

# LO + POSITIVO

Núm. 17 • PRIMAVERA 2001

PUBLICACIÓN GRATUITA SOBRE LA INFECCIÓN POR VIH



# DENTRO

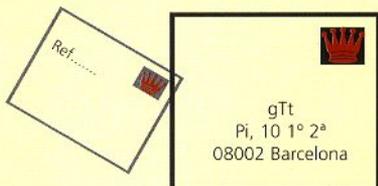
[a la sombra]

PRIMAVERA  
2001

# CONTACTO

Para contestar a los contactos necesitamos vuestra respuesta en un sobre en blanco con suficiente franqueo (¡consultad con  Correos!) y el N° de REF escrito a lápiz (con o sin vuestro remite).

Ref..... 



La metéis en otro sobre que mandáis a :  
gTt c/ del Pi, 10 1º 2ª 08002 Barcelona

Nosotr@s añadiremos a vuestro sobre la dirección de la persona con la que queréis contactar y lo depositaremos en correos. Gracias por colaborar y hasta la próxima.

## Referencia: 009

Me llamo Miguel, soy VIH+, de Granada y me gustaría conocer personas para amistad y amor. Estoy separado, tengo 35 años. Soy Cariñoso, honrado y me gusta la vida y la naturaleza.

## Referencia: 010

Barcelonés de 27 años, VIH+ desde hace 5 años, sin síntomas, busca similar para formar pareja estable. Barcelona y cercanías.

## Referencia: 011

Me llamo Miguel, soy VIH+ de 45 años, vivo en Granada aunque soy canario y busco chica con fin amistoso. Me gusta el fútbol, los amigos, charlar y la playa.

## Referencia: 012

Chico de 27 años, VIH+ asintomático, moreno, ojos verdes, 1m 72, de Barcelona. Busca similares para formar pareja estable.

## Referencia: 013

Soy un chico de 33 años, gay y con VIH+. Me gustaría contactar con hombre para posible relación estable. Me gusta la lectura, montar a caballo. Soy atractivo, no he tomado drogas, ni soy afeminado; tampoco me atrae mucho la noche. Cantabria.

## Referencia: 014

Alegre, luchador y amante de los viajes por mar y tierra. Ofrezco cariño y calor a quien quiera recibirlos. Soy trabajador social, tengo 42 años y un montón de ganas de vivir la vida con mayor plenitud, si cabe, que la que ya viví hasta el momento. ¿Os/te animas a seguir conmigo este camino?

## Referencia: 015

A todos mis compañeros de Ave Fénix que sigan con el trabajo de la revista y en especial a la Dra. Julia, Dra. Mª José Álvarez, a Valentina, Milucha, Marcos, P.P Mejuto, Marcos Paso, Toni, Xano, David Frades, Miguel, Blady, Jaime, Mario, Fity, Julián. Un saludo muy grande. Mohamed Sadaki.

## Referencia: 016

Hombre heterosexual, de 33 años, solitario, busco relación con mujer, sin importar edad, preferiblemente que sea cariñosa y romántica. Me gustan los animales, la playa y el campo. Benidorm

## Referencia: 017

Soy una persona con orientación sexual normal, tengo 36 años, hace un año que sé que estoy infectado. Me gusta mucho el deporte, pero estoy un poco deprimido y no tengo ganas de hacer mucho. Me doy muchos paseos, soy muy sencillo y con buen corazón.

## Referencia: 018

Madrileño VIH+ de 40 años. Me gustaría conocer a señor varonil entre 40 y 45 años para compartir la vida, ya que no me gusta la soledad. Buena persona y serio pues en nuestro ambiente hay mucha falsedad. Si crees en el amor verdadero y quieres compartir tu vida con alguien, llámame o escríbeme.

## Referencia: 019

Soy Juan de 35 años VIH+. Me encantaría conocer a chica para compartir sentimientos, cariño y aficiones que nos gusten.

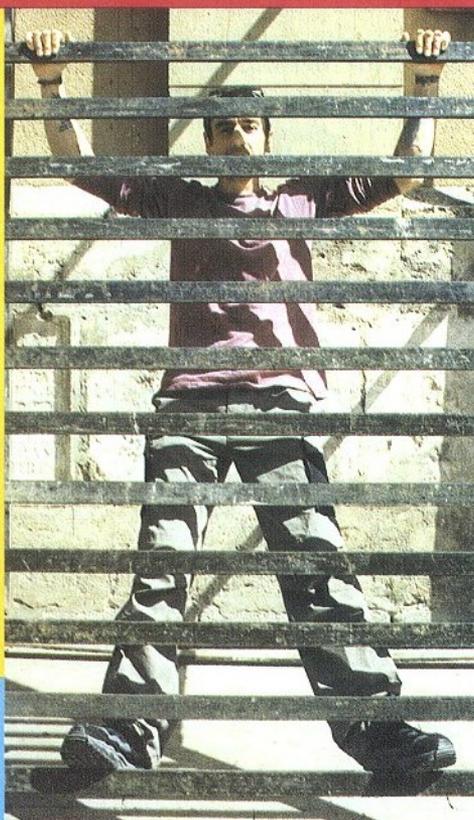
## Referencia: 020

Soy Manuel Padilla Foster, "Padilla" para los amigos. Soy VIH+ y estoy recluido en el Centro Penitenciario de Palma de Mallorca. Me gustaría mucho poder cartearme con alguien a quien le interese tener un buen amigo.

### **3 Editorial**

#### **OPINIÓN**

- 4 Meter la patente**
- 5 Condenad@s al ahorro**
- 7 Narcosalas**
- 8 L@s niñ@s**
- 9 Viene la cigüeña**
- 10 Panorama colombiano**
- 11 Yo ya soy libre**
- 12 Guía para orientarse**
- 14 Morir en el intento**



#### **EN PERSONA**

- 17 Dentro [a la sombra]**

**24**



#### **Abordaje**

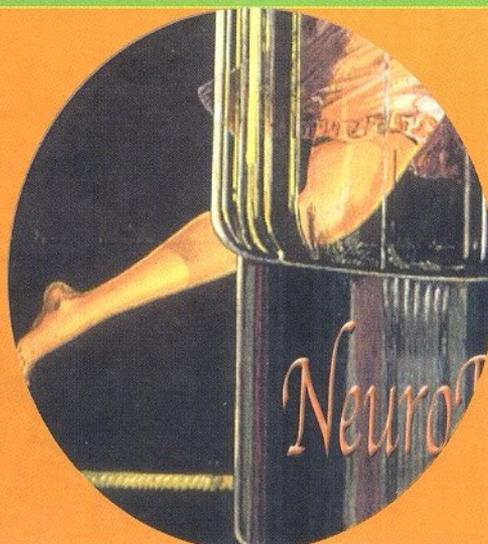


#### **CUIDARSE**

- 28 Para la diarrea**
- 31 No puedo dormir**
- 32 Con tus propias manos**
- 35 Cómo las tomo**

#### **CIENCIA**

- 36 Qué nivel**
- 38 Sensaciones fuertes**
- 40 Recomienda**
- 42 Noticias (del Día)**
- 44 Prevenir: la tuberculosis**
- 47 Mi dulce amiga**
- 48 Glosario**





Farma

***Soluciones***  
***Integrales de Salud***

**Trabajamos  
por un mundo sin  
VIH**

El equipo de LO+POSITIVO somos:

Georgina Fabrés  
Jaume Fabrés  
Xavier Franquet  
William Mejías  
Ángela Sanz  
Maite Suárez  
Joan Tallada  
M.º José Vázquez

En este número han colaborado:

Paul Cummings  
José Luis López  
Juanse Hernández  
Moisés Morales

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.

LO+POSITIVO es una revista GRATUITA: ¡nunca pagues por leerla! Quien desee contribuir a su mantenimiento, y francamente lo necesitamos, puede hacerlo a nombre de:

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

Redacción:

Carrer del Pi, 10, 1º 2.º  
08002 Barcelona.

Tf: +34 933 020 411

Fax: +34 933 173 832

E-mail: [gtt@wanadoo.es](mailto:gtt@wanadoo.es)

Web: [www.foro-vih.org/gtt](http://www.foro-vih.org/gtt)

Preimpresión:

Jesse & James Design, S.L.

Impresión:

CLM, S.L.

Depósito Legal: B-40431-97

Con el patrocinio de:

**Boehringer Ingelheim**  
**Bristol-Myers Squibb**  
**Chiron Iberia**  
**Gilead Sciences**  
**GlaxoSmithKline**  
**Merck Sharp & Dohme**  
**Productos Roche**

Con la colaboración de:

• **Ajuntament de Barcelona**

Àrea de Serveis Personals

• **Diputació de Barcelona**

Salut Pública i Acció Social

• **Generalitat de Catalunya**

Departament de Sanitat i Seguretat Social

Programa de Drogodependències i SIDA

• **Ministerio de Sanidad y Consumo**

Plan Nacional sobre el SIDA

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

**La información científica tiene una validez de tres meses.**

## Disciplina y salud

La salud, y hasta la vida, son valores que pueden o suelen entrar en conflicto con la disciplina y la seguridad, por lo que aquéllos pasan a un segundo plano, es más: quedan supeditados jerárquicamente a éstos. Sólo cuando el orden y el control se garantizan, pueden tomarse en consideración, si se quiere, otros aspectos.

No pretendemos cuestionar aquí el actual sistema penitenciario, aunque haya razones sólidas para hacerlo. Sólo llamamos la atención sobre que tanto la prevención de la transmisión del VIH como la asistencia a personas seropositivas internas han sufrido graves deficiencias, con los resultados que tod@s conocemos: mayor índice de casos y peor pronóstico de supervivencia.

Existen aproximaciones y experiencias más eficaces, pero su implantación requiere coraje político, capacidad para ganarse la complacencia de los diversos agentes involucrados y movilización de recursos. Sólo así se podría extender a toda España programas piloto de intercambio de jeringuillas como el del centro de Basauri en el País Vasco o acercar en todo lo posible el trato dentro al estándar de cuidados fuera.

También sería necesario romper la falsa percepción de que dentro y fuera son compartimentos estancos. Las personas que entran en un centro penitenciario, también salen de él, y algun@s vuelven a entrar y a salir, incluso muchas veces. Mientras están dentro, mantienen contactos con el exterior y relaciones sexuales en las visitas vis a vis. Por ello es clave que la asistencia sea continuada y coherente entre lo que se recibe dentro y lo que se puede conseguir fuera.

Las estrategias de atención, sea cual fuere el ámbito de actuación, han de desligar la garantía de la salud y de la vida de los principios de control y reforma moral, cualquiera que sea la valoración que hagamos de éstos +

## Mirar al sur

A punto de entregar este número a imprenta hemos sabido que el gobierno de Sudáfrica y las compañías farmacéuticas han llegado a un acuerdo por el que las segundas han retirado su demanda contra el primero. El origen de esta acción judicial era una ley del ejecutivo de Pretoria que permite la fabricación o importación de antirretrovirales genéricos a un precio muy inferior al fijado por quienes detentan las patentes. La solidaridad internacional ha sido crucial para forzar una salida satisfactoria a esta cuestión.

Consideramos ésta una muy buena noticia, pero debemos recordar que, aun siendo un gran paso adelante, seguimos muy lejos de una solución global al grave problema del VIH en África y otras áreas del mundo en vías de desarrollo.

Disponer de los antirretrovirales no va a ser suficiente: hace falta hacerlos llegar a quien los necesita, educarle y apoyarle en la adhesión, reducir el estigma que le rodea, proporcionarle ayuda para otras necesidades básicas; hay que formar a profesionales de la salud especializad@s, crear una infraestructura que abarque extensas zonas geográficas, adquirir instrumentos de pruebas diagnósticas (carga viral, CD4, tests de resistencia), saberlos utilizar e interpretar sus resultados; hay que combatir otras enfermedades concomitantes, como la malaria, el dengue o la tuberculosis. Y un largo etcétera.

La tremenda respuesta a la llamada de solidaridad mundial quedaría en un triunfo más simbólico que real si ahora nos olvidáramos de reclamar a nuestros gobiernos, a los organismos internacionales (Naciones Unidas, el Banco Mundial, el FMI) y a los Estados afectados que deben implicarse en una estrategia común para abordar desde todos sus ángulos el devastador impacto del VIH en aquellas partes del planeta con mucho menor acceso a la riqueza mundial +

# Meter la patente

## La "Gran Farma" pleitea[ba] contra Sudáfrica

**E**n África viven tres cuartas partes de las personas con VIH del planeta. Muchas de sus naciones se enfrentan a una crisis insólita de salud pública que junto con las enfermedades endémicas, la pobreza y la exclusión económica las castiga fuertemente. De seguir así, la inmensa mayoría de personas VIH+ morirá sin haber visto un tratamiento antirretroviral. Mientras, instituciones, organizaciones humanitarias y grupos de presión africanos e internacionales, lideran las negociaciones y campañas por el abaratamiento y el acceso universal a fármacos esenciales para la supervivencia de estos países.

El pasado 5 de marzo comenzaba en Pretoria, la vista de un juicio que podría hacer historia: 39 compañías farmacéuticas llevan a los tribunales al Gobierno de Sudáfrica y piden la derogación de una ley, según la cual el ministro de sanidad podría comprar de otros países copias genéricas baratas de los fármacos anti-VIH patentados o conceder a laboratorios domésticos licencia para fabricarlos, ignorando los derechos internacionales de propiedad intelectual.

### ¿A qué viene tanta patente?

La industria farmacéutica subraya que los altos precios y márgenes de beneficio son la contrapartida de las enormes inversiones en investigación y desarrollo (I+D). En su opinión, las patentes son un incentivo crucial para la continuidad del flujo inversor y por tanto, para obtener nuevos y mejores compuestos, e ignorarlas sería el fin de la investigación biomédica. Los países ricos garantizan el respeto a las patentes durante un período de 20 años. Sin embargo, los activistas aseguran que la "Gran Farma" falta a la verdad cuando habla de las "enormes inversiones en I+D", ya que no sólo se "olvida" de que varios agentes de la farmacopea antirretroviral se han descubierto con fondos públicos, sino también omite detallar los gastos destinados a las campañas de marketing que impulsarán sus productos en el competitivo mercado farmacéutico. Asimismo, arguyen que imponer las patentes al mundo pobre equivale a impedir a millones de personas el acceso a unos fármacos existentes pero inalcanzables. Como irónicamente señala el Washington Post del 25/02/01, [1] "crear incentivos generosos para la invención de fármacos nuevos e igualmente inaccesibles, no es exactamente una prioridad para estos países".

### La letra pequeña

Cuando en 1995 se firmó un acuerdo comercial global de adhesión progresiva al sistema "20 años por patente", las naciones más desfavorecidas consiguieron que se contemplara una excepción: si un país estuviera en una situación de emergencia nacional, podría conceder una licencia a un fabricante doméstico para que produjera genéricos más baratos o adquirirlos a través de otro país. Como deduce el Washington Post, "Dado que el mundo en desarrollo se encuentra en una situación de emergencia médica permanente a causa del SIDA ... esta excepción legal habría de permitir a estos países la

fabricación o importación extensa de medicamentos genéricos. La demanda contra Sudáfrica demuestra que la industria farmacéutica no ve las cosas de igual forma".

### Tengamos la globalización en paz...

Las organizaciones que lideran la campaña saben que el acceso a fármacos es sólo parte de lo que el mundo pobre necesita para cambiar el curso de la epidemia. Nadie olvida las ideas revisionistas del presidente sudafricano Tsabo Mbeki sobre la relación causal del VIH con el SIDA o con su hasta hace poco negativa a aceptar de la corporación fármacos contra la transmisión vertical para las mujeres VIH+ embarazadas. Aún así, en este caso los activistas apoyan a Sudáfrica, a sabiendas de que lo que suceda en estos días en Pretoria puede tener resonancias planetarias, para bien o para mal.

Las actuales ofertas a Sudáfrica de fabricantes de genéricos como Brasil o India son un ejemplo del tipo de mercado global que defienden estas organizaciones, pero también del posible "efecto expansivo" que horroriza a la Gran Farma. Sin embargo, y parafraseando al Washington Post, "el frágil apoyo a la globalización dependerá de que mostremos que los beneficios no se obtienen a expensas de la gente, lo que significa que no podemos permitir que los grupos de presión de las compañías dicten las políticas de salud del mundo en desarrollo".

### Por favor, retiren su demanda

En medio de la creciente presión internacional, las grandes compañías amplían sus donaciones millonarias de fármacos a países en desarrollo, pero continúan pleiteando contra los que amenazan con saltarse sus patentes. Algunas se descuelgan repentinamente con fabulosas revisiones de sus precios, ofreciendo descuentos tipo "un dólar por día de tratamiento" y aproximándose así a los precios de la competencia genérica. Mientras, se multiplican las peticiones a las compañías para que retiren la demanda y a los gobiernos occidentales para que ofrezcan un apoyo sin ambigüedades a Pretoria.

Por cierto, si bien Francia y Alemania se han solidarizado con el gobierno de Pretoria y han solicitado a las compañías que retiren la demanda, a la ínclita ministra Villalobos le ha faltado tiempo para hacer todo lo contrario y expresar su apoyo sin reservas a la industria farmacéutica y sus patentes.

¿Quién dice que todos los polític@s son iguales? +

### Última Hora

Al cierre de la edición de este número nos ha llegado la grata noticia de la retirada de la demanda por parte de las compañías. Aunque no es la solución al problema del SIDA en África es un gran paso adelante.

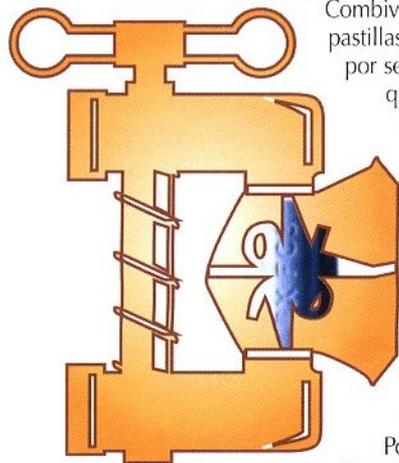
La solidaridad internacional no ha sido en balde.

¡Enhorabuena!

# Condenad@s al ahorro

**L**as personas VIH+ que cumplen condena en las cárceles dependientes de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias han visto agravada su situación respecto a otras personas VIH+ en libertad, después de que el pasado 16 de enero prohibieran a l@s médicos cursar peticiones de Combivir®, preparado que en una sola pastilla contiene dos análogos de nucleósido (3TC y AZT), y obligaran a usar las presentaciones por separado de los dos fármacos, es decir, Epivir y Retrovir.

La prohibición ha causado estupor y desánimo no tan sólo entre l@s afectad@s y la comunidad VIH en general, sino también en el mismo medio sanitario de prisiones. Según declaraciones de Isabel Corella, representante del Área de Salud de Instituciones Penitenciarias, la razón es, muy a su pesar, "económica": el precio de la pastilla de Combivir excede a la suma del precio de las pastillas correspondientes a ambos fármacos por separado. En este sentido, Corella afirmó que: «Es una medida que nos ha ido mal a l@s sanitari@s, pero estamos ahí y tenemos que superarlo.» Sin embargo, existen razones para no resignarse y pedir la rectificación de esta exclusión.



En primer lugar, el hecho de estar privad@ de libertad no debería presuponer un acceso a estándares distintos a los del resto de la población. La condena se paga con reclusión y no con salud.

Por otro lado, una de las tendencias en investigación es el desarrollo de nuevos fármacos y combinaciones cuya administración facilite una mejor adhesión. Existen experiencias que avalan que la simplificación del tratamiento redundará en un mejor cumplimiento. En el caso del VIH, los resultados de un estudio indican que con una adhesión alta del 90-95% sólo existe un 64% de probabilidades de éxito virológico (estar indetectable). A partir del 95% de adhesión, es decir, con menos del 5% de tomas olvidadas, la probabilidad asciende al 81%. Pero, por debajo del 70% de adhesión, sólo existe un 6% de probabilidades de éxito. Las personas que tomaban Combivir® han visto sustituida una de sus pastillas, a la que estaban ya acostumbradas, por otras diferentes con las que deben familiarizarse de nuevo, y han visto aumentados sus regímenes en dos o más pastillas diarias (sólo están disponibles presentaciones de AZT de 250mg o 100mg, mientras que Combivir® contienen 300mg). ¿Es ésta una política que fomente la adhesión?

Asimismo, hay que tener en cuenta que en los centros penitenciarios existe una gran movilidad; por lo tanto, nos preguntamos qué sucederá con aquell@s que ingresen en prisión a partir de ahora con regímenes que incluyen Combivir® y qué consecuencias tendrá en el éxito de su tratamiento.

Una estrategia de ahorro económico a corto plazo frente a un problema de salud pública revela una falta de comprensión de los mecanismos por los que se puede llegar a obtener un mejor control de la epidemia o simplemente una falta de voluntad política +

## ¡Ayúdanos a conocerte mejor!

Tu opinión cuenta. Responde.

### 1-Sexo

- Hombre  Mujer  
 Transgénero

### 2-Edad

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

### 3-Estatus VIH

- VIH+  VIH-  
 Desconocido

### 4-¿Sabes cómo adquiriste el VIH?

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

### 5-¿Tomas tratamiento antirretroviral?

- Sí  No

### 6-¿Tomas tratamientos complementarios o alternativos?

- Sí  No

### 7-¿En qué localidad/comunidad vives?

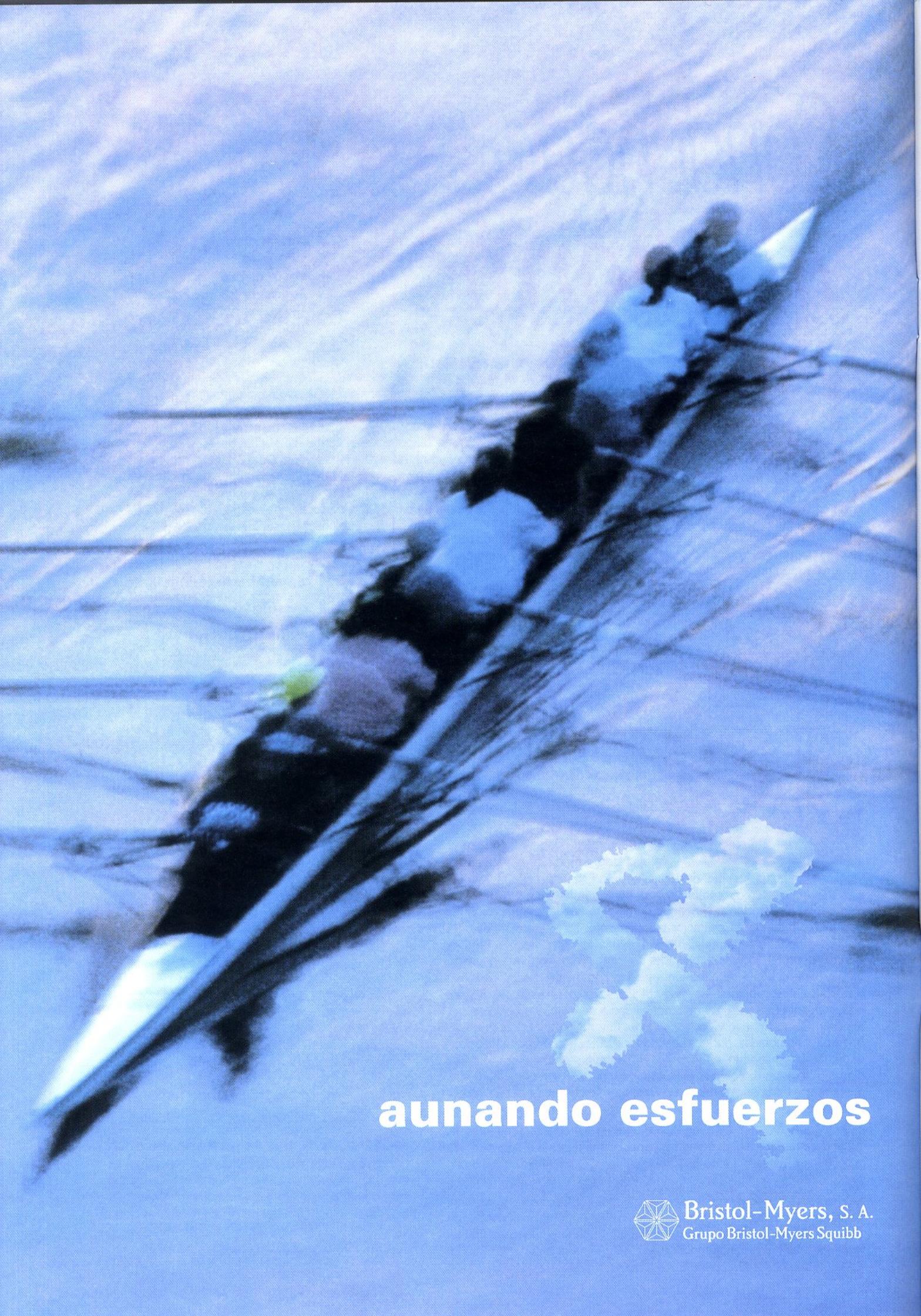
### 8-¿Dónde encontraste Lo+Positivo?

### 9-Valora Lo+Positivo de 1 a 10

- Contenido  
 Diseño  
 En general

### 10-¿Qué temas te han gustado más?

### 11-¿Qué temas te gustaría encontrar en los próximos números de Lo+Positivo?



**aunando esfuerzos**



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

# No a las narcosalas

**Ignacio García Mayoral, Presidente Asociación de Vecinos "Ahora", Madrid**

**L**a asociación de vecinos mostramos nuestro desacuerdo con las narcosalas, pero queremos dejar claro que no es por ir en contra del colectivo de toxicómanos, sino porque es una tapadera de las administraciones, es un parche para no entrar en la realidad del problema. A las administraciones no les importa el problema real; sí les importa la alarma social y los problemas políticos que les puede acarrear y por eso aparecen con soluciones mágicas, llenan los medios de comunicación de buenas ideas pero con la intención de parchear la situación.

Para avanzar en este campo, una de las primeras cuestiones es defender que la droga es una enfermedad y que hay que tratarla con todos los medios que nos permite la sociedad. La administración no lo dice claramente, pero crea guetos donde amontona a los toxicómanos, apartándolos de la vida cotidiana y dejándolos aislados.

Se crean las narcosalas para desviar la verdadera responsabilidad de las administraciones. Nosotros planteamos que exista en cada barrio una narcosala con un plan de actuación integral.

