

LO+POSITIVO

NÚM. 20 • INVIERNO 2001-2002

PUBLICACIÓN GRATUITA SOBRE LA INFECCIÓN POR VIH



CHIC@S DE ORO

INVIERNO
2001-2002

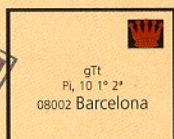
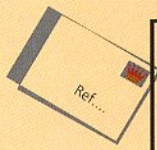
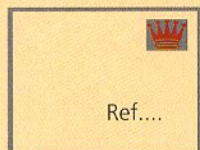
CONTACTO

Para responder un contacto:

1º Introduces tu carta dentro de un sobre, le pegas un sello con suficiente franqueo y escribes a lápiz en el sobre el nº de Referencia del contacto que deseas responder.

2º Metes el sobre dentro de otro y nos lo mandas a gTt c./ del Pí, 10 1º 2ª 08002 Barcelona. Nosotr@s se lo haremos llegar al/a la interesad@.

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



Para poner un contacto:

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

2º Nos lo mandas a: gTt c/ del Pí, 10 1º 2ª
08002 Barcelona

Ref: 051 Me llamo José Manuel, tengo 38 años y soy heterosexual. Soy VIH+ y lo llevo bien. Mis aficiones son la playa, caminar, bailar y viajar. Soy muy sano y me gustaría hacer amigas y si surge alguna relación, mucho mejor.

Ref: 052 Chico de 25 años con hepatitis C crónica. Me siento solo. Quisiera cartearme con chicas para posible amistad. No importa que seas seropositiv@. Aficiones: el deporte, la poesía, la música, la vida. Necesito hablar y contar mis secretos a alguien que me dé su confianza.

Ref: 053 Hola soy Angie, tengo 31 años, seropositiva, madrileña y lesbiana. Me gustaría cartearme y conocer a gente de similares características, heterosexuales también, para una buena amistad y posible relación. Gente sana y humana.

Ref: 054 ¡Hola! Me llamo Miguel, tengo 40 años y soy de Barcelona. Me gustaría conocer a chicas en situación similar para salir al cine, bailar, pasear, etc. Mis aficiones son leer, pasear y sobre todo los animales. Soy Géminis.

Ref: 055 Soy una chica de 40 años de Bilbao, seropositiva hace 15, asintomática, atractiva y extrovertida. Me gustaría enamorarme de un chico, ya que el amor es el motor de mi vida. Si te identificas conmigo, escríbeme y podemos intentarlo.

Ref: 056 Me llamo Juan José, estoy casado y tengo dos chavales. Me enteré de que tenía SIDA a primeros de este año. Aún no lo tengo muy asimilado. Me gustaría escribirme con gente.

Ref: 057 Armando 33 años, heterosexual, desea conocer chicas para carteo, amistad o relación, preferible de Madrid. Prometo contestar.

Ref: 058 Andrés, 39 años, separado. Busco nuevas amistades para cartearme y a ser posible para salir. Todo mi mundo se ha derrumbado con los años. Preferentemente chicas VIH+ de Barcelona y alrededores. Prometo contestar.

Ref: 059 Chico 27 años, 1,80m, 79k, del montón y heterosexual, me gustaría cartearme con chicas para amistad. Una carta es mucho en el talego.

Ref: 060 Me llamo Rui Silva de 38 años. Soy portugués, pero vivo en Santander. Busco mujer seropositiva o no, yo no lo soy. Jovial y sincero. Quisiera compartir la vida y un futuro lleno de amor y esperanzas. Me gusta mucho leer, escribir, la música y el mar. Escríbeme.

Ref: 061 Chico de 37 años VIH+, me gustaría conocer a chica, no importa edad, para amistad o una posible relación, de Castilla León o de Madrid. Aficiones: deporte, cine, divertirme.

Ref: 062 Me llamo Pedro, soy gay y tengo 50 años, con VIH+ sin síntomas. Me gustaría conocer a chicos sinceros y que sean románticos como yo.

Ref: 063 Soy chico de 35 años, VIH-, que desea cartearse con chicas de 25 a 35 años, para una bonita amistad o algo más. A ser posible de Barcelona o alrededores. Centro Penitenciario Brians (Situación Preso).

Ref: 064 Hola, soy José Ramón, seropositivo desde el 89. Me gustaría cartearme con chicas de todas las edades para compartir vivencias y nuevas sugerencias, estoy preso desde el 96. Mandarme foto por favor. Que sea buena gente y no malos rollos, ¿vale? Os espero siempre.

Ref: 065 Gay, 37 años, busca amigos fuera del armario y del ambiente. VIH+ desde 1999, de izquierdas y naturista. Vivo solo, para amistad y pareja, mejor menor de 40 años.

3 Editorial

OPINIÓN

- 4 En Marruecos y circunstancias
- 5 De anónimos y de fondos
- 6 Lo que se da
- 7 Soy feliz
- 9 Aún estamos así
- 10 Aguinaldo navideño
- 11 Que viene, que viene
- 12 Nuestro futuro
- 13 Prisionera del desamor
- 14 Tomar o no tomar
- 15 Tod@s junt@s
- 17 Valorar el esfuerzo
- 18 Brasil no es sólo carnaval
- 19 Mensajes



EN PERSONA

- 20 Chic@s de oro

28 EL CLÓNICA

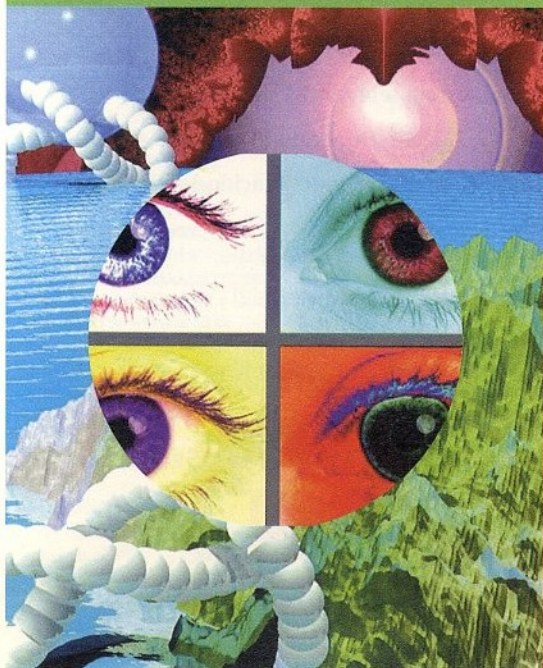
CUIDARSE

- 30 La cacatio
- 32 Energía de vida
- 34 De interacciones y demás
- 37 Perspectiva de género



CIENCIA

- 38 En busca de vacunas III
- 40 A cada niñ@ su nivel
- 42 Pasar la prueba
- 45 No tan simplex
- 46 Conflictos de sangre II
- 48 El abecé de la piel
- 50 Cada día, noticia
- 54 Un globo, dos globos
- 55 Glosario
- 56 Glosario especial vacunas





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



gsk GlaxoSmithKline

EDITORIAL

El equipo de LO+POSITIVO somos:

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

En este número han colaborado:

Iñaki Azkunaga
Eva Bellapart
Paul Cummings
José Luis López
Diego Moreno
Jordi Palasí
Silvia Pascucci
Antonio Pérez
Mª Eugenia Sebastián

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 de verdad lo necesitamos, puede hacerlo a nombre de:

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

Redacción:

Carrer del Pi, 10, 1º 2.ª
08002 Barcelona España
Tf: +34 933 020 411
Fax: +34 933 173 832
E-mail: contact@gtt-vih.org
Web: www.gtt-vih.org

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.

Miembro del
Grupo
Iberoamericano
de Publicaciones
sobre el VIH



La información científica tiene una
validez de tres meses.

VIH+ CON MÁS DE 50

Ser mayor no está de moda. Las virtudes de la senectud alabadas en otras civilizaciones parecen no tener cabida en nuestra sociedad que se regocija en la idea de la eterna juventud. Las personas que superan los cincuenta años experimentan una doble exclusión por ser mayores y por tener VIH. Con una rica trayectoria a sus espaldas, la infección por VIH supone todo un reto a su horizonte vital, pero la sociedad difícilmente les deja encontrar su propio espacio. No hay trabajo para ell@s, las escasas prestaciones sociales limitan los proyectos de vida y en ocasiones las familias, incluso l@s propi@s hij@s, se sienten incapaces de afrontar esta nueva situación.

En este camino sienten sobre todo soledad. Han sido ignorad@s en programas educativos, preventivos y de ayuda. Se supone que las personas mayores no están interesadas en el sexo, por lo que l@s profesionales de la salud siguen siendo reaci@s a hablar de sexualidad con sus pacientes mayores. También se supone que no se inyectan drogas y si lo han hecho debe haber sido en un pasado lejano, lo que l@s mantendría fuera de riesgo. Con frecuencia su diagnóstico llega en fases avanzadas de la infección -algunos síntomas pueden confundirse con achaques propios de la edad-, lo que añadido a un sistema inmunitario debilitado, puede acarrear más y más graves complicaciones que en una persona joven. La invisibilidad de las personas mayores con VIH es un grave factor de riesgo para su salud y su vida.

El segmento de la población mayor de cincuenta años con VIH está aumentando, no tan sólo por las nuevas infecciones sino también por la mayor supervivencia de las personas con VIH en general. Esto supone que será imprescindible acometer reformas y refuerzos en nuestro sistema público de salud y de protección social que garanticen la atención a las personas con VIH de edad avanzada. Para que esa reforma sea factible, urge que se lleven a cabo más y más amplias investigaciones sobre la evolución de la infección por VIH y la eficacia y seguridad de los tratamientos en las personas que superan la cincuentena +

SALUD DENTAL

El cuidado de la salud dental es para las personas con VIH, junto con la reparación de la lipoatrofia facial y la salud reproductora, un gran ausente de nuestro sistema público de salud, que no tiene ningún empacho en proclamarse orgullosamente gratuito y universal. No es que el resto funcione de maravilla, pero al menos está cubierto y sobre el papel puede exigírsele que lo sea con calidad. Pero para los dientes, ni eso.

Podrá argüirse que en este ejemplo no hay discriminación: la exclusión de financiación pública es también universal, y no hace distinciones entre personas con y sin VIH. Pues bien, reclamamos salud dental integral –no sólo que te saquen muelas– para tod@s, pero muy especialmente para las personas con VIH. Las razones son simples. Por un lado, la infección por VIH y ciertas enfermedades oportunistas, además del uso de drogas adulteradas en su caso, han contribuido a erosionar precozmente la dentadura; por otro, las pensiones no contributivas que reciben much@s son de una cuantía tan ridícula –no por ello el gobierno conservador evita la tentación de suprimirlas– que no alcanzan ni para la indispensable limpieza bucal semestral. Que haya habido alguna loable iniciativa filantrópica no soluciona el problema.

Las personas con VIH presentan un deterioro de su salud dental más agudo al que han de hacer frente en el mercado privado con recursos muy inferiores. Eso también es discriminación +

Anónimo y confidencial

Desde el pasado mes de octubre, la Consejería de Sanidad de Baleares ha eliminado las pruebas de detección anónimas del VIH. Estas pruebas, que se vienen realizando en muchas ciudades españolas, además de ser confidenciales y gratuitas, son anónimas, lo que permite preservar la identidad del usuari@ que por razones personales no quiere someterse al test de prevención en su centro de asistencia sanitaria habitual o en un laboratorio privado. Parten de la iniciativa tanto de ONG como de centros sanitarios de la red pública, por ejemplo algunos centros de enfermedades de transmisión sexual y/o de diagnóstico del VIH.

La suspensión del servicio en Baleares no es un caso aislado: en Galicia fueron retiradas también hace más o menos un año, causando un profundo malestar entre las asociaciones ciudadanas Anti-SIDA. Las razones aducidas por las autoridades competentes para prescindir de las pruebas anónimas son diversas y en cualquier caso muy peregrinas: la falta de rentabilidad, un nuevo cambio en la gerencia, la exigencia del personal sanitario

de un mayor control de las visitas o por decisión política: "acercar el servicio al usuari@ (sic)". Sea cual fuere el motivo, en estas comunidades se deriva a las personas interesadas a los Centros de Salud, donde obviamente se realizan la prueba de detección del VIH, confidencial y gratuitamente, pero con tarjeta sanitaria y la consiguiente identificación de la persona. Esta situación para algun@s puede crear un conflicto personal y hacerles desistir, incluso, de su intención de someterse al test.

Así las cosas, las organizaciones de las Baleares, preocupadas por la seriedad del asunto, han intentado establecer una vía de diálogo con la Consejería con el fin de encontrar una solución y reanudar rápidamente el servicio interrumpido.

A todas luces, es imprescindible que una política sanitaria de prevención y diagnóstico del VIH cuente entre sus estrategias con unas pruebas de detección que garanticen el anonimato de la persona. Es una forma sencilla de evitar que aquéll@s que piensan en realizarse el test del VIH no se lo hagan o duden porque se sienten presionad@s y con falta de libertad +

Bajos Fondos

Se han dado a conocer ya las aportaciones públicas y privadas al Fondo Mundial para la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria. Como muchos recordaréis, la creación de este fondo se propuso en la cumbre del G-8 en Okinawa (Japón) pero no fue hasta la sesión extraordinaria sobre VIH/SIDA de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS 27/06/2001) que se llevó a cabo una Declaración de compromiso global en la lucha contra el VIH-SIDA. Por medio de esta Declaración, los estados miembros de la ONU se comprometían en la creación de "un fondo mundial contra el VIH/SIDA y para la salud a fin de financiar la adopción de medidas urgentes y más amplias contra la epidemia sobre la base de un enfoque integrado respecto a la prevención, la atención, el apoyo y el tratamiento, y prestar asistencia a los gobiernos en lucha contra el VIH/SIDA, entre otras cosas, asignando la debida prioridad a los países más afectados, especialmente los del África subsahariana y el Caribe y a los países de alto riesgo, y movilizar contribuciones de fuentes públicas y privadas al fondo [...]".

Las primeras subvenciones de este Fondo Mundial se concederán en abril de 2002 y proceden de las aportaciones que hasta la fecha se han ido recaudando y que se pueden consultar en el sitio web del Fondo (www.globalfundatm.org). Kofi Annan, Secretario General de la ONU, inauguró las arcas del Fondo -cuyas finanzas son gestionadas por el Banco Mundial- con una suma de 100.000 dólares a los que se han añadido paulatinamente hasta 1.800 millones de dólares más, cifra que puede parecer elevada pero que solamente llega a

cubrir las necesidades de una décima parte. Estas aportaciones proceden de los países miembros de la ONU, fundaciones y particulares. Entre las más cuantiosas destaca sin duda la de Estados Unidos que ha contribuido con 500 millones de dólares, aunque si se compara esta suma con los 379.000 millones de dólares que destinará a Defensa en 2003, o con los 58.000 millones de dólares que el Gobierno y el Congreso han destinado desde el 11-S a combatir el terrorismo, la cantidad aportada al Fondo para la lucha contra el SIDA puede resultar irrisoria.

Discreta podríamos definir la contribución del gobierno español a la causa global con 50 millones de dólares, de los cuales 20 se harán efectivos durante este año. De entre las cantidades aportadas por fundaciones, sobresale la de la *Fundación de Bill y Melinda Gates*: el magnate del Microsoft y su esposa colaboran con 100 millones de dólares.

Huelga decir que resulta necesaria la puesta en marcha de un Fondo Global para la lucha contra tres enfermedades que quitan la vida a seis millones de personas cada año. No podemos bajar la guardia ante una realidad que comienza a ser muy preocupante: sin el acceso a los fármacos antirretrovirales una parte considerable de los 40 millones de personas que actualmente viven con VIH podrían morir. En este sentido, se ha hecho notar que, de no cambiar la situación, el VIH, en términos de enfermedad y muerte, podría sobrepasar a la peor pandemia de la historia, la Peste Negra, que en el s. XIV provocó la muerte a más de 40 millones de personas y causó un profundo impacto social y económico +



5



Lo que se da no se quita

me llamo Eva, tengo 36 años y soy seropositiva desde hace 12 años más o menos. En el año 97, en Murcia se me dio una minusvalía del 67%, anteriormente llevaba varios años, 5 aproximadamente, cobrando una pensión de la Seguridad Social. En el año 99, ya viviendo en Bilbao, se me terminó la pensión y me remitieron al servicio de no contributivas. Se me denegó por no tener la minusvalía que pide la ley: la rebajaron al 40% en cuestión de meses. Yo no me lo podía creer, pues en ese tiempo había desarrollado asma y, sinceramente, no me encontraba bien como para trabajar ocho horas en un curro físico. Quiero aclarar que fui pensionista de la Seguridad Social en régimen de invalidez transitoria por la anti-gua ley.

Lo más jodido de todo es que eran mis únicos ingresos, realmente no me encontraba bien y mis gastos en medicación para el asma eran altísimos. Me enfadé mucho con mi asistente social y le pedí explicaciones a la Diputación de Bizkaia, pero tenían respuesta para todo: "ya sabes, el médico dice que estás bien, que no has tenido ingresos hospitalarios", etc. Pero mis dos neumonías, las candidas, etc. se habían borrado del expediente. Increíble, ¿no? Me sentía totalmente sola y fuera de lugar pues no habían valorado mi situación económica, ni me habían sometido a una revisión psicológica. Se habían pasado todos los criterios por el forro.

En T4, la asociación donde colaboro, se quedaron alucinad@s y me pusieron en contacto con un abogado que se portó de maravilla. Se puso una denuncia a la Diputación de Bizkaia y fuimos a juicio. Fue un proceso de mucha tensión, pues es muy lento y la preparación fue muy dura: tuve que contar una vez más mi vida, como había

sido mi infección, enfermedades, mi situación económica, etc. Al fin llegó el juicio, a puerta abierta. Muy íntimo todo. Mi vida contada como un culebrón. Realmente lloré mucho y no soy llorona, pero me sentía juzgada, no por mi enfermedad sino por mi vida pasada. Era como un mono de feria, pero aguanté todo el juicio. Finalmente lo perdí, pero no nos acobardamos. Mi abogado, un ser maravilloso, me dijo que él no tenía prisa y que no le gustaba perder, así que apeló contra la sentencia. Otro año viviendo de las ayudas sociales y teniendo que explicar mi situación a la asistente social.

Durante unos meses tuve que pedir ayuda a la psicóloga de T4 porque no entendía nada y me sentía como un número. Yo, Eva, no importaba. Todo era dinero y dinero, no veían más que eso. No me he curado y ell@s se empeñaban en que sí. Era una pelea diaria con mis sentimientos y con la administración. Tenía que olvidarme de todo y ser la mujer más fría e inhumana del mundo para que no se rieran de mí y me humillaran. Tengo que reconocer que si no hubiera sido por T4, no sé si hubiera aguantado la tensión. Me pagaban el alquiler, me limpiaban las lágrimas. Bueno, todo lo que necesité allí lo encontré. Mereció la pena: finalmente el año 2001, el Tribunal Superior de Justicia del País Vasco me dio la razón y me pagaron casi un millón de pesetas. Me paseé por todas las dependencias de la Diputación con la sentencia para decirles lo que pensaba de ell@s. Me di el gusto de ser realmente mala y ponerles en ridículo; por eso ahora animo a todo el mundo a que denuncie: merece la pena

si al final se consigue lo que es justo. Ell@s no tienen la razón y lo saben pero se aprovechan de nuestros miedos, de que no nos quejamos. Ya es hora de plantarles cara, y de que se den cuenta de que nuestra situación es realmente dura y estamos muy desprotegid@s+

SENTENCIA

Papel de Oficio de la
Administración en la Comunidad
Autónoma del País Vasco

Procedimiento Laboral

Fallamos

Se estima el recurso de suplicación interpuesto por la representación legal de D^a contra la sentencia del Juzgado de lo Social núm. 9 de Bizkaia, de 29 de junio de 2000, dictada en sus autos núm. 207/00, seguidos a instancias de la hoy recurrente, frente a la Diputación Foral de Bizkaia, sobre pensión de invalidez no contributiva y grado de minusvalía. En consecuencia, con revocación de su pronunciamiento y estimación de la demanda, declaramos que la demandante tiene un grado de minusvalía del 65% y, por ello, derecho a pensión no contributiva de invalidez, desde el 1 de diciembre de 1999, cuyo importe habrá de fijar la demanda y, de no ser de la conformidad de D^a, habrá de impugnarse en nuevo litigio.

Notifíquese esta sentencia a las partes y al Ministerio Fiscal.

Una vez firme lo acordado, devuélvanse las actuaciones al Juzgado de lo Social de origen para el oportuno cumplimiento.

Así por esta nuestra Sentencia, definitivamente juzgado, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.



6



Soy feliz

hola chic@s:

Con mucha frecuencia estas páginas se han utilizado para hablar sobre los efectos secundarios de las medicaciones, lo cual me parece muy bien y muy razonable pues a tod@s nos afectan en mayor o menor medida. Sin embargo, a mí me gusta escribir más acerca de asuntos agradables, aunque quizás por ello se me pueda tachar de optimista por aquell@s a l@s que no les sucede lo mismo. No obstante, desearía que tod@s sintieseis como yo me siento en estos momentos y creo que la proximidad de las Navidades es la ocasión idónea para contarlo.

Aunque pueda parecer una pedantería por mi parte soy feliz, muy feliz y decir eso cuando un@ es seropositiv@, es bastante difícil; por eso, quiero expresarlo aquí, para compartirlo con vosotr@s y al mismo tiempo agradecer a las personas que han conseguido que yo esté sintiendo de este modo, cuando resulta tan complicado lograrlo en nuestra situación. No quiero que se me haga tarde (como me sucedió con mi padre) para dar las gracias a toda mi familia materna por el amor, generosidad y afecto sin límites que han demostrado hacia mí y que ha hecho posible que al estar con ell@s, se me olvide totalmente que soy seropositiva. Con su forma de actuar, con todos esos pequeños detalles que cualquier otra persona no valoraría, pero que en

nuestro caso son importantísimos, hacen que me encuentre como una más, que jamás me sienta diferente y eso es más beneficioso para la salud que todos los antirretrovirales de este mundo; si yo tuviera que optar por la química o el amor de mis seres queridos, sin dudarlo un instante me quedaría con lo segundo, pues sus efectos secundarios positivos compensarían con creces la falta de medicinas. Y es que, amig@s, el amor es la mejor terapia.



Soy enormemente afortunada por ello y quería contarlo. Lo lamento por tod@s l@s compañer@s que no están en la misma situación ya que no hay nada más injusto que la negación del cariño y del amor familiar a alguien por el simple hecho de vivir con el VIH. Quizá esas personas tampoco merezcan que l@s rechazad@s sufran por ellas, pues es bastante dudoso que a estos elementos se les pueda definir como seres humanos.

Bueno, querida familia gracias por todo. Os quiero un montón. En cuanto a l@s demás, os deseo las mejores fiestas posibles. Ojalá para el año nuevo se cumpliera un deseo que much@s tenemos: el fin de la discriminación y el rechazo social y familiar.

Besos

Zaragoza, 6 de diciembre de 2001



ORDEN DE PAGO POR BANCO

NOMBRE
BANCO O CAJA LOCALIDAD C.P.
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:

20 € 40 € €

Forma de pago:

Talón nominativo adjunto Giro postal Por Banco

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



Farma

Soluciones
Integrales de Salud

**Trabajamos
por un mundo sin
VIH**

¿Aún estamos así?

el 4 de enero de 2002, navegando por internet, descubro en la edición digital de un periódico de tirada nacional, una encuesta que afirma que un 20% de los españoles piensa que el SIDA se contagia (primer error: el SIDA no se contagia, se transmite) por los besos y por beber en el mismo vaso que una persona seropositiva. No sé si algun@ de vosotr@s habéis visto esta noticia, pero a mí me dejó profundamente decepcionada y desilusionada, ya que venía a demostrar que en estos 20 años de existencia del VIH y, a pesar del bombardeo de campañas informativas y de concienciación en todo el mundo, aún hay 1/5 de nuestr@s ciudadan@s que siguen igual que al principio.

¿Por qué pasa esto? ¿Es que no ha sido suficiente la información proporcionada y que todavía hoy se da? ¿Y las sucesivas campañas preventivas? ¿Acaso no será que la posición más cómoda para muchos que no están afectad@s directamente o indirectamente por el VIH, sea ignorarlo, es decir hacer oídos sordos o cerrar los ojos ante los problemas sanitarios, sociales y económicos que el SIDA conlleva?

Aquí os dejo mis dudas para que vosotr@s reflexionéis acerca del asunto y a lo mejor, a alguien se le ocurre algo que hacer para intentar cambiar la forma de pensar y de actuar de este 20% de españolit@s que continúan aferrad@s a sus ideas fijas, mirándose el ombligo y "pasando" de los problemas de los demás. Ya sea por un irracional miedo a lo desconocido, a lo diferente, por comodidad o, porque consideran que esta enfermedad es propia de homosexuales y drogadict@s, se creen a salvo del "bicho" y por lo tanto, ajenes a todo lo que rodea al VIH.

Sin embargo, no se dan cuenta de que hoy en día los del "a mí no me puede pasar" o "eso no va conmigo", son precisamente los que más riesgo corren, ya que al considerarse "invulnerables" hacen caso omiso de todo tipo de medida profiláctica y de toda campaña informativa que se ponga en marcha.

a. el bicho



b. transmisión o contagio

**mi vida y mi información:
modelo para armar**

c. a mí no me puede pasar

d. eso no va conmigo

e. soy invulnerable

SOLUCIÓN:

luchar mucho y seguir machacando al personal

Por eso, pienso que la solución a esta encuesta no es fácil, que aún habrá que luchar mucho y seguir machacando al personal hasta que llegue un día en el que se consiga que el 100% de los ciudadan@s sepan y sean conscientes del problema del VIH, de sus vías de transmisión y de las medidas preventivas. Ese día, que ojalá fuera más pronto que tarde, ya no será preciso celebrar un día del SIDA para pedir solidaridad con los afectad@s porque tod@s lo tendrán en cuenta como algo propio, algo que nos incumbe a tod@s.

Un saludo y por cierto, FELIZ AÑO 2002 .



Puente Latino



Colabora con el programa de reciclaje de medicamentos anti-VIH para América Latina Servicio gratuito y confidencial.

Tlf. +34 933 171 685

9



José
CARBONELL

Aguinaldo navideño

de la administración: cierre de una actividad ocupacional y reivindicativa, voz del colectivo de UDUP y en PMM. Equipo de la revista *META-MORFOSIS* en Barcelona

el pasado 22 de diciembre, el Departamento de Drogodependencias y SIDA de la Generalitat de Cataluña, dirigido por el Sr. Joan Colom (representado en la reunión por el Sr. Xavier Majo y la Sra. Rosa López) junto con Cruz Roja Barcelona (representada por la Sra. Ana Clanchet) tuvieron el **dudoso honor** de comunicar en una reunión mantenida en Barcelona con el equipo redactor de la revista *Meta-morfosis*, la clausura, es decir, el cierre de la sede y por lo tanto la **NO CONTINUIDAD** del equipo actual, algun@s de cuyos miembros tenían ya una antigüedad de casi cuatro años.

En el número 15 de la revista, el equipo redactor ya manifestó a través del editorial "**la poca fortuna**", por no utilizar otro adjetivo, que dicho departamento tenía, cuando nos imponía la necesidad de descentralizar y derivar dicha actividad a diferentes CAS de Catalunya (Centro de Asistencia y Seguimiento), con el argumento de que así se llegaría a más usuari@s en PMM (Programa de Mantenimiento con Metadona, argumento un tanto absurdo pues ya participan activamente mandando artículos por e-mail, por correo ordinario desde los diferentes Centros Penitenciarios, por fax y por medio de entrevistas personales). Tal postura de la administración, algun@s redactores la vivimos como la antesala del cierre, una primera estrategia premeditada, que seguiría con el impedimento de continuidad del **espíritu de reivindicación de las carencias de nuestro colectivo de afectad@s**, creado por el equipo actual y las ONG, que por vinculación personal de sus miembros estaban representadas en esta línea de actuación editorial.

Han intentado con premeditación, alevosía y como encubrimiento a su incapacidad, traspasar el sentimiento de que era el equipo redactor quien fallaba. El tiempo ha demostrado que no ha existido voluntad ni capacidad profesional de llevar las iniciativas necesarias expuestas, ni de aceptar los nuevos "**roles**" que se planteaban y que exigía la situación.

Ante esta situación, las personas que han dejado su tiempo "irrecuperable", sus ilusiones y sus posibilidades de continuidad en este proyecto, nos gustaría explicar de qué estamos hablando.

Estamos hablando principalmente de **dinero**. Aunque tod@s l@s redactores hemos trabajado sin ánimo de lucro (sólo se contemplaban los gastos de asistencia y 4.000 ptas. cada tres meses, coincidiendo con el cierre de cada número, cuya periodicidad es trimestral), el proyecto tenía una asignación de **5.000.000** de pesetas anuales para gastos totales. En diferentes ocasiones hemos solicitado, una copia de gastos **reales** efectuados en los diferentes ejercicios, cosa que **nunca** se nos ha aportado.

Estamos hablando de las denuncias y reivindicaciones de las carencias soportadas por nuestro colectivo de afectad@s en el servicio sanitario público de la red de drogodependencias catalanas: en los accesos a la Comunidades Terapéuticas, Unidades de Desintoxicación (listas de espera), condicionamiento de los PMM (falta de protocolo), falta de seguimiento individual adecuado por los equipos de actuación de los CAS, con una gran ausencia de actuaciones paralelas de tipo ocupacional y de soporte psicológico y psiquiátrico. Y un largo etcétera.

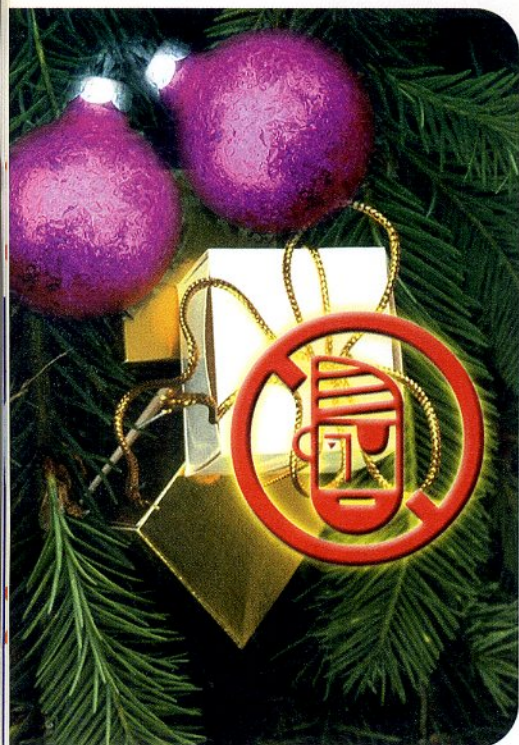
La revista *Meta-morfosis* ha sido un lugar de encuentro de diferentes sensibilidades y formas de entender la actuación sanitaria, "de acercamiento" en el campo de las drogodependencias, vistas por l@s mism@s usuari@s, hacia l@s cuales deben ir dirigidos los servicios públicos de actuación.

Han pasado usuari@s, exusuari@s, médic@s, psicólog@s, educadores sociales, etc. Much@s son l@s que actualmente están en diferentes ONG o Comités, por lo cual la semilla esta sembrada, sólo falta que dé el fruto adecuado, de lo cual ninguno dudamos.

Esperamos que el Departamento de Drogodependencias y SIDA de la Generalitat de Cataluña tenga mejores "**aciertos**" en los tipos de actuaciones venideros, ya que much@s afectad@s tenemos que seguir trabajando con dicho departamento, aunque sea en otros contextos y marcos. También deseamos que la relación actual conjunta de "gestión" de recursos del Departamento con Cruz Roja sea "beneficiosa" para el colectivo que nos ocupa, y no prevalezcan los temas económicos o de falta de sensibilidad, a la hora de potenciar el movimiento asociativo, o de encajar las críticas propias del cargo "actual público" que desempeñan algunas personas transitoriamente (**¡PUES LAS CRÍTICAS VAN CON EL SUELDO!**).

El espíritu de *Meta-morfosis* siempre existirá en el corazón de algunas personas. Es lo único que nos pueden quitar +

10



Que viene la menopausia

Llamamos menopausia a esa época de la vida en la que una mujer tiene su última menstruación, lo cual ocurre cuando los ovarios han dejado de liberar óvulos tras un proceso gradual que afecta en general a las hormonas, al estado corporal y también al emocional. La producción de estrógeno por los ovarios se hace más lenta durante la perimenopausia y los niveles hormonales fluctúan provocando cambios, y muchos procesos biológicos se ven alterados, añadiéndose y confundiendo con otras dificultades que son consecuencia directa de la edad.

