponen, proporcionan a la gente información referente a los efectos secundarios. Por lo menos, ése fue nuestro caso.

L+P: ¿Os sometieron a alguna biopsia para conocer el estado de vuestro hígado?

Andrés: A mí no.

Jordi: Después de varias ecografías, me hicieron una biopsia.

L+P: ¿Te explicaron en qué consistía la prueba?

Jordi: Sí. Me contaron que podría resultar doloroso. La verdad es que al final ni me enteré. Me ingresaron una noche, por la mañana me punzaron el costado para la biopsia y luego durante cuatro horas debía permanecer inmóvil tumbado del lado de la punción. No sentí dolor.

Andrés: Yo lo viví con él y francamente alucinas... Quizá también influyó que iba bastante relajado. Creo que influye tu estado nervioso, tu actitud antes de entrar para que te produzca más o menos daño.

L+P: Tras recibir el diagnóstico, ¿tuvisteis orientación acerca de qué opciones de asistencia teníais?

Andrés: No. Me diagnosticaron en un centro donde realizaban las pruebas de detección de forma anónima y me dieron la noticia de que no era VIH+ pero sí que tenía el virus de la hepatitis B. Me comentaron que era conveniente que usara preservativo en mis prácticas sexuales. La información te la daban en el mismo centro. En cuanto a información de ayuda de ONG y otras organizaciones, no. En aquel momento, me dijeron no que la tenía activa sino que había pasado una hepatitis B. Me comentaron que la habría adquirido por vía sexual y poca información más. Ahora, ha cambiado la cosa. Yo te hablo de hace 18 años, cuando hacerse la prueba del VIH era todo un reto. Ahora sabemos más y desde los mismos hospitales se puede derivar a los afectados a ONG que ofrecen asistencia o grupos de ayuda mutua. La hepatitis hoy día, como consecuencia del aumento de la mortalidad de personas con VIH a causa de problemas hepáticos, está adquiriendo una relevancia que probablemente antes la tenía pero que la desconocíamos. En nuestro caso, hace 18 años, las cosas eran de otra manera, quiero suponer que peor.

L+P: ¿Cuándo os recomendaron empezar tratamiento para el VHB?

Andrés: Cuando se activa el virus y sube la carga viral de la hepatitis B. El virus como sabéis no desaparece.

Jordi: En mi caso el primer interferón- α fue en el año 1994. Era una medicación bastante nueva entonces. La dosificación: durante seis meses, a días alternos y muchos "millones de unidades".

Andrés: Fue al cabo de un año o año y medio de enterarnos de que teníamos el VIH y estábamos los dos con el VHB activo. Nos propusieron el interferón- α porque era lo único que había. De cualquier manera, se nos dijo que el porcentaje de éxito del tratamiento era muy bajo para el VHC y que para el VHB se había probado muy poco. Nos propuso nuestro médico intentarlo y accedimos.

Jordi: Con el primer interferón no nos dijeron que hubiera tantos problemas como con el segundo, ya que no se conocía todavía tanto. Por ejemplo: sobre los problemas psicológicos no se nos comentó absolutamente nada. Se habló mucho de cuestiones físicas pero no psicológicas.



Andrés: Nosotros sabíamos e intuíamos que sentar bien, no iba a sentar bien. Además tomando al tiempo la medicación anti-VIH. Era un cóctel molotov. Y viviendo 24 horas al día juntos. Era más fuerte todavía. Pero lo sobrellevamos y lo logramos.

Jordi: Fueron seis meses horribles. Creo que el hecho de estar juntos nos daba más fuerza para aguantar. Si no recuerdo mal, acabé un tiempo después con una grave neutropenia que me obligó a un ingreso hospitalario.

Andrés: Como sigues un mismo ritmo, parece que está todo dentro de la cotidianidad y además la gente con la que tratábamos estaba al tanto de que estábamos tomando tratamiento. Igualmente te rompe los esquemas.

L+P: Respecto a la atención sanitaria que recibisteis, habéis comentado que os explicaron los efectos secundarios de la medicación.

Jordi: Con el segundo interferón sí que insistieron mucho más, sobre todo en el plano psicológico. El médico nos dijo también que la mínima cosa extraña que notáramos que la comentáramos rápidamente.

L+P: ¿Habéis recibido algún tipo de atención integral antes y durante el tratamiento, es decir, atención interdisciplinaria entre infectólogos, hepatólogos, psicólogos, enfermeros...?

Jordi: En nuestro caso el infectólogo y el hepatólogo ha sido la misma persona.

Andrés: Es cierto que en nuestro caso ambas especialidades recaían en la misma persona. La unidad como equipo de trabajo funciona muy bien, y no sólo con nosotros sino con todos los pacientes. Hay un psicólogo que atiende a los pacientes con VIH. Yo cuando lo he necesitado he ido. Y el equipo de enfermeros igual.

Jordi: Lo que es el Hospital de Día hay tres internistas, un psicólogo, una ATS, la administrativa y la auxiliar. A veces ofrecen esporádicamente algún taller, por ejemplo de relajación, dirigido por un psicólogo. La verdad es que debería reforzarse éste tipo de actividades complementarias.

Andrés: Yo lo veo de otra manera. Todo este tipo de actividades que sirven de refuerzo al/la paciente, si se hacen, las veo muy positivas. Pero sobre todo lo que a mí me interesa es el buen ambiente de la consulta y eso se percibe y creo que de cara al/la paciente es positivo. A mí me interesan menos esas actividades dirigidas a l@s pacientes que un trabajo bien hecho. Supongo que son necesarias pero personalmente me echan para atrás.

Jordi: El servicio de enfermedades infecciosas del hospital se ocupa por derivar a l@s pacientes a las ONG, pero en nuestro caso no ha sido necesario. Gente tratada en esta unidad ha tenido acceso a pisos asistenciales de AVACOS o del Comité Ciudadano anti-SIDA de Valencia. En este sentido, desde la consulta sí que se da información a l@s pacientes de ayudas extrahospitalarias.

L+P: Dadas las características de la infección por VIH, ¿sería conveniente un trabajo conjunto entre los diferentes especialistas implicados en el tratamiento: infectólogo@, hepatólogo@, psicólogo@?

Andrés: Un servicio integral como existe en otros países de ámbito europeo en España desde luego no existe, aunque sería lo ideal. Lo que sí existe es una buena voluntad por parte de l@s facultativos. Much@s tienen una calidad humana increíble.

Jordi: Aunque sí existe la buena voluntad de las personas que trabajan. En mi caso, la medicación me ha producido diabetes *mellitus* tipo II, por lo que también me visita el endocrino, y sé que tiene comunicación con mi internista, pero sospecho que es más un interés personal que un trabajo conjunto. Me consta que especialistas de Medicina Interna del País Valenciano se reúnen mensualmente para compartir y estudiar casos e historias clínicas. Pero con el resto de especialidades no lo sé, creo que no.

L+P: Cuando tomabais el tratamiento contra el VHB, ¿tuvisteis o pensasteis abandonarlo debido a los efectos secundarios?

Andrés: Todos los días. Lo cual no significa que lo dejara. Hice los tratamientos y los acabé enteros. Tienes que buscar muchos subterfugios, yo por lo menos, por mi forma de ser, para no caer en desesperaciones idiotas. Es desagradable, un tratamiento muy agresivo. Si tuviera que aconsejarlo, no sé si lo haría. Evidentemente yo



lo he hecho, una vez bien y otra menos bien. En cualquier caso, se tiene que sentir uno fuerte.

Jordi: Aguanté el primero e incluso el segundo pero me han propuesto un tercer interferón y hasta que no me den un porcentaje de resultados positivos más altos no voy a volver a pasar por otro tratamiento.

L+P: ¿Cómo os sentíais físicamente esos días?

Andrés: Estamos hablando no de días sino de meses. Del primer interferón que hablábamos era un día sí y otro no. Estabas todo el día con agujas. Son inyecciones subcutáneas, que no es que sean dolorosas, pero cuando empiezan los efectos, que son acumulativos, la sensación es cada vez más fuerte.

Jordi: Recuerdo que los dos primeros meses del interferón fueron bastante tranquilos.

Andrés: Se trata de dolores musculares, dolores en los sitios más insospechados, como la uña de un dedo, los párpados, fiebre constante, eso por lo que respecta a lo físico, pero también en el ámbito psicológico una avalancha de sensaciones a cual más extraña: a veces te sientes agresivo, irritable, susceptible. El día que te tienes que pinchar te tienes que mentalizar. Estos serían los efectos más destacables que tuve con el primer interferón. El segundo fue una inyección a la semana, con el mismo efecto acumulativo. Estaba más preparado y me lo tomé de otra manera. Me dediqué a hacer cosas que realmente me apetecían y no había hecho hasta el momento: leer, escribir... Me ayudaba a extraerme del dolor. Psicológicamente fue complicado. Jordi conocía los efectos y le resultó «más fácil» sobrellevar mi tratamiento. Aunque sólo él sabe lo que ha tenido que aguantar y sólo sé yo lo que he tenido que aguantar.

Jordi: El segundo tratamiento con interferón de Andrés, yo iba prevenido por el médico. Me dijo: «Vigílo, que no se le vaya la bola». Estuve bastante pendiente.

L+P: Ante estos efectos secundarios, el médico ¿os ofreció la posibilidad de reducir las dosis del interferón o cambiar algún fármaco de la terapia anti-VIH?

Andrés: Sí. En principio sí. El médico te cuenta lo que hay, te habla de las cantidades, las dosis y sus posibles efectos. Ellos te asesoran y tú eliges. En mi caso, estuve muy asesorado por los médicos. Y los millones de unidades del interferón los pactamos. La primera vez no tanto pero la siguiente, un poco más. La elección se planteó en busca de unos resultados que pudieran ser óptimos y sabiendo que si en la hepatitis C había un porcentaje de éxito de un 33%, en la B era de un 10%-12%. Era como jugar a la lotería. La información fue la adecuada.

L+P: Si los efectos adversos hubieran sido muy graves, ¿hubierais dejado el tratamiento?

Andrés: Totalmente. Los dos tratamientos los seguí pero en el último se me propuso alargarlo medio año más y dije que no. No valía la pena ante un porcentaje de éxito tan bajo.

Jordi: Yo a suspenderlo no, pero a alargarlo sí que me he negado. Con dos interferones «a la espalda», si tuviera que empezar otro sólo lo haría sabiendo que hay porcentajes de éxito como mínimo de un 50%. Por un 10%-12% de probabilidades de éxito, no lo vuelvo a hacer.





ORGANIZADORES para la medicación Varios tamaños y compartimentos

Pastilleros con alarmas

TEL. ATENCIÓN AL CLIENTE:

916 332 271

630 765 422

lapastilla@lapastilla.com

Visita nuestra web:
www.lapastilla.com

Andrés: Algunas personas que conocemos al mes lo han tenido que dejar.

Jordi: Además hay dos medicamentos para el VIH que sirven también para el VHB y que estoy tomando: lamivudina (que tomo ya hace años) y más recientemente tenofovir. Con esto parece que mantengo el VHB bastante controlado.

Andrés: Los efectos son duros y difíciles, pero aguantables. Si en algún momento hubiera sentido que no podía, lo hubiera dejado. Era difícil, pero lo haces pensando que vas a estar mejor. También es cierto que una vez que dejas el tratamiento, los efectos no se perpetúan en el tiempo.

L+P: ¿Los médicos entienden con facilidad que abandonas el tratamiento por no ser capaz de soportar sus efectos?

Andrés: Sí. Nuestro médico es muy comprensivo y lo entendería perfectamente. Es como todo. Si hay buena relación con el/la médico y estás arropado en tu entorno, es mucho más llevadero. Pero no es fácil. Quien se lo tenga que poner que sepa antes lo que hay.

Jordi: Es importante también el entorno, como dice Andrés. No estar solo. La gente que te rodea debe saber qué sigues un tratamiento «fuerte». Porque si no, puede ser terrible.

Andrés: A nosotros nos llaman algunos colegas para informarse. El carácter cambia desde luego. Si la persona o personas que están contigo, lo tienen en cuenta y sabiendo que todo eso luego se reconduce, quiero decir que no se te queda el genio trastocado, es algo más llevadero.

L+P: ¿Creéis que hay información o relación entre los médicos especialistas en VIH y los de las hepatitis a la hora de tratar al/la paciente?

Andrés: En nuestro caso era el mismo médico y por lo tanto un único especialista. Me consta también que cuando tienen alguna duda se llaman entre ellos, para solucionar cuestiones o pedir consejos.

L+P: ¿Creéis que los diferentes agentes implicados en el tema de la coinfección, autoridades sanitarias, farmacéuticas están haciendo lo necesario para abordar el tema de la coinfección?

Andrés: Ni de coña, ni en España, ni en ningún sitio. Está fatal.

Jordi: Aquí lo importante es la buena voluntad del personal que está trabajando en el tema.

Andrés: Creo honestamente que no tienen conciencia, en lugar de facilitar las cosas, se ponen trabas. El apoyo institucional es nulo. Si no fuera por el grado de implicación de las personas que trabajan, sería un desastre. En Valencia, a las personas que trabajan se les ve un punto humano y vocacional, pero no creo que lo tengan fácil.

L+P: Con respecto al VIH existe una experiencia acumulada en el abordaje y tratamiento, ¿pasa lo mismo con las hepatitis?

Andrés: Para nada. Cuando hablas con los médicos te lo dicen claramente: mucha gente muere de las complicaciones relacionadas con las hepatitis. Además, no hay nada, quitando el interferón, y algunos fármacos con efecto anti-VIH y antihepatitis. Y en concreto sobre la hepatitis B no hay nada o muy poco.

Jordi: Empiezan a darle más importancia, sobre todo al VHC, que es más grave que el VHB, así que se investiga y se sabe más sobre la hepatitis C que sobre la B.

L+P: En el campo de la prevención, por ejemplo, de las hepatitis, ¿os parece que hay una actuación definida?

Andrés: En absoluto.

Jordi: El VIH no deja de ser una enfermedad crónica, con una medicación que te permite tener una cierta calidad y esperanza de vida por bastante tiempo, sin embargo, parece más mortal que las hepatitis cuando no es así. Las hepatitis tienen igual o más mortalidad que el VIH.

Andrés: Las hepatitis, y sobre todo la C, es una enfermedad tabú, pues se relacionaba con el mundo de las drogas inyectables. Aquí en Valencia está el famoso caso del doctor Maeso que infectó a cientos de pacientes. A raíz de esto, parece que la hepatitis C ha entrado dentro de los canales de una cierta "normalidad", pues ha sido la infección producida por un sanitario y ha alcanzado un relativo nivel mediático. Entonces, existe en este sentido un poco más de información y cierta conciencia sobre la enfermedad.

Jordi: No se suele hablar mucho de las hepatitis en las campañas de prevención. Mucha gente ignora que las hepatitis se contraen también por vía sexual. Y muchas campañas de prevención de enfermedades de transmisión sexual se dirigen a alertar sobre el VIH pero no se mencionan las hepatitis u otras enfermedades.

L+P: ¿Queréis añadir algo más?

Jordi: Lo más importante es la información. Si no se tiene se ha de buscar donde se encuentre (revistas, internet, prensa, en las consultas de los médicos, las ONG, los colegios...) una educación sobre la salud es importante. En especial, entre los jóvenes que deberían tener acceso fácil en los colegios e institutos a toda esta información. Que sepan que los preservativos son para protegerse de enfermedades y no para hacer globos para fiestas. Y alertarles sobre las ETS que pueden evitar haciendo uso de este método de prevención, entre ellas las hepatitis.

Andrés: Durante mucho tiempo, se ha hablado bastante del VIH y se ha dejado en un segundo plano las hepatitis. Creo que se debería incidir más a la hora de educar sobre prevención, en hablar también del resto de enfermedades de transmisión sexual, no únicamente del VIH. Conozco gente que está infectada sólo de VHC y no del VIH, pero tienen el mismo problema que yo. Se debe tender a simplificar las cosas y unificarlas, a aunar esfuerzos en definitiva para que los jóvenes, y todo el mundo en general, pueda tener una visión global de la salud.



ESTHER: saber para Decidir

Afrontar el tratamiento para la hepatitis C (VHC), desde mi punto de vista, lo podría definir como una experiencia cuando menos complicada.

En la actualidad, contamos con una única opción terapéutica, la administración conjunta de interferón pegilado y ribavirina, un tratamiento al que todas las personas coinfectadas no siempre pueden acceder, pues es necesario cumplir con una serie de requisitos, es decir, tener una buena situación clínica y funcional, ausencia de antecedentes por trastornos psiquiátricos y no presentar un deterioro inmunológico grave. Por lo tanto, partimos de que nos encontramos con una terapia «selectiva» ya que iniciarla implica una serie de limitaciones, y también porque nos enfrentamos a un tratamiento que dista mucho de ser el ideal, demostrado por su poca eficacia y tolerancia lo que provoca un gran número de abandonos.

Llevo dieciséis años viviendo con VIH, y un par de años después del diagnóstico, al realizarme la primera serología del VHC, ya dio positiva; he de decir que durante todo este tiempo he gozado de buena salud y no he tenido complicaciones con respecto a ambas patologías, en este sentido reconozco que he tenido suerte.

En los últimos años, mis analíticas reflejaban un aumento persistente de las transaminasas, con lo que empezamos a realizar pruebas añadidas que nos dieran más información sobre la infección y a ser posible sobre el curso de la hepatitis (genotipo, cargas virales, ecografías...). Durante esta época el tratamiento que existía ofrecía aún menos garantías que el actual, y su administración era más complicada (tres inyecciones semanales de interferón además de la ribavirina). No se conocía demasiado bien la influencia del VIH en el VHC, ni las interacciones de los fármacos antirretrovirales con dicha terapia, concretamente con la ribavirina, por lo que la opción de tratar se solía reservar para los casos que más apremiaban.

El problema existía y estaba ahí, siempre he sido consciente de ello, pero no lo era tanto de la magnitud que podría alcanzar en tampoco tiempo, precisamente por el desconocimiento que había sobre

el tema. Lo tratábamos poco durante las revisiones médicas, debido únicamente a la falta de respuestas, y la sensación de frustración era evidente cuando éste se planteaba.

Cuando vimos que el tratamiento actual de interferón pegilado más ribavirina tenía más probabilidades de éxito con respecto al anterior y conscientes de la importancia de tratar por la magnitud del problema, comenzamos a planteárnoslo. Únicamente faltaba saber el estado en que se encontraba mi hígado, por lo que programamos realizarme una biopsia y tras diagnosticarme una cirrosis, poco más tenía que plantearme: ver si cumplía unos mínimos requisitos y si era viable el empezar a tratar.

Evidentemente, no podía esperar mucho, pero aun así dediqué un tiempo para aceptar la situación en que me encontraba (la verdad es que no esperaba que el diagnóstico fuera tal) y a buscar toda la información que necesitaba con respecto al tratamiento con el que me planteaba empezar a vivir, un tratamiento difícil, con muchos efectos adversos. Para mí fue muy importante conocer todos los pormenores del mismo, como cuáles eran las probabilidades que hubiera de que éste funcionara (en mis circunstancias rondaban el treinta por ciento), saber que aun pudiendo tratar, hay ocasiones en que los efectos secundarios son tan fuertes que se ha de abandonar el tratamiento pues se puede poner en peligro tu salud, y un montón más de dificultades añadidas. Tuve que encontrar todas aquellas buenas razones que pudiera haber para motivarme y sinceramente os puedo decir que encontré muchas.

Con toda esta información, era necesario planificarme el año que quedaba por venir, evidentemente tenía que bajar el ritmo y la intensidad de mi trabajo y de mis compromisos, así que prioricé las que realmente eran más importantes para mí y mayores satisfacciones me aportaban.

En estos momentos es muy importante saber marcar tus propios límites, pues hemos de ser conscientes que nadie es imprescindible, y aún menos en el trabajo, y que esto va a ser un periodo transitorio

en nuestras vidas. Actuar con coherencia ante este tipo de situaciones es fundamental, sin tener ningún sentimiento de culpa por no poder atender todas tus responsabilidades.

Hablé con mi familia, amig@s y compañer@s explicándoles las dificultades que podían aparecer durante este tiempo, pidiéndoles su apoyo y comprensión, que entendieran los posibles cambios tanto físicos como psicológicos que pudiera tener. Desde aquí quiero agradecerles su empatía para conmigo y no sólo durante estos meses, pues siempre me he sentido arropada por ell@s; su soporte ha sido crucial para afrontar todos estos años con la dignidad que se merece.

Nada más lejos de mi intención que crear desánimo a tod@s aquell@s que os estáis planteando comenzar con el tratamiento, pero sí que con esto quiero que entendáis que es muy importante realizar un trabajo previo al inicio, que os forméis una visión objetiva y realista sobre lo que implica el tratar, que asumáis firmemente el compromiso y que diseñéis vuestras propias estrategias y busquéis aquellas herramientas que os ayuden a que este periodo de tiempo sea más fácil de llevar.

Y llegó el momento de empezar, y así fue, me encontraba muy fuerte y motivada, un poco a la expectativa de cómo iba a ser la evolución, la verdad es que la tolerancia que he mostrado ha sido bastante buena, solamente aparecieron «síntomas menores» y sé que la actitud que he tenido, siempre positiva, ha sido crucial para que éstos no fueran de mayor magnitud. Podría diferenciar claramente dos etapas, los primeros seis, siete meses en los que los síntomas fueron puntuales, solamente aparecían tras la inyección y duraban un día escaso sin afectar demasiado a mi vida cotidiana; pero tras el verano la sensación de debilidad y el cansancio empezaron a hacer mella en todos los ámbitos y realmente estos últimos meses han sido los más difíciles de llevar.

En cuanto a eficacia del tratamiento, durante un primer periodo fue muy notable, pero transcurridos los seis primeros meses y no haber negativizado (e incluso haber tenido un rebrote de la carga viral del VHC) se me plantea la posibilidad de interrumpir la terapia siguiendo las recomendaciones establecidas. Viendo la poca certeza que existe en este asunto, decido continuar y opto por hacer un cambio en la estrategia a seguir, que consistía en aumentar la dosis de RBV y cambiar a otro interferón pegilado que se acababa de comercializar. La evolución fue un poco mejor, pero no demasiado significativa.

Obviamente no abandonar fue una decisión totalmente personal, pues no quise tener ninguna duda de que por mi parte no hubiera agotado todas las opciones posibles antes de dejarlo.

Durante todo este tiempo he oído de boca de mis médic@s las frases: en personas seropositivas parece ser que..., con el genotipo 1 se está viendo que..., y cada vez me daba más cuenta del terreno tan incierto y farragoso por el que transcurría y sobre todo de la incertidumbre que conlleva este asunto. Me recordaba mucho a los inicios de la TARGA, la época en que reinaba la confusión y cada año se iban cambiando las directrices de inicio de tratamiento, aprendiendo en base a la experiencia, y donde las posturas más radicales se iban transformando, dando paso a actitudes más conservadoras y realistas.

Evidentemente queda un universo por descubrir en el terreno de la coinfección, los resultados a día de hoy no son aceptables, las expectativas de futuro a corto y medio plazo son pobres y lo más duro es que puede depender de ello la vida de much@s de nosotr@s que tenemos la enfermedad en un estadio avanzado. Vemos que por una parte tenemos controlado el VIH (aunque sufrimos muchos de los efectos secundarios añadidos) y que de repente nos encontramos en la tesitura de tener que lidiar otro gran problema, la hepatitis C.

Por cierto, hace un mes que di por zanjado este asunto, el resultado tras este año de avatares, cambios y pruebas, lo puedo resumir diciéndoo@s que pertenezco a este amplio porcentaje de personas que no lograron erradicar el virus, por lo cual no obtuvieron curación,

pero sí que he obtenido una buena respuesta histológica, es decir, he logrado normalizar las transaminasas, lo que conlleva una mejoría de la lesión hepática.

Solamente por ello doy por bien empleado este tiempo, pues si he podido retrasar algo el curso de la infección ya lo considero un logro.

Dejando a un lado los resultados clínicos, quiero hacer una valoración personal de lo que ha supuesto para mí esta experiencia. Estos meses han sido un continuo aprendizaje; me han servido para conocerme mejor a mí misma y crecer, para evidenciar nuevamente la capacidad de adaptación y superación que poseo y comprobar que valores como la paciencia, la perseverancia y el tesón han sido mis mejores aliados, siempre me han acompañado y han prevalecido claramente.

Es curioso, la vida te va poniendo a prueba continuamente. Ésta implica una evolución constante y está claro que no es fácil para nadie. La mía en algunos sentidos no lo ha sido: superar una toxicomanía en la que empecé muy jovencita, aceptar un diagnóstico de VIH y aprender a vivir con él con todas las dificultades que esto conlleva, y ahora hacer frente a una cirrosis sólo se puede hacer teniendo muchas ganas de vivir y buscando siempre lo positivo hasta de las situaciones más complicadas, aprendiendo de ellas, intentando siempre encontrar la felicidad y sobre todo viviendo muy en paz conmigo misma.