Con las narcosalas actuales, los toxicómanos tienen que seguir delinquiendo para obtener dinero y pagar al traficante, y luego eso sí, la administración les pone una habitación donde se

pueden inyectar sin ningún control de la sustancia; si el traficante le ha dado raticida, pues uno menos.

¿Dónde contempla este proyecto el enfoque sociocultural y psicossocial para prevenir, el sanitario, el judicial? ¿Dónde contempla los programas sociales con inversiones presupuestarias? ¿Dónde contempla el fomento de empleo juvenil como colectivo más cercano a ser caldo de cultivo para los traficantes? ¿Dónde están las ayudas, el seguimiento y apoyo social a las familias?

Decimos no a este parche y seguimos proponiendo un proyecto integral coordinado por todas las fuerzas políticas y sociales, y que se den pasos firmes, con la intención de conseguir las medidas jurídicas que permitan la legalización de las drogas, olvidar la hipocresía de fármacos camuflados y dispensar las sustancias reales que se necesiten.

Son las Instituciones Sanitarias las que deben realizar el control en cada barrio o ciudad. Como enfermedad tiene que estar recogida por la Seguridad Social abiertamente y con todos los medios a su alcance.

Es un problema de tod@s y por ello, aunque difícil y complicado, tod@s tenemos que avanzar en la prevención, curación, reinserción, leyes, etc. Sin engaños y sin parches +

## A favor de los programas terapéuticos con heroína

**L**a coordinadora de entidades de atención a usuari@s de drogas considera que los anunciados programas terapéuticos de heroína –suministro de heroína a personas que han fracasado en los programas de metadona– permitirán una mejora en la calidad de vida de un colectivo que hasta ahora estaba al margen de la red asistencial.

La Unión Española de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD), considera que las ONG deberán participar en el diseño y evaluación de los programas terapéuticos con heroína. UNAD recuerda que un altísimo porcentaje de l@s heroinóman@s han participado o participan en programas terapéuticos de estas entidades, que son, además, las que tienen un mayor conocimiento de este colectivo.

Los programas terapéuticos con heroína autorizados por el Plan Nacional Sobre Drogas están pensados para usuari@s de heroína con un amplio historial de fracasos en su proceso terapéutico. Las ONG son depositarias del mayor grado de conocimiento sobre este grupo, por lo que los programas que se pongan en marcha deberían contar con la participación, en su diseño, de estas entidades, las cuales deberían, así mismo, participar posteriormente en la evaluación de los mismos.

**Javier Martín, Departamento de Prensa de UNAD**

Es evidente que el papel de l@s científicos debe ser muy destacado, pero la UNAD recuerda que el tratamiento de las drogodependencias no es sólo un asunto médico-sanitario, sino que se trata de un problema que necesita una intervención bio-psico-social de carácter integral.

Por otra parte, UNAD considera que su implantación permitirá una mejora en la calidad de vida de un colectivo que, hasta el momento, estaba al margen de la red asistencial, ya que los programas existentes no se habían adecuados a sus necesidades; en este sentido, UNAD recuerda que estos programas no son una solución mágica a un problema, sino sólo una herramienta más para mejorar la calidad y variedad de alternativas terapéuticas puestas a disposición de l@s drogodependientes.

Por último, UNAD invita a l@s responsables de todas las comunidades autónomas a poner en marcha proyectos terapéuticos con heroína para ampliar y diversificar la red de recursos a los que pueden acceder l@s drogodependientes.

UNAD quiere recordar a aquell@s que rechazaron el programa de metadona cuando se empezó a plantear, que actualmente no lo cuestionan, y piensa que va a ocurrir lo mismo con el programa de heroína +



7



# ¿Qué pasa con las niñas?



**M**ás de la mitad de las adultas VIH+ en tratamiento antirretroviral sufre, en mayor o menor grado, cambios corporales (lipodistrofia) y/o metabólicos (elevación de colesterol y triglicéridos, resistencia a la insulina), sin que sepamos con certeza por qué aparecen tales cambios o cómo tratarlos. El aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular asociado a la permanencia de altos niveles de grasas en sangre es uno de los aspectos problemáticos de la infección por VIH y sus tratamientos. En este sentido, las opiniones de los expertos sobre cuándo tratar a las adultas VIH+ tienden a ser hoy en día menos agresivas y a retrasar el inicio de las terapias anti-VIH más de lo habitual en los últimos años.

Aunque éste no es exactamente el caso con las niñas VIH+, la evaluación de los potenciales efectos tóxicos de los antirretrovirales en la población pediátrica resulta particularmente importante, puesto que se espera que las niñas estén expuestas a estos medicamentos durante bastante más años que las adultas, años que, además, incluyen los de su crecimiento y desarrollo.

## Cambios metabólicos y corporales en niñas VIH+

Los datos sobre cambios corporales y/o metabólicos en niñas VIH+ son escasos, pero varios son los estudios clínicos e informes de casos que han registrado la aparición de anomalías metabólicas y corporales en la población VIH+ pediátrica, sugiriendo que las niñas no están libres de estas complicaciones. De acuerdo con algunos de estos datos, las niñas VIH+ en tratamiento pueden experimentar, posiblemente de forma menos severa, tanto la acumulación y/o la pérdida de grasa corporal que conocemos comúnmente como lipodistrofia como los aumentos de lípidos en sangre ampliamente reconocidos entre adultas VIH+ en tratamiento antirretroviral. En algunas niñas, los niveles de colesterol o triglicéridos registrados son lo bastante altos como para precisar intervenciones específicas. Además se ha visto que las niñas que sufren cambios corporales lipodistróficos podrían experimentar resistencia a la insulina, y que la expresión de tales cambios corporales podría asociarse a una mayor duración de la infección por VIH en sí misma y/o del tratamiento antirretroviral así como al proceso de maduración corporal del niño o niña.

El tratamiento de estas complicaciones tampoco está bien caracterizado en la población pediátrica. Ante niveles anormalmente elevados de lípidos en sangre, puede recomendarse tanto un ajuste dietético como la práctica regular de ejercicio físico adecuado al caso, así como cambios de tratamiento que excluyan aquellos fármacos más asociados a los aumentos de lípidos. Si estas intervenciones no disminuyen los niveles de lípidos, podría considerarse el uso de algún fármaco hipolipidemiante como pravastatina (de la familia de las estatinas), de forma muy controlada, puesto que la seguridad y eficacia de estos compuestos en niñas con VIH no se ha establecido y la experiencia al respecto se limita a niñas con hipercolesterolemias familiares.

## Disminución de la densidad ósea

El aumento de casos de osteopenia y osteonecrosis [VER GLOSARIO] como consecuencia de trastornos del metabolismo óseo en adultas VIH+ comenzó a evidenciarse hace ya algún tiempo, engrosando el abanico de anomalías metabólicas asociado a la enfermedad por VIH y sus tratamientos. En las niñas, empiezan a aflorar informes científicos que muestran cambios significativos en el contenido mineral de los huesos de la población VIH+ pediátrica, y tratan de encontrar las relaciones causales de este fenómeno con la propia infección por VIH, con el uso de fármacos anti-VIH o con la presencia de signos clínicos de lipodistrofia. Durante una conferencia científica sobre el VIH celebrada en febrero se presentaron los resultados de varios estudios que encontraron que la ocurrencia de cambios de la densidad de los huesos es común entre niñas VIH+. Según uno de ellos, las niñas infectadas por el VIH tienen menos masa mineral ósea que las niñas no VIH, una diferencia que, en las niñas de este estudio, aumentaba con el tiempo. En este caso, el uso de inhibidores de la proteasa (IP) no se asoció con la pérdida de densidad ósea de las niñas, aunque otro estudio mostró que el tratamiento con terapias antirretrovirales de gran actividad (TARGA), se asociaba significativamente con tal pérdida, y subrayó el riesgo de que estas niñas no alcanzaran su óptimo desarrollo óseo. Aunque son datos en sí mismos relevantes, el número de niñas con VIH pero sin tratamiento TARGA que participaron en estos estudios era muy bajo, lo que impide comparar a las niñas que sí tomaban tratamiento (la mayoría) con las que no lo hacían y valorar así el papel relativo de TARGA frente al de la infección por VIH en sí misma.

La investigación con niñas VIH+ presenta obstáculos añadidos específicos y suele ir por detrás de la de las mayores. Datos como los comentados habrían de contribuir a que los esfuerzos por conocer las causas, el alcance y las soluciones de estos efectos adversos de la infección por VIH y sus tratamientos incluyan también a las más pequeñas. +

**Fuente:**

*Pediatric HIV Care, HIV Treatment Bulletin Vol2 No3 Supplement.1*

[www.i-Base.org.uk](http://www.i-Base.org.uk)

*AIDS Treatment Update. NAM. February 2001 issue 98*

[www.aidsmap.com](http://www.aidsmap.com)



# ¡Que viene la cigüeña!

**L**as nuevas recomendaciones españolas para el uso de fármacos antirretrovirales (ARV) en mujeres VIH+ embarazadas acaban de salir. Se trata de un denso documento de cuarenta y cinco páginas en las que una docena de expert@s fundamenta y consensúa el marco de intervención adecuado para el tratamiento de ese creciente número de mujeres VIH+ que deciden tener hij@s.

En primer lugar, y basándose en el principio de que ninguna terapia considerada beneficiosa para la mujer debería ser excluida durante el embarazo a menos que existan efectos adversos para la madre o el bebé potencialmente superiores al beneficio para la madre, cabría decir que un embarazo no debería suponer la exclusión de ningún régimen terapéutico óptimo para la madre. En el caso de la infección por VIH, las recomendaciones entienden que: «Aunque raramente se van a plantear conflictos de interés entre la madre y el/la niño@, el principio general deberá ser tratar adecuadamente a la madre. De hecho, un adecuado control de la replicación viral en la madre es probablemente la mejor medida para disminuir el riesgo de transmisión vertical [de madre a hijo]».

Todavía no se dispone de información suficiente sobre los efectos de los fármacos para el feto durante el embarazo. En cualquier caso, la elección del tratamiento a seguir debería ser cuidadosamente individualizada y el/la médico ha de ofrecerte toda la información disponible al respecto. Incluso si decides no usar el tratamiento que el/ella cree que es el mejor en tu caso, tienes derecho a recibir la atención y el soporte adecuados a lo largo de tu embarazo.

El tratamiento de la infección por VIH se hace cada vez más complejo y personalizado, algo aún más evidente en el caso de las mujeres VIH+ embarazadas, donde a las consideraciones habituales hay que añadir las derivadas de la preservación de una nueva vida. Por ello, es absolutamente necesario dedicar una atención individualizada en cada caso, aunque para dar una idea global os ofrezco un extracto de los supuestos más comunes:

## 1. Cuando no has tenido tratamiento previo

La primera acción debería consistir en una evaluación de tu estado clínico, inmunológico y virológico, para luego proceder a la decisión sobre las mejores opciones de tratamiento, teniendo en cuenta que los factores que determinarán el inicio o no del mismo son iguales a los que se contemplan para cualquier otra mujer VIH+.

Si te encuentras en tu primer trimestre de embarazo y tu carga viral es detectable, quizás debas plantearte empezar a tomar una combinación triple o bien Retrovir® (AZT) más Efavirenz® (3TC), pudiendo esperar cualquiera de ambas opciones hasta pasadas las 10-12 semanas de gestación.

Si tu carga viral es indetectable, es probable que no desees iniciar una terapia combinada, pudiendo optar por la profilaxis con AZT (durante el embarazo a partir de la 14ª semana, en el parto y en el post-parto).

## 2. Si ya estás en tratamiento

Cuando el embarazo ha sido detectado después del primer trimestre y tu carga viral está indetectable, seguramente el/la médico te aconsejará continuar con el tratamiento, planteando quizás la opción de incorporar AZT a la combinación existente o cambiar un no nucleósido por AZT, si este fármaco no está incluido en tu combinación. Es posible que haya que sustituir algún fármaco o fármacos de tu combinación por otro u otros, si es que no se consideran recomendables en el embarazo y/o tienes otras opciones de tratamiento exitoso a menor riesgo. En caso contrario (carga viral detectable), quizás puedas cambiar toda la combinación para tratar de suprimir la replicación del virus al máximo y que llegues al parto con la carga viral lo más baja posible.

Si el diagnóstico se produce durante el primer trimestre, deberías ser informada de los beneficios y posibles riesgos de los antirretrovirales durante este período y tendrás que valorar la conveniencia de continuar con el tratamiento o interrumpirlo durante estas primeras semanas, aunque no hay datos disponibles que determinen si esta corta interrupción puede ser perjudicial para la mujer o para el feto.

En cuanto al parto, se aconseja a las mujeres VIH+ que lleguen al momento del parto con carga viral por encima de 1.000 copias/ml que consideren la realización de una cesárea electiva (previa firma de un documento tanto si decides aceptar como si no) a las 37-38 semanas de gestación para reducir en lo posible la transmisión al bebé.

Si tu carga es inferior a las 1.000 copias/ml se contempla la opción de un parto vaginal, debido a que los riesgos que supone la cesárea para la madre son superiores al riesgo previsto de transmisión.

Un dato muy a tener en cuenta en estas directrices españolas es que se atiende al derecho que tenemos las mujeres VIH+ de beneficiarnos de la reproducción asistida, dedicando a este tema un amplio apartado en el que se recogen los supuestos más comunes con las opciones más adecuadas, cosa que no ocurre en las directrices americanas +



9



# Panorama colombiano

**C**olombia se ubica en el cuarto lugar entre los países continentales de América Latina en cuanto al número total de casos de VIH. Desde 1983 cuando se registró el primero en la ciudad de Cartagena, se han presentado 22.441 casos. Estos son sólo los casos reportados oficialmente, pues se calcula que en el país hay 200.000 personas con VIH.

Según cifras oficiales, de los 22.441 casos reportados entre 1983 y enero de 2001, 7.947, es decir el 40%, se registraron en su capital Bogotá, donde en 1999 la enfermedad se convirtió en la tercera causa de muerte en la población de 15 a 44 años. Con una tasa de prevalencia de 0,84%, cifra mayor al punto prevalencia para el país que es de 0,3%, es decir que de cada 100.000 habitantes 300 están infectados.

Y aunque la población más afectada sigue siendo la homosexual, el último estudio de Onusida y el Ministerio de Salud, determinó que los grupos más sensibles son los jóvenes y las mujeres. Para la doctora Bertha Gómez, coordinadora del programa de VIH-SIDA del Seguro Social, la cantidad de estímulos sexuales a los que tienen acceso los jóvenes, los convierte en un grupo muy vulnerable. El riesgo aumenta cuando responden a estos mensajes por presión social o bajo efectos de droga y alcohol.

Dentro de este grupo hay subgrupos más vulnerables, como el de hombres que tienen sexo con otros hombres. Según la especialista, en este caso no se habla de homosexuales, ya que muchos hombres no se perciben como tales, aunque tienen relaciones o prácticas homosexuales. "Son chicos adolescentes que están descubriendo su sexualidad y que están viviendo de manera oculta esta orientación", afirmó Gómez. Es un grupo difícil de manejar ya que no asisten a procesos educativos para homosexuales y los procesos educativos para heterosexuales no son los apropiados para ellos.

En el caso de las mujeres, el viraje epidemiológico se dio con mayor fuerza, ya que la relación de casos hombre-mujer pasó de 57 a 1 en 1988 a 6 a 1 en 1999. De las más afectadas son las gestantes, sobre todo quienes pertenecen a grupos marginales, pues existen condiciones sociales que no les permiten tener poder de decisión. Su bajo nivel de educación y las pocas opciones de trabajo hacen que dependan de su compañero y que su papel se limite al de ser madre, y para ello debe tener relaciones desprotegidas.

## Acceso a tratamientos

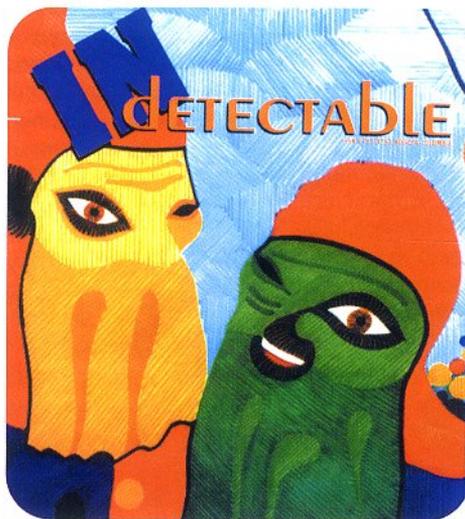
En Colombia antes de 1994 no era posible tener acceso a los medicamentos antirretrovirales, a pesar de que la Constitución Nacional contempla el derecho a la vida como fundamental. Ante esta situación, las personas con VIH acudieron a la 'Acción de Tutela', mecanismo jurídico creado para solicitar la protección judicial inmediata de los derechos fundamentales, cuando estos hayan sido vulnerados o amenazados por acción u omisión de autoridades públicas o ciertos particulares que la ley señala. El juez está en la obligación de dar un fallo en un plazo de 10 días, que debe cumplirse a las 48 horas siguientes. Por medio de este mecanismo, quienes viven con VIH han defendido su derecho a la salud y por consiguiente a la vida.

Actualmente, el Sistema de Seguridad Social funciona con dos regímenes: el contributivo, al que pertenecen los trabajadores que aportan al sistema y el subsidiado, para los que no pueden pagar al sistema. No importa en qué régimen se encuentre la persona, tiene los mismos derechos, pues así lo dispone el artículo 40: "Prohibición de Pruebas Diagnósticas para la Cobertura de Servicios. Por ser la salud un bien de interés público y un derecho fundamental, las entidades ... sean públicas o privadas, no podrán exigir pruebas diagnósticas de laboratorio para el VIH, como requisito para acceder a la cobertura respectiva de protección. La condición de persona infectada por no corresponder a la condición de enferma, no podrá considerarse como una condición patológica preexistente, tampoco se podrán incluir cláusulas excluyentes". El mismo decreto crea el Consejo Nacional de SIDA, encargado de proponer la política general para el desarrollo del programa nacional de promoción, prevención y asistencia en las ETS y el SIDA, en un amplísimo abanico de aspectos.

En este tiempo, el trabajo de las ONG y de las personas con VIH, fue fundamental para la creación de la Red Nacional de personas viviendo con VIH-SIDA, la defensa de los derechos humanos y el respaldo al trabajo de la Unidad Funcional de SIDA del Ministerio de Salud.

Estos avances contrastan con la asignación presupuestaria del Estado. En 1996 se asignaron 2.400 millones de pesos, suma que descendió en 1999 a 1.426 millones, y en el año 2000 a sólo 500 millones, es decir que a mayor número de casos menor asignación.

La pandemia avanza y las acciones para enfrentarla no son suficientes, es necesario realizar un trabajo fuerte de prevención y educación de la población, que permita frenar la cadena de transmisión +



# Cuba será libre

## Yo ya lo soy

«Desde hace mucho tiempo estoy siendo víctima de una persecución siniestra por parte del sistema cubano». Con estas palabras, el escritor cubano Reinaldo Arenas comenzaba un comunicado desesperado dirigido a la Cruz Roja Internacional, a la ONU y a la UNESCO, en el que denunciaba la situación de censura y persecución que estaban padeciendo los intelectuales disidentes del régimen castrista. Arenas redactó el comunicado mientras se ocultaba de los agentes de Seguridad del Estado en un parque de La Habana y allí mismo comenzó su autobiografía. Antes que anochezca, pues, prófugo, tenía que escribir antes que llegara la noche. La redacción concluyó en Nueva York, durante su exilio, donde la llegada inminente de la noche de la muerte le instó a finalizarla. Reinaldo se suicida en su apartamento de Manhattan en 1990, en etapa final del SIDA.

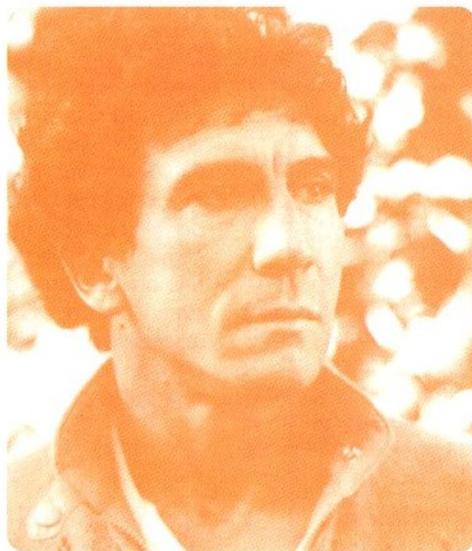
Arenas nace en Cuba en 1943 en el seno de una familia de campesinos pobres. Su infancia transcurre durante la dictadura de Batista quien se había hecho con el poder con el apoyo de EEUU. En 1958, Arenas se une a las bandas insurrectas de Fidel Castro. Tras el triunfo revolucionario y gracias a su participación en él, obtiene una beca que le permite estudiar Contabilidad Agrícola y vislumbrar precozmente los engranajes e intenciones de la nueva dictadura.

A inicios de los años sesenta, se traslada a La Habana, donde comienza a estudiar en la Universidad y participa activamente del movimiento de liberación sexual que, de forma oculta, se desarrolla en Cuba. Paradójicamente, en esta misma época, el régimen castrista promulga una serie de leyes en contra de los homosexuales que incluían la persecución y la creación de campos de concentración.

Consigue un trabajo en la Biblioteca Nacional que le permite dedicarse de lleno a su gran pasión: la literatura. Escribe su primera y única obra publicada en Cuba *Celestino antes del alba*, por la que obtiene la primera mención del concurso de la Unión Nacional de Escritores y Artistas de Cuba y años más tarde, recibe el mismo galardón por su segunda novela *El mundo alucinante*. Las persecuciones contra los intelectuales disidentes y los homosexuales se recrudecen; no obstante, Arenas no desiste de su empeño y continúa su producción literaria, temiendo cada vez más por los manuscritos que incesantemente producía. Su segunda novela fue sacada clandestinamente del país y publicada en Francia, motivo que le hizo ponerse en el punto de mira de la Seguridad del Estado; las posibilidades de abandonar la isla eran inexistentes.

En 1973, fue falsamente acusado de abuso sexual, acusación que pasó a ser de simple delito común de escándalo público, a crimen de estado de un contrarrevolucionario homosexual que publicaba en el extranjero. Fue arrestado y cumplió una condena de dos años en la prisión del Morro. Su actividad literaria en la cárcel no cesó, ni siquiera su intención de sacar por todos los medios los manuscritos. Cuando consigue salir, puede vivir con una cierta tranquilidad por la confesión de su retractación, aunque no abandona su actividad literaria subversiva.

En el año 1980, el régimen castrista permite salir del país a los homosexuales, los enfermos mentales, criminales y delincuentes comunes. Arenas aprovecha la salida y falsificando su pasaporte, puede huir del país. Ya en el exilio, primero en Miami y luego en Nueva York, inicia una incesante labor literaria que tenía como finalidad la redacción y publicación de su obra completa.



El suicidio de Arenas, víctima del SIDA, es un acto valiente y coherente con su vida «O se vive como uno desea, o es mejor no seguir viviendo». Su obra está marcada por la búsqueda de la libertad y las ganas de vivir y lo plasmó en sus escritos con un particular e inalterable humor, dolor y honestidad intelectual. Los valores de Arenas, tanto en su dimensión literaria como en su dimensión humana, no entraban en el sistema político de Cuba, cuya orden de actuación se resume en la máxima castrista «con la Revolución todo, contra la Revolución nada». Se enfrentó de forma activa al castrismo en defensa de sus derechos y el resultado fue su mejor venganza, una obra apasionada, desesperada y llena de cólera contra la dictadura que padeció toda su generación 'una generación perdida; destruida por el régimen comunista'.

Reinaldo Arenas ha saltado de nuevo a la palestra con motivo de la película de Julián Schnabel *Antes que anochezca*, interpretada por Javier Bardem, quien recrea magistralmente a un Arenas en constante evolución. La película consigue trazar de forma aceptable las principales líneas del doloroso periplo del escritor cubano. Una apuesta arriesgada y brillantemente superada por el actor es reproducir en la cinta el documental de Jana Bokova *Havana* (BBC, 1990), en el que se entrevista a Reinaldo sobre su vida. La película es un merecido homenaje a Reinaldo Arenas, un homenaje a su memoria, la de un cubano que amó y luchó por la libertad de su país. «Mi mensaje no es un mensaje de derrota, sino de lucha y esperanza. Cuba será libre. Yo ya lo soy»+



# Guía para orientarse

**L**a XIV Conferencia Internacional del SIDA se va a celebrar en Barcelona del 7 al 12 de julio de 2002. Hemos venido informando de las actividades preliminares en números anteriores de *Lo+Positivo*. En esta ocasión, os adelantamos el esqueleto del organigrama de Comités y qué mecanismos existen para vehicular la participación de la comunidad local.

Una Conferencia Internacional del SIDA tiene un programa muy complejo y apretado en los cinco días que dura. Este programa y cómo se organiza es el fruto de las discusiones, negociaciones y acuerdos que se tomen en los diferentes Comités. Los Comités organizadores están compuestos por representantes de las entidades e instituciones, mientras que en los Comités programáticos se sientan personas con conocimientos y experiencia en cada temática y que proceden de ámbitos diversos de actuación.

## Comité Organizador de la Conferencia (COC)

Es el órgano en el que se discuten las líneas maestras de la Conferencia, se consensúa el presupuesto y su reparto por áreas, y se negocia la composición de los otros Comités. Las ONG locales participan a través del representante de la Red2002.

El COC es asesorado por un Comité Científico Internacional y mantiene tres Comités de Enlace. Uno, encargado de la logística, con los entes públicos locales (Comité Organizador Local): Ayuntamiento y Diputación de Barcelona, Generalitat de Catalunya y Ministerio de Sanidad; uno con la industria farmacéutica; y otro formado por especialistas de América Latina y el Caribe, debido a que la Conferencia va a prestar una atención especial a esta área.

## Comité del Programa de Ciencias Biomédicas, Sociales y del Comportamiento

En este Comité se recogen las propuestas de cada Comité de los itinerarios A-E (ver más abajo) y se valoran conjuntamente para formar el programa oficial. Cuenta con el asesoramiento de dos Comités, el Científico Local y del Programa de Salud Pública, compuesto por expert@s españoles.

## Comités de los itinerarios A-E

Un itinerario es el conjunto de actividades de la Conferencia relacionadas con un mismo campo temático. Por ejemplo, las presentaciones de estudios, los debates, los simposios o las intervenciones magistrales relacionadas con la investigación básica en retrovirología o inmunología que se realicen durante los cinco días en cualquier momento o lugar conforman el itinerario A; paralelamente, todo lo relacionado con los tratamientos

del VIH y sus enfermedades oportunistas se desarrollará bajo el epígrafe itinerario B; igual sucederá con la muestra de datos estadísticos sobre incidencia y prevalencia del VIH en el C; con la evaluación del impacto de la prevención en el D; y con las investigaciones psicológicas, sociológicas, económicas, etc., en el E.

