

LO + POSITIVO

MARZO/ABRIL 1998 N°4

PUBLICACIÓN GRATUITA SOBRE LA INFECCIÓN POR VIH

MARIHUANA NIGHTS

en California ya es legal

PONTE AL DÍA

el estado de la cuestión de las teorías antirretrovirales

ANOTACIONES AL MARGEN

la psiconeuroinmunología no es un trabalenguas

Parada y Metadona



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

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

GlaxoWellcome

SOLUCIONES PARA LA VIDA

en SIDA

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

The background of the advertisement features a microscopic view of HIV particles. These particles are depicted as spherical structures with a textured, bumpy surface, resembling a virus. They are scattered across the frame, with some appearing larger and more detailed than others. The background has a color gradient from dark green at the top to bright orange and yellow in the middle, and then back to dark green at the bottom. The text is overlaid on this background in white and yellow.

"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

I N D E T E C T A B L E S

 **GRUPO MSD**

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

El equipo de Lo+Positivo somos:

Rob Camp
Jaume Fabrés
Ismael Sala Salas
Maite Suárez
Joan Tallada

En este número han colaborado:

Coordinadora Gay Lesbiana
Ismael Carrillo
Georgina Fabrés
Montserrat Moliner
Juan Carlos Nuviala
Carles Oriols
Galletas La Polar

Gracias a Positive Nation, de Londres.

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

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

GTT

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

Redacción:

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

Imprime:

ARKAB Gràfiques
Depósito Legal: B-40431-97

Con el patrocinio de:

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

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

En esta nueva entrega de Lo+Positivo tenemos un buen puñado de información que compartir con vosotr@s. Además de los datos ¿novedosos? de la Retroconferencia de Chicago, os ofrecemos el menú de nuestras secciones habituales reforzado a partir de ahora con dos incorporaciones jugosas: un espacio sobre ejercicio físico y otro para reflejar vuestras opiniones. Esperamos que os interesen.

Nuestro reportaje central en este número 4 se centra en un servicio ambulante de dispensación de metadona en Barcelona. La importancia de servicios como éste se hace evidente al constatar que el 58,8% de las personas con SIDA en Catalunya son o han sido usuarios de drogas por vía parenteral; para el total de España las cifras son casi las mismas: 61,4%. Al socaire de esta realidad hay algunos puntos sobre los que detenerse. Uno es que la demanda de plazas en dispensación de metadona es a todas luces superior a la oferta disponible, por lo que la retórica sobre la lucha contra las drogas de nuestros políticos queda bastante cuestionada. Otro es que aunque el número de casos de SIDA está disminuyendo, no así el de infecciones por VIH, por lo que la ecuación final da como resultado más usuarios de drogas VIH+ que no pueden acceder a programas de metadona ni a una atención médica adecuada. Si a ello sumamos la pandemia ¿oculta?, ¿ocultada?, de la infección concurrente por hepatitis C, el paisaje urbano se complica sin que las diferentes administraciones públicas hagan mucho más que pelearse o ignorarse entre sí.

Para acabar de echar jarros de agua fría, una mención final a los problemas de acceso a nuevos fármacos. La Agencia Europea del Medicamento, la EMEA, con sede en Londres, ha estado dando su aprobación a una serie de nuevos fármacos antirretrovirales sin que ello parezca significar nada en nuestro país. Mucha retórica europeísta pero a la hora de la verdad puede pasar un tiempo innecesariamente prolongado hasta que el Ministerio de Sanidad autorice la comercialización en España de Combivir (la combinación de AZT y 3TC en una sola cápsula), Viramune (nevirapina), Viracept (nelfinavir) y la formulación pediátrica de d4T, a pesar de haber recibido ya el visto bueno de Londres (por cierto, con la intervención previa de representantes de cada uno de los países comunitarios, incluida España). No basta con decir que estos fármacos pueden obtenerse a través de programas de acceso expandido o de medicación extranjera, porque la realidad es que incluso así su disponibilidad es muy limitada. ¿Qué razones se pueden tener para no dar vía libre burocrática a unos fármacos que muchas personas necesitan con urgencia? Más preguntas sin respuesta aparente en próximas ediciones.

el equipo de Lo+Positivo

LO + POSITIVO Sumario



ARTICULOS

12 PARADA Y METADONA

Nos hemos subido a un autobús de dispensación de metadona para conversar con l@s usuari@s VIH+. Un pequeño puzzle sin instrucciones de uso.

34 MARIHUANA NIGHTS

En California ya es legal bajo prescripción médica, y aquí aún le estamos dando vueltas a cómo tratar a un tal *cannabis*.

40 PONTE AL DÍA

El estado de la cuestión de las teorías antirretrovirales.

SECCIONES

6 LA VERDAD ESTÁ AQUÍ DENTRO

Ilumínate con noticias frescas sobre los más variados asuntos físicos y espirituales.

23 MENS SANA IN CORPORE+

La pereza es mala consejera.

24 INTERNET LO MÁS PERSONAL

Experiencias ¿transferibles?

28 ¡A COMER!

En este número untamos nuestras páginas con aceites esenciales, cuya correcta utilización reporta buenos resultados. El comentario de las recetas es, como siempre, de Pilar Zubiaga.

35 UN ASUNTO DE DROGAS

Vale la pena leerlo.

36 ANOTACIONES AL MARGEN

La psiconeuroinmunología no es un trabalenguas.

39 MÉDICOS Y PACIENTES

Pacientes impacientes.

42 LAS MÁS POSITIVAS

¿Qué te traes entre piernas?

43 UNA MUJER SEROPOSITIVA

Insistir rima con vivir.

44 CASTIGAR O SANAR

Mujeres y hombres VIH+ privat@s de libertad.

48 GLOSARIO

Ayuda en acción.

49 LO+NEGATIVO

En todas partes cuecen habas.



LA VERDAD ES

Éxito en los programas de intercambio de jeringuillas

Servicio de Información Sanitaria Reuters (12.11.97).

Un estudio reciente sobre dos programas de intercambio de jeringuillas que han tenido éxito en Massachusetts y Washington, ha revelado que los servicios complementarios y de apoyo comunitario para los usuarios de drogas por vía intravenosa (UDVP) son esenciales para el éxito del programa, según un artículo aparecido en el número de diciembre del *AIDS Alert*.

Los programas de ambos Estados están coordinados entre farmacias, policía y funcionarios judiciales, y son complementados con los esfuerzos realizados en educación pública y servicios comunitarios. Aún así, Patrick M. Flaherty, el coordinador del programa VIH/SIDA, asegura que la percepción pública sigue siendo una de las mayores barreras para el éxito de los programas de intercambio de jeringuillas, lo que ha hecho considerar a las autoridades policiales el contratar a un/a especialista en relaciones públicas.

Mientras tanto, la doctora Patricia Nolan, comisaria de Salud para Rhode Island (otro Estado norteamericano), observa que los programas de intercambio de jeringuillas proporcionan a los usuarios la oportunidad de relacionarse con el sistema público de salud. □

Investigación de medicinas tradicionales para tratar la infección de VIH

Servicio de información Sanitaria Reuters (10.12.97)

Según un informe del *South China Morning Post*, durante una reciente conferencia en la Universidad China de Hong Kong, el doctor David Ho del *Aaron Diamond AIDS Research Center* en Nueva York afirmó que se precisa más información sobre el efecto de las medicinas tradicionales chinas en el VIH. Ho añadió que una investigación bien organizada podría proporcionar información sobre sustancias que pudieran tener algún efecto sobre el VIH. □

Enganchad@s al dogma

Washington Post (21.12.97) P. C1; Shenk, Joshua Wolf.

A pesar del fracaso del "Needle Park" suizo (parque de las jeringuillas), un experimento de principios de los años 90, los investigadores/as suiz@s siguen explorando formas alternativas de controlar los efectos laterales del uso de drogas intravenosas, sobre todo la extensión de enfermedades infecciosas, según comenta Joshua Wolf Shenk, periodista del *Washington Post*.

De 1994 a 1997, por ejemplo, Ambros Uchtenhagen, un puntero científico social, dirigió un experimento en el que 18 centros de tratamiento en toda Suiza ofrecieron a 1.146 adict@s inyecciones de heroína pura tres veces al día. Este programa redujo los índices de actividad criminal entre los participantes de un 59% a un 10%, mientras que el índice de los sin techo en el grupo descendió de un 12% a casi el 0%. Además, las infecciones por VIH y hepatitis cayeron significativamente y la tasa anual de fallecimiento se redujo a la mitad.

Mientras tanto, Shenk afirma que los Estados Unidos siguen sometidos a una política de nula tolerancia que, hasta la fecha, ha hecho que se cierre a tales innovaciones en el tratamiento de la adicción a las drogas. En los Estados Unidos, los UDVP se han convertido en el grupo con mayor riesgo de infección por VIH y, de acuerdo con el Instituto Nacional de Salud (INS), el coste financiero de la adicción a la heroína no tratada se calcula en unos 20 mil millones de dólares al año. En resumen, Shenk cree que, a la manera de los suiz@s, los norteamerican@s deberían darse cuenta de que existe un espacio intermedio entre la aprobación del uso de drogas y la "tolerancia=cero".

[Nota del editor: Aunque la población total de los EEUU es cerca de 7 veces la de España, el número de usuarios de drogas es aquí sólo ligeramente inferior: necesitamos programas más innovadores.] □



TÁ AQUÍ DENTRO

Naciones Unidas urge tomar medidas para limitar el VIH y la TB en las prisiones europeas

Reuters (16.12.97); Baker, Anthony.

Los expertos de la Organización Mundial de la Salud están alarmados por la rápida extensión del VIH y la tuberculosis en las prisiones europeas, en buena medida atribuida al hacinamiento en las cárceles.

Entre las posibles soluciones para frenar la transmisión del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual estaría el reparto de condones, clases de educación sexual, jeringuillas limpias y fluidos esterilizantes. Para prevenir la tuberculosis, los responsables han propuesto lanzar un programa de tratamiento integral, basado en la "estrategia breve de tratamiento directamente observado (DOT)", con el fin de eliminar incluso las cepas resistentes.

El VIH se extiende con mayor rapidez en las cárceles de Europa occidental (en Francia, el índice de infección entre prisioneros es diez veces mayor que el de la población no carcelaria), mientras que la tuberculosis está especialmente presente en las cárceles del Este europeo.

Uno de los mayores problemas a los que se enfrenta la Organización Mundial de la Salud es que en algunos lugares del Este de Europa, como Rusia y Ucrania, no se proporcionan jeringuillas limpias ni siquiera a la población no carcelaria, por lo que parece poco probable que vayan a hacerlo dentro de las prisiones. □

Valientes en la prevención y tratamiento de las drogas

Boston Globe (12.11.97); Grunwald, Michael.

A principios de este año, la ciudad de Baltimore, EE.UU., hogar de unos 45.000 usuarios de drogas, lanzó una nueva campaña antidrogas. El programa se centra en el tratamiento y la prevención, en lugar de represión y encarcelamiento. En el plan se incluyen un programa de intercambio de jeringuillas (en buena parte subvencionado con fondos públicos), que ya ha disminuido la transmisión del VIH entre usuarios en un 40%, y un agresivo programa de tratamiento para aquellos que lo solicitan. Los trabajadores/as sociales observan que, a pesar de ser un programa caro, las celdas carcelarias, los tratamientos anti-SIDA y la aplicación de la ley cuestan incluso más. Además, sus defensores arguyen que el tratamiento puede ser beneficioso incluso si los pacientes recaen, citando un estudio en California según el cual por cada dólar empleado en prevención se ahorran 7 dólares en tratamiento. □

Informe sobre un alto índice virológico de fracaso de los inhibidores de la proteasa

Servicio de información Sanitaria Reuters (19.11.97)

Nuevas investigaciones publicadas en el número 15 de noviembre en **AIDS** sugieren que hay un alto índice de fracaso virológico asociado al uso de inhibidores de la proteasa del VIH.

Científicos alemanes de la Universidad de Colonia han constatado un índice del 44% de fracaso virológico en un estudio sobre 198 pacientes VIH positivos tratados con inhibidores de la proteasa. Según los investigadores, los resultados sugieren que el éxito apreciado en estudios controlados puede no darse en la práctica diaria. Concluyen afirmando que los estudios futuros deberían determinar las terapias iniciales que se consideren óptimas y las secuencias terapéuticas tanto para personas sin tratamiento anterior como para las tratadas previamente. □

Alarma en Naciones Unidas por los altos índices de VIH en prisiones europeas

Reuters (12.12.97)

De acuerdo con el programa conjunto para el SIDA de Naciones Unidas (UNAIDS), la tasa de infección por VIH en muchas prisiones europeas es extremadamente alta, llegando a ser de uno de cada 5 presos en las cárceles españolas e irlandesas. [Nota del editor: se estima que en España el índice llega a un 70% de los reclusos.]

Según un sondeo realizado por UNAIDS en 23 prisiones europeas, la tasa de infección por VIH en las prisiones danesas era del 6,6%, del 2,9% en Noruega, 2% en Austria y 1,9% en Francia. UNAIDS aconseja a los responsables de prisiones en Europa que identifiquen los factores de riesgo y tomen medidas preventivas, incluyendo la distribución de condones.

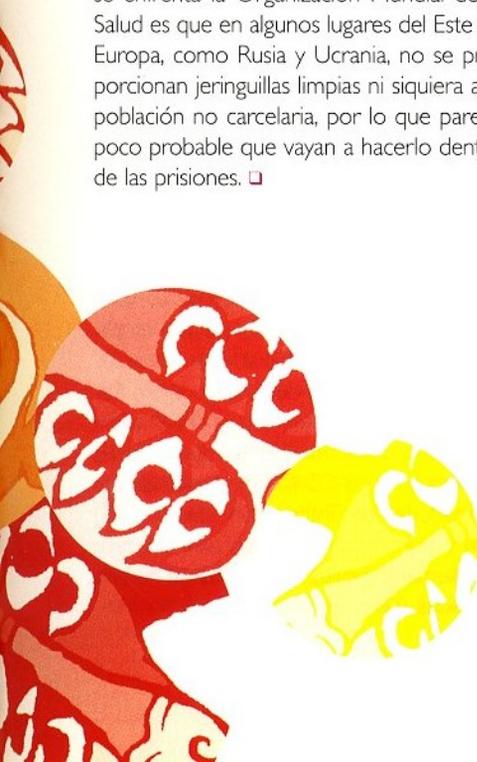
El informe completo fue presentado en el encuentro que se celebró en Varsovia y que reunió entre el 14 y el 16 de diciembre del pasado año a los responsables de prisiones de 16 países. □

Triangle Pharmaceuticals presenta dos fármacos prometedores

Servicio de información Sanitaria Reuters (23.12.97)

La Food and Drug Administration ha dado luz verde a Triangle Pharmaceuticals para comenzar la Fase I del ensayo de su inhibidor de la proteasa DMP-450. La compañía esperaba iniciar el pasado enero las pruebas de este inhibidor, un integrante de la nueva clase química de ureas cíclicas.

El otro fármaco fue presentado en Chicago. FTC es de la misma clase que 3TC, pero con más potencial. Están en marcha estudios de fase I/II. □



Transmisión perinatal del VIH

De: BiGoldberg@aol.com, sci.med.aids

¿Es posible rebajar el índice de transmisión perinatal del VIH con otros tratamientos más seguros y baratos que no sean AZT?

El AZT no solo causa tumorigenicidad y genotoxicidad en animales sino que también puede ser incorporado al ADN nuclear y mitocondrial.

Dado que el AZT causa la apoptosis en las células, ésta podría ser la razón por la que los fetos quedan protegidos de la transmisión maternal: las células muertas no pueden producir viriones de VIH. La inhibición de la activación de NF-kB causa también la apoptosis celular.

Muchas terapias han demostrado inhibir la activación de NF-kB y suprimir la replicación del VIH, pero la más barata y menos tóxica (cuando es utilizada por cortos períodos de tiempo) es posiblemente con glucocorticoides a bajas dosis y los fármacos antiinflamatorios como la aspirina (ácido acetilsalicílico -ASA-) y el salicilato sódico.

Parece que AZT no impide la infección de nuevas células pero reduce el plasma viral de VIH, lo que significa un efecto más antiinflamatorio que antiviral.

La vitamina A (ácido retinoico) también inhibe la activación del NF-kB del LTR de VIH y su deficiencia podría ser un factor en la transmisión del VIH. ¡Come zanahorias!

Otros informaron de que "zidovudina (AZT) reduce la transmisión maternal del VIH-1 independientemente de su efecto en el nivel de carga proviral en la sangre periferica materna".

Otro equipo mostró que "nuestros resultados también sugieren que la zidovudina ejerce un importante efecto protector al reducir los niveles maternos de ARN de VIH-1 antes del parto y que son necesarias más estrategias para prevenir la transmisión perinatal en mujeres con niveles víricos altos o en aumento y/o con virus resistente a la zidovudina."

Un grupo de Alabama mostró que la magnitud del efecto antirretroviral inicial observado con prednisona era comparable al cambio inicial visto en los inicios del uso de un inhibidor de la transcriptasa inversa.

¿Podría ser que el uso de dosis reducidas de prednisona, aspirina, salicilato de sodio o vitamina A fuera efectivo en la prevención de la transmisión vertical del VIH-1, evitando por tanto el alto coste y toxicidad del AZT?

Referencias disponibles a petición de las interesadas. □



Inhibidores de la proteasa y anticonvulsivantes

AIDS Clinical Care (11/97) Vol. 9, N. 11, P.87; Broks, John; Daily, Johanna; Schwamm, Lee

Ciertas interacciones entre fármacos han empujado a las compañías farmacéuticas a alertar sobre el uso de inhibidores de la proteasa con los tres anticonvulsivantes más usados: carbamazepina, fenobarbital y fenitoina. Los inhibidores de la proteasa, la carbamazepina, y en menor medida fenobarbital y fenitoina se metabolizan en principio por el mismo sistema.

Como la mayoría de fármacos, estas terapias se procesan en la isoenzima CYP3A del sistema hepático P450, con ayuda relativa de las isoenzimas CYP2C y CYP2D. A pesar de que los fármacos antiepilépticos inducidos por enzimas reducirían probablemente los niveles de suero de los inhibidores de la proteasa administrados concomitantemente, no existen datos *in vivo* sobre el asunto. Una razón de la escasez de información es la falta de un sistema estándar de seguimiento de los niveles de inhibidores de la proteasa en suero. Además, se ha demostrado que ritonavir y nelfinavir inhiben la CYP3A, pero se ignoran sus efectos cuando se administran con anticonvulsivantes.

A pesar de que otros dos anticonvulsivantes, gabapentina y lamotrigina, no inhiben la CYP3A, ninguno de los dos fármacos ha sido aprobado en los Estados Unidos como agente de uso único. Los médicos de personas con VIH que requieran fármacos antiepilépticos inducidos por enzimas deberían consultar con un neurólogo para investigar tratamientos no conflictivos y considerar el uso de indinavir si el paciente no tolera un cambio de tratamiento anticonvulsivante. □

La endocérvix puede ser especialmente receptiva al VIH

Servicio de información Sanitaria Reuters (5.1.98)

En el número de enero del *Journal of Infectious Diseases* investigadores de la división de prevención de enfermedades de transmisión sexual de los Centers for Disease Control (CDC) informan sobre un estudio, en el que muestras cervicovaginales de 32 mujeres VIH negativas con una o más de una enfermedad de transmisión sexual no ulcerativa fueron comparadas con las de 32 mujeres sin ninguna enfermedad de transmisión sexual. El equipo, dirigido por el Dr. William C. Levine, encontró que los linfocitos CD4, los monocitos y las células Langerhans eran más comunes en la endocérvix que en los fluidos vaginales o en la pared vaginal o ectocérvix. Notaron también, que las mujeres con enfermedades de transmisión sexual no ulcerativas contaban con un número mayor de linfocitos CD4 endocervicales que las mujeres sin enfermedades de transmisión sexual. De estos hallazgos se desprende que la endocérvix puede ser una localización particularmente susceptible a la infección por VIH y que las enfermedades de transmisión sexual no ulcerativas pueden incrementar la susceptibilidad al VIH.

En la Conferencia de Chicago sobre Retrovirus del pasado febrero se presentaron un buen número de *posters* que, además del recuento de CD4, la presencia de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) son un síntoma importante para predecir problemas vaginales, especialmente herpes, candidas, y cáncer cervical. □



Una enzima protege al virus MCV de peligros ambientales

NIAID News (5.1.98); Carroll, Diana

Investigadores del *National Institute of Allergy and Infectious Diseases* (NIAID) han descubierto que el molluscum contagiosum virus (MCV), causante de enfermedades de la piel relacionadas con SIDA, contiene una secuencia de gen viral similar al del glutatión de peroxidasa, una enzima humana que neutraliza peróxido. Según un informe del 2 de enero de la revista *Science*, un equipo del laboratorio de enfermedades virales de los laboratorios del NIAID y del Instituto de Medicina de Harvard encontró que el gen MCV codifica una selenoproteína, una proteína que contiene selenio, que protege la célula con eficacia de la exposición a radiaciones ultravioleta y de peróxido.

A. Fauci, Director del NIAID, destaca que "éste es un descubrimiento importante que revela otra estrategia que emplean los virus para protegerse en ambientes hostiles. El equipo investigador baraja la hipótesis de que el virus 'captura' el gen de la selenoproteína como escudo defensor."

El Dr. Bernard Moss, al frente del estudio, afirmó que los descubrimientos no sólo aportan luz sobre la interacción del MCV con humanos, sino que ofrecen nuevas perspectivas a los trabajos sobre el glutatión de peroxidasa. Se precisa seguir investigando sobre este campo, aunque la falta de buenos modelos animales de infección por MCV -añadido al fracaso de conseguir virus por cultivo en tejidos-, puede estancar los esfuerzos realizados. □

Identificación de un reservorio de VIH-1 en pacientes con terapia antirretroviral altamente activa

Science (14.11.97) Vol. 278 N. 5341, P. 1.295; Finzi, Diana; Hermankova, Monika; Pierson, Theodore; y colaboradores.

Investigadores de la *Johns Hopkins University*, del *Aaron Diamond AIDS Research Center* y de la Universidad de California examinaron a 22 pacientes que habían sido tratados con éxito con una terapia antirretroviral altamente activa durante un período de 30 meses, para comprobar la hipótesis de que los linfocitos quiescentes CD4 T portadores de ADN proviral proporcionan un reservorio para el VIH-1 en pacientes tratados con este tipo de terapias.

Los pacientes fueron seleccionados basándose en tres criterios: una adhesión estricta a una terapia antirretroviral altamente activa, un descenso rápido del ARN del VIH-1 en plasma a menos de 200 copias y niveles indetectables continuos de ARN del VIH-1 en plasma a lo largo del estudio.

Tras varios procesos de aislamiento y análisis de células, los investigadores afirman que los resultados del estudio sugieren que las células CD4 T quiescentes en pacientes tratados con una terapia antirretroviral altamente activa tienen virus latentes que no evolucionan, lo que debería ser tenido en cuenta antes de decidir terminar con el tratamiento. □

1592 (Abacavir): no volver a intentarlo después de una reacción de hipersensibilidad

AIDS Treatment News (19.12.97) N. 285, P.1; James, John S.

En las pruebas realizadas hasta la fecha con el antirretroviral experimental abacavir (1592U89), el 3% de los pacientes han desarrollado una reacción sistémica de hipersensibilidad que desaparece a los pocos días de haber detenido la ingesta del fármaco. No obstante, si alguno de estos pacientes vuelve a tomar el fármaco pueden producirse en pocas horas graves problemas que pueden ser potencialmente fatales, entre ellos fiebre alta, náusea aguda, vómitos, erupciones y presión sanguínea peligrosamente baja.

Actualmente, el problema parece manejable si se detecta al pequeño porcentaje de pacientes que no tolera el fármaco. Con ese fin, GlaxoWellcome está instruyendo a doctores, investigadores y voluntarios sobre la hipersensibilidad a abacavir y ha previsto estudios adicionales en el mecanismo específico de acción de la hipersensibilidad. Hasta ahora unas 2.000 personas han tomado el fármaco y siguen los estudios clínicos al igual que el desarrollo del programa de abacavir.

Recientemente, durante el Congreso Retroviral de Chicago, GW repitió la importancia de no retomar abacavir si tienes reacción de hipersensibilidad, aunque sólo sean erupciones o picores. Hasta un 7% de las personas usuarias han tenido que dejar el uso por efectos secundarios. □

5ª Conferencia sobre retrovirus e infecciones oportunistas Chicago, EE.UU., 1998

¿Debemos descartar toda esperanza cuando hay fracaso?

Un grupo del San Francisco General Hospital (SFGH) proporcionó algo de optimismo al demostrar que incluso a aquellos pacientes que no respondían a la terapia, que respondían sólo transitoriamente o que respondían pero no hasta niveles indetectables con TAAA (Terapia Antirretroviral Altamente Activa; HAART, en sus siglas en inglés) les iba bien a corto plazo. Identificaron retrospectivamente a pacientes cuya terapia fracasó, definida ésta como un régimen de 24 semanas que incluyera una inhibidor de la proteasa (IP) y una CV superior a 500. Las personas que no respondieron se definieron como una bajada de CV no superior a 1 log por debajo del nivel basal. Las personas que no respondieron transitoriamente tenían un descenso de 1 log pero lo recuperaron. El IP inicial era indinavir para 108 personas, ritonavir para 31 y ritonavir/saquinavir para 4. Al iniciarse el IP, el 14,5% de los pacientes cambiaron también por lo menos un ITI. Se trataba de un grupo de pacientes con infección avanzada, recuento mediano de CD4+ de 82 y CV de 4,84. La duración del IP fue de 18,1 meses. El descenso mediano en la CV para todo el grupo fue de 0,75 log aproximadamente y el aumento mediano en el recuento de CD4+ de aproximadamente 100 células a los 18 meses.

Patrón (% individuos)	Cambio mediano de la CV a los 15-18 meses (log ¹⁰)	Cambio mediano de CD4 a los 15-18 meses (cél/mm ³)
No responde (20,4%)	0,0	+ 50
Responde transitoriamente (41,7%)	-0,75	+120
Responde de forma duradera (38%)	-1,40	+180

El cambio mediano en el recuento de CD4+ desde que se desarrolla el fallo virológico definido en base a la fecha anterior al fracaso (virus detectable) o en la semana 16 si el paciente nunca fue detectable, era de aproximadamente 10 células a los 18 meses. Sólo ocho pacientes de 143

desarrollaron un nuevo diagnóstico de SIDA, ninguno de los cuales era CMV o MAC.

Así, a pesar de que en este grupo se identificaron 143 pacientes que no se hicieron indetectables con la terapia con IP, todos ellos pudieron alcanzar algún incremento en los recuentos de CD4+ y un 80% tuvieron una caída significativa en la carga viral a los 8 meses. La cuestión clave es: ¿Es inteligente esperar tanto mientras las mutaciones de resistencia se desarrollan antes de cambiar de terapia? Además, resulta interesante que no haya concordancia entre el cambio en la carga viral y los recuentos de CD4+. Llama la atención que, aunque el recuento de CD4+ se mantenga alto, no hubiera ningún incremento esencial en los recuentos de CD4+ una vez que el paciente haya fallado con una CV en aumento.

[Abstract 419]

¿Qué regímenes podemos utilizar en caso de fracaso?

¿Ritonavir/saquinavir?

