

LO + POSITIVO

OCTUBRE/SEPTIEMBRE 97 N°2

PUBLICACIÓN SOBRE LA INFECCIÓN POR VIH

¿QUÉ SE CUECE?
lo último en la investigación
sobre nutrición

DÍA TRAS DÍA
una mujer
seropositiva

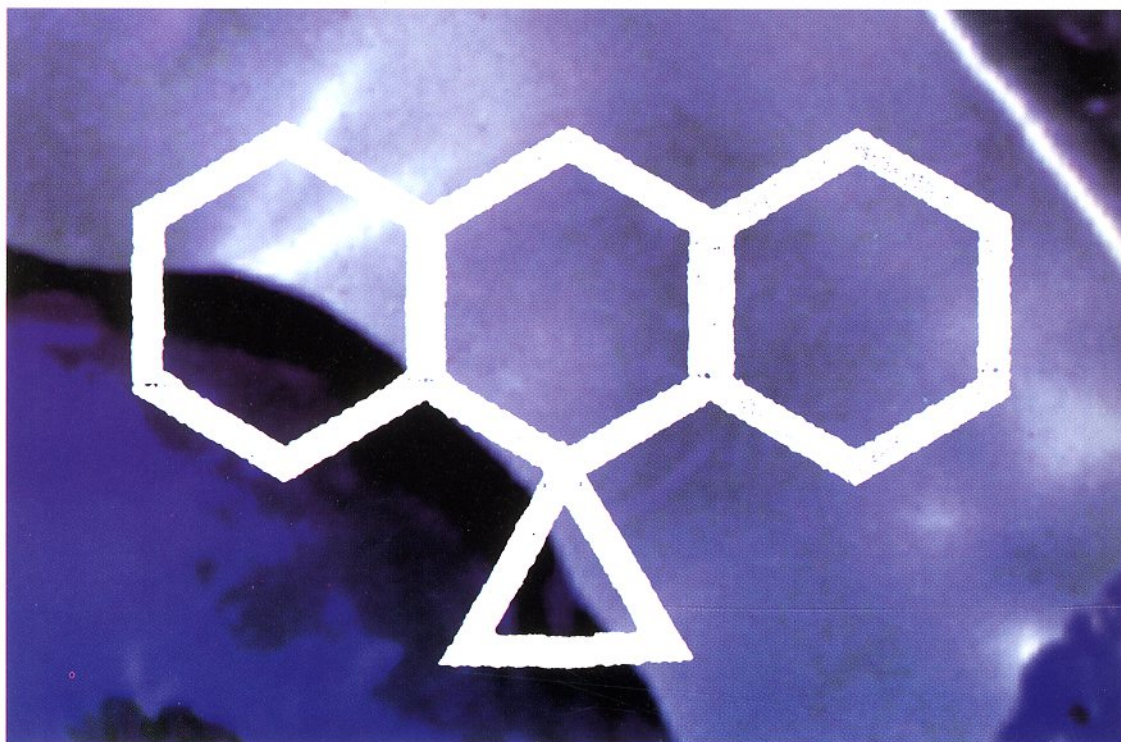
**POR MI
CUENTA Y RIESGO**
un asunto de drogas

**LLEVAR UNA
CARGA (VIRAL)**
para entender tus analíticas

TIRA Y AFLOJA

sobre la relación entre médicos y personas VIH+

**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 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

 **GRUPO MSD**

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

Editorial

Ha costado lo indecible pero después del verano volvemos a estar con vosotros/as. A pesar de que el número 1 de la revista tuvo una acogida espléndida allí donde llegó (y podemos asegurar que lo hizo a lugares de lo más recóndito de nuestra geografía) y del buen puñado de cartas de aliento y apoyo que hemos recibido, lo cierto es que establecer un proyecto como éste, ambicioso en las ideas pero discreto en su coste, es mucho más peliagudo de lo que pueda parecer. La revista es, y va a seguir siendo, gratuita e independiente. Pero para que este deseo sea posible necesitamos de la colaboración de todos/as. Muchas personas habéis expresado el deseo de recibir la revista en casa. ¡Cómo no! Entre nuestras páginas encontraréis un boleto que podéis rellenar y remitirnos, y a cambio de un asequible (no me digas que no, cariño) donativo anual, "Lo + Positivo" os llegará cada dos meses a la dirección que indiquéis. De esta manera, además, estaréis ayudando más de lo que os podría parecer a mantener lo que ya sabéis: calidad, rigurosidad, frescura, pluralidad, y algunas cosillas más.

En esta edición encontraréis una nueva entrevista: otra persona que da la cara y comparte su historia con nosotros/as (como tú podrías hacer algún día); una ampliada sección de nutrición y otros artículos sobre los temas habituales, de entre los que destacamos dos cartas desde cárceles catalanas: en total, 48 páginas, ¡8 más que en el número 1!

Esperamos que la disfrutéis y que os animéis a colaborar, en todos los sentidos.

el equipo de **Lo+Positivo**

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 Albaladejo

Gracias a Positive Nation, de Londres.

"Lo + Positivo" es una publicación del Grupo de Trabajo sobre Tratamientos sobre el 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: smartext@bcn.servicom.es

Imprime:
Foli Verd
Depósito Legal: B-40431-97

Con el patrocinio de:
Abbott Laboratorios
Boehringer Ingelheim
Bristol Meyers Squibb
Glaxo Wellcome
Merek Sharp and Dohme
Productos Roche

y la colaboración de:
Galletas La Polar

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

Secciones

- 6 La verdad está aquí dentro
- 24 ¡A comer!
- 31 Una mujer seropositiva
- 32 Internet
- 35 Pacientes y médicos
- 37 Anotaciones al margen
- 40 Castigar o sanar
- 43 Lo+Negativo
- 45 Cultura en positivo

Artículos

12 Tira y afloja

Una persona seropositiva y su equipo médico hacen repaso de sus fuerzas y debilidades, en busca de un equilibrio en el que aceptar los límites humanos no significa resignarse con lo que hay.



38 Aviso para navegantes (II)

Iban a ser sólo un par de artículos, pero la interacción entre VIH, fármacos y drogas recreativas se encuentra en la cresta de la ola. Vamos, que está dando de qué hablar. Habrá más.

42 Llevar una carga (viral)

¿ARN del VIH plasmático te suena a discurso de ministro? ¿1 log, 2 log, 3 log, lo confundes con un programa infantil de la televisión tardo-franquista? Una guía iniciática al fascinante mundo de la carga viral.



Criptosporidium

Se presentó en la conferencia de Washington el resultado de un ensayo con placebo controlado, en el que no se aprecia ninguna mejora en la acción del fármaco paromomicina como tratamiento para la infección intestinal por criptosporidiosis. Sin embargo, algunos doctores informaron sobre casos aislados en los que pacientes con criptosporidiosis o microsporidiosis, una infección intestinal parecida, experimentaron una mejora al iniciar la terapia de triple combinación. Los síntomas de diarrea desaparecieron y no se encontraron parásitos en sus intestinos (abstract 688). Otro estudio retrospectivo sugirió que la gente en tratamiento con los antibióticos claritromicina o rifabutina para prevenir MAI fueron menos propensos a padecer criptosporidiosis (abstract 685).

(AIDS Treatments Update, feb. 97)



Profilaxis de PCP

El servicio de sanidad pública estadounidense anunció su propósito de publicar unas nuevas directrices sobre la profilaxis de PCP. En ellas se sugiere que es recomendable la profilaxis de PCP para todas aquellas personas cuyos recuentos de CD4 estén en algún momento por debajo de 200-250, aunque puedan haber subido por acción de la terapia de combinación. En las directrices se recoge la preocupación sobre el hecho de que aumentando los recuentos de CD4 con fármacos contra el VIH no se restauran necesariamente todas las funciones esenciales de todas las CD4 a corto plazo.

(AIDS Treatments Update, feb. 97)

Más notas de Washington

El estudio EUROSIDA es un análisis observacional de 2.500 personas no ingresadas que empezaron tratamiento con AZT al que más tarde añadieron algún otro nucleósido. El resultado mostró que la adición de 3TC fue asociada a una mayor reducción de la mortalidad que con cualquiera de los otros nucleósidos (ddl, ddC, o d4T), aunque añadir cualquier nucleósido resultó ser mejor que mantener AZT en monoterapia. 3TC mostró una reducción del riesgo de muerte del 59%, incluso más que en el estudio CAESAR donde mostró una reducción del 52%. Una nota importante sobre estos estudios de adición de un fármaco es que aunque demuestran que dos es mejor que uno (y tres mejor que dos), la información disponible no permite al usuario añadir simplemente otro fármaco a la terapia en curso, esté dando resultados o no. Evidentemente, para maximizar la terapia (y por consiguiente la salud de la persona) no es aconsejable añadir un fármaco a cualquier terapia si ésta se ha estado tomando durante un periodo extenso (otro periodo de tiempo nada bien definido).





Resistencia y adhesión: ¿Una relación muy próxima?

A medida que los antirretrovirales se hacen más asequibles, el personal médico se enfrenta a decisiones más arriesgadas sobre qué agentes usar en primer lugar o en combinación con qué otros fármacos. Una de las claves de tal decisión es la resistencia. Según Doug Richman de la UCSD el objetivo de la planificación terapéutica no debería ser 'capear la resistencia' sino evitar a toda costa su aparición. En otras palabras iniciar una terapia que no consigue eliminar el virus detectable en la sangre es lo mismo que no empezar terapia ninguna.

Según afirmó, "no deberíamos menospreciar la capacidad de nuestro@s pacientes para llevar a cabo tareas complicadas si saben por qué las hacen, y ayudarles a comprender las razones es en buena medida la labor del personal médico."

'Hablar con los pacientes puede proporcionarnos revelaciones muy interesantes.'



Debe conocerse **la importancia de cumplir**  **con la adhesión al tratamiento**  ya que la mayoría de ensayos registrados muestran una preocupante tendencia hacia una adhesión muy pobre.

Un análisis de ACTG 175 sobre 40 personas que se realizó durante 90 días mostró que casi tres cuartas partes de las dosis prescritas o bien no fueron ingeridas o bien fueron ingeridas a destiempo.

Un estudio sobre 39 personas cuyos recuentos de CD4+ estaban por debajo de 50 reveló que ni la monoterapia con indinavir ni la IL-2 restauran con

rapidez una pérdida preferencial de células naïve comparado con las células de memoria; la terapia tampoco expandió el repertorio de células CD4+. Otro estudio recomendó precaución antes de retirar la profilaxis ante enfermedades oportunistas una vez los recuentos de CD4+ están por debajo de 50.

Siguiendo el hilo de este estudio Anthony Fauci, director del NIAID, añadió: "los resultados de este ensayo nos urgen a intervenir con prontitud antes que los elementos del sistema inmunológico queden irreversiblemente dañados."

JOURNAL of the International Association of Physicians in AIDS Care, Abril 1997

la verdad está

Fatiga relacionada con el VIH

La fatiga, medida generalmente en función de una reducción de la actividad diaria, **es uno de los problemas más persistentes y menos tratados que padecen las personas con VIH.**

En un estudio reciente con 438 adultos se utilizaron dos escalas de factores, una para definir la fatiga persistente como la que extiende su duración en más de dos semanas y otra que establece la 'falta de energía'; la clasificación de los pacientes como 'acusando fatiga' dependía de sus respuestas afirmativas a una batería de preguntas en las dos escalas.

A un 54% de los participantes en el estudio se le diagnosticó fatiga, y del análisis se desprende que es más persistente en mujeres y en personas con un mayor número de síntomas de SIDA, en particular dolores frecuentes o permanentes. Como ya se había anticipado, se confirmó una fuerte correlación entre índices altos de depresión y la fatiga, aunque un 58% de las 231 personas que acusaban fatiga no tenían índices elevados de depresión.

Los investigadores concluyen afirmando que se precisan estudios más detallados para diferenciar la fatiga que se deriva de la depresión de la que es síntoma directo del VIH, a la vez que para determinar la frecuencia en que la depresión es una consecuencia de la fatiga y no al revés.

Causas

Entre la constelación de causas que pueden producir fatiga, se destaca una significativa asociación entre la fatiga y la anemia (escasa transmisión de oxígeno en la sangre).

También son muy importantes las disfunciones nutricionales, ya que la criptosporidiosis y otras infecciones gastrointestinales pueden causar una mala absorción y deficiencias del ácido fólico y, en particular, de la vitamina B12, necesarios para la producción de células sanguíneas. La falta de hierro puede derivarse de la pérdida crónica de sangre, por ejemplo, como resultado de un sarcoma de Kaposi intestinal o una infección por Citomegalovirus.

Tratamiento

Algunos fármacos alternativos para combatir las causas médicas de la fatiga pueden producir un efecto rápido y beneficioso. También una dieta mejor y suplementos nutricionales especiales para combatir la mala absorción o las necesidades especiales de los enfermos crónicos pueden ser muy útiles para combatir la fatiga.

En la actualidad se está llevando a cabo en el hospital de Sloan-Kettering (R.U.) un estudio controlado con placebo sobre la efectividad de dos psicoestimulantes ya en el mercado (Ritalin y Cylert) para minimizar la fatiga en personas seropositivas no hospitalizadas.

En relación a lo que cada uno puede hacer, se sugiere que cada persona desarrolle sus propios métodos de combatir la fatiga. El primer paso debería ser relajar el ritmo diario, alternar momentos de actividad y de descanso, con pausas para relajarse y contemplar la posibilidad de delegar ciertas tareas a otras personas. Hacer jogging o rutinas en el gimnasio se consideran una forma natural de estimulación física y psíquica, aunque ejercicios más suaves, como caminar, pueden resultar también muy útiles. Si se aprecia que la capacidad física está bastante limitada por la enfermedad hay quien considera muy apropiada la práctica de ejercicios meditativos como el yoga, el tai chi o el chi gong. También pueden jugar un papel destacado los masajes, la imposición de manos, la acupuntura y otras terapias alternativas que supuestamente restauran el 'balance energético', aunque sólo sea por sus aspectos meditativos que alivian la tensión mental y la depresión.

El counseling psicológico y los grupos de apoyo pueden ser muy útiles para superar el estrés emocional y la ansiedad, así como la terapia ocupacional, una valiosa estrategia para proporcionar a la persona otras miras más allá de su infección, sus síntomas y sus emociones. Por último, la medicación antidepresiva puede emplearse en casos agudos.

Adaptado de GMHC treatment ISSUES
Enero, 1997

aquí dentro



Nuevas medidas sobre tratamientos destinadas a mejorar la atención sanitaria

Dos nuevos paquetes de medidas acaban de ser publicados, con la intención de proporcionar a las personas con VIH una idea más clara sobre el tipo de tratamiento que deberían esperar de los servicios especialistas en VIH.

Las medidas publicadas por la asociación nacional de Providers of Aids Care and Treatments (PACT) y por la British HIV/AIDS Association (BHIVA) tienen muchos puntos en común aunque fueron diseñados con finalidades diferentes.

Ambas medidas recomiendan que se contemple el tratamiento contra el VIH cuando el recuento de células T CD4 baje a 350 (PACT) o a 300 (BHIVA) y cuando la carga viral sea más alta de 10.000 (PACT) o esté entre 10.000 y 50.000 (BHIVA).

Las directrices de PACT (que por su interés reproducimos en la página siguiente), esbozadas por el profesor Pinching del hospital londinense de St Bartholomew, fueron publicadas en marzo y



diseñadas para establecer ciertas bases a largo plazo para regular la provisión de fármacos a personas con el VIH.

En principio, se pensaron para hospitales y mutuas de la seguridad social aunque ya han sido adoptadas por las autoridades sanitarias de Londres.

Por otro lado, las directrices de la BHIVA, publicadas a mediados de abril establecieron una guía para doctores y personal sanitario sobre cómo usar con mayor eficacia los fármacos anti-VIH. En estas directrices se pasa revista a detallados estudios clínicos sobre fármacos contra el VIH y concluyen afirmando que aunque se sabe mucho sobre fármacos

individuales y combinaciones de ellos, nada indica cuándo es mejor empezar el tratamiento.

Las directrices de la BHIVA sugieren que el objetivo del tratamiento contra el VIH debería ser el de reducir los niveles de VIH en la sangre hasta llegar a ser indetectables. Las directrices de la BHIVA provocaron de inmediato un encendido debate. El profesor Sven Danner de Amsterdam las tildó de ser "un poco confusas" y añadió: "Nosotros tratamos antes."

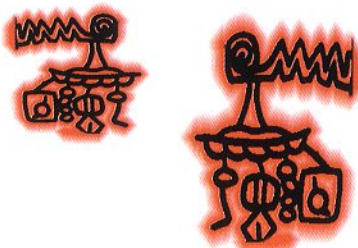
Raffi Babakhanian del European AIDS Treatment Group (EATG) comentó: "Respaldamos completamente las directrices de PACT, pero el comité que las trazó no incluyó a ninguna persona seropositiva y aunque aseguran haber consultado con personas seropositivas, sus identidades siguen ocultas. Estas medidas son un compromiso tan endeble que sólo mejorarán la atención sanitaria ahí donde es más precaria. No creo que representen el mejor pensamiento médico."

En términos técnicos

carga viral - la cantidad de VIH en la sangre

- Una bajada de 1 log significa que queda un 10% de la cantidad de VIH que marcaba el test anterior.
- Una bajada de 1,5 log significa que queda un 5% de dicha cantidad.
- Una bajada de 2 log significa que queda un 1% de dicha cantidad.
- Una bajada de 3 log significa que queda un 0,1% de dicha cantidad.

células CD4. Las células CD4 son las células principales a las que el VIH ataca, también conocidas como células T. El nivel de CD4 indica cómo está de sano un sistema inmunológico.



análogos de nucleósido. El grupo de antivirales que incluye AZT, ddI, ddC, 3TC y d4T. Actúan sobre la enzima de la transcriptasa inversa vírica en la célula.

inhibidores de la proteasa. Una nueva clase de fármacos que actúan sobre la enzima de la proteasa vírica en la célula. Pertenecen a este grupo indinavir, ritonavir, saquinavir y nelfinavir.

Bristol-Myers Squibb Co. anunció que ha adquirido de **Novartis Pharma AG**, el desarrollo mundial y los derechos de marketing, para dos compuestos de inhibidores de la proteasa que en última instancia podrían ser incorporados en el tratamiento de pacientes con el VIH. Las condiciones no fueron reveladas.

15 de junio, 1997. Financial Times.

Según **Laboratorios Boehringer** y **Productos Roche**, ahora en España existen programas de uso compasivo de Nevirapina (no nucleósido) y Nelfinavir (IP). Deberás ponerte en contacto con tu médico y pedirle el formulario si quieres integrarte en el programa.

Marco de trabajo PACT para el tratamiento del VIH

A. El seguimiento de la carga viral debe realizarse sin interrupción para corroborar las decisiones; normalmente, el test debería llevarse a cabo cada tres meses para:

- Empezar el tratamiento con fármacos anti-VIH,
- Valorar el impacto inicial del tratamiento y, a su debido tiempo,
- Determinar cuándo cambiar el tratamiento.

B. Contemplar el tratamiento antirretroviral si la persona tiene:

- Enfermedades relacionadas con el VIH y/o
- Un recuento de CD4 de menos de 350, o un recuento decreciente de CD4 y/o
- Una carga viral alta (10.000 copias o más), y el paciente desea empezar la terapia.