En estos Comités se sentarán personas expertas en los ámbitos correspondientes y que han sido propuestas por las ONG a través de la Red2002.

## Comité de Intervenciones, de Aplicación de Programas y de Políticas

Conocido hasta ahora como el Comité Comunitario, se encarga de coordinar las actividades dirigidas expresamente a la Comunidad, es decir, al conjunto de personas afectadas por el VIH. Cuenta con una representante de las ONG locales a través de la Red2002.

De este Comité depende, a través de grupos de trabajo específicos, el diseño y realización del programa cultural y del programa de formación de habilidades. El primero tiene como objetivo, entre otros, implicar a la sociedad civil de la ciudad en la que se celebra la Conferencia, en este caso Barcelona, mostrando manifestaciones artísticas y culturales emanadas de las comunidades afectadas por el VIH. El segundo programa oferta una amplia gama de talleres para transferir conocimientos y experiencias que puedan tener aplicación práctica: por ejemplo, talleres de prevención, de trabajo con los medios de comunicación, de derechos políticos y sociales, de auto-organización de personas con VIH, etc.

## Comités de los Itinerarios 1 y 2

Al igual que en el caso de los itinerarios científicos, cada Comité de los Itinerarios 1 y 2 diseña e implementa un programa que da cabida a presentaciones, talleres, mesas redondas, exposiciones, etc., que muestren y permitan valorar el trabajo realizado por las ONG y las instituciones, ya sea programas concretos o bien políticas estratégicas.

## Comité Comunitario Local

Conecta a la sociedad civil local con la Conferencia y facilita la bienvenida y estancia de otr@s delegad@s como comunidad anfitriona, además de promover la visibilidad e inclusión en la Conferencia de los aspectos más relevantes para la Comunidad VIH local +

Puedes encontrar más información en

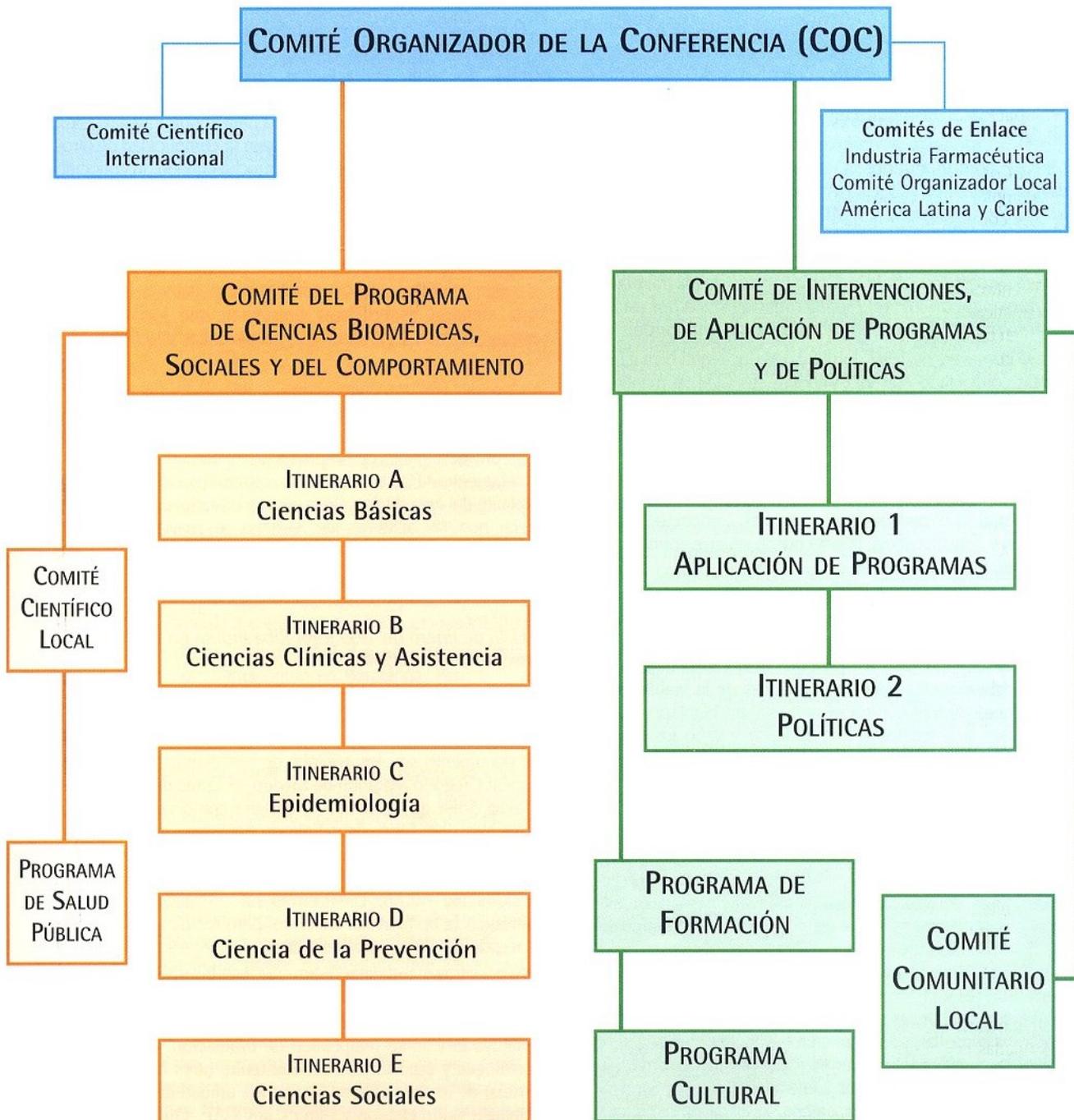
[www.aids2002.com](http://www.aids2002.com)  
[www.red2002.org](http://www.red2002.org)

12



# XIV Conferencia Internacional del SIDA Barcelona, 7-12 Julio 2002

## ORGANIGRAMA



# Morir en el intento

**Por primera vez, una persona con VIH y VHC está en lista de espera para recibir un trasplante de hígado en España. Detrás de este feliz acontecimiento hay una trágica y tortuosa historia de discriminación, vanidad y lucha.**

**J**ordi Riba fue un pionero de la lucha por el reconocimiento de los derechos de las personas que viven con VIH y con el virus de la hepatitis C (VHC). Persona que podía ser en ocasiones visceral y en otras racional; si algo le conmovía, modesta y compasiva, y si intuía proyección pública, grandilocuente y excesiva, Jordi no pasaba desapercibido. Médico y activista de Barcelona, cofundador de ACTUA, instigador de ACT UP BCN, podía suscitar adhesiones inquebrantables y rechazos rotundos, pero nadie le puede negar una valentía fuera de lo común: si no hubiera sido por su coraje, quizá la historia de los trasplantes para personas con VIH en España todavía estaría por escribir, o cuanto menos hubiera empezado mucho más tarde.

En la primavera de 1997, Jordi Riba se encuentra bien a pesar de estar coinfectado con VIH y VHC - sus CD4 se mantienen altos -, pero espera con ansiedad los resultados de su primera carga viral: por dos veces, la viremia se sitúa en más de 500.000 copias. En EE UU, donde estaba de vacaciones, le diagnostican una cirrosis hepática y se le advierte que el trasplante es la única solución para evitar un desenlace fatal. ¿El coste? Entre viajes y estancia de acompañantes, pruebas, compra del órgano, operación y convalecencia, la cosa puede situarse entre los 50 y los 70 millones: inalcanzable.

De vuelta a España, donde el sistema de salud es público, descubre para su desesperación que está en vigor un consenso de exclusión entre los médicos por el que las personas con VIH no pueden ser candidatas a recibir un órgano trasplantado. ¿Las razones? No existen evidencias científicas de la viabilidad de una persona con VIH con un órgano vital trasplantado. ¿Cómo van a existir si la exclusión impide llevar a cabo los estudios correspondientes? Los especialistas replican: hay otros grupos que son prioritarios. Es decir, los seropositivos sólo merecen trasplantes si sobran hígados o riñones, pero no sobran.

Jordi no se resigna y junto con otros activistas de Barcelona, como Michael Meulbroek y Ferran Pujol, consiguen que se convoque una reunión en junio de 1998 entre médicos hepatólogos y del VIH, autoridades sanitarias catalanas y ellos mismos. El encuentro es muy tenso, y los médicos cuestionan el derecho de los afectados a estar presentes en la discusión. Existe, sin embargo, una pequeña diferencia entre hepatólogos y especialistas del VIH: los primeros, que desconocen la magnitud del problema porque las personas coinfectadas mueren antes de llegar a sus consultas, se niegan en rotundo; entre los segundos, algunos se manifiestan dispuestos a valorar el problema. Lluís Monset, por entonces Director General de Recursos Sanitarios de la Generalitat de Catalunya, amenaza veladamente con abrir expedientes a los facultativos que se nieguen siquiera a considerar la posibilidad. No parece todo perdido.

El problema, sin embargo, sobrepasa el ámbito de Catalunya: el consenso de exclusión engloba todo el Estado español. En octubre de 1998, los activistas crean la organización no gubernamental ATOS (Asociación para el Trasplante de Órganos a Seropositivos) como una plataforma para impulsar una revisión de las normas sobre trasplante y piden la complicidad de otros grupos influyentes. La decepción es mucha cuando un conocido médico de una importante ONG dedicada a tratamientos les responde -por escrito- que el tema «le va grande».

**...tenían prioridad niños o adultos seronegativos (de los que algunos especialistas presumían que los habían retransplantado 3 y 4 veces) que coinfectados VIH/VHC...**

Una de las primeras acciones de ATOS fue presentar peticiones de entrevistas a las autoridades catalanas y españolas. Resultado de la presión, en enero de 1999 se empieza a hablar de un proyecto piloto de trasplante de hígado en seropositivos. Paralelamente, ATOS convoca a los responsables de unidades de trasplante del área de Barcelona separadamente: en la intimidad parece que las actitudes de rechazo se suavizan. Algunos clínicos, incluso, afirman entonces que el asunto ya venía de antes, que tampoco los activistas habían sido los únicos promotores del tema.

*El 16 de enero de 1999 Jordi Riba muere en el intento de conseguir un trasplante.*

El primer borrador del protocolo es de un mes más tarde, aunque la primera versión oficial elaborada no se consigue hasta un año más tarde, febrero de 2000. Los autores esenciales de este documento son los equipos de tres centros sanitarios: el Hospital Gregorio Marañón de Madrid, el Clínic de Barcelona y el Reina Sofía de Córdoba. Se designa como coordinador al doctor Josep M<sup>a</sup> Miró, del Clínic de Barcelona, un facultativo que según Michael Meulbroek se ha mostrado siempre muy poco receptivo: hasta ahora se ha negado a reunirse con los afectados (de hecho, LO+POSITIVO ha solicitado por correo electrónico la opinión del Dr. Miró, pero recibimos el silencio por respuesta, algo que lamentamos).

En Catalunya, mientras tanto, se decide que el protocolo tendrá un carácter multicéntrico: cada candidato de cada hospital catalán se discutirá conjuntamente. Para ello se constituye el Comité Terapéutico de Evaluación, con médicos hepatólogos y especialistas del VIH (entre otros Miró, Clotet y Jaurieta) de los tres centros que tienen unidad de trasplantes -Bellvitge, Vall d'Hebron y Clínic-, la OCAT -Oficina Catalana de Trasplantes- y representantes del Departament de Sanitat de la Generalitat.





## Dr. Jordi Riba i Mauri

Los miembros de ATOS solicitan entonces una reunión con este Comité para discutir los criterios de exclusión del protocolo, que consideran excesivos. Cuando finalmente la reunión es concedida para el 15 de marzo de 2000, sólo se presentan los representantes de la OCAT y del Departament: los médicos brillan por su ausencia. Éstos alegan que no piensan actuar "por presión de los activistas", es decir, por demanda de los afectados. En la reunión, además de los criterios de exclusión, se discute el acceso al programa de los pacientes catalanes que no pertenezcan a los tres grandes centros del área de Barcelona. El asunto parece detenerse entonces hasta septiembre de 2000, cuando empiezan los problemas: sorprendentemente, de las 22 unidades de trasplante existentes (aunque 8 eran las preferentes por tener más experiencia), las 19 no catalanas deciden todas no participar en el protocolo, incluyendo centros como el Gregorio Marañón, que había participado en la redacción del protocolo. ¿Por qué?

No se conocen las razones precisas de esta negativa, en algunos casos contradictoria con posiciones anteriores. ¿Fue una decisión política de la ONT? ¿Quizá miedo de los médicos ante una operación de alto riesgo? Lo cierto es que mientras la postura de los hepatólogos empezaba a ser más flexible, los cirujanos exigían seguros adicionales a los habituales en los trasplantes, con indemnizaciones multimillonarias para casos de infección accidental del personal sanitario. Las autoridades se negaban a suscribir estas pólizas, tanto por su elevado coste como por una cuestión de principio. También se escuchaban argumentos de carácter moral: antes iban niños o adultos seronegativos (de los que algunos especialistas presumían que los habían retransplantado 3 y 4 veces) que coinfectados VIH/VHC.

La negativa de los centros españoles no catalanes deja el camino libre al programa piloto en Barcelona, pero con una limitación: los órganos están lógicamente centralizados por la ONT, que será quien decida en último término si una persona con VIH merece un hígado transplantado.

Desde otras comunidades autónomas, además, se corre el rumor de que sólo en Catalunya se van a hacer trasplantes a seropositivos, por lo que los hospitales y ATOS reciben frecuentes visitas y llamadas.

Llegamos a octubre de 2000 con un programa piloto de trasplante de hígado en personas con VIH que se reduce al ámbito catalán y con unos estrictos criterios de inclusión y exclusión. En Barcelona se filtran 200 casos posibles, y se encuentra a una única persona candidata, que se encuentra todavía hoy (abril 2001) en lista de espera.

Desde que ATOS se constituyó, hasta 6 personas se atrevieron, pese a los obstáculos, a presentar solicitud formal de que se les realizara un trasplante. Las 6 han muerto antes de que sus casos pudieran verse en un contencioso-administrativo. Muchas otras han fallecido en silencio. Quizá podrían haber tenido una oportunidad de seguir vivas si no hubiese sido por el prejuicio moral y la falta de valentía política.

# Transplantes en VIH+: ¡Rompe el silencio!

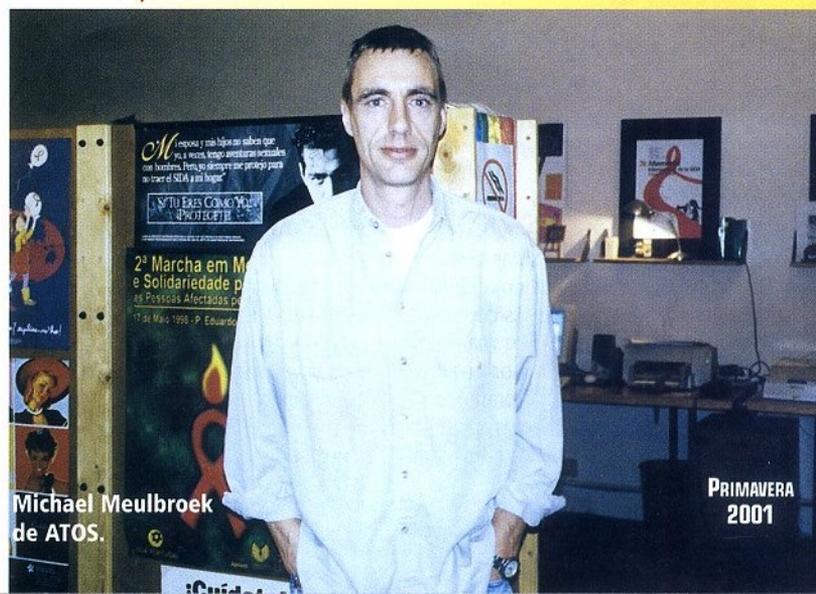
*Hasta ahora, las personas con VIH han sido excluidas de las operaciones de trasplante de hígado o de riñón alegando que es poco racional proveer recursos muy preciados y escasos a quienes tenían un pobre pronóstico de supervivencia y que además los fármacos inmunosupresores necesarios en el post-operatorio para evitar el rechazo podían acelerar la progresión del VIH.*

*Efectivamente, antes de la generalización de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), las personas coinfectadas fallecían de SIDA sin dar tiempo a que la hepatitis C se manifestara con agresividad. Pero las cosas han cambiado mucho. Hoy día la esperanza y la calidad de vida, a pesar de que existen numerosos e importantes problemas por resolver, ha mejorado enormemente entre la comunidad con VIH, de tal manera que en las personas coinfectadas, el fallo hepático haya pasado a ser la principal causa de mortalidad.*

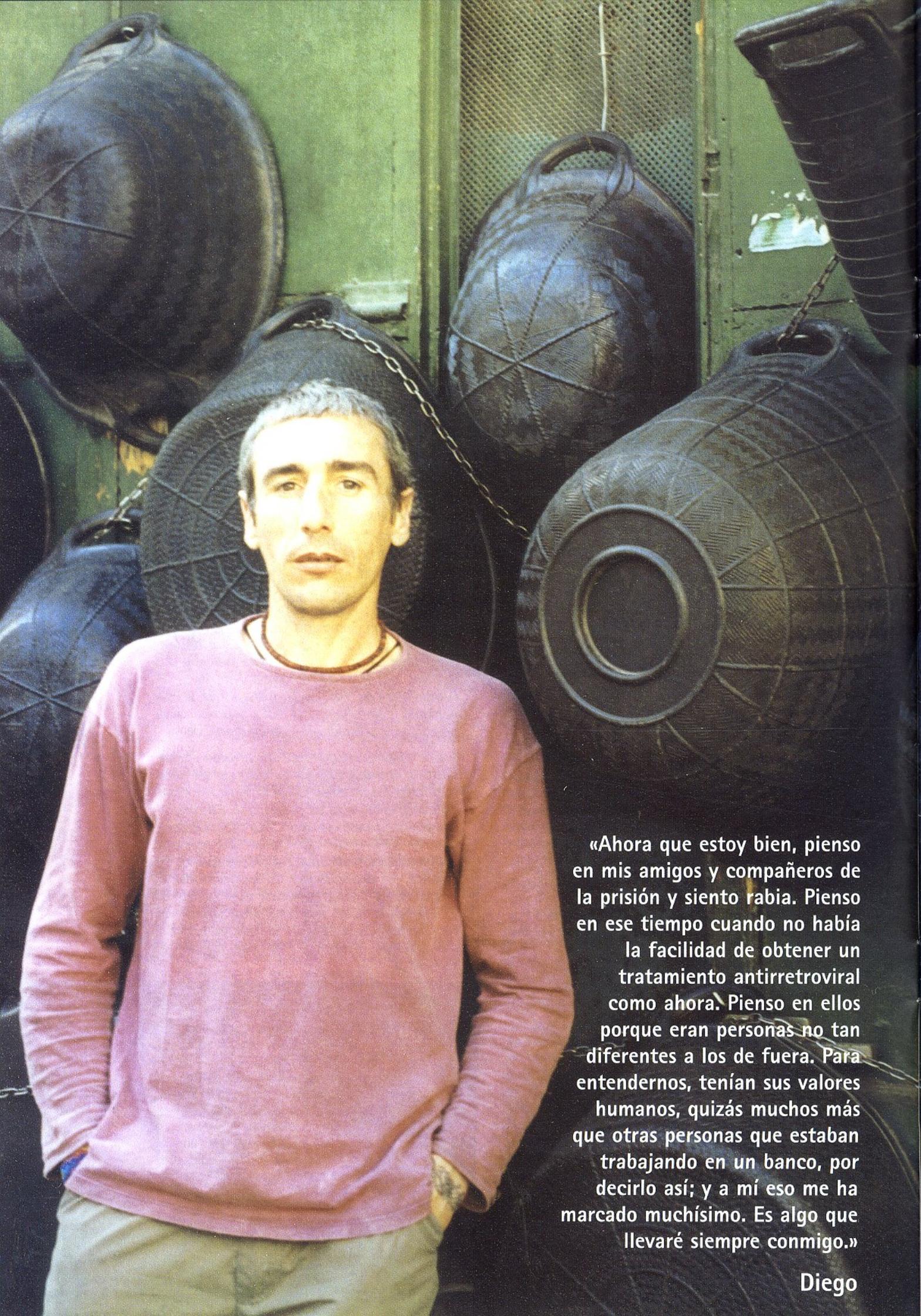
*Esta situación exige una revisión de una decisión tomada bajo circunstancias que han cambiado. Conocemos ya datos de experiencias de trasplante en otros países, que aunque no han tenido el éxito esperado, siempre concluyen que el VIH tiene que dejar de ser una contraindicación absoluta para el trasplante de órganos. La acumulación de experiencias, el avance en las terapias para tratar el VIH y el VHC y la demanda de los propios afectados deberían ser razones suficientes para un diálogo franco y mutuamente receptivo. Hay que romper el silencio.*



15



Michael Meulbroek  
de ATOS.



«Ahora que estoy bien, pienso en mis amigos y compañeros de la prisión y siento rabia. Pienso en ese tiempo cuando no había la facilidad de obtener un tratamiento antirretroviral como ahora. Pienso en ellos porque eran personas no tan diferentes a los de fuera. Para entendernos, tenían sus valores humanos, quizás muchos más que otras personas que estaban trabajando en un banco, por decirlo así; y a mí eso me ha marcado muchísimo. Es algo que llevaré siempre conmigo.»

Diego

# TODO una VIDA

**D**iego, a sus treinta y tres años, lleva más de quince cumpliendo condena. La mitad de su vida ha transcurrido entre cuatro centros penitenciarios: Figueres (Girona), La Roca (Barcelona), Lleida y Can Brians (Barcelona). Ahora, con la libertad condicional a la vuelta de la esquina, nos ha querido ofrecer su testimonio. Así lo ha vivido y así lo cuenta.

Yo me enteré de que era seropositivo en 1986, en la prisión de Girona. El médico, que siempre nos veía puestos, nos hizo la prueba a unos diez o doce que estábamos juntos, éramos del mismo barrio. Nos pidió permiso antes, claro. Con él había buen rollo porque nos daba las pastillas psicotrópicas para dormir, que para nosotros eso ya era mucho. Recuerdo cuando me dio el resultado positivo, tenía diecisiete años recién cumplidos. En ese momento no me impactó. Más bien me entró por un oído y me salió por el otro, porque yo en esos tiempos estaba muy metido en mi mundo, me identificaba con mis amigos, me gustaban las drogas y no sabía realmente qué era el VIH. Entonces no nos paraba nada. Además, no había información ninguna, no había ningún educador o psicólogo porque eso no existía dentro de prisión todavía. Seguimos con nuestra vida como antes, como si no hubiera pasado nada.

Había entrado en esta prisión a los dieciséis años, enganchado y consumiendo tres gramos diarios de heroína. Ahora cuando entras te dan una bolsa con dos rollos de papel higiénico, un cepillo de dientes, pasta de dientes, un bote de champú y unos preservativos.

Cuando yo entré no me dieron nada de nada, una patada en el culo, y búscate la vida; y ya no hablemos de jeringuillas, nada de nada. Yo compartía las jeringuillas con otros compañeros, éramos los más «guerrilleros», los más desfasados. Pero es que no había otra opción y allí nadie hablaba del VIH. Yo no sabía ni que existía, antes de hacerme la prueba. Si éramos diez personas y nos íbamos a poner los diez y sólo había una chuta, nos teníamos que conformar con una y bueno... date caña, rápido, bombéate, no te bombees mucho...

Cuando nos quedábamos sin chutas, se la cogíamos a la ATS. Echábamos una moneda al aire y a cara o cruz nos jugábamos a ver a quién le tocaba entrar. Nosotros ya sabíamos donde las tenían. Era entrar, cogerla, pasarla al otro y pirarte. Entonces

venían los funcionarios, te cogían, te ponían una sanción disciplinaria y te pasabas siete días en celdas. Pero compensaba porque teníamos una jeringuilla nueva, sin recortar, que nos podía durar tres meses, hasta que el funcionario en un cacheo nos la encontrara.

## Picos de cara a la galería

En 1991 en la prisión de La Roca lo que imperaba era la droga, yo he visto un martes, día de cobro, al interno que la vendía —en este caso era uno de Senegal que llevaba dentro cuatro años— con más de medio millón de pesetas en billetes en una esquina, vendiendo bolsitas de heroína. Mientras, los funcionarios en la otra esquina no se atrevían a acercarse ni hacia nosotros, que estábamos sentados en círculo sobre una manta, picándonos delante del patio y de cara a la galería. Se nos notaba mucho que éramos activos.

Estaba en el módulo uno —hay cinco— con los más peligrosos. Yo acababa de salir de una celda de castigo de primer grado donde estuve durante cuatro años, con sólo dos horas de patio al día. Me metieron por traficar, ya se sabe, dentro vas buscando movidas y jugadas para poder entrar drogas y no siempre sale bien. Si tienes familia o dinero propio en tu hoja de pecunio puedes cobrar 8.000 pesetas a la semana, sino tienes que buscarte la vida.

Recuerdo que de trescientas cincuenta personas, habría al menos cien VIH +. Pero no se hablaba del VIH, la única manera de obtener información era a través de los medios de comunicación, como la televisión, la radio, alguna revista. Allí ni se hablaba ni se trabajaba; y es más, creo que les daba igual, que nos picáramos o que no nos picáramos, que nos muriéramos o que no nos muriéramos. Lo único que debíamos vigilar era que no nos encontraran una jeringuilla. Nos las quitaban, y eso hacía



17



que tuviéramos que volver a buscar otra. Los funcionarios quizás sí estaban informados, porque ellos estaban viviendo en el mundo exterior. Nosotros no y no sabíamos nada. Entonces la solución a los problemas era ponerte en una celda de castigo con la puerta cerrada. Esa era la única información que teníamos de los psicólogos, educadores y demás.