Un grupo de Bélgica llevó a cabo un análisis retrospectivo de 52 pacientes en los que fallaban saquinavir, ritonavir o indinavir y que cambiaron a RTV/SQV + 2 ITI. La mediana de días de terapia con IP fue de 263-275 días. Sólo el 7%-16% de los pacientes fueron cambiados a nuevos ITI. Con un seguimiento mediano de 250-292 días a los nueve meses, tres de los seis pacientes que habían tomado con anterioridad SQV eran indetectables y siete de los 21 pacientes que habían tomado con anterioridad RTV o IDV eran indetectables. Esto demuestra que de los pacientes que hubiesen tenido una experiencia previa con IP, sólo el 25% tendrían una respuesta significativa.

[Abstract 423]

¿Nevirapina/indinavir?

Un grupo de Vancouver presentó datos de 22 pacientes con un recuento de

CD4+ de 30 células y una media de 5,16 de CV en los que la terapia con ITI estaba fracasando. Un paciente tenía experiencia previa con ritonavir, dos con loviride (un ITINN, al igual que nevirapina) y 19 con lamivudina (3TC). La dosis de indinavir fue estándar. Cuatro pacientes tuvieron que abandonar la terapia debido a la toxicidad. Cinco pacientes tuvieron fracaso virológico y abandonaron. Sólo once de los pacientes se mantuvieron en el estudio al final del primer año. Siete de los 22 tenían menos de 20 copias y diez tenían menos de 400 copias al cabo de un año.

[Abstract 429a]

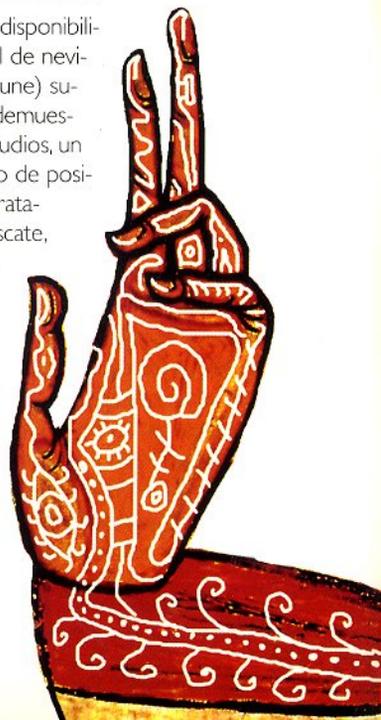
Un estudio parecido realizado en Miami tanto en pacientes naive como pacientes experimentados en tratamientos empleó NVP, indinavir (1.000 mg cada ocho horas) junto con AZT/3TC o bien d4T/3TC.

Variable	Naive	Pretratados
Número	18	39
IP previo	0	13/39 SQV
ITI previo	0	39/39
CV media (copias/ml)	82,000	169,000
PCR <400 copias 24 semanas	94%	86%
PCR <20 copias	94%	78%
Aumento CD4	157 células	139 células

[Abstract 428]

COMENTARIO:

La inminente disponibilidad comercial de nevirapina (Viramune) supone, como demuestran estos estudios, un nuevo abanico de posibilidades de tratamiento de rescate, máxime si se puede combinar con un inhibidor de la proteasa como nelfinavir (Viracept).



CRIXLIST:

Estos mensajes se extraen de un buzón de correo en el que participan y debaten usuari@s de inhibidores de la proteasa. Podéis consultar, dejar mensajes y demás en crix-list@pinkpage.com; eso sí, en inglés.

1 Tomaba la vieja versión de saquinavir [la de cápsula dura] sin mucho beneficio, por lo que: ¿este hecho significa que la nueva versión que supuestamente aparecerá en el primer cuatrimestre del 98 no me supondrá ninguna mejora ya que probablemente he desarrollado una resistencia a causa de los niveles tan bajos de absorción de la vieja versión?

Ran

Ran:

La razón por la que la vieja fórmula puede haber "fallado" es porque nunca había suficiente fármaco en tu torrente sanguíneo como para que tuviera un efecto antiviral, en cuyo caso el virus puede que no se haya hecho resistente al fármaco. ¿Por qué no pruebas la nueva fórmula y ves lo que pasa? Nota: "Probar" es la opción que te queda cuando las otras han desaparecido.

Bob

2 Ya es hora de obtener más documentación. Much@s pacientes, incluido yo mismo, no tuvieron problemas con Crixivan durante varios meses. Entonces, de repente, piedras en el riñón, problemas gastrointestinales, hombros helados, uñas de los pies que crecen hacia dentro etc. Mis problemas gastrointestinales se iniciaron 9 meses después de haber empezado con Crixivan. Pregunta a tu doctor/a qué razones tiene para pensar que en fases más tardías de la terapia antirretroviral las complicaciones son "poco probables". De hecho, son "probables" precisamente en fases más tardías, según mi propia experiencia.

¡En serio! Pensad en esto. Yo tenía muchos de estos problemas y mi doctor se limitaba a mirarme estúpidamente y a decir bobadas. Ahora resulta que tenía hepatitis C. Y por supuesto no la encontré porque nunca me hizo las pruebas (vale, podían haber sido negativas, pero la cuestión es que nunca se molestó en mirarlo). He aprendido que hay que ser insistente, y si tienes la más mínima duda respecto a tu doctor, confía en tu intuición.

Max

3 Soy uno de los afortunados que hasta la fecha no ha visto su peso corporal redistribuido, aunque llevo 8 meses tomando inhibidores de la proteasa, 2 con Crixivan, que me produce una constante y debilitadora náusea, y 6 con Viracept (nelfinavir). He sido, sin embargo, muy constante con mi programa de ejercicios físicos: de 3 a 5 días por semana, 45 minutos de ejercicio cardiovascular (bicicleta estática, escalera, remo etc.) y 30 de levantamiento de pesas. He visto a otras pocas personas que realizan ejercicio físico con regularidad y tampoco han experimentado la crixipanza, pero me pregunto si alguien sigue teniendo este problema a pesar de seguir un programa riguroso y regular de ejercicios físicos.

Patrick en Charlotte

¡Hola Patrick!

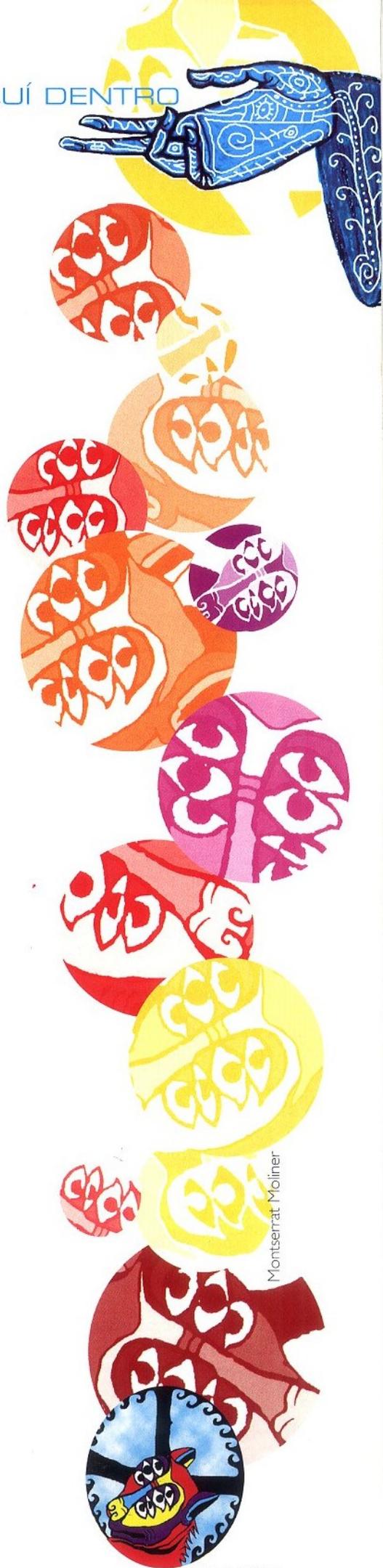
Soy lo que se puede calificar como una rata de gimnasio y durante 6 meses parecía que estaba embarazado. He sido bailarín profesional durante años y desde entonces soy un fanático del ejercicio físico. Soy muy esbelto y muscular. Corro 7 millas y levanto pesos 6 días a la semana. Y este "lipoma" o "lipodistrofia" o "crixipanza" o "barriga de los inhibidores de la proteasa" ha aparecido de todas formas. No pude soportarlo y me he hecho una liposucción. Ahora vuelvo a tener mi aspecto normal de no embarazado.

Les

4 Yo nunca he experimentado cambios negativos, pero he sustituido mis acostumbradas 200 millas a la semana en bicicleta por 7-10 horas en el gimnasio. Tengo más músculo que antes pero me está saliendo barriga, mi culo se está haciendo más pequeño y estoy ganando peso. Lo del culo puede deberse a la ausencia de bicicleta y la barriga puede ser mi nuevo amante. ¿O es el cambio de Crixivan a ritonavir/saquinavir?

Sea cual sea la razón, ¡estoy preparado para empezar con la bicicleta de nuevo! ¿Alguien tiene alguna sugerencia sobre cómo combinar ambas actividades?

Fletch



Par metad



da y na



**...más de la mitad de estas personas
viven con el VIH/SIDA.**

La metadona es un opiáceo sintético fácil y barato de fabricar, de cualidades similares a la heroína, el opiáceo (ilegal) más consumido en el mundo occidental. Como decimos, sólo en Cataluña, son más de 5.000 las personas con una historia de dependencia de la heroína que hacen uso de un Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM), la mayoría en su CAS (centro de atención y seguimiento de drogodependencias) de referencia.

Estimaciones conservadoras indican que más de un 60% de estas personas viven con el VIH/SIDA. En Barcelona, 84 mujeres y 185 hombres están inscritos en esta "Unidad Móvil de Dispensación de Metadona", el metabús en el argot de las usuarias, un servicio que en palabras de su responsable, Nuria Magri: "lleva la metadona al/a la usuari@ e intenta ser, en los 30 minutos de cada parada, un espacio de información y educación para la salud, una toma de contacto con la red socio-sanitaria".

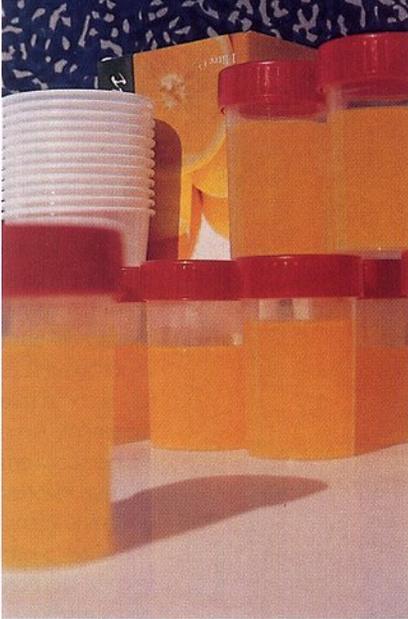
Este bus atraviesa la gris geografía suburbial de una hermosa ciudad que puede ser muy dura de vivir. Recorre también, a veces, una geografía del VIH aún más plagada de obstáculos y barreras, más cerrada por la escasez de recursos culturales y/o socioeconómicos, por las dificultades de integración social, por la falta de información, la incomprensión de la misma o los problemas con la justicia. Por un día a día, en suma, en el que a menudo las necesidades derivadas de la infección por VIH o del SIDA compiten con prioridades aún más inmediatas.

Lo+Positivo se subió al metabús para vivir en directo al menos una parte de esta realidad y ha recogido *in situ* los testimonios de varios de los hombres y mujeres que 1, 2 o más veces por semana acuden a alguna de sus paradas. Es probable que el contexto "oficial" donde nos hemos encontrado con ell@s y las limitaciones de tiempo (este reportaje se realizó la 2ª semana de enero) impuestas por el propio funcionamiento del bus hayan condicionado el alcance crítico de este reportaje o la presencia en el mismo de las usuari@s del metabús como sujetos, y no meros objetos de una intervención asistencial. Aunque hemos intentado charlar con varias de estas personas en un ambiente distinto, quizá en el suyo propio, distintas razones parecen haberlo impedido hasta la fecha. Seguiremos intentándolo, pero de momento esto es lo que hay y aquí os lo ofrecemos, con nuestro agradecimiento a tod@s l@s que han contribuido, de una forma u otra, a la elaboración de este artículo.

Ambiente metadónico

Son las 8:50 de la mañana de un miércoles de enero, 1998. El metabús llega al costado de metro Marina y aparca en un espacio discreto de esta calle de Barcelona. Hay que cuidar la relación con los vecinos, terreno siempre delicado y, sobre todo en el pasado, abono de discordias. La carcasa de un bus ordinario ha servido de cobertura a un interior rediseñado con la fresca creatividad del pionero. La zona del Pere (que conduce esta mañana) se une a la de enfermería, donde Txenta y Montse preparan ya sus instrumentos de trabajo: listas, informes, hojas de registro, vasos, zumos, agua mineral y, por supuesto, la metadona, unos 28 litros por semana. Xavier, el educador, también revisa sus informes escritos, en los que refleja *grosso modo* sus observaciones sobre cada usuari@. La mayor parte del espacio del bus está dedicado a la 'sala'. Allí las sillas alineadas en torno a las paredes y la abundante decoración/información en forma de pósters, folletos, dibujos, avisos y demás proporcionan una sensación precaria pero no descabellada de 'salita de estar'. Veo trípticos informativos sobre el SIDA, el embarazo y el VIH, la cocaína, el alcohol. Fotocopias de algunas páginas del número 2 de Lo+Positivo hablando de nuevos fármacos y de cómo tomarlos; avisos como: "se recuerda a los usuarios que cualquier agresión a uno mismo o a otras personas llevada a cabo en el autobús o sus alrededores será motivo de expulsión", o: "no se atenderán demandas de ampliación o repetición de dosis por vómito que no haya sido visto por un miembro del equipo del bus". Un vibrante dibujo/graffiti, estilo Keith Haring, realizado por un usuario de Horta, informa al/la visitante: "No necesitamos psicólogos, no necesitamos policías, de verdad que somos niños buenos..." Al lado: "Homenaje a lo tridimensional. Homenaje a esa enfermedad llamada vida, a esa vida llamada SIDA. Sin permanencia, sin estabilidad ni compasión porque en cualquier momento decide llevarte a la deriba, y no te da tiempo ni a decir adiós. Por eso he escrito estas letras, para decirte: vete con Dios". Está sobreescrito en el dibujo de un paisaje en blanco y negro, lunar y desolado.

Bastantes de los hombres y mujeres que he visto pasar por el bus no han querido hablar conmigo ni de su vida con el VIH, ni



"No necesitamos psicólogos"

de su vida sin más. Eran visitas rápidas de gente apresurada que tras tragarse el líquido anaranjado desaparecía con la misma rapidez con la que se había colocado frente a la ventanilla por la que Txenta o Montse les alcanzaban su vasito con 60, 70, 80... mg de metadona. En una de las paradas oigo como una mujer de unos 30 años, pequeña pero fuerte, de voz cargada y áspera, le comenta a su muy joven vecina y al parecer colega: "...ésos están ahí para ver si queremos hablar de los anticuerpos..."; "yo, no", contesta la otra, deslizado su inteligente mirada sobre nosotros como si fuéramos transparentes: "total, me voy a morir igual..." Llegamos a Horta. Hay un "ambiente metadónico" en la parada; una mezcla de impaciencia y rutina, una expectación casi festiva, que a veces, en las paradas más concurridas, es un chisporroteo bronco de voces mañaneras, quejándose del frío, apiñándose ante ambas entradas para usuari@s. Oigo muchos "buenos días" al mismo tiempo; por una de las escaleras suben en tropel unas 6 ó 7 personas. Un hombre joven, un poco grueso y de cara apacible espeta a su vecino: "¿Qué?, ¿la cola pa' los feos, no?"; risas generales y algunos codazos más, con recochineo. Much@s tienen la boca sin dientes, o con los que les quedan podridos y solitarios. "Es la metadona, que tiene mucho azúcar", se queja Isabel. "Yo siempre me enjuago la boca con agua después de tragar la meta, pero es una putada", añade. Parece que en realidad son las adulteraciones de la heroína (talco u otras partículas que obstruyen el riego dental), las que han producido estragos, que sólo se solucionarían con un arreglo dental en condiciones. Algunos dentistas ofrecen presupuestos especiales (aún así por encima de los recursos medios de muchas de estas personas); también parece que algunos tienen listas de espera que llegan al año.

Isabel mira con timidez. Sabe que es seropositiva desde hace más de una década, pero nunca ha estado enferma. Tiene un hijo de 8 años, que ahora custodia la Generalitat, aunque está "segura de recuperarlo pronto". Lleva años en el programa de metadona, dice que lo lleva "bien" pero no da más detalles. Ella no se medica, ni piensa hacerlo. Tampoco se lo han propuesto en el Clínico, su hospital, aunque reconoce que hace ya "un tiempo" desde su última analítica. "Yo nunca he estado enferma, nunca. Es que no puedo estar enferma yo... ¿Quién me cuidaría si yo cayera enferma? ¿eh? ¿Quién me haría un caldo y me lo llevaría a la cama?..." Isabel asegura que ella es más

os, no necesitamos policías, de verdad que somos niños buenos...".

fuerte que cualquier VIH, que "ese virus no va a poder conmigo, soy yo la que va a poder con él. Una tía me dijo una vez que a alguna gente no se les despertaba nunca el virus y yo creo que a lo mejor eso es lo que me pasa a mí". "¿Yo? ¿Para qué voy a ir al médico yo, si estoy bien?: yo no necesito ir al médico". Isabel vive de una "paga" y "buscándome la vida como puedo". En sus relaciones sexuales "con dinero o sin dinero por el medio", dice que ella les dice que es VIH+, pero si "el tío quiere sin condón, pues es su problema". Isabel colabora regularmente en una nueva revista para usuarios de los PMM (Programas de Mantenimiento con Metadona), "Metamorfosis", con una sección que titula "las 1001 cosas que hacer" y donde, entre otras cosas, dice que quiere hacerse socia de un club de excursionismo para conocer gente fuera del 'ambiente metadónico' y salir por ahí los fines de semana.

Entra Albert. Es un chaval de unos 20 años, muy alto y bien parecido. Trae malas noticias: han encontrado a uno de sus mejores amigos muerto, al parecer de una sobredosis. Albert parece aturrido pero tranquilo. Dice que él no es seropositivo, que siempre ha tenido cuidado.

Un hombre de unos 35 años interviene de improviso y empieza a protestar de que a él, que sí tiene "los anticuerpos", no le den "la paga del SIDA". La conversación se disuelve pronto en una cascada de frases inabarcadas y voces simultáneas.

Xavier me presenta a José Luis. Viene en chándal y tiene rasgos de boxeador de buen corazón. Se presta de buen grado a charlar un rato con nosotros: "He trabajado hasta hace pocos meses, me encuentro bien. Yo siento que no se me puede comparar con ninguna de las personas que he visto en el hospital. Yo me encuentro bien, aunque tengo cosas que resolver con mi doctora, porque lo que no puede ser es que tenga pendiente una 'posible tuberculosis'. ¿Qué es eso de una "posible" tuberculosis?", se pregunta José Luis. "Voy a levantar muchos papeles" dice, "porque tengo varias cosas que preguntarle". No es que José Luis esté insatisfecho de la atención recibida de su doctora, simplemente dice necesitar algunas aclaraciones. Toma una doble combinación de Zerit (d4T) y Videx

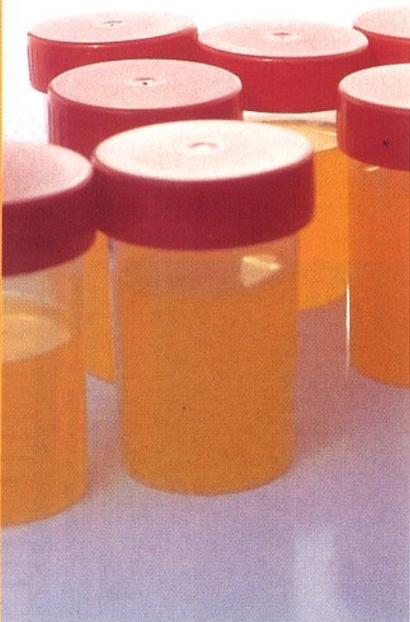
(ddl). Se queja de los efectos secundarios y asegura que ha llegado a mear sangre: "Será peor el remedio que la enfermedad, ¡y encima por una 'posible' enfermedad!" ¿También el VIH es "posible"? Vaya... no, no, el VIH es seguro, seguro". Cuando Albert, que ya se va, le pregunta si quiere ir a tomar algo, José Luis, volviéndose ligeramente hacia él le despide con un "No, no. Ya no bebo, ni nada de nada. Me he rehecho".

Miguel es un hombre de 30 y pico años, enjuto y moreno, tiene una mirada intensa, marcada por un punto de angustia. "No sé si puedes imaginarte lo que es estar enfermo, tener muy pocos recursos económicos y vivir con tu madre, una depresiva. Es insostenible. Yo voy a mis controles en el Hospital Clínico, estoy en una combinación triple de Retrovir (AZT), Inivirase (saquinavir) e Hivid (ddC), pero tengo problemas con las tres tomas diarias, paso casi todo el día en la calle y a veces vomito, creo que por interacción con los antidepresivos, o con la metadona, quién sabe. Me estoy destrozando el estómago, eso seguro. Me muevo, conozco a mi asistente social y he intentado otras cosas, como pisos de acogida, pero parece que no hay nada para mí". Miguel no quiere dejar a su madre sola aunque cree que sería mejor para él estar lejos de su influencia. Sobrevive sumando a sus exiguos ingresos por paga no contributiva lo que saca de la venta callejera de tabaco.

Puede que Soledad ya haya cumplido los 40 o puede que su rostro, marcado por profundas líneas de expresión, refleje más años de los realmente vividos. Su cuerpo, en todo caso, podría ser el de un chaval de 18. Está de pie, con el vasito de metadona en la mano, escuchando a cierta distancia los comentarios del grupito con el que converso. Provocada por un comentario, empieza a gritar con vehemencia: "¡Hay que hacerse la carga viral y tomarse los medicamentos, hay que tomárselos, si no te mueres, te mueres, te mueres! Yo sólo quiero la verdad, y te digo que conozco a un tío que estaba medio muerto, y empezó a tomárselos y ha engordado un montón, pero un montón. Te digo que hay que tomárselos, joder; si no, es que no quieres vivir!" Ella misma confiesa no estar controlando su infección por VIH, pero asegura que va a ir al Clínico en marzo y que si así se lo dicen, to-

"...si no tengo ni enfermedad ni nada, ¿para qué cojones voy a necesitar meterme pastillas?"





“Es que no puedo estar enferma yo... ¿Quién me da un caldo y me lo llevaría a la cama?”

mará los "nuevos fármacos".

Daniel se sienta con confianza a mi lado. Tiene los ojos enrojecidos y la mirada un tanto exaltada; parece muy joven. Habla con pasión y sin interrumpirse. No parece escucharte cuando le hablas y repite el mismo obcecado mensaje durante los escasos minutos que pasa con nosotros: "Yo, antes de que mi hija me vea degradado, como he visto yo a tant@s, muriéndose como perros en la cama, pesando 30 kilos, yo me quito la vida y ya está, se acabó. No quiero que me vean degradado. Me tomaré lo que sea para acabar antes. No, no me creo que existan fármacos que puedan ayudarme. Tod@s los que he conocido que se medicaban se morían hechos una mierda al poco tiempo. Yo tomo las pastillas que sean, pero no esa mierda". Cuando le digo que podría vivir más de lo que piensa, Daniel parece verme por vez primera y me pregunta que cuántas neumonías va a pasar en ese caso. "Me apuesto la vida", continúa sin esperar una respuesta, "a que mi hija prefiere verme mientras todavía esté bien. Cuando vea que voy a dar un espectáculo, me mato. Sólo espero a verme un poco más deteriorado para acabar de una vez". Alguien le llama, se levanta y en un momento Daniel ha desaparecido de vista.

Las horas pasan inadvertidamente. El bus sigue su ruta habitual. Ya estamos en el tercer punto del recorrido.

Estoy con Nuria y su compañero. Nuria es una joven y hermosa mujer de grandes ojos y buena planta. Arrastra las palabras, como masticándolas con lengua de trapo. En seguida me dice que cree que está embarazada. Aún no se ha asegurado. No recibe tratamiento y no está claro que haya controlado alguna vez su infección por VIH: "El año pasado me dijeron que fuera al Clínico pero no fui porque creí que me iban a dar Retrovir. Entonces me ha dicho una chica, vete ahora al Clínico, que no tienes nada que hacer... -bueno, es una forma de hablar- y si te dicen, orina, pues... me pueden decir si estoy embarazada o no y a lo mejor me hacen también lo de los anticuerpos. Total sólo he tomado un cortado y la metadona, ¿no crees que no pasa nada?". No sé, digo en voz baja, no soy médico. Nuria no quiere "quitarse" el niño, tam-

poco quiere que sea seropositiv@. Su marido salió de prisión hace 6 meses, cobra la "paga de los anticuerpos" y busca plaza, de momento sin éxito en un programa de metadona. Ambos viven con los padres de él: "En la Cruz Roja me dicen que debo esperar un año para recibirla y es que no puede ser; les he dicho que me están obligando a que delinca, pero parece que esto es lo que hay", dice con seriedad. "Yo necesito ayuda, pero si no puedo recibir metadona tengo que meterme -y apunta a la vena de su brazo izquierdo-, no me queda otro remedio". Es un moreno de rostro fino y expresión grave. "Estamos a la expectativa de un trabajo en Lloret. Yo soy profesional de hostelería, puedo ganarme la vida", dice con indisimulado orgullo. "Podría tomar la metadona en Blanes, y así también nos quitaríamos del barrio". El "barrio" es el barrio Chino de Barcelona y "quitarse" del barrio parece muy importante. Nuria añade con voz somnolienta: "yo no me pincho, pero una cervecita, una pastilla. El barrio es cosa mala si quieres estar limpia".

En el fondo se oyen fragmentos de conversaciones, una voz masculina malhumorada: "Si yo estoy bien, si no tengo ni enfermedad ni nada, ¿para qué cojones voy a necesitar meterme pastillas?"...

Una mujer joven entra en el bus alzando la voz: "¡Van de bonitas, joder; van de bonitas...! No me dan la meta pero quieren que mee, no te jode... ¡En la boca les voy a meter, en la boca!" Me dice que ha tenido un juicio y que ha llegado a su CAS demasiado tarde para recibir la metadona. Parece que a pesar del justificante de haber atendido al juicio, no le han dado la metadona, por haber llegado fuera del horario establecido, pero le han pedido que haga su analítica de orina. Con ella está su compañero, que tampoco parece conforme: "A mí me dan una dosis que no me es suficiente. Hacia la hora del atardecer empiezo a sentir síntomas de mono (síndrome de abstinencia) y tengo que salir a hacer lo que sea para para meterme. Yo se lo digo al médico, que tengo mono, que necesito más, que soy un tío grande, corpulento, y él me aumenta la dosis a cuantagotas, 5 ml cada vez, y sólo le veo cada 2 meses. ¿Cuántas visitas tengo que pasar para que me dé la puta dosis que necesito?" Ambos

"el año pasado me dijeron que fuera al Clínico, pero no fui porque creí que me iban a dar Retrovir."

¿Qué pasaría si yo cayera enferma?... ¿quién me haría

son VIH+, no han "controlado al virus" de momento pero tienen intención de visitar el hospital y empezar un seguimiento, particularmente él, que se ha contagiado recientemente: "...son cosas que pasan..." Me cuentan que viven en un piso de alquiler; que no tienen ingresos regulares y que sobreviven 'buscándose' la vida. El tiempo se nos acaba de nuevo.