Pienso que tod@s l@s que a día de hoy nos encontramos viviendo esta situación, somos ante todo un@s luchadores, pues el hecho de estar aquí ya lo dice todo; es fundamental que sepamos asumirla y entenderla, pero que jamás nos resignemos a que esto siga igual. Así que os animo a tod@s a seguir adelante y luchar de la mejor manera que sepáis para intentar que tengamos un futuro más digno y más esperanzador.

Ahora estoy empezando a recuperarme en todos los niveles, a recobrar mis energías, mi peso. Reestablecer las cifras es ahora mi principal objetivo, pues este tratamiento es tan agresivo que ha dejado secuelas, la verdad es que da pena ver las analíticas.

Seguiré controlando muy de cerca su evolución y desde luego no descarto si es viable volver a tratarme o bien con la misma terapia pero cambiando la estrategia a seguir, o bien con los nuevos fármacos que vayan apareciendo, pero evidentemente siempre manteniendo una actitud proactiva ante esta situación.

Os deseo mucha suerte a tod@s en vuestra andadura y me despido de vosotr@s con un fuerte abrazo.



UDIARRAGA: ahora es el MOMENTO



E LLAMO Udiarraga, tengo 38 años y soy de Bilbao. Vivo con VIH y además estoy coinfectada con el VHC. Que yo recuerde, estoy infectada con VHC desde finales del año 1986, cuando todavía no se conocía como hepatitis C, sino por hepatitis no A no B.

L+P: ¿Recibiste al mismo tiempo tu diagnóstico VIH+?

Udi: No, no fue a la vez. El de VIH vino después. En diciembre del 86 me diagnosticaron la hepatitis B y la no A no B y dos meses después me hice la prueba de VIH.

L+P: Las pruebas de detección de las hepatitis, ¿por qué te las hiciste? ¿te creías portadora por algún motivo?

Udi: Me las hice concretamente porque un amigo muy cercano se enteró de que tenía hepatitis B en aquella época y por eso me hice la analítica. Y porque consumía drogas y podría ser una candidata a tenerlo.

L+P: ¿Tienes el mismo médico tanto para la hepatitis como para el VIH?

Udi: Sí. En mi caso el seguimiento siempre lo ha llevado el mismo médico que es el médico de infecciosas del Hospital de Galdakano (Vizcaya).

L+P: ¿Tienes buena relación con él?

Udi: Aquí quiero hacer una consideración especial. Tengo una relación estupenda. Si tuviera que valorarla del 1 al 10, lo haría en un 10. Se trata del Dr. José Mayo del Hospital de Galdakano, como os he dicho. Tanto con él como con el Servicio de Enfermería completo, especialmente Susi García y Olatz. La relación es muy buena por ambos lados porque creo que me lo he trabajado yo y se lo ha trabajado él. Cuando empecé a ir al hospital a hacerme el seguimiento, al principio tenía, como todo el mundo, un poco de miedo a lo desconocido. Pero pronto me quise informar de todo este asunto y

la verdad es que he tenido mucha suerte con el Hospital de Galdakano. A los médicos del VIH, y a los que han seguido la hepatitis, les ha tocado ser médicos y también psicólogos algunas veces y esto es difícil. Y a los enfermos nos ha tocado un sufrimiento doble. Ha habido ahí un trabajo de relación mutua. Mi relación es estupenda. Y quiero decir que es un equipo con mucha humanidad.

L+P: ¿Te han hecho alguna biopsia?

Udi: Sí. Hace varios años me hicieron dos biopsias: una en el 96 y la otra años antes.

L+P: ¿Te explicaron en qué consistía?

Udi: No me acuerdo. Me acuerdo que me tuve que quedar quieta. Tenía poca información, tampoco había mucha en aquel momento, era todo muy nuevo. Es curioso cuando ahora miro hacia atrás, veo que tengo lagunas porque todo era muy nuevo. De la última biopsia, hace 8 o 10 años, sí me acuerdo. Me la hicieron en el Hospital de Galdakano y sí que me informaron.

L+P: ¿Recuerdas si fue dolorosa?

Udi: Un poco, pero tampoco excesivamente dolorosa. Aguanto bastante bien el dolor. Ha ido con mi carácter, con mi forma de ser. Pero sí que noté molestias al día siguiente o a los dos días, pero no como para decir fue una cosa terrible. Ahora que tengo más información me da más miedo.

L+P: Tras recibir tu diagnóstico positivo al VHC, ¿te dieron alguna orientación sobre dónde podías acudir: ONG, servicios sociales, ayuda psicológica...?

Udi: En aquel momento yo todavía no estaba metida en el mundo asociativo, y tampoco había grupos de ayuda. En Bilbao la primera asociación de afectadas fue la Comisión Anti-SIDA en el año quizá 89 o 90. No estoy segura. Cuando yo me enteré, no había ninguna asociación en Bilbao. No recuerdo que me ofrecieran un apoyo específico. Pero sí me informaron ellos mismos un poco de lo que suponía, lo que significaba. La verdad es que yo tenía en aquel momento un par de amigos en mi cuadrilla, una estudiaba psicología y otro era médico. Estos amigos me orientaron y me pasaron algún folleto. Aunque esta época la recuerdo con lagunas.

L+P: ¿Te recomendaron empezar tratamiento de inmediato?

Udi: No. Cuando me dieron el diagnóstico no me hablaron de ningún tratamiento para la hepatitis. Tampoco yo me interesé, ni traté de informarme.

L+P: ¿Cuándo empezaste el tratamiento?

Udi: Hace un mes.

L+P: ¿Qué te ha motivado a ello?



Tu opinión en 2004

Tu opinión cuenta, nos importa y nos ayuda a mejorar

Udi: La verdad es que hace año y medio andaba barajando la idea, y hablándolo con mi médico, de empezar a tomar interferón y ribavirina. Lo fui dejando primero por los mitos, leyendas y miedos que hay alrededor del tratamiento para la hepatitis y además porque trabajo en una asociación de lucha contra el SIDA donde hacemos *counselling* sobre tratamientos y quería estar un poco más informada sobre cómo iba a responder yo de cara a mi trabajo. Y hace año o año y pico decidí que quería empezar a tomarlo. Lo hablé con el médico y en todo momento me ha tenido informada y siempre me ha dado la libertad para hablarlo con él y tener yo la última decisión de empezar. En un año lo he ido atrasando un poco porque es una cosa que cuesta empezar y es dura. Por fin, decidí que pasada la Navidad empezaba a tomarlo. Cuanto antes empezara, antes acabaría.

L+P: Tú trabajas en una ONG y conoces bien el tema, pero ¿te explicaron los posibles efectos secundarios del tratamiento y cómo mitigarlos?

Udi: Yo estaba informada y de hecho en nuestra asociación realizamos talleres sobre el manejo de la hepatitis y el VIH y sobre el manejo del tratamiento del interferón y la ribavirina, y ofrecemos grupos de apoyo abiertos para personas que lo toman. No obstante, el médico siempre me ha informado. Es más si algo no me ha dicho, sólo he tenido que acudir a la consulta y me lo ha explicado abiertamente y con mucha sinceridad.

L+P: Como hace tan sólo un mes que has empezado el tratamiento de interferón y ribavirina nos gustaría que nos explicaras cómo te sientes, cómo estás.

Udi: Bueno, la verdad es que yo distinguiría aquí varias cosas: por un lado, lo que es decidir empezar que constituye por sí misma una fase. Antes de tomarlo. Los sentimientos son de miedo, ante lo que puede pasar. A lo único que tenía miedo real antes de empezar era a tener una depresión; los efectos más relacionados con lo físico, dolores musculares, de cabeza y demás, creo que son más soportables, pero a la depresión le tenía miedo. A nuestra asociación viene mucha gente padeciendo depresión a causa del interferón y eran personas muy luchadoras y por esto te da miedo. Soy una persona muy positiva e intento ver la parte buena de todo lo que tiene que ver con este mundo. Nada más empezar a tomar el tratamiento, intenté sacar los sentimientos, la fuerza para decir "puedo superar esto. Voy a pensar en positivo". Y la verdad es que el primer día que me pinché el interferón tuve bastante fiebre, lo pasé mal, pero al día siguiente me encontré normal. Así llevo un mes. Y según van pasando los días me estoy encontrando cada vez más cansada. No siento miedo, no es la palabra miedo, siento temor a no poder superar el tratamiento, a no llegar al final. Pero creo que hay que intentarlo. Es una lucha entre "voy a poder soportar el tratamiento" y "las ganas de sacar fuerzas para luchar contra la fatiga y la sensación de depresión". Esta depresión de la que te hablo, afortunadamente, sólo la he tenido algún día y leve. Pero sí que es cierto que desde hace tres o cuatro días he empezado a notar cansancio. Sigo trabajando normal pero sí que lo noto. El cansancio físico puede derivar en ocasiones en tristeza y en decir "no puedo, no puedo".

L+P: En el caso de llegar a tener una depresión, ¿no te ayuda saber que es uno de los efectos del fármaco más que una depresión en sí misma?

Udi: Estoy de acuerdo con eso. La información en este caso es importante. Si yo me levanto una mañana y lo veo todo negro o me da por llorar, cuando no es mi forma de ser porque soy una persona bastante alegre, sé que la terapia puede provocarme estos efectos, es decir, levantarme un día y ponerme a llorar sin motivo alguno. Pero sé por qué es. Es fundamental la información. Hace dos años una amiga que yo no sabía que estaba tomando interferón porque no me lo había dicho, me llama y me dice: "Udiarraga, llevo una semana levantándome de la cama llorando y no sé por qué". Yo lo achacaba a que le había dejado su pareja pero un año después, curiosamente, me entero de que había estado tomando interferón. Le pregunté por qué no me lo había explicado. Su respuesta fue: "Mi médico nunca me comentó que podía pasarme esto. Yo nunca leo los prospectos por miedo". La conclusión que ambas sacamos es que

1-Sexo

- Hombre Mujer
 Transgénero

2-Edad

- Menor de 20 20-30
 31-40 41-50
 51-60 Mayor de 60

3-Estatus VIH

- VIH+ VIH-
 Desconocido

4-¿Sabes cómo adquiriste el VIH?

- Sexo no seguro:
 Hombre-hombre
 Mujer-mujer
 Hombre-mujer
 Por compartir jeringuillas
 Transfusión sanguínea
 Accidente laboral

5-¿Tomas tratamiento antirretroviral?

- Sí No

6-¿Tomas suplementos vitamínicos o tratamientos alternativos?

- Sí No

7- ¿Cuáles?

.....
.....

8-¿En qué localidad vives?

.....

9-Valora Lo+Positivo de 1 a 10

- Contenido
 Diseño
 En general

10-¿Qué temas te han gustado más?

.....
.....
.....

11-¿Qué temas te gustaría encontrar en los próximos números de LO+POSITIVO?

.....
.....
.....

gratuitamente tuvo una depresión que no sabía de dónde le venía, y era por culpa del interferón. En el momento que terminó el tratamiento nunca más tuvo depresión. Con esto quisiera mandar un mensaje a toda la gente que quiere o necesita o que el médico le ofrece iniciar interferón, que se informe. Hay muchos tabúes alrededor del interferón y es importante saber sus efectos, conocerlos y preguntar al/la médic@ lo que no se entienda. Si una persona no está preparada psicológicamente para tomar el interferón, probablemente no va a superarlo. Si se sabe algo, si se está informado, te ayuda a superarlo.

L+P: Junto con el tratamiento contra el VHC también estás tomando tu terapia anti-VIH.

Udi: Sí. Lo llevo haciendo desde hace 16 años. Fui de las primeras vascas en tomar AZT cuando era lo único que existía. Nunca he dejado de tomar antivirales.

L+P: Tomar ambos tratamientos a la vez, ¿es más pesado?, ¿es una carga adicional?

Udi: Sí que noto que tengo que hacer un poco más de esfuerzo. De tomar durante muchos años ocho o diez pastillas al día, ahora cinco más ribavirina (cuatro al día), me cuesta un poco más. Pero como ya son muchos años tomando medicinas, no es demasiada carga. Si no lo puedo tolerar, lo dejaría sin más. Sé que no voy a luchar contra un gigante.

L+P: Entonces, si los efectos secundarios fueran muy graves, ¿te plantearías abandonar la terapia?

Udi: Sí. Si midiéramos los efectos secundarios en leves, moderados y graves, siempre que sean moderados, o medio-leves lo intentaría aguantar; si me supusiera no poder andar, no poder atarme los cordones de los zapatos, vómitos, lo dejaría. Pero intentaré luchar todo lo que pueda para llegar al objetivo final.

L+P: ¿Tu médico te ha hablado de la posibilidad de reducir las dosis de interferón para tolerar mejor los efectos secundarios?

Udi: Sí que me lo ha comentado. Cuando me dieron por primera vez el fármaco, tanto el médico como la enfermera y el farmacéutico me lo explicaron todo.

L+P: ¿Crees que en España los agentes implicados están haciendo lo necesario para abordar el tema de la coinfección VIH y VHC?

Udi: Me parece que es un problema de ámbito mundial que puede adquirir una dimensión mayor. Los problemas hepáticos están siendo ya la primera causa de mortalidad entre las personas coinfectadas en España. No soy una autoridad sanitaria pero sí que por mi experiencia puedo decir algunas cosas: trabajando después de 12 años en varias asociaciones de lucha contra el SIDA y viendo cómo fueron los comienzos de esta enfermedad en los años 90, cómo fallecía la gente y cómo a partir del 95 descendió la mortalidad, ahora estamos viendo que desde el año pasado están aumentando los problemas relacionados con el hígado, por ejemplo el aumento de la cirrosis entre personas coinfectadas, y en algunos casos la muerte. Las autoridades sanitarias, los políticos tienen que poner muchísimo más hincapié en priorizar el tema de la coinfección, el tema del apoyo a las personas que toman el tratamiento para la hepatitis C, el dar herramientas e información a los afectados. Nos estamos encontrando en las asociaciones de lucha contra el SIDA que volvemos a hablar de nuevo de la muerte, algo que por un tiempo habíamos olvidado. Es verdad, estaba olvidado, entre comillas, y ahora nos enfrentamos de nuevo. Lo que significa que las autori-

dades sanitarias y gubernamentales tienen que coordinarse más con las ONG para hacer programas que estén enfocados en todo lo que tiene que ver con el apoyo, la información, el *counselling*, y el manejo de la coinfección. Y dando un paso mucho más hacia adelante, el mundo científico tiene que poner más energías todavía en estudios e investigación sobre las hepatitis y la coinfección en general.

L+P: Con respecto al VIH existe toda una experiencia acumulada en cuanto a su abordaje, ¿en tu opinión crees que pasa lo mismo con el VHC o VHB? ¿Crees que las líneas de actuación y espacios de reflexión en torno al VIH existen para el VHC?

Udi: No. Es más, en este último mes nos habrán llamado 20 personas para informarse sobre la hepatitis, personas que no viven con VIH. Por medio de amig@s contactan con nosotr@s, una asociación de lucha contra el SIDA. Nos llaman, se presentan porque les han ofrecido iniciar el tratamiento para la hepatitis C y cuando empiezas hablar con ell@s te comentan que no viven con VIH. Con esto te quiero decir que no existe un bagaje, no existe una experiencia ni siquiera una plataforma. Hace falta espacios de reflexión exclusivos para hablar sobre la hepatitis. Las tasas de coinfección son muy elevadas en España, es una realidad epidemiológica fuera de duda, y no se ha tenido en cuenta. Fíjate que las hepatitis en el Estado español han estado ligadas al mundo de las toxicomanías y toda una generación se infectó a la vez de VIH y hepatitis.

L+P: ¿Crees que se debería educar a los jóvenes en la prevención de las hepatitis de la misma forma que se hace con el VIH?

Udi: Absolutamente. Ha habido programas, algunos mejores, otros peores, durante muchos años de prevención del VIH y la verdad es que en ningún momento se tocó el tema de las hepatitis (yo que no me dedico a la prevención, pero sí que he estado en contacto con asociaciones que sí que lo hacen). Todos tenemos que entonar un mea culpa tanto el mundo gubernamental como las ONG, que ahora estamos haciendo programas de información, prevención, etc. sobre las hepatitis y también ETS en general.

L+P: ¿Te gustaría añadir algo más?

Udi: Sí. Me gustaría animar a las personas que viven con VHC u otras hepatitis y VIH que quieren conocer cómo está su salud, que se informen. Que acudan a ONG, servicios hospitalarios, con apoyo psicológico, que comenten a sus familiares lo que ocurre, que sopesen la idea, una vez habiéndose informado, de empezar a tomar el tratamiento del interferón y la ribavirina. Siempre teniendo muy claro qué les puede ocurrir, y algo que es mucho más importante de lo que te pueda decir un/a médic@, que es el poder acudir a un lugar en el que te encuentres con personas que están en tu misma situación. La autoayuda es más vieja que el mundo. En el momento en que dos personas se juntan, con un problema en común, el que sea, el alcoholismo, las drogodependencias, las enfermedades estigmatizantes, aunque parezca una frase hecha, esas dos personas si hablan de su problema común, éste se hace más pequeño. Un@ le dice al/la otr@: "Si tú tienes mi mismo problema y has intentado solucionarlo, ¿por qué yo no puedo también?". Eso es la ayuda mutua y eso no se compra en los hospitales, y tampoco se aprende en la universidad. Eso es la capacidad de la persona para superarse. Por mi experiencia, la capacidad que he tenido para decidir tomar interferón y ribavirina, en parte se la debo también a mi médico, a mi marido, a mi familia; pero especialmente a las personas que como yo viven con hepatitis y dieron un paso antes que yo. Para mí han sido un ejemplo de superación y de tirar para adelante.



L@S PACIENTES de la doctora TORRIANI

«¿Cuándo vuelve? Sus pacientes deben estar echándole de menos», le dije. La Dra. Torriani llevaba más de una semana en reuniones científicas lejos de casa, en la costa oeste de EE UU. Caminaba a mi lado por una sendera cercana al mar de Sitges, y sin dejar de hacerlo, giró su rostro para responderme con suave aplomo: «Yo también les echo de menos. Si viajo tantos días seguidos en un cierto momento no puedo evitar empezar a preocuparme por cómo se encontrarán. A la mayoría les conozco de hace tiempo, y les necesito tanto como ell@s a mí».

La Dra. Francesca Torriani, una italo-suiza instalada en San Diego, California, acababa de redimir una larga jornada de declaraciones desconsideradas hacia las personas con VIH por parte de médicos españoles. Se celebraba el décimo aniversario de un simposio científico organizado por laboratorios Roche, y ningun@ de l@s invitad@s había obviado los parabienes. Josep María Gatell, el renombrado jefe de la Unidad de VIH del Clínic de Barcelona, llegó a felicitar hasta a las azafatas, que sin duda se lo merecían, pero siguiendo la tónica general se olvidó de sus pacientes participantes en esos estudios clínicos –una parte de los cuales nos es imprescindible, la otra menos– que tanto lustre le dan; y otro catalán, esta vez de adopción, Daniel Podzamcer del Hospital de Bellvitge, se congratuló de que en estos 10 años no faltara nadie. ¿Nadie, querido Daniel? Son varios miles las personas con VIH y con VHC que han muerto en España desde 1994, y no es propaganda activista: lo dicen las estadísticas oficiales.

El fracaso del hígado –un órgano vital– para realizar sus funciones en personas con VIH tiene una responsable directa, las hepatitis de origen viral, y más destacadamente, aunque no sólo, el virus de la hepatitis C (VHC).

El VHC no fue identificado hasta 1989. Antes las serologías para detectar los virus hepatotrópicos se dividían simplemente en estas tres: A, B y no A no B. Tal era el desconocimiento que incluso hasta la década de los 70 un tercio de las transfusiones de sangre contenían este patógeno.

En 1978 se pudo demostrar, al experimentar con chimpancés, que ese virus no A no B se transmitía entre seres vivos. En aquel 1989 un grupo formado por científic@s de la multinacional Chiron y de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC, en sus siglas en inglés) de EE UU lo identificó con su nombre actual, virus de la hepatitis C. Lo que son las cosas: 25 años después, esa alianza y el acuerdo que se derivó se han puesto en entredicho alegando que concede un monopolio a Chiron que impide el libre desarrollo de nuevos productos para tratar el VHC. Pero ésa es otra historia.

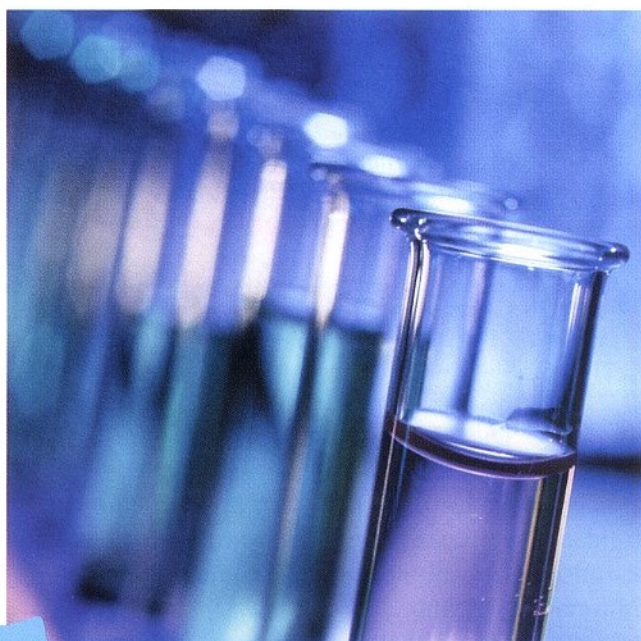
Sea como sea, los primeros ensayos con interferón alfa (IFN- α) se llevaron a cabo ese mismo año de 1989, pero no sería hasta 1998 cuando se le añadiría un segundo medicamento, la ribavirina (RBV), un análogo de nucleósido. Ya en 2001 se abrió paso la que es hasta

día de hoy la terapia estándar: una versión pegilada del interferón (IFN-PEG) que permite una vida media más larga y por ello una sola inyección semanal, junto con la mencionada ribavirina dos veces al día.

Lo de terapia estándar es un decir. Las dosis de RBV que se están recetando varían de los 800mg a los 1200mg diarios según diferentes factores, incluido el ajuste a partir de la frecuencia o intensidad de los efectos secundarios en cada persona. En cambio, el IFN-PEG se administra una vez a la semana, pero tiende a hacerse durante seis meses si el virus es una variante o genotipo 2 o 3 y un año si es 1 o 4. Esto es particularmente relevante para nuestro país donde alrededor de un 45-50% de las personas con VIH viven además con el VHC, y de éstas el 65% porta el genotipo 1, el más refractario con el 4 al tratamiento.

Efectivamente, porque pese a la fanfarria mediática los resultados recientemente conocidos del estudio APRICOT patrocinado por Roche, y aun mejorando los anteriores, siguen siendo francamente insuficientes: la proporción de personas coinfectadas VIH/VHC que consigue una respuesta viral sostenida tras tratarse la hepatitis C es para todas las variantes virales del 40%, cifra que baja al 29% para el mayoritario en España: genotipo 1. No hay más.

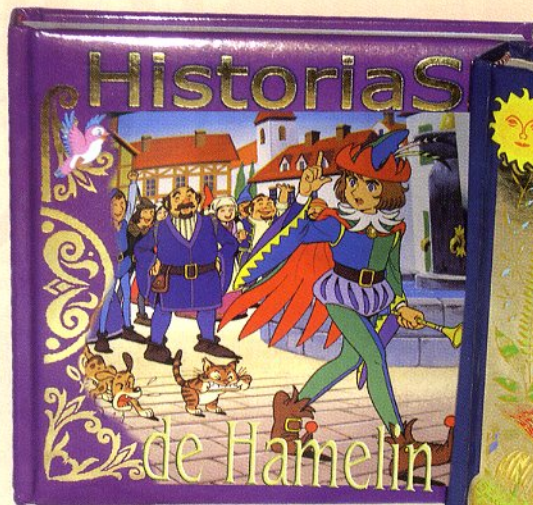
Eso si es que no has quedado fuera siquiera de intentarlo. La mayoría de especialistas prefieren no tratar el VHC en personas con menos de 200 CD4, ya que el interferón puede acelerar la inmunosupresión. Pero al tiempo, quien tiene pocos linfocitos presenta un riesgo creciente de progresión de la enfermedad hepática. O sea, si me trato, pongo en peligro mis defensas, si no, mi hígado. ¿Qué hacer?



La aventura

Flautista de Hamelin

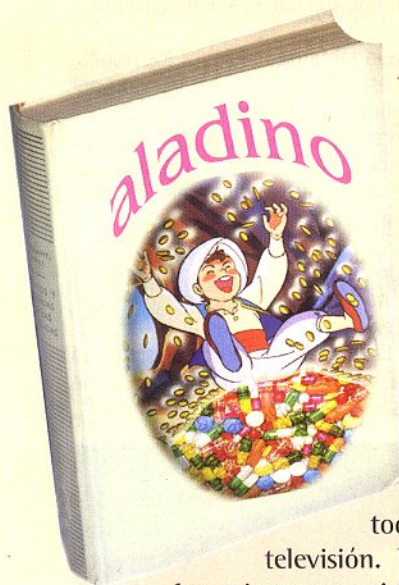
Un maravilloso cuento - de origen chino - que en su versión alemana narra la llegada de un vendedor de milagros al que le suena la flauta cuando promete liberar de plagas y pandemias a la comunidad. Cuando el pueblo descubre sus artimañas huye con la flauta entre las nalgas.



