

LO + POSITIVO

INVIERNO 1997/98 N°3

PUBLICACIÓN GRATUITA SOBRE LA INFECCIÓN POR VIH



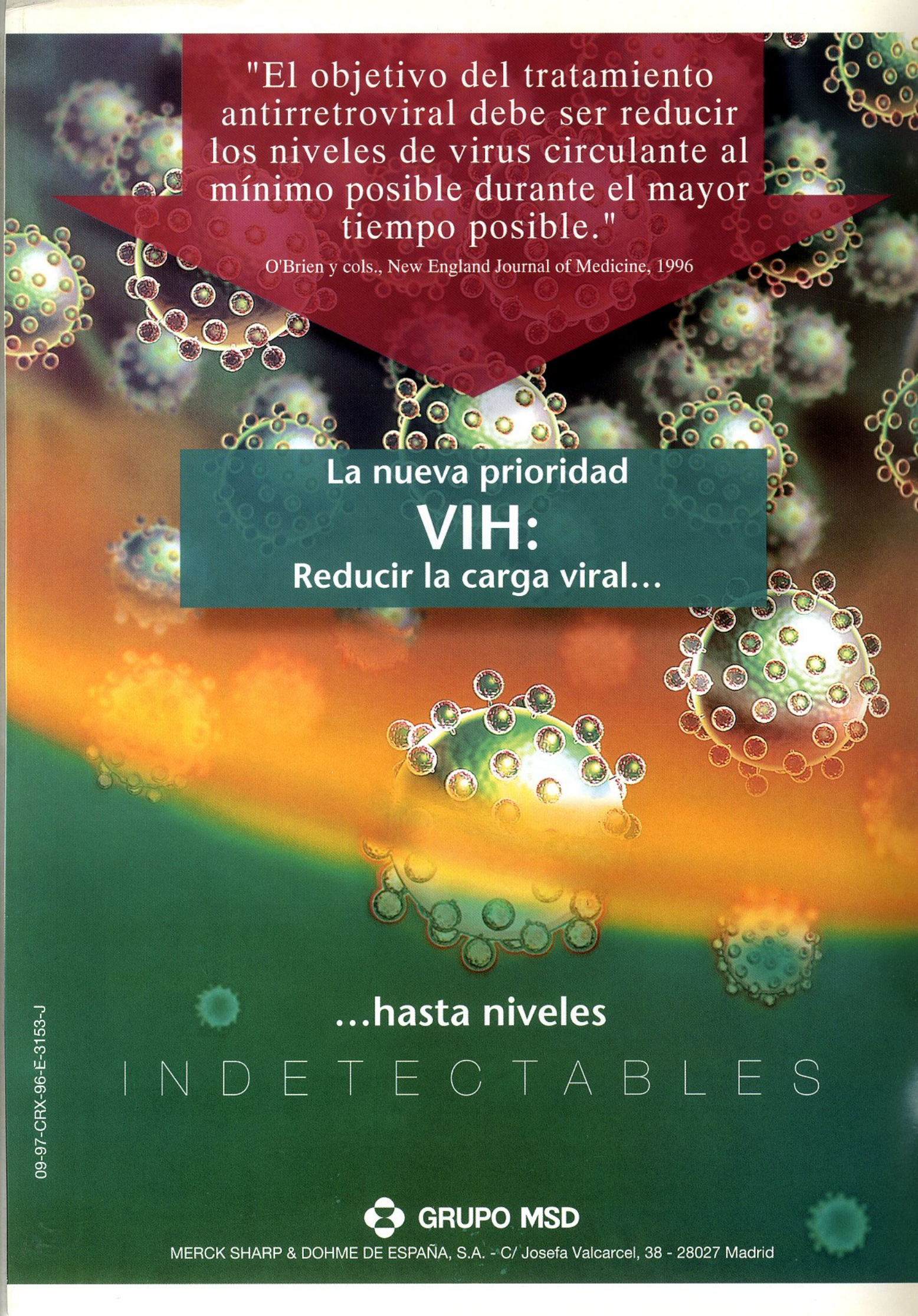
**ESPLENDOR EN
LAS HIERBAS**
notas sobre
fitoterapia

**LA RECETA DE
MI MEJOR AMIGO**

**THE RED HOT
COLLECTION**
música para el
placer y la felicidad

**LA ALEGRIA
DE VIVIR**

retrato de tres mujeres con VIH al fondo



"El objetivo del tratamiento
antirretroviral debe ser reducir
los niveles de virus circulante al
mínimo posible durante el mayor
tiempo posible."

O'Brien y cols., New England Journal of Medicine, 1996

La nueva prioridad
VIH:
Reducir la carga viral...

...hasta niveles

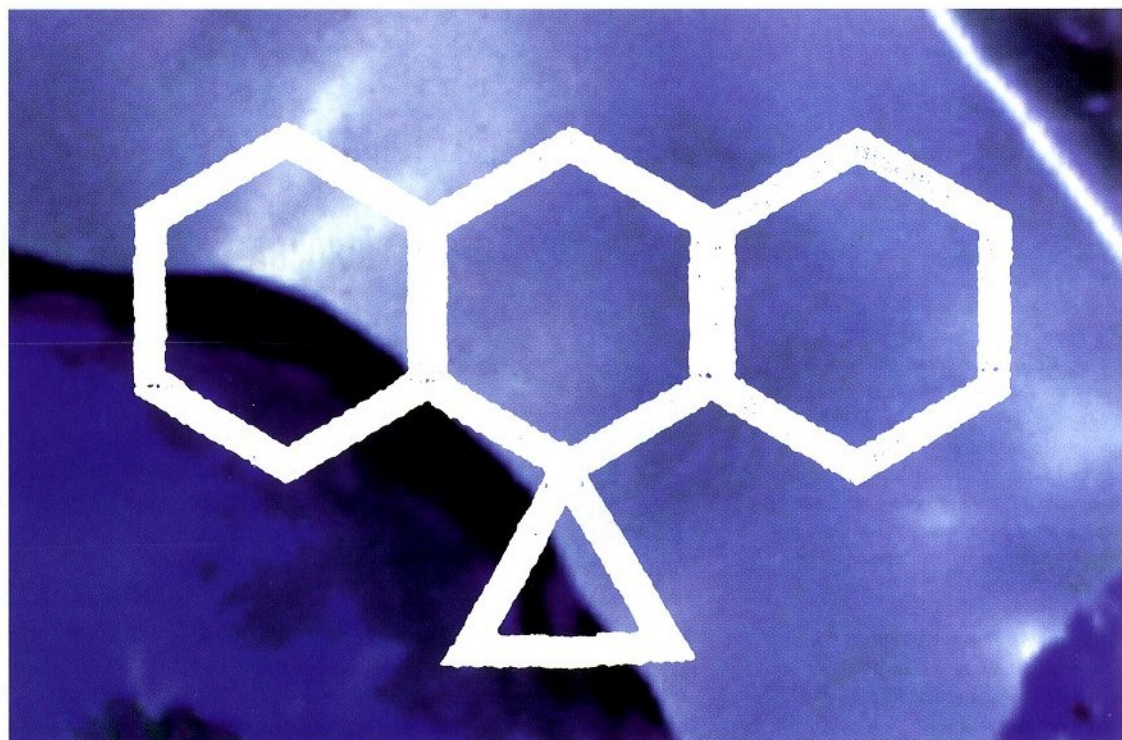
INDETECTABLES

09-97-CRX-96-E-3153-J

 **GRUPO MSD**

MERCK SHARP & DOHME DE ESPAÑA, S.A. - C/ Josefa Valcarcel, 38 - 28027 Madrid

**Primer inhibidor de la
Transcriptasa Inversa no análogo
de los Nucleosidos (nnrti)**



***La investigación de
hoy para la salud
de mañana***

Boehringer Ingelheim, S.A.

Grupo Boehringer Ingelheim

Boehringer
Ingelheim



EuroPharma

Pablo Alcover, 33 • 08017 Barcelona • Tel. 404 51 00

El equipo de Lo+Positivo somos:

Rob Camp
Jaume Fabrés
Ismael Sala Salas
Maite Suárez
Joan Tallada

En este número han colaborado:

Ismael Carrillo
Georgina Fabrés
Montserrat Moliner
Juan Carlos Nuviala
Jordi Palasí & Marina Albadalejo
Alex Rendón
Lillo Tatjer
Galletas La Polar

Gracias a Positive Nation, de Londres.

Lo + Positivo es una publicación del Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (GTT), una asociación sin ánimo de lucro que trabaja para mejorar el acceso a la información sobre tratamientos del VIH y el SIDA. De esta manera queremos contribuir a que las personas con VIH puedan decidir por sí mismas, en diálogo con su médico, si tratarse, y en tal caso, cómo y cuándo hacerlo. También abordamos cualquier otro aspecto social, económico, político o cultural relacionado con la situación de las personas con infección por VIH.

Lo + Positivo es una revista GRATUITA: ¡nunca pagues por leerla! Quien desee contribuir a su mantenimiento puede hacerlo a nombre de:

GTT

Caixa de Catalunya.
Cta. cte: 2013 0500 18 0213044637

Redacción:

Carrer del Pi, 10, 1º 2º. 08002 Barcelona.
Tf: (93) 3020411
Fax: (93) 4120083
E-mail: gtt@foro-vih.org
web site: <http://www.foro-vih.org/gtt.html>

Imprime:

ARKAB Gràfiques
Depósito Legal: B-40431-97

Con el patrocinio de:

Bristol-Myers Squibb
Glaxo Wellcome
Merck Sharp and Dohme
Productos Roche
Boehringer Ingelheim
Farmacia & Upjohn
DuPont-Pharma

Lo+Positivo no comparte necesariamente el contenido de los artículos firmados.

Editorial

Desde que en 1993 (¡12 años después del inicio de la pandemia!) la presión de los grupos activistas consiguiera incluir por primera vez tres dolencias propias de la mujer en la definición oficial del SIDA estadounidense, que es la de todo el mundo, el trabajo por una mayor atención al cuerpo femenino sigue sin completarse. A pesar de ciertos progresos, aún demasiados estudios infrarrepresentan a las mujeres VIH+ en su reclutación de participantes, lo que se traduce en una menor obtención de datos, y esto último en una peor repercusión en las terapias clínicas que traten su salud. Los responsables de los ensayos clínicos argumentan la dificultad de reclutar y mantener por el total del tiempo de la prueba a las mujeres con VIH, como si ellas fueran las responsables. No es aceptable que la sociedad haga que las mujeres se encarguen de la salud de sus familiares -hijos, progenitores- y compañeros antes que la de ellas mismas y después las haga culpables de su propia precariedad. Tanto los ensayos clínicos como los (pobrísimos) subsidios públicos deberían tener en cuenta la aportación de las mujeres al cuidado comunitario y subvencionar, por ejemplo, las guarderías de sus hijos o la ayuda en el hogar. Se ha comprobado que cuando así se ha hecho más mujeres se han sentido capaces de cumplir con estrictos ensayos en algunos casos de más de dos años, lo que ha redundado en nuevos avances médicos.

En este tercer número tres personas más, tres mujeres, abren sus vidas para contagiarnos sus ganas de vivir. Sabemos que no van a ser las únicas.

Además de las secciones habituales, a las que desde ahora se incorpora una sobre mujer y aspectos clínicos, encontraréis una página sonora, una absorbente y otra hinchable. ¡Descúbrelas!

Para acabar, un par de cosillas. Primero, **Lo+Positivo** ya se puede visitar en Internet. Para aquell@s de vosotr@s que dispongáis de acceso a la red, y para amigos y conocidos en otros países, aquí va nuestra dirección: <http://www.foro-vih.org/gtt.html>

Y segundo, dar las gracias a l@s que se han decidido a recibir la revista comodamente en casa, contribuyendo con su aportación económica al mantenimiento de este proyecto.

el equipo de **Lo+Positivo**

LO+POSITIVO Sumario

ARTICULOS



12 LA ALEGRÍA DE VIVIR Son mujeres y son seropositivas. Las tres hacen recuento de sus vidas y encaran el futuro con una prudente esperanza.



22 THE RED HOT COLLECTION El VIH/SIDA también ha movido algunos interesantes proyectos culturales. ¡Entérate!

32 ABSÓRBEME OTRA VEZ Las correrías de las pastillas por el aparato digestivo y el resto del cuerpo, analizadas en detalle.

37 CRIXIPANZA Cada vez más personas se preocupan por el crecimiento anormal de su vientre, un tema sobre el que por ahora no se sabe gran cosa.

SECCIONES



6 LA VERDAD ESTÁ AQUÍ DENTRO Informes sobre las conferencias de San Francisco, Toronto y Hamburgo.

26 ¡A COMER! Comentarios con sustancia y otros nutrientes.

29 AL MARGEN desde Oriente.

34 MÉDICOS Y PACIENTES Volver a empezar (o quizá no...)

35 UNA MUJER SEROPOSITIVA Emociones con firma.

38 UN ASUNTO DE DROGAS Experiencias sobre éxtasis y ritonavir.

41 INTERNET LO MÁS PERSONAL Preguntas al Dr. Gallant...

43 LAS MÁS POSITIVAS Una Venus muy particular.

44 GLOSARIO de Términos, por así decirlo.

45 LO+NEGATIVO Bajos fondos, ONGs y demás.



Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América: 35 Encuentro Anual 13-16 de Septiembre. San Francisco, EE.UU.

Eficacia clínica y virológica de indinavir+ddl+d4T

Un equipo americano evaluó la eficacia de la combinación de ddl, administrado una vez al día (400 mg cada mañana), junto con d4T 40 mg dos veces al día, e indinavir 800 mg tres veces al día. Se informó de un análisis intermedio que incluía a 27 pacientes, de los que 22 cumplieron correctamente el protocolo del estudio. Todos los pacientes tenían experiencia previa con análogos de nucleósido, pero todos eran naïve para inhibidores de la proteasa. La mediana de carga de ARN viral descendió hasta niveles indetectables en el 94% de los participantes tras 6 meses. En los 22 mencionados, la mediana del recuento de CD4 aumentó desde 97 hasta 268. Aunque algunos padecieron efectos secundarios leves tales como malestar gastrointestinal y neuropatía periférica, ninguno de los síntomas persistía después de dejar los fármacos. Para la mayoría de los participantes, el régimen fue bien tolerado durante 6 meses y se observaron cambios positivos en marcadores inmunológicos y virológicos.

ddl+d4T+Indinavir parece ser un régimen de combinación prometedor para pacientes pretratados con inhibidores de la transcriptasa inversa. ●

Seguridad y eficacia de la dosificación de didanosina (ddl) una vez al día

El Dr. E. Martínez y colaboradores de Barcelona informaron sobre 80 pacientes que recibieron ddl una vez al día más d4T 40 mg dos veces al día, con o sin saquinavir o indinavir. Un 10% de los pacientes se quejaron de efectos secundarios gastrointestinales o tuvieron que abandonar el estudio. Los recuentos de CD4 se incrementaron en una media de 86 células y la carga viral disminuyó 1,9 logs a los tres meses. El 43% de los pacientes alcanzó cargas virales por debajo de las 200 copias (todos ellos tomaban inhibidores de la proteasa). Los datos sugieren que la dosificación de ddl una vez al día produce una buena respuesta clínica en personas de este tipo (CD4: 178, carga viral: 4,9 log) y merece un estudio más detallado.

COMENTARIO: En el seno de una triple terapia que produzca supresión máxima quizá sea más seguro el uso de ddl dos veces al día mientras que se generan datos de resistencia a ddl en esta nueva posología. ●

Eficacia y tolerabilidad de ddl una vez al día frente a ddl dos veces al día

Otro grupo norteamericano informó sobre sus hallazgos en un estudio de régimen abierto comparando ddl una vez al día frente a dos veces al día. Los pacientes habían recibido previamente análogos de nucleósido y la mediana de carga viral era mayor que 100.000 copias. Los cambios en la carga viral eran comparables entre los dos grupos en medio log (-0,5) a las 8 semanas. Una persona en el grupo de dos veces al día desarrolló pancreatitis y tres personas del grupo de una vez al día se quejaron de intolerancia gastrointestinal y dejaron la medicación.

Se consideró que 5/8 pacientes en cada grupo se adherían a la terapia de estudio. En resumen, la dosificación de ddl una vez al día parece comparable en este estudio preliminar a la de dos al día en términos de actividad antiviral y tolerabilidad. ●

Mejora del pronóstico de pacientes con LMP asociada al VIH

Otro equipo ofreció más pruebas de que los tratamientos antirretrovirales efectivos pueden influir en el pronóstico de pacientes con infecciones oportunistas (IOs). En este análisis retrospectivo de 25 pacientes con Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva (LMP) confirmada, encontraron que los pacientes que no recibían tratamiento antirretroviral o sólo recibían análogos de nucleósidos presentaban una mediana de supervivencia de 123 y 127 días respectivamente, mientras que los pacientes que recibían IPs presentaban una media de supervivencia por encima de los 403 días. ●



la verdad está

Cápsula de gel blando de saquinavir

En su formulación actual, saquinavir tiene una biodisponibilidad de un 4%, confiriendo una potencia antirretroviral que a las dosis recomendadas en la actualidad puede considerarse subóptima. Roche ha modificado la formulación de saquinavir para crear una cápsula de "gel blando de saquinavir" (*Fortovase*), y presenta esta nueva formulación con el doble de la dosificación que venía tomándose con la cápsula de gel duro. Esto incrementa la absorción. *AIDS Healthcare Foundation* en Los Angeles dirigió, sobre 41 pacientes sin tratamiento antirretroviral previo, un estudio abierto con gel blando; 1.200 mg tres veces al día junto con AZT normal y 3TC normal. En los 30 pacientes que llegaron a las doce semanas, el cambio medio en la carga viral fue de -2,74 log, el 77% fueron indetectables (<400 copias, prueba Amplicor de Roche) y un 23% tenía menos de 50 copias según la prueba Ultrasensible. El recuento medio de CD4+ subió a las doce semanas en 143 células. Los efectos secundarios fueron así: seis pacientes con náuseas, cuatro con diarrea, cuatro con vómitos y tres con dolor de cabeza. Dos pacientes tuvieron que abandonar el tratamiento por toxicidad.

Un grupo holandés del Hospital Universitario de Utrech presentó los resultados preliminares de un estudio en marcha, aleatorio y abierto, en el que se compara la formulación de gel blando frente a indinavir + AZT + 3TC durante 48 semanas. Hasta la fecha, 45 de los 60 pacientes esperados se han incorporado al estudio; tienen menos de un año de tratamiento previo con AZT, sin tratamiento previo con 3TC ni inhibidores de la proteasa y con uno de los siguientes requisitos: CD4+<500 células, VIH >10.000 copias o estadio B o C.

Todos los pacientes en ambos grupos tenían carga vírica indetectable (<400 copias según Amplicor de Roche). Sólo un paciente en el grupo de saquinavir y dos en el grupo de indinavir abandonaron la terapia debido a efectos adversos. Seis pacientes del grupo de saquinavir presentaron diarrea y dos náuseas. Un paciente desarrolló nefrolitiasis (piedras en el riñón) por indinavir.

COMENTARIO: Se necesitan estudios con seguimiento más prolongado para establecer la potencia real de la nueva formulación de saquinavir: De cualquier modo parece realmente más potente que la actual. En cuanto se disponga de la formulación mejorada se debería retirar del mercado la previa, y el cambio de una a otra sólo debería realizarse en aquellos pacientes que, recibiendo la formulación previa, no hayan experimentado rebote alguno de la carga vírica y cuya carga vírica actual sea evidencia de una respuesta inicial 'suficiente'. ●



Lo último sobre nelfinavir

Un análisis de la duración de la respuesta virológica fue presentado por Augoron: ¿durante cuánto tiempo los pacientes que habían llegado a tener carga viral indetectable permanecieron así en relación con el nivel basal de carga viral y de recuento de células CD4? Los dos grupos de nelfinavir ofrecieron mejores resultados que el grupo de AZT+3TC en todas las cargas virales y todos los recuentos de células CD4. Sin embargo, el grupo con más alta dosis de nelfinavir era claramente superior al de la dosis más baja cuando la carga viral excedía las 100.000 copias o el recuento de células CD4 era inferior a las 100.

Además, dentro del grupo de nelfinavir a dosis de 750 mg, los pacientes con una carga viral de menos de 50.000 copias respondieron mejor que aquellos con más de 100.000 copias. A los 12 meses de haberse convertido en indetectable, los pacientes con nivel inicial de carga viral más bajo permanecían indetectables en un 90% de los casos, mientras que descendió a un 60% en aquellos con mayor carga viral ($p=0,027$). Esta diferencia en la duración de la respuesta dentro del brazo con dosis alta de nelfinavir no fue observada cuando fue analizada en diferentes cohortes de recuentos de células CD4. ●

aquí dentro

Impacto antiviral del DMP-226

El DMP-226 (*Efavirenz* o *Sustiva*) es un inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de nucleósido (ITINN) desarrollado por DuPont-Pharma y en la actualidad en desarrollo clínico. Es un potente ITINN; la resistencia de alto nivel se desarrolla más lentamente y requiere más de una mutación; no obstante, DMP-266 presenta resistencia cruzada con los otros ITINN.

Los principales efectos secundarios están relacionados con el sistema nervioso central, básicamente mareos, insomnio y pesadez de cabeza. Por la naturaleza de estos efectos secundarios el fármaco es generalmente administrado en el momento de acostarse, y en el caso de síntomas intolerables, la dosificación puede ser dividida y administrada dos veces al día.

El DMP-266 parece ser un nuevo compuesto ITINN muy bien tolerado, que puede administrarse una vez al día y añade potencia a la terapia con indinavir.

COMENTARIO: Están en marcha estudios más grandes y mejor diseñados con DMP-266 en niños y adultos. Se espera que DuPont-Pharma solicite una aprobación de este agente en la primera mitad de 1998 en los EE.UU. si los datos clínicos siguen siendo favorables. Se acaba de anunciar además un programa de acceso expandido en España. *

[Resúmenes extraídos del boletín **DOCTOR FAX** número 9.]