El bus debe continuar su ruta. Yo quiero hablar más con ell@s. Están de acuerdo. Podemos vernos en otro sitio, tomar un café, charlar tranquilamente. Otras personas del corrillo también muestran su interés por la propuesta. Por unos segundos se produce una efervescencia casi alegre. Reparto a derecha e izquierda algunas tarjetas de Lo + Positivo.

De camino hacia la nueva parada comento con Xavier las protestas expresadas por la pareja con que acabo de hablar. Él me dice que en casos como éste, su función sería recomendarles que expresen sus reclamaciones en el lugar adecuado para atenderlas.

Hablamos de los sindicatos de usuari@s y ex-usuari@s de drogas que en casos como el holandés, constituyen auténticos grupos de opinión que forman parte activa de las comisiones que deciden la política de drogas en estos países. Parece que hace algún tiempo, un pequeño núcleo de usuari@s intentó constituirse en asociación e incluso llegó a celebrar algunas reuniones con tal fin. Después de algunos encuentros, los niveles de discrepancia en cuestiones básicas eran tan altos que el grupo no llegó nunca a cuajar como tal.

Sandra es una transexual muy educada que acepta pacientemente hablar con Lo + Positivo unos minutos a pesar de que su madre la espera y "se pone muy nerviosa". "Vivo con el VIH desde hace 5 ó 6 años. Me trato en el Valle d'Hebrón y estoy satisfecha con la atención que recibo. Estoy tomando un cóctel, pero no recuerdo los nombres". Sandra asegura que sigue al pie de la letra las instrucciones del doctor y que su carga viral está "bien". "Intento vivir lo más positivamente posible. Desde que lo supe no me interesan las relaciones sexuales. Bastante tengo con tenerlo yo para encima pasárselo a alguien más; eso sería el colmo. Vivo gracias a la ayuda de mi madre y aún no he arreglado lo de la paga". Cuando le pregunto que si ha comentado sus dificultades a su asistente social, Sandra me mira y dice con genuina sorpresa: "¿Te puedes creer que ahora me has dejado en blanco?" Su madre habla con las enfermeras: "Me mata, me mata. Va a lo suyo, no le

importa nada, nada... Me dicen que vaya a un psicólogo, y yo me digo, ¿pero para qué quiero yo un psicólogo, si yo no estoy loca?" Montse escucha y le dice que no es eso... Que quizá hablar con alguien que la escuche pueda sentarle bien, que podría intentarlo. La madre apenas tiene fuerzas para mostrar su desasosiego y su desconfianza.

Xavi se contagió del VIH hace unos tres años, cuando ya había dejado de pincharse y llevaba tiempo en el programa de metadona. Se sigue en el Vall d'Hebron con la doctora Ocaña, de la que se siente satisfecho: "Se la ve muy competente", asegura. Toma Epivir (3TC) y AZT desde hace un año y no quiere más fármacos. Cree que cuantos más fármacos tome significa que está peor; y que de momento tampoco está tan mal. Lo que agobia a Xavi en estos momentos es una cuenta pendiente con la justicia, que él teme pueda desbaratar lo conseguido en estos años: "Tengo el juicio pronto y creo que van a caerme 4 años: me partirán por la mitad, yo nunca he estado en la cárcel y estoy acojonado porque no sé si en la cárcel me darán la medicación ni nada. Ahora estoy limpio, y mi vida se empieza a encarrilar; pero entrar en prisión sería como tirar todo por la borda. Pero no tengo el dinero para pagarme un buen abogado, no sé..." Xavi ha estudiado telecomunicaciones y ha trabajado como operador de telefonía durante su servicio militar: "Fue por aquel entonces cuando entré en contacto con la heroína y se jodió todo. Ahora estoy limpio, aunque alguna vez me he metido coca junto con la meta". Xavi tiene una pensión no contributiva y unos modestos ahorros y dice que de haber seguido por ese camino se le habrían ido por la alcantarilla en un plís-plás.

Los ojos de Victoria casi se salen de su cara de muñeca. Empezó en el 92 con la metadona, la dejó a los tres años por su cuenta, y recayó. Ahora ha vuelto a empezar y dice que no volverá a dejarla hasta que no esté "muy segura de no recaer; no como la otra vez". Viene un día sí, un día no, hasta que sus análisis de orina confirmen que puede llevarse las dosis de la semana. Es VIH+, lo sabe desde el 80 y poco: "Tengo las defensas al ras, a 500, si bajara un poquito más sí que tendría que tomar medicación. Mi madre me dice: 'Mira que tú tienes los anticuerpos, que a la que se te declaren, estás fotuda (jodida). Pero yo lo que digo es que no a todo el mundo se le declaran, que quizá yo puedo quedarme así...". En el Hospital Clínico le han dicho que to-

UN POCO DE HISTORIA

A finales de los años 70, la metadona en España era una sustancia poco conocida y escasamente utilizada. El colectivo médico, como el resto de las instancias sociosanitarias del país, practicaba la política del avestruz ante el creciente fenómeno de las drogodependencias (a la heroína sobre todo), para el que no existía infraestructura asistencial alguna. El modelo a seguir era, invariablemente, el de raigambre norteamericana: inflexible, paternalista y autoritario. No había opciones intermedias, sino un "todo o nada": o consumes drogas o estás completamente limpio@, abstinente. En 1985, dos años después de la Orden Ministerial que regulaba por vez primera la prescripción terapéutica de la metadona como sustitutivo de la heroína, se crea el Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD). El PNSD empieza a establecer mecanismos que permiten el uso de la metadona como un instrumento de tratamiento en servicios públicos y/o privados, "dentro de un plan terapéutico individualizado que considere los aspectos psíquicos, familiares, sociales y laborales del /la paciente" (**Interdependencias**, Nº 4-5, pag.28).

Han de transcurrir otros 5 años para que un Real Decreto de 1990 elimine las residuales barreras burocráticas y facilite el funcionamiento de los programas de mantenimiento con metadona (PMM) en los centros de atención a toxicóman@s, hasta entonces invariablemente inspirados en el principio de abstinencia total plasmado en los programas "libres de drogas". El concepto de "disminución o reducción de riesgos"(RR) -los asociados al consumo de sustancias ilegales- empezaba tímidamente a calar en el trabajo cotidiano de algun@s profesionales del tema en nuestro país.

TRABAJADOR@S DEL RIESGO

El Instituto Genus es una asociación multiprofesional y de talante progresista que lleva más de 3 décadas trabajando en el área de la salud y desde principios de los 80 en temas de drogodependencias. Nuria es médica y terapeuta sistémica y coordina la Unidad Móvil de Dispensación de Metadona (el "Metabús") y el CAS de Nou Barris desde que Genus fuera contratado por el Ayuntamiento de Barcelona para responsabilizarse del nacimiento de ambos proyectos hace ya 5 años. Ella conocía lo que los profesionales más avanzados de Europa estaban haciendo en el tema de drogodependencias y había sido el cerebro impulsor del primer programa de intercambio de jeringuillas de toda España, iniciado en Vilanova y la Geltrú y en Vilafranca del Penedés en 1990. Nuria era, en un principio, la única persona del equipo con experiencia en trabajo con drogodependientes: "Preferimos formar a profesionales 'vírgenes' en el tema antes que tener que cambiar actitudes del pasado".

Txenta y Montse, las enfermeras que hemos conocido, distribuyen la metadona y actúan como agentes de salud.

Xavier, educador, cree por su parte que su función es limitada pero esencial: "Basicamente mi labor en los 30 minutos de cada parada consiste en resolver aquellos temas en los que tenemos competencia o bien ofrecer a la persona una información bien transmitida sobre a dónde y cómo puede dirigirse para manejar determinado asunto, ya sea de tipo legal, asistencial, médico, relativo al CAS, a su hospital de seguimiento de la infección por VIH o a lo que sea."

Nuria habla de su trabajo con claridad: "Hay una dimensión teórico-clínica del tema de las drogas que, en mi caso, sigue siendo el motor real de mi trabajo. Las palabras clave son tolerancia y respeto. El derecho universal al bienestar es algo que la persona busca según su historia, su medio, sus recursos etc. En todo caso nosotros no somos quién para decirle a nadie lo que tiene o no tiene que hacer. Algun@s profesionales se llenan la boca con lo de la 'reducción de riesgos', porque es lo que se lleva, porque lo hacen los holandeses, porque es de lo que se habla en los congresos internacionales y nosotros no vamos a ser menos... Pero, si falta este componente teórico-clínico se hacen chapucillas, y se sigue actuando de manera paternalista, moralizadora e inflexible".

En los inicios del proyecto, el equipo del bus llegó a temer que éste se convirtiera *de facto* en una especie de "Unidad de Castigo" donde los CAS terminaban por enviar los casos que consideraban problemáticos o conflictivos. Pronto vieron que el bus implicaba una dinámica diferente, y que, según Xavier, "la propia dinámica del bus, de relación frecuente y en cierto sentido 'familiar', te convierte, de forma que a menudo son ell@s mism@s las que controlan los amagos de 'descontrol' de algún miembro del grupo".

Nuria comenta que, en todo caso, las listas de espera de los CAS ayudaron ya en su día a que el autobús empezara a utilizarse como un recurso más y hoy se ofrecen las plazas disponibles a cualquier persona que pueda considerarlo como una alternativa viable al CAS. Algunas de estas personas acuden al bus a diario. Quizá porque acaban de empezar con el programa y necesitan "afinar" para llegar a la dosis más adecuada. Puede ser que sus controles clínicos y/o analíticos no cubran los criterios específicos de "limpieza" de su CAS de referencia: el usuari@ podría vender la

metadona, o tomársela de golpe, con el consiguiente riesgo de sobredosis. Otras pueden recoger sus botes varias veces por semana: lo llaman el "take home" (llevar a casa). Suele ser gente que está más "normalizada", según la jerga asistencial: dan negativo en sus análisis de orina, a veces tienen trabajo, legal o "negro", siguen los controles médicos adecuados (VIH en la mayor parte de los casos), se adhieren a los tratamientos y, en general, han ordenado sus hábitos lo suficiente como para que el CAS acepte pactar un acuerdo más cómodo para ambas partes. "En la práctica", comenta Nuria, "la mayor parte de las personas que usan la metadona acaban por dejar la heroína, pero eso no significa que hayan aprendido nuevas formas de vivir".

Hablamos de la cocaína, al parecer muy presente en los hábitos de consumo de algunas de las personas que utilizan un programa de mantenimiento con metadona: "La cocaína" dice Nuria "puede llevar a una dinámica que signifique meterse lo que sea con tal de no parar. La metadona permitiría romper los hábitos de vida circulares que la adicción a una sustancia ilegal, en tanto que ilegal, implica -es decir: conseguir dinero, encontrar un camello, comprar la dosis, metérsela y vuelta a empezar". Nuria continúa, ya embalada pero con un tono de voz tan convencido como tranquilo: "Hay que asumir un cierto riesgo, tratar a las personas como sujetos responsables, negociar con ell@s los pasos a seguir; dar los consejos que te parezcan más pertinentes sabiendo que la persona va a tomar su propia decisión, y que ésta puede no ser la que a ti más te gustaría. Si alguien da positivo en un control de orina y tú tienes unas normas que dicen que a esa persona hay que echarla porque ha mentado, yo me pregunto quién miente, si la persona o el/la profesional. Me pregunto quién de l@s dos necesita un control de orina "limpio"".

La otra dimensión del tema, la pragmática, parece ser la que permite la supervivencia y consolidación de este tipo de programas y, por ende, del propio metabús. Según Nuria, "por desgracia es evidente que el impacto de ciertas patologías infecciosas como la hepatitis B o la C, pero sobre todo el VIH, en el colectivo de población que usa drogas por vía parenteral (UDVP), nos ha ofrecido, desde una perspectiva de salud pública, un argumento de peso para aquellas personas impermeables al aspecto teórico-clínico del tema."

L@s responsables político-sanitarios ven que un 64% de los casos de VIH en este país se relacionan con UDVP, que tenemos una epidemia, una crisis, entonces *¡hay que hacer algo, ya!* Es esta necesidad de controlar una grave crisis de salud pública la que determina en buena medida el apoyo que reciben desde principios de los años 90 los PRR. "¿Y después, qué? Después, ya veremos. Queda mucho por remover", redondea Nuria, "porque la vertiente social del tema drogas implica aspectos muy profundos de nuestra doble moral, en la que tan cómodamente nos movemos, especialmente en este país". Pero ella misma es una luchadora pragmática y confía en que, al menos, esta coyuntura dé paso, poco a poco, a una reflexión más profunda: "Es posible creer que esto sea el primer paso para un cambio de mayor calado, no sólo respecto al VIH, sino al tema de las drogas, que en definitiva se relaciona con la libertad individual y con una determinada forma de ver y entender al mundo. La *plaga* caída sobre los *pecadores* puede terminar por poner sobre la mesa cosas que quizá sin el VIH y el SIDA nuestra sociedad no se hubiera planteado en absoluto".

Todas esas pastillas, la verdad es que es demasiado y si hubiera algo más moderno, más fácil... Es que para tomarla de cualquier manera, prefiero no tomarla".

me una medicación, pero Victoria dice que: "la tengo en casa, no me la tomo porque he pensado que si puedo aguantar por mí misma, con mis propias fuerzas, pues mejor, porque todas esas pastillas, la verdad es que es demasiado y si hubiera algo más moderno, más fácil; es que para tomarla de cualquier manera, prefiero no tomarla". Dice que le han hecho la carga viral y que le han dicho que la tiene un poco alta. "¿Y eso qué quiere decir? ¿Y hay algo para bajar la carga viral? ¡Ah! ¿Quieres decir que lo mismo que sirve para subir los T4's baja la carga viral? ¡Ah, yo pensaba que unas eran para una cosa y otras para otra!" Su médico no sabe que no está tomando la medicación, pero "se va a dar cuenta cuando vaya a hacerme las próximas analíticas, así que mejor se lo diré, y si otras personas pueden usar esas medicinas, pues mejor..."

Ricardo es un hombre joven de amplia sonrisa y coleta bohemía. Su compañero, me dice, es seropositivo también. "Yo, en años de chutarme, nunca pillé nada, porque siempre llevaba mi chuta limpia conmigo, siempre". Ya no consume, y tiene un trabajo "donde nadie me pide explicaciones ni me mira las cicatrices de los brazos". Su vida es activa y viene al bus desde hace años porque, dice, "me conviene por amplitud de horarios y flexibilidad". En cuanto a la metadona, cree que "te va bien si quieres que te vaya bien. Lo que no puedes pretender es cambiar la vida de una persona con la metadona. ¿Qué vas a conseguir con la meta si no das a la persona motivos para vivir? Estoy harto de ver que se gastan millones en poner a funcionar cosas que luego marchan de pena. El otro día perdí mi parada", continúa Ricardo, "y necesitaba saber dónde pillar el bus. Y yo llamo a mi CAS para que me informen de la ruta del bus y me contesta una persona que no tiene ni idea y me dice que llame en una hora! Y yo, claro, le digo que en una hora yo puedo haberme metido un gramo por la vena y estar en el otro mundo. Para esa mujer yo era uno más, alguien a quien *despachar* lo antes posible, no alguien a quien *atender*". Nuestro tiempo se ha agotado. De nuevo, dejo mi número y recibo algunas promesas entusiastas de próximos contactos.

Paco lleva seis años en el programa de metadona. Tiene 36 años y es un hombre curtido pero aún atractivo, de profundos ojos oscuros y sonrisa seductora. Sabe que es positivo desde que se lo dijeron en la cárcel, hace ya un buen puñado de años. Había empezado a picarse en el 78, cuando tenía 16 años. "A mí la metadona me ha librado de terminar de cualquier manera: me ha quitado de la calle y de matar a mi familia a disgustos, cosas que para mí son muy importantes. Creo que de no estar aquí, estaría o enfermo en un hospital, o en la cárcel o en el cementerio. A principios de la pasada primavera caí tan malo que no podía ni comer un yogur; se me caía de las manos. Yo lloraba como un niño, y pensaba, joder; para esto mejor morirme. Fui al médico, y aunque los primeros 15 días de medicación fueron muy duros, con vómitos y el estómago hecho polvo, después, poco a poco, fui encontrándome mejor. Cuando el médico me dio los resultados del primer análisis después de haber empezado la medicación y me dijo que había subido, que la cosa iba bien y me felicitó y me estrechó la mano, joder;

...parece que el destino quiso que nos encontráramos y que pudiéramos apoyarnos mutuamente,...



CONTRAPUNTO

La doctora Inma Ocaña es jefa de sección de patologías infecciosas en el Hospital Vall d'Hebron y tiene una larga experiencia en el trabajo con casos VIH/SIDA, de cuya coordinación también es responsable. Reconoce sin ambages que los programas de metadona son, desde el punto de vista médico, "una buena cosa para mucha gente: incorpora al circuito sanitario a personas que quizá no lo habrían sido de haber tenido que manejar también una adicción activa a una sustancia ilegal; facilita cierta normalización de hábitos y por tanto la adhesión a los tratamientos, empezando por los anti-TB, que son proporcionados por los CAS donde practican el DOT (tratamiento directamente observado) para asegurar el cumplimiento y evitar así el problema de salud pública que supone una TB mal tratada. Además, por qué negarlo, la metadona es barata".

Sin embargo, no cree que proporcionar antirretrovirales desde los CAS sea una buena idea, como algunos profesionales del bus sugerían: "Está claro que los niveles de complejidad alcanzados por los tratamientos anti-VIH exigen cada vez más una especialización del/la clínico/a que coma pareja a tal demanda de actualización de conocimientos. No me parece sensato que profesionales sin ese nivel de experiencia proporcionen fármacos antirretrovirales".

La Doctora asegura que estar en un PMM ni quita ni pone a la hora de que el/la paciente VIH reciba el tratamiento adecuado. "Los médicos de los CAS han venido actuando, en la práctica, como médicos de cabecera con sus pacientes VIH. Nos enviaban al/la usuari/a cuando las analíticas (que también se realizaban en el CAS) denotaban un descenso linfocitario por debajo de los 500 CD4, que hasta la generalización de la carga viral era el criterio utilizado para considerar el inicio de un tratamiento. En marzo de 1997, yo realicé una reunión informativa con los profesionales de los CAS con que trabajamos y les expliqué lo importante que era que transmitieran el mensaje a sus usuari@s de que ahora todo el mundo debía hacerse la carga viral y que quizá personas que con lo que sabíamos antes estaban sin medicación porque parecía lo adecuado, ahora podía resultar que sí necesitaran medicarse al tener una alta carga viral, independientemente de su número de CD4".

La doctora dice que el tema de la adhesión a los tratamientos es muy complejo y que desearía tener más medios para favorecerla. Ha solicitado, por ejemplo, ATS's extras que trabajen directamente con el/la paciente sus particulares problemas de cumplimiento. "Quince días después de iniciado un nuevo régimen farmacológico pido a mis pacientes que vengan a contarme cómo les va, cómo cumplen con su tratamiento. Así, nos aseguramos de que se están tomando bien los fármacos, reforzamos los aciertos y/o volvemos a trabajar los puntos difíciles". Asegura que si ésta lleva una vida ordenada y cumple los requisitos del ensayo, no tiene reparo alguno en proponer a un usuari/a participar en él: "el problema es cuando la persona tiene cuentas pendientes con la justicia, o no está completamente libre del consumo de sustancias no legales, o ambas cosas a la vez y no conseguimos nada, ni una parte ni la otra. En el tema de interacciones de antirretrovirales con metadona, la doctora cree que lo más posible es que no haya nada significativo, excepto ese posible incremento de la metadona en sangre al tomarla con los inhibidores de la proteasa que ya hemos señalado desde Lo+Positivo.

Nota del Editor: algunos datos recientes demuestran que in vitro no es lo mismo que in vivo. Ritonavir (Norvir) sobre el papel parecía rebajar la asimilación de la metadona un 30%. Pero estudios recientes muestran justo lo contrario, que los usuarios absorben más metadona con el ritonavir. Nevirapina es otro fármaco del que se estudiará, en los próximos meses, no sólo su interacción con metadona, sino que además se administrará en un tratamiento triple desde un metabús, para mejorar la adhesión y el control. Más noticias en el próximo número de Lo+Positivo.

"Ese virus no va a poder con ninguna gente no se les despo"

¡se me llenaban los ojos de lágrimas! Ahora los médicos no me encuentran el virus lo que pa' mi ya es demasiao. Ahora van a ver si se ha quedado algo en los ganglios o así. Tomo Zerit, Crixivan (indinavir) y Videx. Procuero beber al menos 2 litros de agua al día y cumplir el tratamiento a rajatabla. Vivo con mi madre. Mi hijo de 17 años está con mi ex-suegra. Su madre está en la cárcel. Ella era la que más me gustaba, porque yo he ligado mucho, pero ésta era la más lucida; ¡tenía un cuerpazo...! O sea, que me perdió la buena vida, vamos".

Paco es pensionista y últimamente empieza a hacer alguna chapucilla entre la familia o los amigos. No tiene problemas de adherencia. Su madre le lleva la medicación por la mañana junto con el desayuno y controla la regularidad de sus horarios y comidas. También su madre le da 1.000 pts. todos los días, para sus gastos, porque toda su pensión, menos 13.000 pts al mes, se la retira la Generalitat para dársela a su hijo, aunque Paco asegura que su hijo tampoco recibe el dinero y que eso es algo que tiene que resolver cuando su mujer salga de la cárcel. "Yo me siento bien", dice Paco. "El ánimo va a días, pero en general estoy guai. Estoy pensando en apuntarme a un gimnasio pero antes quiero preguntar a la doctora si puedo volver a tener una vida más activa. Estoy limpio, no me meto nada, y eso que yo me he puesto al límite muchas veces. Yo me he metido 200.000 pts de coca por la vena en un día y tan tranquilo. Llegué a pincharme rohipnoles machacados. Quité las joyas a mi cuñada, destrocé cabinas telefónicas; en fin, de todo. Lo mejor ha sido mi familia, que me ha ayudado mucho. Hasta mi padre, que ya no quería ni verme, está recuperando la fe en mí. Ahora no me siento yonqui, no me siento basura, siento que puedo aportar algo, que puedo ayudar a otras personas que están como yo. Sólo por no tener que dar dinero a ningún camello para que se compren un BMW o una torre y para que yo siga en la ruina, matándome día a día, ya estoy contento con la metadona", sigue Paco. "Mi sueño sería encontrar a una mujer, alguien que me quisiera y comprendiera mi vida. No tengo reparos en encontrar una mujer seropositiva. Tengo teléfonos de amigas de otros tiempos pero eso no es lo que quiero ahora". Su hermana entra en el bus. Le está esperando. Es una chica joven, sonriente. Sigue Paco: "Si la familia te da la espalda, estás perdido. Mi familia siempre ha tirado por mí. Tengo una familia que no

Conmigo, soy yo la que va a poder con él. Una tía me dijo una vez que a al- rtaba nunca el virus y yo creo que a lo mejor eso es lo que me pasa a mí".

me la merezco..." Cuando mira cariñoso a su hermana ésta mueve la cabeza despacio y dice que ahora sí, que ahora sí que se la merece.

Ramón y Carmen venden el periódico "La calle" en la zona de Sagrada Familia. Se conocieron hace 5 años, en el Metabús. Hoy son matrimonio formal y viven en la casa de la tía de Ramón, viuda y de salud delicada, a la que cuidan. Entre los dos, cediéndose respetuosamente la palabra, van desgranando su particular historia de reconocimiento y apego. En 1992, Carmen se había separado de su marido y había iniciado su tratamiento con metadona. Tenía una orden de deshaucio en el bolsillo, un hijo de 15 años, y nadie a quién acudir: "Yo estaba harta de estar enganchada, y él -su marido- no quería dejar el caballo. El también era VIH+, como Ramón. Murió de SIDA hace un año. A veces no me explico como no me contagié. Mi hijo me pedía que no fuera a buscarle al colegio, porque me quedaba dormida apoyada en la barandilla. A mí esto me angustiaba. Decidí meterme en lo de la metadona, porque aquello no podía ser y ya no tenía nada que perder. Como mi marido sólo pensaba en enchufarse, me separé. Cogí una hepatitis y en el restaurante donde trabajaba, me dijeron que tenían que despedirme, que estaba chupada como un pito y más amarilla que un limón. Es que también hay que entender a la gente, claro. Iban a echarme del piso y no sabía qué hacer; con mi hijo y conmigo misma". Carmen ya había conocido a Ramón en el bus, y reconoce que, a pesar del deterioro general que entonces arrastraba su actual marido, siempre le había parecido "más sincero que los otros". A cinco años vista, parece evidente que Ramón tomó una excelente decisión al proponer a Carmen que se fuera a vivir con su tía y con él mismo. Carmen también parece feliz de haber aceptado: "Ramón estaba muy hecho polvo, física y mentalmente. Estaba muy enganchado a las rulas (pastillas). No comía en condiciones, no visitaba al médico, estaba todo el día encebollado. Yo pensaba que él me había ayudado y que en el fondo tenía muy buen corazón. Empecé a darle toques po-

co a poco. Intentaba que respetara las comidas, que tuviera más cuidado de su aspecto, que fuera al médico. Los fines de semana le proponía salir a dar un paseo, al cine, a comprarse algo de ropa nueva... Dejar las rulas fue muy difícil para él, pero lo ha conseguido". Carmen mira de reojo a su marido, como buscando aprobación para su relato.

Ramón es alto, parsimonioso y serio, cuenta su historia de corrido, como si la estuviera leyendo de un libro. "Yo soy hijo único. Mi madre trabajaba todo el día en una farmacia. A los 14 años ya me había juntado con algunos golillos del politécnico. Nos pirábamos de las clases, cometíamos pequeños hurtos en la zona alta y fumábamos porros, nos metíamos tripis y lo que pillábamos. Pronto dejé de estudiar y empecé a ayudar en la misma farmacia donde estaba mi madre. Robaba las pastillas que podía y ya conocía la heroína inhalada. Cuando fui a la mili ya estaba enganchado a la aguja. No la terminé porque salió una ley que libraba a los toxicómanos. Yo le enseñé los brazos al médico militar y al poco estaba de vuelta en Barcelona, licenciado". Entonces empieza un descenso en picado, con tráfico de heroína, traiciones de compinches por el medio, cárcel, diagnóstico de VIH y vuelta al pozo. Hace 5 años, cuando conoció a Mari, como él llama a Carmen, estaba todo el día "enrulado" y empezaba a tocar fondo. Hoy cumple disciplinadamente con su tratamiento anti-VIH (una combinación doble), cuida su alimentación, trata de leer y estar informado sobre su salud y va hecho un pincel. "Mari me ayudó a salir del agujero. Pienso que yo también fui una ayuda para ella y, de todas formas, parece que el destino quiso que nos encontráramos y que pudiéramos apoyarnos mutuamente, luchar el uno por el otro. Creo que hemos tenido mucha, mucha suerte".

Ramón y Carmen piensan que la metadona les ha ayudado también a reorganizar sus vidas. Para ellos, el Metabús es "casi como una familia. Tenemos muy buena relación con el equipo del bus y conocemos sus vidas de la misma manera que ellas conocen las nuestras. Hablamos de nuestros

problemas, nos enteramos de cosas interesantes relativas al VIH y es un punto de apoyo que va más allá de la recogida semanal de metadona". Ell@s saben que no para todo el mundo es así, y que, como dice Carmen, "muchas personas tienen unas vidas muy duras, muy descontroladas, con muchos problemas y la metadona sin más no es suficiente solución para ellas, porque hay mucho mogollón por detrás".