### El artículo 60

En el 95 ya había muchos casos de gente muy enferma. Entonces fue cuando vi que empezaban a sacar gente para que pudiera morir fuera. Antes no lo hacían. Yo he visto morir, dejarse la piel en una prisión, y he visto a uno de mis amigos que tenía el VIH, ya en estado crítico, pidiendo al médico, llorando, que por favor lo sacara fuera de la prisión, al Hospital Clínico, y éste diciéndole que no, que imposible. Fue un caso polémico. Su hermano, que le ayudaba y apoyaba en todos los sentidos, le pidió al director de la prisión que le dejara salir, que para eso estaba el artículo 60, y el juez de vigilancia dijo que hasta que no estuviera en estado vegetal no se lo daría. Entonces salió en un programa de televisión hablando sobre lo que era el artículo 60 de la ley Orgánica Penitenciaria, explicando que cuando un interno tiene una enfermedad incurable, se le tiene que dar la libertad. Pero mi amigo murió en la enfermería.

### El tratamiento

En el año 97 el médico de la prisión de Figueres me dice que había una serie de tratamientos, una serie de pastillas antirretrovirales para disminuir la carga viral (tenía 300 CD4 y una carga

viral de 44.000 copias) y también me informa de las maneras que había para reducir el riesgo de transmisión. Yo accedo a tomar el tratamiento y en un mes paso a tener 800 CD4 y la carga viral indetectable por debajo de 200; fue un éxito.

Pero al año muere mi padre y tengo una recaída. Sin que los profesionales del centro ni el médico lo supieran, dejo de tomar las pastillas, las tiro a escondidas o las guardo en la taquilla de la celda. Además, me pincho coca, mi aspecto físico se deteriora mucho, la carga viral sube a 90.000 copias y las defensas me bajan a 400 CD4.

Entonces conozco a Noemí, la psicóloga de ACAS-Girona (Associació Ciutadana Anti-Sida), una asociación que entraba en prisión, y se lo cuento a ella porque no era una funcionaria. Si decías que no te estabas tomando el tratamiento a los funcionarios o a la misma psicóloga del centro, corrías el riesgo de que te pusieran una sanción. A la psicóloga del centro no la ves tanto como alguien que viene de la calle, sino como una figura representativa de una institución penitenciaria y hay mucho bloqueo, no te puedes expresar, no hay confianza. Dentro de prisión se escucha, pero siempre está el miedo a la sanción, a que te corten los permisos de salida. Se ocultan muchas cosas íntimas, que pueden repercutir a la hora de salir en condicional. Pero con Noemí fue diferente. Hablo con ella y a las dos semanas vuelvo a tomar tratamiento.

### Los sobres de los sábados

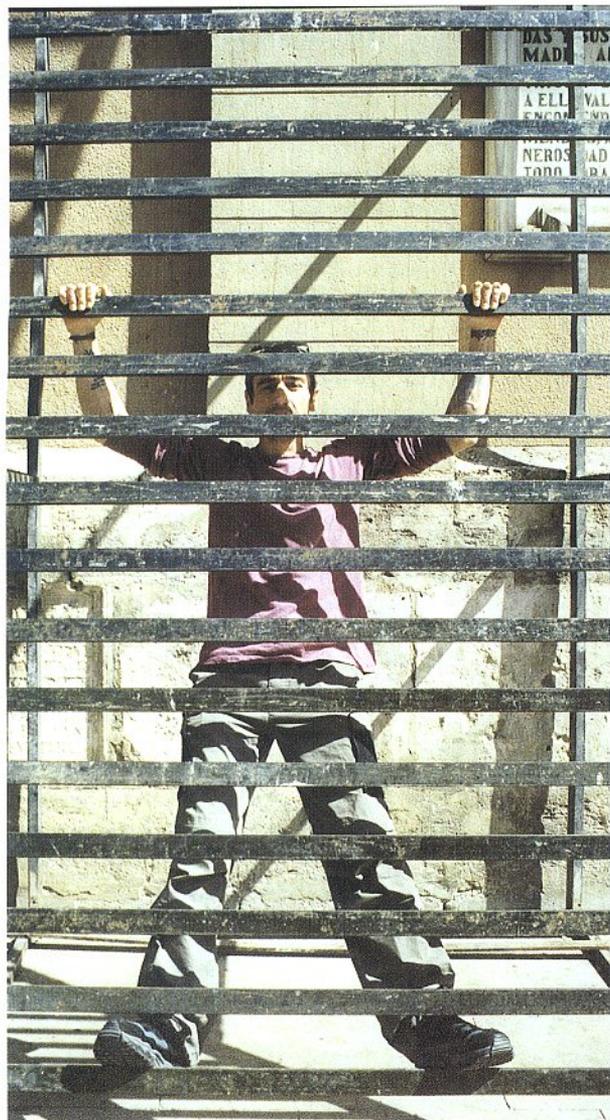
Cada sábado te dan la medicación para toda la semana en bolsitas y cada tres meses te hacen análisis de sangre para ver cómo evolucionas. De todas formas, algunos no lo tienen muy claro y no saben administrarse la medicación. A lo mejor el médico le dice a uno: esta pastilla es para después de comer. Si come un cruasán a las nueve se la toma y si a las diez toma un café con leche se la vuelve a tomar. Para estos casos ahora hay en Figueres un servicio de reparto tres veces al día: mañana, mediodía y noche. Pero creo que esto sólo es posible en prisiones pequeñas.

### Permisos sí, pero...

Antes de que mi padre muriera escribí, una carta al director general de Instituciones Penitenciarias de entonces. Yo le expliqué que mi padre estaba terminal debido a un cáncer de hígado y que se me negaba un permiso ordinario, para poder visitarlo. Ya llevaba ocho meses luchando por salir y les dije que yo no me hacía responsable de lo que pudiera hacer. Al final se me dio el permiso y fui a visitar a mi padre acompañado de dos voluntarias de ACAS. Él siempre me había relacionado con la policía, con el mundo de las drogas y lo que yo no quería es que en el lecho de muerte me viera acompañado por dos policías y esposado. Al final pude ir, pude abrazarlo y hablar con él. Fue una excepción.

Luego, una vez muerto mi padre, los equipos técnico y de tratamiento me negaban las medidas de permiso ordinarios para poder ir a mi casa. Tengo tres hermanos también con el VIH y decían que era una familia desestructurada y que así no reunía los requisitos. Después de insistir mucho, empiezo a salir de permiso gracias a Dirección General y no al juez de vigilancia. Salgo dos días, ingreso otra vez y todo bien. Me hacen analíticas, por si había consumido drogas y salen negativas. Finalmente, consigo un permiso de tres días cada cuarenta y cinco, cuando los permisos suelen ser de seis días. Siempre me lo han recortado y no sé por qué.

Al cabo de un año de ir saliendo de una forma normalizada de permiso a mi casa, llega un punto en que me toca la revisión de grado. Me dan un tercer grado en sección abierta, pero restringido hasta que busquen un centro adecuado a mí. Al final lo encuentro, a través de una persona de la fundación Teresa Ferrer que cada martes venía a hacer un taller sobre toxicomanías y prevención de recaídas. Es un piso terapéutico, donde debes comprometerte a no tomar ninguna droga: ni alcohol, ni porros,





XAVIER  
FRANQUET



# Óscar

## libertad condicionada

Cáceres, Valencia, Ocaña,  
Burgos, Daroca, San Juan

1993

Supe que era VIH+ después de un accidente en el que perdí un brazo. Tenía veinticinco años y nadie me pidió autorización para hacerme la prueba. Me dieron el papel y leí el resultado estando yo solo. Entonces tenía ilusión por algo, por mi negocio. No pensé mucho en el tema del VIH. El disgusto me duró cinco minutos. Ya me lo esperaba. Había compartido jeringuillas en la prisión.

2001

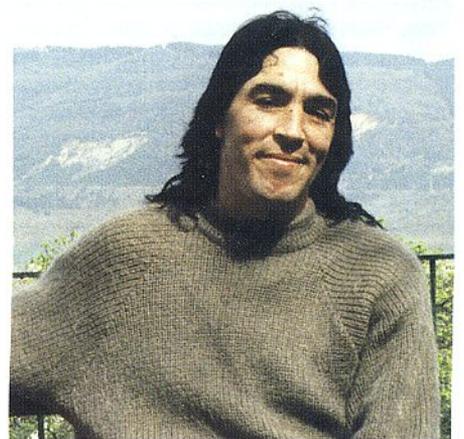
Estoy en libertad condicionada, a que yo esté en un centro y a tomar el tratamiento. En el centro es fundamental no tomar drogas. Se hacen analíticas y si descubren que tomas drogas, lo ponen en conocimiento del juez y éste puede mandarte otra vez a prisión.

20

# Ramón

de interno a agente de salud

Monterroso, Torrero,  
Pamplona y otros



1993

Es muy triste enterarte en 1993 de que las chutas se pueden esterilizar con lejía. La información que nos daban en ese momento era que en el preservativo había ciertos poros por los que podía pasar el VIH. Ser seropositivo en libertad y en prisión es como el día y la noche. No es sólo tomar las pastillas diarias y ya está. Requiere seguimiento y apoyo. Si recibes información, te sensibilizas, pero, si no la tienes: ¿cómo vas a hacerte cargo de tu salud?

2001

Estoy trabajando en la asociación SARE de Pamplona (red de apoyo a personas que viven con VIH/SIDA), y sacándome un título de grado superior en integración social. Pamplona es la única prisión que he conocido donde el equipo médico se implica con los internos. El hecho de que una ONG como SARE entre a prisión para proporcionar información, apoyo emocional, talleres de formación y actividades lúdicas, da mucha vida. Además, desde que empezó el programa de intercambio de jeringuillas las cosas han ido a mejor.

**Lo+Positivo:** ¿Cómo se lleva el tratamiento en prisión?

**Óscar:** Para tomar la medicación, hay que tener bastante seriedad con uno mismo, para poder llevarla a sus horarios. En prisión queda bastante bajo la responsabilidad de cada uno. Te dan las del día y espabilate. Como las dan todas por la mañana, hay gente que se las toma todas de golpe: las de la mañana y las de la noche. Y claro así no funcionan. No hay una mentalización previa, para que se pueda llevar con el rigor que se merece.

**Ramón:** En Zaragoza daban las pastillas por la noche para el día siguiente. Aquí en Pamplona, te las dan tres veces al día si es necesario. En cuanto a tratamientos me da la impresión de que algo ha avanzado, pero la responsabilidad que asume la prisión no es mucha. Dentro se limitan únicamente a darte lo que el médico dice, lo que el hospital te ha recetado. La atención dentro es totalmente diferente, es otro mundo. Sigue habiendo gente muy enferma.

**L+P:** ¿Qué opinión tenéis de la alimentación que se recibe?

**R:** La alimentación en la prisión es muy mala. El lunes ya sabes que te va a tocar patatas con chorizo, el martes te va a tocar macarrones, el miércoles equis, etc. A lo largo del tiempo desarrollé una anorexia, que me llevó años y años sin apetito, hasta el noviembre pasado. Le cogí asco a la comida. En Pamplona, por lo menos, se daba un litro de leche a las personas VIH+ como complemento. El desayuno es siempre igual: mantequilla, mermelada, un cacho de pan y un café con leche. Si tienes dinero te puedes comprar algo más en el economato, si no te jodes.

**O:** En Cáceres II cada día la cena era sopa de... y patatas con... Todos los días. Hubo personas que se mosquearon. Y decidieron que esa noche iban a tirar toda la cena. Entonces yo estaba a expensas de salir de permiso y como responsable del módulo elegido por los internos, les calmé comprometiéndome a que eso cambiaría. Tuvimos una reunión con el equipo de tratamiento, el cocinero, el director y los representantes de los demás módulos. Conseguimos ser nosotros quienes escogíamos el menú. Cada semana le tocaba a un módulo. Que si queríamos cordero y tocaba sólo un cacho, pues bueno. A los dos meses sucedió que cuando les tocaba a otro módulo pedían otra vez sopa de... y patatas con... Al final me cansé y cuando conseguí mi tercer grado pensé que cada uno se las apañara como pudiera.

**L+P:** ¿Y de las condiciones higiénicas?



**O:** En Burgos tienen problemas con las duchas. Con agua caliente sólo se duchan los diez primeros. Si luego vas a los aseos que hay en el patio, de seis funcionan dos, para doscientas cincuenta personas.

**R:** Si quieres ducharte con agua caliente tienes que ir cuando abren las celdas y prescindir del desayuno. Y eso sí te dejan, porque depende de los guardias de turno. Si no, van los señoritos de los destinos a ducharse y te dejan sin agua caliente. Luego está el tema de los hongos y todo lo que puedes pillar.

**L+P:** ¿Cómo os lo montabais para conseguir drogas y jeringuillas?

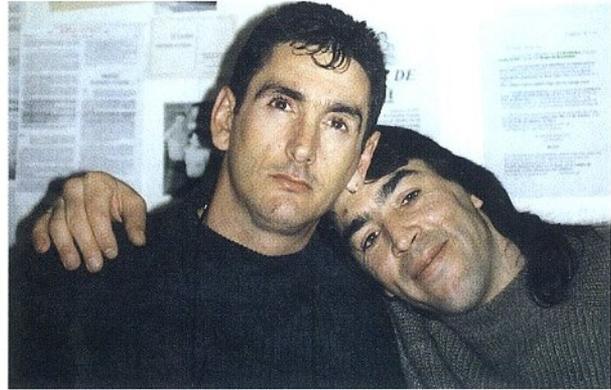
**R:** La droga no faltaba nunca, la conseguíamos semanalmente por tres a cuatro vías cada semana. Y las chutas pues nada, como allí dentro el que tiene drogas lo tiene todo... pues comprábamos las chutas para diabéticos a los internos que estaban en enfermería. A mil pesetas cada una. Era así de cara porque era una chuta entera. Que no era una chuta recortada. Las recortábamos para poder apalancarlas, o empetárnoslas y poder chutarnos en los vis a vis.

**L+P:** ¿Habéis sentido en algún momento que no recibíais un tratamiento médico adecuado?

**R:** Un día me empecé a encontrar mal y me dijeron que tenía una tuberculosis pulmonar, que me preparara ropa para aislarme. Pensé que estaría quince días en enfermería y veo que me llevan a celdas, al módulo de aislamiento. Enfermo y castigado por tener una enfermedad contagiosa con sólo una hora de patio al día, en una celda de primer grado, que es una habitación con una cama, un retrete, una mesa empotrada que no se puede mover, sin sillas, ni nada más. En la puerta, un hueco para meter-

te la bandeja por debajo y una ventana «embarrotada» y enrejada. Eso es una celda.

**O:** La última vez que entré en prisión en Burgos fue hace seis años y medio. Estaba preventivo, esperando juicio y empezaron a darme unos dolores de cabeza tremendos. Yo me quejaba. Me daban un Nolotil y a correr; yo me tomaba el Nolotil y un pico y se me pasaba momentáneamente el dolor de cabeza. El equipo médico me decía: «Tú lo que quieres es que te pidamos una salida al hospital para intentar fugarte.» Y yo insistía en que eso



de la cabeza no era normal, y claro que no era normal. Un día en la cola del café caí, perdí el conocimiento y resultó que se me había desarrollado una meningitis, que me afectó a la parte del cerebro que rige la movilidad de las piernas. Me llevaron al hospital y desde que me desperté ese día ya no he podido levantarme de la silla de ruedas. Fue una negligencia del equipo médico de la prisión de Burgos. Cuando salí del hospital, empecé a tomar tratamiento. A los seis meses, me atacó otra meningitis más grave, que me la pillaron a tiempo y no pasó nada.

**R:** Estando ya en Pamplona en tratamiento con metadona propuesto desde el servicio médico desde hacía un año y llevándolo bien, me llegó una citación judicial por un sumario que me habían abierto en la cárcel de Zaragoza, por introducción de drogas desde el exterior. Cuando leí la notificación, ya sabía lo que me esperaba. Me iban a pasar factura por todas las movidas que había tenido allí. ¿De qué forma? Pues no dándome el tratamiento que tenía pautado. Desde SARE se pusieron en contacto con el equipo médico para mandar el tratamiento desde Navarra. Ellos simplemente se tenían que limitar a administrármelo. No sólo no me lo administraron, sino que me condicionaron a estar en enfermería o en celdas. Por aquel entonces, tenía en la prisión de la que hablo, a mi hermano y a un tío mío, pero a los cuatro días cayeron presos también, mi madre y su marido, con lo que además de que no me pautaban lo acordado desde la prisión de Pamplona, encima me privaron de estar con los míos, que eso fue lo que más me dolió de todo.

**L+P:** ¿Qué cambios creéis que son necesarios?

**R:** Hay mucho por mejorar. Las personas presas deberían tener los mismos derechos que todos los@s ciudadan@s. Deberían tener acceso a una renta básica. Si se cumple con las obligaciones para con la sociedad y se cumple condena, sería deseable que también se tuviera derecho a cosas tan simples como una renta básica y prestaciones sociales. Lo que ofrecen ahora es un techo y una mala comida. Eso no es vida.

**O:** En Burgos, al no existir el intercambio de jeringuillas muchos internos siguen infectándose y re infectándose, sin tener otra opción. Hoy en día, estar fuera es estar en el paraíso y aquello sigue siendo un campo de concentración. Las condiciones de higiene no son las deseables. Hay mogollón de gente en el patio y muchísima gente enganchada, cuyo único interés es por la mañana ir a buscar la metadona. Hay muchísimo por hacer.

**R:** Yo lo que he visto es que la gran mayoría de personas en prisión siguen consumiendo drogas por vía parenteral y entonces ser seropositivo viene rodado. Lo deseable, de entrada, es que se lleven a cabo programas de intercambio de jeringuillas en todos los centros penitenciarios +

XAVIER FRANQUET

Sid te problemas

¡Llámame!

SARE APoyo VIH/SIDA 948 17 22 44

SARE APoyo VIH/SIDA 948 17 22 44 Fax: 948 17 22 86 51511 PAMPLONA

21

er nahi dug

Hizketan buruzko informazioa zabaldu eman.

Giltza Euzkeri Laguntza erantzukizun estandart.

Hizketan buruzko informazioa zabaldu eman.

Giltza Euzkeri Laguntza erantzukizun estandart.

Hizketan buruzko informazioa zabaldu eman.

Giltza Euzkeri Laguntza erantzukizun estandart.

nitz batean jure zizi calitatea hobetzea

PRIMAVERA 2001

XAVIER  
FRANQUET



# Desde dentro

## Al hospital no, gracias

Me gustaría que nos pusieran un internista o especialista en VIH en el centro para no tener que salir al hospital. Pues eso supone tener que madrugar, desayunar mal, estar sin fumar, esposado y metido en un furgón toda la mañana, y sin tener intimidad con tu médico, puesto que los agentes de la guardia civil no se despegan de uno en ningún momento. A veces el médico no te puede ver. Y si te ve, en la mayoría de las ocasiones, es para leerte los resultados de las analíticas que anteriormente ya te han leído en el centro. Yo ya he renunciado a salir a la unidad de VIH del hospital.

MIGUEL ÁNGEL, 33 años, C.P. Valdemoro (Madrid III)

## Por narices

Caí preso en el 96 y cuando llegué al Centro Penitenciario Madrid III, en el 97, a la doctora del módulo se le metió en la cabeza que tenía que tomar tratamiento antirretroviral por narices, cosa que no hice y que me acarreó muchos problemas con ella, ya que puso en mayúsculas en mi expediente médico «SE NIEGA A TOMAR TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL.» En lo sucesivo, no podía aparecer por la consulta ni a por una aspirina, ya que me ponía caras largas e impedimentos de todo tipo, hasta que decidí que si no hacía lo que la doctora me decía, no lo llevaría bien con ella. Pues bien, pasé por el aro y estuve un año entero recogiendo el tratamiento todas las semanas, pero no me lo tomaba. Así conseguí que la relación paciente-doctora mejorara mucho. Mi carga viral y mis defensas siguieron igual o incluso mejoré, pues me subieron las defensas sin tomar el tratamiento, a lo que la doctora me decía: «¿ves que bien te va el tratamiento?». Y al año le conté que en realidad no lo tomaba y que lo recogía sólo por darle el gusto y para que cambiara su actitud hacia mí, cosa que le enfureció, pero comprendió que no se puede obligar a nadie a tomar el tratamiento.

No fue hasta el 99 que empecé a tomar el tratamiento antirretroviral, pues en un análisis de los que nos hacen en el centro cada tres meses, me dijo el internista que me había subido la carga viral a 123.000 copias, lo que me alarmó sobremanera y me dio el empujón que necesitaba para empezar con el tratamiento. No me arrepiento, ya que hoy por hoy tengo la carga viral indetectable y mis defensas rondan las 800, gracias al cóctel triple de pastillas que, aunque durante el primer año tuve que abandonarlo dos veces por efectos secundarios, mi adhesión es perfecta, no sin gran esfuerzo ¡claro! Pues hasta que yo me he identificado como afectado, que no es nada fácil, ha pasado la friolera de siete años y nunca he sido partidario de tomar tantas pastillas. Siempre he pensado que el bien que te hacen por un lado te lo quitan en salud por el otro, ya que once pastillas dia-

rias son 77 semanales, dos mil trescientas diez mensuales, etc. ¡una barbaridad!

ARMANDO, 33 años, C.P. Valdemoro (Madrid III)

## ¡Qué tensión!

Con estos condenones, ¿quién tiene ganas de seguir viviendo? Si te tomas las pastillas, vives, pero ¿cuál suele ser nuestra reflexión?: ¿Para qué? ¿Para estar nueve años más en el talego, tanto esfuerzo, tanta colitis, tanto ardor de estómago? Me parece demasiado optimismo tomar 15 ó 18 pastillas diarias para no poder abrazar ni siquiera a tus hij@s ¡vaya!

Hablemos del modo de llevar el tratamiento en prisión. Por un lado, tenemos profesionales que se desviven por darnos el paquetito semanal de pastillas y hacernos un seguimiento a conciencia y ahora viene lo mejor, que es el modo de vivirlo: A las 7:45 ¡relevo! Como si fuese el fin del mundo; a partir de esta hora empieza el gran estrés. Pero señores: ¿qué enfermo tiene energía a las 7:45 de la mañana para tanta rapidez? Si nuestra enfermedad no necesita estrés, necesita descanso, tranquilidad. ¿Con una condena de diez años dónde está la prisa? Y no hablemos de echar una siesta porque no te dejan hacerla.

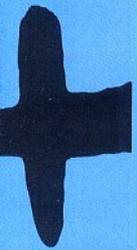
Entonces, ¿cómo entender tanto cuidado, tantas revisiones, tanto interés para que nos tomemos la medicación cuando nos tienen todo el día en tensión y no nos dejan descansar? Después de estar trabajando toda la mañana, ¿por qué no un descanso por la tarde? ¿Tan importantes son las actividades cuando te duelen todos los huesos? Cuando tienes escalofríos ¿tan necesario es el patio? ¡Ah! Que la enfermedad ha pasado a ser crónica, ya se sabe, pero a cambio se ha de tomar toneladas de pastillas que producen muchos efectos secundarios. Pero eso no lo tienen en cuenta y su reflexión es: como ya no se mueren, que sigan el ritmo de los demás. Ell@s con darnos la medicación ya tienen la conciencia tranquila.

Est@s jueces y fiscales cuando se acuestan por la noche, en esos momentos que repasan su agenda y hacen su balance del día, cuando dan el besito de buenas noches a sus hij@s, ¿no piensan que también puede desear darle un besito a un@ de sus hijes una madre o un padre terminal en un chabolo de mierda y que no puede hacerlo? ¿Dónde está entonces la moral?

Sólo pastillas y mañana a las 7:45. Botiquín y más pastillas. Así se vive el SIDA en prisión. A base de pastillas y sin amor. ¡Ah! y a morir en Tarrassa y no al lado de tu madre. Ya veremos si te puedes despedir de tu madre antes de morir, porque las visitas tienen un horario. A lo mejor no coincides con tu madre en la hora de la muerte. ¡Qué bien y qué moral la de est@s jueces! Ést@s son l@s que nos siguen juzgando, aunque estemos en una cama fría de hospital.

Una interna del C.P. de Dones de Barcelona

22



## Justicia con dinero

Mucha gente se ha infectado en el talego y de ahí a la mujer, y sigue la rueda. Yo, la verdad, lo llevo bien, paso de la droga gracias a la metadona. El control del VIH me lo llevan en el Hospital Son Dureta y muy bien, porque los médicos de la cárcel dejan mucho que desear. Y ahora que me veo con fuerzas para llevarlo bien tengo una ruina de ocho años y eso que no tengo delitos con violencia, sólo robos.

Sólo hay justicia, si hay dinero o eres alguien.

MANUEL PADILLA, 26 años, C.P. Palma de Mallorca (Balears)

## Carne podrida

La mayoría vivimos del poco dinero que nos manda la familia, si no, a estas alturas ya estaría muerto. Yo compro latas de conservas, yogures, leche y cereales y es de lo que me alimento, quitando algún día que les salga una sopa de pasta bien. Lo demás no es potable. Aquí no viene una inspección de Sanidad, porque la Sanidad la dirigen l@s mismos. Nos intoxican con carne podrida y estamos con diarrea durante tres días, y a la gente, para que no diga nada, la premian con promesas.

FERNANDO, C.P. de Texeiro (A Coruña)

## Somos veintisiete

Soy seropositivo desde 1989. Llevo tomando la triple terapia desde hace tres años aproximadamente. Soy toxicómano desde hace veinte años y llevo nueve en prisión. Me infecte con el VIH por intercambio de jeringuillas con compañeros. Nunca tomé precauciones, ni antes ni después de tener los anticuerpos. No tenía conciencia de la gravedad de mi enfermedad y aunque veía a compañeros quedarse en el camino, yo me echaba la manta a la cabeza y no quería saber nada de mi problema, pues tenía otro mayor para mí, que era el ser yonqui, con todas las movidas que acarrea. Llevo en esta prisión de Villabona desde marzo del 93 y en el módulo terapéutico desde noviembre del

97, que es donde poco a poco me fui concienciando de la importancia de la salud, de lo que supone el cuidarse día a día y de a donde me podría haber llevado seguir quitándole importancia al tema del VIH.

Actualmente, en este módulo terapéutico hay un taller de salud desde hace un año, nos reunimos semanalmente y hablamos de nuestros problemas con las tomas de la medicación, con los problemas con la familia.

En dicho taller somos 27 compañeros casi todos seropositivos, con nosotros también están volcados tres funcionarios que colaboran con nosotros moderando, recibiendo información, haciendo de enlace entre nosotros y las asociaciones o personas de la calle.

PORFIRIO GONZÁLEZ, 39 años, C.P. Villabona (Gijón)

Siempre, de una manera u otra plantamos cara a esta enfermedad y de paso, tenemos bonitas experiencias de apoyo y ayuda emocional.