C. Empezar el tratamiento anti-VIH con 2 o 3 (o 4) fármacos: La elección y número de fármacos seleccionados vienen determinados por:

- Los datos relacionados con el VIH del paciente
- La capacidad del paciente para combatir los efectos secundarios y la previsible toxicidad,
- El impacto sobre otros fármacos que el paciente toma (las interacciones)
- Los datos de la eficacia de los diferentes fármacos contra el VIH y
- La preferencia del paciente.

D. Considerar un cambio del tratamiento si:

- El paciente tiene dificultades al tomar los fármacos, y/o
- La persona desarrolla una nueva enfermedad, y/o
- Se aprecia un recuento decreciente de CD4, y/o
- La carga viral aumenta o vuelve hacia su nivel inicial, y/o
- Nuevos datos demuestran la necesidad de un cambio.

E. Cambio del tratamiento anti-VIH

Si la salud del paciente se deteriora y se lleva a cabo un cambio:

- Deben cambiarse dos o más fármacos (adición y sustitución de fármacos).

F. Para asegurar el efecto más duradero y para evitar la aparición de cadenas del virus resistentes a los fármacos, es crucial asegurar que el paciente se adhiera al tratamiento, especialmente a través de la comprensión y "responsabilidad" de la decisión del tratamiento.

G. Cuando se inicie o cambie un tratamiento, las decisiones que se tomen deben tener en cuenta las opciones de futuro, y siempre que sea posible, tratar de no limitarlas.

H. Es adecuado considerar la detención del tratamiento anti-VIH cuando:

- Se aprecien efectos secundarios o problemas con la toma de fármacos
- La combinación de tratamientos ya no surge efecto
- Pobre calidad de vida, o
- El paciente pide parar el tratamiento.



noticias del encuentro BHIVA

La British HIV/AIDS Association celebró su tercer encuentro anual a mediados de abril. Con asistencia de más de 200 doctores y personal sanitario, durante su celebración pudimos oír los resultados de una amplia gama de investigaciones sobre el VIH realizadas en Gran Bretaña. A continuación detallamos algunos de los más importantes.

Fármacos anti-VIH

-Cambiar la dosis de ritonavir puede resultar más fácil de ingerir sin reducir su efectividad. Doctores de Liverpool y Dublín sugieren que la ingestión de 300mg cada seis horas en lugar de los 600mg cada doce horas actuales reduce los efectos secundarios sin reducir significativamente la cantidad de fármaco que llega al cuerpo.

-Bristol-Myers Squibb presentó una investigación en la que mostraba que su fármaco ddl puede tomarse una vez al día en vez de dos al día, como hasta ahora, sin reducir su efectividad. Se está desarrollando un trabajo más detallado con la esperanza de que esté disponible a finales de año.

-La terapia de triple combinación (dos nucleósidos + 1 inhibidor de la proteasa, por ejemplo) puede ser efectiva para tratar PML, una enfermedad cerebral relacionada con el VIH para la cual no había tratamiento.

-Por otro lado, los escáner del cerebro (MRI) pueden detectar la demencia en personas con VIH, lo que

posibilitaría la oferta de tratamiento con fármacos anti-VIH que funcionan en el cerebro a personas de las que se demuestre que están en riesgo.

-Se sugiere también, que una terapia clínica guiada por personal sanitario puede ayudar a las personas con VIH a tomar decisiones más documentadas sobre tratamientos del VIH. Un estudio paralelo revela que la admisión en los hospitales para empezar la terapia contra el VIH no resultó ser más eficaz que empezar el tratamiento en casa.

Infecciones por VIH

Los fármacos contra el VIH pueden no ser muy efectivos para prevenir la recurrencia de CMV en personas que ya lo han padecido.

Una prueba para determinar si los pacientes presentan resistencia al fármaco anti-CMV ganciclovir, va a estar próximamente disponible. Esta prueba permitiría a los pacientes cambiar de tratamiento antes de enfermar.

Se están desarrollando trabajos para establecer el riesgo de desarrollar infecciones por VIH en diferentes recuentos de células CD4, lo que facilitaría dirigir medicación preventiva a quien más lo necesitara.

La mayoría de gente con el VIH no sabe cómo prevenir la infección intestinal por criptosporidiosis, por lo que son necesarias más campañas informativas.

Positive Nation, mayo 1997

Nota aclaratoria de GlaxoWellcome:

-Novedades sobre el estudio CAESAR: se añadió 3TC o 3TC/Loviride a la terapia de base que era AZT, AZT/ddC o AZT/ddI. Queremos remarcar que se reduce una progresión a SIDA o muerte en un 58%.
-AZT/3TC frente a d4T/3TC: el efecto del d4T en la demencia asociada a SIDA no ha sido demostrada de momento a pesar de su paso a través de la barrera hematoencefálica.

Un estudio de Glaxo no publicado formalmente, aunque presentado en St Petesburg en julio pasado, muestra que AZT/3TC causaría una resistencia cruzada a, al menos, otros dos análogos de nucleósido; lo que significa que no nos deja donde acudir tras el fracaso de AZT/3TC. ¿Significa esto que AZT/3TC no es una combinación de primera línea?

La nueva versión (más fuerte) de saquinavir, que se llamará Fortovase, con una biodisponibilidad del 12% (3 veces más que ahora) no estará disponible hasta el año próximo. Parece muy claro que Roche está por la labor de acabar con sus existencias de la formulación actual de saquinavir (no muy efectiva) antes de lanzar

el nuevo fármaco. ¿Podría ser una solución cambiar a otro inhibidor de la proteasa antes que fracase el saquinavir actual?

¿Dónde están los resultados? No pasa un día sin que BMS hable de la bondad y la eficacia de la toma de ddl una vez al día, pero no hay aún datos clínicos sobre este extremo. ¿Llegaremos a tener algún nuevo dato en las próximas conferencias de San Francisco, Toronto y Hamburgo? (La temporada de otoño ya está aquí).

¿Puede ser la toma de Nevirapina de una vez al día? Parece ser que la vida media de este fármaco es muy larga, y podría ser candidato, junto con otros fármacos fáciles de tomar, para un régimen de dosificación más simple.

Hablando de dosificación simple, Merck está a punto de lanzar los resultados preliminares de los estudios sobre Indinavir dos veces al día. ¿Serán simplemente estudios sobre el nivel sanguíneo o veremos datos de un seguimiento a los pacientes durante más de seis meses, para comprobar si los efectos secundarios (el riñón) son mayores o no? Por otro lado, van a empezar un estudio interactivo con metadona. ¿En el Estado Español?

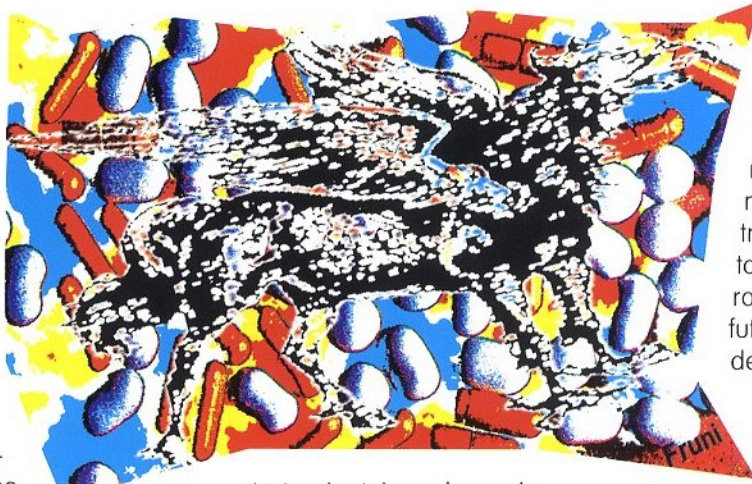
Una posibilidad (de primera línea) para saquinavir sería en combinación con ritonavir. Puede tomarse menos ritonavir y conseguir un efecto del doble o más de saquinavir. ■

Reticencias éticas a los ensayos clínicos para el VIH/SIDA que utilizan terapias subóptimas

Según un destacado investigador del SIDA, el uso de tratamientos subóptimos en ensayos clínicos es erróneo y peligroso. En un extraordinario artículo en la revista *Science*, Joep M.A. Lange de la Universidad de Amsterdam critica duramente la pobre visión de los responsables de planificar los ensayos clínicos, los requisitos contraproducentes de las agencias reguladoras y la voracidad de las industrias farmacéuticas ("Current Problems and the Future of Antiretroviral Drug Trials" *Science*, 1997; 276:548-50).

"Las terapias subóptimas aún están siendo empleadas," escribe Lange, "y esto es un problema serio que merece mucha más atención y regulación de la que se le está dando."

La argumentación de Lange se basa en la convicción -no compartida por todos los médicos- de que el único tratamiento aceptable para la infección del VIH (en pacientes preparados física y emocionalmente para tal



tratamiento) es el uso de terapias combinadas que supriman al máximo la carga viral. Hoy en día, esto se traduce en el uso de un inhibidor de la proteasa con dos inhibidores de la transcriptasa inversa (ITI).

Con la máxima supresión viral, Lange espera prevenir, o al menos retrasar, la aparición de cepas resistentes a los fármacos. Cuando deba cambiarse los fármacos en una combinación potente, debido a intolerancia, preferencia del paciente o por otras razones, los nuevos fármacos deben poder cambiarse con garantías de seguridad.

Pero con la supresión subóptima del virus, como se aprecia en la monoterapia secuencial, el virus se hace resistente a su

vez a cada uno de los fármacos. Debido a la resistencia cruzada -y al número limitado de medicamentos antirretrovirales disponibles- tal terapia limita severamente las opciones futuras de tratamiento de un/a paciente.

Por ello, no encuentra justificación a que se permita el uso de terapias subóptimas en ensayos clínicos.

"En ensayos clínicos, lo mínimo que podríamos hacer por los pacientes dispuestos a ayudar en el desarrollo del conocimiento general es tratarlos según los estándares actuales más elevados" escribe Lange.

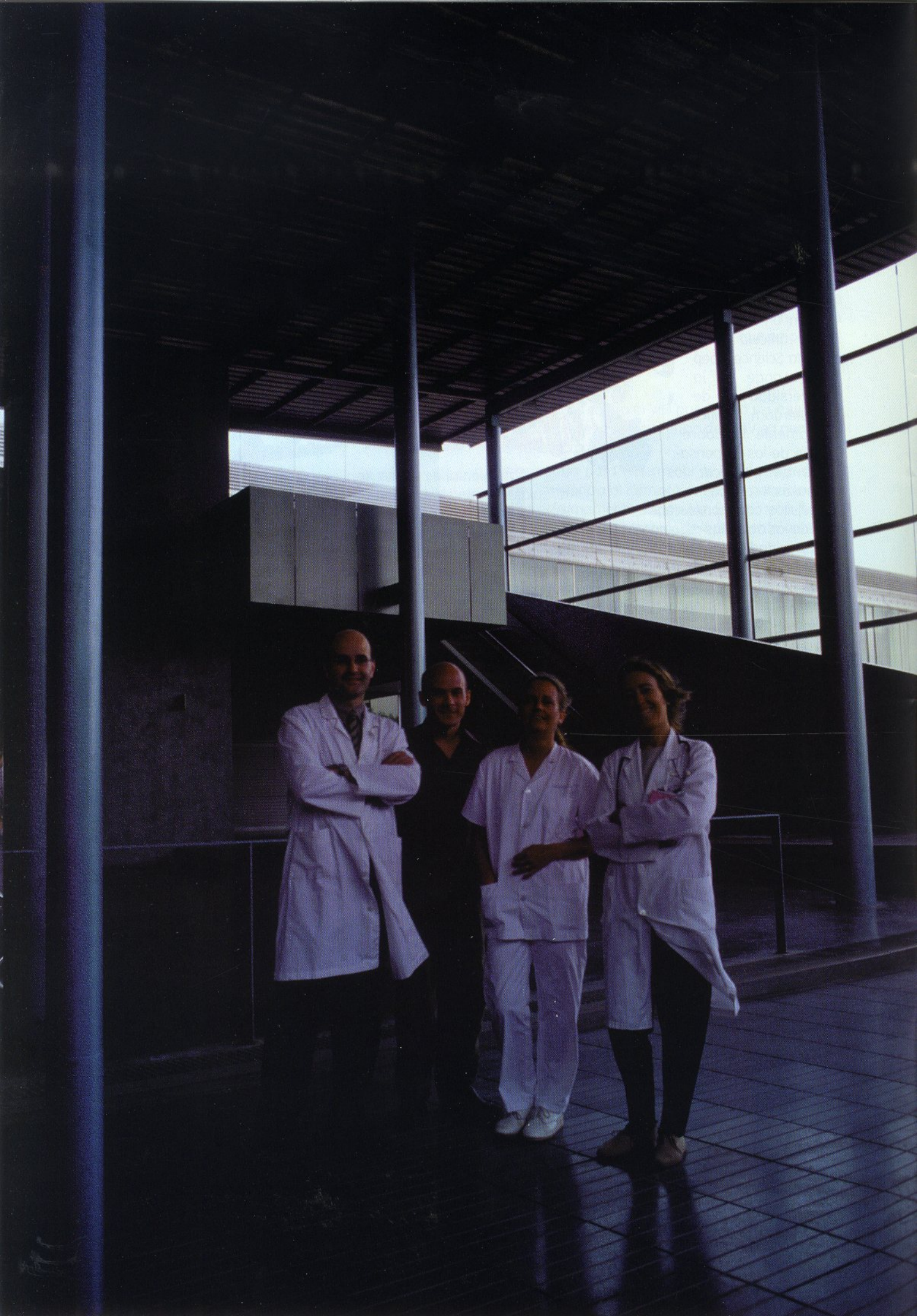
Lange aboga también por la adopción universal de medidas de aprobación condicional rápida de fármacos, una política practicada en Estados Unidos aunque no en la Unión Europea.

Los beneficios económicos de tales aprobaciones podrían compensarse con la obligación de realizar estudios posteriores a la comercialización financiados por las compañías farmacéuticas.

Lange plantea una serie de preguntas para la investigación:

- ¿Cuál es la duración y potencia de los efectos antivirales de varias terapias que suprimen al máximo el VIH?
- ¿Pueden los tratamientos incidir en los santuarios del virus como el sistema nervioso central y las células de larga vida?
- ¿Cuál es la toxicidad de los tratamientos a corto y largo plazo?
- ¿Cómo se contrastan los tratamientos en términos de adhesión del paciente, calidad de vida y rendimiento del coste?
- ¿Qué nivel de reconstitución inmunológica puede observarse en cada tratamiento, y cómo pueden las terapias de base inmunológica mejorar estos tratamientos?
- ¿Los diversos tratamientos que suprimen al máximo el VIH difieren en términos de objetivos finales ("end-points") clínicos y supervivencia?
- ¿La profilaxis contra infecciones oportunistas podrá ser en algún caso suprimida?, y, en caso afirmativo, ¿cuándo?

"No hay ninguna razón de peso para no empezar la terapia antirretroviral tan pronto como la persona con VIH esté mentalmente preparada para ello."



TIRA Y AFLOJA

sobre la relación entre médicos y personas VIH+

por Maite Suárez

¿Cuántas veces te has sentado ante tu médico y le has maldecido por su desinterés o insensibilidad? ¿Y cuántas otras has visto en él/ella casi la única vía para poder seguir adelante? Las relaciones entre las personas con VIH y el laberinto de médicos, especialistas y enfermeras, el sistema sanitario en general, no es sencilla y posee unas características que, con frecuencia a nuestro pesar, la hacen diferente del resto de las enfermedades.

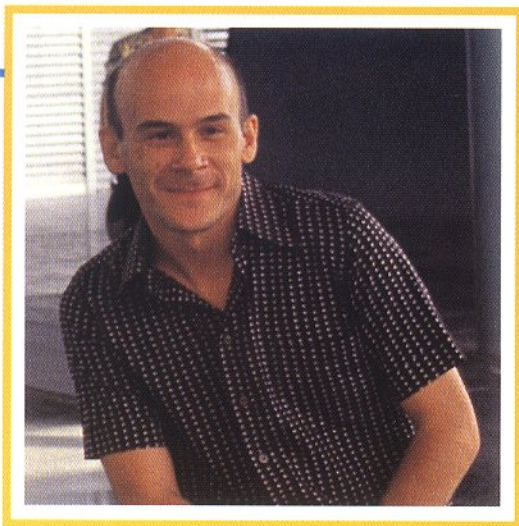
Las historias de estas relaciones están pobladas de ayuda recíproca y conflictos soterrados, de facilidad para la cooperación y de resistencia a entenderse, a ratos de prepotencia y a ratos de ofuscación; a veces, y nos gustaría que las más, de esfuerzo por dialogar y no desanimarse, de escucharse mutuamente y de respetarse como individuos plenos.

En este tira y afloja en el que se pugna entre el conocimiento que sana y la decisión que satisface, no sólo participan los profesionales, sino también los amigos/as y la familia. Al final, la vida misma es un ir y venir de situaciones mejores a peores, de ánimos más sólidos a más precarios, y viceversa.

La historia de Josep Maria y del equipo médico que le atiende no debería ser noticia. Pero lo es. Es noticia porque ejemplifica la maraña de posiciones personales y de estructuras institucionales a las que nos tenemos que enfrentar como peaje imprescindible para el cuidado de la salud y para la preservación de la vida y de su calidad en nuestra sociedad.

Porque no nos agota insistir en el cómo vivir y no sólo, que también y mucho, en el cuánto; porque exigimos del sistema público las terapias más óptimas disponibles; porque podemos comprender los límites del médico pero para ello primero debemos reconocerlos; porque no siempre se puede apaciguar la frustración y la rabia con una sonrisa amable, pero nunca está de más; por todo ello nos gustaría agradecer a Josep Maria que nos haya hablado sin tapujos, y a Sara Serrano, Pilar Colomer y Jorge Armentia que hayan apuntalado su empeño.

Queremos pedirles también que en este ir y venir, este tira y afloja de las complejas relaciones humanas, por mucho que se tense la cuerda, pongan todo su cuidado, nunca mejor dicho, en no romperla.



Tiene la carita redonda, las facciones dulces de un adolescente y mueve su cuerpo proporcionado con la elegancia un poco brusca del que se mantiene alerta sin perder las formas. La verdad es que produce vértigo bucear en los últimos años de la vida de este hombre de 29 desde que a finales del año olímpico llegara a Barcelona desde su Lérida natal con *"enormes ganas de ampliar mis horizontes vitales y de ver mundo"*.

Josep Maria comienza a hablar con tiento, duda con frecuencia, se interrumpe o cae en un silencio denso, reconcentrado, como si este paseo por su biografía reciente fuera un camino tortuoso lleno de cruces y recovecos que invitan a pararse y reflexionar sobre los próximos pasos, las próximas palabras.

"Apenas instalado en Barcelona encontré, por pura casualidad, mi primer trabajo de cocinero en un restaurante del Casco Antiguo. En pocas semanas me doy cuenta de que he descubierto algo que me apasiona y que cocinar es mucho más que una forma de ganarme la vida. Casi al mismo tiempo conozco a Joan, con el que inicio la que ha sido la relación amorosa más importante de mi vida hasta la fecha, algo que yo nunca había experimentado y para lo que me creía negado hasta que le conocí. Mi relación con Joan me descubre la fuerza del sentimiento amoroso. Crezco, maduro, aprendo y siento unos deseos enormes de vivir."