En el futuro, Carmen y Ramón desean verse completamente limpios, es decir; dejar la metadona: "Yo quiero ser capaz de vivir sin ninguna dependencia", dice Carmen. "Cuando lo comentas en el CAS, el/la médico te dice que te lo pienses mucho, que te tomes tu tiempo, porque si dejas la metadona sin estar completamente segura de que no volverás a consumir; corres el riesgo de recaer; y aunque yo sé que nunca volveré a consumir; me lo tomo con calma. Creo que el año próximo estaré preparada para empezar a disminuir mis dosis de meta hasta dejarla por completo. Quiero levantarme por la mañana y saber que no necesito tomar nada con mi desayuno para poder funcionar". Carmen sonríe golosa, como saboreando ya ese café sin metadona que será el signo más claro de su independencia de las drogas: "¡Ah, sí, eso llegará, seguro que llegará..."

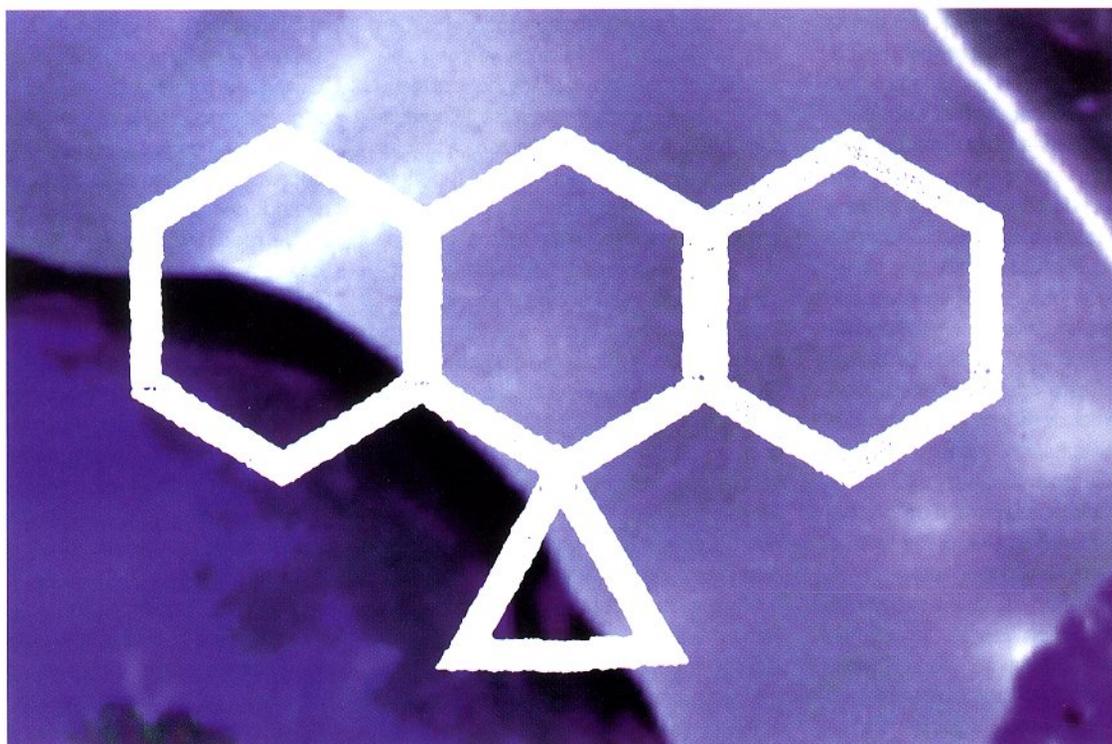
La jornada tiende a su fin.

Desde Zona Franca, el bus regresa a Glòries. Pasamos por el mini gueto gitano de Casa Antúnez. Un fuerte dispositivo policial rodea las barracas destartadas: policías a caballo, autobuses... Hasta Xavier y Montse, acostumbrados como están a ver el poblado cercado por las fuerzas del orden, creen que "algo" especial debe estar pasando o "llegando". La visión de esos tejados de urallita brillando al sol y de esas mujeres a caballo desde las ventanas del metabús es una experiencia provocadora que invita a la reflexión. Hemos llegado. Bajamos del bus en disciplinado orden. Ya en la escalera, echo un último vistazo al interior: Desde las paredes de la salita, ahora vacía, el graffiti multicolor escupe su despedida; ¿metadónica?: "No necesitamos psicólogos, no necesitamos policías..." ■

MAITE SUAREZ

"Vivo con el VIH desde hace 5 o 6 años. Me trato en el Vall d'Hebron y estoy satisfecha con la atención que recibo. Estoy tomando un cóctel, pero no recuerdo los nombres".

**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**

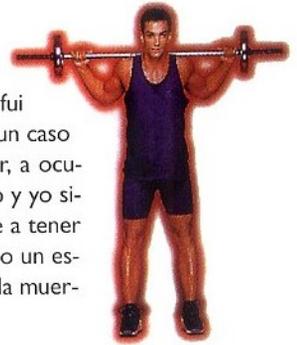


EuroPharma

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

Toma las pastillas y corre

Soy un hombre gay de 38 años y he sido VIH positivo desde hace al menos 15 años. En abril de 1995 fui diagnosticado con SIDA. Mi recuento de células CD4 estaba a 89 y descendiendo. Se me diagnosticó un caso severo de tuberculosis. Mi doctor en aquella época me sugirió que empezara a prepararme, es decir, a ocuparme de cosas como testamento etc. ¡Me daba seis meses de vida, pero ahora él está fuera de juego y yo sigo aquí! Siempre he sido un hombre activo y me he mantenido en forma toda mi vida. Cuando llegué a tener SIDA, perdí casi 30 kilos de peso y toda mi masa muscular; me encontraba extremadamente débil y delgado como un espagueti. No podía reconocerme a mí mismo. ¡Entonces decidí que no iba a abandonarme sin luchar antes contra la muerte y que si ganaba, por lo menos iba a tener un aspecto ESTUPENDO!



Esto es lo que hice:

Empecé con una combinación de 3TC y AZT en un ensayo clínico hasta que el ensayo concluyó 3 meses más tarde. Esto pareció ayudar, y por aquel entonces comencé a caminar alrededor de mi bloque de pisos. Continué así durante un mes, y para entonces ya era capaz de caminar no un bloque, sino varios. Podía caminar alrededor del bloque, el barrio e incluso el parque y el campo de fútbol del barrio. Entonces decidí apuntarme al gimnasio local, una de las decisiones que más han contribuido a mejorar de mi salud y mi estado general además de mi aspecto físico hacia mí mismo y hacia los demás.

▶ Empezó con estiramientos, algo fundamental en cualquier buen programa de ejercicio físico para prevenir lesiones musculares y sacar el mejor partido posible de tu entrenamiento. ¡Haz estiramientos antes de cualquier entrenamiento muscular o aeróbico durante un máximo de 15-25 minutos!

▶ Entonces paso a trabajar diferentes partes de mi cuerpo utilizando las máquinas para ejercicio muscular. Empezó con levantamientos de pesos y añado los ejercicios aeróbicos cardiovasculares después.

▶ Primero con las piernas. Al fin y al cabo, jellas me llevan a todos los sitios! Comienzo con 3 ó 4 series de 25 kilos (13 repeticiones cada vez). Gradualmente, añado 2,5 kg cada semana o cuando decido que puedo hacerlo.

▶ A continuación, utilizo las diversas máquinas para piernas y glúteos, empezando con 3 ó 4 series de 25kg. Poco a poco, añado peso cuando me siento capaz de hacerlo.

▶ Sigo con los ejercicios laterales de hombros. Aquí empiezo con pesos más bajos (15kg en 3 ó 4 series de 13) y añado peso gradualmente.

▶ Entonces hago brazos, empezando también con 15kg y añadiendo peso gradualmente. Luego sigo con el banco de presión, empezando con 25kg en 3 ó 4 series de 13 y progresando gradualmente.

▶ Normalmente, parto de 25 abdominales y aumento el número durante la semana, manteniendo siempre la parte baja de la espalda apoyada. No importa lo alto que puedas levantarte, y esto puede ayudar con la llamada "crixipanza".

▶ Este es mi programa típico de trabajo muscular. Los aeróbicos los añadí un poco más tarde (4 ó 5 meses después, cuando había ganado confianza y fuerza con los pesos). Empecé con 30-45 minutos de rutina cardiovascular, bien con una clase de aeróbico para principiantes con las máquinas de correr o subir escaleras. Empecé lentamente y con el tiempo aumenté la velocidad.

▶ Esta rutina se repetía diariamente, cambiando de ejercicios de entrenamiento muscular para adaptarlos a mis necesidades y dando tiempo a mis músculos para recuperarse del entrenamiento anterior. Si tienes un instructor en tu gimnasio, consulta con él/ella al principio, como una forma de evitar las prisas y mantener un nivel adecuado de ejercicio.

Durante los primeros meses, nunca perdí una toma de los fármacos prescritos. Después del 3TC y AZT entré en un ensayo clínico con d4T, ddI e hidroxyurea. Continué con mis ejercicios físicos diarios y mi salud continuó mejorando. Mi recuento de CD4 subió a 260 en tres meses y mi carga viral bajó a 2000. Continué con esa combinación durante otros tres meses. A pesar de todo, no tuve apenas efectos secundarios. Más adelante en 1995 empecé con crivivan, 3TC y d4T. Desde octubre de 1996 mi carga vi-

ral es indetectable y en diciembre de 1997 mi recuento de CD4 era de 720. He sufrido algunos efectos secundarios, como vómitos matinales, pero eso es todo.

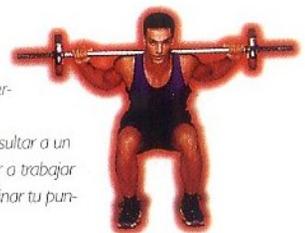
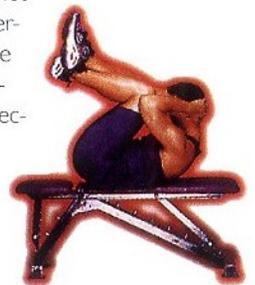
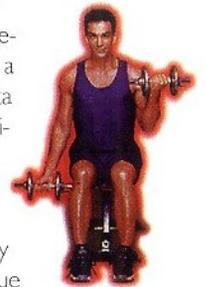
Nunca he dejado de tomar los fármacos y no quiero hacerlo. Tomo un complejo multivitamínico y mineral todos los días para dar a mi cuerpo lo que necesita para recuperarse del ejercicio diario. Ahora, en 1998 hago 1 hora y 30 minutos diarios de aeróbico, más 30 minutos de pesos antes y después. He descubierto que el ejercicio ayuda a mi cuerpo a luchar contra muchos problemas físicos y enfermedades. He pasado de tener un aspecto casi cadavérico a tener un aspecto tan sano como mi propia sensación de bienestar.

¡Mucha salud para todos! ■

EDWARD STANZA

[El próximo artículo tratará de los beneficios aeróbicos de caminar en personas con VIH.]

Recuerda que debes consultar a un instructor antes de empezar a trabajar en el gimnasio, para determinar tu punto de inicio.]



lo personal internet

>>>>>> DESDE ^

■ **gmc@ix.netcom.**

Pregunta: ¿Podría alguien proporcionarme alguna información útil sobre el uso de neurontin (GABAPENTINA) para la neuropatía periférica asociada al tratamiento anti-VIH?

Skorodin

Respuesta: Gabapentina es un anti-convulsivante relacionado estructuralmente con el ácido gamma-aminobutírico (AGAB) que ha sido recientemente calificado como efectivo contra el dolor asociado con la distrofia refleja simpática (DRS) y contra el asociado con la neuropatía. Pero no tenemos información sobre el uso de gabapentina contra el dolor neuropático cuando existe deterioro cognitivo. En este informe describimos dos pacientes, uno con daño cerebral por traumatismo, el otro con supuesto daño cerebral adquirido, que acudieron a una unidad de neurorrehabilitación quejándose de dolores que fueron diagnosticados como de mediación neurológica. En una semana de tratamiento con una dosis diaria de 900mg de gabapentina, ambos pacientes se quejaron de un aumento de su ansiedad e inquietud. Así mismo, ambos informaron del cese de estos efectos psicológicos a las 48 horas de haber interrumpido el tratamiento con gabapentina. Estos dos casos sugieren que gabapentina puede producir agitación en pacientes con daño cerebral. Los doctores/as que tratan a pacientes con daño cerebral y prescriben gabapentina para los dolores por neuropatía podrían estar interesados en seguir con más detalle posibles signos similares de ansiedad o inquietud.

Referencias: Clin J Pain 1997 Septiembre; 13(3): 251-255. *El efecto de Gabapentina en el dolor por neuropatía*; Rosenberg JM, Harrell C, Ristic H, Werner RA, de Rosayro AM. (Informe Medline en elaboración). Brain Inj 1997 Jul; 11(7): 537-540.

■ **bobmunk@ix.netcom.com**

Pregunta: ¿Puede alguien explicarme qué es una mutación de codon? 6-1-98 Glenn

Respuesta: Un codon es una secuencia de tres unidades en el genoma del VIH. Se necesitan tres para especificar un aminoácido en particular. El genoma del VIH tiene codones en una secuencia numerada. Una mutación de codon es un cambio en el genoma del VIH en un lugar específico (codon). Por ejemplo, una de las mutaciones que está asociada con la resistencia al saquinavir es la mutación "L90M". L y M se refieren a los aminoácidos. El virus salvaje se codificaría por "L", o leucina, en el codon 90. Esta mutación, en cambio, se codifica por "M" o metionina.

Lo que a mí me parece preocupante es el tema de las resistencias cruzadas. Si eso significa que al desarrollar resistencias al Crixivan sería poco probable que otros IP fueran efectivos, eso significaría que Crixivan es tu única oportunidad. Si esto es así, ¿no sería mejor que todos empezáramos el tratamiento con aquellos IP que tienen menos probabilidades de desarrollar resistencias cruzadas? Una vez que has comenzado con Crixivan es demasiado tarde para cambiar y minimizar el potencial de resistencia cruzada. Me gustaría conocer las opiniones de otras personas sobre el tema.

El conocimiento actual del tema de las resistencias en general y de las resistencias cruzadas en particular es limitado. Aunque Agouron (fabricante de nelfinavir -Viracept- distribuido por Roche en Europa), con su "única" resistencia en el codon 30 deseaba que todos creyéramos que no existen resistencias cruzadas con otros fármacos, la realidad parece diferente. Hasta la fecha, lo que parece claro es que indinavir (Crixivan) y ritonavir (Norvir) presentan notable resistencia cruzada, de manera que si desarrollas resistencias a uno de ellos, lo más probable es que el otro sea también inútil.

Sin embargo, hasta la fecha no parece que exista algo así como un nivel "cero" de resistencias cruzadas. Y no es una cuestión de "todo o nada". Incluso con Crixivan y Norvir, algunas personas con resistencias a uno de los fármacos podrían beneficiarse del otro. Pero los datos que tenemos indican que más tarde o más temprano las resistencias se desarrollan, y que esto es más complicado que la mera presencia o ausencia de mutaciones específicas en el VIH.

Bob Munk

■ **RET49@aol.com**

Pregunta: Estoy tomando cortisona y desde hace días tengo unos picores tremendos, como si hubiera inhalado "antrax". ¿Por qué? **Mike**

Respuesta: Siento oír que estás teniendo estos problemas. No sé nada del "antrax" excepto sus connotaciones negativas de una enfermedad mortal y sí sé que la cortisona ha de ser utilizada con moderación si es que se utiliza. A veces tengo problemas de picores. Los picores severos pueden ser causados por diferentes factores, desde alergias hasta patógenos como hongos o bacterias, pasando por problemas de nervios causados por medicaciones o algo tan simple como el nivel de hidratación de tu piel. Lo que a mí me ha ayudado es cambiar la pastilla de jabón de la ducha por un gel de baño hidratante. Lo que también me ha ayudado con mis problemas dermatológicos es tomar el sol moderadamente. Sí, ya sé que la mayor parte de los facultativos recomiendan no tomar el sol en absoluto pero yo veo que un poco de sol ayuda a mi piel a sentirse más sana y "contenta". Cambiar de jabón y utilizar alguno muy simple y sin perfumes también puede ayudar. Deberías sopesar todo: desde la dieta hasta la humedad ambiental o el tipo de ropa que usas.

Ronald

BiGoldberg@aol.com

La terapia antirretroviral altamente activa (HAART) parece exacerbar la infección por hepatitis C (VHC).

Extracto de: Vento S, Garofano T, Renzini C, Casali F, Ferraro T, Concia E. *Incremento de la replicación del virus de la hepatitis C y daño en el hígado en pacientes infectados por el VIH y en terapia de combinación con antirretrovirales.* AIDS 12(1): 116-117 (Jan 1998).

Pág. 117: En resumen, las terapias de combinación antirretroviral ampliamente utilizadas parecen tener efectos no benéficos en el curso de la enfermedad crónica del hígado inducida por el virus de la hepatitis C (VHC) en pacientes asintomáticos con infección por VIH. Por el contrario, el tratamiento parece incrementar inicialmente la replicación del VHC y el daño en el hígado y puede descompensar el funcionamiento hepático. Sin embargo, la interrupción de la terapia antirretroviral parece justificada tan sólo en una minoría de pacientes con hepatitis crónica severa y la continuación del tratamiento parece asociarse con una subsecuente, lenta y progresiva reducción del ARN de VHC y de las concentraciones de aminotransferasa hasta niveles previos al inicio del tratamiento.

rodeomscl@aol.com

Pregunta: Ayer me diagnosticaron un molusco en la cara. Tengo muchos granos, pequeños y blancos con la característica muesca central. Aunque aún no son rojos y están en su fase inicial, me han aconsejado que acuda al dermatólogo para, o bien extraerlos o bien eliminarlos por congelación con nitrógeno líquido.

He recibido un mensaje sobre un tratamiento alternativo que me gustaría probar. Se trata de utilizar Vistide (cidofovir), bien intravenoso o...

Mark

Respuesta: Mark, esto puede sonar un poco bestia, pero los pocos moluscos que tenía en mi cara me los saqué como si fueran granos, aplicando alcohol inmediatamente después. Tenía uno bastante asqueroso en el párpado y no quería quitármelo con el "hielo seco". Esterilicé una jeringuilla, lo perforé y extraje, apretando, el líquido blancuzco semejante al de los granos, volviendo a aplicar alcohol al final. Al principio usaba *Euskin extrafuerte*, pero después tuve que usar una combinación de pomada e hidrocortisona en crema tras lavar mi cara SIN JABÓN, simplemente con una toallita húmeda y tan caliente como puedas soportar (esto me lo dijo el dermatólogo). Básicamente, me he librado de los asquerosos granos.

Ted

avirama@vm.sc.edu

Pregunta: ¿Sabe alguien si saquinavir (y en particular Fortovase, la nueva formulación en cápsula blanda) produce efectos secundarios como gases, inflamación abdominal, etc.?

Jerry

Respuesta: En mi experiencia sí, saquinavir me ha causado de veras esos efectos secundarios.

No puedo decirte si existe alguna diferencia respecto a la nueva formulación en cápsulas de gel, pero me esperaría los mismos efectos. Puedes pedir a tu doctor/a que te prescriba enzimas digestivos para tomarlos con tus comidas, y ver si esto puede ayudarte. También puedes tomar *Saccharomyces boulardii*, una levadura no patógena que ayuda a estabilizar tu flora intestinal. Aunque suele tomarse para diarreas, la idea es controlar los tipos de flora que se desarrollan en tus intestinos y que, creo, son los responsables de todo ese gas. Los fármacos alteran la flora, de manera que estas sugerencias son un intento de compensar las alteraciones. *Saccharomyces boulardii* es bastante barato, fácil de tomar y se encuentra con facilidad en tiendas naturistas. Puedes intentar comprar los enzimas y *S. boulardii* juntos o probarlos de uno en uno.

Algunos cambios dietéticos también podrían resultar de ayuda. El almidón del arroz blanco se absorbe con mucha mayor facilidad que el de cualquier otro cereal, por lo que podrías intentar comer más arroz que trigo, por ejemplo. El pescado y el pollo suelen causar pocos gases. Puedes disminuir la cantidad de frutas y vegetales crudos que consumes y consumir éstos cocidos y en cantidades más pequeñas. Reduce o elimina también tu consumo de productos lácteos.

Con estos cambios he conseguido recuperar un nivel de normalidad de mis funciones intestinales bastante aceptable, que antes estaban completamente trastomadas y me estaban amargando la vida. Los cambios dietéticos fueron, quizá, el elemento más útil, seguidos de la *S. boulardii*. También tomo pequeñas dosis de loperamida (Imodium) con cada toma de fármacos, tres veces al día.

¡Espero que estas ideas te ayuden!

Amitai

GRUPOS EN ESPAÑOL

Grupos de noticias:

es.charla.enfermedad.sida

Otros grupos de noticias muy activos a los que se puede acceder desde muchos servidores:

diana.ibernet.es / mad.ibernet.es
/ noticias.ibernet.es

Grupos chat:

#gayseropositivos

a pesar de su nombre está abierto a todas las personas VIH+ las 24 horas del día, especialmente concurrido a últimas horas de la tarde, puede accederse desde los siguientes servidores españoles: irc.arrakis.es o orion.irc-hispano.org

Mailing:

para recibir GENTEPOZ, suscríbete en la siguiente dirección:

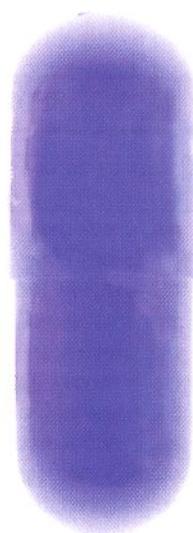
Lists@Web-Depot.com

RET49@aol.com

Estaba en una combinación de nefinavir+nevirapina+ddl y desarrollé una neuropatía bastante severa. Nunca acabé de descubrir que fármacos estaban causándola. Creo que nevirapina y los fármacos en "d" son los responsables más probables. Ahora estoy con saquinavir+tritonavir+ddC+3TC, y la neuropatía se ha aliviado mucho. De modo que en mi experiencia personal, son otros fármacos y no los IP los causantes de la neuropatía. He probado todo tipo de recursos para aliviar la neuropatía, incluido ejercicio físico, acupuntura, vitamina B-12 extra, antioxidantes como el ácido alfalipóico y fármacos amitriptilinos. Todos parecen ayudar de alguna manera.

Ronald

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



Adaptado de la publicidad de:

The Terrence Higgins Trust 

positive⁺
nation

positive
times

nam

¿Cuándo?

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

Espacia las dosis de cada fármaco regularmente a no ser que tu médico te diga que no importa.

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 segur@ 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.

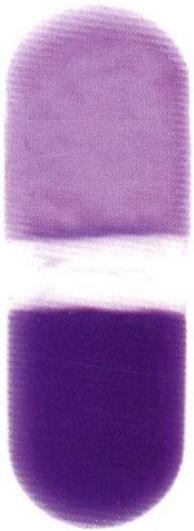
Ésta puede ser una relación de por vida entre tú y los fármacos. ¿Estás preparad@ para ello?.

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.



Crema

UN, DOS, TRES, CÓMELA

Verduras y Hortalizas! Desde el punto de vista estadístico se calcula un consumo de hortalizas y verduras de 100 Kg al año por persona del que 80 kg corresponde a verduras frescas. Muchas personas dicen que las verduras y las hortalizas son para enfermos. Quizás hagan estos comentarios porque las verduras y hortalizas están formadas en su mayoría por agua (90%), por tanto su valor energético es pequeño. Son pobres en grasas, hidratos de carbono y proteínas. Pero es muy importante su elevada proporción en carotenos (Pro-vitamina A), vitamina C, sales minerales de sodio, calcio, magnesio, etc. También poseen una cantidad variable de vitaminas del grupo B. Además, proporcionan una gran cantidad de fibra, beneficiosa para nuestro organismo, aumentando el volumen de las heces. Pueden estar contraindicados en ciertas ocasiones: estados de deficiencia nutritiva, dispepsia, edemas generalizados y en procesos diarreicos.

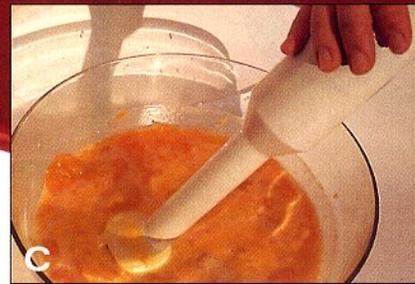
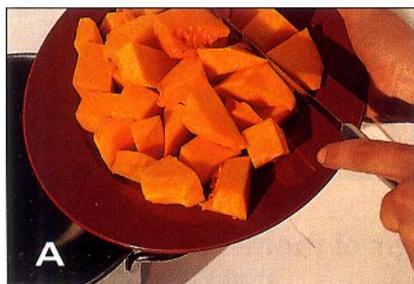
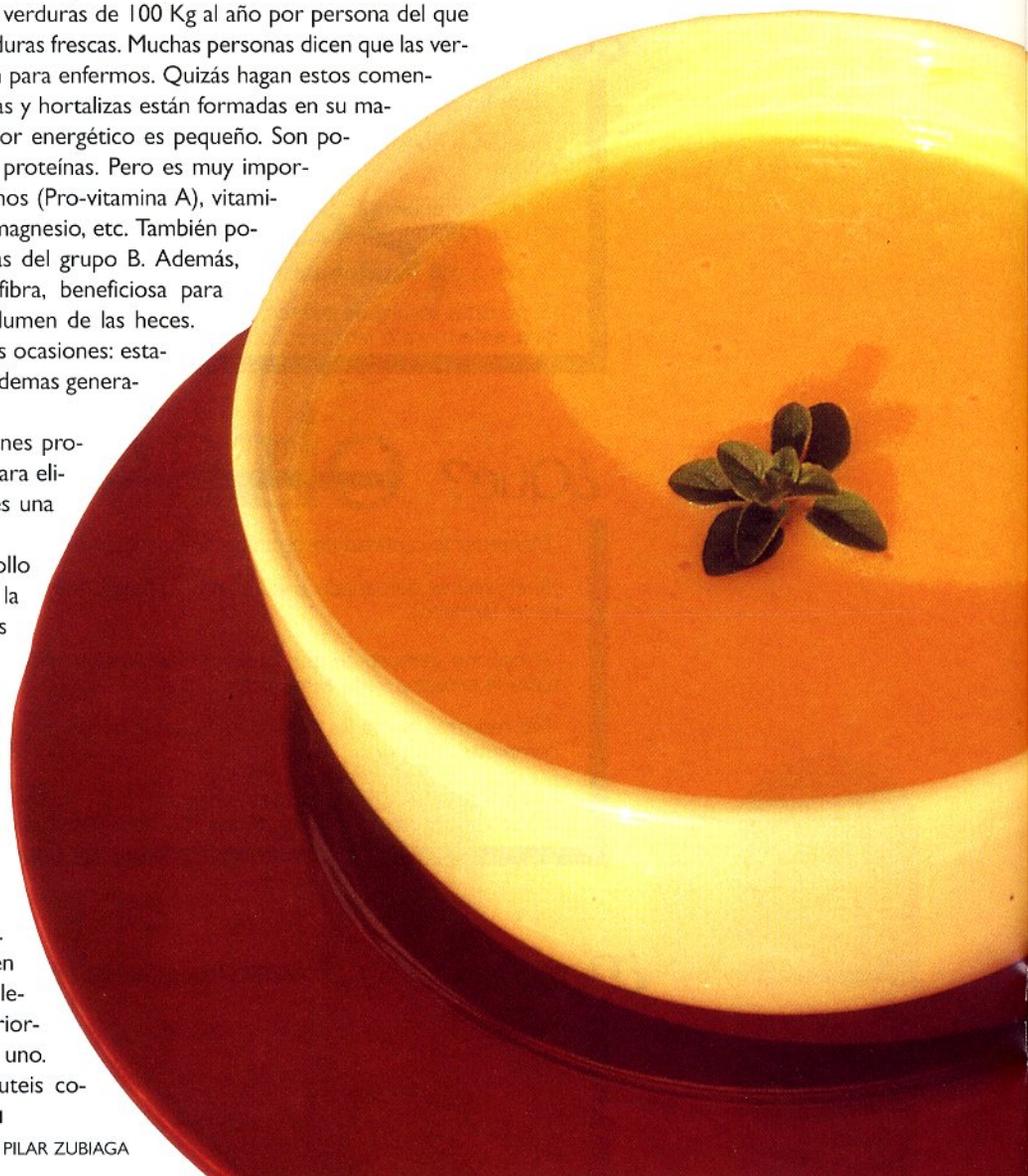
¡La calabaza! Es diurética y útil si tienes problemas renales y las semillas van bien para eliminar parásitos intestinales. Aquí tienes una succulenta receta de crema de calabaza.