Diversos estudios realizados para evaluar la historia natural de la hepatitis C (el ritmo de progresión de la hepatitis C sin intervención terapéutica) han demostrado que los estrógenos cumplen una función de protección en la progresión a fibrosis hepática, con lo cual, las mujeres que tienen hepatitis C crónica se encuentran protegidas mientras están en edad fértil, que es cuando la producción de estrógenos está en sus niveles más altos. Por ese motivo, la progresión a fibrosis hepática es menor en mujeres que en hombres en los estudios que contemplan estos límites de edad.

Naturalmente, con la llegada de la menopausia, y también durante el embarazo y cuando utilizan anticonceptivos orales (cuya función se basa en la alteración de los niveles hormonales y la reducción de la producción de estrógenos), las mujeres dejan de disponer de esta protección natural y la hepatitis C crónica retoma el ritmo de progresión natural habitual.

En el mes de noviembre de 2001, se celebró la 52 Conferencia de la Asociación Americana de Estudio sobre Enfermedades Hepáticas (AASLD, en sus siglas en inglés), en la cual se presentó un estudio en el que se intentaba evaluar de qué manera influían estas etapas de escasez estrogénica en la fibrosis hepática y en los índices de progresión en mujeres infectadas con el VHC (virus de la hepatitis C), teniendo en cuenta posibles factores que inducían a confusión en esta evaluación, como podían ser la edad, el consumo de alcohol y el IMC (índice de masa corporal), que también pueden interferir en el progreso de la enfermedad hepática.

El estudio incluyó a 472 mujeres con hepatitis C crónica, pero no infectadas con el virus de la hepatitis B ni con el VIH, a las que se realizaban preguntas sobre consumo de alcohol y tabaco, presencia de diabetes, edad de la primera menstruación y de embarazos, uso de anticonceptivos orales, edad de instauración de la menopausia y motivos de la misma (teniendo en cuenta que puede ser debida a diversos factores diferentes de los biológicos, como es el caso de la menopausia por



histerectomía [VER GLOSARIO]), así como el uso de sustitutos hormonales para aliviar los síntomas que de ella se derivan.

Los resultados del estudio se construyeron sobre las respuestas de las 212 mujeres que completaron el cuestionario y demostraron que los valores de fibrosis y/o de progresión a fibrosis eran significativamente menores en aquellas mujeres que habían tenido uno o más embarazos, las que tomaban anticonceptivos orales, las que no habían llegado a la menopausia y las que recibían tratamiento hormonal sustitutorio.

El análisis de estos datos mostró que la menopausia estaba asociada con índices más altos de fibrosis y de progresión a fibrosis, y que los embarazos estaban asociados con menores índices de progresión a fibrosis, aunque no se consideró significativo el efecto de los anticonceptivos orales.

Esto nos lleva a la conclusión de que, en las mujeres con hepatitis C crónica, la menopausia acelera la progresión de fibrosis hepática y también que podría existir un beneficio en la administración de terapia de sustitución hormonal.

En este sentido, datos procedentes de un estudio piloto presentado en la anterior Conferencia de la AASLD celebrada en junio de 2001 también demostró que las mujeres VIH+ postmenopáusicas coinfectadas con el VHC que tomaban TARGA veían mejorada su respuesta a la terapia contra la hepatitis C.

Los datos aquí recogidos demuestran que la elaboración de estudios específicos pone de manifiesto las diferencias que existen no sólo entre ambos sexos sino también en las diferentes etapas de la vida de las mujeres. También resaltan la absoluta necesidad de realizar una investigación específica en determinadas poblaciones, como es el caso de las mujeres mayores, que casi siempre pasan desapercibidas porque su rol dentro de la sociedad las sitúa en una posición de práctica invisibilidad, disminuyendo así las posibilidades de ver bien atendidas sus necesidades.

Podéis dirigir vuestras opiniones y preguntas sobre esta sección a mjvazquez@eresmas.net.



11



¿Es éste NUESTRO futuro?

en plena transición a la era de la informática, el mundo parece que se nos queda pequeño. Son demasiados los cambios a los que estamos asistiendo sin casi tiempo para ir asimilándolos. El euro, el genoma, la clonación, la tecnología digital. Los avances científicos son dignos de películas de ciencia ficción y, tal como comenté en el anterior artículo de esta revista, en ocasiones no se sabe muy bien si estás viendo un telediario o *trailers* de algún estreno de Hollywood.

La verdad sea dicha, por los tres años que pasé en hospitales peleándome con el susodicho virus a mediados de los noventa, ya había descartado conocer la era de la guerra de las galaxias, que calculaba para el 2002 o el 2005, y ni siquiera pensaba ya en conocer el nuevo siglo.

Pero en fin, ya que resulta que aquí estamos, yo como seropositivo me pregunto, entre tantísimo adelanto espectacular, si es tan difícil sacar un medicamento efectivo contra nuestro "queridísimo" virus.

¡Hombre! Ni siquiera quiero pensar en esa maquiavélica teoría que he oído en más de una ocasión que ofrece como posible la existencia de algún tratamiento efectivo y no se saca al mercado por asuntos de *marketing* o de amortizaciones. Aunque no puedo negarme a mí mismo que a cosas más impensables que ésta estamos muy acostumbrad@s, ya no a escuchar, sino a ver con mucha frecuencia.

No quiero tampoco resignarme a creer que es sólo cuestión de tiempo o de presupuestos. Me da vergüenza pensar en lo que se gastan los gobiernos, las grandes partidas presupuestarias y que nosotr@s estemos todavía colgando de un hilo. Y si hablamos de tiempo, ¿de qué tiempo hablamos? ¿Quién osa hablarle de tiempo a una madre que ya ha perdido a su hij@

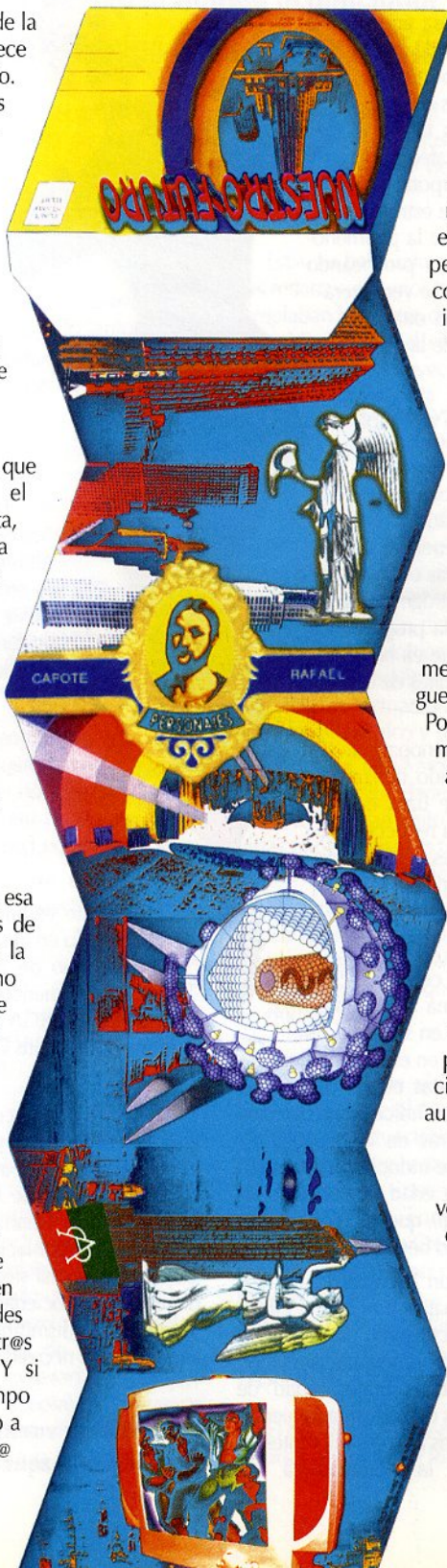
consumid@ en un puto hospital o a un/a huérfan@ del SIDA? Y cuando hablamos de los seropositiv@s antigu@s resistentes a los antirretrovirales, ¿de qué tiempo hablamos? Del que nos queda por vivir. Del que ya hemos perdido y no recuperaremos nunca. Del que estuvimos o estamos enferm@s y perdimos la vista, el movimiento, la cordura. O quizá sea más conveniente irles a hablar de tiempo y dinero a nuestro@s herman@s african@s. A éstos que mueren casi colectivamente comid@s por el virus, las moscas y la hambruna.

Creo que si me pusiesen a mí de encargado para hablar de tiempo y dinero a los mencionad@s, casi que me meto a terrorista.

¿Entonces qué pasa con nuestro medicamento? ¿No sale en el guión de la guerra de las galaxias? Pues qué pena. Porque a mí particularmente me parecería más creíble en un guión que se hallase un antídoto para una enfermedad, que un alienígena de lata nos salve de los feroces ataques de un enemigo galáctico.

De todas maneras como soñar no cuesta nada, ni siquiera lo que la entrada del cine, personalmente prefiero vivir con la inocente ilusión de que en cualquier momento podamos sorprendernos con un cinematográfico final de esos felices, aunque resultase un poco hortera.

Soñar despiert@ puede ayudarnos a veces, es como una especie de intención; en la vida muchas veces todo depende de la intención que se tenga ante las cosas. Tener una intención soñadora invita a creer en el futuro, a creer en las oportunidades, a creer en los finales felices. Seguro que esta intención nos ayuda a ver las cosas con mayor esperanza. Que no está nada mal +



PRISIONERA del desamor

Soy una chica de 34 años infectada por el VIH desde hace trece y os quiero contar cómo ha afectado a mi sexualidad ser portadora de ese maldito virus.

Durante mi adolescencia nunca tuve problemas a la hora de mantener relaciones; mi problema surgió a raíz de ser consciente de lo que esta enfermedad conlleva, ya que durante muchos años he estado inmersa en un mundo irreal, en el cual todo me daba igual. Para mí la droga lo era todo. Tenía claro que iba a morir y conscientemente estaba esperando que llegase el final para terminar de una vez con todo.

Después de muchos intentos y muchas recaídas, he conseguido salir de la droga y ser una persona con una serie de

desde el principio me tiraron atrás. En definitiva, tengo miedo a que no se me quiera tal y como soy, con el VIH incluido en el pack.

Hace mucho tiempo que me encuentro atrapada en esta situación. Ya han pasado cinco años desde mi última relación sexual y continúo tan asustada y confusa como el primer día.

No encuentro las herramientas necesarias para satisfacer mis deseos. Soy consciente de haber adoptado una postura muy cómoda, pero que a la vez me impide vivir plenamente y sentir muchas emociones buenas y tal vez algunas malas. Sin ni siquiera arriesgarme, he convertido mi vida en una trampa y he dejado pasar los años sumergida en una gran monotonía; el tiempo pasa y todo continúa igual o peor.

Creo de lleno en el amor, pues para mí es vital. No pierdo la esperanza de ser feliz tarde o temprano, porque mientras siga viva, lucharé para volver a sentir lo más bonito del mundo, el placer de estar locamente enamorada.

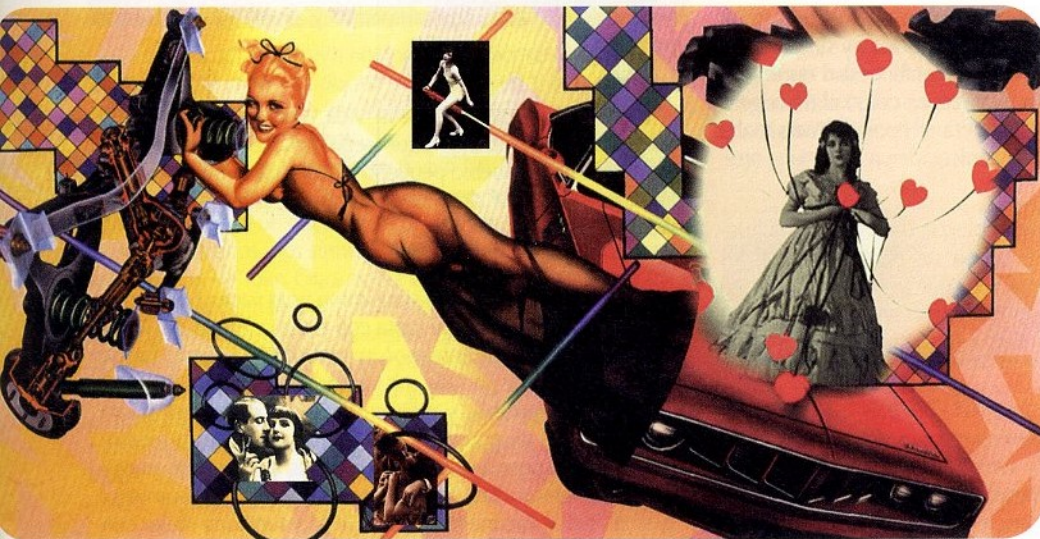
Actualmente, y gracias a que las cosas han cambiado mucho, tengo un deseo muy grande: poder ser madre. Durante muchos años pensé que me sería imposible. Ahora, creo que de esta manera gozaré del amor en su estado más puro. Me

llena de alegría, felicidad y esperanza saber que amigas mías que son VIH+ han tenido bebés san@s. Yo espero poder ser una más y vivir esta realidad, pero no sin antes conseguir vencer todos esos miedos y quebraderos de cabeza. Deseo saltar al vacío de una puñetera vez, pase lo que pase, porque estoy dispuesta a intentarlo las veces que hagan falta. Éste es mi reto y espero hacerlo realidad algún día.

Aún hoy no me he liberado de mi miedos, pero sé con el tiempo recuperaré el norte. Trato de no perder de vista el norte de mi brújula vital, porque soy yo quien tiene que completar el recorrido de la historia de mi vida, ¿quién mejor que yo lo puede hacer realidad? Busco, como todo el mundo, sentirme realizada como mujer y, como siempre, seguir escuchando lo que me dicta el corazón, ya que ha sido y será el eje de mi vida +

responsabilidades, recuperada e 'integrada', cosa que nunca habría imaginado. A pesar de todo, todavía sigo luchando por nuestros derechos y en contra de la marginación que nos señala y encasilla. Esto suele pasar en pueblos tan pequeños como el mío, lo que provoca la discriminación hacia las personas seropositivas y eso sí que no lo permito.

En el plano sentimental, reconozco que tengo mucho que trabajar, porque estoy evitando sentir o dejar que las cosas sucedan por sí solas. Tengo un miedo atroz de enamorarme, vergüenza de amar y no ser correspondida, y de que, llegado el caso, tener que pactar el uso del preservativo, cosa que nunca hice en mis anteriores relaciones. Tengo miedo de que llegue el día en que tenga que decirle a un chico que soy portadora del VIH y no consigo encontrar solución a esos problemas que



La terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) ha supuesto un gran avance en el tratamiento de la infección por VIH. Pero de un tiempo a esta parte algunas personas vienen expresando su cansancio, ya sea por los efectos secundarios, por la incomodidad

de las tomas u otras causas. Hay quien decide tomarse un descanso, es decir, interrumpir el tratamiento. Hay quien no lo ve muy claro. En este a debate os ofrecemos dos visiones distintas sobre este tema de marcada actualidad.

no tomo de momento...

Llevo 19 meses sin tomar ningún fármaco antirretroviral y aquí estoy con unos niveles de CD4 y de carga viral nada preocupantes, de momento..... Llevar a cabo esa decisión no fue fácil: me agarré a los inhibidores de la proteasa en cuanto salieron como a un clavo ardiendo (empecé a tomar Ritonavir en junio de 1996, tres meses después que se me diagnosticara una retinitis por CMV y con unos CD4 bajo mínimos desde hacía demasiado). Y así continué tomando antirretrovirales ininterrumpidamente por espacio de tres años y pico. A finales del 1999, la posibilidad de dejar el tratamiento fue ocupando cada vez más mi espacio mental; se me revelaron tres cuestiones básicamente:

1.- si había conseguido una recuperación de mis CD4 importante (más de dos años por encima de 800) y sin CV o por debajo de 10.000 copias y sin ninguna enfermedad oportunista, ¿era mi sistema inmunológico tan capaz como el de origen? Si lo era, la moda en tratamientos esa temporada me situaba fuera de los criterios para tomar medicación...

2.- Los efectos secundarios: el colicón de la Sustiva, la lipodistrofia, las caguetas.... ¿Qué podría ser más perjudicial los efectos secundarios que padecía y los que podrían aparecer en el futuro o dejar que el virus campara a sus anchas? Eso sí controlando al susodicho y volviendo a tomar pastis si se pusiese muy pesado.

3.- El desgaste de estar bajo tratamiento durante tres años, observando tomas, horarios y consideraciones dietéticas, me llevaba a empezar a odiar las pastillas y hasta olvidármeme alguna toma. Vamos que estaba hartito.

La necesidad de respuestas me condujo a buscar información sobre ensayos que se estaban haciendo por el mundo mundial sobre interrupción de tratamiento (parecía que la opción iba tomando forma pero muy lentamente y con muchas dudas), a mi hospital (conclusión: no hay información suficiente para considerarlo como opción), hasta me intenté colar en un estudio clínico sobre interrupciones de tratamiento: no pase el casting (había tenido enfermedades diagnósticas de SIDA).

Así que una buena mañana de mayo de 2000, aprovechando la coyuntura de haber pasado una gastroenteritis que me tuvo dos días sin probar bocado (ni pastillas, claro) me dije: "de momento no tomo, a ver qué pasa....". Y hasta hoy.

y si...

Hoy, una vez más, me encuentro agobiado a la hora de tomar una decisión. La vida del VIH+ es un continuo decidir, en un estado similar al que monta en una noria, arriba, abajo. Hoy creo que me moriré de viejo y que podré con todo; mañana, no salgo de mi agujero y no le veo futuro a la cosa.

Siempre tomando decisiones. Cuando me dijeron que era VIH+, decidí quitarme del medio (siempre he sido algo exagerado). Por suerte no me dio por cumplir esa decisión. Luego decisiones relativas a medicamentos: éste sabe mejor, pero produce más 'lipo', este otro quizá es más fácil que acabe siendo resistente... Decidir si ser padre, con los riesgos y angustias que ello conlleva (la decisión más difícil de mi vida, sin duda). Ahora no me arrepiento y el niño es mi mejor medicina.

Decidir empezar una nueva vida, una vez comprobado que el tiempo pasa y aquí seguimos. Dejar Madrid e instalarnos en un pueblo pequeño de Málaga, buscando el sol (aunque llueva casi desde que llegamos, ¿seré gafe?). Y un nuevo trabajo.

Y ahora otra decisión: ¿y si me tomo unas vacaciones de las pastillas? Y agobiando a mi santa con el tema. Ahora me llama "el isi": ¿y si las dejo y enfermo?, ¿y si continúo y acabo hecho polvo? ¿y si...?. Por un lado mis defensas superan las 700 y el virus esta indetectable, y pienso: "para qué dejarlo, si me va tan bien, total, un poco de 'lipo'". Pero al momento pienso: "precisamente porque me va tan bien, es el momento, tengo margen, defensas altas, siempre puedo volver". Y al momento: "¿y si al final la vacuna terapéutica llega y funciona mejor con el sistema inmunitario a tope?", pero de nuevo la noria, "quizás dejarlo una temporada, hasta que salgan esas pastillas tan maravillosas que nos prometen (a saber)".

En definitiva, como decía una preciosa canción de Rubén Blades, llamada Decisiones, "decisiones, alguien pierde, alguien gana, cada día".

Aprovechando que estoy en Madrid, he visitado a algun@s amig@s, hemos comentado, y al final, he mirado a mi santa y al enano, que son quienes me inspiran, y he tomado una decisión: un añito más, salvo complicaciones, seguiremos con las pastillas. Y el año que viene, seguro que de nuevo las dudas. Y el tiempo dirá si he ganado o perdido, sólo el tiempo.

J. M. Tomás

Julio



Tod@s junt@s

«**e**stoy bastante seguro de que tengo el SIDA o de que pronto voy a desarrollarlo. Parece que hay muchas probabilidades y, de hecho, ya presento algunos síntomas. Mis amigos están cayendo como moscas [...]»

No sé si me quedan cinco meses o cinco años, pero sé que mis días están contados. Por eso me importan tanto ahora las actividades que hago y los proyectos que tengo. Tengo que hacer tantas cosas como pueda, de la forma más rápida posible. Estoy seguro de que todo lo que me sobrevivirá cuando yo muera será lo bastante importante como para sacrificar ahora la comodidad y el tiempo libre. El trabajo es todo lo que tengo y el arte es más importante que la vida». Keith Haring (1958-1990)



Con estas palabras Keith Haring, para much@s el último artista integral del siglo XX, dejaba constancia en sus diarios de la aceptación de su estado serológico y de su programa artístico-vital que resurge de él. Ahora, las reflexiones acerca de su obra, el arte y la época en la que le tocó vivir han salido a la luz a través de la publicación en castellano de sus *Diarios* (Galaxia Gutenberg 2001), un documento de primera mano, que, sin pretensiones literarias, nos sumerge en el universo de un artista, que -en palabras de Yoko Ono- había entendido el espíritu de toda una época. Sus imágenes más representativas, el bebé, el platillo volante, el perro o los bailarines de *break-dance* o *electric boogie*, forman parte ya de la iconografía de la cultura de masas de todo el mundo. Heredero del graffiti, su éxito prematuro en el entorno popular de las calles de Nueva York lo encumbró rápidamente al mundo de las galerías y museos. «El arte es para todos. Las personas están abiertas al arte cuando el arte está abierto a ellas».



La lectura de los *Diarios* es una oportunidad para aquell@s que deseen conocer las claves de su obra y de qué manera fluyen los temas más recurrentes en los veintidós años que de su vida nos ofrece. A través de sus páginas, se nos muestra un Haring ora seguro de sí mismo y arrogante, ora lleno de dudas y asustado, pero sobre todo, un creador que supo representar con una gran fuerza plástica las preocupaciones de toda una generación: «El SIDA, el crack, la escalada armamentística, los políticos, los fundamentalistas: son demasiados problemas y es demasiado tarde para hacer nada [...]. Todo lo que uno puede hacer son acciones mínimas que contribuyen a la situación.

Intentar exponer el problema e intentar que las cosas sean un poco más soportables, [...] pintar lo que uno ve y lo que uno siente. Acabaremos con la mierda. El mundo continúa girando, pero las cosas cambian cada vez más deprisa». Por este motivo, cuando el VIH irrumpió en la vida de Haring, se entregó con feroz pasión a una producción creativa y variada que giraba entorno a mensajes en los que trataba de concienciar a la sociedad sobre la existencia del SIDA. Con ello, no sólo sellaba su compromiso social como artista, sino también su rebelde genio creativo le servía de salvación ante un futuro aciago: «es desesperante ver cómo aumentan las lesiones del sarcoma de Kaposi sin que el AZT produzca ningún resultado visible. Puede que la homeopatía me ayude. Tiene que haber algo que funcione» (1).

Los trabajos de Haring sobre el VIH/SIDA se plasman en diferentes soportes y tipos de actuación en los que se enfrenta abiertamente a sus terrores. De entre ellos quisiéramos señalar la serie de cuadros y carteles bajo el lema Silencio = Muerte en la que, adoptando una actitud propia de un activista, exhorta a los afectados por el VIH/SIDA a romper el silencio. En otra serie de pinturas, Haring personifica al virus en forma de "esperma demoníaco", como un enorme insecto con cuernos que surge del interior de un huevo. Por último, es justo mencionar la única actuación del artista estadounidense en España. Se trata del mural que pintó en 1989 en el barrio del Raval en Barcelona con «un mensaje educativo: que la gente vaya con cuidado, piense en el SIDA



y evite contagiarse (sic). El mural incluye la palabra "SIDA" en un extremo para que el mensaje esté bien claro, y en el otro extremo hay una frase en español: "TODOS JUNTOS PODEMOS PARAR EL SIDA"». Pese al prestigio y reconocimiento mundial del pintor y su obra, su mural en Barcelona cayó en el olvido. Tras la destrucción del muro donde estaba pintado por obras, se decidió reproducirlo en un lateral del Museo de Arte Contemporáneo, sobre el cual se colocó con posterioridad un relieve de Chillida, que se puede contemplar en la actualidad. La Ciudad Condal está en deuda con el pintor. Una forma de resarcirse de este *lapsus*, sería que con motivo de la XIV Conferencia Internacional del SIDA, que se celebra el próximo mes de julio en Barcelona, las autoridades competentes rescataran del olvido este mural de Haring y que se adoptara su lema como mensaje de la Conferencia.

Keith Haring murió el 16 de febrero de 1990 víctima del SIDA.

«Estoy seguro de que cuando me muera no moriré del todo, porque vivo dentro de mucha gente».

(1) A finales de la década de los 80 la monoterapia, terapia basada en un solo fármaco, era insuficiente para tratar el VIH.



¿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.



Valorar el esfuerzo

Últimamente sentada en alguna sala de conferencias escuchando a doctores y doctoras hablando sobre tratamientos antirretrovirales en pediatría y hojeando una pautas terapéuticas extranjeras⁽¹⁾, algo me ha dejado un poquitín incómoda.

Los pediatras dicen que el tratamiento antirretroviral tiene como objetivo fundamental frenar la progresión de la infección y mejorar la situación clínica del/la paciente. Para ello se debe conseguir la supresión máxima de la replicación viral durante el mayor tiempo posible, conservando o restableciendo la función inmune y disminuyendo al mínimo la toxicidad farmacológica.

Antes de iniciar el tratamiento todo el mundo coincide con que es fundamental asesorar sobre la importancia de la adherencia e identificar y resolver los posibles problemas. En cuanto a la modificación del tratamiento los motivos principales son el fracaso del régimen administrado, la toxicidad o intolerancia y la aparición de nuevos datos que sugieren la existencia de una pauta superior.

De hecho, coinciden y confirman que la adherencia o el cumplimiento es el primer factor limitante de la efectividad del tratamiento antirretroviral en niños y adolescentes.

Por todo ello, los médicos hablan, exponen, sacan diapositivas o *powerpoints* acerca de:

- ▲ la gran necesidad de asegurar la adherencia antes de iniciar el tratamiento,
- ▲ valorar la capacidad de la familia de realizarlo de forma correcta antes de tomar decisiones y no iniciarlo hasta que pueda garantizarse su cumplimiento,
- ▲ el inicio y la elección de fármacos que deben estar condicionados a la posibilidad de que el/la niño/a los tome, la valoración de la adherencia será sistemática,
- ▲ la importancia de dar todo el soporte necesario al/la paciente y a su familia para que realicen de forma correcta el tratamiento,
- ▲ poner todos los medios y un equipo multidisciplinar para ayudar a la familia,
- ▲ efectuar una evaluación junto con la familia,
- ▲ la importancia de justificar y explicar a la familia y al/la paciente, según su edad y comprensión, la necesidad del tratamiento y el objetivo del mismo,
- ▲ realizar seguimiento intensivo para apoyar/educar a la familia tras la instauración del régimen nuevo,
- ▲ transmitir la idea de que el tiempo empleado en formar a la familia antes de empezar nunca es tiempo perdido.



Lo que me deja incómoda es que todo esto me suena como muy ideal y es que no dejan de ser recomendaciones, lo que se debería tener en cuenta no es lo mismo que lo que realmente se tiene en consideración. ¿Cómo pensamos hacerlo para dar este espacio de comunicación, participación, opinión y capacidad de decisión a cada niño/a, adolescente y familia? De esto no se oye hablar en las salas de conferencias ni se leen reflexiones muy a menudo.

Si queremos hablar bien sobre adherencia, hay otros factores importantes que marcan diferencias: aspectos sanitarios, conductuales y sociales.

En la *dark side of the moon* (la cara oculta de la luna) de la adherencia están los días y las noches de much@s chic@s y de sus familias llenos de deberes, exámenes, amigos, trabajos, paros, horarios, lavadoras, cenas, almuerzos, bocatas, fines de semana, cines y conciertos, miedos, alegrías, secretos, medias verdades, celebraciones, decepciones, broncas, reconciliaciones.... Tod@s haciendo siempre un esfuerzo enorme para cumplir con este dichoso tratamiento del cual depende su vida (y esto lo saben) mientras se tienen que esconder y soportar cambios físicos o efectos secundarios.

Así, no parece tan raro que con el tiempo la motivación para seguir tomando los tratamientos se vaya haciendo más difícil. Entonces, la experiencia de no cumplir del todo genera ansiedad, temores y culpabilidades que están ahí y también son

muy reales.

Y me pregunto: ¿Dónde está el reconocimiento? ¿Quién valora su esfuerzo diario para cuidar su salud y construir una forma de vida con tratamiento antirretroviral incorporado?

Todas las personas que vivimos con el VIH sabemos cómo es de importante el tratamiento y que cuando hablamos de adherencia hablamos de futuro. Por ello, quizás ha llegado la hora de intentar hacerlo en positivo y que en las salas de conferencias, charlas, cursillos, manuales, guías y demás, también se escuchen palabras de reconocimiento, se muestren diapositivas de felicitación, gráficas de coraje y recomendaciones para dar ánimo.

Una vez leí en una buena guía de tratamientos algo que sonaba así: «Cada dosis bien tomada es un éxito. Cada día vivido con VIH es un logro. Felicitémonos por lo que hacemos bien».

(1) *Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV-Infection, EE UU Agosto 2001* y *PENTA Guidelines for the Use of Antiretroviral Therapy in Paediatric HIV Infection, Europa junio 2001*.

CADA

DÍA

VIVIDO

17



CON

VIH

ES

UN

LOGRO

Brasil NO ES sólo carnaval

¿Cómo un país en desarrollo y con gran desigualdad socioeconómica puede atreverse a distribuir medicación antiviral?

Esta pregunta se originó tras la gran repercusión del éxito que ha tenido el Programa Brasileño de control del SIDA y ETS, particularmente, a partir de la Conferencia Internacional del SIDA de Durban. Esto se debe a dos aspectos independientes que deben ser resaltados: 1) la disminución de la mortalidad en más del 50% desde 1997, y 2) la producción local de fármacos similares y genéricos. El primero no puede ser entendido si no se recuerda que el acceso a la salud en el Brasil es universal, desde la Constitución de 1988, lo que nos dice que el caso del SIDA no constituye excepción en la salud. El segundo refleja una tradición y estructura preexistentes de fabricación de fármacos para distribución gratuita en hospitales y de vacunas para la población, y la política previa de búsqueda de autoabastecimiento en medicaciones y vacunas.

Recientemente vimos a diplomáticos brasileños proponer y obtener la aprobación en la Comisión de Derechos Humanos de la ONU de que el acceso a fármacos para el VIH/SIDA fuese considerado un derecho humano; y la Conferencia de la OMC en Doha reafirmó que el tratado de propiedad intelectual TRIPS no puede ser un obstáculo para la salud pública de cada país, estableciendo algún trazo de humanidad en un mundo tan salvaje como es el de las patentes y las compañías farmacéuticas.

Este Programa se da en un país con historia, en particular tenemos el movimiento de las ONG/SIDA, que en el Forum 2000 (Especie de Conf. Latinoamericana del SIDA) se manifestaron junto con otros activistas latinoamericanos por el acceso a genéricos de calidad y solicitaron la retirada por parte de EEUU de la queja contra las leyes de patentes de Argentina y Brasil, realizando actos frente a los consulados de EEUU y Canadá establecidos en Brasil. EEUU se había manifestado contra la interpretación humana del TRIPS. Las ONG se pronunciaron para que no fueran incorporadas cláusulas restrictivas a la producción local de genéricos en las negociaciones de la ALCA (Área de Libre Comercio de las Américas), fuertemente presionadas por EEUU.

Los resultados realmente tomaron envergadura a partir de 1997, con la provisión universal de terapia con inhibidores de la proteasa; ya de antes se fabricaba AZT en Brasil (1994) y ganciclovir, por ejemplo. Había acceso a medicación antirretroviral desde finales de 1991. En marzo de 1993 se instituyó la terapia doble. Pero a partir de julio de 1996 fue

necesario que la justicia procesara a varias esferas del gobierno para que proveyeran inhibidores. Debido a la interpretación favorable del poder judicial, más de 3.000 acciones tuvieron éxito lo que obligó al gobierno a dar un paso cuando estaba titubeando.

Actualmente es necesario continuar usando la vía judicial para obtener medicación novedosa, que no consta en las Directrices de Tratamiento, o inclusive exámenes de genotipo. Digamos que hay una sensibilidad del poder judicial, pues hubo una ley aprobada en noviembre de 1996 que garantiza el acceso a los fármacos anti-VIH.