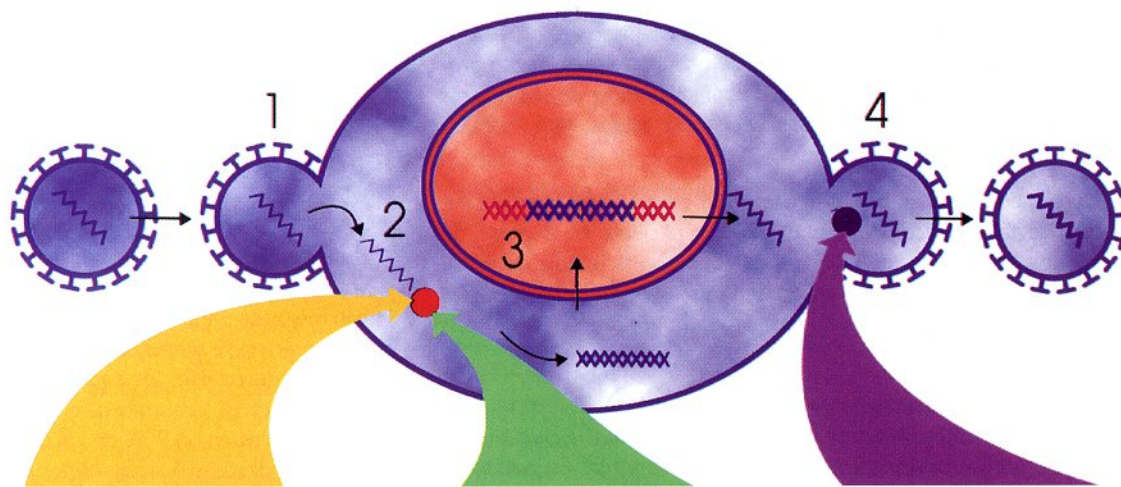
El objetivo de la terapia debe ser reducir al máximo la carga viral

Un equipo médico de Nueva York recomienda que los pacientes reciban regímenes de combinación "siempre que sea posible" y que el objetivo terapéutico debería ser conseguir niveles indetectables de ARN de VIH. Según el equipo, los datos muestran que "...no importa cuánto se rebaje la carga viral. A menos que se alcance el punto de indetectabilidad el riesgo de que la terapia fracase en última instancia es alto." *

Agentes antirretrovirales contra el VIH

Fases de la reproducción del VIH

- 1 El VIH entra en una célula CD4+.
- 2 El VIH es un retrovirus, lo que significa que la información genética se almacena en el ARN en lugar de en el ADN como en la mayoría de organismos. Para replicarse, el VIH utiliza una enzima conocida como transcriptasa inversa para transformar su ARN en ADN.
- 3 El ADN del VIH entra en el núcleo de la célula CD4+ y se inserta en el ADN de la célula. El ADN del VIH ordena entonces a la célula que produzca muchas copias del virus original.
- 4 Las nuevas partículas de virus se ensamblan y abandonan la célula, listas para infectar otras células CD4+.



Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósido

La clase más reciente de agentes antirretrovirales, los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósido (ITINN), paran la producción de VIH al unirse a la transcriptasa inversa y evitar la conversión del ARN en ADN. Estos fármacos se llaman inhibidores 'no análogos de nucleósido' porque a pesar de que actúan en la misma fase que los AN, lo hacen de manera totalmente distinta.

Viramune® (nevirapina)
Rescriptor® (delavirdina mesylate)
Sustiva® (efavirenz, DMP-266)

Análogos de nucleósido

Los análogos de nucleósido fueron la primera clase eficaz de fármacos antirretrovirales. Actúan incorporándose en el ADN del virus, y así, bloqueando el proceso de reproducción viral. El ADN resultante es incompleto y no puede crear nuevos virus.

Retrovir® (zidovudina, ZDV o AZT)
Epiriv® (lamivudina, 3TC)
Videx® (didanosina, ddl)
Hivid® (zalcitabina, ddC)
Zerit® (estavudina, d4T)

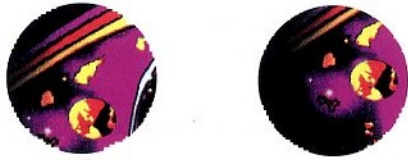
Inhibidores de la proteasa

Los inhibidores de la proteasa actúan en la última fase del ciclo de reproducción viral. Impiden el correcto ensamblaje del VIH y su posterior abandono de la célula CD4+ infectada.

Invirase® (saquinavir mesylate)
Crixivan® (indinavir)
Norvir® (ritonavir)
Viracept® (nelfinavir mesylate)

Adaptación de un folleto del servicio de educación de Roxane Laboratoires Inc.

37ª Conferencia Interciencia sobre Agentes Antimicrobianos y Quimioterapia Toronto 28 de setiembre - 1 de octubre de 1997



Terapia inicial: 2 análogos de nucleósido frente a 2 análogos de nucleósido + inhibidor de la proteasa

Avanti 2: AZT/3TC frente a AZT/3TC/indinavir en personas antirretroviralmente naive

El Avanti 2 reclutó personas naive de Europa, Canadá y Australia con un recuento de entre 150-500 CD4 células/mm³. Se distribuyeron, aleatoriamente, 103 pacientes entre AZT+3TC o AZT+3TC+indinavir con dosificación estándar. A las 52 semanas el 60% de los pacientes en el grupo de triple combinación estaban por debajo de los niveles detectables (<500 copias) comparado con tan sólo un 18% en el grupo de AZT+3TC. Los incrementos de células CD4 fueron de 91 células para la doble combinación de nucleósidos, y de 117 células en el grupo de triple combinación. [Ref: I-87]

EARTH: AZT/3TC frente a AZT/3TC/ritonavir en pacientes asintomáticos naive antirretroviralmente

En el estudio EARTH se distribuyeron aleatoriamente pacientes asintomáticos sin experiencia previa cuyos recuentos de CD4 estaban por debajo de 400 en tratamientos con AZT+3TC o AZT/3TC/ritonavir. Los pacientes con un ARN del VIH >1.000 copias/ml en la semana 12 fueron cambiados de AZT/3TC a ddI/d4t/ritonavir o de AZT/3TC/ritonavir a ddI/d4t/ritonavir/saquinavir. En este estudio participaron 36 pacientes. El 'fracaso' (>1.000 copias/ml de ARN del VIH en la semana 12) se dio en el 44% del grupo AZT/3TC comparado con el 5% (1 paciente) en el grupo de AZT/3TC/RTV, y se documentó que el/la paciente había tenido mala adhesión. A la semana 24, el 94% de los pacientes en el grupo de triple terapia había reducido la carga viral a niveles indetectables comparado con el 31% de los pacientes que inicialmente fueron tratados con AZT/3TC.

El estudio concluye afirmando que es necesaria una potente terapia de triple combinación incluso para pacientes asintomáticos con recuentos altos de CD4. Se detectaron efectos adversos relacionados con el tratamiento en 1/16 pacientes en la doble terapia y en 8/20 pacientes de la triple terapia. La tolerancia es un problema ampliamente documentado en los regímenes que incluyen ritonavir y puede sugerir que las combinaciones que incluyen este inhibidor de la proteasa en particular pueden ser menos adecuadas para pacientes que de otro modo estarían 'bien'. [Ref: I-94]

Protocolo 511: Nelfinavir en el tratamiento de pacientes naive

Los datos del estudio 511 de Agouron fueron presentados en una sesión de posters por Mike Saag de la Universidad de Alabama. Este estudio, aún en desarrollo, demuestra que en los grupos con nelfinavir se mantiene la durabilidad de la supresión de la carga viral más allá de 52 semanas. Participaron 297 pacientes distribuidos en tres grupos: sólo AZT+3TC, con Nelfinavir 750mg ó 500 mg tres veces al día. Ningún/a paciente tenía experiencia previa con antirretrovirales, la media inicial de ARN del VIH era de 4,9 log copias/ml y la media de CD4 de 283 células. Al año, el 80% de los pacientes con AZT/3TC/NFV (750mg tres veces al día) presentaba <500 copias, de ARN de VIH, datos muy superiores a los resultados con la dosificación de 500mg NFV tres veces al día. Los pacientes con una carga viral al inicio del tratamiento <50.000 copias obtuvieron una respuesta mejor y más prolongada, con un 90% 'indetectables' al cabo de doce meses. Los pacientes que en un principio fueron distribuidos aleatoriamente en el tratamiento con AZT/3TC y se les añadió NFV con posterioridad no tuvieron una respuesta tan positiva como los que empezaron con los tres fármacos simultáneamente. [Ref: I-101]

En el contexto de una estrategia terapéutica a largo plazo para aquellos con enfermedad por VIH, nuestros resultados apoyan el uso de triples combinaciones terapéuticas poderosas que incluyan un inhibidor de la proteasa como terapia inicial para personas con VIH. [Ref: I-103]

Respuesta a d4T/3TC/indinavir en pacientes sin experiencia previa con antirretrovirales y pacientes con experiencia previa

Este estudio alemán incluyó 52 pacientes infectados por VIH, 25 de los cuales no tenían experiencia con antirretrovirales (grupo A), mientras los otros 27 pacientes sí tenían esta experiencia previa (grupo B).

Resultados a las 24 semanas

	CÉLS. CD4	N < 400 COPIAS/ML	ARN VIH (LOG)
Grupo A (naive)	+183	20/23	-2.3
Grupo B (pre-tratado)	+151	18/26	-1.5

Los autores concluyeron que aunque las combinaciones triples produjeron un beneficio sustancial en ambos grupos hasta las 24 semanas, los pacientes sin experiencia previa con tratamientos presentan una respuesta terapéutica más rápida y mayor que aquellos con experiencia previa. Es necesario señalar las dudas respecto a la probable durabilidad de la respuesta en aquellos pacientes que no descendieron hasta las 400 copias a la semana 24, de los/as cuales la gran mayoría tenían experiencia previa con antirretrovirales. [Ref: I-107]

[Ref:] Todas las referencias son de los abstracts de la 37ª conferencia del ICAAC. Todos los abstracts de la conferencia pueden consultarse en internet: <http://www.asmus.org>

Respuesta a la terapia fuera del ensayo clínico

Se llevó a cabo un análisis retrospectivo de pacientes del California Collaborative Treatment Group (CCTG) con el fin de identificar a aquell@s pacientes que recibían tratamiento y tenían una carga viral menor de 400 copias.

Se analizaron 97 pacientes que recibían terapia antirretroviral.

Resultados (número de pacientes <400 copias)

	MES 2	MES 4	MES 6
Regímenes sin IP	1/26 (4%)	1/11 (9%)	0/4 0%
Regímenes con IP	14/57(20%)	19/62(31%)	15/44(34%)

Los factores asociados con la incapacidad de conseguir la "indetectabilidad" en algún momento fueron:

- Estar tomando menos de 3 fármacos.
- Tener experiencia previa con algún inhibidor de la proteasa.

Estar indetectable a los 6 meses es más probable en aquéll@s que no tenían experiencia previa con tratamientos al inicio y para aquéll@s cuya carga viral era inferior a 400 copias a la semana 8. [Ref: I-128b]

La carga viral basal podría predecir el nadir y la durabilidad de la respuesta a la terapia

Los resultados del ensayo INCAS demostraron que una combinación de NVP/AZT/ddI puede efectivamente suprimir el nivel de plasma ARN de VIH hasta 52 semanas en más del 50% de l@s pacientes VIH positivos sin experiencia previa con tratamientos, sin cuadro clínico de SIDA y con recuentos de CD4 de 200-600. Esto parece sugerir que Nevirapina puede ser una opción legítima como tercer agente con 2 nucleósidos para terapia inicial del VIH; sin embargo, la durabilidad de este efecto antiviral más allá de las 52 semanas no ha sido demostrada. Indica que una supresión mantenida del ARN del VIH puede ser conseguida con la iniciación precoz de una adecuada combinación de tres fármacos que incluya dos análogos de nucleósidos y NVP.

Incidencia y predictores de fracaso virológico con indinavir (IDV) y/o ritonavir (RTV) en un centro urbano de salud

Steven Deeks, del Hospital General de San Francisco presentó los resultados de un análisis retrospectivo de fracaso de inhibidores de la proteasa. Los requisitos del estudio fueron superados por 137 pacientes evaluables. El éxito fue definido como tener las 2 cargas virales más recientes por debajo de 500 copias después de un mínimo de 16 semanas en tratamiento estable bien con IDV o con RTV.

La evidencia de fracaso estaba determinada por las dos cargas virales más recientes por encima de las 500 copias. Utilizando estos criterios, 64 de 137 (47%) tuvieron una duradera y potente respuesta, mientras 73 de 137 (53%) presentaron evidencia de fracaso. El fracaso se presentó en 1 de 13 pacientes sin experiencia previa con análogos del nucleósido y en 61 de 106 (57%) de l@s pacientes que sí la tenían.

Los predictores de fracaso fueron :

- bajo nivel basal de recuento de CD4
- alto nivel basal de carga viral
- previa experiencia con análogos del nucleósido (AN)
- mayor duración de esta terapia previa con análogos de nucleósido
- no cambiar los AN cuando la terapia con RTV o IDV ya estaba iniciada
- terapia previa con saquinavir
- evidencia de no adhesión al tratamiento o de mala dosificación

Los análisis identificaron el recuento de células CD4 por debajo de 200 y la experiencia previa con análogos de nucleósido como predictores independientes y significativos de fracaso.

Terapia de rescate tras el fracaso de la terapia con inhibidores de la proteasa

Los informes de pequeños estudios donde el inhibidor de la proteasa fue cambiado tras un aumento en la carga viral con el inhibidor de la proteasa de primera línea fueron negativos. Una presentación de última hora sobre el fracaso de nelfinavir usando indinavir o ritonavir/saquinavir como régimen de rescate, concluyó que los regímenes de segunda línea obtuvieron una reducción menor de carga viral o ninguna reducción en absoluto. (Ref.; LB-5). La duración media del tratamiento previo con nelfinavir fue de 8-6 meses. Usando RTV/SQV después del fracaso con indinavir y modificando los análogos de nucleósidos donde era posible, se obtuvieron también resultados decepcionantes (Ref.;I-206). Este estudio incluyó 19 sujetos con una media de 8,1 meses de tratamiento con indinavir. La mediana del tiempo transcurrido desde el fracaso de la terapia fue de 2,1 meses. En el momento del cambio de terapia la media de tiempo transcurrido en terapia con inhibidores de la transcriptasa inversa fue de 53 meses. 11 de las 19 personas pudieron cambiar también por lo menos uno de sus inhibidores de la transcriptasa inversa al cambiar su IP. Las personas que alcanzaron una reducción a un nivel menor de 500 copias con su terapia de segunda línea fueron 2/15 a las 24 semanas. El tiempo de rebote fue más largo en aquéll@s que habían cambiado también el análogo del nucleósido al cambiar el IP. L@s 2 pacientes que permanecieron indetectables tras 24 semanas con la combinación de rescate fueron l@s únic@s 2 que cambiaron de IP tras la rápida detección de un aumento desde la indetectabilidad a 1.000 y 1.500 copias mientras estaban recibiendo indinavir.

Otras presentaciones sobre fracasos de IPs se encuentran en las referencias: I-201, I-204, I-205, I-189, I-192, I-193.



[Resúmenes extraídos del boletín DOCTOR FAX número 10-11.]

6ª Conferencia Europea de Aspectos Clínicos y Tratamiento de la Infección por VIH Hamburgo, 11-15 Octubre 1997

Las opiniones expresadas en **la verdad...** son justamente eso: opiniones para incitar al debate y ofrecer otras perspectivas. En cualquier caso, si alguno de estos datos te inquieta o quieres saber algo más, no dudes en hablar con tu médico, con tu grupo sobre tratamientos y con otras personas seropositivas antes de formar una opinión definitiva o de tomar una decisión sobre un tratamiento.

La primera presentación española fue a cargo del Hospital Virgen de Aranzazu de San Sebastián sobre el tratamiento de neutropenia (niveles bajos de glóbulos blancos) a base de G-CSF (factor de crecimiento) administrado a largo plazo. Los resultados en 9 pacientes fueron confusos: 3 pacientes murieron, mientras que en otros casos -6 pacientes- los recuentos de neutrófilos volvieron a situarse por encima de 1.000. El dato interesante fue que los IPs tenían el mismo efecto siendo más baratos, y además sus resultados eran positivos en varios aspectos. (abstract 566)

El Hospital Severo Ochoa de Madrid presentó un estudio sobre la nefrotoxicidad de Fosarnet. En él se concluye que dos fármacos renotóxicos son peores que sólo uno. 4 de 5 pacientes con dos fármacos tóxicos experimentaron una disfunción renal, mientras que sólo 1 de 18 fracasó con Fosarnet como agente singular. (abstract 444)

Un estudio del Instituto Carlos III de Madrid presentó nuevos datos sobre indinavir: el 9% de las personas que lo tomaban desarrollaban nefrolitiasis (piedras en el riñón). Los riesgos permanecen en el tiempo: ¡no dejes de beber agua y, a la primera señal de molestia renal, bebe! También se detectaron piedras en casi todas las personas que toman indinavir dos veces al día (en vez de las tres estándares). [¿midieron el nivel de indinavir en la sangre en las horas previas a la siguiente toma, para ver si la dosis de dos veces al día era lo suficientemente alta?] (abstract 448)

El Hospital Severo Ochoa de Madrid estudió una fiebre de origen desconocido en personas con 100 células T. Un tercio de ellas fueron asintomáticas respecto a SIDA. Las infecciones micobacteriales fueron la causa en una buena proporción (¡un 40% era tuberculosis!). Para determinar su origen resulta muy útil realizar una aspiración en la médula ósea. No lo son en cambio los escáneres CT, las pruebas ultrasonográficas y los cultivos sanguíneos. El 30% de las fiebres se pillaron en el hospital. La terapia utilizada fue antibióticos y no se dio ningún fallecimiento. (abstract 624)

El Hospital Vall d'Hebrón de Barcelona presentó un estudio sobre neoplasia cervical (NC) y el Virus de Papiloma Humano (VPH). Se halló un 26% de mujeres seropositivas con neoplasia cervical, un 1% con carcinoma cervical y un 40% con VPH! La neoplasia no se relaciona con el nivel de CD4. (abstract 235)

El Hospital de la Princesa presentó un estudio que mostró que la progresión es más lenta con el uso de los inhibidores de la proteasa. (abstract 364)

El Hospital San Carlos de Madrid presentó un estudio de tuberculosis, remarcando que el paciente típico de su hospital es joven, varón y con fiebre.

El Hospital Clínic de Barcelona vota a favor de mantener la profilaxis, incluso después de la subida de CD4, basándose en el hecho de que los CD4 simplemente necesitan más tiempo para recuperarse, especialmente los de memoria. Se mencionó que en un seguimiento de 50 personas que interrumpieron la profilaxis de PCP mientras tomaban IPs no se dio ningún caso de PCP durante 4 meses. De aquellas que interrumpieron su profilaxis de CMV, nadie tuvo recaída. Han ocurrido pocos casos de CMV después de la introducción de los IPs, aunque varios de éstos lo han sido en personas por encima de 100 CD4.

Bellvitge de Barcelona presentó un estudio que muestra que un 20% de las personas que empiezan una combinación

con IP tienen que interrumpirla casi inmediatamente por las dificultades para mantener el tratamiento, y no debido a los efectos secundarios. Según ellas, el *counseling* es una ayuda importante en la adhesión. (abstract 513)

El Hospital Ramón y Cajal de Madrid informó sobre índices de mortalidad más bajos relacionados con los IPs: un 4% de entre quienes toman IP frente a un 21% que no toman un IP (en combinación). En el caso de los ingresos hospitalarios, los índices eran de un 30% frente a un 20%. Los días de ingreso por paciente y año fueron de 10 y 16 días respectivamente (abstract 524)

El Hospital Sant Pau de Barcelona presentó datos sobre bacteremia. El factor más determinante si excluimos la tuberculosis fue el uso de catéter (26/38 personas). En dos casos se relacionó con el uso de esteroides en dos casos [¿Uso no profesional de agujas?] (abstract 497)

El Hospital Clínic hizo un estudio de ddl una vez al día. El estudio tenía diferentes grupos: uno de personas con más de 350 CD4 recibió saq + d4T + ddl, y uno de personas por debajo de 350 tomó lnd + d4T + ddl. Nos gustaría saber por qué, y con qué resultados o diferencias entre los dos grupos. Casi un 10% presentó efectos secundarios gastrointestinales, y la mitad tuvo que abandonar ddl (sin cambiar a ddl dos veces al día). [¿La dosis fue de 300 mg o 400 mg? ¿Se analizó la diferencia entre los grupos que tomaban AZT frente a los que tomaban d4T?] (abstract 450)

El laboratorio de retrovirología de Can Ruti de Badalona participó con dos posters "de última hora" sobre la frecuencia de la resistencia, y su causa en relación a los fármacos tomados. Uno mostró que las resistencias de AZT y 3TC ocurren muy frecuentemente, mucho más que las de ddl y d4T. En el otro estudio, la mutación 151 se detectó en un 2% de las personas estudiadas. ●

8^o Concurso Europeo de Fotografía
El mundo de la fotografía

LA ALEGRÍA D



E VIVIR

por Maite Suárez



FOTOGRAFÍAS: ISMAEL SALAS/MAQUILLAE Y PEUQUERÍA; ALEX RENDÓN

Oficialmente, se estima en unas 27.000 las mujeres seropositivas en España, aunque sabemos que, como todas las estadísticas, son una herramienta del Estado para esconder la verdad. En cualquier caso, es evidente que son legión las que, como ellas, viven día a día el tremendo reto de ser mujer y ser seropositiva en una sociedad y en un medio científico-sanitario donde tal combinación es, por no variar, sinónimo de múltiples desventajas añadidas: la mujer en el mundo del VIH también va, en muchos aspectos, a la zaga de sus compañeros de fatigas.

LO + POSITIVO inaugura en este tercer número una sección fija dedicada a temas médicos y/o científicos relacionados con la mujer y el VIH. Lo hacemos dedicando nuestra portada y reportaje central a la historia personal de tres mujeres seropositivas que, con admirable coraje, han decidido hablar y explicar abiertamente lo que para ellas significa vivir con el VIH.