Alicia en el País de las Pastillas

En el País de las Pastillas todas las personas tienen

acceso a un tratamiento antirretroviral y atención sanitaria de calidad. Fantástico relato sobre los sueños de una muchacha ucraniana y su relación con el equipo de profesionales que la atienden. Opera prima de Tatiana Kalsesnoves. Editorial Planeta Angustini.

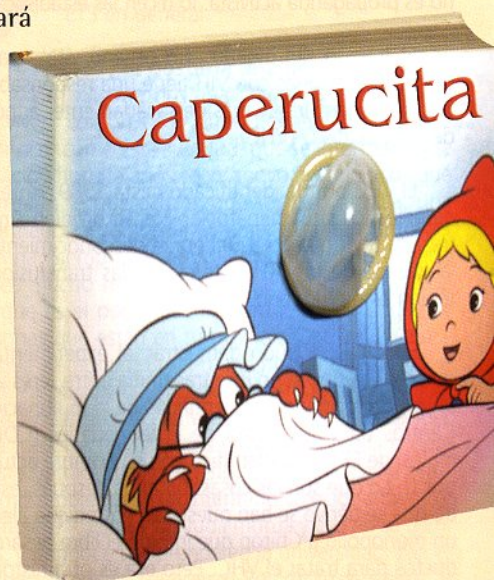


Aladino y la terapia maravillosa

De cómo la posibilidad de descubrimiento de una molécula que podría ser candidata a probarse como fármaco se convierte en el notición gran-avance-en-la-lucha-contra-el-sida ocupando las portadas de todos los informativos de televisión. Interesante capítulo sobre los tejes y manejes de unos laboratorios de Milwaukee. Periodismo de investigación. 5ª edición con prólogo del Dr. McCulli Culhis.

Caperucita y el Bobo

Inolvidable historia de una muchacha cándida en su pubertad a la que sus mayores desean proteger de los males de este mundo. Caperucita lleva en su canasto preservativos femeninos y masculinos para que su abuela le enseñe cómo se usan, pero ésta ha sido aviesamente suplantada por el Bobo, un actor porno que intentará convencerla de que sin condón es mejor. Al final triunfa el sentido común. Para todos los públicos. MR.



OFERTA

El traje nuevo del emperador

Versión libérrima, a cargo de Lola Mento, del cuento con el mismo nombre sobre la estulticia humana que se centra en cómo las autoridades sanitarias pretenden que todo aquel que no vea que el VIH/SIDA está controlado en España es un irresponsable y un alarmista. El espejismo se diluye como una pompa de jabón cuando los activistas señalan con el dedo que la realidad es otra. Editorial Desengaño.

de la lectura



Heidi y Clara

Dos amigas unidas por el destino pero con diferentes suertes. Después de muchos años en tratamiento y con la salud mejorada Heidi que comparte vida con la desafortunada Clara,

aquejada de una grave neuropatía, conoce a Pedro, un apuesto educador.

Triángulo amoroso con milagro incluido. Un clásico imprescindible.



El Counsellor de Oz

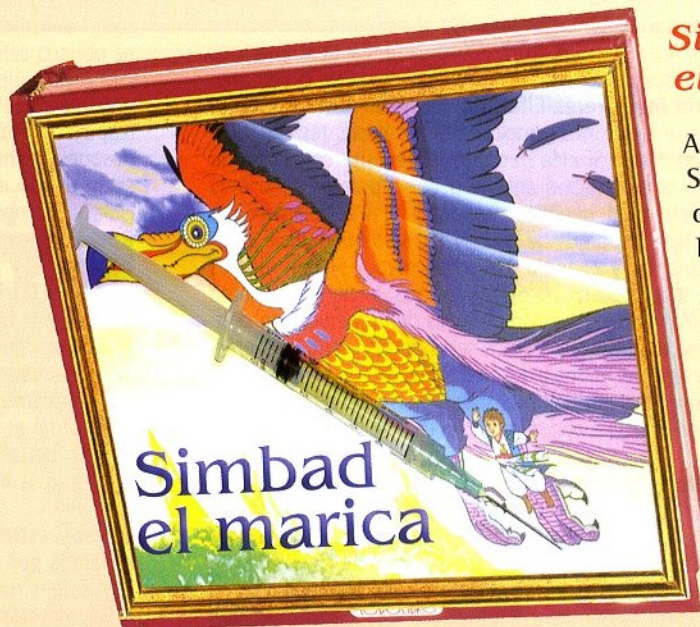
Un huracán arrastra a Dorita y su perro Toto al país de Oz. En su travesía, la niña conoce a tres personajes que tienen dificultades con los tratamientos: uno desea inteligencia para comprenderlos, otro corazón para asumirlos y otro valentía para manejarlos. Siguiendo las baldosas amarillas, parten juntos en busca del Counsellor de Oz, quien les ayudará a encontrar esas cualidades en sí mismos.



NUEVO

Blancanieves y los 7 linfocitos

Conmovedor relato de las aventuras de una mujer que con sólo 7 CD4 no consigue acceso a los nuevos fármacos experimentales. Historia de una desesperada lucha contra la injusticia con final amargo. Novela ganadora del premio "Ella baila sola" de 2001.

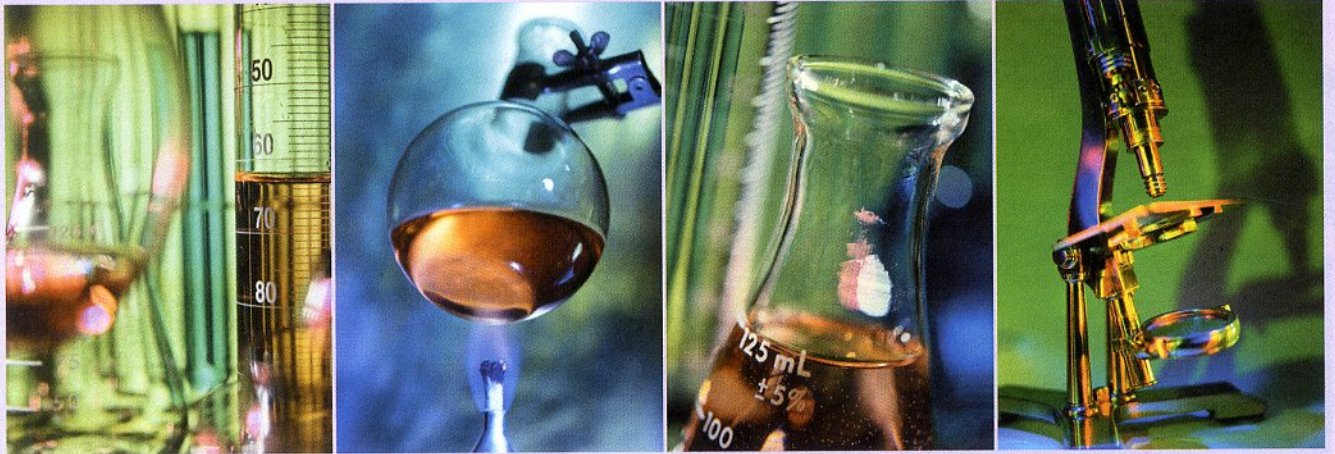


Simbad el marica

Autobiografía de Simbad, nombre de guerra de Tony Lucas, legendario activista gay usuario de drogas, en la que narra con todo lujo de detalles sus incontables viajes astrales sin moverse de su barrio, Moratalaz. En

cada puerto ha de luchar por tener acceso a jeringuillas limpias y por que los usuarios lo respeten como gay, y los gays como usuario. Editorial Doble Filo.

Un trocito de hígado



La biopsia es la extracción de un trozo minúsculo de hígado para analizarlo en laboratorio y así conocer su estado, en particular la presencia y extensión de fibrosis (cicatrización) o cirrosis. La realización de esta prueba de diagnóstico ha estado rodeada de mala reputación entre quienes la han padecido, alimentada en su momento por un instrumental poco refinado y cierta falta de pericia de quienes la acometían. El hecho de que causara además infecciones y dolor en personas con VIH acabó de hacer el resto.

Sin embargo, sigue siendo la preferida de los especialistas porque les confiere seguridad, sensación de saber por dónde pisan. «En mi Unidad —habla **Enrique Ortega**— el diagnóstico de las hepatopatías crónicas tanto en pacientes coinfectados como mono infectados pasa por realizar biopsia hepática. Nos parece que la información que proporciona no es posible sustituirla por ningún otro factor virológico ni serológico, y es fundamental para el diagnóstico y pronóstico del/la paciente, independientemente de si se ha de tratar o no.» Enrique cree que la biopsia permite negociar mejor con la persona coinfectada si tratar o no el VHC y cuánto vale la pena aguantar la pérdida de calidad de vida que comporta el tratamiento.

Susi tiene una perspectiva más relativa: «Aconsejo biopsia al 100% de los pacientes con genotipos 1 y 4, [pero] en los genotipos 2 y 3 lo aconsejo con menos fuerza. Yo trato a todos los pacientes con transaminasas elevadas, carga viral detectable y fibrosis hepática mayor o igual a [grado] 2, con más urgencia a los que tienen fibrosis 3 o 4. En caso de transaminasas normales o carga viral indetectable, si tengo una biopsia (no soy proactiva en hacerla salvo si hay hipertensión portal), manda el resultado de la biopsia. Sólo excluyo a los pacientes con consumo activo de alcohol u otras drogas o trastorno psiquiátrico descompensado. Primero intento solucionar este problema.»

Vicente Soriano, por el contrario, piensa que el papel de la biopsia es prácticamente que se puede obviar en personas coinfectadas: al ser un firme defensor del tratamiento bajo prácticamente cualquier circunstancia, la técnica está fuera de lugar.

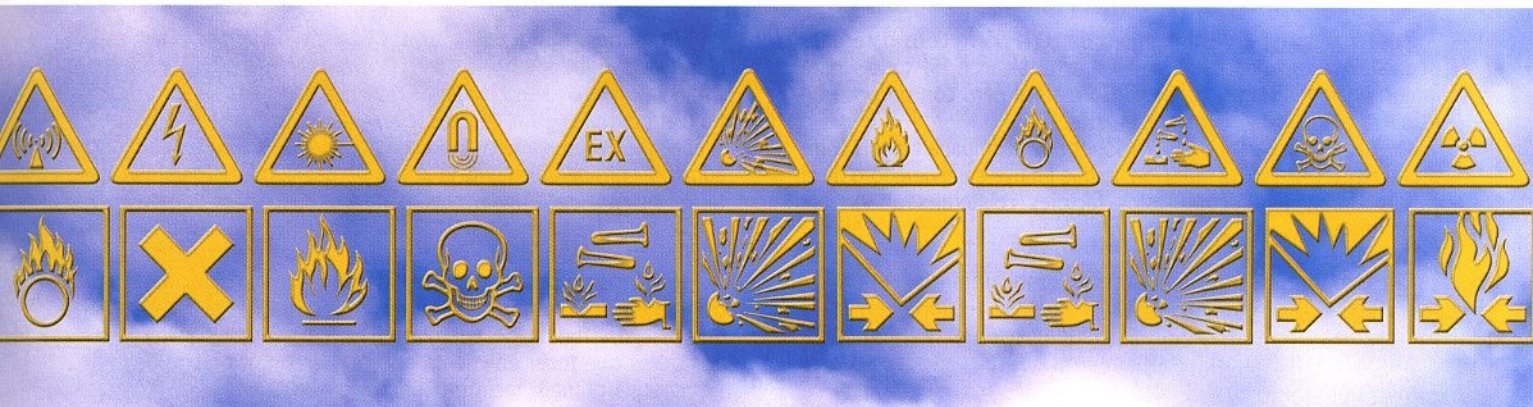
La **Dra. María Jesús Pérez-Elías, del Hospital Ramón y Cajal** de Madrid, lo tiene claro: «Yo no excluyo a los pacientes con CD4 menos 200, ni de 100... Si el/la paciente lo necesita con urgencia porque no tolera la medicación antirretroviral o porque tiene muy avanzada la enfermedad hepática, iniciamos el tratamiento». Se trata de salvar el hígado porque de lo contrario sólo quedaría la alternativa del trasplante, y el tema está muy crudo. Si hay efectos adversos serios, María Jesús, o Susi para sus pacientes, intenta arreglarse combinando la reducción de dosis de la medicación anti-VHC con otra que contrarreste efectos secundarios como la anemia o la neutropenia (eritropoyetina y estimuladores de colonias o GCSF). Francesca Torriani prefiere apurar el mantenimiento de la dosis estándar todo lo que sea posible apoyándose en estos productos.

El Dr. **Enrique Ortega, del Hospital General Universitario** de Valencia, es más conservador quizá: «El/la paciente coinfectado con VIH/VHC se beneficia de comenzar la terapia con PEG INF + RBV cuando está más estable inmunológicamente porque la respuesta del huésped [el paciente] será mejor, ya que no se pueden modificar los factores dependientes del virus. Nos parece que CD >300 es mejor opción que por encima de 200.» Enrique también menciona su experiencia con estimuladores de colonias para resolver la neutropenia, y aunque reconoce no tener todavía experiencia con eritropoyetina, no cree que plantee mayor problema.

Una vez dentro del tratamiento se trata de conseguir una respuesta viral sostenida, o lo que es lo mismo, que seis meses después de haberlo finalizado las pruebas de carga viral del VHC sigan dando indetectable. Para incrementar las posibilidades, especialistas como el **Dr. Pompeyo Viciano, del Hospital Virgen del Rocío** de Sevilla, sugieren duplicar los seis meses de terapia de los genotipo 2 y 3 hasta llegar al año, y el **Dr. Vicente Soriano, del Instituto Carlos III** de Madrid, experimenta el año y medio para el genotipo 1. Mientras el **Dr. Bonaventura Clotet, de Can Ruti** en Badalona, apuesta por megadosis de RBV contrarrestadas con eritropoyetina, su colega la **Dra. Cristina Tural** habla de mantener el tratamiento incluso si no hay respuesta a las 12 semanas, cuando la habitual es suspenderlo, porque en cualquier caso puede obtenerse un beneficio en la situación general del hígado e incluso elevar la tolerancia hepática a los antirretrovirales.

Son estrategias para manejar lo mejor posible lo poco que tenemos por ahora. Están en investigación inhibidores de la proteasa del virus de la hepatitis C e incluso alguna vacuna, pero los ensayos están todavía en fases preliminares. Aún nada comparable a lo que hemos conseguido con los antirretrovirales para el VIH. Por eso antes que las felicitaciones, entre algunos clínicos debería imponerse la humildad, y algo más de consideración hacia sus pacientes.

Doble actividad D



A

l menos existe una vacuna para el virus de la hepatitis B (VHB), y es aconsejable que tod@s nos vacunemos, en especial las personas con VIH. Quienes han estado en contacto con este virus pero lo han eliminado de forma espontánea suelen quedar también inmunizad@s, eso suele estar al cabo de la calle.

Lo que ya es menos sabido es que la inmunidad, sea la adquirida tras haber estado expuest@ o tras la administración de la vacuna, puede perderse si los recuentos de CD4 bajan de 200 células/mm³, por lo que se recomienda la revacunación tras volver a superar este número.

La coinfección VIH/VHB ha tenido una imagen digamos menos virulenta que la VIH/VHC, pero llama a engaño, ya que pueden producirse hepatitis graves inopinadas e incluso fulminantes cuando se creían controladas. Sí que es cierto que el hecho de que varios fármacos sean activos a la vez frente al VIH y frente al VHB puede facilitar las cosas.

En una entrevista concedida a David Gilden para Medscape, Vicente Soriano expone su visión del tratamiento del VHB en personas con VIH, en un área que suscita bastante consenso terapéutico.

Dice Soriano a Medscape que ante la infección crónica con VHB en personas coinfectadas hay dos escenarios: si se necesita terapia también para el VIH o no. En este último caso, lo preferible es utilizar interferón o adefovir. «No utilices lamivudina, emtricitabina ni tenofovir en monoterapia porque hay riesgo de inducir resistencia al VIH», recuerda. Pero si se va a utilizar una terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), hay que «incluir agentes que sean también activos frente al VHB, como por ejemplo lamivudina o emtricitabina más tenofovir y un no análogo [nevirapina o efavirenz] o un inhibidor de la proteasa. Si hay que modificar TARGA debido al fracaso del tratamiento antirretroviral, intenta mantener al menos un agente contra el VHB para ese único virus. Puedes mantener lamivudina o tenofovir o ambos para reducir el riesgo de resistencia farmacológica al VHB. De lo contrario, existe el riesgo de un rebote del VHB, que en ocasiones puede ser fulminante», concluye.

TABERNA
La Parrala

c/Humilladero, 5
Tel. 91 366 90 56
La Latina • Madrid

Agradecemos a Alfonso Pavia su colaboración y os recomendamos su cocina si visitáis o vivís en Madrid.

¿Has probado el *shiatsu*?

TEL. 932 199 662 • Descuentos Positivos

Masia Can Volta

Talleres Estancias Vacaciones

C/ Major, 1 - 17383 Calabuig, Bàscara (Girona) Telf. 972 551 604
canvolta@terra.es

GANAR PESO

¡Hola amig@s! En este número de LO+POSITIVO os daré unas pequeñas recomendaciones que están al alcance de tod@s para intentar ganar un poco de peso. No es fácil pero con un poco de esfuerzo podemos conseguir resultados.

Ya sabemos que las complicaciones que acompañan al VIH comprometen el proceso de nutrición, lo que influye en el deterioro de la función inmunitaria. Entre estos factores colaterales al VIH, se encuentran:

Falta de apetito, debido al estado emocional (depresión, angustia...), cándidas, náuseas y vómitos (lesiones en la zona, efectos secundarios de la medicación...), debilidad, fatiga, apatía, fiebre, que aumenta nuestras necesidades metabólicas.

Las consecuencias de estas fisiopatologías son:

Pérdida de peso; disminución de proteínas circulantes y otros nutrientes: disminución de transferrina, proteína ligada al retinol, así como niveles plasmáticos de selenio, zinc y otros elementos; mala absorción, debido a diarreas.

Necesidades energéticas

Las necesidades energéticas varían según la evolución de la enfermedad; tenemos que calcular unas 40-50 kcal/Kg/día por término medio, si hay fiebre aumentaremos un 10-12% por cada grado que supere lo normal.

Lípidos: Las grasas son importantes para aumentar el peso, pero siempre teniendo en cuenta que no afecten a otras patologías ligadas a la enfermedad. Los aceites que contengan ácidos grasos esenciales son muy importantes: aceite de girasol y de oliva, éste último por ser monoinsaturado, soporta mejor altas temperaturas sin perder parte de sus nutrientes. No ocurre lo mismo con el de girasol, éste es mejor en crudo y a poder ser de primera presión en frío. Los pescados grasos también están recomendados por su alto contenido en ácidos grasos omega-3.

Proteínas: Son importantes para preservar la masa muscular, de 2 a 2,5 gr/Kg/día es la cantidad adecuada para aumentar los aminoácidos esenciales. No conviene abusar de las grasas animales, es mejor repartir estas cantidades con pescado, frutos secos. También podemos conseguir proteína de alto valor biológico mezclando legumbres con cereales (lentejas con arroz, con patata...)

Ejemplo de menú para un día

DESAYUNO: Zumo de naranja y medio limón con dos cucharaditas de un combinado de levadura de cerveza, germen de trigo y lecitina de soja. Tres nueces. Dos dátiles. Café o infusión con leche. Tostada (mejor integral) con queso o mantequilla y mermelada (si tenéis cándidas, cuidado con el azúcar). **MEDIA MAÑANA:** Bocadillo pequeño. **COMIDA:** Ensalada con lechuga, taquitos de queso, zanahoria, cebolla, pipas peladas y aceitunas. Una ración no muy grande. Macarrones con carne picada, añadiendo bechamel y queso rallado. Requesón con nueces y miel. **MERIENDA:** Yogur con nueces. **CENA:** Crema de calabacín (se hierve calabacín, cebolla, zanahoria, patata y dos quesitos. A continuación se pasa todo por la batidora). Filete de merluza rebozado. Flan.

Vitaminas, minerales y agua: Es importante que estéis bien hidratad@s, sobre todo si se sufren diarreas a menudo. Las vitaminas y minerales los podemos tomar de forma natural añadiendo a nuestra dieta verduras, frutas, frutos secos... También conviene saber que si añadimos vitamina C cuando comemos alimentos ricos en hierro aumenta considerablemente la absorción del hierro. No deberían faltar en nuestra dieta: aguacates, plátanos, nueces, aceitunas... Y si con la dieta no se tiene suficiente, siempre se puede recurrir a suplementos en comprimidos.

Hidratos de carbono: Hay unas cantidades establecidas, pero tratándose de intentar ganar peso, todos los que se puedan ya que son una fuente de energía muy importante y de absorción lenta. Hay que tener en cuenta que cuando nuestro cuerpo necesita energía primero recurre a los azúcares después a los hidratos de carbono y por último al músculo, situación a la que no debemos llegar.

Recomendaciones

Haced, como mínimo, cinco comidas diarias, tres más o menos abundantes y dos más ligeras. Conviene aprovechar cualquier momento del día en el que se tenga apetito para comer, teniendo en cuenta que no coincida antes de las tres comidas principales, ya que corremos el riesgo de que nos quite el hambre.

Rebozad carnes, pescados, verduras (es aconsejable freír con aceite de oliva, ya que así no aumentamos la ingesta de grasas saturadas) y añadir salsas como la bechamel, salsas con quesos, yogures...

Añadid frutos secos a las ensaladas, yogures, cereales (las pipas peladas están buenisimas en la ensalada).

Si hacéis puré de verduras o de patatas, añadid queso, mantequilla, nata...

En los postres se puede añadir chocolate fundido, frutos secos, nata montada.

El queso rallado se puede añadir a muchas comidas, no sólo a la pasta, también a arroces (*rissotto*), ensaladas...

Un poco de ejercicio moderado antes de las comidas puede abrir el apetito.

Observaciones

Si tenéis alguna patología que se pueda ver directamente afectada por la alimentación, como la diabetes o el colesterol alto, sería conveniente consultar con vuestro/a médico/a antes de seguir estas recomendaciones.

Crêpes rellenos de setas con tomate

Ingredientes del crêpe: 150gr de harina • 250gr de leche • 1 huevo • 50gr de mantequilla • 1 pizca de sal

Ingredientes del relleno: 1 diente de ajo • 1 ramillete de perejil • 1/2Kg de setas de cardo • 200gr de champiñones • 1/2Kg de tomates maduros o una lata de 1/2kg de tomates enteros pelados • aceite para freír • sal • pimienta • azúcar



Preparación del crêpe: Derretir la mantequilla a fuego lento sin dejar que se tueste y mezclar con el resto de los ingredientes en frío con una batidora. Poner a calentar una sartén y cuanto esté muy caliente poner unas gotas de aceite de oliva y repartir por la sartén sin dejar que humee (por supuesto, más sano aceite de oliva que mantequilla). Verter medio cazo sopero de la masa de crêpe en la sartén y extender. Dejar que cuaje y dar la vuelta ayudándose de unas espátulas de madera (las primeras se pegan, salen demasiado gruesas, finas; es sólo cuestión de paciencia). Repetir la operación de aceite sobre la sartén caliente para las siguientes. Necesitan muy poquita grasa y un fuego medio constante. Un poco tostaditas están más ricas. Mantener sobre un plato cerca del horno u otro foco de calor.

Preparación del relleno: Picar finamente el ajo y dorar en aceite sin dejar que se queme, pues amarga, tostar también abundante perejil picado. Añadir las setas de cardo y los champiñones cortados en trozos grandes. Cuando se evapore el agua que sueltan, echar los tomates cortados en trozos grandes, pelados y sin pepitas. Dejar freír a fuego lento duante 20 minutos. Salpimentar y poner también la misma cantidad de azúcar que de sal para quitar la acidez al tomate.

Rellenar los crêpes con las setas y tomate y si hiciera falta calentar en horno o microondas. Este mismo relleno se puede utilizar para acompañar un arroz blanco, pasta cocida, como fondo de una paella vegetariana o para rellenar vol-au-vent.

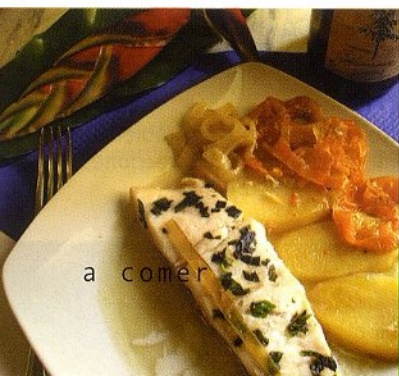


Fotografías: JAVIER PAVIA

Lomos de mero a la albahaca

Ingredientes: Mero cortado en lomos (200gr por persona) • 3 patatas • 1 cebolla • 2 tomates maduros • vino blanco • aceite de oliva • sal • 1 ramillete de albahaca fresca.