Josep M^a continúa, con frases breves y llenas: *"El VIH se cruza pronto en el camino, cuando, al poco de iniciar nuestra relación, Joan me comunica que es seropositivo. En aquel entonces yo me consideraba bastante bien informado de lo que esto significaba pero nunca lo había sentido en mi propia carne, en mi propia vida"*.

Asegura Josep M^a que, a pesar del *"shock"* que le produjo la noticia y siendo consciente de que el futuro podía ser *"duro"*, tuvo muy claro en todo momento que el VIH no le impediría continuar adelante con esa *"fantástica relación"*. Apuntalando su apasionado optimismo, Joan se encontraba física y psíquicamente bien: era asintomático y con una actitud hacia el VIH *"serena y consciente"*. Josep M^a intentaba compartir esta actitud al tiempo que *"a mi manera, me preparaba para lo que pudiera suceder"*.

Pero hacia el fin del año 94, tras una serie de ana-

líticas que mostraban un preocupante declive en su salud, Joan fue hospitalizado con Neumonía por Neumocistis Carinii (PCP). Fue una caída en picado y apenas tres semanas después, sin que nadie, incluido Josep Maria, se hubiera preparado para un final tan fulminante, Joan muere: *"Recuerdo ir al hospital y sentir que había algo en el ambiente que sabía que tenía que espantar, pero en ningún momento llegué a suponer que el desenlace pudiera ser fatal. Sabía que Joan tenía mucho miedo pero sólo ahora entiendo que quizá intentaba prepararse y prepararnos para lo peor. Pero entonces no lo ví, no quise verlo."*

El golpe es brutal y aunque en un primer momento Josep M^a reacciona con *"tranquilidad y entereza"* al cabo de unas horas se desmorona y cae en una desesperación *"como nunca antes había conocido"*.

Los días siguientes son tranquilos: *"yo continuaba trabajando; puedo verme trajinando con mis fogones y mis paellas y de repente sintiendo una emoción brutal, algo que yo reprimía -estaba trabajando- pero que era casi imposible de soportar. Y un vacío, un vacío vertiginoso, una sensación a la que no podía mirar. A partir del 5 de noviembre, cuando Joan "se va" todo se sucede cada vez con más velocidad: en un mes pierdo 10 kilos, desarrollo un herpes genital y empiezo a sospechar seriamente que yo también puedo estar infectado. Sabía que nuestro sexo seguro no lo había sido tanto en ocasiones..."*

Josep M^a confiesa que no se sentía preparado para manejar un posible resultado positivo pero la presencia insidiosa del herpes le lleva al consultorio de enfermedades de transmisión sexual de Drassanes, donde comienzan a tratarlo sin éxito. *"Pronto el doctor me sugiere que hagamos la prueba de detección del VIH pero no es hasta marzo del 96 cuando reúno el coraje suficiente para optar por lo que yo sabía era lo más sensato en mis circunstancias: hacerme la prueba"*

Los resultados confirman su positividad y además dibujan un estado analítico bien por debajo de los 100 T4, algo inimaginable para Josep M^a, que había contado con estar, al menos, *"altito"* de defensas. Es entonces, dice, cuando *"empieza el locurón"*: *"Yo sabía que por aquel entonces una situación clínica como la mía no dejaba mucho espacio de maniobra."*

...los amigos son mi refugio, mi parapeto. Me dan la fuerza y el apoyo que necesito para seguir adelante.

Me preguntaba sin cesar: "¿qué está pasando con mi vida? ¿qué está pasando...?"

En Drassanes le aconsejan trasladar su expediente a un centro hospitalario adecuadamente preparado para tratar su infección por VIH y es entonces cuando Josep Maria llega al Hospital del Mar:

"Me recuerdo desesperado, frenético. Llegué al Hospital con unos niveles de exigencia tremendos, quería que me vieran YA. Mi vida se hundía, me sentía en un túnel de negrura y el hospital significaba mi búsqueda de luz. Quería que mi doctora (la Dra.

Serrano) me lo explicara todo, que buscásemos salidas, opciones de tratamiento, lo que sea para frenar ese descenso hacia la nada...”

Pronto empieza su primer tratamiento, una “combi” con AZT y ddI, pero sus analíticas continúan empeorando. Sigue trabajando pero está cada vez más cansado y los trastornos, de mayor o menor importancia, se suceden sin cesar: cándidas, herpes, fiebres inespecíficas y problemas estomacales que nunca llegaron a aclararse del todo y que hacen ser consciente a Josep Maria de “los límites e inexactitud de la medicina oficial”.

Empieza a ver que trabajar en sus condiciones se hacía cada vez más difícil y que necesitaba, al menos, garantizar su estabilidad económica en previsión de tiempos aún peores... En Actua Barcelona encuentra la ayuda profesional que necesita para tramitar su solicitud de pensión por enfermedad y empieza a recibir el soporte emocional y terapéutico que le ayuda a ver “dónde estoy y cómo puedo empezar a poner un poco de orden en ciertos aspectos de mi vida personal que

...un hospital no te puede tratar como un coche que llega al taller para que le cambien una pieza...

deseaba resolver antes de que fuera demasiado tarde”. Además, el equipo SIAD de Actua comienza a proporcionarle asistencia domiciliaria y será, pocos meses después, el que se responsabilice de administrar a Josep M^a su medicación intravenosa anti-CMV en su domicilio, en los periodos en que éste no acudía al hospital de día. Algo para lo que los profesionales del SIAD tuvieron que “mojarse y vencer las absurdas retenciones que en un primer momento mostró el Hospital del Mar”.

Nos acercamos al final del año 95 y Josep M^a ya ha dejado su trabajo y empezado a recibir

prestaciones económicas que le permiten sobrevivir y dedicarse “casi al 100%” a su salud: “al poco de obtener mi pensión comienzo a ir al Taller de la Asociación Anti-SIDA donde practico yoga y asisto al grupo de actividades plásticas. Sé que puedo sacar una gran fuerza de mi relación con otras personas seropositivas aunque trato en todo momento de no encerrarme en guetos sólo para “posis” y de tener una vida al margen del VIH”.

Josep M^a habla entonces de cómo su grupo de amigos más próximos y algunas personas del círculo de Joan con las que permanece en contacto han sido y son fundamentales en todo este proceso: “Nunca les ocul-

té nada, siempre supieron lo que había en cada momento. Ellos son mi refugio, mi parapeto. Me dan la fuerza y el apoyo que necesito para seguir adelante”.

La familia es un capítulo aparte. Durante largos meses sus padres permanecieron ignorantes de todo lo que estaba pasando con la vida de su hijo y sólo cuando se produce su primer ingreso hospitalario y Josep Maria siente que no quiere soportar más la presión del ocultamiento y la doble vida, se decide a hablar con ellos: “Siempre supe que quería contárselo todo, que no iba a morir sin que oyeran de mi propia boca lo que había sido mi vida; mi identidad gay, mi amor por Joan. Además quería que supieran que aunque la presión del entorno era muy fuerte yo nunca me he sentido culpable por ser como soy y que lo único que he intentado siempre es construir mi propio mundo y ser feliz”.

Fue una de las decisiones más conflictivas para Josep M^a, que temía que el golpe fuera demasiado duro o la reacción de sus padres demasiado dolorosa para él. Una vez pasado el mal trago de reunirles y de contárselo todo, cuenta cómo “contra todo pronóstico reaccionaron, dentro de lo tremendo del golpe, con mucha serenidad y, a su manera, me brindaron todo el soporte que podían ofrecerme. Aprendí que no valía la pena bregar con angustias y secretos y que tirar por lo derecho, siendo consciente de tus necesidades, puede ser lo mejor para tu salud. Desde entonces me siento, en ese sentido, mucho más tranquilo, más a gusto conmigo mismo”.

Entre tanto, su relación con el Hospital del Mar evoluciona con altibajos: “Por un lado, me siento cada vez más escuchado, gano en confianza, veo que se puede hablar y que las decisiones son consensuadas entre mi doctora y yo. Sigo exigiendo, aunque no creo haberlo hecho nunca de manera irracional o tiránica, sino siendo consciente de que la profesional que tengo delante es un ser humano y que como tal tiene sus límites.”

Por otro lado, continúa Josep M^a, “recuerdo mi primer ingreso como algo tremendamente traumático. Yo había abandonado mi tratamiento con AZT y ddI desde hacía varios meses ante el evidente fracaso de esta combinación en mi caso particular y podía contar mis T4 con los dedos de una mano. En marzo del 96 me ingresan en la planta 9^a con un brote de Citomegalovirus (CMV). De un día para otro me veo en una habitación con otros tres tíos y durante la primera noche uno de ellos muere delante mío y veo en su rostro la vergüenza de morir allí, delante de todos nosotros que no le conocíamos de nada... Fue muy bestia, muy traumático”.

Tan bestia que al día siguiente y sin que hubieran siquiera empezado a suministrarle la medicación Josep M^a monta “un pollo enorme” y se necesita toda la capacidad persuasiva de médicos, psicólogos, familia y amigos -A los que confiesa haber mandado “a la mierda”- para convencerle de que se quede en el hospital e inicie su tratamiento anti-CMV.

Se queda y se aviene a razones, aunque sigue teniendo muy claro que “tiene que haber otra forma de hacer las cosas, que no es posible que la gente pueda morir así, de cualquier manera,



delante de tus narices, que debo seguir librando batallas para conseguir que no me traten como un coche que llega al taller para que le cambien una pieza.

"Para entonces sigo pensando que las cosas van de mal en peor, que el deterioro es progresivo y el final inexorable. Aún así mantengo un principio de humor que me hace reír hasta de mi propia decadencia y trato de llevar las cosas con la mayor dignidad posible, disfrutando de mis amigos, mi familia, la proximidad de los que quiero".

Es en este 2º ingreso, en mayo del 96, durante lo que Josep María califica como una conversación "tensa e intensa" con la doctora Serrano, cuando deciden conseguir Ritonavir, un Inhibidor de la Proteasa (IP) del que Josep María había oído hablar en términos contradictorios: "Parecía que los efectos secundarios de los IP eran aún desconocidos y que podían resultar peligrosos. Yo pensé que más peligroso era morir".

A las 4 semanas de formular su solicitud, vía uso compasivo, Josep Mª comienza con Ritonavir. Desde entonces, y a un año vista, su evolución ha sido tan espectacular que él mismo confiesa no "creer lo que me está pasando".

De tener apenas un puñado de T4 en junio del 96 a más de 70 en septiembre del mismo año, sus defensas continúan subiendo, el CMV parece controlado, va ganando peso y su piel recupera un aspecto elástico y suave, normal. En octubre del 96 más de 100 T4, más de 200 en noviembre, por encima de los 400 en diciembre...: "Y yo, alucinando pepinos". En el momento de realizar este reportaje Josep Mª ha superado los 900 T4 y hace varios meses que su doctora y él mismo decidieron suspender su profilaxis con foscarnet e intentar mantener a raya al CMV con los recursos de su propio sistema inmunitario, ahora fortalecido. Los controles oftalmológicos quincenales efectuados por el Dr Armentia indican que, de momento, así es.

No es extraño que Josep Mª asegure que se encuentra "encantado" del vuelco que ha dado su situación. Después de casi dos años en que su salud se había convertido en una preocupación constante y casi exclusiva, ahora se siente más relajado y capaz de dirigir sus energías hacia aspectos de su vida que habían sido dejados de lado en las épocas más duras e, incluso, se plantea la posibilidad de volver a trabajar. Por otra parte Josep María sigue

pidiendo lo mismo a su doctora: "que me escuche, que me hable y explique lo que le pido, que trabajemos juntos para mantener lo que hemos conseguido y para confrontar los problemas que puedan ir surgiendo. Mi salud pasa por rodearme de un entorno agradable y solidario y por encontrar un equilibrio entre todos los factores que influyen en mi bienestar. Nunca me he tomado una pastilla sin creer que podía venirme bien y esa misma actitud abierta, positiva y reflexiva, sin fanatismos, sin creer en soluciones mágicas o únicas es la que he mantenido cuando me he acercado a otras formas de mantener y cuidar mi salud como la reflexología, el yoga o la homeopatía. Nunca tienes la seguridad de estar eligiendo lo mejor para tí y contra eso sólo se me ocurre que debo continuar buscando, aprendiendo, contrastando información... Es todo un curro y nadie va a ofrecerte el 100% de garantías."

Seguimos hablando, la atmósfera parece haberse aclarado tras el trabajoso desgrane de tantas angustias y avatares y Josep María parece ganar en alegría y tono vital. El tema del amor y del sexo aparece casi de manera natural: "Al recuperar la salud mis deseos eróticos y afectivos también reviven. Durante largos meses mi libido parecía haberse hundido con el Titanic. Tuve contados encuentros sexuales que no pasaron de ahí, entre otras cosas por mi resistencia a abrirme y comunicar mi condición de seropositivo, algo que me parece necesario si me planteo una relación más comprometida. Ahora me veo más fuerte, más capaz de manejar un posible rechazo y, por lo tanto, más capaz de abrirme a una relación amorosa plena".

Inevitablemente, Josep Mª reflexiona sobre lo que ha sido y es su relación con la idea de morir: "Sigo teniendo claro que uno tiene que morir y que eso supone la desaparición, la no-existencia. Ahora, por supuesto, lo veo más lejano, menos real, pero llegué a vivirlo como una presión brutal, la más fuerte que he sentido en mi vida. Recuerdo haberme metido de forma consciente en un proceso de desprendimiento progresivo, de resolución de asuntos pendientes, de atar cabos sueltos...No llegué al punto en el que creo que aceptas la proximidad de la muerte con una tranquilidad que la hace casi deseable pero creo haber intuido 'cómo debe ser eso...' Creo que sólo dando y recibiendo amor, hablando de tus temores o deseos con coraje y sin negaciones y permitiendo que los que te quieren hagan lo mismo, puedes conservar la dignidad y la coherencia ante la idea de ir a morir".

Quizá el cansancio ha nublado su mirada, pero sus ojos me parecen soñadores cuando dice: "¿El futuro? El futuro es ahora mismo, el ir haciendo, el aprovechar lo vivido, el aprender de los errores y recordar lo bueno más que lo malo. Y sin que suene brutal o frívolo, el poder pasar entre los cadáveres, poder sobrevivir..."

Josep María reconoce, sin embargo, que hablar es fácil y que él sigue siendo presa de las contradicciones y altibajos: "Sigo ganando y perdiendo batallas y a veces creo que perderlas puede ser incluso más importante que ganarlas, siempre y cuando después levantes cabeza y puedas buscar la siguiente pelea, la siguiente batalla...". ■



...pido de mi doctora que trabajemos juntos...



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

Al explicar a la doctora que LO+POSITIVO quería mostrar, a la gente afectada por el VIH, cómo un buen trabajo de equipo y una buena sintonía con tu doctor/a podía dar muy buenos resultados, sus resistencias iniciales parecieron vencidas como por ensalmo y ya me había ofrecido su tiempo la tarde del día siguiente, viernes: *"el único día de la semana en que no tengo que salir disparada del Hospital"*.

Y es que a Sara lo que le interesa es justamente eso: la gente, y si se trata de que esta gente viva mejor con el VIH, entonces ella está dispuesta a vencer su timidez natural y su afán por permanecer en el "puesto de base" al que tiene muy claro pertenecer. Sin embargo, repite con frecuencia, sobre todo cuando hablamos de sus méritos profesionales o de temas controvertidos de índole más política o institucional, *"esto no lo pongas"* o *"apaga, apaga"*, refiriéndose a la omnipresente grabadora.

"Estoy en el Hospital del Mar desde el tercer año de mis estudios en la Facultad de Medicina de la Autónoma de Barcelona, donde estudié mi carrera. También aquí hice mi Máster en Infecciosas y he desarrollado años de vida profesional".

Su agenda laboral es apretada y en buena medida orientada al trabajo en equipo: *"A diario, se realizan las visitas en 'planta' o en el dispensario de consultas externas. Un día a la semana tenemos sesión bibliográfica, durante la que se revisa lo más relevante aparecido en las publicaciones científicas a las que estamos suscritos. Casi todo se relaciona con el VIH. No, no es fácil estar al día pero estas reuniones semanales son un pilar básico de nuestra formación continuada."*

Cada semana se pasa revista a todos los casos individualmente y se valoran conjuntamente las posibles decisiones terapéuticas a tomar".

La doctora Serrano se refiere en varias ocasiones a lo largo de esta conversación a la buena relación que hay entre el equipo de Infecciosas con los farmacéuticos responsables del Servicio de Farmacia del Hospital: *"Nunca he tenido problema alguno para conseguir lo que necesitaba para mis pacientes"*, asegura.

Hablamos de lo que supone trabajar en VIH para una profesional de la medicina cuyo precepto hipocrático sigue siendo el de "curar" y hay un tinte de resignación en sus palabras cuando dice: *"Nunca he compartido el rechazo social y hasta profesional que he visto a menudo entre los que me rodean, incluso compañer@s de otras áreas de la medicina; creo que el VIH es una infección, sin más, y no me planteo más que luchar contra ella. Pero eso sí, es*

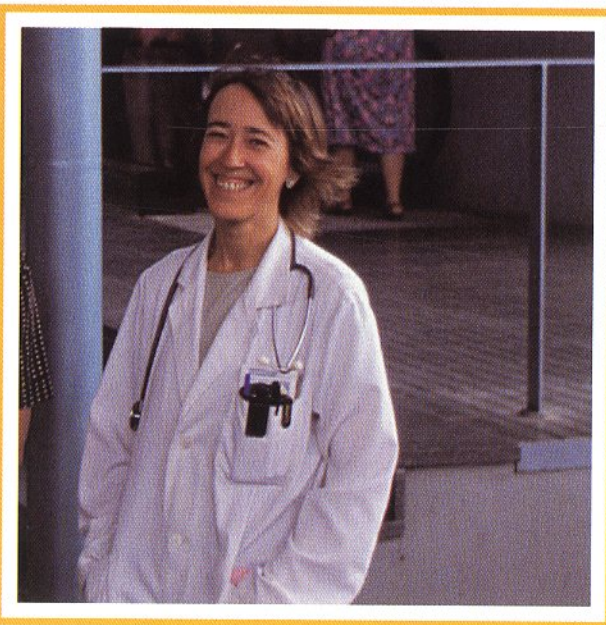
una patología muy frustrante, porque incluso ahora que las cosas han mejorado tantísimo desde el punto de vista de opciones terapéuticas para el/la paciente VIH, nuestra labor sigue siendo la de ir poniendo parches, y nadie ha demostrado todavía que se puede mantener el virus indetectable durante períodos prolongados."

Y entonces Sara insiste, con un mosqueo genuino, en el tema del "estigma" asociado al VIH: *"¡Me da tanta rabia cuando una persona afectada a la que veo claramente deprimida me habla del secreto con el que lleva su condición seropositiva y acto seguido veo al siguiente paciente en las mismas condiciones! Pienso en esas dos personas pasándolo fatal y dándose la espalda entre ellas, cuando podrían estar apoyándose mutuamente... Creo que en ese sentido nosotros tenemos una función importantísima que cumplir, permitiendo que la gente afectada se abra y se una para conseguir mejorar sus vidas"*.

Sara dice que quizá es en el grupo de UDVP (Usuari@s de Drogas por Vía Parenteral) donde menos ha observado este "secretismo" pero que es ahí donde ha visto al VIH causar los mayores estragos: *"He visto familias enteras destrozadas, madres que han ido perdiendo a tod@s sus hij@s, uno detrás del otro, sin poder hacer nada para parar ese horror. Y trabajadoras del sexo que me dicen claramente que ellas necesitan el dinero y que si el cliente lo quiere sin condón, pues sin condón... Te sientes muy impotente"*.