JULIO MARIÑO, 35 años, C.P. Villabona (Gijón)

En mi caso, la falta de la comprensión me llevó a no hablar libremente con nadie de mi problemática con el VIH, pues pensaba que no me comprenderían y mucho menos me ayudarían. Pero ahora veo eso muy lejano, pues dentro de lo que es estar «marcado» por el VIH he aprendido a hablar sin miedos y sin vergüenzas, pues hay gente que tiene el mismo problema que yo y todos nos arropamos y nos comprendemos.

ANDRÉS GAGO, C.P. Villabona (Gijón)

En este taller, tratamos de llevar a cabo un programa de adhesión al tratamiento, venimos reuniéndonos unas dos veces por semana. En estas reuniones llevamos a cabo un seguimiento de los tratamientos y compartimos experiencias e informaciones.

JOAQUÍN DANIEL, 38 años, C.P. Villabona (Gijón)

# POR PRIMERA VEZ

El control y tratamiento de la infección por VIH se ha convertido en una de las grandes afrentas sanitarias en los centros penitenciarios de todo el mundo. Nuestro país no es una excepción. En las cárceles españolas la prevalencia de la infección por VIH sigue manteniéndose en valores alarmantes. No obstante, desde la década de los ochenta a través de la intervención de diferentes organizaciones no gubernamentales se han puesto en práctica diferentes programas de educación en salud y reducción de daños.

Este año 2001 se ha celebrado en Valencia el 1<sup>er</sup> Encuentro sobre Promoción de la Salud y VIH/SIDA en el Medio Penitenciario, organizado por la asociación AVACOS (el primer acontecimiento de estas características que se realiza en España). Alrededor de cien personas, entre profesionales y voluntari@s de ONG, funcionari@s de prisión, médicos y representantes de la administración debatieron sobre el estado de la infección por VIH en las cárceles españolas y presentaron algunos de los programas que se están llevando a cabo en este momento.

Una de las tendencias en reducción de daños que, aunque no libre polémica, está causando un creciente entusiasmo desde la comunidad, es la implantación de programas de intercambio de jeringuillas (PIJ). Desde que en 1997, en Basuri (Euskadi) se iniciara la primera experiencia de este tipo, se han ido sumando otros centros hasta un total de nueve, número que este año 2001 va a verse incrementado. En este encuentro SARE, la asociación que desde 1998 realiza el PIJ en la cárcel de Pamplona, dio a conocer su experiencia. A destacar algunos aspectos reveladores de los cambios de hábito de la población en cuanto a consumo de drogas, como el incremento de personas que se inyectan

cocaína (una droga en alza), y la adopción de formas de administración más seguras como fumar en lugar de inyectar. En este sentido, SARE ha incluido el papel de aluminio en el material que proporciona a l@s intern@s.

Otras actuaciones prometedoras que se están llevando a cabo en algunos centros de España son los programas de educación en salud entre iguales. En este encuentro el GID (Grupo Interdisciplinar sobre Drogas) de Madrid presentó el proyecto «Bola de Nieve», que inspirado en experiencias previas desarrolladas en Holanda, Bélgica y Francia, forma como agentes de salud, o mediadores, a pres@s consumidores de drogas. El programa que se está realizando en Soto del Real (C.P. Madrid V) prevé resultados tan exitosos como el de Torrejón de Ardoz, que consiguió quintuplicar la cantidad de jeringuillas suministradas. Otras «Bolas de Nieve» puestas en marcha son los talleres de sexo de los C.P. de Valdemoro y de Alcalá-mujeres.

Aunque se trata de experiencias cuyos resultados son muy positivos en términos de rentabilidad, no dejan de ser experiencias aisladas, dotadas de pocos recursos y que en algunos casos no tienen continuidad. La voluntad de las instituciones públicas, expresada también en este foro, de mejorar los estándares de atención en las cárceles españolas, debería plasmarse, según nuestro punto de vista, en la adopción de políticas globales más sensibles a la voz de la comunidad VIH y en especial a la de los intern@s VIH+, que hoy por hoy cuentan bien poco en sus optimistas bailes de cifras. Más allá de los 3.642 millones de pesetas de la factura farmacéutica en antirretrovirales (datos correspondientes al año 2000), hay miles de historias de personas que necesitan ser escuchadas +





Música: La de Tatuaje, copla española de León, Valerio y Quiroga  
Letra: Conjunto folclórico La amateur adherente

# Abordaje [de la adhesión]

Él vino en un frasco,  
fármaco extranjero,  
lo recogí en el Clínico  
un atardecer,  
cuando el farmacéutico  
sobre el pastillero,  
la dosis del día dejaba caer.

Es alargado y seco como una corteza  
pero me lo trago, es mi decisión;  
a ratos me cansa, me viene pereza,  
pero saco fuerzas para la adhesión.

Agua y pastis es conveniente  
tenerlas a disposición,  
no vaya a ser que te las dejes  
y pases luego un sofocón.

Mira su nombre marcado  
en este trozo de papel.  
Lo tengo siempre a mi lado  
aunque no siempre pienso en él.

Para las dudas o si he olvidado  
la última toma cuándo fue,  
unas notas voy apuntando  
en este trozo de papel.

Llegó para quedarse  
un tiempo ignorado,  
me renuevo el frasco  
en el botiquín.

Efectos secundarios:  
eso sí es un palo,  
mas sigo adelante  
ya lo decidí.

Errante pregunto por todos los centros,  
a los enfermeros insisto por él,  
si es mentira o cierto  
que es mejor tomarlo después del café.

Mira su nombre fijado  
en el tablón de mi pared.  
Nunca me he acostumbrado,  
aunque procuro serle fiel.

Con las dudas me he presentado  
en el Clínico otra vez  
y hasta que no me hayan contestado  
de esta sala no me iré.

Escúchame, enfermero, y dime:  
¿Qué sabes de él?  
El médico no tiene tiempo  
y yo tengo derecho a saber.

Mira este fármaco extranjero  
escrito aquí en un papel.  
Si me lo explicas, enfermero,  
seguro bien lo tomaré.

# Cuidados rejjas

## Nuevos enfoques en tratamiento

Ciertamente, las tasas de mortalidad en los centros penitenciarios españoles han descendido notablemente, en parte gracias a la introducción de las terapias antirretrovirales de gran actividad (TARGA) que, aunque tarde (en 1998 sólo recibía TARGA un 56% de los pres@s en tratamiento), se han generalizado con rapidez. Exactamente un 93,1% de las personas VIH+ que estaban en tratamiento en las prisiones españolas el año 2000, recibían regímenes TARGA. Sin embargo, aunque esto ha provocado que los casos de SIDA hayan descendido, la prevalencia de VIH en las cárceles españolas sigue siendo elevada. Las cifras más optimistas —las oficiales— la sitúan en el 16,6% de la población reclusa (1).

Para que las personas con VIH/SIDA obtengan el mayor beneficio posible de los tratamientos antirretrovirales es interesante que los equipos médicos consideren siempre las recomendaciones sobre tratamientos para el VIH, que diversos grupos de expert@s se encargan de revisar anualmente. Desde finales de 2000 se han publicado actualizaciones de las directrices francesas, estadounidenses y británicas. A continuación, os ofrecemos algunos de los nuevos enfoques, especialmente adaptados a la realidad de los centros penitenciarios.

## Retraso del inicio del tratamiento

Uno de los cambios más importantes en la elaboración de estrategias de tratamiento y cuya tendencia queda reflejada en las tres directrices mencionadas, es el retraso en el inicio del tratamiento. El criterio ahora se aleja de la idea de empezar cuanto antes, aconsejándose retrasar al máximo su inicio hasta recuentos de CD4 de 350 a 200 células/mL (ver «Recomienda que algo queda» en pág X).

Las directrices estadounidenses explicitan que el tratamiento sea indicado desde un principio por un@ expert@ en tratamientos para el VIH, que idealmente deberá tener en cuenta:

- la voluntad de cada persona para comenzar una terapia antirretroviral;
- el grado de inmunodepresión determinado por el recuento de células CD4;
- la carga viral de ARN de VIH en plasma;
- el riesgo de progresión de la enfermedad determinado por el recuento de CD4 y la carga viral de VIH en plasma;
- los beneficios y riesgos potenciales de la terapia, y
- la probabilidad de adherencia.

En la VIII Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas (CROI) celebrado el pasado mes de febrero en Chicago, vari@s expert@s en práctica clínica matizaron algunos aspectos sobre el retraso en el inicio del tratamiento, advirtiendo que:

- Aquell@s pacientes que ya han iniciado tratamiento siguiendo criterios de años anteriores no deben interrumpirlo para seguir las nuevas recomendaciones.
- Aunque una persona no se decida a iniciar el tratamiento, es necesario que se realicen controles de CD4 y de carga viral de VIH en plasma, dos parámetros indispensables para el

tratamiento del VIH, al menos cada tres meses puesto que pueden producirse variaciones importantes a corto plazo.

Por la complejidad en el diseño de las terapias, cada vez resulta más importante que la prescripción y el ajuste del tratamiento sea llevado a cabo por un@ expert@.

## Pruebas de resistencia

Una nueva herramienta ya recomendada es el uso de pruebas de resistencia del VIH, tanto genotípicas como fenotípicas. El genotipado, que detecta las mutaciones de los virus relacionadas con la sensibilidad a fármacos determinados, es una prueba más barata y cuyos resultados se obtienen con más rapidez que el fenotipado, pero parece ser que éste último es más preciso.

En cualquier caso, las directrices no aconsejan el uso simultáneo de ambas. Sin embargo, sí se recomienda de forma muy especial el asesoramiento por parte de un@ expert@ en la interpretación de los resultados genotípicos y de la historia de fármacos antirretrovirales. En esta interpretación y en la consiguiente elección de terapia, el/la expert@ deberá también tener en cuenta los nuevos datos disponibles sobre resistencia cruzada entre clases.

En los centros penitenciarios, al igual que fuera de ellos, está aumentando la transmisión de virus resistentes. En la CROI se presentaron resultados de estudios realizados en zonas urbanas de los Estados Unidos de hasta un 26% de transmisión de virus resistentes a algún fármaco. Si tenemos en cuenta que sigue existiendo una tasa elevada de transmisión del VIH en las prisiones españolas, que se conoce el estado serológico de más del 90% de la población penitenciaria (1), que quien lo precisa tiene acceso a tratamiento antirretroviral, que la adhesión es un aspecto difícil de trabajar en prisión y que en la mayoría de centros un gran porcentaje de intern@s sigue inyectándose drogas con jeringuillas compartidas (sólo hay nueve programas de intercambio de jeringuilla en España), la probabilidad de transmisión de virus resistentes parece a simple vista altísima. Por ello, se recomienda muy especialmente la realización de pruebas genotípicas antes de iniciar el tratamiento, especialmente en aquellos casos donde se sospeche que la persona que ha adquirido el VIH ha estado expuesta al virus de una persona con una larga experiencia de uso de fármacos antirretrovirales.

## Descansos en el tratamiento

De un tiempo a esta parte se han venido evaluando los posibles efectos de las interrupciones estructuradas del tratamiento (IET). Los estudios que abordan esta práctica intentan observar hasta qué punto la reacción inmune que se produce al incrementarse la viremia tras una suspensión del tratamiento puede llegar a convertirse en una respuesta eficaz que mantenga bajo control la proliferación viral, y durante cuánto tiempo eso es posible. Además, existe la esperanza de que el virus revierta a tipo salvaje y pueda volver a ser sensible a fármacos que antes habían dejado de ser eficaces.

Aunque para muchas personas pueda ser una opción atractiva, pues significa abandonar, aunque sea temporalmente, los



26





# Diarrea

Uno de los efectos adversos más frecuente en el tratamiento antirretroviral y más difícil de tratar es la diarrea, ya que afecta a la mayoría de las personas que viven con VIH/SIDA. Sin embargo, algun@s han encontrado la combinación correcta entre comida y medicación para hacer la diarrea más controlable, pero para otr@s es una pesadilla viviente,

ya que limita sus actividades diarias y deteriora su calidad de vida significativamente.

En este número, trataremos de darte algunos consejos para combatirla, de acuerdo con la medicación que estás tomando. Sin embargo, recuerda siempre que te conviene acudir a un especialista si notas comportamientos irregulares en tu organismo.

Mientras tenemos diarrea experimentamos una pérdida de minerales y vitaminas, y por ende, de peso. En ese momento es recomendable controlar el peso e intentar restablecer el balance de líquidos y electrolitos cuando sea necesario, para así evitar que la diarrea se agrave hasta producir niveles de deshidratación peligrosos.

❑ Es aconsejable reducir las comidas grasas, fritas o con cremas, que pueden ser sustituidas por comidas altas en fibra insoluble utilizando alimentos, por ejemplo, hechos con salvado de trigo, como los cereales, pasta o panecillos; o productos de grano entero como los arroces. Sin embargo es importante que el consumo de este tipo de fibra sea realizado con control.

La aparición de una diarrea puede deberse a la propia infección por VIH, al uso de ciertos fármacos, a una mala absorción de los alimentos, a una intolerancia a la lactosa, a un excesivo crecimiento bacteriano en el intestino delgado y a otras fuentes patógenas como bacterias, virus, hongos, etc. En el caso de personas con inmunosupresión prolongada puede manifestarse de forma más severa, frecuente, y duradera.

❑ El café, el té y el chocolate empeoran la evolución de la diarrea. En algunas personas una taza de café puede ser suficiente para causar diarrea. Algunos medicamentos para el dolor incluyen cafeína, por lo que podrían empeorar la diarrea. En todo caso antes de tomar cualquier medicación es importante consultar con un/una especialista o farmacéutic@.

## Un repaso a la despensa

❑ En ocasiones nuestros hábitos alimenticios pueden causarnos problemas de salud, especialmente estomacales e intestinales. A veces, por comodidad, costumbre o por falta de imaginación, se consumen los mismos alimentos.

❑ Es importante saber si el tratamiento es mejor tomarlo o no con comidas y, en ese caso, con qué tipo de comida (por ejemplo, si basta sólo un bocadillo o es preferible una comida, y si ésta debe ser rica o pobre en grasas). Esta información nos permitirá además de una mejor absorción de los fármacos evitar las posibles diarreas causadas por las interacciones entre alimentos y fármacos.

❑ Es recomendable realizar una revisión periódica de los alimentos que consumes, incluso quizá llevar un registro de las comidas que combinas con tu tratamiento. Ello te permitirá tener algunos indicios de con qué tipo de alimentos tiende a mejorar o, por el contrario, empeora.

❑ Los alimentos al ser ingeridos pasan a través del estómago y los intestinos a una velocidad adecuada que permite a nuestro organismo realizar los procesos de digestión y absorción de éstos. Algunos fármacos antirretrovirales pueden alterar esta velocidad, acelerar el proceso y provocar indigestión. Se conoce como «momento alterado del tránsito intestinal». Para evitarlo se recomienda incrementar la cantidad de alimentos ricos en verduras verdes, así como las fibras solubles que ayudan a digerir los alimentos a la velocidad adecuada permitiendo un mayor incremento en la absorción.

❑ Por lo general no es recomendable el autodiagnóstico. Existe la creencia de que simplemente dejando de consumir productos lácteos o eliminando las grasas de nuestra dieta controlaremos una diarrea. Pero no siempre eso es suficiente y en ocasiones se requiere el diagnóstico de un o una especialista.

❑ Puede ser una buena idea llevar un control no solamente de lo que hemos comido y bebido, sino también de a qué horas lo hemos hecho, así como la toma de cualquier otra medicación, incidencia o síntoma, como gases, hinchazón, eructos o náuseas. Todo ello será de utilidad para que consigamos un mejor diagnóstico y posible tratamiento.

## Algunas soluciones complementarias

Aunque existen fármacos pensados para ayudar a controlar la diarrea, a veces éstos sólo proporcionan un alivio temporal, pues su efectividad no es duradera. Por ello muchas personas



optan también por otro tipo de soluciones. En las dos últimas décadas, la medicina complementaria ha tomado mayor importancia en nuestra sociedad, aportando una variedad de opciones naturales para mejorar nuestra salud. En el caso de la diarrea existen diferentes tratamientos que ayudan a controlarla y aliviar los problemas intestinales.

## EL CALCIO

Unos 500mg de calcio diarios pueden ayudar a controlar algunas diarreas, como la relacionada con Viracept (nelfinavir). En este caso algun@s expert@s recomiendan no tomarlo a la misma hora que el fármaco. Se puede conseguir en comprimidos o cápsulas blandas en tiendas naturistas y farmacias. Además, otras alternativas ricas en calcio son la leche de soja con calcio y el zumo de naranja fortificado.

## EL KUZU

Es un almidón obtenido de la raíz de una planta. Se trata de una raíz silvestre, dura, con mucha vitalidad y que crece entre las rocas. Se puede encontrar en tiendas naturistas y herbolarios.

Ayuda a regular la digestión. Se digiere y absorbe muy rápidamente.

Contiene muchas calorías, pero de lento consumo.

Además, se suele indicar también para el tratamiento del cansancio, como vigorizante, para los resfriados, como antipirético (reduce la fiebre).

Para detener la diarrea el kuzu se debe tomar de la siguiente manera:

- 1 **Disolver una cucharadita de kuzu en agua fría.**
- 2 **Hervir una taza de agua y añadir el kuzu sin dejar de remover.**
- 3 **Mantener en ebullición hasta que la mezcla sea transparente.**

Se le puede añadir también un poco de salsa de soja.

## MÁS TRUCOS

Es indispensable procurar una rehidratación constante, bebiendo agua, zumos de fruta diluidos en agua (evitar los de manzana y ciruela) o bebidas mineralizadas que incrementen los niveles de electrolitos.

Comer varias veces al día pero en pequeñas cantidades también ayuda a un mejor funcionamiento intestinal. El arroz, las compotas de manzanas, las tostadas o la leche de almendras pueden ser algunos de los alimentos a escoger.

Los alimentos altos en potasio, tales como el plátano, el melocotón, la patata, y el pescado y el pollo (a la plancha) son otras posibles opciones.

Si no tienes intolerancia a la lactosa podrías usar algunos suplementos para mejorar tu flora intestinal, como, por ejemplo, un yogur con bifidus después de cada comida.

Las enzimas pancreáticas han demostrado ser útiles en la reducción de los gases, hinchazón y la diarrea en pacientes con VIH. Se pueden conseguir en tiendas naturistas. Su nombre comercial es Ultrasec MP20.

Otros alimentos recomendados son calabazas, manzanas peladas (preferiblemente ralladas y dejadas oxidar) y fruta en conserva.

Es importante evitar en la medida de lo posible tomar alubias, brécol, coliflor o coles de Bruselas.

Las comidas picantes también empeoran la diarrea.

Aunque las causas de la diarrea son variadas, en su gran mayoría son diagnosticadas y tratadas. Aquí hemos intentado dar a conocer algunas recomendaciones sobre cómo evitarla, mejorarla o regularla. Seguramente existen más y tu médico o nutricionista puede ayudarte +

### Referencia:

Adaptado de JANELLE L'HEUREUX, «Try Conquering Diarrhea by Managing Your Diet»

[www.thebody.com](http://www.thebody.com)



**Estancias  
Vacaciones  
Talleres  
Actividades de grupo**

**Can Volta**

C/ Major, 1  
17383 Calabuig  
Bàscaia (Girona)  
Tf: 972 551 604  
[canvolta@terra.es](mailto:canvolta@terra.es)



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

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

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

...hasta niveles

INDETECTABLES



**GRUPO MSD**

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

# NO PUEDO DORMIR

## El insomnio en el VIH y su manejo

Al igual que la infección por VIH en sí misma, el insomnio es un problema considerable de salud pública. Su coste económico, humano y social afecta a la utilización de los servicios de salud, a la calidad de vida, a las relaciones y a la productividad. El VIH y asuntos relacionados con él se suman a estos factores, incrementando aún más las cifras de personas que lo padecen. El insomnio roza el 86% cuando se trata de usuari@s de drogas y llega al 100% en quienes padecen daño cognitivo. Del mismo modo que se subestiman los problemas de sueño del/la paciente, le@s médicos identifican el insomnio en sólo el 33% de los historiales médicos.

Dormir no es sólo la ausencia de vigilia, es también un estado de descanso para las funciones voluntarias, mientras persisten las funciones involuntarias. La privación del sueño a corto o a largo plazo resulta perjudicial para el pensamiento, la concentración, el habla, la memoria y el juicio. Incrementa la irritabilidad y a la vez, disminuye el tiempo de reacción. La paranoia y las alucinaciones visuales, táctiles y auditivas son con frecuencia el resultado de una privación del sueño a largo plazo.

Puesto que se informa poco sobre los problemas de sueño y, además, están infradiagnosticados, es importante para tod@s nosotr@s tener un conocimiento operativo de los desórdenes del sueño que comúnmente hallamos en las personas con VIH/SIDA. Los síntomas del insomnio son resultado de una variedad de condiciones médicas, psíquicas o neurológicas. Una historia completa del sueño es normalmente suficiente para diagnosticar la mayor parte de etiologías y debería incluir las siguientes consideraciones:

- Si el insomnio es inicial, medio o terminal (es decir, ¿presenta el paciente problemas en el momento de ir a dormir, o se mantiene despierto o se despierta antes de lo previsto?).
- El momento específico de irse a dormir y de levantarse, cualquier cambio reciente en ese horario, y la variación entre los días laborales y los fines de semana.
- La calidad subjetiva y la cantidad ideal, también subjetiva, de sueño. ¿Cuántas veces existen problemas de sueño?
- La somnolencia diurna y las siestas durante el día, así como la duración y el momento de esas siestas.
- El uso de drogas y alcohol. Es importante considerar el síndrome de abstinencia del alcohol y de las drogas sedantes en la etiología del insomnio. Preguntar sobre el uso de la cafeína. No olvidar incluir los hábitos de consumo de refrescos de cola.
- La higiene del sueño: los hábitos alimenticios, la comodidad de la habitación o el ambiente para el sueño, la temperatura, el ruido y el estrés.

- Los problemas médicos (incluidos el dolor y los problemas psíquicos) y cómo se han tratado.

Para resumir en términos prácticos, el/la médico debe discutir con sus pacientes lo que es correcto y lo que no lo es, y se deben incluir los siguientes puntos:

### Correcto

- Dormir sólo lo suficiente para reponerse.
- Levantarse a la misma hora todos los días.
- Realizar ejercicios a diario.
- Evitar el ruido y las temperaturas extremas.

### Incorrecto

- No irse a dormir enojado.
- Tomar píldoras para dormir todos los días.
- Tomar bebidas cafeinadas o alcohol antes de irse a dormir.
- Fumar antes de irse a dormir.
- Intentar dormir a la fuerza, si un@ no se puede dormir en un período de tiempo razonable.
- Dormir la siesta durante el día.

Los tipos de medicaciones frecuentemente utilizados en muchos centros incluyen benzodiazepinas, sedantes antidepresivos, imidazopiridinas y además, los fármacos de mostrador (que no requieren receta).

Las directrices generales para el tratamiento farmacológico del insomnio, en particular con sustancias controladas, se resumen a continuación:

### Prescribir

- Para el insomnio pasajero debido a alteraciones en las condiciones del sueño.
- Para el insomnio de corta duración relacionado con el estrés durante una o dos semanas.
- Intermitentemente para insomnio crónico.

### No prescribir

- Sin un diagnóstico preciso.
- Para largos períodos de tiempo, excepto en ciertas circunstancias, por ejemplo, cuando la causa que produce el insomnio no es probable que se solucione (por ejemplo, insomnio inducido por medicación, dolor intratable, etc.).
- Sin los ajustes de la dosis adecuados por interacciones con los antirretrovirales y sin la revisión periódica para asegurarse de que cambiar los regímenes del tratamiento para el VIH no ha llevado a nuevas contraindicaciones.
- Para pacientes que continúan el abuso del alcohol o las drogas +

### Bibliografía

Adaptado de ZISHAN SAMIDIUDDIN, «Insomnia in HIV and its management: one clinician's perspective», RITA, volumen 6, núm. 4, diciembre 2000.

# Con tus propias MANOS

**¿P**iensas que necesitas de otra persona para disfrutar de un buen masaje? Tenemos buenas noticias: también es posible la autonomía en el

beneficioso mundo del masaje, y aquí te proponemos una guía para que con tus propias manitas consigas desbloquear esas tensiones que el cuerpo va acumulando.



zona, la intensidad de la presión de los dedos. Normalmente, se trabaja con los pulgares y los índices de ambas manos, en movimientos circulares ascendentes. La práctica y la intuición serán tus mejores maestras.

Tobillos, rodillas, ingles, axilas, cuello y muñecas necesitan una mayor demora.

## Los pies

Siempre en círculo, explora todos tus dedos, estíralos, abre las cuencas de separación. Ve al talón y con toda la palma abarcándolo describe vigorosos círculos. Desde el talón, traza una línea recta con los pulgares hacia los dedos, y ve ramificándola, como si estuvieras dibujando la estructura de una hoja de palmera, hacia los cantos del pie. Procura pasar por todos los puntos. Con los dedos índice y corazón, «camina» por el empeine hasta el tobillo.

## Las piernas

Tanto los círculos ascendentes como la recta que se bifurca en «hoja de palmera» te van a ir muy bien. Para la cara anterior de las rodillas vuelve a hacer lo mismo que con el talón. Las caras interior y exterior de los muslos puedes manipularlas con mayor facilidad sirviéndote de toda la mano con un movimiento de ola entre el canto y los dedos. Apura hasta las ingles.



Si bien manipularse un@ a sí mism@ impide un relajamiento pasivo, a cambio te permitirá una valoración consciente, sensitiva y matizada del estado de cada uno de tus miembros. Además, piensa que vas a enfocar tu atención y mimo de ti hacia ti.

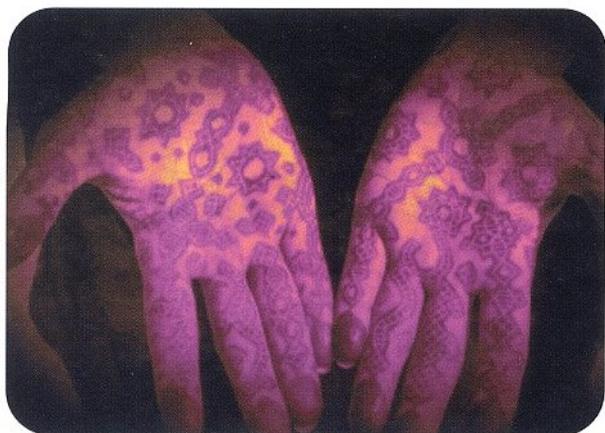
Otras ventajas del automasaje son que puedes dedicarle cinco minutos o una hora, de forma parcial o integral, enfrente del televisor o al aire libre. Te aconsejamos que si sólo te da tiempo a hacerte un masaje rápido, por ejemplo en el pie izquierdo, no olvides luego de masajear a tu pareja: la simetría es importante.