Algo que siempre nos negamos a hacer fue a aceptar la política de distribución de miseria, es decir, hay poco dinero para salud, entonces debemos establecer prioridades. Denunciamos que había dinero (miles de millones) público para corrupción, para cubrir las quiebras fraudulentas de bancos y empresas de políticos, pero no para la salud, y esto no era admisible. La salud de las personas es un deber constitucional del Estado mientras que la salud de los bancos no. Es importante rechazar la discusión de prioridades, porque en realidad se trata de una discusión de exclusiones.

Pero un tratamiento se compone también de exámenes, y en este campo, la falta de análisis para la carga viral, el recuento de CD4 y la atención médica deja mucho que desear. La crisis de la salud pública en general en Brasil es muy grande y no sólo en el campo del VIH/SIDA; esto es parte del proyecto neoliberal del gobierno: desatención de la salud pública, en concordancia con las políticas del FMI y el Banco Mundial. La mortalidad por SIDA no cae más, en números absolutos, estabilizada en 40% de lo que era en 1996.

Es necesario saber quién y por qué muere de SIDA en la actualidad y el Ministerio de Salud debe hacer esta investigación, en conjunto con las Universidades y sus investigadores.

En conclusión, mi sugerencia es que los compañeros no se dejen llevar por los cantos de sirena de las agencias, que luchen por el acceso a prevención y tratamiento, por genéricos de calidad, porque es necesario reconocer que nuestros países tan pobres no pueden pagar los precios de los países desarrollados, y en general, por el derecho a la vida y la salud por encima de los acuerdos de comercio, patentes y de las "prioridades", otro nombre dado a los criterios para seleccionar a los que vamos a dejar morir.

Jorge Beloqui GIV (Grupo de Incentivo à Vida-SP), ABIA (Asociación Brasileña Interdisciplinaria de SIDA- Río de Janeiro, Instituto de Matemática y Estadística- Universidad de São Paulo) +



18



Mensajes

de la

XIV CONFERENCIA INTERNACIONAL DEL SIDA

La Conferencia del SIDA de Barcelona es el encuentro relacionado con el VIH/SIDA más importante del mundo, que reúne a más de 15.000 científic@s, líderes de la comunidad, gente que vive con VIH/SIDA y expert@s en política de todo el mundo. La Conferencia ayudará a traducir los últimos avances científicos a la acción y tratará todos los aspectos de la epidemia de VIH/SIDA, desde la ciencia a la economía, los derechos humanos y respuestas de la comunidad, además de ofrecer una renovada oportunidad para la acción.

Las entidades organizadoras y coorganizadoras de este importante evento impulsan los siguientes mensajes:

1. VIH/SIDA es una emergencia global con efectos de gran alcance: no hay ningún país que haya permanecido ileso ante la epidemia. Afecta a todos los países social, económica y culturalmente. Amenaza el desarrollo y la seguridad del ser humano.

2. Es necesaria la acción inmediata para prevenir catástrofes mayores: la violencia, la pobreza, la inseguridad y la guerra contribuyen a la propagación del VIH/SIDA. En el actual clima de incertidumbre, el VIH/SIDA requiere aumentar la atención, el compromiso y el esfuerzo. VIH/SIDA es una crisis que está empeorando y que se incrementará más en tiempos de guerra e inestabilidad.

3. Los compromisos de la Conferencia de UNGASS (Periodo Extraordinario de Sesiones de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA) requieren una urgente puesta en marcha: en junio de 2001, los líderes mundiales se reunieron en Nueva York en un Periodo Extraordinario de Sesiones de las Naciones Unidas. La Declaración de UNGASS propone unas prioridades y objetivos para luchar contra la epidemia a escala global y nacional.

4. Con el compromiso político expresado en UNGASS, existe ahora mismo una nueva oportunidad para la acción: esta acción debe dirigirse hacia la creación de respuestas globales, nacionales y regionales al VIH/SIDA que sean sostenibles y basadas en un conocimiento profundo.

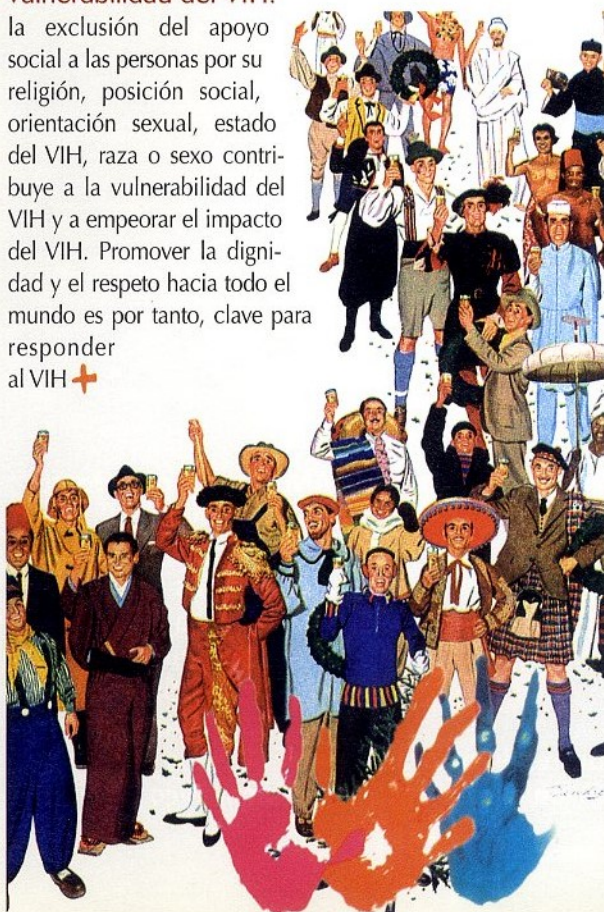
5. El conocimiento debe ser usado para traducir el compromiso a la acción: el mundo ha adquirido una gran cantidad de conocimiento sobre las estrategias efectivas contra el VIH/SIDA desde la investigación científica y la movilización comunitaria. Este conocimiento debe ser utilizado ahora para incrementar el nivel y la eficacia de nuestra respuesta a esta epidemia.

6. Hace falta un esfuerzo conjunto: todos los aspectos del VIH/SIDA deben ser dirigidos por un grupo unificado de científic@s, polític@s, gente que vive con VIH/SIDA, grupos de la comunidad, líderes religiosos, económicos y los medios de comunicación. Todos los grupos cuentan con experiencias valiosas que compartir, y éstas pueden acelerar esta respuesta común.

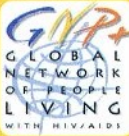
7. Disminuir el impacto del VIH/SIDA depende de una prevención eficaz: prevención y asistencia son complementarios, no prioridades competitivas. Los esfuerzos para la prevención efectiva que combinan educación, información, servicios y cambios estructurales al entorno social, son necesarios de forma masiva en todo el mundo.

8. El acceso al cuidado y tratamientos deben ser accesibles para toda la gente que vive con VIH/SIDA: ampliar al máximo el acceso a una amplia asistencia y un tratamiento eficaz requiere más ayuda a las comunidades, mejores infraestructuras de salud, medicinas más baratas y más recursos. Los recursos para el nuevo Fondo Global contra el SIDA, TB y la Malaria (GFATM) necesitan ser aumentados con un empujón en el gasto en SIDA por parte de los sectores privados y nacionales.

9. La exclusión social está justo en la raíz de la vulnerabilidad del VIH: la exclusión del apoyo social a las personas por su religión, posición social, orientación sexual, estado del VIH, raza o sexo contribuye a la vulnerabilidad del VIH y a empeorar el impacto del VIH. Promover la dignidad y el respeto hacia todo el mundo es por tanto, clave para responder al VIH +



Scientists and Health Care workers committed to HIV/AIDS.



19



INVIERNO
2001-2002

CHIC@S DE ORO

20

CUANDO nos planteamos la posibilidad de realizar un reportaje sobre VIH a partir de los cincuenta, pensamos que iba a resultar difícil encontrar testimonios. Suponíamos mal y la realidad nos ha sorprendido gratamente. Hemos conocido personas como María, Carmen, Paco y Miquel

que, sin complejos, han querido contarnos cómo lo llevan. Dicen que poco tienen ya que perder y que no se avergüenzan de vivir con VIH. Les da igual lo que piensen l@s demás pues algun@s ya han vivido el rechazo de l@s más cercan@s. Siguen adelante e inventan su propio mundo, un mundo donde los prejuicios quedan al margen y las personas muestran su lado más humano. Son, con todo el cariño del mundo, nuestr@s chic@s de oro.

Seguir adelante

armen y María son dos mujeres con distintas trayectorias que llevan siendo amigas desde hace unos pocos años. Ambas han trabajado toda su vida fuera y dentro de casa. Sus matrimonios fracasaron pronto y ya en la España de los setenta decidieron seguir adelante, separadas y asumiendo la responsabilidad de madres. Son valientes y optimistas, con caracteres muy singulares y hechas a los contratiempos. Carmen tiene ahora 65 años y María, 56. Hasta hace cinco años no tenían ni idea de lo que las siglas

Carmen supo que vivía con el VIH por pura casualidad. Tiene propensión a ganar quilos y de vez en cuando se sometía a tratamientos de adelgazamiento en una clínica especializada. Las analíticas rutinarias detectaron que algo no iba bien y la remitieron a la Seguridad Social. «Yo vi que aquello podía ser algo grave. Pensaba que quizás tenía cáncer o leucemia, pero cuando me dijeron que tenía el VIH yo no tenía ni idea de lo que era eso. Pensé que era el nombre de un vídeo. Entonces cuando oí la palabra SIDA me quedé que si me dan un pinchazo no me sacan sangre». Decidió que de momento no iba a comunicarlo a sus hijos. Así pasó año y medio, en ese tiempo entró en contacto con la Comisión Ciudadana Anti-SIDA de Aragón en Zaragoza donde pudo obtener ayuda. «Me sugirieron que se lo contara a un amigo mío que quiero con locura pero al que no quería darle un disgusto. Lo hice y fue un gran apoyo».

Esa época la recuerda con dolor. Al VIH se sumaron otros problemas: tuvo que someterse a una operación de espalda en la que se le encontró un tumor considerable. Cuatro meses de ingreso en el hospital y veintitrés quilos de menos. «Entonces me sugirieron empezar el tratamiento. Me advirtieron sobre los efectos secundarios y me dijeron que la decisión estaba en mis manos. Empecé y no lo admitía, devolvía mucho, cambié, volví a cambiar y el tercer tratamiento lo toleré mejor». Ahora ya va por su cuarta terapia y asegura encontrarse bien: «Tengo unas ganas de comer espantosas, llevo un año indetectable y en este tiempo de 80 CD4 he pasado a 850».

También hace cinco años, la vida de María dio un giro radical: «Ese año murieron mi madre y mi marido, del que ya estaba separada; el ayuntamiento me había quitado mi piso a cambio de otro en un lugar apartado del centro; mi hija se había ido de casa con el novio; mi hijo pequeño con once años tenía problemas de adaptación en la nueva escuela y tuvimos que acudir a un psicólogo. Yo estaba con unas depresiones de caballo. Fui a la médica porque no se me curaba un constipado, estaba mal. Me preguntó si quería hacerme un análisis completo. Dije que sí y entonces supe que tenía el VIH. Me acuerdo de que lo primero que quise saber es cuánto tiempo me quedaba de vida y ella me contestó que no me preocupara por ello».

En el caso de María la historia de su tratamiento antirretroviral ha sido corta y desafortunada. «Empecé a tomar la medi-

VIH significaban. Su diagnóstico las cogió por sorpresa, no lo imaginaban. Ahora, tras unos años y con la voluntad de superar el dolor de verse rechazadas por algun@s de l@s suy@s, han creado su propio espacio de amistad donde expresarse como mujeres y como seropositivas. Carmen y María nos reciben un gélido día de invierno en la ciudad donde viven, Zaragoza, y apuran hasta el último minuto que tenemos para estar con nosotr@s. Tienen mucho que decir, quieren hablar alto y claro.

cación con 700 CD4 y una carga viral baja. Estaba un día levantada y tres en la cama sin poder moverme. Recuerdo que se me hinchó mucho la barriga. L@s médic@s me decían que la dejara y que al cabo de quince días, cuando me encontrara bien, la volviera a tomar. Esto me lo sugirieron tres veces, hasta que les dije que no entendía nada pues ell@s mism@s me habían dicho que la medicación no se puede dejar bajo ningún pretexto. Yo estaba mal, tenía diarreas, las transaminasas estaban muy altas, mi visión empeoró y tuve problemas en las piernas. Cambié de tratamiento tres o cuatro veces, hasta que me harté y decidí dejarlo. En mi caso lo dramático y lo malo ha sido que l@s médic@s de infeccios@s no respetaban mi decisión de no tomar medicación, llegando incluso a amenazarme. Decidí entonces que cada vez que fuera a la consulta me acompañaría algun@ de la asociación. Al principio se tenían que encarar con el médico. Ahora, y desde hace poco tiempo, parece que lo han admitido».

En nuestra conversación advertimos que a las dos lo que más les ha llevado de cabeza, incluso más allá de su estado físico, es la relación con l@s demás. El sentimiento de haber sido dejadas de lado por parte de algun@s de l@s suy@s es quizás lo que más les duele.

Carmen: «Cuando estuve ingresada, l@s médic@s dijeron que necesitaba mucho apoyo y que por ello la familia debía saberlo. Se lo dije a mis dos hij@s. Recuerdo cuando hablé con el mayor que me besó, me abrazó, me dijo que no iba a pasar nada malo, que había muchos tratamientos. En aquel momento vi el cielo abierto y pensé que todo el tiempo que había pasado sin compartir mi enfermedad me lo podía haber ahorrado. Pero me equivocaba: ahí empezó el fin de nuestra relación. Mis nietas solían venir a casa a merendar una vez a la semana. Un día mi hijo vino con ellas, les ofrecí una bebida y mi nuera me preguntó si tenía vasos de papel. Yo contesté que no tenía y mi hijo con la cabeza baja dijo: «Sí que tienes». Los había comprado él. Un día fui al colegio de uno de mis nietos a llevarle un regalo por su santo y no pude verlo. Su madre había sacado el niño por otra puerta. Otro día me encontré dos de mis nietos en la calle y, mientras su madre vigilaba desde el balcón, me dijeron que no les dejaban besarme. Si lo hacían les iban a castigar. Yo no entiendo cómo a unas criaturas de seis y ocho años se les puede inculcar esa maldad en el cuerpo. Si no supieran de qué va, lo entendería, pero éste no es el caso. El médico



21



habló con ell@s, les dijo que por más que estén los chicos conmigo, por más que los bese, por más que los achuche, por más que beban en el mismo vaso que yo, por más que me seque con las mismas toallas y por más que coman con mis mismos cubiertos, no pasa nada. Pedro, de la asociación, también les explicó y Catalina del centro de salud les dio folletos de información.

María: «La gran mayoría de nosotr@s sentimos abandono por parte de nuestras familias. Yo lo dije a l@s mí@s, pero nunca me llaman para saber cómo estoy. Mi hijo mayor sólo viene cuando me necesita, cuando está enfermo o quiere dinero. No sé nada de él. Es una espina que tengo clavada en mi corazón. Con los otros dos, en cambio, lo llevo bien. Cuando se lo comuniqué a mi hija su respuesta me tranquilizó: dijo que ya conocía a otras mujeres con VIH. Ella vive en un apartamento en Zaragoza y nos vemos mucho. Yo vivo con mi hijo pequeño y la verdad es que estoy muy bien con él. Es un cielo de chico. Él lo ha vivido todo desde pequeñito, ahora va a cumplir dieciocho. El día que no me encuentre bien veo que viene más pronto del colegio. Aunque no me diga nada, yo sé que lo tengo ahí».

Carmen: «En mi caso el abandono por parte de mis hijos es total. Desde hace un año no se nada de ellos. Afortunadamente tengo un sobrino casado y con hijos con quien me llevo muy bien. Mi hermano viene todos los domingos a verme y se está un par de horas en casa conmigo. He tenido mucho apoyo de él, de mi cuñada y de mi sobrino».

María: «Yo, después de saber que tenía VIH, fui dejando algunas amistades. No lo quise contar. Otr@s saben que estoy mal del hígado pero no saben lo del VIH. En vistas de lo que ha pasado con mi familia, no quiero arriesgarme».

Carmen: «Pues yo se lo he contado a dos de mis amigas y lo tienen muy asumido. A una de ellas se le murió un hermano».

Queremos hablar con ellas también de su vida afectiva más íntima, un espacio donde parecen encontrarse, si cabe, más vulnerables.

María: «Yo ahora tengo amigos con los que voy a merendar, al cine... Me gusta pero, a veces, cuando llega el momento que quieren ir a la cama me bloqueo, no cuento nada ni pienso hacerlo. Prefiero perderlos como amigos».

Carmen: «Muchos hombres si te invitan a cenar, a merendar o te llevan al cine es porque esperan a la vuelta echar un polvo. Si no tienen opción saldrán contigo un día o dos, pero al tercero dirán, nena...».

María: «Sí, a mí también me pasa».

Cambiamos de tercio y hablamos de dinero, de pensiones, de cómo se las han arreglado para poder vivir con más o menos dignidad. Carmen se lamenta de que después de haber trabajado toda su vida tenga una pensión ridícula. Suerte que algunos ahorros la han sacado de más de un apuro.

Carmen: «Yo trabajaba en hostelería, de ayudante de cocina. A los cincuenta y siete años se me acabó el contrato y no encontraba trabajo en ningún sitio. Agoté el paro y una ayuda familiar. Luego, cuando iba a cumplir los sesenta, el INEM me mandó una carta para que tuviera mis papeles preparados el mismo día que cumpliera los años y pudiera ya tramitar mi jubilación. Entonces resultó que después de haber trabajado treinta y cinco años me faltaban dos para tener los últimos quince cotizados, que según la ley son los que cuentan para calcular la pensión. Pensé hacer como una amiga mía que pidió un préstamo, se pagó la cotización de dos años y pudo cobrar una pensión mejor. Pero en mi caso, para la jubilación anticipada, no fue posible. Así que me jubilé con cuarenta y

seis mil pesetas y el piso donde vivía ya me costaba treinta y cuatro mil al mes. Menos mal que durante un tiempo fui a cuidar a una señora y guardé como una hormiguita. Eso me ha valido para vivir después de que me operaran, pues a partir de entonces ya no he podido trabajar. Además pude obtener una ayuda social que consistía en el pago de dos o tres meses de alquiler al año. Pero entonces hubo meses que no tenía casi para comer. Ahora tengo un piso del ayuntamiento por el que pago una renta de doce mil pesetas al mes. Me costó mucho conseguirlo. Tuve que coger mis muletas e ir a hablar con el Justicia de Aragón. Le expuse mi problema al secretario, le conté que llevaba tres años enferma, que tenía esa pensión, que la dueña me echaba de casa y que no tenía ayuda de ninguna clase. Las asistentes sociales también me ayudaron mucho. Total, que tanto tiempo esperando y a la que me quejé lo tuve. Con todo es lo mismo: al/ la que tiene padrín@s le bautizan y al/la que no le dan por saco. Así de claro. Ahora cobro sesenta y dos mil pesetas y con esto tengo que pagar todo».

María: «Yo tuve negocios propios y pagué autónomos que no han valido para nada. Debería recibir cuarenta y dos mil al mes de pensión, pero como cobro intereses de un dinero que tengo en el banco, me la rebajan a veintinueve mil pesetas. Con esto, con una pensión de orfandad de mi hijo pequeño y con parte del capital que voy gastando, tengo para ir tirando. Más adelante ya veremos qué pasa.

Ahora me gustaría vender mi casa y comprar una más pequeña».

A pesar de los problemas físicos y del desgaste emocional que les ha supuesto tener que reorganizar aspectos esenciales de su vida cuando ya parecía que pocas cosas iban a cambiar, ahora aseguran que, con todo, sienten que pasan por un buen momento.

María: «A mí lo que más me ha cambiado es la forma de ser. Yo antes era muy alegre y estaba en todo. Con el diagnóstico me pusieron veinte años de golpe, pero ahora me encuentro bien».

Carmen: «Yo he estado visitando a psiquiatras y psicólog@s. Lo pasé muy mal porque mi hijo quería ponerme en una residencia. Yo estoy de acuerdo, no quiero morirme como un perro en mi casa, pero iré cuando sea el momento. Mi hijo tenía prisa para dejarme allí por los siglos de los siglos. No sé si fue peor el año que guardé en silencio mi enfermedad o el año de mi recuperación porque el trato que he recibido por parte de mis hijos ha sido lo que más me ha dolido en esta vida. Ahora estoy mejor, afortunadamente».

Poco a poco estas dos mujeres se han ido creando un nuevo entorno afectivo. La Comisión Ciudadana, donde disponen de un local para reunirse, tomar algo y beneficiarse de algunos de los servicios que ofrece para las personas con VIH, es uno de los puntales de su nueva forma de vida.

María: «Vamos allí, nos dan masajes, también podemos ir a tomar algo por la mañana. Estamos contentas. Al menos tenemos a alguien con quien poder hablar».

Carmen: «Sí, yo voy los miércoles a darme masajes».

Ahora sienten curiosidad por cosas nuevas. Les atrae la idea de ir a encuentros de personas que viven con VIH, conocer y darse a conocer.

María: «Algunas veces he ido a encuentros: a la Manga del Mar Menor, al Saler. A mí ahora me gustaría conocer a otras personas como yo, gente que esté en mi situación y que no tomen tratamiento».

Carmen: «Donde hemos ido nos han tratado siempre muy bien» +



22



Capacidad de amar

Paco tiene 52 años y hace cuatro que sabe que vive con VIH.

Entonces era vendedor de unos conocidos grandes almacenes. «Cuando se enteraron, me echaron. El médico de la empresa me dijo que fuera a hacerme una analítica completa en el hospital porque en mis resultados había algo que no era lógico. En el hospital tuve la noticia. A partir de ahí, en el trabajo me sometieron a un seguimiento para provocar que me fuera. A mis cuarenta y ocho años no quería perder mi puesto de trabajo y me protegí pidiendo una baja por depresión. Entonces, me comunicaron que había bajado ostensiblemente mi rendimiento —cuando era uno de los mejores vendedores— y que ya no era útil». En ese momento, y a pesar de que para él está claro que lo echaron por tener infección por VIH, su principal objetivo era poder comprarse una casa de planta baja, por si acaso en el futuro necesitaba ir en silla de ruedas. Tenía que operarse de la columna y temía lo peor. Afortunadamente para él —cosa que no ocurre en todos los casos— pudo sacar una buena cantidad de dinero y una respetable jubilación de ciento setenta mil pesetas. Se compró la casa y la operación fue bien. Pero mientras pueda, prefiere vivir en su piso de Valencia: le gusta el bullicio de la ciudad, donde dice tener una familia de más de cuatrocientas personas. Son sus colegas del Comité Anti-SIDA de Valencia, asociación de la que es el actual presidente: «Para mí es un gran apoyo». Allí también comparte experiencia con otras personas de su generación, sobre la que tiene una opinión formada: «Entre las personas de mi edad con VIH percibo más individualismo y menos solidaridad que entre los jóvenes. Nos cuesta más comunicarnos y hacernos un entorno de amigos cuando éramos más jóvenes. Se siente vergüenza por ser VIH, el estigma pesa mucho. Hay un problema grave de visibilidad».

«Conozco el caso de personas que al saber que son VIH+

a una edad determinada les resulta difícil de comprender el porqué. Como el caso de mujeres que han sido fieles a su pareja, y que se han encontrado con que tienen infección por VIH y no saben cómo. Es un problema psicológico importante y además no encuentran apoyo. Se sienten marginadas, destrozadas. Les cuesta muchísimo, tienen miedo al rechazo, a ser diferentes. Luego está el tema de que muchas personas no tienen pensiones dignas y ya no pueden llevar la misma vida de antes. Yo pienso que es totalmente injusto que el estado no pueda garantizar un salario de al menos noventa mil pesetas, para poder vivir con dignidad porque con las cuarenta y dos mil de una no contributiva ya me dirás qué puedes comer. Por lo menos debería doblarse el importe. Muchas personas mayores con VIH viven mal, con cuarenta mil pesetas y lo que desde el Comité les podamos conseguir del banco de alimentos de Cruz

Roja, o de las donaciones particulares que vamos consiguiendo. Nosotr@s tenemos comedor social donde se puede comer gratis. Al menos así se ahorran una comida diaria. Pero es lamentable que este trabajo haya que hacerlo desde las ONG.

El estado además debería plantearse un sistema de atención a las personas que no tienen una casa propia. Pisos asistidos con los cuidados que cada persona necesite, no pisos de acogida. No soy partidario de geriátricos porque masifican, se pierde la humanidad. Quizás sea una utopía lo que pienso, pero lucharé por esa utopía. Deberíamos tender hacia eso: que las personas puedan mantenerse en su propia casa con el cuidado específico de alguien que les atienda diariamente mientras tengan capacidades, para poder seguir realizándose como persona y no sentirse como un estorbo».

Paco se muestra muy vitalista cuando habla de sí mismo

y se refiere a sus hábitos: «A mí me gusta vivir y comer bien, he aprendido a comer, para poder mezclar las comidas y obtener beneficios. Mezclo verduras con carne, legumbres con pescado, legumbres y pasta. Mucha verdura y mucha fruta. También *ginseng* en las ensaladas, infusiones de tomillo, cebolla cruda, todo lo que pueda ayudarme a reforzar mi sistema inmunológico... Ejercicio no hago ninguno, soy un vago integral. Lo hice, me gustaba correr maratón, grandes distancias, cuando era joven, hasta los 35 años. Ahora paseo, no me gusta mucho el campo, pero me gusta bañarme, tomar el sol y leer. Noto que me falta fuerza, pero no creo que sea porque yo no coma, creo que es un efecto secundario de la medicación».

Pero, por otro lado, hay cosas todavía por resolver: «He dejado de tener relaciones sexuales por miedo a transmitirlo a otra persona. Aunque sé que hay métodos profilácticos yo tengo una carga de conciencia enorme que hace que me retraiga en las relaciones. Tuve una pareja hace muchos años, pero luego durante un tiempo se sucedieron muchas relaciones esporádicas. Quizás me gustaría una pareja estable pero me da pánico cómo comunicárselo. No veo cómo puedo plantear a alguien que soy VIH+, que me gusta un montón y que quiero vivir la vida con esa persona. Dudo que pueda hacerlo, creo que me va a costar mucho. Lo que de momento estoy haciendo al respecto es trabajarlo. Estoy yendo a un psicólogo».

Cuando el VIH aparece, según Paco, es importante no quedarse aislado e intentar desarrollar la afectividad, aceptar el modo de ser de uno mism@, sentirse digno y perder el miedo a la reinfección «que es algo que he notado que preocupa también a otras personas de mi edad. Además existe miedo al rechazo de los hijos y de los parientes; y eso es muy duro. Pero yo pienso que no debemos sentirnos disminuid@s con relación a nadie y que tenemos una gran capacidad de amar» +



23



Cifras mayores

Éstos son algunos datos publicados recientemente que retratan la realidad de las personas mayores en nuestro país.

- La esperanza de vida en España es de unos 74 años para los hombres y de unos 82 para las mujeres. Para 2015 se calcula una esperanza de vida de 80 años para los hombres y de 85 para las mujeres (1).
- Se prevé que en España la población mayor de 65 años supere el 20% en el año 2015. En ciudades como Barcelona la población mayor de 65 años en 1996 ya superaba el 20% del total. (1)
- En los últimos años se ha producido un aumento de la incidencia y de la prevalencia de las enfermedades crónicas. De los 6 millones de jubilados que hay en España, un millón y medio son dependientes y en el 85% de los casos es la familia quien presta esta atención (1).
- En Cataluña las familias y los usuarios con recursos suficientes tienen que desembolsar un mínimo de

1.057 euros al mes. Esto es lo que cuesta una plaza en una habitación compartida y sin baño. Si se quiere una habitación con baño el precio se dispara hasta los 1.400 euros de media (2).

- La demanda de plazas geriátricas aumenta en un 15% anual (2).
- Entre las personas mayores hay un 69% que declara tener dificultades para llegar a finales de mes con los ingresos de que disponen (1).
- La atención domiciliaria, por ejemplo en Cataluña, no llegaba en 1999 al 2% de las personas mayores de 65 años. En Francia y Bélgica este porcentaje era entonces de un 6%, en el Reino Unido de un 12,5%, en Finlandia y Suecia de un 18% y en Dinamarca de un 20% (1).
- Entre las principales preocupaciones de las personas mayores están la enfermedad (en un 48,8% de los casos), la pérdida de memoria (31,1%) y la soledad (24,8%) (1) +

(1) «Reflexions sobre la situació dels homosexuals grans i/o seropositius», *Gais Positius*, Barcelona, 2001.

(2) *El País*, 18 de enero de 2002.

24

NAHOF:

Una organización para personas VIH+ mayores de cincuenta años

En 1995 se creó en Nueva York, EE UU, una organización llamada NAHOF (Asociación Nacional sobre VIH a partir de los cincuenta, en sus siglas en inglés) y cuya misión es promover programas educativos, preventivos, de servicios y atención sanitaria dirigidos a personas afectadas por el VIH mayores de 50 años. Se calcula que en los EE UU sobre un 15% de las perso-

nas con VIH superan esta edad. En su sitio en internet, entre otras cosas, se puede obtener el boletín de noticias *NAHOF Connection* en versión PDF y una extensa bibliografía en inglés sobre temas específicos de VIH y edad +

Sitio web: <http://www.hivoverfifty.org>

L@s médic@s piden una mayor participación de personas mayores en los estudios reguladores de fármacos

En el XXI Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEM-FIC), celebrado el pasado mes de noviembre en San Sebastián, el Dr. José Miguel Baena señaló que en España el gasto farmacéutico de las personas mayores representa el 62% del total y, sin embargo, la mayoría de estudios sobre eficacia y seguridad de fármacos se realiza en población joven.

En este encuentro, que reunió a cuatro mil quinientos profesionales, se solicitó una mayor representación de las personas mayores en la investigación clínica. Según el Dr. Baena el hecho de que los fármacos se estudien en voluntari@s jóvenes y san@s explica que sigan sin conocerse bien los efectos farmacocinéticos y farmacodinámicos en las personas mayores o si, por ejemplo, los tratamientos reductores del colesterol con-

siguen disminuir los accidentes cardiovasculares en personas mayores, que en muchos casos toman conjuntamente otras medicaciones.

Éste es también el caso de los fármacos antirretrovirales y para el tratamiento de las enfermedades oportunistas y de las hepatitis. Habitualmente no se dispone de información sobre farmacocinética y efectos secundarios en personas mayores de 65 años, un segmento de la población VIH+ que aumenta con el tiempo en nuestro país, por la reducción de la mortalidad y por las todavía elevadas tasas de nuevas infecciones +

Fuente

El País, 20 de noviembre de 2001.

Llevarlo con valentía

sus cincuenta y siete años, Miquel asegura que tiene mucho por hacer. Sabe que vive con VIH desde 1996 y aunque la vida se le ha puesto bastante cuesta arriba, está decidido a mantener el deseo y la ilusión. Confiesa que siempre ha sido muy echado

«Conozco a varias personas con VIH entre cincuenta y sesenta años y en cierta manera creo que tod@s sufrimos soledad y no creo que sea sólo por el VIH, sino porque no tenemos con quién comunicarnos o nos hemos desplazado hacia un lado y nos cuesta reintegrarnos en la sociedad. Entre nosotr@s hablamos de los efectos secundarios de la medicación, que si las diarreas, que si otras complicaciones también propias de la edad como el colesterol, los triglicéridos, los problemas en huesos, aunque yo procuro no comerme mucho la cabeza con este tipo de problemas e intento actuar rápido por si puedo ponerles remedio».