De segundo plato, hoy tenemos "pollo con mermelada", un plato agrídulce y a la vez exquisito, son las proteínas que nos hacen falta.

Si estáis muy llenos después, es mejor que comáis una manzana o un yogur y el arroz con leche lo dejáis para merendar. ¡Cuidado! Las personas que no deben comer exceso de grasas por problemas de hígado u otros problemas, las personas que tengan diarreas que pongan mucha atención con los productos lácteos, no les convienen. Ejemplo: En la crema usar queso bajo en grasa (¡o yogur!) en vez de crema de leche, según las indicaciones dadas anteriormente o los problemas que tenga cada uno.

¡Que os aproveche! Y que lo disfruteis comiendo y cocinandolo y que os nutra.■

PILAR ZUBIAGA



de Ruperta

OTRA VEZ

Crema de calabaza

Preparación: Poner a cocer la calabaza pelada y troceada en una olla con agua y sal. Cuando se haya reblandecido (unos 20 minutos de ebullición), se retira del fuego, y se escurre el agua dejando un poco en la misma olla (como a la altura de la mitad de la calabaza). Añadir la crema de leche y el queso. Pasar la batidora hasta conseguir un puré homogéneo. Corregir la sal y añadir algo de pimienta. Dejar enfriar hasta que quede templada. Servir en bols adornados con canela o albahaca, según el gusto, y un chorrito de aceite crudo.

Sugerencias: El queso puede ser de muchos tipos, como azul, roquefort, camembert, brie, o cualquier otro de tamiña o para untar. Puedes probar uno diferente cada vez. También puedes hacer el plato con otras verduras, como el puerro o el calabacín.

Observaciones: algunos tipos de quesos y la propia crema tienen un alto contenido graso, por lo que debes tener en cuenta las restricciones dietéticas de algunos antirretrovirales.

Ingredientes:

(para 4 personas):

- ▶ Una calabaza pequeña o media grande
- ▶ 1 cebolla
- ▶ 1 botellín de crema de leche
- ▶ 200 gr. de queso cremoso
- ▶ Sal, pimienta y aceite
- ▶ Un poco de canela o albahaca

Pollo con mermelada

Preparación: Se pelan y cortan en pequeños trozos la cebolla y el diente de ajo y se rehogan en una sartén o cazuela de barro grandes con un poco de aceite. Cuando se han reblandecido, se añaden los filetes del pollo y se dejan cocinar: Una vez dorado, se añade la mermelada y se deshace. Se deja ligar unos minutos y ya se puede servir.

Sugerencias: Hay muchos tipos de mermelada que puedes combinar, aunque quizá las de naranja y limón son las que dan sabores más sorprendentes. Aunque no tan jugosas, este plato también puede hacerse con pechugas de pava en filete. Puedes acompañar el plato con patatas fritas o un poco de arroz hervido.

Observaciones: la cantidad de mermelada aquí indicada es bastante moderada por persona; si tu dieta no lo restringe, puedes aumentarla a tu gusto.

Ingredientes:

(para 4 personas)

- ▶ 4 pechugas de pollo en filetes
- ▶ 1 cebolla
- ▶ 1 diente de ajo
- ▶ 1 cucharada sopera de mermelada
- ▶ Aceite y sal

Arroz con leche

Preparación: en una olla se pone la leche junto con la corteza, la canela y el azúcar; y se coloca al fuego. Al hervir se añade el arroz sin dejar de remover. Se cuece durante 20 minutos. Se sirve en pequeños platos en frío y adornado con canela en polvo.

Sugerencias: la cantidad de azúcar puede variar aquí también en función de tus gustos y tu dieta.

Observaciones: vigila la ingesta diaria total de leche, para que no sea excesiva.■

CARMEN MARTÍNEZ

Ingredientes:

(para 4 personas)

- ▶ 100 gr. de arroz
- ▶ leche
- ▶ un trozo de corteza de limón
- ▶ un trocito de canela en rama
- ▶ 100 gr. de azúcar

El aceite de la vi(h)da

A medio camino entre la cosmética y la fitoterapia aparecen los aceites esenciales. Son extractos purificados de plantas medicinales. Se utilizan diversos métodos para obtener estos aceites (destilación al vapor, maceración, extracción). Unos tubos retorcidos gotean el aceite tras hacer hervir las plantas en grandes recipientes.

No es necesario montar todo esto en la cocina de nuestra casa puesto que, en cualquier herboristería o tienda de productos naturales, podemos encontrar estos aceites envasados en pequeños potecitos de vidrio topacio. Con ellos podemos crear medicamentos que, utilizados sobre la piel, nos pueden ayudar.

En general, sus propiedades son las de ser antisépticos y cicatrizantes, favoreciendo la regeneración de la piel. Tienen sus inconvenientes ya que nunca deben aplicarse sobre la piel en estado puro, pues podrían llegar a lacerarla o, incluso, quemarla. Por ese motivo se disuelven en otros aceites a los cuales les denominamos portadores. Los mejores aceites portadores son los basados en almendra, pepitas de uva, soja, germen de trigo, avellana o jojoba.

La regla general para su formulación es: 95% de aceite portador y un 5% de aceite esencial. Es decir, 5 gotas de aceite esencial por 95 de portador. Si no queremos medir gota a gota, nos ayudará el saber que 1 cc son 20 gotas. No es una norma muy complicada y es muy fácil de realizar.

Estos son los diferentes tipos de aceite que podemos encontrar en el mercado y sus características:

Aceite de pepitas de uva:

Posee ácidos poliinsaturados en un porcentaje elevado. Su propiedad principal es la de ser muy ligero porque se absorbe con facilidad. Como consecuencia, no deja sensación de untuosidad.



Aceite de almendras:

Proviene del almendro dulce o *Prunus amygdalus var dulcis*. Es de color amarillo pálido y tiene ácido linoleico, sustancia esencial para el correcto funcionamiento de nuestro organismo. El aceite de almendras literalmente alimenta la piel. Muchas mujeres embarazadas se untan el vientre con él para evitar la aparición de estrías.



Aceite de jojoba:

Posee una buena penetración cutánea y no deja la piel grasa. Tiene propiedades bactericidas, frena la pérdida de agua de las células y demuestra una elevada riqueza en vitamina E. A su vez, es utilizado como mascarilla capilar. Se usa en muchos medicamentos para combatir afecciones cutáneas y preparados contra las quemaduras solares. También inhibe el bacilo de Koch, causante de la tuberculosis.

Aceite de sesamo:

Se obtiene de la primera presión (extracción) en frío de las semillas de sésamo no tostadas. Llega a contener hasta un 48% de ácido linoleico, y una elevada proporción de lecitina y fósforo.



Aceite de germen de trigo:

Es muy rico en vitamina E, que es considerada la vitamina antienvjecimiento debido a su poder antioxidante. (La oxidación es una reacción química. Si partes una manzana por la mitad y la dejas al aire un tiempo, la pulpa se oscurece debido al oxígeno del aire. Lo mismo sucede con la piel.) En cualquier caso, siempre es recomendable añadir un par de gotas en los aceites que preparemos con la finalidad de impedir que, con la luz, se vuelvan rancios.



Hay múltiples mezclas, no hay fórmulas para intentar encontrar aquélla que nos conviene.

Eczemas

(afección inflamatoria de la piel):

Una buena solución es la mezcla compuesta por canela, enebro, geranio, manzanilla, naranjo, limón y tomillo. El aceite portador utilizado es el de sésamo.



Infecciones de tipo candidas:

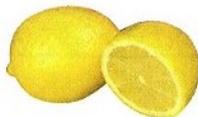
Sucede lo mismo que en las infecciones de tipo bacteriano. Una alternativa sería un aceite en el que añadamos cajeput.

Infecciones bacterianas de la piel:

La piel posee una flora bacteriana propia que nos protege de microorganismos del ambiente. En condiciones normales es nuestra aliada pero, cuando aparece la inmunodeficiencia, puede escapar a nuestro control. Normalmente, la alternativa que se ofrece es la del ácido acético diluido con el que repasamos la piel. Ello deja, la mayor parte de las veces, la piel reseca y su olor no es muy aconsejable si padecemos náuseas o vómitos. En realidad, el ácido acético es el ácido del vinagre. Una buena alternativa puede ser un aceite en el que hayamos añadido esencia de bergamota, sándalo y cajeput.

Herpes Zoster:

Podemos usar cajeput, geranio, limón, manzanilla.



Dermatosis:

Utilizaremos avena sativa. La avena posee la cualidad de hidratar la piel y promover la regeneración del epitelio.

Los aceites esenciales los podemos utilizar para tratar varias afecciones de la piel e infecciones oportunistas asociadas al VIH:

El agotamiento físico y psíquico,

Los usaremos aplicándolos en ciertas zonas como la parte trasera de las orejas o, también, en las muñecas. Elegiremos con total libertad entre el enebro, espliego, albahaca, tomillo o ciprés. También son utilizados contra el dolor de riñones o, en su caso, las molestias en la zona lumbar. Los extenderemos con un suave masaje. Recordemos, no obstante, que siempre debemos evitar la creación de aceites de olor fuerte ya que un efecto secundario de la medicación antirretroviral puede ser la aparición de náuseas y vómitos y, por ello, un olor fuerte podría aumentar estas sensaciones.

Flatulencias (distensión del estómago o intestino por aire o gases)

Un efecto secundario importante que aparece con el uso de los antirretrovirales es una hinchazón del vientre. Un posible alivio es la utilización del aceite de almendras en el que hayamos mezclado aceite de bergamota, canela, clavo, comino, coriandro, naranjo y salvia.



Llagas en la piel:

El remedio más utilizado es el espliego.

Ante la posibilidad de una alergia a algún componente, se ha de probar en una pequeña porción de piel. Si no se produce enrojecimiento se puede extender.

Cicatrizante

(contra eritemas y lesiones ulcerosas):

La centella asiática y la ajedrea logran disminuir considerablemente el tiempo de cicatrización de las heridas. En el caso de la centella asiática, se pueden encontrar preparados farmacéuticos hechos exclusivamente con su extracto. ■

FERNANDO G. BALLESTEROS

Fernando es licenciado en Farmacia, especializado en fitoterapia. Sus últimos trabajos están dirigidos a aplicar esta terapia complementaria en el tratamiento de la infección por VIH. Sus artículos analizan los beneficios, las interacciones y los efectos secundarios de las terapias antirretrovirales.



**todo puede ayudar. Es divertido hacer las
s cerradas. Tú puedes personalizarlas e
n que mejor pueda aliviarte.**

La pequeña historia de una grave enfermedad

Recopilación y perspectivas epidemiológicas del SIDA en España

MARÍA JOSÉ MEDRANO

Desde un punto de vista epidemiológico, pocas enfermedades en la historia del hombre han resultado tan interesantes como el SIDA ni han levantado tanta expectación.

Su naturaleza de enfermedad venérea altamente letal, su sofisticada patogenia, la acumulación de los casos en colectivos de marginación social y, para mayor desgracia, su carácter yatrogénico (producido por la medicina) en los hemofílicos la han convertido en un tema de constante actualidad, tanto para los científicos como para toda la población.

Epidemia

Su interés aumenta si se considera que es una enfermedad que en ningún momento, desde su aparición en 1981, ha dejado su carácter de epidemia y que es viajera, llegando a adquirir características de pandemia. Por último, el SIDA ha supuesto un reto para la comunidad científica, reto aún no superado, pero que ha demostrado la eficacia de nuestros métodos, ya que en un tiempo asombrosamente corto se ha podido descubrir toda la historia natural de la enfermedad desde las fuentes de infección hasta los mecanismos de transmisión, pasando, por supuesto, por el descubrimiento del agente causal.

La historia conocida del SIDA comenzó en Los Ángeles en 1981, cuando se descubrieron cinco casos de neumonía grave en varones jóvenes previamente sanos, causada por un germen llamado *Pneumocystis carinii*, que hasta entonces afectaba casi exclusivamente a personas cuya inmunidad estaba gravemente comprometida. Los cinco enfermos eran homosexuales.

Un mes después se publica en medios científicos una serie de 20 varones de Nueva York y seis de California que presentaban un

tipo especial de cáncer llamado sarcoma de Kaposi, que hasta entonces sólo se había visto en pacientes inmunosuprimidos. Al igual que los anteriores, también eran homosexuales.

Pocos meses después, el número de pacientes que sufrían estas enfermedades fue aumentando y fueron descubriéndose casos similares en drogadictos y enfermos que habían recibido transfusiones o productos derivados de la sangre.

Los estudios epidemiológicos que se realizaron apuntaron la idea de que había aparecido una nueva enfermedad que parecía ser transmisible y que se adquiría por contacto sexual o por la sangre. A esta nueva enfermedad se le llamó síndrome de inmunodeficiencia adquirida, por contraposición con otras inmunodeficiencias ya conocidas que eran congénitas.

En 1982, tras una corta pero intensa experiencia sobre el SIDA, se pudo definir en qué consistía la enfermedad, aunque aún no se conocía su causa.

En 1983 se logra por fin identificar al virus que produce el SIDA, el llamado virus LAV, HTLV-III y, desde 1986, VIH, virus de la inmunodeficiencia humana.

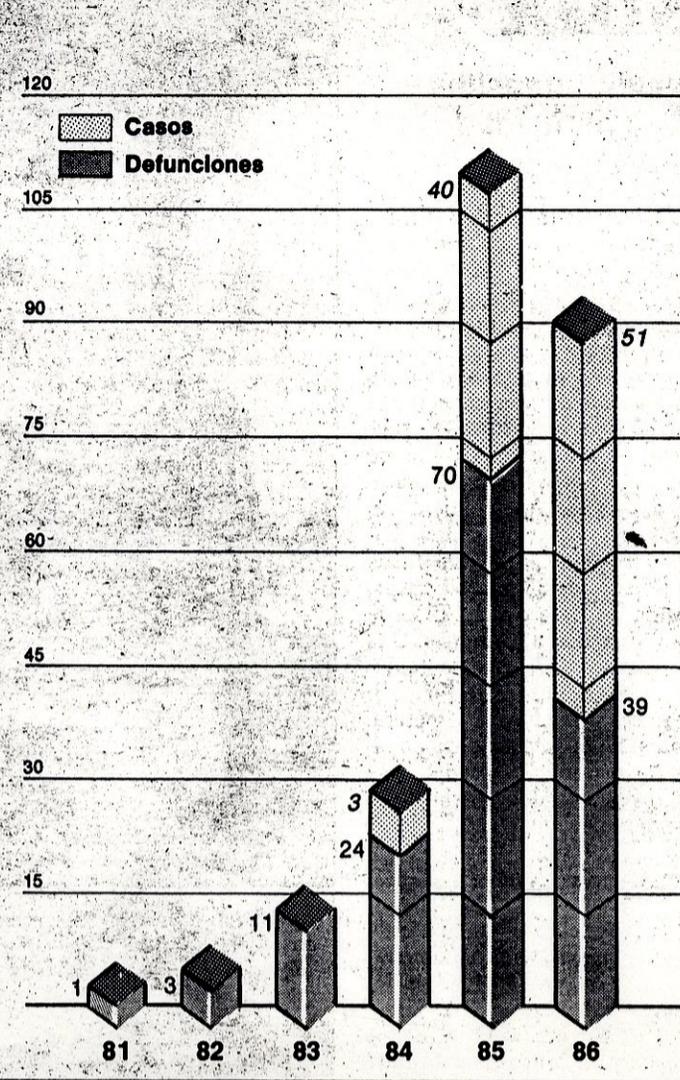
Prehistoria

El resto de la historia es bien conocida, aunque no así su prehistoria, la cual pudiera situarse en África y desde allí haber viajado a Estados Unidos y Haití. Sea cual fuere el origen geográfico de la enfermedad, el hecho es que el SIDA llegó a Europa y en 1983 se habían contabilizado ya 266 casos.

En España, el primer caso de SIDA se diagnosticó en Barcelona a finales de 1981. Desde entonces, y hasta el 14 de noviembre de 1986, se han notificado 242 casos, de los cuales 147 han fallecido.

CASOS Y MORTALIDAD DEL SIDA

(hasta noviembre de 1986)



COLIN

Casos de SIDA y defunciones, según el trimestre de diagnóstico. Por ejemplo, de los 27 casos diagnosticados en 1984, 24 ya han fallecido.

A lo largo de estos cinco años, ciertas características epidemiológicas de la enfermedad se han mantenido constantes, como son el gran predominio del sexo masculino (88%); la acumulación de casos en el grupo de edad comprendido entre los 20 y 40 años (80%); la elevada mortalidad, con una probabilidad de sobrevivir un año tras el diagnóstico de SIDA de sólo el 35%, y la mayor frecuencia de infecciones oportunistas que de cánceres como el sarcoma de Kaposi.

En lo referente a los mecanismos por los cuales se adquiere la enfermedad, el 49% de los enfermos fueron infectados presumiblemente por agujas contaminadas para la inyección intravenosa de drogas, un 20% por contacto

homosexual, y en 22 casos (9%) se dieron ambas circunstancias. Dos niños fueron infectados por transfusión sanguínea y 34 enfermos hemofílicos contrajeron la enfermedad por el factor de coagulación que recibieron como tratamiento de su hemofilia.

Existe un caso notificado de SIDA adquirido por contacto heterosexual y seis casos en niños hijos de padres que pertenecían a alguno de los grupos anteriores, fundamentalmente drogadictos. Los casos se acumulan en las grandes ciudades. Las comunidades autónomas más afectadas son Madrid, con 49 casos, y Cataluña, con 25, seguidos del País Vasco, con 16, y Andalucía, con 13.

2 de cada 1.000 personas, infectadas

M. J. M.

La incidencia del SIDA en España, en cifras no acumuladas, ha sido creciente de manera constante, duplicándose el número de casos acumulados desde 1981 cada 10 meses. En España se diagnosticaron durante el primer trimestre de 1986 cerca de nueve casos cada semana.

La incidencia ha sido también creciente en todos los grupos de riesgo, particularmente en el grupo de drogadictos parenterales.

Comparativamente con el resto de los países europeos, España tiene una tasa de incidencia acumulada de SIDA no excesivamente alta; 5,2 casos por cada millón de habitantes a 30 de septiembre de 1986.

En esa misma fecha las mayores tasas las presentaban: Suiza, 26,2; Dinamarca, 21; Islandia, 20, y Francia, 19. En Estados Unidos, la incidencia es de 109,5.

Nuestro país presenta la particularidad de una mayor proporción de pacientes drogadictos entre los casos de SIDA, hecho que sólo ocurre en España y en Italia. En el resto de los países europeos y Estados Unidos el grupo mayoritario lo constituyen los homosexuales.

La tendencia futura de la epidemia puede ser estimada sobre bases científicas con cierta fiabilidad.

Por una parte, se conoce que aproximadamente dos de cada 1.000 personas están infectadas por el VIH. Estas personas no presentan ningún síntoma y NO son enfermos de SIDA.

Con seguridad, la mayor parte de ellos nunca desarrollará la enfermedad (aunque sí pueden contagiar la infección por contacto sexual o a través de la sangre). Se estima que en un período de hasta 10 años sólo un 10% de los in-

DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE CASOS POR GRUPO DE EDAD Y SEXO Y DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE CASOS FALLECIDOS (A 14 DE NOVIEMBRE DE 1986)

	Casos			Casos Fallecidos		
	Varones	Mujeres	Total	Varones F.	Mujeres F.	Total F.
0-11 meses	1	2	3	0	2	2
1-4 años	4	1	5	2	1	3
5-9 años	4	0	4	3	0	3
10-14 años	3	0	3	3	0	3
15-19 años	8	2	10	6	1	7
20-29 años	105	20	125	58	12	70
30-39 años	64	3	67	36	2	38
40-49 años	18	0	18	14	0	14
50-59 años	6	0	6	6	0	6
Más de 60 años	1	0	1	1	0	1
Total	214	28	242	129	18	147

COLIN

fectados podría manifestar síntomas de SIDA. No son bien conocidos los factores que aumentan la susceptibilidad de las personas infectadas a desarrollar la enfermedad, pero, al parecer, son fac-

tores negativos la actividad sexual intensa y promiscua y la existencia anterior o concomitante de infecciones importantes, que hubiesen superestimado el sistema inmunológico.

Estimaciones de futuro

M. J. M.

No parece probable que en España a corto plazo vaya a disminuir el número de casos de SIDA entre homosexuales drogadictos por vía parenteral. Por otro lado, la enfermedad se extiende a otros grupos, como son las parejas heterosexuales de personas de riesgo y a sus hijos, como demuestra el hecho de que existe un caso de SIDA en España en una mujer heterosexual no drogadicta que adquirió la infección por contacto sexual identificado, y seis casos en niños que adquirieron la enfermedad a través de sus madres durante el embarazo o lactancia.

El número de casos que se espera que aparezca en los próximos años se ha podido calcular mediante el análisis matemático de la tendencia de la enfermedad. El método consiste en ajustar la curva epidémica a una función o modelo matemático, de manera que, sustituyendo la variable tiempo, se predice el número de casos que van a aparecer.

Los resultados se han dotado de un intervalo de confianza para una seguridad del 95%. Así se espera que en 1988 aparezcan entre 258 y 482 nuevos casos.

A largo plazo

Estimaciones a más largo plazo, aun realizadas de manera objetiva, no resultarían fiables, puesto que estas predicciones están basadas en el comportamiento mostrado hasta ahora por la epidemia, y es lógico pensar que estas circunstancias se modificarán.

En efecto, la probabilidad de enfermar, y por tanto el número de enfermos, depende, por un lado, de la susceptibilidad, y por otro, de la exposición a la misma.

Como en todas las enfermedades infecciosas, tras una difusión máxima se sigue un período de calma simplemente por la disminución del número de sujetos susceptibles.

Pero, además, la probabilidad de exposición al virus disminuirá debido a las medidas de control adoptadas. Así, el número de pacientes hemofílicos disminuirá e incluso desaparecerá en un período aproximado de 10 años, debido al tratamiento con calor del derivado sanguíneo que reciben como terapéutica. Las medidas de intervención tomadas sobre las donaciones sanguíneas y la sangre importada, evitará los casos postransfusionales.

La información sanitaria y la propaganda es de esperar que introduzcan cambios en el comportamiento sexual de la población, en especial de los varones homosexuales, como ya está ocurriendo en Estados Unidos. De igual forma, un cambio en los hábitos de drogadicción hacia drogas no parenterales, o utilizando agujas y jeringas desechables, puede evitar los casos en drogadictos.

Por todo ello, y como resumen, podemos predecir que hasta al menos 1989 el número de casos seguirá aumentando para, en un plazo difícil de determinar, disminuir progresivamente, hasta alcanzar un nivel endémico. Por último, cuando se disponga de una vacuna eficaz, la enfermedad será erradicable.

María José Medrano Abero es médico de Sanidad Nacional, miembro de la Comisión Nacional de Trabajo sobre SIDA.

Vales tu peso

Más acerca de la caquexia: cau

Sabemos que el mecanismo por el cual las enfermedades gastrointestinales derivan en un trastorno caquético (wasting) es la malabsorción de nutrientes. La pared del intestino tiene pliegues que se doblan una y otra vez. Así, en muy poco espacio aumenta la superficie que es capaz de absorber nutrientes. Estos pliegues le dan un aspecto tupido. La atrofia de los pliegues intestinales tiene, como consecuencia directa, la disminución de la superficie a través de la cual ocurre la absorción de los nutrientes. Esta lesión en el aparato digestivo puede darse una disminución del nivel de las sustancias encargadas de la absorción de las proteínas digeridas y de los azúcares, tales como la lactosa y la sacarosa. Las personas que sufren diarrea no comen para disminuir la diarrea, pero está comprobado que una alimentación superior a la normal podría compensar la malabsorción. Una diarrea persistente es un problema corriente en pacientes con VIH que tienen problemas gastrointestinales. En consecuencia, deberíamos prestar más atención a la disminución de la ingestión de comida, al proceso de malabsorción y a los cambios que producen una pérdida de energía, con el fin de encontrar una solución para los personas seropositivas que padecen pérdida aguda de peso debido a dificultades gastrointestinales.

● El estatus nutricional mejora con el tratamiento de la infección

Los episodios de aumento de peso ocurren normalmente durante el período de recuperación posterior al tratamiento de una enfermedad oportunista que sugiere que la recuperación de la pérdida de peso no es completa. El resultado es una pérdida lenta a lo largo del transcurso del de la infección por VIH.

● Tratamiento de la dolencia gastrointestinal

La diarrea de origen desconocido puede ser controlada aunque se presenten episodios de pérdida de peso centrados en etapas sintomáticas severas. Un tratamiento exitoso contra los microbios gastrointestinales puede alargarse durante periodos de tiempo en los cuales la disminución del peso sea más evidente. La recuperación del peso perdido lentamente debido a una afección gastrointestinal es incompleta. Como consecuencia, insistimos en el uso de preparados alimenticios suplementarios (vitaminas, minerales, etc.), y en la consideración de otras modalidades terapéuticas durante el curso del tratamiento de las personas con enfermedades crónicas gastrointestinales.

● Drogas que estimulan el apetito

En la actualidad, hay terapias que pueden conducir al aumento de peso en personas que presentan una pérdida aguda de peso.

La alimentación está indicada en personas con dolencias gastrointestinales manejables. Debido a que la completa resolución de una patología gastrointestinal puede llevar un cierto periodo de tiempo, la terapéutica medicamentosa puede prevenir la pérdida masiva de masa celular corporal, permitiendo una más completa recuperación. En otras personas, la alimentación o la estimulación del apetito va unido al aumento de peso. No obstante, el aumento de calorías ingeridas puede incrementar el nivel de lípidos (grasa) en mucha mayor proporción que la masa muscular; lo cual sugiere que, al tiempo que comes más de lo normal, deberías hacer un poco de ejercicio para convertir las nuevas calorías en masa magra (ver artículo "Ejercicio y el VIH"). Estas terapias son más efectivas en ausencia de enfermedades oportunistas o dolencias gastrointestinales.