No está de más preparar la habitación: un ambiente perfumado con barritas de incienso, silencio (o música que invite a la quietud), un soporte firme donde tenderte, son factores externos que incrementarán la calidad del masaje. Un posible bálsamo es el aceite de almendras, al que puedes enriquecer con esencias como la de limón (tonificante), o la de mirra (analgésica), que pueden encontrarse fácilmente en herboristerías.

## Preliminares

El masaje siempre ha de seguir una dirección de abajo hacia arriba, sobre todo en las piernas, donde la sangre tiene más problemas para circular. Cada vez que comiences con un área, procura que el tacto sea suave, así el músculo se calentará y tú sentirás bienestar y relajo. Conviene ir variando, sobre la misma





## Cuello y cabeza

El cuello es una zona delicada donde suelen agarrotarse con mayor facilidad nuestras tristezas. Es mejor que aquí te apliques un tacto suave, tanto si trabajas con las yemas de los dedos como si empleas toda la mano. Intenta que todos los movimientos acaben en el principio de la nuca. Antes de pasar a la cabeza coloca las palmas de las manos abrazando la columna del cuello. Permanece así unos instantes. Después, desde la base de la nuca y con movimientos rápidos y amplios sube hasta la coronilla, pero sin que la mano se quede allí posada. Es muy bueno que con los dedos de ambas manos vayas presionando por toda la superficie del cuero cabelludo: es como si estuvieras lavando el pelo en seco.

El masaje en la cara, como el de los pies, aporta un gran placer. Es muy posible que encuentres tensiones en el entrecejo, las mejillas, y la parte que rodea al lóbulo de las orejas.

## Final

Por último, recorre desde el hombro hasta la mano en un único gesto vigoroso. Enlázate la muñeca con el pulgar y corazón y rota la mano. Haz el gesto de lavarse las manos un buen rato y después agítalas hacia fuera. Por último, coloca una palma en el entrecejo y otra en la coronilla. Quédate sentado un ratito y disfruta de la pequeña paz que has creado +



Puedes acabar repasando toda la pierna sirviéndote de un débil pellizqueo con las puntas de los dedos.

## Tronco

Dedícate un buen rato al trasero y al coxis (rabadilla), alternando movimientos circulares grandes y pequeños. Abarca tu cintura con ambas manos, los pulgares hacia delante y el resto de los dedos en dirección a la espalda. Desde esa postura combina círculos con pellizcos, procura que todos los dedos trabajen y ve ascendiendo lentamente hasta donde puedas. ¿Te sientes cansad@? Pon un ratito la palma de tu mano derecha a la altura del monte de venus y la de la izquierda en el coxis. Cuando quieras seguir, vuelve con la derecha al coxis y desde ahí inicia un movimiento con ambas manos de apertura hacia los costados. Ascende hasta donde puedas. Las lumbares suelen ser una zona bastante cargada: demóstrate en ella. Nuevo descanso: coloca la palma de tu mano derecha a la altura de las suprarrenales y la izquierda justo encima del ombligo. Observa dónde sientes las tensiones.

Vamos a la parte frontal del tronco. Básicamente, has de realizar los mismos movimientos. Probablemente sientas mucho dolor en el centro del pecho, al lado de cada hombro y en el interior de las axilas: merece la pena que trabajes estas zonas. Te darás cuenta de que te resulta más fácil manipularte el lado derecho con la mano izquierda y viceversa. Cuando vuelvas a cansarte, coloca la palma de la mano derecha en el centro del pecho y la izquierda a la misma altura pero en la parte de la espalda.

ORDEN DE PAGO POR BANCO

NOMBRE .....  
 BANCO O CAJA ..... LOCALIDAD .....  
 DOMICILIO AGENCIA .....  
 CÓDIGO C/ C (20 dígitos) .....

FIRMA .....

## BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

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

NOMBRE .....  
 DIRECCIÓN .....  
 POBLACIÓN ..... PROVINCIA .....  
 C. POSTAL ..... TEL. .... FAX .....

Autorizo una donación anual de:

2.500 pts       5.000 pts       pts

Forma de pago:

Talón nominativo adjunto       Giro postal       Por Banco

En el caso de pago por banco, rellena y envía también la Orden de Pago adjunta a:  
 Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt) c/ del Pi, 10 1º 2ª 08002 Barcelona (España)

# Difícil.

Sabemos que es difícil. Que se hace muy cuesta arriba luchar contra esta enfermedad. Que cada día tienes que buscar razones para continuar sonriendo. Pero tú sigues luchando. Por muy difícil que sea.

# Fácil.



Déjanos ponértelo un poco más fácil. GlaxoSmithKline ha conseguido poner a tu disposición un nuevo producto que une en un solo comprimido los dos fármacos más relevantes de la terapia anti-VIH. Disminuyendo el número de tomas de medicamento. Haciéndotelo más fácil.

Consulta con tu médico.

LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL  
MÁS EXPERIMENTADA,  
UTILIZADA DEL MODO MÁS SENCILLO



# ¿Cómo me las tomo?

En algunos casos, la falta de adherencia al tratamiento se debe a factores externos tales como el trabajo, las preocupaciones y el ajetreo cotidiano, situaciones que a veces provocan que nos olvidemos de tomar nuestra dosis a la hora indicada, lo que puede causarnos algún tipo de problema con el tratamiento.

En este número, presentamos varios trucos utilizados por algunas personas para recordar la toma de sus dosis a las horas previstas, así como algunas recomendaciones que pueden serte de ayuda para tal fin.

Una alternativa práctica para recordar siempre la ingestión a la hora indicada es utilizar un pastillero, que perfectamente lo puedes encontrar en cualquier farmacia, en los modelos más variados, desde la típica cajita con tapa hasta el más sofisticado con alarma. En el número anterior de Lo+Positivo, en esta misma sección se publicó un artículo referente a los tipos de pastilleros que puedes encontrar actualmente. Sin embargo, hay quienes prefieren utilizar otros métodos y comparten con nosotr@s sus trucos para tomarse las pastillas.

**Petra**

«mi truco es dejar los medicamentos a la vista en el lugar donde suelo encontrarme en ese momento.»

**Rocío**

«utilizo la alarma de mi reloj para recordar la hora de las tomas.»

**Edurne**

«yo tomo mis pastillas con comida. Como mis horarios son muy locos, tengo medicación en la despensa de mi casa y también en mi oficina, así nunca me quedo colgada.»

**Andrés**

«por las mañanas me despierto con mucha hambre y como mi medicación requiere de restricción alimenticia, debo esperar una hora para comer. Entonces, lo primero que hago es tomarme mi dosis y esperar que la hora pase volando. Durante el día utilizo la alarma de mi reloj para recordarme del resto de las dosis.»

**Carlos**

«mis pastillas son masticables y no me gusta su sabor, y la hora de la toma me coincide, además, con mis horas de clase. Por eso, lo que hago es que me lleno un botellín de agua y las diluyo dentro de éste y así me las puedo tomar a la hora y sin necesidad de masticarlas.»

**Manel**

«cuando me voy de juerga, como llego tarde a casa y me acuesto casi amaneciendo, me resultaba muy difícil tomarme las pastillas por la mañana porque estaba durmiendo. Solucioné el problema dejando, la noche anterior, todo preparado encima de la mesita: las pastillas, el agua y el despertador. Así, cuando el despertador suena, lo único que tengo que hacer es despertarme sólo quince segundos para tomarme las pastillas que tengo al lado. ¡Y a seguir durmiendo!»

## OTRAS RECOMENDACIONES

- Puedes dejar un recordatorio en un lugar a la vista, o en un bloc de notas que tengas en la nevera.

- Elabora un listado de tus fármacos con la frecuencia y la cantidad de dosis diarias y tenlo a mano. En la edición de otoño 2000 de Lo+Positivo, publicamos al final de la revista una lista de medicamentos, en la que puedes anotar tanto los fármacos de tu tratamiento como otros medicamentos o vitaminas que combines con ellos. Además, en la edición de invierno 2000/2001 publicamos, también al final de la revista, un diario de tomas en el que puedes apuntar los nombres de todos los medicamentos y las dosis diarias. Igualmente, algunos hospitales también disponen de impresos similares que te ayudarían en la planificación.

- Si sueles estar con frecuencia en un lugar determinado, en casa de un familiar o un/ta amigo/a, a las horas en que

generalmente te las debes tomar, intenta dejar alguna dosis allí de forma que no te saltes ninguna.

- Informa a tus amig@s, familiares o personas con las que te relacionas a diario y con las que tengas confianza, de las horas a las que te tomas tus pastillas. Pídeles, además, que no tengan ningún reparo en preguntarte si te las has tomado o no. Es muy posible que ell@s se acuerden más que tú.

- Finalmente, no descartes la posibilidad de pedir a tu médico que te ayude o te oriente en buscar la forma de que no se te olvide la ingestión de tus medicamentos.

Como habrás podido ver, tanto los trucos como las recomendaciones son variados y te pueden ayudar según tu caso. Unas pueden ser muy particulares y otras muy generales, pero siempre hay alguna que se adapta a nuestras necesidades. Recuerda que todo lo que puedas hacer para no olvidar la toma de tus dosis a tiempo, es siempre una buena solución +

# Qué nivel

## Introducción a la farmacocinética de los antirretrovirales II

**E**n el número anterior os ofrecimos una introducción a los conceptos básicos de la farmacocinética (la forma en que un fármaco se absorbe, distribuye, metaboliza y elimina en el organismo), y señalamos que la variabilidad farmacocinética de persona a persona (que produce a su vez una notable variabilidad de los niveles en sangre de los medicamentos anti-VIH), puede influir en el éxito o fracaso de estos tratamientos. En esta segunda entrega, profundizamos en algunos aspectos de la farmacocinética de los antirretrovirales y esbozamos los aspectos favorables (y los retos pendientes), de unas pruebas de laboratorio conocidas como de "control terapéutico de fármacos" (CTF), cuya popularidad ha crecido considerablemente, a pesar de que sus beneficios en la práctica clínica aún no estén lo bastante claros.

### Farmacología a tutiplén

En los primeros años de la epidemia del VIH, la farmacología era una disciplina apenas relevante en el mundo del VIH. Hoy, sin embargo, suele reconocerse que la notable variabilidad farmacocinética entre personas VIH+ puede jugar un papel crucial en la adhesión, eficacia, idoneidad y tolerabilidad de los antirretrovirales, o lo que viene a ser lo mismo, en su éxito o fracaso. Consecuentemente, crecen los estudios que intentan clarificar cómo y cuándo merece la pena (y el gasto) investigar la absorción de los fármacos antirretrovirales en una persona dada, midiendo la cantidad de éstos que llega a su sangre. A partir de los resultados, se decide si las concentraciones resultan adecuadas a la situación concreta de la persona o por el contrario han de realizarse ajustes de dosis para evitar toxicidades (si las concentraciones resultaran demasiado altas), o el fracaso virológico y la aparición de cepas resistentes del VIH (si éstas resultaran demasiado bajas).

Estos tests de medición se llaman pruebas de Control Terapéutico de Fármacos (CTF). Su realización precisa de diferentes extracciones sanguíneas (de las que se obtendrá el plasma o suero para las mediciones), efectuadas al cabo de un

tiempo determinado dependiendo de lo que se quiera medir, a partir de que la persona ingiere el fármaco o fármacos. De momento, en nuestro entorno sólo se realizan pruebas CTF en algunos estudios o ensayos clínicos, aunque las últimas pautas de tratamiento oficiales de Francia o Gran Bretaña ya ofrecen recomendaciones o sugerencias para su uso en la práctica clínica ordinaria con ciertos pacientes o con determinadas combinaciones de fármacos.

### Cada cual a su nivel

Muchas mediciones de la concentración en plasma de fármacos, realizadas para encontrar asociaciones entre la variabilidad de estos niveles y la mejor o peor respuesta virológica (o sea, con el mayor o menor descenso de la carga viral), provienen de estudios con los fármacos que presentan las mayores tasas de variabilidad interpersonal: los inhibidores de la proteasa (IP). Aunque menos estudiados en este sentido, los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósido (ITINN), son otra familia de fármacos anti-VIH que puede beneficiarse de este tipo de pruebas. Efavirenz, concretamente, ha sido objeto de varios estudios sobre CTF y adecuación de niveles de fármaco en sangre, tanto en adultos como en niños VIH+. Respecto a los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido (ITIN), se cree que los tests CTF serían de poco valor en su caso, puesto que compuestos como AZT, 3TC, ddI o los otros de su clase sólo se activan una vez dentro de la célula infectada por el VIH, tras un complejo proceso bioquímico llamado fosforilación [ver glosario]. Así, los niveles en sangre de estos compuestos no se correlacionan con los que hay dentro de las células, como se asume que es el caso con los IP o los ITINN, y poco ayudaría conocerlos cuando lo que queremos es saber la cantidad de fármaco realmente activo en el organismo. Si bien es cierto que algunas investigaciones ya realizan mediciones intracelulares de estos agentes, se trata de técnicas muy complejas y aún demasiado experimentales.

### El peso de los argumentos

Incluso quienes se muestran escépticos sobre la validez real del CTF reconocen que existen argumentos de peso para hacer valer su utilidad, al menos en ciertos casos. Básicamente, la evidencia actual nos indica que:



❑ Los bajos niveles de algunos fármacos en plasma se asocian con fracaso virológico. Éste es el contexto en el que el uso del CTF estaría más justificado, de acuerdo con los abundantes datos que asocian de forma independiente el fracaso virológico con bajos niveles en sangre de saquinavir, nelfinavir, indinavir, ritonavir, amprenavir y efavirenz. Así, las pruebas CTF se dirigirían a aquell@s a riesgo de estar tomando alguno de estos fármacos y no llegar a tener niveles de valle (los más bajos antes de la próxima dosis) y, por tanto, de fracaso virológico. Para conocer estos niveles, la persona recibiría una extracción sanguínea justo antes de una toma (cuando se supone que la concentración del fármaco en sangre será la mínima), al cabo de al menos dos semanas de iniciado el tratamiento y con los niveles del fármaco ya estabilizados. Si éstos resultaran demasiado bajos, médico y paciente estudiarían cómo modificar el tratamiento. El uso de "mini-dosis" de ritonavir en conjunción con otro IP para construir un régimen antirretroviral es una práctica cada vez más común que persigue aumentar los niveles del IP que llamaremos "principal" y cuya dosis puede mantenerse estándar, o, si el "empujón" de la mini dosis de ritonavir lo permite, reducirse. Esto es así porque ritonavir es un poderoso inhibidor de un grupo de enzimas del hígado (el citocromo P450), que es responsable de metabolizar e inactivar muchos fármacos IP y ITINN, entre otras sustancias y nutrientes. Cuando se añade una pequeña cantidad de ritonavir a un régimen que contiene indinavir, la inhibición del P450 hace que indinavir permanezca en la sangre a niveles más altos y durante más tiempo. De hecho, actualmente se utilizan variadas formas de dosificación de un IP principal en combinación con dosis mini de ritonavir, para mejorar el perfil farmacocinético del primero y/o conseguir regímenes más sencillos de tomar. En este contexto, los defensores del CTF lo consideran un instrumento recomendable para confirmar la adecuación de niveles de fármacos en aquell@s que toman este tipo de regímenes con más de un IP.

❑ Los altos niveles de fármacos en plasma pueden predecir toxicidad. De momento, ni la lipodistrofia, ni los trastornos hepáticos, ni el desarrollo de intolerancia a la glucosa, por ejemplo, se han relacionado con la presencia de niveles elevados de fármacos, pero existe evidencia de que ciertos efectos tóxicos pueden asociarse a altos niveles en plasma de fármacos como ritonavir (en relación con las elevaciones de triglicéridos, las parestesias y la intolerancia gástrica), indinavir (toxicidad renal) y posiblemente efavirenz (toxicidad en el sistema nervioso central). Además, el uso del CTF estaría particularmente justificado entre l@s que presentan mayor riesgo de experimentar toxicidad debido, por ejemplo, a una historia previa de intolerancia a fármacos, al tratamiento con otros medicamentos o sustancias interactuantes, o a que la persona sufre otra dolencia previa.

❑ Existen interacciones significativas entre fármacos. Tanto los IP como los ITINN se metabolizan a través del citocromo P450 y éste es también el camino enzimático de muchísimas otras sustancias. Así, es posible que el uso conjunto de dos o más medicamentos y/o sustancias produzca variadas interacciones, afecte la rapidez con que se metabolizan unas u otras y haga que sus niveles en sangre suban o bajen indeseablemente. En concreto, el uso

conjunto de un IP y un ITINN bien podría requerir mediciones CTF.

❑ Casos especiales precisan planteamientos especiales. Tanto l@s niñ@s y los bebés (cuyos hígados funcionan a ritmos diferentes de los de l@s mayores que, además, cambian con el tiempo), como las personas con disfunciones hepáticas tienen mayor riesgo potencial de recibir dosis demasiado altas o demasiado bajas cuando reciben IP o ITINN, lo que las hace particularmente acreedores de pruebas CTF en su caso.

## ¿Por qué no?

A pesar de los argumentos resumidos, la constatación de la utilidad de las pruebas CTF en la clínica del VIH se ve obstaculizada todavía por varios problemas que sólo la investigación continuada puede ayudar a resolver. Éstos serían algunos:

❑ Los IP presentan variaciones en sangre no sólo entre pacientes, sino en la misma persona, lo que puede restar consistencia a las pruebas CTF.

❑ Un alto porcentaje de los IP se une, cuando llega a la sangre, a ciertas proteínas sanguíneas, lo que los inactiva. Si bien l@s farmacólog@s "corrigen" este sesgo en sus mediciones mediante modelos matemáticos, estas mismas proteínas pueden fluctuar dependiendo del estado de la infección por VIH o de la presencia de otras enfermedades oportunistas. En tales situaciones, el CTF resulta inviable.

❑ No siempre existe consenso respecto al parámetro a medir: ¿nivel de valle, concentración máxima, puntos al azar? En todo caso, tener a la persona ingresada para conseguir numerosas mediciones en el tiempo resultaría mayormente impracticable.

❑ Tampoco están claras las cantidades de fármaco en sangre deseables para cada caso. Una cantidad considerada suficiente para el virus salvaje de un paciente naive podría ser sub-terapéutica para una persona

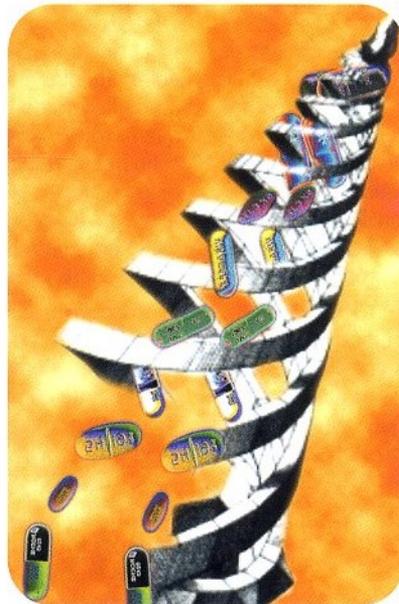
multitratada y con virus resistentes, por ejemplo. La perspectiva virológica, sin duda, ha de informar la práctica del CTF, pero no es una convergencia sencilla. Si las cifras que un@s investigadores consideran como referentes difieren de las de otr@s, es difícil obtener conjuntos coherentes de resultados. Por otra parte, crece la evidencia de que otros factores, como la proteína "aspiradora" celular P-gp (glicoproteína P), pueden jugar un papel relevante en las farmacocinéticas antirretrovirales.

❑ Las pruebas CTF pueden tardar semanas en ofrecer resultados: quizá demasiado si se trata de tomar decisiones terapéuticas con prontitud +

## FUENTE:

Dr. S. C. Piscitelli, *The Value of Drug Levels: The Plot Thickens. 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections* [www.medscape.com](http://www.medscape.com)

K. Alcorn, *British HIV/AIDS draft adult antiretroviral treatment guidelines: Therapeutic Drug Monitoring* [www.aidsmap.com](http://www.aidsmap.com)



# Sensaciones fuertes

*«No existe sensación más vívida que la del dolor», dijo un neurólogo estadounidense al comenzar su presentación sobre neuropatías durante una gran conferencia científica sobre el VIH. La frase resultó ser del Marqués de Sade*

*(lo que provocó algunas risas nerviosas entre la audiencia), pero quienes conocen la potencial dureza de los síntomas neuropáticos posiblemente den la razón, al menos en este caso, al sádico aristócrata.*

38

## Las Neuro-Patías

La palabra neuropatía significa etimológicamente daño de los nervios, esos ríos hechos de células nerviosas que constituyen el sistema nervioso y que recorren nuestro organismo desde el cerebro y médula espinal hasta los músculos, la piel y los órganos internos. Aunque el daño nervioso puede ser de muchos tipos, en este artículo nos referiremos a las neuropatías periféricas,

las cuales afectan a los nervios de la "periferia" del cuerpo, sobre todo de pies y piernas.

Significativamente, y de acuerdo con los exámenes de las muestras extraídas en autopsias de personas VIH+, prácticamente todas presentaban algún grado de deterioro de los nervios periféricos. Por lo que hace a las personas con infección sintomática por VIH, los estudios señalan que aproximadamente un tercio desarrolla síntomas clínicos de neuropatías periféricas. Además, se ha visto que los niños VIH+ también pueden sufrirlas, incluso si éstas parecen menos severas, y que las personas que usan drogas inyectables (UDVP) las experimentan con mayor frecuencia que la población general, lo que podría ser también cierto para los UDVP con infección por VIH, particularmente si toman alguno de los fármacos antirretrovirales de los que hablaremos más abajo.

## Doctor, me duelen los nervios

El síntoma por excelencia de las neuropatías periféricas es el dolor, aunque éste puede ir desde sensaciones incómodas de cosquilleo y adormecimiento hasta sensaciones tan intensas de quemazón e hipersensibilidad, que el mero contacto de un calcetín puede resultar insoportable. Los síntomas suelen ser simétricos y afectar a ambos lados del cuerpo, empezando por la planta de los pies y, de empeorar con el tiempo, extendiéndose hacia las piernas. Aunque con menor frecuencia, los síntomas neuropáticos pueden experimentarse también en las manos.

Además, el daño nervioso producido por algunas infecciones oportunistas o por ciertos fármacos podría afectar las redes de nervios autónomos (los que controlan funciones corporales involuntarias como el flujo sanguíneo o la digestión), y producir sintomáticos mareos, diarreas o impotencia sexual.

El diagnóstico de las neuropatías puede hacerse a partir del dolor mismo, de la presencia de sensaciones anormales en los pies, de la disminución o ausencia de los reflejos de la pierna, y de otros exámenes neurológicos comunes. La detección de problemas en los nervios también puede ayudarse de técnicas de medición de la actividad eléctrica muscular y de la conducción nerviosa, menos invasivas que la biopsia o extracción *in vivo* de una muestra de nervio para su análisis. -

En este contexto, el eminente neurólogo de nuestra introducción, doctor Justin McArthur, explicó en esa misma presentación las ventajas de un sistema de diagnóstico basado en la biopsia [VER GLOSARIO] de un trozo de piel obtenido mediante un simple pellizco, y animó a los clínicos a aprender a realizar esta prueba, que según McArthur podría informar y controlar los cambios neuropáticos y favorecer la toma de decisiones terapéuticas adecuadas a cada caso. También recientemente, un grupo de investigadores australianos ha sugerido que sería posible establecer la complicada distinción entre las neuropatías asociadas al uso de determinados fármacos y las causadas por la propia infección por VIH, mediante la medición de los niveles de lactato [VER GLOSARIO] en el suero de la persona afectada.

## Causas van, causas vienen

Las causas de las neuropatías periféricas son variadas y las evidencias científicas y clínicas permiten creer que, además, éstas pueden coexistir en la misma persona y exacerbarse mutuamente.



Para empezar, sabemos que la infección por VIH en sí misma puede dañar al sistema nervioso, como pueden hacerlo algunas infecciones oportunistas o tumores en personas VIH+.

Por otra parte, sabemos también que algunos fármacos anti-VIH de la familia de los nucleósidos cuentan las neuropatías periféricas entre sus efectos secundarios comunes, (notablemente ddI, d4T y ddC, o antirretrovirales "d"). En este sentido, algunos investigadores especulan sobre la posible relación entre las neuropatías periféricas asociadas al uso de ciertos nucleósidos y la toxicidad mitocondrial que se considera subyace a otros efectos secundarios de estos fármacos.

Se ha visto que las personas que toman más de uno de ellos en "d" aumentan significativamente su riesgo de padecer neuropatías, y aún más si se añade hidroxurea, un fármaco anti-cáncer comúnmente utilizado en personas VIH+ en combinación con ddI y d4T para incrementar su actividad antiviral. Además, las posibles interacciones entre las causas parecen aumentar la probabilidad de que una persona que ya experimentaba síntomas neuropáticos asociados a la infección por VIH o por otra causa, sufra un empeoramiento de tales síntomas, si comienza a usar una combinación antirretroviral que contenga uno o varios fármacos en "d".

Las causas posibles de estas neuropatías incluyen también a otros medicamentos utilizados para tratar ciertas infecciones oportunistas, como por ejemplo la tuberculosis, y otras no relacionadas con la infección por VIH, como el consumo excesivo de alcohol, cocaína o heroína o padecer diabetes.

### ¿Qué hacer con la neuropatía?

Cuando la neuropatía tiene su causa en el uso de fármacos en "d", la severidad de los síntomas y las alternativas de tratamiento serán las que decidan la conveniencia de cambiar de fármacos o de realizar reajustes en las dosis, puesto que de continuar tomándolos el daño nervioso podría agravarse y hacerse irreversible. Tras la retirada de los medicamentos, los síntomas desaparecerán en unas semanas (aunque la mejoría no es inmediata y algunos pueden experimentar incluso un empeoramiento temporal tras la retirada de los fármacos).

Aunque es importante dejar de tomar el fármaco que produce la toxicidad cuanto antes, hablarlo con el/la médico antes de realizar cualquier cambio del régimen prescrito resulta igualmente recomendable. En muchas personas, esto no significaría necesariamente la "pérdida" definitiva de los medicamentos retirados, y podrían volver a tomarlos a dosis más pequeñas una vez desaparecidos los signos de daño nervioso y sin experimentar de nuevo dolores neuropáticos.