Esta receta se puede preparar también con lubinas enteras, doradas... Pedid al pescadero que os trocee el mero en lomos, os quite la piel y las espinas. Poner en la bandeja del horno precalentado, un chorro de aceite hasta cubrir el fondo y un vaso de vino blanco. Sobre esto colocamos las patatas en rodajas de medio centímetro de grosor, luego las cebollas cortadas en aros y, por último, los tomates también en rodajas no muy finas. Otro poco de aceite y sal gorda. Metemos este fondo en el horno 20 minutos. Limpiamos bien los lomos de pescado y los colocamos sobre la fuente, añadimos un poco más de aceite y sal y otros 20 minutos al horno, aunque el tiempo dependerá de la potencia del horno. Picamos finamente las hojas de albahaca y espolvoreamos sobre el mero una vez fuera del horno. De lo contrario, se secaría demasiado y perdería su aroma. Poner sobre cada plato un lomo de mero con la albahaca picada y al lado unas patatitas, cebollas y tomates, procurando utilizar el fondo de aceite y vino blanco que habrá tomado todos los sabores.



Las delicias del lecho

(Tarta de cous-cous o sémola de trigo duro)

No sé si el nombre de este sugerente plato libanés se debe a la rica base de la tarta o a la afrodisíaca cama que compartirán l@s amantes que la coman, pero ya sea por lo primero o casi mejor desear que fuere por lo segundo, con tal nombre creo que nadie debería renunciar a ofrecerlo en una cena de enamorad@s...

Ingredientes (6 personas): 125gr de azúcar, 60gr de almendras molidas • 125gr de sémola de trigo • 250gr de agua • 200gr de nata líquida para montar • 2 cucharadas de agua de azahar • 200gr de pistachos • 2cc de azúcar para la nata



En una cacerola honda preparar un caramelo con el azúcar dejando que éste se queme. Si no se quema el caramelo la tarta queda tonta, y no se consigue el sabor peculiar de esta receta. Echar la sémola, la almendra cruda picada y de un solo golpe el agua, teniendo mucho cuidado porque en este momento el caramelo puede saltar. No hay que tener miedo, tan sólo utilizar una cacerola alta y una jarra para el agua. Cocer hasta que se consuma todo el agua y la pasta se desprenda de los lados. Dejar templar y verter en un molde de tarta de unos 20cm ligeramente engrasado. Extender y aplanar. Se trabaja muy bien. Montar la nata sin azúcar con las barillas de una batidora eléctrica a máxima potencia hasta que quede lo más firme posible. Entonces añadir el azúcar y el agua de azahar y terminar de batir. Poner la nata sobre la base de cous-cous y alisar. Pelar los pistachos y cocerlos un buen rato para que se desprenda la piel y la sal. Espolvorear con éstos la nata y dejar enfriar hasta la hora de desmoldarla.

Salud Mental

La salud bucal es un aspecto de mucha importancia cuando se desea mantener un completo equilibrio con la salud general. Sin embargo, ha sido la gran olvidada en las directrices de cuidados integrales para personas con VIH y en las consultas sanitarias. En España, muchas personas que viven con VIH se encuentran en una difícil situación económica por lo que el cuidado y el tratamiento bucal está muy lejos de sus posibilidades. Aunque el actual sistema sanitario cubre la extracción de piezas dentales, éste no contempla los empastes ni mucho menos el tratamiento bucal completo. En este número un grupo de odontológ@s nos ha respondido por escrito una batería de preguntas sobre la salud bucal, su importancia entre las personas que viven con VIH y la necesidad de un mayor y mejor cuidado en este campo.

L+P: ¿Cuáles son los problemas bucales más frecuentes que os encontráis en la consulta?

R.: El edentulismo (falta de piezas dentales), las caries, la gingivitis y la periodontitis en menor proporción pero de gran importancia, suelen presentarse en personas con fobia al dentista.

L+P: Dado que es en la cavidad bucal uno de los primeros sitios donde se manifiestan algunas enfermedades relacionadas con el VIH, ¿creéis que es necesario que l@s médic@s de enfermedades infecciosas recomienden a sus pacientes revisiones odontológicas regulares para descartar el desarrollo de posibles infecciones?

R.: Sí que es necesario para lograr una buena salud y mantenerla. Deben existir interconsultas entre médic@s especialistas

y odontológ@s, donde el/la paciente se beneficie no sólo del tratamiento sino también de la prevención de las diferentes afecciones bucales que sólo se logra con revisiones periódicas.

L+P: ¿Cuáles son los tratamientos indicados para las infecciones bucales?

R.: Los tratamientos indicados son muy específicos y sólo deben ser recetados por el/la médic@ o por el/la odontológ@. Estos tratamientos pueden variar desde antibióticos o antimicóticos hasta enjuagues bucales bactericidas preventivos. Insistimos en la importancia de evitar la automedicación.

L+P: ¿Creéis que el tratamiento temprano de los problemas bucales habituales puede prevenir el desarrollo de infecciones más serias?

R.: La prevención es la principal herramienta de todo tratamiento odontológico. La atención temprana puede detectar y prevenir lesiones graves y complicaciones, como por ejemplo la candidiasis oral como foco de diseminación de la infección hacia el esófago. Algunas lesiones también pueden ser indicativas de un sistema inmune comprometido y de una disminución del recuento linfocitario (CD4). Otras como la leucoplasia vellosa y el sarcoma de Kaposi sirven como criterio de pronóstico y diagnóstico de la progresión hacia SIDA. Por lo que un examen odontológico rutinario es de vital importancia para la atención integral de las personas con VIH.

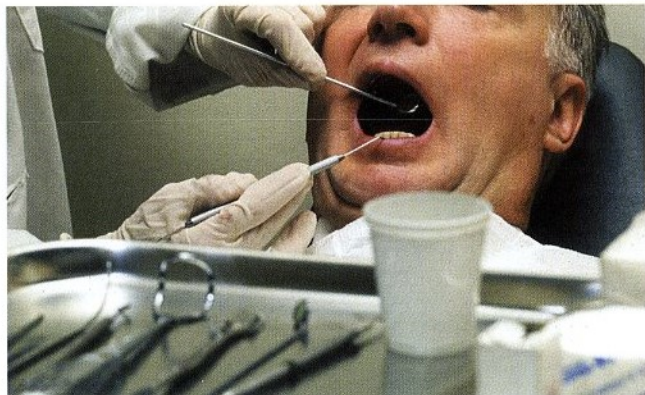
L+P: ¿Qué consejos prácticos sobre cuidados de salud bucal se les hacen a las personas con VIH para evitar infecciones?

R.: Visitas periódicas al odontólogo, como mínimo 1 vez al año. Cepillado habitual de los dientes, como mínimo 2 veces al día (mañana y noche) y uso del hilo dental. Alimentación equilibrada.

Uso de enjuagues bucales recomendados por los odontólogos. Es importante recordar que el enjuague bucal no es un sustituto del cepillo y del hilo dental sino un complemento de la higiene bucal diaria.

L+P: ¿Las personas con VIH deben usar algún tipo de cepillo de dientes, pasta dental o enjuague bucal específicos?

R.: No existe un cepillo ni pasta especial que brinde mejores ventajas, sólo se recomienda el uso de enjuagues bucales sin alcohol y preferiblemente con clorhexidina.



L+P: Para las personas que hayan perdido un número significativo de dientes debido a la periodontitis, ¿se les recomienda el uso de dentaduras postizas? De ser así, ¿por qué?

R.: La periodontitis es una enfermedad oral muy seria que implica la infección y la afección del tejido periodontal que soporta al diente (encías y hueso). Sin el tratamiento adecuado, la enfermedad progresa y se pierde irreversiblemente gran parte del hueso periodontal, el diente queda móvil y no hay otra opción que extraerlo. Los dientes y tejidos afectados son focos de infección continua que pueden acarrear complicaciones. Si la pérdida ósea es grave los pocos dientes que permanecen en la boca puede que no soporten la confección de una prótesis fija o de una prótesis metálica con ganchos debido al exceso de fuerza sobre la poca estructura remanente. Tampoco podría recomendarse la colocación de implantes en zonas donde queda poco hueso. La opción más indicada es una prótesis completa.

L+P: ¿Creéis que se debe incluir en los estándares de cuidado del sistema sanitario español la revisión odontológica de manera sistemática?

R.: El sistema sanitario debería cuidar la salud dental, de forma global, de todas las personas más necesitadas.

L+P: En vuestra opinión, ¿creéis que las personas con VIH no acuden al/la odontólogo por temor a la discriminación?

R.: Existen muchas causas por las que una persona deja de acudir al/la odontólogo, el miedo y la ansiedad pueden interponerse y hacer que esta persona posponga el tratamiento dental con los riesgos que ello acarrea. El profesional de la salud oral está capacitado para cubrir cualquier necesidad del/la paciente, en cuanto a tratamiento odontológico.

L+P: ¿Creéis que es legal que te pregunten tu seroestatus en la consulta? ¿Por qué?

R.: El seroestatus se debe conocer en la consulta para tomar las precauciones específicas en beneficio del/la propio paciente, pero no como medida de discriminación en ningún caso.

L+P: ¿Creéis que un/a paciente está obligado a declarar su condición de VIH+ en la consulta odontológica? ¿Qué pasa con quienes no lo hacen?

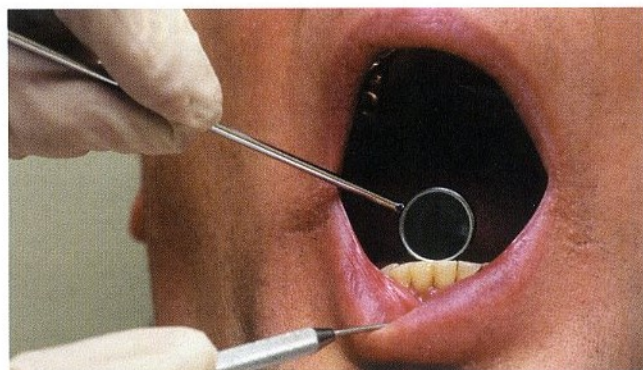
R.: Un/a paciente no está obligado a declarar nada en la consulta. Sin embargo, es importante que una persona con VIH sepa que es conveniente hacerlo en su propio beneficio. Todos los pacientes deben ser considerados como probables portadores de VIH. A los pacientes que tengan una enfermedad de base se les solicitarán análisis complementarios para verificar el diagnóstico y, de tal forma, ofrecer un tratamiento individualizado.

L+P: ¿El/la odontólogo no debería tomar todas las medidas de precaución con todos los pacientes en general?

R.: Sí, todos los pacientes deben ser considerados como posibles portadores de VIH. Sin embargo, al/la paciente diagnosticado VIH+ se le pedirán análisis de biometría hemática más específicos para valorar su estado de salud general y la necesidad de prescripción antibiótica para ciertos tratamientos odontológicos. Por ejemplo, muchos pacientes VIH+ viven además coinfectados con hepatitis C, que afecta al estado plaquetario y complica las extracciones dentales. Por eso es importante informar al/la odontólogo sobre el estado serológico al VIH.

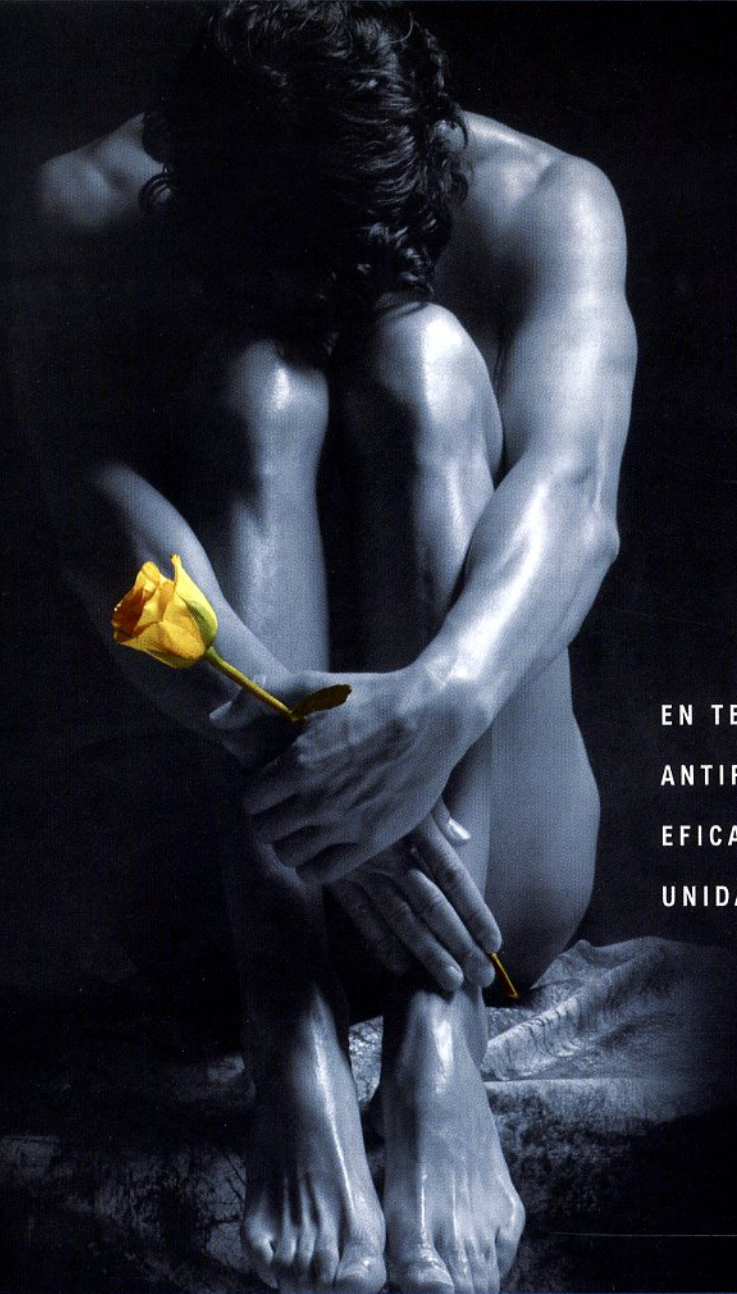
L+P: ¿Qué sentido tiene atender en la consulta odontológica los últimos a los pacientes VIH+? En vuestra opinión, ¿no creéis que esto pueda ser un acto discriminatorio?

R.: En el servicio de odontología de nuestro centro el/la paciente VIH+ es atendido en cualquier franja horaria y las normas de desin-



fección, esterilización y protección son las mismas para todos los pacientes, tal como recomiendan las directrices odontológicas internacionales de máximo nivel.

Respuestas de las odontólogas M^a Isabel Victoria García, Carolina Gonzáles, Yndira González y Camila Palma de la Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona – Unidad de Pacientes Especiales.



EN TERAPIA
ANTIRRETROVIRAL,
EFICACIA Y TOLERABILIDAD
UNIDAS PARA SIEMPRE

¿Te atreverías a romper una relación así?

El tratamiento antirretroviral conlleva una relación equilibrada entre eficacia contra el virus, tolerancia y comodidad para el paciente. Esta relación la mantienen ya 150.000 pacientes en todo el mundo
¿Estarías dispuesto a renunciar a ella?

Infórmate. Consulta con tu médico.



Todo está en tu mente

Empiezo por adoptar la postura. Tumbándome plano sobre mi espalda en mi esterilla de yoga, después de una sesión intensa, mi respiración se hace más regular. Ordeno a cada parte de mi cuerpo que se relaje. Desde los dedos de mis pies a mis párpados, desde mis piernas a mi lengua, compruebo que cada parte de mí esté completamente relajada.

En mi mente, dirijo la esterilla de yoga hacia una playa de arena blanca cristalina que me calienta por abajo del mismo modo que lo hace por arriba el sol que se filtra a través de las palmeras. El cielo azul cerúleo se alarga hacia el infinito. El agua color turquesa golpea perezosamente en la orilla. La suave brisa transporta los trinos de los pájaros. Por un breve instante, el mundo se detiene. Imagino también que he encontrado el botón de "pausa" para mi virus.

Entonces, se sobrepone la realidad, la colada y las pastillas, y una fecha límite para un artículo sobre imaginación o visualización guiada. ¿Suena extraño? Bien, cierra tus ojos y piensa por un momento en un delicioso pastel o en cualquier otra de tus comidas preferidas. ¡Atención! La idea de un pastel de chocolate o un helado de fresa puede ser el camino de la salvación.

Quizá recuerdes cuando de niño tenías una herida en tus dedos. Entonces al igual que ahora, el/la médic@ es posible que te explicara que ésta se curaría imaginado que el virus de la herida sería atacado por Pokemon, Lara Croft o cualquier otro superhéroe de video juego. Esto parece funcionar bien con los niños, que tienen una imaginación vívida y menos inhibiciones que los adultos.

Las personas con VIH pueden hacer uso de las técnicas de visualización por muchas razones. Se ha mostrado que es un modo eficaz de abordar el dolor causado por la neuropatía periférica. Los estudios muestran que resulta eficaz como parte de un programa de ayuda a reducir la presión sanguínea alta, el colesterol elevado, y para aliviar los problemas respiratorios asociados con el asma. También ha sido bien estudiado como una forma de reducir la ansiedad y tratar la depresión así como también otras cuestiones referentes a adicciones, como el alcohol o las drogas inyectables. Sobre todo, los estudios muestran que un sistema de creencias saludable o una actitud positiva reforzada por técnicas de visualización puede tener un efecto profundo sobre el sistema inmunitario y su capacidad innata de curar.

A finales de los 80, investigadores en ciencia básica comenzaron a preguntarse qué estaba ocurriendo a nivel celular en el cuerpo. De este modo nació la disciplina de la psiconeuroinmunología o PNI. Parece que cuando el cuerpo está en un estado relajado y ha sido instruido en concentrarse en imágenes persuasivas, las sustancias químicas relajadas pueden estimular el sistema inmune. Las sustancias químicas que actúan como mensajeras entre las células reciben diversos nombres. Se las conoce como neurotransmisores, citoquinas o simplemente hormonas. El modo en que las células se comunican con otras células y forman sistemas de mensajería es complejo pero se puede entender a través del ejemplo del síndrome "de la lucha o de la huida" que se da como un reflejo involuntario cuando nos enfrentamos a un peligro. De manera parecida, las imágenes de la visualización pueden acelerar la producción corporal de señales químicas al sistema inmunitario, animándolo a entrar en acción.

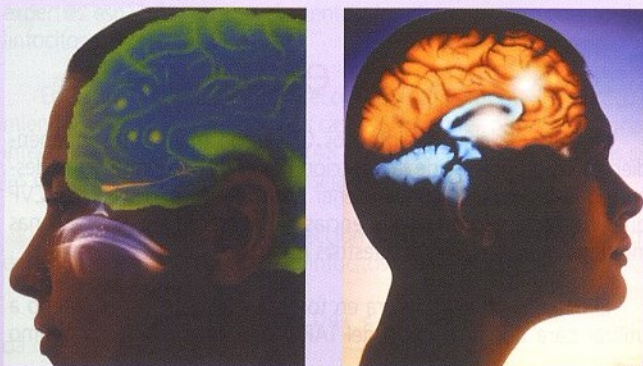


Lo mismo que sucede para lo "neuro", se puede aplicar a lo "psico". Los psicólogos comenzaron pronto a estudiar cómo el estrés de vivir con VIH y otros factores psicológicos pueden influir en la salud. Los estudios han mostrado que la depresión y las actitudes negativas se relacionan con un sistema inmunitario debilitado. Un estudio de UCLA en California encontró que tener una identidad gay "en el armario" u "oculta" puede añadir más presión a un sistema inmunitario debilitado. La teoría es que los hombres "en el armario" son introvertidos, los cuales son especialmente susceptibles al rechazo social. Ellos tienden a entrar en el modo "lucha o huida" cuando se enfrentan al estrés y esto puede hacerlos más vulnerables a la infección por VIH. Los investigadores están estudiando modos de incrementar los niveles de serotonina utilizando técnicas de visualización en lugar de (o además de) antidepressivos.

Además de la respuesta natural a la lucha o a la huida, podría ser también un mensaje para la retirada. La última investigación sugiere que la conexión mente-cuerpo puede de hecho ser una calle con dos direcciones. De acuerdo con esta teoría, el sistema inmunitario alerta al cerebro sobre una infección por medio de la liberación de citoquinas o células químicas mensajeras que avisan: "Houston tenemos un problema". El cerebro a su vez libera sus propias citoquinas que producen un aluvión de respuestas que incluyen fiebre y desmayo que pueden ayudar al cuerpo a adaptarse reduciendo la producción de energía.

A veces mi instructor de yoga dirige el grupo a través de una visualización guiada. Hay también médic@s y clínicos que ofrecen esta técnica. Puedes encontrar incluso una organización que trabaje en SIDA que ofrezca sesiones de imágenes guiadas o puedes aprender tú mismo técnicas de visualización con casetes y CD que encontrarás en librerías o pedirlos directamente por internet en sitios webs como www.healthjourneys.com.

Por lo que yo sé, nadie ha visualizado completamente el VIH fuera de su cuerpo pero se trata de una técnica excelente dentro de un programa de autocuidados. Se trata de una técnica mental-corporal como la meditación, la hipnosis y la retroalimentación biológica (*biofeedback*). He oído que los hombres visualizan tropas de soldados y las mujeres ven aspiradoras. En mi caso, es un batallón de escobas que barren a mi virus. Mientras tanto, yo estoy tumbado en la playa.



La casilla de salida

Consideraciones sobre el inicio de la terapia antirretroviral



Se han puesto al día las recomendaciones oficiales de tratamiento antirretroviral. Oficiales significa que vienen avaladas por un comité conjunto creado por el Plan Nacional del SIDA y el Grupo Español de Estudio del SIDA (GESIDA), que agrupa a los médicos especialistas en VIH del país. Oficiales no significa que sean de obligado cumplimiento: al fin y al cabo, el propio nombre lo indica, se trata sólo de recomendar. No obstante, resultan útiles como guía orientativa, y si tu médico se aleja mucho de lo que allí se señala, sería conveniente que te diera un buen argumento. Empezamos una serie de artículos que resumen estas directrices 2004 con un repaso, que siempre viene bien, a los fundamentos de por qué tratarse y cuándo hacerlo.

Antes de empezar

Las recomendaciones 2004 han sido consensuadas por un comité del Grupo de Estudio del SIDA (GESIDA) y del Plan Nacional sobre el SIDA (PNS). Para ello se han revisado los avances en la fisiopatología del VIH, los resultados de eficacia y seguridad de ensayos clínicos, estudios de cohortes y de farmacocinética, publicados en revistas biomédicas o presentados en congresos en los últimos años.

En esta actualización de las guías no se dan recomendaciones sobre fármacos que todavía no estén comercializados en España en enero de 2004. Es comprensible esta precaución, pero tiene sus desventajas. Algunos medicamentos como emtricitabina (Emtriba) o atazanavir (Reyataz) están a punto de ser comercializados (si no lo han sido al publicar este artículo), y el conocimiento que se tiene de ellos es suficiente como para cuando menos hacer sugerencias. Además, si no se establece un ágil mecanismo de revisión periódica del documento, éste puede quedar parcialmente obsoleto a una velocidad vertiginosa.

Tampoco se han incluido datos de la XI Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas (CROI, en sus siglas en inglés) celebrada en San Francisco en febrero de 2004, considerada la estrella de los encuentros científicos en VIH.

Los expertos recuerdan que debe tenerse en cuenta que la gran mayoría de ensayos clínicos realizados han comparado las distintas pautas de terapia antirretroviral (TAR) desde el punto de vista de su eficacia virológica a corto y medio plazo y no tienen un diseño de equivalencia. O lo que es lo mismo, que desconocemos qué terapia es mejor a largo plazo.

Las defensas y la carga viral

En la práctica asistencial tras el diagnóstico debe efectuarse una determinación de linfocitos CD4+ cada 3 o 4 meses en pacientes asintomáticos. Debido a la variabilidad de la técnica ($\pm 20\%$), siempre debe repetirse el recuento de linfocitos CD4+ antes de tomar cualquier decisión terapéutica, incluida la de si tratarse o no y a partir de qué momento. Esta recomendación no siempre es seguida por

el facultativo, sea porque una nueva prueba de diagnóstico le puede llevar un tiempo que no quiere esperar, sea porque estén restringidas en ese hospital por motivos económicos, sea en fin por simple desidia o pereza. Si necesitas más seguridad para tomar la decisión de empezar tratamiento, puedes utilizar este argumento para insistir en una segunda determinación.

Para la monitorización de la eficacia del TAR se debe utilizar, siempre que sea posible, una técnica ultrasensible de determinación de carga viral plasmática (CVP), es decir, por debajo del límite de las

20 copias por mililitro, aunque el límite de 50 ya es en sí un logro en muchos centros. Se debe emplear de forma habitual la misma técnica, para reducir la variabilidad. Al igual que con los CD4, se recomienda confirmar siempre la CVP con una segunda determinación antes de tomar decisiones terapéuticas, como por ejemplo cambiar el tratamiento porque se sospecha su fracaso.