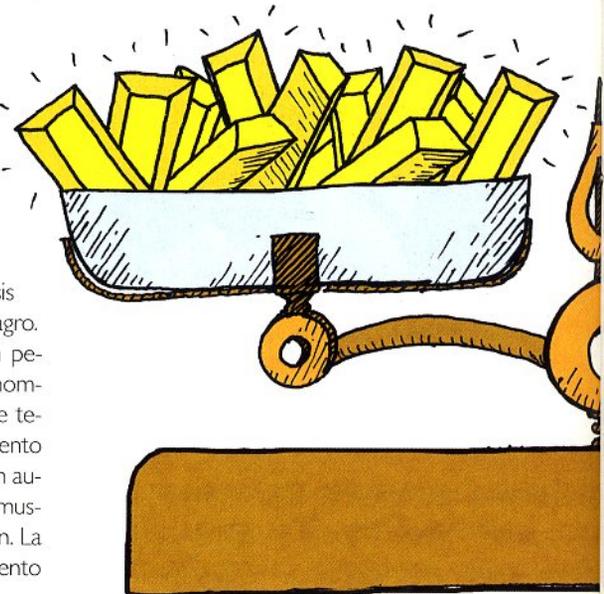
Las **terapias anabólicas** (que intentan convertir sustancias simples en las complejas que necesita el cuerpo), relacionadas con el aumento de la masa celular corporal están siendo estudiadas en la actualidad.

La **hormona del crecimiento** ha demostrado que induce a la síntesis proteica y a un aumento del peso magro. (Nota del editor: es carísimo). En un pequeño ensayo clínico realizado con hombres seropositivos, tras 12 semanas de terapia usando la hormona del crecimiento se obtuvo un incremento del peso y un aumento de la masa corporal. La fuerza muscular y la resistencia también mejoraron. La terapia con la hormona del crecimiento

puede producir un rápido aumento de peso y un significativo incremento del peso magro. Las personas incrementan su nivel de proteínas en sangre y disminuyen el de grasas. Estos cambios deberían incrementar la masa celular corporal si se mantuviera a lo largo de las terapias crónicas (aquellas que duran largo tiempo).

El **dronabinol** ha sido aprobado para el tratamiento de la anorexia asociada a pérdida de peso en personas seropositivas. En un pequeño estudio, se demostró que el dronabinol estimula el apetito e incrementa el peso. No obstante, no se conoce si el dronabinol sólo provoca un almacenamiento de lípidos o incrementa la masa corporal.

El **acetato de megestrol** está siendo estudiado, a su vez, como un estimulante del



SUSANA SALILLAS

La caquexia no es un componente inevitable que acompañe al VIH pero, de manera frecuente, es una manifestación de una enfermedad "oportunistas" que se presenta secundariamente. Cuando el gasto de energía para mantener el peso corporal es excesivo, la pérdida de peso puede ser signo de enfermedad gastrointestinal y, a veces, se acompaña de diarrea. La pérdida acelerada de peso acompañada por anorexia es debida, de manera frecuente, a una infección secundaria. Durante el proceso de una enfermedad oportunista, la respuesta inmunológica dañada da lugar a desarreglos metabólicos y a anorexia que exceden la habilidad del cuerpo para compensar la rápida pérdida de peso. La administración de alimentos está indicada cuando disminuye la ingesta de nutrientes, la cual es debida a lesiones gastrointestinales tratables. El control de la dolencia y una alimentación adecuada puede devolver al cuerpo la masa corporal perdida. En otros casos, la alimentación o la estimulación del apetito puede llevar al aumento de peso aunque éste se contabilice más en grasas que en masa corporal magra. Hasta que las terapias no sean capaces de conservar la masa magra del cuerpo es importante que aquellas personas que sufren caquexia debido a enfermedad desoportunistas o dolencias gastrointestinales intenten mantener/poner su peso através de un programa individualizado de ingestión de calorías. Como en todos los números, tenemos recetas en la pág. 29. ¿Porque no pruebas una de estas?

CONCLUSIÓN

Al parecer, el gasto de energía es superior. No obstante, como el mantenimiento del peso requiere que la energía gastada sea igual a las calorías ingeridas, las personas afectadas deben evitar una quemadura de energía excesiva con relación a cualquier actividad para evitar un mayor desgaste de su energía total. Los síntomas de letargia y fatiga, cuyo resultado es la disminución del nivel de actividad, ayudan a conservar el peso cuando se da un descenso de energías y una alimentación correcta. A pesar de que el descenso de la actividad puede mantener el nivel de peso en un plazo corto de tiempo, ese mismo descenso va en detrimento si se mantiene. La masa muscular, el componente más importante, requiere un cierto nivel de actividad para su auto-mantenimiento ya que si no, se produce la atrofia del propio músculo. Los síntomas sistémicos que van ligados a la inactividad darán lugar a una reconstrucción anormal de los músculos después de sufrir pérdidas de peso repetidas. La masa muscular atrofiada forma parte de una espiral de debilitamiento ya que, si se realiza un esfuerzo inadecuado, se incrementa la frecuencia de la sensación de fatiga produciendo que actividades como cocinar o comer se hagan más difíciles. También debería señalarse que la inactividad por sí misma, aun en ausencia de una destrucción de carne magra del individuo estimulada por el sistema hormonal, puede contribuir a la falta de eficacia de la comida. En presencia de una actividad limitada, el uso de una alimentación agresiva producirá un almacenamiento de lípidos en total desproporción y, normalmente, va en consonancia con la entrada en la fase de SIDA. En consecuencia, debemos procurar siempre lo mejor posible (cantidad no es calidad) y cuidar nuestro cuerpo, manteniéndolo no muscular.



ILUSTRACIÓN: ISMAEL SALAS SALAS

● El papel de los síntomas

tales como letargia y fatiga

Un estudio piloto demostró que el acetato de megestrol puede incrementar el peso de las personas con caquexia y, a su vez, con un historial de pérdida de peso aguda. Los datos preliminares sugieren que a pesar de que el acetato de megestrol, a dosis altas incrementa el peso, el aumento supone básicamente grasa y un tanto por ciento mucho menor de masa magra. Otro elemento que puede ser útil para prevenir la pérdida de peso, o estimular la recuperación del mismo es la **marhuana**. Ver el artículo acompañante de este número. Finalmente, los **esteroides anabólicos** pueden ser administrados en personas con pérdida de peso.

sas, consecuencias y soluciones

en oro (y 2)

MARIHUANA NIGHTS

En la Antigüedad ya se escribía acerca de las propiedades medicinales de la marihuana. Tanto griegos como indios y persas, entre otros, describían el efecto terapéutico de esta planta: antidepresivo, antiespasmódico, analgésico, etc. En la mismísima Odissea de Homero, Helena usa el cannabis para aliviar sus penas. Más tarde, en el siglo XVII, se le llegó a denominar el 'elixir de la vida' mientras que en 1845, Moreau De Tours, un importante psiquiatra francés, la utilizaba para combatir los estados ansiosos y despertar el apetito de los afligidos de dolores del alma (parece que la marihuana suprime la reactividad emocional e intensifica las reacciones psicológicas afectivas al tiempo que permite la introspección personal).

La marihuana fue reconocida, asimismo, como estimulante del apetito hace cientos de años en las culturas orientales. Mirza Abdool Rhazes, considerado como el médico más inteligente de la historia de la medicina persa, contaba en sus escritos numerosos casos de recuperación de las ganas de comer. Muy posteriormente, en el año 1888, McConell trataba la anorexia con la marihuana.

En nuestro siglo la marihuana ha sido juzgada repetidamente bajo ópticas con falsa intención moralista y, en consecuencia, ha sido censurada.

Es cierto que el uso del cannabis expone a sus consumidores/as a ciertos riesgos y su utilización para fines no-médicos es considerada ilegal en muchos países. No obstante, la marihuana no es adictiva y no puede causar la muerte por sobredosis.

En este artículo vamos a explicar cómo podemos usar el cannabis como una herramienta para potenciar un mejor estado de salud.

Los beneficios más conocidos de la marihuana son varios y muy interesantes. Por una parte, elimina las náuseas derivadas de cualquier tipo de tratamiento, especialmente de los efectos secundarios de la quimioterapia. A su vez, evita vómitos. Aumenta el apetito, especialmente por la noche y da una agradable sensación de bienestar general al paliar cualquier tipo de dolor derivado de un debilitamiento general o de una enfermedad específica. En el mercado farmacéutico podemos obtener **marinol (dronabinol)** que es la versión sintética de la marihuana, el cual ha tenido un éxito notable. Sin embargo, muestra diversos efectos secundarios y no es tan efectivo como la propia inhalación del cannabis. En los ensayos clínicos, el marinol ha demostrado, repetidamente, que evita el proceso de caquexia o pérdida aguda de peso y, por tanto, detiene el progresivo deterioro físico que acompaña a las personas que están aquejadas en algunas fases del síndrome producido por el VIH (ver el artículo acompañante sobre **caquexia**).

Este fármaco, que de hecho es marihuana sintética disuelta en aceite de sésamo, es, junto a la hormona humana del crecimiento

y el acetato de megestrol, uno de los tres tratamientos "legales" para luchar contra la pérdida de peso aguda.

De hecho, no se han llevado a cabo estudios exhaustivos y prolongados para conocer todas las características beneficiosas del cannabis. Diversos departamentos médicos de reconocidos hospitales han pedido subvenciones para organizarlos pero, sistemáticamente, se han denegado las subvenciones. **[Nota de última hora:** en San Francisco, el Dr Abrams acaba de recibir aprobación para estudiar el uso simultáneo de marihuana con inhibidores de la proteasa. ¡Paso número uno!]

El Departamento Canadiense de Agricultura examinó más de 300 variedades de marihuana y determinó que existen dos tipos básicos: un tipo de cannabis que se origina en climas muy calurosos y que posee un alto nivel de TH (delta 9-tetrahidrocannabinol) pero apenas tiene CBD (cannabinoide no psicoactivo de la marihuana) y, por otro lado, un tipo fibroso, propio de los climas atemperados, con un alto contenido de CBD y apenas TH, lo que lo hace realmente útil. En consecuencia, revistas científicas de tan alto prestigio como el *New England Journal of Medicine* se decantan por el uso de la marihuana con efectos médicos mediante prescripción expresa del/la facultativo@.

La ingestión de marihuana puede ser oral o por inhalación. Es verdad que el cannabis produce irritaciones orofaríngeas y que, además, afecta los pulmones corriendo el riesgo de padecer bronquitis crónica, de sufrir un ataque al mismo sistema inmunitario de los pulmones que es el que batalla con los agentes patógenos y los microbios. Al mismo tiempo, se ha detectado que la marihuana puede acelerar los cambios celulares que conducen al cáncer a pesar de que no hay estudios que nos lleven a pensar que su consumo produzca cáncer.

En cuanto a los efectos sobre el sistema nervioso, origina una cierta discapacidad cognitiva transitoria que se traduce en confusión, lentitud y falta de coordinación. No es recomendable consumirla antes de conducir o realizar tareas que requieran un grado de atención importante. Si se deja de utilizar de manera abrupta puede producir ansiedad e insomnio que desaparecen a los pocos días.

Hay personas seropositivas que reconocen que les es más grato usar marihuana que tomar pastillas para combatir la pérdida de peso. La marihuana no debe ser tragada ni digerida, actúa más rápido al pasar casi instantáneamente al torrente sanguíneo (por ello no produce efectos secundarios), deja a merced de la persona el control de la dosis necesaria y no reporta conductas antisociales. Se evitan mareos y vértigos o ingestiones excesivas como ocurre con el marinol.





VALIÓ LA PENNA

Conoci las drogas a los 14 años. Era un mundo lleno de sensaciones nuevas, donde los mitos de la India, los hippies, la música y los escritores malditos eran mis puntos de referencia, mis mitos.

En esa época fumaba porros, pero no tardé en probar las antitaminas y el LSD. Buscaba sensaciones nuevas cada vez fuertes, y por el solo hecho de ser sustancias prohibidas sentía un morbo tremendo al consumirlas y moverme en ese mundillo.

A los 16 años probé la heroína. Si las demás drogas que había probado hasta entonces me hacían sentir bien, con la heroína me sentía un dios, me comía el mundo entero.

Empezó aquí lo que yo llamaría mi luna de miel con la heroína. No tenía problemas ni mucha dificultad en conseguir dinero. Yo controlaba, pobre iluso, mantenía, más o menos, una apariencia de chico sano.

Por entonces no había mucha información sobre el caballo y sus consecuencias, las prácticas como el intercambio de jeringuillas usadas eran casi la norma.

Pronto las cosas empeoraron, la relación con mi familia se volvió pésima, vivía solo por la heroína (como la canción: *"it's my wife, it's my life"*), en un mundo aparte, obsesionado por conseguir más dinero y más caballo.

Con la mayoría de edad me fui de casa de mis padres y empecé una época marcada por la delincuencia, el tráfico de drogas y la cárcel. El deterioro físico ya se hacía más que visible, empecé a dar-me cuenta del problema que tenía.

En aquella época murió Rock Hudson, fue cuando oír hablar del SIDA y del VIH. Presionado por mi hermana me hice la prueba y me dio positivo.

? Yo VIH positivo?.... No puede ser, eso es cosa de "marcas" y de "pringaos" y como siempre me pasaba no acepté la realidad y me refugí aún más en la heroína.



Algunos usuarios seropositivos han indicado también que les permite una gran relajación, que anula cualquier tipo de náusea y que les confiere un alto grado de calidad de vida.

El punto más controvertido de este tema es su efecto real sobre el sistema inmunitario. Debido a la ausencia de ensayos clínicos desconocemos su impacto real sobre nuestras defensas. Aparte el proceso de destrucción de los CD4. No sabemos, en verdad, si estimula las defensas o las deprime. Así pues, el cannabis debe ser estudiado y utilizado por lo que pedimos el inicio inmediato de estudios sobre esta planta y el poder positivo que pueda tener para nuestra salud.

El debate sobre su uso y legalización permanece abierto. Desde estas líneas buscamos el conocimiento. Saber puede curarnos. Es la marhuana la cosecha de la discordia. En todo caso, nuestro objetivo es estudiar todos los recursos que la naturaleza sabiamente nos ha dado, investigarlos y utilizarlos si son de nuestro provecho. Nuestra batalla es el VIH. Las palabras, sean de talante ético o moral, no son de nuestro interés. Luchamos por la VIDA.

Susana Salillas

Bibliografía:

- Safe Use of Cannabis by Tod H. Mikuryna, M.D.
- Marjuana as Medicine: How Strong is the Science Consumer Reports (05/97) Vol. 62, No. 5, P. 62
- Abrams DI, Child C and Mitchell TF. Marijuana, the AIDS Wasting Syndrome and the US. Government. NEJM. 1995; 333:670-671
- Azorosa JI, Heishman SJ, Stitzer ML, and Mahaffey JM. Marijuana smoking: effect of varying delta 9-tetrahydrocannabinol content and number of puffs. Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics. 1992; 261 (1): 114-22
- Beal JE, Olson R, Laubenstein L, Morales JF, Bellman F, Yango B, Lefkowitz L, Plassse TF and Shepard KV. Dronabinol as a treatment or anorexia associated with weight loss in patients with AIDS. J Pain Symptom Manage. 1995; 10(2):89-97.
- Chlebowski RT, Grosvenor MB, Bernhard NH, Morales LS, and Butcavage LM. Nutritional status, gastrointestinal dysfunction and survival in patients with AIDS. Am J Gastroenterol. 1989; 84:1288-1293.

Marco A. -AEC-GRS-



Con la vida que llevaba no tardaron en aparecer las primeras complicaciones como el herpes Zoster y la neumonía. Eso me hizo reaccionar y di el primer paso para dejar el caballo y pensar más en mi salud. Me marché a una comunidad terapéutica. Pasaron muchos años, con muchas recaídas, comunidades terapéuticas, hasta entrar en el programa de mantenimiento con metadona (PMN), y por fin conseguí dejar la heroína.

Durante este tiempo nunca he dejado de medicarme. Primero con retrovir (AZT), luego con dos fármacos y ahora con un cóctel de tres fármacos.

Aunque mi salud no es muy buena, estoy viviendo una de las mejores etapas de mi vida, los nuevos fármacos son muy esperanzadores, tengo una hija preciosa, una mujer encantadora y trabajo. Ahora tengo una calidad de vida buena. Asumir que era seropositivo y actuar en consecuencia ha sido más que beneficioso.

Dejar la heroína me ha costado lo mío pero todo el esfuerzo ha valido la pena.

LA CONEXIÓN

Psiconeuroinmunología y VIH

Tal como avanzamos en el número 2 de Lo+Positivo iremos tratando temas relacionados con los cofactores que introducíamos. En este número vamos a pasaros un breve extracto - resumen de un texto relacionado con la Psiconeuroinmunología y el VIH, en el que vemos una relación directa con el estrés, los sucesos estresantes, las expectativas negativas - optimismo, las emociones, el cuidarse a sí mism@, el aceptar el VIH, el tener perspectivas, el pensamiento positivo y la conexión entre cuerpo y mente.

A menudo se tienen en cuenta los aspectos y percepciones psicológicos de la infección por VIH. El campo cada vez más emergente de la Psiconeuroinmunología (PNI) examina la interacción entre el funcionamiento fisiológico y la memoria, la conducta y el pensamiento.

La PNI se basa en la evaluación de la salud y la enfermedad, considerando algo más que los síntomas fisiológicos. El trabajo inicial a mediados de los 60, se centró alrededor de patrones de conducta y personalidad en pacientes con artritis reumatoide. Por esa fecha fueron muy numerosos los estudios investigando las influencias biológicas que el estado de ánimo (humor), la conducta, y el pensamiento podían ejercer sobre el cuerpo.

Uno de los investigadores más importantes e influyentes en la documentación de parámetros psicológicos de salud ha sido **Suzanne Kobassa**. Su trabajo es de suma importancia por la introducción del término "resistencia" (aguante, osadía). Este termino engloba tres parámetros fundamentales, que son:

Compromiso: implica los sentimientos propios hacia el trabajo, la familia, las relaciones sociales y hacia un@ mism@. Aquellas personas que adoptan un compromiso se respetan a sí mismas y

lo que hacen. Se consideran partícipes activas y vitales de sus propias vidas. Lo opuesto sería la alienación, un sentimiento de aislamiento del mundo y sus interacciones.

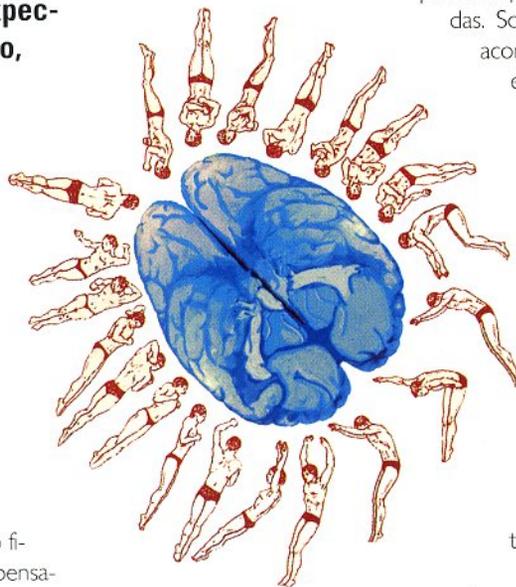
Control y sensación de poder: las personas con un alto perfil de control muestran capacidad para desempeñar un papel activo y de responsabilidad en sus vidas. Son capaces de influir en el curso de los acontecimientos que les afectan. Si el control es bajo, los individuos presentan un sentimiento de abandono y desesperanza, consumidos por el sentimiento de que son incapaces de enfrentarse a una situación.

Desafío, reto: es la capacidad de ver todas las situaciones como potencialmente positivas, con éxito en los resultados. Los individuos que experimentan niveles bajos de desafío a menudo perciben cualquier situación dada como una amenaza para su salud y su bienestar.

Kobassa estudió cómo los acontecimientos estresantes de la vida afectaban la salud y la frecuencia de enfermedad. Ella ponía en duda la relación directa causa-efecto entre el estrés y la enfermedad. Rechazaba la idea de que el estrés debía ser evitado para conseguir una vida sana. Sus estudios demuestran de qué manera tu personalidad y tu forma de enfrentarte a las situaciones, directamente influye en la salud. Ella descubrió que los individuos que tenían niveles altos de "resistencia" (ver los tres parámetros descritos) padecían menos enfermedades.

Midió y evaluó a los individuos en sus estudios en base a la historia del/la paciente, escalas psicoemocionales y síntomas. Así, la valoración de los hechos por el/la paciente y su estado de salud pudo ser evaluado. La frecuencia de las consultas durante y tras los estudios fue también valorada. No se evaluaron parámetros fisiológicos directos, presión arterial, recuentos celulares, etc...

Luego, medían los efectos fisiológicos. Evaluaron la función inmune de estudiantes de Medicina. Sus hallazgos sugirieron que



OPINIONES

- Por muchos motivos no soy muy amante de los tratamientos químicos. He utilizado diferentes terapias no convencionales simplemente porque se ajustan más a mi manera de entender la salud, y en definitiva, la vida. En fin, con o sin VIH sigo enamorada de la vida (esto no me lo quita nadie).

María del Mar

OPINIONES

Hace ocho años decidí estar bien hasta que saliera algo que nos curara. Hoy me siento sana y muy viva decidiendo mi vida... nada convencional.

Pilar

NOTICIAS

Comunicado de Prensa de la Plataforma NATC

Los días 15, 16, 17 y 18 de Enero de 1998 se celebró en El Saler (Valencia) el III Encuentro de la Plataforma NATC (Naturales, Alternativos, Tradicionales, Complementarios) de lucha contra el SIDA, organizado por la mencionada Plataforma y las ONGs AVACOS, Comité Ciudadano Anti-SIDA de Valencia y Amigos, con la asistencia de personas y organizaciones representantes de la mayoría de las Comunidades Autónomas del estado.

Somos un foro de personas que llevamos muchos años viviendo con VIH, algunas infectadas y otras no, y que hemos sentido la necesidad de expresarnos, informarnos, apoyarnos y sentirnos bien viviendo como positivas. Personas que creemos en nuestro propio poder para mantener nuestra calidad de vida y que para ello pensamos que la Asistencia Sanitaria debe mejorar sus servicios, que en la actualidad y para una gran parte de nosotr@s resultan insuficientes. Pedimos la inclusión en la Seguridad Social de todas las terapias que se demuestre que son de utilidad para nosotr@s. Trabajamos en recopilar, gestionar, estudiar y difundir información para facilitar el ejercicio de nuestro derecho a la libre elección personal de la opción terapéutica a seguir.

El III Encuentro se realizó dentro del un clima de trabajo, compañerismo y cordialidad. Se consiguieron los objetivos principales, que eran, por un lado, revisar los objetivos, el sistema de trabajo y el organigrama de la Plataforma, y por el otro, la consolidación de los grupos de trabajo que están funcionando, así como la puesta en marcha de nuevos grupos. Consolidamos nuestras bases de trabajo para seguir hacia delante, con más fuerza si cabe, con el fin de dar los servicios que ofrece la Plataforma a todos sus miembros y a las diversas personas y organizaciones que han mostrado interés por nuestro trabajo y que probablemente en un futuro próximo colaboraran con nosotros con el fin de conseguir mejorar la calidad de vida de las personas +.

Aprovechamos la ocasión para recalcar nuestro apoyo a la medicina convencional y a la unión de ésta con las demás para dar la mejor atención posible a las personas con VIH.

XEVI

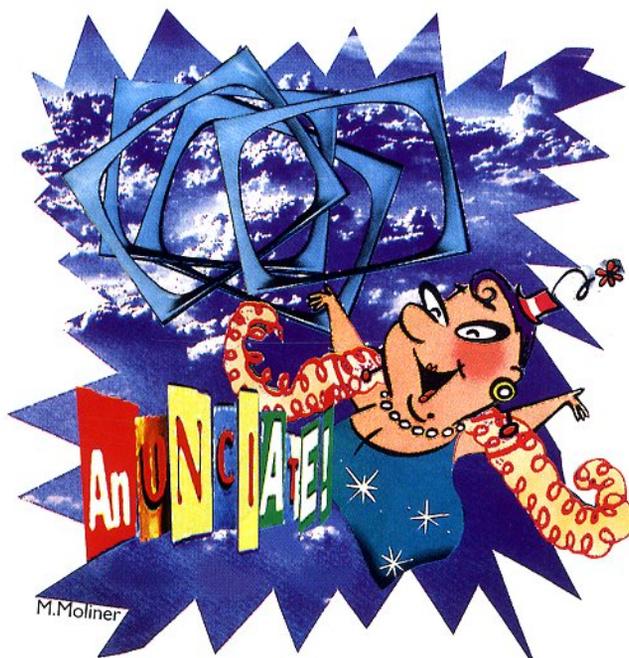
Para incluir opiniones o noticias en los apartados de la sección os rogamos que las mandéis a la redacción de Lo+Positivo, vía correo o

LO+POSITIVO

- 12.000 ejemplares gratuitos
- 36.000 lectores
- 130 hospitales y centros de día
- 150 ONG's
- 80 envíos al extranjero, presente en 22 congresos, conferencias y seminarios nacionales e internacionales

¿No crees que ya es hora... que te anuncies con nosotros?

LO+POSITIVO PUBLICIDAD 933020411



M.Moliner

CONDONERIA®

Pça. St. Josep Oriol, 7 08002 Barcelona Tel. 302 77 21
Abierto de lunes a sábado de 10'30 h. a 14 h. y de 16'30 h. a 20'30 h.

Pequeña historia de la ira

Las cosas han cambiado mucho para las personas infectadas por el VIH desde los años ochenta. De vociferantes activistas, much@s nos hemos convertido en pacífic@s profesionales que nos preguntamos cuándo los bancos se decidirán a ofrecer hipotecas para seropositiv@s. La ira, sin embargo, sigue siendo una potente herramienta para el cambio.

No hace tantos años, había un señor en Nueva York que se enfadaba con frecuencia. Se llamaba Larry Kramer. Había escrito una obra -Faggots, (Maricones)- que le había puesto en contra la comunidad homosexual por la imagen negativa que daba de la vida gay. Cuando, uno tras otro, cada vez más amigos fueron enfermando a su alrededor; reunió unas cuantas personas para formar *Gay Men's Health Crisis*, que, con el tiempo, se convertiría en una de las organizaciones más poderosas y ricas del panorama SIDA. Kramer fue expulsado de la junta directiva de la organización a los pocos años de su fundación. Su estilo resultaba demasiado radical. En 1987 contribuyó a la fundación de ACT UP, la organización activista en materia de SIDA por excelencia. Cuando Burroughs Wellcome anunció el altísimo precio del AZT,

ACT UP se echó a la calle, cortando el tráfico en Wall Street durante horas. Aunque es difícil valorar exactamente el efecto de sus manifestaciones, no cabe la menor duda de que ACT UP ha contribuido de forma muy importante a que hoy dispongamos de una gama de opciones de tratamiento relativamente amplia. La presión política y el excelente uso de los medios de comunicación hizo que barreras burocráticas cayeran y se acelerara la aprobación de muchos medicamentos.

Cuando en 1990 un grupo de seropositivos decidió crear un ACT UP barcelonés, incluimos en nuestro manifiesto los elementos esenciales del ideario de la organización americana: somos -decía el texto- un grupo de hombres y mujeres unidos por la ira para poner fin a la crisis de SIDA a través de la acción directa. En ese momento la pregunta de rigor cuando nos llamábamos por teléfono era: ¿Quién se ha muerto esta semana? El sentido de urgencia era inevitable, y el dolor por las continuas pérdidas se unía al miedo por nuestra propia salud para avivar las llamas de nuestra indignación ante una administración capaz de tardar años en aprobar medicamentos cuya eficacia y seguridad estaban más que probadas.

Ahora hace muchas semanas que no muere alguien que yo conozca. Mirando a mi alrededor; mi vida resulta relativamente "normal". Las voces activistas están relativamente calladas, algo perdidas en la constante partida de ping-pong a tres bandas que juegan administraciones nacionales, europeas y compañías farmacéuticas.

Puede que, para muchos, el término "crisis del SIDA" sea un anacronismo.