El tratamiento de los síntomas de neuropatías en personas con VIH se centra básicamente en el control del dolor. Si se trata de síntomas leves, es posible que cualquier antiinflamatorio no esteroide analgésico como ibuprofeno sea suficiente. En casos más severos, la

prescripción, empezando con dosis bajas, de algún antidepresivo tricíclico como amitriptilina o nortriptilina podría ser de ayuda, aunque son fármacos que pueden tardar un par de semanas en proporcionar algún alivio y no están exentos de efectos secundarios como sequedad de boca o hipertensión; además, las personas con demencia han de usarlos con mucha cautela, porque podrían experimentar alucinaciones y confusión mental. Cuando el dolor neuropático llega a ser grave y más difícil de manejar, se podría recurrir a analgésicos potentes de la familia de los opiáceos, como la metadona, o parches de fentanilo.

Algun@s podrían beneficiarse del uso de algún agente anti-convulsivante como la carbamacepina para controlar los síntomas de dolor, particularmente cuando éste se manifiesta en forma de breves pinchazos. Otra sustancia utilizada en el tratamiento de ciertos tipos de epilepsia, lamotrigina, ha mostrado resultados esperanzadores en el tratamiento del dolor neuropático, si bien es cierto que suele producir erupciones cutáneas (rash) e incluso un síndrome potencialmente fatal conocido como de Stevens-Johnson.

Existe un puñado de agentes más en experimentación, que, junto con las experiencias aisladas de las personas con neuropatías en busca de soluciones más eficaces, no dejan de proporcionar ideas sobre posibles soluciones. Algunas personas VIH+, sobre todo en EE UU, mencionan haber encontrado alivio al dolor neuropático en una crema antiinflamatoria normalmente utilizada para calmar dolores articulares y musculares comercializada con el nombre de Voltarén emulgel. Otra sustancia llamada lidocaína, que ya se ha probado con cierto éxito en pacientes, en forma de crema de uso tópico, podría continuar experimentándose en el futuro. La capsaicina o un agente en estudio llamado oxcarbazapina son otras de las opciones contra el dolor neuropático actualmente en uso experimental.

Un número importante de personas VIH+ utiliza la acupuntura, una técnica de la medicina tradicional china, para aliviar o tratar ciertas condiciones o síntomas asociados a la infección por VIH y sus tratamientos,

el dolor neuropático entre otros. A pesar de que muchos aseguran sentirse aliviados en sus síntomas gracias a las sesiones de acupuntura, la poca evidencia científica acumulada hasta la fecha refuta la veracidad de tales efectos: un estudio científico publicado en Estados Unidos hace algo más de dos años, comparó el uso de sesiones estándar de acupuntura con el del antidepresivo amitriptilina frente a un grupo que sólo recibía placebo y encontró que ni la acupuntura ni el antidepresivo producían una mejora de los síntomas significativamente mayor que la que se encontró en el grupo placebo +

**Fuente:**

-Neuropathy,  
[www.aidsmap.com](http://www.aidsmap.com)

-Doctor Fax Nº 6 [www.foro-vih.org/gtt](http://www.foro-vih.org/gtt)



Es importante recordar que la deficiencia de vitaminas del complejo B, en particular la B12, se asocia con la aparición de neuropatías, y que esta deficiencia está presente en muchas personas VIH+ y puede reflejarse en síntomas de cansancio, escasa memoria o niveles bajos de glóbulos rojos. En este caso, sería recomendable un suplemento del complejo B, teniendo en cuenta que un exceso de vitamina B-6 puede ser dañino para estos mismos nervios que tratamos de aliviar. Aunque se han estudiado otros suplementos nutricionales como el ácido linoléico, el alfalipóico, la L-acetilcarnitina, el magnesio o el cromo en pacientes con neuropatías de origen diabético, se trata de sustancias apenas investigadas en pacientes con VIH, como tampoco lo han sido las evidencias anecdóticas de que la suplementación con estos nutrientes podría prevenir la aparición de neuropatías entre personas con VIH. La L-acetilcarnitina, en concreto, es una forma diferenciada de la carnitina común que algunos clínicos, notablemente el doctor Mike Youle del Hospital Royal Free de Londres, están utilizando ampliamente para aliviar el dolor y daño nervioso de sus pacientes neuropáticos.



# Recomienda que algo queda

**Directrices, pautas, recomendaciones de tratamiento. Éstos son los nombres por los que se suele conocer un documento de carácter más**

**o menos oficial que orienta a l@s profesionales sanitari@s sobre cómo llevar el seguimiento de sus pacientes con VIH. Si se dejan, claro.**

**L**as directrices o pautas las elabora directamente un organismo público de salud o bien un comité o sociedad científicos de gran prestigio cuyo trabajo tiene reconocimiento oficial u oficioso. En el caso de España, las directrices las está elaborando últimamente un comité de médicos del Grupo Español del SIDA (GeSIDA), que pertenece a la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC); sus documentos son asumidos conjuntamente con la Secretaría del Plan Nacional del SIDA del Ministerio de Sanidad y Consumo. Hasta el momento, ningún miembro de la comunidad ha participado en la elaboración de recomendaciones españolas.

En EEUU, es un panel de expert@s de los Institutos Nacionales de Salud (NIH, en sus siglas en inglés), un organismo vinculado al gobierno federal, el que asume la elaboración y difusión de pautas de recomendación. En Francia, el panel es creado específicamente a instancias del Ministerio francés de Sanidad; Gran Bretaña tiene un modelo parecido al español, ya que es la Asociación Británica del VIH (BHIVA, en sus siglas en inglés) quien las redacta.

El documento básico suele ser el referido a las directrices sobre el uso de agentes antirretrovirales en adultos y adolescentes con infección por VIH. De forma separada y específica, se publican las recomendaciones de tratamiento pediátrico y las de tratamiento durante el embarazo, y anteriormente las de uso de tests de resistencia, aunque la tendencia actual es incorporarlas a las generales.

Las directrices incluyen usualmente aspectos sobre cuándo debe empezarse tratamiento, con qué empezar, cuándo se considera que una terapia ha fracasado, cuáles son las opciones disponibles después del primer fracaso y como terapia de rescate. Además, y dependiendo de cómo de completas sean, discuten cuándo y con qué frecuencia es pertinente el uso de pruebas para determinar los recuentos de CD4 y la carga viral y otros datos o el empleo de tests de resistencia genotípica y/o fenotípica; o qué efectos adversos son esperables, con qué intensidad y probabilidad temporal, y en su caso cómo pueden manejarse.

Estos documentos diferencian por lo común tres tipos de consejo, según su orientación y la fuerza con la que se defiende.

**Recomendar:** la pauta enunciada está basada en suficiente evidencia científica como para que no haya dudas sobre su validez.

**Considerar:** la pauta enunciada dispone de datos preliminares que apoyan su validez, pero todavía se necesita más investigación para apoyarla sin reservas o bien resulta controvertida (con expert@s a favor y otr@s en contra), o bien presenta ventajas e inconvenientes, por lo que seguirla o no se deja en manos del/la médico y de su paciente.

**No recomendar:** la pauta enunciada no dispone todavía de datos que apoyen su adopción o bien se han obtenido resultados que claramente la descartan.

Los criterios de clasificación deberían, sobre el papel, ser puramente científicos, pero a veces en recomendar o no recomendar un tratamiento o una prueba de diagnóstico influyen factores extraterapéuticos como la disponibilidad y su coste económico o ambas cosas a la vez.

Un ejemplo claro es el trato que reciben las pruebas de resistencia en las recomendaciones españolas. Las fenotípicas se restringen extraordinariamente por su elevado precio, pero incluso las genotípicas, más baratas, presentan obstáculos que los documentos de EE UU, Francia y el Reino Unido no han erigido. Hablamos de hasta qué punto debe utilizarse un test de resistencia tras el fracaso de la primera terapia: la prueba aportaría información útil sobre cuál o cuáles de los medicamentos que componen la combinación han dejado de funcionar por el desarrollo de mutaciones de resistencia y cuál o cuáles se pueden seguir utilizando en la segunda combinación.

Esto es importante, ya que sin el test de resistencia el/la médico tendería razonablemente a sustituir todos los compuestos, pues sólo puede intuir cuál o cuáles han fallado, pero no saberlo con certeza. Esta acción llevaría a que podría desecharse un fármaco antirretroviral que todavía funciona bien y que quizá resulta cómodo y tolerado por la persona que lo toma. Algo tan lógico ha sido asumido por estadounidenses, británicos y franceses, y por ello recomiendan el uso de un test genotípico tras el primer fracaso, mientras que l@s expert@s españoles sólo lo consideran, y con poco entusiasmo, pues creen que la accesibilidad y coste de estas pruebas deben limitar su empleo.

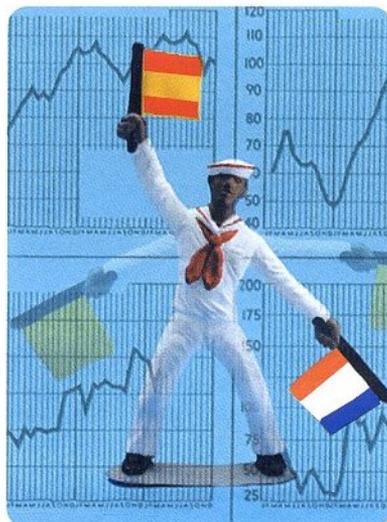
No son las únicas divergencias entre países. A pesar de la larga extensión y profusión del texto español, dedican un espacio ínfimo a los efectos adversos de los antirretrovirales, con excepción de los que pueden suponer una amenaza para la vida. En el otro extremo, las recomendaciones francesas tratan con mucho detalle efectos como la lipodistrofia, e incluso, valoran los pros y los contras de las técnicas de medicina estética para paliar las consecuencias de la lipoatrofia facial



(pérdida de grasa subcutánea en la cara). Tengo la convicción de que esto es así por la presencia activa de 3 miembros de la comunidad en el panel de expert@s que redactaron el documento del país vecino.

Otro asunto en los que se marcan diferencias nacionales es la valoración del Control Terapéutico de Fármacos (CTF). El CTF sirve para saber si en una persona que toma la dosis prescrita, la cantidad de medicamento que finalmente llega a la sangre después de pasar por un complejo proceso de absorción es la que debe ser: ni excesiva ni demasiado poca. Los estudios han demostrado que ese proceso es variable según los individuos: el CTF serviría para ajustar las dosis al nivel adecuado.

Pues bien, el CTF es incorporado sin reservas para su aplicación en ciertos escenarios terapéuticos tanto por franceses como por británic@s, mientras que españoles y estadounidenses apenas mencionan su existencia. Malas lenguas afirman que el desinterés por el CTF que muestran algun@s se correlaciona con su bajo coste y la ausencia de compañías con fuertes inversiones económicas detrás que los promocionen.



Un año atrás, a una persona con infección por VIH crónica que estuviera por debajo de 500 CD4 o una carga viral detectable, se le recomendaba por lo general que iniciara tratamiento. Desde entonces, y en progresión temporal, las directrices de los diversos países han ido atemperando este ímpetu de tratamiento agresivo hasta llegar a su particular revolución conservadora [ver tabla]: en junio de 2000 en España todavía se recomendaba tratamiento a quien llegara a la consulta con, pongamos, 450 CD4 y 40.000 copias; sólo ocho meses después, en marzo de 2001, en el Reino Unido, no sólo no se le recomienda si no que además se le dice que, aunque existen riesgos, tiene todavía un margen de seguridad de 250 CD4 con independencia de su carga viral.

No podemos dar por seguro que, si se reuniera de nuevo ahora, el panel español llegaría tan lejos como el británico, pero no nos queda ninguna duda de que rebajaría los umbrales de recuentos de CD4 y de carga viral a partir de los cuales recomendaría tratamiento antirretroviral a una persona que lo debe tomar por primera vez.

Esto da una idea de la velocidad a la que se suceden las evidencias y las argumentaciones científicas en el campo del VIH.

Para acabar, una observación necesaria. Por muy de relumbrón que parezcan unas directrices de tratamiento del VIH con el sello oficial de un organismo gubernamental o una sociedad médica de prestigio, la realidad es que su aplicación práctica es muy desigual. Hay

**DIRECTRICES ESPAÑOLAS**  
[www.gesidaseimc.com](http://www.gesidaseimc.com)

**DIRECTRICES FRANCESAS**  
[www.sante.gouv.fr/htm/actu/rap\\_delf/index\\_delfra00.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/rap_delf/index_delfra00.htm)

**DIRECTRICES ESTADOUNIDENSES**  
[www.hivatis.org/guidelines/adult/pdf/Adult\\_total\\_Feb\\_05\\_Blank.pdf](http://www.hivatis.org/guidelines/adult/pdf/Adult_total_Feb_05_Blank.pdf)

**DIRECTRICES BRITÁNICAS**  
[www.aidsmap.com/news/newsdisplay2.asp?newsId=1192](http://www.aidsmap.com/news/newsdisplay2.asp?newsId=1192)

También llama la atención que, una vez más, el CTF haya sido adoptado allí donde ha habido intervención directa de miembros de la comunidad. El último aspecto en el que vamos a hacer comparaciones (aunque podría haber unos cuantos más), es el de cuándo recomendar un inicio de tratamiento a personas que nunca lo hayan tomado (excluyendo las primoinfectadas, es decir, las que han adquirido el VIH recientemente, y a las que presenten síntomas) [VER TABLA1]. Hasta hace poco existía un discurso médico dominante basado en la premisa de golpear pronto y duro, es decir tratar en cuanto antes con la combinación más potente. Nuevos estudios sobre eficacia y toxicidad de los fármacos a medio y largo plazo han aconsejado una revisión de esta recomendación, haciendo que el discurso sea cada vez más conservador, terapéuticamente hablando.

facultativ@s que ponen en cuestión no ya lo que se afirma en los documentos, si no el procedimiento mismo de elaboración: quién eligió a los expert@s y bajo qué criterios.

Otr@s profesionales reconocen sin tapujos y públicamente que ni se las leen o que las de otros países (léase EEUU) son las de verdad.

Sin embargo, las recomendaciones son una herramienta útil. Primero, estimulan el debate; segundo, sirven de guía para clínicos menos experimentad@s o hiperespecializad@s en términos generales; tercero dan una idea a las personas con VIH y a quienes les atienden de cuál es el tono del pensamiento clínico; y cuarto, en no pocas ocasiones han servido para exigir una asistencia médica a la altura de los estándares oficialmente respaldados +

TABLA1

Empezar Tto./País	España junio 2000	Francia diciembre 2000	EE UU febrero 2001	Reino Unido marzo 2001
<b>Recomendar</b>	CD4 <350 y CV cualquiera CD4 =350-500 y CV >30.000	CD4 <350 y CV cualquiera	CD4 <200 y CV cualquiera	CD4 <200 y CV cualquiera
<b>Considerar</b>	CD4 =350-500 y CV <30.000 CD4 >500 y CV > 10.000	CD4 >350 y CV > 30.000 CD4 >350 y CV > 30.000	CD4 =200-350 y CV cualquiera	CD4 =200-350 y CV cualquiera
<b>No recomendar</b>	CD4 >500 y CV < 10.000	CD4 >350 y CV <30.000	CD4 >350 y CV < 30.000	CD4 >350 y CV cualquiera



# "La Noticia del Día"

"La Noticia del Día" es un servicio de tratamientos del VIH en español del Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt).

Cada día, gTt selecciona una noticia relacionada con el VIH y sus tratamientos, así como con otros copatógenos, como las hepatitis virales, o con las infecciones oportunistas. Una vez elegida, la edita en un texto sucinto, con un lenguaje periodístico y

en castellano, añadiendo al final la fuente y la referencia completa.

Con tan sólo 5 minutos al día, puedes mantener una constante informativa sobre los aspectos científicos más relevantes del VIH.

Para suscribirse sólo hay que enviar un mensaje con "suscripción Noticia del Día" a [gtt@wanadoo.es](mailto:gtt@wanadoo.es) +

## Las neoplasias anales siguen siendo habituales en hombres gays con VIH a pesar de TARGA

El número de invierno de 2001 de la prestigiosa revista BETA (siglas en inglés del Boletín sobre Tratamientos Experimentales del SIDA), que publica la *San Francisco AIDS Foundation*, incluye un artículo que repasa los diferentes aspectos a tener en cuenta en relación con el diagnóstico y tratamiento de las neoplasias anales. Lo firma Nicholas Cheonis, editor asociado de la revista.

Cheonis afirma que la neoplasia intraepitelial [ver GLOSARIO] anal, un crecimiento celular anómalo en el tejido anal que puede progresar a cáncer, ha sido tradicionalmente ignorada por los profesionales sanitarios. Una de las razones que da es que ningún cuerpo de directrices oficiales recomienda en firme la realización de controles regulares de personas que pudieran estar en situación de riesgo, algo que a su vez viene impedido por la carencia de estudios prospectivos a gran escala que demuestren el valor de dicha práctica. Otros obstáculos importantes, reconoce Cheonis, son la falta de familiaridad de los médicos con la enfermedad e incluso la incomodidad que les causa.

Sin embargo, un estudio citado en el artículo y llevado a cabo por el equipo del Dr. Palefsky en la Universidad de California en San Francisco (UCSF), encontró que ni la

incidencia se había modificado a la baja ni la historia natural del carcinoma anal había variado entre 800 hombres que tenían sexo con hombres a pesar de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA). Sí que parecía haber una relación, por el contrario, entre un alto recuento de células CD4 y una progresión más lenta de la enfermedad.

El autor hace hincapié en la importancia del diagnóstico precoz para atajar complicaciones que pudieran derivar en cáncer. Las técnicas recomendadas se escalan en tres pasos: citología anal, anoscopia y la biopsia anal. Además del beneficio en salud pública, Cheoni cita un estudio económico que demostró que el control regular de poblaciones en situación de riesgo como los hombres gays (con y sin VIH) era más rentable que el tratamiento de los casos que se declaran en estadio más avanzado +

FUENTE: AEGIS

REFERENCIA:

Nicholas Cheonis. «Anal Neoplasia: A Growing concern», *BETA*, Winter 2001  
<http://ww2.aegis.org/pubs/beta/2001/BE010103.html>

## La disfunción sexual en personas con VIH sigue infradiagnosticada

En una carta publicada en el número de 3 de febrero de *The Lancet*, R. Colebunders y sus colegas del Instituto de Medicina Tropical de Amberes (Bélgica), critican que el informe publicado en el mes de octubre en la misma revista por Andrew Carr y David Cooper sobre efectos adversos de la terapia antirretroviral omitiera la disfunción sexual.

Colebunders recuerda que ya en Durban (julio 2000) su equipo presentó un estudio basado en la distribución de un cuestionario a 904 personas de diez países europeos cuyos resultados indicaban que quienes tomaban TARGA que contenía IP, tanto hombres como mujeres, declaraban con más frecuencia un descenso del interés sexual que quienes tomaban TARGA sin IP: un 40% frente a un 16%. En esa misma encuesta, el 34% de los hombres que tenían experiencia con IP declaraban un descenso de su potencia sexual en comparación con un 12% de los hombres naive a los IP.

Posteriormente, entre septiembre y noviembre de 2000, esta clínica belga entrevistó a 17 hombres [de los que 15 (88%) eran gays y dos (12%) heterosexuales] que habían desarrollado disfunción sexual después de empezar TARGA que incluía IP y que cambiaron al menos un mes antes a otro régimen que no contenía IP. Excluyeron a aquellos hombres con una razón obvia de disfunción sexual. La edad media de los participantes fue de 46,5 años, y la duración media en el tratamiento con IP fue de 30,2 meses. En todos los casos, los IP se cambiaron por nevirapina (NVP); la duración media con NVP fue de 6,25 meses.

De los participantes, 16 (91,1%) habían desarrollado un descenso del interés sexual durante el tratamiento con IP y 14 (un 82,4%) habían presentado dificultades para alcanzar una erección. 13 (81,3%) declararon que su interés sexual aumentó después del cambio (en ocho [50%], el interés

sexual aumentó pero no se normalizó, y en cinco [31,3%] el interés sexual volvió a niveles normales). En 11 (85%), el incremento en el interés sexual se dio en el primer mes después del cambio. 12 (86%) afirmaron que su función eréctil había mejorado después del cambio (en siete [50%] la habilidad para conseguir una erección volvió a niveles normales). En nueve (75%) hombres, esta mejora no fue notada en el primer mes después del cambio.

Aunque los autores creen que existe una fuerte asociación entre el uso de IP y la disfunción sexual, reconocen que

ignoran el origen de este efecto. En cualquier caso, defienden que los cuestionarios sobre calidad de vida de los ensayos clínicos incluyan cuestiones sobre disfunción sexual y que los médicos pregunten a sus pacientes durante sus visitas habituales sobre este efecto adverso de TARGA poco estudiado +

#### REFERENCIA:

Letter to *The Lancet* ([www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)) (03/02/01) Vol. 357, n.º 9253

## Las personas con un VIH multiresistente podrían seguir beneficiándose de las terapias antirretrovirales

Según un informe publicado en el número de 15 de febrero, de *The New England Journal of Medicine*, las personas cuyo VIH ha desarrollado resistencia a todos los fármacos disponibles podrían seguir beneficiándose de las terapias antirretrovirales al menos durante unos tres años

El Dr. Steven G. Deeks y su equipo de la Universidad de California, en San Francisco, realizaron el seguimiento de un grupo de personas con una gran historia de uso de antirretrovirales. La mayoría de ellas se encontraba en un buen estado de salud, aunque su régimen ya no podía mantener al virus completamente controlado, habiendo generado resistencias a todos los fármacos disponibles. Dos tercios de estas personas abandonaron su tratamiento, mientras que otras siguieron tomando la misma combinación

Para los participantes de este estudio que dejaron de tomar los fármacos anti-VIH, hubo una buena noticia, siempre según Deeks: las cepas de virus resistentes estaban siendo reemplazadas por cepas de virus sensibles. En cambio, también hubo una mala noticia: las cepas de virus sensibles se reproducían con mayor rapidez que las cepas resistentes y causaban un mayor daño por su vigorosidad. «Podemos predecir que las personas pueden continuar beneficiándose de las terapias, a pesar de una continua replicación viral, durante un promedio de tres años», afirma Deeks, argumentando

que esto es lo que han observado tras cinco o seis años estudiando los casos de personas en fracaso virológico.

Este equipo insiste, no obstante, que esto no es aplicable a personas cuyo VIH es resistente a ciertos fármacos pero todavía es sensible a otros. Para éstas, la mejor opción para controlar el virus es un cambio de terapia lo antes posible.

La Dra. Lisa M. Frenkel, directora del programa de pediatría de la Universidad de Washington en Seattle, ha publicado otro artículo en el mismo ejemplar comentando dichos hallazgos. Según su opinión el equipo del Dr. Deeks ha demostrado que los virus resistentes no se replican tan bien como los sensibles. Lisa M. Frenkel se pregunta si se trata de un comportamiento transitorio o, por lo contrario, esta tendencia va a mantenerse en el tiempo. Su experiencia es que eso es cierto en algunos pacientes, pero no en todos. En este sentido, esta doctora advierte que son necesarios más estudios que valoren estos resultados +

#### FUENTE:

WebMD *Medical News*, february 14, 2001, DANIEL J. DENOON; revisado por el Dr. TONJA WYNN HAMPTON, en <http://www.aegis.org/news/webmd/2001/WM010209.html>

#### REFERENCIA:

*The New England Journal of Medicine*, february 15, 2001



43



## A igual carga viral inicial, la mujer tiene más riesgo de progresión a SIDA que el hombre

Los resultados de un estudio realizado en Baltimore (Estados Unidos) demuestran que las mujeres progresan a SIDA con cargas virales iniciales mucho más bajas que los hombres. Los investigadores que participaron en este estudio, publicado en el número de 8 de marzo del *New England Journal of Medicine*, realizaron un seguimiento prospectivo de 156 hombres y 46 mujeres usuarias de drogas por vía parenteral (UDVP). Durante el período 1988-98 midieron sus recuentos de células CD4 y cargas virales aproximadamente cada 6 meses después de su seroconversión.

Este equipo, dirigido por Timothy R. Sterling de la Universidad Johns Hopkins de Baltimore (Estados Unidos), encontró una media inicial de 15.103 copias de ARN de VIH-1 entre las mujeres y de 50.766 copias entre los hombres. Los recuentos de CD4 eran similares (672 y 659 células/mL respectivamente). Un total de 29 hombres y 15 mujeres evolucionaron a SIDA sin observarse un riesgo de progresión significativamente relevante. Sus cargas virales

medias iniciales habían sido de 40.634 copias/mL en los hombres y de 17.149 en las mujeres.

Según los autores del estudio, «es necesario que se investigue más sobre las implicaciones de la diferencia en la carga viral entre hombres y mujeres en el inicio del tratamiento. Además, se precisan estudios que aclaren si existe un valor umbral que determine la progresión a SIDA».

Ésta y otras investigaciones deberían hacer reflexionar sobre si las recomendaciones oficiales de los diferentes países tienen que marcar un umbral de carga viral diferente para mujeres y hombres en cuanto a la recomendación de iniciar el primer tratamiento +

FUENTE: *Reuters Health*.

#### REFERENCIA:

*The New England Journal of Medicine*. 2001;344:720-755



# para prevenir la tuberculosis

**La tuberculosis (TB) es una de las infecciones más comunes en personas que viven con VIH, sobre todo en centros penitenciarios y en personas en situación de exclusión social, como**

**l@s sin techo. Aunque ya hemos hablado de ella en números anteriores, volvemos a la carga para reforzar la información sobre las ventajas de prevenirla.**

44

e

s una característica de la tuberculosis el hecho de que el bacilo de Koch (BK), su agente causal, permanezca largos períodos de tiempo inactivo antes de producir enfermedad. Por esta razón y porque, además, la transmisión suele ocurrir de forma inaparente (en el ámbito familiar, pero, sobre todo, con nues-

tros hábitos de vida, en el trabajo, en un lugar de ocio, o en un medio de transporte, etc.), raramente se establece la relación con el foco infeccioso, que es siempre una persona con enfermedad pulmonar activa. Dado que no se trata de una enfermedad infecciosa aguda, sino subaguda y con tendencia a cronificarse, el diagnóstico de la persona enferma suele demorarse, a su vez, semanas o meses, durante los cuales se transmite desde quien la tiene a quienes le rodean.