¿Quiénes son estas mujeres? ¿Putas? ¿Yonquis? ¿Ambas cosas a la vez? ¿Son mujeres de "vida ligera"? ¿Mujeres engañadas por maridos desaprensivos? ¿"Perdidas"?... A veces sí, a veces no.

Un acercamiento a la realidad de estas mujeres destroza cualquier estereotipo. Porque resulta que ellas son tú, y son yo, y tu vecina del segundo izquierda, y tu amante, y la chica con la que pasaste una noche estupefa el pasado sábado, y tantas y tantas caras desconocidas que quizá ni siquiera sospechen que pudieran ser seropositivas. Y es que el discurso institucional no ha sabido calar en la conciencia de muchas mujeres que, al no percibirse "en riesgo", continúan infectándose cada día. España ya tiene el récord de ser el país de Europa con mayor número de casos registrados de mujeres con un diagnóstico de SIDA, al que se une otro índice lamentable: el de mayor casos de SIDA pediátrico de todo el territorio europeo. Todo eso además de ser el país número uno en la UE en casos de SIDA y transmisión del VIH.

J. Johnson, coordinadora de *Actua Dona*, hablaba no hace mucho de una "epidemia oculta" al referirse a la situación de las mujeres positivas en nuestro país. Nosotr@s deseamos contribuir a una denuncia abierta que haga saber a quien corresponda que seguir relegando o incluso negando la existencia de tan grave problema, el de las mujeres seropositivas, no sólo es una vez más discriminatorio, sino que demuestra una falta de visión y una irresponsabilidad política, sanitaria y científica cuyas consecuencias a medio y largo plazo pueden llegar a exceder las más pesimistas previsiones epidemiológicas y sociosanitarias.

Nos gustaría que este reportaje significara para aquellas mujeres que lo lean un aliciente para identificar y hacer valer sus necesidades y derechos como personas seropositivas y como mujeres con problemas específicos que precisan una atención y un tratamiento igualmente específicos.

Sabemos, por poner sólo un ejemplo de máxima actualidad, que los Inhibidores de la Proteasa están produciendo en muchas mujeres efectos secundarios

importantes, uno de los cuales parece ser la inflamación abdominal, que hasta el momento no han sido específicamente considerados. También sabemos que las mujeres, por razones que ni las compañías farmacéuticas ni el sistema sanitario parecen dispuestos a clarificar, siguen estando en clara minoría en los ensayos clínicos, que continúan siendo diseñados mayoritariamente por y para los metabolismos de los cuerpos masculinos.

Es absolutamente necesario potenciar las inversiones directamente dirigidas a investigación sobre tratamientos y enfermedades oportunistas en mujeres con VIH; los programas de atención y "soporte" específico y, en definitiva, la acción conjunta de la comunidad científica, de la clase médica y de las propias mujeres afectadas, que permita explorar las diferencias de género relacionadas con el vivir con VIH, tan a fondo como sea necesario.

MARÍA JOSÉ

María José tiene unos cálidos ojos castaños y exhibe sin rebozo una risa alegre, cristalina. Una risa magnífica que explota con fuerza incluso en los momentos más difíciles de nuestra entrevista. Nació hace 42 años en Asturias, aunque Barcelona ha sido su ciudad durante la mayor parte de su vida adulta. Conoció oficialmente su diagnóstico VIH en julio de 1995, aunque en algún rincón de su conciencia lo sospechaba desde bastante antes.

"No sé en que momento ocurrió el "descuido", aunque calculo que el contagio se produjo hace unos 10 años, durante la relación que durante más de una década mantuve con un hombre que utilizaba heroína por vía intravenosa. Durante esos años, realmente, no viví mi vida, sino la suya, haciendo lo que tan bien hacen las mujeres madres, es decir, vivir la vida de los maridos hijos; cargar con su vida y con la mía, manejar el cotarro, asumir todo lo que conllevaba su drogadicción y dar, dar, dar..."

M. José cuenta cómo, en el momento en el que fue consciente de que nadie vive ni es responsable de la vida de nadie, sino que cada un@ ha de vivirla para sí, decidió separarse de su compañero. La salud de éste ya estaba para entonces bastante deteriorada, y en 1993 moría por una insuficiencia renal provocada por su condición de diabético.

"Aunque ya no éramos pareja, quise acompañarle hasta el final. Mis conocimientos del tema (M. José se ha dedicado desde hace años a trabajos de traducción y muchos de ellos eran textos médicos en lengua inglesa relativos al VIH/SIDA) me permitían suponer racionalmente que yo también podía estar infectada, pero en ningún momento quise hacerme la prueba."

A pesar de la extraordinaria dureza de los años pasados con su compañero y del tremendo sufrimiento de vivir con una persona que "no se ajusta a las normas", que paulatinamente te lleva a una "situación esquizofrénica", tanto en relación con tu familia como respecto a

otros aspectos de tu vida social, ella pone un empeño conmovedor en subrayar que no existe arrepentimiento alguno por los años pasados con este hombre. M. José asegura que "era una persona muy especial que me dio muchísimo y me permitió enseñarle lo que es el amor, algo que me gratificará para siempre jamás. Esto, al menos, es lo que yo quiero creer. Intentando ayudar a esta persona lo que hice fue ayudarme a mí misma, a través del sufrimiento y de la extraordinaria comprensión que sentía hacia él. Lo que soy ahora mismo lo debo en buena medida a esos años, en los que me enganché al dolor con tanta fuerza como otros se enganchan al placer. Un psicólogo hubiera quizá ayudado igualmente, y de seguro que hubiera sido menos doloroso, ¡aunque posiblemente mucho más caro!..." Y aquí M. José rompe de nuevo en una de esas carcajadas frescas y repentinas de quien ha aprendido a reírse de su propia sombra.

Para M. José la vida tiene, sin dudar, una dimensión mágica. Esta idea aparecerá en varias ocasiones durante nuestro encuentro y, a pesar de mi confeso empirismo, en todo momento lo sentí como algo "natural" en la personalidad de esta mujer, que es vulnerable y resistente, capaz de mezclar su razón con su emoción.

"En aquel entonces, mi vida carecía por completo de estabilidad, tanto desde un punto de vista laboral como desde otro más estrictamente personal. Un diagnóstico positivo me hubiera hundido. Hace un par de años y tras sufrir cándidas esofágicas y bucales durante varios meses fui formalmente diagnosticada. Yo acababa de firmar un contrato laboral indefinido y, por tanto, pude permitirme el lujo de dejar de lado cualquier preocupación relativa a mi supervivencia económica o a la necesidad de un ocultamiento social y/o laboral. La vida, sin duda, tiene algo de mágico".

M. José fue a recoger sus resultados con un "aleteo de esperanza" pero con la profunda convicción de que un resultado positivo tenía muchas posibilidades de aparecer. "Siempre he tenido una relación crispada con mi doctora de cabecera. Su actitud paternalista y condescendiente puede servirle con aquellas personas sin criterio o sin recursos que pasen a diario por su consulta, pero no conmigo, que sé por donde ando y conozco mis derechos. Durante tres meses me estuvo diciendo que mis cándidas eran fruto de mi estrés. Cuando finalmente me comunicó el resultado de la prueba del VIH lo acompañó con un "pero no pasa nada", a lo que de inmediato respondí que yo sabía bastante sobre este tema y que yo decidiría si pasaba o no pasaba algo; ¡pues sólo faltaba!..."

M. José se marchó de vacaciones a Asturias con su flamante contrato indefinido en el bolsillo (gran noticia para su familia), al lado de un diagnóstico VIH+, que hasta la fecha sólo sus hermanos, además de sus amig@s más íntim@s conocen. "La amistad es mi mayor tesoro, otra parte mágica de mi vida. En aquel entonces prevalecía mi lado madre, la eterna e infatigable cuidadora. Cuando comunicaba mi resultado VIH+ me preparaba más para consolar y dar soporte que para recibirlo. En estos dos años esto ha cambiado considerablemente. El VIH, entre otras muchas cosas, me ha enseñado a pedir, a buscar activamente ayuda y soporte, a satisfacer mis

necesidades antes que las de l@s que me rodean. Ahora sé que sólo queriéndome primero a mí misma puedo luego querer y cuidar a otr@s".

Hablar con M. José sobre su idea de salud es entrar de nuevo en el doble territorio de lo científico/racional, por una parte, y de todo lo que no cuadra en los rígidos esquemas de la medicina oficial: "Básicamente, cuido mi salud desde dos vertientes complementarias. A pesar de haber encontrado alguna que otra "bestia parda" de cuyo nombre no quiero acordarme, ¡ja, ja, ja!, estoy razonablemente satisfecha de mi relación con el medio hospitalario (Hospital Clínico de Barcelona), con mi doctora, ¡e incluso con mi ginecólogo!. Me considero una "buena" paciente, tengo recursos y estrategias con que "bandearme" y creo tener claro lo que puedo esperar de la medicina oficial: combatir sin cuartel al virus. Desde hace varios meses, y tras algunos intentos con otras combinaciones que por razones de efectos secundarios mayormente relacionados con mi sistema digestivo no acabaron de cuajar, tomo una combinación cuádruple de antirretrovirales de 3TC+d4T+ritonavir+saquinavir, que mantiene mi carga viral indetectable hasta la fecha y que tolero relativamente bien. Respeto religiosamente mis tomas y todo el "peñazo" añadido respecto a comidas y hábitos cotidianos. Luego está la otra parte. Mis emociones, mis ansiedades, mis miedos, todo aquello que los fármacos no "entienden ni atienden". Aquí quiero mencionar a Marta (la persona con la que M. José trabaja sus Flores de Bach). Marta, como much@s otr@s profesionales no sanitarios a l@s que deseo mostrar toda mi admiración, gratitud y reconocimiento, significa muchísimo para mí. Ella me escucha, me concede sin reservas un tiempo que sé que mi doc-

ble... Pero, ¿quién nos cuida a nosotras?, ¿quién nos escucha? ¿quién atiende nuestras necesidades como mujeres y como personas seropositivas?. El VIH, estoy convencida, tiene mucho que enseñarnos a tod@s. Ha "destapado" miserias sin número, enseña las entrañas de una estructura social injusta y a menudo feroz para l@s más desfavorecid@s: el tercer mundo, l@s usuari@s de drogas ilegales, las personas social y/o económicamente más vulnerables, las deficiencias del sistema oficial de salud. Pero es la otra cara de esta moneda, sin embargo, la que más quisiera destacar. Y es que también el VIH ha "destapado" otras realidades mucho más esperanzadoras: he encontrado muchas personas que me han ofrecido solidaridad, soporte, tiempo y esfuerzo genuino; gente que ama dentro del VIH porque creen en el valor de la dignidad humana en su más profundo sentido".



Nuestra entrevista tiene a su fin. Estamos aturridas pero satisfechas tras esta intensa conversación. Pero no deseo terminar sin preguntar a M. José acerca de su vida erótica, en este momento hermosísimo de madurez física

EL VIH **ME HA HECHO,** EN ESTE Y OTROS MUCHOS SENTIDOS **MÁS LIBRE Y, CONSECUENTEMENTE,** **MÁS FUERTE**

tora simplemente no podría ofrecerme, porque el sistema sanitario, por desgracia, tiene, entre otras muchas, esa carencia fundamental: tiempo para las personas que lo necesitan. Ser escuchada es, en sí mismo, curativo, reconfortante, terapéutico. También hago visualización, y participo acivamente en "El Salón" (grupo de autoayuda para mujeres seropositivas de *Actua Dona* Barcelona), de donde obtengo regularmente información y soporte y que además me ha permitido experimentar que hay muchas cosas que puedo hacer con mi vida, a pesar e, incluso, *gracias al VIH*".

M. José tiene una visión casi política de lo que la pandemia del VIH significa individual y socialmente. Sus palabras no dejan lugar a dudas: "como mujer positiva, el VIH me ha enseñado que también en este territorio tenemos muuuucho por lo que luchar. La mujer es cuidadora, es madre, esposa, amante, trabajadora. La mujer organiza, ofrece soporte, aguanta lo inaguantable

y emocional de una mujer con tanta vida por detrás y, sin duda, por delante: "sé que el sexo como puro ejercicio erótico nunca me ha interesado. Vivir con el VIH es ya un trabajo en sí mismo y en estos momentos lo que necesitaría sería un hombre que se ocupara de mí sin que yo tuviera que invertir más esfuerzos que los estrictamente necesarios. No estoy en absoluto dispuesta a caer de nuevo en el viejo y conocido patrón de cuidadora, madre, responsable última del mantenimiento y bienestar de la pareja.

Los viejos hábitos se instalan de nuevo casi sin que te des cuenta, y ahora lo que quiero es que me cuiden, no cuidar. Si apareciera el hombre capaz de hacer esto por mí sería maravilloso, aunque prefiero no contar con ello. No quiero aferrarme a nada, ni de lo que tengo ni de lo que desearía tener. El VIH me ha hecho, en éste y otros muchos sentidos, más libre y, consecuentemente, más fuerte."

ISABEL

Tiene 45 años, es alta, muy alta, y esbelta como un junco. Su estilo y movimientos confieren a su figura un aire juvenil. El relato de su vida a veces parece el guión de una película de aventuras, no siempre felices, pero resueltas con destreza e innegable fuerza de voluntad.

Isabel es madre de un chico de 21 años, fruto de su unión con un hombre del que enviudó cuando ella aún se encontraba en la treintena y de una niña de 12, nacida de su relación con el que ha sido su último compañero estable hasta la fecha. Con esta persona y con su hija (su hijo prefirió quedarse en España con la familia de Isabel, y con ellos continúa viviendo), vivió en Ecuador durante más de 5 años, los cuales Isabel califica como "muy conflictivos". Cuando la relación parece estar dando sus últimos estertores y ella se encuentra en un estado emocional de gran fragilidad, decide intentar retomar su vida en Barcelona, su ciudad natal. Finalizaba el año 1993 y el VIH aún no había aparecido en el mapa de la vida de Isabel.

"Volví sola, sin mi hija, algo tremendamente duro pero que me pareció lo más sensato puesto que yo tenía toda mi vida por reorganizar aquí, tras años de ausencia y sin lo necesario para ofrecer seguridad a una niña de apenas 10 años. Acordamos que yo recuperaría a la niña en cuanto mi situación en Barcelona se hubiera estabilizado en términos de vivienda y de ingresos económicos".

Cuando al año largo de su vuelta regresa a Ecuador para recoger a su hija, Isabel se encuentra con un escenario bien distinto al planeado. El padre de la niña se niega a lo pactado e intenta llevársela a Brasil, donde su madre no hubiera tenido posibilidad legal ni física de recuperarla. Tras mil y un avatares Isabel consigue por fin su propósito y regresa a Barcelona con Paula, su hija. "Me sentía como una *superviviente*. Había conseguido dejar atrás años de relación difícilísima con el padre de mi hija, y, lo que es más importante, la pesadilla de perderla había terminado. Encontramos un colegio para ella al que por fortuna se adaptó rápidamente; teníamos un apartamento, los ingresos regulares de una pequeña pensión de orfandad que comparto con mi hermano y de la renta del piso que usufructo en nombre de mi hijo. Me sentía capaz de iniciar una nueva vida, de retomar mi proyecto de fin de carrera (Isabel estudió arquitectura pero no llegó a terminar su proyecto), de cuidar de mi hija y normalizar mi vida en todos los sentidos. Me sentía libre, feliz".

Pero llega enero de 1996 y la salud de Isabel empieza presentar serias anomalías: "Empecé a tener unas fiebres de espanto. Mañana, tarde y noche sin bajar de 38, 39 y 40... Ni gelocátiles ni aspirinas parecían surtir efecto alguno. Mi familia no me hacía ni caso porque siempre ha pensado que soy una hipocondríaca pero yo recuerdo que apenas podía arreglarme para llevar a mi hija al colegio..."

Tras casi tres semanas en este plan Isabel decide llamar al 061 (emergencias médicas) y cuando surge la

palabra neumonía ella intuye de inmediato que el VIH está a punto de entrar en su vida: "tenía muchos amigos que habían muerto con SIDA, y mis niveles de información al respecto eran, creo, superiores a la media. Esa información, sin embargo, no me había impedido tener comportamientos de riesgo en relaciones sexuales y alguna experiencia aislada con drogas inyectables. Sabía que existían razones suficientes para pensar que la tal neumonía bien podía ser una *Carinii*, y en ese caso tenía claro lo que vendría después".

Lo que vino fue, en efecto, un diagnóstico inequívoco de seropositividad acompañado de una neumonía por *Carinii bipolar*, muy extendida, que la tuvo ingresada en el Vall d'Hebron durante dos semanas "entre la vida y la muerte". "Recuerdo que el pelo se me caía a puñados, y que el personal de planta intentaba hacerme creer que mis analíticas, que habían dado un recuento de CD4 de 18, eran bastante esperanzadoras. Yo sabía racionalmente que eso no tenía sentido, pero de alguna manera mi cabeza decidió aceptar sus "mentiras piadosas" y me aferré a ellas como a un clavo ardiendo. Todavía hoy agradezco a estas personas que disfrazaran la verdad porque estoy segura de que eso, y pensar en mis hijos, me ayudó a sobrevivir. Mi hijo estuvo conmigo en todo momento y sé lo duro que todo esto ha sido para él. Sus estudios se han resentido y es ahora cuando vemos las consecuencias aplazadas del sufrimiento de aquellos meses tremendos".

Fue un ingreso de casi 20 días, del que salió débil, muy delgada y maltrecha pero con enormes deseos de luchar por su vida: "me sentí muy bien arropada y escuchada por un equipo sanitario que en todo momento me inspiró confianza. Desde el principio el doctor Ribera, que sigue siendo mi doctor de seguimiento, me ha ofrecido la seguridad de estar recibiendo los cuidados médicos más adecuados a mi caso".

Isabel volvió a su casa, aunque su hija permaneció en la casa de su abuela, donde se había instalado a raíz del ingreso de su madre. Todavía hoy, la niña vive con "la nona", aunque Isabel mantiene contacto constante con sus dos hij@s y en todo momento resulta evidente que ell@s forman una parte fundamental de su vida.

"En aquel entonces yo sabía que los inhibidores estaban empezando a ser distribuidos vía uso compasivo, y toda mi obsesión era obtener la medicación más avanzada posible para luchar contra el virus. Pero a las dos semanas de haber recibido el alta, mi doctor me comunica con cara de preocupación que mis últimos controles analíticos muestran algo 'raro' y que tendremos que echar un vistazo más detallado. Tenía un Linfoma Hodgkin y era imprescindible iniciar un tratamiento cuanto antes. Estaba tan debilitada que apenas podía soportar los 'ciclos' de quimioterapia, pero en todo momento mantuve una actitud positiva, y aguanté hasta que los análisis demostraron que mi cuerpo se había librado del cáncer. Yo quería vivir y sé que, además, tuve una suerte increíble, porque lo pillamos recién iniciado. De otra manera y teniendo en cuenta la virulencia de este tipo de procesos cancerígenos quizá ahora no te lo estuviera contando. Fue una victoria para mí y para todo el equipo y, aunque la "quimio" se había zampado los pocos CD4 que me quedaban y mi estado

general era el de una viejecita decrépita, me sentía preparada para iniciar mi tratamiento antirretroviral. Empecé a finales de 1996 con una triple de indinavir+3TC+d4T, y con ella continué. No he tenido problemas de toxicidad y respeto, casi maniáticamente, todas las instrucciones relativas al tratamiento: bebo mogollón de agua y cuido mucho mi alimentación y mi estilo de vida, algo que había hecho en otros periodos de mi vida pero para lo que ahora me siento más motivada que nunca. Mi primera carga viral fue de 1.600.000 copias, la segunda de 4.000 y, la tercera, indetectable. Mi situación analítica cambió drásticamente en cuestión de meses y así deseo que continúe".

Pero Isabel no es de piedra, y hace algunos meses atravesó una grave crisis emocional de la que parece sentirse bastante recuperada: "La pasada primavera, y a pesar de que mi salud parecía estar recuperándose a ojos vista, pareció que toda la tensión y el dolor emocional de lo ocurrido en los meses anteriores se me vino encima de golpe. Me sentía sola, desorientada, sin saber qué hacer con mi vida. Mi hija prefería que-



positiva con la que, en condiciones puramente amistosas, comparte un nuevo piso desde hace unos meses: "Esto ha sido un cambio estupendo en mi vida y me atrevo a decir que en la suya también. No sólo porque mi piso era demasiado caro para mí en mis circunstancias actuales, sino porque compartir lo cotidiano, las comidas, el cuidarnos un poco mutuamente, es muy reconfortante".

Isabel insiste en el hecho de que, incluso en los momentos más oscuros de su depresión, lo único que respetó prusianamente fue su tratamiento antirretroviral. "Las instrucciones del doctor Ribera fueron claras como el agua y siempre me he adherido a ellas como una lapa. Ahora tengo aún más razones para no meter la pata y mantener correctamente las dosis, puesto que mi vida social ya no se ve tan afectada por las tomas y el ritmo en general es mucho más humano. Entiendo que aún haya mucha gente que sea reacia a la medicación antirretroviral, porque según las combinaciones puede ser francamente difícil el llevar una vida mínimamente normal, pero tengo muy claro que, de no ser por los fármacos, yo no estaría aquí ahora. Creo que todas las personas seropositivas sin excepción deberían tener el derecho a recibir el tratamiento médico más adecuado a su caso particular y me produce mucha rabia ver lo que ocurre con aquell@s que por razones geográficas, sociales, culturales u otras no tienen acceso a medicaciones que podrían salvar sus vidas".

Isabel también tiene claro que, aunque no lo haya experimentado en sus propias carnes, ser mujer y ser

ENTIENDO QUE AÚN HAYA MUCHA GENTE QUE SEA REACIA A LA **MEDICACIÓN**

ANTIRRETROVIRAL...