Debemos constatar, sin embargo, que seguimos viviendo con una afección potencialmente mortal, y que seguimos en manos de unas administraciones (Oficina Europea del Medicamento, Ministerio de Sanidad, Institut Català de la Salut, aquí en Catalunya) que no parecen tener ninguna prisa. No tenemos, hoy por hoy, acceso a todos los fármacos que la ciencia médica ha demostrado que son eficaces y seguros.

En cuanto al papel de las compañías farmacéuticas, sólo diré que he eliminado el párrafo que iba aquí, por temor a estropear las perspectivas de financiación privada de Lo+Positivo. Animo a tod@s a buscar fuentes de información independientes que los permitan valorar si las multinacionales farmacéuticas son o no son agentes de progreso social.

Sigue habiendo quien muere de SIDA. La situación, vista a nivel global, sigue siendo un desastre. En España, los criterios cada vez más "normalizadores" de las administraciones crean una enorme bolsa de personas demasiado "sanas" para recibir una pensión pero demasiado "enfermas" para competir en el mercado de trabajo. En el momento de escribir este artículo, la nevirapina y el nelfinavir siguen sin ser opciones accesibles para mí, como paciente de la Seguridad Social española, a pesar de que existen datos más que sobrados respecto a su seguridad y eficacia.

Yo me pregunto: ¿Dónde está la ira? ¿Dónde está la acción directa? ¿Dónde se está oyendo nuestra voz con personas afectadas que, a pesar de todo, seguimos estando, (al menos yo) muy, pero que muy enfadados?

Cada persona sabe cómo puede canalizar su ira en acción efectiva. Organízate. Participa. Hagamos oír nuestra voz. Muchas vidas siguen dependiendo de ello.■

GUILLERMO VALVERDE



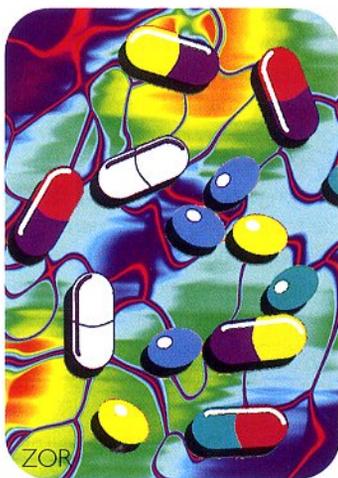
PONTE

El Galimatías del DR. HO o el estado de la hipótesis de la erradicación

A lo largo de los últimos 18 meses ha habido muchas discusiones sobre la posibilidad de erradicar el VIH completamente del cuerpo tras 3 o 4 años de terapia antirretroviral altamente activa. Esta aproximación se basa en los cálculos del Doctor Ho y en los estudios que evalúan las tasas de reducción de carga viral entre personas previamente no tratadas y que comenzaron con terapias anti-VIH triples y cuádruples al poco de haber contraído la infección.

Sin embargo, la escala temporal calculada por el Dr. Ho ha sido cuestionada por numerosos investigadores/as, y la evidencia más reciente sugiere que el VIH puede persistir de forma latente en algunas células durante más de 10 años, cuando no de por vida.

El material genético del VIH, en una forma que parece capaz de producir nuevas partículas infecciosas de VIH, puede ser encontrado en el ADN de células de memoria CD4 infectadas pero quiescentes (es decir, durmientes), hasta 30 meses después de haber iniciado terapia antirretroviral triple o cuádruple. El Dr. Ho había sido incapaz con anterioridad de estimular este ADN de VIH proviral para producir nuevas copias de VIH, y argumentaba que se trataba de genes VIH defectuosos que él calificó como "material de archivo muerto". Sin embargo, en un reciente estudio de la *Johns Hopkins University* los investigadores/as han sido capaces de estimular la producción de VIH a partir de este material genético durmiente. Este estudio sugiere que un minúsculo reservorio de material genético podría persistir a pesar de años de terapia antirretroviral, haciendo posible un resurgir de los niveles de VIH si se interrumpiera el tratamiento.



El pasado mes de octubre en la Conferencia Hamburgo, el propio Dr. Ho presentó informes sobre pacientes tratados con terapia triple en su clínica durante períodos de hasta 28 meses que aún mostraban evidencia de replicación de virus a niveles muy bajos.

El Dr. Ho sugirió que las células infectadas pueden estar aún disponibles para apoyar un nuevo rebrote de replicación viral si la terapia era interrumpida, aunque parecía poco probable que todas ellas iniciaran la producción al mismo tiempo.

Otros investigadores/as continúan presentando sus dudas sobre la efectividad de los fármacos para eliminar el VIH de los tejidos cerebrales, aunque un número de ellos, incluida la combinación de ritonavir y saquinavir, haya mostrado ser capaz de eliminar el VIH del líquido cerebroespinal (LCE) que baña la espina dorsal y el cerebro. El tejido cerebral podría ser el último "santuario" del VIH en el cuerpo, y en un simposio satélite también en Hamburgo, patrocinado por Glaxo Wellcome, el profesor Peter Portegies de la Universidad de Amsterdam dijo que el AZT

era el único fármaco que había demostrado ser capaz de reducir los niveles de VIH en el tejido cerebral así como en el LCE.

Lo que aún no está claro es si la terapia antirretroviral necesita ser continuada hasta que la última célula infectada sea erradicada del cuerpo, si es que esto es posible, o si en algún momento el sistema inmunitario puede recuperarse lo suficiente como para controlar estos residuos mínimos de infección por sí mismo. 🔥

Abre los ojos ¡YA!

El boletín estadounidense *AIDS Treatment News* realizó hace poco una entrevista al famoso Dr Ho de Nueva York. Su filosofía desde Vancouver ha sido la de "actuar rápido, actuar fuerte" y esto se ha convertido en el lema de muchos médicos de todo el mundo. Aquí sigue un resumen sucinto de sus declaraciones.

La idea de "actuar rápido, actuar fuerte" consiste en administrar las combinaciones desde que un@ se sabe seropositiv@ para así controlar la replicación del virus. Cuanto antes se empiece, mayor posibilidad de alargar el efecto antirretrovírico en el tiempo.

El Dr Ho pide compromiso y constancia si se sigue esta pauta. Es fundamental una completa adherencia a fin de evitar resistencias que puedan conducir al fracaso, pero Ho no quiere estrategias cerradas para disponer de diferentes cartas en cada momento.

Además, teoriza sobre la lógica de analizar los fármacos en la sangre ya que cada persona metaboliza de manera diferente y en

consecuencia, las concentraciones de los medicamentos y su absorción serán datos individualizados.

Se desentiende de cualquier crítica a los laboratorios. En realidad, sólo apunta que desearía que los fármacos fueran más fáciles de tomar y sugiere una sola toma diaria: si los fármacos son más fáciles de ingerir, se conseguirá un nivel mayor de adherencia y el éxito será mayor: Así de simple, así de fácil. Puntualiza, sin embargo, que la toxicidad debería ser más estudiada: deben evitarse los molestos efectos secundarios.

Nuestro doctor parece tener respuesta para todos los casos. A la persona que toma una triple desde el primer instante y desarrolla resistencias le propone una nueva terapia. Para la que se mantiene en una carga viral parecida a la inicial le sugiere añadir un nuevo fármaco o planificar otro régimen, con el objetivo de prevenir un acelerado crecimiento vírico.

AL DÍA

¿De qué hablamos cuando hablamos de fracaso del tratamiento?

Empezamos a saber que en muchos casos los efectos de los fármacos anti-VIH disminuyen con el tiempo. Por eso, en algún momento tú y tu médico podéis decidir que tu actual tratamiento está fallando y que es el momento de cambiar a otros fármacos.

Sin embargo, diferentes personas pueden tener diferentes definiciones de lo que es "fracaso del tratamiento". Por ejemplo:

Algunas personas deciden intentar suprimir su carga viral por debajo del límite de detección de los tests actualmente disponibles. Si su carga viral no ha sido suprimida hasta este punto tras algunos meses de terapia o si ésta aumenta de nuevo tras haber sido inicialmente suprimida por debajo del límite de detección, pueden decidir que su tratamiento está fallando.

Otras personas están satisfechas con conseguir la supresión de su carga viral hasta niveles bajos aunque detectables. Puede que no consideren que su tratamiento está fallando a no ser que la carga viral suba por encima de un nivel determinado.

Otras personas pueden decidir que quieren intentar mantener su recuento de CD4 lo suficientemente alto como para protegerlas de infecciones oportunistas mayores, y decidir un cambio de terapia sólo si su recuento de CD4 baja demasiado.

La mayor parte de las personas estaría de acuerdo en afirmar que su tratamiento está fallando si desarrollaran síntomas nuevos o recurrentes relacionados con la infección por VIH o infecciones oportunistas.

POSIBLES CAUSAS

El tratamiento puede fracasar posiblemente después de que el VIH haya desarrollado

resistencias a uno o más fármacos. Es menos posible que surjan resistencias si se cambia más de un fármaco al mismo tiempo. Por ejemplo, los beneficios de introducir un inhibidor de la proteasa pueden durar más tiempo si cambias uno o dos fármacos más de la combinación al mismo tiempo.

El VIH que desarrolle resistencias a un fármaco específico que estás tomando puede resultar menos sensible (presentar resistencia cruzada) también a otros fármacos relacionados. Además, es posible infectarse con un VIH que ya sea resistente a uno a más fármacos.

Tu terapia actual puede no estar funcionando adecuadamente si no estás absorbiendo en tu sistema digestivo suficiente cantidad de cada una de las dosis del fármaco o si tu cuerpo asimila y excreta los fármacos muy deprisa. El VIH tiene más probabilidades de desarrollar resistencias a un fármaco si el nivel de éste en la sangre es demasiado bajo.

Los problemas de adhesión, como "olvidar" dosis o tomar dosis más bajas que las prescritas, pueden ocasionar estos niveles inadecuados de fármacos en la sangre, que pueden a su vez conducir a la aparición de resistencias.

QUÉ HACER

La mejor respuesta a un fallo del tratamiento dependerá de la razón por la que tu actual régimen está fallando.

Si tienes problemas de adhesión al tratamiento o de efectos secundarios es esencial que hables de ello con tu doctor/a inmediatamente y que estudiéis juntos la posibilidad de cambiar a otro régimen más conveniente.

Si sueles fallar en tus tomas correctas de fármacos puede que simplemente estés aumentando las posibilidades de desarrollar cepas de VIH resistentes a los fármacos. Esto puede acortar la duración de los beneficios de tu régimen actual así como limitar tus opciones futuras de tratamiento.

Algun@s médicos podrían ofrecerte pruebas sanguíneas para medir si tus niveles de fármacos en la sangre son suficientes. Si no es así a pesar de estar tomando tus fármacos adecuadamente, puede que sea necesario incrementar las dosis o intentar otras formas de mejorar los niveles de fármacos en la sangre. Por ejemplo, puedes tomar una combinación de fármacos interactivos que eleve los niveles de uno o más de los mismos.

Si parece posible que hayas desarrollado resistencias hacia uno o más de los fármacos que estás tomando, lo mejor puede ser cambiar a nuevos fármacos. Es importante considerar a qué otros fármacos puedes presentar resistencias cruzadas e intentar encontrar una nueva combinación que contenga al menos dos fármacos a los que tu VIH pueda ser aún sensible.

Algun@s doctores/as recomiendan que se cambie a un nuevo régimen tan pronto como tu terapia actual parezca estar fallando, porque cuanto más tiempo estés con un régimen al que tu VIH parece estar volviéndose resistente, mayor es el riesgo de desarrollar resistencias cruzadas a otros fármacos. Sin embargo, de ésta manera puedes correr el riesgo de agotar los fármacos disponibles con demasiada rapidez. 🔥 **NAM update, oct. 97**

Quien ya ha probado bastantes fármacos y, en cambio, tiene una carga vírica alta, merece un estudio nuevo de su caso. Ante todo, personalizar: cada ser humano es un mundo y requiere una atención individualizada.

En pacientes naïves, su estrategia funciona en un 80-90%. Insiste en una buena adherencia., porque es la clave fundamental. Hallarse entre las 20-200 copias de carga viral es excelente pero la replicación del virus no se ha detenido, por lo que sigue siendo imprescindible un seguimiento cuidadoso para controlar el proceso de la infección en cada momento.

Se queja, con timidez, de no poder medir la carga viral por debajo de 400 copias y también pide, a las compañías farmacéuticas, pruebas de resistencia a costes razonables para poder establecer los fármacos convenientes a cada afectad@.

No se olvida de alentar a los laboratorios a cristalizar la proteasa con el fin de crear una segunda generación de inhibidores de la proteasa. Tampoco se contenta con eliminar el 99% del virus, porque sabe que existen CD4 con residuos víricos circulando en el organismo.

Sabe que pronto saldrán más inhibidores de la transcriptasa inversa, análogos y no análogos de los nucleósidos, diferentes inhibidores de la proteasa y que se lanzarán los inhibidores de la integrasa; eso sin olvidar los inhibidores de los correceptores.

Tres objetivos consecutivos: terapia antirretroviral agresiva desde un principio, potenciar la adhesión y llegar a la erradicación. 🔥

(Ref: AIDS Treatment News, nº 282, 07/11/1997).

Susana Salillas

La divina, precaución

la carga viral: disminuirla **NO** significa **eliminar** el virus, de manera que **NO** existe un fundamento para **relajar las medidas de sexo seguro**

Hacer un seguimiento del estado clínico del tracto ginecológico puede evitarte infecciones o que éstas se compliquen.

Se ha comprobado, p.e., que los niveles de ARN de VIH aumentan significativamente en las secreciones vaginales como respuesta al tratamiento estándar de la neoplasia intraepitelial cervical (NIC). Un estudio con 6 mujeres evaluó el efecto de tratar NIC utilizando una de las varias técnicas quirúrgicas estándar; que implica criocirugía (destrucción de tejidos por aplicación de frío) o biopsia de la vagina.

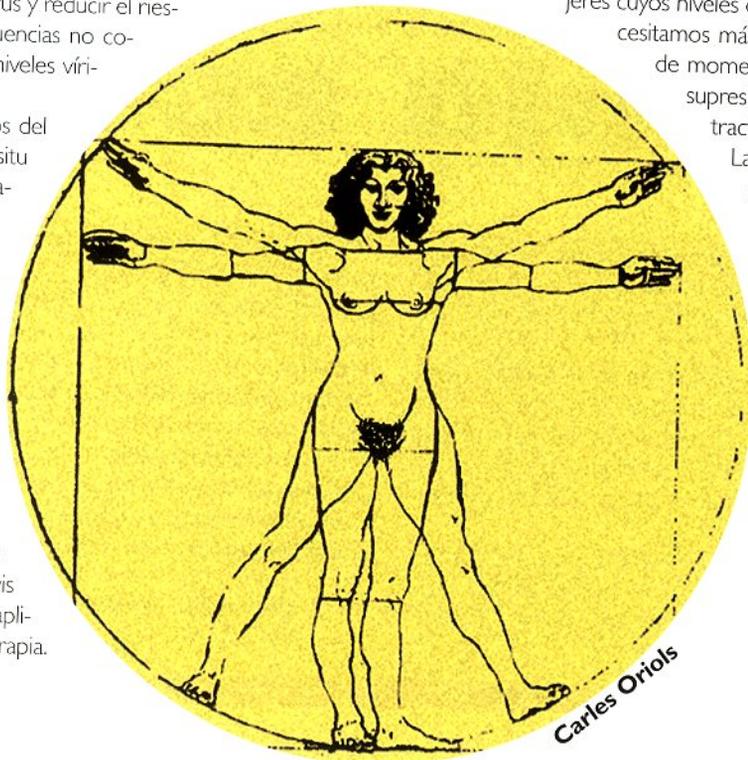
Cada método de tratamiento produjo incrementos del ARN de VIH. Aunque tratar el NIC es deseable, hay riesgos no conocidos asociados a un aumento de los niveles víricos en las secreciones vaginales. Estos riesgos aumentados pueden inducir otras complicaciones ginecológicas. Los niveles de ARN de VIH volvieron a los del pre-tratamiento entre las 8 y las 14 semanas después del tratamiento anti-NIC. Estos datos no pretenden sugerir que las mujeres no deberían tratar su NIC, sino que más bien nos proporcionan información añadida a tener en cuenta. También nos sugieren la necesidad de desarrollar terapias de uso tópico que puedan suprimir el virus y reducir el riesgo asociado a las consecuencias no conocidas de aumentar los niveles víricos vaginales de VIH.

Además de los métodos del estudio, el carcinoma in situ es curable con el láser; tratamiento por calor o mediante un nuevo tratamiento llamado diatermia de asa. Estos tratamientos no afectan a tus posibilidades de concebir: Si se detecta la presencia de cáncer (carcinoma invasivo) es necesario recurrir a la cirugía. Es posible que haya que extirpar el útero y los ganglios linfáticos de la pelvis y en casos más avanzados, aplicar radioterapia o quimioterapia.

Los niveles de VIH en el tracto vaginal están relacionados con la susceptibilidad a infecciones ginecológicas (IG) y/o a enfermedades de transmisión sexual (ETS), así como otras implicaciones relacionadas con la transmisión. Varios estudios han relacionado la presencia de ETS con un aumento de la carga viral. Otros estudios parecen vincular altos índices de infección por VIH con altos índices de ETS en general. No está claro aún si los niveles de VIH aumentan sólo durante los períodos activos de las infecciones o si infecciones latentes (no activas) también pueden afectar los niveles víricos. Tampoco sabemos si altos niveles de VIH en la vagina aumentan la probabilidad de que afloren infecciones preexistentes, como herpes o papiloma virus humano (PVH), o si aumentan la probabilidad de que aparezcan nuevas infecciones. Afortunadamente, estas preguntas empiezan a ser respondidas, y en el próximo número tendremos un repaso de todos los estudios presentados en Chicago sobre el tema.

Sin embargo, sí se ha demostrado que cuando los niveles de VIH son sustancialmente reducidos en la sangre como resultado de un tratamiento antirretroviral, la probabilidad de que aparezcan infecciones oportunistas disminuye. Esto implica que podría haber menor susceptibilidad a infecciones ginecológicas en aquellas mujeres cuyos niveles de VIH han sido suprimidos. Necesitamos más trabajos de investigación, pero de momento parece lógico sugerir que la supresión de los niveles de VIH en el tracto vaginal es deseable.

Las manifestaciones ginecológicas son una batalla constante. Cuanto más temprana sea la identificación de una infección más probabilidades hay de combatirla con éxito. En algunos casos un seguimiento adecuado sería la única medida necesaria. Una vez más, es importante que las mujeres sean activas y beligerantes a la hora de mantener su salud mediante un cuidado ginecológico regular y atento.



Insistencia

Este invierno no acabo de arrancarlo. Cuando no es una cosa es otra. El caso es que físicamente no estoy del todo bien. Esta febrícula me tiene harta, preocupada y cansada.

El mes pasado estuve tres semanas con febrícula, algunos días llegué a 38 grados. Este mes ya llevo una semana.

He ido al Hospital de Día varias veces. Siempre hacen las mismas pruebas: analíticas, placas, control de orina y heces (si me quejo del estómago) y esputos. No han encontrado nada.

Estoy harta de que me receten un antibiótico sin saber qué es lo que tengo y de oír cosas del tipo: ¡Tómalo por si acaso! Yo me pregunto: ¿por si acaso qué?, y si en vez de ser una bacteria es otro tipo de bicho ¿qué hago? ¿tomar y tomar antibióticos hasta que cree resistencias y el día que realmente me hagan falta ya no me funcionan? o quizás, ¿joderme la flora intestinal y que rápidamente aparezcan las ya tan familiares cándidas?

No entiendo por qué recetan antibióticos con tanta facilidad y más cuando aún no se ha diagnosticado nada. Parece como si los médicos tuvieran un tic nervioso y cuando no saben te recetan un antibiótico de amplio espectro y se quedan tan panchos.

Esta última vez que fui, además de las pruebas habituales y del resultado de siempre (negativo en todo), me había notado unos bultos en la espalda, a la altura de las lumbares. La doctora no hizo caso de los bultos, lo único que le preocupaba era la febrícula. Pero a mí mis bultos sí que me preocupan, ella dice que son de grasa y que lo extraño es que me duelan; yo insistí hasta que vino a visitarme un médico de cirugía que

coincidió en el diagnóstico con el de la doctora, pequeñas bolitas de grasa, también le extrañó que me doliera pues los bultitos de grasa ni molestan ni duelen. Vamos que si son eso, porque nadie los ha analizado, extirparlos no merece la pena. Me han dicho que si siguen molestando que vuelva y que ya miraremos otras cosas. No entiendo por qué no lo miran si yo ya me quejo.

El caso es que después de tirarme toda la mañana en el Hospital de Día me envían a casa igual que como vine y, lo que es peor, sin saber qué tengo y por tanto con las mismas preocupaciones. Sigo con mi febrícula y con mis bultitos y sin saber a qué es debido. Es lo que más ansiedad crea: no encontrarte bien y que los médicos tampoco encuentran nada.

Tengo que decir que esta vez la doctora no me recetó el típico antibiótico, pues ella no es partidaria de recetar nada si no se sabe lo que hay, opinión que comparto y agradezco.

Yo ya sé que esta enfermedad es la de la paciencia, que es muy joven y que los médicos muchas veces no saben. Pero es que habría que hacer otras pruebas. Quizás esta febrícula sea debida a los fármacos, que son muy nuevos, fuertes y no están del todo estudiados. Una febrícula tan continua también podría ser debida a una tuberculosis ganglionar puesto que en las placas no aparece nada.

Quizás los bultitos de grasa también sean debidos a los fármacos. Se sabe que si tomas indinavir las grasas son difíciles de asimilar, por tanto no es descabellado pensar que a la larga se puedan acumular las grasas en diferentes zonas del cuerpo. Lo que sí

es cierto es que a mí no me han hecho todas las pruebas que se podrían hacer para averiguar qué ocurre.

Creo que la gente seropositiva tenemos que tener clarísimo que a los médicos hay que insistirles una y otra vez cuando no nos encontramos bien. No te canses, si das la lata acaban haciéndote caso. Yo ya lo hago. ■

MILI GARCÍA

ILUSTRACIÓN: ISMAEL CARRILLO



Yo no necesito más

José Antonio es un interno recién liberado. Vivió casi 8 años en la cárcel, de la que salió por el Artículo de enfermedad incurable. Ahora tiene una tuberculosis multirresistente, con un hígado bastante comido. Ha mostrado a la justicia que ni él ni su mujer han consumido drogas durante por lo menos los dos últimos años. Han recuperado a sus hijas, aunque ahora mismo viven con su abuela por la tuberculosis. De momento, cobra 45.000 ptas. al mes por la salida de la cárcel, y espera poder recibir la pensión de invalidez (el proceso tarda un poco). Ha reflexionado mucho sobre su vida, el tema del caballo, etc. Siempre ha sido un luchador, y no ha tenido ningún problema con la justicia desde su liberación.

!Ya se acabó!

No todo puede durar eternamente, y menos si ese todo nos hace sentir sentimientos desconocidos, que nos afectan directamente al corazón, ya sea para bien o para mal.

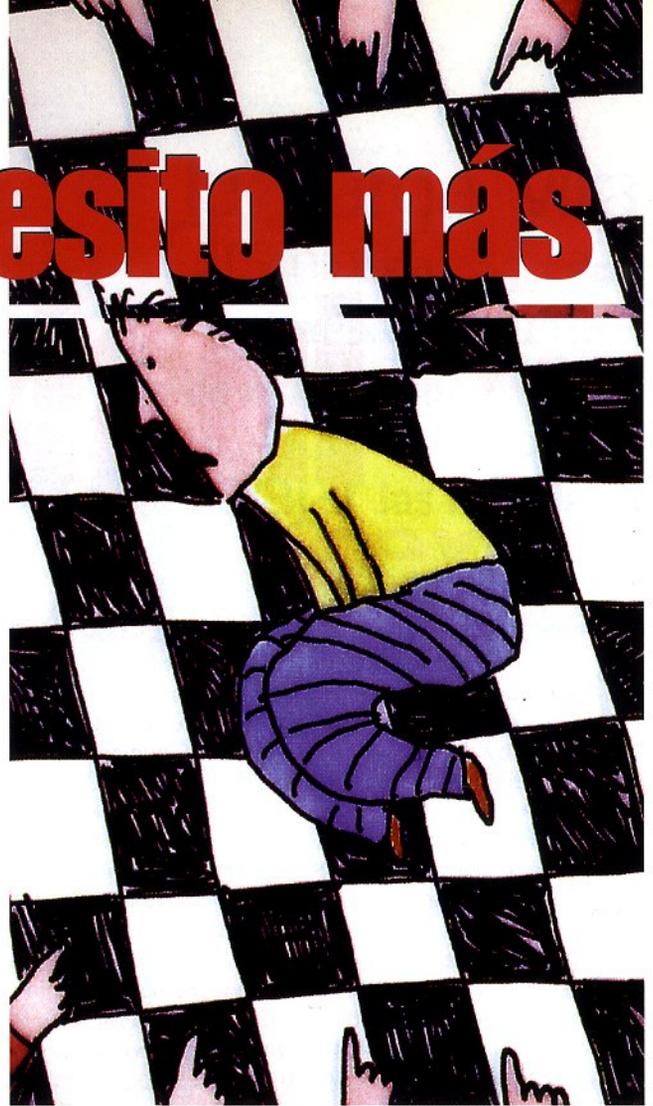
...Y solo me siento sólo (valga la redundancia) un poco triste, pero la sensación principal es la soledad; no la soledad común y corriente a la que se está acostumbrado. El que no ha tenido más remedio que hacerlo por las circunstancias de la vida sabe que es una soledad, más intensa, más profunda, más sola.

Nunca pensé en llegar a las Navidades del 97-98; pero me nos aún, de esta manera. Es algo casi siniestro y premeditado; si no fuera por el destino (¿no existe?), llegaría a pensar en que estas circunstancias no es que sean producto de la casualidad, sino de la causalidad (ya se sabe, toda causa tiene su efecto).

No se puede estar estrellándose uno continuamente contra las paredes y los muros. Ellos están ahí, son inamovibles, y uno por el contrario es débil; y la vida, que es muy extraña, en vez de endurecerme con el tiempo y las experiencias vividas, me ha ido poco a poco reblandeciendo; y el dolor y el sufrimiento se siente (lo siento) y me afecta sobremedida; más de lo deseable en un momento de mi vida en que, aunque sólo sea por cansancio, odio el dolor y odio el sufrir.

No me voy con rencor; no me marchó con ira ni con odio hacia nadie. Sé bien que somos cada uno quienes nos forjamos nuestra vida con su correspondiente final; lo único que me pone triste es pensar lo sufrido en esta vida y su penoso ocaso, cuando se ha intentado vivir con dignidad sincera y sin hacer daño a nadie. Pero supongamos que, como muy bien dicen, "la vida es muy dura" (aunque según mi modo de pensar; debería existir un adjetivo más propicio para calificar su difícil transcurrir).

No quiero volver a empezarlo de nuevo, no quiero volver a soñar con quimeras inalcanzables, no quiero volver a pensar en una felicidad que nunca se hizo para mí; tampoco me considero desgraciado por no haber tenido acceso a esa felicidad; tampoco me siento otra cosa que solo, muy solo; como casi siempre ha sido.



Yo no necesito más

"Yo no necesito más que un "petardo" p'al camino, a donde voy no te piden papeles ni utensilios..."

-ni en mi despedida,

Y que nadie lllore por mi vida,

que ya no es vida,

que ya no es nada.

¡Tan sólo, que a donde voy, no necesito nada!