La doctora Serrano reconoce que las cosas van cambiando "para mejor", que el VIH ha hecho de la virología una ciencia médica y que los últimos cócteles de

Es fundamental que se obtengan fármacos cada vez más simples de administrar y de tomar.



fármacos han supuesto una mejora innegable en la calidad y perspectiva vitales de muchas personas seropositivas. Pero puntualiza cautamente que *"no tod@s se están beneficiando de las nuevas combinaciones y l@s que sí lo están, no sabemos por cuánto tiempo. Creo que el panorama se ha aclarado bastante pero aún no podemos echar las campanas al vuelo. Sigue siendo esencial realizar un trabajo intensivo de prevención en todos sus niveles y seguir buscando opciones para las personas infectadas. Habrá nuevos fármacos eficaces y se llegará a obtener una vacuna pero*

queda mucho por hacer”.

Sara recuerda cómo al principio de su trabajo en VIH, el PCP “arrasaba” y también reconoce que las candidiasis se controlan ahora mucho mejor, pero no ve cambios (“de momento”) en lo que respecta a la tuberculosis: “Puede ser fatal en personas inmunodeprimidas. Requiere una fidelidad total al tratamiento -que no es precisamente simple y consta de varios fármacos-. Si la persona lleva una vida poco regular esto puede ser muy difícil, aunque los problemas mayores los tenemos con la población de los sin techo. No hay muchos casos de resistencias múltiples a los

**...trabajadoras
del sexo
me dicen claramente
que ellas necesitan
el dinero y que
si el cliente lo quiere
sin condón,
pues sin condón...**

fármacos anti TB pero aún así a veces te ves en dificultades para dar con la medicación adecuada. Es fundamental que se obtengan fármacos cada vez más simples de administrar y de tomar”.

Sara confiesa como de pasada que “cojo cariño a la gente” y califica su relación con sus pacientes en general de “buena” y basada en la sinceridad mutua y la cooperación: “Es cierto que a veces l@s médicos tendemos a no escuchar o no explicar las cosas lo suficiente. Trabajamos a menudo bajo presión y el VIH provoca por su parte mucha ansiedad añadida. Aún así, intento hablar las cosas y siempre consensúo las decisiones con el/la interesado/a, aunque claro que soy consciente de la influencia que puedo tener sobre el/la paciente; al fin y al cabo es mi trabajo. Si se dan situaciones de tensión ambas partes suelen ser responsables pero una actitud cooperativa por parte del/la paciente ayuda mucho. Recuerdo, por ejemplo, que en nuestro primer encuentro Josep Maria estaba como una moto, con una angustia de caballo, pero se veía que hacía esfuerzos para estar con la cabeza fría”.

Para ser una profesional de la medicina oficial tiene una actitud bastante abierta y considera que lo emocional y lo físico están unidos sin remedio. Todo lo que sea mejorar el bienestar del paciente le parece “genial”, pero no le gusta exagerar y cree que no hay por qué privarse de los pequeños placeres ordinarios de la vida: “Si te apetece un plato de potaje o tu vasito de vino con la comida, ¿por qué vas a privarte si te sienta bien? Trato de desactivar el chip de la obsesión en mis pacientes pero eso no me impide aceptar que hagan otras cosas para cuidar su salud ¡Además de tomarse la medicación que yo les prescribo! Si un

paciente me dice que hace acupuntura o toma hierbas y que eso le ayuda, pues estupendo. El ser humano es muy complejo y creo que la fe puede mover montañas pero desde un punto de vista clínico la potencia de las terapias complementarias es apropiada para aliviar o eliminar ciertos síntomas y por lo tanto para mejorar la calidad de vida, pero no para luchar contra el virus. Lo que sí me gustaría es que las grandes firmas del mercado homeopático, por ejemplo, hicieran ensayos clínicos ‘de verdad’ y contrastaran sus resultados delante de la comunidad científica internacional”.

Al hablar de las posibles carencias del sistema sanitario en cuanto a la atención a personas seropositivas y en concreto de las del Hospital del Mar (donde, por ejemplo, aún no se ha generalizado el uso de la carga viral a pesar de que teóricamente los presupuestos para ello están ya aprobados) la doctora adopta la línea suave y dice: “Estamos mejor de lo que estábamos y peor de lo que estaremos. Es cierto que la carga viral es un elemento valiosísimo y que su generalización está sufriendo retrasos lamentables, pero que al final siempre se reducen a lo mismo: dinero”. Asegura, sin embargo, que nunca se ha visto en la tesitura de no poder proporcionar a un/a paciente la medicación que ella creía era la adecuada por presiones de tipo presupuestario: “Si mañana tú vienes a verme siendo seropositiva y con una inmunidad conservada y me dices que quieres una combinación triple o cuádruple desde el principio y yo veo que es una decisión que has madurado a base de informarte y pensártelo bien y que vas a ser una paciente responsable y con buena adhesión, aunque hubiera preferido empezar con otra combinación, te daría lo que me pides”.

Y vuelve a insistir en la necesidad de seguir trabajando, de seguir investigando (ella misma colabora en los protocolos de investigación que el Hospital del Mar realiza en cooperación con otros centros), en mantener el optimismo sin bajar la guardia. Y a sus pacientes les pide “que no me mientan, que

**Creo que
el panorama
se ha aclarado
bastante
pero aún no
podemos echar
las campanas
al vuelo...**

hablen conmigo tal cual, que intenten ser positivos, llevarlo lo mejor posible, que busquen ayuda si la necesitan, que hablen, que compartan con los que les quieren lo que les está pasando y que comprendan que yo tampoco soy perfecta”. ■

...a mi me
mantienen al
día mis
pacientes, que
son los que de
verdad están a
la última...



Pilar tiene 38 años, cuatro hijos y una vida privada muy satisfactoria (*"Necesitas que lo sea, de lo contrario, con todas las desgracias que ves en el hospital, te volverías medio loca..."*).

Despliega una energía precisa, expeditiva. Trabaja en el Hospital del Mar desde que comenzó su carrera como enfermera y en hospital de día desde su creación, en 1992. Desde el primer momento colaboró con "Lo + Positivo" con alegría y cordial disponibilidad, como asumiendo que aquí cada uno debe hacer su trabajo y que parte del suyo puede ser, precisamente, facilitar que nosotros hagamos el nuestro.

¿Cuál es la función principal de un hospital de día?

Se trata de que el/la paciente que precisa de forma periódica una medicación cuya administración requiere asistencia técnica especializada, no necesite para ello pasar por largos periodos de internamiento hospitalario, con lo que esto puede conllevar de deterioro en su calidad de vida y en la de su familia. Es posible conseguir que estas personas, dentro de unos límites, hagan una vida normal, atiendan a sus responsabilidades, a sus familias o hijos e incluso que trabajen si están en condiciones para ello. Nuestros horarios son amplios (de 8 a 5) y flexibles para poder adecuarnos a las necesidades específicas de cada persona. Tenemos pacientes oncológicos, de neurología, hematología y por supuesto, VIH. Trabajamos en estrecha conexión con todas esas unidades especializadas (en el caso VIH con Infecciosas puesto que el hospital del Mar no tiene una Unidad VIH) y somos un servicio muy rentabilizado.

¿Cómo han ido cambiando las patologías asociadas al VIH en los últimos años?

Desde el hospital de día el cambio que yo he visto en cuanto al VIH ha sido muy importante. Al principio, los pacientes venían en general muy deteriorados, casi siempre referidos de hospitalización, y con un pronóstico de vida muy malo: había una mortalidad del casi 100%. Nuestro arsenal de fármacos estaba mucho más limitado y el paciente, cuando no caía por una cosa, caía por otra. Se veían cosas que ahora se ven mucho menos o casi nada: candidiasis severas, endocarditis en UDVP... Los CMV eran raros porque el paciente estaba tan deteriorado que no llegaba siquiera al tratamiento. Ahora el CMV es quizá lo más común en el paciente VIH del hospital de día, porque su buen estado general implica que no padece enfermedades oportunistas (EO) propias de un sistema inmunitario deteriorado. Y la candidiasis, cuando aparece ahora, suele responder al tratamiento oral y hace innecesarias las visitas al hospital de día.

¿Es la adhesión a los tratamientos un tema frecuentemente difícil? ¿Disponéis de algún recurso extra para facilitar el seguimiento del tratamiento en pacientes con dificultades?

El hospital no dispone de recursos especiales en este sentido y la labor de facilitación de la adhesión la hacemos aquí, entre todos y todas, pacientes y profesionales. En el pasado a veces tenía pacientes tan deteriorados que llegaba a cuestionarme hasta qué punto era "justo" insistir en que tenían que venir a ponerse una medicación altamente tóxica cuando tú sabías que aunque lograras solventar de momento un problema puntual pronto iban a "caer" con cualquier otra cosa. Pero ahora hemos visto mejorías tan espectaculares gracias a los cócteles de antirretrovirales que me siento con muchas más razones para "ponerme pesada" e insistir en que respeten sus visitas y continúen con su profilaxis o tratamiento en el hospital de día. Ahora también nosotras sentimos que podemos dar una esperanza y entre las mismas personas afectadas se ponen unas a otras como ejemplos y se animan a continuar luchando. Por eso creo que venir al hospital de día puede ser muy importante para much@s no sólo porque van a recibir la medicación que precisan sino porque pueden salir de su aislamiento y participar en "sesiones" espontáneas de soporte de grupo.

¿Cómo está influyendo en el hospital de día la introducción generalizada de los cócteles de fármacos?

Creo que la bajada del volumen de trabajo se nota tanto en el número de ingresos en planta como en el número de visitas atendidas en el hospital de día y en el número de pacientes que precisan de nuestra asistencia técnica de enfermería. Los pacientes se encuentran mejor y pueden esperar a sus visitas trimestrales para hablar con sus doctores. Al mismo tiempo, el fortalecimiento de sus sistemas inmunitarios significa una menor incidencia de IO que puedan requerir nuestra asistencia.

¿Facilita el Hospital de Mar vuestra formación continuada?

Hace tiempo que se deniegan sistemáticamente todas las peticiones de enfermería para asistir a congresos o similares y ello es así por obvias razones presupuestarias: no van a pagar suplencias.

Hace un año largo tocó el turno al VIH en las jornadas de formación interna que de manera periódica organiza el Hospital. Yo pude asistir porque era una de las ponentes pero sé de compañeros que tuvieron que combinarse fiestas y demás para poder asistir. No sé lo que ocurre con los médicos pero es una lástima que las cosas sean así para nosotros. Estaría muy bien poder hacer otro curso para ver cómo han cambiado las cosas respecto al VIH en el último año. ¿A mí me mantienen al día mis pacientes, que son los que de verdad están a la última!

¿Cómo es tu relación con tus pacientes?

Durante un tiempo apenas había llegado a conocer un poco a una persona y desaparecía, moría. Era tremendo trabajar en esas condiciones. La población del hospital de día llegaba a cambiar al 100% en 6 meses. Ahora disfrutamos de tiempo para llegar a conocernos y yo sé lo que es su vida y ellos saben lo que es la mía. Es estupendo que incluso la familia pueda implicarse (porque a veces vienen a acompañarles). Yo tengo muy claro que mi función no es sólo darles una atención técnicamente buena, eso se sobrentiende, sino conse-

guir que cuando vienen al hospital de día se sientan como en casa. Fíjate, yo, que soy de la liga anti-tabaco y en mi casa no tengo ni ceniceros, ¡y soy la que me ocupo de que los ceniceros estén a mano y dispuestos! Si nos planteamos que el VIH se está convirtiendo en una dolencia crónica y que podemos hablar de tratamientos de por vida creo que es importantísimo que todos intentemos tener una relación en la que estemos a gusto.

¿Qué le pides a un paciente?

Que entienda que yo también tengo mis limitaciones, que no se obsesione ni exagere la importancia de lo que no lo tenga y que escuche cuando le explico lo que hay, sin que esto signifique menospreciar sus sentimientos. Que intente ser cooperativo, que yo por mi parte prometo ofrecerle todo lo que esté en mi mano para que reciba la mejor atención posible.

Pilar tiene el mostrador y alrededores de su zona de trabajo en el hospital de día repletos de plantas hermosísimas, y es ella la que me informa de que son regalos de sus pacientes. Muchos de ellos ya han fallecido y cuando le pregunto a Pilar si esas plantas son su recuerdo, comienza a explicarme lo importante que es para ella mantener esas plantas con vida para, de pronto, romper en unos breves e intensos sollozos. *"Se me han muerto tant@s, tant@s... Tengo que conservar las plantas vivas. Es lo que más les repito cuando estoy de vacaciones: ¡Regádmelas, regádmelas...!"*

Y yo, que intento imaginar todo lo que habrá visto esta mujer, le pregunto si suele llorar a menudo, a lo que ella, limpiándose las lágrimas y recuperando por completo la compostura me responde que *"no me pasa casi nunca, casi nunca, aunque mi marido dice que antes dormía mejor..."* ■

El doctor Jorge Armentia viene todos los lunes al Hospital del Mar para pasar sus consultas externas y el resto de la semana trabaja en el Hospital de la Esperanza, otro de los centros del IMAS, se ocupa de los casos de retinitis por CMV más complicados. Él es el responsable de hacer llegar a la doctora Serrano los resultados de la exploración que practica a Josep Maria cada 15 días.

¿Cómo valoras tu papel en los casos VIH?

Me considero un técnico, en el sentido de que las decisiones terapéuticas se toman en infecciosas y yo me limito a informar del resultado de mi exploración. En mi época de residente en Bellvitge practiqué las inyecciones locales de ganciclovir pero en el Hospital del Mar no he vuelto a hacerlo. Creo que, en general, éste es un método que despierta bastante rechazo en el paciente y no está exento de complicaciones, las cuales tienen aún más posibilidades de aparecer porque el pinchazo es necesario al menos una vez a la semana. El reto es encontrar un tratamiento poderoso, que no produzca efectos sistémicos (toxicidad) ni complicaciones como un desprendimiento de retina o una infección y que no sea aversivo para el paciente.

¿Y los dispositivos intraoculares de liberación lenta? La EMEA (La Agencia Europea de Evaluación de los Medicamentos) acaba de aprobar el *Vitrasert* de Chiron Vision & Roche...

Parece que pueden ofrecer buenas perspectivas aunque yo no practico la cirugía retiniana, sólo la del segmento anterior (cataratas, glaucoma...). En todo caso, es un sistema duradero (el implante dura de 6 a 8 meses), local, sin efectos sistémicos y, aunque la cirugía es el método más invasivo, también es mucho más controlado. Supongo que si este método empieza a generalizarse el oftalmólogo retiniano tendrá más responsabilidad en los casos CMV.

¿Cómo has visto cambiar las cosas respecto al CMV en estos años?

Es cierto que en comparación con grandes centros como Can Ruti, Clínic o Bellvitge (del área de Barcelona) que a nivel oftalmológico, entre otros, tienen un gran peso y centralizan buena parte del trabajo asistencial y de investigación, nosotros tenemos menos volumen de trabajo pero aún así, yo diría que se ven cada vez menos casos de CMV y sobre todo, menos virulentos. En el pasado muchos pacientes con CMV se encontraban muy deteriorados y su pronóstico vital era malo. No veíamos pacientes con secuelas por CMV porque el paciente moría. Pero ahora estamos encontrándonos con pacientes con secuelas de ceguera de diversa gravedad dependiendo de la zona/s del ojo/s afectada/s por el CMV que tienen un estado físico general bueno.

El impacto emocional y el desajuste vital que ocasionan las cegueras por CMV es muy fuerte. ¿Quién da las malas noticias?

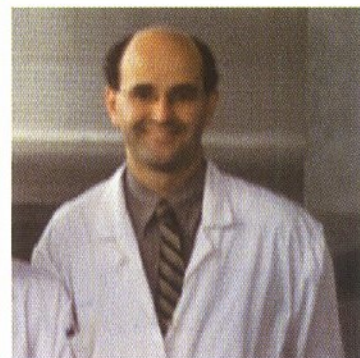
Bueno, yo voy informando de lo que veo y soy partidario de ser honesto con mis pacientes. Además, ellos ven que no recuperan visión, y, si pueden, se agarran al cuidado del ojo sano. Lo más duro es tener un mal pronóstico en ambos ojos.

¿Ves muchos casos de evolución tan positiva como la de Josep Maria?

Sí, se ven casos. Y veo como una nueva "corriente" de pacientes VIH que tienen muy claro que el estilo de vida y los cuidados, digamos, extrafarmacológicos, son fundamentales: la dieta, el sueño, el evitar las situaciones estresantes, el evitar "castigarse". Los pacientes que lo tienen más duro son los que no pueden comprometerse a un cambio de prioridades porque su entorno socio-cultural y económico y/o su adicción a las drogas lo pone tremendamente difícil.

El doctor Armentia concluye: *"el CMV sólo es la consecuencia de una infección previa, la del VIH. Aunque efectivamente creo que a medio plazo el CMV será más manejable, espero que el futuro sea erradicar la causa, el VIH"*. ■

...los cuidados extrafarmacológicos son fundamentales: la dieta, el sueño, el evitar las situaciones estresantes y el evitar "castigarse"...



¿tomar **fármacos**
para tratar el **VIH** ?
si lo haces,
hazlo **bien**



Adaptado de la publicidad de:



¿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.



Del arroz y otros manjares

Uhmm!!, una buena ensalada de arroz

El arroz es un cereal extraordinariamente equilibrado. Su almidón es de los más digestibles, por eso se recomienda a las personas que tienen que hacer un esfuerzo físico. El arroz tiene limitado el valor biológico de sus proteínas debido a la falta de lisina, pero si se complementa con productos lácteos o con legumbres, constituye un alimento de gran valor. También es muy interesante cuando se le añade tamari (salsa de soja), puesto que la soja es la leguminosa más rica en proteínas y éstas son ricas en lisina y triptófano.

El problema del arroz blanco (refinado), es que es muy pobre en vitamina B1.

La verdadera riqueza, o sea la mayor parte de sustancias valiosas que posee el arroz, se encuentra en la superficie del grano, las cuales desaparecen en el proceso de refinado (arroz blanco). Este arroz no refinado es el arroz integral.

El arroz integral es rico en:

- Caroteno (provitamina A), para el crecimiento y rejuvenecimiento de los tejidos.

- Vitaminas del grupo B, importantes en el metabolismo y para las funciones del sistema nervioso.

- Vitamina PP, vitamina de la energía y del transporte del oxígeno a las células, y Vitamina E.

También contiene minerales y oligoelementos como: calcio, magnesio, hierro, cinc, fósforo, potasio, azufre, manganeso, cloro, yodo, flúor, silicio, sodio.

Pero...lo más importante del

arroz integral, es que contiene los 5 componentes alimenticios esenciales: proteínas, lípidos (grasas), minerales, glúcidos (azúcares) y vitaminas.

Aunque es un cereal pobre en proteínas, su composición es muy equilibrada y de fácil asimilación por ser muy rico en hidratos de carbono, y se digiere con el mínimo esfuerzo. Por tanto el arroz integral proporciona mucha energía y es muy adecuado para la recuperación de organismos fatigados e intoxicados de las personas débiles o enfermas.