Es muy importante tener presente que si se lleva a cabo la determinación de CVP tras otro proceso viral coincidente o tras ser vacunado (p. ej. vacuna antigripal o frente a la hepatitis B) pueden existir rebotes transitorios de la CVP, por lo que si se dan estos hechos, se recomienda un nuevo análisis tras unas semanas.

Cuándo empezar

La CVP y la cifra de linfocitos CD4+ son marcadores independientes de progresión de la infección por el VIH. Aunque se ha descrito que las mujeres pueden tener unos niveles más bajos de CVP que los hombres, estas diferencias desaparecen en las personas inmunodeprimidas, según nuestros expertos.

El debate actual se centra en torno a cuál debe ser el criterio a utilizar para decidir el inicio del TAR y cuál es el momento óptimo



para ello. Globalmente, los artículos y comunicaciones pueden agruparse en torno a aquellos que definen un inicio más precoz y los que sugieren la conveniencia de un comienzo más tardío. Debe entenderse, en cualquier caso, que la definición de precoz o tardío es totalmente arbitraria y ha variado con el tiempo. En la actualidad, el límite entre precoz y tardío se ha situado en 350 linfocitos CD4+/ μ L (en otros tiempos el límite se situó en 500 células/ μ L). En general, los pacientes con linfocitos CD4+ por encima de esta cifra tienen un riesgo de progresión clínica significativamente más bajo que los que tienen cifras inferiores. Debe recordarse, sin embargo, que los pacientes con cifras más próximas a 200 células/ μ L y con CVP baja tienen también un riesgo de progresión muy bajo.

den un inicio más precoz y los que sugieren la conveniencia de un comienzo más tardío. Debe entenderse, en cualquier caso, que la definición de precoz o tardío es totalmente arbitraria y ha variado con el tiempo. En la actualidad, el límite entre precoz y tardío se ha situado en 350 linfocitos CD4+/ μ L (en otros tiempos el límite se situó en 500 células/ μ L). En general, los pacientes con linfocitos CD4+ por encima de esta cifra tienen un riesgo de progresión clínica significativamente más bajo que los que tienen cifras inferiores. Debe recordarse, sin embargo, que los pacientes con cifras más próximas a 200 células/ μ L y con CVP baja tienen también un riesgo de progresión muy bajo.

En todo caso, los datos de los estudios sugieren que:

1. El inicio del tratamiento debe poner más énfasis en la cifra de linfocitos CD4+ que en la CVP. Hay que tener en cuenta que la bajada de linfocitos CD4+ es más rápida con niveles más altos de CVP por lo que debería controlarse más estrechamente a los pacientes con CVP elevadas. El nivel de CVP puede ayudar a decidir en determinadas situaciones, especialmente cuando los linfocitos CD4+ están entre 200 y 350 células/ μ L.
2. En pacientes con linfocitos CD4+ por debajo de 200 células/ μ L es claro el beneficio clínico de recibir TAR. Esperar hasta que los linfocitos CD4+ estén por debajo de 200 células/ μ L puede exponer a los pacientes al riesgo de enfermedades oportunistas.
3. No se ha observado una clara diferencia en la respuesta inmunológica y/o virológica ni clínica entre los pacientes que inician el TAR cuando los linfocitos CD4+ están entre 200 y 350 células/ μ L y aquellos que lo inician cuando los linfocitos CD4 son superiores a 350 células/ μ L. En algún estudio se ha observado una mayor tendencia a la progresión en los pacientes que inician el TAR cuando los linfocitos CD4+ están entre 200 y 350 células/ μ L.

Ha llegado el momento de tomar una decisión

La decisión de inicio de un TAR debe basarse a juicio de los expertos españoles en tres elementos: los síntomas, el recuento de linfocitos CD4+ y la CVP.

En los pacientes con una infección por VIH sintomática se recomienda iniciar el TAR en todos los casos. Si hay que enfrentarse a una infección oportunista aguda, el TAR puede diferirse unas semanas si las circunstancias clínicas lo aconsejan.

En los pacientes con una infección por VIH asintomática el inicio del TAR se basará en la cifra de linfocitos CD4+/ μ L y en la CVP:

En pacientes con linfocitos CD4+ < 200 células/ μ L se recomienda iniciar el TAR.

En los pacientes con linfocitos CD4+ entre 200 y 350 células/ μ L se debe recomendar el inicio de TAR en la mayoría de las ocasiones. No obstante, se podría diferir en aquellos con recuentos de linfocitos CD4+ que se mantienen de manera estable en una cifra próxima a 350 células/ μ L y con CVP baja (inferior a 20.000 copias/ml por PCR).

En los pacientes con linfocitos CD4+ > 350 células/ μ L puede diferirse el inicio del TAR.



Otras directrices, como las británicas, son más conservadoras, y tienden a no recomendar tratamiento si no se baja de 200 CD4, con independencia de cual sea la carga viral.

Tras empezar

Con una combinación eficaz y bien tolerada, el aumento de la cifra de linfocitos CD4+ es lento pero constante en el tiempo. No existen datos que permitan definir una respuesta inmunológica adecuada definitiva. En general, se admite, basándose en los estudios de cinética celular, que durante el primer año existiría un aumento como mínimo de 50-100 linfocitos CD4+/ μ L. La ausencia de respuesta o el empeoramiento inmunológico significativo suele definirse como el descenso de la cifra de linfocitos CD4+ mayor del 30% de la cifra basal, es decir la que se tiene al principio de la terapia.

La única situación que no puede considerarse como fracaso clínico es la aparición de enfermedades oportunistas durante los primeros 3-6 meses de TAR en los pacientes con inmunodepresión avanzada (bajos CD4) pero con una respuesta virológica adecuada. En este período de tiempo, aunque existe un aumento cuantitativo de linfocitos CD4+, estos linfocitos no son funcionales desde el punto de vista cualitativo y por tanto no evitan que puedan aparecer nuevas infecciones oportunistas. En caso de que los pacientes tengan infecciones latentes por virus o micobacterias, la restauración del sistema inmunitario puede ponerlas de manifiesto clínicamente. El denominado síndrome de restauración inmunitaria es toda una paradoja por la cual una mejora de las defensas conlleva un acción de éstas caracterizada por la aparición de síntomas que normalmente asociamos a encontrarse mal: cansancio, fiebre, malestar, inflamaciones, etc.

La concordancia entre la respuesta virológica e inmunológica al TAR consiste en que los CD4 suban mientras la CVP baja, o viceversa, pero en ocasiones en algunos pacientes se observa una discordancia. Existen pacientes que mantienen una cifra estable de linfocitos CD4+ durante periodos más o menos prolongados a pesar de tener una CVP detectable o en otras ocasiones la cifra de linfocitos CD4+ disminuye o no aumenta a pesar de que la CVP es indetectable. En este segundo escenario, puede existir una carga viral detectable en tejido linfático debido a que el TAR es subóptimo.

Referencia: El documento completo de las recomendaciones y sus tablas anexas puede descargarse de www.gesida.com

El tratamiento del VIH en @s más jóvenes:

Un repaso de las ventajas y desventajas de los antirretrovirales en la población pediátrica [1]



Aunque son escasos e indudablemente insuficientes los estudios llevados a cabo específicamente en @s más jóvenes con infección por VIH, de manera general esta población ha podido aprovechar los avances terapéuticos en el campo del VIH de los que @s adult@s se benefician. Las recomendaciones pediátricas de tratamiento del VIH más conocidas y utilizadas son las del Grupo de Trabajo sobre Terapia Antirretroviral y Manejo Médico de @s niñ@s con VIH, un panel de expert@s en salud infantil de EE UU. De hecho, sus directrices suelen basarse en datos publicados pero también no publicados, y en cualquier caso siempre apuntan que la experiencia clínica del profesional de la salud es fundamental para la optimización del tratamiento. En el número 24 de esta revista, se presentó un extracto detallado de las recomendaciones de este panel en cuanto al tratamiento antirretroviral. He aquí la primera parte de su inventario actualizado de las ventajas y desventajas de todas las posibles combinaciones de fármacos por clase de antirretrovirales, para su uso en @s más pequeñ@s.

ITIN: inhibidor de la transcriptasa inversa análogo de nucleósido ZDV: zidovudina, AZT (Retrovir®) 3TC: lamivudina (Epivir®) ABC: abacavir (Ziagen®) ddl: didanosina, (Videx®) ddC: zalcitabina, (Hivid®) d4T: estavudina (Zerit®) TDF: tenofovir (Viread®) FTC: emtricitabina (Emtriva®)

Ventajas y desventajas de las diferentes combinaciones de inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido (ITIN) y de nucleótido

Ventajas

Desventajas

GENERALIDADES

Regímenes basados en ITIN y análogos de nucleótido

Ventajas de los ITIN:

- Muy pocas interacciones entre fármacos
- Economía de inhibidores de la proteasa (IP) y de no análogos de nucleósido (ITINN)
- Limitada resistencia cruzada entre los ITIN
- Utilización y adhesión más fácil que con los regímenes basados en IP
- Una de las posibles combinaciones está disponible en una sola pastilla para @s más mayores y más corpulent@s (Trizivir: ZDV+3TC+ABC) > permite reducir el número de pastillas

Desventajas de los ITIN y análogos de nucleótido:

- Casos pocos frecuentes aunque potencialmente mortales de acidosis láctica y de esteatosis hepática con todos los ITIN y el análogo de nucleótido.
- Trizivir muestra una respuesta virológica inferior en comparación con los regímenes basados en efavirenz o en indinavir en adult@s.
- El uso de Trizivir (ZDV+3TC+ABC) expone a una posible reacción de hipersensibilidad debida a ABC.

COMBINACIONES MUY RECOMENDADAS

ZDV + 3TC

- Experiencia muy amplia en la población pediátrica
- Los dos fármacos están disponibles en una sola pastilla para @s más mayores y más corpulent@s
- Disponibles en jarabe con sabor agradable
- Pueden tomarse con comida

- Posible reducción de medula ósea con ZDV
- Una sola mutación confiere resistencia a 3TC

ZDV + ddl

- Experiencia muy amplia en la población pediátrica
- La dosis única diaria de ddl puede administrarse a @s niñ@s más mayores que sean capaces de tragar pastillas y que puedan recibir las dosis para adult@s

- Posible reducción de medula ósea con ZDV
- Pancreatitis y neurotoxicidad con ddl
- El sabor de la formulación de ddl en jarabe es menos agradable que el de 3TC
- Restricciones alimentarias: ddl se tiene que tomar 1 hora antes y 2 horas después de una comida

d4T + 3TC

- Experiencia moderada en la población pediátrica
- Disponibles en jarabe con sabor agradable
- Pueden tomarse con comida
- La dosis única diaria de d4T puede administrarse a @s niñ@s más mayores que sean capaces de tragar pastillas y que puedan recibir las dosis para adult@s

- El uso de d4T se relaciona con una mayor incidencia de hiperlactatemia / acidosis láctica, lipoatrofia, neuropatía periférica, hiperlipidemia
- Una sola mutación confiere resistencia a 3TC

COMBINACIONES RECOMENDADAS COMO ALTERNATIVA

ABC + ZDV

- Disponibles en jarabe con sabor agradable
- Pueden tomarse con comida

- Posible reacción de hipersensibilidad debida a ABC
- Posible reducción de medula ósea con ZDV

ddl + 3TC

- La dosis única diaria de ddl puede administrarse a @s niñ@s más mayores que sean capaces de tragar pastillas y que puedan recibir las dosis para adult@s

- Restricciones alimentarias: ddl se tiene que tomar 1 hora antes y 2 horas después de una comida
- Pancreatitis, neurotoxicidad con ddl, potencialmente aumentadas con el uso de 3TC
- Una sola mutación confiere resistencia a 3TC

COMBINACIONES A UTILIZAR SOLAMENTE EN CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

d4T + ddl	<ul style="list-style-type: none"> ● Pueden administrarse con comida ● La dosis única diaria de ddl puede administrarse a l@s niñ@s más mayores que sean capaces de tragar pastillas y que puedan recibir las dosis para adult@s ● La dosis única diaria de d4T puede administrarse a l@s niñ@s más mayores que sean capaces de tragar pastillas y que puedan recibir las dosis para adult@s 	<ul style="list-style-type: none"> ● El uso de d4T se relaciona con una mayor incidencia de hiperlactatemia / acidosis láctica, lipoatrofia, neuropatía periférica, hiperlipidemia que los otros ITIN ● Posible toxicidad sinérgica de la combinación (neurotoxicidad, acidosis láctica, esteatosis hepática) ● Restricciones alimentarias: ddl se tiene que tomar 1 hora antes y 2 horas después de una comida
ZDV + ddC	<ul style="list-style-type: none"> ● Pueden tomarse con comida 	<ul style="list-style-type: none"> ● No existe formulación en jarabe para ddC ● ddC es menos potente que los otros ITIN ● Posible reducción de medula ósea con ZDV ● Neuropatía periférica grave con ddC

LOS DATOS DISPONIBLES NO SON SUFICIENTES COMO PARA ELABORAR RECOMENDACIONES

TDF	<ul style="list-style-type: none"> ● Las resistencias tardan en desarrollarse ● Dosis diaria disponible para adult@s ● Menos toxicidad mitocondrial que los otros ITIN ● Puede tomarse con comida 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ningún dato disponible sobre dosis y seguridad en la población pediátrica ● Posible toxicidad ósea y renal ● Las concentraciones de ddl aumentan con TDF > posible incremento de la toxicidad asociada a ddl
FTC	<ul style="list-style-type: none"> ● Dosis diaria disponible para adult@s ● Puede tomarse con comida 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ningún dato disponible sobre dosis y seguridad en la población pediátrica ● No existe formulación en jarabe

COMBINACIONES NO RECOMENDADAS

ZDV + d4T	<ul style="list-style-type: none"> ● Antagonismo farmacológico y antiviral
ddC + d4T	<ul style="list-style-type: none"> ● Posible sinergia de las toxicidades ● No existe formulación en jarabe para ddC
ddC + ddl	<ul style="list-style-type: none"> ● Posible sinergia de las toxicidades ● No existe formulación en jarabe para ddC
ddC + 3TC	<ul style="list-style-type: none"> ● Posible sinergia de las toxicidades ● No existe formulación en jarabe para ddC

Ventajas y desventajas de las diferentes combinaciones de inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósido (ITINN)

Ventajas

Desventajas

GENERALIDADES

Regímenes basados en ITINN

Ventajas de los ITINN:

- Menos dislipidemia y redistribución de grasa que con los IP
- Ahorro de IP
- Número de pastillas más reducido que con los IP para l@s que toman la formulación sólida; utilización y adhesión más fácil que con los regímenes basados en IP

Desventajas de los ITINN:

- Una sola mutación puede conferir resistencia, con resistencia cruzada entre los ITINN
- Posible riesgo, poco frecuente aunque potencialmente mortal, de prurito, incluido el Síndrome de Stevens-Johnson, y de toxicidad hepática con todos los ITINN (aunque el riesgo es mayor con nevirapina)
- Posible acumulación de interacciones debido a que el fármaco se metaboliza mediante enzimas hepáticas, aunque el riesgo es mayor con los IP

COMBINACIONES MUY RECOMENDADAS

Efavirenz: para l@s niñ@s de más de 3 años o l@s que pueden tomar cápsulas

- Potente actividad antirretroviral
- Una sola dosis diaria
- Puede tomarse con comida (aunque se deben evitar las comidas grasas)

- Efectos secundarios neuropsiquiátricos (tomar antes de acostarse para reducir los efectos sobre el sistema nervioso central)
- Jarabe no comercializado
- No se dispone de datos para l@s niñ@s de menos de 3 años
- Efectos teratogénicos observados en primates; utilizar con cautela en las adolescentes en edad de embarazarse

COMBINACIONES RECOMENDADAS COMO ALTERNATIVA

Nevirapina: alternativa para l@s niñ@s de más de 3 años.

- Disponible en jarabe
- Se dispone de información sobre las dosis para l@s más pequeñ@s
- Puede tomarse con comida

- Mayor incidencia de prurito / reacción de hipersensibilidad que con los otros ITINN
- Tasas de toxicidad hepática grave superiores a las de efavirenz

En el próximo número se presentará un repaso semejante por lo que hace al uso de inhibidores de la proteasa, así como una tabla que presenta los regímenes antirretrovirales recomendados en primera línea para el tratamiento del VIH en l@s niñ@s.

ITIN: Inhibidor de la transcriptasa inversa análogo de nucleósido
 ZDV: zidovudina, AZT (Retrovir®)
 3TC: lamivudina (EpiVir®) ABC: abacavir, (Ziagen®) ddl: didanosina, (Videx®) ddC: zalcitabina, (Hivid®)
 d4T: estavudina (Zerit®) TDF: tenofovir (Viread®) FTC: emtricitabina (Emtriva®)

ITINN: inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósido
 Nevirapina: NVP (Viramune®)
 Efavirenz: EFV, DMP 266 (Sustiva®)

La Noticia del Día

Cada día el Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt) selecciona una noticia de interés, la redacta en un lenguaje periodístico y te la envía por correo electrónico.

Con tan sólo cinco minutos al día, puedes mantenerte regularmente informad@ sobre lo más relevante

y actual en relación con el VIH, sus patologías asociadas y los tratamientos.

Puedes subscribirte sin coste alguno en la sección «La Noticia del Día» de nuestro sitio www.gtt-vih.org. Aquí también dispones de un buscador de temas que te interesen en el archivo de noticias anteriores.

AUMENTO DE LAS MUERTES POR CÁNCER EN LA ERA DE TARGA

Antes de la era de TARGA las muertes relacionadas con cánceres entre personas con VIH eran el 10-15% de los casos y en su mayoría asociados a SIDA. Un equipo de investigadores franceses ha realizado un estudio prospectivo para saber qué ocurre en la era de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA). Para ello se registraron las causas de

todas las muertes de personas con VIH/SIDA en varios hospitales franceses durante el año 2000.

En general las muertes por algún tipo de cáncer fueron el 28% (n=269) de las 964 muertes registradas. El 83% de las personas fallecidas por cáncer eran hombres, con una mediana de edad de 43 años y con una duración conocida de infección por VIH de 8,0 años. La mediana de los últimos recuentos de CD4 era de 110 células/mm³ (34 - 262) y la de carga viral de 3,3log copias/ml (2,2-5,0).

Los cánceres asociados a SIDA fueron la causa del 15,5% (n=149) del total de muertes: 105 por linfoma no de Hodgkin (LNH), 40 por sarcoma de Kaposi y 4 casos de cáncer cervical.

Los cánceres no asociados a SIDA fueron la causa del 12,5% (n=120) del total de muertes: 103 cánceres sólidos (50 respiratorios, 19 hepatocarcinomas, 9 digestivos, 6 anales). Además se

registraron 17 hemopatías: 12 linfomas de Hodgkin, 4 leucemias mieloides y 1 mieloma.

Las personas que murieron a causa de cánceres sólidos se compararon con las personas que murieron de otras causas y se observó que entre las personas que murieron de cánceres sólidos había más hombres (86% vs 76%), más personas fumadoras (71% vs 53%), eran mayores (46 vs 40 años) y con recuentos de CD4 más elevados (mediana de 218 vs 82 células/mm³).

Los autores concluyen que en Francia en la era de TARGA más de una cuarta parte de las muertes de personas con VIH se deben a cánceres, con una distribución parecida entre asociados y no asociados a SIDA. Si bien las hemopatías más letales como el LNH y el sarcoma de Kaposi se relacionan con una inmunosupresión avanzada, los cánceres sólidos pueden ocurrir en personas con parámetros inmunológicamente controlados.

El cambio de patrones de la mortalidad entre personas con VIH exige que se creen registros de las causas de muerte no asociadas a SIDA y que en los controles habituales de las personas con VIH se incluyan pruebas diagnósticas que ayuden a la detección temprana de estas enfermedades.

Fuente: Elaboración propia

Referencia: F. BONET ET AL. *Malignancies-related Causes of Death of HIV-infected Patients in the Era of Highly Active Antiretroviral Therapy. Abstract 875* (póster). XI CROI. Febrero 2004, San Francisco. Disponible en www.retroconference.org

ESPAÑA AUTORIZA LA COMERCIALIZACIÓN DE T-20

La enfuvirtida, más conocida como T-20 y cuyo nombre comercial es Fuzeon, ha sido autorizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo español para su comercialización como parte de una combinación para el tratamiento del VIH sin ninguna restricción de indicación. Hay que llamar la atención sin embargo sobre que T-20, como cualquier otra medicación anti-VIH, ha de tomarse en regímenes combinados, ya que de lo contrario el virus puede hacerse resistente con facilidad, por lo que conviene que el inhibidor de la fusión no sea la última única opción. El principal efecto adverso del fármaco son los nódulos en el lugar de inyección, que pueden llegar a ser dolorosos.

muy breves

LA FDA APRUEBA PARA EE UU LA VERSIÓN PEDIÁTRICA DE LA RIBAVIRINA

La Agencia para los Medicamentos y la Alimentación (FDA) de EE UU anunció la semana pasada que ha dado luz verde a la solución líquida de la ribavirina (RBV, nombre comercial Rebetol) para su combinación con inyecciones de interferón alfa-2b recombinante (IFN- α) para tratar la hepatitis C crónica en niños. Según el comunicado de la compañía fabricante Schering Plough, se trata de la primera opción terapéutica para este grupo de pacientes. Según fuentes de Schering-Plough España, la solución oral de la RBV está pendiente de aprobación en Europa. Mientras, está disponible en España a través de un programa de uso compasivo.

LOS ALTOS NIVELES PLASMÁTICOS DE EFAVIRENZ PODRÍAN SER LA CAUSA DE LAS ALTERACIONES DEL SUEÑO

Los trastornos del sueño son comunes entre las personas infectadas por el VIH. Aunque la infección implica por sí misma anomalías mientras se duerme, éstas son más frecuentes en personas que reciben efavirenz (Sustiva).

No se conoce bien si el insomnio asociado a efavirenz se caracteriza sólo por una reducción en el tiempo de dormir o si se producen anomalías más profundas en la arquitectura del sueño. Para responder a esta

cuestión, un grupo de investigadores españoles estudió la actividad electroencefalográfica (EEG) en personas infectadas por VIH que estaban tomando efavirenz. Se estableció la presencia de insomnio y la posible relación entre insomnio y el tratamiento con EFV a través de entrevistas con un psiquiatra.

Dado que los datos preliminares sugirieron que los trastornos del sueño podrían ser más frecuentes en pacientes infectados por VIH con niveles más altos de EFV en plasma, los investigadores decidieron examinar el diagnóstico clínico del insomnio y los resultados de EEG con respecto a los niveles plasmáticos de EFV.

Se realizaron electroencefalogramas a 18 personas infectadas por VIH tratadas con efavirenz con y sin insomnio y a un grupo control de 13 personas sin VIH.

Todos los pacientes que recibían efavirenz tuvieron latencias de sueño más largas y duración más corta del sueño profundo, aunque las personas con sueño pobre también mostraron una reducción de la eficiencia del sueño y una duración más breve del sueño REM (siglas en inglés de Movimiento Ocular Rápido). Los niveles plasmáticos de efavirenz fueron más altos en las personas con insomnio y/o eficiencia del sueño reducida.

Este estudio exploró las alteraciones subyacentes en modelos EEG en personas VIH+ con insomnio asociado a EFV. La cohorte seleccionada no tenía historia de insomnio u otros desórdenes mentales, y no había tomado sustancias que pudieran interferir con el sueño, como fármacos psicoactivos, esteroides, anticongestivos, o bloqueadores beta.

Se excluyó también el consumo de alcohol o cafeína en la evaluación psiquiátrica. De este modo, la introducción de EFV fue la única causa reconocible de los trastornos del sueño observados.

Los investigadores concluyen: "La observación de que los niveles plasmáticos de efavirenz se relacionan con reducciones en la eficiencia del sueño abre una puerta para investigar si el hecho de ajustar las dosis de efavirenz podría mejorar los trastornos del sueño sin comprometer la eficacia virológica del fármaco".

Fuente: www.hivandhepatitis.com

Referencia: L GALLEGO AND OTHERS. *Analyzing Sleep Abnormalities in HIV-Infected Patients Treated with Efavirenz*. *Clinical Infectious Diseases* 38(1): 430-432. February 1, 2004.



GUINDILLAS Y MARIHUANA PARA EL DOLOR

La neuropatía periférica se define como una insuficiencia de los nervios que llevan la información hasta y desde el cerebro y la médula espinal, lo cual causa síntomas como dolor, pérdida de la sensibilidad e incapacidad para controlar los músculos. Se calcula que esta complicación afecta a más de la tercera parte de las

personas con infección por VIH.

Hasta ahora la estrategia habitual para paliar el dolor consistía en sustituir, cuando sea posible, los fármacos a los que se atribuye la aparición de neuropatía periférica, en particular los análogos de nucleósido ddI, d4T y ddC, aunque los signos de esta complicación pueden permanecer pese a este cambio.