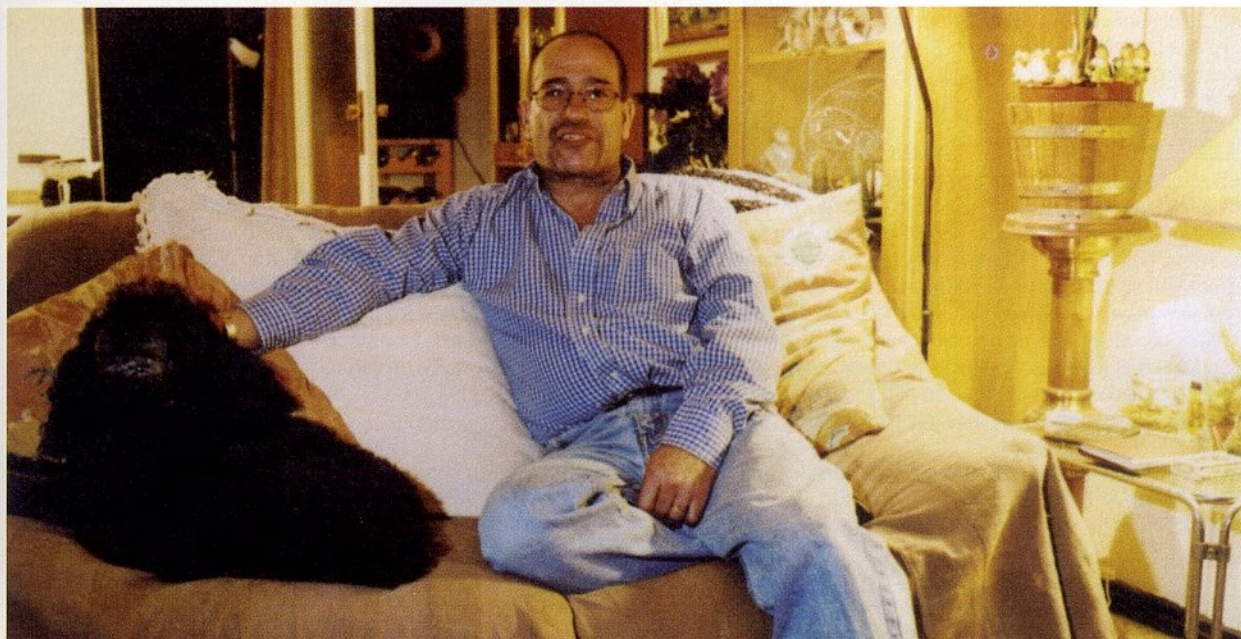
«En mi caso no puedo decir que me sienta solo; tengo poca familia —la única que sabe que soy VIH+ es una tía mía que siempre está muy encima—, mi padre murió hace unos treinta años y mi madre, diecisiete. El resto me da igual. Pareja no tengo, pero tengo amig@s y sólo uno me ha dado la espalda».

Su círculo de amistades se amplió desde que, tras un bache anímico, inició un periplo por distintas asociaciones en busca de iguales. Asegura que no le fue fácil: «A veces en las ONG no te encuentras con la gente que te gustaría. Aunque estés bien acogido puedes sentirte un poco incómodo porque ves que no encajas. Entre personas de mi generación, además, veo que el tema del VIH se lleva muy escondido. Yo voy casi siempre con el lazo rojo en la chaqueta y no me avergüenzo de llevarlo, pero conozco gente que no se atreve ni a salir de casa, porque piensa de antemano que va a ser muy censurada y culpabilizada. A veces nosotr@s mism@s creemos que tod@s los demás saben que tenemos el VIH. He oído decir: "claro, con la lipodistrofia todo el mundo sabe que soy seropositiv@". Yo creo que la mayoría de la población no sabe qué es la lipodistrofia. Pienso que una parte de los prejuicios vienen de un@ mism@ y con esta actitud es posible que un@ se cierre puertas y deje escapar oportunidades de relacionarse con los demás, posibilidades de amistad».

para delante, pero duda que hubiera dado la cara en caso de haber estado todavía trabajando en el banco. Ahora dice que ya no tiene que dar explicaciones a nadie y nos abre las puertas de su piso en un popular barrio barcelonés.

A Miquel le preocupa su futuro, en los últimos años ha visto como su situación económica se iba debilitando. «Yo trabajaba de administrativo en un banco. Lo dejé hace diez años porque me hicieron una oferta importante y con ello monté un restaurante. No fue bien, perdí todo lo que había puesto y ahora ya soy demasiado mayor para trabajar. Nadie te quiere porque has superado los cuarenta. Es una situación muy difícil. Hace un mes me operaron de un coágulo de sangre en el cerebro y todavía estoy de baja, cobrando un seguro y la paga de mayores de 52 años que son unas cincuenta y cuatro mil pesetas. Mi situación económica me ha obligado a compartir mi casa con otra persona. Así me queda algo para comer y gracias también a que puedo disponer de unos pequeños ahorros. A veces me gustaría ir a ver una obra de teatro o al cine, pero luego pienso que no estoy como para gastar dinero y no voy. Tampoco voy a tomarme ninguna copa por ahí. Entonces me enclaustro un poco, y de verdad que no es por ser seropositivo, sino por mi situación económica». El momento de la jubilación no va a significar, según él, ningún respiro: «Al dejar el banco en el 91 mi cotización se ha quedado atrasada. Lo que vale son los últimos quince años trabajados y yo oficialmente desde el 92 sólo he trabajado seis meses. En el restaurante que tenía con mi amigo yo no estaba dado de alta. En aquel momento pensé que no tenía que hacerlo y ahora me arrepiento. Cuando llegue a la edad de la jubilación cobraré una miseria».

Pero Miquel está decidido a mantener una actitud positiva. Está estudiando la posibilidad de abrirse un nuevo futuro profesional. «Soy masajista diplomado y a partir de enero quiero montarme un gabinete en una de las habitaciones de mi casa y a ver si sale algún masaje. Si pudiera hacer un masaje al día, me iría bien, con dos mucho mejor. Puedo estar un par de meses intentándolo y si no sale, miraré qué más puedo hacer, si de camarero en la costa o lo que sea. Pero cuando llegas a cierta edad creo que es mejor si puedes crearte tu propio trabajo.

XAVIER
FRANQUET

25



Conozco a otras personas que también están mal económicamente y que lo tienen muy negro. Conforme nos vamos haciendo grandes pienso que una solución sería compartir viviendas. En mi caso no veo otras opciones. Si se planteara mi seropositividad en una residencia encontraría una respuesta negativa».

En cuanto a su calidad de vida, un aspecto que le ha venido preocupando es la aparición de los efectos secundarios de la medicación: «Yo he tenido diarreas catastróficas, de ir por ejemplo en moto y darte cuenta de que te estás mojando. He llegado a utilizar salvaslips. Entonces tienes que buscar un lavabo corriendo y los lavabos públicos no están preparados para lavarte. Entonces venía mi angustia, tenía que llevar unos calzoncillos limpios y toallitas húmedas en la bolsa. Otra medicación que sólo tomé durante una semana me dejó sin fuerza en las manos. Esto fue el año pasado. Finalmente hice un descanso de tratamiento que duró un año y medio».

También le lleva de cabeza los cambios que está viviendo en su vida sexual, ya sea por la edad, el VIH o los fármacos. Dice que ya no es como antes y eso le inhibe para establecer relaciones. «Mis hábitos han cambiado mucho desde que soy VIH. En principio ya no soy tan joven y no tengo el atractivo que tenía antes y cuando ves una persona que te gusta a lo mejor ya no te mira. Además mi libido se me ha ido por los suelos. Encontrar a alguien es más difícil ahora. Indudablemente que me gustaría, pero ya veo que a mi edad y siendo seropositivo me sitúa muy lejos de esta idea. El tema de la falta de libido lo he hablado con mis médic@s. Me han hecho mediciones de testosterona y parece que los niveles son correctos. El urólogo me ha recetado

Viagra, pero ni siquiera la he comprado. Son seis mil pesetas por cuatro pastillas y esto es un impedimento para mí. Además, hay otro inconveniente: la pastilla tienes que tomarla veinte minutos antes de tener la relación y a veces eso es imprevisible. Sé también de un tratamiento basado en inyecciones intramusculares cada veinte o veinticinco días. Me han dicho que va bien, quizás lo haga. Yo tengo muy claro que lo que necesito es sentirme a gusto conmigo mismo. Si yo tengo este problema tengo que solucionarlo como sea, salvo que me digan que ya no hay nada que hacer».

Al terminar nuestra charla Miquel ha querido lanzar un mensaje abierto a otras personas con VIH de su edad: «Lo más importante es que seamos conscientes de lo que tenemos, llevándolo con valentía e ilusión. Hay que intentar conservar la ilusión de vivir, el deseo y pensar que todavía hay muchas cosas por hacer y por aprender. Un@ todavía puede realizar muchas cosas, aunque no sea a la misma velocidad que a los quince años. Si en algún momento de tu vida has tenido ilusión por emprender algo y no has podido llevarlo a cabo, quizás ahora puedas tener la oportunidad. Digo esto y sé que no es fácil. Ha habido días en que me he venido a bajo pensando en esta enfermedad y en que toda la vida tendré que tomar pastillas. He tenido pensamientos de suicidio, incluso. Luego a la mañana siguiente ha salido el sol y lo he visto todo con más optimismo. Ahora cuando estoy deprimido llamo a algún amigo o amiga y nos vemos para tomar algo o para ir de compras. Es difícil, pero hay que mirar la vida con optimismo y procurar vivirla bien» +



26

Envejecer con VIH

Poco nos podíamos imaginar hasta hace cuatro días que íbamos a estar hablando de cómo el progreso de la edad y el VIH interactúan y afectan la salud y la calidad de vida. Pese a que para la inmensa mayoría que vive en países sin acceso a tratamiento la sola idea pudiera parecer un sarcasmo, lo cierto es que en Occidente cada vez contamos con más personas que viven con VIH y superan los 50, sea porque han prolongado su esperanza de vida, sea porque adquirieron la infección ya a esa edad.

Existe muy poca investigación publicada sobre de qué modo afecta el VIH y sus tratamientos en edades avanzadas, y la poca que hay no siempre es concluyente. Con todo, tres son los aspectos que podríamos comentar: la polémica sobre la "calidad" del sistema inmunitario, la intensidad de los efectos adversos de los tratamientos y el perjuicio sobre las funciones cognitivas y sensoriales.

Un estudio de la Universidad de California en Los Ángeles publicado en el número de 17 de agosto de 2001 en la revista *AIDS* concluyó que las personas mayores de 55 años presentan aumentos proporcionales de CD4 inferiores a los de las personas más jóvenes que toman TARGA (1). Una de las explicaciones para este fenómeno podría ser la reducción, paulatina con la edad, de la producción de células CD4 naive por el timo. También podría tener que ver con otros estudios que han encontrado divergencias de respuesta virológica a TARGA según grupos de edad. Sin embargo, el mismo número incluye una carta del equipo del Hospital del Mar de Barcelona que afirma no haber encontrado semejantes divergencias en cuanto a capacidad de recuperación inmunitaria entre dos grupos de edad, el primero mayor de 60 y el segundo menor de 40 (2). Aclarar la cuestión necesitaría de un estudio con much@s participantes y extendido en el tiempo, o lo que es lo mismo, caro, y que tendría que ser sufragado por una institución pública, dado su escaso interés comercial para una compañía farmacéutica.

La misma carta de los médic@s del Hospital del Mar, por otro lado, llama la atención sobre que sí han hallado una diferente frecuencia de efectos adversos entre ambos grupos, y que ésta era superior en el formado por los menos jóvenes: especialmente la lipodistrofia, que fue referida por un 63% de los mayores. Según los especialistas barceloneses, la elevada frecuencia de efectos adversos en personas VIH+ de edad avanzada podría estar relacionada con un deterioro de las funciones renal y hepática y un descenso de los niveles de albúmina en plasma asociados a la longevidad, aunque la alta tasa de lipodistrofia podría constituir un factor de confusión, ya que ésta también se asocia con el envejecimiento.

Donde no parece que haya dudas es sobre el impacto que el VIH tiene sobre la preservación de la capacidad cognitiva y sensorial, de las funciones del cerebro en su conjunto. El Doctor Karl Goodin, de la Universidad de Miami, lleva tiempo estudiando cómo el VIH afecta las habilidades intelectuales y la capacidad motora de las personas con más de 50 años. Recientemente hizo públicos los resultados de un estudio en el que se aplicaba una batería de tests físicos y psicológicos a un total de 196 personas por encima y por debajo de dicha edad, con y sin VIH (3). Sus datos indican que los participantes con VIH de más edad presentaban un nivel de síntomas de deterioro de funciones cerebrales que era el doble que el de la gente más joven; tal desproporción era casi igual de pronunciada cuando se contrastaba con el nivel de las personas mayores sin VIH.

Estos tres aspectos comentados ilustran cómo de complejo va a ser dilucidar, conforme avance el relativo envejecimiento de la población con VIH en los países occidentales, qué es atribuible al impacto del VIH, qué a los efectos indeseables de la terapia, qué a la edad misma y qué a un combinado de dos o de tres elementos.

JOAN TALLADA

(1) GOETZ M B et al. *Retrospective Study Finds CD4 Increases Impaired in Older Patients AIDS*, August 17, 2001, 15:1575±1586.
 (2) *AIDS* August 17, 2001, 15:1587-1593 (Letter).
 (3) STEPHEN SMITH, «HIV Robs Brain Power, Study Shows», *Miami Herald* (20 de enero de 2002).

Nuestro estado del (bien)estar

XAVIER FRANQUET

En nuestro país las personas mayores de 50 y con infección por VIH corren el riesgo de ser 'castigadas' por el sistema de prestaciones sociales. La norma por la que el importe de una pensión contributiva de jubilación se calcula teniendo en cuenta sólo la cotización de los últimos 15 años (1) puede contribuir a mermar sustancialmente los futuros ingresos de aquellas personas que a partir de los cincuenta no encuentran o no pueden desempeñar un trabajo y que no han tenido la posibilidad de acogerse a una baja por larga enfermedad o conseguir la invalidez, o simplemente de aquellas que sólo pueden o deciden trabajar a tiempo parcial.

Para aquellas personas con VIH que no han cotizado a la Seguridad Social o no lo han hecho durante el tiempo mínimo necesario establecido en 15 años (2) la situación al llegar a los sesenta y cinco años todavía es peor. La cuantía de la pensión no contributiva por jubilación para el año 2001 iba desde un mínimo de unas diez mil pesetas hasta un máximo de unas cuarenta y dos aproximadamente, por catorce pagas al año. En la misma situación y si no se han cumplido todavía los sesenta y cinco años, será imprescindible obtener una minusvalía de un 65% o más para poder solicitar la pensión no contributiva por invalidez, de igual cuantía que la anterior. La nueva ley de diciembre de 2001 también prevé la posibilidad de jubilación a los 61 años pero para ello hay que haber cotizado 30 años (3).

En el caso de los mayores de 52 años existe la posibilidad de obtener un subsidio de desempleo que equivale al 75% del salario mínimo interprofesional. En 2001 el importe de este subsidio fue de unas cincuenta y cuatro mil pesetas. Para ello es necesario haber estado inscrito ininterrumpidamente en el INEM u organismo autonómico equivalente y haber cotizado en el régimen general un mínimo de tres meses. Si hay hij@s a cargo menores de 18 años o mayores discapacitad@s de la persona solicitante o de su cónyuge y además dependen

económicamente y conviven con ésta, existe la posibilidad de obtener de la Seguridad Social una prestación económica por hij@ a cargo. En este caso la cuantía de la ayuda dependerá de distintas variables y de la autonomía donde se resida.

Existen prestaciones a las que se puede acceder hasta los 65 años en caso de no tener derecho a ninguna otra prestación pública y de no disponer de ingresos o bienes inmuebles, exceptuando la propia vivienda, que puedan servir para atender las necesidades básicas de la vida. Este tipo de ayudas son

gestionadas por las administraciones autonómicas con lo que las cuantías pueden variar de un lugar a otro. En todo el estado existe también la posibilidad de obtener una ayuda para mayores de 45 años parados de larga duración cuyo importe no excede el 75% del salario mínimo y por un plazo máximo de diez meses.

Con todo, en muchos casos las personas se ven obligadas a vivir con ingresos que apenas llegan a las setenta y pico mil pesetas establecidas en España como salario mínimo interprofesional. En estas condiciones la edad por sí misma se constituye como un nuevo factor de exclusión para muchas de

las personas que viven con VIH +

Fuente: UGT Cataluña.

Para más información sobre prestaciones sociales se pueden consultar los sitios www.inem.es y www.Seg-social.es/inss o llamar a los siguientes teléfonos de UGT: Andalucía: 95 445 00 22; Aragón: 976 70 01 00; Asturias: 98 525 38 22; Baleares: 971 29 74 66; Canarias: 928 36 43 72; Cantabria: 942.36 46 07; Castilla - La Mancha: 925 25 25 18; Castilla-León: 983 30 82 82; Catalunya: 93 601 10 40; Ceuta: 956 51 03 47; Extremadura: 924 31 82 12; Galicia: 981 57 71 71; La Rioja: 941 24 00 22, Madrid: 91 589 76 01; Melilla: 952 7 26 02; Murcia: 968 28 47 12; Navarra: 948 23 64 50; Comunidad Valenciana: 96 388 41 40; Euskadi: 94 423 38 08.

(1) La base reguladora de la pensión contributiva de jubilación se obtiene dividiendo por 210 las bases de cotización de los 180 meses inmediatamente anteriores al hecho que la cause, según el RDL 16/2001, de 27 de noviembre de 2001.

(2) El mínimo cotizado para poder optar a una pensión contributiva de jubilación es de 15 años siempre que se hayan cumplido los 65. De estos 15 años, al menos 2 deben estar comprendidos entre los quince años inmediatamente anteriores al momento de causar el derecho.

(3) Se puede acceder a una pensión contributiva de jubilación a los 61 años siempre que se hayan cotizado un mínimo de 30 años y se haya estado inscrito como demandante de trabajo en la oficina de empleo un mínimo de 6 meses antes de tramitar la solicitud y que la extinción del contrato del último trabajo no haya sido voluntaria por parte del trabajador.



CLÓNICA

DE LA ACTUALIDAD

Invierno 2001-2002

0,00 nEuros

CELIA VILLALOBOS: "O LO TRADUCEN O NO VOY"

A cuatro meses de la XIV Conferencia Internacional del SIDA el Ministerio se cierra en banda

Contendientes han sido las palabras de la Ministra de Sanidad Celia Villalobos cuando ayer fue interrogada sobre uno de los temas más debatidos y candentes de la XIV Conferencia Internacional del SIDA, que se celebrará el próximo mes de julio en Barcelona. El Ministerio ha manifestado su intención de que todas las sesiones sean traducidas "al español, y como Dios manda, para evitar confusiones y malentendidos". La ministra añadió: "No podemos bromear con un asunto como éste, el VHS (sic). El ama de casa tiene que estar informada, en su propio lenguaje, de un problema que hoy nos preocupa a todos".

Aunque la Ministra confesó hablar inglés en la intimidad, no le parece de recibo que la organización no haya pensado en la traducción de la conferencia al español, un idioma "otrora medio de comunicación de todo un Imperio".

Los problemas continúan surgiendo en la sede de la XIV Conferencia. Los más graves están relacionados con la ceremonia de inauguración. Entre ellos, la negativa de la popular cantante americana Chair a participar en dicho acto, pues se queja del uso y abuso que los organizadores del evento han hecho de su nombre. Los coorganizadores, obviamente fans de la diva, se hacen llamar Co-Chair, lo cual ha disgustado enormemente a la actriz-cantante.

DETENIDO "EL SEÑOR DE LOS GRAMILLOS"



La juez Teresa Despacios estudia su

PUBLICIDAD

AUTOSERVICIO DE LIPOSUCCIÓN DE EMERGENCIA

Por 10€ la hora elimina tú mism@ aquellos acúmulos de grasa que no te gustan

SOCIEDAD

EL ESTUDIO CLAK SE ROMPE UN BRAZO

El inesperado suceso ocurrió mientras esquiaba

ELVIRA CEPT, Baqueira

El estudio CLAK sufrió el pasado sábado una fractura en su brazo

El estudio, que en el momento del accidente disfrutaba de un soleado día de esquí acompañado por un grupo de médicos españoles, ha declarado a esta redacción: "menos mal que no me diseñaron doble ciego, porque si no, no sé qué hubiera sido de mí".

control al colisionar contra un abeto mientras intentaba esquivar una numerosa cohorte italiana en las pistas de Baqueira Beret, en el pirineo catalán.

Hasta la madrugada de ayer se habíamos podido reagrupar 14 de los 36 pacientes de dicho brazo. El resto sigue desaparecido y se teme por su salida del estudio, que en caso de darse, según los investigadores, sería considerada como fracaso.

DEPORTES

LIGA DE VOLEHIVOL: CD 4 - VIRIONES 0

Los CD se disparan en esta última jornada. El equipo blanco, que hasta ahora había tenido un recuento muy mediocre, se perfila como vencedor de la liga.

Ante uno de los equipos con mayor fuerza y capacidad de juego invasor, los Viriones, los CD plantaron cara a su rival en su propio terreno de juego. Han quedado atrás las épocas en las que los CD mostraban un bajo sistema de defensa. La incorporación de figuras de primera línea llegadas de otros países, como Epi Bir o el treinta veces internacional, Jesús Tiva, ha contribuido a este triunfo decisivo. El capitán del equipo ha declarado: "Un aspecto crucial para lograr esta victoria ha sido la adhesión del conjunto de jugadores a las pautas marcadas por el entrenador".

Por otro lado, estamos pendientes todavía del encuentro del equipo revelación de la temporada, el Inter de Leuquina.

Disponemos de diferentes modelos de aspiradores de importación. Resultados inmediatos. Ideal para compromisos inesperados.

CARTELERA

CITOMEGALOVIRUS

El próximo viernes se estrena la superproducción norteamericana en las salas españolas

ARANTXA BAKANA, Navalморal Avalada unánimemente por la crítica de Waco y por un éxito de taquilla sin precedentes llega a las salas de toda España la cinta del director de origen pakistani Nelfin Avir. La película, que cuenta en el reparto con dos grandes figuras del cine estadounidense: Trom Bozis y Zito Penia, explica cómo un gigantesco y malvado virus llegado de otro planeta invade la Tierra y cómo los gobiernos y la industria farmacéutica unen altruísticamente sus esfuerzos para acabar con él.

La banda sonora ha sido compuesta por el grupo británico Placebo y se incluyen baladas hipersensibles de Patrizia Gen.

El estreno en España ha sido patrocinado por el Ministerio de Sanidad dentro del Programa "12 meses, 12 causas". Por este motivo, la recaudación de taquilla durante el primer día de proyección será donada íntegramente al Arzobispado de Valladolid.

Redacción

El juez Baltasar Gastón ha decretado la orden de prisión del presunto narco Carlos Madremía, conocido con el sobrenombre de "El Señor de los Gramillos". El detenido fue arrestado ayer noche mientras paseaba cerca de la céntrica calle Génova con 50 kilos de cocaína camuflados en el interior del estuche del vídeo "Air-bag". En el momento de la detención, Carlos Madremía declaró perplejo: "No es lo que parece. Estos gramillos han de servir para estudiar las interacciones de la cocaína con los fármacos antirretrovirales, fenómeno que todavía no ha sido estudiado con detalle". Fuentes cercanas al Ministerio de Sanidad han manifestado que, efectivamente, es un campo de la investigación todavía en ciernes aunque, en su opinión, el destino final de este importante aliño es la venta ilegal o la distribución entre los integrantes de La Comunidad del Gramillo, una importante banda de narcotraficantes capitaneada por Gandul, un anciano de aspecto extraño y de costumbres no menos raras.

En el momento de ingresar en prisión aseguró que conjurará todas las fuerzas que estén a su alcance para que mejoren las condiciones carcelarias. El arresto fue obra de los dos únicos agentes del cuerpo nacional de policía que a esa hora se encargaban de la seguridad de toda la ciudad de Madrid y que, casualmente, pasaban cerca de la calle Génova. El resto de la plantilla, en el mismo momento, sofocaba pacíficamente una violenta y peligrosa sublevación de la policía local en la madrileña plaza del Sol.

ACADEMIA DE CORTE Y COINFECCIÓN "EL TAJO"

NUEVO CURSO: LA BIOPSIA SIN DOLOR, ¿UNA QUIMERA?

Dirigido a cirujanos-carniceros.

Las primeras 50 inscripciones: regalo de muestra de hígado bañada en ámbar (ideal llavero).

Reserva ya tu plaza.

Cacatio matutina, TAMQUAM MEDICINA*

(Dicho popular medieval)

*Defecar por la mañana, también es medicina

Hay muchas razones por las que a menudo nos saltamos la dieta que tenemos establecida o dejamos de ingerir lo que más nos conviene. Si eres un@ más de l@s que sucumbe a los placeres gastronómicos y

te apetece hacer una puesta a punto a tu organismo, te proponemos una dieta desintoxicante o depurativa, que te permitirá, además del reposo de la vesícula biliar y del hígado, eliminar del cuerpo la mayor cantidad de toxinas posible.

Según la medicina ayurvédica, tradicional de la India, el origen de las enfermedades se encuentra en el *ama*. El *ama* son los residuos de naturaleza tóxica de los alimentos que no son digeridos correctamente por nuestro organismo. Esta sustancia, dañina y no expulsada por las heces, libera toxinas y provoca obstrucción en las paredes del colon. Desde allí, las toxinas pasan directamente a la sangre y a través de ella llegan a los organismos responsables de nuestro sistema inmunológico.



Por ello, merece la pena dedicar nuestra atención durante unos días a la 'purificación' de nuestro cuerpo con alimentos apropiados. También esta dieta 'desintoxicante' puede resultar adecuada cuando nuestro organismo da muestras de una cierta toxicidad hepática producto de los fármacos antirretrovirales en el inicio de un tratamiento; en este caso, una dieta depurativa contribuiría en el mejor funcionamiento del hígado y otros órganos implicados en el metabolismo del fármaco. En cualquier caso, lo idóneo es no alargarla innecesariamente, ya que ello desproveería a nuestro organismo de los nutrientes diarios necesarios.

ALIMENTOS DEPURATIVOS

Legumbres: contienen proteínas, fibra e hidratos de carbono complejos.

Frutas: tienen efectos depurativos naturales, destacamos el limón, que es rico en vitamina C y la manzana, cuya fibra contribuye en la reducción del nivel de colesterol sanguíneo.

Verduras: al igual que las frutas, poseen efectos depurativos propios. La alcachofa y en concreto sus hojas, ayudan a descender el nivel de colesterol. Las berenjenas son muy beneficiosas durante la digestión, pues dificultan la absorción de grasas. La cebolla baja también la tensión arterial y el apio resulta muy beneficioso para la vesícula.

Ajo: además de bajar la tensión arterial, baja el colesterol LDL.

Aceites: los más recomendables son los de oliva, cártamo, soja y girasol.

Otros alimentos: miel (como sustitutivo del azúcar), arroz integral, pan integral, *muesli*, avena, jengibre

(beneficioso para el estómago y estimula la circulación), zarzaparrilla (es un depurativo de la sangre y del organismo entero), raíz de Ruibarbo (enormemente útil para nuestro organismo gracias al ácido crisofánico que contiene), yogures desnatados y quesos frescos.

ALIMENTOS NO DEPURATIVOS

Carnes, pescados y mariscos. Leche y productos lácteos. Frituras. Repostería, bollería. Azúcar y edulcorantes.

Si creéis que, en un momento determinado, puede resultar saludable depurar vuestro organismo, os vamos a dar una serie de pautas que convendría tener en cuenta:

• Durante un proceso depurativo, probablemente tengamos que disminuir el nivel de ingesta habitual. Sería bueno romper con el ritual de comidas obligatorias establecidas (desayuno, comida, cena) y sin la presión de un horario, establecer la pauta de comer algo cada 6 o 8 horas, cuando el cuerpo realmente lo necesite.

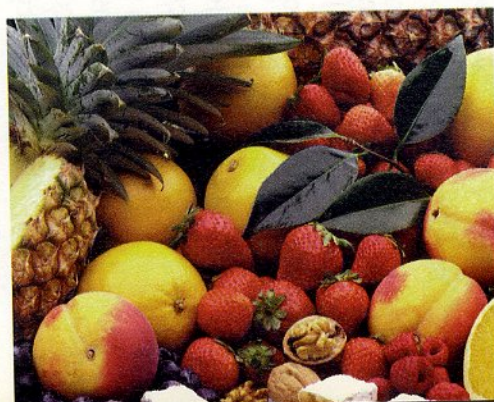
• La duración de la dieta dependerá de las necesidades de cada un@. Una proporción sería tres días de dieta depurativa y dos de normal. Otra posibilidad es alargar la dieta depurativa toda una semana, después de un período de sobrealimentación o para desintoxicar nuestro hígado de los efectos de los fármacos. También, se podría realizar la dieta depurativa durante un tiempo limitado, alternándola día sí, día no, con la habitual. Para cualquiera de las opciones elegidas, conviene recordar no desproveer a nuestro organismo de los nutrientes necesarios.

• Por lo que respecta a los alimentos y su preparación, resulta útil realizar un acopio de alimentos depurativos, que nos sirvan durante una semana como máximo. De esta manera, conseguimos tenerlos siempre a mano y evitamos tener que cocinar cada vez, pues, una vez preparados, estos alimentos, que suelen ser sopas, consomés, macedonias, etc. pueden conservarse en el frigorífico listos para consumir en varias ocasiones.

• Durante el proceso de depuración sería beneficioso asimismo evitar el café, las bebidas alcohólicas y fumar. El ejercicio físico es recomendable si se practica de manera suave.

• La transición de la dieta depurativa o desintoxicante a la habitual

30



debe hacerse de forma paulatina y tranquila, incorporando lentamente los alimentos que no han sido consumidos durante el tiempo que ha durado la depuración.

Por último, conviene saber que cualquier dieta de estas características puede producir cansancio o fatiga, síntomas normales o esperables si tenemos en cuenta el cambio que se produce en el hábito alimenticio. Si estos síntomas son muy persistentes o se agudizan, o tienes dudas acerca de las interacciones de esta dieta con tu terapia antirretroviral, te recomendamos que hables con un/a dietista o con tu medic@ especialista en VIH.

Para ilustrar este artículo, hemos considerado oportuno presentaros no un menú formal compuesto de primer plato, segundo y postre, sino diferentes tipos de platos que se puedan tomar solos o combinados, en función de las posibilidades y exigencias de cada un@. Encontraréis sopas, apropiadas para una comida al mediodía o a la noche, macedonias y compotas que son adecuadas para un desayuno o como complemento de una comida, y zumo e infusiones, cuyo efecto depurativo las hace idóneas para cualquier momento del día y muy especialmente para justo antes de acostarnos.



comida al mediodía o a la noche, macedonias y compotas que son adecuadas para un desayuno o como complemento de una comida, y zumo e infusiones, cuyo efecto depurativo las hace idóneas para cualquier momento del día y muy especialmente para justo antes de acostarnos.

Infusiones

de perejil *Ingredientes:* agua (1 litro), perejil (1 manojo), té verde (1 cucharadita), medio limón.

de menta fresca *Ingredientes:* agua (1 litro), menta fresca (1 manojo) con anís estrellado (una flor) o anís verde (2 ramitas)

Preparación: Pon el agua a calentar sin que llegue a hervir. Echa los ingredientes respectivos y tapa el cazo para que se haga la infusión durante unos 10 minutos. Cuéjala y bébela caliente o reserva la cantidad sobrante. Si al recalentarla se espesa, añade un poco de agua. Puedes endulzar la infusión añadiendo una cucharadita de miel.

Zumos

de manzana *Ingredientes:* agua (1 litro), 1/2 de zumo de manzana, vinagre de manzana (3 cucharadas).

Preparación: mezcla los ingredientes con el agua. Bébelo muy frío.

de arcilla verde *Ingredientes:* agua (1 vaso), arcilla verde refinada en polvo (2 cucharadas)

Preparación: añade al vaso de agua dos cucharadas de arcilla verde, mézclalo con una cuchara de madera y déjalo reposar tapado toda la noche. Bébelo en ayunas a la mañana siguiente. Repite el proceso semana sí, semana no.

Macedonias

de kiwi *Ingredientes:* 4 kiwis pelados y en rodajas, 4 mandarinas en gajos cortados por la mitad, media sandía sin pepitas troceada a tacos, 1 cucharada de miel.

de uvas *Ingredientes:* 400g de uva negra, 200g de uva blanca, 100g de pasas de Corinto, el zumo de un limón.



de melón *Ingredientes:* 1 melón pequeño troceado a tacos, 1 pepino pelado y troceado, 5 ciruelas deshuesadas y troceadas, 150g de queso fresco en taquitos, 2 cucharadas de aceite de oliva.

Preparación: Mezcla los ingredientes para cada macedonia en un bol grande y ya estará lista para comer.

Sopas

de apio y perejil *Ingredientes:* agua (1 litro y medio), 1 patata grande pelada, 1 manojo de apio entero, 1 manojo de perejil, nuez moscada

Preparación: Echa en el agua una patata grande pelada, el manojo de apio lavado (pela primero los fillos más gordos de las ramas) y medio manojo de perejil fresco al que se le quitará las ramas más gruesas por ser más fibrosas. Déjalo hervir durante media hora y después, aún caliente, pásalo por la batidora eléctrica. Añade un poco de nuez moscada y sírvelo con unos taquitos de pan integral frito con un poco de aceite y dos dientes de ajo troceaditos.