En esta ensalada al mezclar el jamón dulce, si no comes cerdo, puedes sustituirlo por pechuga de pavo (es un embutido) y al mezclar también queso, manzana, las proteínas del arroz aumentan. Lista para comer, una ensalada muy succulenta y con un gran valor nutritivo.

¿Qué dilema! ¿Qué arroz elegir para comer?... ¿Arroz blanco?, ¿Arroz integral? El arroz blanco, puede ayudarte a controlar la diarrea, ¿sí, la tienes? Si te sucede lo contrario, que estás estreñido, o tu sistema digestivo funciona con normalidad, o con sus más o sus menos, come arroz integral; las razones del porqué utilizarlo, las habéis leído en los párrafos anteriores.

De segundo plato, si tienes hambre después de haber comido un buen plato o varios platos de la deliciosa ensalada de arroz, hay pescado. Con el pescado hay que tener mucho cuidado, ya que tiene una vida muy breve, incluso si se conserva en frío debe consumirse con rapidez. Por lo tanto, ¡cuidado!, cómo y dónde compras el pescado, porque lo tienes que comprar bien fresco, y si no tienes una pescadería de confianza donde comprarlo, mejor que consumas pescado congelado.

El pescado contiene fósforo, es muy bueno para los músculos y el sistema nervioso. También es un alimento rico en proteínas y bajo en contenido graso, menos calórico que la carne.

Al comer pescado si en nuestro plato predominan los vegetales o los cereales (por ejemplo el arroz), las proteínas del primero serán mucho más nutritivas.

De postre, un buen helado de leche. Con los postres dulces, ya sabéis ¡cuidado con las cándidas!, Lo de siempre, ¡a comer! y ¡buen provecho!■



PILAR
ZUBIAGA

recetas

Ensalada de arroz (2 raciones)

Ingredientes:

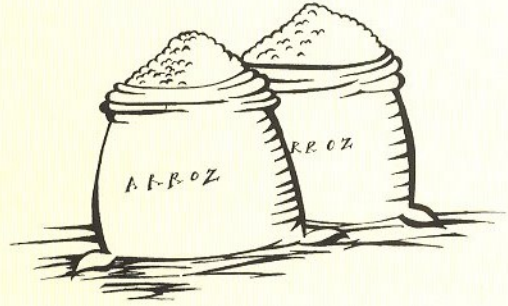
2 tazas de arroz (de las de café)
 100 gr. de queso fresco tipo Villalón
 100 gr. de queso manchego fresco
 100 gr. de jamón dulce
 1 manzana dulce mediana
 aceite, sal y pimienta a gusto.

Preparación:

En la charcutería, pedir que corten el queso y el jamón en una sola pieza. Poner el arroz en agua hirviendo, y cocerlo hasta que esté en su punto. Escurrirlo, lavarlo con agua fría y volver a escurrirlo. Colocar el arroz en una fuente o ensaladera. Cortar en taquitos el queso, el jamón y la manzana pelada y sin el corazón, y añadirlo todo al arroz. Mezclarlo bien. Sazonar con aceite, pimienta y sal al gusto.

Sugerencia: en vez de pimienta, puedes utilizar un poco de orégano. También se puede probar a cocer el arroz junto con unos granos de comino.

Observaciones: el arroz blanco puede ayudarte a controlar la diarrea, si éste es el caso; si el problema es de estreñimiento, puedes emplear arroz integral.



Pescado rápido (2 raciones)

Ingredientes:

250 gr. de cazón o congrio
 1 cebolla mediana
 2 dientes de ajo
 1 chorrito de vino blanco
 aceite, sal y albahaca.

Preparación:

Se fríe el pescado en el aceite con sal y se aparta. En el mismo aceite se fríe la cebolla cortada y los dos dientes de ajo también cortados. Cuando empiecen a dorar, se añade un poco de vino blanco y se deja unos dos minutos a fuego medio. A continuación, se añade el pescado ya frito y se deja que coja el gusto unos minutos, pero evitando que se seque la salsa. Se corrige de sal y se sirve adornado con un poco de albahaca.

Sugerencia: el cazón y el congrio son pescados baratos, pero la receta también funciona con otros más nobles, como el atún fresco, el emperador (pez espada) e incluso el rape.

Observaciones: atención con el estado en que te venden el pescado fresco; si no cuentas con una pescadería de confianza o no tienes experiencia en distinguir su frescura, es preferible utilizar pescado congelado.

Helado de leche (6/8 raciones)

Ingredientes:

1 lata de 1/4 kg. de leche condensada
 1 lata de 1 kg. de melocotón en almíbar
 1 limón
 canela
 barquillos para acompañar.

Preparación:

Se mezcla y tritura bien la leche, los melocotones y el limón, junto con una pizca de canela. La masa resultante se coloca en un molde cualquiera y se mete en el congelador. El helado se puede presentar entero fuera del molde adornado con canela en rama y luego hacer cortes o bien directamente en copas individuales con barquillos.

Sugerencia: para variar, se puede sustituir el melocotón por cualquier otra fruta en almíbar.

Observaciones: este postre te puede ayudar a ganar peso, por su alto contenido en azúcares, pero éstos están contraindicados para las cándidas. ■

CARMEN MARTINEZ

¿Qué se cuece?

lo último en suplementos nutricionales

La investigación actual sobre nutrición se está diseñando en torno a dos ejes: el papel de los antioxidantes y la acción de nuevos medicamentos sobre el apetito.

Los antioxidantes

Los radicales libres, fruto de la oxidación celular, son neutralizados normalmente por sistemas antirradicales diversos, que incluyen las vitaminas C, E, y A. Sin embargo, estos sistemas de seguridad son sobrepasados a lo largo de la infección por VIH, lo que permite el desarrollo de la producción de radicales libres. Uno de los efectos de este fenómeno es la estimulación de las citoquinas, como el TNF (factor de necrosis tumoral), que a su vez activan la replicación viral. Una alimentación carente de antioxidantes puede favorecer el estrés oxidativo y se aconseja que se evite. Dichas carencias en aportes nutricionales son relativamente frecuentes en el transcurso de la infección por VIH, por lo que diferentes estudios han demostrado la importancia de un suplementación sistemática con vitamina C, quizá en forma de asociación entre la vitamina C (1.000 mg/día) y vitamina E (800 UI/día), que ayudaría a un descenso de la carga viral. Pero por otro lado, hay que tener cuidado de que una suplementación sistematizada con zinc y/o selenio, cuyo exceso puede conducir a efectos inversos a los deseados.

Por otra parte, los estudios están haciendo subir el interés en ácidos grasos del tipo 3, cuya principal

utilidad reside en la reducción de la producción de TNF, citoquina que estimula la replicación viral. Estos ácidos grasos se encuentran en los aceites de pescados grasos de aguas frías y están desprovistos de efectos secundarios indeseables. Además permiten una estabilización de la masa magra, no estimulan el apetito, son hipotriglicéridemiantes y no modifican ni el

disfunciones tiroidianas, suprarrenales o gonádicas. En estos momentos se estudian tres clases terapéuticas:

*los *estimuladores del apetito*: acetato de megestrol (Mégace) y dronabiol. El acetato de megestrol permite un aumento de la adquisición de peso pero que no tiene efecto sobre la masa magra.

Además, presenta efectos secundarios nada despreciables, como la aparición de trombosis venosas (cuando se te revienta una vena o vena) a partir de los tres primeros meses de tratamiento.

*los *supresores de citoquinas*: la talidomida permite una adquisición de peso con incremento de la masa magra y una disminución de la frecuencia de diarreas pero presenta efectos secundarios y está absolutamente contraindicada para mujeres embarazadas; otra posibilidad son los ácidos grasos 3 (ver más arriba) en forma de Maxepa.

*las *hormonas anabolizantes*: la hormona del crecimiento (GH, según sus siglas en inglés) permite la adquisición de masa magra, la pérdida de masa grasa, el crecimiento del rendimiento muscular, pero presenta riesgo de hemopatía (problemas en la sangre); la

testosterona permite una progresión de la masa corporal y preferentemente de la masa magra, sin efectos sobre los parámetros virológicos. ■

Os mantendremos informados.

Ref: AIDES, Francia.



metabolismo celular de reposo ni la tasa de CD4.

Los fármacos estimuladores del apetito

Su utilidad se deriva de la constatación de modificaciones hormonales en el transcurso de la infección por VIH, especialmente de las

Vales tu peso en oro

El síndrome de pérdida aguda de peso (caquexia)

El síndrome de pérdida aguda de peso y la consecuente debilitación que le acompaña son unos de los aspectos más temidos y devastadores del SIDA. La pérdida de peso produce una variada constelación de desarreglos metabólicos. Realizados los primeros estudios acerca de este tema, se llegó a la conclusión de que la caquexia era el resultado inexorable de cambios en el metabolismo. Sin embargo, puede ser que haya otras razones.

Recientes ensayos clínicos han demostrado que: a) la caquexia no es inevitable en SIDA; b) el cuerpo puede compensar, en su mayor parte, los desarreglos metabólicos observados en el SIDA; c) la pérdida de peso puede ser un marcador de enfermedades secundarias en la infección por VIH; d) el aumento de peso puede ocurrir si se administra el tratamiento adecuado a las condiciones subyacentes del paciente; y e) el rol del soporte nutricional y/o la terapia farmacológica del síndrome de pérdida aguda de peso necesita ser explorada atentamente.

Pérdida de peso, composición corporal y supervivencia

Es bien sabido que la muerte llega cuando el peso corporal se ha reducido en un 60% del llamado "peso ideal"; el grado de pérdida de peso, de desgaste, "per se" es la misma causa de la muerte. En consecuencia, teóricamente, el mantenimiento del peso podría prolongar la vida.

Mecanismos y mediadores de la caquexia

Para mantener el peso, la energía perdida debe ser igual a la ingesta calórica. Cuando se ingieren más calorías que las que se utilizan, el exceso de energía es almacenado como grasa o como masa celular corporal. En la situación inversa, el cuerpo utiliza los componentes de sus tejidos y los convierte en

cierto que durante la infección el metabolismo intermedio puede verse envuelto en ciclos inútiles que hacen perder energía.

Sabemos que los cambios metabólicos que surgen durante la infección son mediatizados por las citoquinas. La teoría de la caquexia se basó en la misma búsqueda de una citoquina mediadora. Los laboratorios Cerami observaron que la hipertriglicéridemia de la infección, que acompañaba a la pérdida de peso, era seguida por una reducción evidente de lipoproteínas ricas en triglicéridos debido a la reducción de la lipoproteína lipasa. Todo ello da lugar a una pérdida de peso, inducida por un factor único llamado "caquéctico" que fue hallado responsable del decrecimiento del peso.

Asimismo, las personas con VIH muestran un incremento de la lipogénesis hepática, especialmente después de alimentarse. A su vez, se observan niveles elevados de plasma libre de ácidos grasos, lo cual indica que, ciertamente, se dan ciclos inútiles en los que intervienen ácidos grasos y triglicéridos. Además, las personas con SIDA muestran altos niveles de interferón alfa en su circulación. Por lo tanto, hay una correlación significativa entre los niveles de triglicéridos en el suero y los niveles de interferón alfa en la infección por VIH. Cuando los pacientes afectados por SIDA empiezan a tomar las nuevas terapias antirretrovirales, los nive-



energía para cubrir las necesidades básicas. En el SIDA, la masa celular corporal decrece muy rápidamente para cubrir las necesidades de energía. También existen otros factores por los cuales la ingesta calórica se puede ver afectada: anorexia, depresión y malabsorción entre otros. Sin embargo, es

les de interferón alfa y los de los triglicéridos caen paralelamente.

Este hecho sugiere que el interferón alfa representa un marcador de la activación del sistema inmunológico, y que otra u otras citoquinas sean la causa de la hipertrigliceridemia. De todas maneras, otros estudios realizados demuestran que los seres humanos somos capaces de compensar los desarreglos del metabolismo graso por lo que la hipertrigliceridemia no se puede asociar, siempre y como factor causal directo, a la pérdida aguda de peso. En conclusión, debemos puntualizar y tener en cuenta sin embargo, que las disfunciones metabólicas pueden contribuir a desproporcionar la absorción de las proteínas y a abusar de la energía acumulada en los tejidos del cuerpo.

Equilibrio de la energía y de la pérdida aguda de peso en SIDA

El hipermetabolismo incipiente en el curso de la infección por el VIH es un marcador de la respuesta del sistema inmunitario al virus VIH. Es un claro intento por parte del cuerpo por contener el virus. Conforme la enfermedad avanza, los pacientes con SIDA utilizan una mayor proporción de energía en los ciclos metabólicos. En breve periodo de tiempo ello no conduce, necesariamente, a la pérdida aguda de peso.

A pesar de que muchas personas afectadas por el VIH pueden mantener una estabilidad de su peso corporal, la caquexia es un factor importante en el desarrollo de infecciones oportunistas. Es normal que las personas que padecen una infección oportunista tiendan a padecer anorexia. Debido a ello, la ingesta de comida es inferior y deben ser tratados para evitar una pérdida de peso rápida, que suele ocurrir. No obstante, recordemos que la pérdida de peso observada durante la aparición de enfermedades oportunistas no sólo es debida a la menor ingesta calórica sino, también, a un creciente hipermetabolismo subyacente.

Los datos limitados con que contamos acerca del metabolismo proteico en SIDA sugieren que la pérdida de proteínas no se incrementa, de una manera dramática, durante

el proceso de la enfermedad. Se ha comprobado en varios ensayos clínicos en pacientes positivos a la infección por VIH no aquejados de enfermedades oportunistas, que la síntesis proteica y la degradación proteínica eran afectadas por igual, lo cual indica un patrón que corresponde más a una inanición crónica más que a un esquema séptico. Aún así, es evidente que un descenso en el tanto por ciento de proteínas sintetizadas puede resultar dañino a largo plazo.

Los mecanismos que correlacionan la pérdida de peso y el balance negativo de nitrógeno durante el proceso de una infección no han sido todavía esclarecidos en su totalidad. Cuando haya retención en el tracto gastrointestinal superior esto podría contribuir a la anorexia. Otros estudios han demostrado que la administración de IL-

Para mantener el peso, la energía perdida debe ser igual a la ingesta calórica.

1, interferón alfa, interferón gamma y TGF beta pueden producir, a su vez, anorexia y una pérdida masiva de peso conduciendo al llamado síndrome caquético.

La diarrea crónica o intermitente es común en SIDA. El tracto gastrointestinal es afectado por las enfermedades oportunistas, tumores y el mismo VIH durante el curso de la enfermedad. Como consecuencia, heridas en el intestino o en el colon pueden contribuir a la aparición de anomalías en la nutrición.

Los mecanismos mediante los cuales una enfermedad gastrointestinal en SIDA afecta al proceso de la nutrición son complejos.

Primero, las infecciones gastrointestinales, particularmente por citomegalovirus o por Mycobac-

terium Avium Complex (MAC) representan una infección sistémica que lleva a una rápida pérdida de peso debido a su aparición como enfermedades secundarias. No obstante, se ha observado, de igual forma, un segundo síndrome de pérdida aguda de peso. Algunas personas muestran una pérdida escalonada de peso, pero una vez estudiados sus casos, el 65% padecen enfermedades gastrointestinales, normalmente acompañadas por diarrea.

Si además existen heridas en el tracto intestinal, ello conducirá a malabsorción y/o diarrea, lo cual, evidentemente, reportará pérdida de peso. Es común la aparición de atrofiaciones en los mecanismos del sistema digestivo que se correlacionan con las infecciones intestinales por protozoos. Los agentes patógenos asociados con estos cambios incluyen criptosporidiosis, isosporiasis, microsporidia y citomegalovirus. La infección por MAC produce sus propias lesiones: bloqueo físico de la absorción.

En un investigación, el 50% de los pacientes aquejados por VIH y diarrea crónica tenía patógenos entéricos observados en controles endoscópicos rutinarios. En contraste, menos de un 10% de pacientes seropositivos sin diarrea padecían de patologías intestinales. La presencia de diarrea y de patógenos intestinales indicaban un diagnóstico pobre ya que los pacientes sufrían de una masiva pérdida de peso y una expectativa de supervivencia más corta que la de aquellos que padecían diarrea pero no estaban afectados por patógenos. El cuadro médico de diarrea y pequeñas lesiones intestinales debido a agentes patógenos no identificados ha recibido el nombre de "enteropatía por SIDA". El VIH, por sí mismo, puede infectar el tracto intestinal.

Referencias: *Textbook of AIDS Medicine*, Ed. Samuel Broder MD, Thomas C Merigan Jr MD, Daniel Bolognesi PhD, 1994, Williams & Wilkins, Maryland, USA, Ch. 42, The Wasting Syndrome, Pathophysiology and Treatment, Carl Grunfeld y Morris Schambelan. ■

SUSANA SALILLAS

Desayuno con diamantes

Hoy vamos a prepararnos un desayuno especial. Un desayuno de película que nos ayudará a mantener peso y a sentirnos bien durante todo el día. Además muy natural y económico. ¿Se puede empezar el día de alguna manera mejor?

Nos regalaremos un zumo para iniciar la mañana. Os sugerimos un vaso de naranja natural (natural exprimida o, si somos más cómodos, de los que vienen en tetra-brik) por sus propiedades vitamínicas y antioxidantes (la casa Kasfruit dispone de una gama de zumos que constituyen cuatro productos bien confeccionados y muy atractivos: desayuno, merienda, multifrutas y frutas del bosque).

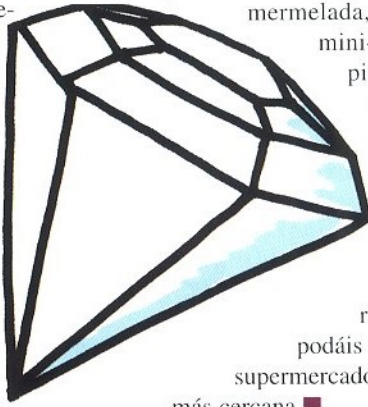
Después de asearnos, nos dispondremos a tomar un vaso de leche vegetal (Almendrina o Viar) que nos asegurará una buena digestión y un excelente

aporte de energía. Lo acompañaremos de un bol de cereales (existe una amplia gama en el mercado, escoge los que más os gusten pero recordad no sobrepasarse con los cereales integrales) megacrujientes que nos darán un buen aporte de vitaminas y minerales para empezar el día. Si somos golosos podemos regarlos de caramelo líquido (existen muchos sabores: fresa, chocolate, limón, etc) o echarles un extra de miel (comprada en el súper o en una casa especializada, en la cual encontraréis una extensa variedad de sabores) que nos acabará de poner a tono. Si disponemos de un poco más de tiempo, mientras leemos el periódico nos obsequiaremos con una

infusión de manzanilla, menta, tila o té. ¡Y ya estamos listos para comernos el mundo!

¡Ah! No te olvides de llevarte algún snack, galletitas saladas, unos picos o un pequeño brioche relleno de margarina y con pasas de California (también puedes preparártelo de jamón dulce, mermelada, etc) o bien un mini-croissant para ir picando durante el transcurso de la mañana.