En una mini conferencia de la XI CROI, el Dr. David Simpson, profesor de neurología en la Facultad de Medicina de Mount Sinai en Nueva York, EE UU, y eminente especialista de las complicaciones musculares, presentó los resultados de un interesante estudio sobre los efectos analgésicos de la capsaicina, el ingrediente activo de la guindilla, en aplicación tópica.

Según Simpson, "los productos de aplicación tópica han despertado un interés significativo estos últimos años" porque "la ventaja de este tipo de tratamiento es que en lugar de ofrecer a la persona otra pastilla más además de las centenares que ya está tomando, se puede aprovechar el sistema sensorial cutáneo".

Este agente, utilizado habitualmente en una crema de baja concentración, parece mostrar una reducción media del 40% cuando se usa bajo la forma de parches con concentraciones más elevadas, y los efectos secundarios se limitarían a una modificación de la percepción de las temperaturas, aunque muy leve. Según el investigador, habrá que esperar los resultados de otro ensayo con grupo de control con placebo a punto de empezar para confirmar estos hallazgos.

Por otra parte, también presentó un nuevo agente denominado prosaptide, un polipéptido derivado de prosaposina, que ha mostrado en varios estudios en animales que en aplicación tópica podía prevenir la muerte celular en las células neuronales y que era capaz de atenuar el dolor o incluso de hacer que los efectos de la neuropatía periférica revirtiesen.

Finalmente mencionó los resultados de un estudio piloto abierto sobre el efecto de fumar marihuana, que mostró una reducción del dolor del 30% o más en el 62% de las 16 personas inscritas en el ensayo. Aunque se trata de un estudio piloto y abierto, estos resultados podrían confirmar la necesidad de más investigación sobre esta estrategia para el manejo del dolor.

Fuente: Elaboración propia

Referencia: DAVID M. SIMPSON ET AL. *Mini lecture on Peripheral Neuropathy Associated with HIV and ARV: Update on Diagnosis and Management*; pósteres 490 y 496 - XI CROI, San Francisco, EE UU.

LA DURACIÓN DEL TRATAMIENTO ES UN FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Durante la pasada XI CROI se presentaron los resultados más recientes del estudio D:A:D, una cohorte prospectiva observacional de 23.468 personas con VIH en Europa, EEUU y Australia, que indicaron que la incidencia de infarto de miocardio se incrementó alrededor de un 26% por año de exposición a la terapia antirretroviral combinada (TAC). También se comparó el índice observado de infarto de miocardio con el predicho por ecuaciones de riesgo convencionales.

Los índices del primer evento cardiovascular (cualquier infarto de miocardio, muerte cardiovascular, proceso cardiovascular invasivo o apoplejía) se compararon de acuerdo con la duración de la TAC utilizando métodos de regresión Poisson. La ecuación Framingham se usó para predecir los índices de infarto de miocardio a partir de la duración de la TAC (sin TAC, <1 año, de 1 a 2 años, de 2 a 3 años, de 3 a 4 años, y más de 4 años), teniendo en cuenta un incremento de 5 veces en el riesgo de infarto de miocardio en aquellas personas con enfermedad cardiovascular anterior y ajustando por diferencias regionales en el riesgo de infarto de miocardio. Los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular fueron actualizados puntualmente por los pacientes que intervinieron en el seguimiento en más de 1 categoría de TAC.

De entre más de 36.151 persona-años de seguimiento, 199 pacientes experimentaron al menos un evento cardiovascular, una

incidencia de 5,5/1000 persona-años. La incidencia de evento cardiovascular se incrementó por una exposición prolongada a la TAC (RR por año de exposición: 1,26, 95% CI: de 1,15 a 1,38). De las personas que recibían TAC, el número de infartos de miocardio observados durante el seguimiento del estudio D:A:D: fue de magnitud similar y posiblemente algo más elevado que el número predicho por Framingham: 9 observados vs 5,5 predichos, 14 vs 9,8, 22 vs 14,9, 31 vs 23,2 y 47 vs 37,0 en <1 año, de 1 a 2 años, de 2 a 3 años, de 3 a 4 años, y más de 4 años de duración de TAC, respectivamente. En pacientes que no recibieron TAC, el número observado de infartos de miocardio fue menor que el predicho (3 vs 7,6). Los índices de infarto de miocardio predichos estuvieron en el 95% del intervalo de confianza de los índices observados. Los análisis de susceptibilidad mostraron en consecuencia que en personas que toman TAC los índices de infarto de miocardio observados y predichos aumentan de forma paralela a mayor duración de TAC.

Los resultados del estudio sugieren que el incremento observado en el riesgo de infarto de miocardio se puede explicar en gran parte a través de los cambios provocados por la TAC en los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular convencional.

Referencia: M G LAW AND OTHERS. *Cardio- and Cerebrovascular Events and Predicted Rates of Myocardial Infarction in the D:A:D Study*. Abstract 737 (poster). Program and Abstracts of the 11th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (11th CROI). February 8-11, 2004. San Francisco, CA.



SE DESCUBRE UNA PROTEÍNA QUE BLOQUEA EL VIH EN MONOS

En la edición del 26 de febrero de la revista *Nature* se han publicado los resultados de una investigación que ha identificado una proteína en células de monos que bloquea la infección por VIH. Los humanos tienen una proteína similar, llamada TRIM5-alfa, aunque es menos eficaz que la versión simia a la hora de bloquear la infección por VIH.

El descubrimiento, dirigido por el Dr. Joseph Sodroski del Instituto del Cáncer Dana-Farber en EEUU bajo los auspicios del NIAID, arroja luz sobre el desprendimiento de la envoltura viral, un estadio clave pero poco entendido del ciclo vital del VIH. Los investigadores han aprendido a lo largo de los años "bastante sobre cómo el VIH entra en las células", ha señalado el Dr. Sodroski. "Recientemente, hemos desarrollado un retrato de los últimos estadios del ciclo vital del virus, cuando éste abandona la célula. Sin embargo, de los pasos entre la entrada del virus y la conversión del ARN viral en ADN tenemos un retrato oscuro."

En este estadio, la capa protectora que rodea el material genético del virus, llamada cápside, se desprende antes de que el VIH inserte su material genético en la célula humana y haga copias de sí mismo. La TRIM5-alfa tendría como objetivo específico la cápside del VIH. Se desconoce exactamente cómo funciona la TRIM5-alfa, pero los investigadores creen que la proteína desmenuza la

cápside del VIH previniendo el desprendimiento de la envoltura tal y como está programado.

La versión humana de la TRIM5-alfa no es tan eficaz como la versión simia por lo que respecta a su efecto anti-VIH, pero sí dispone de cierta capacidad para bloquear el VIH. Es por ello que los investigadores están especulando sobre si esto podría ayudar a explicar por qué algunas personas infectadas por VIH no experimentan progresión de la enfermedad. La TRIM5-alfa es una de las diversas proteínas intracelulares con efecto anti-VIH que puede expresarse con más o menos fuerza de acuerdo con la herencia genética.

Ante este descubrimiento se han abierto dos posibles opciones terapéuticas. La investigación podría centrarse en mejorar la capacidad de la TRIM5-alfa para bloquear el VIH. Otra aproximación sería encontrar un modo de usar la versión simia de la proteína, mucho más potente, en humanos.

El profesor Frances Gotch, de Imperial College de Londres, ha declarado a la BBC que el descubrimiento ha sido "muy emocionante" y podría abrir el camino "a un tratamiento profiláctico cuyo uso podría considerarse en personas en alto riesgo".

Fuente: www.aegis.org / www.aidsmap.com

Referencia: STREMLAU M ET AL. *The cytoplasmic body component TRIM5-a restricts HIV-1 infection in Old World monkeys*. *Nature* 427: 848 - 53, 2004. *Goff SP. HIV: replication trimmed back*. *Nature* 427: 791 -92, 2004.

ACCESO EXPANDIDO DE FOSAMPRENAVIR ...

GlaxoSmithKline ha puesto en marcha un programa de acceso expandido de fosamprenavir para aquellos casos cuya terapia antirretroviral haya fallado por fracaso virológico previo, toxicidad, intolerancia, interacción medicamentosa y mala adherencia, y en todas las personas que estén actualmente en tratamiento con el IP Agenerase®. Este cambio se debe a que fosamprenavir supone una reducción significativa del número de pastillas respecto a amprenavir.

muy breves

LA EDAD ES UN FACTOR QUE PUEDE INCREMENTAR LA FIBROSIS HEPÁTICA ENTRE PERSONAS COINFECTADAS CON VIH/VHC

En estudios previos se ha establecido que la infección por VIH puede incrementar el riesgo de una fibrosis hepática grave en personas infectadas con el virus de la hepatitis C (VHC) que también tienen niveles elevados de ALT en sangre. Ahora según sugieren los resultados de un estudio europeo publicado en la edición del 1 de enero de *Clinical Infectious Diseases* la edad también puede ser un factor determinante.

Desde la introducción de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) las enfermedades hepáticas se han convertido en una de las causas más importantes de enfermedad en aquellas personas infectadas por el VIH, según indica el Dr. Vicente Soriano y su equipo de colaboradores. Sin embargo, factores como una mayor edad, el consumo de alcohol y un bajo recuento de células de CD4 están independientemente relacionados con la gravedad de la fibrosis; en cambio la terapia antirretroviral por sí misma no, según este mismo estudio.

El Dr. Soriano del Hospital Carlos III de Madrid y un equipo colaborador de España, Italia, Francia y Alemania evaluaron los datos de 914 pacientes, de los que 35% mostraban en sus biopsias

SE DETIENE EL DESARROLLO DE T-1249

El pasado martes 6 de enero Laboratorios Roche y Trimeris anunciaron su decisión de detener el desarrollo clínico del inhibidor de la fusión experimental conocido con el nombre de T-1249. Hasta el momento de este sorprendente anuncio, este compuesto se había considerado como el primer candidato de una nueva generación de inhibidores de la fusión y sucesor de T-20 (Fuzeon®), por mostrar actividad frente a virus resistentes a T-20 y mejorar la dosificación de su antecesor: de dos a una inyección diaria. Según el comunicado emitido por estas compañías, la decisión ha sido tomada "debido a los retos para conseguir el perfil técnico requerido de la formulación de T-1249 actualmente en investigación".

muy breves

ADVERTENCIA SOBRE LA HEPATOTOXICIDAD DE NEVIRAPINA

Nuevas advertencias sobre la toxicidad de nevirapina por parte de Boehringer Ingelheim. En primer lugar, las mujeres con recuentos de CD4 >250 células/mm³, incluso las mujeres embarazadas que tomen tratamiento crónico para la infección por VIH, se exponen a un riesgo considerablemente superior (en 12 veces) de padecer hepatotoxicidad. En segundo lugar, el mayor riesgo de sucesos hepáticos graves y potencialmente fatales ocurre en las 6 primeras semanas del tratamiento con NVP. No obstante, el riesgo persiste pasado ese tiempo y se debe controlar estrechamente a los pacientes durante las 18 primeras semanas de tratamiento con NVP. En tercer lugar, en ciertos casos el daño hepático progresa pese a la interrupción del tratamiento.

EUROPA APRUEBA ATAZANAVIR SÓLO POTENCIANDO Y COMO TRATAMIENTO DE SEGUNDA LÍNEA

Potenciado con ritonavir (RTV) y tras el fracaso de otro tratamiento, la dosis autorizada en Europa es de 300mg de atazanavir (ATV) –dos pastillas de 150mg– más 100mg de RTV una vez al día junto con comida. La principal ventaja de este antirretroviral es que, a diferencia del resto de los miembros de su clase, parece que

no aumenta los niveles de lípidos (colesterol total, colesterol LDL y triglicéridos). El principal efecto adverso de ATV es la hiperbilirrubinemia, una elevación de la bilirrubina no conjugada que raramente causa ictericia. En caso de hiperbilirrubinemia grave, debe discontinuarse el tratamiento.

El proceloso mar de las resistencias (II)



En el número anterior de LO+POSITIVO os ofrecimos una sucinta introducción al candente tema de las resistencias a los fármacos antirretrovirales. En esta ocasión queremos detenernos en las mutaciones del VIH que confieren resistencia a los antirretrovirales.

Si en alguna ocasión os han realizado un test de resistencia para comprobar la susceptibilidad del VIH a los fármacos antirretrovirales de vuestra terapia, habréis tenido la ocasión de comprobar que los cambios que se producen en la estructura del virus y que afectan a la sensibilidad de los fármacos se expresan por medio de una combinación de números y letras. Estas 'etiquetas', que pueden parecer mensajes crípticos, son las mutaciones que se producen en el VIH cuando se reproduce a sí mismo. Sólo podemos conocer si el VIH es resistente a los fármacos tras un test de resistencia cuyos resultados, hoy por hoy, son de difícil interpretación, pues dependen de la interacción de diversos elementos: los factores combinados que llevaron al fracaso del tratamiento (vicológicos, farmacológicos y factores del huésped –paciente naïve o con infección crónica-); la pericia del/la médic@ que los interpretará y, por último, la limitación de las técnicas de análisis de resistencias.

El VIH puede desarrollar en mayor o menor medida resistencia a cada uno de los fármacos actualmente comercializados. En las tablas de la página siguiente podéis observar las mutaciones del VIH asociadas con el desarrollo de resistencia a los análogos de nucleósido (ITIN) y a los no análogos (ITINN). En la próxima entrega de LO+POSITIVO nos ocuparemos de las resistencias asociadas a los inhibidores de la proteasa (IP), a los inhibidores de la entrada y a los nuevos fármacos en desarrollo.

Las mutaciones se describen con una combinación de números y letras. El número hace referencia a la posición de la mutación en la proteína, la primera letra indica el aminoácido que se asocia a la cepa salvaje y la última, el cambio o los cambios que provocan la resistencia al fármaco.

Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido (ITIN) (Tabla I)

Las mutaciones que confieren resistencia a esta familia de fármacos se pueden clasificar en varios grupos en función del mecanismo por el que se desarrollan:

Mutaciones de los análogos de la timidina (MAT): M41L, D67N, K70R, L210W, T215Y/F y K219Q/E. La resistencia a los análogos de la timidina se produce como consecuencia de una acumulación gradual de hasta seis mutaciones específicas en la transcriptasa inversa del VIH en los codones señalados en el número de la mutación. Los virus desarrollan resistencia fenotípica a los análogos de la timidina a través de la combinación de mutaciones en los codones 41 y 215 o por la acumulación de al menos cuatro de las seis mutaciones. Estas mutaciones, cuando aparecen solas, no provocan resistencia cruzada de alto nivel a cualquiera de los otros ITIN, lo que permite el uso posterior de los fármacos restantes de la misma familia.

M184V: Es la mutación característica de la resistencia del VIH a 3TC, y ahora también a emtricitabina. Esta mutación también es seleccionada con la terapia con ABC y con menos frecuencia con ddI, ante los que presenta un bajo nivel de resistencias. Por otro lado, parece aumentar la susceptibilidad del VIH ante AZT, d4T y tenofovir.

Q151M: Este grupo de mutaciones suele conferir un alto nivel de resistencia a muchos análogos de nucleósido, pero bajo a lamivudina y tenofovir. Es una mutación relativamente poco frecuente; supone menos del 5% de todos los virus resistentes a los análogos de nucleósido.

La inserción 69: Esta mutación se asocia a resistencia a todos los análogos de nucleósido y está acompañada a menudo de otras mutaciones.

Otras mutaciones:

E44D, V118I: Se desarrolla cada una de ellas en aproximadamente el 1% de las personas no tratadas. Cuando aparecen combinadas provocan resistencia intermedia a 3TC.

Y115F: Es una mutación poco común que se desarrolla especialmente en pacientes que reciben abacavir, aunque también se ha observado en personas que toman otras combinaciones de ITIN, especialmente junto con la mutación Q151M.

K65R y L74V: Estas dos mutaciones han sido descritas en fracaso en primera línea con didanosina y zalcitabina. La **L74V** se ha observado con frecuencia en personas en las que ha fracasado la monoterapia con ddI, pero rara vez se ha desarrollado en pacientes que reciben ddI junto con otros análogos de nucleósido. Recientemente, hemos sabido que la **K65R** es una mutación primaria de resistencia que emerge durante el fracaso de primera línea de regímenes que contengan tenofovir. Algunos estudios sugieren que AZT podría contribuir a su no aparición.

V75T: Observada *in vitro*, puede conferir un ligero cambio de susceptibilidad a d4T.

Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósido (ITINN) (Tabla II)

Es de notar que cada una de las mutaciones de resistencia a los ITINN puede causar un alto nivel de resistencia. Además, se produce resistencia cruzada entre los fármacos de esta familia, lo que limita las opciones de tratamiento en el futuro. Las mutaciones **K103N y Y188L**, seleccionadas preferentemente por efavirenz, pero también por nevirapina, provocan resistencia cruzada a todos los otros antirretrovirales de la misma clase. La mutación **Y181C** seleccionada por nevirapina se asocia con frecuencia con fracaso al cambiar a efavirenz. Una característica de nevirapina y efavirenz, los ITINN de uso

Tabla I: Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido y nucleótido (ITIN)

	AZT zidovudina	ddl didanosina	ddC zalcitabina	d4T estavudina	3TC lamivudina	ABC abacavir	TDF tenofovir
Mutación							
M41L							
E44D							
A62V							
K65R							
D67N							
T69D/N/S/A/ins							
T69 ins							
K70R							
L74V							
V75T/M/A/I							
F77L							
Y115F							
F116Y							
V118I							
Q151M							
M184V							
L210W							
T215Y/F							
K219Q/E/N							

Nivel alto /medio de resistencia

Nivel bajo de resistencia

contribuye a resistencia

se desconoce

susceptibilidad incrementada

no causa resistencia

más generalizado, es su larga vida media farmacológica. Este rasgo, que podría ser beneficioso en el contexto de un tratamiento continuado, llega a ser problemático cuando se debe interrumpir la terapia o cuando se prescriben cursos de tratamiento muy cortos. De hecho, tras la interrupción de tratamiento con estos fármacos o tras una única dosis, la concentración en plasma de los fármacos disminuye muy lentamente por lo que el VIH se expone a niveles sub-inhibitorios y aumenta el riesgo de desarrollar virus resistentes. Por ello se aconseja que si se desea interrumpir una terapia con no nucleósido, éste se abandone unos días antes que el resto.

	Nivel alto de resistencia		Nivel medio de resistencia		Nivel bajo de resistencia
	susceptibilidad incrementada			no causa resistencia	

Fuentes:

- CLAVEL, F, SORIANO, V, ZOLOPA, A R, *HIV Infection Antirretroviral resistance. Scientific basis and Recommendations for management*, BASH, PARIS, 2004.
- *Symposium sobre resistencia del VIH a los fármacos antirretrovirales*, MADRID, 23 DE MAYO DE 2003, FUNDACIÓN WELLCOME ESPAÑA, SCM, MADRID, 2003.
- LISTADO AMPLIAMENTE RECONOCIDO DE MUTACIONES DEL VIH DE LA UNIVERSIDAD DE STANFORD, CALIFORNIA, EE UU:
[HTTP://HIVDB6.STANFORD.EDU/ASI/DEPLOYED/INPUT/SCORES/COMMENTS_RT.TXT](http://HIVDB6.STANFORD.EDU/ASI/DEPLOYED/INPUT/SCORES/COMMENTS_RT.TXT)
- INTERESANTE SITIO WEB DEDICADO EXCLUSIVAMENTE A LA RESISTENCIA A LOS FÁRMACOS ANTIRRETROVIRALES: WWW.HIVRESISTANCEWEB.COM

Tabla II: Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósido (ITINN)

	nevirapina	delavirdina	efavirenz
Mutación			
A98G			
L100I			
K101E			
K103N			
K103R			
V106A/!			
V108I			
V179D/E			
Y181C/I			
Y188C/L/H			
G190A/S			
P225H			
M230L			
P236L			
Y318F			

Junt@s

PODEMOS LOGRARLO

Una vez más el Día Mundial del SIDA llegó y pasó. Durante unos días la prensa mundial dejó de preocuparse por la búsqueda de George W. Bush de las “armas de destrucción masiva” que nadie parece encontrar para centrarse en la verdadera arma de destrucción masiva: el SIDA.

Por unos días nos olvidamos de que el Congreso estadounidense destinó 87.000 millones de dólares para la reconstrucción de Irak. ¡Lo que el mundo hubiera podido hacer con 87.000 millones de dólares en su lucha contra los auténticos terroristas globales: el SIDA, la tuberculosis resistente, la malaria y el cáncer! Hubiéramos sido capaces de salvar vidas en lugar de condenar a miles de personas a una muerte prematura.

Resulta difícil de entender que cualquier persona en su sano juicio pueda ignorar lo que ha estado ocurriendo durante las dos últimas décadas. Lo que hemos visto día sí y día también es que el número de personas infectadas y de defunciones no ha parado de crecer. En los últimos veinte años el mundo ha ignorado colectivamente lo que el doctor Anthony Fauci, director del NIAID, ha calificado como plaga mundial.

Una media de 8.566 personas muere en todo el mundo cada día debido a complicaciones relacionadas con el SIDA, lo que nos lleva a unos tres millones de defunciones anuales. Annie Lennox llevaba una camiseta en la que podía leerse “17 millones de muertos por SIDA” en el Concierto 46664 que tuvo lugar en Ciudad del Cabo (Sudáfrica) en noviembre de 2003. Diecisiete millones de muertos. ¿A alguien le cabe en la cabeza tal cantidad?

No es de extrañar que el Secretario general de la ONU, Kofi Annan, se sienta enojado, furioso e impotente. Tener los medios y los recursos para ayudar y no poder hacer nada.

El estadounidense Programa de Ayuda a los Medicamentos para el SIDA (ADAP, en sus siglas en inglés) está una vez más infr FINANCIADO. El nuevo gobernador de California, más conocido como Terminator, demostró que no tiene empacho alguno en ‘terminar’

con los derechos civiles de sus conciudadan@s al cancelar todos los programas de bienestar y salud.

La Cruz Roja propuso unas nuevas y contundentes políticas de reducción de daños en la prevención del VIH muy ambiciosas que, como no, están siendo bloqueadas por la administración Bush.

La investigación científica del futuro se ve amenazada por un Congreso dispuesto a rendir pleitesía a un puñado de fanáticos religiosos, retrocediendo hasta posturas de hace cien años o más.

La misma mañana de escribir este artículo Bush anunció que se estaba repensando la promesa, anunciada a bombo y platillo, de contribuir con 15.000.000 dólares a la lucha contra el SIDA.

Una vez al año, durante tres o cuatro días toda nuestra atención se centra en el SIDA. A mediados de diciembre el SIDA se difumina en los radares de la actualidad y los medios de comunicación pierden su interés. ¿Nos pasará lo mismo a nosotr@s?

Zackie Achmat, nominado para premio Nobel de la Paz 2004, preguntó recientemente: «Si supieras que 5.000.000 de personas van a morir, y colectivamente tuvieras el poder de prevenirlo, ¿qué harías tú?».

Algo que podríamos hacer como país es crear una “Marcha del Dólar”. Jon Cohen propone una Marcha de Dólares contra el SIDA en su libro *Disparos en la oscuridad: la errática búsqueda de una vacuna contra el SIDA*. Cada uno de nosotr@s podría iniciar una Marcha de los Dólares fotocopiando este artículo y mandándolo con un dólar a:

Fundación de Naciones Unidas. Att: Fondo Global para SIDA, Tuberculosis y Malaria; Dept.344, Washington D.C. 20055-0344.



ILUSTRACIÓN: MONTSERRAT MOLINER

NO ES UNA MONJA CUALQUIERA

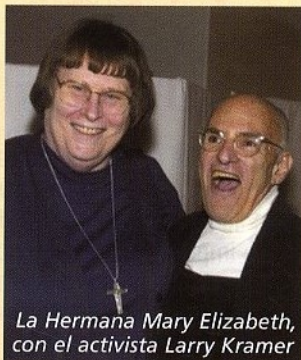
La Hermana Mary Elizabeth sirvió como hombre durante 17 años en la Marina norteamericana, después en el Ejército de Tierra como mujer, fue vaquera en Missouri y actualmente es una monja de la Iglesia Católica Americana. Pero no es una monja cualquiera. Esta poco conocida heroína de nuestro tiempo es la *webmaster* y fundadora de AEGIS, la base de datos sobre la historia, el tratamiento y la prevención del VIH más importante de internet. Una emprendedora que cambió el uniforme de suboficial por los hábitos. Por el camino tuvo tiempo de abogar también a favor de los derechos de los transexuales. Su texto *Aspectos legales de la*

Transexualidad todavía se considera en buena parte vigente. Al ser excomulgada por la Iglesia fundó su propia orden e hizo voto de pobreza. Tiene 65 años y vive en una casa caravana en San Juan Capistrano, California, desde la que gestiona la *web* con la ayuda de 14 potentes ordenadores.