"... Y no necesito más que un "petardo" p'al camino, a donde voy ya no se anda con sigilo"

Dejaré entornado cuando me vaya

pues sé que no habrá quejidos,

ni lamentos,

ni suspiros.

¡Quiero gritar que he soltado la mala carga!

"... Y no necesito más que un "petardo" p'al camino por lo que venga detrás n'abrará sufrío"

No miraré hacia atrás,

ya nada importará,

Ya nada quedará.

¡Sólo los demás sufrirán... y disfrutarán!

"... Y no necesito más que un "petardo" p'al camino, y que a nadie una lágrima se l'aya caído..."

J. A. P. S.
l'Hospitalet
Barcelona 21-12-97

Tratamiento Condicional

Hay cuestiones que resultan realmente inquietantes. Me comentaban que habían médicos con la opinión de que ofrecer los nuevos fármacos para las personas toxicómanas seropositivas en activo tendría que ser suprimido. Me sentí alterada, escandalizada y decepcionada. ¿Cómo se puede plantear esto? Creo que todas las personas tienen el mismo derecho a acceder a este tratamiento; la responsabilidad de tomar adecuadamente la medicación está en cada uno de nosotros. ¿Cómo se puede sugerir el eliminar la oportunidad de combatir a un enemigo tan poderoso? En esta guerra que hemos iniciado por la supervivencia estamos todos invitados a participar directa o indirectamente. No creo que se pueda decir que concierne solamente a determinados "círculos" de personas. No, no lo creo.

¿Quién tiene el poder de negar la única arma que tenemos para combatir el VIH/SIDA? Las personas que se atreven a tener estos criterios tan radicales tendrían que profundizar en su interior e intentar encontrar actitudes de humanidad, utilizándolas por medio de las posibilidades que tienen para ayudar, no para discriminar.

Expongo este tema desde el dolor y la rabia que me produce saber que existen algunos profesionales del mundo de la medicina que se cuestionan el poder ofrecer la única solución que tenemos en estos momentos a nuestro alcance. Si viesen los resultados positivos que se están obteniendo en prisión, si viesen la cantidad de mujeres que han pasado a tener la carga viral indetectable y los índices T4 y T8 más normales, si viesen las mujeres que estaban preparando el testamento de sus hijos y hoy en día están organizando su futuro con nuevas ilusiones; mujeres que han dejado de consumir drogas gracias a que la triple combinación les ha dado una nueva esperanza de vida; si realmente viesen el problema desde el interior y valorasen más las cosas positivas que existen, creo que no llegarían a determinaciones tan espeluznantes como decidir a quien se le debe suministrar esta medicación.

Cualquier persona seropositiva, diabética, etc; tiene la opción de decidir sobre su vida y en su conciencia está el hacer uso de los medios que dispone para tratar eficazmente su enfermedad. ¿Quién tiene derecho a decidir por los demás?

Una de las cuestiones por las que se ha llegado a plantear no beneficiar a las personas toxicómanas que no hacen uso continuado de la medicación es el valor económico de la misma. Creo que es mucho más importante el valor humano y sobre todo, la vida, que el coste de unos medicamentos; lo que si encuentro horroroso es que haya presupuestos altísimos para construir armamento y que sea una polémica bastante difícil de ganar.

Considero inhumano que en algunos lugares no se estén beneficiando todas las personas seropositivas debido al coste de la misma. El aspecto anterior es un malgasto de energías, hacer este tipo de comentarios crueles; si estuviesen bien enfocadas ayudarían a muchas personas en el mundo a combatir su enfermedad.

Las sociedades mundiales flotan sobre el valor económico de las cosas. Me planteo ¿Cuánto vale mi vida al Estado? Me duele entender que hay condiciones personales que condicionan el precio de un medicamento para mí. Por otro lado, me resulta aliviante saber que hay muchos profesionales que no son de esta opinión y ofrecen su apoyo a todas las personas afectadas por el virus.

Aquí, hay mujeres de todo tipo. ¿No será un delito igualmente penado por impedir dar una medicación, con lo que se está invitando a la muerte? Nadie puede decidir a quién le concede la vida y a quién no.

Caemos en el error, las personas que estamos en los "círculos de mayor riesgo", de comentar cuando nos comunican que somos seropositivas: "lo esperaba"; "es normal con la vida que he llevado"; e intenta-

mos asumir con rapidez el habernos contagiado. En cambio, personas que no pertenecen a estos "círculos" caen en extremos de creer que es imposible y crean una psicosis en torno al tema, se cuidan en exceso, ocultan su estado a personas que les quieren, etc... No creo que ninguna de las dos posturas sea adecuada. Esta es una enfermedad que no tiene en cuenta la clase social a la que se pertenece, ni llama a la puerta y pregunta cómo te llamas, sólo le interesa si eres un ser humano y te late el corazón: en este grupo entramos tod@s. Tú y tod@s. No queda nadie exento.

Por eso quiero añadir que una de nuestras armas está en la química. La química puede significar vida y la vida es un derecho que tenemos todos. Queremos seguir adelante con muchas ganas de vivir y que llegará un momento en que esta lucha tendrá un fin, porque se habrá encontrado una solución, y entonces, quizá, sonriamos tod@s junt@s con suspiros de alivio y gritos de victoria. ■

I.G.
Centro Penitenciario de Mujeres
de Barcelona.

ILUSTRACIÓN: ISMAEL CARRILLO



Bristol  -Myers Squibb

"Nuestro nombre
dice mucho
de nosotros"

Líderes
en la
investigación
del
VIH



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

OPIN@

OPIN@

OPIN@

Encontré vuestra revista en la Unión Estatal de Enfermos de SIDA y quiero comentaros algunas cosas. Yo doy mucha importancia a la alimentación, también me preocupa el tema de la sexualidad para digamos gente "normalita" y todo lo relacionado con las pensiones. Los zumitos, las carnes, las leches tratadas, etc., cuestan dinero, y si te encuentras en paro, con pocas fuerzas para trabajar y sin otros ingresos...

Yo leo "¡a comer!" de cabo a rabo y me he dado cuenta que muchos de los alimentos que como con asiduidad no me convienen. Por ejemplo, tomaba grasas para engordar, pero ahora sé que no lo hacía correctamente y me he quedado a cuadros.

Por supuesto he aprendido con vuestra revista pero os pido que sea más real, porque en el fondo todos somos personas muy normales: quiero un vocabulario más sencillo (¡me pesa el diccionario!).

C. C. (Madrid)



Hola. He tenido la suerte de leer vuestra revista y la verdad es que me ha gustado mucho y también me ha ayudado bastante.

Tengo una hermana pequeña adoptada (tiene 10 años) que nació con anticuerpos. Por ahora le va muy bien la medicación que toma (ddl, d4T y ritonavir) y apenas ha tenido problemas médicos a lo largo de su vida.

A mí me interesa mucho el tema del SIDA y leo todo lo que cae en mis manos: libros, revistas, artículos... sobre el tema. Me interesa tanto que el año que viene voy a realizar (si todo sale como yo quiero) las prácticas de Psicología, pues estoy acabando ya la carrera, en un Comité Anti-SIDA que hay en Valencia. Vuestra revista la conseguí en el local del colectivo LAMBDA de Valencia, pero no siempre puedo ir a por ella, pues está bastante lejos de mi casa o de la Facultad que es por donde yo me muevo.

Sin más, me despido. Un beso y un abrazo para vosotros y mis más sinceros deseos de que todo os vaya bien y de que sigáis realizando esta fantástica revista. Se necesita más gente como vosotros. ¡Hasta Pronto!

N. S. (Valencia)

Querid@s lectores/as,

abrimos esta nueva página para dar cabida a vuestras ideas, dudas, críticas, opiniones, consultas.

Puedes escribirnos a

Lo+Positivo Pi, 10, 1o. 2a., 08002 Barcelona; enviarnos un fax al 934120083; o mandar un mensaje a nuestro e-mail: gtt@foro-vih.org

¡Enhorabuena! Al fin una revista española que trata del VIH. Llevo viviendo desde hace 9 años en Londres y el número de publicaciones y grupos de apoyo para gente que vive con el virus es enorme. Mi novio (inglés) fue diagnosticado positivo hace un año y trabaja como voluntario para el Terence Higgins Trust (THT), por ello yo conozco vuestra revista. Él la trajo a casa.

Me alegro muchísimo de que al fin la gente en España empiece a abrir los ojos y no trate el tema del SIDA como tabú. Las veces que he ido a España en estos 9 años he encontrado ignorancia, rechazo y silencio cuando el tema sobre VIH ha surgido en conversaciones.

Quizás es por ello que España es el país con el número más alto de seropositivos de toda Europa. Todavía me da mucha rabia cuando hablo con españoles y me dicen que en España no es necesario usar condones. Gracias a los condones mi novio no me contagió durante los 8 años que llevamos juntos.

A pesar de ser seronegativo he estado envuelto en el tema desde hace años y lo seguiré estando ya que conozco muchas personas seropositivas, entre ellas mi novio y mi mejor amigo.

A lo mejor sería una buena idea escribir un artículo sobre parejas en las cuales un@ es negativ@ y el otr@ es positiv@. Yo estaría dispuesto a ayudaros, escribiendo sobre mi experiencia personal.

De nuevo os doy la enhorabuena por una revista que hacía falta desde hace tiempo.

A.C. (Londres)

glosario

Abstract:

Palabra inglesa que significa resumen de una presentación oficial en un Congreso. Para cualquier presentación en un congreso científico, sea oral o no, el comité del congreso tiene que recibir y aceptar un resumen de la comunicación previamente. Tal resumen se llama *abstract* y es la base del argumento de la presentación.

Ácido linoleico:

Ácido poco poliinsaturado esencial para el correcto funcionamiento de nuestro organismo. El ser humano sólo puede obtenerlo a través de la dieta. Uno de los alimentos más ricos en ácido linoleico es el aceite de oliva.

Ácido poliinsaturado:

Ácido graso de estructura compleja. Un ácido graso es una cadena larga de átomos de carbono insoluble en el agua. Los ácidos grasos pueden ser saturados. Su estructura es sencilla y su función primordial es energética y de formación de grasa. Los ácidos poliinsaturados poseen una estructura más compleja y su función es de tipo estructural, modulador, precursor de señales químicas y moléculas complejas como las prostaglandinas, los anticuerpos.

Caquexia:

Usamos el término en sentido amplio, alternándolo con pérdida aguda de peso, *wasting* y/o anorexia. Clínicamente, es una pérdida involuntaria de más del 10% del peso del cuerpo en menos de 30 días. Se puede acompañar por una debilidad crónica o diarrea en la ausencia de una infección oportunista más específica.

Células Langerhans:

Células estrelladas de la epidermis.

Células NK:

Un linfocito no de la familia B o T. Atacan y matan a células tumorigénicas y protegen contra un abanico amplio de microbios infecciosos. No necesitan mensajes de otros agentes para empezar sus ataques.

Diatermia de asa:

Un tipo de electrocoagulación para el tratamiento de la neoplasia intraepitelial.

Eritemas (multiforme):

Inflamación o enrojecimiento de la piel o las membranas mucosas. La inflamación puede ser caracterizada por lesiones vesiculares o papulares. Una versión severa es el Síndrome Stevens-Johnson, asociado como posible efecto secundario de nevirapina. Cada vez más, los problemas en la piel son el efecto adverso común de muchos fármacos, incluyendo los nuevos Sustiva, 1592 y Amprenavir.

Erradicación:

La teoría seguida por algunos médicos y pacientes que define el virus como totalmente eliminable, a través de unos años de tratamientos antirretrovirales altamente activos (TAAA).

Fenotipo:

Las características físicas de un organismo, afectado por el genotipo y el ambiente.

Gen:

Material hereditario compuesto de ADN representando una parte de un cromosoma.

Genotipo:

La composición genética de un organismo.

Linfocitos quiescentes:

Linfocitos (principales células de defensa contra agresores específicos) en fase de reposo, a la espera de ser estimulados por un agresor y activarse para multiplicarse y actuar. Son uno de los "escondites" que el VIH utiliza para sobrevivir incluso a los tratamientos más agresivos.

Lipodistrofia:

Distribución y estructuración anómala del tejido graso, que se acumula o desaparece de su ubicación habitual. Puede ser hereditaria o adquirida. Efecto secundario recientemente descrito en personas que reciben tratamiento anti-VIH con IP.

Masa magra:

Porcentaje del cuerpo formado de músculo, que carece de grasa, cuyo peso es una manera eficaz de poder saber la calidad de tu peso (grasa vs músculo).

Molluscum (Contagiosum):

Una enfermedad de la piel y las membranas mucosas, causada por un poxvirus.

Nefrolitiasis:

Proceso caracterizado por la existencia de cálculos en el riñón (litiasis renal).

NFkB:

Factor regulador del interior de las células implicado en múltiples mecanismos tanto fisiológicos como patológicos del ciclo vital celular.

Pancreatitis:

Inflamación del páncreas caracterizada por dolor abdominal intenso. Puede ser efecto secundario adverso de algunos medicamentos.

Poster:

Una comunicación en un congreso que no es oral. El comité del congreso decide, en base a los abstracts, si la información se presenta oralmente o mejor, en forma de *poster*, donde literalmente, la información está colgada en un pared (normalmente de un metro x un metro). En los congresos grandes, la sala de los posters puede ser más grande que un campo de fútbol, con decenas de filas de paredes de donde cuelgan los *posters*. En el último congreso de Chicago, por ejemplo, los posters eran mucho más informativos que las presentaciones orales.

Sistema hepático:

El que el cuerpo utiliza para depurar sustancias no deseadas. Un gran número de medicamentos se metaboliza por el citocromo P450 dentro de dicho sistema. Por ejemplo, si el P450 está inhibido por un fármaco, puede que otros fármacos tengan una concentración más alta en tu sangre. O viceversa, que si está activado, puede metabolizar otros fármacos más rápidamente.

TH (tetrahidrocanabinol):

El principal ingrediente de la marihuana, que juega un papel importante en sus efectos. Exactamente cuánto, no lo sabemos. Una versión sintética está disponible para estimular el apetito (se llama dronabinol).

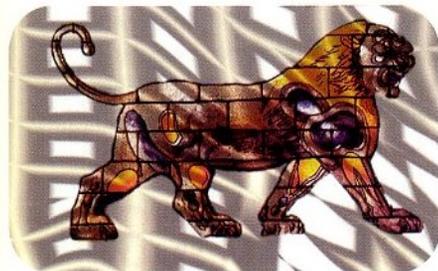
Tumor:

Bulto sin inflamación causado por un crecimiento anormal de células debido a la presencia de un organismo infeccioso. □

Lo + Negativo

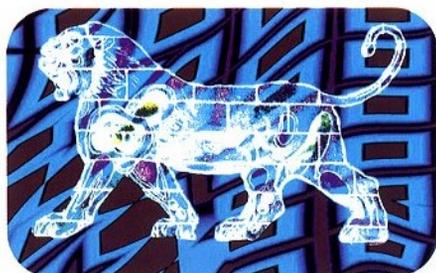
Voulez-vous coucher avec moi...?

El Grupo Europeo de Tratamientos del SIDA (EATG) ha realizado (con el patrocinio de Laboratorios Abbott) un sondeo paneuropeo sobre las actitudes de la gente de la calle hacia aquell@s que viven con el VIH/SIDA. La encuesta fue realizada por teléfono y preservando el anonimato de las 7.000 personas en Francia, Alemania, Italia, Los Países Bajos, España, Suiza y Gran Bretaña que respondieron a preguntas como:



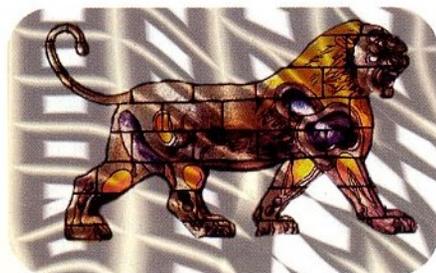
¿bebería del mismo vaso que ha utilizado una persona VIH+? o ¿practicaría sexo seguro con una persona VIH+?, además de otras relacionadas con el nivel de comprensión y conocimiento de temas relativos a opciones de tratamientos y/o problemas relacionados con éstos.

Lamentablemente, los resultados muestran que el "sentimiento nacional" hacia el VIH sigue estando marcado por la ignorancia y los prejuicios hacia las personas infectadas, a pesar de más de una década de campañas informativas sobre el VIH/SIDA en la mayoría de países europeos. Por ejemplo, casi la mitad de l@s europe@s (48% en España) prefieren pasar sed antes que beber de un vaso que haya sido utilizado por una persona con VIH y esta tendencia es aún más clara cuando se trata de tener una relación sexual segura (con preservativo) con una persona seropositiva: 52% de l@s entrevistad@s NO mantendrían sexo seguro sabiendo que la otra persona es VIH+. En Italia y Gran Bretaña esta cifra llega al 63% de l@s encuestad@s. El sondeo muestra, por otra parte, interesantes diferencias transnacionales en temas más relacionados con los problemas asociados a un diagnóstico VIH+ o con las opciones de tratamientos.



En el resumen de resultados (publicado en el número de invierno 1997/98 del *European AIDS Treatment News* -EATN, el boletín informativo de EATG-) se expresa la preocupación despertada por unos resultados claramente contradictorios, en los que un 82% de l@s encuestados cree que las personas seropositivas pueden vivir con normalidad al tiempo que manifiestan su rechazo a beber de su mismo vaso o practicar sexo seguro con alguien VIH+. Es obvio que no es posible llevar una vida "normal" en un medio social que margina en su mismo seno a las personas VIH+.

Parece, por tanto, que queda mucho por hacer en la vieja Europa a la hora de erradicar prejuicios e ignorancia en torno al tema VIH/SIDA y que, una vez más, adecuada información y formación es la única respuesta. □



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

Nombre:

Dirección:

Apellidos:

Localidad:

Código postal:

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:

Dirección:

Agencia:

Código y población:

Nº de cuenta (20 dígitos) _____

Fecha:

Firma

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

¿Cómo has conocido la revista?

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

Selección de temas:

Contenidos:

Diseño:

En general:

Desde tu punto de vista, ¿qué temas faltan?

¿Y qué temas sobran?

¿Qué sección o artículo te ha interesado más?

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

Recorta y envíanos esta breve encuesta a

GTT C/ Pi, 10 1º 2ª
08002 Barcelona

RESPONDENOS Y VERÁS

Lo+Negativo

Publicidad engañosa

Carlos Alberto Biendicho, secretario general de la Fundación AntiSIDA de Aragón (FASA), ha presentado una denuncia penal en el juzgado nº 2 de Zaragoza (en curso en estos momentos) contra ASISA (Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros) por "publicidad fraudulenta".

El origen de la denuncia es el spot televisivo de ASISA, en el que se menciona la existencia del cáncer y del SIDA diciendo "...ojalá que no existieran, pero mientras tanto, ASISA ofrece su asistencia médica". Al ver el anuncio, Carlos, seropositivo, activista del VIH y veterano en estas lides, se presentó en la delegación de ASISA en Zaragoza e intentó concertar una póliza de seguros con la susodicha entidad. La respuesta de ASISA, tanto en la sede aragonesa como en la central madrileña (que Carlos contactó telefónicamente), fue inequívoca: no concertan pólizas con personas afectadas por el VIH/SIDA.

La Fundación AntiSIDA de España, FASE, ha apoyado la denuncia de FASA y la ha remitido a la Unión de Consumidores de España. Seguiremos el curso de los acontecimientos, pero entre tanto, el anuncio, estilo "que dulce es saber que estamos seguros con ASISA, que nos cuida aunque tengamos SIDA", sigue apareciendo diariamente en nuestros televisores. ¿Conseguirá esta denuncia hacer bueno el dicho popular de que "por la boca muere el pez"? □

Memorias de África

Wall Street Journal (28/10/97). Marcia Angell

En un comentario en el Wall Street Journal, la Editora Ejecutiva del *New England Journal of Medicine* Marcia Angell defiende sus críticas contra los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y el Instituto Nacional de Salud de EEUU por patrocinar ensayos dobles de AZT con placebo entre mujeres embarazadas con VIH. Angell afirma que los contraargumentos del CDC y del NIH no le han convencido de que dichos ensayos sean éticos. También sigue sosteniendo la comparación entre esos ensayos y el estudio Tuskegee sobre la sífilis [en el que hombres afroamericanos infectados con sífilis no recibieron tratamiento alguno para que los investigadores pudieran observar la evolución de la enfermedad]. A pesar de que las mujeres de los ensayos africanos dan su consentimiento informado antes de participar, Angell afirma que el consentimiento no convierte automáticamente un estudio en algo ético. Es más, no resulta necesario desde un punto de vista científico el comparar regímenes con AZT de corto alcance con placebo dado que los investigadores ya poseen una buena comprensión de la transmisión del VIH entre mujeres no tratadas. El argumento por el que ninguna de las mujeres africanas hubiera recibido AZT si no hubieran participado en esta prueba es el mismo utilizado anteriormente para defender el estudio Tuskegee, prosigue Angell. Añade que ni siquiera las declaraciones de los funcionarios y médicos africanos afirmando que los estudios eran éticos hacen que éstos lo sean. □

Fe de Erratas:

En el artículo "Absórbeme otra vez" que publicamos en el número 3, donde aparecen descritas las interacciones de Indinavir con otros fármacos, se produjo una inversión de medicamentos. Lo correcto es: "El ketoconazol aumenta las concentraciones plasmáticas de indinavir. Es necesario reducir la dosis de indinavir cuando se administra conjuntamente con ketoconazol. La rifampicina podría reducir significativamente las concentraciones plasmáticas de Indinavir; por lo tanto, no se recomienda su coadministración".

También, en el artículo "Franja naranja" de la sección Lo+Negativo aparecieron los colores en el sitio incorrecto. Debería haber sido: "Esta situación ha llevado a la OMS a colocar a España en la franja naranja de la pandemia, sólo un escalón previo a la máxima puntuación: la franja roja" y no al revés como se publicó.

Finalmente, el comentario a las recetas lo firma siempre **Pilar Zubiaga**, cuyo nombre no apareció publicado.

Albacete: Alvas 967.508860 **Algeciras:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 956.634828 **Alicante:** Colectivo de Gays y Lesbianas 965.209769 Acospa Asociación Ciudadana contra el SIDA 965.923939 **Almería:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 950.254192 **Badajoz:** Plataforma por la Diversidad de Extremadura 924.259358 **Barcelona:** Actua 93.4185000 Coordinadora Gai-Lesbiana 93.3097997 ACAS Catalunya 93.3170505 **Benidorm:** AMIGOS 966.804444 **Bilbao:** Gays por la Salud T-4 94.4221240 **Burgos:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 947.240277 **Cáceres:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 927.227613 **Cádiz:** Asociación



Anti-SIDA 956.252981 **Cartagena:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 968.521841 **Castellón:** Centro de Información y Prevención del SIDA 964.239922 **Córdoba:** COLEGA-Colectivo de Lesbianas y Gays 957.485917 Asociación para la Prevención y Solidaridad del SIDA 957.430392 **Gijón:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 985.338832 **Girona:** ACAS 972.219282 **Granada:** NOS Asociación Andaluza de Gays y Lesbianas 958.200602 Comité Ciudadano Anti-SIDA 958.521352 **Gran Canarias:** Amigos contra el SIDA 928.764849 AIDAS 928.291684 **La Coruña:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 981.226167 **La Línea:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 956.176090 **León:** Comité Ciudadano Anti-SIDA 987.235634 Asociación Caracol **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 Fundación Anti-SIDA de España 900111000 **Málaga:** Asociación Ciudadana Anti-SIDA

Horario: Desde las 18 h. hasta 22 h.

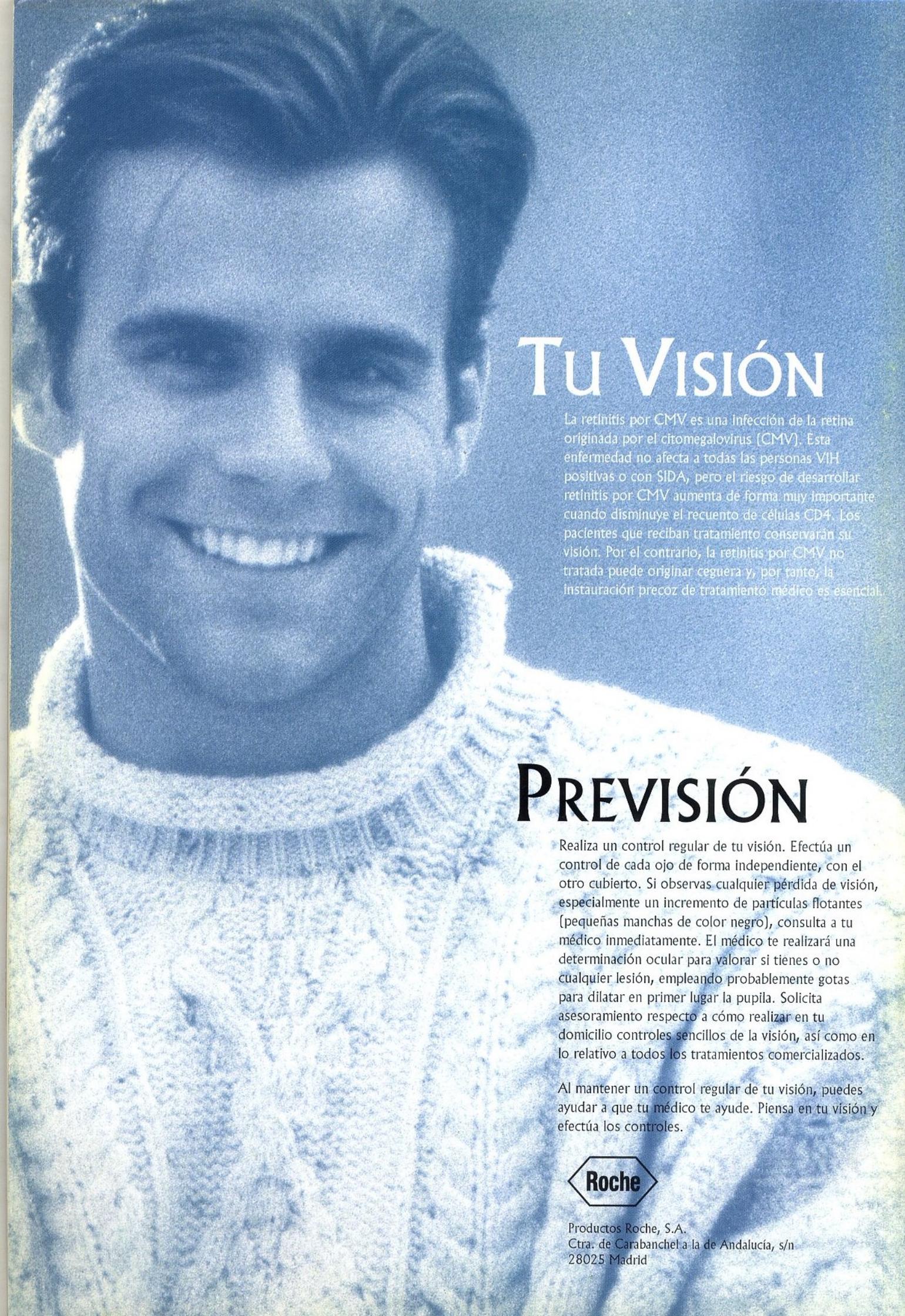
900
ROSA
601
601

El teléfono para gays y lesbianas

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 Asociación Anti-SIDA Harri Beltza Oiartzun 943.493544 **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:** UNAPRO 922.259654 **Valencia:** Col·lectiu Lambda de Gais i Lesbianes 96.3912084 AVA-

COS 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 ■

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



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 reciben 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