Advertencia: las marcas aquí citadas son puramente de referencia para que podáis encontrarlas en el supermercado o en la tienda más cercana. ■



suavizar efectos desagradables a la hora de comer

Síntoma	Posibles causas	Tratamiento dietético
Pérdida de apetito	Infección, fiebre, depresión, radioterapia, quimioterapia	Dieta alta en calorías y proteínas. Pequeñas comidas frecuentes. Suplementos líquidos ricos en calorías y proteínas. Estimulantes del apetito. Los esteroides anabolizantes pueden incrementar el apetito, pero deben tomarse con precaución.
Náusea y vómitos	Infección, fiebre, reacciones a los fármacos	Comer en espacios bien ventilados. Hacer comidas pequeñas y frecuentes. Evitar el olor de la comida cocinándose. Evitar las bebidas durante o en torno a las comidas. Evitar echarse después de comer. Evitar comidas muy dulces, grasientas o especiadas. La comida en la nevera reduce los sabores y los aromas. Si los síntomas persisten puede hacerse necesaria medicación antivómitos.
Alteración del sabor	Infecciones y efectos secundarios de los fármacos	Beber líquidos en abundancia para eliminar gustos desagradables. Mascar chicle. Probar la comida fría o a temperatura ambiente en vez de caliente. Añadir gustos fuertes o especiados si la comida se ha hecho insípida. Algunas personas desarrollan aversión a la carne. Se puede marinar o comerla fría.
Dificultades para tragar	Cándidas esofágales, sarcoma de Kaposi oral, esofagitis por CMV	Evitar comidas ácidas o especiadas. Elegir comida muy suave o líquida. Probar con suplementos líquidos ricos en calorías y proteínas. Si la ingestión se hace imposible, considerar alimentación por tubo nasogástrico. ■

Bristol-Myers Squibb

"Nuestro nombre
dice mucho
de nosotros"

Líderes
en la
investigación
del
VIH



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

Día tras día.

Es un día de esos que te levantas y no puedes ni con tu alma. Cuando me siento así lo único que deseo es desaparecer del mapa. Hoy no querría tener SIDA, no querría tener que vivir con ello y sobre todo no tengo ganas de hacer el esfuerzo de cambiar el día para tener uno mejor.

En días como éste siempre me ocurre una de dos: o caigo en la apatía o aprendo a vivir con ella. No ha sido ni es fácil pero la recompensa sí. Hoy tengo un buen concepto de mí y he conseguido recuperar la autoestima. Cosas por las que yo ya no apostaba.

Cada día tengo menos miedo de decir lo que pienso y me importa menos la opinión que los demás tengan de mí; antes pasaba más tiempo pendiente del consumo y de los demás. Hoy me dedico el tiempo que necesite. Tengo claro que mientras no consuma drogas puedo vivir con el VIH y tener una calidad de vida que antes no tenía.

Encontrar el Salón (grupo de mujeres VIH+) de ACTUA es otra de las cosas que más me han ayudado. Saber que no estoy sola, que somos muchas las que estamos en el mismo barco y que luchamos por las mismas cosas.

Debido a que las mujeres tenemos complicaciones relacionadas con el VIH diferentes a los hombres necesitamos que se hagan estudios científicos y específicos para la mujer. Francamente, las Multinacionales Farmacéuticas y la Sanidad en general tienen muy poca vergüenza (por no decir ninguna) por la manera en la que nos

están tratando, se olvidan de las mujeres VIH+, es como si no existiéramos.

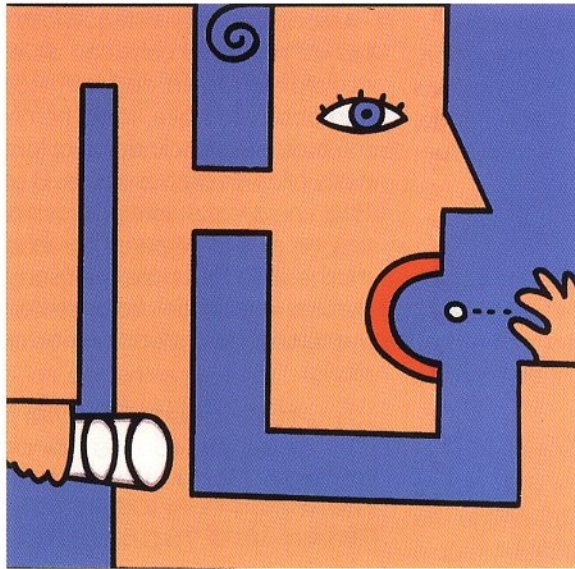
Con los nuevos fármacos para el VIH están apareciendo otras complicaciones que nos están afectando. Ya os comenté en el artículo pasado la inflamación de barriga que yo y otras mujeres estamos teniendo.

Después de tres meses de quejarme al médico de que esta barriga no es normal he conseguido que hagan una radiografía y una eco-

de aire facilitando su camino hacia el ano. El médico dice que no a todo el mundo le ha funcionado pero que si quiero, que lo pruebe. A mí me da un poco de miedo tomarlo porque lo último que me prescribió para lo mismo, leche magnesiada, me provocó unas diarreas muy fuertes. Así que de momento sigo tomando mis hierbas, añís estrellado, que van muy bien para expulsar gases. Todo hay que decirlo, la barriga sigue igual.

Es muy importante seguir quejándose al médic@ de cualquier alteración que nos notemos independientemente de que no nos encuentren nada. No tenemos que aceptar lo que nos digan si nosotras no lo encontramos normal. Es una tarea agotadora pero a la larga efectiva, hay que tener paciencia y no dejar de insistir.

Es la primera vez desde que me diagnosticaron (4 años) que mi cuerpo está sufriendo cambios físicos. Estos fármacos están cambiando mi constitución. Lo hacen muy a poco a poco pero yo lo noto mucho. Me está costando aceptar estos cambios: Es una sensación muy extraña la de mirarte y no acabar de reconocerte porque algo ha cambiado. Lo de esta barriga de embarazada parece que lo llevo un poco mejor pero aún no la siento del todo mía. Me miro en el espejo y digo: ¡No te obsesiones, Mili, tampoco está tan mal; Pero lo cierto es que a mí me hace sentirme menos atractiva que antes. Sólo espero que los cambios físicos que tenga que sufrir a causa del VIH o de los fármacos ocurran despacio dándome a mí el tiempo suficiente para aceptarlos. ■



grafía. En los resultados todos los órganos son normales, parece ser (según el médico) que la inflamación podría ser debida a la acumulación de gases que provocan los fármacos que ingiero (3TC, d4T e Indinavir). Yo creo que en realidad el médico no tiene ni idea de lo que es. El VIH es un poco así: los médicos a veces no saben y nosotras tampoco. Mientras, tod@s aprendemos sobre la marcha. Esta vez me ha recetado un medicamento que se llama Pantereoflat, son unas pastillas de silicona que lo que hacen es romper las burbujas

MILI GARCÍA

De: MarcD777@aol.com

<< Mi mejor amigo no dispone de un ordenador y yo estoy preocupado por el hecho de que su doctor no conoce todos los detalles sobre la prescripción de inhibidores de la proteasa. Su prescripción es:

Epivir (3TC) 150 mg 2 veces al día

Dapsona 25 mg, 2 pastillas una vez al día

AZT 300 mg 2 veces al día

Crixivan, aunque no ha recogido aún los medicamentos, de manera que no sabe cuáles son las dosis.

Cuando le pregunté que le había indicado su doctor sobre el intervalo de tomas, me contestó que no le había proporcionado demasiada información. Tampoco le dió ninguna información sobre los efectos secundarios.

Ésta es la primera vez que él va a tomar cualquier tipo de medicación antirretroviral, y está preparado para tomar la triple combinación. ¿Todo lo que debe hacer es tomar las pastillas a la misma hora cada día? ¿O por el contrario, la temporización del tratamiento es más específica que todo eso?

(Respuesta) Hola:

Mi carga viral era de 1,5 millones de copias antes de empezar la triple combi con d4T, 3TC y Crixivan. Pasó a niveles indetectables después de un mes y se mantuvo así en el último año.

Es importante no añadir un inhibidor de la proteasa a fármacos a los que el virus pueda haberse hecho resistente. Si tu amigo ha tomado AZT o 3TC durante más de un mes o dos antes de empezar con Crixivan, estaría en efecto empezando una monoterapia con Crixivan; en cuyo caso debería tratar de encontrar dos fármacos nucleósidos que no haya tomado antes y añadir entonces Crixivan.

Crixivan debe tomarse cada 8 horas con el estómago vacío (como habrás oído hasta la saciedad). En mi caso, los efectos secundarios de Crix fueron un poco graves, ya que es tan deshidratante que me causó problemas hemorrágicos.

Tu amigo debería encontrar un doctor más al día en los últimos avances sobre el SIDA.

Saludos y besos. MarcD

De: dradune@smtpinet.aspensys.com

Notas sobre Salud: Detalles de las directrices terapéuticas sobre las triples combinaciones United Press International (06/26/97)

Las nuevas directrices sobre el tratamiento del SIDA publicadas hoy en el Journal of the American Medical Association recomiendan que los pacientes con SIDA seleccionados para las triples combinaciones sean aquellos cuyos recuentos estén entre 5.000 y 10.000 copias de VIH por milímetro cúbico de sangre. Las nuevas directrices, formuladas por una mesa internacional de expertos en SIDA, recomiendan también que la terapia empiece cuando los niveles del VIH alcancen el umbral del tratamiento, prescindiendo de si están o no descendiendo los niveles de células CD4. El informe de esta mesa redonda internacional concuerda con unas pautas marcadas en una anterior reunión federal que sugería igualmente el uso de terapias agresivas de triple combinación para mantener bajos los niveles del VIH.

Medicación para el tratamiento de la adicción a la heroína. M2 Presswire (06/25/97).

Nuevas investigaciones, publicadas en la edición del miércoles del Journal of the American Medical Association, sugieren que los usuarios de heroína son capaces de reducir el consumo de esta droga en un 90% usando acetato clorhídrico de levometadil (LAMM). Los investigadores han observado que, tanto hombres como mujeres respondieron a esta sustancia de igual forma, y que se toleraron bien las dosis altas en ambos sexos. El LAMM, aprobado por la FDA en 1993 como tratamiento de los opiáceos, sólo debe ser ingerido tres veces por semana por lo que resulta mucho más fácil para los usuarios de heroína que la del tratamiento con metadona que precisa una toma diaria.

La (¿malograda?) Diana, Princesa de Gales, protagonista de la última subasta Washington Post (06/26/97). P. E1; Groer, Annie; Gerhart, Ann.

La subasta benéfica de la Princesa Diana celebrada el pasado junio para la cual cedió ochenta de sus vestidos, alcanzó la cifra de 3,26 millones de dólares destinados a cinco programas ingleses y estadounidenses sobre SIDA y cáncer. Otros 2,5 millones de dólares fueron recogidos procedentes de ventas de catálogos y derechos de sindicación.

De: julev@aol.com (JuLev)

Sobre el uso simultáneo de ritonavir e indinavir

Laboratorios Abbott han estado investigando el uso de esta combinación en estudios preliminares. Aún no se ha establecido un régimen de tomas definitivo pero puede ser probablemente dos veces al día o cada 12 horas.

Pueden obtenerse datos adicionales en ICAAC o IDSA.



lo + personal@ internet desde

De: dradune@smtpinet.aspensys.com

"La combinación de fármacos beneficiosa para niños infectados por VIH" New York Times (06/27/97)

De nuevas investigaciones publicadas por los National Institutes of Health se desprende que los niños infectados por VIH se benefician más de una terapia de combinación de fármacos que de dosis individuales de un fármaco. Los investigadores compararon el uso de Videx (ddl) por sí solo con el uso de Retrovir (AZT) en combinación con ddl o con Eпивir (3TC). El resultado fue que la combinación de AZT con alguno de los otros dos fármacos "se rebeló más efectiva para detener la progresión de la enfermedad o fallecimiento en niños con VIH sintomático que ddl en solitario". Se llegó a la conclusión de que la terapia antirretroviral de combinación debería ser el tratamiento preferencial para niños con VIH sintomático, en particular, para niños menores de tres años que no han sido tratados previamente con fármacos anti-VIH.

"Zidovudina, Didanosina, o ambos como tratamiento inicial para niños con VIH sintomático" New England Journal of Medicine (06/12/97); Englund, Janet A.; Baker, Carol J.; Raskino, Claire; et al.

En un reciente estudio llevado a cabo para el AIDS Clinical Trials Group 152, los investigadores se propusieron determinar la eficacia y seguridad del tratamiento de niños con VIH sintomático con zidovudina en solitario contra didanosina en solitario o la terapia de combinación de los dos fármacos. Después de 32 meses, las conclusiones fueron que con la didanosina en solitario se obtuvieron resultados parecidos a los de la administración de zidovudina más didanosina, y se apreció que los pacientes que recibieron sólo didanosina registraron un menor riesgo significativo de contraer anemia o neutropenia.

De: Martin Delaney <mdelaney@slip.net>

1592 de Glaxo

La mayoría no lo ha oído aún pero la noticia surgió en la reunión del NCDDG de la semana pasada. El ensayo pediátrico clave de este fármaco concluyó la semana anterior cuando se corroboró que menos del 10% de los niños con experiencia previa con AZT/3TC o ddl se estaban beneficiando del 1592. Algunos investigadores afirman que se observa lo mismo en sus estudios: si el paciente tiene una historia significativa de AZT/3TC o ddl, existen pocas probabilidades de mejorar con esta sustancia.

Éstas son noticias preocupantes aunque no inesperadas considerando que el abacavir comparte algunos de sus mismos puntos de mutación con el ddl y el 3TC (la mutación 184, específicamente). En otras palabras, cuanto más tarde Glaxo en lanzar abacavir al mercado, más fallarán el 3TC y el ddl entre la población, y más pequeño será el mercado potencial que podrá usar este medicamento.

Yo solamente puedo esperar que los próximos datos muestren que esto es erróneo.

De: blowney@slip.net

Estoy tomando la combinación d4T, 3TC y Crixivan. d4T y 3TC deben tomarse dos veces al día, en un intervalo de 12 horas, de cumplimiento tan estricto como sea posible. Yo los tomo a las 7 am y a las 7 pm.

Crixivan debe ingerirse tres veces al día en intervalos de 8 horas exactas, con el estómago vacío o con una comida con poca grasa.


Hay que beber también mucha agua al ingerir Crixivan para prevenir la formación de piedras en el riñón. Yo bebo medio litro de agua con cada toma de Crixivan, más otro medio litro entre tomas (3 litros al día).

Mi carga viral era de unas 150.000 copias antes de empezar con esta combinación. Al cabo de un mes bajó a niveles indetectables, y sigue así después de casi un año.

Al principio resulta difícil tomar las pastillas correctas en el momento adecuado, pero a juzgar por los resultados merece la pena tanto esfuerzo. En mi caso, me sirve de gran ayuda un dosificador o programador de tomas.

Paul



A woman with dark hair, wearing a black sleeveless dress and a choker, is shown in profile from the waist up. She is looking upwards and exhaling a plume of white smoke that rises into the dark background. The lighting is dramatic, highlighting her face and the contours of her dress.

**¿PIENSAS QUE EL NEGRO
NO TIENE COLOR?**

PUBLICITAT

DISEÑO GRAFICO - IMAGEN - FOTOGRAFIA PUBLICITARIA - Tel. (93) 7272 75 95 - BCN

Chistes de sidosos

La palabra "sidoso/a" resulta ofensiva para muchas personas que viven con VIH/SIDA. Mientras en la comunidad homosexual insultos como "maricón" se utilizan en broma, entre los y las "sidosas/os" ese término nos recuerda demasiado una discriminación aún muy real y cercana como para que nadie tenga ganas de reír cuando lo oye. Guillermo echa una ojeada al humor seropositivo, y lo que nos dice sobre nuestra autoimagen.

Hace un año un amigo seropositivo fue a una cena. La mayoría de l@s presentes eran médic@s. Nadie sabía que él estaba infectado. Uno de l@s comensales contó un chiste que tuvo mucho éxito:

Es uno que se encuentra un amigo por la calle...

-¡Hombre! ¿Qué tal? ¿Cuánto tiempo...!

-Pues bien, tirando...

-Oye, me han dicho que tu hermano tiene el SIDA.

-Pues sí, ya ves...

-Y me han dicho que está viviendo con vosotros...

-Sí. Así es.

-Y ¿cómo está?

-Bueno, se va recuperando...

-¿Ha perdido mucho peso...?

-La verdad es que no come mucho. En realidad, sólo come tranchettes...

-¡Vaya! ¿Por qué? ¿Por las proteínas...?

-No. Es lo único que conseguimos pasar por debajo de la puerta...

Este chiste dice mucho de lo que l@s profesionales de la salud sienten, en lo más hondo de su persona, respecto a las personas con enfermedades transmisibles. El cansancio y desgaste de las situaciones que viven, día a día, ha dado lugar al famoso sentido del humor médico, notoriamente negro y vitriólico.

Es preocupante ver qué oscuras ideas rondan el subconiente médico.

Mucho más preocupante es plantearse cómo nos afecta a las personas afectadas estas ideas que están presentes, no sólo entre los médicos, sino en todos los rincones de la sociedad que nos rodea. Es difícil vivir acorralado por mensajes negativos que afirman que eres contagios@, peligros@, culpable e indeseable y no acabar contaminándote con esas ideas. Propongo un test rápido de auto comprobación:

Pregúntate: ¿He evitado alguna vez dar un beso a alguien por temor a que, si se enterara de mi serostatus, pudiera incomodarse? ¿Pienso que tengo que comunicar mi seropositividad a cualquier persona con quien tenga relaciones sexuales? ¿Alguna vez he pensado que jamás tendré una relación de pareja? ¿Me siento igual de segur@ de mí mism@ a la hora de buscar trabajo que cualquier seronegativ@?

Hace unos años mi madre -que es una de las personas más solidarias que conozco- se encargó de contratar a una señora de la limpieza para mi casa, y se sintió en la obligación de comentarle que yo era seropositivo. La señora en cuestión no tuvo ningún reparo, pero... ¿Por qué se sintió mi madre en esa obligación? ¿Por qué no le comentó que era homosexual, o que me gusta patinar sobre ruedas...? El miedo irracional al VIH está presente en nuestra sociedad e incluso quienes lo han superado personalmente sienten su presencia constante.

Los chistes más negativos sobre el SIDA no los he oído ni de un médico ni de ninguna otra persona seronegativa. Los chistes más crueles sobre el VIH los he oído contar a las mismas personas afectadas. En parte, esto se puede

explicar como la necesidad de descargar algo de la tensión acumulada en años de arrastrar los temores y pérdidas. Tenemos que reconocer la posibilidad, sin embargo, de que nuestras actitudes sean el resultado de permitir que nos dominen los valores ajenos.

Individualmente, cada uno de nosotr@s puede sentir que no tiene la fuerza para modificar algo tan difícil como las actitudes sociales.

Juntos, sin embargo, sí tenemos la capacidad de contribuir a que se produzcan cambios importantes. El cambio, evidentemente, empieza por ti mism@. Empieza por ser capaz de levantarte por la mañana, mirarte en el espejo y decir, "Soy una persona sana y querible. Tengo derecho a una vida plena en todos sus aspectos. Tengo derecho a atención médica de calidad. Tengo derecho a ingresar en la escuela de policía de los Mossos d'Esquadra. Tengo derecho a ser eurofuncionario. Tengo derecho a un seguro de vida que me permita tener una hipoteca. Quien pretenda negarme estos derechos sostiene una posición moralmente indefendible."