Durante el año 2003 la Hermana Mary Elizabeth recibió el reconocimiento de importantes instituciones americanas como amfAR y la Asociación Internacional de Médicos especialistas en SIDA (IAPAC, en sus siglas en inglés). El sueño de Mary Elizabeth es conseguir estabilidad económica para AEGIS y que la organización pueda continuar cuando ella se retire. Su salud se ha quebrantado últimamente aunque sigue trabajando 16 horas diarias y no disfruta de vacaciones desde hace 12 años.

Esta mujer es un milagro.

Ussi Tous

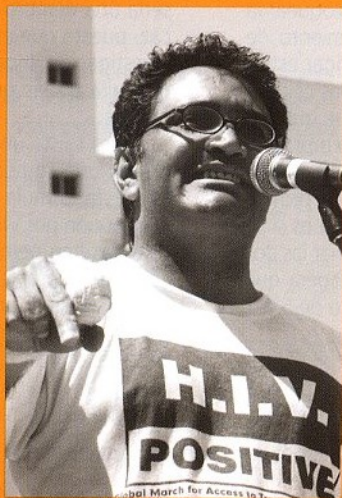


La Hermana Mary Elizabeth, con el activista Larry Kramer

LA LUCHA QUE NO CESA

En marzo de 2003 colaboré como intérprete en la Cumbre de Preparación a los Tratamientos que se celebró en Ciudad del Cabo, el escenario de la colosal labor como activista de Zackie Achmat, él fue el encargado de inaugurar el encuentro.

La voz de Zackie había adquirido los matices y tonalidades de todas las luchas, contra el *apartheid* en su adolescencia, por los derechos civiles de gays y lesbianas más tarde, y, por supuesto, por el acceso a tratamientos antivirales y contra el estigma y discriminación que circunda al VIH/SIDA. Su potente voz, que había alentado a la movilización masiva, a la desobediencia civil, a las acciones legales contra gobiernos e industria, quedó en susurro cuando en un acto de pura solidaridad –incomprensible para algunos– dejó de tomar



Zackie Achmat

antirretrovirales hasta que no fueran accesibles para todos sus conciudadanos.

La voz de Zackie, musulmán de origen, despertaba por igual las conciencias de católicos, budistas y protestantes porque no hay religión que no incluya en sus libros sagrados los valores y actitudes en los que Zackie Achmat ha cimentado su trayectoria vital: justicia y honradez.

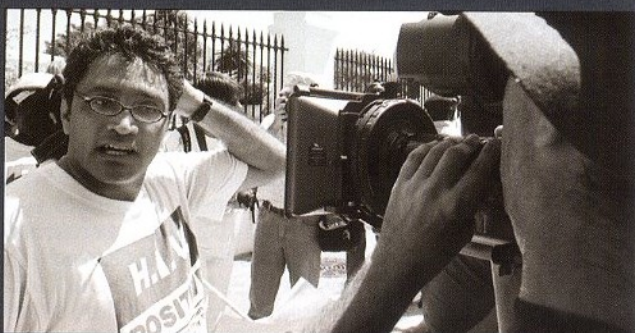
Ahora que su nombre y el de su organización, *Treatment Action Campaign*, suenan para el premio Nobel de la Paz 2004 –en su día *The New York Times* le había calificado como el Ghandi del SIDA– sus palabras resuenan en mi cabeza, unas palabras que no necesitaban traducción porque aunque apelaban al intelecto iban directas al corazón.

Jaume Fabrés

UNA VIDA DE CINE

It's my life (Es mi vida) dirigida en 2001 por Brian Tilley cubre cinco meses en la vida de Zackie Achmat, el telón de fondo es una Suráfrica con 4,7 millones de personas que viven con VIH, unas políticas gubernamentales confusas y la batalla legal por la introducción de medicamentos genéricos.

En palabras de Vaclav Havel, el poeta y expresidente de la República Checa: «Es la sobrecogedora historia real de una persona a la que ningún tipo de sufrimiento ajeno le es indiferente ni desconocido, transmite un mensaje capacitador para los más desposeídos y refleja el coraje personal del propio sacrificio en aras de otros seres humanos cuyos derechos se ven amenazados cuando no pisoteados. Pero sobre todo, muestra de manera excepcional la lucha por la defensa de los derechos humanos y la necesidad de una responsabilidad global para nuestros semejantes».



Podéis encontrar información, imágenes y enlaces sobre la película en:

http://www.dayzero.co.za/steps/films/films_52/itsmylife.htm

El futuro de los microbicidas

Hoy en día se están investigando más de 60 microbicidas: sustancias (por ejemplo, un gel) que aplicadas tópicamente conseguirían prevenir el VIH pese a entrar en contacto con el virus. En el mejor de los casos, si se sigue adelante con los compuestos actualmente en desarrollo, muchos de los cuales ya han llegado a los ensayos de Fase II o III, la investigación en curso mostrará que estos compuestos son capaces de impedir la infección por VIH. Entonces tendríamos de uno o varios productos que permitirán, especialmente a las mujeres, disfrutar de un nivel superior de control sobre la exposición y la prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

Se calcula que con un microbicida con un 60% de eficacia, se podría reducir el número de infecciones a 2,5 millones en 3 años. En la actualidad, cada año hay aproximadamente 5 millones de nuevas infecciones, el 50% de las cuales se producen en mujeres.

Si bien los esfuerzos iniciales en el desarrollo de candidatos para microbicidas de uso vaginal se centraban en eliminar el VIH desactivando la membrana del virus o en formar una capa para bloquear la entrada del mismo, los avances realizados en el conocimiento de cómo se transmite el VIH plantean la posibilidad de investigar estrategias de protección más sofisticadas que se basarían en las células. El interés de este planteamiento reside en el hecho de que aunque la mejor manera de eliminar el virus es desactivando sus membranas, los productos en investigación con este objetivo presentan también el riesgo de ser activos en las otras membranas y reducir la protección al fragilizar la barrera epitelial. Dicho esto, la pregunta es si se tiene que seguir adelante con las tres estrategias o abandonar las dos primeras a favor de la tercera. En cualquier caso, no se espera que esté disponible cualquier producto desde aquí hasta dentro de 5 a 7 años, y ninguno de ellos será el 100% eficaz.

Si los ensayos con los productos actualmente en desarrollo fallan y no se demuestra ninguna eficacia o muy poca, puede que se desplome toda la confianza en esta nueva tecnología de prevención que

un grupo reducido de defensores tales como la Campaña Global por los Microbicidas o el Acuerdo Internacional para los Microbicidas (IPM, en sus siglas en inglés) consiguió erigir hasta ahora a base de esfuerzos incalculables y al cabo de muchos años.

La otra posibilidad es que se decida enfocar todos los esfuerzos en la respuesta celular. La consecuencia inmediata de tal decisión sería una demora considerable en la búsqueda de un producto eficaz, puesto que esta estrategia está todavía en fase muy precoz de investigación. Incluso la mayor parte de estos productos no han ido más allá de las pruebas preclínicas, en parte debido a la falta de fondos.

Pero existe una tercera alternativa, la más probable, que consistirá en una combinación de las tres estrategias de acción contra el VIH. Esta fórmula se ha mostrado eficaz para el tratamiento oral de la infección por VIH y las combinaciones de antirretrovirales de clases distintas han permitido a muchas personas controlar la infección al contener la proliferación del virus en las diferentes etapas de su ciclo vital. Asimismo, un microbicida de combinación eficaz permitiría bloquear el VIH por medio físico (al romper la membrana lipídica del VIH para desactivarlo), químico (al mantener el entorno ácido normal de la vagina y crear así una barrera natural contra el VIH) y medicinal (al promover la liberación de anticuerpos contra el VIH).

LOS PRIMEROS PASOS:

un repaso de los microbicidas de primera generación más avanzados

Estos compuestos se presentaron detalladamente en el número 25 de esta revista. Lo que sigue es una actualización del estado de su desarrollo.

En resumen... productos que encabezan la cantera de posibles microbicidas

Nombre	Estado	Patrocinador / Investigador	¿Cómo funciona?
Carraguard®	Inicio de Fase III este año en Suráfrica y Botswana.	Population Council (Reino Unido)	Forma una capa protectora
Pro-2000®	Los ensayos avanzados de seguridad con Pro-2000® ya se llevaron a cabo con varios centenares de mujeres en la India, Malawi, Tanzania y Zambia. Pro-2000® fue seleccionado por el Programa de Desarrollo de Microbicidas financiado por el gobierno británico para seguir en ensayos de Fase III. En la actualidad, se está llevando a cabo un ensayo de Fase II en África y se prevé que otro ensayo de gran escala para comparar Pro-2000 y BufferGel® y patrocinado por EE UU, empezará en África. También se prevé realizar un ensayo de Fase IIb con Pro-2000®.	Indevus Pharmaceuticals (EE UU)	Forma una capa protectora

BufferGel®	Un ensayo de gran escala de Fase IIb debería empezar este año en África con BufferGel®.	<i>ReProtect LLC (EE UU)</i>	Mantiene los niveles normales de pH en la vagina
Savvy® (C-21G)	El ensayo de Fase III/III previsto en 2003 en África no pudo llevarse a cabo por falta de los fondos necesarios.	<i>Biosyn, Inc. (EE UU)</i>	Desactiva las membranas del virus
Emmelle® (sulfato de dextrina)	Emmelle® es el segundo microbicida cuyos ensayos están a cargo del MDP. Emmelle® se está probando en ensayos de Fase II en Uganda y se prevé que ensayos de Fase III empezarán este año en varios sitios seleccionados en África	<i>Varios patrocinadores</i>	Forma una capa protectora
Ushercell®	Ensayo de Fase II en curso.	<i>Varios patrocinadores</i>	Forma una capa protectora.

LOS PRODUCTOS DE NUEVA GENERACIÓN: Atacar el VIH en las diferentes etapas de su ciclo vital

Durante la XI CROI que tuvo lugar en la ciudad estadounidense de San Francisco y la III Conferencia sobre Microbicidas que acaba de celebrarse en Londres (Reino Unido), se presentaron datos sobre los productos de tercera generación en desarrollo como microbicidas. Lo que sigue es un repaso de los resultados más recientes sobre los posibles productos de nueva generación más prometedores.

Compuestos y productos de tercera generación en investigación

Nombre	Estado	Patrocinador / Investigador	¿Cómo funciona?
TMC120 (no análogo de nucleósido)	Los ensayos de Fase I ya se finalizaron en Bélgica. Se está evaluando la posibilidad de probar el fármaco en un aplicador en forma de anillo para la lenta dosificación en la vagina. Tibotec Pharmaceutical, el fabricante del ITINN, tomó una decisión sin precedentes al ceder sus derechos de propiedad intelectual del producto como microbicida.	<i>Acuerdo Internacional por los Microbicidas (IPM) (EE UU), Tibotec (Bélgica)</i>	Inhibe la replicación del virus bloqueando la transcriptasa inversa (TI)
PMPA (una forma del análogo de nucleótido tenofovir)	Ya han finalizado ensayos en animales, así como un ensayo de Fase I en mujeres con y sin infección por VIH. Se prevé pasar a los ensayos de Fase II dentro de poco. Un estudio sobre células humanas y cultivos de tejidos cervicales llevado a cabo en el Hospital de St George en Londres, mostró que PMPA tenía efectos sinérgicos en combinación con TMC 120 o UC 781, lo que permitiría reducir las dosis y obtener productos de coste más bajo y con mayor eficacia, además de minimizar el riesgo de resistencias.	<i>Gilead Sciences (EE UU) Institutos Nacionales para la Salud de EE UU (NIH, en sus siglas en inglés)</i>	Inhibe la replicación del virus bloqueando la TI
UC 781	Se ha mostrado eficaz contra la transmisión del VIH en animales. Los ensayos sobre la seguridad del producto están en curso.	<i>Biosyn, Inc. (EE UU)</i>	Inhibe la replicación del virus bloqueando la TI
SPL7013 (VivaGel®)	Los estudios de seguridad en animales se completaron y los ensayos de Fase I están en curso.	<i>StarPharma Limited (Australia)</i>	Dendrimer (mecanismo no caracterizado).
PSC-RANTES	Recientes estudios en laboratorio y preclínicos llevados a cabo por un equipo multidisciplinar mostraron que PSC-RANTES podría ser capaz de impedir la transmisión del VIH, sin ningún riesgo aparente de inflamación. Los investigadores observaron cómo el VIH interactuaba con las células Langerhans de la piel, que residen dentro de nuestros tejidos epiteliales. Se encuentran también en las células mucosales del tejido genital y podrían ser las más sensibles al VIH. Se prevé empezar no más tarde que el próximo año los estudios de Fase I en mujeres sin VIH para asegurar que PSC-RANTES no se absorbe de forma sistémica y que no irrita los tejidos vaginales o favorece las infecciones por candidiasis.	<i>Universidad de Ginebra, Instituto de Investigación Scripps. Beca otorgada por los NIH.</i>	Inhibe el correceptor CCR5 para impedir al VIH que penetre en las células y las infecte.

A pesar de los buenos resultados, por el momento no se sabe cuál de este amplio abanico de productos será eficaz, y puede incluso que la mayoría muestre sólo eficacia parcial. Lo que sí es cierto es que si se toman las buenas decisiones, el futuro de los microbicidas será muy prometedor por las atractivas posibilidades que ofrecen. Para esto, los microbicidas tendrán también que contar con nuestro sólido apoyo.

Historia de una discriminación



«**S**on ya 18 años viviendo con VIH y en tantos años he vivido muchas y diferentes historias...» Así comienza María su historia. Ella era lo que la sociedad define como una mujer de éxito: era guapa, con una vida social llena de amig@s, un hijo maravilloso, un ático precioso y una exitosa carrera como ejecutiva de una multinacional y aunque vivía con VIH era feliz.

LO+POSITIVO: ¿Cómo fue tu experiencia al enterarte de que vivías con VIH y cómo afectó a tu vida profesional?

María: Ahora tengo 42 años, cuando ocurrió todo era el año 1996. Tenía 35 años y llevaba ocho con mucho éxito. Llevaba dos años siendo la Directora Comercial, es decir, Directora de la agencia y tenía 36 personas a mi cargo. Hacía diez años que era portadora y había aprendido a vivir con VIH. La suerte que tuve es que no se me manifestaron nunca enfermedades graves o enfermedades oportunistas. Lo único, que poco a poco me sentía más cansada. Mi cargo me producía mucho estrés: entraba a las 8 de la mañana y salía a las nueve de la noche.

L+P: ¿Cuánta gente lo supo?

María: En mi empresa en un principio no lo supo nadie, a los tres o cuatro años se lo dije a mi superiora inmediata que era, además de mi compañera, mi amiga. Lo dije cuando yo destacaba profesionalmente. No lo dije antes, porque tenía miedo a que se produjera un cambio.

L+P: Cuando se lo dijiste, ¿cambió algo?

María: En ese momento no y tampoco pasó nada con dos personas que estaban a mi cargo a quienes también se lo comenté ya que estábamos muy unidos tanto profesional como personalmente. En ese caso lo expliqué cuando decidí entrar en un estudio para un nuevo fármaco. El medicamento era Crixivan, que se quería lanzar al mercado pero se necesitaban personas que tuvieran elevados los CD4 y la carga viral indetectable, como era mi caso. Realmente la medicación no la necesitaba y pensé durante tres meses los pros y los contras. Finalmente decidí entrar porque una amiga había muerto de SIDA sin opción a medicación y también en homenaje al resto de personas que habían fallecido. También pensé que en un futuro lo podía necesitar.

L+P: ¿Qué consecuencias tuvo entrar en el estudio?

María: En un principio el médico me informó de que podía tener efectos secundarios más o menos graves, dependiendo de cómo reaccionara mi cuerpo. Entonces decidí que, para no perjudicar a la empresa y no perjudicarme a mí misma, y como mi superiora estaba al tanto, bajaría de cargo. Dejé la dirección de la empresa y me quedé con grandes cuentas, que eran clientes que en su momento había hecho yo y era un trabajo que no requería estar cada día en la oficina. Planteé bajar mi cargo, cobrar menos y si un día me encontraba mal y no podía ir a trabajar, esperaba que mi superiora lo entendiera. Hacía un cambio por otro.

L+P: ¿Cómo lo tomaron?

María: Primero pensé que bien, pero luego me di cuenta que no fue así. Me dijeron que sí, y a los tres días cuando firmé la carta de

renuncia de mi cargo se me planteó trasladarme de oficina. Me habían dicho que sí porque en el fondo lo que querían era despedirme.

L+P: ¿Por qué en este momento y no cuando les dijiste que vivías con VIH?

María: Nunca hubo ningún problema. En aquel entonces había en España sólo diez agencias y yo era la número uno en toda España y tercera en Europa. Claro, a mi superiora le interesaba porque eso a ella le permitía ir ascendiendo.

Los problemas empezaron en el momento en que yo preparé a las personas para que ocuparan mi puesto y lo dejé todo listo.

L+P: ¿Nadie más lo sabía?

María: No lo sabía nadie porque mi familia vive lejos y mi madre es mayor y no quería preocuparla. Mi hijo era pequeño y pensé que cuando fuera más mayor lo iba a entender mejor. Además, yo también necesitaba asimilarlo para poder explicarlo.

L+P: Cuando te plantearon la renuncia, ¿qué pasó?

María: Me plantearon en un principio la renuncia a mi cargo. Firmé la carta y me bajaron de cargo y de sueldo. Una semana después, me plantearon un traslado. Como tenía un contrato indefinido, si me despedían era un despido improcedente y eran muchos millones de pesetas. De entrada, yo estaba de acuerdo en firmar la carta; mi sueldo, que por aquel entonces estaba entre 600.000 y 700.000, se quedó en 167.000 pesetas. Entonces, tras la firma, a la semana me presentaron una carta de desplazamiento a una oficina de Bilbao que se acababa de cerrar un mes atrás. Lo que suponía que me iba a ir a una oficina que no existía, sin comerciales, sin nada. Me plantearon esto o el despido voluntario, lo que suponía un millón de pesetas de indemnización, cuando como directora hubiera supuesto unos nueve millones.

L+P: ¿Buscaste ayuda?

María: Me fui a UGT y me atendió una abogada a la que expliqué el tema. Ella lo vio una injusticia muy grande y me dijo que el tema era difícil porque no podíamos demostrar que era discriminación por VIH, pero que si yo quería seguir adelante, ella iba a estar conmigo hasta el final. Entonces pusimos una denuncia explicándolo todo, el porqué yo había bajado de categoría y fuimos a juicio. El juicio lo gané y el juez obligó a la empresa a que me repusieran en mi puesto, en el que yo había pedido con las condiciones que me correspondían. Entonces la empresa no sólo no me puso en mi puesto, sino que me hizo mucho vacío. Además yo sentía los efectos secundarios de la medicación y me encontraba mal. No sólo eso sino que a la semana siguiente me llegó otra carta de traslado a una agencia de Sevilla y en vista de que me encontraba mal la abogada me recomendó que me cogiera la baja. Presentamos una segunda

demanda en la que nos apoyamos en la primera, alegando que la empresa esta vez sí sabía que yo era seropositiva, de que había bajado de cargo precisamente para entrar en un estudio y que no me podían trasladar debido a que cada quince días me hacían analíticas

Gracias a esto el segundo juicio lo ganamos. Yo pensaba que ya estaba preparada por un lado y por otro pensaba que la empresa se lo replantearía. Estaba equivocada: toda la gente me hizo vacío. Durante esta época sólo tres personas vinieron a verme. La empresa no quería dar explicaciones de mí y mis compañeros no entendían qué había pasado, pensaban que me habían echado de la empresa y cuando me preguntaban, les expliqué la verdad. La empresa había amenazado a l@s emplead@s diciéndoles que quien no estuviera de acuerdo con la empresa tenía la carta de despido en la mesa. Ese vacío lo sentí cuando volví a mi trabajo. Me encontraba muy mal, pero quería saber lo que estaba pasando. Al volver, la gente que antes me besaba ahora me abría paso. Tenía la sensación de que alguien se había muerto. Cuando entraba en una sala la gente que estaba se iba, incluso si tenían que coger la chaqueta y yo estaba ahí, no entraba nadie o entraba una persona y cogía las chaquetas de tod@s. Había mucho silencio. Lo que era una agencia con mucha vida, ahora reinaba el silencio, sentí que había muerto profesionalmente.

L+P: ¿Qué decisión tomaste?

María: Estuve así una semana, intentando que la gente lo entendiera, pero como no se acercaban a mí, yo tampoco sentía ganas de acercarme a ell@s. Entonces decidí irme.

L+P: ¿Y al final cómo lo llevaste con tu familia?

María: Con mi familia, bueno poquito a poco. Entré en contacto con la asociación Actúa. En los últimos cinco años he cambiado de tratamiento por problemas con los efectos secundarios, aunque este último parece que me va mejor. A través de Actúa aprendí a superar, a asimilar, a decirlo a mi familia, que ahora lo saben casi tod@s, menos las personas que considero más vulnerables, como es mi madre.

L+P: ¿Crees que las personas que puedan estar sintiendo algo parecido a lo que tu padeciste, deberían también plantar cara y reclamar sus derechos?

María: Yo creo que es difícil, depende de la situación emocional en la que se encuentre cada persona. Yo llevaba diez años viviendo con VIH en ese entonces. Creo que no es lo mismo que lleves diez años que dos; si hubiese sido durante el primer año o el segundo no sé cómo hubiera reaccionado porque me preocupaban otras cosas, por ejemplo la muerte. Si la persona se siente con fuerzas y quiere hacerlo, la animo a seguir, porque a la larga es peor. Ya no se trata de luchar con todo lo que supone tener el VIH sino con esa tensión de ir cada día a trabajar, con el miedo de "se me notará o no", "me van a decir algo". Eso es una presión más y no es sano.

L+P: ¿Hoy día tienes miedo?

María: Hoy día no tengo miedo a nada. Antes tenía miedo porque tengo una niña de dos años y medio que no es portadora del virus, y me daba miedo a salir públicamente. Antes de que ella naciera había hablado en conferencias, salido en revistas. Tenía miedo a dar la cara, porque no quería que la discriminaran. Ahora estoy decidida a todo, porque voy a educar a mi hija, que tendrá que vivir con el VIH de su madre. Será fuerte, la educaré para que ella desde pequeña se pueda enfrentar y las ONG nos ayudan mucho.

L+P: ¿Crees que la visibilidad de las personas que viven con el VIH ayudaría a que se normalizara la situación?

María: El tema del VIH es como el pez que se muerde la cola. Algunas personas hacen el vacío porque no conocen la enfermedad. Sólo lo entienden cuando alguien cercano se lo explica o lo viven directamente. Si nosotr@s no somos visibles, esas personas tampoco podrán entender la enfermedad. Yo creo que es mejor aprender a vivir con él que ocultarse. Ya es suficiente lo que tienes que hacer para convivir con VIH y con tu vida normal. También gracias al VIH he conocido gente maravillosa y otra manera de vivir, que yo no cambiaría por como vivía antes, cuando era la ejecutiva que lo tenía todo.

Dónde dirigirse en caso de discriminación laboral

En este número hemos querido ofrecerte una selección de recursos de algunas entidades del Estado español con las que puedes contactar para solicitar información u orientación jurídico-laboral. Si crees que has sido

objeto de discriminación laboral, despido improcedente o estás sufriendo *mobbing* (acoso en tu puesto de trabajo) por vivir con VIH, puedes dirigirte a:

<p>Estatal Observatorio DDHH / VIH/SIDA Si vives en España y consideras que has sido objeto de algún tipo de discriminación relacionado con el VIH/SIDA, tienes la oportunidad de consultar tu caso por internet www.observatorio.red2002.org.es/</p>	<p>Cantabria ACCAS – Cantabria Asesoría extra judicial Derivación servicios jurídicos Telf: 942 31 32 32 accas@mundivia.es Contacto: José Ángel</p>	<p>comite1deseembre@ongsidacat Contacto: Agnès Capera</p>	<p>Telf: 927 22 76 13 caex@caextremadura.org</p>
<p>Andalucía Asima – Málaga Servicio de atención jurídica Telf: 952 60 17 80 asima-malaga@hotmail.com Contacto: Belén Miranda</p>	<p>Catalunya Oficina para la No Discriminación- Ayuntamiento de Barcelona Telf: 93 304 31 18 ond@mail.bcn.es Servicio de Asesoramiento y Orientación Contacto: Rosa o Esther</p>	<p>Coordinadora Gay-Lesbiana Servicio de consulta con abogad@s especializad@s. Telf: 93 298 00 29 cogailes@cogailes.org</p>	<p>Galicia Comité Antisida de Ourense Derivación a servicios jurídicos Telf: 988 23 30 00 / 988 22 00 49 antisidaou@hotmail.com Contacto: Victor, Chus y Pepa</p>
<p>Aragón Centro Alba - Zaragoza Servicio de atención jurídica Telf: 976 43 21 89 alba@supervia.com Contacto: Pedro Piñero</p>	<p>Creación Positiva Servicio de asesoramiento y acompañamiento. Telf: 93 431 45 48 creacionpositiva@eresmas.net Contacto: Mª Luisa García</p>	<p>UGT Secretaría de Política Social- Servicio de Información Social Telf: 93 601 10 40 ssocial@catalunya.ugt.org Contacto: Ana Jardí</p>	<p>Madrid Apoyo Positivo - Madrid Orientación Laboral y Jurídica Telf: 91 358 14 44 info@apoyopositivo.org Contacto: Isabel Montero</p>
<p>Asturias Comité Anti-SIDA de Asturias Telefax: 985 33 88 32 comiteantisida@telecable.es Contacto: H. Tabeada y Mª J. Sánchez</p>	<p>Comité 1r de diciembre Servicio de asesoramiento y acompañamiento. Telf: 93 212 40 78</p>	<p>Comunidad Valenciana JuriSIDA Derecho y SIDA Telf: 626 16 95 14 eduranjurisida@ono.com Contacto: Enrique Durán</p>	<p>País Vasco Asociación de lucha contra el SIDA y Auto-apoyo T-4 Telf: 944 22 12 40 ana@asociaciont4.org www.asociaciont4.org Contacto: Ana López Zúñiga</p>
		<p>Extremadura Comité Antisida de la Comunidad Extremeña Asesoría jurídica: aspectos legales de las personas VIH</p>	<p>Más información en la Guía de ONG VIH/SIDA disponible en www.red2002.org.es</p>

en la web

www.red2002.org.es

Noticias de última hora, documentos de interés, enlaces, foros de discusión, listas de correo, convocatorias y una detallado directorio de recursos en forma de guía es lo que a partir de ahora cualquier navegante puede encontrar en el portal de internet de la Red2002 de ONG SIDA.