De berros y espárragos *Ingredientes:* agua (1 litro y medio), 2 manojos de berros (500g), 1 manojo de espárragos blancos o verdes según mercado (250g), 1/2 cebolla, *curry*.

Preparación: En una olla con agua se echan los manojos de berros lavados, el manojo de espárragos lavado y troceado en rodajas finas o en taquitos alargados y media cebolla cortada fina. Deja hervir media hora; puedes espesarla con margarina (60g) y 2 cucharadas de harina espolvoreada en la sopa. Una pizca de curry resaltará el sabor. Si no dispones de espárragos frescos, la sopa queda también buena con espárragos en conserva, los cuales no hace falta hervir tanto.

Consejos: - Cuando hiervas las verduras nunca tires el agua donde las hayas cocido, la puedes utilizar bebiéndola al día siguiente como si fuera una infusión (fría o caliente) o utilizarla para regar las plantas.

Compota de manzana con peras semicrudas

Ingredientes: 5 manzanas (1k), 3 peras (1/2k), media rama de canela, dos vasos de agua.

Preparación: Pela las manzanas y trocéalas a tacos, una la puedes dejar sin pelar para dar color. Ponlas en una olla con dos vasos de agua y media rama de canela y cuando hierva, rebaja el fuego y déjalo cocer lentamente unos 15 minutos. Mezcla las manzanas, con un tenedor en la misma olla caliente hasta que se deshagan en una compota. Añade las tres peras peladas y troceadas y ponlo a cocer diez minutos más.



ENERGÍA de vida

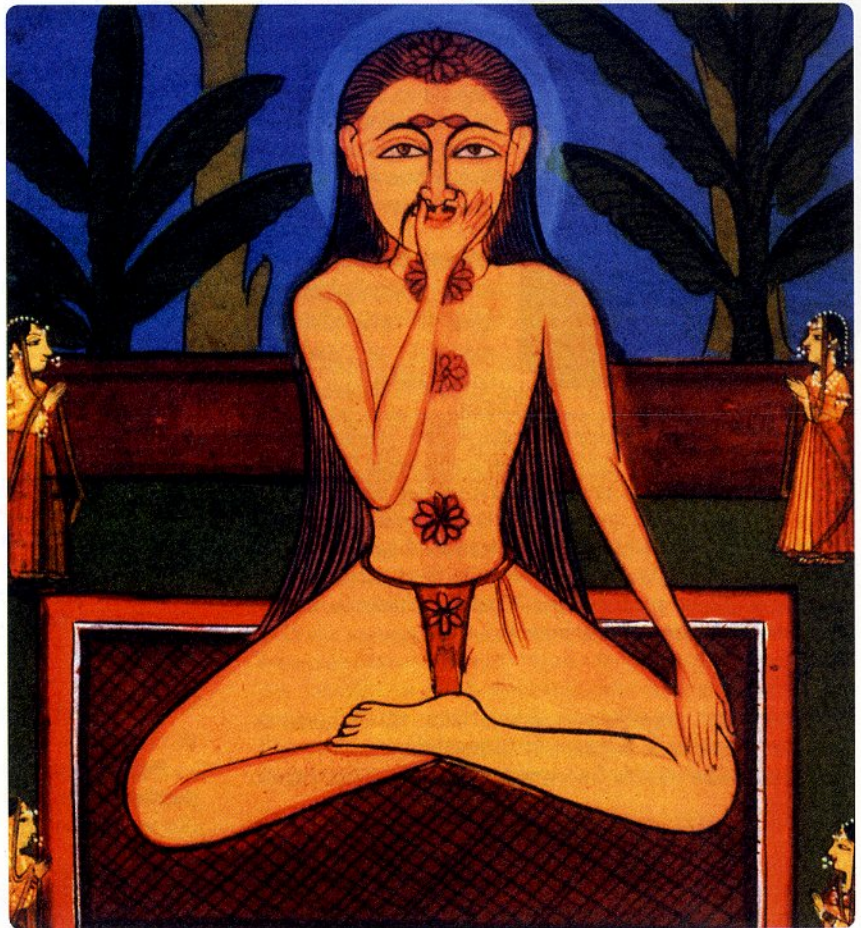


en este número hablaremos del yoga, una técnica ancestral india que ha tomado del reino animal cada uno de sus movimientos, adaptándolos al cuerpo humano en combinación con técnicas de respiración. Esta unión permite una mejor

fluidez de la energía por todo el cuerpo y mayor control de la mente sobre éste a través de la concentración, lo que permite que nos sintamos mejor preparad@s para hacer frente a las vicisitudes diarias. Es por esta razón por la que en la actualidad cada vez más se suman millones de PVVS en todo el mundo a la práctica del yoga.

En primer lugar algunas recomendaciones y advertencias:

- Antes de iniciar consúltalo con tu médic@.
- Evita excederte en los ejercicios y sobrecalentarte en cualquiera de las posturas que realices pues la fatiga puede debilitar el sistema inmunitario.
- Si presentas alguna inflamación o prurito alrededor de los ojos o enrojecimiento de los mismos evita posturas que requieran bajar la cabeza o el doblarse hacia atrás sin un buen respaldo. Las personas con retinitis por CMV también deben evitar este tipo de ejercicios.
- Si recientemente has padecido de neumonía (PCP), es altamente recomendable evitar el doblarse hacia atrás sin un buen respaldo, ya que se puede generar mucha tensión en los tejidos de los pulmones.
- Si presentas problemas de la columna, o cualquier otra limitación física consulta con tu médic@ o fisioterapeuta.
- Es mejor practicar con el estómago y la vejiga vacíos. Después de una comida fuerte espera 4 horas o 2 horas si la comida es ligera.
- Utiliza ropas cómodas, no uses calcetines o zapatos.
- Otras indicaciones que te proporcione tu médic@.



1. Postura del niño (*Virasana*): sirve para la relajación y la introspección. Ayuda en el dolor de las rodillas y estiramiento de los muslos, pies y la espalda.

Arrodíllate sobre la manta, luego, coloca las nalgas sobre los tobillos con los pies estirados y los dedos gordos tocándose

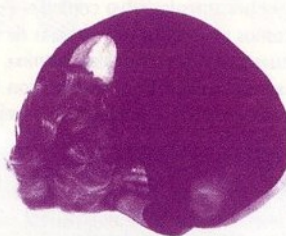


A continuación te presentamos siete posturas recomendadas para no expert@s y que te ayudarán a canalizar la energía. Siempre es recomendable que coloques una manta o una pequeña colchoneta para hacer cómodamente los ejercicios.



uno al otro. Separa un poco las rodillas y deja caer suavemente la parte superior del cuerpo hacia delante, sin levantar las nalgas. Deja que la frente toque el suelo y a la vez con los brazos estirados y relajados, con las palmas de las manos toca el suelo (si no puedes alcanzar el suelo con la frente coloca una almohada o cojín). El estómago debe quedar suspendido cómodamente entre las piernas. Respira profundamente llevando el aire hacia el vientre y mantente así durante 5 minutos.

2. Postura fácil (*Sukhasana*): sirve para abrir las caderas ayudando a relajar la tensión. Es bueno para la relajación y ayuda a aliviar el dolor de espalda.



Siéntate con las piernas cruzadas. Inclina suavemente la parte superior del cuerpo hacia delante dejando descansar la cabeza sobre una almohada o cojín. Cruza los brazos colocando las manos sobre la almohada o estíralos suavemente enfrente de la cabeza. Mantén la posición durante 5 minutos.

3. Inclinación hacia la silla (*Uttanasana*): estira los tendones musculares ayudando al cerebro a aliviar la ansiedad y la depresión.



Coloca una silla contra la pared con el respaldo de cara hacia ti. Ponte de pie con las piernas ligeramente separadas. Inclina la parte superior del cuerpo hacia delante con los brazos estirados y sitúa las manos sobre el tope del respaldo de la silla. Deja la cabeza suspendida entre los brazos. La espalda debe quedar recta y los brazos totalmente estirados. Mantén la posición de 1 a 5 minutos.

4. Abriendo el pecho: es una buena posición para la depresión y la función de los pulmones y de los riñones.

Previamente, enrolla una toalla o utiliza un cojín en forma cilíndrica. Siéntate y dobla las rodillas hacia a ti, echa el cuerpo hacia atrás y coloca el rollo detrás tuyo a la altura de los omoplatos. Suavemente lleva la cabeza hacia atrás hasta que pueda tocar el suelo. Estira las piernas y asegúrate que el rollo esté justo debajo de las axilas. Relaja las piernas y estira los brazos, o bien, por encima de la cabeza o a un lado, pero con las palmas de las manos hacia arriba. Mantente así unos 5 minutos. Para levantarte, dobla las rodillas hacia el pecho y vuélvete a un lado.



5. Piernas levantadas en la pared (*Viparita Karani*): es buena para las piernas y el hígado e incrementa la circulación a través de todo el sistema linfático. Tonifica los órganos abdominales y alivia los problemas gástricos como la

flatulencia. Las mujeres deben evitar esta postura durante la menstruación.



Siéntate por tu lado derecho junto a la pared, dobla las rodillas, las palmas de las manos que toquen el suelo. Acuéstate por tu lado izquierdo y eleva la pierna derecha hasta que el talón toque la pared por encima de ti, luego haz lo mismo con la pierna izquierda hasta juntarse con la derecha. Suavemente acerca las nalgas hacia la pared y luego coloca los brazos, o bien por encima de la cabeza, con los codos doblados ligeramente o colócalos a tu lado con las palmas hacia arriba. Una vez lograda la posición, las piernas están en forma vertical en la pared y el torso relajado. Mantén la posición durante 5 minutos. Si los tendones de los muslos los sientes tensos despégate algunos centímetros de la pared.

6. Giro de columna en el suelo (*Jathara Parivartanasana*): ayuda a aliviar el dolor de espalda baja y el hígado, la función del bazo y el páncreas. Fortalece los intestinos y ayuda con la gastritis. Con esta postura imagina que tu columna se abre para liberar toxinas y facilitar la digestión.

Túmbate sobre la espalda con las rodillas dobladas hacia el pecho y los brazos estirados hacia los lados en forma de T con las palmas hacia



arriba. Suavemente desliza las rodillas hacia la derecha. Mantente mirando hacia el techo o sobre el hombro izquierdo. Trata de mantener el hombro izquierdo pegado al suelo. Si las piernas no alcanzan el suelo, coloca suavemente la mano derecha cerca de la rodilla. Mantén la posición durante 5 respiraciones. Repite el ejercicio del lado contrario. Inténtalo 3 veces por cada lado.

7. Relajación profunda final (*Savasana*): Ésta permite que los músculos absorban todas las posturas realizadas previamente, además de calmar el cuerpo y visualizar actitudes positivas.



Acuéstate boca arriba en el suelo. Relaja los brazos colocándolos a los lados del cuerpo y separándolos unos pocos centímetros de éste con las palmas hacia arriba. Separa las piernas un poco, dejando que los pies queden en su posición natural. Crea una sensación de alivio en tu espalda, cuello y hombros. Permite que los músculos se relajen. Imagina cómo se relaja y sale la tensión de cada una de las partes de tu cuerpo, trabajálo desde los dedos de los pies pasando por los tobillos, las pantorrillas así sucesivamente hasta llegar a la cabeza. Hazlo durante 5 minutos o tómate tu tiempo.

De interacciones...

Si eres VIH+, tomas antirretrovirales y tomas drogas recreativas, resultará siempre difícil saber si hay interacciones, pues los prospectos que acompañan a los medicamentos no incluyen referencias al uso de estas sustancias. Además, en la realidad resulta muy complicado saber si lo que tomas es lo que se supone, y aun siendo

así, en qué cantidad se encuentra y qué otros compuestos incluye. Las interacciones entre drogas y antirretrovirales no se han estudiado científicamente, salvo contadas excepciones. A continuación os ofrecemos un cuadro con algunas de las cosas que sabemos sobre marihuana, hachís, cocaína, heroína, ketamina (*special k*), anfetamina (*speed*) y éxtasis en relación con la infección por VIH y a la terapia antirretroviral, con algunos consejos que pueden ser útiles.

NOMBRE	INTERACCIONES CON ANTIRRETROVIRALES	A TENER EN CUENTA	COSAS QUE PUEDES HACER
Marihuana y Hachís	No hay interacciones clínicas significativas con inhibidores de la proteasa (IP), ni con no análogos (1). Aunque es posible que disminuya la potencia de la droga.	Puede ayudar a reducir la náusea y aumentar el apetito. Con antidepresivos o alcohol la sensación de sedación aumenta y puede darse angustia o confusión.	Para reducir la sequedad en la boca beber agua es una buena solución. Si te toca la medicación y estás bajo sus efectos, al tomarla puedes anotarlo en un diario o registro por si más tarde no te acuerdas si lo has hecho.
Cocaína	No se han descrito.	Un consumo excesivo puede incrementar los síntomas neuropáticos. En el tubo de ensayo incrementa en 20 la velocidad de reproducción del virus. Conстриñe los vasos sanguíneos periféricos, incrementa la temperatura corporal, el ritmo cardíaco y la tensión arterial.	Si evitas inhalar pedazos grandes que no estén bien picados reducirás el riesgo de daño en el tabique nasal. Absorber un poco de agua por la nariz ayuda a eliminar los restos. Si la inhalas tienes menos riesgo de complicaciones que si la inyectas. Si utilizas siempre tu propio tubo o rulo, eliminas el riesgo de transmisión de hepatitis.
Heroína	Posible disminución de su potencia al tomarla con IP y no análogos. (Norvir parece reducir los niveles de heroína en un 50%)	Un consumo excesivo puede incrementar los síntomas neuropáticos. Con antidepresivos o alcohol la sensación de sedación aumenta y aumenta el riesgo de que aparezcan problemas respiratorios o cardiovasculares.	Si la inhalas tienes menos riesgo de complicaciones que si te la inyectas. En el caso de inhalarla, utilizar siempre tu propio tubo o rulo elimina el riesgo de transmisión de hepatitis. Si te la inyectas y no compartes la jeringuilla reduces el riesgo de adquirir otras infecciones.
Ketamina (Special K)	Posible aumento de la potencia al tomarla con IP y no análogos. En combinación con Norvir puede producir una inflamación aguda del hígado y desembocar en ictericia (2).	Aumenta la tensión arterial y acelera el ritmo cardíaco. Se trata de un anestésico. No se aconseja mezclar con alcohol ni antidepresivos. Con ello aumenta el riesgo de problemas respiratorios graves.	Una idea puede ser empezar con una pequeña cantidad y no tomar otra hasta que hayas comprobado el efecto, también puedes tomarla esperando el máximo de tiempo posible después de la medicación.
Anfetamina (Speed)	Puede duplicarse o triplicarse su potencia al tomarla con IP y no análogos.	Su uso prolongado puede causar daño cerebral. Produce deshidratación.	La misma recomendación que arriba. Es preferible acompañar con agua que con alcohol, por ser éste último también deshidratante. Si inhalas <i>speed</i> tienes menos riesgo de complicaciones que si te lo inyectas. En el caso de inhalarla, utilizar siempre tu propio tubo o rulo elimina el riesgo de transmisión de hepatitis.
Éxtasis	Posible incremento de su potencia. Posible interacción con IP y no análogos (3).	Descensos temporales de CD4 (4). Su estructura química es similar a la de MDA y metanfetamina, conocidas por causar daño cerebral. Aumenta el ritmo cardíaco y la tensión arterial. Produce deshidratación. Ésta aumenta cuando se mezcla con alcohol.	Una idea puede ser empezar con un cuarto de pastilla y no tomar otro hasta que hayas comprobado el efecto, también puedes tomarlo esperando el máximo de tiempo posible después de la medicación. Es preferible acompañarlo con agua que con alcohol, ya que este último es deshidratante.

Es aconsejable estar acompañad@ cuando decidas consumirlas y, de no ser posible, tener un teléfono a mano en el caso de que puedas precisar ayuda.



y otras cosas

Cuando se mezclan dos o más drogas sus efectos y toxicidades individuales o combinados pueden incrementarse o disminuir. Otros factores que pueden influir en el metabolismo de las drogas son los niveles individuales de tolerancia, la raza, el género, el estado general de salud, el estado emocional, el peso de la persona, el tiempo que hace desde que se ha comido, etc. Por lo que se hace difícil predecir cómo cada droga o combinación va a afectar a cada persona en particular.

(1) En un estudio realizado en San Francisco, EE UU, nueve personas que tomaban una terapia con indinavir y once con nelfinavir -ambos tres veces al día- fueron repartidos aleatoriamente en tres grupos. Unos fumaron cigarrillos con un 4% de THC, un derivado sintético de la marihuana, otros tomaron dronabinol -cuya sustancia activa es THC- en cápsulas de 2,5mg, y otros tomaron cápsulas de placebo. En todos los casos tres veces al día. Se realizaron pruebas de farmacocinética al empezar el estudio y a los catorce días. Los resultados mostraron que no había cambios en la carga viral ni en los recuentos de CD4, pero en el grupo de personas que fumaron cigarrillos de marihuana sí se observaron reducciones del área bajo la curva a las 8 horas (ABC 0-8h), de las concentraciones máximas (Cmax) y de las mínimas (Cmin) de indinavir y de nelfinavir. En el caso de indinavir fueron de un 24%, 21% y 22% respectivamente y en el de nelfinavir de un 17%, 14% y 17% respectivamente. Ante estos resultados cabría reseñar que se trata de una muestra muy reducida y en la que se observó una alta variabilidad interpersonal. Además estas diferencias no tuvieron relevancia clínica a corto plazo. [I]

(2) En Nueva York se registraron dos casos, que remitieron a las pocas semanas.

(3) En 1998, en la publicación científica *The Lancet* se informó de un caso fatal de interacción de MDMA (éxtasis) y ritonavir (Norvir). Las concentraciones de MDMA tras la muerte eran diez veces mayores a la correspondiente a la dosis tomada.

(4) En un estudio reciente se ha descubierto que la administración de una sola dosis de éxtasis (100mg de MDMA) causaba una importante caída de células T del sistema inmunológico. La proporción de descenso de células T CD4 fue del 30% en las horas siguientes a la toma de una única dosis, aunque los niveles volvían a ser normales al día siguiente. El descenso era más acentuado, del 40%, en quienes habían tomado dos dosis con 4 horas de intervalo, y la recuperación no alcanzaba los niveles normales al día siguiente. [II]

[I] Kosel B, Aweeka F, Benowitz N et al. *The pharmacokinetic effects of marijuana on nelfinavir and indinavir. 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 2001, abstract 745.*

[II] Pacifici R, Zuccaro P, Farré M, et al. *Effects of repeated doses of MDMA on cell-mediated immune response in humans. Life Sciences 2001;69:2931-2941.*

Fuentes:

Universidad de Liverpool: www.hiv-druginteracciones.org
Party Marty Smarty: www.hafci.org
Dance Safe: www.dancesafe.org

Tu opinión también cuenta

Rellena, recorta (o fotocopia) y envíanos esta pequeña encuesta. Entrarás en el sorteo de 25 suscripciones gratuitas por un año. Te mantendremos informad@ durante 2002.

1-Sexo

- Hombre Mujer
 Transgénero

2-Edad

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

3-Estatus VIH

- VIH+ VIH-
 Desconocido

4-¿Sabes cómo adquiriste el VIH?

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

5-¿Tomas tratamiento antirretroviral?

- Sí No

6-¿Tomas suplementos vitamínicos o tratamientos alternativos?

- Sí No

7- ¿Cuáles?

.....
.....

8-¿En qué localidad vives?

.....

9-Valora Lo+Positivo de 1 a 10

- Contenido
 Diseño
 En general

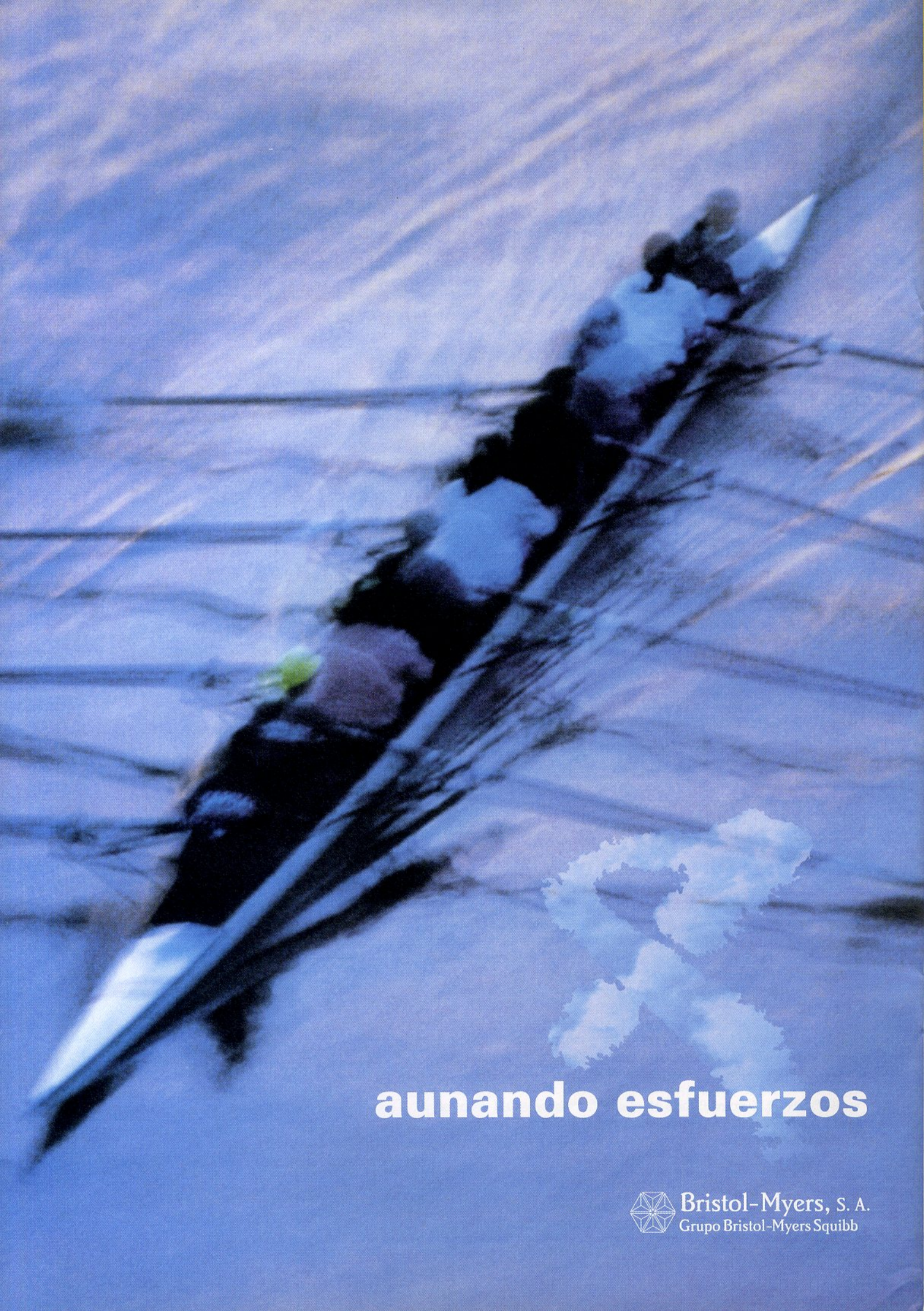
10-¿Qué temas te han gustado más?

.....
.....

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

.....
.....

Esta encuesta es anónima pero si quieres participar en el sorteo, manda también tus señas en un papel aparte a: GTT c/ del Pi, 10 1º 2ª 08002 Barcelona (España)



aunando esfuerzos



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

Perspectiva de género, ¿eso qué es?

Hablar de género en el ámbito del VIH/SIDA empieza a estar de moda. A raíz de las dos últimas campañas de ONUSIDA en las que ponía de manifiesto la importancia de abordar el trabajo de prevención desde una perspectiva diferente a la que se venía aplicando, la palabra género ha saltado al panorama internacional y aparece en muchos textos, a veces adecuadamente y otras como sinónimo de sexo o incluso de mujer, dando a entender que hablar de género es hablar de mujeres.

Podríamos definir género como aquellos aspectos atribuidos por una determinada sociedad a la identidad de una persona en función de sus características fisiológicas. Pero también tiene que ver con lo que cada uno de nosotros pensamos, sentimos y creemos que podemos o no podemos hacer, y esto condiciona las relaciones que se establecen entre hombres y mujeres debido a que los roles de unos y otras se sitúan en planos de poder diferentes.

Para las mujeres, la vulnerabilidad ante el VIH aumenta debido a normas sociales que limitan su acceso a la información, ausencia de conocimiento y aceptación de su propia sexualidad, su capacidad para decidir las condiciones de sus relaciones (sexuales, afectivas, familiares...), su papel de cuidadora, etc., todas ellas ligadas a su condición de mujer en una sociedad concreta.

En el caso de los hombres, también aumentan su vulnerabilidad las exigencias que le impone la "masculinidad": asunción de riesgos, negación del sentimiento de miedo, falta de reconocimiento de ciertos aspectos de su sexualidad, etc.

Entonces, ¿qué significa trabajar desde una perspectiva de género? Si se analiza con detalle el sesgo que ha ido tomando la epidemia (las epidemias) del SIDA se puede comprobar que llega un punto en el que es necesario ampliar el horizonte de actuación. Ya no sirve limitar los mensajes de prevención a prácticas concretas, a técnicas específicas, sencillamente porque si tenemos en cuenta que nuestras conductas se dirigen a la satisfacción de las expectativas que la sociedad, nuestros vecinos y amigos, nuestros familiares y/o nuestra pareja tienen respecto a nosotros (sobre todo porque buscamos la aceptación y el amor de quienes nos rodean), habría que plantear estrategias de prevención o de cuidados de las mujeres VIH+ que contemplen la necesidad de introducir cambios más profundos, cambios que lleguen al nivel de las concepciones que tenemos de nuestra posición como individuos y respecto a otros.

Así, trabajar con perspectiva de género supondría, por ejemplo, tener en cuenta y fomentar esos cambios tanto en la persona como en el conjunto de la sociedad. En este sentido, la capacitación de las mujeres con VIH, la redefinición de la masculinidad en hombres VIH+ o el reclamo del balance en el acceso de hombres y mujeres a los estudios y ensayos clínicos también sería trabajar desde una perspectiva de género. En definitiva, se trataría de promover actitudes encaminadas a disminuir las desigualdades en las relaciones entre hombres y mujeres, al tiempo que se tienen en cuenta sus diferentes necesidades y posibilidades vitales.

En esta línea ha nacido **Creación Positiva** con el reto de abordar el trabajo en VIH/SIDA desde esta perspectiva. Este nuevo grupo nace con la experiencia de varios años de trabajo centrado en la especificidad de las mujeres, en la importancia de que recuperen el control de su propia vida, pero también con el compromiso de mantener la mente y el corazón abiertos a la evolución de las necesidades de las mujeres y los hombres con quienes ya están compartiendo camino vital.

**CREACIÓN
Positiva**

¡Navega, mujer!

La oferta informativa de internet parece infinita, y a veces resulta difícil separar la información de calidad del producto cibernético mediocre o, lo que es peor, inexacto. Con el fin de estimular y orientar vuestros instintos de navegante intrépida, hemos seleccionado un trío de sitios con materiales pensados para (y a veces por) mujeres VIH+ que consideramos particularmente interesantes en sí mismos o por los recursos a los que te permite acceder:

www.hab.hrsa.gov: es el sitio de la oficina para el VIH/SIDA de Estados Unidos en inglés. Si podéis leer un poco en esta lengua, pulsad el apartado *A Guide to the Clinical Care of Women with HIV*. Sencillamente, uno de los manuales más completos y rigurosos que nos hemos encontrado en mucho tiempo sobre el cuidado integral de las mujeres VIH. Pensado para profesionales socio-sanitarios, pero también para usuarias con inquietudes. Además, podéis pedir una copia impresa gratis (tarda mucho, pero damos fe de que llegar, llega), escribiendo un e-mail a **womencare@hrsa.gov**. ¡Ah! Y piden colaboración para posibles traducciones, por ejemplo, del Ministerio de Sanidad del país correspondiente... (¿Hay alguien ahí, Señora Ministra?).

www.women-alive.org: un clásico de la red hecho por y para mujeres VIH+. Aunque bastante centrado en su oferta de servicios para mujeres VIH+ del área de Los Ángeles, también puedes encontrar su revista (con algunos artículos en español), y acceder a un foro de expert@s que responde a tus preguntas sobre el VIH en español. La novedad es que *women-alive* pone a tu disposición una guía para mujeres sobre los tratamientos contra el VIH con el combativo nombre de *Conocimiento, Salud y Activismo*. Busca y pulsa el icono de la guía en la página inicial o pide una copia directamente a **tammyvitano@women-alive.org**. ¡Es gratis!

www.aidsinfonet.org: un sitio pionero producido en Nuevo México, Estados Unidos y bilingüe español/inglés. En su sección *Tratamiento, Temas Especiales*, podrás encontrar un apartado sobre mujeres, VIH y tratamientos que, sin ser exhaustivo, va al grano e identifica varios temas principales para las mujeres VIH+ en un lenguaje llano al tiempo que riguroso.

37





¿DÓNDE ESTÁN LAS VACUNAS? III

Esta serie sobre vacunas (ver números 18 y 19 de *LO+POSITIVO*) ha intentado introducir en los aspectos básicos de la investigación en vacunas contra el VIH: su historia, las dificultades científicas y económicas inherentes a su desarrollo y el panorama de investigación actual, con muchos prototipos potenciales pero poquísimos en fases avanzadas de investigación. Hoy, y

para completar de momento esta entrega, os invitamos a considerar un aspecto crucial de las vacunas anti-VIH: los dilemas éticos que supone estudiar su eficacia en seres humanos.

Si bien tales dilemas atañen a toda la investigación clínica, para el objetivo de este artículo nos centraremos en las vacunas preventivas, o sea, las capaces de impedir que un porcentaje significativo de las personas no-VIH y vacunadas que se expusieran al virus lo contrajeran, o, al menos, que desarrollaran y transmitieran la infección.

38

¿A quién se busca?

Cualquier vacuna experimental tiene que estudiarse primero en el tubo de ensayo y en los animales de laboratorio (Fase Preclínica), para llegar a probarse después en seres humanos a lo largo de las tres etapas o Fases Clínicas de investigación. Así, los estudios preliminares de Fase I estudiarán la seguridad del prototipo y su capacidad de generar respuestas inmunes en un grupo pequeño de voluntari@s sin infección por VIH y sin probabilidades de exponerse a la misma. Superado este estadio, la seguridad, dosificación y acción inmune de la vacuna pasa a evaluarse más extensamente en estudios clínicos de Fase II, que habrán de reclutar entre 200 y 500 personas sin infección por VIH pero con un riesgo mayor de contraerla.

Sólo la conclusión exitosa de esta segunda etapa permite entrar en la Fase III de investigación, ese «más difícil todavía» que hasta la fecha únicamente ha alcanzado un prototipo experimental de vacuna de los más de treinta existentes. Poner en marcha los estudios de Fase III es una empresa colosal que, entre otras muchas cosas, requiere el examen de docenas de miles de personas de entre quienes se seleccionarán miles de voluntari@s sin infección por VIH pero con altas probabilidades de exponerse a contraerla que se distribuirán aleatoriamente a un grupo que recibirá un placebo y a otro que recibirá la vacuna en cuestión. Básicamente, las infecciones por VIH que se produzcan durante los años de seguimiento y su distribución entre los grupos revelará el nivel de eficacia de la vacuna. Sin duda, quienes consigan una lo bastante eficaz como para cambiar el curso global de esta devastadora epidemia harán historia, como la harán los ensayos clínicos que así lo demuestren.

¿Dónde se busca?

La lógica científica dicta que cuanto mayor sea la incidencia del VIH en la población donde se pruebe una vacuna preventiva, menos participantes y/o tiempo serán necesarios para probar un determinado nivel de eficacia. Los estudios de Fase III tienen más probabilidades de reclutar el grueso de participantes necesari@s y de suceder con éxito en aquellos

lugares del mundo más tocados por el VIH, que, precisamente, se cuentan entre los menos capaces de ofrecer a sus ciudadan@s los cuidados sanitarios de que disponemos en el mundo enriquecido. Tratándose de vacunas preventivas, que al fin y al cabo se prueban en personas en riesgo pero sin infección por VIH, semejante situación implica abordar todo un complejo de dilemas éticos ante los que, según algun@s, aún estamos en mantillas. Para empezar, ¿qué pasa con aquell@s voluntari@s que contraigan el VIH durante el curso del ensayo?