Las personas con VIH seguimos teniendo muchas cosas sobre las que contar chistes cínicos, y muchas cosas por las que enfadarnos. No vuelvas esa energía contra ti mism@. Hay mucho que podemos hacer a través de la acción colectiva, constructiva y solidaria. Hay mucho que podemos hacer si dejamos de ser leprosos para convertirnos en activistas. Así que, a ver qué chistes vas contando por ahí...

Mándanos tus chistes. Buscamos chistes sobre médicos, responsables de la administración, y sobre compañías farmacéuticas. Habrá un premio para el chiste con más mala leche. ■

GUILLERMO VALVERDE

GlaxoWellcome

Cofactores

biológicos, psicológicos, sociales, espirituales.
Estrategias de calidad de vida.

Depresión, estatus socio-económico, sucesos estresantes, estrés, expectativas negativas/optimismo, soporte social, emociones, estilo de vida, cuidarse sí mismo, escuchar a tu cuerpo, responsabilidad, promoverse hábitos positivos, mantenerse conectado, ganas de vivir, filosofía de vida, tener objetivos e ilusiones, utilizar las energías, aceptar el VIH/SIDA, preguntarse por la vida, comunicarse, ¿de dónde vengo, a dónde voy?, tener perspectivas, pensamiento positivo, unión del mundo físico y espiritual, interrelación del cuerpo - las emociones - la mente y el espíritu, relación de la curación con el nacimiento y la muerte, energías universales:

Hay varios cofactores relacionados con el VIH/SIDA que merecen una especial atención por nuestra parte. En realidad no creo que se tengan que encasillar ni con la

medicina convencional ni con la no convencional, ni con los tratamientos alopáticos ni con las terapias alternativas, naturales, tradicionales o complementarias. Son, según mi entender, una serie de actitudes, "factores" altamente interesantes para mantener o mejorar nuestra calidad de vida, independientemente de la decisión personal "terapéutica" que hayamos tomado.

Pienso que los cofactores (o algunos de ellos y no los mismos para cada persona) pueden ser muy importantes para ayudar a la no progresión a SIDA, aunque es muy difícil demostrarlo. Lo que sí parece claro, basándose en experiencias de algunas personas con VIH/SIDA, en diversas conversaciones, en experiencias de profesionales y en algunos documentos que intentan demostrar la eficacia de los cofactores, es que hay una

serie de "coincidencias" en supervivientes de larga duración y que muchas de estas personas que están bien valoran y ponen en práctica en mayor o menor medida todos o algunos cofactores.

Aunque no se pueda atribuir con seguridad a los cofactores la buena salud de algunas personas VIH/SIDA, sí pienso que tenemos que ser conscientes de que están ahí. Por ejemplo, las personas con VIH desde hace mucho tiempo, ¿Por qué? ¿Distintas cepas víricas? ¿Sistemas inmunológicos especiales? ¿La medicación que están tomando (si la toman)? Creo que otra variable pueden ser los cofactores.

Por el momento dejamos en el aire lo mencionado e invitamos a la reflexión: en esta sección, y a partir del próximo número de **Lo+Positivo** vamos a tratar individualmente varios de estos cofactores. ■

noticias

-Se ha creado en nuestro país la Plataforma NATC España. Este grupo ya venía funcionando de una manera informal desde junio de 1996, cuando se realizó en ACTUA Barcelona un encuentro del mismo grupo a nivel europeo. La creación formal del grupo se realizó en el 1º Encuentro NATC España que tuvo lugar en la Garrotxa (Girona) los días 9, 10 y 11 de mayo.

El objetivo principal de NATC es dedicarse al estudio y difusión de las terapias no convencionales para la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas.

En el comunicado que se confeccionó en el 1º Encuentro se destacan algunos puntos como:

-El total respeto y respaldo a las terapias convencionales.

-La importancia de las terapias complementarias para ayudar a reforzar el sistema inmunológico y a paliar efectos secundarios.

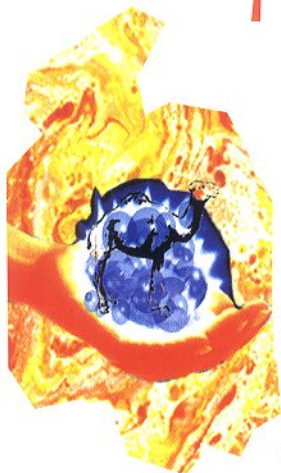
-La libre opción personal sobre el tratamiento a seguir, sea o no convencional.

Tanto pueden formar parte de NATC organizaciones como personas individuales y pueden hacerlo como miembros o como interesados en información. Destacamos las ONGs miembros de la Plataforma NATC España, que son, por el momento, ACTUA de Barcelona, ACAS de Girona, AVACOS y Comité Ciudadano Anti-Sida de Valencia, AMIGOS de Benidorm, Comité Anti-Sida de Murcia, CONVIHDA de Córdoba, UEES de Madrid, CASCO de A Coruña, NAHIA de Hernani, TXO-HIESA de Bermeo y SARE de Pamplona. La organización está totalmente abierta a su ampliación y su difusión está empezando a crear un interés generalizado.

Para información de esta Plataforma podéis poneros en contacto con cualquiera de las organizaciones mencionadas o con la coordinación nacional a través del Email natcsp@lix.intercom.es En los V Encuentros de Bermeo de este año uno de los talleres va a ser NATC - Recursos. El año anterior la organización de estos encuentros ya dedicó parte de uno de sus talleres a las terapias no convencionales y siguen con esta iniciativa que apoyamos desde aquí, animando al mismo tiempo a los organizadores de las conferencias y encuentros de nuestro país que sigan o empiecen a tener en cuenta este tipo de terapias. ■

OPINIONES: Para incluir noticias u opiniones en esta sección rogamos las mandéis a la redacción de **Lo+Positivo** via correo o Email y a la atención de Sección Alternativas-Complementarias o de Xevi. ■

Tres en raya



Drogas,

Opciones de tratamientos e interacciones con fármacos para usuarios de drogas VIH+

La información relacionada con las opciones de tratamientos y las interacciones con fármacos para los usuarios de drogas por vía intravenosa (UIDVP) que son VIH+ es difícil de encontrar, a pesar de lo cual disponemos de las siguientes líneas básicas. Sin embargo, este artículo no acaba el tema y en ningún caso pretende sustituir una relación de trabajo mutuo con tu asesor en tratamientos; simplemente quiere contribuir a una toma de decisión más informada.

Adhesión

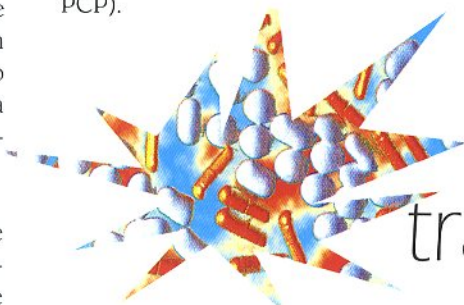
El abanico de variantes del VIH resistentes a diferentes fármacos es una amenaza real para aquellas personas que toman tratamientos para el VIH pero tienen dificultades para adherirse a regímenes de tratamiento muy estrictos. En tales casos, los tratamientos no responden bien y se da una mayor posibilidad de una progresión más rápida de la infección.

Dichos factores, así como que algunos médicos tengan la percepción de que los usuarios de

drogas no son de fiar, se combinan en la reticencia de los primeros a prescribir tratamientos para el VIH para este grupo en concreto.



Por y
contra, en un estudio de usuarios de drogas intravenosas VIH+, el 84% de los que seguían terapia antirretroviral y el 77% en tratamiento profiláctico para la neumonía PCP fueron capaces de cumplir la adhesión durante un periodo de más de seis meses (aunque se sabe de otros estudios que aumentan el porcentaje de cumplimiento de la profilaxis para PCP).



Una estrategia a tener en cuenta y que puede ayudar a proporcionar servicios o intervenciones médicas efectivos es el hacerlo a través de los programas de dispensación de metadona.

Eficacia y contraindicaciones de los tratamientos

Metadona y AZT :

Se sabe que la metadona incrementa los niveles de AZT (Zidovudina) que metabolizan los usuarios de drogas intravenosas VIH+ pero que el AZT, por su parte, no incrementa la absorción de metadona. Sin embargo, las implicaciones que tiene para usuarios de drogas intravenosas VIH+ acogidos a programas de dispensación de metadona no está clara.

Ritonavir:

Reduce la cantidad de heroína en la sangre e incrementa los efectos de la metadona.

Otros inhibidores de la proteasa:

Impiden que el hígado procese adecuadamente la metadona, además de las anfetaminas (speed) y el éxtasis, por lo que provoca un aumento que podría conducir a sobredosis.

tratamientos

AVISO PARA NAVEGANTES

(2)

Toxicidad en el hígado:

En el caso de usuarios de drogas intravenosas (como heroína) VIH+ coinfectados con hepatitis B y/o C/D, los siguientes fármacos pueden tener un efecto perjudicial en el hígado a causa de su toxicidad:

- ❖ Claritromicina (para Mycobacterium Avium Intracellulare - MAI)
 - ❖ Dapsona (para neumonía por Pneumocystis Carinii - PCP)
 - ❖ Dilantin (para el dolor asociado con la neuropatía periférica)
 - ❖ Fluconazol (para infecciones por hongos, candidas y meningitis criptocócica)
 - ❖ Flucitosina (para infecciones por hongos, candidas y meningitis criptocócica)
 - ❖ Isoniazida (para tuberculosis - TB)
 - ❖ Ketoconazol (para candidas, blastomycosis y coccidiodomycosis no meningítica)
 - ❖ Rifabutina (para MAI y TB)
 - ❖ Rifampicina (para MAI y TB)
- También reduce los niveles de metadona, hasta el punto que se puede necesitar un incremento de hasta el 50% por ciento para prevenir síntomas de abstinencia).

Se han relacionado algunos casos de fallo hepático (problemas en el hígado) con tratamientos a base de análogos de nucleósido.

Tratamientos y riesgo de sobredosis.

Las dosis de los fármacos emplea-



dos para aliviar los síntomas de las siguientes infecciones oportunistas relacionadas con el VIH deben ajustarse en caso de que la persona use drogas intravenosas o participe en programas de mantenimiento.

Infecciones micobacterianas / Criptosporidiosis:

Morfina / Diamorfina para controlar la diarrea.

Meningitis:

Morfina, diamorfina o codeína para aliviar el dolor de cabeza.

Falta de aliento:

Morfina, diazepam para la ansiedad, neumonía PCP, sarcoma de Kaposi Pulmonar y TB extrapulmonar.

Dolor abdominal:

Dexametasona (sustituto de la heroína) en infecciones micobacterianas.

Control del dolor:

Los usuarios de drogas tienen dolores como todo el mundo. Sin embargo, las dosis deben ajustarse para tener en cuenta las drogas. La metadona es más efectiva que la diamorfina / morfina (ver más abajo).

(Sustitución por) Mantenimiento oral:

En el caso de que se haya prescrito bendiazipina como mantenimiento oral pero no pueda ser ingerida, debe emplearse midazolam inyectable para prevenir los síntomas de abstinencia. Cuando la persona se encuentre en mantenimiento con metadona, la morfina o la diamorfina requeridas deben incluir el equivalente a la metadona oral que la persona haya estado tomando.

Una única dosis de 5 mg de metadona es equivalente a 7,5 mg de morfina o 5 mg de diamorfina y cuando se administra con regularidad es 3-4 veces más potente y su acción tiene una duración de 8-12 horas.

Fenobarbitona:

Está contraindicada para algunos fármacos / drogas.

Sé honesto/a con tu médico sobre el uso de drogas y así evitarás efectos contraproducentes en el tratamiento del VIH y las enfermedades oportunistas. ■

Crónica de la desesperanza

"No sé si cumpliré mi condena o si moriré antes de acabarla." Así expresa su impotencia uno de las personas con SIDA en el C.P. Brians. Hay algunos que cree que el bicho no lo matará nunca; los demás afectados están condicionados por esa circunstancia.

En enfermería hay toda un ala para infecciosos. Todos en tratamientos y en una fase en que no pueden hacer vida normal en el patio. En el módulo estamos un montón de seropositivos. No se habla mucho, no sé cuántos de ellos se controlan periódicamente; tampoco sé cuantos se medican. La lista del médico tiene una barbaridad de gente cada día.

Un compañero seropositivo: *"Ahora tengo 47kg; estoy delgado, pero prefiero estar en el módulo mientras puedo; el médico y el forense ya han hecho los informes; y sólo falta que el juez de Vigilancia firme mi libertad condicional y podré irme a casa con mi padre."* Lleva 9 meses con esa idea.

Juan: *"Aquí dentro he intentado formar un grupo para hacer algún tipo de terapia, o para intercambiar opiniones sobre las consecuencias de ser seropositivo y cómo deberíamos afrontar el pro-*

Acuérdate de Ángel, se quejaba de que las piernas no le sostenían, de que se encontraba mal... murió en el hospital. Una semana después de que lo trasladaran allí desde la cárcel. ¿Recuerdas al "Maño"? Llevaba dos semanas con fiebre. Un día, a las cinco de la tarde salió desnudo y gritando de su celda... lo esposaron y lo llevaron a celdas de aislamiento. Murió dos días después, de una meningitis provocada por el SIDA. En vez de ayudarlo y mirar de bajar la fiebre lo ataron y lo castigaron. No esperes nada bueno de tus carceleros; solo el empujón final para que no molestes más.

¿Y Vicente? ¿Había mejor persona que Vicente? Del módulo lo trasladaron a la enfermería de la cárcel; fueron siete días los que pasaron, hasta que hubo que sacarlo en brazos hasta una camilla; iba vomitando trozos de vísceras; nosotros lo vimos; coágulos sanguinolentos en medio del patio". Murió en el hospital ese mismo día. ¿Y su familia? Les comunicaron que había muerto cuando vinieron el día de comunicaciones para verle, creyendo que seguía allí. Siempre me ha sentado especialmente mal lo que pasó con Vicente. Descanse en paz.

en el hospital penitenciario de Terrassa. ¿Por qué habría de ser distinto? Lo único que lograré es estar más tiempo vivo para que me hagan pagar más tiempo de cárcel. No quiero sufrir más; no quiero estar en la cuerda floja a merced de quienes me encarcelaron para que sigan jugando y experimentando conmigo. Habéis visto, lo veis cada día, lo poco que les importa nuestra enfermedad." Ellos están aquí porque cobran a fin de mes. Procura no molestar mucho porque te esposarán a los barrotes de la cama; ya puedes mearte encima, que ni así te soltarán.

¿Por qué habría de suplicar una clemencia que no existe en sus almas? Prefiero morir cuando llegue la hora, y ahorrarme el sufrimiento que lleva consigo cada día de cárcel.

¿Que estamos enfermos? Ingenuo... Estamos en el fondo del pozo y aquí nos seguirán machacando hasta que estemos bajo tierra. Qué caso te van hacer a ti si no se lo han hecho a José Luís Aranguren? Dijo bien claro este profesor; *"La ley siempre es injusta con los más débiles"*. Y el mundo se quedó tan tranquilo; seguimos con las mismas leyes que protegen los privilegios de los

¿Qué tendría Dios que decir?

blema..." "Pero nadie ha hecho caso" (Su compañero). "Mucha gente toma la medicación; aunque no sé cuál en concreto. Yo tomo 14 pastillas al día".

Miguel también es seropositivo, tiene 30 años y paga condena por robo. Dice que toma AZT y que le va muy bien. Ha subido de 400 T4 a más de 700. Seguirá tomándolo y espera vivir mucho tiempo: *"Acabaré mi condena y volveré a la vida; no pienso morirme en la cárcel"*.

Otros sí lo han hecho, otros se acercan, cada día a un desenlace que acabará con una salida al hospital. Son muchos los muertos, la muerte está mirando a tu alrededor: algunos parecen cadáveres ambulantes, piel y huesos.

¿Cuánto crees que resistirá Manolo?

¿Cuántos casos conoces ya? ¿Qué historias podrías contar los que están en las enfermerías de las cárceles?

El otro día, Antonio, seropositivo con 340 defensas, me explicaba que había empezado a tomar medicación, 13 ó 14 pastillas al día, no parecían sentarle muy bien; me enseñó el torso y tenía una urticaria por toda la piel, y se quejaba de dolor de estómago y de vómitos. Se quejaba también de que el médico no le hubiera dicho nada de que tenía que beber mucha agua, se enteró por otro compañero con el que comentaba los efectos secundarios de su medicación recién estrenada. Nada le han dicho de dietas apropiadas; no existe lo que no se conoce.

Juan L: *"Moriré en la cárcel, o*

poderosos y reprimen los desacuerdos. ¿No hay ya latifundios? ¿Se han repartido las tierras entre los campesinos?

Nunca hubo justicia, no esperes encontrarla en las cárceles. El SIDA les viene muy bien a los manipuladores de masas para meter miedo a los ignorantes; es otra vuelta de tuerca para asegurarse su perpetuidad en el poder. Preparan un suntuoso futuro con los huesos de l@s vencid@s. No esperes nada de estas leyes, están hechas por y para ellos, y ellos las interpretan como consideren conveniente para su "uso y disfrute". Los que no tenemos nada salvo nuestra enfermedad, nada podemos desear. ■

J.D.

Can Brians, 28.06.97.

Un patio muy particular



Empecé joven en el mundo de las drogas, muy pronto las estaba tomando por vía endovenosa y empecé también a conseguir el dinero para adquirirla recurriendo a vías que me condujeron hasta prisión. En el año 92 me comunicaron aquí que era seropositiva y la noticia, (aunque ya esperada porque mi pareja era seropositiva) no cayó en buen momento. Intenté convivir con ella de la mejor forma posible. Hace dos años empecé a tomar aquí antirretrovirales y hoy en día estoy tomando una combinación triple.

Si algo tengo que decir a favor del establecimiento donde estoy tomando la triple combinación es que están a la orden en cuanto a medicamentos y pruebas. Se están suministrando las nuevas medicaciones a toda aquella persona que lo necesita y se están realizando las pruebas de la carga viral a todas las mujeres seropositivas. Creo que en este aspecto somos afortunadas.

Disfrutamos de la información y colaboración de Isabel de ACTUA; en cualquier momento que tienes alguna duda puedes hablar con ella para informarte y darte apoyo emocional. Esto es algo necesario para nosotras pues hay mucha ignorancia sobre el VIH y conocer los detalles del mismo favorece la convivencia y solidariza a muchas internas que no son seropositivas.

No todo es ventajoso; mis ojos han podido ver a mujeres que están esperando la muerte y que les han dado la libertad poco antes de que ésta la invadiera. Desde luego el estado mental con el que vivimos no favorece en nada a mejorar

nuestra enfermedad. Estrés, depresión, todo es incertidumbre, nervios e impotencia; todas estas sensaciones hacen que te sea bastante difícil mantener una línea y que consigas mantener tu mente relajada, muchos sentimientos de frustración y desesperanza invaden nuestra existencia en este lugar y esto en muchas ocasiones no facilita nuestra evolución respecto a la enfermedad.

He visto mujeres incapaces de levantar un vaso de leche, que han perdido su vista, que no articulan bien sus palabras, que no eran conscientes de su realidad sin saber qué significaba esto, cuando simplemente vivían día a día esperando el momento de fallecer. Me dan ganas de gritar: ¿A qué extremos debemos de llegar para poder salir? Se me inundan los ojos de lágrimas al vivir estas experiencias porque mi grito queda en el aire, o no recibe respuesta.