PERO TENGO MUY CLARO QUE DE NO SER POR ELLOS YO NO ESTARÍA AQUÍ AHORA.

darse con su abuela porque siente que ella (la abuela) le ofrece una seguridad de la que carece viviendo conmigo y más aún tras haberme visto tan enferma; mi hijo hace su vida, y aunque siempre me ha ofrecido en todo momento un soporte valiosísimo, es un adulto independiente y no me necesita. Cuando sentí que empezaba a tener ideas suicidas me asusté de verdad y decidí ingresarme unos días en un hospital psiquiátrico e intentar ayudarme con medicación antidepresiva, que en estos momentos aún mantengo aunque reducida a las dosis mínimas".

Por aquel entonces Isabel ya se había aproximado a *Actua* Barcelona, y allí sigue acudiendo semanalmente a las reuniones de mujeres en *Actua* Dona y a las clases de yoga. Además, allí ha encontrado una persona sero-

positiva implica toda una serie de desventajas añadidas, como en tantos otros ámbitos en los que ser mujer es ser, de alguna manera, "menos".

Hablamos de sexo y sexualidad y, con la espontaneidad que ha caracterizado todo su relato, Isabel comenta que su vida de mujer sexualmente activa viviendo con el VIH apenas ha comenzado aunque ya ha tenido alguna experiencia "interesante". No se ha sentido rechazada por el hecho de haber comunicado su seropositividad, de la misma manera que no tiene mayores problemas en no comunicarlo si la situación no lo requiere porque "las cosas ocurran más o menos rodadas y nos lo estemos pasando demasiado bien como para pararnos a hablar de mi carga viral. En todo caso, el sexo, ¡siempre con preservativo!".



LA MUJER ES CUIDADORA, ES MADRE, ESPOSA, AMANTE, TRABAJADORA.

PERO ¿QUIÉN NOS CUIDA A NOSOTRAS?

Cuando le pido que concluya nuestra entrevista como prefiera, Isabel no lo duda, y habla de esas otras mujeres que, aún habiendo deseado colaborar con **LO+POSITIVO** no han podido o no han querido hacerlo por tantas diferentes razones: "Sé que es duro, que muchos y muchas se han quedado en el camino, que los tratamientos no funcionan para todo el mundo, que vivir con el VIH puede ser difícilísimo. Yo he querido dar la cara en mi nombre y en el de aquellas que lo hubieran deseado pero no han podido. Para enviar un mensaje de optimismo y de coraje. Porque creo que es posible sobrevivir al VIH".

MÓNICA

Tiene 30 años, pero podría parecer aún más joven, con su pelito corto y su cara de niña traviesa preparando la próxima trastada. Me recibe en la casa familiar, en Terrassa. Ella misma abre la puerta, moviéndose con destreza pero ayudada por su andador, que necesita para hacer valer sus piernas, seriamente afectadas de una parálisis por citomegalovirus.

Mónica parece encantada de contar su historia y en seguida nos hemos acomodado en su coqueta y pulcra habitación para, cara a cara, repasar lo que ha sido y es su vivir con el VIH.

"Podemos situarnos en 1987, en mis 20 años, una época en que la heroína formaba parte casi cotidiana de mi vida. Estaba "enrollada" con un chico que la consumía habitualmente y también para mí significaba, más que un coqueteo, una presencia inevitable. Un buen día voy y me destrozo la pierna por una patada que pegué a una puerta y deben llevarme al hospital de Terrassa".

"Ese día yo me había 'pinchado', y en el hospital les faltó tiempo para hacerme, sin consentimiento, la prueba de detección de anticuerpos del VIH. Fue mi padre el que, hecho polvo, me comunicó los resultados de la prueba, claramente positivos. Para mí, en esos momentos, esta información me entró por un oído y me salió por el otro. Estando como estaba en un periodo de mi vida en el que la autodestrucción era la norma, ser o no ser VIH+ no significaba nada para mí. En la calle se hablaba vagamente del SIDA, y lo que se decía era que en dos años te morías y, joder, ¿quién quiere oír que se va a morir dentro de dos años? Hice mis analíticas en el hospital de Bellvitge, donde me dijeron que estaba 'bien de defensas' y que de momento no necesitaba tratar la infección".

Eso era justo lo que Mónica quería oír, porque le faltó tiempo para "empaquetar" la noticia y guardarla bien guardadita en un rincón de su cabeza, que en esos tiempos tenía más que suficiente con la vorágine de una vida desestructurada por las drogas, su relación con Pablo y toda la parafernalia de ese vivir en el límite.

"Durante un año, más o menos, mi estilo de vida apenas sufrió cambio alguno pero, la primavera siguiente, mi padre me envió a las ruinas de Empúries, a trabajar como ayudante del equipo de arqueólogos. Yo corté con Pablo y con la aguja y, durante un tiempo, estuve superfeliz, con mis porritos y mi historia, sin más complicaciones..."

Mónica reconoce sin dobleces que durante mucho tiempo su negación del VIH era prácticamente total. Aunque asegura que la heroína ya no formaba parte de su vida, sí continuó practicando conductas de riesgo en lo que respecta a sus esporádicos encuentros sexuales: "yo no me comía la olla; si estaba con un tío no decía nada. Aunque tenía la información no me lo planteaba. En su mayor parte se trataba de parejas ocasionales, a menudo en días de fiesta, de alcohol y de farra. Al día siguiente ni siquiera querías volver a ver a esa persona, y yo simplemente 'borraba' y pasaba a otro asunto. Para mí SIDA era igual a muerte y hacía todo lo posible por mantener esa idea tan lejos de mi cabeza como era posible..."

Mónica volvió a Barcelona, de nuevo "empujada" por su padre, una figura que aparece de forma recurrente en su relato a la manera de un "Ángel de la Guarda", siempre dispuesto a salvarla del abismo. "Además quiero mencionar a Nuri, la compañera de mi padre, una mujer que siempre ha estado por mí cuando lo he necesitado".

"Estamos ya en 1990 y, con mi vuelta a Barcelona, empieza el periodo de los *after* (discotecas de música "maquinera" que abren sus puertas cuando todos los demás locales ya las han cerrado). Ahí me pegaba panzadas de bailar como una loca, pero no fue una época de ligoteo. Es más, recuerdo que en aquel entonces encontré a algún tío con el que había tenido relaciones sexuales y pude llegar a decirles que yo era VIH+ y que mejor echaran un vistazo para ver cómo estaban ellos. Ninguno vino a decirme que a él también le había dado positivo, y tampoco tuve ninguna reacción de rechazo o de bronca. Esto, visto en perspectiva, es muy importante para mí".

Empezó a trabajar en un centro de estudios turísticos, y trató de compaginar su trabajo con sus estudios de turismo. Mal que bien vivió de esta manera durante



TU VISIÓN

La retinitis por CMV es una infección de la retina originada por el citomegalovirus (CMV). Esta enfermedad no afecta a todas las personas VIH positivas o con SIDA, pero el riesgo de desarrollar retinitis por CMV aumenta de forma muy importante cuando disminuye el recuento de células CD4. Los pacientes que reciban tratamiento conservarán su visión. Por el contrario, la retinitis por CMV no tratada puede originar ceguera y, por tanto, la instauración precoz de tratamiento médico es esencial.

PREVISIÓN

Realiza un control regular de tu visión. Efectúa un control de cada ojo de forma independiente, con el otro cubierto. Si observas cualquier pérdida de visión, especialmente un incremento de partículas flotantes (pequeñas manchas de color negro), consulta a tu médico inmediatamente. El médico te realizará una determinación ocular para valorar si tienes o no cualquier lesión, empleando probablemente gotas para dilatar en primer lugar la pupila. Solicita asesoramiento respecto a cómo realizar en tu domicilio controles sencillos de la visión, así como en lo relativo a todos los tratamientos comercializados.

Al mantener un control regular de tu visión, puedes ayudar a que tu médico te ayude. Piensa en tu visión y efectúa los controles.



Productos Roche, S.A.
Ctra. de Carabanchel a la de Andalucía, s/n
28025 Madrid

dos o tres años, todos ellos trufados de juergas antológicas y de su afición irrefrenada por la marcha, la noche y ¿cómo no?, los "after". Mónica seguía ignorando su seropositividad y cualquier tipo de control médico. Pronto trabajo y estudios escaparon por completo a su control y para 1993 de nuevo su padre la rescató del desastre total, y la ayudó a reinstalarse en Barcelona.

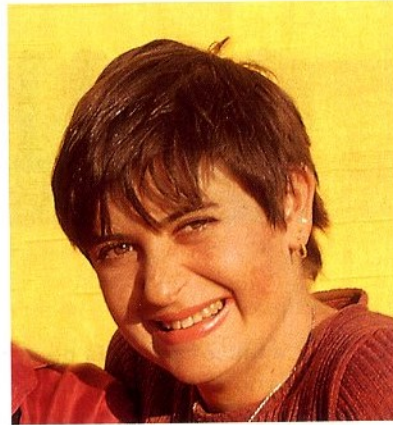
"Mi padre me buscó un trabajo en una federación de asociaciones de vecinos y compartía piso con una mujer que alquilaba habitaciones en la zona alta. Cambié paulatinamente de compañías, empecé a formar una nueva red de relaciones sociales y, aunque precariamente, me establecí de alguna manera. Poco a poco, fui haciéndome a la idea de que quizá sería bueno que revisara mi estado de salud. Finalmente, fui al Hospital del Mar y me hice las analíticas. No tenía miedo porque yo seguía con esa actitud de 'la, la, la', aquí no pasa nada, pero llegaron los resultados, y de los 900 CD4 que recordaba de mi primera y única analítica había bajado hasta los ¡50!. Yo no estaba muy segura de lo que eso significaba, pero sí que recuerdo pensar: pues joder, qué putada...!"

Es entonces cuando recibe su primera prescripción de AZT y sin que Mónica sepa a ciencia cierta lo que este fármaco puede hacer, para bien o para mal, decide, tras tomarlo erráticamente durante algún tiempo,

medicación muy duro, pero desde septiembre lo llevo mucho mejor".

Su última carga viral estaba por debajo de 200 copias y el próximo objetivo, en diciembre, es el de mantener esa indetectabilidad. Mónica califica su relación con su doctora como "escueta, seca. Pienso que quizá preferiría tener un doctor o doctora algo más humana, más 'simpática'".

Parece aceptar que las cosas son como tienen que ser, el pasado pasado está y el futuro siempre será, en todo caso, más prometedor que el presente. (Quizá Mónica sea una optimista poco dada a la reflexión, pero puede que eso sea mejor para su salud que ser una pesimista sobreconcienciada.)



"CREO QUE SOY MUY **AFORTUNADA,** MUCHO. EN REALIDAD, **ENCANTADA DE VIVIR**".

que eso no es para ella y se lanza a buscar ayuda en las medicinas complementarias.

Nunca se sintió maltratada por el medio sanitario, pero tampoco lo contrario: "sentí que me trataban como a cualquier otra persona, pero está claro que yo no era precisamente un modelo de paciente concienciada, que hace preguntas y quiere saber todo lo posible sobre su estado de salud..."

Hasta 1996, Mónica se ocupa de sí misma; visita a un acupuntor regularmente, abandona el alcohol, evita las conductas sexuales de riesgo y trata de llevar un estilo de vida más cuidadoso, más "medido". Durante los siguientes dos años no vuelve a seguir control hospitalario alguno. En 1996, tras severos episodios febriles que la llevaron en volandas al Hospital Clínico de Barcelona, recibe un diagnóstico de *Toxoplasmosis*. A ese primer ingreso le sigue otro, y ahí sus piernas ya empiezan a fallar seriamente. Mónica sale de este segundo ingreso en silla de ruedas y con una sonda para miccionar. Aunque la movilidad de sus piernas ha mejorado de forma considerable, la opinión de su doctora sobre las posibilidades de Mónica de volver a andar es dudosa: "Ahí ya supe que era el momento de hacer algo serio, y acepté empezar una triple combinación de indinavir+3TC+d4T. Tuve un período de adaptación a la

Mientras tanto, acude cada semana a una asociación de personas que van en silla de ruedas y pronto empezará a realizar labores de voluntariado en un centro para niños con parálisis cerebral. Además, dos veces por semana una fisioterapeuta privada la visita en casa y la ayuda a rehabilitar sus piernas. En diciembre también comenzó a acudir a la clínica Guttmann de Barcelona para mejorar su condición física. Mónica asegura que ya empieza a notar la mejoría y que está convencida de que "no voy a quedarme toda mi vida en silla de ruedas. Quiero recuperar mi independencia. Me gustaría trabajar con niños con VIH y ya estoy en contacto con una asociación en Barcelona que trabaja con SIDA pediátrico. Estoy dispuesta a continuar con mi medicación porque veo que me ha funcionado y que la necesito para recuperarme. El VIH me ha enseñado a valorar las pequeñas y estupendas cosas de la vida: el cigarrillo después de comer, el sol de la mañana, un rato de buena compañía... Soy también consciente de que gracias a mi pensión de invalidez no me falta de nada y que, vivir con VIH y tener penurias económicas debe ser tremendo, tremendo".

Y Mónica concluye con una frase generosa y franca como sus grandes ojos pícaros: "creo que soy muy afortunada, mucho. En realidad, estoy encantada de vivir". ■

“Viene y va más rápido que el parpadear, tuve que sentarme y pararme a pensar en cómo la gente de aquí y de allá se va a enterar, para asegurar que una mano me van a echar, Neneh Cherry se sabe el cuento y lo va a contar un montón de gente aquí tendida pillada por una plaga, y lentamente desaparecida por una inmuno deficiencia, ya ves, llamada SIDA”

I've got you under my skin
Neneh Cherry

The Red Hot Collection



“La filosofía detrás de la RedHot no es escribir ensayos pregonando lo maligno del SIDA y dictaminar lo bueno o malo de nuestro comportamiento. Nuestra misión es hacer buena música que dé placer y felicidad a nuestros corazones y nos ayude a levantarnos sobre las (...) penurias de la vida. Seguimos con nuestro esfuerzo de hacer discos porque creemos que la música es un gran medio para comunicar un mensaje sobre la tolerancia social y las relaciones sexuales sin riesgos.”

Extraído de RedHot+Latin, 1996

Al empezar la década de los noventa el panorama que nos ofrecía el caleidoscopio del SIDA era sobrecogedor, quedaba mucho por decir y más por hacer. El canal de la música no podía quedar al margen y la maquinaria empezó a rugir. Consignas y lemas como ‘Protege a tu pareja, usa condón’; ‘Silencio=Muerte’ o ‘Combate el SIDA, no a las personas con SIDA’ tuvieron su propia banda sonora: una iniciativa roja y caliente.

La serie comienza en 1990 con RedHot+Blue, un homenaje a Cole Porter con versiones de canciones de musicales actualizadas por estrellas del pop-rock del momento. Destacan las versiones de David Byrne, ya productor y muy implicado en el proyecto, de Annie Lennox, U2, Jungle Brothers, cuya canción *I get a kick out of you* se considera como el primer rap sobre el sexo seguro, Sinead O'Connor, K.D. Lang y cómo no, la espléndida versión del *I've got you under my skin* de Neneh Cherry. Cuando hasta entonces Prince sólo se había atrevido a describirla en *Sign o' the times* como ‘una gran plaga con un pequeño nombre’, la canción de Neneh es el primer éxito indiscutible en mencionar la palabra SIDA. Su impactante vídeo fue el primero de una colección de clips firmados por grandes de la publicidad y el cine.



En 1992, con portada del recordado Keith Haring, llega RedHot+Dance, una recopilación de éxitos pop-dance del año con temas inéditos regalados por George Michael, Lisa Stansfield y Madonna. En vista de los resultados obtenidos y de la reacción del público, la lista de la discografía se alarga con cinco títulos más en tan solo tres años: RedHot+Country, No Alternative, RedHot+Bothered, Offbeat y America is Dying Slowly, con un impacto menor por el carácter, tal vez, menos comercial de los temas propuestos.

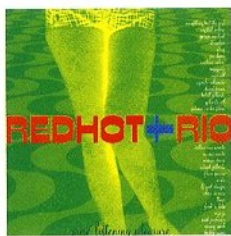
Pero compañías discográficas y artistas de todo el mundo de los ámbitos más diversos ya se han movilizado y convergen en la idea de que con la música puede lograrse algo: combatir la enfermedad describiendo e impulsando el sexo seguro, recordando en todos los registros una palabra: Prevención; sin olvidar, desde luego, la recaudación.

POR AMOR, USA UN CONDÓN

LA LECCIÓN QUE QUEREMOS COMPARTIR ES
QUE AUNQUE AHORA INCLUYA LÁTEX,
EL LENGUAJE DEL AMOR ES ETERNO

Según la organización, al cerrar el año 1996 se calcula en 6 millones de dólares el total de donativos acumulados por las ventas de discos de la colección RedHot y entregados a organizaciones de todo el mundo dedicadas a paliar el VIH/SIDA. No obstante, no tenemos datos de la cantidad recibida por ONG's o asociaciones en España o Latinoamérica.

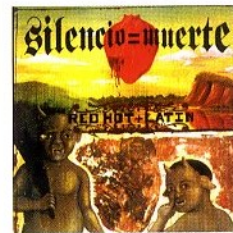
De cualquier forma, el acertadísimo RedHot+Cool viene a confirmar el calado de la colección, las ventas en Estados Unidos y Europa se disparan. Este disco de 1994, con el subtítulo *Stolen Moments*, es un exitoso recopilatorio de clásicos del jazz moderno y temas inéditos, compartidos en su mayoría por una estrella del jazz y raperos de moda. En el disco, dedicado a la población afroamericana, encontramos combinaciones tan sugerentes como Donald Byrd con Guru, Ron Carter con MC Solaar o Joshua Redman con US3. Toda una nueva sensibilidad para el acid-jazz, el hip hop y el funk. Aún puede encontrarse alguna edición con otro CD de versiones trip-hop de originales de John Coltrane titulado *A love supreme*. Al maestro Coltrane se le rinde homenaje el mismo año con un 'companion album' precioso: RedHot On Impulse.



En 1996 llega la novena entrega, RedHot+Rio, música marchosa, alegre, melancólica pero positiva, voces suaves y embrujadoras. Este disco nos regala toda la esencia de la bossa y de la samba, con tempos y sonidos actuales, un artista pop con una estrella de la canción brasileña, en homenaje a Tom Jobim. Una cuidadísima producción y las magníficas interpretaciones de EB TG, Cesária Evora con Veloso y Sakamoto, Funk'n'Lata, Jobim con Sting, y David Byrne con Marisa Monte convierten el CD en un 'indispensable' del año.

Junto a este disco aparece el RedHot on Verve, una selección de los grandes clásicos que inspiraron el RedHot+Rio en versiones de los más famosos artistas en el sello Verve: Astrud Gilberto, Antonio Carlos Jobim, Sergio Mendes o Caetano Veloso entre otros.

Siguiendo el giro de la organización hacia zonas geográficas más castigadas o menos atendidas, tras el RedHot+Rio, se edita a finales del mismo 96 el RedHot+Latin, otra fascinante interacción entre músicos angloparlantes y sólidos creadores de la música latina que incluye combinaciones como Fishbone y Los Fabulosos Cadillacs, Los Lobos o Café Tacuba; y nombres propios como Juan Perro o Rubén Blades.



Aún puedes encontrar en tiendas los tres últimos discos de los que hablamos y desde **Lo+Positivo** hemos intentado conectar con la organización a través de la dirección de e-mail que proporcionan los discos, pero parece ser solamente un catálogo de los datos de la compañía discográfica. Si alguien puede proporcionarnos más información, espléndido.

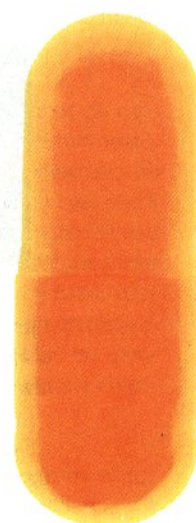
Antonio Pérez

AJ.

¿ tomar **fármacos**
para tratar el **VIH** ?

si lo haces,

hazlo **bien**



Adaptado de la publicidad de:

The Terrence Higgins Trust 

positive 
nation

positive
times

nam

¿Cuándo?

El intervalo de tiempo entre las dosis de cada uno de los fármacos ha sido establecido con cuidado para mantener estable su presencia en tu cuerpo.

Espacia las dosis de cada fármaco regularmente a no ser que tu médico te diga que no importa; tres veces al día significa una dosis cada ocho horas.

Si se te pasa una dosis no pierdas la calma, y no tomes una dosis doble. Sencillamente, tómate la dosis cuando te des cuenta, y a continuación toma la siguiente en su momento habitual.

Si vomitas dentro de las dos horas siguientes a la toma de un fármaco, ingiere otra dosis para reemplazarla, y después toma la dosis siguiente a la hora habitual.

Prueba a utilizar un reloj con alarma o crear un horario a manera de recordatorio. O bien, utiliza una cajita de pastillas que contenga los fármacos de un día, de tal suerte que puedas saber si te las has ido tomando o no.

¿Cómo?

Fíjate en qué fármacos deben tomarse con las comidas, y cuáles con el estómago vacío.

Mantén la constancia, o de lo contrario tu cuerpo ingerirá una cantidad equivocada de fármacos.

Intenta no equivocarte en las tomas ya que el fármaco puede no funcionar, o que el virus desarrolle resistencia (es decir, que empiece a ignorar el fármaco).

Anota a qué hora tomas cada fármaco, qué puedes comer y cuándo.

Si no estás seguro/a de cuándo tomar un fármaco o de qué puedes comer, pregúntale a tu médico, enfermera o farmacéutico.

¿Qué?

Mantener la cantidad correcta de fármacos en tu cuerpo es muy importante.

Si el nivel es demasiado bajo, el virus puede desarrollar resistencia (es decir, empezar a ignorar el fármaco).

Asegúrate siempre de que tienes las cantidades suficientes de fármacos para cubrir las tomas hasta la próxima visita al médico.

No reduzcas nunca las dosis durante unos pocos días. Eso es peor que dejarlas de tomar por completo.

Si padeces efectos secundarios desagradables, no abandones la dosis sin haber hablado con tu médico sobre maneras de tratarlos. Muchos efectos secundarios son temporales.

¿Por qué?

Tomar fármacos contra el VIH puede cambiar tu vida. Piensa en ello con calma.