¿Quién se hace cargo?

Dado que, arguyen algun@s, l@s participantes de estos ensayos son negativ@s al VIH al inicio de los mismos, el principio hipocrático que sustenta cualquier investigación clínica, «ante todo, no dañar» se vería satisfecho siempre que l@s investigadores hagan lo posible para que continúen siéndolo, lo que en la práctica se traduciría en un «paquete» completo de medidas preventivas que incluyera *counselling* en prevención, provisión de condones, tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y, según las pautas de ONUSIDA, agujas limpias para l@s UDVP «allí donde sea posible». Según esta línea de razonamiento, la responsabilidad de tratar a quienes a pesar de todo contraigan la infección por VIH en el curso de los ensayos de vacunas habría de traspasarse a la sanidad pública o privada, que se ocuparía del caso de acuerdo con los estándares aplicables a cualquier persona VIH+ en el lugar en cuestión. Así, un/a potencial voluntari@ español/a que contrajera el VIH durante uno de estos ensayos recibiría el seguimiento clínico y virológico y la medicación, TARGA incluida, adecuada al caso, mientras que un@ de Botswana en la misma situación recibiría casi nada o nada en absoluto.

Para much@s investigadores y no menos activistas del VIH, semejante situación es una pesadilla ética inaceptable: l@s científic@s son responsables de las infecciones contraídas por sus «sujetos» durante la investigación y el ensayo ha de ser capaz de proveerles, de una u otra forma y estén donde estén, con el mejor estándar de cuidados del VIH conocido.

Para otr@s, tales exigencias de universalización del estándar occidental de cuidados son fruto de una «ética del sillón» trufada de mala conciencia que, en la práctica, no sólo plantea obstáculos insalvables para la realización de unos estudios cruciales para la salud de millones de personas en el mundo en desarrollo, sino que pretende imponer diferencias de atención abismales entre aquellas personas VIH+ que cualifiquen para estar «dentro» y las que se queden «fuera» del estudio, hasta el punto de convertir la promesa de TARGA en una llamada casi chantajista a la participación en los ensayos de vacunas.

Y las cosas pueden complicarse aún más. Por ejemplo, desde el punto de vista de una vacuna preventiva secundaria, quienes en este tipo de ensayo contraen el VIH a pesar de haber sido vacunad@s constituyen una fuente inestimable de datos sobre la eficacia preventiva secundaria de la vacuna, que no ha conseguido evitar la infección pero podría tener éxito si frenara su progresión y transmisión.

Mientras l@s voluntari@s infectad@s continúen sin acceso a TARGA, seguirían ofreciendo datos «limpios», los mejores en este caso: un proceso éticamente más que dudoso que algun@s ya comparan con los infames experimentos de Tuskegee [1].

De hecho, estudios recientes indican que el uso de TARGA en personas primoinfectadas podría resultar decisivo a la hora de generar respuestas eficaces contra el VIH, un beneficio posiblemente aplicable al caso de personas vacunadas y posteriormente infectadas. Más aún, el uso de TARGA podría contribuir a disminuir la incidencia del VIH entre la población si fuera cierto, como otros recientes estudios de cohorte sugieren, que mantener la carga viral por debajo de unas 2.500 copias hiciera la transmisión del VIH casi imposible, algo que todavía está por demostrar. A la luz de estos potenciales beneficios individuales y/o poblacionales, ¿durante cuánto tiempo y con qué criterios es posible defender la ausencia de TARGA en el contexto que nos ocupa?

¿Qué resulta aceptable?

En 1998, ONUSIDA patrocinó tres encuentros regionales en Asia, Latinoamérica y África con el ambicioso objetivo de alcanzar un consenso sobre el estándar de cuidados aceptable para l@s voluntari@s en ensayos de vacunas anti-VIH. Tras exhaustivas rondas negociadoras, l@s representantes regionales continuaban dividid@s, con l@s latinoamerican@s defendiendo la aplicación universal de los estándares occidentales de cuidados simbolizados en TARGA y l@s african@s y asiátic@s en posiciones más escépticas... O pragmáticas, que dirían otr@s. En su documento final, ONUSIDA hubo de admitir que «de momento, no existe un consenso universal sobre el nivel de cuidados aceptable [para est@s voluntari@s]».

Las recomendaciones recogidas en este mismo documento resultan tan libres que dejan un enorme espacio a la interpretación. Así, se reconoce que «es difícil delimitar la frontera entre lo que es posible y lo que resulta inalcanzable» en el con-

texto de los ensayos clínicos sobre vacunas del VIH, al tiempo que se recomienda que el patrocinador de los mismos asuma el ideal de ofrecer «la mejor terapia posible para l@s participantes [...] que sea factible en el país que acoja los estudios en cuestión».

En ausencia de un estándar universalmente aceptado, lo que realmente sea tal «terapia» está por ver: cada equipo de investigadores, patrocinadores y representantes científicos, políticos y comunitarios del país anfitrión debe embarcarse en la ardua tarea de equilibrar opciones reales e ideales de tratamiento para sus voluntari@s y ofrecer sus propios «paquetes» de cuidados. De momento, el consenso parece limitarse a la voluntad de aprovechar los ensayos para elevar el estándar general de la población en cuestión y no sólo el de l@s participantes infectad@s durante el estudio.

Gary Marteens, un médico de Pretoria, Sudáfrica, ya ha ofrecido un claro ejemplo a l@s patrocinadores de la reciente iniciativa para una vacuna del VIH en Sudáfrica de lo que debería contener tal paquete: provisión de personal cualificado capaz de valorar el estado clínico de la infección por VIH, recuentos linfocitarios, pruebas cito-ginecológicas y fármacos contra enfermedades comunes, tuberculosis incluida.

Y nosotr@s, ¿qué podemos hacer?

¿Quién decide cuándo los estándares propuestos resultan demasiado bajos? ¿Cómo evitar que la búsqueda de consenso nos haga perder un tiempo precioso? Nadie posee una fórmula mágica que permita respetar los principios y necesidades de todas las partes implicadas, pero todas ellas pueden ayudar a encontrarla.

La participación de la comunidad afectada resulta crucial para salvaguardar los intereses de l@s participantes y evitar su explotación: la elaboración de las hojas de consentimiento informado, el control de tal proceso o las modalidades de compensación serían parte de este trabajo, que en nuestro entorno apenas hemos contemplado. Sin embargo, una comunidad informada y educada en los aspectos éticos y científicos de las vacunas del VIH podría estimular el diálogo entre las partes, favorecer la conducción local de ensayos de vacunas, ayudar a otr@s a tomar sus propias decisiones y contribuir a mejorar la existencia de la comunidad global a la que pertenecemos +

Referencia

Emily BASS, «Protecting the Volunteer When the Vaccine Fails». www.amfar.org.

[1] En la década de los sesenta, un grupo de afroamericanos pobres de Tuskegee (Estados Unidos) afectados de sífilis fueron objeto de un ensayo clínico que estudió la evolución natural de su dolencia sin intervención terapéutica alguna en lo que ya constituye una de las páginas más vergonzantes de la historia de la experimentación clínica.

A cada **niñ@** su **nivel**

na de las aplicaciones prácticas de la farmacocinética son las pruebas conocidas como de Control Terapéutico de los Niveles de Fármacos (CTF) [para una introducción a la farmacocinética ver «La Ruta de las Pastillas» y «¡Vaya Nivel!» en LO+POSITIVO, 16 y 17, respectivamente]. Básicamente, el CTF consiste en medir, en una o varias muestras de sangre, las cantidades de medicamentos que llegan a la sangre de quien los toma y el ritmo al que se eliminan, con el fin de contrastar tales mediciones con las concentraciones consideradas «terapéuticas» en cada caso

y deducir por tanto hasta qué punto las dosis utilizadas son adecuadas, escasas o excesivas para dicha persona. Aunque la práctica del CTF en nuestro entorno es irregular y a menudo se reserva al contexto de la investigación científica, varias razones de peso apoyarían su uso rutinario, sobre todo en ciertas poblaciones y/o combinaciones de fármacos. Uno de esos grupos sería el de los niños VIH+ en tratamiento antirretroviral (TAR) que contenga inhibidores de la proteasa (IP) o inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósido (ITINN) [1].

Esa sería, al menos, la opinión prevalente entre los expertos invitado@s a un encuentro organizado en Londres por la ONG HIV-i-Base y dedicado monográficamente a discutir los beneficios y las dificultades asociados al uso de CTF en niños VIH+ en tratamiento antirretroviral (TAR). Lo que sigue es un relato sumario de los aspectos más destacados de una jornada de intenso intercambio entre expertos farmacólogos, pediatras y enfermeros del VIH, personal de ONG y hasta algún representante de la industria farmacéutica.

¿Por qué CTF en niños?

Si diéramos la misma dosis de un IP o un ITINN a un grupo de adultos VIH+ diferentes para después medir la cantidad máxima de tal dosis que llega a la sangre de cada uno y cómo va eliminándose, es muy posible que no encontraríamos dos casos iguales. Si hiciéramos lo mismo con niños VIH+, esta variabilidad farmacocinética entre individuos resultaría todavía más pronunciada, haciendo de la selección «universal» de dosis de IP o ITINN una tarea aún más improbable que con adultos.

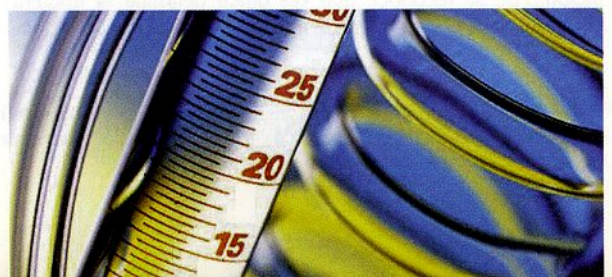
En palabras del doctor SAYE KHOO de la Universidad de Liverpool, cuyo servicio de CTF realiza estas pruebas para pacientes VIH+ adultos y pediátricos de toda Gran Bretaña, «hoy en día la idea de que una misma dosis sirva para todos [los niños VIH+] resulta antediluviana». Con datos farmacocinéticos obtenidos de poblaciones adultas y pediátricas en su propio servicio CTF así como del hospital St. Mary de Londres, KHOO presentó gráficos de distribución de las concentraciones de lopinavir, nevirapina y efavirenz a lo largo de un período de dosificación que reflejaban variaciones de hasta 100 veces en las concentraciones en sangre de una misma dosis de fármaco de niño a niño. En su opinión, el impacto de tal variabilidad, particularmente en los niveles de valle (los exhibidos justo antes de la siguiente dosis de fármaco), bien podría implicar que

hasta un 20% de la población pediátrica VIH+ que toma TAR esté infradosificado y, por tanto, exponiéndose al fracaso virológico.

Aumentar dosis es una opción deseable en tales casos, siempre que la curva farmacocinética resultante no derive en concentraciones excesivas que comprometan la tolerabilidad del régimen haciéndolo demasiado tóxico. Dado que la relación entre cambio de dosis y cambio de curva farmacocinética bien puede ser no-proporcional en estos niños, el uso de las pruebas CTF para encontrar las dosis de antirretrovirales adecuadas a un caso concreto puede suponer un difícil proceso de «ensayo y error» que, además, hay que repetir, ya que el niño o la niña crece sin parar y ello supone el cambio progresivo de parámetros tan relevantes para la absorción y eliminación de los antirretrovirales como el contenido corporal de agua, el ritmo del metabolismo hepático o la producción de ácidos gástricos.

Finalmente, y tocando muy de cerca las inquietudes más comunes entre las familias con niños VIH+, el Doctor Khoo sugirió que el uso coherente de las pruebas CTF bien podría ayudar a clarificar, remediar o incluso desvelar (el caso de la adhesión), las dificultades puramente prácticas de la dosificación pediátrica de antirretrovirales, incluyendo el papel real de las restricciones dietéticas, las dificultades de una dosificación que impone el uso de cucharillas o de líquidos, la escasez de formulaciones adecuadas, la mayor propensión al vómito de los niños, el riesgo de sobredosis accidentales o los muy particulares desafíos de la adhesión a TAR de niños y adolescentes VIH+.

40



CTF para tod@s: la experiencia holandesa

Además del puñado de destacad@s expert@s británic@s, este encuentro sobre CTF pediátrico contó con la presencia del joven farmacólogo holandés DAVID BURGER y su compatriota y colega, el veterano pediatra del VIH Ronald de Groot.

El seguimiento del centenar largo de niñ@s VIH+ que toman tratamiento antirretroviral en los Países Bajos comprende un estándar de cuidados que incluye en todos los casos la medición sistemática y rutinaria de los niveles en sangre de los IP y/o ITIN contenidos en sus regímenes anti-VIH. El farmacólogo Burger ilustró su extensa experiencia en este contexto y ofreció datos del Estudio Multicéntrico de Los Países Bajos (EMPB), un trabajo de investigación clínica sobre el tratamiento antirretroviral en niñ@s VIH+ iniciado en 1996 que incluyó el estudio farmacocinético exhaustivo de cada participante (27 niñ@s



entre los tres meses y los dieciocho años de edad), en una época en que el uso pediátrico de indinavir, el IP de primera elección para el tratamiento de est@s niñ@s, era tan incipiente que hasta carecía de dosis recomendada.

Entre otros detalles de este trabajo pionero, BURGER relacionó los datos farmacocinéticos y los virológicos del EMPB para mostrar que la indetectabilidad viral (<500 copias) a los 6 meses de tratamiento se producía en un 55% de los casos cuando el área bajo la curva (ABC) de indinavir era menor de 20mg/L.h y en un 100% cuando era superior a esa cantidad. Ahora bien, a medida que se superaba tal umbral farmacocinético aumentaba también el riesgo de toxicidad renal, haciendo necesaria una reducción de la dosis de indinavir o un cambio de tratamiento. Así, la mediana del ABC de indinavir de los seis niñ@s que experimentaron efectos secundarios adversos renales en el EMPB era de 40,6mg/L.h, frente a los 21,6mg/L.h de quienes no los experimentaron.

Fue el propio líder de este estudio, el profesor RONALD DE GROOT, quién compartió con la audiencia los excelentes resultados clínicos y virológicos del EMPB: a las 144 semanas desde el inicio del estudio un 78% de l@s participantes permanecía en el mismo y un análisis estricto de los datos obtenidos [2] muestra que un 63% preserva la indetectabilidad viral y continúa su recuperación inmune. En palabras de de Groot, «posi-

blemente un 20% de estos éxitos de tratamiento se deba en último término al uso del CTF». De hecho, un examen conjunto de 23 estudios con niñ@s VIH+ recientemente publicados dio pie a de Groot para resaltar el hecho de que los mejores resultados se obtuvieran precisamente en aquell@s que utilizaron el CTF y realizaron cambios de dosis de antirretrovirales basados en las mediciones farmacocinéticas obtenidas.

En el mundo real: Dificultades CTF en niñ@s

Para hacer las pruebas CTF es necesario que la persona tome su tratamiento en el mismo hospital y se someta posteriormente a las extracciones de sangre necesarias para realizar las mediciones farmacocinéticas pertinentes al caso, sean éstas las concentraciones máximas posttoma, los niveles más bajos registrados justo al final del período de dosificación o las mediciones sucesivas durante todo el período de una dosis que serían necesarias para conocer la curva farmacocinética completa de una persona dada (el método extensivo utilizado por los expertos holandeses con sus pacientes pediátric@s). Esta práctica, que puede ser más o menos desagradable para una persona adulta, posee connotaciones bien distintas en el caso de l@s niñ@s, como bien explicó en este encuentro Stephen Head, un enfermero del hospital londinense St. Mary curtido por años de experiencia en la atención a niñ@s VIH+.

Desde un punto de vista puramente psicológico, HEAD explicó hasta qué punto una canulación o las repetidas extracciones sanguíneas pueden resultar traumáticas para much@s niñ@s, y alertó sobre el riesgo real de aparición de conductas fóbicas hacia el hospital y cualquier cosa que se relacione con ello, incluyendo la familia y hasta los propios tratamientos anti-VIH. Ante tales perspectivas, una defensa sensata de la provisión de pruebas CTF a niñ@s VIH+ pasaría inexcusablemente por un trabajo previo que prepare con gran cuidado todos los detalles del proceso y tenga en cuenta los gustos, disgustos y estrategias de afrontamiento del miedo (al dolor, a la sangre, a las agujas), del niño o niña concret@. Los ejemplos reales presentados por Head dieron fe de la variedad de trucos, fantasías, apoyos o distracciones utilizadas por l@s niñ@s durante las extracciones y de la importancia de su refuerzo específico. Sin duda, como también subrayaron los expertos holandeses, disponer de personal de entretenimiento (payasos incluidos), y de buenos surtidos de juegos es una ayuda inestimable durante los largos períodos de espera que requieren las sesiones de CTF más exhaustivas.

Resuelto lo psicológico, aún tendríamos que responder a las cuestiones socio-asistenciales, biológicas y hasta éticas que puede plantear la correcta realización de las pruebas CTF en el contexto pediátrico: ¿Cómo entienden padres o cuidadores la necesidad de que sus niñ@s reciban estas pruebas? ¿Quién atiende las necesidades de los otros miembros de la familia durante las largas visitas al hospital? ¿Es el transporte un problema? ¿Y si también hay que trabajar? ¿Cuáles son los riesgos del sangrado de bebés? ¿Y de niñ@s que toman regímenes de tratamiento supresores de la médula espinal? ¿Cuándo resolveremos los aspectos aún pendientes de la práctica de CTF -desde conseguir acortar el tiempo de espera de resultados hasta la determinación de los mejores momentos para realizar las mediciones, entre otros-? ¿Es posible, en definitiva, preservar el derecho a la salud del niño o de la niña al tiempo que respetamos su autonomía en el contexto de las pruebas de CTF? +

Referencia

«HIV-I-Base Meeting: The Role of Therapeutic Drug Monitoring», en *Paediatric HIV Care*, 18 de octubre de 2001, Londres, Gran Bretaña.

[1] Los análogos de nucleósido (ITIN) se activan intracelularmente y sólo la compleja medición intracelular de sus niveles podría considerarse indicativa de su presencia y actividad farmacológica, por lo que las pruebas CTF se consideran irrelevantes para esta familia de antirretrovirales.

[2]Intención de tratar con últimas observaciones arrastradas hacia delante.



pasar prueba

Tal vez has oído hablar de ellas en la sala de espera o en tu grupo de apoyo; quizá te las ha mencionado tu médic@ o recuerdas haber leído algo en esta revista hace un tiempo. Son

las pruebas o tests de resistencia, unas herramientas que han demostrado ser muy útiles en la toma de decisiones sobre cuándo y a qué cambiar un tratamiento, pero que tampoco son la panacea. Y entenderlas conlleva su esfuerzo.

Si no se inhibe con TARGA, el VIH se reproduce diariamente en el organismo humano replicándose en millones de copias. Dichas copias no son al 100% homogéneas: hay sí un modelo dominante, que conocemos como salvaje o virgen, pero coexiste con otras muchas variantes presentes en mayor o menor cantidad. Aunque se utilizan muchas nomenclaturas, a efectos de este texto, al modelo más numeroso le denominaremos población mayoritaria o cepa dominante, y a las variantes, poblaciones o cepas minoritarias o sencillamente subpoblaciones.

Decimos que hay resistencia farmacológica en el VIH cuando éste ha sufrido un cambio en su composición por el que la población naturalmente mayoritaria queda inhibida por la acción de los antirretrovirales, pero emerge y se expande, hasta hacerse dominante, otra cepa que no es sensible a los fármacos. Dicha cepa resistente aparece a partir de una mutación de la anterior y naturalmente dominante. El resultado de este proceso de cambio es lo que denominamos fracaso virológico: el tratamiento combinado deja de ser efectivo, la carga viral vuelve a subir y los CD4 a bajar, con el consiguiente compromiso para la salud.

El problema que se plantea en esta situación es cuál o cuáles de los medicamentos que se estaban tomando es el que ha fallado o en sentido contrario cuál de los otros disponibles, se haya tomado o no ahora o en el pasado, todavía podría funcionar. Eso es precisamente lo que pretenden esclarecer las pruebas de resistencia genotípicas y fenotípicas del VIH, aunque no siempre lo consiguen.

Las pruebas genotípicas

Las pruebas genotípicas identifican la presencia de mutaciones individuales en el genoma del VIH que podrían asociarse con una reducción de la susceptibilidad a los antirretrovirales. Estas mutaciones se expresan en términos del aminoácido que está codificado en una secuencia concreta de tres bases, que llamamos codón, en el genoma. Por ejemplo, un cambio de la secuencia ATG (adenina-tiamina-guanina) a la secuencia GTG (guanina-tiamina-guanina) en el codón 184 se describe en términos del cambio desde la metionina a la valina del aminoácido, o M184V.

Existen dos métodos para el genotipado del VIH-1: las técnicas de secuenciación del ADN de la población viral y las de

hibridización. Ambas técnicas utilizan la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para amplificar los genes de la transcriptasa inversa y de la proteasa del VIH, partículas que utiliza el virus para reproducirse y que son el objetivo inhibitorio de los medicamentos. Las pruebas de secuenciación utilizan el ADN amplificado para descifrar la secuencia de los dos genes y las técnicas de hibridización lo hacen para rastrear las mutaciones. Ambos métodos han sido comparados, y pese a algunas discrepancias menores, los dos han demostrado una capacidad similar para identificar mutaciones relevantes relacionadas con las actuales opciones terapéuticas.

La TABLA 1 resume las principales ventajas y desventajas de las pruebas genotípicas. Cabe decir que su principal limitación reside en aquello que no dicen: si los fármacos que restan después de descartar los que se asocian a las mutaciones de resistencias detectadas van a funcionar o no. O lo que es lo mismo, en una expresión ya clásica, las pruebas de resistencia te dicen qué medicamento ha dejado de ser efectivo pero no si el resto lo va a ser.

Las pruebas fenotípicas

Las pruebas fenotípicas son más complejas técnicamente que las genotípicas ya que se basan en el uso de virus recombinante, no están tan estandarizadas entre sí, llevan bastante tiempo y son mucho más caras. La Tabla 2 resume sus principales características.

Las pruebas fenotípicas miden la capacidad de los aislados del VIH-1 de replicarse en varias concentraciones de fármacos antivirales *in vitro*. Esto se mide normalmente como la concentración de fármaco que se necesita para inhibir la replicación en un 50% en un cultivo celular, que se expresa como IC50 (concentración inhibitoria del 50%). La cuantificación de la susceptibilidad del aislado se deriva de la comparación entre la IC50 del aislado y la de la cepa de tipo salvaje de referencia, y se expresa como una diferencia entre ambos en términos de múltiplos o veces. Por ejemplo, un aislado que muestre una susceptibilidad reducida por 4 veces a un fármaco en particular presenta una IC50 para dicho fármaco 4 veces superior a la de la cepa del tipo salvaje. Se dice entonces que el valor o punto de corte (*cut-off*) de dicho fármaco es 4.



TABLA 1.—Ventajas y desventajas de las pruebas genotípicas

VENTAJAS	DESVENTAJAS
<ul style="list-style-type: none"> • Pueden llevarse a cabo en un laboratorio normal, por lo que puede ser más accesible. • Tiempo de respuesta más rápido que el fenotipado. • Metodología de análisis relativamente simple. • Más baratas que las fenotípicas. • Pueden ser más sensibles a la resistencia precoz. • Pueden mejorar el resultado de un tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • No pueden detectar los virus resistentes archivados. • Detección limitada de las especies minoritarias dentro de la población viral. • Exige un mínimo de 500-1.000 copias/ml para poder testar el ARN del VIH-1 plasmático. • No está clara la detección de subtipos no B del VIH-1. • Sólo puede predecir el efecto de las mutaciones que hayan sido descritas y caracterizadas. • No están claras las complejas interacciones entre mutaciones. • Se necesita que un/a expert@ interprete los resultados. • No verifica directamente el efecto de las mutaciones sobre la susceptibilidad a los fármacos. • Puede que no se correlacione con el fenotipo. • Pueden darse falsos resultados por contaminación durante la manipulación en laboratorio. • La variabilidad entre laboratorios puede ser alta, lo que requiere control de calidad. • Actualmente no están preparados para detectar la resistencia a nuevas clases de fármacos, como los inhibidores de la fusión.

TABLA 1.—Ventajas y desventajas de las pruebas fenotípicas

VENTAJAS	DESVENTAJAS
<ul style="list-style-type: none"> • Medición directa <i>in vitro</i> de la susceptibilidad del fármaco. • Puede proporcionar datos sobre resistencia cruzada. • Resultados que se pueden interpretar mejor. • Comprueba el efecto neto de todas las mutaciones en los genes tanto de la transcriptasa inversa como de la proteasa. • Es más útil cuando se dan mutaciones múltiples en los genes tanto de la transcriptasa inversa como de la proteasa. • El fenotipado es más útil para detectar la resistencia de nuevos fármacos de las clases existentes. • Más espectro para medir el <i>fitness</i> viral y los cambios en el tropismo. • El fenotipado puede mejorar el resultado virológico. 	<ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de los diferentes tests no cubren por completo la región de la transcriptasa inversa y de la proteasa del VIH-1 en el que ocurren las mutaciones de resistencia. • No puede detectar los virus resistentes archivados (la historia de tratamientos es importante). • Detección limitada de especies minoritarias dentro de la población viral. • Exige un mínimo de 500-1.000 copias/ml para poder testar el ARN del VIH-1 plasmático. • Puede no reflejar la emergencia precoz de resistencia o subpoblaciones de virus. • En la mayoría de los ensayos no queda clara la detección de subtipos no B del VIH. • Todavía no están disponibles los puntos de corte clínicamente significativos de todos los fármacos antirretrovirales. • Requiere la interpretación por parte de expert@s. • Se necesitan laboratorios especiales, lo que limita la disponibilidad. • Su realización lleva bastante tiempo y es cara. • Actualmente no están preparados para detectar la resistencia a nuevas clases de fármacos, como los inhibidores de la fusión.

Por ejemplo, utilizando la prueba Antivirogram podemos establecer un punto de corte para saquinavir de 2,5 veces, lo que significa que si la IC50 de la muestra que se testa está 2,5 veces por encima de la de referencia para saquinavir en la cepa de tipo salvaje, el virus de dicha muestra presenta una reducción de su susceptibilidad a saquinavir, o lo que es lo mismo, una determinada resistencia fenotípica a saquinavir.

Los puntos de corte de las pruebas fenotípicas han sido establecidos técnicamente utilizando diferentes parámetros, pero sigue sin estar muy claro cuál es la relevancia clínica de estos puntos de corte para la mayoría de los agentes antirretrovirales. Esto implica que el informe de la prueba puede dar como "resistente" un fármaco concreto porque el cambio en la susceptibilidad es suficiente como para que el test lo detecte, pero no tal vez como para situarse por debajo de los niveles clínicamente relevantes. Tanto es así que los informes incluyen reducciones bajas e intermedias de la susceptibilidad a fármacos que son complejas de interpretar y no sabemos hasta qué punto esos antirretrovirales son descartables.

Actualmente están en marcha ensayos para establecer los distintos puntos de corte clínicamente relevantes para los variados agentes antirretrovirales, definido cada uno como el nivel máximo de reducción de la susceptibilidad del fármaco en el que el/la paciente todavía cuenta con una alta probabilidad de respuesta satisfactoria al tratamiento con dicho fármaco. Por encima de esos niveles, es improbable que la persona responda al tratamiento. El problema radica en que las personas no toman un solo fármaco, sino una combinación de éstos, por lo que no será sencillo marcar la asociación entre la respuesta conjunta del régimen y la susceptibilidad a un fármaco individual. Además, dichos puntos de corte clínicos tendrán que tener en cuenta que no pocos IP se dosifican potenciados con ritonavir y no a la tradicional posología estándar +

Referencia

Veronica MILLER (editor): «HIV Drug Resistance Testing Technologies», *International Medical Press*, 2001.



43



"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 tan simplex

Dentro de la clasificación de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) de tipo viral se encuentra el herpes, conocido como virus del herpes simplex (VHS) y éste forma parte de la familia de los herpes virus junto con el virus de EpsteinBarr, que causa la mononucleosis y el virus de la varicela zóster que causa la varicela. Estas tres infecciones virales pueden producir enfermedades parecidas a una hepatitis.

El VHS se clasifica en dos tipos, el 1 asociado, generalmente, a lesiones orales (úlceras o llagas en la boca o cara), aunque en algunos casos también se ha manifestado en zonas genitales, y el 2 asociado a lesiones genitales (ulceraciones o llagas). Ambos son muy frecuentes en todos los seres humanos, aunque con mayor frecuencia el de tipo 1, pues desde muy niños experimentamos el contacto con este tipo de virus que puede transmitirse por ejemplo a través de un beso de amigos o familiares.

Como todos los virus, una vez introducido en el cuerpo se instala de por vida, manifestando períodos sintomáticos en algunos casos, mientras que en otros no, lo que se conoce como periodo latente. Una vez el VHS ha infectado el organismo puede permanecer inactivo (dormido) en el sistema nervioso central y al activarse (despertarse) viajar a través de los nervios hasta la piel y las áreas ano-genitales presentando brotes.

En todo el mundo hay una gran mayoría de adultos que están infectados por el herpes genital, aunque puede que algunas de estas personas nunca lo sepan, ya que jamás desarrollan síntomas visibles. Sin embargo, el virus sí está presente en los fluidos genitales.

Por su frecuencia y la facilidad con que se puede contraer el virus, una vez expuesto a éste, una persona puede tardar días, semanas, meses, e incluso años en desarrollar síntomas visibles, por lo que es difícil saber cuándo se pudo haber contraído. En todo caso, si se sospechase de su existencia lo más recomendable es practicarse un análisis sanguíneo para detectar los anticuerpos.

Los síntomas del herpes genital varían sustancialmente de persona a persona, pues oscilan entre moderados y severos y pueden tardar varias semanas en desaparecer. Los síntomas más frecuentes son:

- Ampollas que se rompen y se convierten en llagas o úlceras dolorosas.
- Fiebre o síntomas parecidos a los de la gripe.
- Inflamación de los nódulos linfáticos cerca de la ingle.
- Picazón y/o hormigueo en la zona próxima a producirse una llaga .
- Dolor y/o ardor en el área ano-genital .
- Dolor y/o ardor al orinar y
- A veces malestar general.

Aunque también algunas personas pueden tener brotes que no manifiesten dolor y desaparecer rápidamente. No obstante, se puede llegar a confundir otro tipo de manifestación en la piel con los síntomas del herpes genital, por lo que es recomendable acudir al/la médico y realizarse un cultivo del síntoma y determinar su posible tratamiento.

Las personas inmunocomprometidas son aún más propensas a contraer este tipo de virus ya que se manifiesta como una infección oportunista que consigue poca resistencia por parte del organismo, como una consecuencia de la debilidad del sistema inmunitario. Es por ello que una vez infectado con el VHS los brotes y síntomas están muy relacionados con factores emocionales y exógenos, tales como el estrés, la menstruación, la propia debilidad del sistema inmunitario, la exposición a los rayos ultravioletas, la alimentación pobre, otras enfermedades, etc. Estos brotes a medida que transcurre el tiempo son menos severos. Sin embargo, la posibilidad de transmisión del VHS genital es mayor, debido al contacto directo de las llagas o ulceraciones con la mucosa vaginal, oral o rectal, sirviendo además de portal para la transmisión y adquisición de otras ETS y el VIH.

¿Cómo se puede reducir el riesgo de contraer y/o transmitir el herpes?

- Si sabemos de su existencia y conocemos sus síntomas, convendría evitar la exposición directa de los brotes con otras personas, principalmente, en manifestaciones de llagas o ulceraciones.
- Si no hemos manifestado los síntomas, en caso de relaciones sexuales, es aconsejable practicarlas de forma segura utilizando métodos preventivos tales como los condones de latex (no se ha comprobado que los espermicidas y/o microbicidas reduzcan el riesgo de transmisión, en todo caso, usarlos como complemento de los condones).
- En el caso de las parejas, lo más recomendable es hablar del problema y educarse sobre los herpes además de buscar la mejor solución tanto de prevención como de tratamiento.

¿Cuál es el tratamiento para el herpes?

Aunque en la actualidad no existe cura alguna sí hay la posibilidad de tratamiento con fármacos antivirales análogos de nucleósido tales como aciclovir, valaciclovir, famciclovir y penciclovir, este último de uso tópico; estos cuatro fármacos pueden suprimir el virus y pueden reducir la gravedad de los brotes, su frecuencia y duración, así como el riesgo de transmisión. Para obtener un tratamiento adecuado resulta útil acudir al/la médico y que suministre un tratamiento lo más personalizado posible a nuestra situación +

Fuente

<http://www.ashstd.org/centroherpes/index.html>

Referencia

Centro Nacional de Recursos del Herpes. *American Social Health Association* (ASHA).