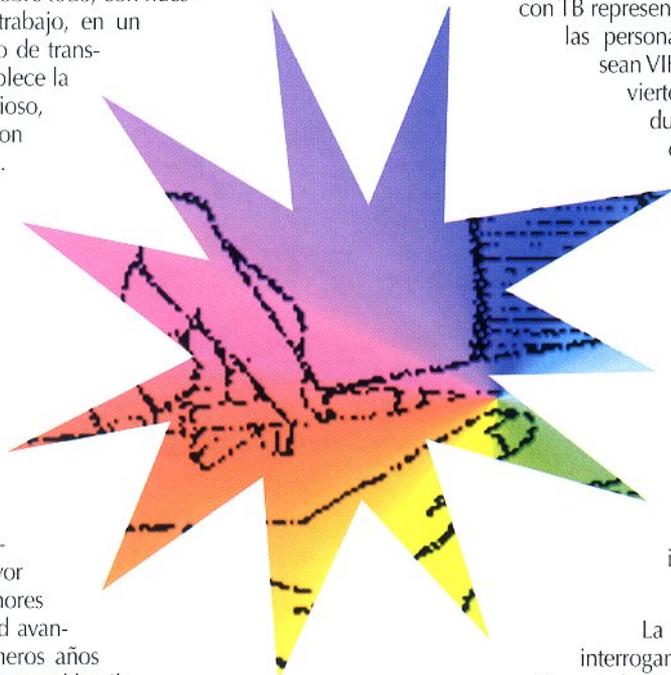
Aunque el riesgo de desarrollar tuberculosis es mayor en ciertas edades (niñ@s menores de 4 años y personas de edad avanzada) y durante los dos primeros años después de entrar en contacto con el bacilo, éste puede reactivarse en cualquier momento de la vida. En total, entre un 5-10% de l@s pacientes que han estado en contacto con el bacilo tuberculoso desarrollará una tuberculosis. Sin embargo, existen algunos factores que facilitan el paso de infección latente a infección activa, y entre éstos el más importante es estar co-infectad@ por el VIH. Según distintas experiencias publicadas, el VIH eleva entre 10 y 50 veces el riesgo de desarrollar tuberculosis. En la nueva era de las terapias de gran actividad, las TARGA, este riesgo ha ido disminuyendo a medida que ha podido mejorarse el estado inmunológico. Aun así, el riesgo existe, es siempre mayor que el de la población seronegativa y tiene algunas repercusiones importantes en la

evolución de la infección por VIH, añadidas al problema principal de desarrollar y tener que tratar una tuberculosis.

Por una parte, el progreso de la infección VIH se ve afectado negativamente por una TB activa que es causa y consecuencia de un deterioro inmunológico con caída de los CD4 y aumento de la carga viral asociados. Y, por otra, cada persona con TB representa una fuente de infección para las personas con quienes se relaciona, sean VIH+ o VIH-. La tuberculosis convierte las cuestiones de salud individual en un problema de salud colectiva.

¿Cómo atajar, pues, esta cadena de transmisión? ¿Cómo evitar que el bacilo se propague desde alguien enferm@ a otr@s compañer@s? ¿Cómo evitar el tener que seguir un tratamiento anti-tuberculoso largo y engorroso que deberá combinarse con antirretrovirales con todas las interacciones mutuas?

La respuesta a algunos de estos interrogantes la conocemos desde hace tiempo: la intervención más adecuada para evitar la enfermedad es atacar al bacilo latente. En este sentido, existen tratamientos con los mismos fármacos utilizados contra la TB, pero administrados en pautas más simples: 12 meses de isoniacida (12H), 2 meses combinando rifampicina y pirazinamida (2RZ) o 4 meses de rifampicina sola (4R). Especialmente 12H y 2RZ han sido validadas en varios estudios con grandes poblaciones de coinfectad@s por el VIH y el BK. El tratamiento preventivo de la tuberculosis presenta claros beneficios para quien lo toma y, como se ha dicho, evita el desarrollo y la transmisión de la enfermedad. Pero antes de prescribir y tomar el tratamiento hay que tener en cuenta varias consideraciones:



# las ventajas de tratarse la TB

1. El tratamiento de la infección tuberculosa latente representa un beneficio neto para las personas coinfectadas con el BK y el VIH.
2. Este beneficio no es sólo para el individuo, sino también para toda la colectividad.
3. Las pautas no están exentas de dificultades, pero éstas pueden sobrellevarse con la selección adecuada de los medicamentos y con un buen control clínico y analítico.
4. La existencia de diversas opciones permite elegir aquélla que más se ajuste a las necesidades y apetencias de cada paciente.
5. La adhesión al tratamiento es un problema real, sobre todo por el hecho de que no existe sensación de enfermedad. Por tanto, es necesario estar convencid@, motivad@ y concienciad@ del beneficio a obtener, para llevar a término el tratamiento.

## 1. ¿Cómo diagnosticamos a un/a co-infectad@?

La prueba de la tuberculina o del PPD es la única hoy por hoy disponible para saber si alguien ha estado en contacto con el BK. La prueba se basa en la respuesta del sistema inmunológico a un extracto del bacilo tuberculoso. En seropositiv@s, por la inmunosupresión más o menos intensa que suele conllevar la infección por el VIH, la prueba puede resultar negativa o débilmente positiva aun habiendo estado en contacto con una persona con TB. Por lo tanto, los criterios diagnósticos tienen un límite más estricto que en las personas VIH-. Cualquier induración [Ver Glosario] en el antebrazo, donde se inyectan los extractos del BK, se considera positiva. Sin embargo, no hay manera de diferenciar a aquell@s que habiendo estado en contacto con el BK no desarrollan respuesta de l@s realmente tuberculín negativos (quienes nunca han estado en contacto con un/a tuberculoso@). L@s primer@s, por lo general, al recuperar su inmunidad con el tratamiento antirretroviral, positivarán la prueba de tuberculina.

## 2. ¿Es fácil adherirse el tratamiento?

La pauta 12H se realiza con 2 pastillas diarias durante un período largo de tiempo. En cambio, la pauta 2RZ, de duración mucho más corta, significa, con los preparados actualmente disponibles, un total de 6-8 pastillas diarias. Esto lo hace parecer un tratamiento engorroso, especialmente si debe combinarse con antirretrovirales u otros fármacos. Sin embargo, gracias a su corta duración, el tratamiento antirretroviral puede posponerse (y en algún caso simplificarse) hasta que se haya acabado el tratamiento 2RZ. En cualquier caso, hay que añadir que, al no tener

sensación de enfermedad, (de hecho, sólo se está infectad@, no enferm@), para tomar el tratamiento preventivo contra la tuberculosis de forma adecuada y efectiva es necesario estar motivad@ y suficientemente convencido de lo que representa en nuestro propio beneficio y en el de l@s demás.

## 3. ¿Cuáles son las principales interacciones y contraindicaciones de estos tratamientos?

Con frecuencia la infección por el virus de la Hepatitis C (VHC) acompaña al VIH, por lo que no son nada raras las alteraciones en el hígado, aunque no produzcan síntomas perceptibles. Las dos pautas pueden elevar las transaminasas, en algunas ocasiones de forma importante. Este efecto se puede potenciar si hay una afectación del hígado severa de base. Por este motivo, igual que durante un tratamiento antituberculoso convencional, es necesaria una vigilancia analítica estrecha (monitorización) para detectar rápidamente cualquier problema derivado de la medicación. La alteración de las pruebas hepáticas provocada por la medicación antituberculosa se resuelve con la suspensión transitoria o definitiva de la misma.

La otra gran interacción es la incompatibilidad de la rifampicina con ciertos antirretrovirales, especialmente los inhibidores de las proteasas (IP). Este efecto puede evitarse de dos formas: gracias a la brevedad de 2RZ, puede suspenderse o posponerse el tratamiento bajo criterio médico (CD4 en niveles suficientemente elevados, carga vírica baja o indetectable...), y también, sustituyendo rifampicina por rifabutina (Rb), un medicamento de la misma familia, con los mismos efectos terapéuticos, pero que no presenta tantas interferencias con los IP +



45



# ¿Cómo se mide la Confianza en la terapia antirretroviral?

Puede medirse a través de los profesionales que confían en ella o a través de los miles de pacientes que se benefician de su tratamiento. Sin embargo, la respuesta de Boehringer Ingelheim para todos ellos va más allá, es el resultado de nuestro compromiso con el desarrollo de productos innovadores y de la máxima confianza, aportando toda nuestra experiencia y capacidad de investigación.

Porque entendemos que la confianza es también una medida de seguridad y comodidad en la terapia antirretroviral.



# mi dulce amiga



47



**d**e entrada, cuando alguien nos habla de lipodistrofia, zas... solemos pensar en esos cambios corporales que tan de cabeza nos traen. Somos much@s l@s que estamos experimentando alteraciones en el reparto de las grasas de nuestras caras, brazos, piernas, culos, espaldas, etc. Pero el término lipodistrofia también engloba otros fenómenos que, aunque no podamos ver a simple vista, son de gran importancia para el funcionamiento de nuestro organismo. Son las llamadas alteraciones metabólicas en sangre.

Las alteraciones metabólicas son irregularidades en los recuentos de grasas y azúcares en sangre. Todavía no sabemos con total certeza los mecanismos por los que se altera la cantidad de estas sustancias, pero cada vez parece más clara su asociación con las terapias antirretrovirales. Lo que ya sabemos - y muchos comprobamos con frustración - es que en nuestras analíticas se registran aumentos de colesterol, de otras grasas llamadas triglicéridos o también de glucosa.

Entonces, ya sabes... que si dieta, que si ejercicio, que si estilo de vida sano. Y uno se pregunta: «Pero, bueno ¿tan erróneo es mi estilo de vida? Si yo hasta ahora andaba tan ricamente...». En fin, querid@s, hasta que no tengamos fármacos más amigos habrá que lidiar -permitidme esta vez el término taurino- con lo que hay.

Pero eso no es todo. Además habrá que ir vigilando la posible resistencia a la insulina. Otro detalle de la madre lipodistrofia que cada vez aparece con más frecuencia en las personas VIH+ que tomamos tratamiento, especialmente en mujeres. La insulina es una hormona que fabrica nuestro páncreas y se encarga de la asimilación de los azúcares que corren por nuestro torrente sanguíneo. Cuando hablamos de resistencia a la insulina estamos diciendo que nuestro organismo no asimila eficazmente los azúcares que ingerimos. Si no la detectamos a tiempo o no adoptamos medidas, puede derivar en diabetes. En muchos casos nos podemos dar cuenta porque nuestros niveles de glucosa suben por encima de lo normal (por eso nos recomiendan hacer los análisis en ayunas).

Pero eso tampoco es siempre cierto. Mi amiga M<sup>a</sup> José me ha prestado muy gratamente sus analíticas para que podamos fisgar un poco entre sus parámetros. Aquí tenéis dos fragmentos. Arriba, los parámetros séricos donde se incluyen niveles de glucosa (azúcares) en sangre y abajo un recuento específico de hormonas pancreáticas. En la medición de glucosa, hay una primera columna, en negrita, que corresponde a los miligramos de glucosa (80) que mi amiga tenía esa mañana por cada decilitro de sangre. A la derecha, se puede ver el intervalo de referencia (64-107). La primera cifra es la cantidad mínima considerada normal y la segunda, la cantidad máxima. Si nuestro resultado, como en el caso de M<sup>a</sup> José, se sitúa entre estas dos cifras, teóricamente no pasa nada: nuestros niveles de azúcar en sangre no indican que algo vaya mal.

Pero en este caso, un médico preocupado por su paciente sugirió a mi amiga realizar pruebas específicas de hormonas. Y ahí sí se vio que algo pasaba con la insulina. Su resultado (23,20 mU/L) se sitúa muy por encima de lo habitual. Esta vez en el apartado intervalo de referencia consta una cantidad (12,4) seguida del intervalo +/- 3,8. Esta expresión matemática significa que a partir del número anterior cualquier variación de 3,8 unidades por encima o por abajo entraría dentro de lo aceptable. Si sumamos 12,4 y 3,8 nos da 16,2, lo que está por debajo de la cantidad de insulina que mi amiga tenía esa mañana.

Ella, no obstante, se siente moderadamente satisfecha pues este resultado es todo un logro. Hubo cifras más alarmantes en otros tiempos cuando su terapia estaba compuesta por potentes fármacos, en ocasiones potenciados por otros potentes fármacos a dosis pequeñas. Ya sabéis de qué hablo, ¿no? Tal despliegue de potencia llevó a mi querida amiga a niveles mucho mayores de insulina, que no remitieron eficazmente con la metformina que tan religiosamente tomó (soy testigo: es buena chica y se adhiere de maravilla a sus pastillas). Sólo consiguió una reducción significativa cuando por un problema de tiroides decidió, tras hablarlo con su médico, dejar la medicación durante un tiempo.

Visto lo visto me pregunto por qué no nos realizan de forma rutinaria estas mediciones hormonales a todas las personas VIH+, en especial aquéllas que estamos tomando tratamiento. Quizás nos podríamos ahorrar más de un disgusto. Mientras, lo de siempre, ojo al parche amig@ y vigila tu informe, que es tuyo, tuyo y solamente tuyo +

## Servei de Bioquímica Clínica

Peticio : Data Pet. : 08/01/2001  
 Num.Reg : Nom : VAZQUEZ;NAVEIRA, M JOSE  
 Num.His.Cli.:  
 Procedencia : INFX - INFECCIONS EXTERNA  
 Doctor : Servei : ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Prova	Res.	Unitat	Int. Referencia
<b>PARAMETRES SERICS</b>			
GLUCOSA	<b>80</b>	mg/dL	64 - 107
CREATININA	0.8	mg/dL	0.5 - 1.3
ACID URIC	5.2	mg/dL	1.9 - 7.4
COLESTEROL	156	mg/dL	148 - 247

## HORMONES TIROIDALS

T4 LLIURE : 1.94 | ng/dL | 0.8-2.0(provis)  
 HORMONA TIROTROPA (TSH) : 1.024 | mU/L | 0.40-4.00(provis)

## HORMONES PANCREATIQUES

INSULINA : **23.20** | mU/L | 12.4+/-3.8



# glosario

**Biopsia:** Una extracción, normalmente microscópica, de tejidos o materias procedentes del organismo vivo que se desea examinar con fines diagnósticos.



**Cánceres asociados a SIDA:** Algunas formas de cáncer son más comunes o más agresivas en personas con infección por VIH o SIDA que en la población general, por lo que se considera que su aparición se relaciona con la supresión inmune producida por infección o por el SIDA. Algunos de estos procesos malignos incluyen ciertas formas de cáncer del sistema inmunitario, conocidos como linfomas, el Sarcoma de Kaposi o los cánceres que afectan el ano o la cervix [ver también neoplasia].

**Fosforilación:** Proceso metabólico mediante el cual un fosfato pasa a formar parte de una molécula orgánica. Concretamente, la familia de fármacos antirretrovirales conocida como Inhibidores de la Transcriptasa Inversa análogos de Nucleósido (ITIN) o simplemente "nucleósidos" ha de pasar por tres fases de procesamiento químico o "fosforilación" una vez que han penetrado en la célula infectada por el VIH antes de convertirse en una sustancia realmente activa contra el virus. De hecho, los nucleósidos como zidovudina, estavudina o los otros ITIN se conocen técnicamente como "profármacos", indicando que hasta que no son metabolizados intracelularmente, no son fármacos en sentido estricto.

**Intraepitelial:** Que está dentro del epitelio, que es la capa que cubre las superficies externas e internas del cuerpo.

**Induración:** Endurecimiento (en el caso de una prueba de tuberculina con resultado positivo, éste se observaría en el área del antebrazo donde se ha inyectado el extracto del bacilo de Koch).

**Lactato:** Sal del ácido láctico cuya producción en exceso en nuestro organismo puede llegar a producir un síndrome potencialmente muy grave y hasta fatal conocido como acidosis láctica. La acidosis láctica es uno de los síndromes o dolencias que se han relacionado con la toxicidad mitocondrial potencialmente asociada al tratamiento con los fármacos anti-VIH de la familia de los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido (ITINN) como zidovudina, didanosina, estavudina, lamivudina o abacavir. Los síntomas iniciales de la acidosis láctica son dificultades respiratorias, fatiga, náusea y malestar abdominal. De no reconocerse a tiempo y continuarse el tratamiento con ITINN, la acidosis láctica podría conducir a la esteatosis hepática y al fallo hepático mortal.

**Neoplasia:** Formación de un neoplasma (tejido de carácter tumoral), por multiplicación progresiva de células.

**Osteonecrosis:** Necrosis del hueso, o sea, conjunto de cambios morfológicos que indican la muerte celular (en este caso del tejido óseo), causada por la degradación progresiva de las enzimas.

**Osteopenia:** A partir de una cierta edad, cualquier persona experimenta un adelgazamiento progresivo de los huesos (se calcula que a partir de los 35 años se pierde aproximadamente un 1% de densidad ósea al año). Hablamos de osteopenia cuando se produce una reducción de la densidad de los huesos mayor de la que sería de esperar teniendo en cuenta las características de la persona (particularmente, su edad y su sexo).

**Tumor:** Llamamos tumor a cualquier signo de inflamación o aumento de tejido corporal debido a la excesiva multiplicación de las células del tejido en cuestión+



Agradecemos sinceramente vuestra colaboración  
en el programa de reciclaje de medicamentos **Puente Latino**  
Para dar los medicamentos que ya no usas a **Puente Latino** sólo tienes que llamar al **933 171 685**  
(totalmente confidencial). MRW se encargará de efectuar la recogida donde y cuando  
nos digas, sin ningún cargo para ti.

Ser solidari@ sólo te cuesta una llamada.



LO+POSITIVO



MONOGRÁFICOS  
SUPLEMENTOS



DOCTOR FAX

LA  
NOTICIA  
DEL  
DÍA



Grupo de trabajo sobre tratamientos del VIH  
**gTt**



INFOVIHTAL

TARJETAS  
DE  
BOLSILLO



PUENTE  
LATINO

CONSULTAS  
SOBRE  
TRATAMIENTOS



ENLACES



RED  
2002

# ¡El 1 de junio nacerá una estrella!

El 1 de junio de 2001 se lanza el nuevo espacio virtual del Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt), la ONG que edita la revista que tienes en tus manos.

Además de acceso, como hasta ahora, a todos los números anteriores de LO+POSITIVO y al archivo del boletín de tratamientos DOCTOR FAX, dispondrás de nuevas áreas desde las que podrás consultar y descargar otros materiales sobre tratamientos producidos por gTt, conocer y participar en proyectos

como PUENTE LATINO, suscribirte a nuestros listados para recibir información de modo regular, y enlaces relacionados con otras iniciativas y eventos, como la RED2002 o la XIV Conferencia Internacional del SIDA.

Se trata de un portal vivo, que irá ampliándose y se renovará periódicamente, con abundante información en castellano sobre la comunidad y el VIH, más atractivo y más fácil de usar.

No te lo pierdas: el 1 pincha en

[www.foro-vih.org/gtt](http://www.foro-vih.org/gtt)

**ALBACETE:** ALVAS 967508860 **ALICANTE:** COLECTIVO GAYS-LESBIANAS 965132610 ACOSPA 965923939 CIPS 965240563 **Benidorm:** AMIGOS 966804444 **ALMERÍA:** C.C.ANTI-SIDA 950254192 **ASTURIAS:** Gijón: C.C.ANTI-SIDA 985338832 Oviedo: XEGA 985224029 **BADAJOS:** PLATAFORMA DIVERSIDAD 924259358 **BALEARIS:** Mallorca: BEN AMICS 971723058 ALAS 971715566 **BARCELONA:** ACAS CATALUNYA 933170505 ACTUA 934185000

COORDINADORA GAI-LESBIANA 932980029 EL PUNT AMB TACTE (CAS DE SANTIS) 934901940

Ext.30 PROYECTE DELS NOMS 933182056 *Granollers:* AUMMO 938601415 *Sabadell:*

ACTUA VALLÉS 937271900 **BIZKAIA:** Bermeo: Txo-HIESA 946179171 Bilbo: T-4

944221240 Hegoak: 944702100 **BURGOS:** C.C.ANTI-SIDA 947240277

**CÁDIZ:** A.ANTI-SIDA 666046393 *Algeciras:* C.C.ANTI-SIDA 956634828 *La Línea:*

C.C.ANTI-SIDA 956176090 **CÁCERES:** C.C.ANTI-SIDA 927227613

**CASTELLÓN:** CENTRO DE INFORMACIÓN Y PREVENCIÓN DEL SIDA 964239922 A.C.CONTRA

EL SIDA 964213106 **CÓRDOBA:** COLEGA 957485917 CONVIHDA 957430392

PREVENCIÓN Y SOLIDARIDAD DEL SIDA 957430392 **A CORUÑA:** C.C.ANTI-SIDA

981144151 *Santiago de Compostela:* C.C.ANTI-SIDA 981573401 *Ferrol:* Lazos

981350777 **GIRONA:** ACAS 972219282 **GRANADA:** NOS 958200602

C.C.ANTI-SIDA 958521352 **GUIPÚZKOA:** *San Sebastián-Donosti:*

A.C.ANTI-SIDA 943472036 HARRI BELITZA OIARTZUN 943493544

*Mondragón-Arrasate:* HIES-BERRI 943792699 **LAS PALMAS:** AMIGOS

CONTRA EL SIDA 928764849 / 928291684 **LLEIDA:** A.ANTI-SIDA 9732221212

**LEÓN:** C.C.ANTI-SIDA 987235634 *Ponferrada:* ASOCIACIÓN CARACOL

987402551 **LOGROÑO:** C.C.ANTI-SIDA 941255550 **LUGO:** C.C.ANTI-SIDA

982244560 **MADRID:** APOYO POSITIVO 913581444

COGAM GAYINFORM 915230070 FASE 900110000 FIT

913513682 UNIVERSIDA 913143233 **MÁLAGA:**

**LO+POSITIVO**

PRIMAVERA 2001

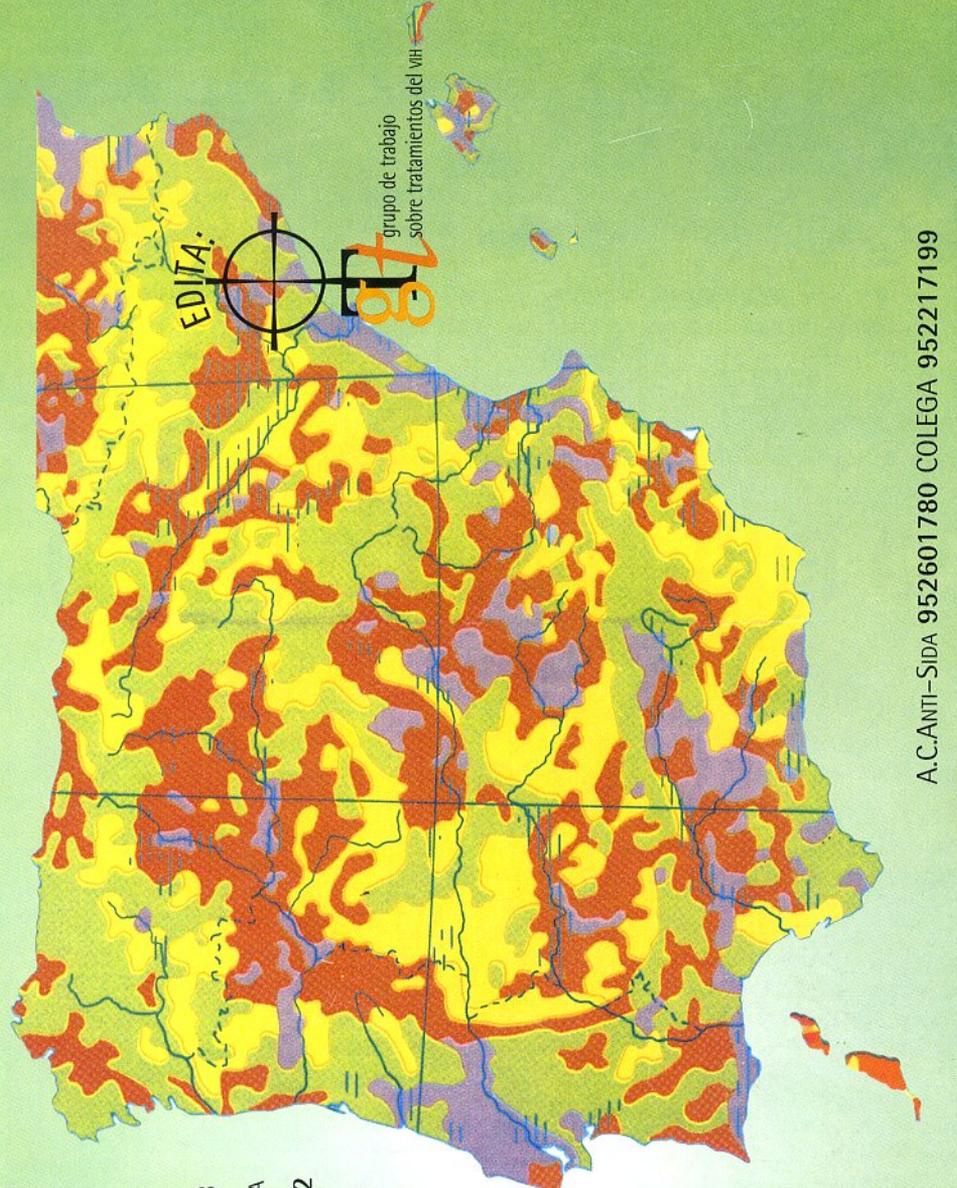
**PAMPLONA:** C.C.ANTI-SIDA 948212257 SARE 948177244 **PONTEVEDRA:** *Vilagarcía Arousa:* 986508901 **SALAMANCA:** C.C.ANTI-SIDA 923219279 **SANTANDER:**

A.C.CÁNTABRA ANTI-SIDA 942313232 **SEVILLA:** COLEGA 954563366 C.C.ANTI-SIDA 954371958 **TENERIFE:** UNAPRO 901512035 **VALENCIA:** COL-LECTIU LAMBDA 963912084 AVACOS

963342027 C.C.ANTI-SIDA COMUNIDAD VALENCIANA 963676911 *Gandia:* SERVICIO INFORMACIÓN Y AYUDA AL/LA INFECTAD@ 962877371 **VALLADOLID:** C.C.ANTI-SIDA 9833358948

**VITORIA-GASTEIZ:** GAITASUNA 945257766 C.C.ANTI-SIDA 945257766 **ZAMORA:** C.C.ANTI-SIDA 980534382 **ZARAGOZA:** C.C.ANTI-SIDA 976438135 GASPAR 976298223

LYGA 976395577 Om-SIDA 976370197 ○



A.C.ANTI-SIDA 952601780 COLEGA 952217199

**MURCIA:** C.C.ANTI-SIDA 968298831 *Cartagena:* C.C.ANTI-SIDA

968521841 **OURENSE:** C.C.ANTI-SIDA 988233000 **PALENCIA:** C.C.ANTI-SIDA 979749451