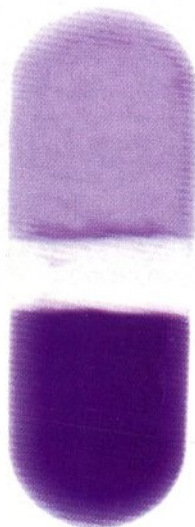
Ésta puede ser una relación de por vida entre tú y los fármacos. ¿Estás preparado/a para ello?

Los nuevos fármacos contra el VIH tienen reglas especiales y puede que sólo funcionen si los tomas adecuadamente.

Estas reglas incluyen tomar la cantidad adecuada de fármacos en el momento adecuado, planificar lo que comes y cuándo.

Si no te tomas cada fármaco de la manera adecuada, el virus puede hacerse resistente (es decir, empieza a ignorar los fármacos). Los fármacos que tomas dejarán de funcionar y otros fármacos contra el VIH puede que ya no te sean útiles posteriormente.

Tómate el tiempo necesario para elegir el momento adecuado en tu vida para hacer un cambio tan grande y empezar con los fármacos contra el VIH.



COMENTARIOS CON SUSTANCIA

Hola, ¡ya estoy aquí de nuevo!. Antes de comentar las recetas que aprenderemos a preparar con mucho amor, deseo felicitaros el Nuevo Año 1998, que espero hayáis empezado con buen pie y con mucha confianza en el futuro. Pues bien, veamos que tenemos hoy para comer:

De primero tenemos ensalada de escarola con mostaza.

Es bueno comer este tipo de alimentos por que las verduras están formadas mayormente por agua, con lo que su valor energético es pequeño. Son pobres en grasa, en hidratos de carbono y en proteínas. Su importancia nutricional reside en sus elevadas proporciones de carótenos (precursores de la vitamina A), vitamina C y sales minerales (calcio, sodio, magnesio, etc). También poseen cantidades variables de vitaminas del grupo B y algo importante para nuestro organismo: una elevada cantidad de fibra.

La ventaja de verduras y hortalizas es que son alimentos ricos en bases (alcalinizantes), con lo que contribuyen a mantener un equilibrio natural entre alimentos alcalinizantes y alimentos acidificantes. De esta manera, evitamos que los residuos de naturaleza ácida, a falta de los de naturaleza alcalina, se depositen en órganos, tejidos, huesos, músculos y nervios y generen trastornos metabólicos que puedan provocar reumatismo, diabetes, hipertensión, problemas circulatorios, hepáticos, digestivos, renales e incluso dentales.

Es conveniente, por tanto, comer mucha fruta, verduras cocidas y crudas y hortalizas, además de comer carne, pescado y legumbres. Así que, antes del estupendo plato de conejo, no vendrá nada mal a nuestros queridos cuerpos una buena ensalada.

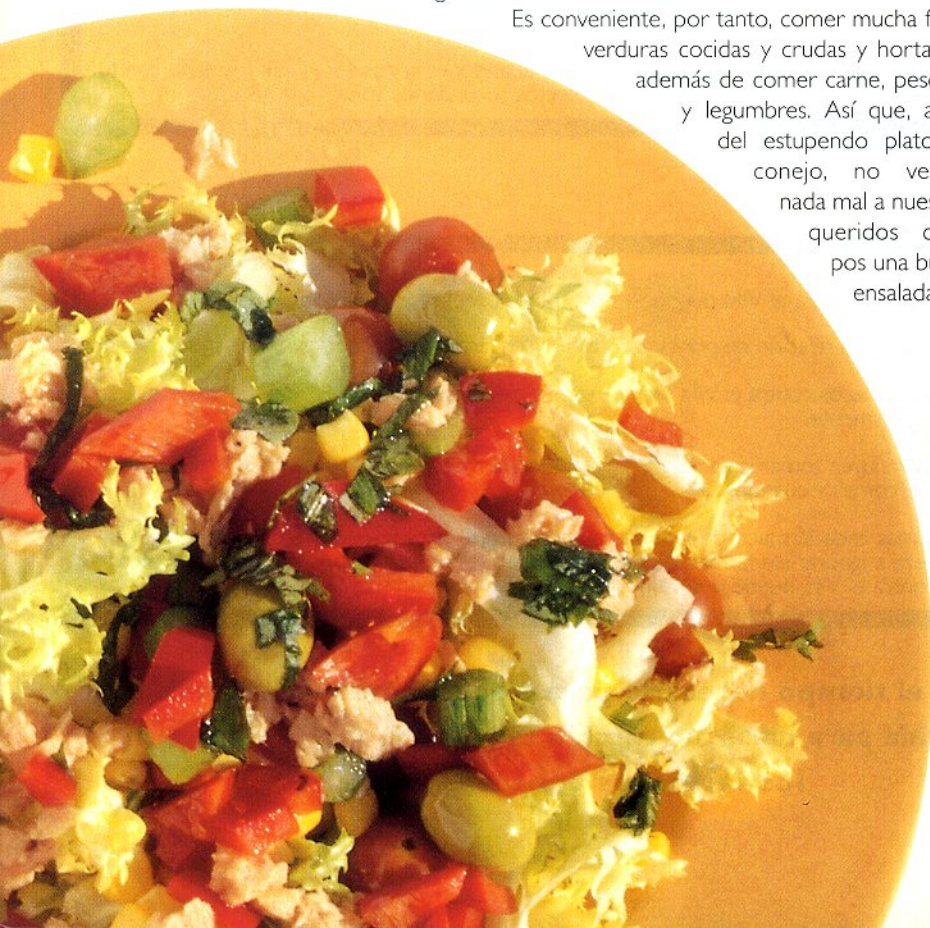
La escarola favorece la acción de la vesícula. Por otra parte, los condimentos también son importantes en la comida, ya que cambian los sabores y hacen más apetitoso lo que nos vamos a comer. Además, poseen sus propias cualidades, a saber:

AJO: potente antiséptico, desinfectante natural. Vermífugo (antilombrices).

ALBAHACA: previene los gases intestinales. Estimula el apetito. Facilita la digestión.

MOSTAZA: propiedades antisépticas. Eficaz contra los dolores de vientre. Facilita la digestión de materias grasas. Antioxidante.

APIO: estimula el apetito. Rico en vitamina E.



De segundo plato tenemos conejo al vino blanco: las proteínas que necesitamos después de haber comido una buena ensalada. Es importante comer proteínas diariamente, pero éstas no se encuentran únicamente en la carne y el pescado, también podemos encontrarlas en las legumbres (lentejas, garbanzos, alubias, soja y derivados de la soja), que junto con los cereales constituyen una buena base protéica. Es decir, no tenemos porqué abusar de la carne aunque cuando la comamos, podemos

hacerlo con gusto.

Las proteínas son imprescindibles para la formación de hormonas, enzimas, neurotransmisores y anticuerpos y porque la vida ocasiona un desgaste de proteínas en nuestro cuerpo que es necesario compensar. Si el cuerpo no recibe diariamente las proteínas que necesita para la formación y reparación de tejidos corporales, las busca en sus propios tejidos. Este proceso, denominado autólisis,

implica que poco a poco, vamos perdiendo nuestra masa muscular: quemamos nuestros propios tejidos. Así que ya sabéis, cuando comáis, pensad en nutrirlos.



De postre

tenemos boniatos, un alimento alcalinizante (base), condimentado con canela, que a su vez tiene propiedades preventivas de catarras, es antiséptica, vermífuga y favorece la contractibilidad muscular del aparato digestivo.

¡Ah, y los hindúes utilizaban la canela a grandes dosis como afrodisíaco!

¡Animáos a preparar estos sabrosos platos! Poniendo un poco de cariño y aderezándolo con un poco de música, cocinaréis los manjares más sabrosos de la manera más agradable. Así que, buen provecho y ¡a chuparse los dedos!

Ingredientes:

- ▶ Hojas de escarola
- ▶ Tomates cherry
- ▶ Maíz tierno
- ▶ 1 lata de atún
- ▶ 1/2 pimiento rojo
- ▶ 1 rama de apio
- ▶ 50 gr. de olivas
- ▶ 1 diente ajo
- ▶ mostaza del tipo Dijon
- ▶ aceite de oliva
- ▶ sal
- ▶ albahaca

Ensalada de escarola con salsa de mostaza

Preparación: se lavan muy bien las hojas de escarola, se escurren, se trocean y se colocan en una fuente. Se lavan muy bien los tomates, se lava y trocea el medio pimiento, y el apio, y se añaden a la escarola. A continuación, también se añaden el atún, el maíz tierno, y las olivas. Salar ligeramente.

Para la salsa: en un bol pequeño se echan dos cucharaditas de las de postre de mostaza de Dijon, el ajo muy picado y un chorro de aceite de oliva hasta por lo menos cubrir la mostaza (más si se desea). Se añade un poco de albahaca y se mezcla todo hasta conseguir una masa homogénea con la que se adereza la ensalada.

Sugerencias: la escarola es un buen purgante, pero si su sabor ligeramente amargo no apetece o no la encuentras en el mercado, se puede sustituir por lechuga. En todo caso, la lista de alimentos que pueden combinarse o sustituir en la ensalada es muy amplia: espárragos, cebolla, rábanos, pimiento verde, etc.

Observaciones: esta receta es muy sabrosa, pero hay que vigilar la acidez del estómago; además, está contraindicada para personas con diarrea. Finalmente, es muy aconsejable lavar a conciencia y con paciencia todo los alimentos que se vayan a comer crudos.

- ▶ 1 conejo tierno troceado
- ▶ 2 cebollas medianas
- ▶ 1/4 kg. de mojudones (setas)
- ▶ 1 vaso pequeño de vino blanco
- ▶ unas almendras tostadas
- ▶ tomillo
- ▶ sal y pimienta

Conejo al vino blanco

Preparación: Se sofríen los trozos del conejo con la cebolla y unas pizcas de tomillo hasta que esté dorado. A continuación se añade el vino y los mojudones y se salpimenta. Seguidamente se añaden las almendras previamente picadas. Se deja cocer hasta que la salsa coja espesor. Se sirve con un poco de pan frito.

Sugerencias: el conejo se puede sustituir por pollo en trozos pequeños; los mojudones, por su lado, se pueden cambiar por otras setas, como níscalos o champiñones.

Observaciones: el tomillo puede ayudarte a prevenir úlceras en la boca y es un buen purificador de la sangre, por lo que es aconsejable tomarlo con frecuencia casi diaria.

- ▶ 1/2 kg. de Boniatos
- ▶ azúcar
- ▶ canela
- ▶ aceite de oliva

Boniato frito (4 raciones)

Preparación: Se pelan y cortan los boniatos en rodajas de un dedo de espesor. Se pone la sartén con aceite abundante sobre fuego moderado-fuerte y se deja calentar sin que llegue a quemarse. Entonces se fríen las rodajas. Conforme están listas se colocan en un plato con papel absorbente. Una vez hechas todas, se colocan en una fuente espolvoreadas con azúcar y adornadas con canela en polvo.

Sugerencia: un proceso parecido se puede seguir con el plátano.

Observaciones: si la canela te provoca náuseas o simplemente no te gusta, sustitúyelas por miel, cuidado con las cándidas.

CARMEN MARTÍNEZ

Esplendor en las hierbas



El uso de plantas medicinales, los remedios de la abuela y los sistemas de sanación de los pueblos indígenas hasta hace poco estaban en desuso. Pero este enfoque empieza a cambiar. La vuelta a los herbolarios o los remedios populares no es ningún retroceso. Casi la mitad de los fármacos actuales son de origen vegetal. Pero claro, se hace poco práctico el uso tradicional de infusiones y tisanas medicinales y se pensó que sería más eficaz la síntesis total de los principios activos presentes en las plantas.

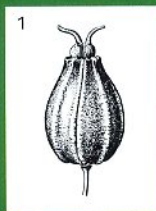
Pero si me duele el estómago, ¿por qué no puedo prepararme una manzanilla, entreteme en poner el agua a hervir; y decidir si prefiero más o menos azúcar? Tal vez sea más cómodo tragar el comprimido de antiácido pero hay otros factores que pueden lograr que me deje de doler el estómago. Puedo sentirme reconfortado al ver humear la manzanilla en mi tazón favorito, sentirme mejor en casa si hace frío y el líquido está caliente, sentirme bien en mi hogar. Y ambas cosas son eficaces, tanto el antiácido como las sustancias antiinflamatorias que posee la manzanilla... en realidad ambas cosas son medicamentos pero el comprimido de antiácido no humea, no sabe a nada, no puedo compartirlo sentado a la mesa con nadie mientras doy vueltas entre los dedos a mi tazón favorito...

Más de una cuarta parte de los fármacos empleados hoy en día en los países industrializados procede directamente de productos vegetales. Otra cuarta parte son una simple modificación de su estructura. Sólo una décima parte de los fármacos empleados actualmente son fármacos procedentes exclusivamente de un diseño de laboratorio. Eso no implica que los productos vegetales no sean eficaces o que carezcan de efectos secundarios. Se ha de tener en cuenta que, según la Ley del Medicamento, una planta que tenga una acción terapéutica (medicinal) es un medicamento y se le aplicarán las mismas exigencias y requisitos de eficacia, seguridad y control de calidad que a cualquier medicamento. A continuación se describe una pequeña representación de éstas.



1 Anís estrellado (*Illicium vera*):

Aumenta el movimiento del estómago y provoca que las burbujas de aire se unan formando otras más grandes que se pueden expulsar. Algunas veces, los tratamientos antirretrovíricos producen gases e hinchazón en el estómago provocando flatulencias. El anís estrellado junto al hinojo, corteza de canela, naranja amarga, flores de manzanilla y romero puede aliviar este problema. Se toma en infusión.



2 Manzanilla:

Hay dos variedades: *La matricaria chamomilla* es un potente anti-inflamatorio y, a su vez, también es adaptógeno; *La matricaria recutita* actúa sobre las prostaglandinas, el mismo lugar donde actúa la aspirina, y logra disminuir la inflamación visceral. Se toma en infusión, aunque también puedes usarlo tópicamente sobre quemaduras y picaduras.



3/4 Romero (*Rosmarinus officinalis*) y Tomillo (*Thymus maritimum*):

Ambos tienen capacidad antimicrobiana, en especial atacan los microbios que actúan en el tracto respiratorio y digestivo. Se toma en forma de inhalaciones, baños... Especiar la carne con romero o tomillo disminuye la cantidad de microbios en la carne, y hace que ésta sea más digerible, a la vez que logra que sea más apetitosa.

5 Tanaceto (*Tanacetum parthenium*):

Alivia las migrañas. Se toma en infusiones.

6 Agua de Hammamelis:

Se utiliza en colirios y sirve para disminuir la inflamación, molestias y conjuntivitis oculares. También posee cierto poder antimicrobiano.



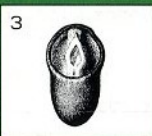
7 Boldo (Boldea boldus):

Tiene poder colerético, (produce un aumento de la capacidad del organismo de sintetizar bilis). La bilis es la vía que tiene el hígado de expulsar las sustancias nocivas al intestino y que éstas desaparezcan con las heces. Una parte de los fármacos antirretrovirales son metabolizados por esta vía, por lo que se produce un gasto diario de bilis importante. Las hojas del boldo en infusión pueden detener este gasto de bilis y proteger el hígado.



8 Fibra:

Es la parte de los vegetales que no se puede digerir porque es inatacable por los fermentos y enzimas digestivos. Por lo tanto, toda la fibra que tomemos será expulsada por las heces. Es importante por su capacidad para absorber y retener agua, y también porque arrastra sustancias orgánicas e inorgánicas que puedan ser tóxicas. Es útil para tratar el estreñimiento, pero puesto que, en la dieta occidental se ha dejado de consumir cereales sin manufacturar se ha perdido una cantidad considerable de fibra natural. Una opción sería comer más muesli y cereales integrales. Una planta que tiene gran cantidad de fibra es el Plantago (Plantago ovata), que se toma en comprimidos o en polvo. Pero, ¡ajo!, no hay que excederse con la toma diaria de fibra ya que arrastraría consigo sustancias necesarias como las vitaminas A y D, junto con el calcio.



9 Pectina:

Es soluble en agua. Abunda en los frutos maduros sobre todo en la manzana y en la ciruela. No hay que confundirlo con la fibra pues sus efectos son totalmente contrarios. En una manzana la piel sería fibra, la cual no es fácilmente digerible, y la pulpa madura sería la pectina. Tiene un aspecto de gel o jalea. Se utiliza para frenar las diarreas suaves ya que, al formar un gel, absorbe en su superficie el agua y da consistencia a las heces.



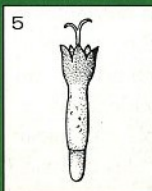
10 Ginseng (Panax ginseng):

Se utiliza la raíz. Es un adaptógeno, es decir, logra que el organismo se prepare y actúe de manera más eficaz frente a situaciones de estrés y de debilitamiento, tanto físico como mental, debido a que puede lograr aumentar las defensas. Clínicamente, su presunta acción afrodisíaca nunca ha sido probado. Existen varios subtipos. El ginseng coreano es sometido a cierta reacción química que logra que sea rojo. Este procedimiento no hace que el ginseng sea ni mejor ni peor. Lo importante es que el ginseng tenga la cantidad de principios activos necesarios para que presente acción terapéutica.



11 Levadura de cerveza:

Es un hongo que logra que la cerveza fermente. Es la mayor fuente de vitaminas del grupo B, y a la vez la más barata. Se toma para aliviar la fatiga y en déficits de vitaminas del grupo B. Su sabor es amargo. Se presenta en forma de líquido, polvo, comprimidos y copos. Un truco culinario es mezclar los copos con el pan rallado para rebozar carne. De esta manera se aumenta el poder nutritivo de la carne. No te pases al tomarla por los hongos que pueden desarrollarse.



FERNANDO G. BALLESTEROS

Hemos pospuesto hasta el próximo número el curso establecido en *anotaciones al margen*, para hablar de la VIII Conferencia Internacional de Personas Viviendo con VIH/SIDA (PLWHA), organizada por GNP+ e ICW y realizada en Changmai (Tailandia) el pasado noviembre.

Para algunos países, las únicas terapias disponibles son algunas de las NATC (naturales, alternativas, tradicionales, complementarias). A pesar de las diferencias existenciales a nivel internacional, hay algunos problemas, necesidades, proyectos, ideas y derechos que sí parecen comunes y de los mismos hacemos un pequeño resumen de lo debatido por los representantes de 50 países.

El taller "Estar sano-saludable con VIH" fue enfocado desde el punto de vista de las terapias NATC; se destacó el problema de que no se realizan investigaciones de algunos productos debido a que son productos que no se pueden patentar (p.e., los derivados de agentes naturales). También las firmas farmacéuticas alegan que tienen una acción más baja y más variable que la medicina química convencional.

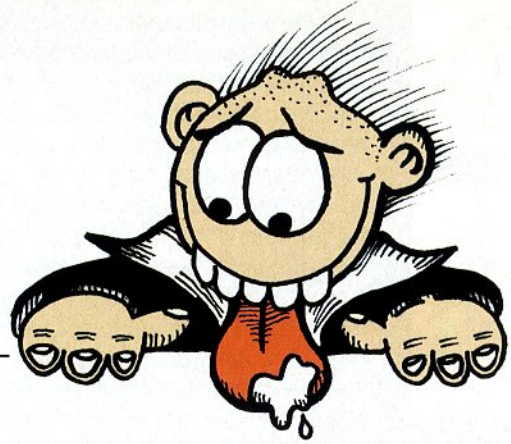
Las terapias NATC pueden contribuir a mejorar significativamente la calidad y cantidad de salud cuando sean usadas apropiadamente y pueden dar a la PLWHA un sensible incremento de control sobre su vida y su salud. Se sugiere la unión de la medicina convencional y no convencional, destacando la importancia de las terapias complementarias a los tratamientos convencionales.

Del taller "Cuidarse a si mismo", las propuestas/conclusiones son practicar una dieta saludable, trabajar el espíritu, no tener sentimientos de culpabilidad, estar bien consigo mismo, y la meditación, todo lo cual puede mejorar la calidad de vida.

En el taller "Acceso a tratamientos en países subdesarrollados y desarrollados", se recomendó la mejora de la educación de los médicos en lo que se refiere a opciones de tratamiento. Los gobiernos deberían proveer de comida nutricional y vitaminas a PLWHA. Se necesitan más ensayos clínicos de tratamientos complementarios para asegurar la efectividad de estas terapias.

XEVI GARCÍA FLORIS

La dieta de mi mejor amig@



Ya sabemos que la pérdida de peso es un problema frecuente en la infección por VIH. Puede ser debido a muchos factores: fatiga, estrés, diarrea, dolencias del aparato digestivo, etc. Para afrontar esta nueva situación vamos a adaptar nuestra dieta de la mejor manera posible.

Tod@s, una vez u otra, nos hemos encontrado que tras una gripe o una enfermedad gastrointestinal no tenemos apetito o comemos con desgana ciertos alimentos. Después de un cierto tiempo es difícil retomar nuestras costumbres alimentarias. No obstante, una alimentación insuficiente nos puede conducir a una mayor pérdida de peso. Recordemos que si nuestro cuerpo no recibe un aporte suficiente de proteínas y energía, echa mano de las reservas, es decir "los buenos kilos". Esos kilos se restan de los músculos y después del tejido adiposo, la grasa.

Por una parte, en las personas seropositivas, la pérdida de kilos se achaca a la misma presencia del virus en su organismo, pero, también puede ser debido a problemas psicológicos derivados de la enfermedad. Las personas infectadas por el VIH pasan por altibajos y depresiones durante los cuales tienden a aislarse y a dejar de lado los cuidados esenciales. A veces se pierde la ilusión por vivir, las esperanzas, las ganas de trabajar y de relacionarse. En consecuencia, un@ deja de comer. Normalmente, estas épocas son pasajeras.

Para evitar esa pérdida espontánea de kilos que puede tener consecuencias en el organismo tales como ocasionar la aparición de enfermedades oportunistas vamos a sugeriros una serie de ideas muy fáciles de llevar a cabo y que esperamos os sean de ayuda. Pero, ¡atención!, no os peséis cada día haciendo que el número que marca la balanza sea una obsesión en vuestras vidas. Con pesarse dos veces al mes ya es más que suficiente.