Conflictos de sangre



Si en el pasado número de LO+POSITIVO hablamos de los glóbulos que dan color a nuestra plebeya sangre roja y de las anemias varias que señalan su deficiencia, esta segunda parte de los «Conflictos de sangre» se concentra en las otras dos grandes familias celulares que pueblan nuestra sangre: los glóbulos blancos y las plaquetas.

Posiblemente sepas de sobra que el número de células CD4 indica el grado de robustez de «las defensas» frente al VIH. Lo que quizá te resulte más novedoso es que esas células CD4 son sólo una rama de la gran familia de los glóbulos blancos o leucocitos (del griego *leucós* «blanco»).

Los glóbulos blancos devoradores: macrófagos y granulocitos

Tanto los macrófagos (fruto de la maduración de los monocitos emigrados desde el torrente sanguíneo a los tejidos) como todos los tipos de granulocitos constituyen la clase de los glóbulos blancos que, para entendernos, llamaremos «devoradores», por ser los encargados de eliminar a todo tipo de bacterias, hongos, parásitos, alérgenos [ver GLOSARIO], células tumorales y cualquier otra «basura» que reconozcan como extraña o perniciosa.

Tras ingerir o fagocitar al invasor, los macrófagos exhiben en su superficie «pedazos» significativos del enemigo digerido para así avisar a los linfocitos T CD4 (también llamados «cooperantes» o «de ayuda»), de que tienen que producir sus propias citoquinas, esas sustancias mensajeras que dirigen y modulan la estimulación y acción del sistema inmune.

Los granulocitos, por su parte, se dividen en neutrófilos, eosinófilos y basófilos. Todos ellos contienen ciertos gránulos de sustancias químicas, de ahí su nombre genérico, y se producen y almacenan en la médula espinal, donde esperan la llamada de las citoquinas para activarse y comenzar a engullir o neutralizar al «enemigo» correspondiente. Los granulocitos más abundantes y relevantes son los neutrófilos y, de hecho, la única deficiencia sanguínea específicamente asociada a la escasez de glóbulos blancos «devoradores» es la neutropenia, o sea, la escasez de neutrófilos.

¿Qué pasa con mis neutrófilos?

Una persona adulta sana suele tener entre 3.000 y 7.000 neutrófilos/mm³. Alguien que presente entre 1.000 y 2.000 neutrófilos tiene una neutropenia moderada; si no llega a los 500, la neutropenia se considera severa.

Los neutrófilos tienen una vida muy corta, por lo que resultan particularmente vulnerables a las radioterapias oncológicas o a los fármacos que supriman la función de la médula espinal. También es posible que la neutropenia tenga un origen genéti-

co, que se asocie con un trastorno autoinmune o que sea consecuencia temporal de una infección viral o bacteriana.

Todos los leucocitos contribuyen al funcionamiento de nuestro sistema inmune, y todos vienen de las mismas células madre originarias, que en su proceso de maduración se bifurcan en dos grandes líneas o «linajes»: la línea mielocítica, acabará convirtiéndose en monocitos (que al madurar se harán macrófagos), y en varios tipos de granulocitos. La otra línea celular se llama linfocitaria y es la que producirá los distintos tipos de linfocitos: las células T y las células B, además de un tercer tipo conocido como de «células asesinas». Las famosas células CD4 serían un paso más en la especialización del linaje linfocitario: células T con unos receptores en su superficie llamados CD4 que habrán de permitir el «enganche» y posterior penetración e infección de virus como el VIH.

Los síntomas tempranos de la neutropenia pueden incluir fiebre, fatiga, irritación de garganta, úlceras bucales o infecciones por hongos en la boca o la vagina. Esta susceptibilidad aumentada a las infecciones puede requerir, en los casos más severos, el uso preventivo de antibióticos.

Si la escasez de neutrófilos se asocia al uso de fármacos supresores de la médula espinal (por ejemplo, el fármaco anti-VIH AZT o el interferón alfa utilizado contra la hepatitis C), el cambio de dosis y/o de fármacos podría revertir la neutropenia, sobre todo si la persona recibía tratamiento con más de un medicamento supresor. Otras opciones de intervención pasarían por el tratamiento con ciertas citoquinas sintéticas de uso común en el contexto de las terapias anticancerosas como son la G-CSF o la GM-CSF.

Por lo demás, las investigaciones más recientes permiten pensar que el uso de los Tratamientos Antirretrovirales de Gran Actividad (TARGA), puede, en sí mismo, revertir las neutropenias leves y moderadas al cabo de varios meses de un TARGA exitoso (que, naturalmente, habría de evitar en su composición el uso de fármacos potencialmente supresores de la médula espinal).

Los síntomas tempranos de la neutropenia pueden incluir fiebre, fatiga, irritación de garganta, úlceras bucales o infecciones por hongos en la boca o la vagina. Esta susceptibilidad aumentada a las infecciones puede requerir, en los casos más severos, el uso preventivo de antibióticos.

Los glóbulos blancos específicos: células T, B y asesinas

Las células tipo B, las tipo T y las asesinas constituyen la clase de glóbulos blancos que llamamos linfocitos. Mientras que las células asesinas naturales son inespecíficas y atacan un amplio rango de células tumorales, los linfocitos B y T son «operarios» muy especializados, y cada uno habrá aprendido a responder a la presencia exclusiva de un antígeno o pedazo de microorganismo patógeno concreto.

Las células B son los actores principales del llamado «brazo humoral» del sistema inmune [ver «Inmunidad Humoral» en el GLOSARIO], y constituyen aproximadamente un 15% de los linfocitos circulantes en sangre. Las células B van «adornadas»



con anticuerpos en su superficie, y cuando encuentran un microorganismo invasor que «casa» con alguno de ellos, alertan a las células T cooperantes, que se ponen a su vez a producir citoquinas e instruyen a las mismas células B para que produzcan más anticuerpos contra el patógeno invasor. Algunas de estas células B, además, pueden conservar «memoria» del antígeno en cuestión de manera que en el futuro lo reconocerán automáticamente si es que vuelve a aparecer (lo que popularmente llamamos «estar inmunizado»).

Las células o linfocitos T, por su parte, son cruciales en el llamado «brazo celular» del sistema inmune y constituyen aproximadamente el 75% de los linfocitos circulantes. Las células T CD4, conocidas como «cooperantes» o «de ayuda» se encargan de enviar mensajes bioquímicos a macrófagos, células B y otros tipos de células T cuando detectan la presencia de patógenos lo que las hace, de hecho, auténticas coordinadoras de la respuesta inmune celular.

Una persona adulta sana puede tener entre 800 y 1.200 células T CD4/mm³. Dado que el VIH ataca y destruye específicamente estos linfocitos CD4, su pérdida marca la progresión de la infección por VIH y el aumento del riesgo de contraer enfermedades oportunistas asociadas a SIDA, que se considera definido con recuentos inferiores a las 200 células CD4/mm³.

¿Qué pasa con mis linfocitos?

La escasez de linfocitos en sangre se conoce como linfopenia o linfocitopenia. Como en cualquier «penia», su causa última puede radicar en la supresión medular, aunque existen otras causas posibles de linfopenia que van desde la falta de zinc hasta un consumo abusivo y prolongado de alcohol, pasando por infecciones virales como la gripe, la tuberculosis, ciertas hepatitis o, claro está, el propio VIH.

El tratamiento habitual de las deficiencias de células B es la gamma globulina, un preparado inyectable de anticuerpos variados o específicos. Sólo en los casos persistentes y severos de deficiencia de células B podría considerarse un trasplante de la médula ósea.

Por su parte, la restauración de las poblaciones linfocitarias T es, como bien sabemos, uno de los objetivos prioritarios del uso de TARGA en personas con infección por VIH. Sin embargo, los límites de TARGA son cada vez más evidentes, mientras que la investigación sobre las conocidas como «terapias de restauración inmune» ocupa un espacio creciente en la ciencia básica y clínica del VIH. Es posible que el estudio de estrategias hoy experimentales como las interrupciones estructuradas de TARGA, (IET), la vacunación terapéutica, el uso de citoquinas o el de otros inmunógenos, resulte clave para el futuro terapéutico de las personas con VIH.

En este sentido, la citoquina sintética interleuquina 2 (IL-2) es una de las sustancias más estudiadas. En combinación con TARGA, IL-2 ha demostrado mejorar el número y la función de los CD4 en personas con infección por VIH, y su uso continúa investigándose en diversos contextos terapéuticos (en IET, en combinación con TARGA, como adyuvante de vacunas anti-VIH [ver GLOSARIO], etc.). Sin embargo, a día de hoy falta por determinar si el uso de IL-2 ofrece un beneficio clínico añadido que supere los considerables inconvenientes asociados a su uso. Dos grandes y ambiciosos estudios ya en marcha, el SILCAAT y el ESPRIT, habrán de responder en los próximos dos años a esta importante pregunta.



Las plaquetas, una familia restauradora

Además de los glóbulos rojos y los blancos, la sangre posee otra gran familia de células llamadas trombocitos o plaquetas: unos pequeños pedazos celulares capaces de activar los pasos necesarios para que tras una ruptura cualquiera de nuestros tejidos externos o internos la sangre se coagule en la herida en cuestión y termine por cerrarla y curarla.

La «penia» o deficiencia de plaquetas se conoce como trombocitopenia, una ocurrencia común en el curso de la infección por VIH, sobre todo la conocida como Trombocitopenia púrpura idiopática (TPI), un desorden de origen autoinmune en el que los macrófagos que habitan el bazo fagocitan y destruyen las plaquetas cubiertas de anticuerpos de la sangre circulante.

¿Qué pasa con mis plaquetas?

La TPI puede asociarse a episodios menores de sangrado o a la aparición de hematomas, particularmente si las plaquetas bajan de las 20.000/mm³. Por encima de tal nivel, la neutropenia se considera moderada y una mayoría de especialistas preferirán no tratarla específicamente y controlar estrechamente su evolución (por debajo de las 10.000 plaquetas/mm³ no conviene desdeñar el riesgo de sangrados clínicamente significativos e incluso fatales).

Como en otras «penias» de la sangre, el uso exitoso de combinaciones TARGA (y también de fármacos concretos como AZT, ddI o indinavir), se ha asociado con altas tasas de reversión de la TPI en personas VIH+. Además, la citoquina interferón-alfa o ciertas preparaciones de inmunoglobulinas podrían ser tratamientos de éxito, si bien el precio de las segundas limita considerablemente su uso.

En pacientes con TPI refractarios a los tratamientos más comunes, la extirpación quirúrgica del bazo sigue siendo una opción. Ahora bien, dado que se han registrado algunos casos de infecciones fulminantes postoperatorias entre personas con VIH, es recomendable que sólo se sometan a una extirpación de bazo las personas VIH+ que respondan previamente a las vacunaciones correspondientes +

Fuente

L. HIGHLEYMAN, *Blood Cell Deficiencies* (www.sfaf.org).

A. M. LEVINE, *Anemia, Neutropenia and Thrombocytopenia: Pathogenesis and Evolving Treatment Options in HIV Infected Patients* (www.medscape.com).

El ABC de la infección de la piel

La piel es el órgano más afectado en la infección por VIH, desde el inicio, en la infección aguda, cuando podemos tener un *rash* característico (erupción en la parte superior del tronco), durante el avance de la inmunodeficiencia, cuando las lesiones cutáneas sirven de marcadores de progresión de la enfermedad, y en los estadios más avanzados, cuando pasan a ser definidoras de SIDA como en el caso de las micobacterias y del Sarcoma de Kaposi.

Durante el curso de la infección el individuo afectado por el VIH puede presentar infecciones en la piel causadas por hongos, virus y bacterias, afecciones cutáneas de carácter inflamatorio o alérgico, y tumores. En esta primera entrega describiremos las infecciones fúngicas superficiales, las profundas y las virales (herpes simple, herpes zóster y *moluscum contagioso*), más frecuentes (ver TABLA).

Afecciones cutáneas más comunes en pacientes con VIH/SIDA

Infecciones fúngicas superficiales:

- Candidiasis mucocutánea.
- Dermatofitosis de piel limpia y uñas.
- Infecciones fúngicas profundas:
 - Histoplasmosis.
 - Criptococosis.

Infecciones virales:

- Herpes simple.
- Herpes zóster.
- *Moluscum contagioso*.

- Leucoplasia vellosa oral.
- Verruga vulgar y condiloma acuminado.

Infecciones bacterianas e infestaciones.

Infecciones inflamatorias:

- Dermatitis seborreica.
- Psoriasis.
- Prurigo.
- Erupciones por los fármacos y fotosensibilidad.

Tumores:

- Sarcoma de Kaposi.

INFECCIONES FÚNGICAS SUPERFICIALES

Candidiasis mucocutánea

La candidiasis es causada habitualmente por un hongo denominado *Candida albicans*, aunque en los pacientes VIH+ es común la asociación de la infección a otras especies más raras y más adherentes a la mucosa [ver GLOSARIO] lo que puede justificar a veces la dificultad en el tratamiento o la resistencia a la terapia convencional.

Su forma clínica más común es la candidiasis oral, que se caracteriza por placas rojas, recubiertas por una membrana blanquecina, que puede ser retirada fácilmente con una espátula, y puede estar localizada en cualquier parte de la boca (lengua, cielo de la boca, mejillas, etc.). En los pacientes con enfermedad más avanzada, se puede extender por la garganta y llegar al esófago, causando dolor y dificultad al tragar, y como consecuencia de ello adelgazamiento.

La candidiasis puede aparecer en otras partes del cuerpo, principalmente en los pliegues y regiones cálidas y húmedas, como axilas, ingle, entre los dedos y entre las nalgas, y en otras mucosas como las del pene o la vagina.

El tratamiento se lleva a cabo con antifúngicos tópicos (nistatina, cetoconazol, clotrimazol, etc.) y sistémicos (flucanazol, cetoconazol, itraconazol) [ver GLOSARIO]. En los individuos con inmunodeficiencia avanzada, la candidiasis

puede aparecer con mayor frecuencia, o volverse resistente a los antifúngicos orales, necesitando entonces del uso venoso de la anfotericina B.

Merece la pena resaltar que algunos antifúngicos sistémicos presentan interacción medicamentosa [ver GLOSARIO] con algunos inhibidores de la proteasa debido a su metabolismo en el hígado, por lo que conviene consultar al/la médico antes de iniciar su uso.

Dermatofitosis de la piel y uñas (micosis)

La dermatofitosis (micosis) es causada por un grupo de hongos denominados dermatofitos, que pueden infectar la piel y uñas. La micosis de piel se caracteriza por placas de bordes elevados y rojizos formando semicírculos. Son bastante pruriginosas y pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, incluso en el cuero cabelludo.

En las uñas, adquieren el nombre de onicomicosis, y clínicamente pueden presentarse como un espesamiento o desprendimiento de la uña a partir de su parte más externa, y en los casos más avanzados pueden afectar a las veinte uñas. Una presentación casi patognomónica de infección por VIH es la llamada leuconiquia proximal (uñas blancas), que son placas blanquecinas por debajo de las uñas localizadas cerca de la matriz de la uña [ver GLOSARIO].

Algunos individuos pueden presentar infección concomitante por candida o bacterias, en estos casos normalmente se observa inflamación del tejido alrededor de la uña, así como también dolor local.

Las micosis de piel cuando se limitan a pequeñas lesiones pueden ser tratadas con antifúngicos tópicos en forma de crema o loción. En las lesiones extensas o causadas por hongos resistentes debemos utilizar los antifúngicos sistémicos (en estos casos podemos añadir la terbinafina a los anteriormente citados).

En las onicomicosis, debemos preferir el uso de soluciones alcohólicas o esmaltes (aunque caros) para los casos en los que se produce una agresión de menos del 50% de la uña. En los casos resistentes, con matriz afectada, o con más del 50% de lámina ungueal afectada [ver GLOSARIO], debemos recurrir a los antifúngicos sistémicos como la terbinafina, el itraconazol y el fluconazol, estos dos últimos deben ser los fármacos de selección en el caso de infección asociada por candida. En el caso de infección secundaria por bacterias podemos utilizar antibióticos tópicos y/u orales.

INFECCIONES FÚNGICAS PROFUNDAS

La candidiasis puede, en casos más avanzados de SIDA, profundizarse y llegar a la corriente sanguínea y alojarse en órganos como hígado, intestino, pulmón, entre otros, causando enfermedad sistémica. Las micosis profundas más comunes, aunque raras, son la histoplasmosis y la criptococosis. No existe una lesión característica de estas infecciones, que pueden presentarse como pequeñas pápulas, semejantes a picaduras de insecto o a lesiones de *moluscum* contagioso, y a úlceras de tamaños y formas variados. Normalmente estas infecciones aparecen acompañadas de síntomas sistémicos como fiebre (sin causa aparente) y adelgazamiento. Siendo así un individuo con fiebre por esclarecer, que presente algunas lesiones en la piel inespecíficas, debe ser siempre sometido a biopsia. A veces es necesario que se haga biopsia de más de una lesión, pues no es raro encontrar más de una infección asociada, principalmente en los pacientes con un gran grado de inmunodeficiencia.

El tratamiento debe ser siempre sistémico, que dependiendo del caso podemos iniciar con itraconazol para la histoplasmosis, y fluconazol para la criptococosis. En los casos más graves, o en los que la persona está imposibilitado para tragar, podemos utilizar el fluconazol venoso (criptococosis) y la anfotericina B (para ambas infecciones).

INFECCIONES VÍRICAS

Herpes simple

La infección causada por el virus del herpes simple (VHS) se caracteriza clínicamente por placas rojizas, recubiertas por pequeñas vesículas, agrupadas en forma de racimo de uva, y que por evolución dan lugar a una o más pequeñas úlceras, que normalmente evolucionan hacia cura en más o menos 7 ó 10 días. Se pueden localizar en cualquier lugar del cuerpo, aunque son más comunes en los labios y en la región genital.

En la infección por VIH estas úlceras tienden a durar más de 21 días, y a no curar en el caso de que no haya tratamiento adecuado, o adquirir en este caso grandes dimensiones, principalmente en la región perianal. Otra característica es la recidiva (recaída) frecuente, o la aparición de múltiples lesiones. En los estadios más avanzados de SIDA puede ocurrir la diseminación del virus y en consecuencia surgir lesiones por todo el organismo, como por ejemplo úlceras en el esófago; en estos casos aumenta la posibilidad de encontrarnos cepas virales resistentes a la terapia habitual (principalmente en individuos con CD4 < 100).

El tratamiento se hace con antiherpéticos sistémicos como el aciclovir, el valaciclovir y el famciclovir, estos dos últimos son más eficaces pues presentan mejor absorción, alcanzan niveles sanguíneos más altos, y poseen una posología más cómoda. En los casos de fallo terapéutico como con el aciclovir oral se debe utilizar el aciclovir venoso, y en los casos de virus resistentes tenemos que optar por foscarnet. Cuando las recidivas son constantes se puede hacer una supresión por tiempo prolongado como con cualquiera de los fármacos antiherpéticos.

Herpes zóster

El virus de la varicela-zóster (VVZ) puede causar dos infecciones clínicamente distintas que son la varicela, que aparece cuando el individuo se infecta con este virus por primera vez (y que normalmente sucede en la infancia), y el herpes zóster, que sería una reactivación o reinfección por este virus. Se presenta como una placa eritematosa (rojiza), recubierta por varias vesículas, que acompañan el trayecto de un nervio. Es normalmente dolorosa, unilateral, y aparece una única vez. En el individuo infectado por el VIH podemos encontrar lesiones más extensas, atacando a más de un nervio, hemorrágicas y pueden recidivar. Es importante el tratamiento sistémico para el alivio del dolor y para acelerar la cicatrización de las lesiones, principalmente cuando la infección aparece en nervios en la región de la cabeza y el cuello, puesto que en caso de que afecte a la retina puede provocar daños irreversibles, incluida la ceguera, o afectar al cerebro causando encefalitis, que puede producir la muerte. Otro elemento que puede ser evitado con el tratamiento precoz es la neuralgia postherpética (dolor en el lugar de la lesión misma después de la cicatrización de ésta) que en algunos casos puede durar varios meses.

El tratamiento se basa en los mismos antivirales utilizados para el herpes simple sólo que en dosis mayores. Conviene resaltar que en los pacientes con inmunodeficiencia avanzada, y que inician terapia combinada con inhibidor de la proteasa puede producirse la aparición y/o recidiva de herpes zóster (así como el herpes simple) en las primeras 4-6 semanas de tratamiento, o cuando el/la paciente comienza a tener aumento de CD4, en estos casos no se debe interrumpir la terapia, pues al contrario de lo que parece ser, significa mejora de la inmunidad. Es importante también recordar que no se debe hacer el examen de carga viral, por lo menos dentro de las 4 semanas después de la aparición de lesiones de herpes simple y herpes zóster, pues pueden llevar a un aumento irreal de la carga viral.

Moluscum contagioso

Esta dolencia, que eventualmente se puede transmitir sexualmente, es causada por el virus del *moluscum* contagioso y se caracteriza por pequeñas pápulas amarillentas o del color de la piel, que presentan una pequeña depresión en el centro. Común en la infancia, ya que los niños todavía no son inmunocompetentes [ver GLOSARIO], cuando aparece en adultos puede ser indicación de inmunodeficiencia, a no ser que haya sido transmitido por contacto sexual.

En los individuos con VIH/SIDA las lesiones acostumbran a ser múltiples, más profundas, se pueden agrupar y formar grandes placas, y a pesar del tratamiento recidivan con gran frecuencia.

El tratamiento se puede hacer a través de la retirada de las lesiones seguida de la aplicación de tintura de yodo, o a través de la destrucción de las lesiones por medio de curetaje seguida de electrocoagulación o cauterización química, o por crioterapia de las lesiones [ver GLOSARIO] +



49



«La Noticia del Día»

«La Noticia del Día» es un servicio de información en español sobre tratamientos del VIH, del VHC y de las enfermedades oportunistas a través de internet.

La supresión viral no es suficiente para atajar la demencia por VIH

El desarrollo de SIDA se caracteriza por la aparición y evolución de enfermedades que aprovechan para ello la merma del sistema inmunitario por parte del VIH. Sin embargo, existen unas pocas dolencias que se han asociado a la acción directa del virus, como la llamada demencia por VIH. En lógica con esta visión, la reducción de la carga del VIH en el cerebro debería dar lugar a una reducción proporcional del riesgo de emergencia de esta patología.

Ahora, unos hallazgos publicados en el número de octubre de la revista *Neurology* apuntan que el control de los niveles virales en el cerebro podría no ser suficiente como para prevenir la demencia asociada con el VIH. De hecho, y según declaraciones del director del estudio Dr. Justin C. McArthur, del hospital Johns Hopkins en Baltimore (EE UU), la inflamación del tejido cerebral sería la principal causa de este tipo de desorden cerebral.

El equipo de McArthur analizó la asociación entre los niveles de ARN del VIH en los tejidos periféricos y del cerebro, las mutaciones de resistencia antirretroviral y el estado neurológico en especímenes procedentes de autopsias de 13 personas con VIH. De estos 13, siete fueron caracterizados

antes de su fallecimiento como no dementes, tres con una ligera demencia y tres con demencia de moderada a grave.

La mediana de ARN de VIH-1 (carga viral) en el cerebro tendía a estar correlacionada con el grado de demencia, pero lo llamativo fue que algunas de las personas dementes presentaban niveles relativamente bajos de ARN viral en el cerebro, y paradójicamente algunas de las no dementes los tenían altos. Sin embargo, se pudo establecer una asociación más estrecha entre el nivel de daño neurológico y el grado de inflamación y por ende la activación de macrófagos, que con los niveles de VIH en el cerebro.

Estos datos llevan a McArthur a afirmar que seguramente no basta con bajar los niveles de VIH en el cerebro con antirretrovirales para combatir la demencia por VIH. En cambio, otros fármacos como la selegilina, un agente contra el parkinson que bloquea la respuesta inflamatoria en el cerebro, podría tener un efecto positivo sobre el déficit neurológico de estas personas +

Fuente: NATAP (www.natap.org)

Referencia: *Neurology* 2001;57:1396-1401



Altas concentraciones de VIH en el tracto genital de mujeres con cargas virales bajas en sangre

Un estudio realizado por un equipo de investigadores en Los Ángeles, EE UU, aporta nuevas evidencias de que la carga viral en sangre no necesariamente se correlaciona con la carga viral en el tracto genital de las mujeres con VIH+. En esta investigación se obtuvieron muestras del interior del cuello del útero, del útero y de la vagina de 311 mujeres VIH+, de edades comprendidas entre los 18 y los 45 años y que estaban tomando terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) estable al menos un mes.

Se demostró que existía secreción de VIH en el tracto genital en el 79% de las participantes. Aunque la concentración de ARN de VIH en plasma fue el factor más importante asociado a la secreción genital de VIH, y en la mayoría de los casos las concentraciones de ARN de VIH en plasma eran mayores que en las muestras extraídas, es importante destacar que nueve de las mujeres presentaron concentraciones más altas de ARN de VIH en el tracto genital y que en dos casos las cargas virales eran 10 veces mayores en el tracto genital que en plasma.

Según este equipo de investigadores, dirigido por Andrea Kovacs de la Universidad de California del Sur, el hecho de que se observaran secreciones genitales de VIH con cargas virales en sangre por debajo de 500 copias/ml sugiere «que podría existir un reservorio separado de replicación de VIH en algunas mujeres», o también que el efecto de los fármacos antirretrovirales podría variar en los diferentes tejidos resultando en distintas tasas de replicación. Otra explicación posible es que dichas mujeres estuvieran infectadas por más de una variante de VIH con diferentes tropismos.

En cualquier caso, estos datos sugieren que con la medición de ARN de VIH en el tracto genital puede obtenerse un indicador más fiable del riesgo de transmisión del VIH que con la medición de ARN en sangre, aunque es importante también tener en cuenta que se desconoce la concentración necesaria de VIH en el tracto genital femenino y también en el semen para que pueda producirse una infección +

Fuente: www.medscape.com/ Reuters Health.

Referencia: *Lancet* 2001;358:1564,1593-1601

El «éxtasis» baja los CD4

El éxtasis (metilenedioximetanfetamina; MDMA), que se toma en forma de pastillas o líquido, es una de las llamadas «drogas recreativas» más populares, también entre las personas con VIH que ingieren este tipo de sustancias. Hasta ahora se sabía que su uso continuado y prolongado puede tener efectos neuronales, pero nuevos experimentos en ratones y en humanos hablan de una fuerte inmunosupresión transitoria inmediatamente después de su toma.

Investigadores europeos reclutaron a 17 hombres sin VIH en una serie de estudios cortos y controlados con placebo a los que se administró 100mg de éxtasis una o dos veces en un periodo de 24 horas. Antes, durante y después del estudio se les extrajo muestras de sangre.

Los investigadores descubrieron que una sola dosis de éxtasis (100mg) causaba una importante caída de células T del sistema inmunológico. La proporción de descenso de células T CD4 fue del 30% en las horas siguientes a la toma de una única dosis, aunque los niveles volvían a ser normales al día siguiente. El descenso era más acentuado, del 40%, en quienes habían tomado dos dosis con 4 horas de intervalo, y la recuperación no alcanzaba niveles de normalidad al día siguiente.

El mecanismo de actuación hay que buscarlo en el hecho de que el éxtasis pertenece a la familia de las anfetaminas, de

las que se ha podido comprobar en laboratorio que inducen a un incremento de la hormona cortisol en el organismo. El cortisol al parecer provoca un descenso transitorio de los recuentos de células CD4, que se desplazarían desde la sangre hasta los tejidos y los nódulos linfáticos.

Por otro lado, hay que recordar que el éxtasis y antirretrovirales como los IP y los ITINN utilizan el mismo medio de metabolización hepática, por lo que se requiere prudencia: si se ha decidido tomar la sustancia, es preferible empezar una día con un cuarto de la pastilla e incrementar los cuartos paulatinamente en las siguientes ocasiones. Algo parecido se puede hacer con la presentación líquida.

Por último, hay que recordar que estos experimentos se han llevado a cabo con éxtasis puro, algo que raramente se encuentra en la venta no autorizada, en la que se suele añadir otros productos como la anfetamina tradicional o el ácido lisérgico (LSD) +

Fuente: CATIE News (www.catie.ca)

Referencia: Sean Hosein. *Does ecstasy make the immune system happy?* Canadian AIDS Treatment Information Exchange (CATIE).

Nuevas recomendaciones españolas sobre Sarcoma de Kaposi y cáncer cervical

El Grupo de Estudio del SIDA (GeSIDA), el colectivo de médicos españoles en VIH, ha colgado en su página web un documento con sus recomendaciones sobre diagnóstico y tratamiento del Sarcoma de Kaposi y cáncer de cérvix uterino en personas con VIH. Se trata de un texto vivo que admite sugerencias de cambio hasta final de este año.

El Sarcoma de Kaposi (SK) es una infección oportunista asociada al VIH desde el principio de la pandemia. Aunque su manifestación más llamativa es la cutánea (lesiones de color púrpura que no blanquean al ser presionadas), este borrador recuerda que el SK también puede presentarse visceralmente. Su tratamiento tradicional ha consistido en una combinación quimioterapéutica. Sin embargo, en los últimos años se ha comprobado que el mejor abordaje del SK es la recuperación inmunológica con TARGA: la gran mayoría remiten simplemente gracias al éxito del tratamiento antirretroviral, y es la opción preferente en estas recomendaciones. Si el SK persiste pese a TARGA, hoy día se prefiere el uso de las antraclinas liposómicas, menos tóxicas y por lo menos igual de eficaces, pero bastante más caras.

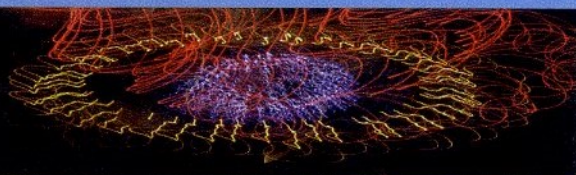
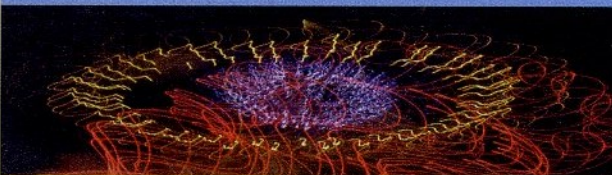
En cuanto al tratamiento tópico para las manifestaciones cutáneas, se comenta la utilidad de cada una de las

alternativas posibles y sus indicaciones: crioterapia, cirugía, radioterapia, intralesional, retinoide tópico y láser.

Por su lado, el cáncer cervical o de cuello uterino no se incluyó entre las enfermedades oficialmente asociadas al VIH hasta 1993, a pesar de la evidencia de su importancia en mujeres con VIH. Aunque de entre todos los existentes no se ha establecido un método de diagnóstico definitivo, la revisión citológica periódica (test de Papanicolau) sigue siendo la preferida. Los expertos de nuestro país se inclinan por asumir las pautas estadounidenses que recomiendan en mujeres con VIH una citología cada 6 meses al principio, y tras dos resultados negativos consecutivos, una al año. No se paran a considerar tests más frecuentes en personas inmunodeprimidas, a pesar de que el riesgo de desarrollar el cáncer cervical, a partir por ejemplo de una infección por el virus del papiloma humano (VPH), sea mayor +

Fuente: Grupo de Estudio del SIDA (GeSIDA)

Referencia: Se puede acceder al documento completo en www.gesidaseimc.com/Ultimas22-08-2000/sk cervix1 definitivo-4.pdf



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

Con tan sólo cinco minutos al día, puedes mantenerte constantemente informado@ sobre los más relevante y actual en relación al VIH.

Puedes subscribirte sin coste alguno en www.gtt-vih.org/mailman/listinfo/noticiadeldia

Además, puedes buscar temas que te interesen en las noticias de días anteriores archivadas en nuestro sitio de internet: www.gtt-vih.org



51



Disponibles las recomendaciones españolas sobre el manejo de la lipodistrofia

GeSIDA, el Grupo de Estudio del SIDA, colectivo de médicos españoles en VIH, ha colgado en su página web un documento con sus recomendaciones sobre el manejo de la lipodistrofia. Se trata de un texto que admite sugerencias de cambio hasta finales de este mes.