Además de áreas específicas sobre mujer y VIH, inmigración, derechos humanos, uso de drogas y prevención, el sitio incluye la versión *online* de la Guía de ONG SIDA del Estado español. La Guía clasifica los servicios en VIH/SIDA que ofrecen las entidades comunitarias según la localización geográfica, el ámbito de actuación y el colectivo de beneficiarios, y ofrece la opción de descargar el directorio completo en el ordenador.

Otro espacio interesante es el dedicado al Grupo Iberoamericano de Publicaciones del VIH (GIPV), un proyecto multilateral de cooperación que es apoyado por la RED2002 y en el que participan grupos de España, Colombia, Venezuela, Perú, Bolivia, Argentina y Chile.

www.rhoespanol.org/html/vih_sida.htm

Bienvenido a *Reproductive Health Outlook* (RHO) en español. Este sitio sobre salud reproductiva es producido originalmente en inglés por el Programa para una Tecnología Apropiada en Salud (PATH). RHO está diseñado especialmente para quienes administran programas de salud reproductiva y para los responsables de la toma de decisiones que trabajan en los países en desarrollo y en las comunidades de escasos recursos.

www.mujiared.cl

MujeRed es un Portal de Noticias chileno acerca del VIH/SIDA, la Violencia de Género y las actividades de las Organizaciones de la Sociedad Civil.

www.medicusmundi.es/pub/MedicamentosyDesarrollo.pdf

«A primera vista parece difícil establecer una relación directa entre el desarrollo, entendido como un proceso que pretende una mejora general de las condiciones de vida de las personas y de las comunidades, y los MEDICAMENTOS concebidos como un elemento de la mejora de las condiciones de salud. Ante la diversidad de elementos que integran la realidad del desarrollo, el medicamento aparece, a primera vista, como un componente de un segundo o tercer nivel demasiado concreto y específico. Pero no lo es.»

Extraído de "**Medicamentos y desarrollo. La realidad de los medicamentos: un viaje alrededor del mundo.**"

www.creacionpositiva.net

Somos una asociación formada por hombres y mujeres que trabajamos en el campo del VIH/SIDA desde una perspectiva de género. Hemos elegido esta línea de actuación porque creemos que el VIH afecta a mujeres y hombres de manera diferenciada, y tener en cuenta estas diferencias es tener en cuenta las necesidades específicas de cada persona afectada por esta epidemia.

www.eatg.org/index.php?newlang=spa

Se lanza un portal de internet europeo, multilingüe y comunitario sobre tratamientos del SIDA único en su género

El Grupo Europeo de Tratamientos del SIDA (EATG, en sus siglas en inglés) tiene la satisfacción de anunciar el lanzamiento del nuevo diseño de su sitio web. Este punto de encuentro virtual para activistas europe@s del SIDA, abierto también a los de todo el mundo, ha sido concebido para alojar y reflejar la diversidad del trabajo en SIDA relacionado con sus tratamientos, lo que incluye tanto el acceso al conocimiento como el acceso a las terapias.

www.serhumano.org.mx

Ser Humano es el nombre de un programa de prevención, educación, capacitación, asistencia social y recaudación de recursos relacionados con la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), causante del SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), operado por dos organizaciones mexicanas no lucrativas: Ser Humano, A.C. y Fundación Ser Humano Internacional, institución de asistencia privada.

http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/specials/2003/convivir_con_el_sida/

Convivir con el SIDA en la BBC

La página que BBCMundo.com, el servicio de noticias en internet de la BBC en español, dedica al VIH/SIDA. Una web de contenido muy variado que recoge la actualidad en distintas secciones multimedia. Destacan las entrevistas con Pablo Teixeira (OMS), Kofi Annan (ONU) y el futbolista argentino Juan Pablo Verón, que responde a las preguntas de los internautas. Las noticias cubren desde un ámbito más global hasta las comunidades latinas y Brasil. Los textos están bien redactados y su lectura es agradable. Nos ha llamado la atención una mini serie en formato audio, SIDA y Arte, que recoge la incidencia y reacción por parte de la comunidad artística ante el impacto del SIDA. Un cuestionario sobre el condón y un archivo que contiene programas radiofónicos que ha emitido la BBC sobre el VIH/SIDA también son apartados destacables. Resumiendo, un buen trabajo de la BBC al crear un espacio informativo de interés para la comunidad de habla hispana.

www.todosida.org

Nosotr@s nos fundamos en el año 2002, somos un grupo de voluntari@s y hacemos un Portal-Revista especializado en SIDA/Hepatitis. Nuestra ONG desarrolla el proyecto TODOSIDA, es un sitio web que pretende apoyar a las personas afectadas por el SIDA y Hepatitis.

UNAPRO

reconoce la labor de gTt

La asociación UNAPRO (Unión para la ayuda y protección de los afectados por el SIDA) de Tenerife concedió su premio anual de 2003 al Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt), asociación que edita LO+POSITIVO, por su labor informativa y de apoyo. La placa conmemorativa la recogió Xavier Franquet en nombre de gTt, de manos del presidente de UNAPRO Héctor Fortuny, en el transcurso del IV Encuentro Regional para Personas Seropositivas celebrado el pasado mes de octubre de 2003 en Puerto de la Cruz, Tenerife.



www.canalsida.org

La exigencia de una información subjetiva por Emilio de Benito.

«Ningún problema socio-sanitario produce actualmente tanta información como el VIH/SIDA. Desborda el tratamiento puramente médico (por desgracia, desde la aparición de los cócteles apenas hay novedades reseñables), y tiene siempre una carga reivindicativa y didáctica que se apropia de las noticias. Es imposible limitarse a ser objetivo, si es que esa cualidad existe (recuerdo a un profesor de periodismo que decía: "objetivo viene de objeto; los sujetos sólo podemos ser subjetivos"). Las asociaciones de personas afectadas en los países ricos, las necesidades de los países pobres y el interés de los laboratorios hacen de cada artículo una toma de postura. Y de cada omisión, un motivo de queja.

Las personas –organizadas o no– que viven con el VIH/SIDA ejercen un protagonismo apabullante en esta vigilancia. Un ejemplo. En una información aparecida en el periódico español *El País* sobre simplificación de tratamientos se reflejó un estudio publicado en una prestigiosa revista científica. Pero un error hizo que se dijera que un medicamento era un ITINN (inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo a un nucleósido) en vez de un ITIN (inhibidor de la transcriptasa inversa análogo a un nucleósido). O al revés (no quiero entrar en el fondo del asunto; lo uso como ilustración). Hubo un aluvión de quejas, pero todas fueron de enferm@s, organizaciones, asociaciones o colectivos. Ni l@s médic@s que protagonizaban la noticia, ni los laboratorios que fabricaban los medicamentos, ni la revista que publicaba el ensayo, ni ningún otro científico protestaron. Aparte de las excusas dadas por l@s periodistas (incluso l@s que no redactamos la información), se publicó una fe de errores. El asunto llegó a la defensora del lector (una institución que ejerce de máximo controlador de la calidad del periódico).

L@s reclamantes tenían razón: hubo un error. Pero traigo aquí el ejemplo para ilustrar un problema con el que nos enfrentamos l@s informadores: cuando se habla de VIH/SIDA, no hay tibieza posible. Ella lectoría no afectad@ –si es que puede haberlo, con más de 40 millones de personas en el mundo portadoras del virus– pasa de puntillas por la información. Much@s no quieren saber, no quieren enterarse. Para ell@s, la ignorancia actúa mejor que el mejor preservativo: el virus queda fuera. Pero el resto lee, relee, busca, exige y hace dobles y triples lecturas a la caza de ocultas intenciones. El periodista no tiene sólo que informar. Es un aliado o un enemigo.

De nuevo, hay que dar la razón a l@s lectores. Cuando se informa sobre SIDA, no se puede ser neutral. Desde el origen de la epidemia, ha estado acompañada por el estigma. De las tres h de los ochenta (heroinómanos, homosexuales y haitianos –también hemofilicos–) de Estados Unidos se ha pasado a emigrantes, prostitutas o presidiarios. Como mucho, hay quien habla de mujeres, africanos o asiáticos. Todavía en los países ricos (y por mi experiencia en Kenia, en los que no lo son) se ve como una enfermedad "de otr@s". Con mala conciencia después de años de extender la discriminación, los medios de comunicación han intentado normalizar. Pero para ello, en vez de combatir los prejuicios contra heroinóman@s, homosexuales, emigrantes, prostitutas, presidiari@s o mujeres, se han dedicado a endulzar el mensaje: el SIDA ya no es una enfermedad mortal, sino una "dolencia crónica, como la diabetes".»

(...)

Puedes leer el artículo completo en la sección *Tema del Mes* de CanalSIDA.org.

Ref: 0280

Hola chicas, soy Miguel, tengo 29 años, soy sincero, cariñoso, tengo un gran corazón. Estoy sano, sin problemas de ninguna enfermedad. Me gustaría cartearme con chicas de 28 a 30 años con las que pueda tener una sincera amistad. Prometo responder.

Ref: 0281

Hola, soy una mujer soltera de 45 años, positiva. Me gustaría encontrar un amigo VIH, solvente, tolerante y sobre todo sensible, para superar la discriminación social de esta enfermedad y empezar a vivir sin miedo.

Ref: 0282

Hola, me llamo Jesús, soy de Valladolid, actualmente estoy bien de salud, y me gustaría encontrar una amiga con quien compartir nuestros problemas y tener una buena y bonita amistad.

Ref: 0283

Mujer, 42 años, positiva en todos los sentidos, llevo una vida normal, trabajo, casa, amigos, familia, etc. Busco un hombre que quiera acompañarme en el precioso camino de la vida.

Ref: 0284

Soy Felipe, 37 años. VIH+, asintomático. Necesito dar todo el amor acumulado durante toda mi vida. Busco relación muy seria. Absténganse curiosos. Preferentemente de Almería.

Ref: 0285

Hola guap@s, desearía conocer chico de 34 a 45 años, VIH+ como yo, para poder formar amistad o lo que surja. Vivo en Barcelona. Buen trabajo, soy alegre, cariñoso, romántico y muy discreto. Tengo 52 años, 1,70m, 83Kg. Activo.

Ref: 0286

Hola, me llamo Paloma, divorciada, 45 años, seropositiva, asintomática. Independiente económicamente. Me gustaría conocer chico de Madrid, educado, libre y limpio para amistad y compartir ratos de ocio. Soy alegre, optimista y me gusta la vida.

Ref: 0287

Marta, 43 años de BCN, buena salud, no me falta nada material pero me siento sola por el tema del VIH+, busco amigas o posible compañera. Me gusta el arte, la naturaleza, la variedad y la magia de la vida.

Ref: 0288

Soy José, quisiera conocer chicas con el objetivo de acabar saliendo. Me gusta pasear, el cine, tomar café. Bilbao.

Ref: 0289

Hola, me llamo Rabi, tengo 24 años, soy un chico que esta privado de libertad. Me gustaría escribirme con mujeres de 20 a 35 años que, como yo, quieran tener una amistad o posible relación. Me gusta el deporte, la libertad, soy romántico y muy sincero.

Ref: 0290

Me llamo José, 35 años, VIH+, soy una persona honesta, sincero y agradable. Me gustaría encontrar a un chico para amistad y posible relación. Soy de Alicante, espero vuestras respuestas.

Ref: 0291

Soy Sergi, 30 años, VIH-. Me gustaría conocer chicos gays para amistad o lo que surja. Soy moreno, pelo rizado, 1,75m, 67Kg, pasivo. Me gusta el cine, la música, la naturaleza y pintar. Prometo contestar a todos. ¡Ánimo!

Todos los contactos publicados hasta la fecha pueden consultarse en www.gtt-vih.org en la sección **ConTacto** de cada número de LO+POSITIVO

Éstas son algunas de las entidades del Estado español que trabajan para las personas que viven con VIH

ARABA: *Vitoria-Gasteiz:* GAITASUNA 945289115 C.C.ANTI-SIDA 945257766 **ALBACETE:** ALVAS 967508860 **ALICANTE:** CIPS 965240563 DECIDE-T 600968210 *Benidorm:* AMIGOS 966804444 **ALMERÍA:** C.C.ANTI-SIDA 950254192 **ASTURIAS:** *Gijón:* C.C. ANTI-SIDA 985338832 *Oviedo:* XEGA 985224029 **BADAJÓZ:** PLATAFORMA DIVERSIDAD 924259358 **BALEARIS:** *Mallorca:* BEN AMICS 971723058 ALAS 971715566 **BARCELONA:** ACAS CATALUNYA 933170505 ACTUA 934185000 CREACIÓN POSITIVA 934314548 COORDINADORA GAI-LESBIANA 932980029 EL PUNT AMB TACTE (CAS DE SANT) 934901940 Ext.30 GAIS POSITIUS 932980029 GTT 932080845 PROYECTO DELS NOMS 933182056 RED2002 932080685 SIDA-STUDI 932681484 *Granollers:* AUMMO 615681422 *L'Hospitalet:* P.A.I.T 934370458 *Sabadell:* ACTUA VALLÈS 937271900 **BIZKAIA:** *Bermeo:* TXO-HIESA 946179171 *Bilbo:* T-4 944221240 Hegoak: 944701013 Itxarobide: 944449250 **BURGOS:** C.C.ANTI-SIDA 947240277 **CÁDIZ:** A.ANTI-SIDA 654580206 ARCADIA CÁDIZ 965212200 *Algeciras:* C.C.ANTI-SIDA 956634828 *La Línea:* C.C.ANTI-SIDA 956237146 *Arcos de la Frontera:* GIRASOL 956717063 **CÁCERES:** C.C.ANTI-SIDA 927227613 **CASTELLÓN:** A.C.CONTRA EL SIDA (CASDA) 964213106 **CÓRDOBA:** COLEGA 957492779 CONVIHDA 957430392 PREVENCIÓN Y SOLIDARIDAD DEL SIDA 957430392 **A CORUÑA:** C.C.ANTI-SIDA 981144151 *Santiago de Compostela:* C.C.ANTI-SIDA 981573401 *Ferrol:* Lazos 981350777 **GIRONA:** ACAS Girona 972219282 ACAS Olot 972272136 ACAS Figueres 972672167 ACAS Sant Feliu de Guixols 972324005 **GRANADA:** NOS 958200602 C.C.ANTI-SIDA 958521352 **GUIPÚZKOA:** *San Sebastián-Donosti:* A.C.ANTI-SIDA

943290722 HARRI BELTZA OIARTZUN 943493544 *Mondragón-Arrasate:* HIES-BERRI 943792699 **LAS PALMAS:** *Las Palmas de Gran Canaria:* AMIGOS CONTRA EL SIDA 928149969 **LLEIDA:** A.ANTI-SIDA 973221212 **LEÓN:** C.C.ANTI-SIDA 987235634 *Ponferrada:* ASOCIACIÓN CARACOL 987402551 **LOGROÑO:** C.C.ANTI-SIDA 941255550 **LUGO:** C.C.ANTI-SIDA 982280263 **MADRID:** APOYO POSITIVO 913581444 COGAM GAYINFORM 915230070 FASE 900111000 FIT 913513682 SERPOSITIVAS 917987714 UNIVERSIDA 913143233 **MÁLAGA:** A.C.ANTI-SIDA 952650596 COLEGA 952277199 **MURCIA:** C.C.ANTI-SIDA 968298831 FUNDACIÓN CONTRA EL SIDA 968904001 *Cartagena:* C.C.ANTI-SIDA 968521841 **OURENSE:** C.C.ANTI-SIDA 988233000 **PALENCIA:** C.C.ANTI-SIDA 979749451 **PAMPLONA:** C.C.ANTI-SIDA 948212257 SARE 948177244 **PONTEVEDRA:** *Vilagarcía Arousa:* 986508901 **SALAMANCA:** C.C.ANTI-SIDA 923219279 **SANTANDER:** A.C.CÁNTABRA ANTI-SIDA 942313232 **SEVILLA:** COLEGA 954501377 C.C.ANTI-SIDA 954371958 **TENERIFE:** UNAPRO 901512035 *La Palma:* INFO/SIDA 922402538 **VALENCIA:** COL-LECTIU LAMBDA 963912084 AVACOS 963342027 C.C.ANTI-SIDA COMUNIDAD VALENCIANA: OFICINAS Y NAIF 963920153 CENTRO DE DÍA EL FARO 963910254 CENTRO CALOR Y CAFÉ 963676911 *Gandia:* SERVICIO INFORMACIÓN Y AYUDA AL/LA INFECTAD@ 962877371 **VALLADOLID:** C.C.ANTI-SIDA 983358948 **ZAMORA:** C.C.ANTI-SIDA 980534382 **ZARAGOZA:** C.C.ANTI-SIDA 976438135 **IBERIDS** 976201686 LYGA 976395577 OM-SIDA 976201646 O

Si quieres actualizar los datos o incluir una organización nueva, manda un fax al 932 070 063 o un correo a contact@gtt-vih.org

Ref: 0292

Hola, soy Antonio, 38 años, VIH+, 1,70m, 74Kg, gay, pasivo, me gustaría tener pareja estable. Soy sincero, fiel, me gusta el cine, la música y los animales. Madrid, contestaré a todos.

Ref: 0293

Me llamo José, tengo 38 años y soy VIH+. Busco chica similar para contacto o lo que surja. Soy moreno, delgado, 1,70m. Me gusta todo un poco. No pierdes nada, puedes ganarlo.

Ref: 0294

Tengo 36 años, VIH+, indetectable. Soy pisco y quisiera cartearme con chic@s de mi edad para compartir mi corazón. Privado de libertad, pero no de sentimientos.

Ref: 0295

Hombre de 40 años, soñador, busca una chica que quiera compartir sueños e ilusiones. Me gusta la música, pasear, hablar y viajar. Os espero.

Ref: 0296

Si eres homosexual, VIH+, tienes más de 45 años, eres jovial y alegre, con ganas de vivir, de Barcelona ciudad y necesitas compañía y tienes tiempo libre, ¡tú eres mi hombre!

Ref: 0297

Me llamo José Ángel y tengo 37 años, me gustaría conocer chica que se encuentre sola y se deje querer. Soy de Vizcaya.

Ref: 0298

Hola, soy Miguel, 49 años, VIH+, divorciado. Deseo conocer mujer que no tenga miedo al virus. Me gusta viajar, pasear, el cine, la música y me gusta vivir.

Ref: 0299

Pedro, 34 años, VIH+, asintomático. Tengo mucho amor que dar y quisiera compartirlo contigo. Estoy privado de libertad por poco tiempo. Busco corazón entre 25 y 40 años. Barcelona.

Ref: 0300

Fran, 48 años, vivo en Málaga, soy sincero, cariñoso y con ilusión por la vida. Me gustaría tener amiga o pareja. No importa el lugar. Suelo viajar a Madrid. Me gusta el mar, viajar, vida natural. Asintomático.

Ref: 301

Cubano-sueco de Estocolmo, 26 años, VIH+, guapo y entreno con frecuencia. Dentro de poco viviré en España. Deseo conocer chicos de 20-39 años para amistad y relación de pareja.

Ref: 302

Chico de 37 años, VIH+ bien llevado, cariñoso y romántico. Te busco a ti, señor maduro y cariñoso, si deseas una relación basada en el amor verdadero y el respeto. No estés sólo. Provincia de Almería Costa.

Ref: 303

Busco chicas para relacionarme de 25 a 45 años. Soy alegre, normal físicamente. Me gusta charlar, el deporte, el cine y disfruto de la vida. Escribeme y contestaré seguro. No te defraudaré. Un amigo.

Ref: 304

Soy José de Barcelona. Quisiera mantener correspondencia con chicas de 20 a 45 años. Soy castaño, ojos marrones, 1,70m y 70Kg, complexión normal. Me gusta el deporte, el cine, leer, viajar y conocer gente. Escribeme, te contesto.

Ref: 305

Chica de 27 años, VIH+, quisiera conocer a otras personas en mi misma situación. Mi pareja es VIH-. Me infecté hace 7 años por contacto heterosexual.

Ref: 306

42 años, VIH+ desde 1991, sin tratamiento, VHC sin tratamiento. Yo, gay versátil, busco similar para amarnos sin tabúes ni prejuicios. Málaga. Un beso.

Ref: 307

Chica de Madrid de 43 años, asintomática, muy positiva. Me gusta la música, la buena gente, gran personalidad. Desea conocer chicos afines para compartir el camino que queda por recorrer.

Ref: 308

Chico VIH+, moreno, 32 años y delgado, busco pelirrojo, delgado y que sea de campo de 25 a 40 años, para formar pareja estable. Soy sincero y buena persona. Sur de Galicia y Norte de Portugal. Abstenerse quién no cumpla las condiciones.

Ref: 309

Hola me llamo Manuel 40 años, VIH+, sin síntomas. Me gustaría conocer chica para salir, soy sincero, cariñoso y romántico. Me gusta pasear e ir al cine. Soy de Barcelona. Lo que no me gusta es la soledad.

Nuevo Teléfono

9 3 4 5 8 2 6 4 1

CONSULTAS
sobre
tratamientos

MARTES Y VIERNES
de
16 a 20h

por correo electrónico
a
consultas@gtt-vih.org

La Noticia del Día

Abre tu correo electrónico y encuentra a diario información en español sobre cualquier aspecto relacionado con el VIH.

http://www.gtt-vih.org/fr_noticia.html

VAX

Nueva sección en la que encontrarás información actualizada sobre la investigación y el desarrollo de vacunas contra el SIDA.

www.gtt-vih.org/AL%20DETALLE/vacunas/indice/



amfAR Global Link Treatment Insider

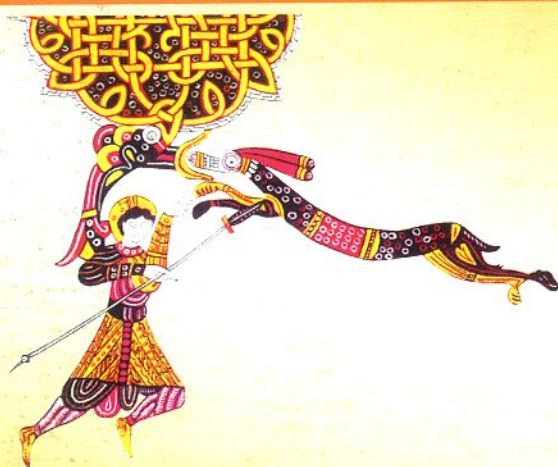
Versión española del boletín sobre tratamiento y aspectos sociales editado por la American Foundation for AIDS Research.

http://www.gtt-vih.org/fr_suplementos.htm

infovihtal

Fichas informativas sobre aspectos básicos de VIH destinadas a población inmigrada en español, inglés, francés, árabe, ruso y urdu.

http://www.gtt-vih.org/fr_infovihtal.html



www.gtt-vih.org

doctorXpress

Noticias, resúmenes de artículos, abstracts y comentarios propios sobre las últimas novedades en el tratamiento del VIH.

http://www.gtt-vih.org/fr_drfax.html

CONSULTAS

Podemos ayudarte con cuestiones relacionadas con los tratamientos antivirales, manda un correo a: consultas@gtt-vih.org

http://www.gtt-vih.org/fr_consultas.html



Tarjetas de Bolsillo

Tarjetas sobre el uso óptimo de cada uno de los fármacos antirretrovirales, posología y contraindicaciones.

http://www.gtt-vih.org/fr_tarjetas.html

LO+POSITIVO

Todos los textos, fotos e ilustraciones de veintisiete números de la revista que tienen entre manos. Desde el #19 descargable en pdf.

http://www.gtt-vih.org/imp/pos_indice.htm