● Vegetarian@s también

Por cierto, si no deseas comer alimentos derivados de animales puedes utilizar leche de soja o soja reforzada, frijoles y otras fuentes de proteínas vegetales juntamente con una variedad de panes, granos, pastas, legumbres, frutas y vegetales. En caso de no querer consumir carne, incluye en tu dieta productos lácteos y huevos, además de panes, semillas, pastas y legumbres.

● Intolerancia a las grasas

Si evitas las comidas con alto contenido graso, consume queso y leche desgrasados. Las carnes, los pescados y las aves pueden prepararse a la plancha, al horno, presentarse como asados o cocinados al vapor. Quítale la piel al pollo y desgrasa las carnes antes de cocinarlas. Las grasas son una excelente fuente de calorías aunque muchas veces resultan difíciles de digerir: La intolerancia a las grasas es un problema común en las personas seropositivas. Si sientes malestar después de las

comidas o de ingerir alimentos con alto contenido graso, es posible que necesites retocar tu plan de alimentación y reducir la cantidad de grasas que consumes. Generalmente, no es necesario eliminarlas totalmente de la dieta y, de hecho, no es recomendable a menos que te provoque diarrea. De todas maneras, insistimos que sólo debes tachar estos alimentos de tu lista si realmente las grasas repercuten en tu organismo de una manera severa y continuada.

Debes saber que hay alimentos que contienen una forma especial de grasa fácilmente digerible y otros que no contienen grasas sino que poseen calorías y proteínas extras. Estos productos pueden ser útiles para mantener tu nivel de absorción y tu peso en unos niveles apropiados. Pregúntale a tu médico sobre este tema o consúltalo a un/a dietista especializado/a (dirígete a las tiendas de alimentación dietética).

● Intolerancia a la lactosa

Si no te gusta la leche, no te la bebas. Trata de añadirla (en forma líquida o en polvo) a las comidas tales como sopas, pastel de carne o guisados. Además, puedes elegir flanes o puddings, yoghurt, requesón o queso fresco como substitutivos de la leche. Por ejemplo, añade yoghurt al aliño para ensaladas o a las compotas de frutas o cuando te prepares platos de vegetales. Usa queso derretido para cubrir las patatas, los vegetales, en el interior de las tortillas a la francesa, en pizzas o en sandwiches tostados. Puedes disimular su sabor usando la leche para gratinar verduras, patatas y pastas o usarla en la salsa bechamel.

En el caso de que quieras obtener algunos de los mismos nutrientes que se encuentran en la leche sin consumir queso o yoghurt, come brócoli, vegetales de hoja (distintas variedades de coles u hojas de remolacha), frijoles, salmón enlatado y tortitas de maíz (ya puedes encontrarlas en los supermercados).

Si observas que la leche, los quesos y los helados te provocan calambres estomacales, hinchazón o diarrea, es posible que presentes una intolerancia a la lactosa, es decir que tu cuerpo tenga dificultades para digerir un tipo de azúcar que se encuentra en la leche y sus derivados. Esta situación puede cambiar con el tiempo, lo que te permitirá volver a consumir este tipo de alimentos después de una pausa.

Recuerda, pues, que las comidas que contienen productos lácteos también pueden ocasionarte problemas. Existen una larga lista de productos que pueden ayudarte a digerir la lactosa. Son las llamadas píldoras o gotas de lactasa que se toman antes de consumir alimentos que contienen grandes cantidades de lactosa. Puedes consultar a tu médico antes de adquirirlas en la farmacia. Sin embargo, algunas leches y sus derivados que se encuentran en la sección de lácteos de los supermercados ya contienen estos productos. Algunos productos que contienen menos lactosa son más fáciles de tolerar: Por ejemplo, la leche agria, el requesón, queso fresco ("Quark"), los quesos curados, los sorbetes y los yogures. Ya hemos mencionado la leche de soja enriquecida, la crema no láctea y oros substitutos de la leche.

● ¿Vegetales?

¡Arghhh... no me gustan!

Si tú eres uno de los que no desean comer vegetales, trata de consumirlos crudos como snacks, entre horas. También puedes aderezarlos para que tengan un sabor más atrayente. Elige guisados de vegetales como la lasagna de alguna verdura (la de espinacas es excelente). Si, a pesar de ello, los vegetales no te son gratos al paladar, aumenta las porciones del grupo de las frutas y de los panes.

● Entre platos anda el juego

Si te da pereza cocinar, mantén en tu congelador comidas preparadas como pizzas, vegetales y otra serie de comidas convenientes. Compra comidas fáciles de preparar como sopas enlatadas, tostadas, cereales, macarrones, raviolos, albóndigas, etc. Otra opción es que escojas un día a la semana para cocinar en grandes cantidades y que congeles porciones para recalentarlas en otras ocasiones.

● Si yo fuera ric@...

Para enriquecer tus platos y así aumentar tu peso cuando no estás en una fase de diarrea, puedes trocear jamón dulce, echar daditos de queso, añadir trocitos de pollo o ternera a los potajes de legumbres, a los platos, a las pastas, etc. Puedes fundir queso sobre las legumbres, los guisantes salteados, el arroz, las pastas, el puré, etc.

Puedes añadir mantequilla o ac eite de oliva (primera presión, en frío) al pan, a las legumbres, al arroz, a los purés, etc.

Para preparar tus potajes, tus comidas, sustituye el agua por leche (ver el apartado de intolerancia de lactosa arriba). Haz lo mismo con las salsas. Vierte yoghurt o leche de soja para consumir tus cereales. Añádelas a las salsas y a las patatas redondas que acompañan los asados.

● Fiebre de hambre

Ya sabemos que, a menudo, las propias medicaciones que se recetan para luchar contra el virus repercuten sobre el apetito y las ganas de comer. A veces, síntomas como la fiebre también tienen como consecuencia la pérdida de peso. Las necesidades de líquidos y calorías son superiores cuando tienes fiebres o sudores nocturnos. Recuerda que si estás pasando una temporada en que padeces sudores nocturnos, sofocos o fiebres, debes intentar aumentar la ingestión de líquidos a más de 8 vasos diarios. Tienes que alimentarte hasta seis o más veces por día, y puedes hacerlo picando durante el día...

● Para seguir

Debido a que los síntomas que puedes experimentar son variados y pueden cambiar con el tiempo, es muy importante que sigas un control médico. Con los nuevos tratamientos y las nuevas terapias, la buena nutrición te ayudará a cuidar de tu organismo adecuadamente y te dará la fuerza que necesitas para seguir luchando contra el VIH.

SUSANNA SALILLAS

¡ NO SEAS PEREZOS@, BABY!

De todas formas, la mayoría de las veces, lo más difícil es empatar. Intenta cambiar tu dieta. Come con regularidad. Ante todo debes planificarlo. Hazte un menú diario. Puedes seleccionar lo que te apetezca entre estas sugerencias o las menjaras favoritas, pero sin repetirte mucho (con los productos lácteos, por ejemplo). Recuerda: puede que no sea adecuado con el tratamiento antirretroviral que estás tomando (habla con el te nutricionista del hospital y/o amigos que están tomando los mismos fármacos):

Mañana:

Zumo.

Tostadas con mantequilla y miel o mermelada.

Cacao caliente con leche en polvo sin contenido graso.

A media mañana:

Cereales con pasas.

Yoghurt y zumo.

Mediodía:

Sopa de vegetales.

Pechuga rebuzada con lechuga y tomate.

Galletitas integrales (con frutos).

A medio tarde:

Yoghurt de sabores o frutas.

Dulces integrales.

Noche:

Ensalada con alioli.

Lasaña (de carne, de verduras, etc).

Calabacines.

Pastel de manzana.

Antes de ir a dormir:

Galletitas y una infusión.

¿Ves qué sencillo? Pues, ahora te toca a ti. Haz que tu mesa sea la de un restaurante de cuatro cubiertos. Cuidate porque te lo mereces. Evidentemente, más calorías no tienen que significar más azúcares -cuidado con las candidas-. Y el hígado prefiere las frutas y las verduras a tanta leche y huevo -¡Habla con tu cuerpo y escucha sus necesidades!-

ABSÓRBEME OTRA VEZ



¿Qué ocurre desde que se ingiere la medicación hasta que empieza a ser eficaz? ¿Cómo se absorbe? ¿Cómo va a parar de mi tubo digestivo a los órganos donde realmente se necesitan? ¿Puedo comer o no? ¿Interactuará un fármaco con otro?

Los fármacos para ser efectivos tienen que ser absorbidos por nuestro organismo, llegar hasta el torrente circulatorio y de allí difundir a las células diana. El fármaco ha de estar disponible en el organismo para poder ser utilizado y para que actúe correctamente y sea eficaz. Es lo que se denomina biodisponibilidad. Esto se consigue una vez ha alcanzado el torrente sanguíneo, y para lograr esto, primero ha de ser absorbido. Para los medicamentos tomados por vía oral el organismo utiliza los mismos "canales" que se utilizan para absorber los alimentos, aun cuando los fármacos antirretrovirales sean moléculas mucho más complejas que los glúcidos, proteínas, lípidos y vitaminas que en un alimento podríamos encontrar. Por vía oral, los medicamentos se absorben a través de la mucosa del estómago y la mayoría de veces en el duodeno. La absorción de un fármaco es un mecanismo en el cual intervienen multitud de factores. Así, normalmente los fármacos de tipo ácido se absorben en el estómago, como por ejemplo, el ácido acetilsalicílico, componente fundamental de la aspirina, aunque muchas veces esto no se cumpla a rajatabla.

Hay algunos antirretrovirales para los que un estómago demasiado ácido puede resultar un problema, como es el caso del ddl, ya que la acidez disminuye su absorción. Para evitar esto, el ddl lleva incorporado en su formulación un antiácido para disminuir la acidez del estómago. Debido a esto, el ddl interfiere con todos aquellos fármacos que necesitan un medio ácido para su necesaria absorción como es el caso de la dapsona, ketoconazol, itraconazol, tetraciclinas o quinolonas. Es muy importante que tanto dapsona como ketoconazol sea tomado dos horas antes o dos horas después de la ingesta de ddl porque de lo contrario dapsona sería mal absorbida, y por lo tanto disminuiría su biodisponibilidad en el organismo, es decir, en realidad no tendríamos la dosis de fármaco necesaria. Dapsona es un antibiótico

contra varios tipos de bacterias que se utiliza para el tratamiento de la neumonía causada por *Pneumocystis carinii*. El ketoconazol se toma para tratar las candidiasis. En estos casos se deberá evitar tomar cualquier tipo de antiácidos, (bicarbonatos y demás), así como antiulcerosos (ranitidina, cimetidina).

Debido a la presencia de este antiácido en el ddl, tampoco es conveniente tomarlo junto a ciprofloxacino, un antibiótico usado para infecciones respiratorias y urinarias. Tampoco se debe tomar con antiácidos del tipo hidróxido de aluminio, porque el aluminio reduce su absorción.

Hay que tener en cuenta que ciertas sustancias que pueden incrementar la acidez del estómago como es el caso de la cafeína, aumentando en cierto grado la sensación de náusea o vómitos. En ese caso es mejor suprimir por el momento el café. Tampoco es recomendable tomar un café tras haber tomado ddl.

Otro fármaco antirretroviral importante es indinavir. Este fármaco se absorbe rápidamente en ayunas. La administración de indinavir con comidas ricas en grasas provoca que éste deje de absorberse en un porcentaje muy alto. Y esto es peligroso pues una dosis 'subóptima' podría facilitar que el virus se multiplicara y que se generaran cepas resistentes a la medicación. El problema aparece cuando el indinavir en ayunas genera náuseas y vómitos. Lo que se ha de procurar entonces es tomar el fármaco junto a una comida ligera, como pueda ser una tostada con mermelada, zumo de manzana y leche descremada y azúcar o una comida de copos de cereales y leche descremada. Este tipo de comidas disminuye la sensación de náusea y no impide la absorción del fármaco.

También existe un problema de absorción de indinavir cuando se toma en una combi con ddl. Indinavir necesita para su absorción óptima un estómago ácido pero el ddl como anteriormente hemos comentado sería destruido en esa acidez.

Por lo tanto, si se administran conjuntamente deberían separarse sus tomas por espacio de al menos una hora (ver el #1 de **Lo+Positivo** para ejemplos prácticos). Indinavir también presenta una serie de interacciones con otros fármacos. Se ha de aumentar la dosis si se toma junto a ketoconazol, y se ha de disminuir si se hace con rifampicina.

Si se toma zumo de pomelo, se incrementará la cantidad de los fármacos metabolizados por la misma vía enzimática en el torrente sanguíneo. Esto es debido a que el zumo de pomelo es capaz de inhibir unas enzimas que metabolizan (degradan) el fármaco. En teoría esto podría aumentar la eficacia del indinavir, pero se ha de ser cuidadoso respecto a esto, porque no se ha de aumentar la biodisponibilidad normal de indinavir. Como ya sabemos, sí es interesante hacerlo con saquinavir, debido a su bajo nivel de absorción. Nota: ya se ha aprobado una nueva versión de saquinavir en EEUU, y en España se puede conseguir por uso compasivo (ver el breve en La Verdad).

Otro fármaco que presenta cierta interacción con las comidas es el AZT. No se ha de tomar con comidas grasas.

En líneas generales el pH del estómago ha de ser ácido, es necesaria esta acidez para poder degradar y romper la estructura de los alimentos, y para que éstos puedan ser absorbidos correctamente. Cuando el ácido del estómago es elevado se produce lo que normalmente llamamos ardor de estómago. Cuando tenemos ese problema lo que se suele hacer es tomar bicarbonato o sales de fruta. Lo que estáis

haciendo es disminuir la acidez tomando una substancia

de sentido contra-

rio. Se debe de

tener cuida-

do con esto,

ya que este tipo

de productos dis-

minuyen mucho la

acidez, y para que el

estómago funcione

debe haber un mínimo de

ácido!, y además os puede producir flatulencias.

Lo más recomendable es tomar un antiácido.

Algunos de los mejores son los trisilicatos (Almax®,

Gelodrox®) que además de proporcionar una acidez

correcta, crean una capa gelatinosa en el estómago que lo

protege.

Antes hemos comentado que por vía oral el otro "canal" por el que se absorbe un fármaco es a nivel duodenal. La mayoría de medicamentos se absorbe aquí. El duodeno es la parte primera del intestino delgado que se encuentra el bolo alimenticio o cualquier substancia tras salir del estómago. Un aumento excesivo del peristaltismo (movimientos rítmicos del intestino que hace que avance el alimento o cualquier substancia), provocaría que no diera tiempo a que los medicamentos y alimentos se absorbieran en esta zona.

Un ejemplo de esto es el café, esta vez no debido a la cafeína sino a unos polialcoholes, que provocan que se active demasiado el intestino y aumentaría excesivamente su velocidad. Es sabido que hay personas que inmediatamente después de que toman su café matutino tienen una necesidad imperiosa de ir al lavabo...

El tiempo de contacto del fármaco con la mucosa es importante y está relacionado con el tiempo de paso por el estómago y la velocidad de vaciamiento del estómago. Hay múltiples factores que modifican esto. Uno de esos factores son los gases disueltos en algunas bebidas. Las burbujas de las bebidas efervescentes logran que se vacie el estómago antes y que la medicación pase rápidamente al duodeno. A modo de curiosidad, si se toma una bebida carbonatada con, por ejemplo ketoconazol, se incrementará la absorción del fármaco.

La diarrea es uno de los problemas que provocan un aumento de la velocidad de paso por el duodeno, provocando una mala absorción, no ya de medicamentos, sino incluso de los nutrientes necesarios para la supervivencia. Por lo tanto es muy importante tratar la diarrea a base de una dieta adecuada. También hay que tener cuidado con ciertos compuestos vitamínicos ya que éstos contienen calcio, zinc y hierro, y pueden reducir la absorción tanto de minerales como del compuesto.

Lo que siempre se debería tener en cuenta es tomar mucha agua (aunque se hace más hincapié con indinavir, todos los medicamentos van mejor con agua). La medicación se excreta principalmente por el riñón y para que las nefronas realicen bien su trabajo de filtrado debe haber mucha agua, mucho líquido en el que dispersar los medicamentos, porque de lo contrario, una alta concentración de éstos podría producir piedras y causar problemas en el riñón.

Como comentario final diremos que la dosis de fármaco está pensada para que sea la adecuada, es decir, aquella en que actúa de forma mejor y más eficaz. Por lo tanto, el fármaco debe ser absorbido íntegramente.

FERNANDO G. BALLESTEROS

Referencias: El primer paso hacia la erradicación del VIH-1, José M Gatell, José Meusa, Laura Zamora, Feb 1977.

The HIV Drug Book, San Francisco General Hospital AIDS Program. Estudio, Slaughter RL, Edwards DJ, Recent Advances: the cytochrome P450 enzymes, Ann Pharmacother 1995;:619-624.

Estudio, Merck & Co, Crixivan (Indinavir Sulfate) capsules product monography, Nutley West Point, PA, 1996. ●

Volver a empezar

(o quizá no...)

Hace siete años me diagnosticaron como VIH+. Unos días más tarde, comenté a una amiga, medio en broma, medio en serio, que iría a ver a una echadora de cartas, para comprobar si eso de la videncia existe. "Será fácil comprobarlo", dije, "porque yo sé perfectamente lo que me va a pasar". Mirado desde la perspectiva de los años, mi seguridad de entonces resulta enternecedoramente ingenua. Yo había visto el gráfico de progresión de la infección por VIH, y tenía muy claro que esas cifras-10 años hasta enfermedad -18 meses de SIDA, y después, muerte- se aplicarían literalmente a mi caso.

Siete años más tarde, he visto personas desarrollar infecciones oportunistas y morir sólo meses después de haberse infectado, mientras otr@s siguen adelante varios lustros después de haberse infectado sin medicarse y con unas defensas altísimas. En mi caso, el péndulo de la esperanza está llegando al extremo opuesto de donde estaba en 1990. Mi carga viral es indetectable. Mis

defensas están más altas que nunca. De repente, vuelvo la mirada atrás y me pregunto ¿por qué dejé la carrera? ¿Por qué no he buscado una mayor estabilidad profesional? Después de haber creído durante muchos años que jamás llegaría a cumplir los 30, ahora me pregunto qué haré cuando tenga 60, y el mercado laboral me rehúya como un apestado por mi edad, y no por mi virus.

Como todos los péndulos, éste también vuelve atrás. Cada vez más los inhibidores de la proteasa están fracasando con amigos, y yo, que he tomado todos los antirretrovirales posibles, soy un firme candidato a seguir el mismo camino. El péndulo emocional no puede, sin embargo, volver al mismo sitio de donde vino. Una vez que has adquirido el sentido de la imprevisibilidad de la vida, no es posible perderlo.

Los inhibidores de la proteasa han desencadenado un revuelo de optimismo que puede ser exagerado. No cabe duda, sin embargo, que en estos últimos dos años ha habido cambios que van más allá de los análisis de carga viral. El número de personas que han muerto de cáncer en mi entorno ha superado el

número de personas que han muerto de SIDA. Yo no soy, ni mucho menos, quien más problemas de salud tiene en mi entorno laboral y familiar. En mi mundo, la enfermedad y la muerte han dejado de ser propiedad exclusiva de l@s seropositiv@s.

La incertidumbre esencial con que vivimos las personas infectadas por el VIH (¿cuánto tiempo voy a vivir? ¿hasta dónde aguantará mi salud?) es el temor propio de todos los humanos, aunque nosotros hayamos aprendido a hacernos estas preguntas mucho más jóvenes que la mayoría. Es muy difícil planificar nuestras vidas cuando las variables básicas -longevidad, salud, calidad de vida- siguen siendo incógnitas, pero, aunque la investigación médica sigue avanzando, la incertidumbre parece inexorablemente unida al hecho de ser humano.



ILUSTRACIÓN: ISMAEL CARRILLO

GUILLERMO VALVERDE

Emociones

La aparición de los nuevos fármacos para el VIH, y los resultados tan espectaculares producidos, provoca que las personas que tenemos el VIH nos relajemos, yo diría que mucho.

Temas como el cuidado emocional, la muerte y el propio cuidado físico ya no son tan importantes; es como si estuviéramos olvidando la repercusión que todo esto puede tener en nuestro sistema inmunológico. Ahora parece que lo importante es tomar los fármacos correctamente, esperar que tus defensas suban y tu carga viral se mantenga indetectable. Olvidamos que al tomar estos cócteles tenemos que cuidar más nuestros hígado, riñones y páncreas. Está bien tomarse un respiro (ya nos tocaba) pero no hay que olvidar que aún no tenemos una solución definitiva para el VIH.

En este artículo os hablaré del cuidado emocional y las repercusiones que el descuido nos puede traer.

Dicen los chinos que la tristeza se acumula en los intestinos. Otros que las emociones y sentimientos mal canalizados son expulsados por el cuerpo a través de los líquidos. No es de extrañar que ante una inestabilidad emocional podamos somatizar en forma de diarreas y vómitos: nuestro cuerpo es listo y arroja lo que le sobra, no quiere o simplemente no digiere. Lo *normal* sería que si estamos tristes, lloremos, que si sentimos rabia, nos liemos a golpes con una almohada y así sucesivamente con todas nuestras emociones. Pero ¿qué ocurre si no tenemos bien canalizadas nuestras emociones? Podemos enfermar y tener graves complicaciones físicas pudiendo deteriorar, aún más, nuestro sistema inmunológico.

Yo pienso de mí misma que soy un desastre emocional, aunque francamente: ¿quién no lo es? Lo

que más me cuesta es llorar cuando estoy triste, creo que tengo un profundo bloqueo y soy bastante incapaz de expresarlo. He pasado un par de meses bastante alterada emocionalmente, me he sentido muy triste y también he sido bastante incapaz de demostrarlo.