«Las alteraciones metabólicas y de distribución de grasa corporal constituyen uno de los principales problemas de salud que pueden presentar las personas infectadas por el VIH que reciben tratamiento antirretroviral». Así empieza este borrador que en su introducción ofrece la siguiente definición: «Por lipodistrofia se entiende un conjunto de procesos caracterizados por una pérdida selectiva de tejido adiposo. Determinadas complicaciones metabólicas como la resistencia a la insulina, la diabetes *mellitus*, la hipertrigliceridemia, la esteatosis hepática y la hipoleptinemia acompañan generalmente a la lipodistrofia y su intensidad es tanto mayor cuanto mayor es la pérdida de tejido adiposo».

Entre las medidas para el tratamiento de las alteraciones metabólicas, en el caso de las elevaciones de colesterol y triglicéridos se recomienda, siempre que sea posible, sustituir los inhibidores de la proteasa como opción previa al tratamiento con fármacos hipolipemiantes. En cambio y siguiendo el documento, en ninguno de los estudios realizados sobre sustitución de los IP por nevirapina, efavirenz o abacavir, se

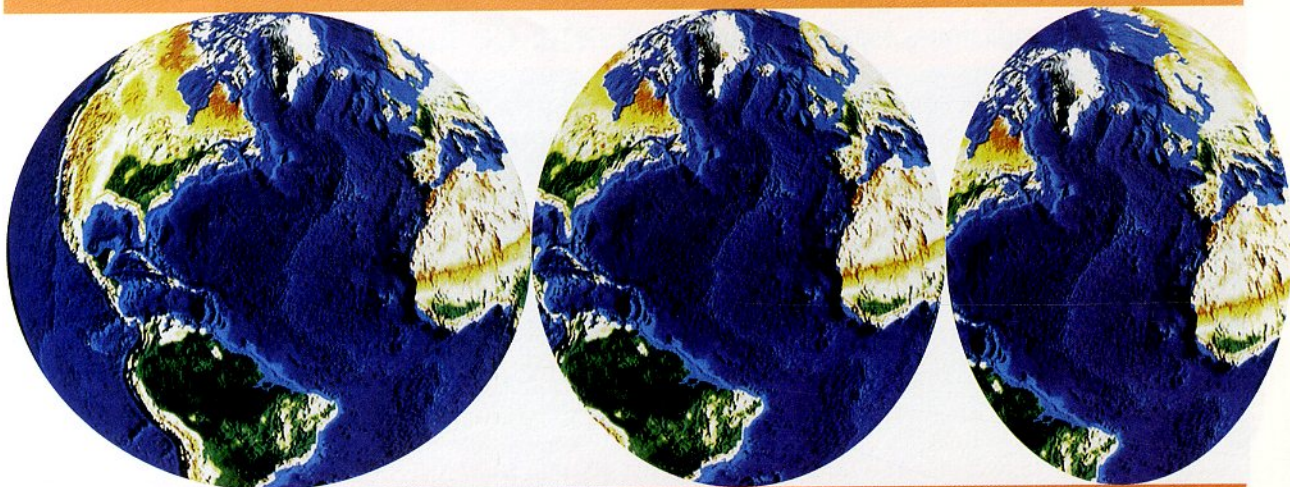
ha comunicado una reversión total de la lipodistrofia, aunque en algunos casos sí se han dado reducciones de la obesidad abdominal. La práctica de ejercicio físico se presenta como una estrategia que puede aportar beneficios en caso de acumulación de grasa abdominal y de elevaciones de lípidos en sangre.

En caso de lipoatrofia se advierte de que el ejercicio físico, de no ser moderado, puede contribuir a una mayor reducción de la cantidad de grasa subcutánea. Aunque se ha observado cierta recuperación de la lipoatrofia en estudios sobre sustitución de d4T por otros análogos de nucleósido, según estas recomendaciones, se trata de investigaciones muy pequeñas y con metodologías incorrectas. En cuanto a las distintas técnicas de reparación facial sugiere como opciones preferibles los implantes de ácido poliláctico o de grasa a pesar de que, en especial para el caso de la grasa, se desconocen sus efectos a largo plazo. Otros materiales sintéticos como el colágeno, el ácido hialurónico y la silicona no se recomiendan puesto que «han mostrado resultados pobres o complicaciones inaceptables» +

Fuente: Grupo de Estudio del SIDA (GeSIDA)

Referencia: Se puede acceder al documento completo en <http://www.gesidaseimc.com/Ultimas22-08-2000/Lipodistrofia.pdf>

52



Las mujeres con VIH presentan un mayor riesgo de desarrollar cáncer de vulva

En el campo de la ginecología, hasta la fecha se ha prestado especial atención a la asociación entre cáncer cervical e infección por VIH. Ahora los resultados de un nuevo estudio que acaba de ser publicado en *The Lancet* revelan que las mujeres con VIH también tienen un riesgo más elevado de desarrollar cáncer de vulva.

Un equipo de investigadores de la Universidad de Columbia en Nueva York, Estado Unidos, ha evaluado la incidencia de enfermedad vulvovaginal y perianal en 925 mujeres a las que se les realizaron exámenes ginecológicos dos veces al año durante cerca de tres años. De éstas, un total de 481 eran VIH positivas, 437 VIH negativas y en 7 de los casos se desconocía su estado serológico.

Al inicio del estudio, el 6% de las mujeres VIH positivas tenía condilomas acuminados o neoplasia intraepitelial en las zonas vulvovaginal o perianal, en comparación con el 1% de las mujeres VIH negativas ($p < 0,0001$). Aquellas que no presentaban ninguna de estas complicaciones fueron incluidas en un análisis de incidencia. Durante el estudio se observó que las mujeres con infección por VIH tenían

una probabilidad 16 veces mayor de desarrollar lesiones perianales o vulvogenitales que las mujeres VIH negativas ($p < 0,0001$). Los factores de riesgo que revelaron los análisis posteriores fueron la infección por VIH, la infección por virus del papiloma humano, los recuentos bajos de CD4 y una historia de uso frecuente de drogas inyectadas.

Aunque según el Dr. Wright, responsable de esta investigación, «el cáncer de vulva es todavía relativamente poco común en comparación con el cervical», es de esperar que en adelante se dé un incremento de este tipo de cáncer «puesto que ya lo hemos notado en otro tipo de pacientes inmunodeprimidos».

Se trata del primer estudio que denota esta tendencia, lo que sugiere que los clínicos deberán empezar a prestar más atención a la vulva para poder prevenir el desarrollo de esta complicación +

Fuente: Reuters/ <http://hiv.medscape.com>

Referencia: *Lancet* 2002;359:108-113.

Las cápsulas de ajo bajan los niveles de saquinavir

El ajo o *allium sativum* es un ingrediente habitual en la cocina de nuestro país. Entre sus propiedades medicinales destaca su acción antiséptica e hipolipemiante, siendo también utilizado para el tratamiento de dolores musculares y de ciertas afecciones respiratorias como el asma.

En la actualidad tomar ajo en forma de cápsulas es una opción complementaria habitual en algunas personas con VIH para, por ejemplo, combatir las elevaciones de colesterol. En este sentido, un equipo de los Institutos Nacionales de Salud de los EE UU (NIH, en sus siglas en inglés) ha investigado la interacción entre las cápsulas de ajo y el inhibidor de la proteasa (IP) saquinavir.

Para ello seleccionaron a nueve voluntarios VIH negativos a los que se les administró en primer lugar saquinavir y a continuación saquinavir más cápsulas de ajo, dos veces al día durante tres semanas. A estas personas se les extrajo muestras de sangre antes y mientras tomaban el suplemento. En general, cuando se administró saquinavir con las cápsulas de ajo se observó una reducción del 51% en los niveles plasmáticos de este IP y de un 54% en el promedio de concentraciones máximas. Además, cuando tras un periodo de descanso de diez días los voluntarios volvieron a tomar

saquinavir durante tres días —esta vez sin suplemento de ajo—, sus niveles todavía seguían siendo más bajos un 35% que los registrados en un principio.

Según la Dra. JUDITH FALLOON, coautora de este estudio, existe una elevada probabilidad de que esta interacción tenga lugar también con otros IP, ya que comparten la misma vía de metabolización hepática, el citocromo p450. No obstante, será necesario estudiar el comportamiento de esta interacción en un escenario lo más parecido al real, es decir, con saquinavir en combinación con otros fármacos antirretrovirales, en especial con ritonavir.

Debido a la escasez de datos clínicos disponibles sobre los productos medicinales alternativos, este equipo de investigadores del NIAID, que anteriormente ya demostró las interacciones del hipérico con indinavir, ha declarado que se propone seguir investigando en esta área +

Fuente: National Institute of Allergy and Infectious Diseases (www.niaid.nih.gov).

Referencia: SC Piscitelli et al. *The effect of garlic supplements on the pharmacokinetics of saquinavir*. «Clinical Infectious Diseases», edición electrónica. (3 de diciembre de 2001).



Primer trasplante de hígado a una persona con VIH en España

Después de un largo y accidentado proceso, por fin se ha llevado a cabo el primer trasplante hepático en una persona con VIH en España. La operación se hizo pública ayer, aunque se llevó a cabo en la madrugada del 4 de enero por parte del equipo de Trasplantes Hepáticos de la Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge (CSUB), en L'Hospitalet (Barcelona).

La intervención la ha dirigido el jefe de la Unidad de Trasplantes Hepáticos de la CSUB, Joan Figueres. El varón seropositivo de 36 años presentaba una cirrosis descompensada antes de la operación: ahora evoluciona bien y se encuentra ingresado en la planta de hospitalización.

El primer trasplante hepático a una persona con VIH ha sido posible gracias al cambio de los criterios de inclusión de pacientes en lista de espera para trasplantes, que hasta hace poco les dejaba totalmente fuera. Atrás quedan meses de complicadas y a veces tensas discusiones entre médicos especialistas (del VIH y hepatólogos), cirujanos, autoridades y activistas comunitarios, en especial la Asociación por el Trasplante de Órganos a Seropositivos (ATOS), también de Barcelona por derogar unas normas que habían quedado

obsoletas con la generalización del uso de antirretrovirales. Los nuevos criterios aplicables a los hospitales de la comunidad autónoma de Catalunya no son abiertos, sino que delimitan estrechamente qué personas con VIH son candidatas a recibir un hígado transplantado.

Sin embargo, la medida llega tarde para otras personas con VIH, que murieron por fallo hepático o hepatocarcinoma cuando ni siquiera podían aparecer en las listas de espera: uno de los casos más conocidos fue la del médico y activista Jordi Riba. Todavía en 2001, y pese a este cambio de criterios, varias de las 15 personas que necesitaban un trasplante de hígado fallecieron esperando un órgano.

Es probable que el próximo candidato a pasar por el quirófano sea en el Hospital Clínic i Provincial de la ciudad y se calcula que la experiencia acumulada, si resulta exitosa, puede animar a otros equipos en centros del resto de España +

Fuente: Elaboración propia / Nota de Prensa (Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya)

Un globo, dos globos, tres globos...

En mi sangre, según me enseñaron de pequeño en la escuela, hay glóbulos rojos y blancos. Nunca los vi, pero siempre he creído que eso era así. Me imaginaba que mi sangre era como una fiesta de cumpleaños llena de globos blancos y rojos, ¡qué bonito! Años más tarde, supe que los globitos rojos eran los hematíes o eritrocitos, los encargados de transportar el oxígeno desde los pulmones a los tejidos y órganos. Y que los blancos se llamaban leucocitos y eran los encargados de proteger mi organismo ante posibles enfermedades, es decir, mis células

En los resultados de mis análisis obtengo el número total de glóbulos blancos o leucocitos, más la diferenciación de éstos entre neutrófilos, linfocitos, monocitos, eosinófilos, basófilos. Y más allá, puedo saber cuántos linfocitos son CD3, CD4 o CD8. Conocer las cantidades en que estas células se encuentran en la sangre resulta fundamental para conocer el estado del sistema inmune, de una infección -por VIH o cualquier otro patógeno- para comprobar la eficacia de los tratamientos, así como para detectar una posible toxicidad farmacológica.

Los leucocitos o «leucos» aparecen en números absolutos en la parte de mis análisis denominada «hemograma». Éste es el número total de glóbulos blancos que tengo. Los niveles normales son de 4.000 a 11.000 por milímetro cúbico. En mi caso ese día contaron 7.600 (expresado como $7,60 \times 10^9$ por litro). Un número excesivamente alto de leucocitos significaría que mi cuerpo está intentando impedir que prospere una infección. Por el contrario, un número muy pequeño podría significar que hay algún problema de producción en la médula ósea. Es la condición llamada leucopenia (del griego «penia»: carencia, falta). Nuestro organismo, entonces, es más vulnerable.

Más abajo, en el apartado «fórmula leucocitaria» podemos saber cuántos leucocitos hay de cada uno de los tipos. Los resultados suelen aparecer en porcentajes y también en números absolutos. Si sólo nos dan el tanto por ciento, para obtener el número absoluto bastará con aplicarlo a la cifra total de leucos. Por ejemplo, en mi caso tengo un 21,4% de linfocitos entre los 7.600 leucocitos, lo que redondeando resulta en 1.630.

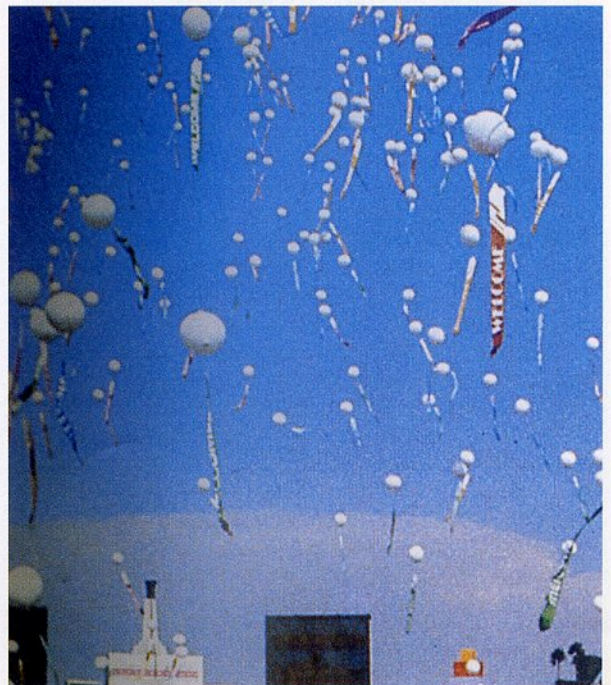
Los neutrófilos son los más numerosos: aproximadamente de un 45% a un 75% de leucocitos suelen ser neutrófilos. Cuando hay muy pocos hablamos de neutropenia. Algunos fármacos antirretrovirales o para el tratamiento de enfermedades oportunistas pueden causarla.

Las elevaciones de monocitos, cuyo rango normal oscila entre el 2% y el 10% aproximadamente, advierten sobre la presencia de una infección. Los eosinófilos, por su parte, aumentan en número cuando estamos experimentando una alergia,

inmunitarias. Luego vino el diagnóstico VIH+ y tuve que aprender que el virus se dedicaba a boicotear la fiesta haciendo que ciertos globitos blancos, o linfocitos, desaparecieran. En concreto, supe que tiene especial predilección hacia aquellos linfocitos llamados T y algunas otras células cuya característica común es que en su superficie presentan unos receptores llamados CD4. En principio a estos linfocitos los llamábamos T4, luego los rebautizamos como CD4. Total, que desde hace tiempo cuando leo mis analíticas vengo interesándome por el estado de mis leucocitos, tan blancos, tan míos, tan pocos a veces y tan deseados.

cuando un parásito está proliferando o también, en algunos casos, por la propia acción del VIH. De los basófilos se sabe poco, pero sus elevaciones, por encima del 2%, se relacionan con alergias de piel y asma.

Los linfocitos o linfos son los segundos en cantidad -de un 17% a un 55% aprox.- y pueden ser B, T o NK. En nuestras analíticas podemos saber cuántas células T tenemos, es el marcador CD3. Todos los linfocitos T tienen receptores CD3. De todas formas lo que más interesa contabilizar cuando tenemos infección por VIH son **los linfocitos T que además tienen receptores CD4** o linfocitos T cooperantes y **los linfocitos T que además tienen receptores CD8** o linfocitos T citotóxicos, es decir los CD4 y los CD8.



H. C.:
N. REG:
RECEPCIO:

NOM: **FRANQUET DOYA Francisco Javier**
N. LAB:

PROCEDENCIA: **INFX INFECCIONS EXTERNA**
REMITENT:

HEMATIMETRIA

Prova	Resultat	Unitats	Intervals Referència
PERFIL HEMATOLOGIC BASIC			
Leucòcits	7,60	x10 ⁹ /L	(4,00 - 11,00)
Hematies	3,77	x10 ¹² /L	(3,90 - 5,50)
Hemoglobina	148	g/L	(120 - 170)
Hematòcrit	0,43	-/L	(0,36 - 0,51)
VCV	113,5	fL	(80,0 - 100,0)
HCM	39,4	pg	(26,7 - 33,3)
CCMH	34,7	g/L	(31,0 - 35,0)
RDW	13,6	%	(12,1 - 17,2)
HDW	27,3	g/L	(22,7 - 28,1)
Plaquetes	151	x10 ⁹ /L	(150 - 400)
VPM	10,1	fL	(7,8 - 11,0)
PDW	59,4	%	(50,0 - 70,0)
Plaquetòcrit	0,002	L/L	(0,000 - 0,005)

RECOMpte DIFERENCIAL LEUCOCITARI

Neutròfils	64,4	(45,0-75,0)	4,9	(2,5 - 7,0)
Limfòcits	21,4	(17,0-55,0)	1,63	(0,90-4,50)
Monòcits	9,7	(2,0 - 10,0)	0,74	(0,10-1,00)
Eosinòfils	1,6	(0,0 - 5,0)	0,12	(0,00-0,50)
Basòfils	0,3	(0,0 - 2,0)	0,02	(0,00-0,20)

POBLACIONS - POBLACIONES

Prova	Resultat	Unitats	Intervals referència
POBLACIONES CEL·LULARS			
CD3	76,0	%	(63,1 - 75,9)
CD4	35,6	%	(38,5 - 48,3)
CD8	33,8	%	(26,8 - 33,6)
Cocient CD4/CD8	1,05		

Sabemos que por debajo de 200 células CD4 nuestro sistema inmune pierde la capacidad de responder eficazmente ante la presencia de gérmenes en nuestro organismo. Aunque no hay unanimidad al respecto, un recuento óptimo estaría por encima de las 500 o 800 células dependiendo de cada persona.

Los linfocitos T CD8 o CD8 son los encargados de poner final a la respuesta inmune. También pueden atacar a células

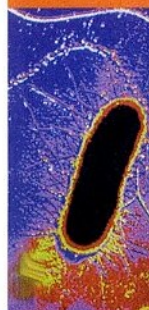
traiga, además de muchas otras alegrías, un buen subidón de CD4 +

(Si quieres saber más sobre células del sistema inmune puedes ir al artículo «Conflictos de sangre II» en este número de **LO+POSITIVO**)

infectadas por virus o células cancerosas. Los niveles deseables oscilan entre 375 y 1.100 células/ml aproximadamente. En la infección por VIH los CD8 aumentan y pueden superar a los CD4 en número.

Aunque siempre decimos la cantidad de CD4 que tenemos en números absolutos, en algunas analíticas -como en mi caso- sólo vemos los porcentajes respecto al total de linfos. En realidad el tanto por ciento parece ser el dato más útil, pues el número absoluto de linfocitos puede fluctuar con cierta facilidad. Por ejemplo, según la hora del día o lo cansad@s que estemos podemos obtener cifras distintas. Una bajada de CD4 en números absolutos, no significa necesariamente que el porcentaje se haya alterado. Además es importante también tener en cuenta la **evolución del cociente resultante de la división de CD4 entre CD8**. El resultado ideal está por encima de 1, pues es deseable que haya casi el doble de células CD4 que CD8. Cuando la infección por VIH progresa sucede lo contrario: los CD4 descienden y aumentan los CD8, resultando en cocientes inferiores a 1. Vaya, que en esto también vale la pena estar un poco a loro, aunque un@ a veces se haga un poco de lío con tanto glóbulo blanco. En fin, lo que sí tengo claro es que os deseo de todo corazón que este 2002 que acabamos de estrenar os

XAVIER FRANQUET



55



Glosario

Alérgenos: son aquellas sustancias capaces de desencadenar una reacción alérgica. Se pueden clasificar según la vía de entrada en: inhalatorios, digestivos, infectivos, inyectables y contactantes (cemento, cosméticos ...).

Cauterización química: uso de drogas cáusticas para el tratamiento de lesiones cutáneas.

Crioterapia: tratamiento quirúrgico que consiste en la destrucción del tejido por el frío, actualmente se utiliza el nitrógeno líquido.

Curetaje: raspado de una lesión con una cureta (instrumento quirúrgico) o bisturí.

Electrocoagulación: método quirúrgico en el que se destruye el tejido por el calor, en la actualidad por un aparato llamado electrocauterio o termocauterío.

Histerectomía: La histerectomía es la extirpación del útero, o matriz.

Inmunocompetente: persona con inmunidad preservada.

Interacción medicamentosa: cuando un remedio puede influir en la función de otro, aumentando o disminuyendo su acción o efectos colaterales.

Lámina ungular: parte visible de la uña.

Matriz de la uña: parte de una uña que no es visible, y que es la responsable de su crecimiento.

Mucosa: membrana que envuelve las cavidades del organismo y que segrega mucosidad.

Sistémico: se dice del tratamiento hecho con medicación por vía oral o venosa, a diferencia del tópico, que se hace con cremas y lociones.



GLOSARIO

ESPECIAL VACUNAS

Adyuvante: una sustancia que puede incluirse en la formulación de una vacuna con el fin de mejorar o aumentar sus propiedades inmunogénicas.

Aislado: una determinada cepa de VIH-1 obtenida de una persona (aislado primario) o cultivada en el laboratorio (aislado de laboratorio).

Anticuerpo: (o inmunoglobulina): una proteína capaz de reconocer, neutralizar y ayudar a destruir los microorganismos patógenos. Los linfocitos B son los encargados de producir anticuerpos en respuesta a la estimulación de los antígenos. Generalmente, cada anticuerpo se une exclusivamente al antígeno específico que estimuló su producción. Estos anticuerpos de unión pueden conducir, o no, a la destrucción del antígeno.

Antígeno: cualquier sustancia que sea reconocida por el sistema inmune (por ejemplo por los anticuerpos). A menudo, los antígenos son microorganismos invasores como bacterias o virus.

Atenuada: Debilitada. Los virus atenuados suelen utilizarse como vacunas dado que ya no pueden producir enfermedad incluso si son capaces de estimular una fuerte respuesta inmune. Un popular ejemplo de vacuna atenuada sería la de la polio del Doctor Sabin.

Canarypox: un virus que infecta a los pájaros y que se utiliza como vector para introducir en las células humanas diversos genes del VIH en ciertos prototipos experimentales de vacunas. El virus canarypox no puede crecer en las células humanas, lo que es una importante característica de seguridad.

Correlatos de inmunidad (o correlatos de protección): las respuestas inmunes específicas que se correlacionan con la protección de una determinada infección. Los correlatos de protección específicos para el VIH se desconocen.

Desafío (challenge): Aunque este tipo de estudios nunca se han hecho con vacunas del VIH, se habla de desafío cuando se expone deliberadamente a los participantes en un estudio sobre vacunas a un agente infeccioso.

Ingeniería genética: la técnica de laboratorio que consiste en combinar genes con el fin de que produzcan determinadas proteínas para usar como medicamentos (como la insulina) o como vacunas.

Inmunidad celular: o inmunidad de mediación celular, es el brazo del sistema inmune que se ocupa de las células infectadas por microorganismos como virus o bacterias. La inmunidad celular es coordinada por los linfocitos T (llamados cooperantes o de ayuda) y por los linfocitos citotóxicos.

Inmunidad humoral: o inmunidad de mediación humoral, es el brazo del sistema inmune que se basa en la

acción de los anticuerpos producidos por los linfocitos B. Los llamados «anticuerpos neutralizadores», que suelen unirse a la cubierta exterior de un virus, juegan un papel crucial a la hora de combatir las infecciones virales.

Inmunoglobulina: un término general para denominar los anticuerpos. Hay 5 clases de inmunoglobulinas: IgA, IgG, IgM, IgD e IgE.

Inmunización: el proceso de inducir inmunidad administrando una vacuna, que «enseñará» al sistema inmune a reconocer ciertos antígenos de forma que pueda combatirlo cuando subsecuentemente se encuentre al agente infeccioso.

Inmunógeno: una sustancia capaz de provocar una respuesta inmune.

Inmunidad esterilizadora: una respuesta inmune que previene por completo el establecimiento de una infección. Se trata del tipo de respuesta inmune que persigue una vacuna preventiva.

Parenteral: de administración intravenosa o por inyección. Las vacunas pueden administrarse inyectadas en la capa de grasa que está inmediatamente debajo de la piel (subcutánea) o en el músculo (intramuscular). Algunas medicaciones (pero no las vacunas), pueden administrarse directamente dentro de la vena (intravenoso).

PCR: abreviación inglesa de *Polymerase Chain Reaction* (reacción en cadena de la polimerasa), una prueba de laboratorio muy sensible que se utiliza para detectar y medir las cantidades de ARN o ADN de cara a determinar la cantidad de carga viral en personas con infección por VIH.

Péptido: una molécula hecha de dos o más aminoácidos unidos. Las proteínas están hechas de péptidos.

Receptor: una molécula en la superficie de ciertas células que sirve para que un antígeno, anticuerpo, enzima u otra molécula determinada lo reconozca como un lugar potencial de unión a la célula.

Subtipo: un grupo de aislados del VIH relacionados genéticamente entre sí. En el VIH-1 existen dos grupos principales de aislados, llamados M y O. A su vez, los aislados tipo M comprenden 8 subtipos diferentes que se denominan con las letras A, B, C, D, E, F, G y H.

Vector: un virus o bacteria que no ocasiona enfermedad en los seres humanos y que se utiliza en vacunas genéticamente manipuladas para transportar antígenos que codifiquen genes en el organismo huésped que puedan estimular determinadas respuestas inmunes. El canarypox es un ejemplo de este tipo de vacunas.

Estas son algunas de las entidades del estado español que trabajan para las personas que viven con VIH

ARABA: Vitoria-Gasteiz: GAITASUNA 945289115 C.C.ANTI-SIDA 945257766
ALBACETE: ALVAS 967508860
ALICANTE: COLECTIVO GAYS-LESBIANAS 965132610 ACOSPA 965923939 CIPS 965240563 *Benigorm:* AMIGOS 966804444 **ALMERIA:** C.C.ANTI-SIDA 950254192 **ASTURIAS:** *Gijón:* C.C. ANTI-SIDA 985338832 *Oviedo:* XEGA 985224029 **BADAJOS:** PLATAFORMA DIVERSIDAD 924259358 **BALEARS:** *Mallorca:* BEN AMICS 971723058 ALAS 971715566 **BARCELONA:** ACAS CATALUNYA 933170505 ACTUA 934185000 COORDINADORA GAI-LESBIANA 932980029 EL PUNT AMB TACTE (CAS DE SANTS) 934901940 Ext.30
GAIS POSITIUS 932980642 PROJECTE DELS NOMS 933182056 *Granollers:* AUMMO 938601415 *Sabadell:* ACTUA VALLÈS 937271900 **BIZKAIA:** *Bermeo:* TXO-HIESA 946179171 *Bilbo:* T-4 944221240 Hegoak: 944702100
BURGOS: C.C.ANTI-SIDA 947240277
CÁDIZ: A.ANTI-SIDA 654580206
ARCADIA CÁDIZ 965212200 *Algeciras:* C.C.ANTI-SIDA 956634828 *Lg 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 CONVHDA 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 BELTZA OIARTZUN 943493544 *Mondragón-Arrasate:* HIES-BERRI 943792699 **LAS PALMAS:** *Las Palmas de Gran Canaria:* AMIGOS CONTRA EL SIDA 928149570 **LLEIDA:** A.ANTI-SIDA 973221212 **LEÓN:** C.C.ANTI-SIDA 987235634 *Ponferrada:* ASOCIACIÓN CARACOL 987402551
LOGROÑO: C.C.ANTI-SIDA 941255550
LUGO: C.C.ANTI-SIDA 982244560
MADRID: APOYO POSITIVO 913581444 COGAM GAYINFORM 915230070 FASE 900111000 FIT 913513682 UNIVERSIDA 913143233 **MÁLAGA:** 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 **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 *La Palma:* INFO/SIDA 922402538
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 983358948 **ZAMORA:** C.C.ANTI-SIDA 980534382 **ZARAGOZA:** C.C.ANTI-SIDA 976438135 GASPAR - 976298223 LYGA 976395577 OM-SIDA 976370197

Si quieres actualizar los datos o incluir una organización nueva, manda un fax al 933 173 832 o un correo a contact@gtt-vih.org

infovihtal

De 1993 a 2000, el porcentaje de personas recién diagnosticadas en España con SIDA que son inmigrantes ha pasado del 1,4% al 6%, y la cifra va en aumento. La vulnerabilidad asociada a la falta de protección legal y social de estas personas les pone en una situación de riesgo aumentado de adquirir el VIH.

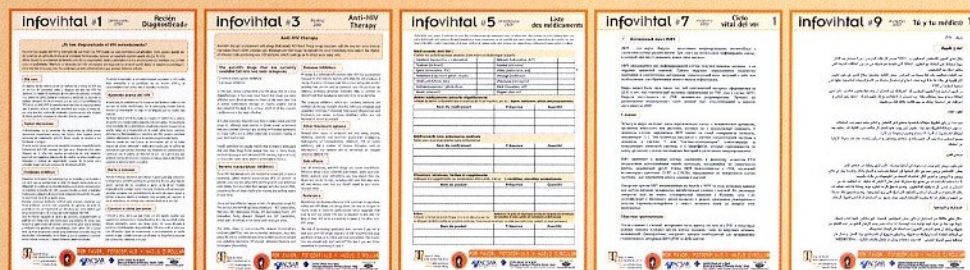
¿Necesitas que te hablen en tu propio idioma?

¿Conoces o trabajas con personas que viven con VIH y necesitan apoyo porque no hablan español o para desenvolverse en nuestra cultura?



Si es así, ahora puedes contar con una buena herramienta de trabajo que te permite ayudarles y asesorarles rompiendo la barrera idiomática y sociocultural. El equipo de gTt junto con agentes de salud, originari@s de los diferentes países de los colectivos inmigrados con mayor presencia en España, traduce, adapta y edita información básica, pero vital, sobre el VIH/SIDA, sus tratamientos, enfermedades relacionadas y los diferentes puntos de ayuda y asesoramiento.

Esta **información esencial** la encontrarás en **infovihtal**, fichas disponibles en **árabe, francés, español, ruso e inglés** (y próximamente en portugués).



Si deseas conseguir copias las puedes descargar en formato *pdf* a través de nuestra página web

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

o de la página del Ministerio de Sanidad y Consumo

<http://www.msc.es/sida/ong/home.htm>.

Si deseas más información puedes contactar con nosotr@s a través de wmejias@terra.es

EDITA:

gTt grupo de trabajo sobre tratamientos del VIH

La Noticia del Día

Abre tu correo electrónico y encuentra a diario información en español sobre cualquier aspecto relacionado con el VIH.
http://www.gtt-vih.org/fr_noticia.html

Puente Latino

Puedes colaborar con el programa de reciclaje de medicamentos antirretrovirales. Servicio gratuito y confidencial +34 933 17685
http://www.gtt-vih.org/fr_puente.html



www.gtt-vih.org



www.gtt-vih.org

La Perspectiva en Tratamientos de amfAR

Versión española del boletín sobre tratamientos y aspectos sociales editado por la American Foundation for AIDS Research.
http://www.gtt-vih.org/fr_suplementos.html

infovihtal

Fichas informativas sobre aspectos básicos del VIH destinadas a población inmigrada en español, inglés, francés, árabe y ruso.
http://www.gtt-vih.org/fr_infovihtal.html

Si la información te hace libre: www.gtt-vih.org

doctorfax

Noticias, resúmenes de artículos, abstracts y comentarios propios sobre las últimas novedades en el tratamiento del VIH.
http://www.gtt-vih.org/fr_drfaq.html

CONSULTAS

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



www.gtt-vih.org



www.gtt-vih.org

Tarjetas de Bolsillo

Tarjetas sobre el uso óptimo de cada uno de los fármacos antirretrovirales, su posología y contraindicaciones.
http://www.gtt-vih.org/fr_tarjetas.html

LO+POSITIVO

Todos los textos, fotos e ilustraciones de los veinte números de la revista que tienes entre manos. Desde el #19 descargable en pdf
http://www.gtt-vih.org/lmp/pos_indice.htm