Dependemos de unos índices, de unos números y de que tenemos que vivir pensando, "¿Volveré a disfrutar de la libertad sin que tenga que estar postrada en una cama y sin ser consciente de mi realidad?" No logro entender los criterios médicos que nos rigen a las personas seropositivas que estamos encerradas. Es humano a mí entender poder pasar el resto de tus días fuera de este lugar de encierro y junto a tus seres queridos.

Existen prisiones donde ni siquiera se suministran fármacos. Para mí, la justicia es de una importancia vital y no se le puede dar la espalda e ignorar lo que sucede. Desde mi situación intento

luchar contra todas estas injusticias y llevo mi queja a todas las Instituciones posibles; sé que este acto reivindicativo me puede costar tener en contra a la jerarquía de la que dependo, pero si doy prioridad de valores, creo que la vida humana está en el escalón más alto y cualquier cosa por intentar preservarla en las mejores condiciones merece la pena, más que el poco entendimiento con algún señor al que no le guste mi opinión.

Hay mujeres que cogen los anticuerpos en prisión. Aquí dentro está sancionado el consumo de drogas y la posesión de insulinas, cuando es una medida que empeora las cosas, ya que en tal caso una única jeringuilla puede ser utilizada por diez mujeres, lo que potencia el riesgo de contagio. La forma de que no haya riesgo de contagio es que haya un servicio de reparto de jeringuillas pero en estos momentos es algo que va en contra del Reglamento Penitenciario.

Debo acabar diciendo que tanto yo como amigas que están en la misma situación estamos a disposición de cualquier demanda o iniciativa que se tenga dentro de las posibilidades que tenemos y extendemos este llamamiento a todas las personas que compartan las mismas inquietudes.

Me gustaría añadir algo importante y que creo que es el verdadero significado de las siglas SIDA: en nuestro interior quiere decir Sólo Intento Dar Amor.■

I.G.
Centro Penitenciario de Mujeres
Wad-Ras. Barcelona.

Llevar una carga (viral)

Muchos médicos están ofreciendo (o deberían estar ofreciendo) pruebas de la carga viral para ayudar a tomar una decisión sobre tratamientos. Dichas pruebas, también conocidas como ensayos del ARN (ácido ribonucleico) del VIH, recuentan el número de partículas del VIH en una muestra como p.e. el plasma de sangre. El ARN es la forma en la que las partículas transportan su material genético.

El resultado de una prueba o test de carga viral se expresa en el número de "copias" del ARN del VIH por mililitro (copias/ml). Así, una carga viral de 10.000 copias/ml o menor es considerada "baja" y 30.000 copias/ml o superior es considerada "alta". Una carga intermedia se entiende que es "moderada".

Cada prueba tiene un límite por debajo del cual no puede detectar el ARN del VIH de forma fiable. En el caso del kit de Roche, ampliamente usado, este límite es actualmente de 400 copias/ml (aunque algunos hospitales en España ya hacen pruebas con un límite de 20). Cualquier muestra con niveles de ARN del VIH por debajo de este umbral se entiende que tiene una carga viral "por debajo del límite de detección" o bien que es "indetectable". Esto no significa necesariamente que las copias del ARN del VIH en el plasma sea igual a cero.

Si en estos momentos padeces una enfermedad oportunista o hace poco que te han puesto una vacuna, puede que tengas un aumento temporal de tu carga viral. En tales casos es preferible esperar un par de meses antes de hacerte medir la carga viral.

La prueba actual de Roche puede dar un resultado desvirtuado a la baja en caso de personas infectadas con subtipos del VIH que sean más comunes en los países africanos y asiáticos (como el VIH-2),

aunque en un estudio español reciente se detectó el VIH-2 en 2 de entre 18 personas positivas; ¡más del 10%! Existen otros tests de la carga viral que son más apropiados para medir dichos subtipos, como el de Chiron, aunque no está autorizado en España.

Establecer el diagnóstico

Si no estás tomando fármacos para tratar el VIH, tu carga viral puede proporcionar algunas pistas sobre el posible transcurso de la infección si la mantienes fuera de tratamiento. Entre el grupo de personas que tienen el mismo recuento de CD4, aquellas que tengan una carga viral más alta tenderán a progresar con mayor rapidez que aquellas con una carga viral más baja.

Si estás considerando la posibilidad de iniciar una terapia anti-VIH, te puede resultar muy útil disponer de una prueba de carga viral. El resultado, junto con otras indicaciones tales como tu recuento de CD4, puede ayudarte a decidir si iniciar o no un tratamiento determinado. Algunos doctores aconsejan a las personas que tienen una carga viral muy alta que tomen tratamientos mucho más fuertes.

Seguir con el tratamiento

El tratamiento con un régimen anti-VIH efectivo provoca una caída en la carga viral. Si estás iniciando un tratamiento, o cambiando de un régimen a otro, te puede resultar útil obtener una prueba de carga viral "basal" antes de empezar o cambiar el tratamiento, seguido por un segundo test unos pocos meses después. La diferencia entre ambos podría mostrar efectos antivirales de los fármacos a corto plazo.

Existe una evidencia creciente de que este efecto a corto plazo también puede predecir los efectos a



largo plazo de los fármacos en la progresión de la enfermedad y la supervivencia. Las combinaciones de fármacos que producen la caída viral inicial más alta, y la supresión más prolongada, también tienden a tener los mejores efectos a largo plazo en relación a la posposición del comienzo de SIDA o del fallecimiento.

En ciertos casos, las combinaciones pueden reducir la carga viral en el plasma por debajo de los límites de detección, incluso entre personas con recuentos de CD4 muy bajos que hayan tomado fármacos antirretrovirales con anterioridad. Si tu carga viral es "indetectable", la probabilidad de que el VIH desarrolle resistencias a los fármacos es mucho menor.

Si estás tomando fármacos anti-VIH de forma correcta y no obstante tu carga viral vuelve a aumentar o vuelve a su nivel basal significa probablemente que los efectos antivirales de los fármacos están disminuyendo quizá debido a la emergencia de resistencias. Ciertos médicos defienden que el objetivo del tratamiento debe ser el conseguir y mantener una carga viral indetectable; otros están preocupados por el hecho de que esto es poco realista para mucha gente y puede alentarles a saltar de un régimen a otro con excesiva rapidez, hasta que quizá se queden sin opciones de tratamientos.

National Aids Manual, febrero de 1997

Lo+Negativo

¡Léelo y pásmate!

Extraemos literalmente de una carta que nos remite J.L.G.:

"Querid@s os tengo que contar un hecho muy desagradable, resulta que cuando regresé al pueblo (Villamalea), los domingos iba a comprar El País por la mañana y me paraba en un bar cerca de casa a tomar un café, hasta que al tercer domingo el dueño me dijo que quería hablar conmigo y me dijo: 'te agradecería que no vinieras por aquí pues la gente se queja, yo lo siento pero dependo de la gente'; le pregunté el motivo y me contestó que se lo preguntara a la gente.

Quedé paralizada y destruida, cortada, sólo acerté a decir vale. Está claro que es un rechazo y discriminación por ser una 'maricona sidosa', pensando esas gentes pueblerinas, ignorantes y reaccionarias que las iba a contagiar con la mirada. Fue un duro golpe que tuve que encajar; por fortuna, no le dijeron nada a mi familia pues hubiese sido un gran escándalo y no me hubiesen dejado salir a la puerta de la calle."

Costa Rica, Costa Pobre

William García es una de las aproximadamente 300 personas con SIDA en Costa Rica en urgente necesidad de tratamiento antirretroviral y para la que el gobierno costarricense parece no haber tenido, de momento, más que buenas palabras y vagas promesas incumplidas.

Las compañías farmacéuticas han ofrecido a las autoridades de Costa Rica descuentos de hasta el 50%. Guillermo Murillo, coordinador de los servicios de atención al paciente en la asociación gay y lesbiana de San José de Costa Rica "Triángulo Rosa", asegura que el gobierno podría permitirse comprar los fármacos necesarios, pero que, dado que prácticamente todas las personas con SIDA en Costa Rica son hombres gay, la pandemia nunca ha sido un asunto prioritario para las autoridades competentes.

William, entre tanto, ha decidido hacer su historia pública, y acudir al Tribunal Supremo de Justicia, solicitando una rápida resolución para su caso. La decisión puede demorarse hasta seis meses y William, desde la cama de su hospital en San José, sabe que puede no estar aquí para verlo.

Para solidarizarse con William, podéis dirigirlos a Triángulo Rosa, Apartado 1619-4050, Arajuela, Costa Rica.
Tel: 506-223-1370 Fax: 506-223-3964 ; e-mail: atrirosa@sol.rasca.co.cr.

¿Quieres recibir Lo + Positivo en casa?

Colabora con nosotros y la revista te llegará directamente a tu domicilio cada dos meses

Nombre

Apellidos

Dirección

Localidad

Código postal

Teléfono

Fax / E-mail

Autorizo una donación anual de

2.000 pts

5.000 pts

_____ pts

a beneficio del Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (GTT), titular de Lo + Positivo.

Banco o Caja

Agencia

Dirección

Código y población

Nº de cuenta (20 dígitos) _ _ _ _ _

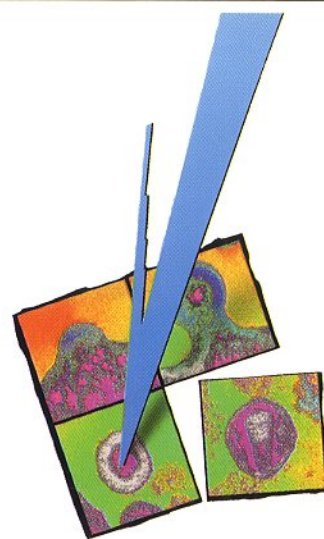
Fecha

Firma

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

ABBOTT

Más de 10 años combatiendo al VIH



1985

Aprobación por la FDA del primer ensayo para diagnósticos in vitro del VIH.

1987

Incorporación de la tecnología del ADN recombinante al ensayo del VIH.

1988

Primer ensayo combinado para detectar VIH 1 y VIH 2.

1993

Aprobación por la FDA de Claritromicina (KLACID®) para el tratamiento de MAC.

Lanzamiento de la primera nutrición específica para pacientes VIH (ADVERA®).

1994

Aprobación en España de Claritromicina (KLACID®) para el tratamiento de MAC.

Primer test de VIH de 3ª generación automatizada.

1995

Aprobación por la FDA de Claritromicina (KLACID®) para la profilaxis de MAC.

Primer test en autoanalizador de acceso continuo, aleatorio e inmediato (VIH 1/2 AxSYM).

1996

Aprobación por la FDA del inhibidor de proteasa Ritonavir (NORVIR®).

Comercialización de NORVIR® en España (28-Oct-96).

Diagnóstico + Nutrición + Tratamiento
El compromiso de ABBOTT



ABBOTT LABORATORIES, SA . Josefa Valcárcel, 48. 28027 MADRID

Ahora no, todavía.

Hasta que la vacuna esté lista hemos adoptado distintas formas de esquivar el contagio. El miedo nos cerró las bocas y abrió la imaginación.

Tendidos, estirados, echados sobre los trapos del lecho, esperamos cada noche la llegada del otro para inventar entre ambos las variantes del beso y del prohibido coito.

Desciende en silencio sobre nuestros cuerpos tendidos, echados, estirados. Nos abrimos los brazos, simplemente nos deshace de envolturas a golpes de ternuras y caricias. Descorre uno a uno los velos de prejuicios y reservas, descubre en nuestra piel los escondrijos del estremecimiento y el gozo.

Nunca hemos usado esos infames capuchones, odiamos su torpe imitación de la piel, su gusto a goma, su forma de enroscarse, como de sepiente venenosa.

Barbilla con barbilla, las comisuras circundan la negación de las bocas, ahítas de bacilos y peligro.

Libres de otra

tarea, ellas gimen, reprochan, imploran y musitan las oraciones del ruego, los gritos de dolor y la agonía del placer.

Navegan nuestros cuerpos. Navegamos entrelazados, simulando en el pretujar de los miembros aquel fundirse en uno tan deseado, tan lejano.

Los virus bailotean en las mucosas, en las fangosidades del semen y en los huecos de las nalgas, allí donde las lenguas jamás llegan.

La vacuna.... la vacuna.

Ni oscuros hoteles con anónimas caricias, ni rincones con públicas vergüenzas, sólo la claridad de quirófano de este cuarto. Ya no apagamos la luz: la ignorancia es más obscena si está lejos de las sombras. La ascéptica limpieza convalida la salubridad...

Me mira, nos miramos. Hay un lejano destello de olvidados sudores y humores que pasaban. Mal o buen recuerdo. Sabores que se han hecho olores, hemos de fingir un reemplazo imposible. Esa lengua estaba entonces dentro de mí, esa

erección feroz nos taladraba hasta la postrera locura, en sus huecos cabía el infinito.

Pero todo se hizo más largo, más ordenado y fingido. El seco chasquido de los labios es una furtiva aventura. Algo como la pedrada en el ala de un pájaro volando, la vergüenza del error.

Pero nada equivale a aquellos besos, no hay forma de suplantar la entrega.

A fuerza de frotar, restregar y deslizar llegamos al final, empujamos por la mente y el cansancio. Entonces nos deshacemos en algo que no es alivio pero es llanto.

Se va otra vez, en silencio.

Me aparto del espejo y lo restituyo a su lugar de siempre, sobre el limpio y esterilizado lavatorio. Al fin en soledad, a salvo en mi ínsula desierta.

Los dos solos, yo y mi imagen, como siempre, como antes de la plaga, como antes de esta excusa: ahora no, todavía.

Echados, estirados, tendidos. Desesperados y hambrientos, llenos de preguntas.

Hasta que la vacuna esté lista. ■

ABEL POHULANIK



glosario



Adhesión:

En síntesis, cumplimiento del tratamiento prescrito en cuanto a tomas, horarios y condiciones dietéticas.

ACTG: AIDS Clinical Trials Group:

Es la red de ensayos clínicos de los Estados Unidos. Acoge 59 centros médicos que están financiados por el National Institute of Allergy and Infectious Disease, el cual controla múltiples estudios de tratamientos sobre el VIH/SIDA, y las infecciones oportunistas relacionadas.

No existe tal sistema en España.

Candidiasis:

Cualquier infección causada por especies de *Cándida*, habitualmente *Candida albicans*, caracterizada por prurito, exudado blanco, descamación y propensión a la hemorragia. Suele producir lesiones en las mucosas de la boca, del tracto intestinal y de la vagina, así como en la piel. Produce infecciones superficiales pero en personas con el sistema inmunitario debilitado puede que deba ser tratada clínicamente porque recurre con cierta asiduidad.

Células naïve:

Las células naïve son células T nuevas que aún no han estado expuestas a antígenos, como los antirretrovirales, por ejemplo.

Células de memoria:

Son células T persistentes que producen un receptor para un antígeno que ha sido previamente encontrado, en el cuerpo, durante el curso de una enfermedad o tras una vacunación. Las células T de memoria permiten una respuesta rápida del sistema inmunitario a los agentes patógenos al que el cuerpo ha estado previamente expuesto.

Endocarditis:

La endocarditis es un trastorno que afecta al endocardio (capa que tapiza las paredes de las cámaras cardíacas, contiene pequeños vasos sanguíneos y un pequeño número de fibras de músculo liso) y las válvulas cardíacas, caracterizado por lesiones que pueden ser producidas por diversas enfermedades. Necesariamente las endocarditis tienen que tratarse con mucha rapidez ya que su pronóstico es grave.

IL-2. Interleuquina-2:

Citoquina producida por las células T y los linfocitos supresores. La IL-2 potencia la acción de las células T y de otras células citotóxicas. La interleuquina-2 está asociada con la respuesta inmunitaria TH2 (subtipo de las células CD4). Como inmunomodulador se encuentra bajo estudio para el tratamiento contra el SIDA.

MAI, (Mycobacterium avium intracellulare); MAC, (Mycobacterium avium complex):

Infección oportunista bastante común causada por dos organismos bacterianos muy similares: el *Mycobacterium avium* y el *M. Intracellulare*. En las personas infectadas por el VIH puede extenderse, a través del torrente sanguíneo, e infectar los nódulos linfáticos, la médula ósea, el hígado, el bazo, el líquido espinal, los pulmones y el tracto intestinal. Los síntomas de MAI/MAC incluyen caquexia, fiebre, fatiga y dilatación del bazo.

Pneumocystis Carinii Pneumonia. Neumonía por Pneumocystis:

Es una de las enfermedades oportunistas más corrientes en los afectados por el VIH. Se pensaba que el causante de esta infección era un protozoo. Sin embargo, recientes estudios demuestran que la PCP está relacionada con los hongos. El síntoma más característico de este tipo de neumonía es una tos muy seca y persistente. Los pacientes pueden verse aquejados o no de fiebre pero, en cambio, sí notan una cierta debilidad, se muestran cansados y tienen dificultades para respirar con normalidad.

Primoinfección:

La primoinfección consiste en la infección, por primera vez, del organismo de un paciente. En nuestro contexto se refiere a la primera época de infección con el VIH; existe una 'ventana' de primoinfección, que puede durar unos meses después del contagio o bien, a la primera aparición de una enfermedad oportunista, cualquiera que sea, que implica un cierto grado de debilidad del sistema inmunitario y que requiere que el

afectado por el VIH siga unas pautas saludables de vida tales como alimentarse correctamente, mantener una buena adhesión, hacer ejercicio con regularidad, etc. En consecuencia, una primoinfección exigirá a la persona mantener, en la medida en que le sea posible, una vida sana y evaluar en serio las pautas que el médico le aconseje.

Profilaxis:

Es un tratamiento dirigido a preservar la salud del paciente, y prevenir o proteger frente a una enfermedad, nueva o recurrente. Con frecuencia implica la utilización de medicamentos o, tal vez, un conjunto de medios, para destruir o evitar la entrada de organismos infecciosos.

Tuberculosis:

La tuberculosis (TB) es una infección crónica o aguda (según el tipo en que se presente) causada por un bacilo resistente, *Mycobacterium tuberculosis*. Se transmite generalmente por inhalación, aunque también puede contagiarse mediante comida contaminada (leche no pasteurizada, en especial) y habitualmente afecta a los pulmones. En otras ocasiones puede atacar los huesos, la piel o los nódulos linfáticos. Los síntomas precoces de la tuberculosis pulmonar son apatía, dolor torácico vago, pérdida del apetito y fiebre. La exploración física revela una radiografía de aspecto anormal, una prueba de esputo positiva (cultivo) y una reacción positiva a la prueba de la tuberculina (test de Mantoux). Esta infección puede ser contagiada de una persona a otra de manera imperceptible. Normalmente es tratada con antibióticos y quimioterapia: isoniacida, estreptomina, etambutol, rifampicina, etc.

La **tuberculosis multirresistente** es una mutación de la tuberculosis típica que no responde efectivamente al típico tratamiento y que se presenta de manera recurrente. El tratamiento deberá ser más agresivo utilizando más fármacos durante un largo periodo de tiempo. ■

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 93.2370869 SidaStudi 93.2681484 **Benidorm:** AMIGOS 966.804444 **Bilbao:** Gays por la Salud T-4 94.4221240 **Burgos:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 947.24027
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 **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 Cántabra 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:** INAPRO 922.259654 **Valencia:** Col.lectiu Lambda de Gais i Lesbianas 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 per a gais i lesbianes

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

La ignorancia es tu enemigo.
El conocimiento es nuestra arma.

Ignorance is your enemy.
Knowledge is a weapon.

ACT UP
PARIS