Así que de un día para otro, cogí unas diarreas y vómitos muy fuertes. Cagué y vomité todo lo que no sabía digerir de otra forma. Las diarreas y vómitos me provocaron una deshidratación y como consecuencia de ello y de la medicación que tomo, el indinavir me provocó un cólico nefrítico. Tuve que suspender la medicación durante unos días, hasta que las diarreas desaparecieron. Durante unos 3 días, mi cuerpo sólo admitía líquidos (suero por vía oral, agua con limón y caldo de arroz blanco) luego ya introduje alimentos sólidos, muy poco a poco (arroz blanco con zanahorias, puré de patatas y zanahorias, manzana rallada) el pescado y la carne tardé casi dos semanas en volver a introducirlos en mi dieta.

Al cabo de una semana y media creí que mi cuerpo ya estaba lo suficientemente fuerte para admitir la medicación del VIH, la empecé con las dosis que el médico me tiene pautadas pero mi cuerpo no debía estar del todo bien porque el indinavir me provocó otro cálculo nefrítico, que me cogió en casa. Me acordé de los trucos de una muy buena amiga mía.

Llené la bañera de agua muy caliente y me bebí una botella de Resolutivo Regium (es un depurativo de plantas para el riñón, se compra en la farmacia y no tiene efectos secundarios) muy poco a poco.

Tomé un nolotil por vía oral, me coloqué un bolsa de agua muy caliente en los riñones y al día siguiente me levanté nueva. Volví a suspender la medicación, esperé un par de días más, había cogido miedo al indinavir y empecé a tomarlo poco a poco hasta alcanzar la dosis que tengo pautada. El médico me ha echado una bronca por no haber llamado al hospital de día y tomar estas decisiones por mi cuenta, dice que probablemente él hubiera hecho lo mismo, pero que consulte. Tiene razón porque a veces nos podemos equivocar.

Desde hace ya un mes me encuentro bastante bien pero han quedado algunas secuelas: las defensas han bajado un poquito, peso 7 kilos menos y por suerte la carga viral sigue indetectable.

¿Y ahora decidme? ¿No merece la pena cuidarse bien emocionalmente y aprender a canalizar bien los sentimientos y no tener que pasar por todo esto? Porque claro, como ya podréis imaginar, todas las pruebas, de heces, orina y analíticas salieron bien.

Así que ya sabéis:

¡A cuidarse!

MILI GARCÍA



ILUSTRACIÓN: ISMAEL CARRILLO

Bristol-Myers Squibb

"Nuestro nombre
dice mucho
de nosotros"

Líderes
en la
investigación
del
VIH



Bristol-Myers, S. A.
Grupo Bristol-Myers Squibb

Crixipanza

Extracto de una entrevista a la Dra. Capaldini publicada en el número 277 de *AIDS Treatment News* de 15 de agosto de 1997 sobre disfunciones metabólicas, incluida la 'Crixipanza', en personas que toman inhibidores de la proteasa, particularmente indinavir (Crixivan)

Pregunta: ¿Qué problemas de metabolismo ha visto con los inhibidores de la proteasa?

Dra. Capaldini: Hasta ahora hemos identificado tres disfunciones del metabolismo asociadas con terapias que incluyen el grupo de los inhibidores de la proteasa. Primero detectamos triglicéridos altos; los triglicéridos son uno de los tipos de lípidos, o grasas, que medimos en la sangre. El nivel de triglicéridos de la mayoría de las personas se sitúa entre 100 y 200. Clínicamente, los triglicéridos altos pueden provocar pancreatitis, y se ha descubierto que están asociados con (aunque no necesariamente causan) endurecimiento de las arterias.

El segundo problema es el colesterol alto en pacientes cuyos niveles previos de colesterol bien habían sido normales, o, como es común en VIH avanzado, bajos. El modelo del colesterol alto es el aumento del colesterol "malo" o LDL, comparado con el conocido como colesterol "bueno" o HDL. Éste es el modelo desfavorable del colesterol LDL respecto al HDL asociado con endurecimiento de las arterias, lo que puede llevar a ataques de corazón, infartos, y problemas vasculares periféricos.

El tercer problema es el azúcar alto en la sangre. Normalmente los niveles no son lo suficientemente altos como para causar síntomas o, por lo que sabemos, para provocar alguna de las complicaciones asociadas con diabetes. Típicamente éstos están entre los 110 y los 150, lo que ya no es normal, aunque aún no es el intervalo habitualmente asociado con síntomas, que sería por encima de 250.

Sabemos, a partir de la experiencia anterior al uso de las terapias con inhibidores de la proteasa, que la infección por VIH tiende a predisponer a las personas tanto a azúcar alto en la sangre como a altos triglicéridos. Pero éstos se observaron en pacientes con una mayor actividad vírica; eran por lo menos un marcador de la actividad del VIH, por lo que se asociaron frecuentemente a pacientes con un bajo colesterol inicial. Por otro lado, queda claro que no teníamos el problema del colesterol alto antes de que los inhibidores de la proteasa fueran introducidos.

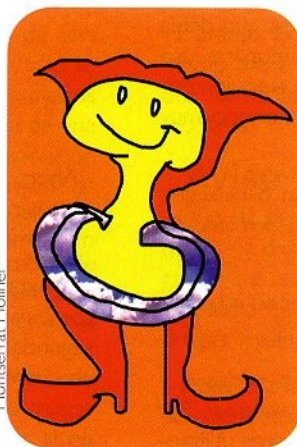
Pregunta: The Crix List, una lista de correo electrónico en Internet, discute diversos aspectos de la "Crixipanza". Ahí pueden encontrarse noticias sobre personas aumentando 18 kilos o más en poco tiempo.

[Para más información sobre la Crix List y cómo apuntarse, visita <http://www.pinkpage.com.Crix/>.]

Dra. Capaldini: Nadie sabe qué está provocando este problema. Aparentemente, la "Crixipanza" se aproxima mucho a un problema médico llamado síndrome de Cushing. Las personas aumentan sus grasas en la parte baja del vientre y en sus costados, y con frecuencia sienten una pérdida de tejido muscular en sus brazos y sus piernas. Esta enfermedad se asocia con una disfunción del cortisol, cuando se tiene en exceso. Aún no existen datos que sugieran que los altos niveles de cortisol estén causados por el Crixivan, pero se puede destacar hasta qué punto la Crixipanza se asemeja al síndrome de Cushing.

Este problema es muy molesto para los pacientes, en particular los que empezaron con estos fármacos cuando estaban asintomáticos o muy poco sintomáticos, ahora esperan beneficios a largo plazo. También es molesto estéticamente, pero no sabemos en realidad qué significa fisiológicamente.

Existe otra enfermedad que ha sido denominada panza de Crixivan, que parece estar más asociada con los inhibidores de la proteasa como clase, no sólo con Crixivan: las personas padecen hinchazón o pirosis o problemas por un rápido tiempo de tránsito, es decir diarrea. Pero cuando la gente utiliza el término "Crixipanza" normalmente se refieren a la adquisición de tejido graso en los intestinos, con pérdida de peso en piernas y brazos. ●



Montserrat Moliner

GRACIAS al Dr. Esteban Martínez por su colaboración.

C A R A

Dos opiniones sobre

En relación con MDMA (que llamamos éxtasis), el uso recreativo y su combinación con el inhibidor de la proteasa ritonavir; los argumentos presentados con anterioridad [se refiere a las discusiones sobre la posible interacción entre ambas sustancias y el peligro de que ello conlleve el fallecimiento] parecen estar bien fundamentados. Sin embargo, no tienen en cuenta el análisis de los conceptos de riesgo y beneficio que a mi entender son cruciales en el proceso de toma de decisiones.

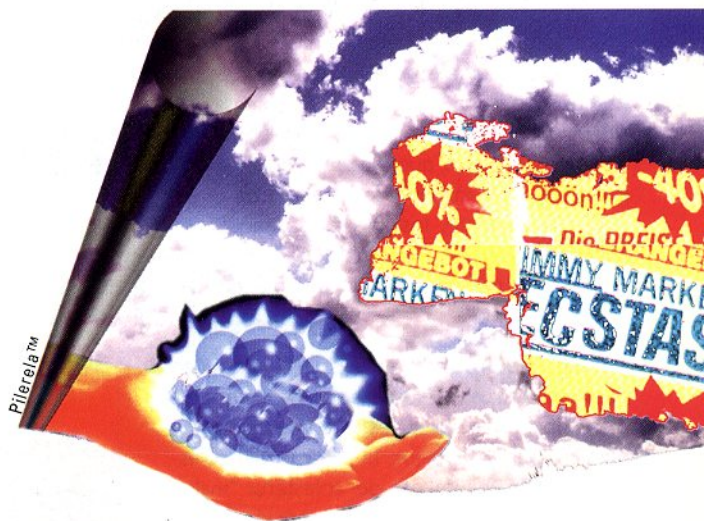
En el pasado he tomado MDMA junto con saquinavir. No noté ningún problema ni me enfrenté a ninguna dificultad. Pero a causa del fracaso de la combinación triple basada en saquinavir para reducir mi carga viral, me propusieron empezar con una régimen de tratamiento basado en ritonavir. Esto me colocaba ante un serio problema relacionado con los niveles de riesgo potencialmente incrementados que debía asumir. Ahora bien, yo era muy reticente a abandonar el uso de MDMA ya que en ese momento suponía un empujón psicológico extraordinariamente útil durante un periodo muy traumático para mí.

Hablando en plata: mi única gran motivación para seguir luchando por mi vida era la toma recreativa semanal de éxtasis.

Investigué profundamente y llegué a establecer en mi cabeza lo siguiente:

Una única fatalidad no podía ser atribuida en exclusiva y directamente a la interacción entre MDMA y ritonavir. Por otro lado, existía un número apreciable de personas utilizando las dos sustancias sin experimentar ningún problema. En el peor de los casos, y siguiendo los niveles teóricos que calculó Abbott [fabricante de ritonavir], si el éxtasis se tomaba con cuidado y en una dosis menor, los daños teóricos podían reducirse a niveles aceptables.

Así que empecé la terapia con ritonavir. También continué tomando éxtasis de forma extremadamente cuidadosa. Pequeñas dosis aumentadas poco a poco me proporcionaron el mismo necesario efecto y no me provocaron ningún problema. No parecía haber ninguna evidencia de que el ritonavir hubiese modificado la manera en que mi cuerpo procesaba el éxtasis. Las dosis habituales de éxtasis me reportaron los resultados y efectos habituales.



Ahora estoy mejorando con mi combinación basada en ritonavir y al mismo tiempo disfrutando de los placeres de mi "alimento del alma" particular.

El éxtasis es una droga relativamente segura. El ritonavir combinado con el éxtasis reduce, no obstante, el margen de seguridad. Cada persona debe tomar su decisión teniendo en cuenta qué beneficios y qué riesgos le comporta. Estoy seguro de que si se determinaran los riesgos analíticamente, en la mayoría de los aspectos darían resultados más bien bajos. Personalmente estoy contento de tener la suerte suficiente como para disponer de dos tipos de sustancias: uno para curar mi cuerpo, otro para relajar mi mente.

Todas estas sustancias, incluidas las que nos han sido prescritas y que se han convertido en parte integral de nuestras vidas, tienen un potencial perjudicial y otro beneficioso. Si quieres mezclar éxtasis con ritonavir, hazlo poco a poco y empieza con pequeñas dosis, y en tal caso las posibilidades de toparse con grandes problemas son, en mi opinión, muy pequeñas.

Buena suerte y cuídate,
Mike (Londres, 18/08/97)

Y CRUZ éxtasis + ritonavir

En el primer número de Lo+Positivo informábamos de las últimas noticias sobre la interacción de los inhibidores de la proteasa con algunas drogas no autorizadas, las llamadas drogas recreativas. En concreto, se citaban algunos casos documentados de contraindicación entre ritonavir y éxtasis, con resultado de muerte. La polémica ha continuado estas últimas semanas en los grupos de noticias de Internet. De entre los muchos mensajes, publicamos dos que quizá os puedan interesar.

Hace un año, mi compañero, Philip Kay, murió de una sobredosis de MDMA (éxtasis). Aunque yo sé que sólo se tomó dos pastillas y media de éxtasis, los niveles en plasma dieron el equivalente a 22 pastillas. Tuve la sospecha de una interacción con ritonavir y con la ayuda de la asociación *Terrence Higgins Trust*, se consiguió que el informe original de la forense se aplazara mientras se investigaba lo sucedido.

Después de dos audiencias, ambas el 15 de octubre de 1997, después de haber examinado las pruebas presentadas y tras unas conversaciones con Laboratorios Abbott en el Reino Unido, la forense dictaminó:

Interacción

Que Philip había tomado 2 pastillas y media y que había habido un aumento multiplicado por diez en los niveles de MDMA en la sangre de Philip, y que ello había sido causado por una interacción entre MDMA y ritonavir; dicha interacción hace referencia a cómo ritonavir afectó la manera en que su cuerpo metabolizó MDMA;

Ventana de peligro

Que existe una Ventana de Peligro, un intervalo de peligro especial que sigue de forma inmediata a la toma de ritonavir; cuando el mecanismo de la enzima CYP2D6 en el hígado, responsable de la metabolización tanto de ritonavir como de éxtasis se encuentra casi totalmente bloqueado al estar metabolizando ritonavir.

Durante dicho intervalo, otras sustancias que utilicen el mismo mecanismo o canal permanecen en la sangre y pueden aumentar hasta niveles potencialmente peligrosos o mortales;

Aviso

Que las personas con VIH tienen el derecho a ser informadas de dicha interacción y que no se podía aceptar la alegación de los laboratorios Abbott de que avisar sobre la interacción podría equivaler a la condonación del uso de drogas ilegales;

Y que el tribunal forense no veía ninguna razón por la que no podía incluirse en el prospecto un aviso claro y específico;

Acciones posteriores

Sobre este punto, empleando sus potestades según la legislación británica, la forense ha remitido el caso al Comité sobre Seguridad de las Medicinas para ulteriores medidas y al Dr. John Henry (el mejor experto en éxtasis del Reino Unido) para que realice más investigaciones y escriba un artículo para el *British Medical Journal*.

Dispongo de una versión extensa de lo anterior con detalles sobre los antecedentes, las pruebas, el veredicto y mis agradecimientos. Para conseguir una copia (en inglés), podéis escribirme a jim-phil@con.co.uk

Saludos
Jim Lumb

El otro día unos amigos me dijeron que les parecía mentira que aquí en Cataluña, de los 35.000 afectad@s por el virus del VIH, el 60% son usuari@s de drogas por vía parenteral (UDVP), contra el 10-11% de Holanda. Estuvimos charlando y llegando a unas reflexiones.

¿Se ha llegado lo suficiente para prevenir el contagio del VIH en este colectivo? Indudablemente, desde la aparición del virus, se ha hecho mucho, pero en mi opinión no lo suficiente. Creo que todo el mundo debería de saber que el consumidor de drogas a causa de su adicción tiene dificultades para llevar una vida normalizada. Debido a su conducta adictiva, el usuario, como enfermo que es, le prima el consumo de la droga sin preocuparse de su entorno social, de enfermedades, etc.

Existe actualmente unos programas de reducción de daños, dispensación de preservativos gratuitos, e información. Estos programas son funcionales, pero podrían potenciarse aun mucho más. Debemos intentar reducir la espera de acceso. Actualmente, de 6 a 9 meses es demasiada espera. También deberían de ampliar mucho más su actuación en la calle e incluso a todas las farmacias y dar más información, (la Administración de Cataluña, en los últimos cuatro años sólo ha hecho una campaña de prevención!!).

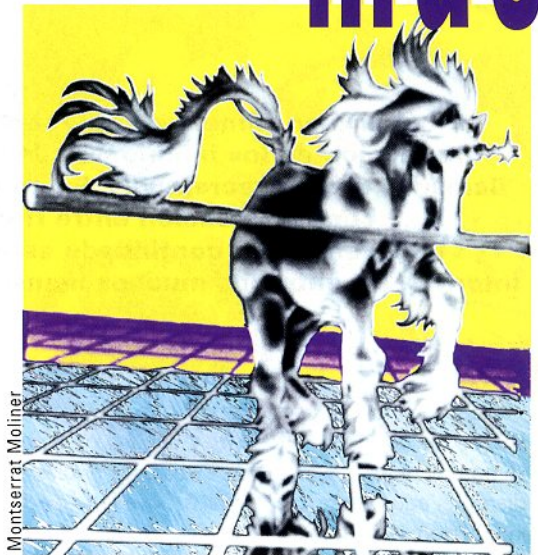
Se debería de buscar nuevos programas alternativos, como por ejemplo el polémico Programa de Mantenimiento con Heroína, ya que reduciría riesgos a un colectivo muy específico, siendo el más castigado.

Os hago saber también que están funcionando, el Centro SAPSS de la Creu Roja -servicio nocturno- y el " Calor y Café" del centro SPOTT-servicio diurno-, como espacios para l@s drogodependientes, con atención social, asesoramiento, servicios de higiene personal, alimentación y descanso. La persona que acude a este espacio puede pasar un buen rato descansando, tomando café con leche, hablando de sus problemas y ser escuchado y atendido por profesionales. Las personas que acuden, además de tener un problema de drogadicción, la mayoría están afectad@s por el VIH. En estos centros además de ser atendid@s en sus necesidades básica, los profesionales procuran concienciarles de su situación de seropositiv@s.

La finalidad de estos programas es de mejorar la calidad de vida del drogodependiente y de conseguir: cambios de conducta y hábitos, tratamientos de enfermedades (VIH/SIDA, hepatitis, tuberculosis, etc.), y todo lo que conlleva a su problemática. Quiero destacar el trabajo que las ONG's están haciendo respecto al tema. Ayudan y llevan a cabo una gran labor y seguramente sin ell@s, las cosas estarían mucho peor. La droga, como el SIDA, es un problema de tod@s. Esforcémonos y trabajemos junt@s, para conseguir una mejora de estos problemas, y aprendamos a convivir entre nosotr@s para un futuro más humano y tolerante.

-AEC-GRIS- MARCO A.
Colaboración Agentes de Salud

Podemos hacer más



consejos para inyectarse sin riesgo:

- usar siempre jeringuillas nuevas
- desinfectar la piel antes y después de la inyección
- evitar usar limones o vinagre
- utilizar agua destilada
- expulsar todo el aire de la jeringuilla
- inyectarse en dirección de flujo sanguíneo
- inyectar en vena, no en arterias
- alternar en sitio de inyección
- no inyectar pastillas machadas
- no bombearse
- procura siempre inyectarte acompañado

riesgos que se evitan:

- infección por VIH
- reinfección por VIH+
- abscesos y otras infecciones.

lo+personal desde internet

"Pregunta al Dr. Gallant" es una columna que se encuentra en owner-eatg@hivnet.org. Aquí os mostramos algunas preguntas curiosas que, a menudo, han sido realizadas por lectores preocupad@s, ya que su columna está dedicada seriamente al asesoramiento.

Dr. Gall@nt

Pregunta: Yo siempre uso condón aún cuando me masturbo. Ayer por la tarde se rompió y, antes de que me diera cuenta ya me había corrido. ¿Puedo reinfectarme yo mismo?

Respuesta del Dr. Gallant: ¡Bravo, esto es el colmo del sexo seguro! Mientras algunas personas necesitan ser protegidas de ellas mismas, mi predicción es que la masturbación será SIEMPRE 100% segura si te lo tomas con tranquilidad en relación a su mecánica. No es necesario usar condones.

Dr. Gall@nt

Pregunta: En mi fiesta de despedida de soltero, una chica-boom (una gogó) estuvo gateando sobre mí mientras yo yacía en el suelo. Creo que una gota de secreción vaginal me cayó dentro del ojo. No he tenido síntomas de VIH y esto sucedió hace quince días. ¿Me encuentro en una situación de alto o bajo riesgo de infección?

Respuesta del Dr. Gallant: ¿Cómo? ¿No usaste gafas de seguridad? Todo el mundo sabe que debes usar gafas de seguridad cuando una gogó está gateando sobre ti en una fiesta de despedida de soltero. Creo que se encuentra escrito en el libro de normas sobre sexo seguro.

mybobbi@ameritech.net

>Soy Mark, de Philadelphia y mi pareja, Steve, que se encuentra por debajo de 200 CD4 ha estado literalmente embebido en un estado de estupor el mes pasado, que resultó ser una reacción adversa de Xanax en referencia al Norvir, medicamento que él toma. A pesar de que el sólo ingería 1 mg de Xanax diariamente, el Norvir parece cuadruplicar sus efectos. Es decir, que hunde a los pacientes como si fueran un puñado de durmientes regándolos con vodka, el viejo truco de Marilyn Monroe. Tod@s vosotr@s, que os encontráis ahí afuera con el cóctel de inhibidores de la proteasa, por favor, leed las indicaciones y procurad estar atent@s a las interacciones entre los fármacos. Tomad precauciones por adelantado para evitar tener que soportar situaciones innecesarias como la que hemos atravesado nosotros este pasado mes.

Cuidaros...Mark.

Hay otras opciones mejores que el Xanax acerca de los cuales puedes preguntar a tu doctor: mybobbi

Dr. Gall@nt

Pregunta: Dr. Gallant, recientemente, tuve un encuentro con una mujer que me practicó la estimulación manual. A pesar de que no llegué al coito con ella, metí mis dedos en los bordes exteriores de su vagina así como en su clítoris. Estaba excitado y mojé mi dedo inmediatamente en su cuerpo. Si por casualidad, después, yo hubiera besado esta parte de su cuerpo, ¿es posible que contrajera el virus? Además, yo me coloqué encima de ella, restregándonos al mismo tiempo que ella hacía que me corriese. Ambos sudábamos. Por cierto, ¿cuánto tiempo puede el virus vivir después de salir al exterior del cuerpo? ¿Muere en unos segundos o minutos? Gracias por su ayuda.

Respuesta del Dr. Gallant: Si por casualidad esta pregunta es seria, repetiré lo que ya he dicho con anterioridad. El sexo seguro recibe ese nombre por una razón. La relación que tú describes fue tan segura como cualquier encuentro que implique a más de una persona lo puede ser. Nadie ha contraído el virus VIH de esta forma y nunca nadie lo contraerá.

rastern@sol.racsaco.cr

William García, quien hace sólo dos semanas atrás ganó su apelación en la Corte Suprema de Costa Rica con el fin de poder recibir medicamentos antirretrovirales, murió el sábado por la tarde a la edad de 29 años. Cuando fui a ver a Willy el último 25 de Agosto, él ya se encontraba preparado para partir y no sufrir más. Sin embargo, aguantó lo suficiente para firmar su apelación y ganarla y abrir, así, la puerta para que cientos de vidas sean salvadas.

Le visité el viernes por la noche y estaba sufriendo visiblemente pero se sentía muy orgulloso de lo que había conseguido. Él lo expresó lo mejor posible: "He sido muy valiente".

Ahora, puede descansar en paz.

Richard Stern

RET49@aol.com

He intentado toda clase de cosas para aliviar la neuropatía desde ejercicio, acupuntura, la vitamina B-12 (intramuscular o sublingual), antioxidantes hasta el ácido alfa lipoico y fármacos basados en la amitriptilina como el elovil y la desipramina. Todo parece ayudar un poco.

Ronald

United Press International (28/10/97)

Las autoridades informan de la amenaza de la Hepatitis C. Especialistas en salud pública advirtieron que la hepatitis C será muy pronto causa más significativa de muerte que el SIDA en California. Debido a que no existe vacuna para esta enfermedad, la educación pública es la única forma de prevenir una expansión mayor de la infección. Con más de 1,8 millones de personas en los Estados Unidos infectadas por el virus de la hepatitis C, los investigadores creen que el índice de fallecimientos por el VHC sobrepasará el del SIDA en el año 2002. El comité encargado de diseñar estrategias para la lucha contra las enfermedades en las prisiones y en las comunidades minoritarias informó que, de entre los nuevos presos sometidos al régimen penitenciario de California, el 54% de las mujeres y el 38% de los hombres están infectados por la hepatitis C. La hepatitis C se contagia por contacto directo con la sangre.



Wall Street Journal (28/10/97) P. A22; Angell, Marcia.

Retorno a Tuskegee

La editora ejecutiva del New England Journal of Medicine, Marcia Angell, defiende su posición crítica hacia los Centros de Control de Enfermedades y Prevención (CDC) y hacia los Institutos Nacionales para la Salud (NIH) por esponsorizar unos ensayos, basados en un placebo de AZT, entre mujeres embarazadas infectadas por el VIH en naciones en vías de desarrollo. Angell expresa que los argumentos para contrarrestarle expuestos desde el NIH y el CDC no le han convencido de que estos actuales ensayos sean éticos. A pesar de que las mujeres que se ven sometidas a los ensayos africanos dan su consentimiento informado antes de participar, ello no quiere decir que ese consentimiento convierta el ensayo en un estudio ético. Profundizando más, no es científicamente necesario comparar regímenes cortos de AZT con placebos ya que los investigadores ya poseen un buen conocimiento de los niveles de transmisión de VIH entre las mujeres que no son tratadas. El argumento por el que ninguna de estas mujeres africanas recibiría AZT si no formara parte de estos estudios no es aceptable. Angell ha añadido que ni siquiera las declaraciones de los médicos y funcionarios africanos acerca de la eticidad de los estudios los dotan a ellos de un cariz ético.

Boston Globe (12/11/97) P. A1; Grunwald, Michael.

Inconformistas en la guerra contra las drogas

A principios de este año la ciudad de Baltimore, MD, hogar de cerca de 45.000 heroinóman@s, puso en marcha una nueva campaña. El programa está centrado en el tratamiento y la prevención en vez de en el uso de la fuerza y el encarcelamiento. El plan ha incluido una vasta publicidad acerca del intercambio de jeringuillas, el cual ha hecho descender la transmisión del VIH entre los usuari@s en un 40%, además de contar con un agresivo programa de tratamiento. Fuentes oficiales locales han notificado que, aunque el programa es caro, las celdas, el tratamiento del SIDA y la aplicación de la ley cuestan mucho más. Además, sus defensores declaran que el tratamiento puede ser beneficioso aún en el caso de que las personas recaigan como cita un estudio californiano, que concluyó que cada dólar invertido en tratamiento ahorra 7 dólares en otros gastos.

Reuters Health Information Services (12/11/97)

Los programas de intercambio de jeringuillas que tienen éxito incluyen otros servicios

Un estudio reciente sobre dos exitosos programas de intercambio de jeringuillas ha revelado que los servicios complementarios dirigidos a usuari@s de drogas por vía intravenosa y el apoyo de la comunidad son esenciales para el éxito de los programas. Ambos están coordinados con farmacias, policía y funcionari@s de prisiones y son complementados con educación ciudadana y grandes esfuerzos por parte de la comunidad. A pesar de ello, la percepción ciudadana sigue siendo una de las más grandes barreras para que tengan éxito los programas de intercambio de jeringuillas. En consecuencia, los técnicos del programa están sopesando contratar un especialista en relaciones públicas. Los programas de intercambio de jeringuillas dan una oportunidad a los usuarios de drogas por vía intravenosa para interactuar con el sistema público sanitario.

Reuters Health Information Services (28/10/97)

IVIG reduce la mortalidad en pacientes con avanzada infección por VIH

Un equipo de investigación, establecido en Nueva York, ha informado que la gammaglobulina intravenosa (IVIG) puede prevenir enfermedades oportunistas en pacientes avanzad@s. El equipo halló que la IVIG ayudó a conservar bajos niveles de infección en un grupo de 18 pacientes positiv@s al VIH con recuentos de CD4 por debajo de 100, los cuales habían recibido 40 miligramos por kilo de peso corporal de IVIG una vez al mes durante 18 meses. Se contrajeron 43 infecciones en el grupo que recibió IVIG comparadas con las 173 que se produjeron en el grupo de control. Los investigadores concluyeron que la administración profiláctica de IVIG puede reducir la mortalidad, incrementar la supervivencia de las personas y reducir los caros cuidados sanitarios de las personas infectadas por el VIH.



La Venus del Espéculo

Unas notas sobre ginecología y VIH

Las mujeres con infección por VIH deben pasar exámenes ginecológicos regulares, incluido el método Papanicolau y coloscopias cuando sea necesario, para así poder detectar cualquier complicación ginecológica con prontitud y efectuar los seguimientos regulares pertinentes.

Diversos estudios han probado consistentemente la mayor incidencia de muestras anormales de Papanicolau en mujeres seropositivas comparado con mujeres que no lo son, debido a la presencia del virus del papiloma humano (VPH), neoplasia intraepitelial cervical (NIC), lesiones intraepiteliales escamosas (LIE) y otras infecciones ginecológicas.

El método Papanicolau implica un rascado suave del cérvix para conseguir una muestra de células que luego son examinadas mediante un método de tinción para descubrir anomalías o infecciones. La coloscopia es un procedimiento más invasivo que implica el uso de un colposcopio o espéculo (espejo) vaginal que permite la magnificación visual de la zona a explorar y que puede indicar a/la doctor/a la necesidad de efectuar una biopsia, es decir, la extracción de una pequeña parte de tejido cervical para posterior examen.

Ocurre que el Papanicolau tiene sólo una fiabilidad relativa como indicador de anomalías o infecciones, aunque muchas mujeres lo prefieren a la coloscopia por ser menos

invasivo e incómodo. En general, podemos decir que para aquellas mujeres que no hayan presentado nunca un Papanicolau anormal (que indique la existencia de VPH o displasia), un Papanicolau cada seis meses puede ser suficiente, mientras que aquellas mujeres con una historia de NIC o LIE, una coloscopia anual, además de las pruebas de Papanicolau, podría ser la mejor idea. Para aquellas mujeres cuyos Papanicolau continúan presentando irregularidades, sugerimos una coloscopia seguida de un Papanicolau al menos cada tres meses y hasta que ambas pruebas resulten consistentemente normales.

La naturaleza potencialmente seria de muchas de estas condiciones apunta la necesidad de que la comunidad científica se plantee la investigación y descubrimiento de nuevos métodos diagnósticos, menos invasivos y más fiables, como una prioridad absoluta. Es un problema que afecta a las vidas de todas las mujeres que viven con el VIH.

Mientras tanto, todas las mujeres seropositivas con una historia de complicaciones ginecológicas han de tener acceso a la coloscopia como método diagnóstico de detección precoz, que a su vez permita evitar el desarrollo de patologías potencialmente mortales como el cáncer de útero.

Comenta con tu médico estos datos y solicítale establecer de común acuerdo un calendario de revisiones. *



glosario

Acetato de megestrol:

Es un agente anabolizante, basado en la progesterona. Derivado hormonal que consigue aumentar el peso en personas que padecen caquexia.

Acidez gástrica:

Cantidad de ácido que segrega el estómago para poder degradar y digerir los alimentos. La principal fuente de acidez gástrica es el ácido clorhídrico segregado por las glándulas gástricas del estómago.

Anabólico:

Referente al anabolismo que es el metabolismo de síntesis. En sentido estricto es la transformación de las sustancias alimentarias en sustancia corporal, en el curso del metabolismo intermedio (catabolismo). En el sentido amplio de la palabra designa también la asimilación.

Biodisponibilidad:

Grado de actividad o cantidad de un fármaco u otra sustancia administrada que queda efectivo para actuar en el cuerpo después de su absorción por el organismo. Una biodisponibilidad del 63%, por ejemplo, indica que sólo el 63% del fármaco tomado surtirá efecto.

Cérvix:

Cérvix significa "cuello" y se refiere a la última parte, en forma de cilindro, del útero que desemboca en la vagina.

Displasia:

Cualquier desarrollo anormal de tejidos u órganos.

Dronabinol:

Forma sintética del agente activo de la marihuana usado para aumentar el apetito y evitar la sensación de náusea en personas con severa e involuntaria pérdida de peso.

Flores de Bach:

Técnica naturópata que utiliza esencias líquidas concentradas de flores para tratar las diferentes dolencias del organismo.

Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva:

Patología que se observa en pacientes afectados de leucemia, linfoma de Hodgkin y tumores del sistema inmunitario,

afecta al cerebro y al cerebelo especialmente. Se presenta tras la infección por lentivirus (familia la que pertenece el VIH). Provoca confusión, alteraciones visuales, trastornos mentales y epilepsia.

Linfoma Hodgkin:

Enfermedad caracterizada por el aumento progresivo e indoloro de los tejidos linfoides, haciéndose evidente habitualmente en primer lugar en los ganglios linfáticos. Entre los síntomas se incluyen anorexia, pérdida de peso, prurito generalizado, fiebre recurrente moderada, sudores nocturnos y anemia. El tratamiento en los estadios precoces es la radioterapia total sobre el tejido linfóide, protegiendo el resto de los órganos; el tratamiento de la enfermedad avanzada es la poliquimioterapia.

Lípidos:

Cualquiera de las fracciones de ácidos grasos libres en el torrente sanguíneo. Se almacenan en el cuerpo y son la reserva de energía. Sus niveles pueden ser más elevados en presencia de una enfermedad. Son diversos tipos de lípidos el colesterol, los ácidos grasos, los fosfolípidos y los triglicéridos.

Magra, carne:

Se dice de la carne que está formada, principalmente, de músculo y carece de grasa.

Magro, peso:

Incremento de peso que corresponde a la carne magra.

Nefrolitiasis:

Proceso caracterizado por la existencia de cálculos en el riñón.

Nucleósido:

Elemento constituyente de los nucleótidos, a partir de los cuales se construye el ADN. Los nucleósidos son fosforilados para producir nucleótidos.

Pancreatitis:

Inflamación del páncreas. Puede ser aguda o crónica. Se caracteriza por dolor abdominal intenso que se irradia hacia la espalda, fiebre, anorexia, náuseas y vómitos. Los pacientes presentan niveles elevados de triglicéridos y de amilasa. La pancreatitis puede ser un efecto secundario de algunos medicamentos.

Síntesis proteica:

Proceso en el cual se crean los compuestos químicos necesarios para dar lugar a las proteínas a partir de unidades más sencillas como los aminoácidos.

Toxoplasmosis:

Infección oportunista causada por un parásito microscópico, el protozoo intracelular *Toxoplasma gondii*, el cual se encuentra en la carne cruda y otros alimentos no cocinados, y en las heces de los gatos. Los síntomas pueden ser o bien tan ligeros que apenas se perciban o más severos como dolor de cabeza, linfadenopatía, malestar general, calambres y dolores musculares, fiebre, alteraciones del sistema nervioso central, demencia y miocarditis. Puede llegar a dañar seriamente el cerebro.

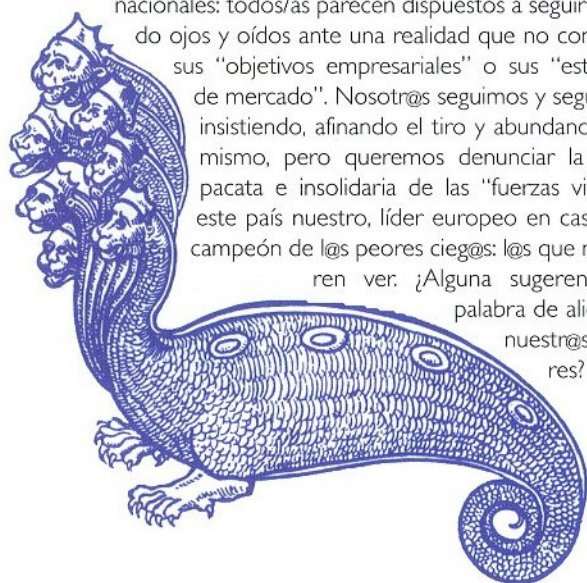
Visualización:

Técnica de relajación en la que se recrean imágenes mentales positivas con el fin de lograr restaurar tanto el equilibrio anímico como corporal. ♦

Lo+negativo

'Bajos fondos'

El equipo de **Lo+Positivo** ha dedicado y dedica buena parte de su tiempo y empeño a la búsqueda incesante de patrocinadores en diversos ámbitos sociales y empresariales con el fin de asegurar la continuidad de nuestro proyecto. Lamentablemente, hasta la fecha nuestros esfuerzos están resultando estériles y casi todas las puertas se nos cierran incluso antes de haberlas alcanzado. Super potentes empresas multinacionales, grandes, medianas o pequeñas compañías



nacionales: todos/as parecen dispuestos a seguir cerrando ojos y oídos ante una realidad que no conviene a sus "objetivos empresariales" o sus "estrategias de mercado". Nosotr@s seguimos y seguiremos insistiendo, afinando el tiro y abundando en lo mismo, pero queremos denunciar la actitud pacata e insolidaria de las "fuerzas vivas" de este país nuestro, líder europeo en casos VIH; campeón de l@s peores ciegos: l@s que no quieren ver. ¿Alguna sugerencia y/o palabra de aliento de nuestr@s lector@s? *

Franja Naranja

España es el país europeo con una mayor tasa de infección de personas con VIH, lo cual es muy alarmante. Tal "honor" perteneció a Francia con anterioridad, pero en la actualidad y en números absolutos España tiene más casos que Francia, ¡con una población menor en un tercio! Esta situación ha llevado a la OMS a colocar a España en la franja roja de la pandemia, sólo un escalón previo a la máxima puntuación: la franja naranja.

Emilio Perea, presidente del Congreso de Enfermedades Infecciosas, celebrado en Sevilla en octubre, lo dijo claramente: "En España no hay una política de objetivos para luchar contra el SIDA. (...) Nuestro país tiene el mismo nivel que Tanzania en cuanto a prevención".

¿Qué hizo el Gobierno ante estos escalofriantes datos? Para el día 1, compró una "campaña" con nula eficacia (in)formativa para limpiar su conciencia, y todo sigue igual.

Comprando lo que pueden o quieren, las autoridades dan por cumplidos sus deberes de responsabilidad política, pero no han resuelto nada, y así no van a poder ni acercarse a necesidades tan simples como comunicar, dialogar, hablar francamente sobre el SIDA. *

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

Nombre:

Dirección:

Autorizo una donación anual de:

2.000 pts

5.000 pts

Localidad:

Código postal:

_____ pts

Banco o Caja:

Dirección:

Agencia:

Código y población:

Nº de cuenta (20 dígitos) _____

Fecha:

Firma

Envía esta autorización a GTT, calle Pi, 10, 1º 2ª, 08002 Barcelona.

¿Cómo has conocido la revista?

¿Podrías dar una puntuación del 1 al 5 de los siguientes aspectos?

Selección de temas:
Contenidos:
Diseño:
En general:

Desde tu punto de vista,
¿qué temas faltan?

¿Y qué temas sobran?

¿Qué sección o artículo te ha interesado más?

¿Buscarás el próximo número de "Lo + Positivo"?

Recorta y envíanos esta breve encuesta a

GTT C/ Pi, 10 1º 2ª
08002 Barcelona

RESPÓNDENOS Y VERÁS

lo+negativo

Pujol, escucha: ONG's del SIDA en lucha

El pasado 1 de diciembre se desvaneció cual espejismo el llamado oasis político catalán en lo relacionado con el VIH/SIDA. 23 asociaciones que actúan en Catalunya en el ámbito de la prevención y del apoyo a las personas con VIH, entre las que se incluye la editora de esta revista, GTT, decidieron denunciar la pasividad de la Generalitat ante el grave impacto de la pandemia en Catalunya. ¿Las razones? He aquí una selección extraída del manifiesto leído al final de la manifestación de protesta de ese mismo día:



1. Desde que hace ya diez años el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Catalunya inició un Plan Sanitario para frenar la incidencia del SIDA en nuestra sociedad, el número de catalanes y catalanas que se han infectado del VIH ha pasado de cerca de 3.000 a más de 60.000 (cifras estimadas).
2. El Plan Sanitario del SIDA de la Generalitat de Catalunya ha sido incapaz, a lo largo de su existencia, de promover y de mantener una política coherente para hacer frente de manera eficaz a esta grave crisis de salud pública (...).
5. El Plan Sanitario del SIDA de la Generalitat de Cataluña, desde el 1993 no ha llevado a cabo ninguna campaña de prevención e información para evitar la transmisión del virus del SIDA entre la población general (...).
7. El Plan Sanitario del SIDA de la Generalitat de Cataluña no ha aumentado ni potenciado suficientemente los programas de reducción del daño para los usuarios de drogas por vía parenteral, incluida la población reclusa (...).
8. El Plan Sanitario (...) tampoco ha facilitado que las personas seropositivas accedan a los protocolos de investigación y ensayos clínicos, ni ha realizado un seguimiento de los protocolos sobre VIH/SIDA que se llevan a cabo en los hospitales y centros de salud de Cataluña."

El manifiesto finaliza solicitando la dimisión de los responsables políticos del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, como responsables directos del fracaso del Plan Sanitario del SIDA. No parece que lo vayan a hacer. *

Albacete: Alvas 967.508860 **Algeciras:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 956.634828
Alicante: Colectivo de Gays y Lesbianas 965.209769 Acospa Asociación Ciudadana contra el SIDA 965.923939 **Almería:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 950.254192 **Badajoz:** Plataforma por la Diversidad de Extremadura 924. 259358 **Barcelona:** Actua 93.4185000 Coordinadora Gai-Lesbiana 93.3097997 ACAS Catalunya 93.3170505 **Benidorm:** AMIGOS 966.804444
Bilbao: Gays por la Salud T-4 94.4221240 **Burgos:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 947.240277
Cáceres: Comité Ciudadano Anti-SIDA 927.227613 **Cádiz:** Asociación Anti-SIDA 956.252981



Cartagena: Comité Ciudadano Anti-SIDA 968.521841 **Castellón:** Centro de Información y Prevención del SIDA 964.239922 **Córdoba:** COLEGA-Colectivo de Lesbianas y Gays 957.485917 Asociación para la Prevención y Solidaridad del SIDA 957.430392 **Gijón:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 985.338832 **Girona:** ACAS 972.219282 **Granada:** NOS Asociación Andaluza de Gays y Lesbianas 958. 200602 Comité Ciudadano Anti-SIDA 958.521352 **Gran Canarias:** Amigos contra el SIDA 928.764849 AIDAS 928.291684 **La Coruña:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 981.226167 **La Línea:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 956.176090 **León:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 987.235634 **Logroño:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 941.255550 **Lugo:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 982.244560 **Madrid:** COGAM 91.5224517 FIT 91.3513682 Unión Española de Enfermos de SIDA 91.4040105 **Málaga:** Asociación Ciudadana Anti-SIDA 952.601780 COLEGA Colectivo de Lesbianas y Gays 952.217199 **Murcia:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 968.298831 **Orense:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 988.233000 **Oviedo:** XEGA Xente Gai Astur 985.224029 **Palma de Mallorca:** BEN AMICS 971.723058 ALAS. Asociación de Lucha Anti-SIDA 971.715566 **Pamplona:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 948.212257 **Salamanca:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 923.123002 **San Sebastián:** Asociación Ciudadana Anti-SIDA 943.472036 **Santander:** Asociación Ciudadana Cantabra Anti-SIDA 942.313232 **Santiago de Compostela:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 981.573401 **Sevilla:** COLEGA Colectivo de Lesbianas y Gays 95.4563366 Comité Ciudadano Anti-SIDA 95.4371958 **Tenerife:** UNAPRO 922.259654 **Valencia:** Colectiu Lambda de Gais i Lesbianes 96.3912084 AVACOS Associació Valenciana Contra la SIDA 96.3800737 **Valladolid:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 983.358948 **Vitoria:** GAYTASUNA Colectivo Gay de Álava 945.257766 Comisión Ciudadana Anti-SIDA 945.257766 **Zamora:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 980.670620 **Zaragoza:** LYGA Lesbianas y Gais de Aragón 976.395577 Asociación OM-SIDA 976.370197 ■

**900
ROSA
601
601**

El teléfono para gays y lesbianas

Éste es un listado abierto, si tu grupo no aparece envíanos los datos.



Cuando se hicieron la prueba del VIH, Blanca no imaginaba que aún hoy seguirían juntos

Después de diez años en vanguardia de la lucha contra el SIDA, por fin hay un lugar para la esperanza.

GlaxoWellcome

SOLUCIONES PARA LA VIDA

en SIDA

<http://www.glaxowellcome.co.uk>